COLLEGIO IPASVI
DELLA PROVINCIA DI LECCO

Gruppo ITaliano Infermieri
di area Cardiovascolare

CORSO DI AGGIORNAMENTO
12 Novembre 2016 - LECCO

La valorizzazione delle competenze infermieristiche
nei nuovi scenari dell'esercizio professionale italiano

Un sistema a prova di errori: assistenza infermieristica e Clinical Risk Management (CRM)

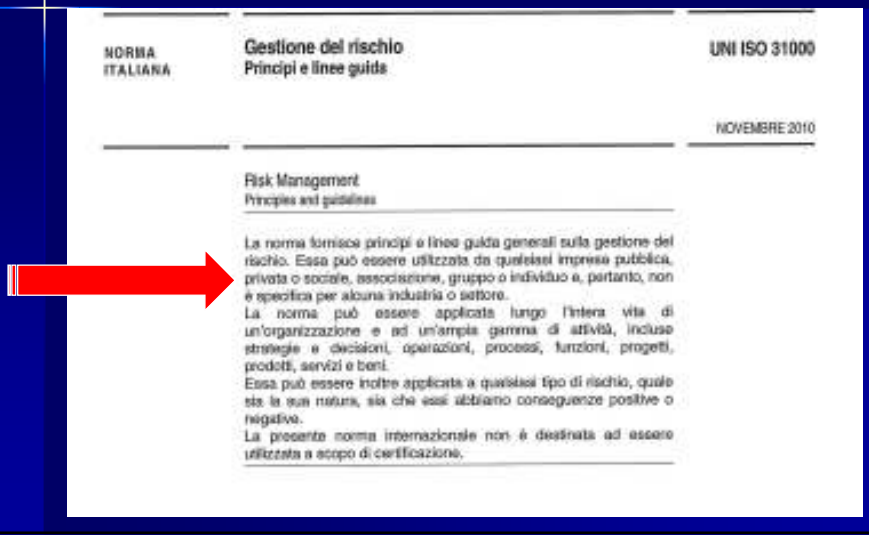
(Relatore: dott. M.Tettamanti)

Un **sistema** a prova di errori:
assistenza infermieristica e Clinical Risk Management (CRM)

… SISTEMA COMPLESSO

Clinical governance

NORME INTERNAZIONALI



NORMA ITALIANA

Gestione del rischio
Principi e linee guida

UNI ISO 31000

NOVEMBRE 2010

Risk Management
Principles and guidelines

La norma fornisce principi e linee guida generali sulla gestione del rischio. Essa può essere utilizzata da qualsiasi impresa pubblica, privata o sociale, associazione, gruppo o individuo e, pertanto, non è specifica per alcuna industria o settore.
La norma può essere applicata lungo l'intera vita di un'organizzazione e ad un'ampia gamma di attività, incluse strategie e decisioni, operazioni, processi, funzioni, progetti, prodotti, servizi e beni.
Essa può essere inoltre applicata a qualsiasi tipo di rischio, quale sia la sua natura, sia che essi abbiano conseguenze positive o negative.
La presente norma internazionale non è destinata ad essere utilizzata a scopo di certificazione.

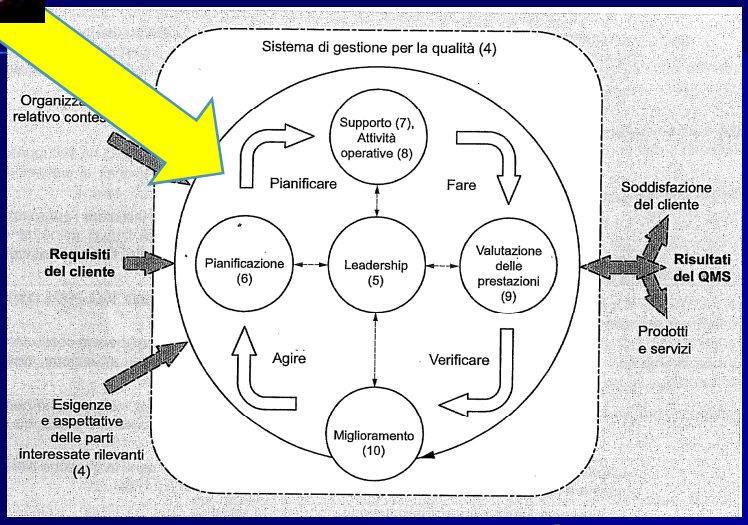
NORME INTERNAZIONALI: UNI EN ISO 9001:2015

Tra le novità principali rispetto alla precedente:
(…)

- **approccio basato sui rischi (Risk Based Thinking)**
- supporto documentale al sistema (Informazioni documentate)

- Identificazione dei rischi
- Analisi di rischi
- Misure di controllo
- Analisi delle probabilità
- Valutazione del rischio

NORME INTERNAZIONALI: UNI EN ISO 9001:2015



L'elemento di attenzione finale è il CLIENTE

LA PERSONA/CLIENTE

Un sistema a prova di errori:
assistenza infermieristica e Clinical Risk Management (CRM)

INFERMIERE

Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

Art. 3
La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel **prendersi cura della persona** nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

IPASVI

Art. 9
l'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere

norme generali
aggiornare le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca…
assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto…
riconosce i limiti delle proprie conoscenze...

Codice Deontologico dell'Infermiere 2009

IPASVI

Articolo 12
L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.

Articolo 29
L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

In generale
ascolta, informa, coinvolge, **rispetta le indicazioni espresse dall'assistito;**
assicura la tutela e la riservatezza delle informazioni.

Un sistema **a prova di errori**:
assistenza infermieristica e **Clinical Risk Management (CRM)**

....errori in sanità

Un giorno in ospedale Josè Perez - 1929

.... rischio in sanità

PERICOLO / RISCHIO

Consapevolezza individuale

L' ERRORE E LA POSSIBILITA' DI UN INCIDENTE, SONO COMPONENTI INELIMINABILI DELLA REALTA' UMANA

….. QUINDI DEVONO ESSERE ADOTTATI TUTTI GLI INTERVENTI POSSIBILI PERCHE' SIANO, PER LO MENO, CONTROLLABILI

"Il punto fondamentale è riconoscere gli errori e correggerli al più presto possibile prima che facciano un danno. Di conseguenza, l'unico peccato imperdonabile è nascondere un errore"

K. Popper

IN SANITA'

Si intende per Rischio Clinico:
la probabilità
che una Persona/Cliente riceva un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "*danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte*"

(Khon, Istitute Of Medicine 1999)

EVENTI AVVERSI PREVENIBILI

	Harvard Medical Practice Study	To err is Human	Australia	New Zealand	UK
Eventi avversi	3.7%	4%	16.6%	12.9%	10.8%
Eventi avversi prevenibili	58%	53%	53%	35%	47%
Mortalita	13.6%	6.6%	4.9%	<15%	8%

Il Risk Management

Inteso genericamente l'insieme delle attività per gestire un'organizzazione con riferimento ai rischi.

