



**L'APPROFONDIMENTO DI SHAM E RAVINALE
SUL RISK MANAGEMENT NEL SETTORE SANITARIO**

SANITÀ 360° – SETTEMBRE 2018

INDICE

1. CARTORISK SHAM: GLI OPERATORI SANITARI FANNO LA DIFFERENZA NELLA PREVENZIONE	pag. 4
2. LA GESTIONE DEL RISCHIO: IL NUOVO ORIZZONTE DELL'ASL TO4	pag. 6
3. ALLA SCOPERTA DEI PROGETTI DEL PREMIO SHAM 2017 (VI PARTE)	pag.10
4. AI CONFINI DEL RISK MANAGEMENT: DISABILITÀ INTELLETTIVA E MAPPA DEL RISCHIO INDIVIDUALE	pag. 14
5. I RISULTATI DI CARTORISK: DAL PRONTO SOCCORSO ALLA DECONTAMINAZIONE DELLO STRUMENTARIO CHIRURGICO	pag. 18

L'EDITORIALE

CARTORISK SHAM: GLI OPERATORI SANITARI FANNO LA DIFFERENZA NELLA PREVENZIONE

Sham è una Mutua assicurativa che **affianca attivamente le strutture sanitarie** associate - sia nel pubblico che nel privato - al fine di mappare e ridurre il rischio clinico. Per farlo si serve di uno **strumento pratico e facilmente applicabile** in ogni contesto sanitario: **CartoRisk**.

CartoRisk è un metodo di lavoro articolato che prevede la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e che ha come scopo l'analisi dei principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie misurando quantitativamente e qualitativamente il rischio a priori, l'efficacia delle barriere utilizzate e l'entità del rischio residuo da gestire. Fatto questo - e solo dopo - **sarà possibile sviluppare interventi mirati** che andranno a monitorare e ridurre il rischio residuo, migliorando la sicurezza delle cure, dei pazienti e degli operatori mettendo a frutto sul campo, assieme ai professionisti sanitari, **90 anni di esperienza in questo settore** accumulata dal Gruppo Sham.

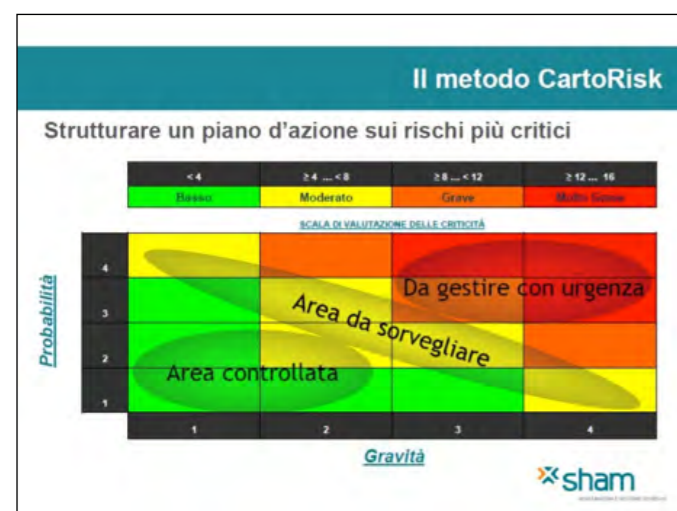
Mappare il rischio a priori è importante perché **solo analizzando ogni singolo passaggio** di un percorso di cura si può capire come migliorare l'intero processo prima che si verifichi un evento avverso. Ed è altrettanto importante che ad incaricarsi di questa mappatura siano gli stessi medici, infermieri, tecnici e operatori sanitari che, quel processo, lo vivono ogni giorno. La prevenzione in Sanità, infatti, è un oceano fatto di tantissime gocce. **CartoRisk funziona** perché permette agli operatori sanitari di visualizzare graficamente dove si annida la possibilità di errore: **l'anello debole della loro attività quotidiana**. Il ruolo dei Risk Manager, non è quello di "teorizzare" azioni e modi per la gestione del rischio, ma di ascoltare gli attori del processo di cura, compreso il paziente, raccogliendo, nel

linguaggio e dal punto di vista dei reparti operativi, tutti i dati e le informazioni che riguardano le attività specifiche, misurarle, tracciarle e restituirne piani di miglioramento realizzabili e condivisi. Una volta che gli operatori hanno imparato ad applicare il metodo, possono farlo in autonomia ragionando su tutti i processi che vogliono rendere più sicuri.



Come funziona. CartoRisk permette di dividere ogni percorso di cura nei suoi processi e sottoprocessi fondamentali. **Ogni azione diviene un passaggio**; di ogni passaggio si misura, quantitativamente, il rischio a priori (cioè prima che si verifichi un evento avverso) sulla base della probabilità di accadimento (frequenza) del rischio e del danno potenziale che può provocare (gravità). Questa mappa viene tracciata da tutti i membri dell'equipe coinvolti, collegialmente, **perché tutti sono protagonisti nel processo oggetto di analisi**. Lo stesso si fa, in un secondo passaggio, con riferimento alle barriere che

si utilizzano all'interno del reparto/struttura per contenere i rischi. Sono efficaci? Sono adatte al tipo di rischio? Possono essere migliorate? Queste sono le domande alle quali tutti sono chiamati a rispondere. Alla fine dell'analisi, quello che emerge è un quadro sintetico e di facile lettura: la **raffigurazione grafica del rischio**.

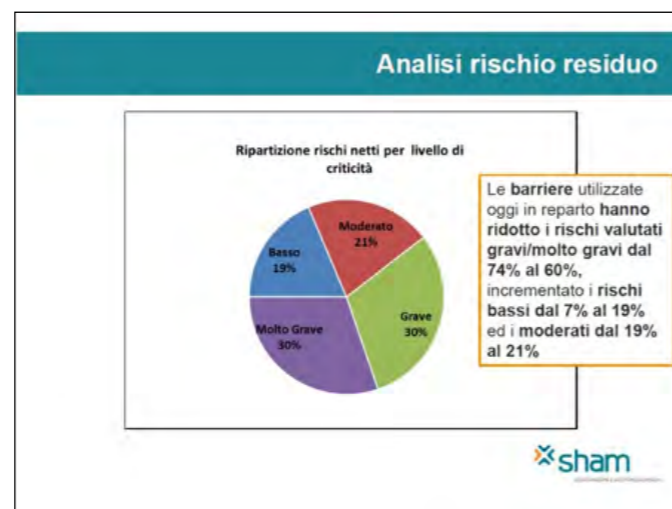


CartoRisk è uno strumento potente perché **stimola gli operatori ad agire**: attraverso la mappatura gli operatori possono cambiare i comportamenti adottati, possono fare la differenza. La loro consapevolezza cresce, come cresce la loro appropriatezza **nell'evidenziare alla Direzione l'opportunità** di eventuali interventi migliorativi, misurati e ben circoscritti. Gli ultimi due passaggi del metodo Sham CartoRisk, in-

fatti, permettono di sottrarre al rischio a priori lordo misurato la robustezza delle barriere applicate, rilevando il rischio residuo: **il rischio sul quale si può e si deve intervenire**.

In questo numero di Sanità 360° raccontiamo, nell'intervista che segue e nella News3, diversi contesti nei quali questo metodo è stato applicato e i suoi risultati che spaziano dalla formazione sul campo nell'ASL TO 4 a variazioni procedurali per la decontaminazione dello strumentario chirurgico al PTV Roma. Ognuno è un piccolo passo, ma è grazie a centinaia di **piccoli passi di prevenzione** come questi che le cure possono diventare ogni giorno più sicure.

Anna Guerrieri
Risk Manager Sham



LA GESTIONE DEL RISCHIO: IL NUOVO ORIZZONTE DELL'ASL TO4 CHIVASSO - CIRIE'- IVREA

L'Asl TO4 - 500 mila abitanti assistiti in Regione Piemonte - compie un passo di fondamentale importanza per la sicurezza delle cure: il Risk Management mette in campo un progetto teso a mappare, grazie all'esperienza sul campo maturata dai propri professionisti, i rischi potenziali insiti nei percorsi di cura. Sullo sfondo la grande trasformazione della legge Gelli - Bianco che ha elevato la prevenzione a prerequisito delle cure nella quale l'errore non è più una colpa da assegnare ma un problema da affrontare in maniera sistematica e scientifica.

L'Asl TO4 ha dato il via ad una serie di **corsi ECM** accreditati presso il Ministero della Salute e pianificati per tutto il 2018. La formazione è diretta a medici, infermieri e operatori socio-sanitari dei Presidi Ospedalieri dell'azienda che procederanno all'analisi preventiva dei rischi attraverso lo studio dei cinque processi identificati a maggior rischio dalla letteratura: il percorso del farmaco, il processo di identificazione della persona assistita e il suo percorso nei tre ambiti della Chirurgia, Ostetricia ed Emergenza/Urgenza.

La novità dell'approccio inizia dal titolo del corso: "La mappa del rischio parte dagli operatori sanitari". Non si tratta, infatti, solo di lezioni frontali ma di un vero e proprio **"addestramento sul campo"** nel quale sono i professionisti e gli operatori sanitari a ricostruire la loro quotidianità utilizzando uno strumento che permette di analizzare processi e sotto-processi in maniera pro-attiva: ovvero andando alla ricerca dei rischi latenti per evitare che possa accadere realmente un evento avverso. "Quello che offriamo agli operatori è un metodo - **spiega Anna Guerrieri, Risk Manager della Mutua Sham** - e questo metodo, una volta appreso, può essere applicato in qualsiasi setting assistenziale".

Il metodo in questione è quello di Sham CartoRisk (link) che permette di individuare tutte le azioni connesse ad un procedimento sanitario e analizzarle singolarmente. Ogni azione - o la mancata azione - comporta un rischio e questo rischio viene **quantificato numericamente** sulla base della frequenza/probabilità e della gravità delle conseguenze. In questo modo è **possibile calcolare** il rischio cosiddetto lordo nonché l'efficacia delle barriere innalzate dall'organizzazione per contenerlo, in tal modo è possibile evidenziare il rischio netto che risulta ancora presente dopo la loro applicazione.

La differenza fondamentale di questo approccio è che **trasferisce la prevenzione del rischio, che potrebbe sembrare del tutto teorica, alla pratica clinico-assistenziale quotidiana** del personale di reparto: si parla delle loro azioni, dei loro processi, delle interazioni tra diverse specialità e strutture. In definitiva, dei loro problemi e delle loro sfide quotidiane. È per questo che, fin dal secondo giorno del corso, **sono i professionisti sanitari a disegnare la mappa del rischio: CartoRisk** non è solo un metodo sul quale basare le strategie di prevenzione ma è anche lo strumento più efficace, a disposizione di medici, infermieri e operatori sanitari, per dimostrare cosa si può cambiare a livello clinico, amministrativo e organizzativo chiedendo che il miglioramento venga messo in atto. Infine, la quantificazione dei rischi e il monitoraggio, ad intervalli regolari, è il mezzo attraverso il quale **chi lavora in un reparto può letteralmente 'vedere' il miglioramento** nella sicurezza delle cure del quale è stato artefice. La mappa del rischio, perciò, è molto più che uno strumento. È un nuovo modo di guardare alla sanità, di confrontarsi in équipe, di prendere delle decisioni collegiali. Anche dal punto di vista umano è gratificante perché previene, attraverso

la comunicazione, le incomprensioni che, nella quotidianità, nascono dal non avere abbastanza tempo per parlarsi.

Non da ultimo, mappare il rischio **rende partecipi gli operatori dell'enorme complessità**

connessa ad ogni singolo passaggio che riguarda le cure. "Se attraverso CartoRisk cominciamo a dividere in singole azioni un processo apparentemente semplice, come spostare un campione biologico da una struttura all'altra, ci



rendiamo conto che i passaggi sono tantissimi: i contenitori asettici, la temperatura durante il trasporto, le firme di presa in carico, la digitalizzazione della richiesta etc. **Prendere coscienza della complessità aiuta ad affrontarla.** Per esempio, aiuta il personale sanitario a dialogare con la direzione dell'Asl per richiedere interventi precisi". (L'ultimo in ordine di tempo è stata la proposta, nata dalla mappatura dei rischi, di prevedere nei futuri bandi di aggiudicazione di personale interinale (medici e infermieri), la certificazione di esperienza e competenza professionale per poter svolgere le attività nelle strutture sanitarie nelle quali sarà inserito).

"Tutto questo" spiega Vincenza Palermo - medico legale e direttore della Struttura Complessa Risk Management dell'Asl TO4 "si cala in uno scenario che negli ultimi anni ha visto importanti interventi normativi a partire dalla legge finanziaria del 2016 (Legge 28.12.2015, n.208), che ha reso obbligatorio attivare un'adeguata funzione di gestione del rischio sanitario nelle Aziende Sanitarie per promuovere l'appropriatezza dell'assistenza prestata ai cittadini, ridurre il fenomeno della medicina difensiva e garantire la sostenibilità del sistema sanitario nazionale.

Con la successiva Legge 8 marzo 2017 n.24 (c.d. legge Gelli), la sicurezza delle cure è divenuta parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività così come sancito dall'art. 32 della Costituzione.

I programmi per lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari in termini qualitativi sono dunque indispensabili per evitare che il danno, l'errore, l'evento infausto o imprevisto, da sempre considerati quale colpa del professionista, possano divenire invece strumento delle Aziende Sanita-

rie per risolvere il problema in modo sistematico e scientifico.

Conoscere, identificare, saper affrontare gli eventi avversi e prevenire i rischi in sanità diviene un imperativo per gli operatori e per il sistema nel suo complesso, divenendo un obiettivo da perseguire in ogni momento della loro attività.

La mappatura del rischio mediante la raccolta e l'analisi d'informazioni quantificabili - effettuata dall'Asl TO4 attraverso lo strumento di analisi CartoRisk di Sham Italia - è il primo passo per realizzare questo obiettivo. Lo sviluppo della cultura della prevenzione del rischio, unitamente all'impegno costante degli operatori sanitari ad analizzare i processi clinico-assistenziali, ha quale fine quello di quantificare il rischio e mettere in atto una serie di azioni migliorative per ridurlo. Il nostro obiettivo, attuato anche attraverso un corso di formazione sul campo, è **indurre un cambio di mentalità nei professionisti sanitari i quali, utilizzando la mappatura dei rischi che loro stessi hanno contribuito ad identificare, possano mettere in campo nella pratica clinica un *modus operandi* corretto e secondo buone prassi:** l'analisi di tutti i processi, di tutti i rischi, delle barriere che si erigono per contrastarli e degli interventi da proporre per affrontarli possono e devono divenire **un *habitus mentale***; un automatismo che deve essere parte integrante dell'attività quotidiana.

I Presidi Ospedalieri d'Ivrea, Chivasso e Ciriè hanno aperto la strada nella Regione e, dal mese di ottobre, tutte le altre Aziende Sanitarie del Piemonte, sulla scorta dell'esperienza positiva dell'Asl TO4, adotteranno lo stesso approccio a partire dalla valutazione pro-attiva dei rischi inerente il percorso della persona assistita in ostetricia".

ALLA SCOPERTA DEI PROGETTI DEL PREMIO SHAM 2017 (VI PARTE)

Continua il viaggio di Sanità 360° tra i **progetti del Premio Sham 2017** focalizzati sulla prevenzione del rischio in sanità. Uno spazio di informazione pensato da Sham Italia per far conoscere le buone pratiche a livello nazionale e far crescere la consapevolezza attorno alla gestione del rischio e ai suoi strumenti migliori.

ARNAS CATANIA: Monitoraggio della corretta applicazione del PDTA frattura del femore e revisione del modello organizzativo.

Descrizione progetto: Presso l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione **Garibaldi di Catania** è stata elaborata, redatta ed implementata **una check list per il monitoraggio della corretta applicazione del PDTA della frattura del femore**, rappresentante la declinazione delle azioni da fare o da verificare per eseguire correttamente il percorso diagnostico-assistenziale per i pazienti ultrasessantacinquenni **affetti da frattura del collo del femore**.

Utilizzando la banca dati ospedaliera è stato estratto il campione oggetto di studio, ovvero l'elenco delle **110 cartelle cliniche dei pazienti, over 65**, giunti con prima diagnosi di frattura del femore nel periodo gennaio-giugno 2017. Tale documentazione è **stata oggetto di studio con applicazione di una check list elaborata e redatta ad hoc**, contenente le varie fasi del percorso, declinati in indicatori specifici con relativi target.

L'audit ha evidenziato una buona adesione al percorso diagnostico assistenziale per i pazienti over 65 in relazione al coinvolgimento multidisciplinare medico, mentre appare ottimizzabile l'attenzione agli aspetti inerenti i bisogni fisiologici di alcuni pazienti.

Check list valutazione multidimensionale paziente con frattura al femore U.O Ortopedia P.O. Garibaldi Centro		
ASPETTI ASSISTENZIALI	ELEMENTI DI CONTROLLO ED INDICATORI	RESPONSABILITA'
Alterazioni Ritmo Cardiaco	Monitoraggio ECG	Anestesista e Cardiologo
Sospensione Ter. Anticoagulante x 03	corretta anamnesi in CC	Anestesista
Prevenzione tromboembolismo venoso	Scheda TEV	Cardiologo e Ortopedico
Insufficienza respiratoria e Sat.O2	Monitoraggio Routinario Sat.O2	Anestesista
Profilassi Antibiotica	Prescrizione medica IN STU	Ortopedico
Gestione ulcere da pressione	Val.Stato nutriz.,(PESO e BMI) e dati laboratorio in CC	Team
Gestione del dolore	Monitoraggio paziente e schede dolore	Anestesista
Equilibrio idroelettrico	Idratazione e val.dat laboratorio in CC	Team
Squilibrio glicometabolico	Monitoraggio glicemia e terapia	Team
Valutazione e gestione delirium	Controllo Fattori di rischio: elettroliti, dolore, ipossia, etc farmaci in STU	Team
Costipuzione e ileo paralitico	Monitoraggio Alvo E terapia in STU	Team
Monitoraggio Hb e piastrine	Sia nel pre- che nel post- intervento in CC	Ortopedico
Terapia e supporto trasfusionale	Determinazione TS - Type screen	Team
% Pazienti con carico precoce entro le 48h	Valutazione in CC multidisciplinare	Ortopedico e Fisioterapista
% pazienti verticalizzati entro le 48h	Valutazione in CC multidisciplinare	Ortopedico e Fisioterapista

Figura 1 Check List

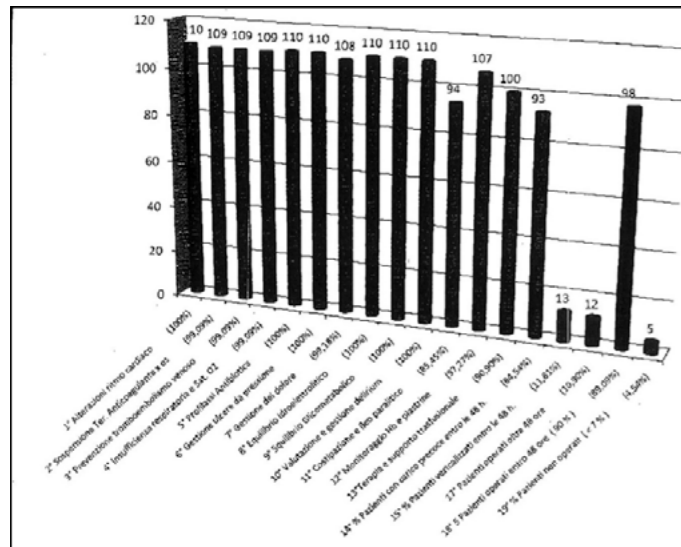


Figura 2 Esiti dell'Audit

ASL 2 LIGURIA/DIPARTIMENTO IMMAGINI - Protezione di pazienti femmine (italiane/straniere) in età fertile che devono eseguire esami diagnostici, al fine di scongiurare l'irraggiamento indebito del feto, attraverso la predisposizione di un'istruzione dipartimentale, con opportuna segnaletica e adeguata modulistica multilingue.

Descrizione progetto: Premesso che a tutte le pazienti in età fertile (14-50 anni) viene chiesto di dichiarare un eventuale stato di gravidanza prima di ogni esame diagnostico con raggi X, tuttavia un numero esiguo, ma non nullo di queste scopre di essere in gravidanza successivamente all'esecuzione dell'esame e si rivolge al reparto per richiedere a posteriori una stima di dose al feto.

Ciò può succedere perché la donna ignora il suo stato, ma potrebbe succedere anche perché non comprende il significato della dichiarazione prima dell'esame. Il numero dei cittadini stranieri residenti presso i comuni di Savona e

Cairo Montenotte negli ultimi dieci anni è cresciuto passando da circa il 5 al 10 per cento, con una leggera prevalenza di residenti femmine rispetto ai maschi (51%). Analogamente è aumentato il numero di utenti stranieri presso i nostri ospedali: tra questi, in particolare, il numero di pazienti straniere femmine in età fertile (14-50 anni) coinvolte nel progetto è passato da circa l'8 al 18%. Si è sentita quindi la necessità di mettere in atto ulteriori mezzi di prevenzione con una adeguata cartellonistica e opportuni moduli di consenso.

Si è quindi proceduto a redigere e mettere in atto l'istruzione operativa dipartimentale denominata "IQD 102 - Dose pazienti in gravidanza per esami di radiodiagnostica convenzionale e TAC (dose al feto)", condiviso a livello dipartimentale e distribuito entro tutti i presidi, in particolar modo nei Pronto Soccorso.

La Rev. 5 del febbraio 2017 del documento, vista la crescente attenzione nei riguardi del paziente straniero, ha introdotto la Cartellonistica multilingue.



