

Intervento dell'U.O. di Medicina Legale nel Programma aziendale di Risk Management del Policlinico Universitario di Palermo "Paolo Giaccone".

Antonina Argo, Stefania Zerbo, Valentina Triolo, Giovanna Bono, Paolo Procaccianti.

Nelle diapositive che seguono sarà sinteticamente illustrato il ruolo svolto dall'U.O. di Medicina legale nell'ambito del PROGETTO "SISTEMA DI INCIDENT REPORTING", ad esito di una collaborazione ormai triennale con l'Unità di Staff di sviluppo aziendale e con la Direzione Sanitaria; come si osserverà, giacchè si tratta di illustrare le azioni "integrate" si è preferito tralasciare l'analisi del contenzioso interno all'Azienda, che ovviamente si inserisce appieno nella specificità del ruolo dell'U.O. di Medicina Legale,

Inoltre, le attività svolte, per comodità espositiva e per ovvia comprensione delle strategie direzionali che hanno condotto all'attuale sviluppo del progetto locale, muovono dalla illustrazione dei riferimenti normativi nazionali e regionali, che costituiscono la "cornice" guida del progetto stesso.

Riferimenti normativi nazionali e regionali

Ministero della Salute, Risk Management in Sanità – Il problema degli errori – Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003)

Costituzione Commissione Regionale per la sicurezza del paziente nell'ambito delle strutture operatorie (D.A. 6298 del 23 settembre 2005)

"Costituzione Comitati per il rischio clinico nelle Aziende Sanitarie ed ospedaliere della Regione" (D.A. 5 ottobre 2005)

Accordo Ministero della Salute – Assessorato Regionale per la Sanità, 27 gennaio 2006;

- A) Istituzione di una cabina di regia tecnica
- B) Revisione degli interventi per gli investimenti ex art. 20
- C) Strumenti e misure per la valutazione delle responsabilità
- D) Destinazione vincolata dei fondi per gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario vigente ad un progetto per attività sulla sicurezza dei pazienti

Regione Siciliana, Centro di Coordinamento Regionale Cabina di regia tecnica per le attività relative alla sicurezza dei pazienti ed alla gestione del rischio clinico (D.A. 22 febbraio 2006), Documento di indirizzo per la realizzazione di un Corso di Formazione Aziendale in tema di Gestione del Rischio Clinico

Redazione Ministerosalute.it-2 febbraio 2006 – Rilevazione nazionale sulle iniziative per la sicurezza del paziente

Redazione Ministerosalute.it-5 dicembre 2006

Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei pazienti

Il piano aziendale di gestione del rischio

Con la costituzione del Comitato per la gestione del rischio (v. deliberazione n. 363 del 13.10.05) la Direzione aziendale ha dato formalmente avvio al Programma aziendale di risk management che recepisce le indicazioni regionali in tema di sicurezza e si propone di sviluppare i seguenti obiettivi:

- formare gli operatori sul risk management
- definire un piano aziendale per la gestione del rischio clinico
- nominare i facilitatori-delegati alla sicurezza del paziente
- incentivare la segnalazione degli eventi avversi e la pratica dell'audit clinico
- creare in ogni presidio ospedaliero un apposito spazio per la discussione degli eventi avversi
- promuovere campagne di informazione per la sicurezza del paziente

Con esplicito riferimento alla necessità di governare la sicurezza attraverso un piano specifico che riporti a sistema la molteplicità di interventi in tema di sicurezza, gli indirizzi regionali promuovono, anche sulla scorta di esperienze nazionali più avanzate, l'utilizzo sistematico di idonei strumenti operativi-gestionali tesi ad evitare i rischi, ad individuare tempestivamente ed apertamente gli eventi indesiderati, a trarre insegnamento dagli errori, a disseminare la buona pratica clinica, a garantire che siano in opera adeguati strumenti per il miglioramento continuo della qualità.

In tale ottica e nel più ampio contesto del governo clinico, il Collegio di Direzione dell'Azienda ha sottolineato la necessità di un coinvolgimento di tutti i livelli aziendali, attraverso una diffusa azione formativa ed ha proposto un evento seminariale di informazione e sensibilizzazione a supporto delle responsabilità direzionali.

Il programma di risk management segue e, si integra, con il processo di accreditamento regionale che ha definito, tra le caratteristiche di qualità richieste al sistema sanitario regionale, anche i requisiti organizzativi e strutturali a garanzia della sicurezza biologica, organizzativa ed ambientale.

