

ESPERIENZE IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

METODOLOGIA, **STRUMENTI**, APPLICAZIONI

L'Incident Reporting

Dott. Antonio Maria Pinna
Clinical Risk Manager
ASL 3 Nuoro

Il sistema di incident reporting: cos'è

L'incident reporting è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria) degli degli eventi avversi e dei problemi organizzativi.

I professionisti che si trovano coinvolti in un incidente possono porre il caso all'attenzione tramite un'apposita scheda di segnalazione, collocata all'interno del sistema informativo aziendale

Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che può essere utilizzata come una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.

Quando Nasce e come si sviluppa.

- 1975 segnalazioni riguardanti le reazioni alle trasfusioni di sangue (FDA)
- 1978 Cooper identifica una scheda di segnalazione per la rianimazione ispirandosi al Critical Incident Technique, nato per le segnalazioni in aeronautica.

Sistemi obbligatori

- Reazioni avverse a farmaci
- Reazioni trasfusionali
- Sistema di segnalazione degli eventi sentinella

Sistemi volontari

- Le informazioni sono volontarie e confidenziali.
- Non comportano l'adozione di sanzioni e punizioni.

Punti di forza di un sistema di reporting volontario

- L'individuazione di tipi di eventi che succedono poco frequentemente
- Correlazione degli eventi all'organizzazione delle U.O. ed oltre
- Leggere in maniera sistemica un singolo evento
- Individuare eventi non usuali o emergenti
- Poter reagire rapidamente alle situazioni

Svantaggi

- L'estrema variabilità delle segnalazioni
- I dati non facilmente utilizzabili per analisi di tipo quantitativi

Cosa fa il sistema di incidente reporting

Ogni report è una narrazione a sé e fornisce ricche informazioni sullo stato di salute del sistema locale

Identificare in maniera rapida problemi a livello locale prima che si verifichino incidenti

Mantenere alto il livello di attenzione degli operatori coinvolgendoli direttamente nella gestione del rischio

Affidarsi all'expertise degli operatori nella rilevazione delle criticità

(Billings, 1998)

Cosa non fa il sistema di incidente reporting

Garantire di per sé una gestione del rischio *tout court*

Confrontare le diverse realtà locali in termini di livelli di rischiosità

Garantire di per sé la segnalazione degli eventi da parte degli operatori

Proteggere chi deve essere giustamente punito

Quando ha successo

- Diffusione cultura no blame: confidenziale, non punitivo, volontario
- Impiego di risorse esperte (facilitatori e clinical risk manager)
- Impiego di tempo e formazione per mettere in moto il sistema
- Partecipazione attiva a tutti i livelli e consenso sulla necessità di raccogliere informazioni sui problemi esistenti
- “Vendere” il sistema alle persone che devono usarlo

(Billings, 1998; WHO, 2005)

Sistemi di incident reporting nel mondo

RISK MANAGEMENT ASL3 NUORO

	Danimarca	Gran Bretagna	Paesi bassi	Svezia	Irlanda	Rep. Ceca	Slovenia	USA	Australia	Giappone
<i>Gestione pubblica</i>										
<i>Gestione Privata</i>								JCAHO	AIMS	Council for quality healthcare

L'Aviation Safety Reporting System (ASRS)

L'ASRS è un sistema di segnalazione confidenziale, volontario e senza attribuzione di colpe, attraverso il quale i piloti e i controllori di volo comunicano i near miss, cioè occorrenze di eventi che avrebbero potuto portare a veri e propri incidenti.

Le segnalazioni contengono un riferimento che permette agli analisti di contattare (se necessario) l'autore, ma questo riferimento, insieme a qualunque dato che ne renderebbe possibile l'identificazione, viene rimosso in sede di analisi. La descrizione dell'evento viene riportata sia in termini narrativi che analizzata attraverso numerose chiavi di indicizzazione.

30.000 segnalazioni all'anno

30-35 incidenti annui

L'Australian Incident Monitoring System (AIMS)

Nasce nel 1996 su iniziativa della
Australian Patient Safety Foundation
Attiva già dal 1987

Al 2001 il database AIMS contiene circa
50.000 segnalazioni

Dal 2001 il Servizio sanitario inglese
(NHS)

www.apsf.net.au.

