

LA GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO

METODI DI ANALISI PER LA GESTIONE
DEL RISCHIO CLINICO

Root Cause Analysis - RCA
Analisi delle Cause Profonde



Dicembre 2010

Volume I

TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI



DIRETTIVA PROCEDURA SINISTRI

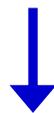
EVENTO AVVERSO



SEGNALAZIONE IMMEDIATA



DIRETTORE P.O.

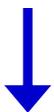


TRASMISSIONE DENUNCIA SINISTRO (ANCHE CAUTELATIVA) ALL'UO GESTIONE SINISTRI
ENTRO 30 GIORNI

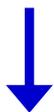
PROTOCOLLO AZIENDALE RISCHIO CLINICO

EVENTO AVVERSO

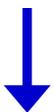
**SEGNALAZIONE IMMEDIATA
OBBLIGATORIA**



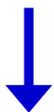
**RISK
MANAGER**



**PIANI DI
MIGLIORAMENTO**



**DIRETTORE
P.O.**



**PROVVEDIMENTI
TRASMISSIONE
SINISTRO**

EVENTO SENZA ESITO

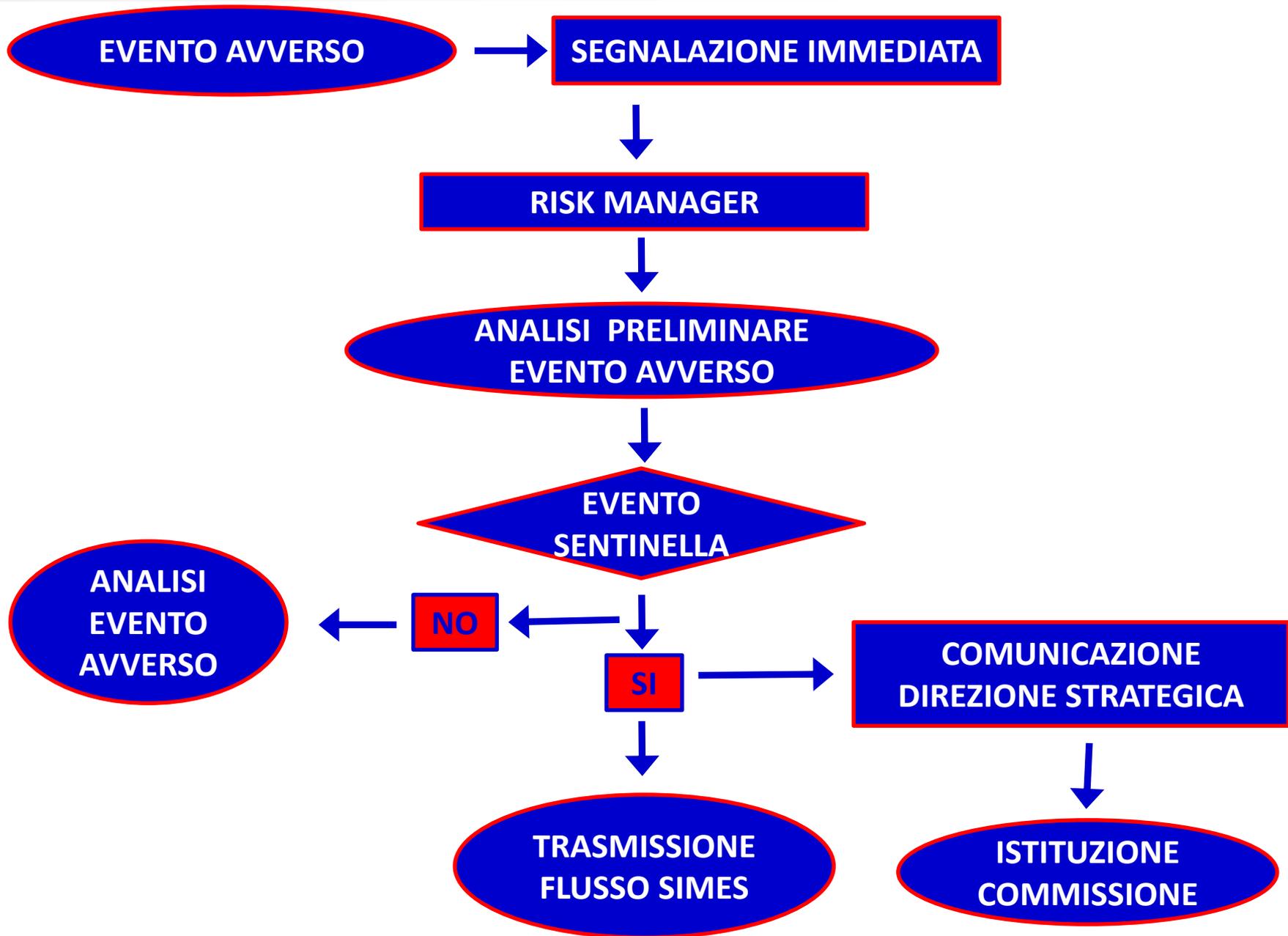
**SEGNALAZIONE IMMEDIATA
ANCHE ANONIMA**



**RISK
MANAGER**



**INDIVIDUAZIONE DEI RISCHI
PIANI DI MIGLIORAMENTO**



Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella

EVENTO SENTINELLA



SEGNALAZIONE IMMEDIATA



ENTRO 3 GIORNI → FLUSSO SIMES SCHEDA A

**EVENTO AVVERSO
O
EVENTO SENTINELLA?**



EVENTI SENTINELLA

1. Procedura in paziente sbagliato.
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte).
3. Errata procedura su paziente corretto.
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure.
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0.
6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica.
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g non correlata a malattia congenita.
9. Morte o grave danno per caduta di paziente.
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale.
11. Violenza su paziente.
12. Atti di violenza a danno di operatore.
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso.
15. Morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico.
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno.

Sono da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano i seguenti esiti o condizioni cliniche:

- Morte.**
- Disabilità permanente.**
- Coma.**
- Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione.**
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente.**
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva.**
- Reintervento chirurgico.**
- Rianimazione cardio respiratoria.**
- Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura.**
- Tutti gli errori trasfusionali da incompatibilità AB0 rientrano nella definizione di evento sentinella, anche nel caso in cui non appaia un danno evidente.**

Le cadute: eventi sentinella o eventi avversi???



Morte o grave danno conseguente a caduta di paziente in strutture sanitarie

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari.

Fattori di rischio:

inerenti i pazienti (*ad es. età, precedenti cadute, assunzione di determinati farmaci, deficit cognitivi, patologie concomitanti*)

legati all'ambiente (*ad es. pavimenti scivolosi, gradini non sicuri, carenza di illuminazione, mancanza di punti d'appoggio*).

Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

ANALISI PRELIMINARE EVENTO AVVERSO

In considerazione dell'impegno che la RCA richiede, prima di avviare l'analisi è importante utilizzare dei metodi che consentano di determinare se l'accaduto deve essere incluso tra gli eventi sentinella.

- a) il metodo di Regina Qu'Appelle health region si basa sulla contemporanea presenza di criteri espliciti**

- a) il sistema del NPSA con albero decisionale basato sul modello di Reason**

Regina Qu'Appelle Health Region

Classifica gli incidenti secondo un modello a quattro classi, per il quale alcuni eventi che ricadono in classe 3 e tutti quelli della classe 4 vengono sottoposti a Root Cause Analysis

Classe 1: Non vi sono danni noti / senza rilevanza clinica

Classe 2: Danni minori che si risolvono spontaneamente, che richiedono una assistenza di base o un breve monitoraggio, per esempio ferite superficiali, ecchimosi e ustioni di primo grado. Le indagini diagnostiche di laboratorio e radiologiche (se effettuate) sono normali o non modificate rispetto alla situazione precedente.

Regina Qu'Appelle Health Region

Classe 3: Danno che si risolve con un intervento sanitario o evento potenzialmente pericoloso, per esempio fratture, lacerazioni che richiedono una sutura, ustioni di terzo grado.

In aggiunta alla definizione riportata, vengono considerati come classe 3 anche:

- smarrimento che richiede intervento delle forze dell'ordine
paziente che si allontana senza permesso
- violazione della privacy
- perdita di documentazione clinica
- atto di autolesionismo (tentato suicidio) durante la permanenza in una struttura sanitaria

Classe 4: danno irreversibile o morte

Sistema NPSA con albero decisionale

L'albero decisionale (Incident Decision Tree) è stato sviluppato dal National Patient Safety Agency (NPSA).

Scopo: definire le azioni organizzative da intraprendere in seguito ad un incidente.

Consente di arrivare velocemente a stabilire se un incidente si sia verificato per problemi legati all'organizzazione e al sistema

Evita la colpevolizzazione del singolo operatore

Esplora i comportamenti (*azioni individuali, motivazioni ecc.*) di tutti gli attori coinvolti nell'evento avverso

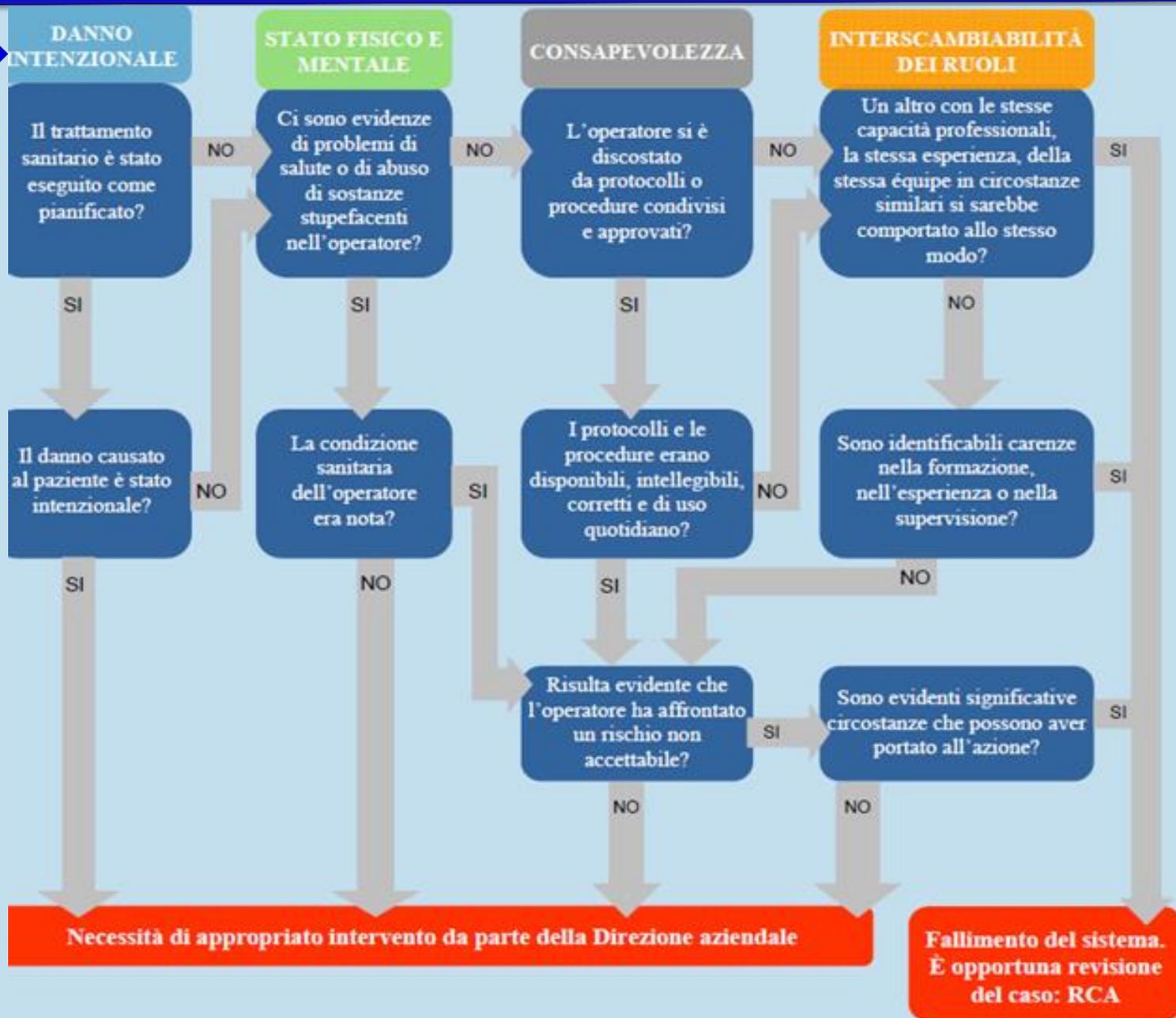
Si basa su un diagramma di flusso (Reason) che, attraverso una serie strutturata di quesiti, permette di definire se è necessario un approfondimento delle problematiche da effettuare con la Root Cause Analysis.

Fonti: documentazione clinica, interviste, procedure, EBM ecc.

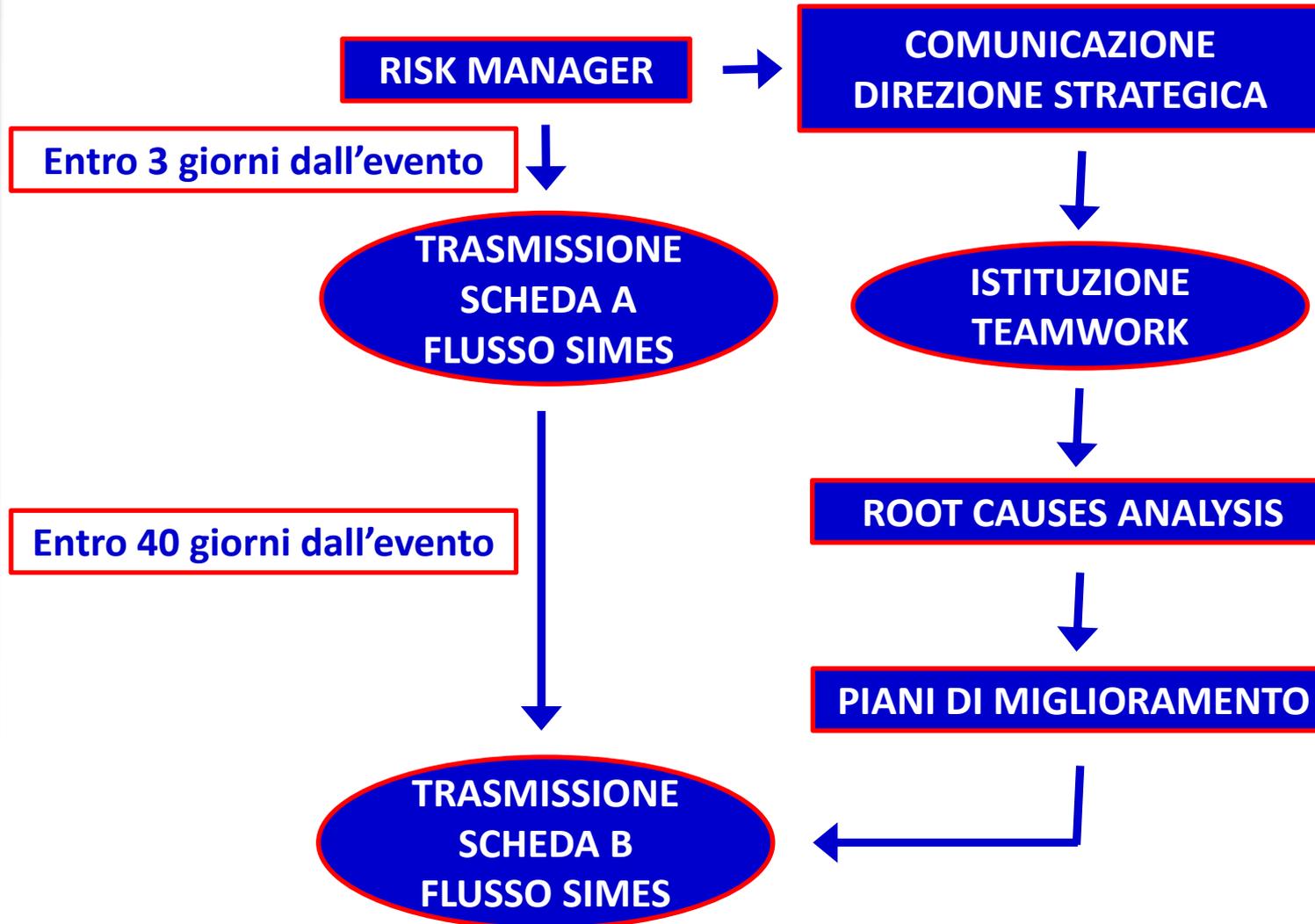
Sistema NPSA con albero decisionale

DANNO INTENZIONALE	STATO FISICO E MENTALE	CONSAPEVOLEZZA	INTERSCAMBIABILITÀ DEI RUOLI
Il trattamento sanitario è stato eseguito come pianificato?	Ci sono evidenze di problemi di salute o di abuso di sostanze stupefacenti nell'operatore?	L'operatore si è discostato da protocolli/procedure condivisi e approvati?	Un altro con le stesse capacità professionali, la stessa esperienza, della stessa équipe in circostanze similari si sarebbe comportato allo stesso modo?
Il danno causato al paziente è stato intenzionale?	La condizione sanitaria dell'operatore era nota?	I protocolli/procedure erano disponibili, intellegibili, corretti e di uso quotidiano? Risulta evidente che l'operatore ha affrontato un rischio non accettabile?	Sono identificabili carenze nella formazione, nell'esperienza o nella supervisione? Sono evidenti significative circostanze che possono aver portato all'azione?

Punto di partenza →



EVENTO SENTINELLA



ROOT CAUSE ANALYSIS

È un'indagine strutturata che ha lo scopo di identificare le cause profonde di un problema e le azioni necessarie ad eliminarla

L'analisi delle cause profonde è una metodologia applicata allo studio dei fattori causali di un evento avverso che si basa sulla concezione organizzativa dell'errore.

L'obiettivo reale è quello di utilizzare l'evento avverso e considerarlo per quanto questo riesce a rilevare le inadeguatezze e le lacune del sistema.

L'analisi non si limita infatti a individuare l'errore o le mancanze più prossime all'evento, ma mira ad analizzare l'intero processo che ha generato l'evento stesso.

Rispetto alle indagini di tipo tradizionale l'obiettivo è focalizzato non tanto sulla ricerca delle responsabilità (chi è stato), quanto sulla identificazione di azioni di miglioramento (affinché ciò che è successo non riaccada).