Il programma aziendale di risk management si pone in continuità con quanto si è già fatto e si sta facendo in Azienda soprattutto in campo igienico-sanitario, come ad esempio la gestione del rischio biologico, la prevenzione delle infezioni ospedaliere, l'attività di segnalazione obbligatoria degli eventi sentinella e delle reazioni avverse da farmaco, il monitoraggio dei reclami e la gestione del contenzioso. Nuovi progetti, inoltre, sono stati avviati soprattutto in campo infermieristico sui temi

dello sviluppo dell'evidence based nursing, la cartella clinica infermieristica e la prevenzione delle piaghe da decubito.

Il rationale dell'intervento medico legale è stato prioritariamente individuato nella attività di formazione capillare, e nella strategia volta ad incentivare l'attività di audit, supportando l'attività dei gruppi professionali con un facilitatore, già noto ai componenti dei gruppi di audit, avendo a sua volta già sperimentato l'attività di formazione sui temi del rischio clinico con tutti i professionisti.

Nel corso dell'anno 2006 è stata effettuata una intensa attività formativa sul risk management che si concluderà alla fine del prossimo semestre con la totalità della popolazione infermieristica ed ostetrica formata. Un analogo progetto formativo ha previsto nell'anno 2006 il coinvolgimento di gran parte della popolazione medica e della totalità della professione infermieristica ed ostetrica. Il progetto formativo si è modellato sul Documento di indirizzo per la realizzazione di un Corso di Formazione Aziendale in tema di Gestione del Rischio Clinico edito dalla Cabina di Regia regionale; in realtà, l'intervento di pertinenza medico legale rispetto all'originaria impostazione ha ampliato l'area di didattica frontale fino a 3 giornate

L'approccio formativo intende rispondere ad un progetto "educativo" su larga scala basato su una accentuazione degli aspetti positivi di un approccio alla sicurezza, più che quelli negativi della gestione del rischio ed a considerare questa, in una visione sistemica dell'agire organizzato come bene trasversale. L'enfasi sul senso di responsabilità orientato ad una maggiore consapevolezza e responsabilizzazione costituisce inoltre il presupposto per l'avvio di un progetto di segnalazione spontanea degli eventi avversi, il progetto "Sistema di Incident Reporting" che è oggetto di questa presentazione.

Progetto "Sistema di incident reporting"

Il progetto "Sistema di Incident reporting" si basa sulla raccolta sistematica e strutturata di segnalazioni di eventi (in primo luogo near miss e incidenti) allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione e strategie e azioni di correzione e miglioramento per prevenire il riaccadimento futuro.

Partendo da una concezione dell'errore come opportunità di miglioramento ed utilizzando specifiche tecniche e strumenti di problem finding e solving, il progetto si propone di attivare un processo di apprendimento organizzativo basato sull'analisi sistematica dei processi di lavoro.

Poiché il progetto richiede competenze ed abilità specifiche è necessario costituire una infrastruttura adeguatamente formata ed avviare iniziative di informazione-formazione atte a coinvolgere e motivare gli operatori nell'attività di segnalazione degli eventi avversi.

Il progetto si articola nei seguenti obiettivi:

1. formare sul risk management la rete dei referenti della qualità;
2. costruire un team guida del progetto
3. sensibilizzare il maggior numero di operatori ai temi del risk management;
4. incentivare il processo di segnalazione degli eventi indersiderati
5. avviare il monitoraggio sistematico degli eventi avversi e dei near miss
6. sviluppare azioni sistematiche di analisi e di miglioramento
7. costruire un sistema di comunicazione del rischio

Le fasi di sviluppo del progetto

Nel diagramma di Gantt allegato si descrive il progetto evidenziandone le fasi e, per ciascuna fase, le principali azioni, i tempi di realizzazione, i livelli di responsabilità coinvolti. Poiché il progetto si configura come un working in progress, ciascuna fase sarà successivamente sviluppata in documenti di dettaglio.

Il ruolo della rete dei referenti della qualità e lo sviluppo delle competenze necessarie

All'inizio di dicembre scorso è stata formalizzata con deliberazione del Direttore Generale, la rete dei referenti della qualità di Unità Complessa e di Dipartimento con il compito, tra gli altri, di promuovere e supportare il processo di gestione del rischio nel proprio ambito di competenza.

A tale scopo è stato organizzato, nell'ultimo trimestre scorso, una specifica attività formativa con la quale si è provveduto a sviluppare le competenze di base per svolgere tale ruolo e si sono definite le linee generali del progetto aziendale.

Il progetto formativo dal titolo La gestione del rischio clinico: approcci, metodi ed esperienze è stato rivolto a tutti i referenti della qualità e ad alcuni professionisti appartenenti ad UU.OO. di area chirurgica.