Il National Reporting and Learning System (NRLS) del Regno Unito

- 2001 National Patient Safety Agency,
- Un 'authority' col compito di coordinare il risk Management
- NRLS
- www.npsa.nhs.uk

L'INCIDENT REPORTING

Esperienza Danese

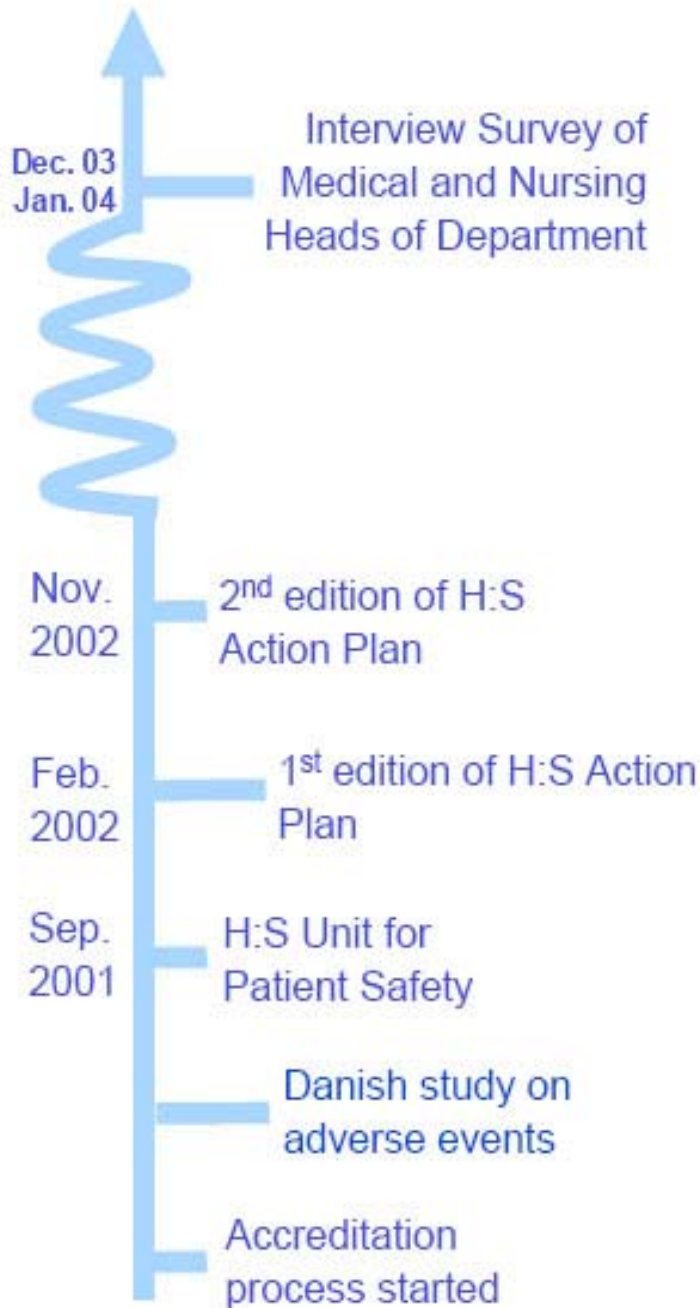
Qualità e Sicurezza

- Il sistema sanitario danese, per la maggior parte pubblico, ha un sistema di qualità basato sull'Accreditamento Volontario rilasciato dalla Joint Commission

Qualità e Sicurezza

- Nonostante il percorso accreditamento, il Sistema Sanitario Danese si è trovato vulnerabile dal punto di vista della sicurezza del paziente
- I requisiti dell'accreditamento, pur soddisfatti, non si dimostrano sufficienti a garantire la sicurezza del paziente
- Nell'ambito dei programmi di qualità è indispensabile mettere al centro il principio della sicurezza del paziente

