



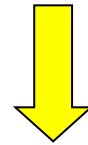
# **CENNI DI RISCHIO CLINICO**

# **RISCHIO CLINICO**

La possibilità che un paziente subisca “ danno o disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”

# **RISCHIO CLINICO**

La sicurezza del cittadino deve essere al centro della gestione dei servizi sanitari



gestione dei rischi

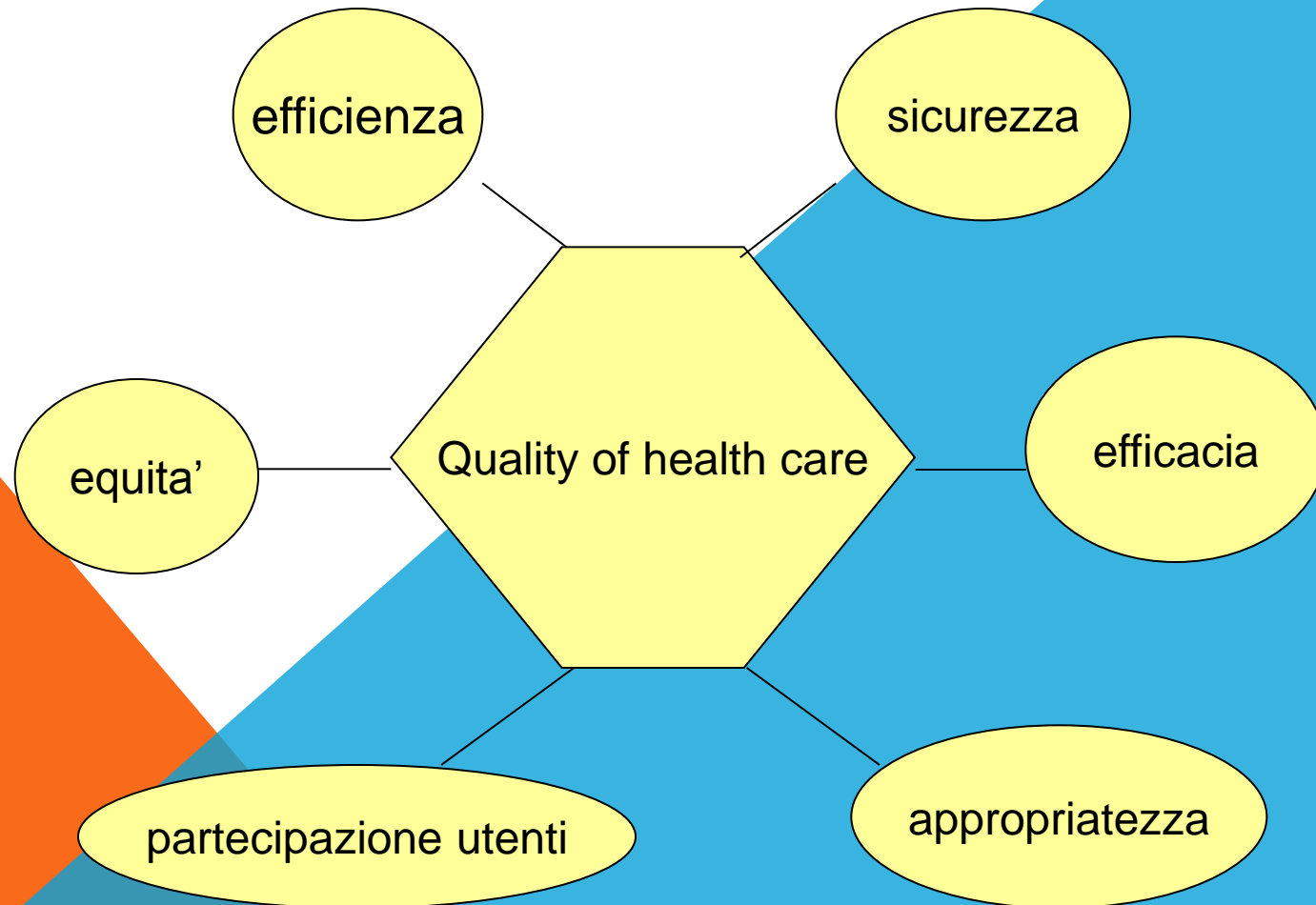
o

risk management

# **CLINICAL GOVERNANCE (TRADOTTO IN GOVERNO CLINICO)**

**Strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento- mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale**

# NON GOVERNO CLINICO MA GOVERNANCE CLINICO ASSISTENZIALE (GIMBE 2006)



# RISK MANAGEMENT

- **CONSIDERARE L'ERRORE COME DIFETTO DEL SISTEMA E NON DEL SINGOLO PROFESSIONISTA**
- **DIFFONDERE LA CULTURA DELLA GESTIONE DEL RISCHIO COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVO**
- PIANIFICARE E IMPLEMENTARE PROGRAMMI DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