Ha avuto una durata di sette giornate (per complessive 48 ore) ed ha affrontato i seguenti argomenti:

Governo clinico e risk management

- Principi generali e strumenti del governo clinico
- L'approccio del risk management nel governo clinico

Risk management e qualità dell'assistenza

- La gestione del rischio clinico- definizione e riferimenti
- Il processo di gestione del rischio clinico

- Metodi e strumenti della gestione del rischio clinico
- Esperienze e pratiche di gestione del rischio clinico

L'approccio medico-legale: responsabilità professionale e gestione del rischio clinico

- La cultura del rischio ed il ruolo medico legale nelle aziende sanitarie
- Risk management e gestione del contenzioso medico legale nelle aziende sanitarie.

Confronto tra esperienze

Il team efficace per la gestione del rischio clinico

- La Comunicazione
- L'esperienza della comunicazione
- Sistemi ed organizzazioni gruppali
- La leadership
- La gestione dei conflitti

La gestione del rischio nell'A.O.U.P. P. Giaccone

- La gestione del rischio nell'AOUP P. Giaccone
- Costituzione gruppi di lavoro

La partecipazione al corso è stata di circa il 70% ed il livello di soddisfazione dei professionisti è stato elevato (85%)

Durante il corso i professionisti hanno condiviso un glossario e l'approccio al Risk Management. Hanno appreso le prime nozioni metodologiche e gli strumenti utilizzati per l'analisi degli eventi avversi; hanno approfondito il tema della responsabilità professionale e ragionato sui comportamenti relazionali che facilitano o ostacolano la collaborazione con i colleghi. Hanno infine appreso il percorso intrapreso dall'azienda per la gestione del rischio, condiviso le linee generali del progetto "Sistema di incident reporting" e costruito al riguardo il ruolo del referente nell'ambito del progetto stesso.

Alla prima fase formativa seguirà una seconda fase di specializzazione, che verterà soprattutto sulla costruzione di un percorso autoformativo che avrà l'obiettivo di sviluppare le capacità di utilizzo dei metodi e degli strumenti per la gestione del rischio e che si concluderà con la costruzione di alcuni moduli didattici, preferibilmente anche su supporto audiovisivo (FMEA, Route cause analysis, audit), da utilizzare per la formazione degli altri professionisti. In tal modo si perverrà alla

costituzione di un pool di formatori e metodologi che permetterà di estendere la formazione a gran parte della popolazione medica aziendale.

Oltre alle competenze tecniche, ai referenti della qualità è richiesta una buona capacità di relazione con i colleghi necessaria a motivare gli operatori al progetto e a coordinare efficacemente gruppi di lavoro e riunioni. Dopo la formazione di base, già avvenuta nell'ambito dell'evento realizzato lo scorso autunno, i referenti della qualità potranno avvalersi di feedback periodici con esperti ed utilizzare apposite griglie di osservazione o check list per monitorare la buona conduzione di riunioni e gruppi di lavoro.

Una terza fase formativa, prevede lo sviluppo di competenze relative alla progettazione, necessarie nel passaggio dalla fase di analisi a quella di progettazione qualora gli interventi di miglioramento, richiesti esulino da semplici revisioni di procedure ed implicino, invece, soluzioni progettuali più complesse con attivazione di gruppi di miglioramento ad hoc.

L'esigenza di competenze aggiuntive che si evidenzieranno nel corso del progetto, saranno via via monitorate e saranno oggetto di successiva programmazione formativa, mentre per consulenze metodologiche occasionali sarà possibile rivolgersi al team guida del progetto.

Il modello organizzativo

La raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi avverrà attraverso la scheda di incident reporting allegata al progetto. Per tutto il periodo di sperimentazione del progetto è prevista una scheda unica che successivamente potrà essere meglio caratterizzata per area specialistica.

La scheda di rilevazione sarà resa disponibile a tutti gli operatori sanitari, compresi gli assistenti in formazione, che vorranno segnalare potenziali o reali eventi avversi di cui sono testimoni.

Al fine di incentivare il processo di segnalazione saranno adottate opportune iniziative di sensibilizzazione a tutti i livelli organizzativi. La scheda sarà costituita da due parti, una a cura del segnalatore, l'altra a cura del referente della qualità. La scheda dovrà essere compilata in tutte le sue parti in modo leggibile e dovrà consentire l'identificazione del segnalatore per rendere reperibili eventuali informazioni aggiuntive rispetto a quelle della scheda. L'anonimità verrà comunque garantita dal referente della qualità nel passaggio dalla fase di analisi a quella di reportistica.

La non anonimità della segnalazione costituisce un indicatore importante di responsabilizzazione degli operatori e del livello di fiducia reciproca. Tuttavia sarà valutata in corso d'opera l'opportunità di rendere anonima la segnalazione.

La scheda, in sintesi, contiene le seguenti informazioni:

- Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore

Dati relativi al paziente

Tipo di prestazione

Circostanze dell'evento

Descrizione dell'evento

Fattori che possono aver contribuito all'evento

Fattori che possono aver ridotto l'esito

Eventuali prestazioni successive all'evento

Modi in cui si poteva prevenire l'evento

Eventuale riferimento dell'evento in cartella clinica

- Informazioni a cura del responsabile dell'incident reporting-referente della qualità

Esito dell'evento – potenziale ed effettivo-

Valutazione del rischio futuro

Eventuale incremento di costi, durata della degenza o consumo di risorse determinato dall'evento

Eventuali effetti organizzativi a latere dell'evento

Eventuali servizi/UU.OO coinvolti nell'evento.

Le schede saranno raccolte e monitorate dal referente della qualità che provvederà ad attivare le analisi del caso. Il referente della qualità troverà all'interno della propria organizzazione modi e spazi per riunioni con il gruppo di lavoro che si riterrà opportuno coinvolgere per l'analisi del processo ed adotterà gli strumenti di analisi idonei. Inoltre provvederà, insieme all'equipe a trovare le soluzioni per la prevenzione e/o il miglioramento del problema. Il Responsabile della struttura garantirà, per quanto di competenza, che il processo si realizzi con continuità, fornendo sostegno organizzativo e legittimazione al progetto.

Periodicamente il referente informerà il Responsabile dell'Unità Operativa delle criticità riscontrate e delle relative proposte di miglioramento attraverso una apposita modulistica di sintesi e avendo cura di garantire l'anonimato delle segnalazioni.

Analoga comunicazione verrà attivata con il Dipartimento, attraverso il referente dipartimentale e con il Comitato per la gestione del rischio.

Il Referente dipartimentale si attiverà, ugualmente, tutte le volte che verranno segnalati problemi trasversali alle UU.OO e/o ai Dipartimenti.

La comunicazione del rischio

Avviare un'attività sistematica di comunicazione degli eventi avversi segnalati è importante per costruire una banca dati che potrebbe contenere anche altre informazioni sul rischio relativi a

infezioni ospedaliere, reclami, contenzioso, farmacovigilanza ecc., e configurare in tal modo un osservatorio aziendale degli eventi indesiderati, con accesso differenziato per livello di competenza. L'osservatorio costituirebbe uno strumento importante per il Comitato aziendale di gestione del rischio in quanto consentirebbe letture ampie e trasversali all'azienda, consentendo al Comitato stesso l'attivazione di analisi estese.

L'attività di gestione del rischio dovrebbe inoltre essere periodicamente pubblicizzata anche con veri e propri eventi comunicativi, dando risalto soprattutto all'attività di miglioramento realizzata.

Sperimentazione del modello

Il modello proposto necessita di un periodo di sperimentazione, prima di essere validato ed applicato in tutta l'Azienda. Nonostante, infatti, la sua semplicità, il progetto ha il difficile compito di intervenire su un background culturale e relazionale non facilitante. Le resistenze a mettersi in discussione, i timori di un giudizio o peggio di provvedimenti disciplinari potrebbero far fallire il progetto sul nascere, per assenza di segnalazioni.

Altro rischio, non meno rilevante potrebbe derivare dalla "mancanza di tempo" che operatori e referenti della qualità potrebbero dichiarare anche in virtù di una metodologia impegnativa e rigorosa.

Tali resistenze costituiscono difficoltà che si verificano a fronte di qualsiasi cambiamento organizzativo e si accentuano in presenza di rilevanti cambiamenti culturali, come quelli proposti. Le attese sui risultati devono tener conto costantemente di tali difficoltà e determinare adeguate modalità di monitoraggio e contenimento, quali ad esempio incontri periodici per verifiche in progress.

La sperimentazione coinvolgerà inizialmente almeno due dipartimenti: il Materno Infantile ed il Dipartimento Chirurgico che, da letteratura, risultano essere "aree critiche" del rischio.

Gli altri Dipartimenti, possono attivarsi, sulla base di condizioni di motivazioni e disponibilità presenti oppure possono attivarsi sulle segnalazioni disponibili provenienti dalle esercitazioni effettuate dagli infermieri in sede didattica.

