

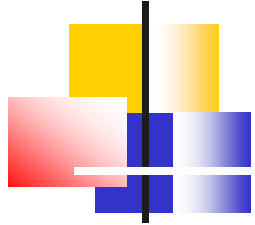
Lo sviluppo del Risk Management in Regione Piemonte

Marco Rapellino

Direttore SCDO Qualità, Risk Management e Accreditamento,

AOU S. Giovanni Battista, Torino

Coordinatore Scientifico Gruppo Rischio Clinico Regione Piemonte



I cultori di Risk Management in Italia



L'Oratore



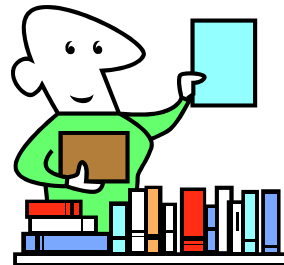
L'Artista



L'Osservatore



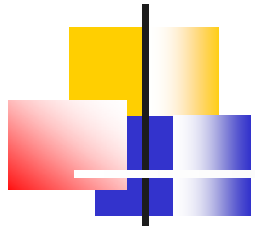
Il Lavoratore



Lo Studioso



Il Mago



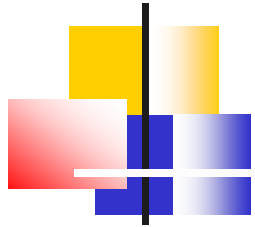
I cultori di Risk Management in Sanità



L'Inventore

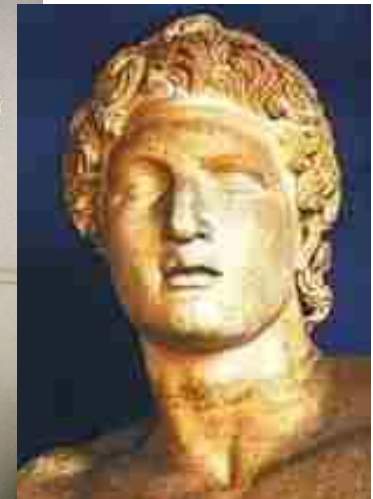
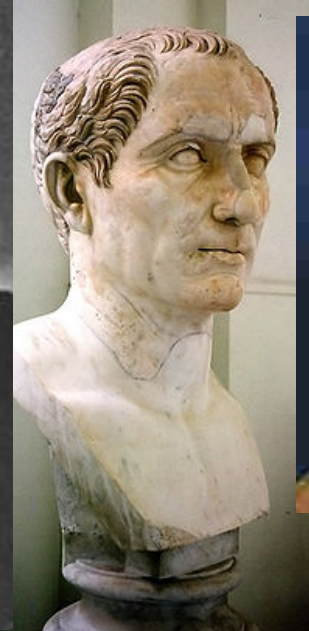
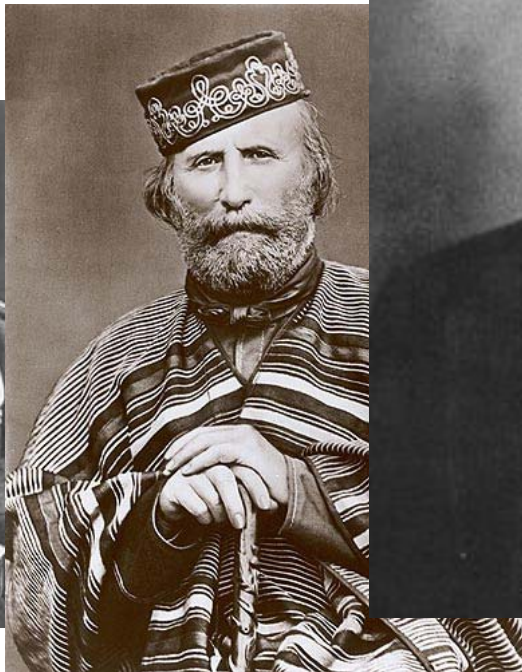


L'Estroso



I cultori di Risk Management in Italia

Uomini carismatici?