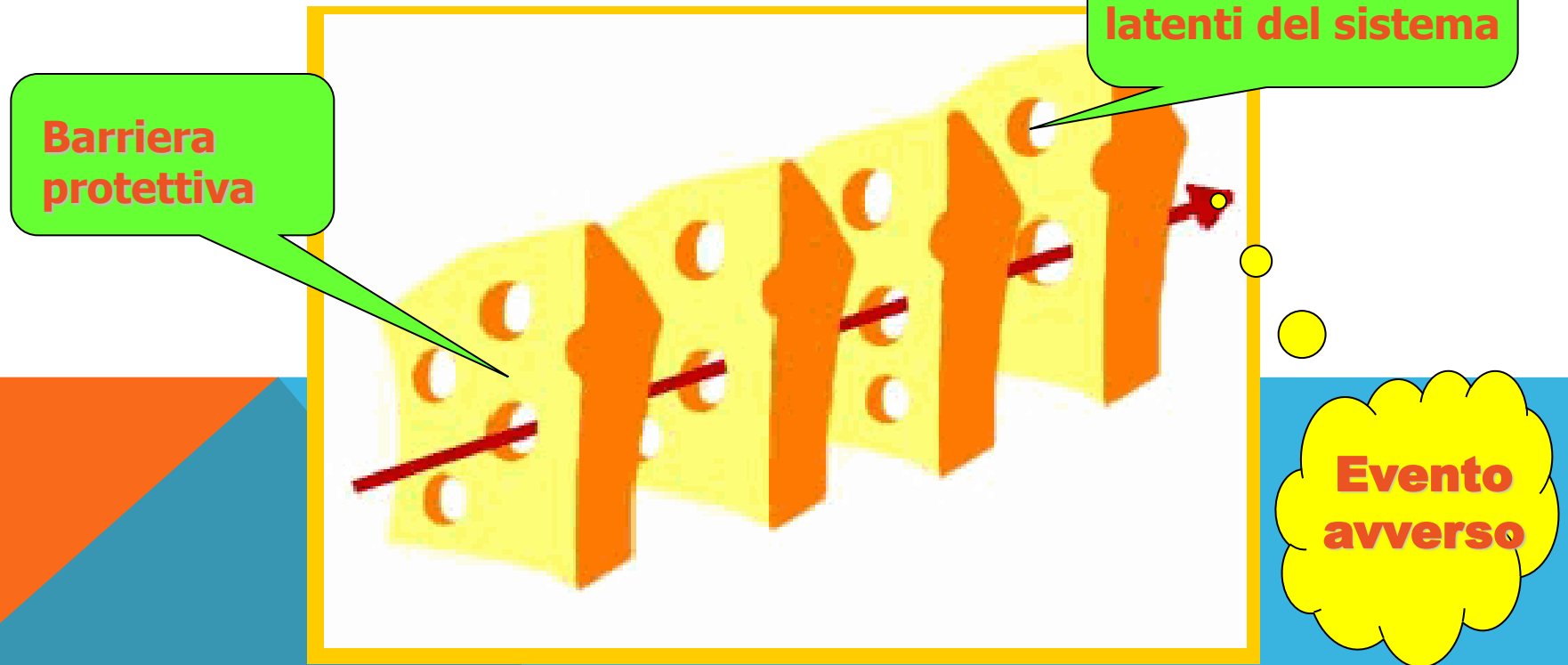
# RISCHIO CLINICO

Nelle organizzazioni complesse l'**errore** è generato per lo più dall'interazione tra fattori:

1. tecnologici
2. umani
3. organizzativi

# RISCHIO CLINICO

Modello del “**formaggio svizzero**”  
di J. Reason





Charles Vincent, esperto internazionale del Rischio clinico, ha identificato cinque classi di fattori che determinano il grado di rischio di un sistema:

1. fattori organizzativi e gestionali;
2. fattori che riguardano l'ambiente operativo;
3. fattori legati al gruppo di lavoro;
4. fattori individuali dell'operatore;
5. fattori inerenti le caratteristiche del paziente.


# Fattori tecnologici

1. Caratteristiche del fabbricato e dell'impiantistica
2. Sicurezza e logistica degli ambienti
3. Apparecchiature e strumentazioni
4. Infrastrutture, reti, digitalizzazione, automatizzazione

# Fattori umani

1. Caratteristiche individuali
2. Caratteristiche professionali
3. Dinamiche interpersonali e di gruppo

# Fattori organizzativi

1. Struttura organizzativa
  2. Politica e gestione delle risorse umane
  3. Sistema di comunicazione organizzativa
  4. Coinvolgimento degli stakeholder
  5. Aspetti ergonomici
  6. Politiche per la promozione della sicurezza del paziente
- 

# PERCORSO PER LO STUDIO DEI RISCHI SANITARI



# IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEI RISCHI

La finalità dei metodi di analisi è di

individuare le *insufficienze nel sistema* che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso

progettare le idonee *barriere protettive*



# IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEI RISCHI

**Approccio proattivo:** revisione dei processi e delle procedure esistenti identificando i punti di criticita' allo scopo di realizzare barriere protettive

**Approccio reattivo:** analisi che parte da un evento avverso, ricostruisce la sequenza di avvenimenti per identificare i fattori che hanno causato l'evento

## NEAR-MISSES O “QUASI-EVENTI”:

si tratta di situazioni in cui un errore stava per essere commesso, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato.

Ad esempio: un farmaco era stato riposto nel luogo sbagliato, ci si è accorti del problema e lo si è corretto, oppure: un farmaco era riposto nel luogo sbagliato, è stato erroneamente prelevato e preparato per la somministrazione al paziente, ma ci si è accorti dell'errore prima della somministrazione



## **EVENTI AVVERSI:**

sono i casi in cui il paziente è stato realmente danneggiato. Vengono considerati tutti gli eventi avversi senza prendere in considerazione il rapporto di causalità con l'azione medica.

# EVENTO SENTINELLA

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario

# EVENTI SENTINELLA

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica 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 richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno 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 grammi 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 conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente