



organizzare, formare e gestire

# Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari (PRISK)



---

## Survey sulle procedure di sicurezza

# Indice

---

<b>1</b>	<b>Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro</b>
2	La gestione del rischio
3	Gli strumenti della gestione del rischio
4	Modalità operative per una efficace applicazione dell' Incident reporting
5	La gestione per processi
6	Le aree di rischio
7	Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety
8	Le attività da svolgere e i prossimi passi

### Obiettivo del progetto

Migliorare il sistema di gestione del rischio clinico nell'assistenza dei detenuti negli Istituti penitenziari della Regione Emilia Romagna:

- *implementando la cultura della sicurezza,*
- *auto-valutando il sistema di gestione del rischio clinico (prima e dopo),*
- *costruendo una mappa dei rischi specifici,*
- *analizzando i processi prioritari con il metodo FMEA,*
- *attivando azioni di miglioramento,*
- *diffondendo buone prassi tecnico-professionali e procedure per la gestione del rischio clinico*

## Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro

---

### Obiettivo dell'incontro

- ❑ Analizzare il livello di diffusione e applicazione delle procedure per la gestione del rischio clinico negli Istituti penitenziari tramite una survey dedicata
- ❑ Sviluppare la conoscenza del concetto di attività, rischio e conseguenza e la conoscenza dei vari strumenti di gestione del rischio
- ❑ Avviare l'applicazione dello strumento dell'Incident reporting per la rilevazione degli eventi e quasi eventi negli Istituti penitenziari

# Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro

---

## Programma della giornata

Orario	Argomento
9.00 - 10.00	La gestione del rischio
10.00 - 11.30	Gli strumenti della gestione del rischio – Focus Incident reporting e FMEA
11.30 - 12.00	Modalità operative per una corretta applicazione dell'Incident reporting
12.00 - 13.00	La gestione per processi
13.00 - 14.00	<i>Pausa pranzo</i>
14.00 - 15.45	Le aree di rischio
15.45 - 17.30	Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety
17.30 - 17.45	Le attività da svolgere ed i prossimi passi
17.45 - 18.00	Test di valutazione

# Indice

---

1	Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro
<b>2</b>	<b>La gestione del rischio</b>
3	Gli strumenti della gestione del rischio
4	Modalità operative per una efficace applicazione dell' Incident reporting
5	La gestione per processi
6	Le aree di rischio
7	Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety
8	Le attività da svolgere e i prossimi passi

## Fare un esempio di attività e di rischio



“Le attività coordinate per **guidare** e **tenere sotto controllo** un'organizzazione con riferimento al rischio”

Il concetto di **guidare** presuppone la presenza di una **meta**, rappresentata dalle strategie e quindi dagli obiettivi di lungo, medio e breve periodo

Il concetto di **tenere sotto controllo** presuppone la **misura**, quindi indicatori, per monitorare degli eventi o delle situazioni



# La gestione del rischio

Norma ISO 31000  
"Risk Management – Principles and guidelines"

## RISK MANAGEMENT

"Le attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo  
un'organizzazione con riferimento al rischio"



**OBIETTIVI AZIENDALI**  
definiti dal management

Norma ISO 31000  
"Risk Management – Principles and guidelines"

## RISK MANAGEMENT

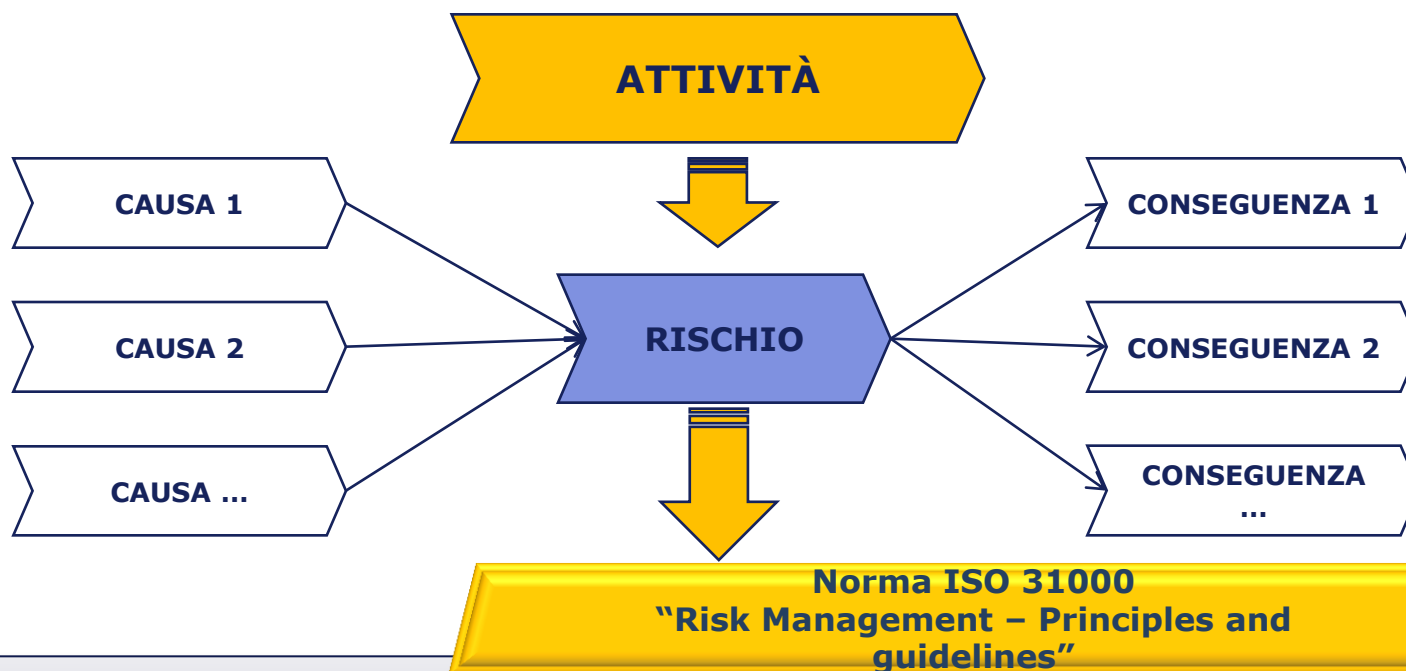
"Le attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento al rischio"

### Aree di gestione del rischio nelle aziende sanitarie

- ❑ Rischio operatore correlato con la sicurezza nei luoghi di lavoro (Dlgs 81/2008),
- ❑ Rischio ambientale correlato alle attività che possono avere un impatto ambientale diretto o indiretto (ISO 14001, ecc.),
- ❑ Rischio dei sistemi informatici correlati alla sicurezza dei dati (ISO 27001, ecc.),
- ❑ **Rischio clinico correlato alla sicurezza paziente**
- ❑ Rischio amministrativo-contabile correlato allo sviluppo del Sistema di Controllo Interno,
- ❑ ...

## La gestione del rischio

### La relazione tra **attività** e **rischio**



**«Scostamento positivo o negativo rispetto alla situazione attesa prevista»  
Il rischio è l'effetto di fattori interni ed esterni e di altre influenze che rendono incerto  
il raggiungimento degli obiettivi delle organizzazioni (di ogni tipo e dimensione).**

# La gestione del rischio

## La relazione tra **attività** e **rischio**



# La gestione del rischio

## Processo: Intervento di Pronto Soccorso



E' così?

# La gestione del rischio

## Processo: Intervento di Pronto Soccorso



L'**accadimento** è l'arrivo in ritardo o il mancato arrivo dell'ambulanza  
Le **conseguenze** (effetti dell'accadimento) sono il mancato soccorso al paziente o il ritardato soccorso al paziente

## La gestione del rischio

Ogni azienda di fronte ad un rischio di eventi avversi elevato, può adottare **diverse strategie**

- lo evita, eliminando l'attività
- lo trasferisce ad es. ad una società di assicurazione

**EVITARLO**  
Eliminare  
l'attività  
outsourcing

**ACCETTARLO**  
non fare nulla  
monitorare

**TRASFERIRLO**  
assicurarsi  
outsourcing

- decide di correrlo senza modificarlo
- decide di mitigarlo attraverso un **sistema di gestione del rischio**

**GESTIRLO**  
mitigare  
frazionare  
diversificare

## Lavoro di gruppo 1

### Obiettivo

Identificazione di attività, rischi e conseguenze

### Modalità di sviluppo

- Pensare alle attività in cui si è coinvolti nella prassi lavorativa
- Individuare una attività ed identificare i possibili rischi e le possibili conseguenze di quella attività
- Presentare i risultati

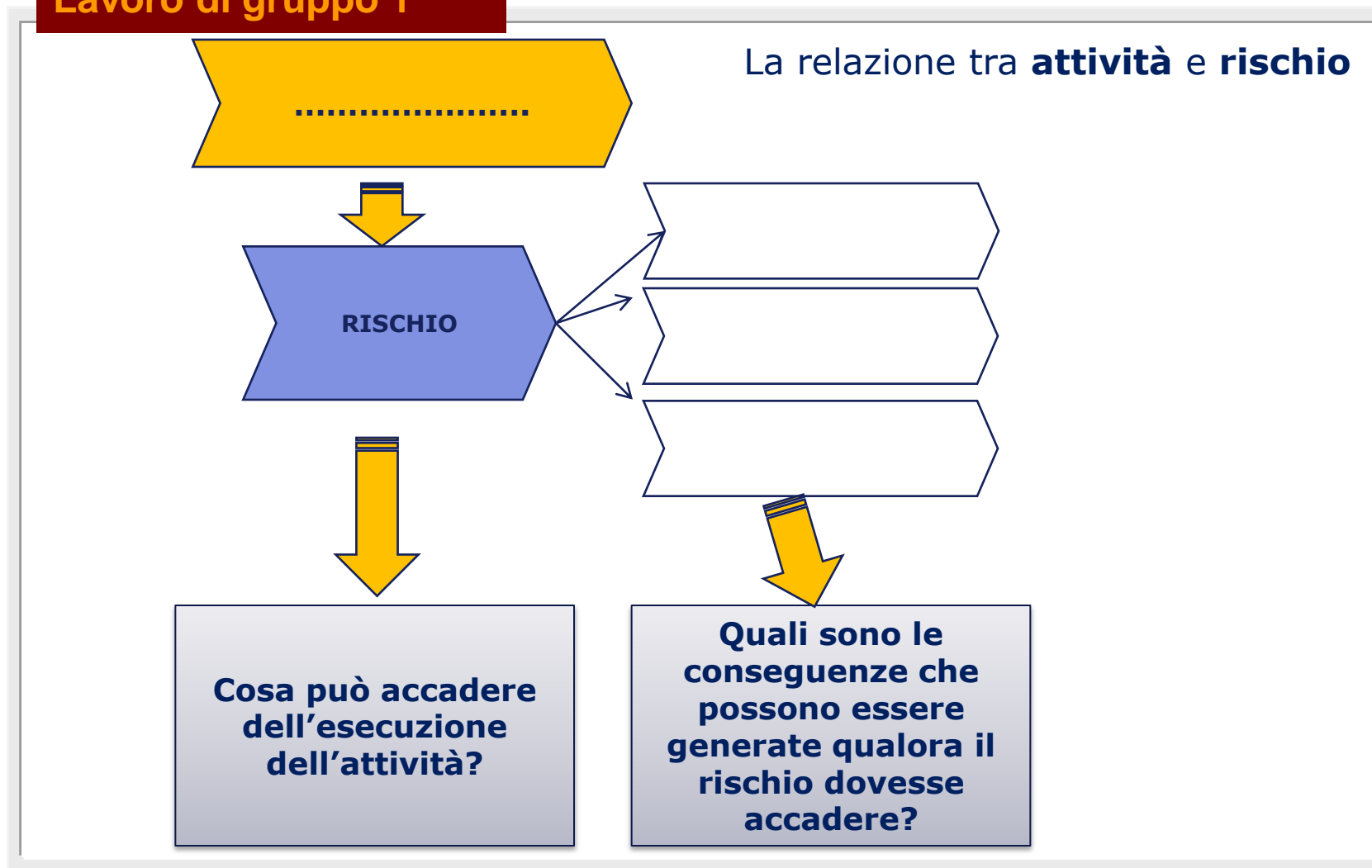
### Tempo

30-40 minuti



# La gestione del rischio

## Lavoro di gruppo 1



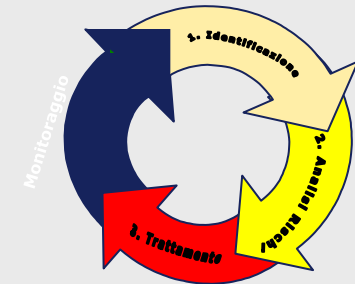
# Indice

---

1	Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro
2	La gestione del rischio
<b>3</b>	<b>Gli strumenti della gestione del rischio</b>
4	Modalità operative per una efficace applicazione dell' Incident reporting
5	La gestione per processi
6	Le aree di rischio
7	Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety
8	Le attività da svolgere e i prossimi passi

# Gli strumenti della gestione del rischio

## FASI



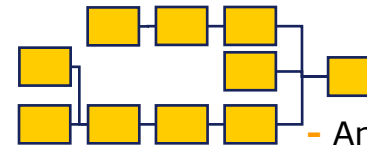
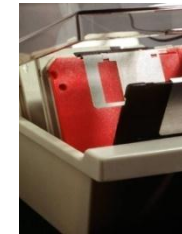
## STRUMENTI

- Scheda di segnalazione: Incident Reporting / Eventi sentinella



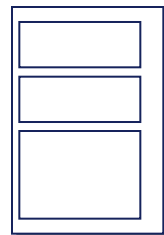
· Farmacovigilanza

- Registrazione delle segnalazioni e costituzione di un database (Reclami e Contenziosi)



- Analisi dei dati e classificazione delle cause (RCA)

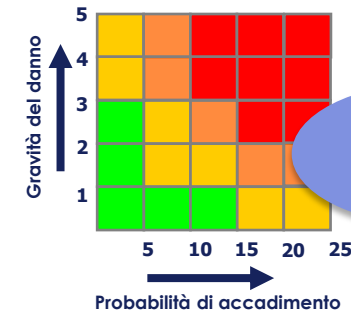
- Revisione ed analisi delle Cartelle Cliniche



- Analisi delle SDO

**Strumenti retrospettivi**

FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)



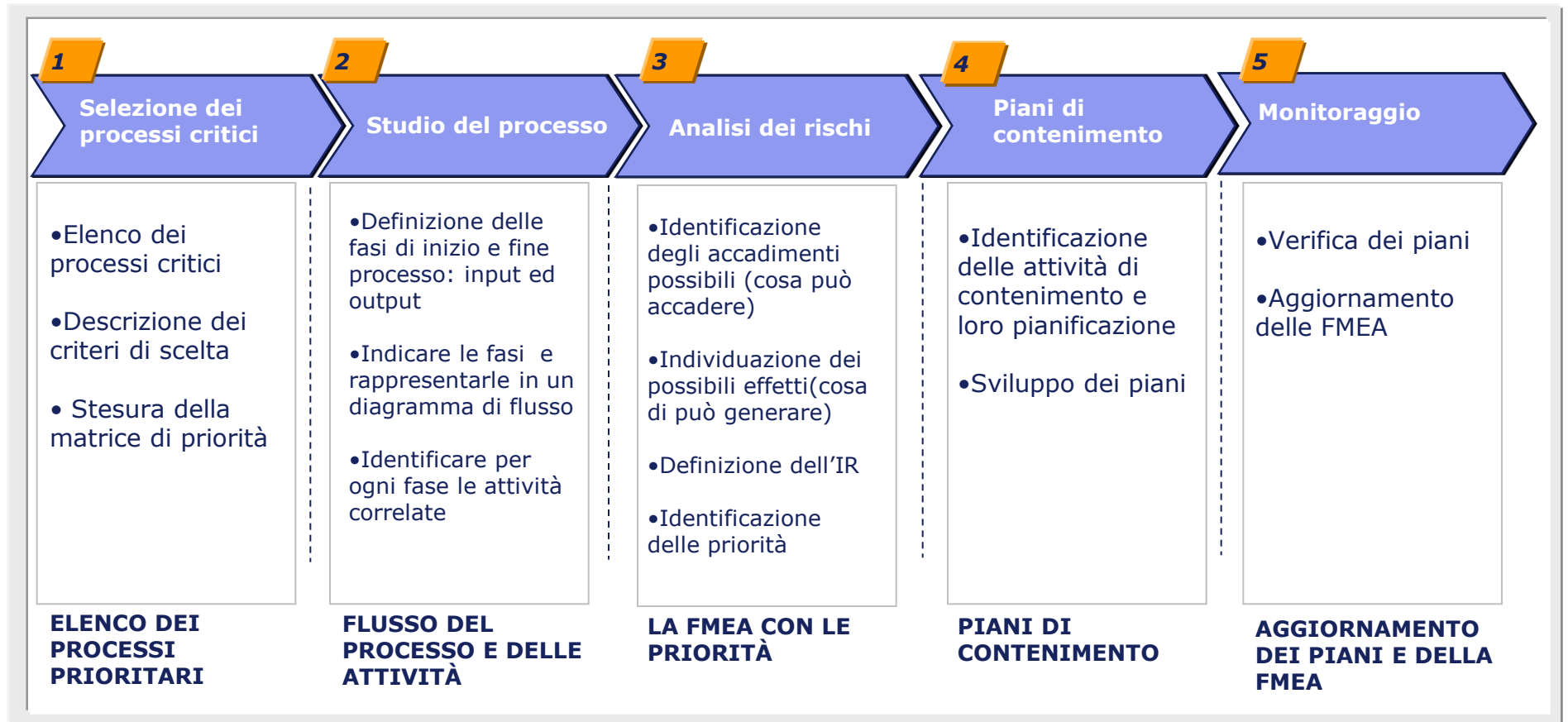
**Strumento prospettico**

## Gli strumenti della gestione del rischio

<b>STRUMENTI</b>	<b>FASI</b>				<b>Cogente o Volontario</b>		<b>Prospettico o Retrospectivo</b>	
	<b>Identi- ficazione</b>	<b>Analisi</b>	<b>Tratta- mento</b>	<b>Monito- raggio</b>	<b>Cogente</b>	<b>Volonta- rio</b>	<b>Prospet- tico</b>	<b>Retro- spettivo</b>
Segnalazione degli eventi	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Analisi cartelle cliniche	✓					✓		✓
<i>Root Cause Analysis</i> (RCA)		✓			✓	✓		✓
<i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Analisi dei contenziosi e dei sinistri	✓					✓		✓

<b>FMEA</b>	<b>Descrizione</b>
<b>Cosa è</b>	La FMEA è una tecnica previsionale, in sanità sempre più utilizzata per valutare l'affidabilità dei processi.
<b>Quando si utilizza</b>	Per le sue caratteristiche tecniche, nel processo di gestione del rischio clinico si colloca trasversalmente ad esso. Va infatti dalla fase di identificazione alla fase di monitoraggio del rischio.
<b>Come si utilizza</b>	Per il suo utilizzo è fondamentale la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale a garanzia dell'apporto di tutte le conoscenze e competenze disponibili. Il processo di applicazione delle FMEA parte dalla scelta dei processi critici. Una volta identificato il processo critico oggetto di studio si applicano le fasi di: studio del processo, analisi dei rischi, trattamento dei rischi con la definizione delle azioni di contenimento e monitoraggio dei risultati.
<b>Punti di forza</b>	Migliora la conoscenza dei processi assistenziali ed aiuta chi opera in essi a "riflettere" e valutare su quello che viene realizzato quotidianamente. Migliora il processo assistenziale e introduce "barriere preventive di sicurezza" incidendo su frequenza e rilevabilità degli eventi. Fornisce un risparmio di risorse: <b>si agisce in termini preventivi.</b>
<b>Vincoli nell'utilizzo</b>	L'efficacia dei risultati dipende dalla <b>qualità delle valutazioni</b> , che essendo soggettive, sono legate al team che le effettua. Pertanto è fondamentale la costituzione di un <b>gruppo di lavoro competente ed aperto al dialogo</b> così come la sua conduzione che deve essere affidata ad un team leader che sappia condurre il gruppo di lavoro. È opportuno, inoltre, <b>mantenere i risultati raggiunti</b> sulla riduzione dei rischi identificati ed ogni anno occorre inserire nell'analisi nuovi processi/prestazioni secondo priorità d'intervento definite e codificate a livello aziendale/regionale.

# Gli strumenti della gestione del rischio



# Gli strumenti della gestione del rischio

Lo strumento - Esempio "Gestione terapia farmacologica in Medicina"

	FASE	N.	ATTIVITA'	N	POSSIBILI ACCADIMENTI (Cosa può accadere?)	POSSIBILI EFFETTI (Cosa si può generare?)	FATTORI DI CONTENIMENTO (Oggi cosa stiamo facendo per evitare l'errore?)	G	VP	R	VpX R	IR
2	ALLESTIMENTO / PREPARAZIONE DEL FARMACO		VERIFICA DELLA CORRISPONDENZA IN GRAFICA DELL'IDENTITÀ					0			0	0
			TRASCRIZIONE DELLE TERAPIA SU ETICHETTE PER PARENTERALE ED INFUSIONE					0			0	0
			PRELEVAMENTO FARMACI PARENTERALI DA ARMADIO					0			0	0
			ETICHETTATURA FARMACI PARENTERALI					0			0	0
			ABBINAMENTO FARMACI SOLUZIONE					0			0	0
			ALLESTIMENTO DEL CARRELLO PER LA TERAPIA ORALE ED INFUSIONALE					0			0	0

