

Congresso Nazionale
Associazione Italiana
Infermieri di Oncologia



*Associazione
Italiana
Infermieri
di Oncologia*

Il Risk management in oncologia

Gianluca Del Poeta

Rimini 29-30-31 marzo 2007

Clinical Governance



Risk Management

Responsabilità professionale

Clinical Governance

“Il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l’espressione dell’eccellenza clinica”;
(Department of Health 1998, UK)

Strumenti del Governo Clinico



Risk Management

“Attività cliniche ed amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori e i rischi di perdita per l’organizzazione stessa”.

(JCAHO, 2001)

Minimizzare la probabilità di errore, i rischi potenziali e i possibili danni ai pazienti.

Di chi è la responsabilità del danno?

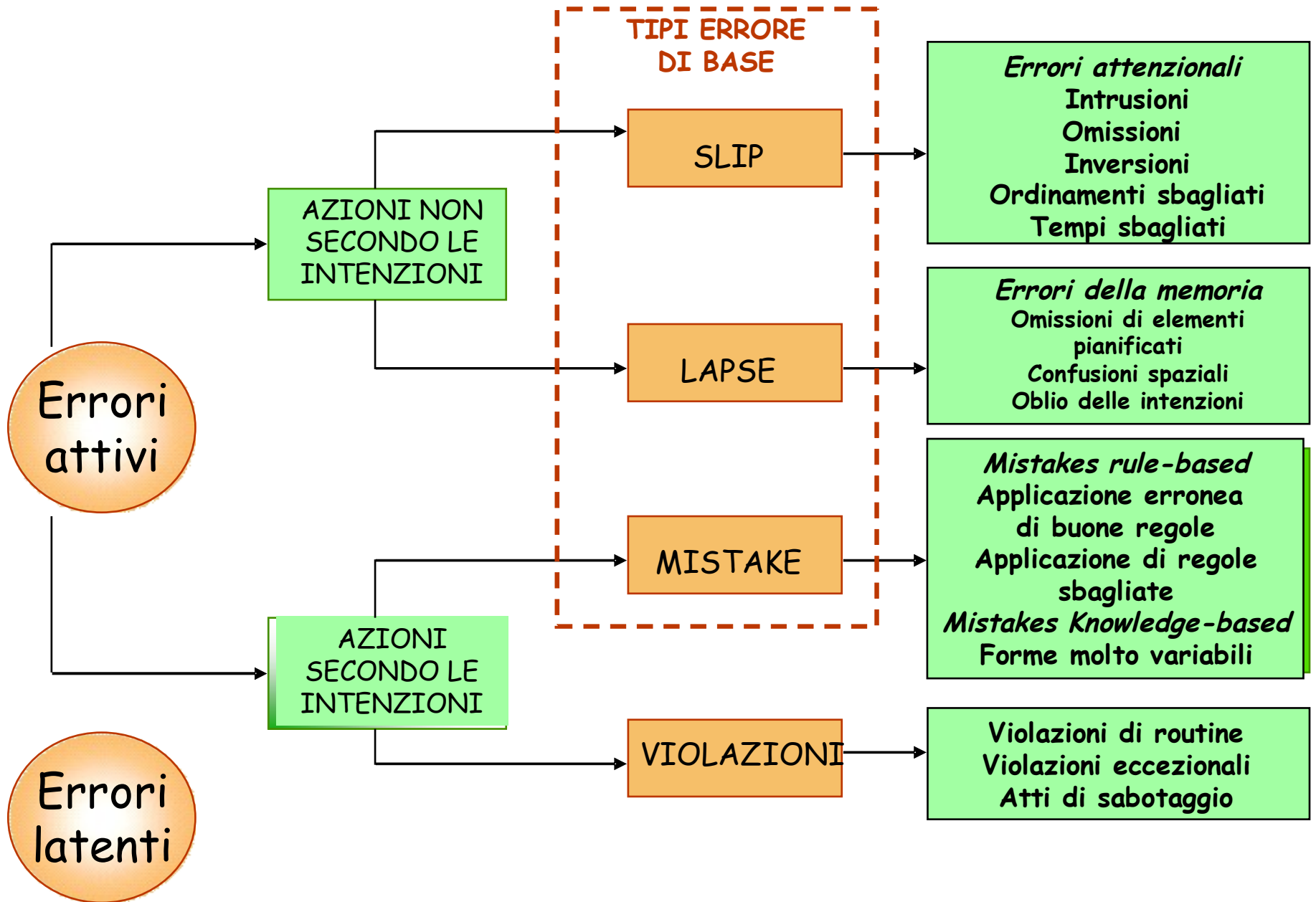
● livello “Prima Linea”



