



FONDAZIONE
IRCCS POLICLINICO
"SAN MATTEO"

Report attività di risk management

Direzione
Generale

Short report dei risultati di Risk management





1. Background

La gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, basata sulla cultura dell'apprendere dall'errore.

Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

E' evidente che lo sviluppo di interventi efficaci deve essere strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per la attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

La gestione integrata è resa efficace dal Sistema di gestione per la Qualità in metrica condivisa ISO e JCI, aziendale, certificato nel novembre 2008.

2. Documentazione di riferimento di origine esterna

- Deliberazione Giunta Regionale n IX/937 dell'1 dicembre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011
- Nota numero Prot. H1.2010.0041426 del 22/12/2010 Linee Guida attività Risk management - Anno 2011



- Circ. n°46/SAN del 27 dicembre 2004 "Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario"
- "Programma triennale per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche"
- Risk Management in Sanità - Il problema degli errori Commissione Tecnica sul Rischio Clinico D.M. 5 marzo 2003.
- Joint Commission International Accreditation Standard per ospedali (gennaio 2003)
- Joint Commission International Accreditation Standard per ospedali e per la sicurezza del paziente (maggio 2008)
- Joint Commission International Accreditation Standard per ospedali e per la sicurezza del paziente (gennaio 2011)
- D. Lgs 502/92
- D. Lgs 229/99
- D. Lgs 254/00
- DPR 14/01/97
- L.R. 11/07/97 n°31
- DGR VI/38133 del 6/08/98
- DGR VI/39890
- DGR VI/46582 del 26/11/99

3. Gestione del Rischio clinico presso la Fondazione

La Fondazione ha recepito la sicurezza delle cure come dimensione fondante la qualità di tutte le prestazioni erogate e pertanto ha recepito nel proprio Sistema di Gestione Aziendale per la Qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008 le tecniche di approccio alla Patient Safety sia per l'assessment che per il management.



In particolare essendo tra le UO partecipanti al progetto di ricerca strategico "*Requirements and standard rules to ameliorate the safety of chemotherapy administration*" ed essendo tra i protagonisti della validazione di un modello di FMEA correlato al modello cognitivo comportamentale di Mc Intire ed agli *error mode* descritti in letteratura intende implementare in tutte le strutture non solo quelle oncologiche tale modello di *risk assessment*. Tale strumento infatti ad oggi usato solo per la gestione dell'*assessment* in chemioterapia verrà esportato alla gestione della sicurezza nell'uso dei farmaci ad alto rischio come da requisiti JCI e Raccomandazione ministeriale.

La Fondazione ha partecipato ad un progetto di ricerca ministeriale con capofila Regione Lombardia sulla gestione della sicurezza in chirurgia. Tale progetto ultimato nel mese di luglio ha prodotto risultati interessanti che la Fondazione intende estendere a tutte le strutture chirurgiche che e non le SC di Chirurgia Generale e Cardiochirurgia che ad oggi hanno partecipato alle attività di ricerca.

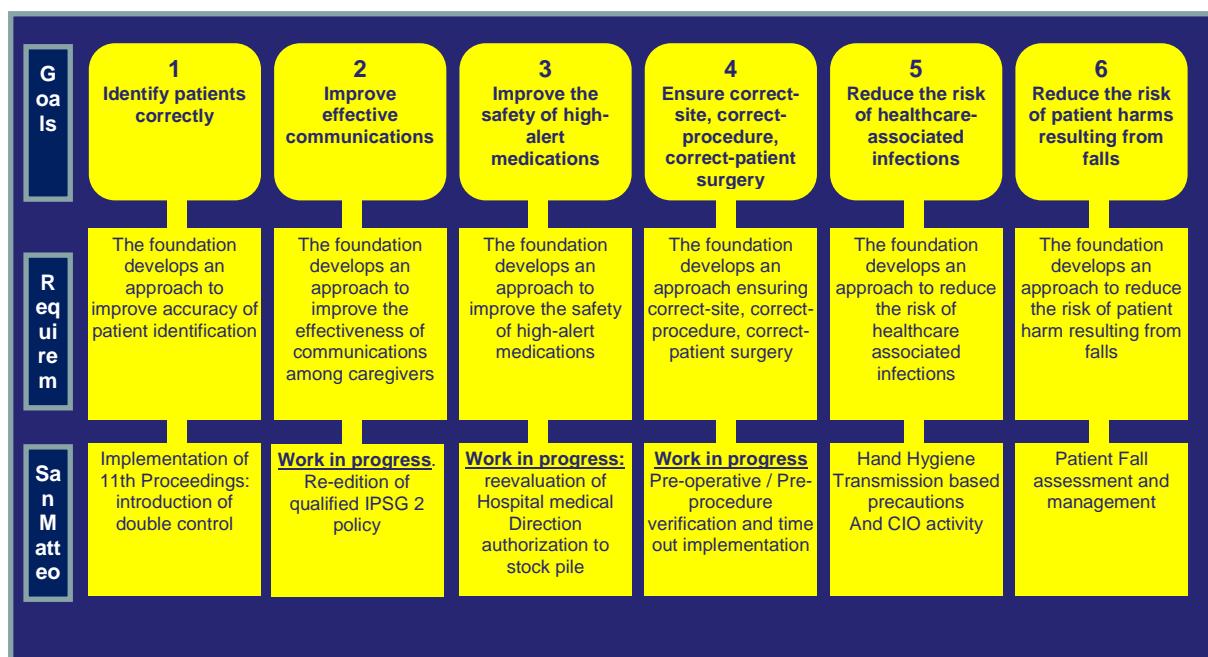
L'approccio alla sicurezza inoltre è stato progettato come sistemico e sistematico in un *continuum* gestionale in un ottica di miglioramento continuo delle prestazioni erogate, attraverso la gestione degli eventi avversi come non conformità di sistema ovvero come non conformità rispetto alla qualità prestazionale progettata.

