

Resilience engineering: dalla valutazione del rischio alla promozione della sicurezza delle cure

Rieti, 11 ottobre 2018

Evoluzione del *clinical risk management* e strumenti per la gestione del rischio clinico

Dott. Giuseppe Sabatelli
Coordinatore Centro Regionale Rischio Clinico

Rischio clinico

- Probabilità che un paziente sia vittima di un **evento avverso**, cioè un qualsiasi **danno o disagio** imputabile, anche se in modo **involontario**, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un **prolungamento** del periodo di degenza, un **peggioramento** delle condizioni di salute o la **morte**

(Kohn, IOM, 1999)

Gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management)

- Processo **sistemico**, comprendente sia la dimensione **clinica** che quella **gestionale**, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di **identificare, analizzare, valutare e trattare** i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti

Gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management)

- "Il problema reale non è quello di impedire ai medici incompetenti di danneggiare e talvolta uccidere i loro pazienti, ma di ridurre al minimo gli errori dei medici bravi"

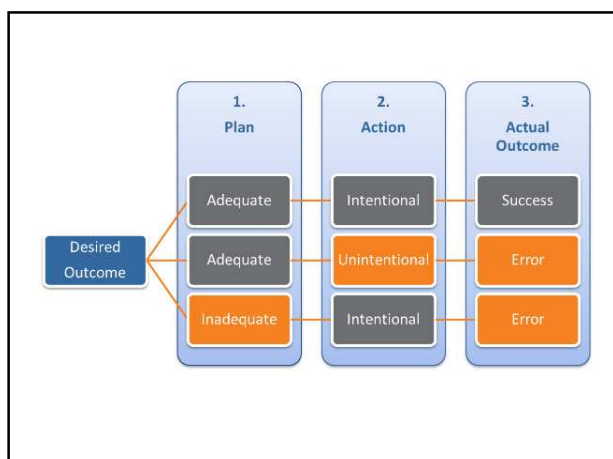
(Gawande, 1999)

Che cos'è il rischio

- Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo.
- Il **rischio** sta al **pericolo** come il metro sta alla distanza: studiamo i pericoli ma misuriamo i rischi
- Il **rischio** è determinato dal prodotto tra **probabilità** di accadimento di un evento (P) e gravità attesa del danno conseguente (D):
$$R = P \times D$$

L'errore umano

- In ogni azione c'è una fase di progettazione ed una di esecuzione
- Entrambe hanno bisogno sia di dati già noti (memoria, aspettative) che di dati nuovi (esplorazione della realtà)
- I dati possono non essere sufficienti per difetto (o limiti) dei nostri organi di senso, o per difetto di conoscenza
- Per effetto di queste lacune la realtà assume significati distorti o ambigui che fanno deviare i nostri piani



Le cause dell'errore umano

- I dati a nostra disposizione possono essere insufficienti per difetti o limiti dei nostri organi di senso, oppure per conoscenze inadeguate.
- Questo porta a una percezione ambigua e/o distorta della realtà → errore.
- Anche l'operare al limite delle proprie possibilità è una importante fonte di errore.

Le cause dell'errore umano

- Paradossalmente, una delle fonti maggiori dei nostri errori è costituita dalla **conoscenza**.
- Ciascuno di noi, a seguito delle proprie esperienze, si fa una idea delle **regolarità**.
- Se pensa che le proprie esperienze rappresentino la generalità dei casi, allora si formerà delle **certezze**.

Le cause dell'errore umano

- Scambiare una probabilità anche molto alta (le proprie esperienze), con una probabilità del 100 % (la certezza), espone all'errore nel caso in cui si incontri la circostanza meno probabile.
- Si tratta del tipico errore per **eccesso di sicurezza**.
- E' una classica manifestazione del cosiddetto **modo di controllo schematico**.