Evaluation



Il modello organizzativo per il Risk Management

Copenhagen Hospital Corporation: costituita da 6 ospedali

UNIT FOR PATIENT SAFETY

(Unità centrale per la gestione del rischio
clinico: Sede presso Hivridove Hospital)

Composta da uno staff di esperti

Riceve i report da tutti i sei Ospedali

Suggerisce le azioni

Sviluppa metodi e linee guida

Coordina il progetto: Action Plan 2005-2008

Il modello organizzativo

Nei Singoli Ospedali

BOARD OF DIRECTORS

Medical Director

Nurse Director

Administrator Director

QUALITY COUNCIL

Board Of Directors

Risk Manager

Dept.Managers

Il modello organizzativo

Risk Manager

- In ogni ospedale è individuato un Risk Manager
- Clinician – Nurse
- Risponde al Board of Directors (DS, DA, DI)
- Riceve reports scritti
- Analizza i Reports
- E' formato nel settore specifico

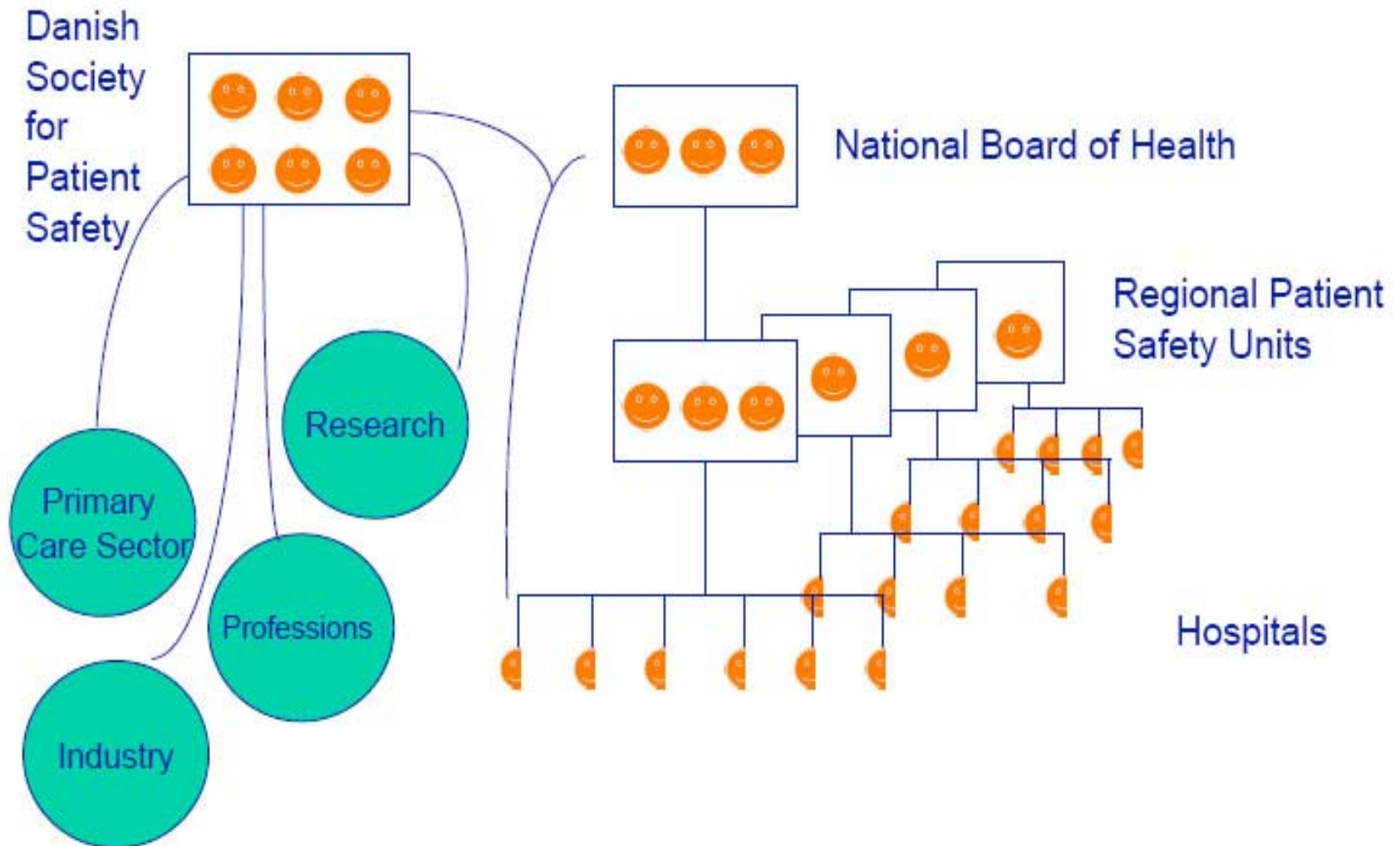
Il modello organizzativo

Patient Safety Officer

(facilitatore)

- Presente in ogni reparto
- Portatore di messaggio e di cultura
- Conoscenza dei programmi
- Sollecita lo staff a segnalare (reporting)
- Partecipa all'analisi
- Partecipa a corsi specifici
- Non svolge attività a tempo pieno di facilitatore
- Conduce la Root Cause Analysis

Patient Safety manpower



Caratteristiche del Sistema di Incident Reporting

- Modulistica predefinita in ogni ospedale
- Sistema Informatizzato e in rete
- Segnalazione da parte degli operatori e dei pazienti
- Confidenziale e inaccessibile

Event Report (intranet form)

- Quando è successo?
- Dove è successo?
- Chi sei?
- Cosa è successo?
- Perché è successo?
- Quali sono state le conseguenze per il paziente?
- Cosa pensi si possa fare per prevenire simili eventi in futuro?
- Quanti pazienti sono stati danneggiati?

Rapport: Utilsigtet Hændelse - HVIDOVRE HOSPITAL

Filer Rediger Vis Foretrykne Funktioner Hjælp

Rapportering af utilsigtede hændelser [Vis vejledning](#)

Hvornår skete det ?