Cabina di regia

Il progetto formativo sul risk management rivolto ai medici ed agli infermieri si è avvalso di esperti di altre Regioni insieme a competenze già esistenti in Azienda nell'Unità di Staff Sviluppo Aziendale, nell'Unità Operativa di Medicina Legale e, per le dinamiche gruppali, nell'Unità Operativa di Psicologia clinica.

Il gruppo aziendale, che rimane a disposizione per gli approfondimenti formativi successivi, costituisce il team guida del progetto con il compito di assistere tutte le fasi di realizzazione del

progetto, monitorarne le criticità ed i punti di forza e sviluppare le successive fasi di implementazione.

Il team guida sarà coordinato dall'Unità di Staff Sviluppo Aziendale e sarà affiancato, all'occorrenza, da gruppi di lavoro che si costituiranno nell'ambito della rete della qualità a supporto di specifiche fasi di sviluppo del progetto stesso: ad es. la costruzione di pacchetti formativi, di strumenti operativi sul campo (report, schede personalizzate, check list...) , la costruzione e aggiornamento della banca dati degli eventi indesiderati ecc.

Il team guida interfacerà il Comitato di gestione del rischio, attraverso periodici feedback sull'andamento del progetto e si avvarrà di una area intranet per la pubblicizzazione dei risultati del progetto.

Monitoraggio del progetto

Si presume che il progetto possa partire a regime, coinvolgendo tutta l'azienda, da ottobre 2007.

Alla fine dell'anno sarà prodotta una relazione finale sui risultati del progetto, contenente le seguenti informazioni:

- n. UU.OO. coinvolte nel progetto (in fase sperimentale – a regime)
- n. schede di incident reporting per area tematica e per U.O.
- n. miglioramenti avviati per tipologia
- n. audit per Unità Operativa realizzati
- n. partecipanti per riunioni per tipologia professionale
- punti di forza e punti di debolezza del progetto.

La formazione del personale sui temi del Risk management ha rappresentato il punto di partenza di un progetto di più ampia scala, che è appunto quello finalizzato a sensibilizzare tutto il personale alla prevenzione del rischio, considerata la crescita esponenziale del contenzioso ed i clamori della cronaca; tuttavia, soltanto implementando la **cultura della responsabilizzazione** si potrà educare alla segnalazione degli eventi avversi, strumento questo essenziale al fine di controllare i rischi connessi all'attività assistenziale della nostra Azienda.

La responsabilizzazione dei professionisti, così come la partecipazione all'attività e la multidisciplinarietà, rappresenta uno dei punti cardine nella gestione del rischio clinico. Il tema della responsabilizzazione emerge con chiarezza nella definizione che il Ministero della Salute fornisce nel glossario nazionale del 2006 sul tema del "Governare clinico", definito, appunto, come un "Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento

continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica".

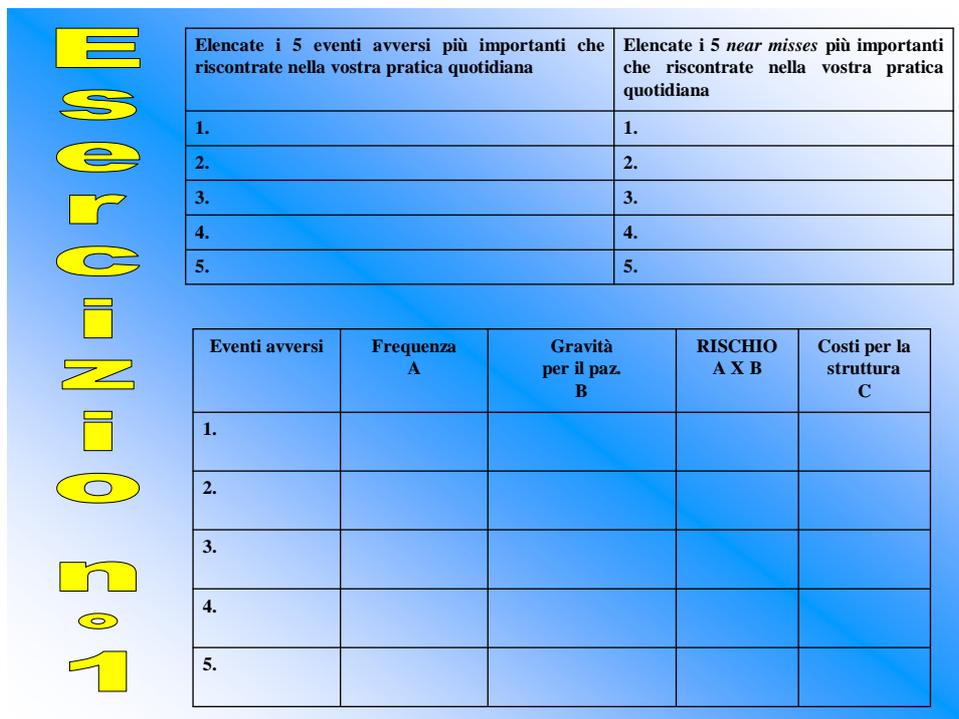
La responsabilizzazione deve essere intesa nel senso di necessità da parte di ciascun operatore di intraprendere in prima persona un processo di miglioramento della qualità assistenziale, ma anche nel senso di rendersi disponibili a forme di controllo e monitoraggio delle prestazioni "secondo principi di valutazione professionalmente condivisi", e, quindi, rendersi disponibili a eventuali modifiche nella propria attività lavorativa.

