

## Effettuare la mappa del rischio clinico di un intero ospedale: la metodologia HVA

### AUTORI:

Tangolo. D. (\*), Castelli F. (\*\*), Borroni R. (\*), Camattari F. (\*), Capodicasa A. (\*\*), Faggiano D. (\*), Magnè S. (\*), Oprandi G. (\*), Pesce C. (\*), Scaffidi V. (\*\*), Ventrice P. (\*), Berno P. (\*)

(\*) Ospedale Koelliker Torino (\*\*) INNOGEA

**PAROLE CHIAVE: safety, mappa, miglioramento**

### INTRODUZIONE

Il governo del rischio, in ogni suo aspetto, è principalmente caratterizzato da due approcci complementari e sinergici: l'analisi reattiva e l'analisi proattiva

La prima è volta all'apprendimento dagli errori, alla loro analisi, alla determinazione delle cause radice ed all'adozione delle misure idonee a prevenire il ripetersi di eventi analoghi o simili.

La seconda, più importante e complessa, è volta all'analisi dei processi e all'individuazione di tutti i possibili rischi, prima che i relativi eventi indesiderati si concretizzino e determinino i danni ad essi associati.

Diversi sono gli ambiti di rischio che in un'organizzazione sanitaria possono essere individuati e valutati, ad esempio, i rischi associati alla compliance normativa, quelli associati ad eventi calamitosi e catastrofici, i rischi reputazionali o economico-finanziari.

È appena necessario sottolineare come i rischi principalmente rilevanti in un ospedale siano quelli associati alla qualità e sicurezza del paziente in generale designati come rischi clinici.

Diverse sono le metodologie per la mappatura e l'analisi proattiva dei rischi, tra questi i principali sono: HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis) e l'HVA (Hazard Vulnerability Analysis)

Questa seconda metodologia si presta maggiormente alla valutazione multi-dimensionale di diverse tipologie di rischi, ovvero della medesima tipologia di rischi per più processi o per più criteri.

### CONTENUTI

Il presente lavoro descrive una doppia mappatura e analisi dei rischi effettuata presso l'Ospedale Koelliker di Torino con metodologia HVA.

La prima analisi a otto dimensioni è stata effettuata a fronte degli otto criteri e dei relativi standard ed elementi misurabili previsti dalla normativa per l'accreditamento istituzionale (**tabella 1**).

Scopo di questa prima analisi è stato principalmente quello di consolidare la compliance mettendo al riparo l'organizzazione dalle seppur minime deviazioni rispetto a quanto atteso dal committente istituzionale. Tale analisi ha dato luogo ad un action plan a breve periodo finalizzato al raggiungimento rapido della piena conformità.

La seconda analisi, più estesa e approfondita, è stata effettuata in tredici dimensioni a fronte dei gold standard in materia di qualità e sicurezza del paziente Joint Commission International della settima edizione del manuale per l'accreditamento degli ospedali (**tabella 1**).

Scopo di questa seconda analisi è stato quello di entrare in profondità rispetto alle buone pratiche di qualità e sicurezza delle cure al fine di individuare e prioritizzare i rischi e guidare il miglioramento. Tale seconda analisi ha dato luogo ad un action plan, incardinato con il precedente ma dal respiro temporale di medio periodo finalizzato a indirizzare, implementare e mantenere tangibili miglioramenti in materia di qualità e sicurezza del paziente.

In questo modo sono stati complessivamente analizzati circa 750 requisiti in 16 sessioni di lavoro articolate in oltre 150 ore di riunione in presenza ed a distanza.

La complessità dell'analisi ha comportato un notevole coinvolgimento dell'ospedale, infatti nell'arco del progetto (durato sin ora 7 mesi) hanno attivamente partecipato circa 40 persone (**tabella 1**).

### CONCLUSIONI

L'ospedale, grazie a questa attività dispone di una mappatura del rischio pluridimensionale (**grafico 1**) e di un action plan (**tabella 2**) già in avanzato stato di attuazione.

Saremo in grado di scattare una seconda fotografia a distanza di un anno dalla precedente apprezzando qualitativamente e quantitativamente la riduzione del rischio a beneficio di tutti gli stakeholders.