 Angiv dato og tidspunkt for hændelsen. Hvis hændelsen strækker sig over længere tid, angiv da starttidspunkt. Hvis du ikke er sikker på tidspunktet, angiv da dit bedste skøn eller tidspunktet, hvor hændelsen blev opdaget.

26 Oktober 2005 kl: 10 45

Hvor skete det ?
 Angiv hospital og afdeling, hvor hændelsen fandt sted. Hvis flere steder er involverede, angiv da stedet hvor hændelsen begyndte.

Apotek

Her kan du skrive eventuelle supplerende oplysninger om afdeling/klinik.

test2

Hvem er du ?
 Skriv dit navn og evt. e-mail-adresse eller telefonnummer herunder. Hvis du vælger ikke at oplyse dit navn, kan det blive vanskeligt at bruge din rapport, fordi det så ikke vil være muligt at indhente yderligere oplysninger om hændelsen. Din rapport bliver behandlet fortroligt.

Rolle: Navn: E-Mail: Telefonnr.:

Personale test test@test.dk

Hvad skete der ?
 Beskriv hændelsens forløb så udførligt og nøjagtigt som muligt. I dette felt skal du kun skrive, hvad der skete. Husk at medtage navne på fx medicin og udstyr, der var involveret i hændelsen.

bla. bla. bla.

Udført Internettet

Reporting of medical errors in Copenhagen

RISK
MAN

Reporting



Report: Uønsket Hændelse - HVIDOVRE HOSPITAL

Elér Bødger Vis Foretrækne Funktioner Tiløb

Adresse http://inet.kitranet.ujhho.no/JMH/rapform

Rapportering af utilsigtede hændelser

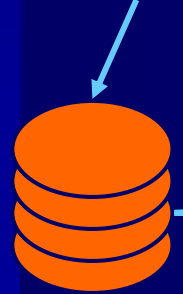
[Vis vejledning](#)

Hvornår skete det ?
 Angiv dato og tidspunkt for hændelsen. Hvis hændelsen strækker sig over længere tid, angiv da starttidspunkt. Hvis du ikke er sikker på tidspunktet, angiv da dit bedste skøn eller tidspunktet, hvor hændelsen blev opdaget.
 18 April 2005 kt: 11 46

Hvor skete det ?
 Angiv hospital og afdeling, hvor hændelsen fandt sted. Hvis flere steder er involverede, angiv da stedet hvor hændelsen begyndte.
 (A)utmodtegeostjoling

Her kan du skrive eventuelle supplerende oplysninger om afdeling/klínik.