ROOT CAUSES ANALISYS

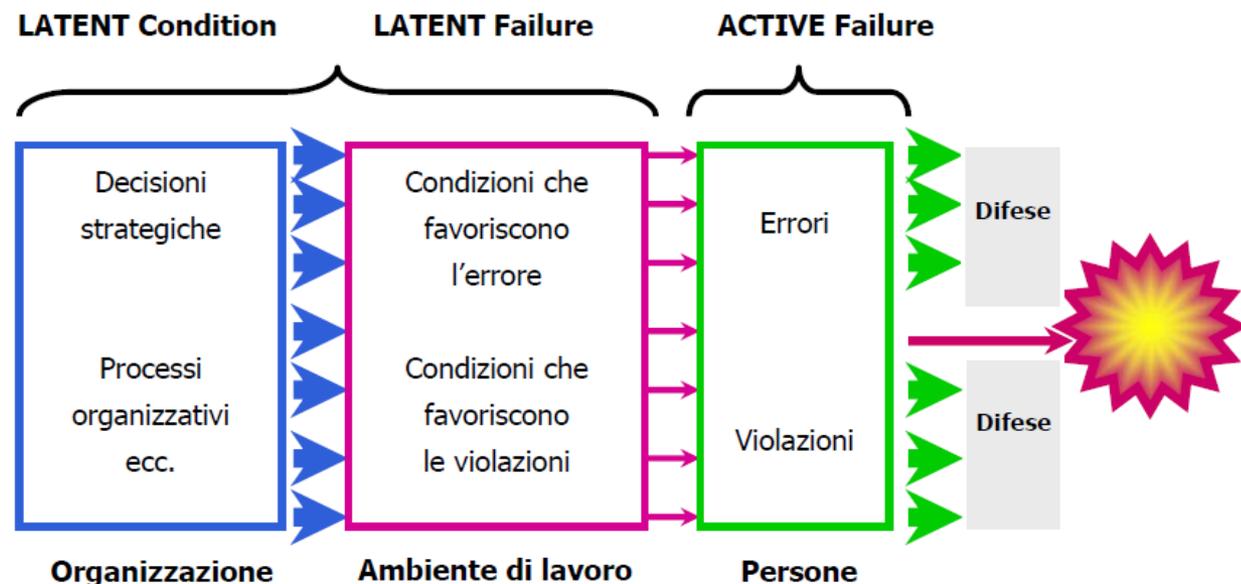
Risponde alle seguenti domande:

- Che cosa è successo (evento)
- Come è successo (comportamento umano)
- Perché è successo (fattori contribuenti)
- Che cosa fare per evitare che si ripeta (piani di miglioramento)

**Il Ministero della Salute ne richiede
l'applicazione in caso di evento sentinella**

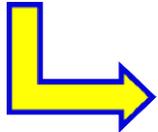
RCA – JAMES REASON

La RCA trova le sue basi nell'approccio metodologico promosso da James Reason, che presenta l'incidente come l'evento finale non voluto di un percorso che parte dai cosiddetti latent condition (condizioni organizzative e di contesto di lavoro con buchi, inefficienze ed errori di tipo progettuale) e latent failure (condizioni concrete in cui gli individui si trovano ad operare), attraverso l'ambito degli active failure, cioè si sviluppa in azioni non sicure, errori umani e violazioni, infine infrange le barriere appositamente erette per evitare l'incidente ma che si rivelano inefficaci, ed esplose nell'evento indesiderato.

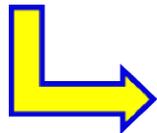


SEQUENZA FASI RCA

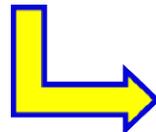
Costituzione di un gruppo di lavoro



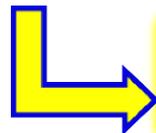
Raccolta informazioni e spiegazione iniziale



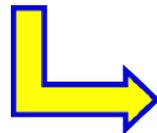
Definizione della sequenza temporale e spiegazione finale



Identificazione dei fattori contribuenti e cause profonde



Azioni di miglioramento



Rapporto finale

Costituzione di un gruppo di lavoro

Dopo aver valutato preliminarmente l'evento avverso, il Risk Manager comunica alla Direzione Strategica la necessità di un approfondimento tramite RCA.



La Direzione Strategica nomina un gruppo di lavoro composto da:

- **Referenti rischio clinico** (Aziendale e del Presidio Ospedaliero)
- **Esperti di area non coinvolti nell'evento**
- **Eventuali consulenti**

Raccolta informazioni

Le informazioni raccolte dovranno comprendere ogni elemento ritenuto importante per stabilire la sequenza delle circostanze che hanno condotto all'evento avverso tra cui: gli attori, il luogo e il momento di accadimento dell'evento, le conseguenze e i danni sul paziente, la tempistica ed ogni altra informazione utile ai fini della ricostruzione dell'accaduto.

**Documentazione clinica
completa**



Raccolta informazioni

Diario clinico

Cartella infermieristica

Esami di laboratorio

Diagnostica per immagini

Trasferimenti del paziente



**Procedure/protocolli e modalità organizzative in uso
nella struttura in cui è avvenuto l'evento**

Interviste:

agli operatori coinvolti

ai familiari

al paziente

SPIEGAZIONE INIZIALE



Abbiamo tutte le informazioni?

È necessario approfondire un particolare ambito?

Dobbiamo analizzare il luogo in cui è avvenuto l'evento?

Possiamo definire qualche ipotesi?

Organizzazione delle informazioni

Documentazione clinica

**Pareri di
esperti**

**Prassi percorso
assistenziale**

**Evidence
Based Nursing**

**Evidence Based
Medicine**

Interviste

Procedure/protocolli

Definizione della sequenza temporale e spiegazione finale

Le informazioni reperite dalla documentazione clinica, le interviste e altre fonti di informazioni permettono di generare una narrazione dei fatti che mostra come gli elementi si susseguono.

La cronologia narrativa (resoconto temporale dell'evento)

Le linee del tempo (descrizione cronologica delle circostanze)

Le tabelle del tempo o sequenza temporale descrittiva
(permette di definire azioni, attori e tempi)

Diagramma causa effetto

Cronologia Narrativa

Consiste nell'esposizione, in forma di testo libero, di cosa è accaduto in ordine di data e orario e si presenta sotto forma di report.

Permette di registrare informazioni ed offre un iniziale inquadramento rispetto ai fattori contribuenti. E' utile in caso di incidenti non molto complessi e che si sviluppano in un arco temporale abbastanza breve, mentre per casi più complessi può essere utilizzato come sommario degli eventi. Deve sempre essere presente nel rapporto finale sull'evento.

Lunedì 17 marzo 2001, 9.15

Il paziente A scappa dal reparto di cura. La polizia è stata informata che il paziente A è fuggito.

Lunedì 17 marzo 2001, 10.25

Il paziente A è stato trovato dalla polizia. È stato trovato, coperto di sangue, al proprio domicilio, dove ha ucciso la sua convivente.

Linee Del Tempo

Consistono nella descrizione cronologica delle circostanze nel tempo.

Le informazioni si limitano a definire i momenti critici senza fornire dettagli o altre informazioni.

Attraverso la descrizione temporale è possibile identificare i vuoti di informazione e le criticità che si sono determinate nel processo di cura.

Questo strumento permette di organizzare le informazioni raccolte, soprattutto in presenza di eventi che hanno coinvolto diverse specialità ed aree all'interno della struttura, poiché attraverso un unico diagramma è possibile rappresentare l'intero incidente, dando quindi una visione di insieme dell'accaduto.

Ore 12.00
Inizio
preparazione
medicamenti

Ore 12.45
Interruzione
preparazione
medicamenti

Ore 13.10
Somministrazione
medicamento errato

Ore 13.30
Arresto
respiratorio

Ore 13.45
Decesso del
paziente

Tabelle del tempo o sequenza temporale descrittiva

Questa tecnica permette di registrare, mantenendo l'ordine cronologico degli eventi, anche informazioni supplementari, elementi di buona pratica ed elementi di criticità nell'erogazione del servizio.

Definisce azioni, attori e tempi.

Le informazioni vengono integrate con riferimenti di letteratura (best practice, EBM, protocolli e procedure) commenti e pareri di esperti e rappresenta il documento finale sul quale il workteam dovrà definire l'analisi dei fattori contribuenti.

Tabelle del tempo o sequenza temporale descrittiva

11.11.2025

ore 21.30 l'operatore X accompagna in radiologia per RX

ore 22.04 RX torace : non sono presenti lesioni pleuroparenchimali focali in atto.

RX femorale dx: frattura pluriframmentaria scomposta al III medio della diafisi di femore (dott. R. Salerno).

ore 22.30, si richiede consulenza rianimatoria (dott. Y). Alla visita il paziente è vigile esegue gli ordini, il respiro eupnoico, esegue prelievo per esami ematochimici.

ore 22.45 (dott. W) Consulenza ortopedica, dalla RX arto inferiore si evidenzia una frattura scomposta del III° medio della diafisi di femore. Il paziente viene trasferito in Ortopedia dello stesso P.O.

Terapia in reparto di Ortopedia:

Risperdal cps 4 mg X due volte al giorno, Lorazepam 2,5 cps X 3 volte al giorno, Entumin gtt. 8-8-15, Efferalgan 1000 mg, Clexane 4000 1 fl al giorno, Siliparina 0,4

04/07/2013 ore 14.00

Colloquio con il paziente:

Il paziente non risulta in grado di riferire l'accaduto apparendo confabulante e disorientato.

Identificazione dei fattori contribuenti e cause profonde

L'obiettivo della RCA è l'identificazione dei fattori contribuenti e delle cause profonde al fine di rimuovere, attraverso i piani di miglioramento, le criticità che potrebbero permettere il ripetersi dell'evento.

