

Corso FAD 10 Settembre 2024

RISK MANAGEMENT IN RSA

Dr. Bagarolo Renzo Augusto
Direttore Sanitario Istituto
Neurologico Besta - Milano

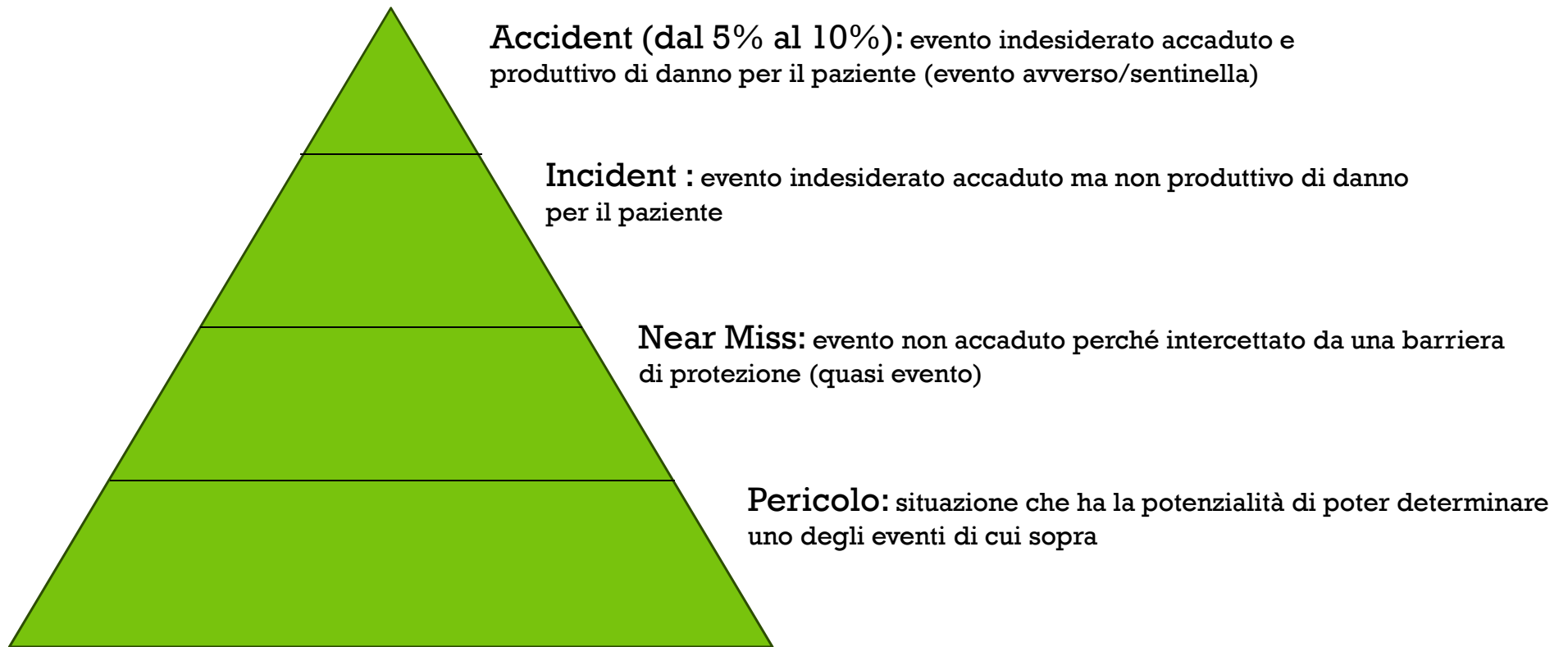
Di cosa stiamo parlando:

- In ogni organizzazione complessa, l'errore e la possibilità di incidente non sono eliminabili, dovuto anche alla variabilità e imprevedibilità dei fenomeni
- In ambito sanitario e socio-sanitario tutto ciò si traduce in Rischio Clinico ed in una probabilità che il paziente possa essere vittima di un Evento Avverso a seguito di cure mediche o atti assistenziali prestati o «omessi» durante un periodo più o meno prolungato di degenza e che possono provocare peggioramento delle condizioni di salute o morte del paziente.