ASL ASTI - IL PAZIENTE FRAGILE E IL PASSAGGIO DA OSPEDALE A TERRITORIO: l'identificazione dei bisogni assistenziali con presa in carico personalizzata presso il servizio di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria, una "struttura ponte" che fornisce risposte personalizzate favorendo l'empowerment di paziente e caregiver, per un rientro a domicilio in sicurezza e autonomia.

Descrizione progetto: L'Ufficio Qualità dell'ASL AT di Asti ha avviato un progetto mirato a indagare il bisogno di continuità assistenziale dei pazienti ricoverati presso reparti per acuti del Presidio Ospedaliero. Inoltre, in considerazione del fatto che una precoce ed esaustiva valutazione dei bisogni del paziente consente di intercettare tempestivamente le aree di fragilità, di misurare la severità dei problemi emersi e di individuare con precisione gli ambiti di intervento, si è deciso di verificare se lo strumento in uso presso la nostra realtà ai fini della individuazione delle fragilità (**Blaylock Risk Assessment Screening Score, da qui in avanti BRASS**) consenta una diagnosi esaustiva dei bisogni e delle aree di intervento.

Si è previsto di effettuare l'indagine entro 6 mesi, suddividendola in 3 successive fasi:

1° fase: indagine prospettica con fotografia del bisogno assistenziale dei pazienti ricoverati presso 5 reparti di degenza che registrano una maggiore incidenza di dimissioni difficili.

2° fase: indagine presso il CAVS - Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria - con analisi delle fragilità del campione giunto al servizio, delle risposte erogate e delle modalità di dimissione.

3° fase: valutazione del grado di soddisfazione dei pazienti afferiti al CAVS rispetto alla risposta ricevuta e alle abilità raggiunte.

La scala Blaylock Risk Assessment Screening Score è uno strumento strutturato per la pianificazione della dimissione dei pazienti con età superiore a 65 anni a rischio di ospedalizzazione prolungata e dimissione difficile. Gli items della scala indagano le abilità del paziente, il grado di autonomia funzionale e cognitiva, la presenza / necessità di supporto nello svolgimento delle abituali attività quotidiane. La sua compilazione richiede pochi minuti e non necessita di un addestramento specifico. Inoltre, consente di individuare particolari aree funzionali maggiormente compromesse e le risorse socio familiari compensative disponibili. Si tratta di una scala con buona sensibilità e ancor maggiore specificità. Il punteggio finale varia da 0 a 40 ed è direttamente proporzionale alla intensità di rischio laddove: da 0 a 10 si individua la presenza di una disabilità molto limitata che non necessita di particolare pianificazione della dimissione, da 11 a 20 si rileva una situazione di moderato rischio e la necessità di attivare eventuali servizi territoriali. Punteggi superiori a 20 identificano situazioni complesse che necessitano di supporto temporaneo o definitivo anche presso istituti assistenziali specifici.

In conclusione, questa metodologia avrebbe permesso di verificare se: gli strumenti attualmente in uso intercettassero in maniera corretta i pazienti fragili e gli ambiti assistenziali di maggior fragilità; se le criticità evidenziate venissero misurate nella maniera adeguata; se la risposta ai bisogni sia congruente, efficace ed esaustiva.

Di conseguenza, la stessa metodologia avrebbe permesso di verificare se le modalità di governo clinico adottate presso la struttura potessero effettivamente determinare una riduzione dei rischi correlati ad una gestione inadeguata del paziente fragile; e, quindi, identificare e pianificare le eventuali azioni correttive per un potenziamento delle tecnologie in uso.

È emerso che più della metà dei pazienti inclusi nello studio (52,4%) aveva necessità di ulteriore assistenza in risposta ad uno stato di fragilità determinato da condizioni intrinseche cliniche o da situazioni estrinseche familiari e sociali.

La ricerca ha evidenziato che la scala di BRASS già in uso consente di intercettare pressoché la totalità dei pazienti a rischio di dimissione difficile, ma la valutazione riferita alle condizioni precedenti il ricovero non permette di focalizzare gli ambiti di autonomia compromessi sui quali pianificare l'attività assistenziale, formativa ed educativa mirate al recupero delle condizioni precedenti il ricovero. Si è quindi proposta l'effettuazione di una seconda valutazione con scala di BRASS da effettuarsi poco prima della dimissione riferendosi alle condizioni cliniche in prossimità della dimissione stessa: il raffronto tra le due valutazioni effettuate consente di definire più precisamente gli ambiti compromessi sui quali intervenire maggiormente per il recupero dell'autosufficienza, e quindi di pianificare un

intervento educativo mirato in maniera ancora più specifica.

Il CAVS si è rivelato essere setting ideale per 2 tipologie di pazienti dimessi da ricovero in acuzie:

1. per pazienti che richiedono uno svezamento dall'ospedale ed una autonomizzazione nella gestione della patologia (o di eventuali dispositivi)
2. per pazienti che presentano una situazione di supporto familiare/sociale precario e che, in seguito all'evento acuto, avrebbero difficoltà nella gestione del quotidiano con rischio di ricadute importanti a livello del singolo e sociale

Presso questa struttura "ponte" tra ospedale e territorio i pazienti si sentono "accompagnati" e tutelati nel loro percorso verso il rientro a domicilio e riacquistano molto più facilmente l'autonomia.