## Gli strumenti della gestione del rischio

<b><i>Incident reporting</i></b>	<b>Descrizione</b>
<b><i>Cosa è</i></b>	E' una modalità retrospettiva, con la raccolta delle segnalazioni degli eventi indesiderati, effettuati <b>volontariamente</b> dagli operatori.
<b><i>Quando si utilizza</i></b>	Si utilizza nella fase di identificazione del rischio e, a seconda dei suoi contenuti, copre solitamente altre aree del processo di gestione del rischio quali l'analisi del rischio ed il monitoraggio. Tale strumento fornisce una base di analisi per la predisposizione di strategie ed azioni di miglioramento; es. identificazione di processi critici.
<b><i>Come si utilizza</i></b>	Solitamente l'Incident Reporting contiene informazioni relative a contesto, dati del paziente e tipologia di rilevazione, fattori che possono aver contribuito all'evento, (le cause possono essere più di una ed occorre evidenziare quelle ritenute collegate all'accadimento), le conseguenze dell'evento, esito dell'evento, informazioni su come si poteva prevenire l'evento, ecc. La struttura del modello ne guida l'utilizzo in modo solitamente anonimo nella fase di segnalazione.
<b><i>Punti di forza</i></b>	<b>Aumento della consapevolezza degli operatori</b> in merito alla gestione dei singoli casi trattati nelle segnalazioni.
<b><i>Vincoli nell'utilizzo</i></b>	È necessario che all'interno delle organizzazioni, sia garantita la <b>confidenzialità</b> delle segnalazioni e la <b>non punibilità</b> di coloro che segnalano, e <b>si devono vedere risultati</b> di miglioramento tecnico – organizzativo per alimentare le segnalazioni nel tempo.



## Gli strumenti della gestione del rischio

La finalità dell'*Incident Reporting* è quella di raccogliere le segnalazioni su **eventi o quasi eventi (near-miss)** allo scopo di fornire una base di analisi e predisposizione di strategie ed azioni di correzione e miglioramento per prevenirne il ri-accadimento nel futuro.

### FASI



La gestione **dell'Incident Reporting**, può essere vista come un **processo**, avviato dalla raccolta della segnalazione sino alla restituzione dei dati analizzati.

## Gli strumenti della gestione del rischio

### SINTESI DEI CONTENUTI DELLA PRIMA PAGINA

Operatore che segnala l'evento e ruolo professionale, dati relativi al detenuto, (dati facoltativi)

Luogo, data e fascia oraria in cui è avvenuto l'accadimento  
Tipologia di prestazione

Descrizione dell'evento "come si sono svolti i fatti": cosa è successo, dove è successo, quando è successo, chi si è accorto dell'accadimento e come si poteva prevenire l'evento

Fattori contribuenti: legati al paziente/detenuto, al personale, al sistema, ecc. (è possibile indicare più di una risposta)

Annotazione se a seguito dell'evento è stato e meno necessario eseguire ulteriori indagini e prestazioni sanitarie

PRISK		INCIDENT REPORTING ISTITUTI DI PENA		
Versione 1.0 (2013)		Scheda di segnalazione degli eventi		
Struttura	Eventi rilevati			
	Eventi avvenuti			
Operatore	Nome e Cognome (facoltativo)			
	Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Informista <input type="checkbox"/> Psicologo	<input type="checkbox"/> Personale di supporto <input type="checkbox"/> Altro .....	
Detenuto	Nome e Cognome (facoltativo)			
	Anno di nascita		Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Luogo evento	<input type="checkbox"/> Infermeria	<input type="checkbox"/> Sezione detenzione	<input type="checkbox"/> Spazi comuni	
	<input type="checkbox"/> Dogana	<input type="checkbox"/> Area Trattamento	<input type="checkbox"/> Altro .....	
	<input type="checkbox"/> Radiologica			
Data evento	Data	fascia oraria (turno) <input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notturno <input type="checkbox"/> Passivo		
	Orario			
Tipo di prestazione	<input type="checkbox"/> Urgente	<input type="checkbox"/> Programmata	<input type="checkbox"/> 150/150	
Regime di prestazione	<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Prestazione reparto dogana			
	<input type="checkbox"/> Prestazione in sala <input type="checkbox"/> Altro .....			
Descrizione dell'evento (in modo sintetico, ma casuale) Che cosa è successo? Dove? Come e perché è successo? Chi si è accorto che stava accadendo? Accaduto? Come è stato trattato nell'immediato (eventi)?				
Come si poteva prevenire l'evento? (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, miglior comunicazione scritta, sistema di monitoraggio, ecc.) Specificare.				
Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)				
Fattore legato al paziente	Condizioni generali (patologia/infermità)	<input type="checkbox"/>	Staff inadeguato/insufficiente	<input type="checkbox"/>
	Non consenso/accusatorio orientato	<input type="checkbox"/>	Inadeguato adattamento/inserimento	<input type="checkbox"/>
	Poca/mancata autonomia	<input type="checkbox"/>	Gruppo nuovo/maschera/turnover	<input type="checkbox"/>
	Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/>	Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>
Fattore legato al personale	Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/>	Protocollo/procedura incasinata/ambigua	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure	<input type="checkbox"/>	Inadeguato nel far rispettare protocollo/procedure	<input type="checkbox"/>
	Poca scortesia/regole non seguite	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>
	Inadeguata conoscenza/inserimento	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata oppositori /dispositivi	<input type="checkbox"/>
Fattore legato al processo	Fatica/stress	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata manutenzione /opere/dispositivi	<input type="checkbox"/>
	Mancata/inadeguata lettura documenti/etichette	<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata materiale di consumo	<input type="checkbox"/>
	Inadeguata supervisione/sorveglianza	<input type="checkbox"/>	Inadeguata gestione interfaccia	<input type="checkbox"/>
	Difficoltà nel lavoro di équipe	<input type="checkbox"/>	Inadeguata organizzazione cambio turno	<input type="checkbox"/>
Mancata verifica preventiva oppositori /dispositivi				
Mancata/inadeguata informazione/comunicazione al paziente				
Ambiente inadeguato				
Infermeria ambientale				
Altri fattori (specificare):				
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini/prestazioni sanitarie? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico /cateterizzato etc.	<input type="checkbox"/> Indagine di laboratorio	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica		
<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Indagine radiologica	<input type="checkbox"/> Medicazione		
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Altro .....		
I dati contenuti nei campi colorati in grigio non saranno registrati nel database				

Relativamente alla descrizione dell'evento "*come si sono svolti i fatti*" è importante sottolineare l'importanza di "come si descrive l'accadimento" sia esso evento o quasi evento. La sua descrizione deve essere:

- **Chiara** – non deve dare adito ad interpretazioni ed essere **inequivocabile**; pensiamo infatti che la gestione delle schede di Incident Reporting prevede il coinvolgimento di più persone con differenti competenze e professionalità
- **Sintetica** – chi legge la scheda deve comprendere il contesto in poco tempo senza disperdere energie ed attenzioni in elementi che non aggiungono valore alla descrizione della segnalazione
- **Espressa** con parole semplici – questo aspetto è un'altra sfaccettatura della comprensibilità degli accadimenti segnalati
- **Comprensibile** – sia per coloro che dovranno identificare le cause ed avviare adeguate azioni correttive e/o preventive (nel caso dei near miss) che delle direzioni aziendali che dovranno «capire cosa è avvenuto o cosa poteva accadere»
- **Circoscritta** – **collegabile ad un dato processo e/o momento assistenziale** al fine di coinvolgere nelle successive analisi le persone interessate nell'analisi delle cause, nella definizione delle soluzioni e nella pianificazione ed attuazione delle azioni di miglioramento.