Fattori legati al team di lavoro

Fattori legati all'ambiente di lavoro

Fattori legati al contesto istituzionale

Caratteristiche del paziente

Fattori legati al compito

Fattori individuali

Fattori gestionali e organizzativi

Fattori contribuenti

Fattori legati al team di lavoro

Comunicazione verbale
Comunicazione scritta
Supervisione e opportunità di aiuto
Struttura del team (compatibilità, coerenza, leadership, ecc.)

Fattori legati all'ambiente di lavoro

Dotazione di personale e mix delle competenze
Carichi di lavoro e modalità di turnazione
Progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature
Supporto amministrativo e gestionale
Ambiente fisico

Fattori legati al contesto istituzionale

Contesto economico e regolatore
Politica sanitaria
Collegamenti con organizzazioni esterne

Fattori contribuenti

Caratteristiche del paziente

Condizioni (complessità e gravità)
Lingua e comunicazione
Personalità e fattori sociali

Fattori legati al compito

Progettazione e chiarezza strutturale del compito
Disponibilità ed utilizzo di procedure
Disponibilità ed accuratezza dei risultati degli esami
Supporto nel processo decisionale

Fattori individuali

Conoscenze ed abilità
Competenza
Salute fisica e mentale

Fattori gestionali e organizzativi

Risorse e vincoli finanziari
Struttura organizzativa
Politica, standard e obiettivi
Cultura della sicurezza e priorità

Analisi delle cause profonde

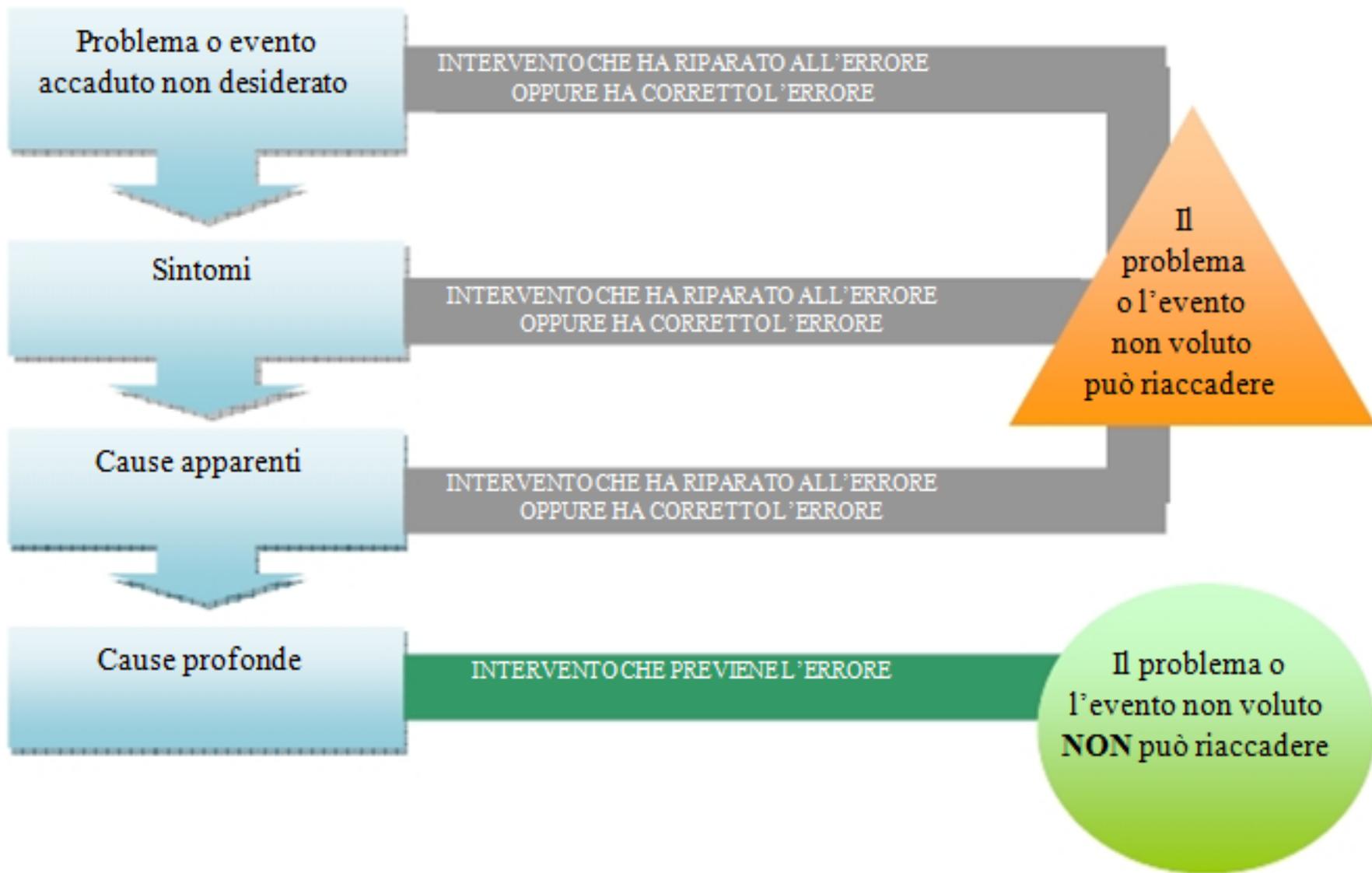
Ciò che è accaduto

RCA

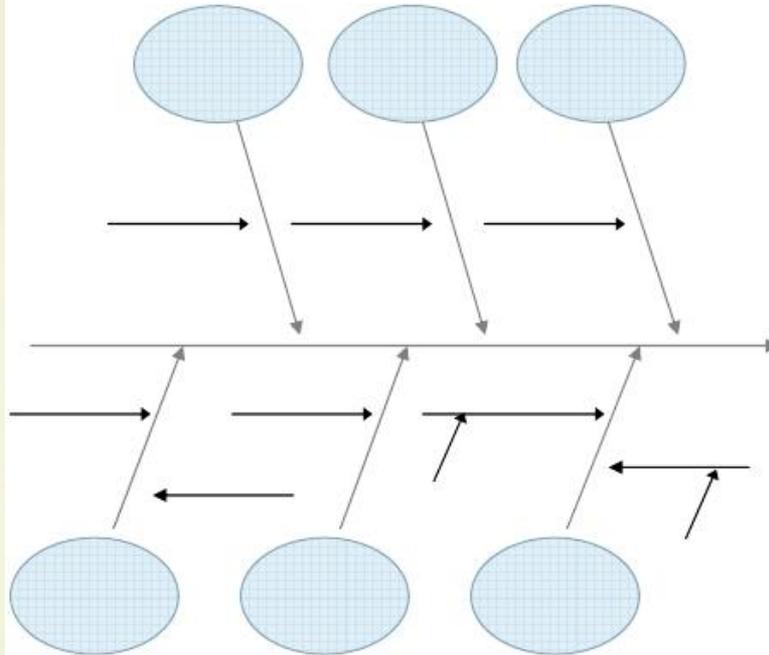
Perché è accaduto

Eliminazione delle cause latenti

Analisi delle cause profonde



Il Diagramma Causa Effetto - ISHIKAWA



- È la rappresentazione grafica di tutte le possibile cause relative a un fenomeno;
- Prende una forma a lisca di pesce;
- Rappresenta in modo ordinato e completo tutte le possibile cause che potrebbero determinare un certo problema.

Il Diagramma Causa Effetto

PREVEDE TRE FASI

- 1. Identificazione dell'effetto che si vuole studiare;**
- 2. Costruzione del diagramma causa-effetto;**
- 3. Analisi causa-effetto del diagramma costruito.**

Identificazione dell'effetto che si vuole studiare

Brainstorming: tutti i componenti del team sono incoraggiati ad elencare senza alcuna limitazione tutte le possibili cause/fattori contribuenti

TECNICHE DI SUPPORTO

Per facilitare una corretta individuazione ed analisi delle cause profonde attraverso il diagramma di Ishikawa possono essere utilizzate le seguenti tecniche:

- Brainstorming**
- Tecnica dei 5 perché**
- Analisi del cambiamento**
- Analisi delle barriere**

Brainstorming

- è una tecnica semplice e rapida
- non implica l'analisi dettagliata del caso
- consente di pensare liberamente e prende in considerazione anche idee inusuali
- è efficace per l'analisi a caldo del problema e l'identificazione della soluzione

MA

spesso nel brainstorming non si prendono in considerazione le problematiche organizzative, culturali e manageriali più consolidate

Tecnica dei 5 perché (Ammerman)

Ha l'obiettivo di facilitare la ricerca delle cause profonde di un evento avverso.

Scopo principale di questa tecnica è quello di chiedersi ripetutamente "perché" sui vari fattori contribuenti/cause che vengono identificate al fine di approfondire il problema ed individuare le cause radice.

La tecnica dei 5 perché deve essere utilizzata per tutti i fattori contribuenti che sono stati individuati.

Per ogni fattore contribuente:

"Perché questo fattore ha causato l'evento avverso?"

La risposta dovrebbe portare a comprendere le ragioni, le motivazioni, le cause dell'esistenza del problema specifico.

Per ciascuna causa individuata:

"Perché ha dato origine al problema?"

Il processo, come descritto sopra, viene reiterato fino a quando non è più possibile trovare risposte.

L'ultima risposta viene identificata come causa radice.

Analisi del cambiamento (Kepner e Tregue)

È una tecnica che permette di confrontare il processo eseguito nel modo che ha portato all'evento indesiderato con il processo ideale descritto per quella attività o situazione.