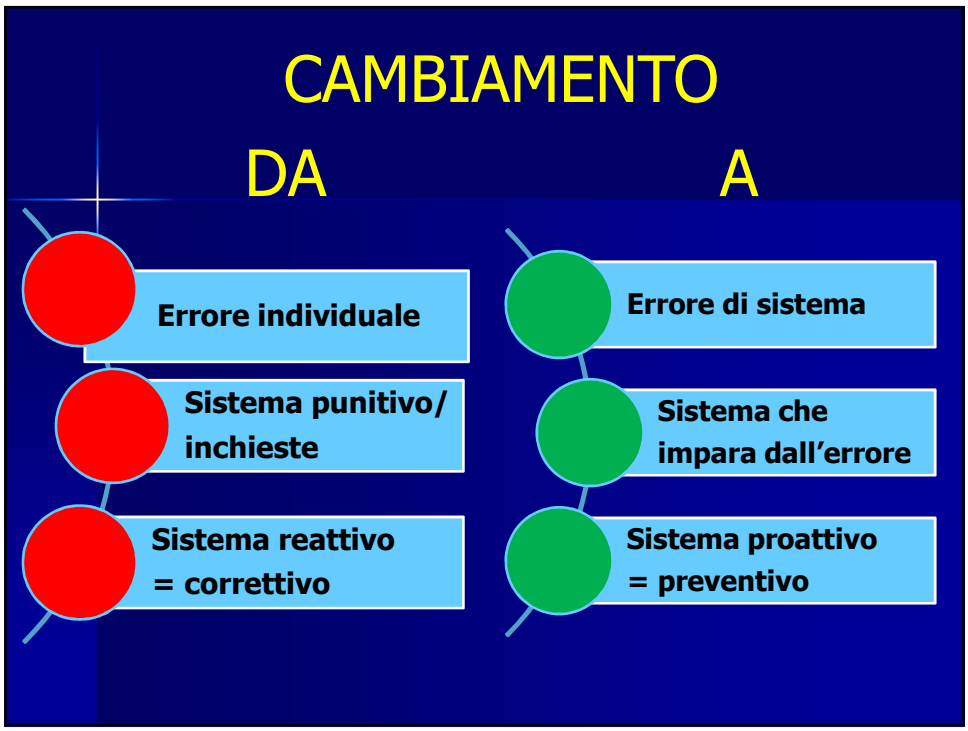
Specificatamente è una funzione che fornisce in termini strutturali:

- **risposte organizzative in termini di qualità**
- **attività continuativa e coordinata di identificazione degli errori e dei rischi di errore**
- **prevenzione degli errori e dei danni da eventi avversi**

L'efficacia del RM è data da tre elementi:

- **il cambiamento della concezione dell'errore**
- **l'adozione di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi**
- **la creazione di soluzioni organizzative**

- aumentare la sicurezza delle Persone/Clienti
- migliorare gli outcome
- diminuire i costi e ridurre le perdite



Glossario essenziale

Near miss (quasi errore):
evento inaspettato o non pianificato che non determina danno alla Persona/Cliente, poiché è intercettato prima del suo compimento.

Evento avverso:
danno non intenzionale o complicanza nelle cure che causa disabilità, o prolungamento della degenza. Può avvenire anche durante atti o procedure eseguite con scrupolosa attenzione

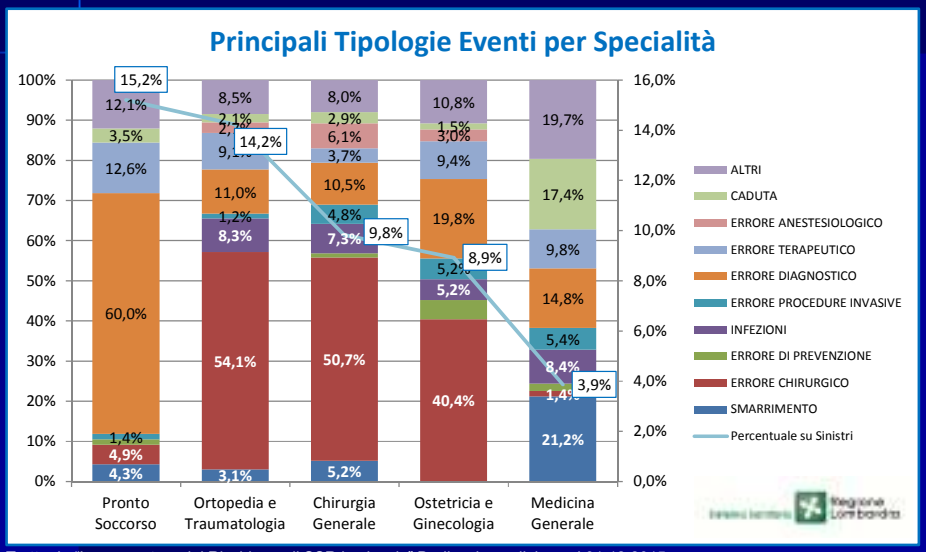
Evento sentinella
Evento con esiti particolarmente gravi (morte, danno grave), con dinamica ripetitiva che è indizio (ma non prova, che viene definita dall'analisi dell'evento) di gravi disfunzioni nella catena della sicurezza della Persona/Cliente

