
Principali metodi e strumenti di controllo del rischio clinico: la Root Cause Analysis

Dr.ssa Anna Levati
Risk Manager AO della provincia di Pavia

Castellanza 22 gennaio 2013

"To err is human"

Kohn, 1999

" La nostra propensione a commettere alcuni tipi di errore è il prezzo che paghiamo per la straordinaria abilità della mente di pensare e agire intuitivamente"

Non esiste un mondo senza errori

"Gli uomini trascorrono buona parte della loro vita nelle organizzazioni o in contesti organizzati, per cui nella maggior parte dei casi gli errori possono essere riferiti a dinamiche organizzative.

M. Catino Da Chernobyl a Linate pg VII

Il nostro contesto

Le prestazioni sanitarie sono erogate in un ambiente complesso dove la più semplice delle procedure è la sommatoria di molte fasi e processi e molteplici interazioni umane , spesso con tecnologie sempre in evoluzione.

La Root Cause Analysis è

una metodologia di indagine sistematica per la ricerca ed identificazione dei fattori primari che causano variazioni della performance o che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso. Serve ad indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate.

Quindi la Root Cause Analysis

ha per obiettivo il miglioramento della qualità della assistenza sanitaria per aiutare gli operatori e le organizzazioni a conoscere le cause di un evento avverso ed offre la possibilità di sviluppare efficaci raccomandazioni per il miglioramento del sistema.

Origini della Root Cause Analysis

- La RCA è stata originariamente utilizzata in ambito ingegneristico ed altri sistemi analoghi, inclusi l'aviazione, l'industria nucleare ed aerospaziale.
- L'utilizzo ha permesso di alimentare database con una quantità enorme di dati ed informazioni.
- Gli incidenti critici sono il *primum movens* più frequente di una RCA, ma si attua anche nei near miss.

Utilizzo in sanità della Root Cause Analysis

- Negli USA l'associazione dei Veterans (NCPS) ha lavorato a lungo sulla RCA per sviluppare il modello idoneo da utilizzare in sanità.
- Joint Commission considera la RCA lo strumento di elezione per l'analisi degli Eventi Sentinella.

Utilizzo in sanità della Root Cause Analysis

- Nel Regno Unito l' Agenzia per la Sicurezza dei Pazienti (NPSA) , creata con la finalità di imparare dagli errori commessi, definisce la RCA una revisione retrospettiva degli incidenti occorsi ai pazienti per identificare dinamica e cause dell'evento.
- Il modello inglese è stato utilizzato dai Canadesi per la preparazione del loro manuale.

Utilizzo in sanità della Root Cause Analysis

- Il Canadian Council per l'accreditamento dei servizi sanitari (CCHSA) ha dato rilievo da anni alla sicurezza del paziente ed ha individuato la RCA lo strumento di elezione per l'analisi degli Eventi Sentinella.

La Root Cause Analysis comprende

- la determinazione di fattori umani, tecnologici ed infrastrutturali,
- la determinazione dei processi e sistemi correlati,
- l'analisi , attraverso una serie di perché, dei sottostanti sistemi di causa effetto,
- l'identificazione dei rischi e dei loro determinanti,
- la determinazione dei potenziali miglioramenti nei processi e nei sistemi.

Per essere affidabile l'analisi deve:

- prevedere la partecipazione dei dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti direttamente nei processi;
- essere coerente in tutte le fasi;
- fare riferimento alla letteratura.

La RCA, dunque è

uno strumento analitico per effettuare un esauriente riesame sistematico degli incidenti critici e degli eventi sentinella con un approccio multidimensionale costruito sulla premessa che molti sono gli stakeholders e tutti giocano un ruolo nel miglioramento del sistema.

Consente

- l'identificazione delle radici e dei fattori contribuenti che hanno comportato un evento,
- la determinazione delle strategie per la riduzione del rischio /probabilità che tale evento si verifichi,
- lo sviluppo di azioni pianificate con cui misurare le strategie adottate al fine di valutarne l'efficacia.

è supportata da

- una ottima conoscenza della legislazione rilevante e dell'ingegneria dei fattori umani, delle politiche organizzative e delle procedure.

L'evento avverso

- 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".

Gli obiettivi di una RCA

sono determinare :

- *che cosa è successo,*
- *perché è successo,*
- *che cosa può essere fatto per ridurre la probabilità che l'evento riaccada.*

Perché è necessaria una metodologia ?

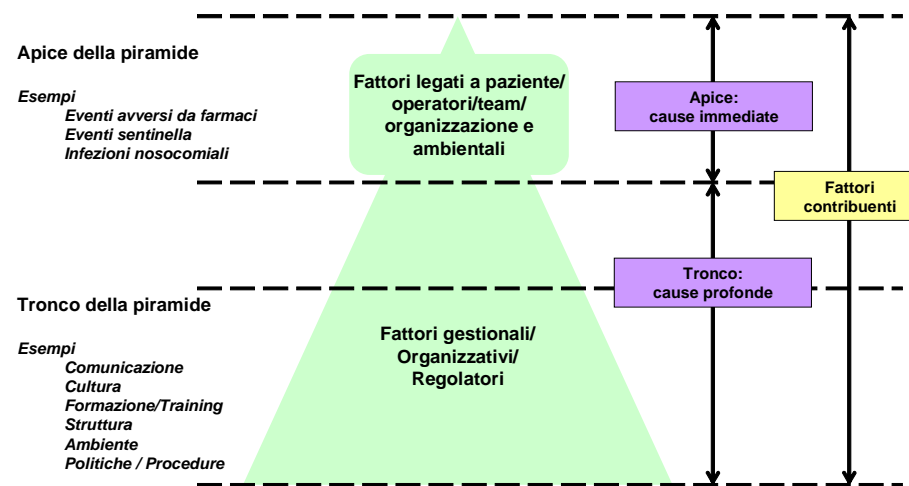
Perché quando un evento avverso accade, l'attenzione è spesso concentrata sulle conseguenze che questo ha causato (come ad esempio un errore di terapia che comporti un danno al paziente) piuttosto che sull'analisi completa dell'evento al fine di cercare di capire le cause determinanti.....

Perché è necessaria una metodologia ?

ovvero tutte le possibili motivazioni anche di tipo strutturale (la distribuzione degli spazi, collocazione dei farmaci in reparto) e di analisi dei processi (il farmacista oppure il carico di lavoro degli infermieri).

Centrare l'analisi per migliorare

Processo di analisi secondo metodologia RCA



Adattato da NHS Report – Doing Less Harm, 2001

Quando fare una RCA

- Gli Eventi Sentinella devono essere sempre oggetto di RCA.
- Per gli altri eventi risulta indispensabile che la decisione se intraprendere la RCA sia oggettivata attraverso l'utilizzo di strumenti sistematici.

Per identificare se la RCA è utile

Il metodo più facile da utilizzare è quello proposto dai Veterani in cui la matrice per la valutazione delle priorità considera due variabili, la probabilità in ordine di frequenza e la gravità del danno conseguente l'evento.

Matrice di rischio

PROBABILITÀ	GRAMTÀ			
	Catastrofico	Maggiore	Moderato	Minore
Frequente	3	3	2	1
Occasionale	3	2	1	1
Non comune	3	2	1	1
Remota	3	2	1	1

LA RCA infatti

- può essere applicata al percorso assistenziale sanitario di qualsiasi contesto organizzativo; si presta, più facilmente, per analizzare eventi avversi che occorrono in ospedali per acuti e nell'area della emergenza, ma anche nella riabilitazione, malattie mentali, ospedalizzazione a domicilio e le varie articolazioni di cure extraospedaliere.

La progettazione della RCA

- prevedere la partecipazione dei dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti direttamente nei processi;
- essere coerente in tutte le fasi;
- fare riferimento alla letteratura.

Elementi essenziali della RCA

Sapere che è accaduto un evento avverso è solo l'inizio, perchè gli eventi sono l'espressione di una serie complessa di comportamenti ed insufficienze dei processi assistenziali.

Elementi essenziali della RCA

L'analisi richiede un lavoro per dissotterrare le condizioni latenti, i flussi dei processi sistemici e le azioni specifiche che contribuiscono a questi esiti.

Per essere accurata una RCA deve comprendere :

- la conoscenza di come gli uomini interagiscono con il loro ambiente;
- l'identificazione di potenziali problemi in relazione ai processi e ai sistemi;
- l'analisi di cause sottostanti ed effetti ad essi correlati con una serie di ripetuti *perchè*;

Per essere accurata una RCA deve comprendere :

- l'identificazione dei rischi ed il loro potenziale contributo all'evento;
- lo sviluppo di azioni il cui obiettivo è il miglioramento dei processi e dei sistemi;
- la misura e la valutazione di queste azioni implementate;
- la documentazione di tutte le fasi , dalla identificazione alla valutazione.

La RCA deve inoltre

- includere la partecipazione della leadership dell'organizzazione e di coloro che sono coinvolti nei processi e nel sistema
- essere applicata in modo consistente e coerente con le politiche e procedure
- includere i suggerimenti della letteratura pertinente al problema analizzato

Basi di una RCA

Le basi su cui poggia una RCA sono una forte conoscenza della legislazione rilevante e dell'ingegneria dei fattori umani, delle politiche organizzative e delle procedure.

Ergonomia e fattore umano

- Lo studio dell'ergonomia e del fattore umano rappresenta una branca dell'ingegneria specializzata nella comprensione di come l'essere umano interagisce con il mondo che lo circonda.
- Trae la propria applicazione di ricerca in molte aree come la biomeccanica, la cinesiologia, la fisiologia e la scienza cognitiva, per definire i parametri ed i costrutti che influenzano la performance umana.

Il fattore umano

Un nuovo modo di pensare identifica l'errore umano solo come un sintomo di una più ampia problematica, all'interno di un sistema più complesso, che contiene problematiche organizzative oppure fisicamente correlate con l'ambiente di lavoro.

L'approccio al fattore umano

Lo strumento messo a punto dal NCPS ,
prende in considerazione i seguenti
fattori:

- la comunicazione,
- l'addestramento
- la stanchezza e l'organizzazione del lavoro .

La preparazione di una RCA

1) Istituzione del gruppo di lavoro

Il processo della RCA inizia con la raccolta da parte di pochi operatori delle informazioni necessarie per la comprensione iniziale dell'evento, che devono essere riportate al "facilitatore", ovvero quella figura professionale opportunamente formata in grado di attendere alla gestione dell'intero processo della RCA.

Il gruppo

- Coordinatore
- Facilitatore
- Esperti con competenze settoriali specifiche
- Operatori coinvolti nell'evento
- Direzione

La preparazione di una RCA

2) La pianificazione degli incontri

- Dopo aver identificato i componenti del gruppo si deve iniziare a pianificare l'attività con un calendario di incontri. Sono possibili due percorsi ugualmente efficaci : un unico incontro del gruppo di lavoro con una attività preparatoria preordinata oppure diversi incontri.

La preparazione di una RCA

Quando tutte le informazioni sono state raccolte il gruppo di lavoro, a prescindere della modalità di incontri scelta, redigerà un documento finale completo.

La preparazione di una RCA

3) Scelta del luogo e modalità comportamentali:

- tutti gli incontri della RCA si devono tenere in un ambiente confortevole, con spazi e servizi adeguati ai partecipanti. Poiché l'analisi di solito richiede molto impegno di tempo, è molto apprezzata la presenza di eventuali punti di ristoro.

La preparazione di una RCA

- Un giornale di bordo potrebbe facilitare la discussione in gruppo. Si raccomanda che tutta la documentazione fornita al gruppo durante i lavori della RCA, inclusi i diagrammi di flusso sulla sequenza degli eventi, siano aggiornati e restituiti al facilitatore alla fine dell'analisi.

La preparazione di una RCA

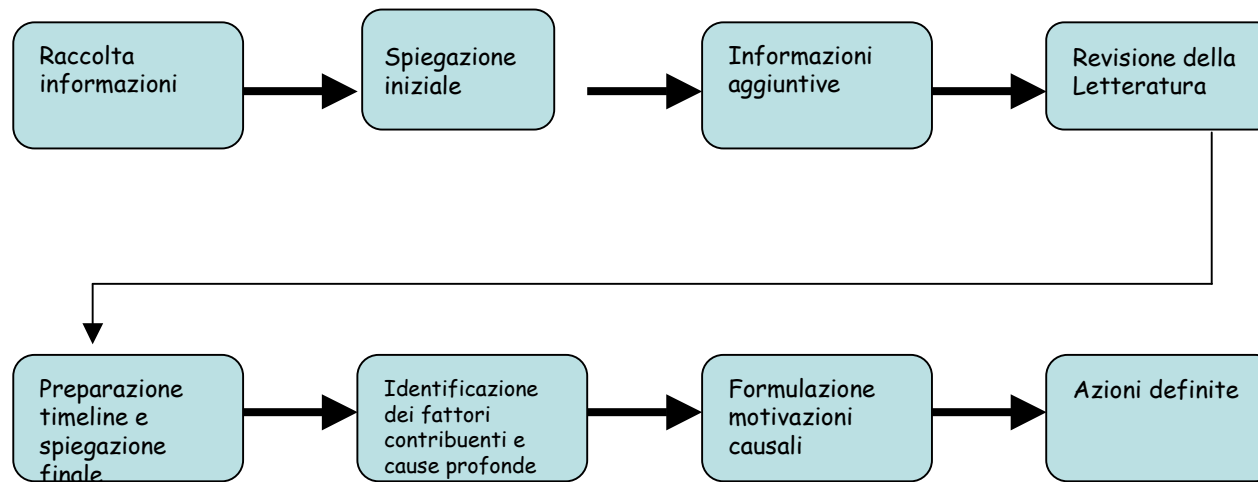
4) Confidenzialità

- Durante una RCA, il principio di confidenzialità deve essere enfatizzato e ricordato in continuazione. Alcune organizzazioni richiedono addirittura ai membri del gruppo di lavoro la firma di un documento che stigmatizza la necessità della confidenzialità delle informazioni ricevute non usabili nè trasmissibili al di fuori della RCA, secondo quanto definito dalla politica della qualità e/o dalla legislazione.

Le regole fondamentali per la RCA sono

- rispetto reciproco;
- rispetto per ciascuna opinione espressa;
- equa partecipazione di tutti;
- rispetto della confidenzialità della discussione;
- fare domande per capire meglio piuttosto che contestare gli altri;
- decisioni basate sul consenso.

Un approccio coordinato al processo



Una definizione.....

- Si definisce "*causa radice*" un difetto in un processo la cui eliminazione previene l'accadimento di uno specifico evento avverso.

Un'altra definizione.....

- La "*causa radice*" è la causa basilare che può essere ragionevolmente identificata e controllabile da parte del management.

Diagramma di Ishikawa

Il diagramma a spina di pesce o di Ishikawa assomiglia allo scheletro di un pesce in cui la spina principale rappresenta l'esito primario dell'evento avverso e le altre spine rappresentano le cause umane e i fattori contribuenti.

Le cause possono essere

in sequenza temporale e logica (primarie, secondarie, terziarie, ...);

sono raggruppate in : **comunicazione, addestramento/ formazione, fatica e programmazione del lavoro, norme e procedure locali, ambiente e attrezzature, barriere.**

Comunicazione

La comunicazione rappresenta una delle aree sottoposta a maggior indagine ed e' relativa alla valutazione della conoscenza e l'applicazione delle procedure, l'individuazione di barriere, non intenzionali, alla comunicazione, la cultura dell'organizzazione soprattutto nei confronti di informazioni compartecipate, la documentazione clinica del paziente.

Addestramento / formazione

Le domande vengono poste per conoscere la formazione degli operatori rispetto alle abituali mansioni lavorative, l'addestramento specialistico e l'educazione continua.

Addestramento / formazione

L'addestramento può ad esempio essere obbligatorio per alcune procedure, utilizzo appropriato di strumenti o manipolazione appropriata di barriere protettive, addestramento alle manovre rianimatorie. Queste domande si focalizzano anche sulle interazioni fra le persone i luoghi e l'attrezzatura.

Fatica / programmazione del lavoro

Le domande vanno a valutare l'influenza dello stress e della fatica che può essere originata da cambi di programmazione, deprivazione del sonno, distrazioni ambientali (ad esempio il rumore); valgono anche per valutare le relazioni sull'utilizzo delle attrezzature

.

Norme e procedure locali

Le domande sono volte ad indagare l'esistenza e l'accessibilità a informazioni tecniche per la valutazione del rischio, interventi efficaci sviluppati dopo precedenti eventi, l'adesione alle politiche nazionali, l'utilizzo di incentivi, la presenza di regole e standard.

Ambiente e attrezzature

Le domande indagano l'utilizzo della struttura e delle attrezzature, gli impianti antincendio, i segnali di allarme, le regole e la conoscenza di specifiche locali, la conoscenza delle tecnologie in uso.

Barriere

Le domande non sono rivolte a conoscere la forza delle barriere quanto piuttosto la loro funzione e interazione con le procedure e le regole, con l'ambiente e con le attrezzature.