Grande importanza quindi alle possibili attività di benchmarking attraverso i report regionali sui sinistri e sulla rischiosità per ramo di attività produttiva al fine di comprimere i rischi che si allocano sopra la media regionale al fine di migliorare la qualità e la sicurezza erogazionale (vedi paragrafo 5).

Di seguito, inconfondate in un diagramma, le attività effettuate ad oggi (action planning I semestre 2011) in Fondazione sui requisiti JCI, nei paragrafi 4,5,6, e 7 sono invece descritte le attività volte a comprimere i rischi di evento avverso e la gestione delle vulnerabilità:



JCI Corrective Action Planning



4. I risultati dell'incident reporting nel I semestre 2011

Per quanto concerne i dati di incidente reporting¹, nel primo semestre 2011, le segnalazioni giunte sono state 167 segnalazioni totali, di cui 156 sono le segnalazioni delle cadute o quasi cadute, 11 sono invece le segnalazioni relative ad eventi avversi, così stratificati: 4 Eventi Avversi, 2 Near Miss, 5 Eventi Sentinella.

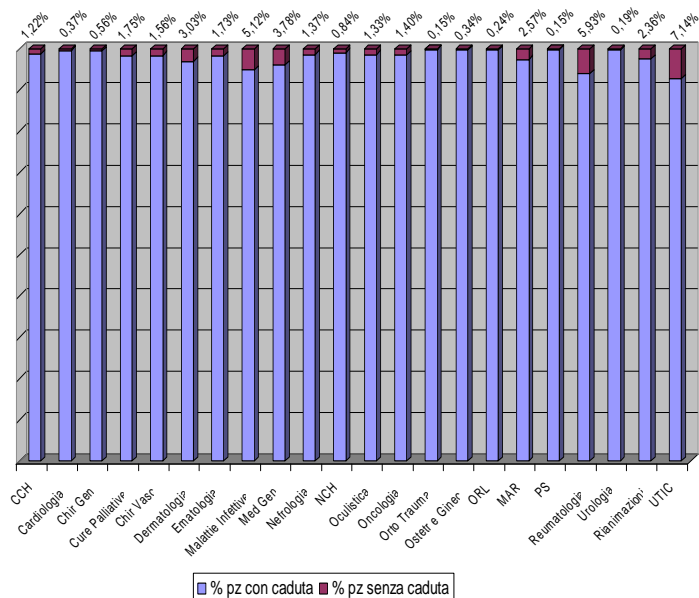
In particolare il tasso di caduta in Fondazione è stato pari allo 0.59% (156 pazienti con caduta su 26364 dimessi).

Di seguito la stratificazione per struttura complessa:

¹ sistema a regine da gennaio 2011, in quanto nel maggio 2010 è stato introdotto il modulo unico di segnalazione

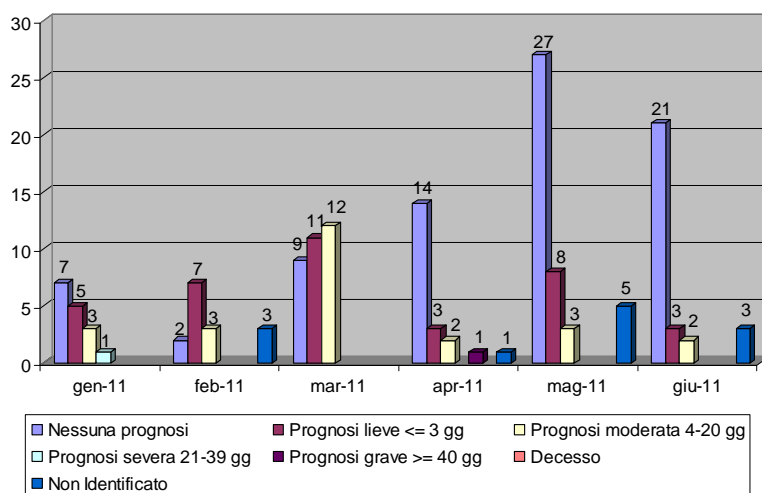


Tassi di caduta per Struttura Complessa



E la stratificazione per prognosi:

Numero di cadute per tipologia di prognosi

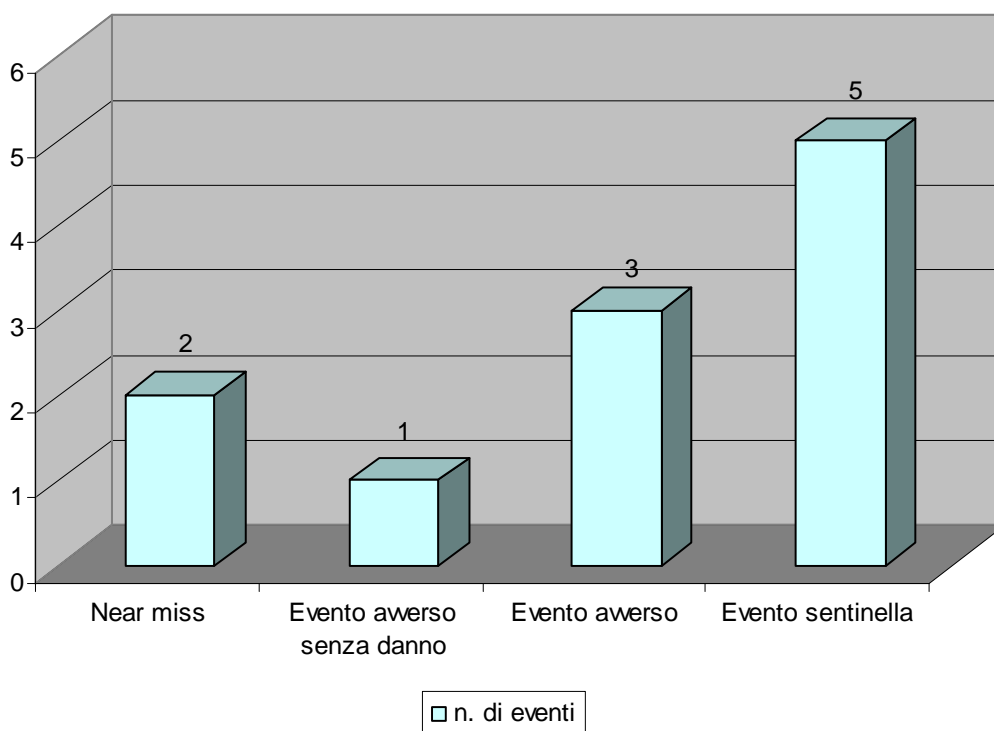


Le attività di Risk Management si sono inoltre focalizzate sin dal 2010 per introdurre sia una scheda di segnalazione che offrisse tutte le informazioni per azioni di miglioramento coerenti con le cause radice degli eventi di caduta, sia per l'identificazione di uno strumento di rilevazione del rischio di caduta.

Tale strumento in fase di sperimentazione sembra avere una sensibilità e specificità elevata.