Errore:
Atto omissivo o commissivo che determina un esito indesiderato o rischio di effetto indesiderato. Gli errori attivi sono quelli più facilmente individuabili in quanto fattori scatenanti l'incidente.

Violazione: deviazione da procedure codificate, standard o regole.

Errori ..... Persona/Cliente

Analisi di frequenza – Principali Tipologie Eventi per Specialità*



* Tratto da "La mappatura del Rischio per il SSR lombardo" Dodicesima edizione al 31.12.2015, Direzione Generale Welfare

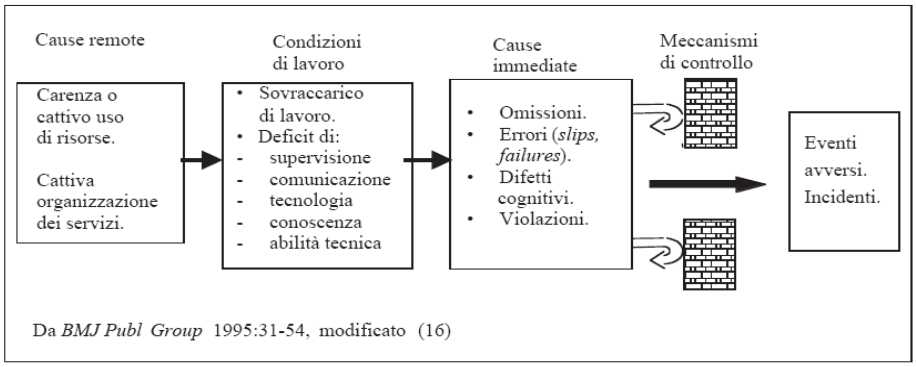
I 06 "Obiettivi Internazionali per la sicurezza del Paziente"

- OB 1 Identificare correttamente il Paziente
- OB 2 Migliorare l'efficacia della comunicazione
- OB 3 Migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio
- OB 4 Garantire l'Intervento Chirurgico in Paziente Corretto, con Procedura Corretta, in Parte del Corpo Corretta
- OB 5 Ridurre il Rischio di Infezioni Associate all'Assistenza Sanitaria
- OB 6 Ridurre il Rischio di Danno al Paziente in seguito a Caduta

La catena causale

ANALISI REATTIVA

Figura 1. Patogenesi dell'errore in medicina



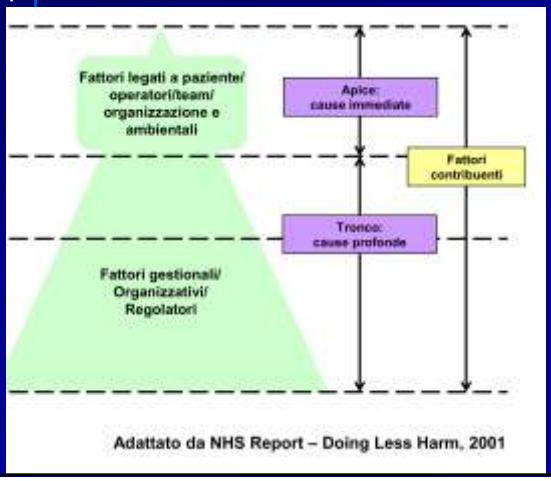
Da *BMJ Publ Group* 1995:31-54, modificato (16)