Accreditamento Istituzionale Regione Piemonte



D.C.R. 22/02/2000 n.616-3149

(**approvazione** requisiti, schede valutazione, definizione procedure e tempi adeguamento)

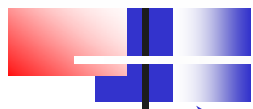
D.G.R. 05/12/2000 n. 82-1597

(**ulteriori criteri** per l'accreditamento, **definizione dei livelli differenziali di classificazione** - le modalità operative per l'esercizio dell'attività di **day-surgery**)

D.G.R. 10/04/2006 n. 60-2595

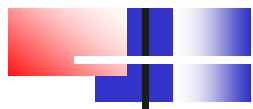
ridefinizione delle procedure di accreditamento (percorsi assistenziali)

Accreditamento Istituzionale Regione Piemonte



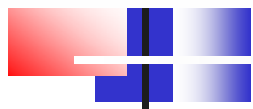
- Approvazione del Manuale di Accreditamento (2001)
- Prima fase sperimentale in strutture private (2002)
- Verifica sperimentale in strutture pubbliche su 5 percorsi DT (2004)
- Ripresa delle valutazioni nelle strutture pubbliche su 4 nuovi percorsi DT (2006)

Accreditamento Istituzionale Regionale



- garantire la standardizzazione dell'ambiente in cui si sviluppa la pratica professionale
- fornire garanzia “interna” verso la Direzione ed “esterna” nei confronti degli acquirenti/utilizzatori, di **buona organizzazione e sicurezza** delle strutture e dei processi che vi si svolgono
- costituire guida e sostegno alle strutture sanitarie per orientare al miglioramento organizzativo
- generare, sul sistema complessivo delle strutture sanitarie, informazioni capaci di innescare meccanismi di emulazione verso l'eccellenza

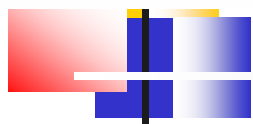
Accreditamento Istituzionale Regionale



- Appropriatelyzza clinico-organizzativa
- Identificazione delle responsabilità
- Verifica sulla qualità della documentazione clinica
- Linee Guida e PDTA
- Continuum terapeutico
- Requisiti strutturali e tecnologici

Progetto Regionale ARESS 2004

Sviluppo di Linee di Indirizzo su:

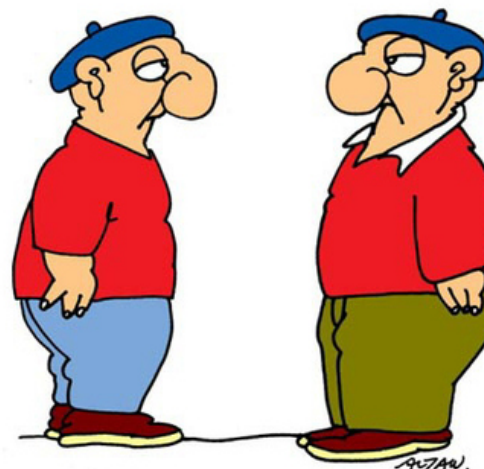


Gestione del Disservizio



POTEVA ANDARE
ANCHE PEGGIO.

NO.



Gestione del
Consenso Informato

Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (AReSS)



Progetto Risk Management (2005)

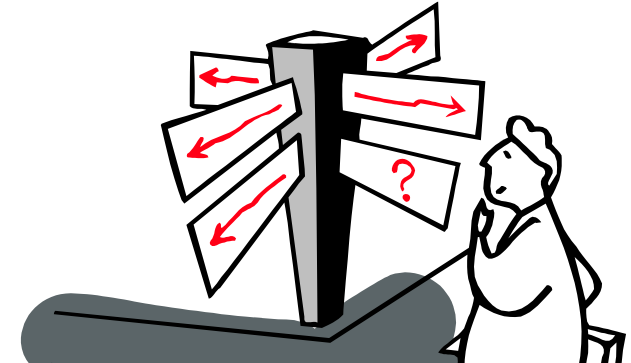


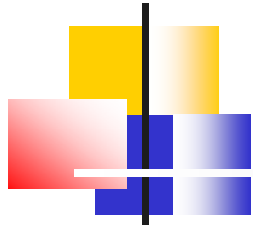
- Costituzione di gruppi di lavoro di quadrante e valutazione dell'esistente
- Analisi della letteratura
- Elaborazione documento finale da parte di ogni gruppo di quadrante
- Presentazione dei documenti alle ASR
12-04-06 (consenso informato)
19-12-06 (disservizio)