Il confronto permette di mettere in evidenza le differenze nell'esecuzione del processo, quindi il cambiamento necessario.

La sua applicazione all'interno della RCA può essere eseguita in 5 fasi:

1. descrivere il processo ideale
2. descrivere il processo che ha portato all'evento avverso.
3. comparare i due processi descritti e annotare le differenze che si riscontrano
4. valutare come e quanto i cambiamenti annotati possono aver contribuito al verificarsi dell'evento avverso, se hanno influenzato le azioni successive e se hanno contribuito all'evoluzione della situazione
5. approfondire i cambiamenti che possono aver contribuito al verificarsi dell'evento, ricercando le cause che li hanno generati

Analisi delle barriere (Troost e Nertney)

Tecnica che permette di stabilire quali barriere avrebbero dovuto essere presenti per aumentare i livelli di sicurezza del paziente.

Permette inoltre di valutare in modo sistematico gli eventi collegati a fallimenti nel sistema e può essere utilizzata sia in modo reattivo sia in modo proattivo per valutare i sistemi barriera già esistenti.

L'analisi delle barriere prevede anche una classificazione delle barriere esistenti:

- fisiche (es. software che bloccano l'erogazione di un farmaco se la posologia della prescrizione è diversa)
- naturali (es. doppio controllo, alternanza dei turni)
- azioni umane (es. controllo delle misure di contenzione)
- amministrative (es. protocolli e procedure, formazione, doppia firma)

Analisi delle barriere (Troost e Nertney)

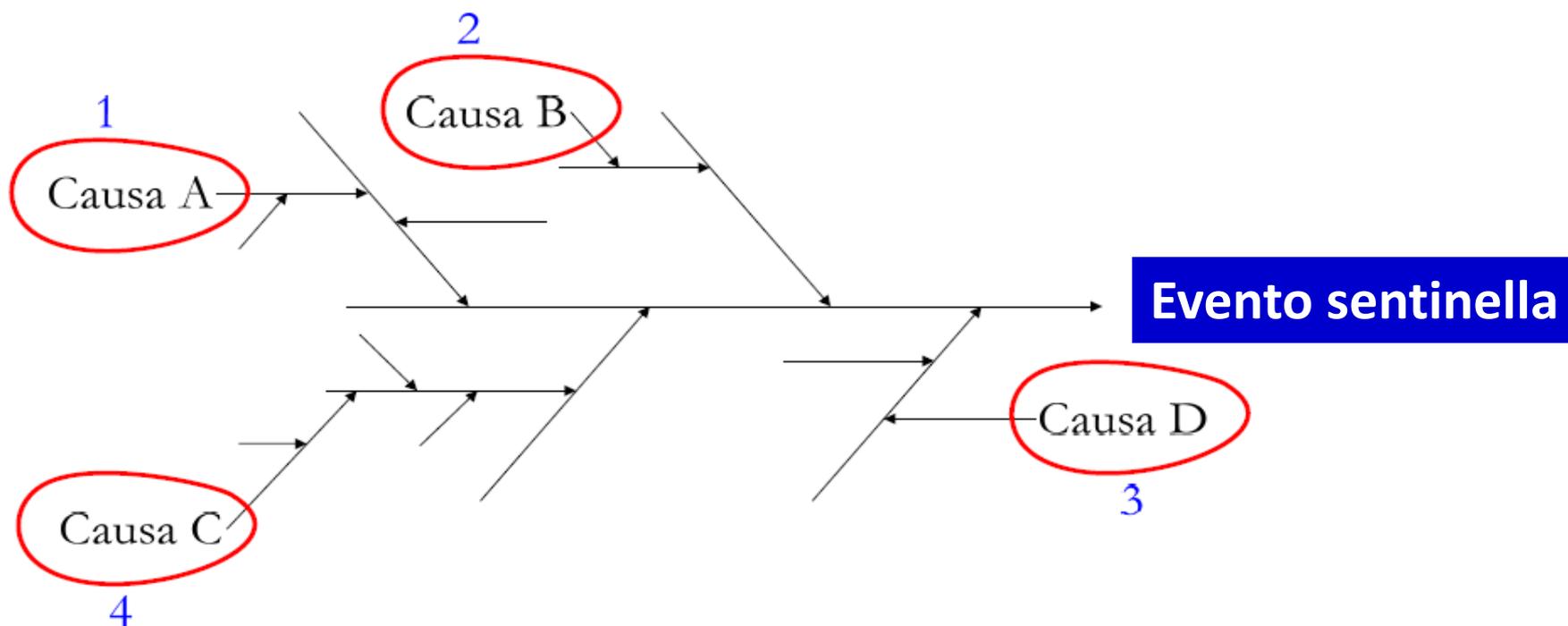
L'analisi delle barriere può essere descritta in 4 fasi:

- 1. identificare il tema (solitamente l'attività, il fatto) da analizzare**
- 2. elencare tutte le barriere poste in essere per prevenire il verificarsi dell'evento**
- 3. considerare le specifiche circostanze in cui è avvenuto l'evento avverso e valutare se la/le barriera/e avrebbero potuto, date le condizioni, prevenire il suo verificarsi**
- 4. chiedersi perché la barriera ha fallito nella sua funzione di prevenzione dell'evento avverso**

Il Diagramma Causa Effetto

Costruzione del diagramma causa-effetto

Le varie cause sono organizzate in un diagramma che riporta sulla destra il problema



Il Diagramma Causa Effetto

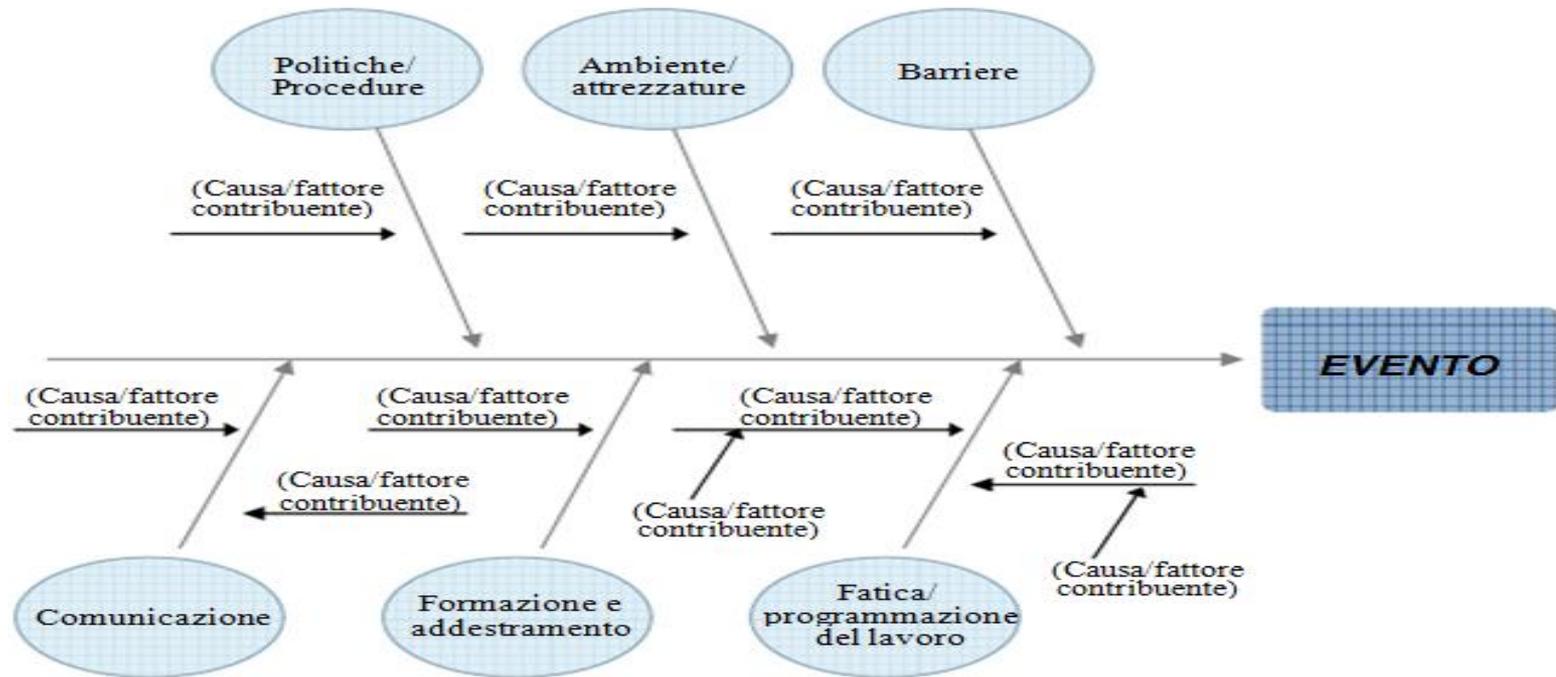
Analisi causa-effetto del diagramma costruito

- Analizzare (una alla volta) le cause probabili**
- Individuazione dell'azione correttiva più opportuna**
- Verifica dell'efficacia dell'azione correttiva**

Si analizzano criticamente le cause individuate al fine di:

- 1. Individuare le cause più probabili;**
- 2. Individuare le cause più importanti;**
- 3. Verificare se le cause più importanti individuate sono realmente quelle che influenzano l'effetto (cause vere).**