Le considerazioni fatte sono riportabili alla descrizione delle non conformità ed alle azioni preventive: solo una loro "corretta" descrizione consente azioni di miglioramento efficienti ed efficaci. Se non campisco qual è il "problema" certamente non farò una efficace analisi delle cause e di conseguenza non metterò in essere azioni risolutive.

## Gli strumenti della gestione del rischio

### SINTESI DEI CONTENUTI DELLA SECONDA PAGINA

Gravità del danno secondo la scala di 1 a 8 guidata dai relativi descrittori. (valori 1 e 2 collegati al quasi evento, da 3 a 8 ad eventi occorsi (esito effettivo)).

Rischio futuro: possibilità di riaccadimenti di eventi analoghi e il possibile esito di un evento analogo

Analisi delle cause: individuazione delle possibili cause che hanno portato all'accadimento (è possibile indicare più di una risposta)

Azioni di riduzione del rischio identificabili al momento della segnalazione (se ve ne sono, riportare quali e grado di rilevanza)

*Da questo punto in poi la compilazione avviene con il coinvolgimento del referente medico della Struttura*

**ESITO DELL'EVENTO (indicare solo una risposta)**

Quasi evento	SITUAZIONE PERICOLOSA - Condizione rischiosa	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	EVENTO INTERCETTATO - Evento occorso, ma intercettato (prima del coinvolgimento del paziente)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	NESSUN ESITO - Evento occorso che non richiede visita medica/ osservazioni/ monitoraggio extra	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MINORE - Evento occorso che ha richiesto visita medica/ rivalutazione/ osservazioni/ monitoraggio extra (es. rilevazione parametri vitali)	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO - Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/ strumentali (esecuzione/ ripetizione di esami di sangue/ urine/ ecografia/ Rx...) e/o trattamenti semplici (bendaggi, analgesici, ...)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/ strumentali complessi (TAC/RM/ Angio...) o trattamenti complessi (ammine vasotattive, cortisonici, antagonisti, suture, ecc.) e/o modifica/cancellazione del trattamento programmato	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO - evento occorso che ha richiesto ammissione in ospedale o prolungamento (significativo) delle degenze e/o condizioni che permangono alla dimissione e/o trasferimento in terapie semi-intensive/intensive non pianificato e/o intervento chirurgico non programmato	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	ESITO SEVERO - Disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO FUTURO**

Possibilità di accadimento di eventi analoghi	<input type="checkbox"/> Raro (> 5 anni)	<input type="checkbox"/> Scarso (ogni 1-3 anni)	<input type="checkbox"/> Medio (annuale)
	<input type="checkbox"/> Alto (mensile)	<input type="checkbox"/> Altissimo (settimanale)	
Possibile esito di un evento analogo	<input type="checkbox"/> Ricarico (livelli 1-2-3)	<input type="checkbox"/> Moderato (livello 4)	<input type="checkbox"/> Moderato (livello 5)
	<input type="checkbox"/> Medio (livello 6)	<input type="checkbox"/> Severo (livelli 7-8)	

**CAUSE DELL'EVENTO (è possibile indicare più di una risposta)**

<b>Errori Umani</b>	<input type="checkbox"/> Knowledge (fallimenti conoscenza)	<input type="checkbox"/> Skill (distrazione/loquax)	<b>Ambiente e tecnologia</b>
<input type="checkbox"/> Qualificazione	<input type="checkbox"/> Coordinamento	<input type="checkbox"/> Verifica preventiva	<input type="checkbox"/> Progettazione/pianificazione
<input type="checkbox"/> Vigilanza	<input type="checkbox"/> Azioni		<input type="checkbox"/> Costruzione/installazione di strutture/apparecchiature /materiale
<b>Errori organizzativi</b>	<input type="checkbox"/> Passaggio conoscenza/informazioni	<input type="checkbox"/> Cultura	<b>Altri fattori</b>
<input type="checkbox"/> Protocolli/procedure			<input type="checkbox"/> Fattori psicosociali
<input type="checkbox"/> Priorità gestore			<input type="checkbox"/> Fattori irrisolvibili

**LE AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO sono identificabili al momento della segnalazione**

SI  NO  In caso di definizione

*Se SI, compilare quale attività (è possibile indicare più di una risposta)*

<input type="checkbox"/> Stipura/revisione protocolli/procedure/documentazione	<input type="checkbox"/> Acquisizione/installazione/parere ai/di strutture/tecnologie
<input type="checkbox"/> Riorganizzazione personale/processo	<input type="checkbox"/> Cambiamenti strutturali/legati
<input type="checkbox"/> Formazione/aggiornamento personale	<input type="checkbox"/> Altro

Specificare: .....

Specificare gli strumenti utilizzati o che si programma di utilizzare (raccolta ulteriori informazioni, audit, SBA, discussione con équipe, root cause analysis, ...)

SI  NO  In caso di definizione

**Le azioni di Riduzione del Rischio hanno una rilevanza:**

SI  NO  In caso di definizione

Di evento Critico Classificato Amm. Osp.  Di singolo Istituto  Di rilievo Regionale

1. La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi e le cause di essi, mentre che possono emergere durante le attività clinico-organizzative. **Non è un sistema di valutazione delle prestazioni, né un sistema di controllo delle attività.** Per questo, in caso di eventi gravi o in altri casi di segnalazione (infortunio, incidente, decessi, ecc.), è necessario compilare la scheda specificando gli avvenimenti.

2. La prima parte della scheda può essere compilata anche in forma anonima, su richiesta, dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie al studio dell'evento, qualora dalle riguardanti l'operatore si potesse trarre una lezione.

## Correlazione uno strumento retrospettivo ed uno strumento prospettico



**Passato**

**Oggi**

**Futuro**

**Incident reporting**

**La FMEA**

# Gli strumenti della gestione del rischio

## Lavoro di gruppo 2

### Obiettivo

Sperimentare l'utilizzo della scheda di Incident reporting

### Modalità di sviluppo

- In gruppo, individuare tre accadimenti realmente avvenuti
- Compilare tre schede di Incident reporting
- Presentare i risultati

### Tempo

30 minuti

# Indice

---

1	Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro
2	La gestione del rischio
3	Gli strumenti della gestione del rischio
<b>4</b>	<b>Modalità operative per una efficace applicazione dell' Incident reporting</b>
5	La gestione per processi
6	Le aree di rischio
7	Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety
8	Le attività da svolgere e i prossimi passi



### 1. Compilare la scheda di IR in gruppo

Le esperienze condotte in ambito nazionale hanno dimostrato che l'efficacia della compilazione delle schede di IR si accresce quando:

- Non si lasciano "soli" gli operatori davanti ad una scheda di Incident Reporting ma sono aiutati nella descrizione degli accadimenti e nella loro analisi.
- Si genera fiducia nel personale che le segnalazioni sono effettivamente prese in considerazione ed affrontate per "risolvere" il problema, per fare in modo cioè che gli accadimenti non si ripetano.
- Sono prese in considerazione le esperienze di tutti coloro che operano in un processo assistenziale, dato che ciascuno nella multi professionalità dei trattamenti può vedere accadimenti che non tutti possono incontrare.