Il corso è stato rivolto a circa 400 infermieri, di questi hanno effettivamente partecipato circa 300.

È stato suddiviso in 8 ore di lezione frontale e in otto ore di esercitazione.

Nelle ore di lezione frontale in cui sono stati descritti e discussi, con attiva partecipazione dei presenti, i temi principali del clinical risk management, con particolare attenzione al tema dell'audit e dell'incident reporting; presentazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi e descrizione di esperienze di altre aziende ospedaliere.

Nel corso dell'esercitazioni gli infermieri sono stati suddivisi in 4 gruppi di 10 circa. Sono stati, quindi, presentati tre esercizi.



| Elencate i 5 eventi avversi più importanti che riscontrate nella vostra pratica quotidiana | Elencate i 5 <i>near misses</i> più importanti che riscontrate nella vostra pratica quotidiana |
|--|--|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |
| 4. | 4. |
| 5. | 5. |

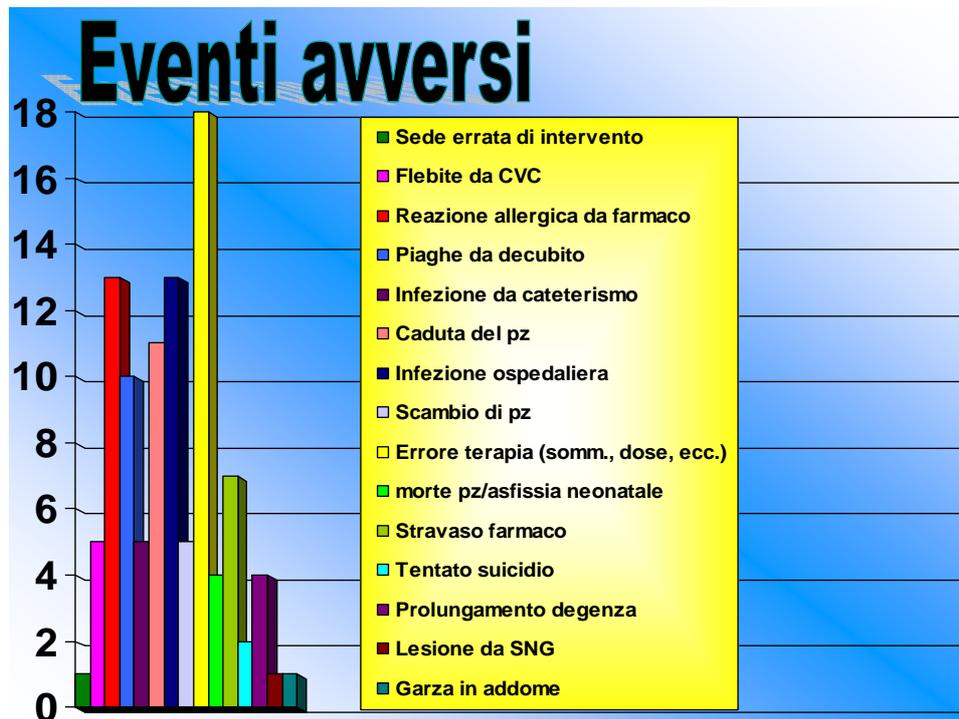
| Eventi avversi | Frequenza A | Gravità per il paz. B | RISCHIO A X B | Costi per la struttura C |
|----------------|----------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |

Come visibile nella diapositiva sovrastante, la prima esercitazione prevedeva la segnalazione di 5 near misses e 5 eventi avversi che si fossero effettivamente riscontrati nella realtà quotidiana di ciascun infermiere. È chiaro, che, trattandosi di gruppi eterogenei di infermieri di reparti differenti tra loro, l'esercizio prevedeva, inconsapevolmente (per gli infermieri), anche di favorire

l'integrazione del gruppo e la capacità di scelta secondo riferimenti personali (in particolare riteniamo per gravità e frequenza) tra i vari eventi segnalati da ciascun partecipante del gruppo.