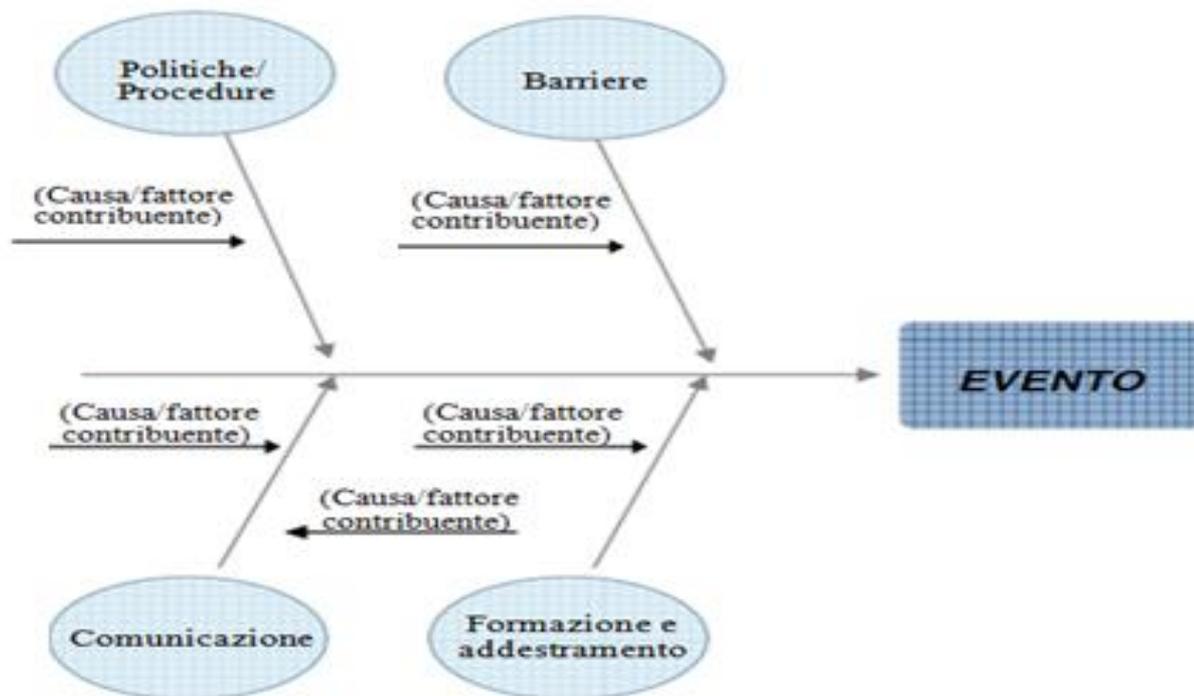
CAUSE PIU' PROBABILI



Possono essere individuate per mezzo di:

1. Una analisi critica;
2. Una discussione;
3. Una votazione.

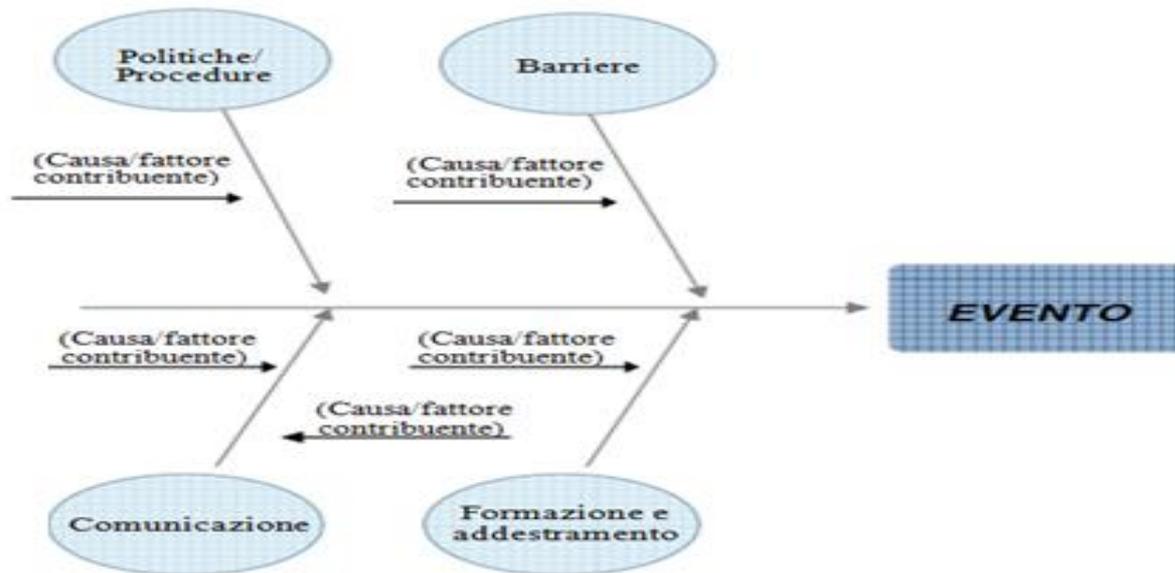
CAUSE PIU' IMPORTANTI



Possono essere individuate per mezzo di:

1. Una analisi critica;
2. Una discussione;
3. Una votazione.

ANALISI DEL GRAFICO



- Si prende in esame la causa 1 e si progettano le verifiche necessarie a validare l'ipotesi fatta.
- Nel caso che il difetto/problema permanga l'ipotesi fatta non è corretta.
- Si procede a verificare la causa 2 etc...
- Se non si riesce ad individuare la soluzione del problema è necessario riesaminare tutta l'analisi;
- Anche se viene individuata una causa è necessario rimuovere comunque anche le altre cause;

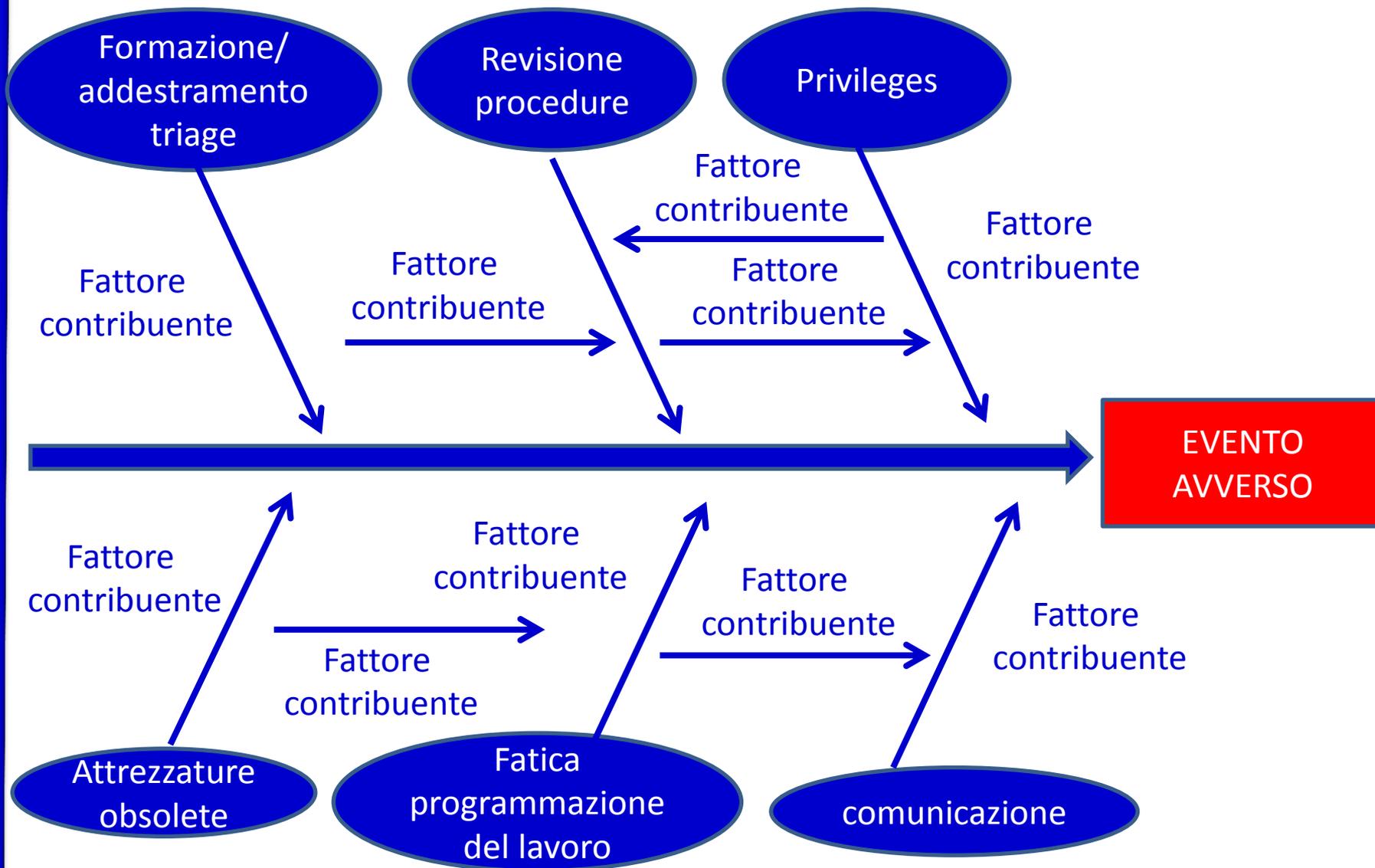
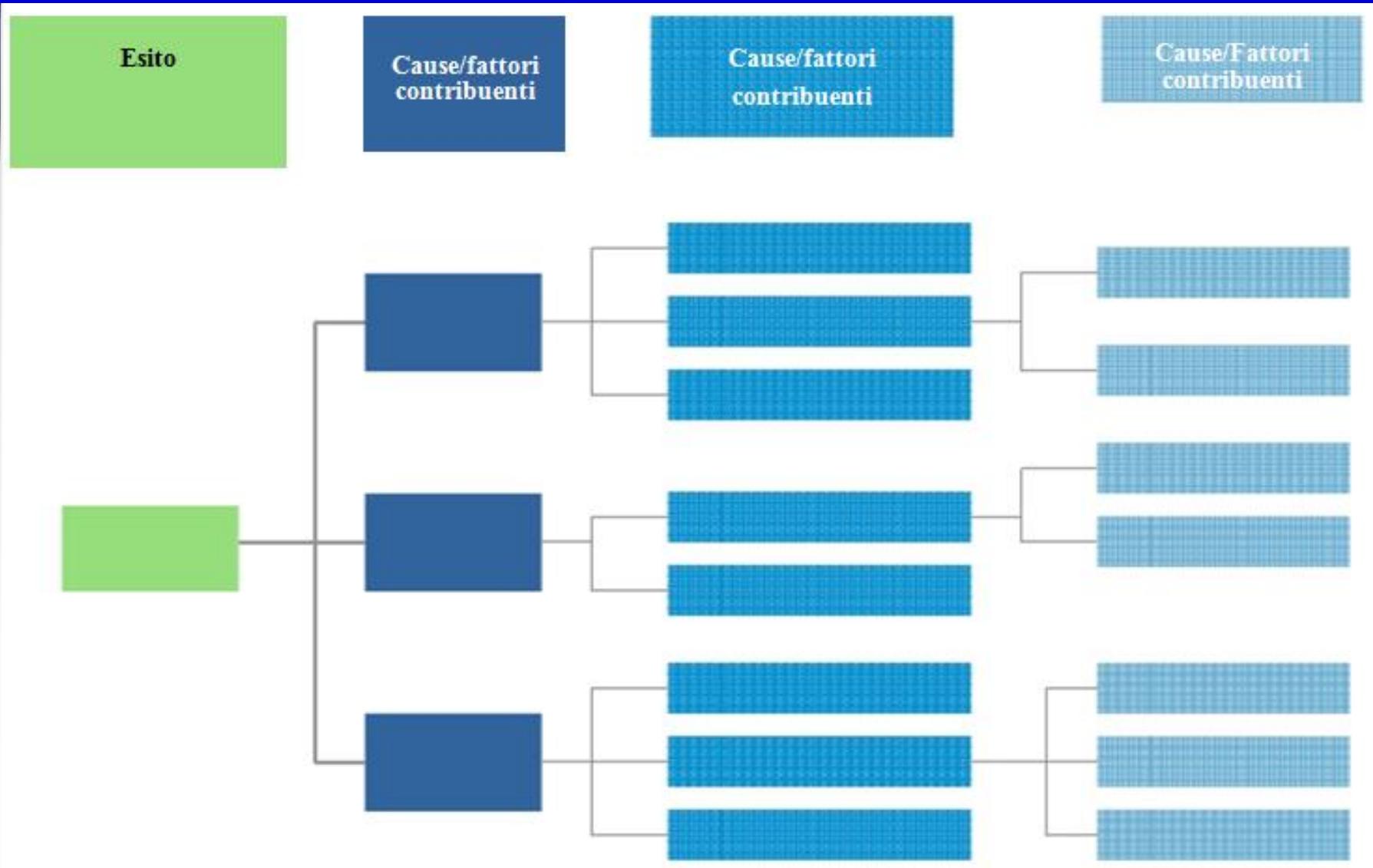