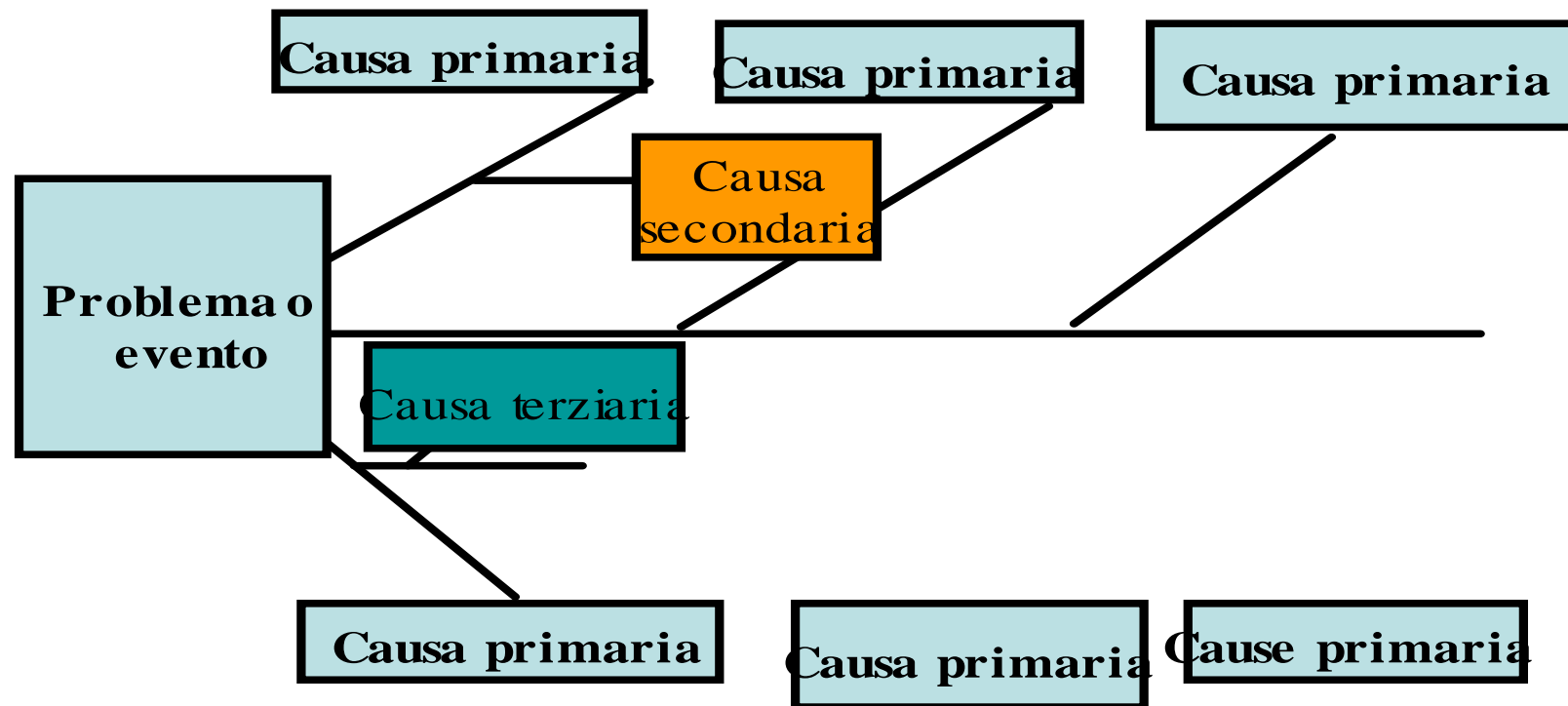
Quindi

Il diagramma aiuta nella percezione del disegno oltre che alla identificazione delle cause e dei fattori contribuenti, fornisce anche un promemoria per la discussione.

Diagramma di Ishikawa

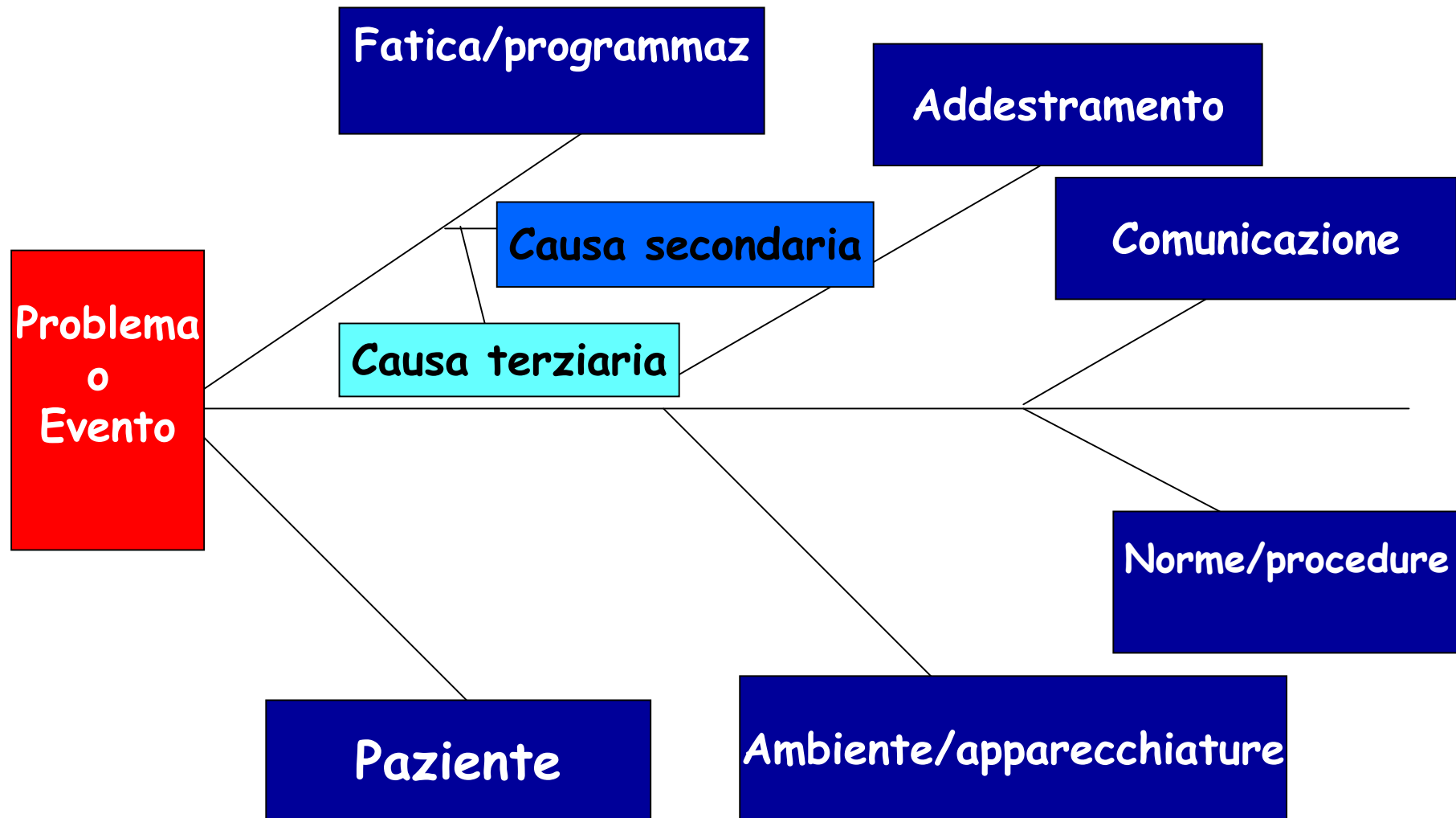
E' pertanto uno strumento ideale
e maneggevole per
l'identificazione dei fattori
contribuenti/ cause profonde.

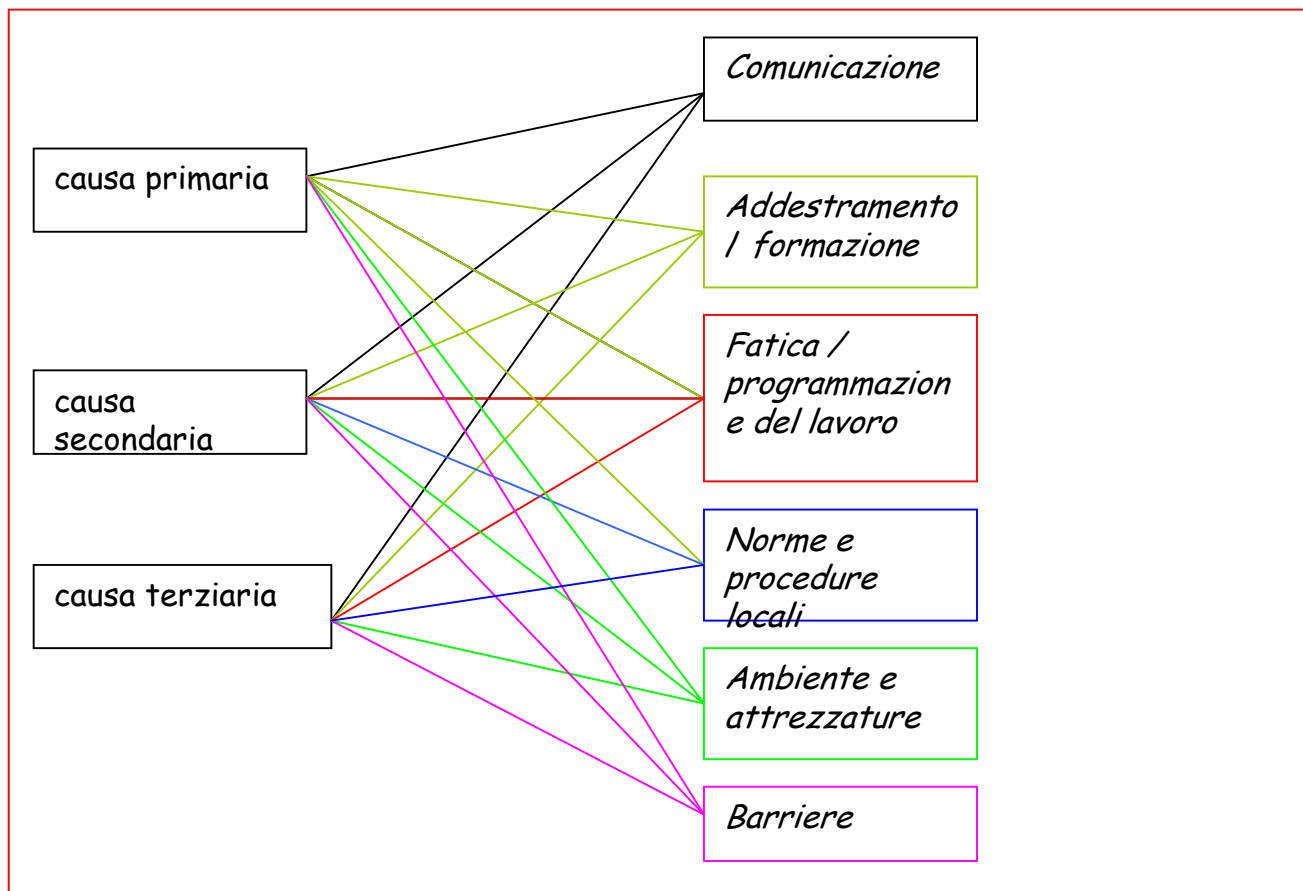
Diagrammi di causa ed effetto Fish-bone diagrams Ishikawa diagrams



DIAGRAMMI DI CAUSA ED EFFETTO

DIAGRAMMA A SPINA DI PESCE O DI ISHIKAWA





La formulazione delle motivazioni causali

Quando il gruppo ha pienamente discusso tutte le considerazioni delle potenziali cause, potrà spostare la propria attenzione verso la definizione delle motivazioni causali che fornirà la struttura portante per la definizione delle raccomandazioni e delle azioni.

La formulazione delle motivazioni causali

E' essenziale l'uso di parole prudenti per comunicare chiaramente i problemi e gli obiettivi dell'intera organizzazione, non dei singoli.

La formulazione delle motivazioni causali

Le cause possono essere identificate come azioni o condizioni. Ad es. nella collisione di un veicolo a motore è possibile che la sola causa dell'evento sia data dal fatto che il guidatore guidasse velocemente che corrisponde ad una azione. Se al contrario al momento dell'incidente la strada fosse stata ghiacciata, un'altra causa dell'evento sarebbe stata la condizione della strada. Un'azione è al tempo stesso un episodio ed una condizione che esiste stabilmente al di là del tempo.

Le regole di causalità

Queste regole aiutano il gruppo della RCA a capire la teoria di causalità quando il gruppo prepara la formulazione delle motivazioni causali, che devono riflettere accuratamente le vere radici profonde/fattori contribuenti degli eventi sotto analisi, per assicurare che le azioni siano appropriatamente condotte.

Le regole di causalità

L'uso delle regole di causalità porta l'attenzione sui problemi del sistema e rende chiara e concisa la relazione tra causa ed effetto .

5 regole supportano l'analisi

1. La definizione di una causa profonda deve dimostrare chiaramente la correlazione fra causa ed effetto.
2. Le descrizioni negative non devono essere usate nella definizione di causa profonda.

5 regole supportano l'analisi

3. Ogni errore umano deve avere una causa che lo precede. Ad es. non è sufficiente dire che un medico ha fatto un errore di dosaggio : la causa potrebbe essere identificata in una condizione primaria che ha permesso che ciò accada (mancanza di controllo automatico mediante software).
4. Le violazioni delle procedure non sono cause profonde, ma devono avere una causa che le precede. Le procedure possono non essere state seguite per una varietà di ragioni; il non aver seguito una procedura non necessariamente è un fattore causale.

5 regole supportano l'analisi

5. Le insufficienze di azione sono fattori causali solo quando vi è un "dover agire predefinito". Ad es. la mancanza di un infermiere il cui compito nel processo è il controllo della check può essere un fattore causale se questo compito è chiaramente definito e divenuto un'attività standard.

Azione definite

- L'obiettivo ultimo di una RCA è la formulazione di azioni utili alla riduzione della probabilità che eventi simili riaccadano. Il gruppo identificherà i provvedimenti nella direzione data dalle cause profonde che sono state scoperte.

Azione definite

- L'obiettivo iniziale è la rimozione o l'eliminazione delle circostanze che hanno permesso l'esito. Se non ci sono azioni che possono essere intraprese per eliminare la causa, il gruppo deve cercare di identificare tutte le attività che l'Organizzazione deve mettere in atto affinché sebbene la causa dell'evento non possa essere eradicata si possa impattare in maniera cospicua sulla riduzione della possibilità di ricorrenza.

Le azioni devono:

- avere come obiettivo se possibile a breve termine l'eliminazione delle cause profonde,
- offrire soluzioni a lungo termine al problema,
- impattare sugli altri processi , risorse e attività in modo più positivo che negativo,
- essere oggettive e misurabili,
- essere realizzabili e ragionevoli.

La pianificazione della implementazione delle azioni deve prendere in considerazione :

- chi sarà coinvolto dall'azione o dalle azioni,
- la probabilità di successo,
- le potenzialità della organizzazione,
- la compatibilità con gli obiettivi della organizzazione,
- la probabilità di provocare altri eventi avversi.

La pianificazione della implementazione delle azioni deve prendere in considerazione

- la recettività del management, del personale e dei medici,
- le barriere all'implementazione,
- i tempi dell'implementazione, per esempio soluzioni a lungo verso breve termine,
- i costi ,
- la misurabilità.

Valutazione efficacia azioni

- L'obiettivo di implementare cambiamenti nel sistema è quello di renderlo più sicuro.
- Tuttavia, esiste la possibilità che raccomandazioni ben pensate e migliorative, possano non avere gli effetti desiderati una volta messe in pratica.

Azione definite

E' necessario:

- verificare, mediante indicatori, l'implementazione e l'efficacia dei correttivi individuati.

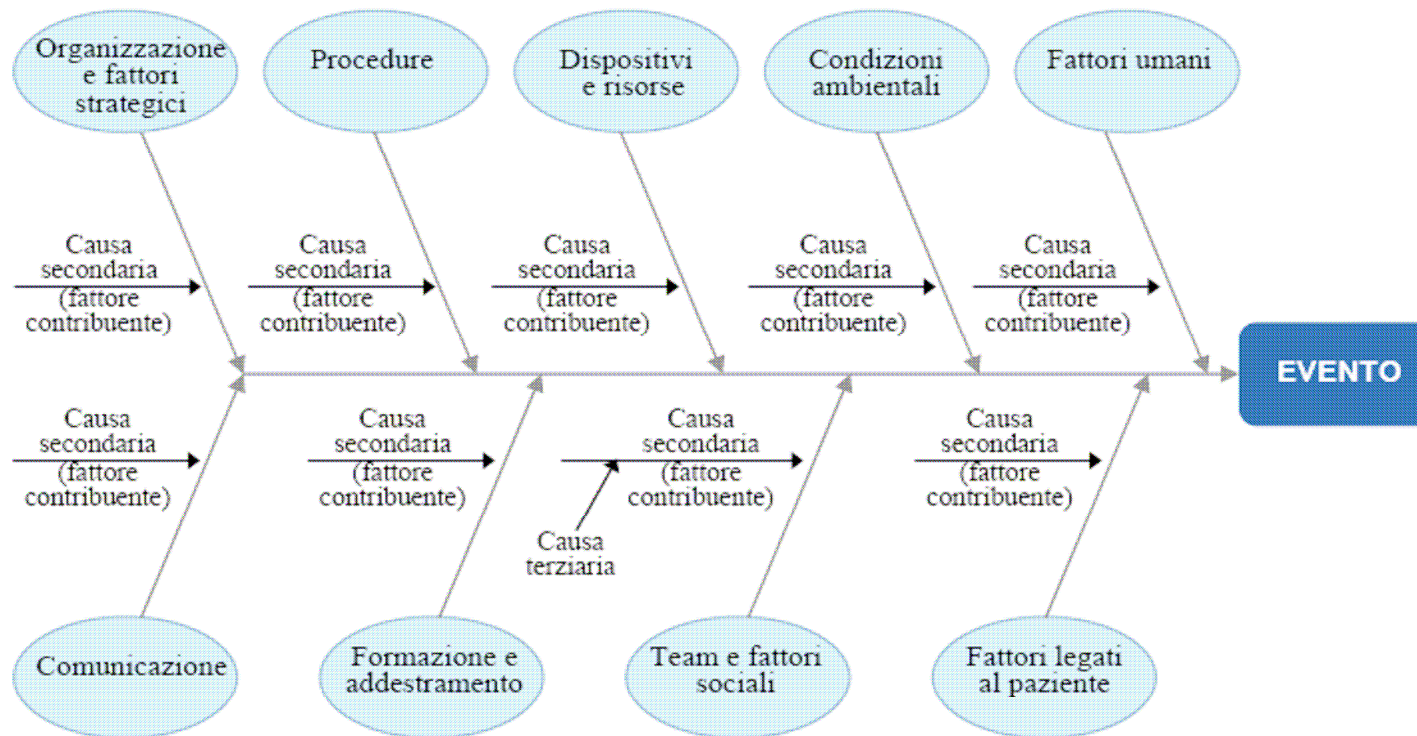
Comunicare i risultati del miglioramento

- Una parte importante che completa il processo di RCA è la creazione di un report, alla fine del lavoro di gruppo.
- Il report può includere: un'analisi delle informazioni raccolte dal gruppo, i diagrammi della spiegazione iniziale e finale, i fattori contribuenti e/o le cause profonde identificate, le definizioni causali, infine le azioni ed il piano di implementazione deciso dal gruppo di lavoro.

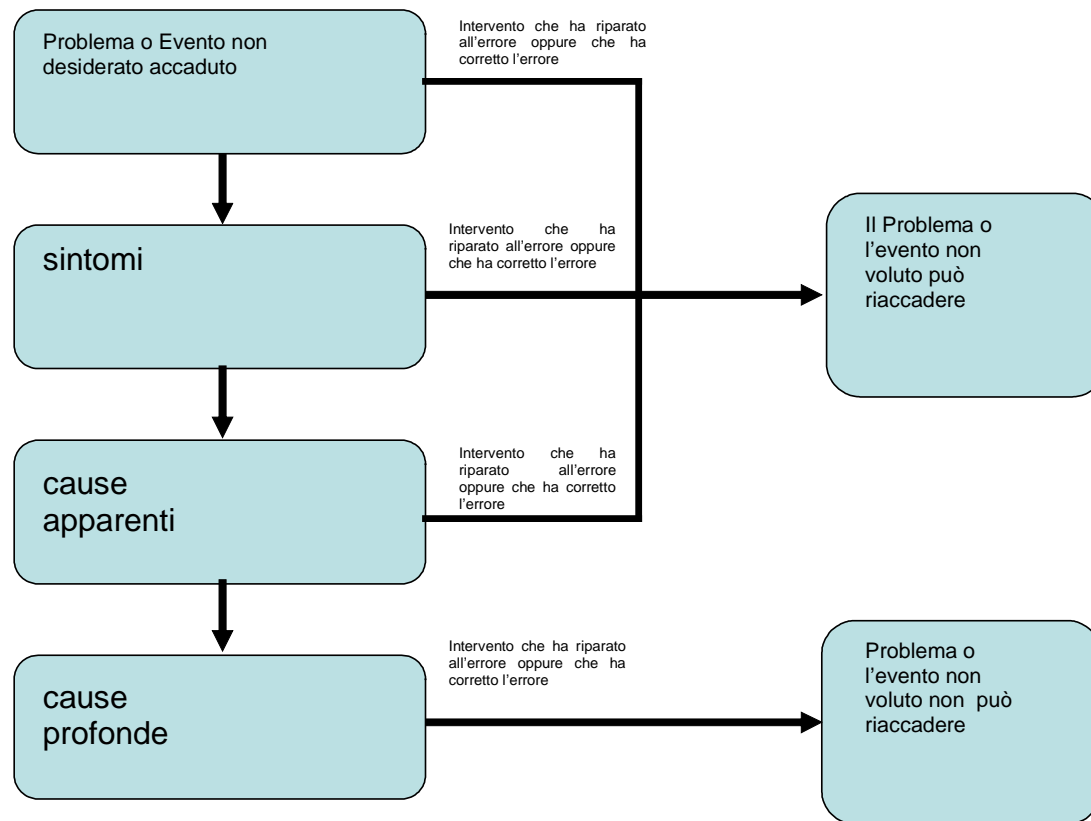
In conclusione

- La RCA può aiutare le organizzazioni e le persone addette all'assistenza dei pazienti, con una analisi dettagliata degli incidenti significativi basata su un sistema che include l'identificazione dei fattori profondi e contribuenti, la determinazione delle strategie di riduzione del rischio, lo sviluppo di un piano di azione e sistemi di misurazione per valutare l'efficacia del piano.

Manuale RCA del Ministero della Salute



Applicazione pratica



Il caso

- Una paziente A.Y. viene ricoverata la domenica 28 aprile 2007 alle ore 10.30 in psichiatria, proveniente dal pronto soccorso.
- Il medico di reparto accoglie la paziente, la visita e prescrive che non sia mai lasciata sola e la affida ad un ausiliario.

Il caso

- Quel giorno, per malattia comunicata dopo l'inizio del turno di lavoro antimeridiano, mancano 3 persone.
- AY è stata affidata alle ore 10.45 a MN che è un ausiliario in turno da soli 3 mesi nel reparto.

Il caso

- Alle ore 13,00 la caposala comunica a MN che può accedere alla mensa, perché dovrà fare un doppio turno in quanto ha telefonato un collega che è impossibilitato a venire al lavoro.

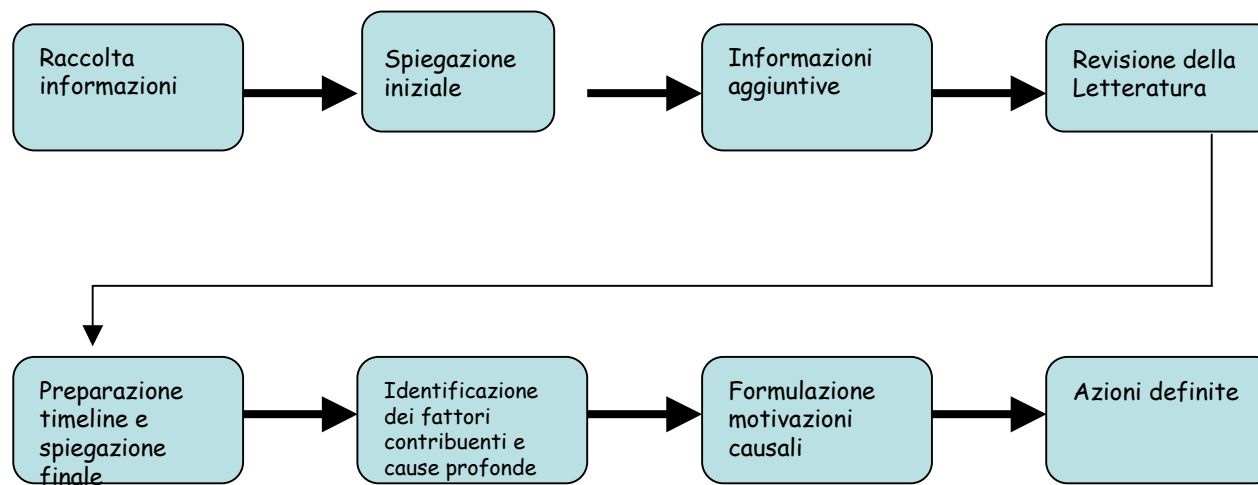
Il caso

- MN parla con gli infermieri e lascia il reparto alle ore 14,05 per recarsi a mensa.
- MN torna da mensa alle ore 14,55 e cerca AY.
- Alle ore 15.04 MN, non trovando AY, chiede ai colleghi se lo hanno visto.

Il caso

- Alle ore 15.05 iniziano le ricerche.
- Alle ore 15.09 si trova AY impiccata in bagno
- Alle ore 15.20 viene fatta constatazione di morte.

Il caso



Timeline

Ora e data	Attore	Attività
28/04/2007 ore 10.30	AY	La paziente fa il suo ingresso in reparto proveniente dal pronto soccorso. Affetta da psicosi acuta ha tentato più volte il suicidio, l'ultima è stata questa mattina da cui l'arrivo in PS.
28/04/2007 ore 10.30	Dott. Bianchi, psichiatra di guardia	Accoglie la paziente, compila la cartella e dà istruzioni al personale. Alla visita AY appare tranquilla, ormai fuori dalla manie suicide, e accetta di buon grado il colloquio e la sistemazione.
28/04/2007 ore 10.45	AY è affidato a MN ausiliario	MN prende in consegna AY. Poiché è il solo ausiliario e l'organico è al di sotto di 3 unità, MN si fa accompagnare da AY nelle sue attività mattutine. MN e AY familiarizzano e prendono anche un caffè insieme
28/04/2007 Ore 13.00	MN viene chiamato dalla caposala	La caposala gli comunica che deve fermarsi fino alle 20 perché il cambio non arriva a seguito di malattia.

Timeline

Ora e data	Attore	Attività
28/04/2007 Ore 13.00	MN parla con la caposala	La caposala gli dice di andare a mensa dalle 14 alle 14,20 al massimo perché è domenica. E' opportuno che vada perché il bar chiuso
28/04/2007 Ore 14.05	MN parla con gli infermieri	Comunica di aver parlato con la caposala e di poter andare a mensa, pertanto lascia il reparto e AY
28/04/2007 ore 14.55	MN torna da mensa	MN appena rientrato da mensa cerca AY. I malati non sanno dove sia e MN cerca in tutte le stanze e luoghi comuni
28/04/2007 Ore 15.04	MN dà l'allarme: AY non si trova	MN non trovando AY né tanto meno i colleghi ed i pazienti sanno offrire informazioni chiama il medico di guardia e la sicurezza

Timeline

Ora e data	Attore	Attività
28/04/2007 Ore 15.05	Tutti gli operatori del reparto, lo psichiatra di guardia e la sicurezza	Iniziano le ricerche ovunque, anche nei ripostigli di cui la sicurezza porta la chiave mastro
28/04/2007 Ore 15.09	Lo psichiatra	Trova AY impiccata con un lenzuolo al cassonetto del bagno dei medici. Chiama gli altri per mettere a terra la paziente.
28/04/2007 Dalle 15.09 alle 15.20	Lo psichiatra e gli infermieri	Tentano invano di rianimare la paziente
28/04/2007 ore 15.20	Lo psichiatra	Constata la morte di AY

Il caso

1. Spiegazione iniziale: il paziente riesce a suicidarsi sfuggendo al controllo medico.
2. Informazioni aggiuntive: quel giorno tra i 3 dipendenti mancanti per malattia, era assente anche il dr Verdi, psichiatra in turno al PS, pertanto il dr Bianchi si è diviso tra il PS, le consulenze ed il reparto.

Il caso

- Inoltre mancavano 2 infermieri professionali tale che ve ne era uno solo in turno con 2 OSA. MN assunto da 4 mesi e 20 giorni dall'azienda è in forza al reparto di psichiatria da 3 mesi. I suoi compiti ad oggi sono stati le pulizie ed il ritiro dei carrelli dalla cucina.

Il caso

3. Il protocollo dell'azienda, in base alle raccomandazioni del ministero della salute dell'ottobre 2006, è stato implementato nel novembre 2006. Prevede la compilazione delle scale per il suicidio con relativa decisione terapeutica.

Il caso

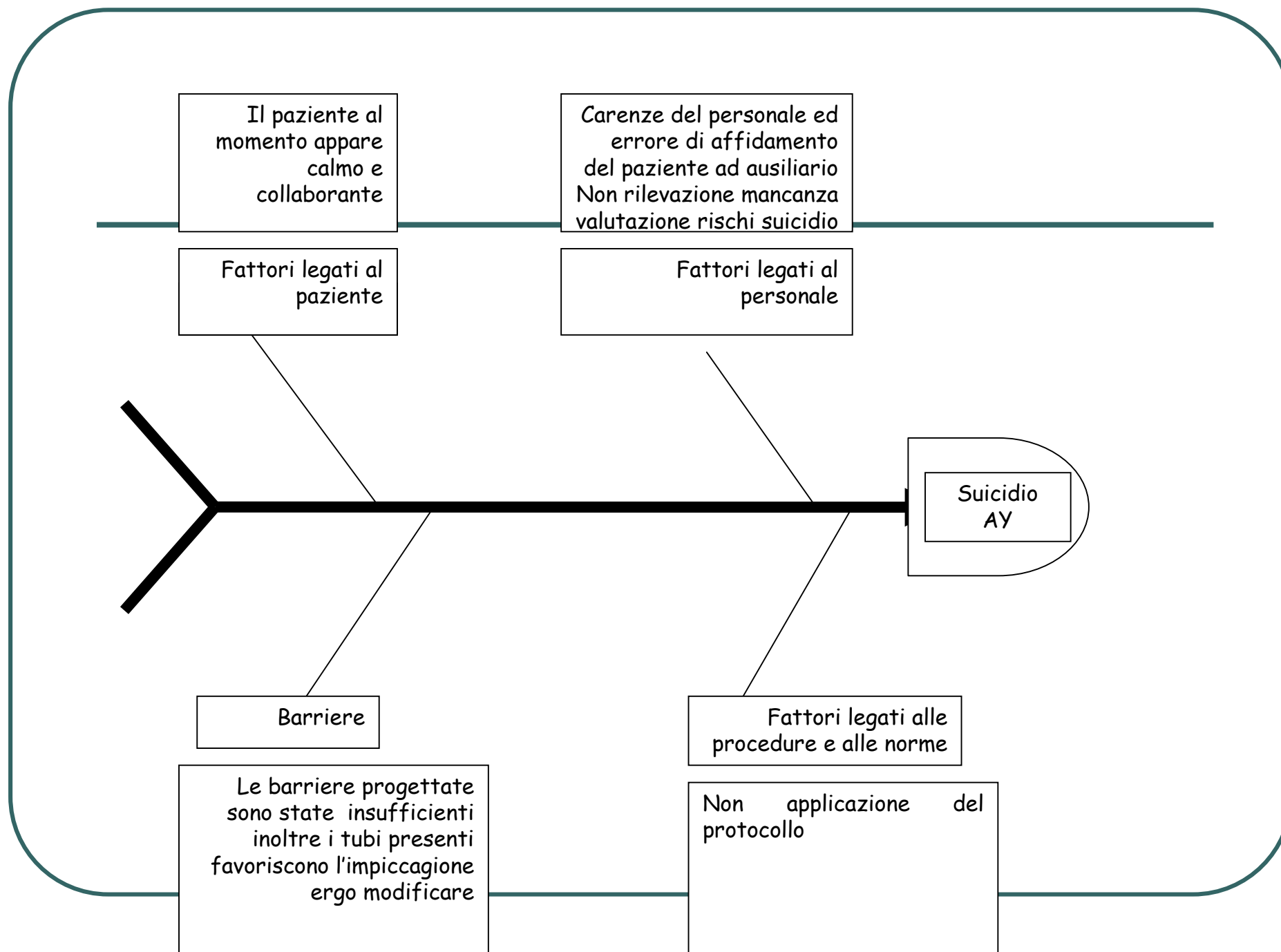
4. Il dr Bianchi è stato chiamato frequentemente nella mattinata e ha dovuto gestire altre due urgenze in PS. Pertanto quando ha accolto AY non ha avuto il tempo di compilare la scala di valutazione del rischio per il suicidio ed ha usato la vecchia procedura che consisteva nell'affidare il nuovo paziente ad uno operatore.

Il caso

5. MN non aveva mai avuto compiti di assistenza perché non era tra i suoi compiti. Inoltre MN , che non aveva portato nulla da mangiare in quanto sarebbe smontato alle 13.00, non conosceva il percorso per recarsi in mensa in quanto era la prima volta che vi andava; comunque non aveva altre alternative , perché sapeva che di domenica il bar ed i chioschi davanti all'ospedale erano chiusi e che non vi erano macchinette distributrici di snack.

Il caso

6. MN sapeva di non aver fatto colazione perché si era alzato tardi e perciò era opportuno andare a mensa alle 14.00, orario destinato al personale di sorveglianza della psichiatria. Non poteva andare prima perché il regolamento non lo consentiva.
7. Alle 14 gli infermieri e gli OSA della mattina smontavano ed entrava in servizio un altro team. Per questo MN uscì dal reparto alle 14.05 dopo aver visto il nuovo team che prendeva le consegne.



Fattori contribuenti/cause profonde: la spiegazione finale

- La valutazione del rischio di suicidio non è stata completata quando la paziente fu ricoverata.
- I livelli del personale erano inferiori allo standard per tre assenze dovute a malattia e l'impossibilità a trovare le sostituzioni.
- Il medico aveva prescritto a chi doveva assisterlo una continua supervisione della paziente, ma l'incaricato non era con la paziente all'ora della morte perché si era recato in mensa nel momento della pausa pranzo del personale di sorveglianza.
- Il medico aveva scelto l'ausiliario a causa della riduzione del personale di assistenza. Non essendo l'operatore idoneo al compito, le informazioni lasciate in consegna dagli infermieri e dagli OSA del mattino non furono sufficienti al nuovo team a capire la gravità del caso di AY. L'assenza della compilazione della scala li aveva confortati sul basso rischio.

Motivazioni causali

- Errata definizione dei requisiti del cliente e delle prestazioni da erogare
- Non applicazione corretta del protocollo

Azioni

- Modificare gli ambienti togliendo punti appoggio per impiccagione.
- Identificazione di una procedura per le assenze del personale: come ripianificare le attività assistenziali a garanzia dei pazienti.
- Implementazione della procedura aziendale e formazione di tutto il personale.
- Formazione del personale infermieristico a rilevazione bisogni del paziente in ingresso oltre attività del medico.