● livello “Piani Alti”



Classificazione Errore Umano



Evento sentinella

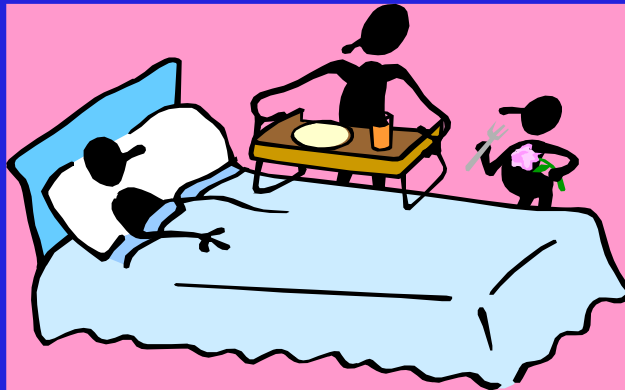
Si tratta di un particolare tipo di indicatore sanitario la cui soglia di allarme è 1: basta cioè che il fenomeno relativo si verifichi una volta perché si renda opportuna un'indagine immediata rivolta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero essere in futuro corretti. E' un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse. (JCAHO 2001)



Gli eventi sentinella sono rivelatori di grave criticità del sistema

Eventi sentinella ed errore umano

- **Bambino deceduto a causa della somministrazione in bolo di una fiala di Cloruro di Potassio scambiata erroneamente con una di Cloruro di Sodio dall'aspetto esterno simile;**
- **Donna di 70 anni deceduta dopo somministrazione di una dose di methotrexate superiore a quella indicata per la patologia (1000 mg invece di 15 mg);**



Nearly 100,000 Deaths a Year Linked to Medical Errors

Small, illegible text columns, likely representing news snippets or statistics related to the headline.



PLEASE DON'T
BE ALARMED...

...HE'S ONLY AN
OCCASIONAL
MEMBER OF
OUR TEAM.

Rischio clinico da farmaco

Eventi avversi da farmaci

- prescrizione (39 - 49%);
- trascrizione (11 - 12%);
- distribuzione (11 - 14%);
- somministrazione (26 - 38%);

La responsabilità dell'errore:

- clinico;
- farmacista;
- personale infermieristico.

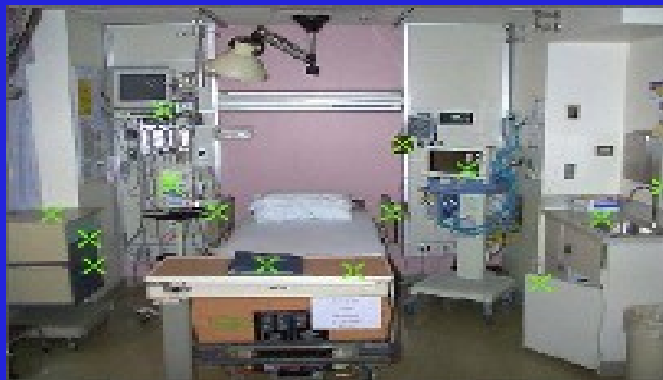


Gli errori in medicina



Le infezioni ospedaliere

CDC di Atlanta: 30% delle IO sono evitabili;
Vuol dire che in Italia sarebbe possibile
prevenire 135.000 -210.000 infezioni e 1350 -
2100 decessi:



Gestione del rischio

● **Analisi Reattiva**

Studio a posteriori degli eventi avversi, mirato ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi.

Viene messo in atto quando si è già manifestato l'evento avverso;

● **Analisi Proattiva**

Approccio preventivo al sistema per evitare che si verifichino eventi avversi, attraverso l'applicazione di metodi e strumenti per identificarne ed eliminarne le criticità.