Le cause dell'errore umano

- Il modo di controllo schematico è quello prevalente quando si ha piena fiducia nella propria esperienza.
- Esprime condotte di tipo **automatico**, con scarso coinvolgimento dell'attenzione.
- E' caratterizzato da:
 - Esplorazione superficiale della realtà.
 - Controllo superficiale o assente delle azioni.

Le cause dell'errore umano

- Tuttavia anche quando l'attenzione ha un ruolo determinante (**modo di controllo attenzionale**) gli schemi hanno una influenza molto potente, e possono forzare le decisioni in una direzione anziché in un'altra.
 - Gli eventi passati ci portano a sottostimare la probabilità che accada ciò che non è atteso.
 - Diamo più rilievo a ciò che si accorda con le nostre conoscenze e non a ciò che le invalida.

SITUATIONS	CONTROL MODES		
	CONSCIOUS	MIXED	AUTOMATIC
ROUTINE			
TRAINED FOR PROBLEMS			
NOVEL PROBLEMS			

Livello *skill-based*

- L'attenzione non è uno strumento di controllo efficace.
- Confusioni percettive
- In una situazione di routine, dove il comportamento dell'operatore è automatico, si possono verificare errori del tipo *slips* e *lapses*.

Livello *rule-based*

- Regola "se segno X, allora procedura Y",
- Difficoltà ad individuare o a riconoscere nell'ambiente ciò che nella regola è descritto come X.
- Adozione di una procedura sbagliata rispetto alla situazione (*rule-based mistakes*).

Livello *knowledge-based*

- Vaghezza e incompletezza delle conoscenze essenziali alla soluzione del problema.

Errore

- L'errore in medicina **non è** l'insuccesso terapeutico di un trattamento che presenta un ragionevole margine di rischio e che ha provocato danni al paziente
- L'errore in medicina è un trattamento medico che sposta il livello di rischio di danno per il paziente **al di fuori dei margini di accettabilità** di insuccesso suggeriti dalla pratica clinica
- Nella pratica clinica non è sempre agevole stabilire se ci si trovi nel primo o nel secondo caso

Tipi di errore

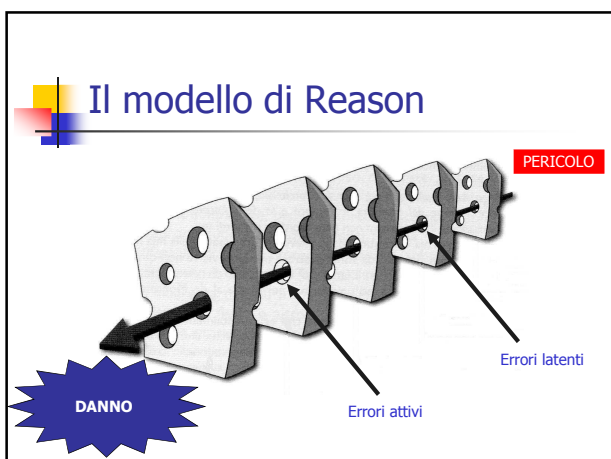
- **Errori attivi: *unsafe acts or omissions*** che hanno **immediate e dirette conseguenze** avverse. Si tratta in genere di errori commessi da operatori a diretto contatto con il paziente
 - Sbagli o insuccessi (azioni scorrette)
 - Errori cognitivi (distrazioni, errate interpretazioni)
 - Violazioni (non rispetto delle procedure)