Validazione della progettazione delle azioni

- Fra 3 mesi visita del team per valutare le barriere ipotizzate al fine di verificarne la sicurezza.

II CASO CLINICO ESERCITAZIONE

Caso clinico

La Sig. M.R., 76 anni, affetta da molteplici patologie e da demenza senile, cade al proprio domicilio procurandosi trauma all'arto inferiore sinistro.

Giunge in PS in autolettiga del sistema 118 e accompagnata dalla badante straniera che ha scarsa conoscenza della lingua italiana.

Al termine degli accertamenti eseguiti in PS, viene posta diagnosi di frattura diafisaria del femore sinistro con indicazione ad intervento chirurgico in regime di ricovero.

Caso clinico

Viene identificato come idoneo per la paziente, il reparto di **ortopedia 1** nel quale vi è una sezione della geriatria dedicata ai pazienti anziani con problemi ortopedici.

Tuttavia, al momento del ricovero, l'ortopedia 1 comunica che il posto letto sarà disponibile dopo qualche ora e, pertanto, la paziente viene temporaneamente ricoverata in **ortopedia 2**.

Caso clinico

Nell'attesa dell'intervento chirurgico (programmato per i giorni successivi) è necessario porre in trazione l'arto fratturato. L'ortopedico di guardia in PS telefona al collega presente nel reparto di ortopedia e gli comunica che deve eseguire tale procedura non appena la paziente giunga in reparto.

Caso clinico

La paziente viene ricoverata con la documentazione del PS. La cartella clinica non viene compilata perché la paziente non è attendibile (demenza), la badante è tornata al domicilio per prendere gli effetti personali della paziente ed i parenti non sono ancora arrivati.

Il reparto di ortopedia 2, dove è ricoverata la paziente, è sede universitaria della scuola di specializzazione in ortopedia. L'assistenza ai pazienti è svolta dal personale medico del reparto e dagli specializzandi in ortopedia, i quali operano sotto la supervisione dei medici strutturati.

Caso clinico

L'ortopedico del reparto, tutor degli specializzandi, chiama una dottoressa specializzanda per eseguire la procedura di trazione trans-trocanterica. La specializzanda conosce la tecnica per eseguire la procedura, l'ha vista fare più volte ma non l'ha mai eseguita personalmente.

Caso clinico

L'ortopedico rivede la procedura con la specializzanda e chiede al coordinatore infermieristico ed al personale sanitario di predisporre il materiale necessario. Il coordinatore infermieristico riferisce qualche criticità dovuta al fatto di lavorare in quel reparto da pochi giorni e alla presenza in turno di infermieri giovani neo-laureati e neo-assunti.

Caso clinico

Mentre il personale si accinge ad eseguire la procedura, l'ortopedico viene chiamato d'urgenza per un altro caso e dà indicazione alla specializzanda di procedere da sola. Durante l'esecuzione della procedura, la specializzanda viene distratta più volte da numerose chiamate. Inoltre, riceve la comunicazione che si è liberato il posto letto in ortopedia 1 e che il trasferimento deve avvenire in tempi brevi per necessità organizzative del reparto. Viene quindi sollecitata ad eseguire la procedura rapidamente.

Caso clinico

Al suo ritorno , l'ortopedico tutor verifica che la procedura sia stata eseguita correttamente dalla specializzanda.

La paziente viene trasferita in ortopedia 1 dove viene rivalutata dal medico di reparto, che conferma la corretta esecuzione della procedura.

Il mattino seguente, durante l'esecuzione delle attività assistenziali per l'igiene personale, gli infermieri rilevano che la paziente si lamenta e manifesta intenso dolore quando viene movimentato l'arto controlaterale rispetto a quello posto in trazione.

Caso clinico

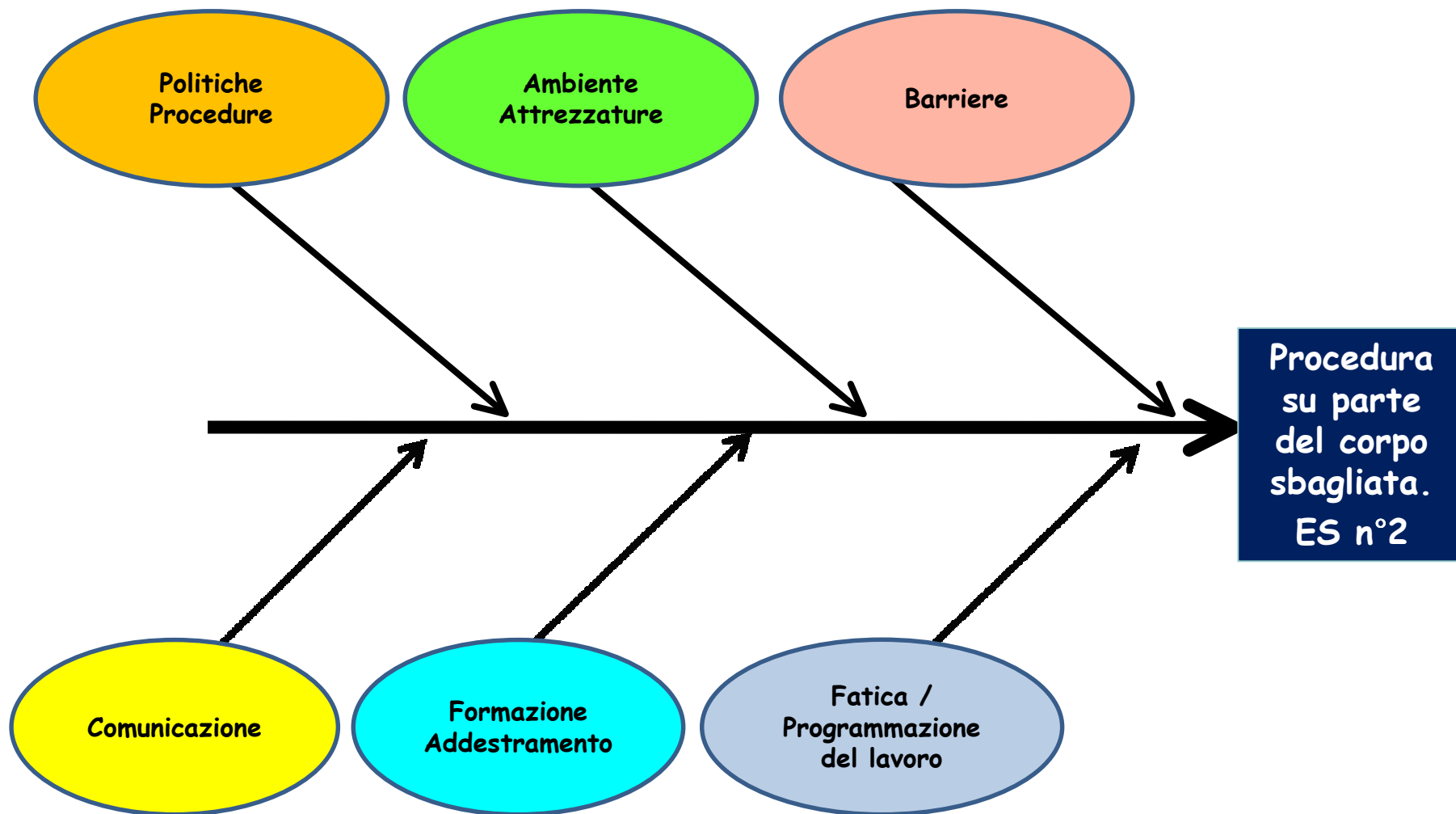
Gli infermieri chiamano il medico di reparto il quale visita la paziente e decide di rivedere la terapia antidolorifica.

Controlla quindi la cartella clinica che, tuttavia, non è stata ancora compilata.

Pertanto, prende visione della documentazione del PS, in base alla quale rileva che la procedura di trazione trans-trocanterica è stata eseguita sul lato sbagliato.