Risk Management è il processo attraverso il quale si identifica, stima e/o misura un rischio e successivamente si sviluppano strategie mediante il coordinamento delle risorse utili a minimizzarlo o «gestirlo/governarlo» (H. Douglas 2009)

Occuparsi di Rischio Clinico significa operare per la Sicurezza del paziente ed è la base su cui costruire un percorso di Qualità delle Cure.

Le Dimensioni del problema: Il Triangolo della Sicurezza



Corso FAD 10 Settembre 2024

Modelli di analisi del Rischio

(sistema organizzativo in grado di ridurre la probabilità che si riducano gli errori, attraverso una pluralità di azioni a diversi livelli)

1

- **Reattivo:** studio a posteriori degli incidenti
- Più diffuso e semplice e si basa su Incident Reporting (accident; incident; near miss), utilizzo di dati amministrativi e informatici (analisi di dati e indicatori di ricovero e cura), RCA (Root Cause Analysis)
- Incident reporting: raccolta volontaria di dati anonima o meno che segnala un accadimento e le modalità. Logica giornalistica: **Chi** (persone coinvolte e segnalatore); **Cosa** (descrizione evento e gravità delle conseguenze); **Dove** (luogo); **Quando** (giorno, ora, ecc.); **Come** (analisi dei fattori coinvolti distinti fra umani-organizzativi-tecnologici-infrastrutturali).
- RCA: analisi che a partire dagli errori riscontrati ne ricerca le cause profonde attraverso un metodo induttivo che pone domande (dia i 5 perché, l'analisi della mappa dei processi)

L'incident reporting è un processo cruciale per la gestione del rischio clinico

Obiettivi Principali

- **Identificazione dei Rischi:** Rilevare incidenti e quasi incidenti per identificare aree a rischio.
- **Miglioramento Continuo:** Utilizzare i dati raccolti per migliorare continuamente la qualità delle cure.
- **Prevenzione:** Sviluppare e implementare misure preventive basate sull'analisi degli incidenti.

Processo di Incident Reporting

Segnalazione

- **Chi Segnala:** Tutti i membri del personale, inclusi medici, infermieri, operatori socio-sanitari e altri professionisti della salute.
- **Come Segnalare:** Utilizzo di moduli di segnalazione cartacei o digitali. La segnalazione può essere anonima per incoraggiare la comunicazione e aperta.
- **Quando Segnalare:** Immediatamente dopo l'evento o il quasi incidente.

Raccolta dei Dati

- **Informazioni Raccolte:** Dettagli dell'incidente, luogo, data, ora, persone coinvolte, descrizione dell'evento e azioni intraprese.
- **Database:** I dati vengono inseriti in un database centralizzato per l'analisi e il monitoraggio continuo.

Analisi dei Dati

- **Trend Analysis:** Identificazione di pattern e trend ricorrenti.
- **SEA:** Analisi approfondita delle cause principali degli incidenti più gravi.
- **Feedback e Revisione:** Revisione dei risultati e feedback ai membri del personale.

Implementazione delle Misure Preventive

- **Sviluppo di Protocolli:** Creazione o aggiornamento di protocolli basati sui risultati dell'analisi.
- **Formazione del Personale:** Sessioni di formazione specifiche per prevenire il ripetersi degli incidenti.
- **Monitoraggio Continuo:** Valutazione periodica dell'efficacia delle misure preventive implementate.