ANALISI PROATTIVA

Approccio all'errore

RCA: il metodo

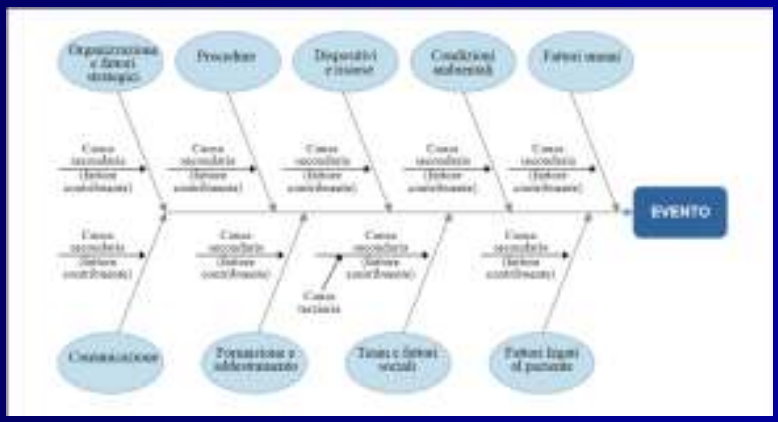
Partendo da errori riscontrati in un sistema, la Root Cause Analisys è la ricerca delle cause attraverso un metodo induttivo che procede in profondità mediante domande che esplorano sempre più nel dettaglio ogni azione eviscerando le cause profonde di ogni azione ed ogni possibile deviazione dalla normalità.



RCA: le tappe.

RCA ….. strumento di analisi

Diagramma a *spina di pesce* (di Ishikawa): dettaglio delle cause primarie, secondarie e terziarie.



Most Frequently Identified Root Causes of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission by Year

The majority of events have multiple root causes
(Please refer to subcategories listed on slides 5-7)

2013 (N=887)		2014 (N=764)		2Q 2015 (N=474)	
Human Factors	635	Human Factors	547	Human Factors	464
Communication	563	Leadership	517	Leadership	382
Leadership	547	Communication	489	Communication	343
Assessment	505	Assessment	392	Assessment	247
Information Management	155	Physical Environment	115	Physical Environment	88
Physical Environment	138	Information Management	72	Health Information Technology-related	74
Care Planning	103	Care Planning	72	Care Planning	64
Continuum of Care	97	Health Information Technology-related	59	Information Management	29
Medication Use	77	Operative Care	58	Medication Use	29
Operative Care	76	Continuum of Care	57	Performance Improvement	26

The reporting of most sentinel events to The Joint Commission is voluntary and represents only a small proportion of actual events. Therefore, these root cause data are not an epidemiologic data set and no conclusions should be drawn about the actual relative frequency of root causes or trends in root causes over time.

The Joint Commission

Office of Quality and Patient Safety - 8

© Copyright, The Joint Commission

Approccio all'errore

FMECA (Failure Mode Effects and Criticality Analysis):

si basa sull'individuazione ed analisi critica dei modi di guasto/errore e dei loro effetti nello svolgimento delle attività.

Analisi qualitativa-quantitativa.

Le fasi della FMECA:

- Definire l'oggetto dell'analisi;
- Effettuare l'analisi qualitativa descrivendo i modi di guasto/errore, i loro effetti, le possibili cause.
- Elaborare le tre scale di valutazione: Gravità dell'effetto (G), Probabilità (P) e Rilevabilità (R).
- Effettuare le valutazioni quantitative in riferimento ai tre elementi.
- Calcolare l'Indice di Priorità di Rischio IPR=GxPxR).
- Ordinare per IPR decrescente.
- Assumere decisioni per abbassare il livello di rischio secondo priorità di intervento