**tabella 1**

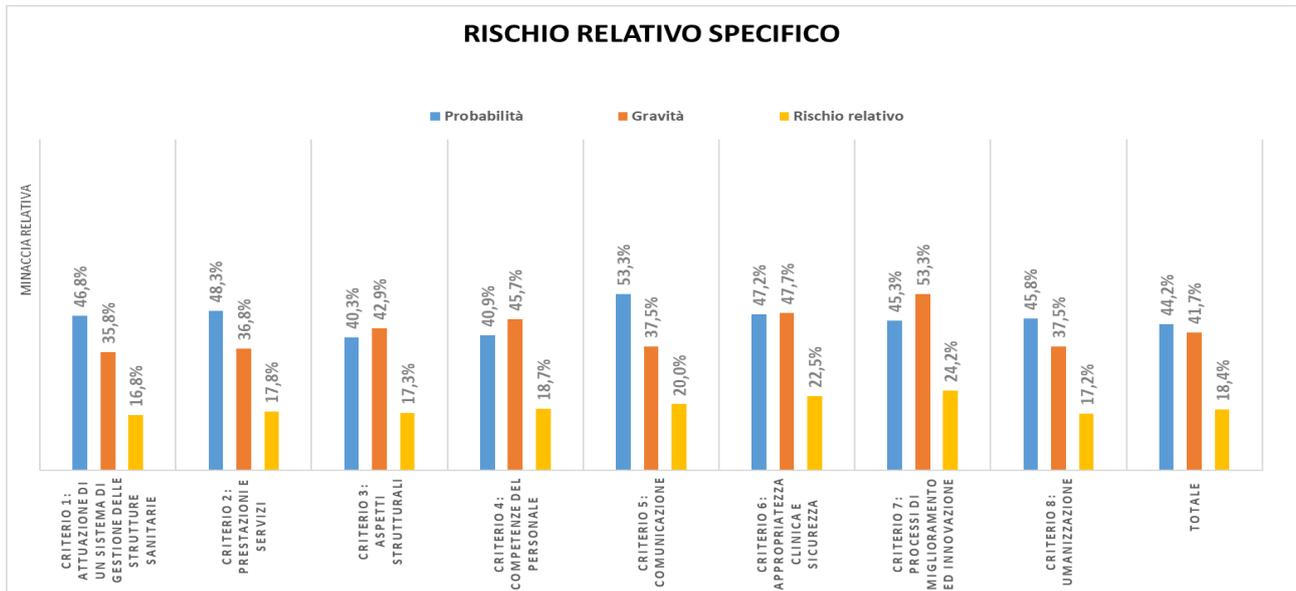
<b>Accreditamento Istituzionale</b>				<b>Joint Commission International</b>		
<i>Criteriono</i>	<i>requisiti</i>	<i>evidenze</i>	<i>item analizzati</i>	<i>Standard</i>	<i>obiettivi</i>	<i>e. misurabili</i>
Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	6	27	79	Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente	6	13
Prestazioni e servizi	5	27	29	Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure	6	18
0Aspetti strutturali	2	10	130	Cure centrate sul paziente	6	21
Competenze del personale	2	10	31	Valutazione del Paziente	6	35
Comunicazione	5	23	23	Cura del Paziente	9	28
Appropriatezza clinica e sicurezza	4	19	23	Assistenza Anestesiologica e Chirurgica	7	15
Processi di miglioramento ed innovazione	3	7	25	Gestione e Utilizzo dei Farmaci	7	18
Programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	1	4	8	Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente	10	12
				Prevenzione e Controllo delle Infezioni	15	33
				Governo, Leadership e Direzione	19	21
				Gestione e Sicurezza delle Infrastrutture	13	26
				Qualifiche e Formazione del Personale	16	26
				Gestione delle Informazioni	13	16

**GRUPPO DI PROGETTO:**

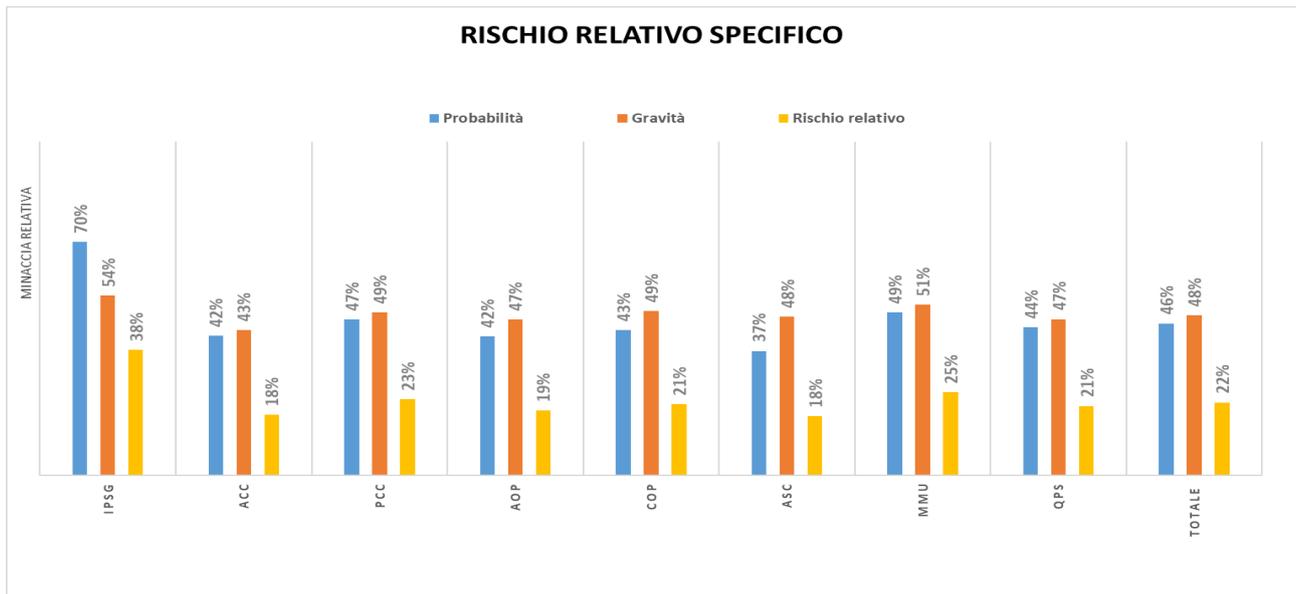
Alessia Grego, Amè Giada, Barbagiovanni Massimo, Barbera Francesco, Bartolomeo Stefania, Beltrami Elsa, Bevacqua Federica, Bongioannini Carlo, Borroni Roberto, Camattari Fabiana, Ceppa Andrea, Cossu Maria, De Mattia Alessandra, Di Battista Filomena, Faggiano Dario, Husariu Gabriela, Intraliggi Serena, Italiano Domenico, Lattanzio Davide, Lepanto Vincenzo, Magnè Simona, Massazza Federica, Massimelli Massimo, Matarise Giuseppina, Molino Cristiana, Oprandi Gianmosè, Pesce Claudia, Pugliese Marilena, Quattrocchi Angela, Rajmondo Emanuele, Rossi Giuseppe, Spagnolo Marcella, Tangolo Domenico, Teodoro Minotti, Valfrè Milena, Ventrice Pasquale

## Grafico 1

Modello di confronto con “Accreditamento Istituzionale”



Modello di confronto con standard in materia di qualità e sicurezza del paziente “Joint Commission International”



## tabella 2

- 18,4% indice di rischio complessivo sezione accreditamento
- 150 (20%) elementi in area gialla (minaccia moderata)
- 11 (1,5%) elementi in area arancione (rischio alto + action plan)
- 2 (0,3%) elementi in area rossa (rischio alto + action plan urgente)

## **Risultato Finale: elaborazione Action Plan**

**Rilevati 44 punti critici o comunque migliorabili su 348 elementi di analisi**

<i>requisito</i>	<i>n. rischi individuati</i>	<i>n. azioni di risoluzione</i>	<i>di cui già prese in carico</i>
<b>Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie</b>	6	4	3
<b>Prestazioni e servizi</b>	8	4	3 (1 già completata)
<b>Aspetti strutturali</b>	10	9	8 (1 già completata)
<b>Competenze del personale</b>	4	2	1 (già completata)
<b>Comunicazione</b>	6	3	1 (già completata)
<b>Appropriatezza clinica e sicurezza</b>	4	4	1
<b>Processi di miglioramento ed innovazione</b>	5	2	1
<b>Programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza</b>	1	1	