La prima esercitazione prevedeva, altresì, l'attribuzione a ciascun evento avverso identificato di un indice di gravità e frequenza secondo un range di valori da 1 a 5 (5 molto; 4 abbastanza; 3 poco; 2 raro; 1 nullo). Si chiedeva, inoltre, di calcolare l'indice di rischio per ciascun evento avverso (rischio = frequenza x gravità) e attribuire anche un valore orientativo sui costi per la struttura secondo parametri da loro stessi stabiliti.

Dall'esercitazione sono emersi i seguenti dati, purtroppo ancora parziali, dal momento che si attende la fine anche della seconda edizione:



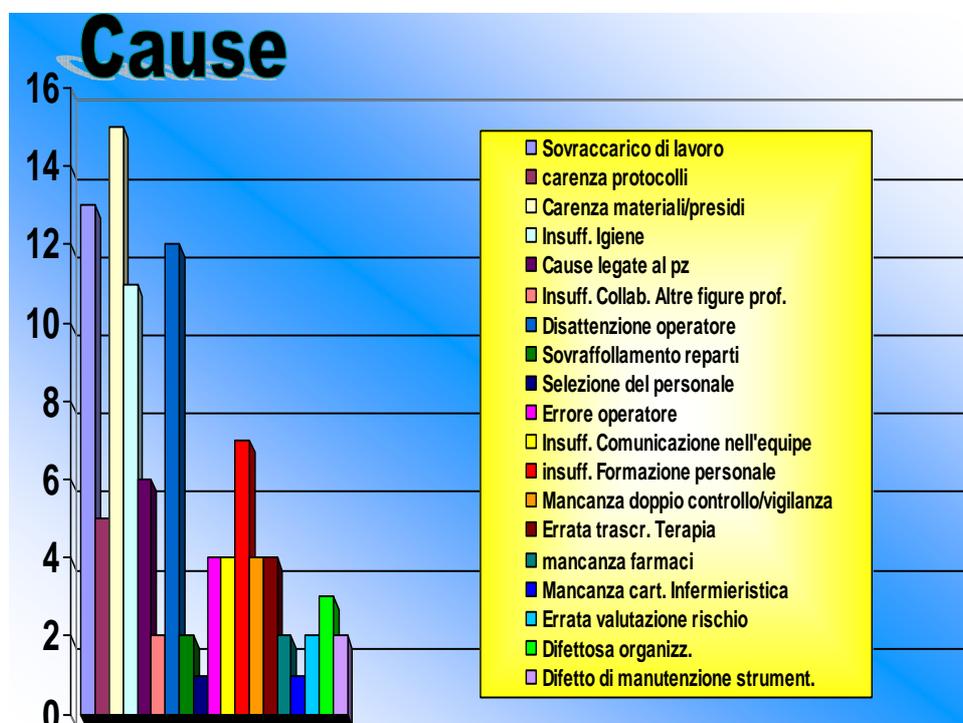
Come può osservarsi, la maggior parte delle segnalazioni hanno rilevato come eventi avversi preminenti le conseguenze di errata terapia (18% circa) sia in termini di trascrizione, prescrizione, che di somministrazione; in secondo luogo (13%) le reazioni allergiche da farmaco e le infezioni ospedaliere.

La seconda esercitazione prevedeva, invece, l'identificazione delle cause remote (cosiddetta route cause analysis) di tre eventi avversi selezionati dall'esercizio precedente e scelti in base al maggior indice di rischio.

Elencate le cause degli eventi avversi individuati come più gravi nell'ESERCITAZIONE n.° 1
Determinate infine, con il metodo della *Route cause analysis* la causa principale di ciascun evento avverso.

| Evento avverso n.° 1 | Evento avverso n.° 2 | Evento avverso n.° 3 |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Come premessa, veniva richiesto di tentare un procedimento accurato di valutazione di tutte le cause alla radice dell'evento avverso, e l'identificazione, quindi, della causa più remota e possibilmente anche "risolvibile" con i mezzi a disposizione anche all'interno della stessa U.O. Sono emersi i seguenti risultati.