## 2. Fissare periodicità e scadenze

Al fine di avviare e consolidare nel tempo la compilazione degli Incident Reporting come strumento *"routinario"* nella gestione del rischio clinico e nella sua riduzione è necessario:

- Fare in modo che la raccolta delle segnalazioni entri nella pratica abituale tra gli operatori (come già è oggi in molti ambiti la *"discussione dei casi"*).
- All'avvio del processo di registrazione degli Incident Reporting, condurre riunioni/incontri settimanali, che rendano *"familiare"* lo strumento al personale della Struttura.
- Dopo un primo periodo di almeno due mesi è possibile modificare le scadenze degli incontri che non devono mai essere meno di uno al mese



### 4. Indicazioni sulle modalità di svolgimento degli incontri

Dovrebbe essere individuato un "conduttore della riunione" ovvero un referente per ogni Struttura, che ha il compito di

- Presentare gli obiettivi della riunione ed il tempo previsto per la sua conclusione.
- Raccogliere tutte le segnalazioni emerse e riportarle in modo sintetico ma chiaro su un foglio di riepilogo (può essere un "quaderno" di appunti personale).
- Guidare il gruppo nel definire quali sono le segnalazioni che rientrano nella categoria degli Incident Reporting
- Decidere quali accadimenti trattare nell'incontro ed eventualmente quali in un incontro successivo.
- Descrivere gli accadimenti nelle schede di Incident Reporting: è più importante la corretta compilazione dell'IR che il numero di IR elaborati

## Gli strumenti della gestione del rischio

---

### Lavoro di gruppo 3

#### Obiettivo

Individuare i momenti in cui attivare la raccolta delle segnalazioni di Incident reporting

#### Modalità di sviluppo

- A giro d'aula individuare, per ogni Struttura, i «momenti» in cui potrebbe essere inserito un momento di analisi e condivisione delle segnalazioni di Incident reporting
- Presentare i risultati

#### Tempo

30 minuti

# Indice

---

1	Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro
2	La gestione del rischio
3	Gli strumenti della gestione del rischio
4	Modalità operative per una efficace applicazione dell' Incident reporting
<b>5</b>	<b>La gestione per processi</b>
6	Le aree di rischio
7	Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety
8	Le attività da svolgere e i prossimi passi

# La gestione per processi

## La relazione tra **attività** e **rischio**

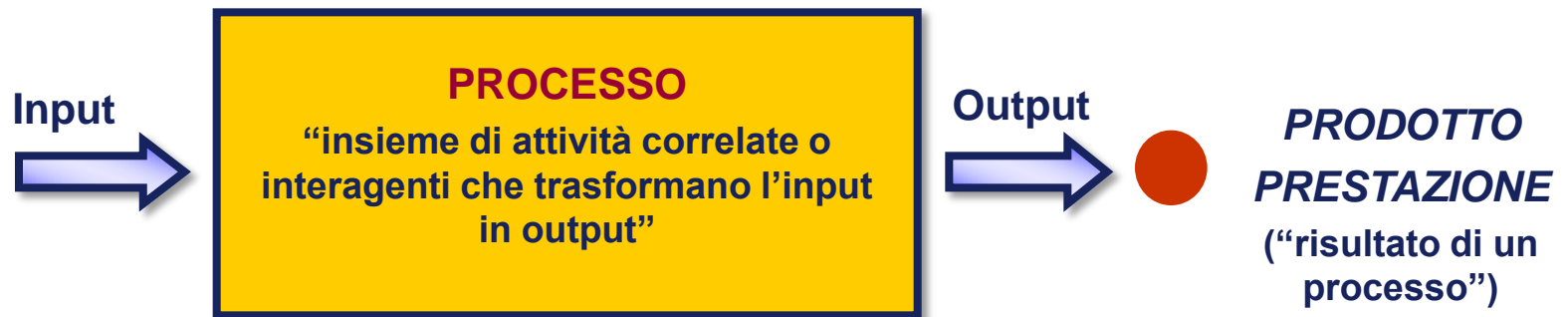


# La gestione per processi



## Approccio per processi

Un risultato si ottiene più efficacemente quando tutte le risorse e le attività sono gestite come un processo