Diagramma ad albero



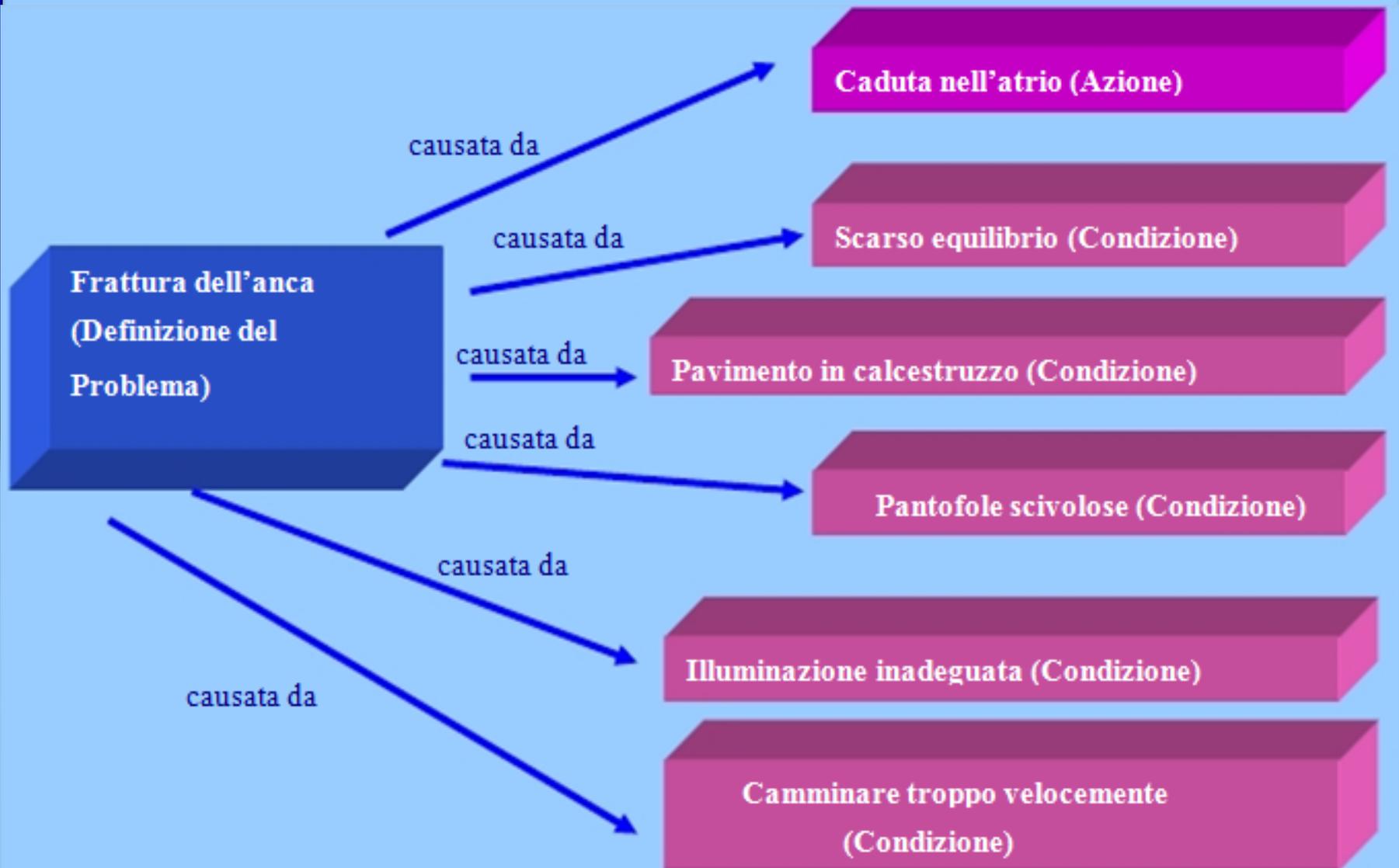
Costruzione di diagramma di causa/effetto

Un paziente anziano è scivolato e caduto accidentalmente riportando una frattura dell'anca.

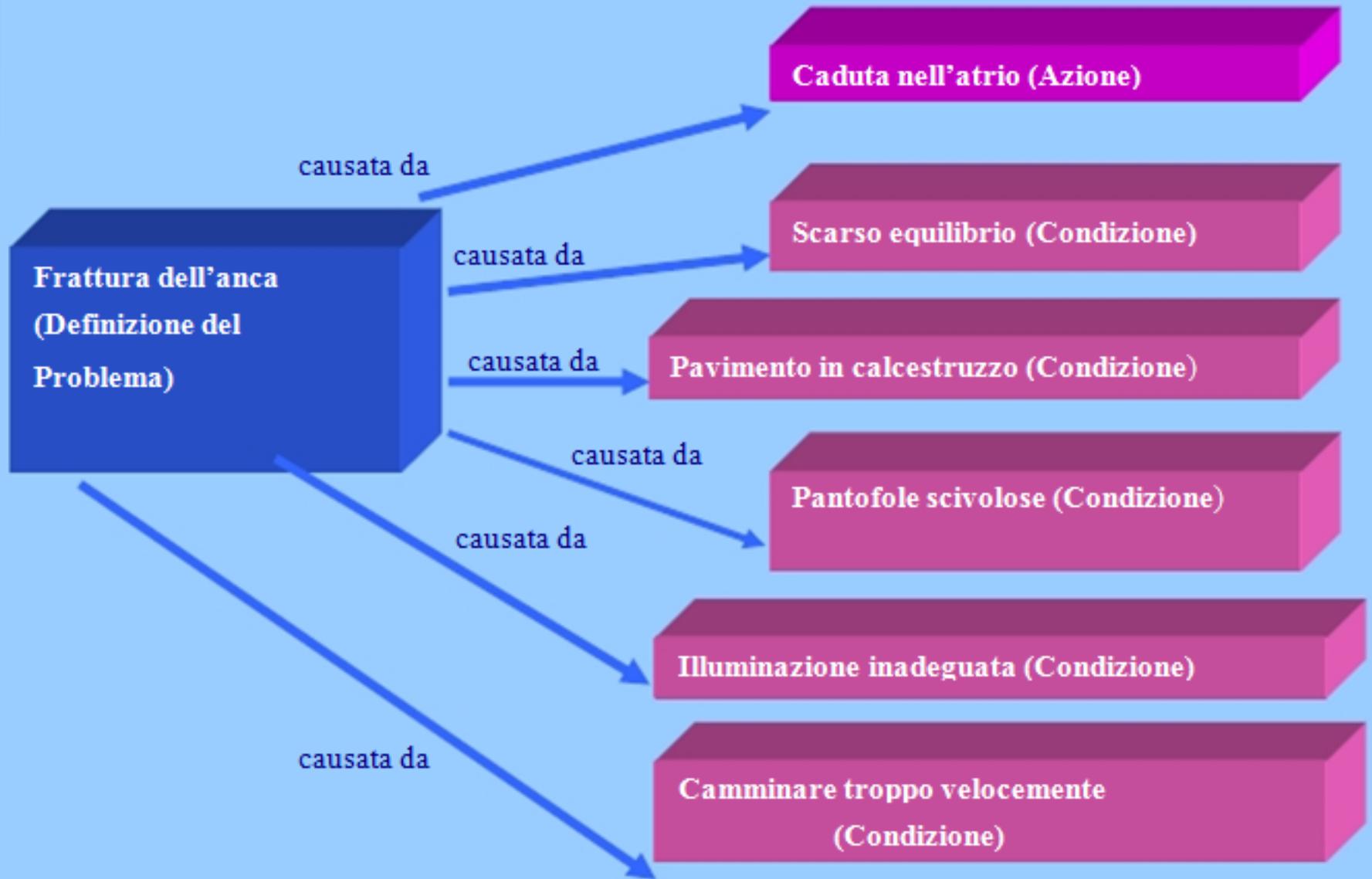
L'uomo, che indossava solo il pigiama e le pantofole, era stato visto per l'ultima volta scendere verso l'uscita, poco illuminata, che porta all'area fumatori.