Tipi di errore: errori attivi

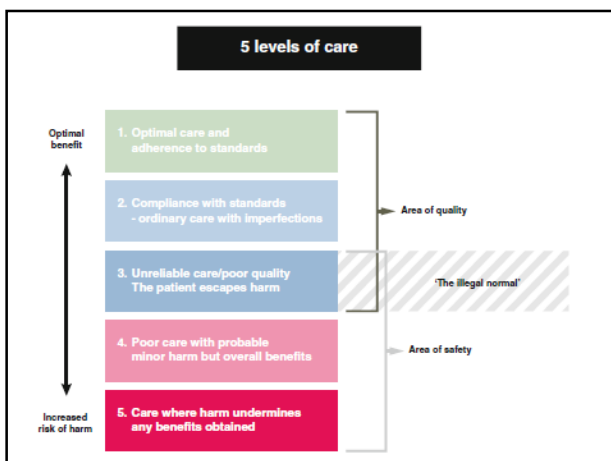
- Azioni o decisioni pericolose commesse da coloro che sono in contatto diretto con il paziente. Sono più facilmente individuabili, hanno conseguenze immediate.
 - Errore di **commissione**: si verifica come risultato di un'azione che non doveva essere eseguita
 - Errore di **omissione**: si verifica come mancata esecuzione di un'azione che doveva essere eseguita
 - Errori di **esecuzione**: Fallimento degli obiettivi prefissati a causa di una errata esecuzione di azioni, adeguatamente pianificate. Spesso accadono nell'esecuzione automatica di compiti di routine.
 - Errore d'**attenzione** o di **percezione** (*slip*): Errore nell'esecuzione di una sequenza di azioni dovuto ad un deficit di attenzione o di percezione
 - Errore di **memoria** (*lapse*): Errore dovuto a deficit di memoria
 - Errore di **giudizio** (*mistake*): Incorre nella formulazione di un giudizio, si manifesta nei processi inferenziali coinvolti nella analisi di un problema, nella selezione di un obiettivo o nella esplicitazione dei mezzi per raggiungerlo. Può essere dovuto a scelta di regole errate o a conoscenze inadeguate
 - **Violazioni**

Tipi di errore: errori latenti

- Legati all'**organizzazione**. Si tratta di condizioni presenti nel sistema determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell'incidente. Un errore può restare latente nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso
 - Carico di lavoro
 - Insufficiente esperienza/formazione
 - Insufficiente supervisione
 - Stress
 - Obiettivi incompatibili
 - Problemi di comunicazione
 - Strutture, attrezzature



- ### In sanità il grado di rischiosità è determinato da...
- Fattori strutturali/tecnologici
 - Fattori organizzativo/gestionali e relativi alle condizioni di lavoro
 - Fattori umani (individuali e del team)
 - Caratteristiche dell'utenza
 - Fattori esterni



Three contrasting approaches to safety

Ultra adaptative Embracing risk	High reliability Managing risk	Ultra safe Avoiding risk
Context Taking risks is the essence of the profession: deep sea fishing, military in war time, drilling industry, rare cancer, treatment of trauma.	Context Risk is not sought out but is inherent in the profession: Marine, shipping, oil industry, fire-fighters, elective surgery.	Context Risk is excluded as far as possible: civil aviation, nuclear industry, public transport, food industry, medical laboratory, blood transfusion.
Safety model Power to experts to rely on personal resilience, expertise and technology to survive and prosper in adverse conditions.	Safety model Power to the group to organise itself, provide mutual protection, apply procedures, adapt, and make sense of the environment.	Safety model Power to regulators and supervision of the system to avoid exposing front-line actors to unnecessary risks.
Training through peer-to-peer learning shadowing, acquiring professional experience, knowing one's own limitations.	Training in teams to prepare and rehearse flexible routines for the management of hazards.	Training in teams to apply procedures for both routine operations and emergencies.
Priority to adaptation and recovery strategies	Priority to procedures and adaptation strategies	Priority to prevention strategies
Innovative medicine Trauma centers 10^{-2} Very unsafe	Scheduled surgery Chronic care 10^{-3} Unsafe	Radiotherapy Blood transfusion Anaesthesiology ASA1 10^{-4} 10^{-5} 10^{-6} Safe Ultra-safe

- ### L'approccio all'errore
- **REATTIVO**
 - L'analisi parte da un evento
 - **PROATTIVO**
 - L'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure

- ### L'approccio all'errore
- Indipendentemente dal tipo di approccio, è fondamentale considerare l'errore come:
 - Opportunità di miglioramento
 - Aspetto parziale del problema
 - Fallimento delle difese del sistema
 - Secondo l'*Harvard Medical Practice Study* (1991), il 72.4 % degli eventi avversi sono la conseguenza di problemi organizzativi e solo il 27.6 % sono legati a negligenza, imperizia e imprudenza

Fasi del risk management

- **IDENTIFICAZIONE - ASSESSMENT**
 - Incident reporting
 - Revisione cartelle cliniche
 - Screening database
 - SafetyWalkRound
- **ANALISI - ANALYSIS**
 - FMEA/FMECA, HFMEA
 - Audit
 - Audit clinico
 - Significant Event Audit
 - Audit GRC
 - Rassegna di Mortalità e Morbidità
 - Root Cause Analysis
- **GESTIONE - MANAGEMENT**
 - Piano della sicurezza



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA G



REGIONE
LAZIO

Incident Reporting

- L'IR è una modalità strutturata di raccolta della segnalazione degli eventi (potenzialmente pericolosi o causativi di un danno) che nasce nelle organizzazioni ad alta affidabilità
- Gli eventi segnalati comprendono anche i quasi eventi (*near miss* o *close call*), che sono molto più frequenti degli eventi avversi (1000 : 1)
- Volontario

Incident Reporting

Contenuti

- Sistema aperto
 - Raccoglie qualunque dato relativo ad eventi avversi o quasi eventi, riferiti a tutta la gamma di prestazioni
- Sistema predefinito
 - Raccoglie dati relativi a una lista definita di eventi (ad esempio solo eventi sentinella) o a un'area specifica (ad esempio farmaci)

Incident Reporting

Ostacoli

- Convinzione della scarsa efficacia del sistema
- Sfiducia nei cambiamenti
- Atteggiamento difensivo
- Mancanza di risorse (alla raccolta dei dati deve seguire una fase di analisi!)

Incident Reporting

Condizioni per l'efficacia

- Impiego di risorse esperte (facilitatori, clinical risk manager)
- Condivisione e consenso a tutti i livelli
- Formazione
- Cultura *no blame*
 - Garanzia di confidenzialità: i dati raccolti vanno resi anonimi in fase di analisi
 - Assenza di comportamenti punitivi
- Semplicità
- Consapevolezza degli operatori dell'utilità delle segnalazioni: occorre saper comunicare a chi segnala che le segnalazioni sono state ricevute, elaborate e che sono state utilizzate per la progettazione di azioni correttive

Incident Reporting

Vantaggi

- Consentono una lettura sistemica degli eventi (se vengono correttamente correlati tra loro)
- Possono consentire una reazione rapida dell'organizzazione

Incident Reporting

Limiti

- Risentono molto della soggettività/sensibilità degli operatori
- Non consentono valutazioni statistico-epidemiologiche dei fenomeni studiati in quanto non vi sono garanzie sulla rappresentatività del campione che segnala gli eventi (uno stesso evento può essere segnalato da più operatori)
- Appesantimento del lavoro

Revisione cartelle cliniche

Limiti

- Strumento utile per indagini preliminari, ma che fornisce informazioni molto limitate
- Costo elevato
- Necessaria una preparazione omogenea dei rilevatori e la costruzione di griglie di lettura
- Risente molto della qualità della compilazione
- Tende a evidenziare le azioni e non le omissioni
- Difficile discriminare gli eventi avversi da errore rispetto a conseguenze sfavorevoli ma attese della patologia di base (→ competenza del rilevatore)
- Non individua *near miss* e pericoli potenziali

Screening database: SDO

Vantaggi

- Basso costo
- Non richiede la costruzione di una banca dati apposita

Limiti

- Strumento disegnato con altri scopi: necessario utilizzare criteri che consentano di selezionare le cartelle meritevoli di ulteriori approfondimenti ai fini dell'identificazione di potenziali eventi avversi
- Risentono della qualità della codifica

SafetyWalkRound™

- Effettuazione di una visita (giro) in un reparto, durante il quale si effettuano interviste strutturate (con domande chiuse e aperte), a pazienti, operatori, volontari, singole o in gruppo
- I dati raccolti vengono inseriti in un *database* ed elaborati
- Sulla base delle informazioni raccolte si individuano le azioni raccolte per migliorare la sicurezza (→ piano per la sicurezza)
- Adozione delle misure previste dal piano
- Monitoraggio e valutazione

SafetyWalkRound™

Contenuti dell'intervista

- Rischi e fattori contribuenti
- Eventi avversi e *near miss*
- Condizioni ambientali favorevoli o di ostacolo alla sicurezza
- Ruoli e responsabilità previsti e come vengono messi in pratica
- Misure adottate per la sicurezza del paziente
- Misure e strategie a livello di sistema, dipartimento, UO che si intendono adottare
- Livello di impegno dei singoli e del gruppo per la sicurezza del paziente
- Percezione dell'impegno della direzione strategica per la sicurezza dei pazienti

SafetyWalkRound™

Classificazione dei dati

- Ambiente fisico
- Fattori legati al personale
- Relazioni nel team di lavoro
- Caratteristiche del paziente
- Contenuto del lavoro/compiti da svolgere
- Organizzazione del lavoro

SafetyWalkRound™

Condizioni per l'efficacia

- Impegno e sostegno della direzione strategica → *commitment*
- Partecipazione e condivisione da parte di tutti gli operatori
- Continuità
- Impegno nella adozione ed applicazione delle misure proposte e accolte
- Visibilità degli scopi, del processo, dei risultati, delle misure adottate

SafetyWalkRound™

Vantaggi

- Aumenta la cultura della sicurezza
- Elevato significato di apprendimento
- Consente l'identificazione dei rischi e talora azioni immediate

Limiti

- Richiede sistematicità di applicazione e feedback
- Necessità di selezionare le informazioni significative

FMEA/FMECA e HFMEA

- La *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) e la *Failure Mode and Effects Criticality Analysis* (FMECA) sono metodologie di analisi proattive che hanno l'obiettivo di:
 - identificare i potenziali modi di guasto (*failure mode*), gli effetti conseguenti (*failure effect*) e le cause, connessi a un processo.
 - Progettare le azioni correttive (modifiche strutturali o operative), in grado di prevenire e controllare le conseguenze di eventuali malfunzionamenti o errori prima che questi si verificano
- La tecnica FMECA consente di valutare il livello di criticità degli inconvenienti individuati sulla base del **Indice di priorità del rischio (IPR)**: indice numerico costruito attraverso scale di punteggio che considerano la probabilità di accadimento dell'errore (P), la probabilità che venga rilevato (R) e la gravità delle sue conseguenze (D). Aiuta a costruire una scala di priorità di intervento

FMEA/FMECA e HFMEA Vantaggi

- L'approccio proattivo è più tranquillizzante e accettabile per i professionisti
- Notevole impatto sui risultati in quanto agisce su più errori e violazioni
- Migliora la conoscenza dei processi da parte degli operatori

FMEA/FMECA e HFMEA Limiti

- Necessità di un *training* iniziale
- L'efficacia dei risultati dipende dalla qualità delle valutazioni e dalla competenza del gruppo di lavoro
- Difficile confrontabilità dei risultati fra diverse realtà operative

Audit

- All'interno delle organizzazioni sanitarie:
 - Audit interni: revisione, sulla base di criteri espliciti, delle attività allo scopo di esaminare e valutare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni erogate. I *report* prodotti si configurano come indicazioni finalizzate al miglioramento
 - Audit esterni: sono verifiche esterne effettuate da organismi o enti terzi indipendenti sulla base di criteri espliciti che coinvolgono solitamente l'intera organizzazione (es. JCAHO, ISO, accreditamento)

Audit (ISO)

- Audit di prima parte: corrispondono all'audit interno
- Audit di seconda parte: svolto da chi ha un interesse nell'organizzazione (es. nei confronti di ditte appaltatrici)
- Audit di terza parte: corrispondono all'audit esterno

Caratteristiche comuni

- Derivano da un processo intenzionale e strutturato, basato su criteri o standard espliciti e stabiliti a priori
- Richiedono impegno, tempo e un'accurata pianificazione
- Esaminano, valutano e producono un *report*
- Sono finalizzati al miglioramento

Audit clinico

- Si differenzia dalla semplice raccolta di dati che si limita a confrontare la pratica clinica da quella definita dagli standard (ne costituisce solo una parte)
- Si differenzia anche da:
 - Discussione di casi clinici, procedure, casistica senza definire a priori gli standard con cui confrontarsi
 - Raccolta dati sull'attività, che spesso non vengono portati a conoscenza e discussi con i professionisti
 - Introduzione di cambiamenti della prassi senza conoscere a priori il divario rispetto all'obiettivo che si ipotizza di raggiungere o senza una precisa definizione del piano di valutazione degli interventi messi in atto
 - Ricerca clinica: mira a definire le buone pratiche in ambiti poco conosciuti

Audit clinico

- È un processo di miglioramento della qualità che presenta i seguenti benefici:
 - Migliorare la pratica: produrre reali benefici nella cura del paziente e nella fornitura di servizi
 - Sviluppare l'apertura al cambiamento
 - Fornire garanzie sulla qualità dell'assistenza mediante applicazione delle migliori pratiche *evidence-based*
 - Ascoltare i pazienti
 - Sviluppare linee guida o protocolli locali
 - Ridurre al minimo errori e danni
 - Ridurre i reclami/risarcimenti

Audit clinico: definizione Ministero della Salute

- Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di *best practice*, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte

Caratteristiche dell'audit clinico

- Dagli anni '50, quando si chiamava "Medical Audit", si è sviluppato diventando strumento multidisciplinare e multiprofessionale per lo sviluppo delle competenze professionali e della *accountability*
- Oltre ai classici ambiti di valutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia, l'audit clinico trova sempre più applicazione nelle attività di *risk management*
- L'audit clinico costituisce un importante strumento di formazione sul campo
- È uno dei principali strumenti della *clinical governance*

Ambiti di utilizzo

- È applicabile ad aree dell'assistenza per le quali sia ipotizzabile sviluppare interventi di miglioramento
- Non è ragionevole:
 - Quando il divario tra l'esistente e l'ottimale è minimo
 - Le possibilità di introdurre cambiamenti sono limitate
 - Non si conoscono i livelli ottimali di assistenza
- Necessaria un'accurata analisi del contesto preliminare per capire:
 - Da dove origina la richiesta di audit (direzione aziendale, professionisti, pazienti)
 - Motivazioni
 - Obiettivi

Significant Event Audit (SEA)

- Il SEA è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, per imparare e migliorare
- Più formalmente può essere definito come un processo in cui singoli eventi significativi sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri

Significant Event Audit (SEA)

- Si differenzia dall'audit clinico classico per due aspetti:
 - Si focalizza su aspetti negativi (insuccessi, *near miss*, eventi avversi) ma anche sulla individuazione, in momenti di grandi difficoltà, di comportamenti virtuosi, attività assistenziali efficaci, esempi di buone pratiche
 - Non è un metodo quantitativo (non prevede una misura della *performance*), ma piuttosto un'attività di riflessione condivisa tra pari"
- Coinvolge un ristretto numero di persone che devono creare un clima di reciproco supporto, favorevole all'apprendimento
- Il metodo deve essere rigoroso e sistematico senza essere inquisitorio e punitivo

Metodo del SEA

- Il SEA prevede una attenta e strutturata analisi dei fatti che hanno determinato il caso per dare risposta a 3 domande cruciali:
 - In che modo le cose potevano andare diversamente?
 - Che cosa possiamo imparare da quello che è successo?
 - Che cosa deve cambiare?