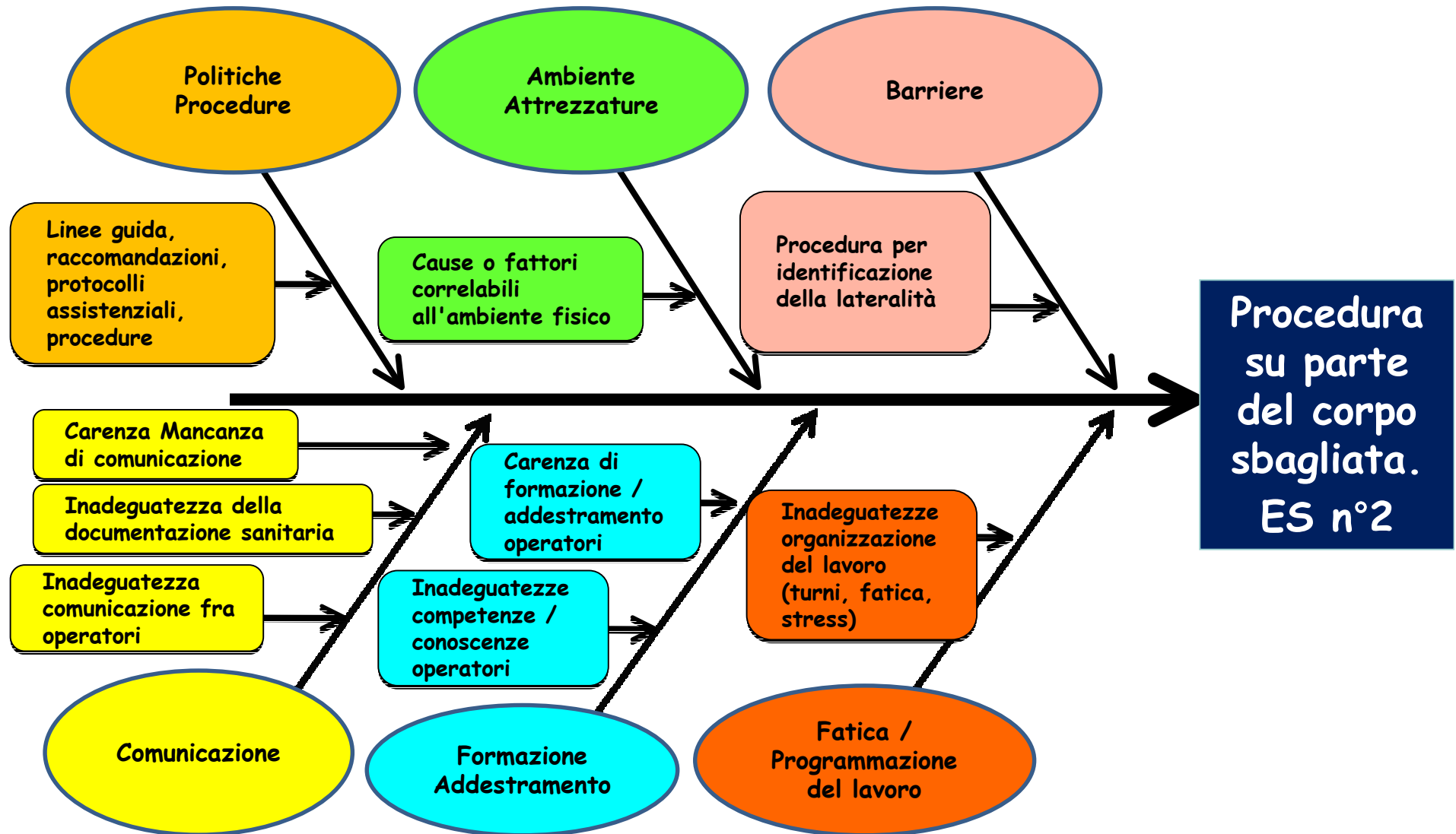
DIAGRAMMI DI CAUSA ED EFFETTO

DIAGRAMMA A SPINA DI PESCE O DI ISHIKAWA



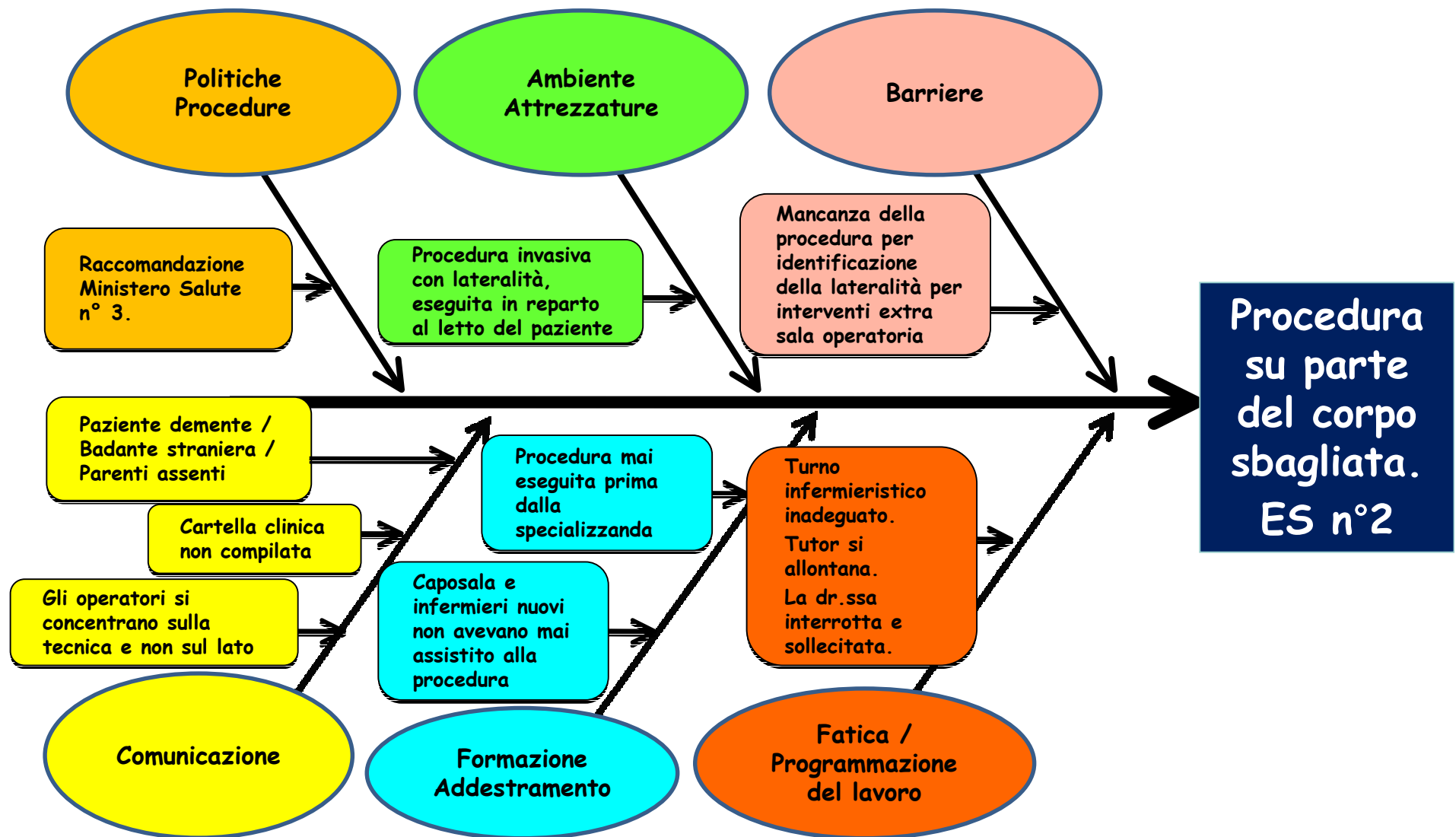
DIAGRAMMI DI CAUSA ED EFFETTO

DIAGRAMMA A SPINA DI PESCE O DI ISHIKAWA



DIAGRAMMI DI CAUSA ED EFFETTO

DIAGRAMMA A SPINA DI PESCE O DI ISHIKAWA



Macro categorie di errori

	COMUNICAZIONE
1	Carenza / mancanza di informazione - comunicazione
2	Inadeguatezza della documentazione sanitaria
3	Inadeguatezza comunicazione fra operatori
4	Inadeguatezza comunicazione fra operatori e pazienti / familiari / accompagnatori

	FATTORE UMANO
5	Carenza di formazione / addestramento operatori
6	Inadeguatezze competenze / conoscenze operatori
7	Inadeguatezze organizzazione del lavoro (turni, fatica, stress)

	FATTORI AMBIENTALI
8	Cause o fattori correlabili all'ambiente fisico
9	Fattori strutturali
10	Fattori legati alla logistica
11	Fattori legati al microclima

	TECNOLOGIE/ FARMACI/ LG
12	Dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali
13	Farmaci
14	Linee guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure

Controllo : azioni correttive

Azione N°	Descrizione dell'azione	Responsabile dell'azione	Esito misurabile	Tempo della misura
1	Redigere procedura per identificazione e marcatura del lato già in PS prima del ricovero in UO di degenza.	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza	Esistenza della procedura	3 mesi
2	Redigere procedura per estendere la Raccomandazione Ministero Salute n° 3 alle procedure invasive eseguite al di fuori della sala operatoria.	Direttore Dipartimento Chirurgico e Direttore Dipartimento Medico	Esistenza della procedura	3 mesi
3	Morbidity and Mortality Review finalizzata a migliorare il lavoro di gruppo, la comunicazione, la gestione dei turni e i rapporti fra Ospedale e Università.	Direttore UO Ortopedia, Coordinatore Infermieristico o con Risk Manager	Verbale della riunione e numero dei partecipanti	3 mesi

Grazie per l'attenzione

lev_anna2002@yahoo.it