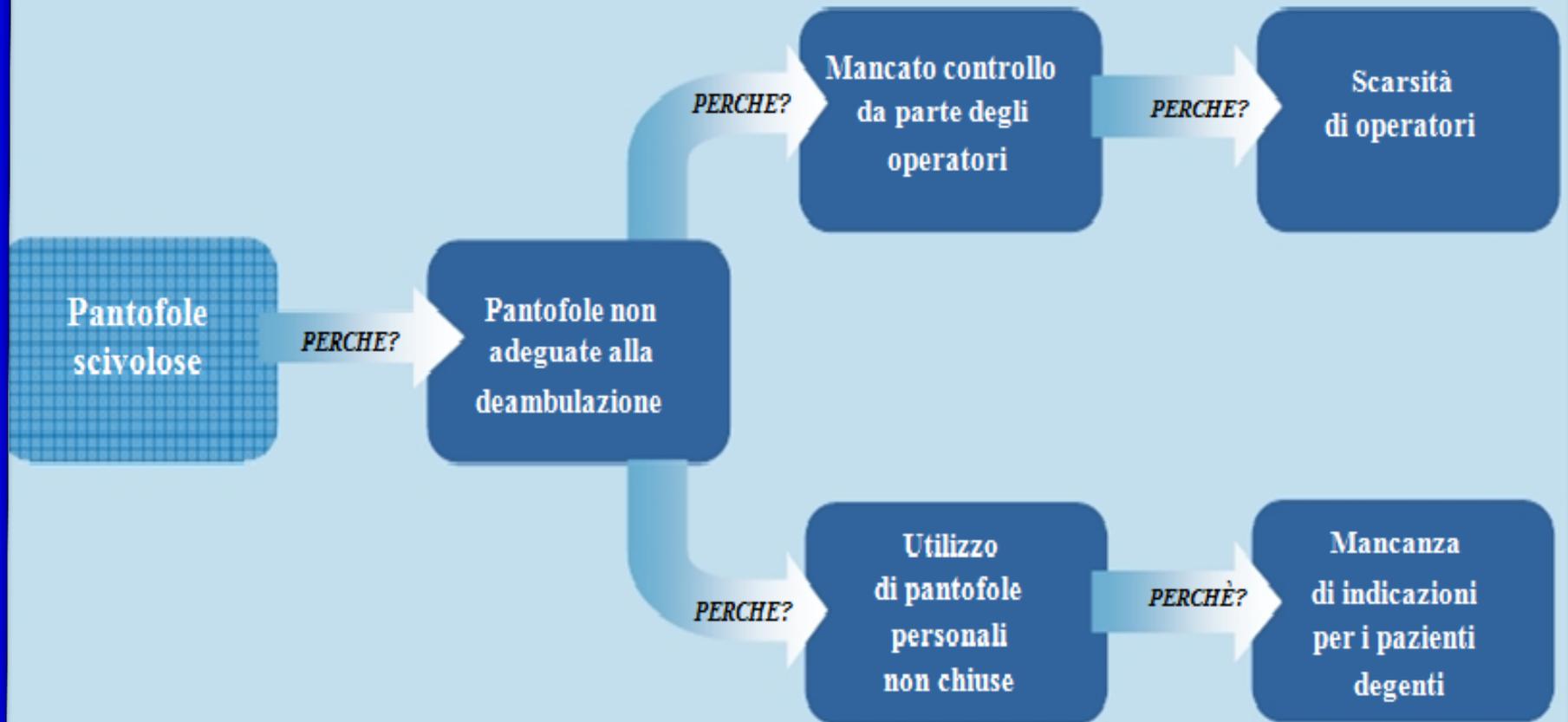
Evidenziare tutti i fattori contribuenti



Eliminare le cause che non si prestano ad azioni correttive



Tecnica dei 5 perché (Ammerman)



Frattura dell'anca

CAUSATA DA?

Caduta nel cortile dell'ospedale

PERCHE?

Uscita del paziente nel cortile per fumare

PERCHE?

Abitudine al fumo

PERCHE?

Permesso di fumare solo in aree esterne

CAUSATA DA?

Scarso equilibrio

PERCHE?

Età, farmaci

PERCHE?

Comorbidità

CAUSATA DA?

Scarsa illuminazione

PERCHE?

Assenza di luce

PERCHE?

Lampadine non funzionanti

PERCHE?

Manutenzione inadeguata

PERCHE?

Progettazione impianto luce inadeguato

CAUSATA DA?

Pantofole scivolose

PERCHE?

Pantofole non adeguate alla deambulazione

PERCHE?

Mancato controllo da parte operatori

PERCHE?

Scarsità operatori

PERCHE?

Utilizzo di pantofole personali non chiuse

PERCHE?

Mancanza di indicazioni per i pazienti degenti

CONCLUSIONI

- 1. a causa dell'abitudine al fumo, i pazienti utilizzano aree esterne e ciò aumenta il rischio di cadute e traumi**
- 2. a causa dell'età e di altre patologie concomitanti, i pazienti hanno maggiori probabilità di avere problemi di equilibrio che aumentano il rischio di cadute**
- 3. a causa di una manutenzione inadeguata dell'impianto luce vi è una scarsa illuminazione nell'atrio e ciò aumenta il rischio di caduta**
- 4. a causa del mancato controllo, da parte degli operatori, dell'adeguatezza delle pantofole, sono state utilizzate pantofole non idonee alla deambulazione che hanno contribuito alla caduta**

Azioni di miglioramento

Obiettivo prioritario: che non si ripeta mai più

(almeno in quella UO)

Dopo aver individuato le cause profonde occorre definire le azioni di miglioramento da effettuare che possano ridurre la probabilità che l'evento si ripeta.

Le azioni devono soddisfare i seguenti criteri:

indirizzate alla causa profonda/fattori contribuenti specifiche e fattibili

implementate dopo la consultazione con gli operatori esperti del processo

comprese e adottate da ogni operatore

Prevedono il coinvolgimento diretto della Direzione aziendale/direzione di Presidio

Azioni di miglioramento

Le azioni di miglioramento possono essere classificate secondo il grado di efficacia in:

Azioni forti:

- modifiche strutturali
- nuovi presidi e/o tecnologie mediche
- eliminazione o modifica di nomi e/o confezioni simili dei farmaci
- funzioni forzate
- semplificazione dei processi con abolizione delle fasi inutili
- standardizzazione di attrezzature, processi e profili di cura

Azioni intermedie:

- aumento del numero di operatori/diminuzione dei turni di lavoro
- miglioramento o modifiche dei software
- eliminazione o riduzione delle distrazioni
- introduzione di check list/sussidi cognitivi
- eliminazione dai reparti di farmaci con nomi e/o confezioni simili
- miglioramento della documentazione/comunicazione

Azioni di miglioramento

Azioni deboli:

- avvisi ed etichette
- nuove procedure/memorandum/politiche
- formazione e addestramento

Le azioni dovrebbero avere come obiettivo a breve termine l'eliminazione delle cause profonde, ma devono anche:

- offrire soluzioni a lungo termine al problema
- non avere ricadute negative su altri processi, risorse e attività
- essere oggettive e misurabili

. Ma soprattutto essere realizzabili

Piano di Azione

- Individuare un responsabile del piano d'azione
- Individuare un responsabile che effettui le verifiche ed il monitoraggio.
- Pianificare l'implementazione delle azioni definendo chi sarà coinvolto e in che modo
- Stabilire i tempi (cronoprogramma o soluzioni a lungo, medio o a breve termine)
- Definire gli eventuali costi
- Definire indicatori/strumenti per misurare l'azione