AI CONFINI DEL RISK MANAGEMENT: DISABILITÀ INTELLETTIVA E MAPPA DEL RISCHIO INDIVIDUALE

Quando le persone assistite soffrono di una combinazione di patologie quali i deficit cognitivi con associazione di disturbi comportamentali e disabilità fisiche e/o sensoriali, chi si occupa di gestione del rischio non ha strade già pronte: deve tracciare la propria. Il Direttore Sanitario Maria Cardarelli racconta l'esperienza dell'Istituto San Giovanni di Dio, a Genzano di Roma, dove la prevenzione si calibra su ogni singolo ricoverato.

Presso l'Istituto San Giovanni di Dio, a Genzano di Roma, a nessun infermiere viene affidata la responsabilità di un turno di notte prima di aver fatto **due interi mesi di affiancamento**. La struttura, infatti, presenta diversi setting assistenziali per i suoi 230 posti letto ma, in particolar modo, si concentra su persone affette **da disabilità intellettiva spesso associata ad una disabilità fisica e/o sensoriale**. Uno spettro di condizioni patologiche per affrontare le quali è necessario imparare a compensare le diverse tipologie di rischio, mantenendo un equilibrio delicato sul piano farmacologico, nella scelta d'equipe all'approccio più adeguato e nel forgiare un'alleanza terapeutica con le famiglie degli assistiti. Per questo ogni singolo ricoverato necessita di una gestione *ad hoc* molto personalizzata in funzione dei suoi bisogni e del contesto di provenienza. Le circa 120 persone assistite nell'RSA sono, infatti, per il **100 per cento** affette da **ritardo mentale** grave e medio-grave e, sempre per il **100 per cento**, da **disturbi del comportamento**. "Non sono autosufficienti - spiega il Direttore Sanitario, la **dottorssa Maria Cardarelli**, sono tutte anziane, nella metà dei casi **soffrono di disabilità fisiche** che peggiorano con il tempo e, in un caso su 5, **sono ammalate di epilessia**". Per quanto

riguarda la complessità assistenziale, il quadro non è sostanzialmente diverso nei 20 posti letto della RSA dedicata ai soggetti affetti da **demenze neurologiche** (dall'Alzheimer alle demenze vascolari) né lo è nei 40 posti letto del Presidio di riabilitazione funzionale dedicato alle disabilità intellettive, dove, però, **il rischio di reazioni violente è maggiore**, perché l'età dei ricoverati è, in media, più giovane.

"Le cause della disabilità intellettiva e dei disturbi comportamentali sono molto eterogenee - spiega la dottoressa Cardarelli. Possono derivare, per esempio, da patologie congenite o ereditarie, traumi da parto, incidenti stradali, schizofrenie residuali croniche, sindromi genetiche (es. Sindrome di Prader-Willi), tossicodipendenze residuali. Quasi tutti i casi, però, sono accumulati da **un deficit intellettivo da grave a lieve con associazione di diagnosi psichiatrica** e la pressoché totale impossibilità di essere accuditi a casa".

Mappare il rischio in questo scenario porta spesso a **tracciare un territorio che non è interamente coperto dalla letteratura in materia di sicurezza**. Non solo, molte delle sorgenti di rischio sono intrinseche alla condizione degli assistiti e le azioni volte alla prevenzione sono parzialmente efficaci. Inoltre, la contemporanea presenza di molteplici fattori di rischio determina la complessità di gestione. Ad esempio la **riduzione di una tipologia di rischio può influire negativamente** su altri fattori di rischio nello stesso paziente. Il rischio di aggressione, per esempio, in alcuni casi è elevato e il paziente è contemporaneamente a rischio di caduta. Una terapia farmacologica finalizzata a ridurre il primo può indurre un incremento del secondo e



viceversa. Non è sempre possibile raggiungere una compensazione sufficiente, tuttavia devono essere prese delle decisioni tenendo conto del rapporto beneficio/rischio, accettando i rischi residui che non possono essere eliminati e condividendo tale percorso con Amministratori di Sostegno e, ove possibile e spesso con difficoltà, con i familiari.

“La peculiarità delle persone ricoverate fa sì, perciò, che non tutte le Raccomandazioni Ministeriali siano applicabili nel nostro contesto. In molti casi abbiamo dovuto sviluppare **un percorso costruito sulla nostra realtà**”.

A fronte di queste difficoltà, però, l'Istituto guidato dal **Padre Priore Fra Michele Montemurri**, può contare su due punti di forza nell'affrontare i bisogni peculiari dei suoi pazienti. Il primo è **la filosofia guida** che accomuna tutte le realtà sanitarie dipendenti dall'Ordine Fatebenefratelli: **l'umanizzazione delle cure**. Il secondo è la particolare **attenzione al Risk Management** stimolata nella Provincia Romana dell'Ordine dal Direttore Sanitario Centrale Giovanni Roberti.

Il San Giovanni di Dio, perciò, ha iniziato a **procedere su due piani**. Il primo è stato quello di mappare tutti i rischi di ogni setting assistenziale. Nella RSA, per esempio, i rischi rilevati vanno dalla caduta all'aggressione etero o auto diretta, dalla fuga al rischio incendio, dal furto di farmaci al rischio *ab ingestis*. Ogni singolo rischio è stato catalogato per gravità degli esiti e probabilità dell'evento in una scala che va da 'basso' a 'molto elevato'. Questa mappatura ha portato, prima, ad una serie di azioni e interventi - strutturali o di equipe - per ridurlo, poi, ad una valutazione del rischio residuale ([ALL Piano del Risk Management](#)).

“**Il passaggio successivo** – spiega Cardarelli –

è stato applicare la mappa del rischio ad ognuno dei lungodegenti, creando **una scheda personalizzata** che spaziava dai contenuti relativi alla strategia di approccio individuale in funzione del quadro psicopatologico al tono di voce e alla comunicazione non verbale da utilizzare con ogni assistito, fino al contributo dei familiari e alle modalità per coinvolgerli al meglio. **Il risultato è una tavola sinottica** che abbraccia le caratteristiche di tutti i singoli pazienti e diverse schede che approfondiscono la condizione di ognuno. In aggiunta viene attuato un percorso formativo degli operatori che prevede la simulazione delle situazioni che si troveranno ad affrontare”.

“**L'assoluta centralità del singolo individuo nell'approccio terapeutico e di prevenzione** dipende dal fatto che i nostri assistiti non possono comprendere razionalmente il significato del loro ricovero o il motivo delle cure, ma possono percepire e agire emotivamente e cercare di ottenere quello che vogliono senza capire il rischio che ciò comporta. Tutto ciò rende molto complessa la relazione terapeutica e necessari una serie di accorgimenti che vanno tarati sulla persona. Ci sono, per esempio, ossessivi compulsivi per i quali la scelta dei vestiti diventa occasione per scivolare in una crisi a spirale: vogliono scegliere i vestiti ma, una volta posti davanti all'armadio, non riescono a decidersi e l'incertezza li porta alla disperazione. Ricoverati che fumano a catena non capiscono il rischio per la salute rappresentato dal fumo né il pericolo di un mozzicone acceso. Nei casi di controllo degli impulsi di tipo alimentare, i pazienti si sentono deprivati del cibo per le necessarie regole alimentari adottate dai curanti, perciò devono essere sempre supportati psicologicamente durante i pasti per prevenire e **gestire le crisi di agitazione**. Altri pazienti devono essere assistiti dallo psicologo in collaborazione con il personale di assistenza

a causa di **vissuti fortemente ansiogeni** che li accompagnano anche nelle più semplici azioni di vita quotidiana quale la gestione di effetti personali (es. ciabatte e occhiali)”.

“La fragilità delle persone ricoverate per disabilità intellettiva non si ferma, del resto, alle loro patologie. È **una fragilità che si riflette su tanti livelli dell'assistenza**: nella cura e igiene personale, che molti degli assistiti non riescono a fare da soli; nella difficoltà di accedere ai servizi psichiatrici territoriali perché si tratta di pazienti psichiatrici la cui prima diagnosi, però, è di disabilità intellettiva; nella dipendenza da un familiare o tutore legale che può assumere una posizione ostile alla terapia perché rifiuta la malattia o ha un'aspettativa irrealistica circa le possibilità di riabilitazione; nel contesto socio-economico di provenienza che, molto spesso, è svantaggiato e riduce di molto la possibilità o la volontà della famiglia di venir coinvolta nell'assistenza stessa”.

“Da ciò emerge che il comportamento della famiglia è importante, anche se non sempre positivo, e **influenza la mappatura del rischio**. Ove siano presenti, e non è sempre così, i tutori legali sono spesso genitori molto anziani con, a loro volta, problemi di salute. Altre volte sono membri della famiglia che non accettano le terapie o minano l'autorevolezza del personale. Gli assistiti, anche se non le comprendono razionalmente, **percepiscono le tensioni** e

possono reagire rifiutando la terapia o facendo finta di assumerla per poi buttare via le medicine. Non è frequente, **ma è successo più volte**, che medici, infermieri, psicologi e operatori dovessero accudire malati psichiatrici per i quali i tutori legali si opponevano alle terapie senza, però, poterli neppure dimettere, perché dimmetterli sarebbe equivalso a interrompere la continuità assistenziale. Anche i tempi burocratici di risposta da parte dei Giudici tutelari sono lunghi e ciò rende ancora più difficoltoso il fronteggiare situazioni delicate”.

“Tutte le fragilità concorrono a spiegare **la delicatezza di ogni passaggio assistenziale** e la concatenazione che si instaura tra i rischi mappati. Per questo la preparazione del personale è essenziale e gli operatori ricevono **una lunga formazione sul campo**. Per poter assistere ogni singolo individuo, infatti, il lavoro di équipe deve essere attentamente calibrato e omogeneo. Gli operatori sanno che **la trama degli equilibri** tra farmaci, attività riabilitative, stimoli e reazioni cambia da persona a persona, così come cambia la mappa dei rischi e della loro probabilità. Gestire il rischio, nell'assistenza alla disabilità intellettiva, parte dall'accettare che **i rischi sono parte della malattia**: possono essere ridotti, ma mai cancellati; si possono compensare, ma non si può mai smettere di monitorarli finché le persone rimangono ricoverate. Il che equivale, in molti casi, a tutta la loro vita”.

I RISULTATI DI CARTORISK: DAL PRONTO SOCCORSO ALLA DECONTAMINAZIONE DELLO STRUMENTO

Otto mesi di lavoro; tre percorsi di cura: la mappa del rischio scritta da chi lavora nei reparti per migliorare la sicurezza. Tutti i giorni.