Esperienze di Gestione del Rischio Clinico



Iniziative a livello locale
ASL e ASO senza un
coordinamento centrale





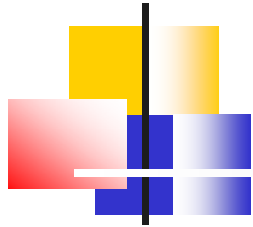
Gestione del Rischio Clinico

Regione Piemonte - Assessorato alla tutela
della Salute e Sanità

Determina gennaio 2007

Istituzione del Gruppo di Gestione del Rischio
Clinico a livello Regionale

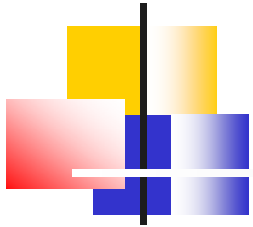
Marco Rapellino, Giuseppe Rivetti, Cinzia Tudini,
Vincenza Palermo, Silvana Stecca, Angelo Penna,
Carlo Valenzano, Nicola Giorgione, Enzo Farina, Luigi
Ronco



Gestione del Rischio Clinico

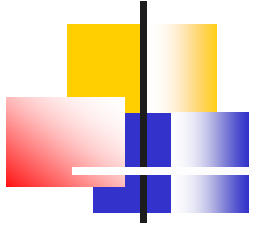
Gruppo Regionale Gestione del Rischio Clinico

- Predisposizione questionario
- Invio a tutte le 30 ASR
- Incontri con i dirigenti delle ASR
- Raccolta delle risposte (30/30)
- Elaborazione e presentazione risultati



Elementi valutati

- Strategie per la gestione del rischio
- Segnalazione/registrazione degli eventi avversi
- Azioni preventive/migliorative e correttive degli eventi avversi
- Attività di informazione/formazione sul rischio clinico

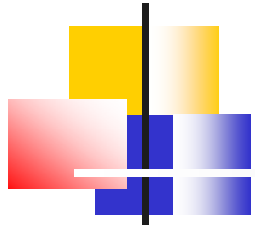


Risultati

Si sono evidenziate varie criticità soprattutto per quanto riguarda la gestione del rischio (scarsa cultura sull'argomento), la rilevazione e archiviazione degli eventi avversi e delle segnalazioni, la informazione/formazione, la gestione del disservizio e del contenzioso, la gestione specifica di problemi legati alla sicurezza dei pazienti



REGIONE PIEMONTE

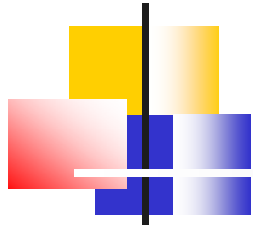


Provvedimenti esecutivi

DGR 31 marzo 2008 B.U. n. 16 del 17 aprile 2008:
“Indicazioni alle Aziende sanitarie regionali per la gestione del rischio clinico e l’attivazione dell’“Unità di gestione del rischio clinico” e prime linee di indirizzo su tematiche di particolare interesse”.



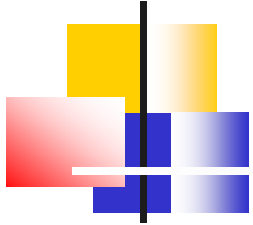
Gruppo Regionale sul Rischio Clinico



Provvedimenti esecutivi

Costituzione gruppi di lavoro interaziendali e produzione di linee di indirizzo su:

- Informazioni all'utenza per rischio infezioni a seguito di ricovero e/o procedura diagnostico-terapeutica
- Applicazione raccomandazione n. 2 Ministero Salute sulla prevenzione della ritenzione di materiale all'interno del sito chirurgico

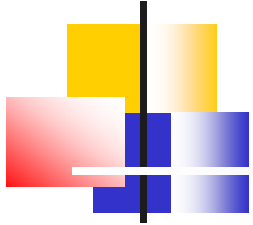


Gruppo Regionale sul Rischio Clinico

Provvedimenti esecutivi

Costituzione gruppi di lavoro interaziendali e produzione di linee di indirizzo su:

- Applicazione raccomandazione n. 3 Ministero Salute sulla corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico
- Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio (cloruro e altre) (Raccomandazione n.1)
- Vigilanza regionale sui dispositivi medici
- Gestione dei reclami



Procedure

Momenti fondamentali sono la diffusione e l'implementazione. Spesso ci si dimentica della valutazione dell'applicabilità e della applicazione delle procedure stesse



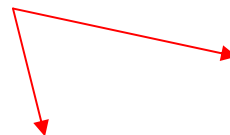
METODOLOGIA AUDIT INTERNO

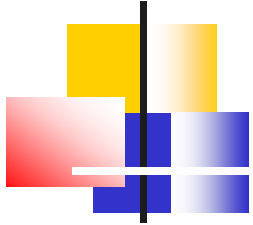


- 1) **Composizione gruppo di lavoro**
- 2) **Analisi della procedura**
- 3) **Stesura questionario di rilevazione criticità**
- 4) **Invio alle SS.CC. informativa verifiche**
- 5) **Calendarizzazione**
- 6) **Effettuazione delle stesure sia in S.O. che in Degenza**
- 7) **Rilevazione ed elaborazione dati**
- 8) **Interventi correttivi**

Revisione procedura

Problematiche specifiche

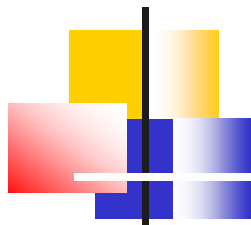




OBIETTIVO



**MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ
ATTRAVERSO UNA VERIFICA
DELL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA
IN OGGETTO ALL'INTERNO DELL'AZIENDA**

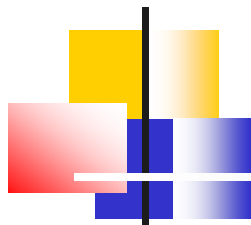


METODOLOGIA CHECK LIST

CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

SUL CORRETTO UTILIZZO DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO DI POTASSIO ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO

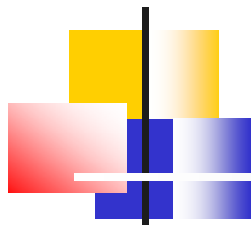
		SI	NO
1	Presenza di linee di indirizzo/procedura		
2	Evidenza delle prescrizioni effettuate in modo da consentirne la tracciabilità		
3	Presenza di moduli/richieste motivate per l'approvvigionamento		
4	Corretta gestione di moduli/richieste motivate per l'approvvigionamento		
5	Evidenza corretto imballaggio delle fiale di soluzione concentrate a base di potassio .		
6	Evidenza della corretta conservazione delle soluzioni		
7	Evidenza di verifica dell'applicazione corretta della procedura		



METODOLOGIA CHECK LIST

Check list di autovalutazione Raccomandazione n.2

		Percentuale di adesione				
		100	75	50	25	0
	Evidenza della diffusione della raccomandazione, o di altro documento interno a tutti gli operatori delle sale operatorie					
1	Percorso di formazione/addestramento previsto e attivato					
2	Evidenza della presenza e diffusione delle modalità con le quale deve essere eseguito il conteggio					
3	Presenza della registrazione dell'avvenuto conteggio in tutte le fasi previste dalla raccomandazione o dal documento interno					
	Presenza della registrazione del numero, qualifica degli operatori coinvolti nel conteggio e delle relative firme					
4	Evidenza dell'avvenuto controllo dell'integrità dello strumentario in tutte le fasi previste					
5	Presenza di disposizioni specifiche sulle modalità di comportamento in caso di discordanza nel conteggio o di mancanza di integrità di strumenti o materiale					
6	Evidenza documentale che il materiale fornito alla sala operatoria è contrassegnato in modo da agevolarne l'eventuale successiva identificazione					
7	Evidenza di informazione e presenza dei documenti necessari per la segnalazione di eventi sentinella					