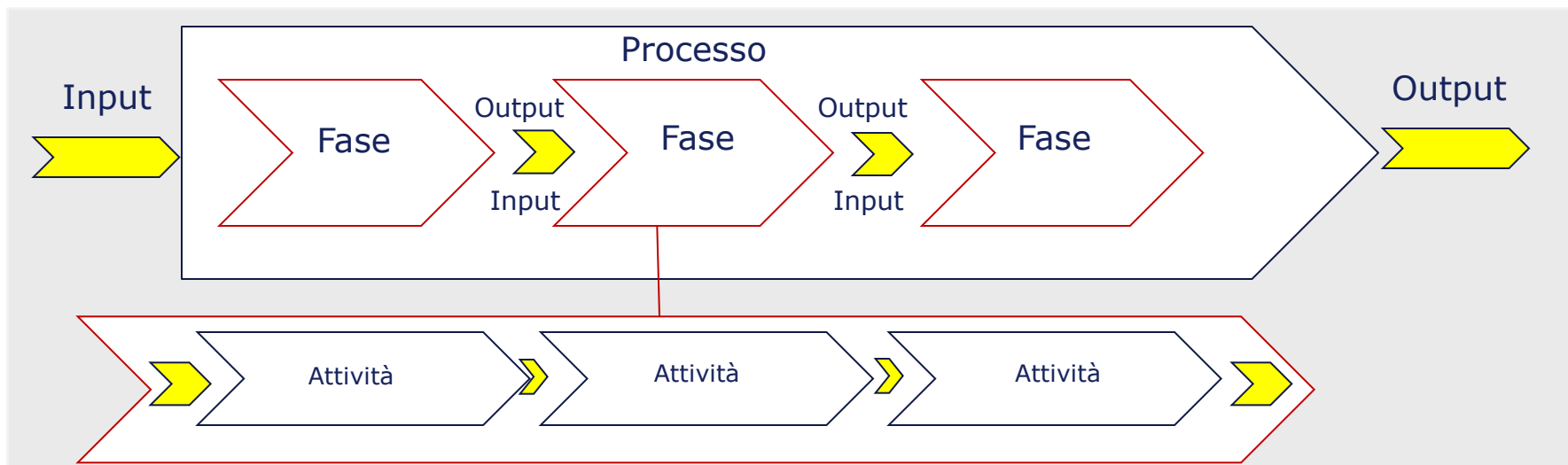


**LO SCOPO DEL PROCESSO È QUELLO DI AGGIUNGERE VALORE**

### **Procedura**

Modo specificato (verbale o scritto) per svolgere un'attività o un processo

## La gestione per processi



**Processo:** Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata (input) in elementi in uscita (output).

**Fasi:** "Parti" che nel loro insieme formano il processo e sono costituite da attività.

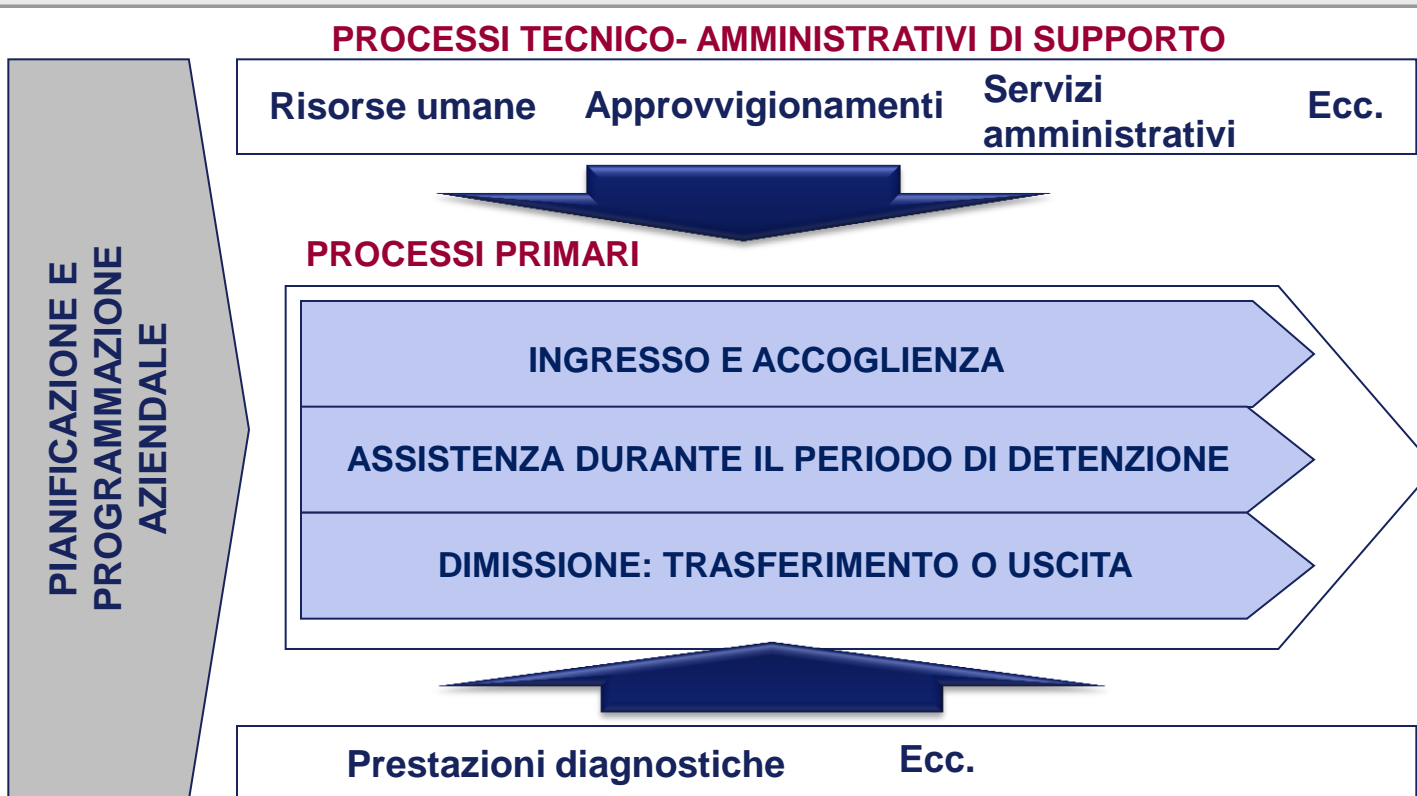
**Attività:** Modalità di dettaglio per la descrizione dello svolgimento di una fase.

**Procedura:** Modo specificato per svolgere un'attività o un processo.



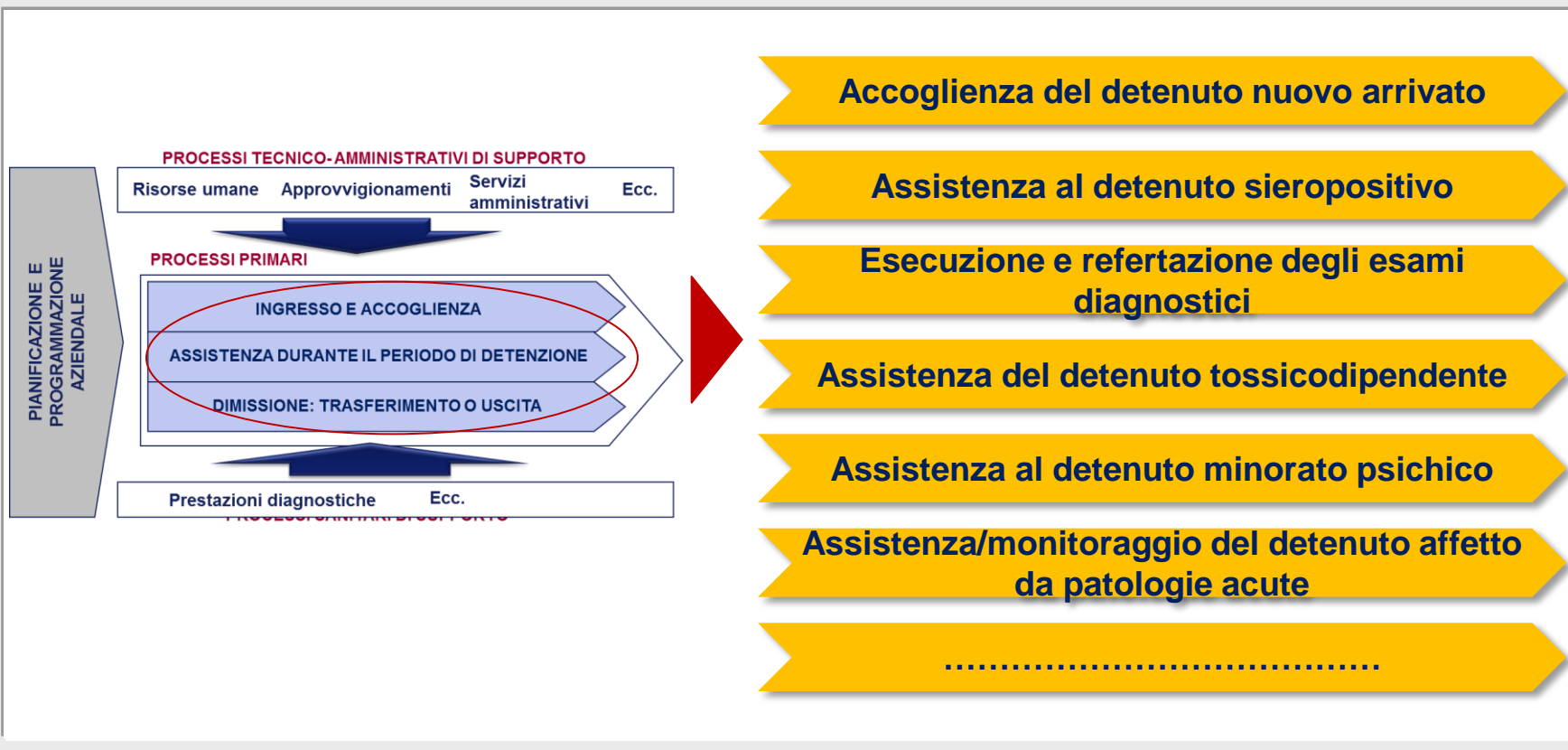


## Una visione dei processi «macro»





## Una visione dei processi «micro»



# Indice

---

1	Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro
2	La gestione del rischio
3	Gli strumenti della gestione del rischio
4	Modalità operative per una efficace applicazione dell' Incident reporting
5	La gestione per processi
<b>6</b>	<b>Le aree di rischio</b>
7	Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety
8	Le attività da svolgere e i prossimi passi

### Processi critici

Sono i processi identificati dall'organizzazione, dove sono presenti attività e/o condizioni di lavoro che possono generare un rischio per il detenuto



## Processi critici



# Gli strumenti della gestione del rischio

## Lavoro di gruppo 4

### Obiettivo

Individuare i processi critici degli Istituti di pena in ambito sanitario

### Modalità di sviluppo

- Ogni Struttura individua 2 o 3 processi a livello «micro» in ambito sanitario che possono ricadere nella definizione di «Processi critici»
- Presentare i risultati

### Tempo

30 minuti

# Indice

---

1	Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro
2	La gestione del rischio
3	Gli strumenti della gestione del rischio
4	Modalità operative per una efficace applicazione dell' Incident reporting
5	La gestione per processi
6	Le aree di rischio
<b>7</b>	<b>Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety</b>
8	Le attività da svolgere e i prossimi passi

## Indagine sul sistema di gestione della Patient Safety negli Istituti di Pena della RER

### Istruzioni

L'indagine chiede il vostro parere sul grado di sviluppo e implementazione del sistema di gestione della patient safety presso l'Istituto di pena in cui lavorate. La compilazione del questionario richiede circa 40 minuti.

Nome dell'Istituto di Pena in cui operate: \_\_\_\_\_



- Un "evento" si definisce come qualunque evento avverso di qualsiasi natura o gravità, un possibile errore o criticità che non hanno arrecato danni al detenuto e gli incidenti potenziali che non si sono verificati poiché fortunatamente intercettati.
- Si definisce evento clinico maggiore:
  - gli eventi sentinella (classificazione ministeriale)
  - ogni evento indesiderato che causa morte o grave danno al detenuto, non correlato al naturale decorso clinico della malattia in controllo terapeutico
  - ogni evento indesiderato di tipo clinico dal quale è derivato un interesse medico
  - eventi critici classificati dall'Amministrazione Penitenziaria: manifestazioni con cui le persone detenute esprimono sofferenze e disagi dovuti a fattori caratterizzanti la detenzione e registrati dalla Amministrazione Penitenziaria che possono avere un interesse specifico per il servizio sanitario dell'Istituto di pena
- "Patient Safety" si definisce una strategia di prevenzione e trattamento del rischio clinico applicata processi assistenziali forniti negli Istituti di pena.



## Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety

Per ogni domanda vi viene richiesto di esprimere una valutazione secondo la seguente scala:

Valore assegnato	Significato della valutazione
<b>NO</b>	Il requisito non è posseduto. A tutt'oggi l'argomento non è stato preso in considerazione.
<b>no</b>	La decisione di impegnarsi sull'argomento è già stata presa. L'Organizzazione si sta attrezzando per soddisfare quanto richiesto dal requisito. L'argomento è stato discusso o esistono decisioni e progetti scritti sul come affrontarlo o esiste un progetto in fase di sviluppo, di sperimentazione. Esistono prassi consolidate.
<b>sì</b>	Solo una parte del criterio è realizzata, o la realizzazione non è completa. Esistono prassi consolidate e parzialmente documentate.
<b>SI</b>	Il requisito è posseduto pienamente e la documentazione relativa è in ordine.

In questa indagine vi si chiede di rispondere pensando esclusivamente all'organizzazione del lavoro in cui siete inseriti.

Si prega di indicare la vostra valutazione sulle seguenti affermazioni riguardanti l'istituto di pena in cui operate



**Un questionario per Struttura**



**Il questionario non è anonimo ma riporta il nome della Struttura che lo ha compilato**

## Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety

### Applicazione del questionario

#### Obiettivo

Individuare il grado di sviluppo e di implementazione del sistema di gestione della patient safety presso gli Istituti coinvolti

#### Modalità di sviluppo

- Suddivisione dei partecipanti in team (per Struttura di appartenenza)
- Ogni team compila il questionario raccogliendo i pareri e le impressioni di tutti i partecipanti
- Consegna dei questionari

#### Tempo

1h 45' minuti

# Indice

---

1	Obiettivo del progetto e obiettivo dell'incontro
2	La gestione del rischio
3	Gli strumenti della gestione del rischio
4	Modalità operative per una efficace applicazione dell' Incident reporting
5	La gestione per processi
6	Le aree di rischio
7	Esecuzione della survey sulle procedure di patient safety
<b>8</b>	<b>Le attività da svolgere e i prossimi passi</b>

### Attività da portare avanti fino al prossimo incontro

- Ogni Team, coordinato dal proprio Team leader, applica la Scheda di Incident reporting e raccoglie eventuali spunti di modifiche/integrazioni
- In occasione del prossimo incontro, il Team porta le schede di Incident reporting compilate



### Nel prossimo incontro

- Analisi congiunta delle segnalazioni di incident reporting e raccolta di eventuali spunti per modifiche/integrazioni alla scheda
- Sviluppo della mappatura dei processi ai fini della individuazione dei processi che saranno oggetto di applicazione della FMEA

# Test di valutazione

## Progetto PRISK

### Corso Survey procedure di Patient Safety negli Istituti di Pena

I° edizione Bologna 9 aprile 2013

II° edizione Parma 18 aprile 2013

#### Valutazione

Nelle pagine seguenti sono elencate 5 domande a risposta multipla con una sola risposta corretta.

NOME E COGNOME DEL DISCENTE

---

1. Per evento si intende:
  - o Il danno causato da un trattamento sanitario
  - o L'accadimento che aveva la possibilità di dare un danno o lo ha dato
  - o Un fatto sporadico con impatto sul paziente
  - o Nessuna delle precedenti
2. Il rischio clinico in quale dei contesti della sicurezza rientra?
  - o Sicurezza degli ambienti di lavoro
  - o Sicurezza del personale e dei pazienti
  - o Emergenze esterne (terremoti, ecc.)
  - o Sicurezza pazienti
3. Le fasi del processo di gestione del rischio sono:
  - o Analisi del rischio, identificazione, trattamento e monitoraggio dei risultati
  - o Identificazione, analisi del rischio, trattamento, monitoraggio e valutazione
  - o Dipendenti dalle dimensioni dell'organizzazione
  - o Guidate dalla struttura degli Incident reporting raccolti
4. Quale tra le seguenti è la domanda da porsi per determinare il rischio?:
  - o Perché può accadere il rischio?
  - o Quali sono le cause che lo possono determinare?
  - o Cosa può accadere dell'esecuzione dell'attività?
  - o Quali sono le conseguenze che possono essere generate qualora il rischio dovesse accadere?
5. Per strumenti previsionali si intendono quelli che:
  - o Partono dall'evento che è avvenuto e consentono di analizzarne le cause
  - o Partono dall'evento che è avvenuto, ne analizzano le cause e consentono di attivare azioni di miglioramento
  - o Prendono in considerazione l'evento che potrebbe avvenire e consentono di attivare azioni preventive
  - o Sono proposti dalla Direzione