Per quanto concerne gli eventi avversi la Fondazione partecipa al programma SIMES e gestisce i propri eventi con tecniche reattive appropriate atte ad identificare le cause radice ed i cofattori degli eventi occorsi al fine di implementare azioni correttive e/o preventive volte al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Di seguito una fotografia degli eventi avversi occorsi, segnalati ed analizzati:

Stratificazione degli eventi per tassonomia

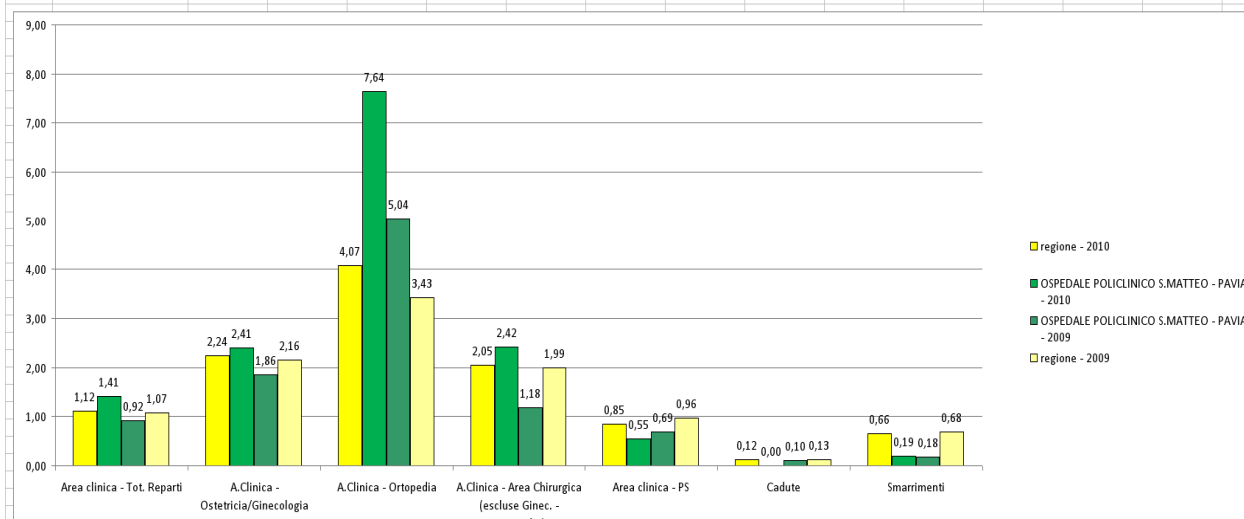


5. I risultati della gestione dei sinistri nel biennio 2009-2010

In relazione alla gestione del data base regionale sinistri che raccoglie tutte le denunce sia cautelative sia correlate a richiesta di danno, sia rigettabili sia invece accoglibili, di seguito l'andamento della sinistrosità negli anni 2009 e 2010 con il benchmarking dei dati aggregati regionali:



Azienda 924 - A.O. San Matteo Pavia - Dati indicatori 2010 vs 2009 (comparazione azienda vs regione)



I dati riportano i sinistri segnalati per 10.000 giornate di degenza che potrebbero indirettamente indicare una sinistrosità attesa per 10.000 giornate di degenza per tutte le strutture ad eccezione dell'area ortopedica che ha subito tra la fine del 2009 e l'intero 2010 una riorganizzazione con wash out del personale tale che nel 2011 si attende un rischio relativo di richieste di risarcimento danno minore di quello registrato negli ultimi due anni.

6. Il consenso informato lo standard della Fondazione

La SC Qualità & Risk management ha implementato nel 2010 le attività di gestione virtuosa del consenso informato al fine di garantire una virtuosa comunicazione con il Cittadino e ridurre la litigiosità.

Dai controlli della struttura Qualità & Risk management dovuti per rendicontazione annuale, risulta che il modulo di consenso venga compilato quando necessario, in tutti i suoi campi, con allegate note informative specifiche atte alla personalizzazione



della informazione e, soprattutto, viene sempre corredato dal modulo di verifica della efficacia della informazione al fine di garantire una corretta informazione al Paziente.

7. Progetti in corso

Per il piano di risk management 2011 sono in corso tre progetti:

Progetto n 1 Implementazione utilizzo check list e time out in Blocco Operatorio

Progetto n 2 Riduzione del danno al Paziente in seguito a caduta, in ambito pediatrico

Progetto n 3 Valutazione dell'aderenza alla Procedura Aziendale PAP 2 (Profilassi antibiotica per gli interventi di Chirurgia) e misurazione delle performance ottenute.

Tali progetti intendono presidiare aree ritenute strategiche per la Fondazione ai fini della implementazione della cultura della Patient Safety.

8. Documenti visionabili

Sono disponibili presso la SC Qualità e Risk Management i report sugli eventi avversi, i report di customer satisfaction, i report delle visite ispettive di sorveglianza e relativi indicatori, il piano della qualità del I semestre 2011, i report sulla farmacovigilanza per le segnalazioni sugli eventi avversi da farmaci (AD), i piani di risk Management dal 2008 ad oggi e le relative rendicontazioni.