Risk Management in oncologia

Approccio proattivo-preventivo
verso l'errore

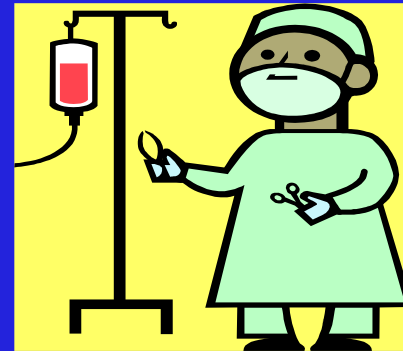
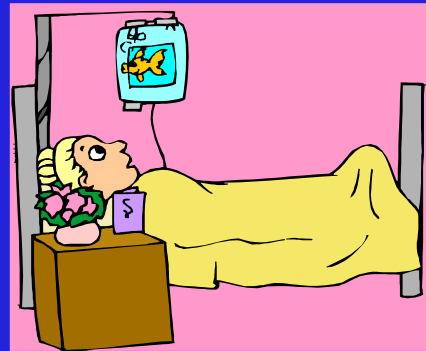
E' il risultato della combinazione
sinergica di tre componenti:

- Utilizzo delle Raccomandazioni della letteratura scientifica;
- Esperienza del gruppo di professionisti;
- Revisione continua dei processi organizzativi.

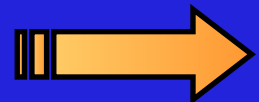
Agire prima ancora che si verifichi l'errore

Possibili eventi avversi trasversali a tutti gli ambiti dell'assistenza infermieristica:

- Cadute accidentali;
- Infezioni;
- Errori di trasfusione;
- Eventi avversi a farmaci;
- Lesioni da decubito;
- Malnutrizione – disidratazione.



Quale è la causa che li può generare??

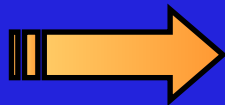


Cause eventi avversi

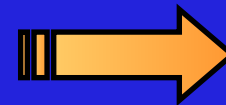
Risiedono essenzialmente nella cattiva organizzazione delle attività assistenziali:

- **Errore nella pianificazione assistenza infermieristica;**
- **Mancata pianificazione assistenza infermieristica;**
- **Modello di assistenza infermieristica per compiti;**
- **Scarso interesse del management: mancanza di supervisione clinica infermieristica;**
- **Errore umano;**
- **Nursing malpractice: negligenza-imprudenza-imperizia;**

**Errore
Latente**



**Errore
Attivo**



**Evento
Avverso**

Eventi sentinella in oncologia:

- **Morte a seguito di errore nel processo terapeutico: somministrazione ciclo chemioterapico;**
- **Suicidio di paziente in ospedale;**
- **Reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;**
- **Stravasamento farmaco chemioterapico vescicante – necrotizzante;**
- **Cadute accidentali – talvolta mortali**

Eventi avversi in oncologia:

- **Esperienza del dolore;**
- **Malnutrizione;**

FMEA-FMECA: “Preparazione e somministrazione del ciclo chemioterapico al paziente con tumore primitivo dell’osso”



ATTIVITA' 1

Preparazione terapia antiblastica

- 1.01 Scambio del farmaco = 40
- 1.02 Identificazione sacca = 40
- 1.03 Dosaggio farmaco = 50



ATTIVITA' 3

Somministrazione ciclo chemioterapico

- 3.01 Scambio paziente terapia antiblastica = 40
- 3.02 Scambio paziente liquidi idratazione = 5
- 3.03 Sequenza sacche di infusione = 3
- 3.04 Imputazione velocità pompa infusione = 144



ATTIVITA' 2

Preparazione liquidi di idratazione

- 2.01 Quantità liquidi da infondere = 5
- 2.02 Scambio tipo di sacca = 5
- 2.03 Identificazione sacca = 15
- 2.04 Indicazione velocità di infusione = 15



ATTIVITA' 4

Assunzione di responsabilità

- 4.01 Firma infermiere diluitore = 6
- 4.02 Firma infermiere controllore = 6
- 4.03 Firma infermiere somministratore = 5

FMEA-FMECA per la gestione del ciclo chemioterapico

Approccio proattivo - preventivo

L'applicazione della FMECA ha permesso:

- **coinvolgimento dei professionisti in un progetto di gestione del rischio clinico;**
- **analizzare i processi per migliorarli;**
- **trovare soluzioni per controllare i rischi connessi alle prestazioni assistenziali di alta criticità;**
- **lavorare in gruppo e confrontarsi con gli altri professionisti.**

Il valore dell'esperienza del gruppo professionale

Stravaso da farmaci antineoplastici

Farmaco vescicante e necrotizzante:

E' definito tale un farmaco che, se stravasato, può determinare un danno cellulare o distruzione tissutale, dolore severo o prolungato.

