

Gestione del rischio clinico in Day Surgery: applicazione della metodologia HFMEA sulla fase di dimissione del paziente da una struttura autonoma di Day Surgery

Giuseppe Casadonte*, Marina Scarinci**

*Anestesista, Resp. Unità di Day Surgery,

**Direttore Sanitario Centro S. Anna RMA Roma

Rischio clinico: probabilità che un paziente subisca un danno durante la prestazione delle cure o a causa delle cure sanitarie prestate

La gestione del rischio clinico è una strategia di management basata sulla raccolta, elaborazione, studio e diffusione di dati relativi al rischio corso dai pazienti che ricevono cure per ridurre al minimo la possibilità che si verifichino eventi avversi evitabili, minimizzando il danno già causato, diminuendo la probabilità di azioni legali e contenendo le conseguenze economiche delle stesse.

All'interno della nostra struttura si è deciso di passare dalla metodologia reattiva (applicata ad errore già avvenuto) a quella proattiva (da applicare all'analisi dei processi prima che si verifichi l'errore).

Uno dei passi fondamentali delle tecniche proattive è la classificazione in ordine di priorità dei rischi.

Il metodo proattivo scelto è stato la HFMEA - Health care Failure Mode and Effects Analysis (Analisi dei modi di guasto/errore e dei loro effetti) metodo sistematico per identificare e prevenire i problemi di un prodotto o di un processo .

La metodologia consiste nell'esaminare ciascun processo del servizio, considerando tutte le attività svolte in ogni modalità operativa e nel chiedersi se esiste una possibilità di errore; si approfondisce l'analisi tutte le volte che la risposta è positiva.

L'obiettivo principale è quello di anticipare i problemi nelle prime fasi di progettazione e sviluppo, in modo da evitare che si debba ricorrere a costose attività di correzione, conseguenti ad un errore, nelle fasi di erogazione del servizio o utilizzazione del prodotto; la metodologia è anche utilizzata a posteriori per l'analisi e modifica di processi già attuati.

HFMEA - fasi metodologiche

- identificare l'oggetto di analisi
- identificare le attività ad esso connesse
- identificare le modalità di guasto/errore
- analizzare e determinare l'indice di priorità del rischio
- identificare le azioni e le misure da adottare

Il gruppo di lavoro del Centro S. Anna ha deciso di applicare la metodologia HFMEA su

DIMISSIONE DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA AUTONOMA DI DAY SURGERY

considerato che questa fase dell'attività di Day Surgery è estremamente rilevante in quanto ad alto rischio e alta vulnerabilità.

L'intera fase di “**dimissione del paziente**” è stata scomposta in sottoprocessi ed è stata descritta in uno schema a blocchi riportato in calce.

Abbiamo quindi elencato le potenziali modalità di errore (Failure Mode) e determinato la Gravità e la Rilevabilità utilizzando il foglio excel.

DEFINIZIONE DELL'OGGETTO DELL'ANALISI DI ATTIVITÀ AD ALTO RISCHIO E ALTA VULNERABILITÀ

DIMISSIONE DEL /LA PAZIENTE DA UNA STRUTTURA AUTONOMA DI DAY SURGERY (FREE STANDING OFF CAMPUS)

INIZIO PROCESSO: Verifica della sovrapponibilità delle condizioni generali a quelle dell'ingresso.

FINE PROCESSO: Dimissione in sicurezza e ritorno a casa del paziente.

INDIVIDUAZIONE DEI COMPITI PROFESSIONALI E ANALISI DEL PROCESSO

	Compito professionale	Processo
1	Il chirurgo visita il/la paziente prima della dimissione.	A1 – Controlla ferita chirurgica, medicazioni e drenaggi. A2 - Prescrive terapia e da istruzioni per gestione ferita A3 – Scrive comunicazioni sull'intervento al MMG A4 - Fissa data per visita di controllo
2	L'anestesista visita il/la paziente per la dimissione	B1 - Valuta il PADSS (criteri di dimissibilità) B2 - Prescrive terapia antalgica domiciliare B3 – Suggerisce istruzioni comportamentali di carattere generale: non guidare, non rimanere in casa da soli, non assumere decisioni import., ecc.
3	L'infermiere completa la fase di dimissione del/la paziente	C1 - Toglie l'agocannula C2 – Consegna la documentazione sanitaria C3 - Comunica modalità per contattare i medici della struttura nelle ore notturne C4 – Affida il Paziente a persona di fiducia per il ritorno a casa in sicurezza.