Audit GRC

- Revisione sistematica dell'assistenza sanitaria finalizzata al miglioramento dei servizi e della sicurezza dei pazienti.
- È un audit di processo
 - Analisi delle principali attività del processo
 - Identificazione rischi e criticità per ogni fase
 - Definizione ipotesi di miglioramento
 - Progettazione piano di azione

Analisi dei fattori contribuenti

- Caratteristiche del paziente
- Team
- Persona
- Compito
- Tecnologia
- Ambiente di lavoro
- Management
- Contesto istituzionale

Fonti d'informazione

- Segnalazioni spontanee degli operatori
- Revisione della documentazione clinica
- Osservazione sul campo

I quesiti a cui rispondere

- Cosa è successo?
- Come è successo?
- Perché è successo?
- Cosa si può fare per evitare che si ripeta?
- Come misurare i miglioramenti?

Rassegna di Mortalità e Morbilità

- Iniziativa periodica, a cadenza almeno mensile, che si svolge a livello di struttura semplice o complessa, dove si discutono casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che hanno avuto un esito inatteso in termini di mortalità o morbilità
- Non comporta la stesura di alcun documento conclusivo, ma solo la registrazione dei partecipanti

Rassegna di Mortalità e Morbilità

- È una discussione su casi preparata da un collega che si fa carico di raccogliere le informazioni e la letteratura di riferimento
- Si configura come un'iniziativa di formazione continua orizzontale in cui il personale si confronta sugli aspetti clinici e gestionali del caso in esame

Rassegna di Mortalità e Morbilità

- Vantaggi
 - Possono suggerire fattori contribuenti
 - Metodologia familiare agli operatori sanitari
- Limiti
 - Hindsight Bias: bias retrospettivo (del senno di poi), dovuto alla tendenza a credere, erroneamente, che si sarebbe stati in grado di prevedere un evento, una volta che questo è ormai noto
 - Selection Bias
 - Focalizzato sugli errori diagnostici

Root Cause Analysis (RCA)

- Metodologia di analisi reattiva che ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria attraverso l'individuazione delle cause e dei fattori contribuenti dell'evento avverso o del *near miss*, cercando di risalire fino alle cause più lontane (le cause "radice") sulle quali sia esercitabile un potere di intervento
- Le cause-radice non sono sempre assimilabili alle determinanti causali dell'evento (e alle effettive responsabilità ad esse collegate), ma sono spesso *latent condition* e *latent failure*
- L'accertamento delle cause consente di decidere le azioni da intraprendere (*report* conclusivo). Il piano d'azione deve identificare cambiamenti utili e sostenibili e individuare i responsabili, i tempi e le modalità di verifica dei risultati

Root Cause Analysis: Prerequisiti

- Esistenza di una *policy* aziendale
- Forte impegno del *top management*
- Disponibilità dell'organizzazione al cambiamento

Root Cause Analysis: Principi

- Focalizzata sulla risoluzione dei problemi e non sulla ricerca di colpevoli
- Basata sul sistema e sui processi e non sugli individui
- Utilizzo di metodologie esplicite e condivise

Root Cause Analysis: Elementi essenziali

- Interdisciplinare
- Coinvolge gli esperti nell'ambito interessato dall'evento
- Esplora in profondità le cause (5 perché)
- Identifica i cambiamenti necessari per migliorare processi e sistemi
- Misura e valuta le azioni implementate
- Documenta tutte le fasi
- Imparziale

Root Cause Analysis: Obiettivi

- Determinare:
 - Cosa è successo
 - Perché è successo
 - Cosa può essere fatto per ridurre la probabilità che l'evento accada di nuovo

Root Cause Analysis: Quando applicarla

- Può essere applicata in qualsiasi contesto organizzativo anche se si presta più facilmente ad analizzare EA che occorrono in ambito ospedaliero e nell'area dell'emergenza
- Indagine degli eventi sentinella
- È opportuno **escludere** dall'analisi con RCA:
 - Eventi risultanti da un atto criminale
 - Eventi dovuti ad azioni commesse volontariamente per provocare danno
 - Eventi correlati all'abuso di droghe o di alcol da parte degli operatori

Root Cause Analysis: Limiti

- Richiede un gruppo di lavoro con competenze cliniche e metodologiche (facilitatore)
- Costo elevato

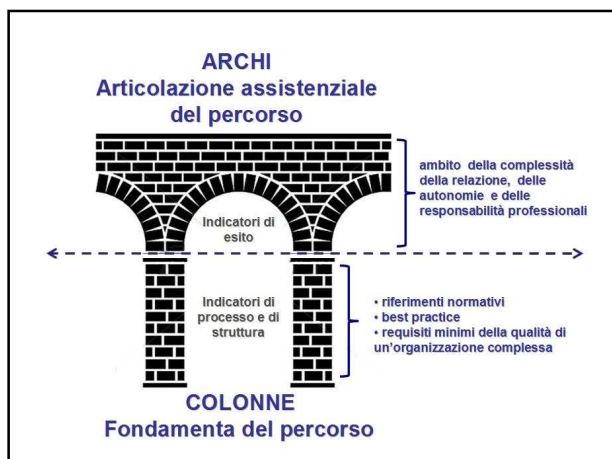
L'acquedotto romano

- Tentativo di superare gli attuali paradigmi teorici attraverso una loro ricomposizione
 - Determinismo vs. Complessità
 - Proattivo vs. Reattivo
 - Safety 1 vs. Safety 2



Il razionale dietro il modello

- Costruire un approccio che sia al servizio degli operatori e che per loro abbia un «senso» anche alla luce della estrema disomogeneità organizzativa della funzione
- Consapevolezza che nessun paradigma da solo consente una lettura della realtà
- Tentare una composizione fra visioni opposte ma ugualmente semplificanti



La prima declinazione operativa

RACCOMANDAZIONE n. 6 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

- DUE PERCORSI
- Parto vaginale a basso rischio
 - Parto chirurgico
- TRE COLONNE
- Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio
 - Gestione del travaglio/parto
 - Gestione del post-partum



La prima declinazione operativa

RACCOMANDAZIONE n. 16 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI

QUATTRO COLONNE

- Sala parto
- Trasferimento al nido/rooming in
- Dimissione
- Prima visita post-dimissione



Ma non basta

COME MISURARE
L'IMPATTO DI UNA POLICY
DI QUALITÀ E SICUREZZA
DELLE CURE?



Superare i limiti degli approcci teorici
correnti

Confine Orizzonte

CRRC



REGIONE
LAZIO

Una suggestione «quantistica»

- Pensare alla pratica professionale e alla realtà organizzativa come una funzione d'onda
- Soltanto ex-post sapremo se ciò che abbiamo fatto avrà avuto esito positivo o negativo → decoerenza

CRRC



REGIONE
LAZIO

Una suggestione «quantistica»

- Il limite principale degli approcci attuali sta nel concentrarsi quasi esclusivamente sulla decoerenza «negativa», l'evento avverso
- Sarebbe invece necessario ed estremamente interessante aprire nuovi filoni di ricerca per lo studio di quella enorme mole di decoerenze «positive» che costituiscono la «norma» e che quasi sempre si verificano a parità delle condizioni di partenza

CRRC



REGIONE
LAZIO

Grazie

giuseppe.sabatelli@aslromag.it