Danni possibili a seguito di stravaso di farmaci antineoplastici:

- necrosi severe dei tessuti;
- danni ai tendini e nervi circostanti la zona di stravaso;
- infezioni;

Ne consegue per il paziente:

- ritardo nella prosecuzione dell'iter terapeutico;
- possibile trattamento chirurgico riparatorio;
- perdita funzionale dell'arto;
- ulteriore aggravamento dello stato psichico.

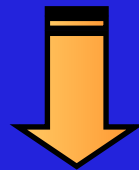


Stravaso da farmaci antineoplastici

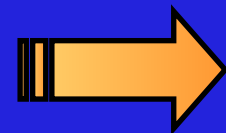
Fattori di rischio:

- **Grado di abilità dell'infermiere nella somministrazione di farmaci vescicanti: è il maggior fattore di rischio riportato in letteratura;**
- **Condizioni cliniche del paziente: es. fragilità delle vene periferiche di pazienti sottoposti a più cicli di chemioterapia, neuropatia diabetica;**

Approccio proattivo nella gestione dello stravaso da farmaci antineoplastici



Prevenzione



Stravaso da farmaci antineoplastici

Raccomandazioni della letteratura:

Educazione del personale riguardo:

- **tecniche di venipuntura;**
- **gestione delle vie venose periferiche;**
- **gestione dei cateteri venosi centrali totalmente impiantati;**
- **somministrazione di farmaci vescicanti;**
- **complicanze;**
- **riconoscimento e tempestivo trattamento degli stravasi;**

Educazione del paziente riguardo:

- **somministrazione di farmaci vescicanti, complicanze, tempestivo riconoscimento dello stravaso attraverso segni e sintomi.**

Stravaso da farmaci antineoplastici

Considerazioni:

Le raccomandazioni riportate in letteratura suggeriscono che l'infermiere coinvolto nella somministrazione di farmaci antineoplastici debba avere adeguate conoscenze ed un adeguato training; ciò può garantire la riduzione al minimo del rischio di stravaso e un appropriato intervento nell'eventualità che quest'ultimo si verifichi.

Approccio proattivo - preventivo



Percorsi formativi specifici

Suicidio di paziente in ospedale

Evento sentinella rilevante; a maggiore rischio le aree cliniche quali:

- **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);**
- **Unità Operative di Oncologia;**
- **Ostetricia e Ginecologia;**
- **Dipartimento di emergenza;**

Fattori di rischio

- **Depressione, schizofrenia ed altri disturbi psichici;**
- **Dipendenza da alcol, stupefacenti e/o psicofarmaci, da gioco;**
- **Precedenti tentativi di suicidio;**
- **Comunicazione della diagnosi di patologia oncologica;**
- **Passaggio da terapia curativa a palliativa;**
- **Caratteristiche ambientali e spazi ospedalieri non idonei.**

Suicidio di paziente in ospedale

Raccomandazioni del Ministero della Salute 2006

**Strategie efficaci per la riduzione degli
eventi suicidari in ospedale:**

- **Presenza in carico del paziente – appropriata valutazione delle condizioni del paziente, individuazione fattori di rischio;**
- **Coinvolgimento delle famiglie e degli amici nella fase di valutazione e nella gestione dei fattori di rischio;**
- **Percorso clinico assistenziale - integrazione delle diverse competenze professionali;**
- **Processi organizzativi;**
- **Formazione degli operatori;**
- **Idoneità ambientale e strutturale.**

Suicidio di paziente in ospedale

Approccio proattivo – preventivo

Il contributo della professione infermieristica

Competenze necessarie per il professionista infermiere:

- **Competenze nella pianificazione assistenziale:**

l'anamnesi infermieristica è la fase più delicata e più importante del processo assistenziale in quanto consente di identificare i fattori di rischio da monitorare;

- **Competenze relazionali – comunicative:**

saper condurre un colloquio strutturato efficace con il paziente nella fase di anamnesi può essere utile quando vi è un sospetto da approfondire.