Hvad skete der ?
 Beskriv hændelsens forløb så udførligt og nøjagtigt som muligt. I dette felt skal du kun skrive, hvad der skete. Husk at medtage navne på fx medicin og udstyr, der var involveret i hændelsen.
 m. a) f e i o k i n b y v b e u h s t f a e j



Handling and analysis of report

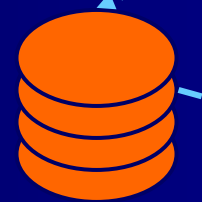
Dept. Manager



Patient Safety Officer



Risk Manager



KMS

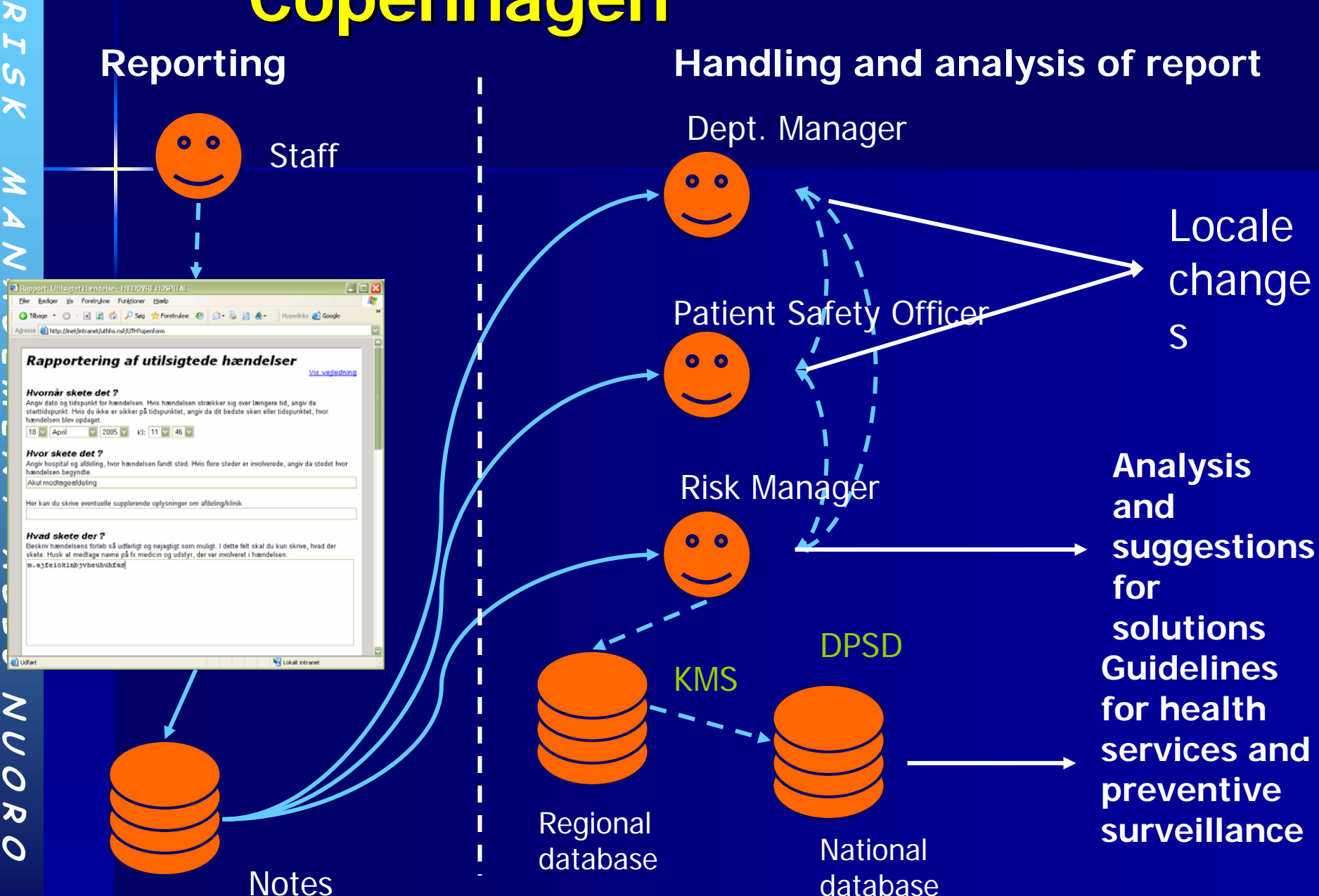
DPSD



Locale changes

Analysis and suggestions for solutions Guidelines for health services and preventive surveillance

NUORO



Reporting, Analyzing, and Learning

Type of Adverse Event	Reporting	Classification	Type of analysis
All types of Adverse Event	Mandatory	SAC score = 3 SAC score < 3	RCA Local action
Wrong Site Procedure	Mandatory		RCA
Suicide Inpatient	Mandatory		RCA
Patient Falls with Injury	Mandatory		Aggregated RCA
Medication Error	Mandatory	SAC score = 3 SAC score = 2 SAC score = 1	RCA Aggregated RCA Local action

SAC score

Safety Assessment Code

- Il punteggio della matrice è basato sulla gravità del danno sulla probabilità che questo si ripeta
- Il rischio potenziale (close call) è uguale al rischio reale
- La valutazione è basata sul migliore giudizio clinico

Score Matrix

RISK MANAGEMENT ASL3 NUORO

Severità e probabilità	Catastrofica	Maggiore	Moderata	Minore
Frequente	3	3	2	1
Occasionale	3	2	1	1
Non comune	3	2	1	1
Remota	3	2	1	1