Bibliografia

- Ministero della salute, *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari*.
- Del Vecchio M, Cosmi L, *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Ed. McGraw Hill, 2003.
- Grilli R, *Il governo clinico*, Care n.4, 2003.
- Marcon G, *Errori e danni nelle cure sanitarie*, Rischio Sanità n.1,2001;16-19.
- G. Del Poeta, F. Mazufero, M. Canepa. *Il Risk Manegment nella logica del governo clinico. 1 ed Milano, McGraw-Hill,2006*
- Federici A Consolante C, Marzolini L et Al. *Garantire la sicurezza dei pazienti in un intero profilo diassistenza: il programma di gestione del rischio clinico nello screening mammografico della RegioneLazio. Annali di Igiene 2006; 18: 467-479*
- Compagnone T., Soldà L., Russo C., *I danni mancati: ricerca descrittiva osservazione quantitativa- Infermiere Oggi n.2 Aprile/ Maggio 2008 – Collegio IPASVI Roma.*
- Marcon G, *La gestione del rischio in medicina: il Clinical Risk Management, Rischio Sanità, Assinform, 2000*

Allegati

**Progetto: DIMISSIONE DEL PAZIENTE
DA UNA STRUTTURA AUTONOMA DI DAY SURGERY**

SCALA DI VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ

Gravità dell'errore	Criteri di gravità / Conseguenze	Valore
Estrema	Il paziente, sotto stress per l'intervento chirurgico o ancora sotto l'effetto degli anestesici o sedativi, alla guida della macchina o motociclo provoca incidente stradale: morti o feriti di varia gravità	8-10
Molto Alta	Il paziente trascorre la notte dell'intervento a casa da solo: ha un malore e non può ricevere adeguata assistenza o soccorso	6-7
Alta	Il paziente viene dimesso senza corretta valutazione del PADSS: possibilità di globo vescicale, sanguinamento della ferita, nausea e/o vomito, disturbi cardiocircolatori.	4-5
Media	1) Non viene prescritta la terapia o non vengono consegnati al paziente i farmaci antalgici e/o antibiotici: possibile insorgenza di forte dolore, febbre o infezione della ferita. 2) Non vengono fornite le istruzioni per la gestione domiciliare della fer	2-3
Minore	1) Non viene consegnata la nota per il MMG. 2) Non viene consegnata la documentazione sanitaria. 3) Non viene fissata la data per la visita di controllo. Disagio per il paziente e per	1

SCALA DI VALUTAZIONE DELLA RILEVABILITÀ

Rilevabilità dell'errore	Criteri	Valore
Certa	Certamente può essere individuato e risolto	1
Altissima	Quasi certamente può essere individuato e corretto	2
Alta	Alta possibilità di essere individuato e corretto	4
Media	Moderata possibilità di essere individuato e corretto	6
Bassa	Scarsa possibilità di essere individuato e corretto	8
Bassissima	Remota possibilità di essere individuato e corretto	9
Nulla	Nessuna possibilità di essere individuato e corretto	10

SCALA DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ

Probabilità dell'errore	Criteri	Valore
Remota Minore di 1/10.000	Non è mai accaduto/ estremamente improbabile	1
Molto Bassa Tra 1/10.000 e 1/1000	Può accadere ma molto raramente	2
Bassa Tra 1/1000 e 5/1000	Può accadere pochissime volte	4
Moderata 5/1000 e 1/100	Può accadere occasionalmente	6
Alta Tra 1/100 e 5/100	Può accadere ripetutamente	8
Molto Alta Maggiore di 5/100	Può accadere molto spesso	10

Progetto: DIMISSIONE DEL PAZIENTE DA UNA STRUTTURA AUTONOMA DI DAY SURGERY

Attività	N°	Operatore	Compito Professionale	Tipo di Errore	Effetti	STATO ATTUALE					IPR
						Misure di controllo presenti	Gravità	Rilevabilità	Probabilità		
Visita chirurgica	1A1	CHIRURGO	Controlla ferita chirurgica, medicazioni e drenaggi.	Fretta e poca scrupolosità	Possibile sanguinamento	assente	3	2	6	36	Sov
				viene distratto da terzi		assente	4	2	8	64	Tro
	1A2		Prescrive terapia e da istruzioni per gestione domiciliare della ferita	Omissione	Possibile infezione della ferita o sistemica; Possibile TVP	assente	4	2	8	64	Tro
1A3	Scrive comunicazioni sull'intervento al MMG e fissa data per visita di controllo	Comunicazione incompleta e/o poco comprensibile; Omissione	Disagio per il Paziente	assente	1	10	6	60	Ide		
Visita Anestesiologica	2B1	ANESTESISTA	Valuta il PADSS (criteri di dimissibilità)	Fretta e poca scrupolosità	Possibile ricovero inatteso	assente	4	10	2	80	Ide
	2B2		Prescrive terapia antalgica domiciliare	Prescrizione poco comprensibile; Omissione	Dolore che il Pz non sa trattare; Possibile ricovero inatteso	assente	4	10	4	160	Dis
	2B3		Da istruzioni comportamentali di carattere generale: il giorno dell'intervento non guidare, non rimanere in casa da soli, ecc.	Istruzioni incomplete e/o poco comprensibili; Omissione	Possibile malore alla guida di automezzo con conseguenze anche gravissime	assente	10	10	2	200	Ide
FASE COMPLETAMENTO DIMISSIONE	3C1	INFERMIERE	Toglie l'agocannula	Omissione	Infezione, ematoma	assente	3			0	Ide
	3C2		Consegna la documentazione sanitaria	Omissione parziale o totale	Disagio per il Paziente	assente	1	10	4	40	Ide
	3C3		Comunica modalità per contattare i medici della struttura nelle ore notturne	Omissione	Possibile ricovero inatteso	assente	3	10	4	120	Ide
	3C4		Affida il Paziente a persona di fiducia per il ritorno a casa in sicurezza.	Omissione	Possibile malore alla guida di automezzo con conseguenze anche gravissime	assente	8	1	2	16	Ide