Secondo la maggior parte degli infermieri una delle principali cause di errore è legata alla mancanza di presidi, quali cateteri adeguati al tipo di trattamento, letti forniti di adeguate sbarre di protezione,

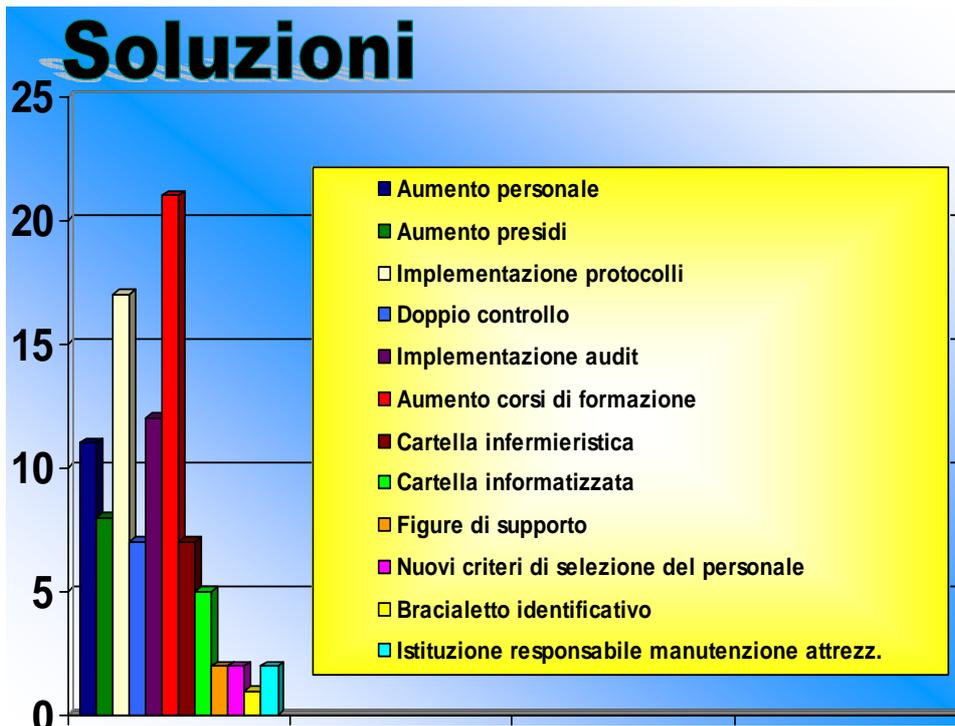
ecc.; in secondo luogo, lo stress e la distrazione da sovraccarico di lavoro, e quindi la disattenzione dell'operatore.

L'ultima esercitazione chiedeva, infine, di trovare per ciascuna causa, scelta tra le più importanti tra quelle individuate nel precedente lavoro di gruppo, due proposte di miglioramento.



| Individuate per ciascuna causa principale almeno due possibili soluzioni | | | |
|--|-------|-----------------------------|-----------------------------|
| Evento avverso | Causa | Proposta di miglioramento 1 | Proposta di miglioramento 2 |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

I risultati da noi elaborati hanno rilevato al primo posto la richiesta di aumento dei corsi di formazione (va detto, infatti, che tra le cause gli infermieri avevano anche individuato la mancanza o inadeguatezza della formazione del personale); al secondo posto la necessità di implementare l'uso di protocolli e di audit (dal momento che gli infermieri avvertono come cause di eventi avversi anche la mancanza di comunicazione all'interno della équipe).



In conclusione, si è fissata al mese di ottobre 2007 la data di partenza del progetto che coinvolgerà a pieno regime tutta l'Azienda, conclusa la formazione capillare di tutto il personale sanitario.

Alla fine dell'anno sarà prodotta una relazione finale sui risultati del progetto, contenente le seguenti informazioni:

- N. UU.OO. Coinvolte nel progetto
- N. schede di incident reporting per area tematica e per U.O.
- N. miglioramenti avviati per tipologia
- N. audit per Unità Operativa realizzati
- N. partecipanti per riunioni per tipologia professionale
- Punti di forza e punti di debolezza del progetto.

Riteniamo che la parte qualificante ed innovativa del progetto (del quale l'U.O. di Medicina Legale si è posta ab inizio quale partner della Direzione Generale) sia costituita dal ruolo "valorizzato" del professionista medico legale, il quale, abbandonato per una volta la veste di censore, accompagni il percorso comunicativo e formativo dei sanitari verso il cambiamento, supportando la cultura dell'"imparare dall'errore" con adeguata metodologia; tale obiettivo può raggiungersi soltanto avviando una profonda riflessione sulle attitudini valoriali che guidano l'esercizio delle professioni sanitarie, attitudini valoriali che fondano nella matrice etico-deontologica, quella matrice che il medico legale conosce e della quale propone una odierna riflessione ai colleghi dei gruppi di audit.

Del Poeta G., Mazzufero F., Canepa M.: Il risk management nella logica del governo clinico.
McGraw Hill, Milano, febbraio 2006.