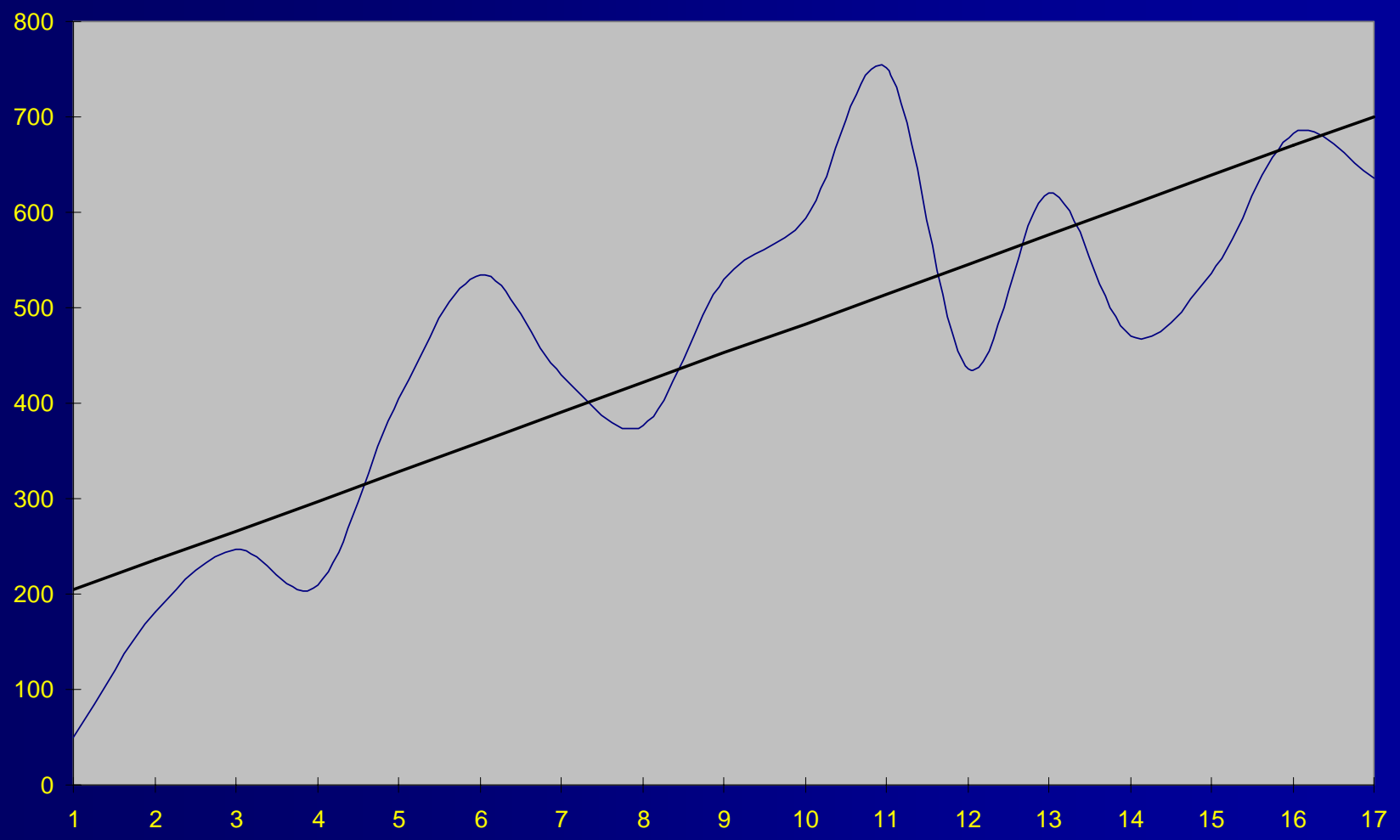
Potential and Actual Injury

Reference NCPS, VA gov

	SAC 3 RCA
	SAC 2 Aggregated RCA
	SAC 1 Local action

Still going strong !!

After 17 month 9830 report



Considerazioni

Le caratteristiche di un sistema efficace di segnalazione spontanea sono:

- la confidenzialità e l'assenza di comportamenti punitivi;
- la "restituzione" delle informazioni anche (soprattutto) attraverso l'adozione di azioni che utilizzano quanto ricevuto.

L'esperienza inglese ha prodotto alcune avvertenze:

- La gradualità con cui lo strumento deve essere introdotto.
- La costruzione di reti di esperti coinvolti nella sicurezza del paziente;

I maggiori valori attribuibili a un sistema di incident reporting sono

- Fornire una base empirica di riferimento per la progettazione e l'adozione delle azioni correttive/di miglioramento;
- Creare consapevolezza negli operatori sui temi della sicurezza.

Quando può funzionare?

- Il sistema di Incident reporting, se basato sulla fiducia, può funzionare
- In Australia e Danimarca è in vigore una tutela legislativa specifica che garantisce la confidenzialità dei dati raccolti per tale intento.

La confidenzialità e l'assenza di comportamenti punitivi

- Privilegiare nelle segnalazioni le situazioni di near miss
- Creare sistemi paralleli
- Rendere anonimi gli eventi segnalati

La "restituzione" delle informazioni

- Far sapere che le segnalazioni sono state ricevute;
- Far sapere che le segnalazioni sono state elaborate;
- Far sapere che le segnalazioni sono state utilizzate per la progettazione di interventi a soluzione dei problemi emersi;
- Adottare interventi coerenti con quanto emerso dalle segnalazioni elaborate;
- Utilizzare il sistema delle segnalazioni per monitorare le azioni introdotte.

Esperienze in Italia

- Emilia Romagna
- Toscana
- Lombardia
- Veneto

Il sistema di incident reporting

Gli incidenti in ospedale

Evento sentinella → altissima priorità

E' un evento inatteso che comporta la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche. Per definizione il livello di allarme dell'evento sentinella è 1, cioè basta che si verifichi una volta per rendere necessario l'audit.

Evento avverso → alta priorità

Danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia, oppure un incidente di percorso (mancato infortunio) di particolare rilevanza per le conseguenze che avrebbe potuto avere per il paziente.

Problema organizzativo → media priorità

Situazione di ricorrente difficoltà, correlata a procedure o a processi, che influisce negativamente sulle performance del sistema e mette in pericolo il regolare svolgimento delle attività di produzione ed erogazione del servizio.