Cadute accidentali

Studi internazionali:

- 38% di tutti gli incidenti durante il periodo di ricovero negli ospedali australiani;
- 50% dei pazienti anziani ricoverati in strutture residenziali cade ogni anno e circa il 7% di questi muore a causa della caduta (OMS);

Studi italiani:

- 0,86% su tutti i ricoveri – Regione Veneto, 2000;
- 1% del numero totale dei ricoveri – A.O. S.Orsola Malpighi, 2002;
- 4% di tutti i ricoveri: il 13% di queste sono cadute dal letto o dalla poltrona – ASL 11 Empoli, 2002.

Cadute accidentali

Dati del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei pazienti della Regione Toscana

- **Triennio 2003-2005, nella Regione Toscana n° 567 cadute accidentali, di cui 8 cadute con decesso;**
- **n° 567 cadute su un totale di 3.401 sinistri: 16,7% del totale dei sinistri;**

Il progetto della Regione Toscana 2007

“La prevenzione delle cadute in ospedale”

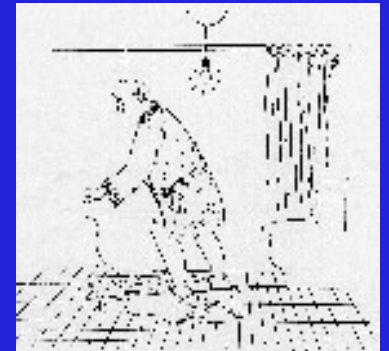
Mettere a punto indicazioni e strumenti da impiegare e ridurre l'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati

Cadute accidentali

Fattori di rischio correlabili con le cadute:

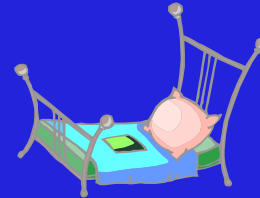
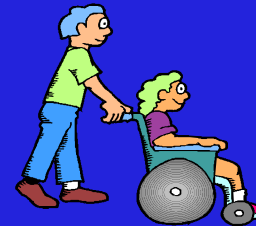
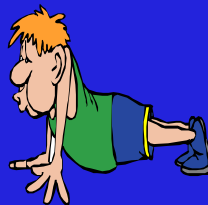
Rischi legati a spazi ambientali – strutturali:

- stanze di degenza e bagni troppo piccoli;
- pavimenti e scale scivolosi;
- percorsi a ostacoli per raggiungere i bagni;
- illuminazione insufficiente;
- bagni senza supporti per sollevarsi dal wc;



Rischi legati all'usura di arredi, strumenti ed ausili:

- letti di degenza;
- comodini;
- sedie a rotelle;
- barelle;
- aste per flebo;
- ausili per muovere i pazienti, ecc.



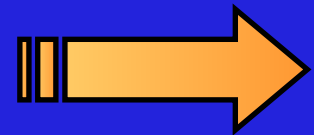
servizi

Cadute accidentali

Fattori di rischio del paziente oncoematologico correlabili con le cadute:

- **condizioni cliniche generali;**
- **stato psichico-cognitivo;**
- **terapia farmacologica – farmaci SNC**
- **trattamento chemioterapico;**
- **stato settico;**
- **stato di malnutrizione;**
- **sindrome della fatigue;**

**Approccio proattivo - preventivo per
la contenzione del
rischio di cadute**



Cadute accidentali




Approccio proattivo -preventivo

Interventi infermieristici specifici basati sulle raccomandazioni della letteratura

- **Accertamento del rischio: valutazione del rischio – valutazione clinica del professionista;**
- **Strategie per garantire la sicurezza ambientale;**
- **Gestione della mobilizzazione, della deambulazione e dell'eliminazione urinaria e fecale;**
- **Informazione ed educazione sanitaria alla persona ed alla sua famiglia;**
- **Interventi multifattoriali: gestione clinica delle patologie preesistenti;**

**Cosa dobbiamo apprendere
dal Risk Management?**

L'errore umano è inevitabile: una nuova cultura

- **errore individuale**  **errore di sistema**
- **sistema punitivo/inchieste**  **sistema che impara dall'errore**
- **sistema reattivo - correttivo**  **sistema proattivo - preventivo**

L'errore umano

Gli uomini sono fallaci ed errori si verificano anche nelle migliori organizzazioni.

Non possiamo cambiare la condizione umana, ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano.

J.Reason, BMJ 2000

Grazie per l'attenzione