

SALA POLISSENA B

GESTIONE DEL RISCHIO

Moderatori: Anna Paola Murgia, Gian Alfonso Cibinel

Riccardo Tartaglia

La qualità e la sicurezza delle cure



Gestione del Rischio

Qualità e Sicurezza delle Cure

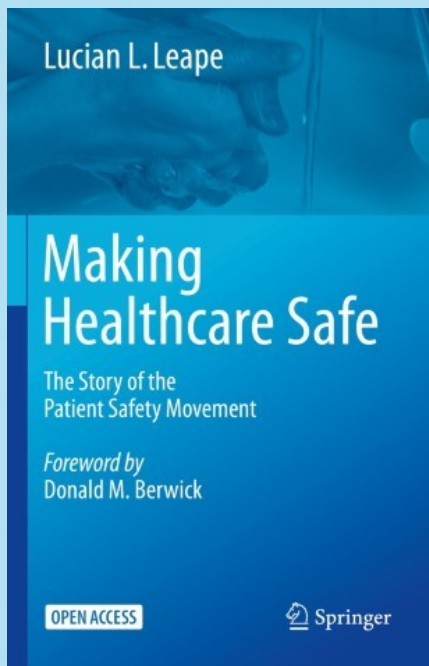
Riccardo Tartaglia MD, Eur-Erg, IEA Fellow, ISQua Expert



ri.tartaglia@unimarconi.it
WWW.UNIMARCONI.IT



Cosa è successo dal 1999 ad oggi



To:

James Reason and Charles Vincent
Pioneers, mentors, friends, and
colleagues who taught us about error
and its effects on patients,

and

To the nurses who take care of us and
strive to keep us safe



Looking back on the history of patient safety: an opportunity to reflect and ponder future challenges

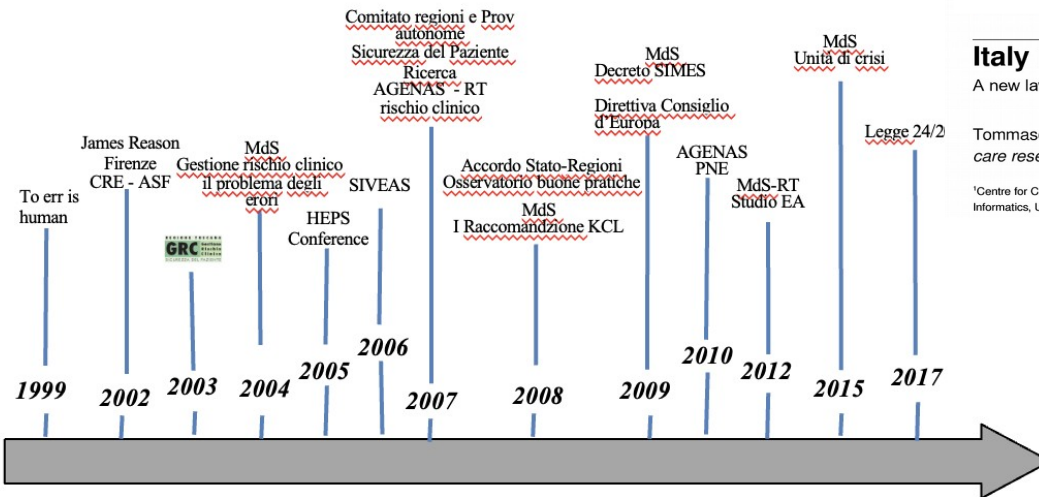
Gordon Schiff ,¹ Kaveh G Shojania ²

BMJ Qual Saf 2022;31:148–152. doi:10.1136/bmjqs-2021-014163



La maggior parte degli interventi di sicurezza si concentra sull'istruzione del personale o sulla costante introduzione di raccomandazioni, allarmi e procedure. **Poco è stato fatto per ridurre le pressioni sulla produzione che guidano l'assistenza in prima linea, né per migliorare i rapporti tra personale medico e infermieristico, supportare l'uso esteso di farmacisti clinici, o applicare il pensiero progettuale e l'ingegneria dei fattori umani in modi significativo.**





EDITORIALS

Italy recognises patient safety as a fundamental right

A new law takes a bold step towards enhancing patient safety

Tommaso Bellandi *deputy director*¹, Riccardo Tartaglia *director*¹, Aziz Sheikh *professor of primary care research and development*² co-director², Liam Donaldson *professor of public health*³

¹Centre for Clinical Risk Management and Patient Safety, Florence, Italy; ²Centre of Medical Informatics, Usher Institute of Population Health and Informatics, University of Edinburgh, UK; ³London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

	Dove eravamo 1995	Dove siamo ora
Fondamenti	Incident reporting, miglioramento continuo e sviluppo di buone pratiche	Reporting&learning, maggior trasferimento e uso di approcci industriali alla sicurezza, maggior attenzione all'analisi, apprendimento e feedback dagli incidenti
Definizioni	Danno definito da un punto di vista professionale, radicato in una prospettiva medico legale e assicurativa. Visione ristretta della causalità, associazione diretta tra abilità tecnica e danno	Prospettiva medico legale ancora prevalente. Più ampia comprensione dell'errore umano e delle influenze organizzative. Maggiori riferimenti a buone pratiche e raccomandazioni.
Perimetro d'inclusione	Visione tecnica dominante della cura, miglioramento dei protocolli clinici come principale priorità per migliorare la sicurezza	Riconoscimento dell'importanza del fattore umano e non technical skill. Fattori organizzativi e cultura della sicurezza sono priorità ulteriori per la sicurezza, maggiore pratica M&M e Audit
Misurazioni	Contare gli eventi avversi ed incidenti	Largamente immutato, maggior considerazione degli esiti della cura

PATIENT SAFETY 2030

NIHR Patient Safety Translational Research Centre at Imperial
College London and Imperial College Healthcare NHS Trust

Questioni emergenti

- Incremento complessità casi
- Incremento complessità cure
- Vincoli di budget
- Resistenze antimicrobiche

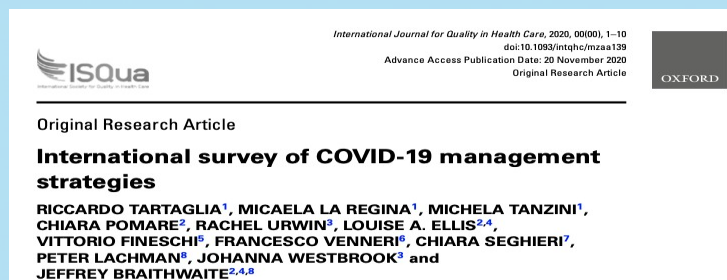
Society to Improve Diagnosis in Medicine

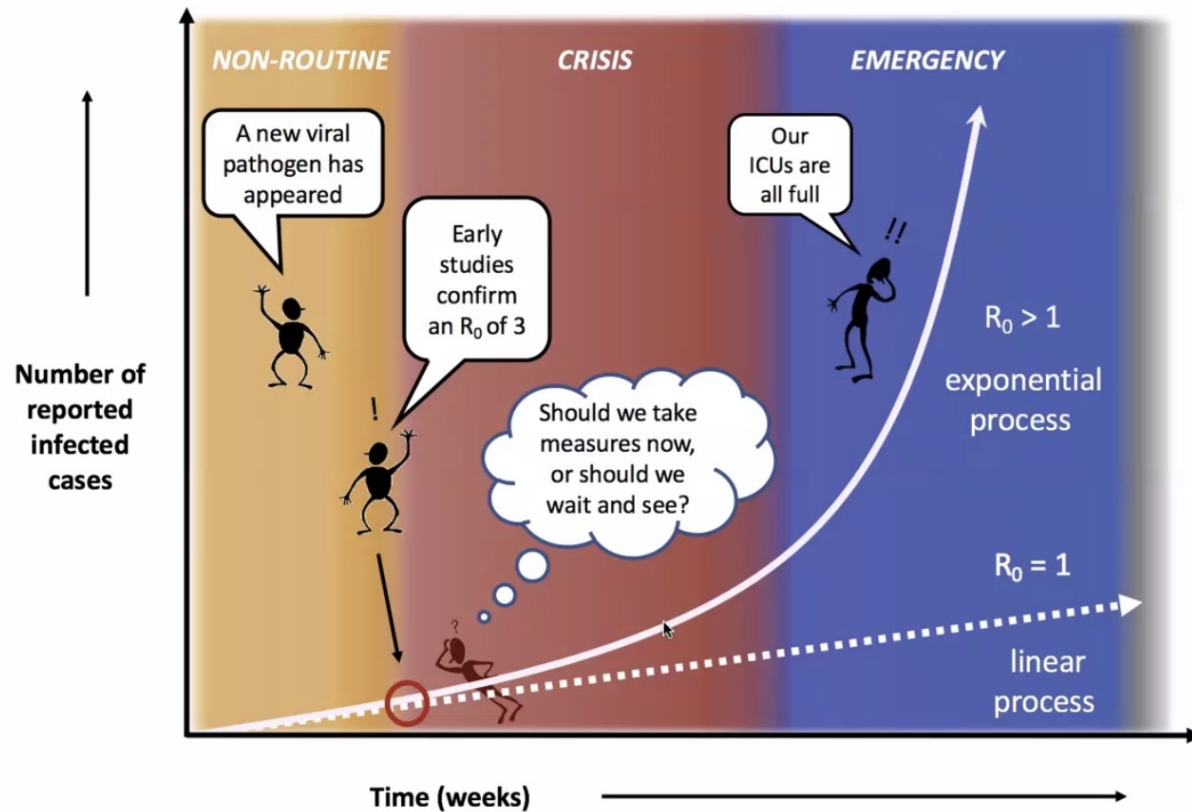
SFIDE ATTUALI PER MIGLIORARE LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

Sistema sanitario	Superare i vincoli finanziari e dare priorità alla sicurezza delle cure	Le perdite finanziarie e il ritardo nel garantire prestazioni sanitarie ordinarie nella fase pandemica renderà la sicurezza delle cure una assoluta priorità sulla quale investire
	Ripensare i percorsi assistenziali	Molti problemi riflettono complesse interazioni di processi e pressioni profondamente radicate
	Individuazione di soluzioni locali per problemi di sicurezza irrisolti	Fornire soluzioni chiare per problemi comuni
	Selezione del personale	Affrontare il problema della carenza del personale: non si può lasciare al personale in prima linea e ai referenti del rischio clinico l'onere di prevenire l'accadimento di eventi avversi se si lavora in condizioni di stress e carico di lavoro eccessivo
	Co-progettazione dei devices e degli strumenti a supporto delle decisioni	Integrare l'applicazione delle metodologie del fattore umano nella fase di progettazione o di acquisizione dei devices e degli strumenti a supporto delle decisioni
Setting assistenziali	Diffusione della cultura della sicurezza	Sensibilizzare e investire in formazione per superare la cultura della colpa promuovendo un ambiente aperto, trasparente e pronto all'ascolto
	Misurazione	Investire risorse nella sorveglianza continua, nella raccolta dei dati
	Investire sull'indagine qualitativa	Valorizzare le indagini qualitative e la loro analisi
	Cartelle cliniche informatizzate	Investire nella diffusione capillare della cartella clinica informatizzata, favorendo l'integrazione dei dati, l'interoperabilità tra applicative informatiche la trasmissione delle informazioni in tutti i contesti assistenziali (dall'ospedale al territorio)
	Investire sulle capacità non tecniche	Formare e sensibilizzare alla lavoro di squadra, alla condivisione delle conoscenze, alla collaborazione e integrazione delle competenze, al coinvolgimento del paziente nella gestione della propria salute
Personale	Qualità del tempo e delle risorse	Garantire tempo e supporto per lo svolgimento di attività clinico assistenziali che per iniziative e interventi di miglioramento
	Burnout	Burnout, la demotivazione, il carico di lavoro, la stanchezza rappresentavano dei problemi già in fase pre-pandemia: adesso più che mai vanno affrontati
	Interesse autentico sulle necessità e le esigenze degli operatori in prima linea	Accogliere le istanze e le richieste che provengono dagli operatori per delineare strategie e soluzioni pragmatiche e rispondenti alle esigenze organizzative
	Coinvolgimento dei pazienti	Superare le barriere che separano gli operatori sanitari dai pazienti per innescare meccanismi di collaborazione e integrazione

- Solo il 57% dei pazienti presi in carico dalle cure primarie sul territorio a livello mondiale
- Il 70% degli intervistati ha indicato che gli operatori sanitari **non hanno ricevuto una formazione sulle emergenze pandemiche mediante simulazione**
- Il 40% degli intervistati ha riferito che gli operatori sanitari **non hanno ricevuto raccomandazioni per evitare il burnout**, nonostante lo stress degli operatori sanitari sia stata una sfida chiave durante questa pandemia

Rischio clinico e pandemia





Three contrasting approaches to safety

ULTRA ADAPTIVE Embracing risk

Context: Taking risks is the essence of the profession:
Deep sea fishing, military in war time, drilling industry, rare cancer, treatment of trauma.

Safety model: Power to experts to rely on personal resilience, expertise and technology to survive and prosper in adverse conditions.

Training through peer-to-peer learning shadowing, acquiring professional experience, knowing one's own limitations.

Priority to adaptation and recovery strategies

HIGH RELIABILITY Managing risk

Context: Risk is not sought out but is inherent in the profession:
Marine, shipping, oil industry, fire-fighters, elective surgery.

Safety model: Power to the group to organise itself, provide mutual protection, apply procedures, adapt, and make sense of the environment.

Training in teams to prepare and rehearse flexible routines for the management of hazards.

Priority to procedures and adaptation strategies

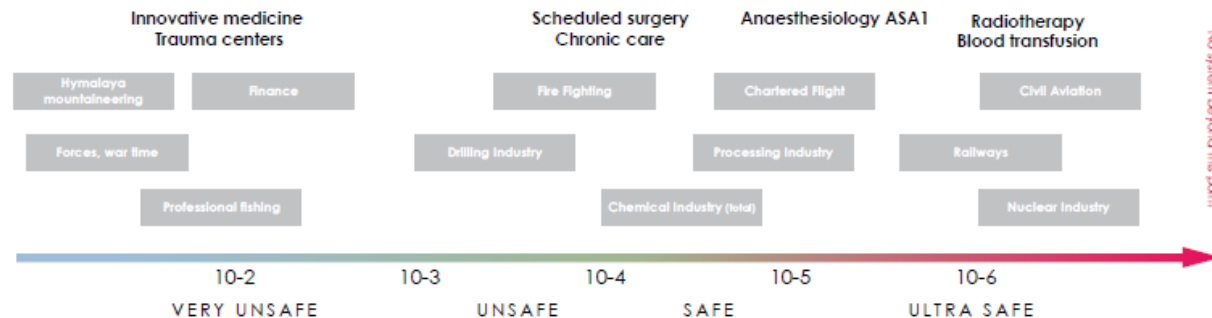
ULTRA SAFE Avoiding risk

Context: Risk is excluded as far as possible: Civil aviation, nuclear industry, public transport, food industry, medical laboratory, blood transfusion.

Safety model: Power to regulators and supervision of the system to avoid exposing front-line actors to unnecessary risks.

Training in teams to apply procedures for both routine operations and emergencies.

Priority to prevention strategies



Chi lavora in emergenza-urgenza è parte di una categoria di professionisti che abbraccia il rischio, da proteggere, da supportare, Incentivare



XII congresso nazionale
simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

The Cynefin Classification of Systems

Clear

- 1-2 inputs, 1 output
- Linear interactions and processes
- Cause-and-Effect are clear
- You need *skill*



Complicated

- 1+ inputs, 1+ outputs
- Linear interactions and processes
- Cause-and-Effect are discernable
- You need *expertise*



Complex

- Many inputs and outputs
- Non-linear interactions and processes
- There are islands of Cause-and-Effect
- You need an *expert network*

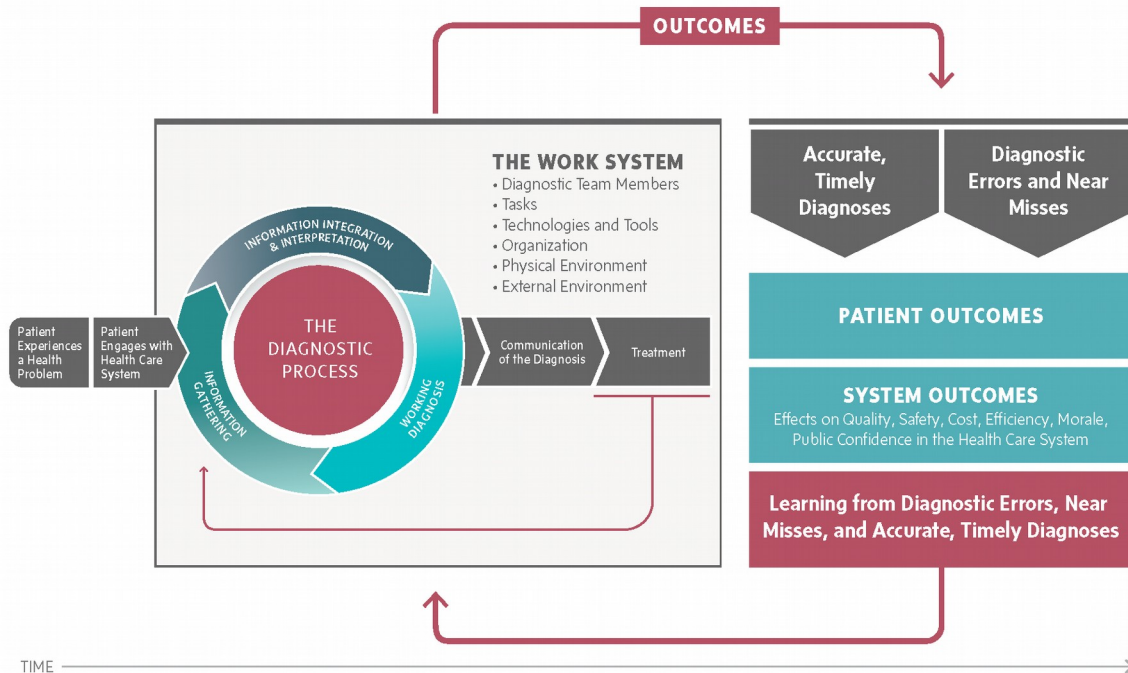


Chaotic

- Unquantifiable inputs and outputs
- Non-linear interactions and processes
- Cause-and-Effect is meaningless
- You need *God*



The Outcomes from the Diagnostic Process





Cognitive factors that contribute to diagnostic errors.

Inadequate information verification	41%
Flawed information processing	31%
Insufficient data gathering	19%
Faulty knowledge	9%

Okafor N, Payne VL, Chathampally Y, Miller S, Doshi P, Singh H. Using voluntary reports from physicians to learn from diagnostic errors in emergency medicine. *Emerg Med J.* 2015 Nov 3;

System-related factors that contribute to diagnostic errors.

Inefficient process	40%
High workload	34%
Inadequate handoff	10%
Insufficient resources	9%
Non-handoff communication error	5%

Okafor N, Payne VL, Chathampally Y, Miller S, Doshi P, Singh H. Using voluntary reports from physicians to learn from diagnostic errors in emergency medicine. Emerg Med J. 2015 Nov 3;



Article

Aggressions on Social Networks: What Are the Implications for Healthcare Providers? An Exploratory Research

Micaela La Regina ¹, Arianna Mancini ², Francesco Falli ³ , Vittorio Fineschi ^{4,5,*} , Nicola Ramacciati ⁶ , Paola Frati ^{4,5}  and Riccardo Tartaglia ⁷ 

26% commenti positivi e condivisi

74% commenti negativi, non condivisi



Global
Sepsis
Alliance

La Sepsis non sempre può essere predetta, i suoi malevoli e dannosi effetti in termini di mortalità e morbidità di lungo periodo possono essere mitigati attraverso una diagnosi precoce ed una gestione clinica appropriata e tempestiva

E' necessario mettere in atto misure per la prevenzione delle infezioni e per il controllo delle conseguenze devastanti della sepsi a partire da:

- 1. Programmi efficaci per la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere**
- 2. Riconoscimento precoce della sepsi**
- 3. Accesso adeguato a trattamenti appropriati**
- 4. Servizi di laboratorio efficienti**
- 5. Approcci integrati di prevenzione e gestione clinica della sepsi**

Circostanza	Definizione	Stato correttivo
Euristica della disponibilità	Giudizio in base alla facilità di ricordo di casi passati	Verifica con statistiche legittimate
Euristica dell'ancoraggio	Fidarsi delle impressioni iniziali	Avere una seconda opinione e nuovi dati
Effetto cornice	Come le informazioni vengono presentate	Presentazione in modo differente del caso
Obbedienza cieca	Dimostrare sudditanza alla autorità o tecnologie	Riconsiderare con distacco
Chiusura prematura	Riluttanza a seguire strade alternative	Se possibile ritornare sul caso più freschi

Donald A Redelmeier, Ann Intern Med 2005

Medici/Infermieri cause ed effetti della fatica



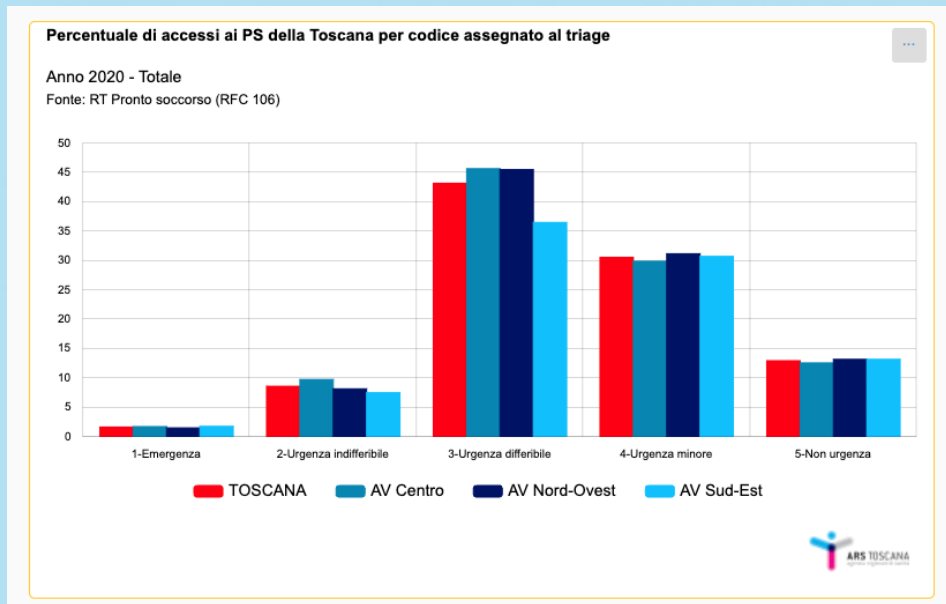
Il nodo della medicina generale



Ma anche altrove è così

Il 18% degli accessi esita in ricovero

Dati RT Pronto soccorso 2020

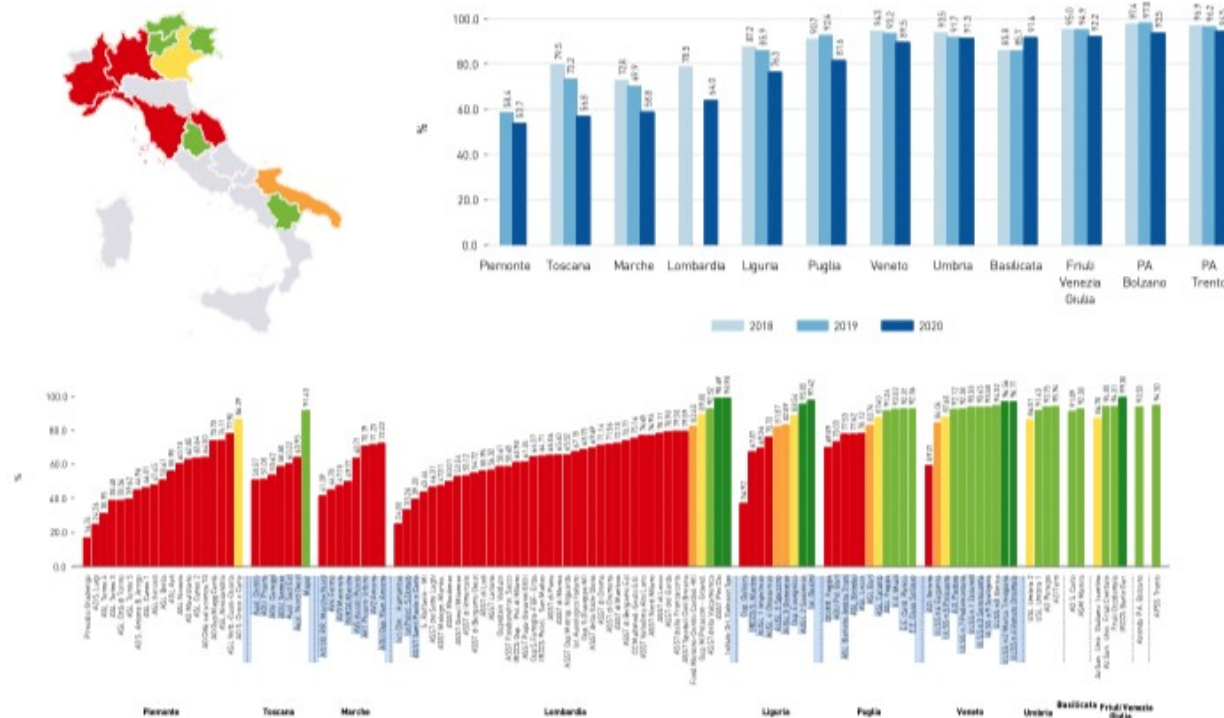


C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore

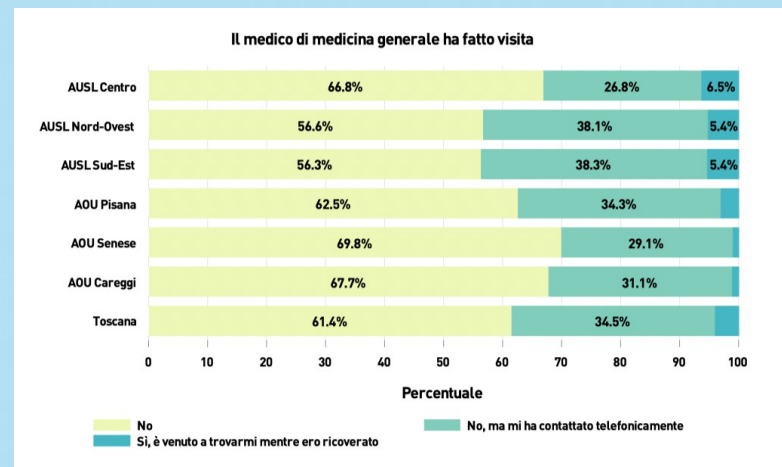
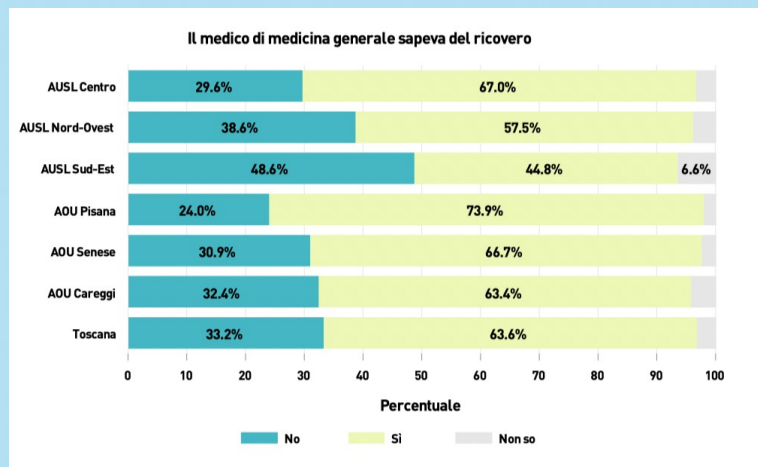
L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento dell'assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve. Poiché questo indicatore misura la tempestività con cui si è proceduto ad ammettere in reparto i pazienti per i quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, indica la necessità di ricovero, non monitora solo l'efficienza del solo Pronto Soccorso, ma permette di valutare quella del sistema ospedaliero nel suo complesso. La dilatazione del tempo di permanenza, infatti, può non essere responsabilità del solo Pronto Soccorso, ma dipendere anche dalla capacità di "aspirazione" del reparto, ossia di rendere disponibili posti letto con tempistiche adeguate al ritmo delle attività di Pronto Soccorso, in mancanza della quale si genera il fenomeno del "boarding" (ossia il permanere in Pronto Soccorso di pazienti inviati a ricovero). Il boarding è attualmente ritenuto una delle criticità determinanti il sovraccollamento ed il protrarsi dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.



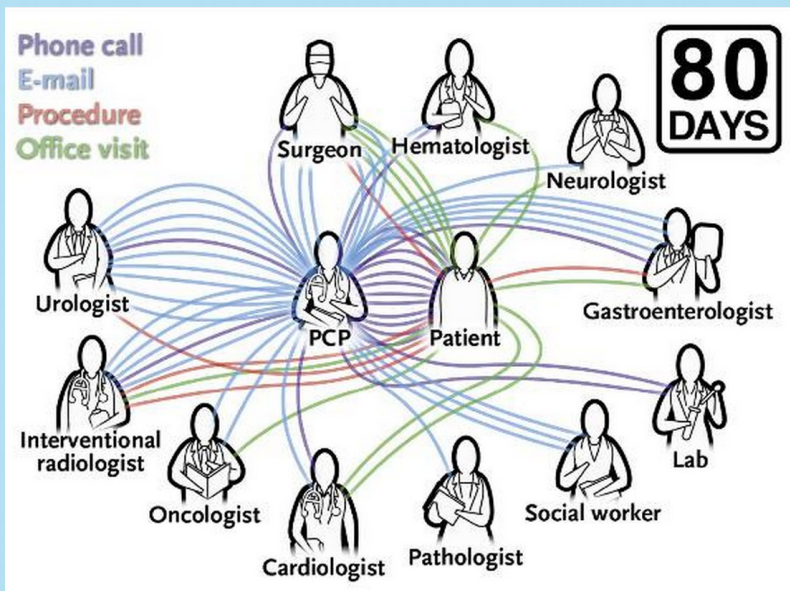
MeS, 2019



Esperienza del cittadino



MeS, 2020



A Quarterback's View of Care Coordination

Matthew J. Press, M.D.

N Engl J Med 2014; 371:489-491 August 7, 2014

Ambulatory Care Coordination for One Patient. Over an 80-day period, 12 clinicians were involved in the care of the patient. The patient's primary care physician (PCP) communicated with the other clinicians 40 times (32 e-mails and 8 phone calls) and with the patient (or his wife) 12 times. The patient underwent 5 procedures and had 11 office visits (none of them with his PCP).

Matthew J. Press, M.D.

N Engl J Med 2014; 371:489-491 August 7, 2014



Da Quotidiano Sanità, Giorgio Tulli 2019

Health Care Quality Indicators - Primary Care

- Asthma hospital admission rates
- COPD hospital admission rates
- Congestive heart failure hospital admission rates
- Hypertension hospital admission rates
- Diabetes hospital admission rates
- Diabetes lower extremity amputation rates
- Diabetic patients with at least one prescription of cholesterol lowering medication
- Diabetic patients with prescription of first choice antihypertensive medication
- Elderly patients with prescription of long-term benzodiazepines or related drugs
- Elderly patients with prescription of long-acting benzodiazepines or related drugs
- Patients with long-term prescription of any anticoagulating drug in combination with an oral NSAID
- Total volume of antibiotics for systemic use
- Volume of second line antibiotics as a share of total volume
- Rate of childhood vaccination for pertussis
- Rate of childhood vaccination for measles
- Rate of influenza vaccination for elderly people

OECD, 2015

Due obiettivi da raggiungere per migliorare l'integrazione tra cure primarie e ospedaliere

- Aumentare il livello di professionalità dei MMG

Disporre di un supervisor esperto nelle case di comunità (leadership)

Specializzazione in primary care

Disporre di una casistica sufficiente (team working)

Disporre della diagnostica necessaria (consapevolezza situazione)

- Aumentare l'integrazione

Disporre di procedure di comunicazione interna ed esterna (telemedicina)

Cartella clinica in condivisione tra MMG e unità ospedaliere

Favorire la vicinanza fisica (primary care home – hospital care)

Operare su procedure cliniche condivise

Legge Gelli. Approvato da Accredia lo schema di conformità per il profilo di responsabile del rischio clinico proposto da Insh

I requisiti formativi, esperienziali e il tipo di esame che dovrà essere sostenuto da chi è interessato alla certificazione, sono stati definiti da un gruppo di esperti dell'Italian Network for Safety in Healthcare (Insh) e quindi presentati ad Accredia, l'organismo italiano che si occupa di accreditamento, per essere valutati. Una novità importante in quanto il responsabile della gestione del rischio diviene il primo professionista del Ssn a potersi certificare in base a un disciplinare "accreditato"



01 APR - Il responsabile del coordinamento delle attività di gestione del rischio sanitario, stabilito dalla legge 24/2017 (sicurezza delle cure e responsabilità professionale), si potrà certificare in base a un disciplinare realizzato dall'Italian Network for Safety in Healthcare, l'associazione italiana che si occupa di sicurezza delle cure, collegata a ISQua, l'associazione internazionale per la qualità in sanità.

I requisiti formativi, esperienziali e il tipo di esame che dovrà essere sostenuto da chi è interessato alla certificazione, sono stati definiti da un gruppo di esperti di INSH e quindi presentati ad ACCREDIA, l'organismo italiano che si occupa di accreditamento, per essere valutati.

Accordo con AOGOI per
la certificazione
professionale dei
responsabili di
sala parto

Una proposta, valorizzare chi opera nei PS con la
certificazione professionale

La Right Care Alliance (RCA) è uno sforzo collaborativo con sede negli Stati Uniti di operatori sanitari e pazienti per affrontare i problemi sistemici sia di uso eccessivo che di sottoutilizzo del sistema sanitario.

Bringing value, balance and humanity to the emergency department: The Right Care Top 10 for emergency medicine

Maia Dorsett ¹, Richelle J Cooper,² Breena R Taira,² Erin Wilkes,³ Jerome R Hoffman²

EM Conference call to discuss voting results; final Top 10 list is decided on by Consensus:

Item #		Median	Mean
1	Avoid further testing beyond history, physical exam, clinical gestalt, and ECG in patients who are at minimal risk of an acute coronary syndrome (ACS).	6	5
2	Avoid further testing beyond history, physical exam, and clinical gestalt in patients who are at minimal risk of pulmonary embolus (PE).	5	5
3	Be judicious with the use of imaging, especially advanced imaging, in trauma patients.	5	5.2
4	Avoid routine laboratory testing.	6*	5.6*
5	Consider non-medical reasons for a patient's presentation to the emergency department.	6	6.1
6	Tailor the intensity of care to the goals of the patient	6	6
7	Employ shared decision-making where appropriate.	7	6.3
8	When prescribing an intervention, make an effort to ensure that the patient is capable of accomplishing what is recommended.	7†	6.1†
9	Tailor discharge instructions and follow up recommendations to the individual patient.	7†	6.1†
10	Be an Advocate.	7	6.2

* combined scores from two similar items, † single item was split into two items.

Score Interpretation:

1	2	3	4	5	6	7
Does not meet most selection criteria			Meets some criteria but not most		Meets most selection criteria	

Ricerca da potenziare, tempo da poter dedicare alle pubblicazioni, far conoscere le proprie esperienze

% del PIL investito in ricerca:	Italia 1.4%; Israele 4.9%; OCSE 2.4%
% investimento in ricerca da privati:	Italia 43,6%; Svezia 74,4%; Giappone 82%
% studenti stranieri sul totale:	Italia 5.6%; Australia 26.5%
% docenti under 40 anni sul totale:	Italia 16,3%; Spagna 24%; Germania 54,4
% docenti donne sul totale:	Italia 22a sui primi 25 paesi
% docenti stranieri sul totale:	Italia meno dell'1%

O. Geppetti, 2022

Manuale di sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico

Textboox of Patient Safety and Clinical Risk Management
Liam Donaldson, Walter Ricciardi, Susan Sheridan, Riccardo Tartaglia

 FONDAZIONE
ITALIA
IN SALUTE


ITALIAN
NETWORK
FOR SAFETY IN HEALTHCARE

edizione italiana a cura di:
Fidelia Cascini
Micaela La Regina
Walter Ricciardi
Riccardo Tartaglia



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Grazie per l'attenzione



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022