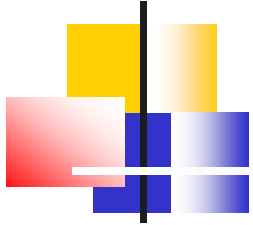
METODOLOGIA CHECK LIST

Check list di autovalutazione Raccomandazione n.3

		Percentuale di adesione				
		100	75	50	25	0
	Evidenza della diffusione della raccomandazione, o di altro documento interno a tutti gli operatori coinvolti nelle procedure chirurgiche e invasive					
A	Percorso di formazione/addestramento previsto e attivato					
B	Presenza di una check list, o altro documento, correttamente compilata					
C	1 Evidenza che il consenso informato contenga tutte le informazioni necessarie comprese sede dell'intervento, lateralità procedura e motivazione					
	2 Indicazione delle modalità utilizzate per la marcatura del sito(es. pennarello indelebile) e identificazione di chi esegue la marcatura (firma)					
D	Evidenza della raccolta di informazioni direttamente dal paziente (parente se necessario) e confronto con documentazione clinica (firma operatore e ora)					
E	1,2 Evidenza di una verifica finale di congruenza tra paziente, procedura da eseguire, posizionamento sede e lato [firma di 1 operatore (diverso da chi ha firmato in D) e ora]					
	3 Evidenza di controllo "double check" della corrispondenza delle immagini radiografiche con paziente e sito (firme di chi esegue l'intervento e di un altro componente dell'equipe e ora)					
F	Evidenza presenza della check list nel registro operatorio/documentazione atto operatorio					



Gruppo Regionale sul Rischio Clinico

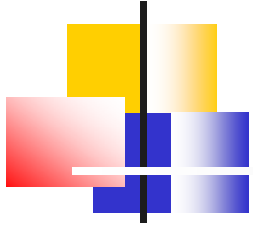


A livello ASR

- Presenza di un gruppo di lavoro multidisciplinare, formalizzato sia per composizione, che per obiettivi. Riunione del gruppo due volte al mese, anche con referenti del Risk Management
- Presenza di referenti per Risk Management, almeno di Dipartimento e/o di Distretto (Dirigenti Medici, Sanitari e Operatori del Comparto)

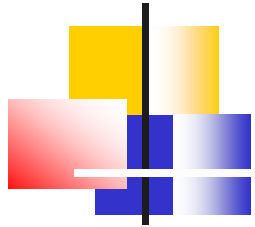


Gruppo Regionale sul Rischio Clinico



A livello ASR

- Presenza di un sistema di rilevazione degli eventi avversi (possibilmente informatizzato), che utilizzi almeno segnalazioni URP, segnalazioni spontanee occasionali degli operatori, richieste di risarcimento e contenziosi civili e penali con ausilio della SC Patrimonio e dell'Ufficio Legale
- Identificazione degli eventi avversi più rilevanti per frequenza e gravità in senso ampio, con successiva analisi delle cause



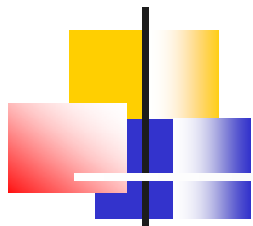
Gruppo Regionale sul Rischio Clinico

A livello ASR e Regionale

- Studio a livello ASR di azioni preventive, correttive e/o migliorative di eventi avversi identificati (linee guida, procedure, protocolli), almeno per quanto riguarda l'area clinica, giuridico amministrativa e tecnico-tecnologica
- Condivisione e diffusione di queste azioni a livello regionale, con l'istituzione di gruppi di lavoro, che possano studiare anche procedure a rischio per attuare interventi correttivi (metodo proattivo)



Gruppo Regionale sul Rischio Clinico

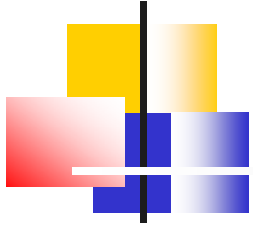


A livello ASR e Regionale

La risposta ai reclami dovrebbe, almeno per quelli attinenti a comunicazione e professionalità, interessare oltre all'URP, almeno Direzione Sanitaria e gruppo di lavoro per il Risk Management (anche per eventuali interventi migliorativi). L'obiettivo finale è rispondere all'utente, ma anche ricercare le cause del disservizio ed intervenire con misure atte impedire il ripetersi dell'evento.