Fattori contribuenti

FATTORI	FATTORI CONTRIBUTIVI INFLUENZANTI	ESEMPI DI PROBLEMI
Contesto istituzionale	Contesto normativo; ambiente medico-legale	Priorità insufficienti data dai legislatori alla sicurezza; pressioni legali contro dibattiti ancora aperti, che impediscono di imparare dagli errori
Fattori organizzativi e gestionali	Risorse finanziarie e vincoli economici; politiche relative a standard e obiettivi; cultura della sicurezza e priorità	Mancanza di consapevolezza del problema della sicurezza da parte della dirigenza; politiche che favoriscono personale di livello inadeguato
Fattori legati all'ambiente lavorativo	Livello del personale e mix di abilità; carico di lavoro e pianificazione dei turni; progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature; supporto decisionale ed amministrativo	Carico di lavoro eccessivo, che causa affaticamento; accesso limitato ad attrezzature indispensabili; supporto amministrativo inadeguato, che riduce il tempo dedicato al paziente
Fattori legati al team	Comunicazione verbale; comunicazione scritta; supervisione e volontà di richiedere aiuto; struttura del gruppo (leadership, coerenza...)	Scarsa supervisione al personale non esperto; scarsa comunicazione tra i diversi professionisti; scarsa volontà da parte del personale meno esperto di chiedere aiuto
Fattori individuali del personale	Conoscenze ed abilità; motivazione ed atteggiamenti; salute fisica e mentale	Mancanza di competenze o esperienza del personale; fatica e stress trascinati per lungo tempo
Fattori legati ai compiti	Disponibilità ed uso dei protocolli; disponibilità ed accuratezza dei risultati dei test	Indisponibilità dei risultati dei test, ritardi nella ricezione dei referti o mancanza di protocolli chiari e linee guida
Fattori legati al paziente	Complessità e stato di salute; linguaggio e comunicazione; fattori personali e sociali	Barriere linguistiche tra clinici e pazienti angosciati

Corso FAD 10 Settembre 2024

Modelli di analisi del Rischio

(sistema organizzativo in grado di ridurre la probabilità che si riducano gli errori, attraverso una pluralità di azioni a diversi livelli)

2

- **Proattivo:** gli errori possono essere tutti prevenuti se si effettua un'analisi sistematica delle macro-attività dei processi e dei sotto-processi (metodologia di tipo preventivo/proattivo HFMEA – Healthcare Failure Mode & Effect Analysis)
- Quindi non è necessaria la presenza di eventi, quasi eventi o pericoli, ma analizza le attività e le persone coinvolte ricavandone una misura del rischio di accadimento di un evento espresso dal Prodotto della Probabilità di accadimento dell'evento (P) per la Gravità dell'eventuale Danno associato. **$R = P \times D$**

Corso FAD 10 Settembre 2024

Modelli di analisi del Rischio

(sistema organizzativo in grado di ridurre la probabilità che si riducano gli errori, attraverso una pluralità di azioni a diversi livelli)

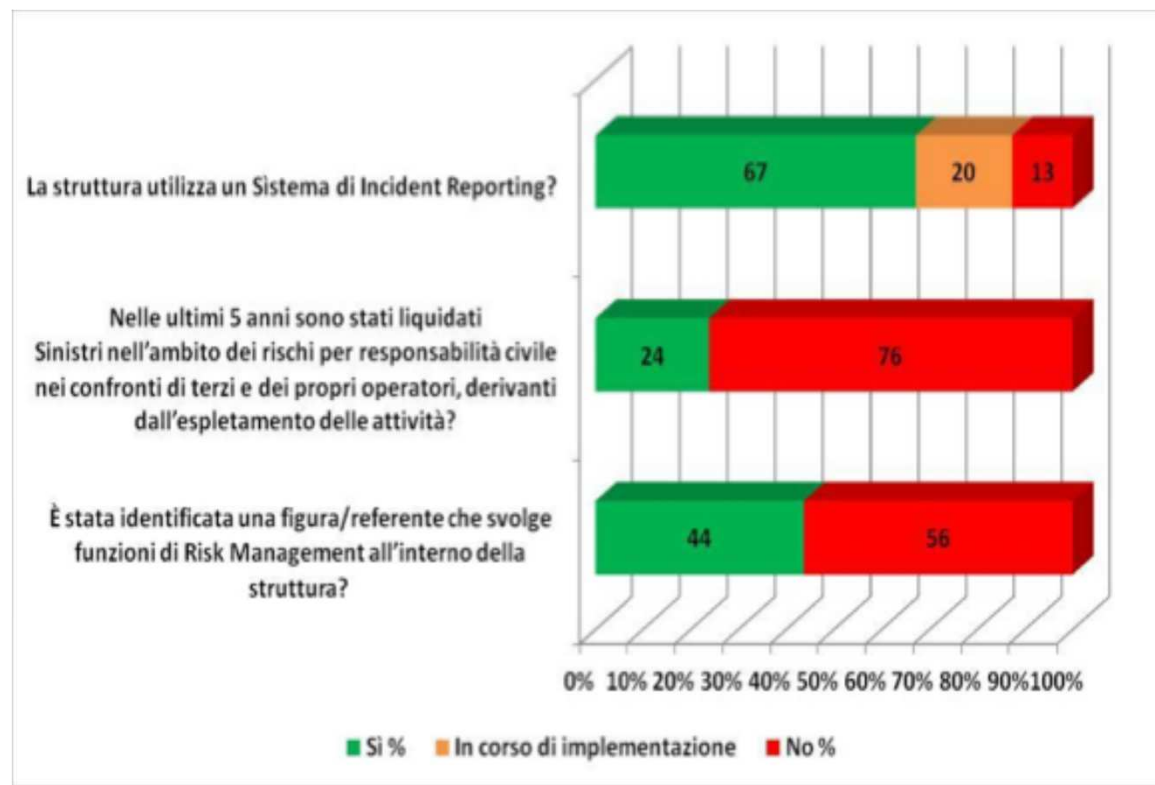
3

- **Processo di gestione del rischio:** identificazione, valutazione e trattamento dei rischi
 - **Identificazione:** rilevazione degli eventi e analisi dei rischi (tecniche di analisi reattive e proattive)
 - **Valutazione e Analisi del rischio :** analisi della probabilità e severità degli eventi o del rischio con valutazione delle cause, dei fattori di contesto e le possibili misure da adottare
 - **Trattamento dei rischi:** azioni concertate a diverso livello per eliminare o mitigare il rischio attraverso azioni di prevenzione (cambiamenti organizzativi o di processo)
 - **Monitoraggio:** indicatori predefiniti per controllare nel tempo l'andamento dei rischi e quindi l'efficacia delle azioni avviate.

Corso FAD 10 Settembre 2024

Regione Lombardia
indagine Risk
Management con
Questionari su 590 RSA
e 84 RSD

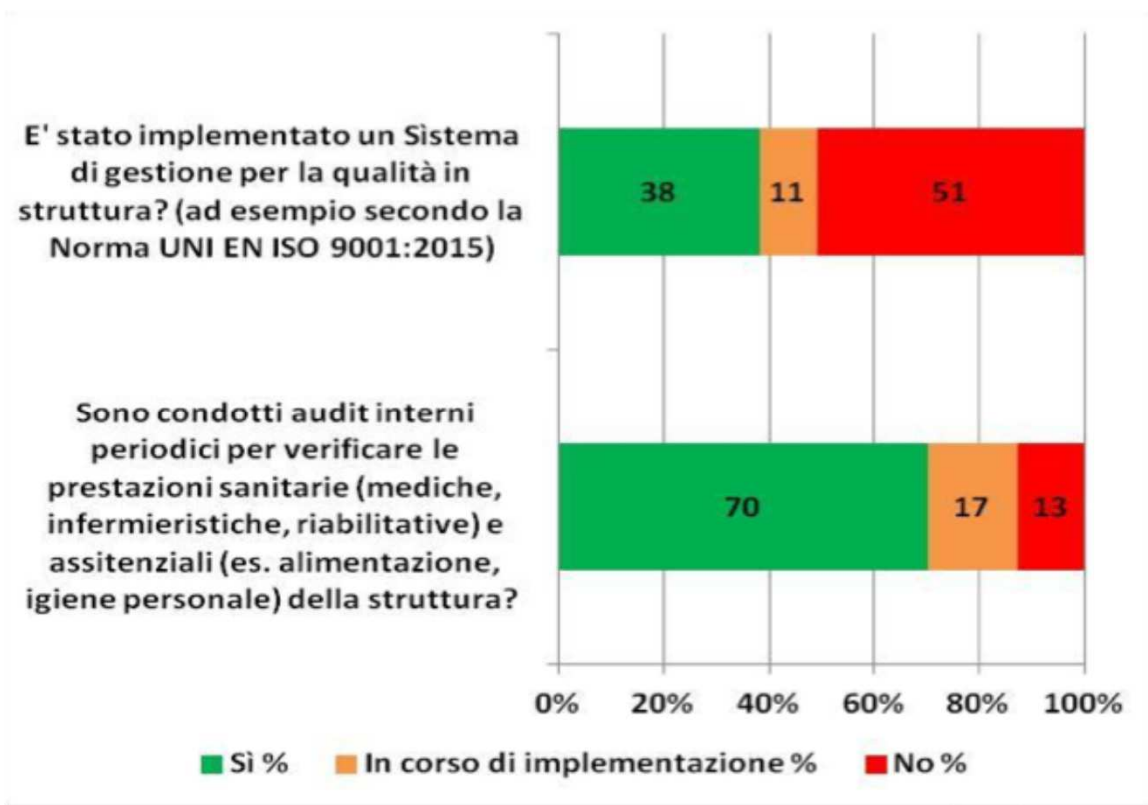
Presenza di un sistema di gestione del Risk Management



Corso FAD 10 Settembre 2024

Regione Lombardia
indagine Risk
Management con
Questionari su 590 RSA
e 84 RSD

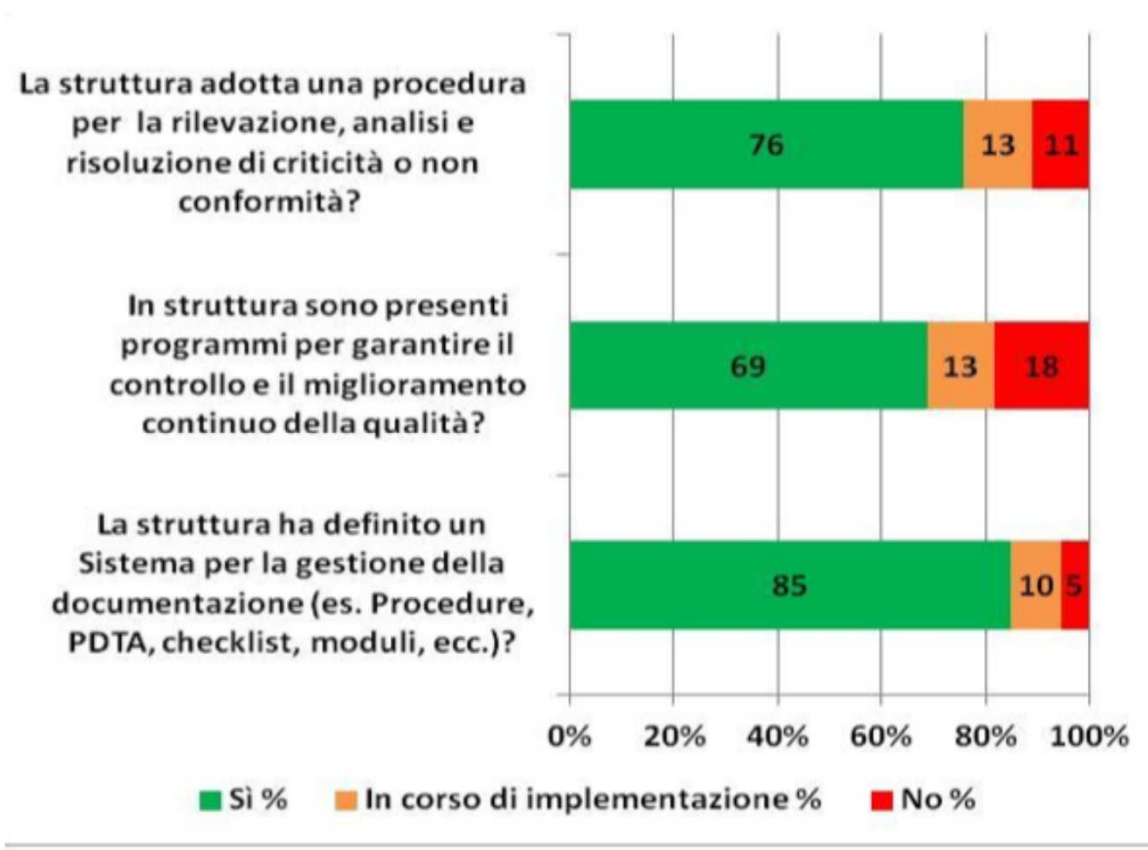
Presenza di un sistema di gestione della Qualità 1



Corso FAD 10 Settembre 2024

Regione Lombardia
indagine Risk
Management con
Questionari su 590 RSA
e 84 RSD

Presenza di un sistema di gestione della Qualità 2



Corso FAD 10 Settembre 2024

Raccomandazioni
Ministeriali
DGR 7435_2001 e DGR
1765_2014

- Le strutture socio-sanitarie oltre ai classici rischi intrinseci nell'attività sanitaria (errore di terapia, infezioni, errore di procedura; ecc.) presentano molteplici rischi intrinseci all'attività assistenziale e strettamente correlata alla condizione di fragilità e non autosufficienza di pazienti/ospiti (movimentazione; cure generali; sorveglianza; permanenza prolungata e presenza di familiari e parenti; ecc), per cui il sistema di gestione del rischio all'interno delle RSA oltre alle note raccomandazioni ministeriali applicabili al contesto, deve tenere in considerazione e valutare altri indicatori più collegati all'assistenza, alla condizione dei soggetti trattati ed al contesto.

Corso FAD 10 Settembre 2024

Raccomandazioni Ministeriali e aree di attività da presidiare

(DGR 7435_2001 e
DGR 1765_2014)

Raccomandazione ministeriale (sito web: salute.gov.it)	% NON applicabile	% applicabile, ma non implementata	% in corso di Implement.	% a regime
13.Prevenzione e gestione della caduta del paziente (2001)	0	1	4	95
9.Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali (2009)	5	10	11	74
18.Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (2018)	4	9	14	73
12.Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"(2010)	5	9	16	70
7.Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (2008)	7	11	14	68
17.Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica (2014)	4	11	17	68
19.Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici (2012)	2	11	21	66
1.Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio (2008)	22	7	8	63
8.Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (2007)	5	17	24	54
5.Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO (2008 aggiornata nel 2020)	46	4	7	43
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale (2008)	17	27	22	34

Corso FAD 10 Settembre 2024

Raccomandazioni Ministeriali e aree di attività da presidiare

(DGR 7435_2001 e
DGR 1765_2014)

Area tematica	% NON APPLICABILE	% NON adottate strategie specifiche	% in corso di Implementaz.	% strategie specifiche a regime
1. Gestione farmaci (stupefacenti e non)	0	1	2	97
2. Gestione rifiuti	0	1	3	96
3. Prevenzione e gestione lesioni da pressione	0	1	3	96
4. Lavaggio delle mani	0	1	3	96
5. Gestione emergenze sanitarie (es. carrello emergenza)	0	2	4	94
6. Misure di contenzione	1	1	5	93
7. Gestione del dolore acuto e cronico	0	2	5	93
8. Gestione frigoriferi per farmaci	0	4	6	90
9. Rischio nutrizionale	0	2	8	90

Corso FAD 10 Settembre 2024

Raccomandazioni Ministeriali e aree di attività da presidiare

(DGR 7435_2001 e
DGR 1765_2014)

Area tematica	% NON APPLIC.	% non adottate strategie specifiche	% in corso di implementazione	% strategie specifiche a regime
10. Infezioni correlate all'assistenza	0	1	8	90
11. Gas medicali	5	4	10	81
12. Reazioni avverse a farmaco (Adverse Drug Reaction – ADR)	1	9	15	75
13. Accompagnamento al fine vita	2	10	17	71
14. Utilizzo benzodiazepine (es. in relazione alle cadute)	8	25	16	51
15. Antibiotico resistenza	5	23	24	48
16. Consumo di antibiotici	7	26	24	43
17. Allestimento di confezionamenti personalizzati per la sicurezza e l'aderenza terapeutica	39	19	13	29

Corso FAD 10 Settembre 2024

IMPARARE DALL'ERRORE

- I sistemi di cura sono complessi, alle organizzazioni e agli operatori viene richiesta efficacia, appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure. I cittadini ed gli utenti sono più informati e consapevoli dei propri diritti e nutrono aspettative nei confronti dei servizi a cui si rivolgono.
- Il rischio di errore o la possibilità di incidente non sono eliminabili e quindi vanno «gestiti» all'interno di un sistema che non colpevolizza le persone e non nasconda gli eventuali errori ma può apprendere informazioni e imparare da questi errori.
- Oltre alla costruzione di un sistema di gestione del rischio occorre diffondere una cultura del rischio fondato sulla sensibilità e partecipazione di tutti gli operatori, ed un atteggiamento propositivo che non perda di vista il benessere del paziente/ospite.