Esempio di distribuzione dell'IPR

Risposta	G	P	R	IPR
Mancata adesione a procedure	6,98	8,33	6,21	**361,07**
Scarsa collaborazione	8	8	5	**320**
Stress …	8,25	8,63	4,11	**292,62**
Inadeguate conoscenze	6,25	6,25	7,33	**286,32**
Mancata supervisione	6	6,33	6,66	**252,94**
zzzzzzzz	9,14	4,42	6,14	**248,04**
wwwwwwww	8,36	7,12	3,96	**235,71**

L'Infermiere …… rischi/errori

Alcune categorie specifiche di errore

- nell'uso dei farmaci;
- nell'area chirurgica;
- nell'uso di apparecchiature;
- nell'effettuazione di prestazioni assistenziali in genere;
- organizzativi/gestionali
- ……

Rischi/errori nell'uso dei farmaci … nelle prossime relazioni

Obiettivo sicurezza: la gestione informatizzata della terapia ***(E. Zerbato)***

Nuovi farmaci e rischio di errore: l'esempio dei Nuovi Anticoagulanti Orali ***(C. Carzaniga)***

L'Infermiere …… rischi/errori

Ermenegilda
AE: «***quadro di shock settico ed embolia polmonare***»

AE: all'arto superiore destro «*presenza di sindrome compartimentale + ustione di 2° profondo a livello della piega del gomito per stravaso di infusione*».

raccordo della pompa a siringa (per alimentazione tramite catetere inserito in appendicocutaneostomia) collegato ad uno dei 2 raccordi ad Y del catetere venoso centrale.
Prolungamento della degenza.

L'arto superiore con l'infusione è posizionato disteso lungo il fianco e tutto il corpo è coperto dagli effetti letterecci, rendendo non visibile il sito di infusione.
Nessun controllo del posizionamento e passano circa 7 ore prima che un operatore si accorga dello stravaso.
Si sottopone il Cliente a fasciotomia urgente

RISCHIO e OPERATORI
EFFETTUAZIONE PRELIEVO EMATICO ……. variabili in gioco

- Caratteristiche fisiologiche evidenti e non della Persona/Cliente
- Identificazione della Persona/Cliente
- Conoscenze professionali versus il campione ematico da prelevare
- Competenza/responsabilità dell'operatore
- Materiali e DPI →

DISPOSITIVI SAFETY attualmente in uso

Concludendo ……
CLINICAL RISK MANAGEMENT:

- **identificazione del profilo di rischio;**
- **impostazione e applicazione di misure di prevenzione;**
- **attivazione di un sistema di controllo (monitoraggio continuo);**
- **proposte per il miglioramento continuo.**

Azioni preventive

- protocolli aggiornati, o migliore loro implementazione nell'operatività;
- controllo formale della qualità dei processi;
- formazione / addestramento continuo;
- consultazioni frequenti con specialisti / colleghi;
- sviluppo di comportamenti finalizzati alla gestione del rischio stesso.

Gestione del rischio clinico: Importanza delle registrazioni

La cartella clinica e la documentazione sanitaria assumono una centrale importanza nella gestione del rischio clinico attraverso un ruolo:

- proattivo di contenimento degli errori di comunicazione e di gestione del processo diagnostico-terapeutico
- reattivo costituendo la fonte di informazione per l'attuazione di interventi correttivi sui percorsi assistenziali migliorabili.

*Take home message

Il 70% degli incidenti è prevenibile

- se si pone l'attenzione non solo sulla catena causale singola ma sul sistema globale
- se si anticipa l'evento
- se si minimizzano gli effetti

2 *Take home message

- Integrazione
- Lavoro di squadra
- Riduzione degli errori
- abilità, sforzi, impegno, entusiasmo e .....
- .. passione al servizio dell'altro.

«Sono le azioni che contano.

I nostri pensieri, per quanto buoni possano essere, sono perle false fintanto che non vengano trasformati in azioni.

Sii il cambiamento che vuoi vedere avvenire nel mondo»