Gruppo Regionale sul Rischio Clinico



A livello ASR e Regionale

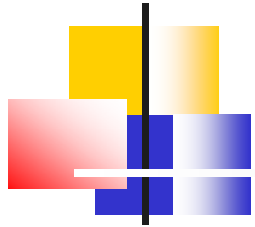
Formazione

Sono stati istituiti corsi per “formatori” , sfruttando le competenze del Gruppo di Lavoro allargato ad altri esperti. I “formatori” (3-4 per ASR) organizzano Corsi a livello ASR destinati agli operatori facenti parte del gruppo di lavoro Aziendale più i referenti per il Risk Management ed inizialmente Capi Dipartimento, Direttori di SC, Direzione Sanitaria di Presidio e di Distretto.

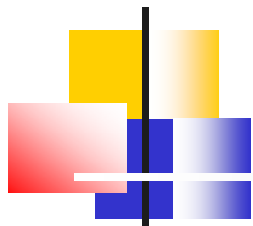


REGIONE PIEMONTE

Corsi di Formazione 2008-2009

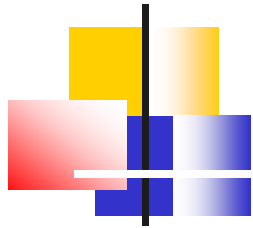


- Risk Management (Gruppi Regionali)
- Qualità e Accreditamento – Formazione Facilitatori Aziendali (AReSS)
- Qualità e Accreditamento – Formazione valutatori esterni “tra pari” (AReSS)
- Gli strumenti della Clinical Governance (AReSS)



Gruppo Regionale sul Rischio Clinico Attività futura

A distanza di sei mesi dalla Deliberazione il Gruppo Rischio Clinico della Regione Piemonte ha deciso di valutare tramite un questionario inviato alle Direzioni Generali delle ASR la applicazione dei vari punti della Deliberazione. Per quanto riguarda il primo punto “Costituzione di un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, denominato “Unità di gestione del rischio clinico”, tutte le ASR hanno provveduto alla istituzione.



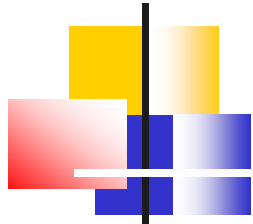
Gruppo Regionale sul Rischio Clinico Attività futura

Fino ad ora le tematiche del Rischio Clinico sono state sempre discusse ed applicate in ambiente Ospedaliero, Universitario o comunque pubblico. A nostro parere esse devono essere estese sia alla medicina territoriale, sia alla ospedalità privata, in cui vi sono, accanto ad esempi di grande interesse e diffusa applicazione di norme di sicurezza, anche preoccupanti vuoti operativi (presenti d'altra parte anche in ampi settori della medicina pubblica).



Gruppo Regionale sul Rischio Clinico Attività futura

Questa necessità di estensione di tali tematiche è stata recepita dalla Conferenza Stato-Regioni che il 20 Marzo scorso ha approvato l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le PA, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. A tal fine sarà attivata un'apposita funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure presso ogni ASL pubblica ma anche presso le strutture private accreditate.



Gruppo Regionale sul Rischio Clinico Attività futura

Nei mesi prossimi la rete dei referenti del Rischio Clinico della regione Piemonte sarà chiamata a discutere su un piano programmatico di interventi proattivi nelle ASR su questi temi generali:

Documentazione Clinica

Comunicazione

Formazione

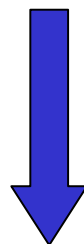
Distribuzione e somministrazione dei farmaci

Pratiche chirurgiche

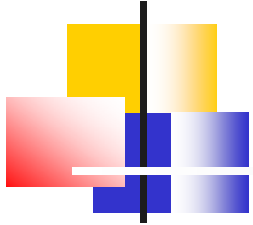
Gestione dei dispositivi



Creazione di una nuova cultura nella gestione del rischio



Non *sperare* che nessuno
sbagli, ma *fare in modo* che
pochi sbagliano



***Non ci si libera di una cosa
evitandola, ma solo
attraversandola***

Cesare Pavese