Corso FAD 10 Settembre 2024

IMPARARE DALL'ERRORE

Modello: creare una organizzazione senza paura

Domanda : è possibile promuovere una cultura organizzativa senza paura anche nei contesti socio-sanitari ?

Il modello dell'"Organizzazione Senza Paura" di Amy Edmondson, noto anche come "Psychological Safety", è un approccio organizzativo che mira a creare un ambiente di lavoro dove i dipendenti si sentono sicuri nel prendere rischi interpersonali senza paura di essere puniti o umiliati.

Ecco gli elementi chiave di questo modello:

Sicurezza psicologica: La base del modello è la creazione di un ambiente in cui le persone si sentono libere di esprimere idee, domande, preoccupazioni ed errori senza timore di conseguenze negative.

Coinvolgimento attivo: I leader devono coinvolgere attivamente i membri del team, chiedendo il loro input e valorizzando le loro opinioni, promuovendo una cultura di apertura e dialogo.

Apprendimento continuo: Promuovere un ambiente di apprendimento continuo dove l'errore è visto come un'opportunità di crescita e miglioramento, piuttosto che come un fallimento da punire.

Corso FAD 10 Settembre 2024

IMPARARE DALL'ERRORE

Comunicazione aperta: Incentivare una comunicazione aperta e trasparente, dove le informazioni sono condivise liberamente e le persone si sentono a loro agio nel dare e ricevere feedback.

Supporto reciproco: Creare una cultura di supporto reciproco dove i membri del team si aiutano a vicenda, favorendo la collaborazione e la solidarietà.

Leadership inclusiva: I leader devono essere accessibili e disponibili, mostrando empatia e supporto nei confronti dei loro dipendenti, incoraggiando la partecipazione e l'inclusione di tutti.

Responsabilità condivisa: Promuovere una responsabilità condivisa per il successo del team, dove tutti i membri si sentono parte integrante e responsabili dei risultati collettivi.

Implementando questi elementi, le organizzazioni possono costruire ambienti di lavoro dove i dipendenti si sentono sicuri di esprimersi, contribuendo così all'innovazione, alla produttività e al benessere complessivo dell'organizzazione.

Corso FAD 10 Settembre 2024

Sviluppare le competenze «trasversali»

Pensiero critico e risoluzione dei problemi: La capacità di analizzare criticamente le situazioni, riconoscere i rischi potenziali e sviluppare soluzioni creative e pragmatiche è essenziale per affrontare le sfide nella gestione del rischio clinico. Questa competenza consente al personale sanitario di identificare precocemente i potenziali problemi e di intervenire in modo appropriato per prevenirli o mitigarli.

Empatia e consapevolezza emotiva: L'empatia è una competenza fondamentale per comprendere le esigenze e le preoccupazioni dei pazienti e dei loro familiari. La consapevolezza emotiva consente ai professionisti sanitari di gestire efficacemente le proprie emozioni e quelle degli altri durante situazioni stressanti o ad alta tensione emotiva, migliorando la qualità delle interazioni e delle cure.

Corso FAD 10 Settembre 2024

Sviluppare le
competenze
«trasversali»

Collaborazione e lavoro di squadra: Le strutture socio-sanitarie coinvolgono spesso team multidisciplinari che devono collaborare in modo efficace per garantire la sicurezza e la qualità delle cure. La capacità di lavorare in team, ascoltare attivamente le opinioni degli altri, rispettare le diverse prospettive e contribuire al raggiungimento degli obiettivi comuni è essenziale per il successo della gestione del rischio clinico.

Gestione dello stress e resilienza: Date le sfide e le pressioni quotidiane associate alla gestione del rischio clinico, è importante che il personale sanitario sviluppi competenze di gestione dello stress e resilienza. Queste competenze aiutano a mantenere la calma e la chiarezza mentale durante situazioni critiche, consentendo al personale di prendere decisioni informate e di agire in modo efficace.

Corso FAD 10 Settembre 2024

RISK MANAGEMENT
IN RSA

GRAZIE !!!