Il **risultato concreto del metodo Sham** raccontato in prima persona dagli operatori sanitari che l'hanno messo in pratica. Sono state presentate mercoledì 12 giugno al Policlinico Tor Vergata di Roma tre mappature del rischio: tre tuffi verticali nella vita operativa dei reparti per capire, passaggio dopo passaggio, dove si annida il rischio, l'efficacia delle barriere e gli strumenti per ridurlo. **L'aspetto centrale di Carto Risk** – uno strumento di facile utilizzo per quantificare frequenza e gravità dei rischi clinici – è quello di essere uno strumento di prevenzione che **non viene 'spiegato'** in lezioni frontali, ma **utilizzato in equipe** da medici, infermieri, tecnici e ausiliari. Le tre mappe del rischio presentate al Policlinico spaziavano dalla decontaminazione degli strumenti chirurgici fuori dal blocco operatorio al percorso del paziente critico e non critico in Pronto Soccorso. Per tutti questi ambiti **l'applicazione del metodo ha permesso di quantificare – ovvero dimostrare** – e visualizzare graficamente i passaggi dove si concentravano i ritardi e le possibilità di errore. “È grazie a centinaia di piccoli passi di prevenzione come questi” **spiegano Barbara Passini e Anna Guerrieri**, rispettivamente RM del Policlinico Tor Vergata e della Mutua Sham - che le cure possono divenire ogni giorno più sicure”.

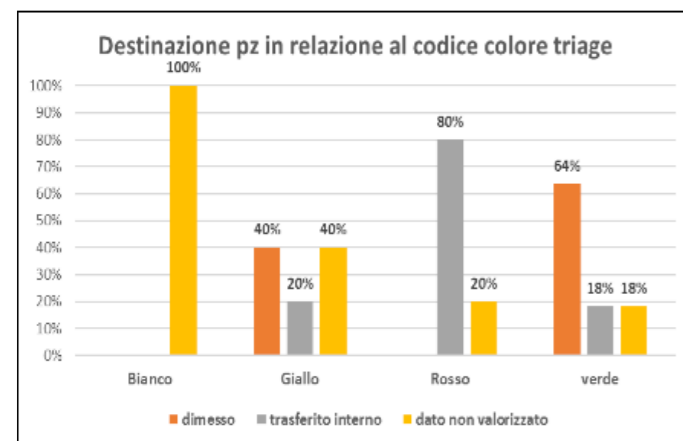
La **prima mappatura** ha riguardato la **decontaminazione dello strumentario** al di fuori dei blocchi operatori. Il progetto ([già anticipato su Sanità 360°; link](#)) si è focalizzato sulle aree esterne al blocco operatorio. “Nei reparti di degenza e negli ambulatori – spiega, infatti, **Carmela**

Cucchi, Coordinatore delle Attività Cliniche Del Policlinico Tor Vergata – il numero delle persone assistite, la gestione dello strumentario meno codificata, la distanza e l'inserimento di altro personale per il trasporto, fanno aumentare il rischio che alcuni passaggi di sicurezza vengano saltati”. Per questo la dottoressa Cucchi ha guidato **un gruppo di lavoro dedicato al percorso** dello strumentario al di fuori dei blocchi operatori. “Ogni singola azione è stata mappata e codificata: ogni singolo passaggio dello strumento dall' utilizzo alla decontaminazione, dalla decontaminazione alla sterilizzazione al ritorno in reparto”. I passaggi individuati sono stati ben 35 con oltre **20 rischi mappati**: dalla firma di una ricevuta per ogni kit di strumenti consegnati alle procedure dettagliate di sterilizzazione/decontaminazione; dallo smontaggio non corretto degli strumenti alla tracciabilità nei diversi passaggi tra il personale e le ditte incaricate della sterilizzazione, dallo stoccaggio inadeguato all'immersione troppo breve nei liquidi di decontaminazione per l'abbattimento della carica batterica superficiale. Centrale la consapevolezza che: “Non importa se si tratta di un dettaglio o di un passaggio fondamentale: **tutte le azioni contribuiscono alla sicurezza del processo**”.



Dall'analisi è nato un **piano di miglioramento** in fasi successive che ha previsto il **rinnovo delle procedure interne** per garantire la piena tracciabilità degli strumenti, **l'implementazione degli spazi di stoccaggio, la formazione** del personale e una **cartellonistica dedicata**.

“Dopo la fase di analisi il progetto è appena entrato a regime – conclude la dottoressa Cucchi – ma già ora possiamo ritenerci soddisfatti dei primi risultati. Se prima, infatti, gli smarrimenti degli strumenti erano pressoché all'ordine del giorno, **da tre mesi non si perde un solo strumento**. Questo ci conferma che l'intero percorso è sotto controllo, e che il nostro metodo ha già raggiunto il primo obiettivo: **capire per prevenire**”.



La seconda e terza mappatura si sono concentrate, invece, nell'area dell'Emergenza e Accettazione (DEA). Lo scopo era seguire dall'accettazione al Pronto Soccorso fino alle dimissioni l'intero percorso del paziente, per capire e quantificare **dove si concentrassero i rischi**. A tal scopo, per rafforzare le analisi che l'applicazione del metodo CartoRisk ha fatto emergere, si è avviato un **progetto pilota di "osservazione diretta in Dea"**. Dato il grande sforzo organizzativo necessario a coordinare i

due gruppi – rispettivamente dedicati ai pazienti critici e non critici – ed armonizzare l'osservazione con i turni di lavoro al Pronto Soccorso, la mappatura si è effettuata, al momento, su un numero molto esiguo di pazienti. Lo scopo, infatti, era dimostrare la robustezza del metodo per poi applicarlo su un campione più ampio. **I primi risultati** sono molto interessanti e fonte di informazioni preziose al fine del miglioramento e della maggiore sicurezza delle cure.



Francesca Letizia, dell'Ufficio Rischio Clinico del Policlinico Tor Vergata, prima dell'attuale incarico ha prestato servizio per 10 anni in Pronto Soccorso.

“I percorsi del paziente critico e non critico differiscono marcatamente – spiega Letizia -. Ovviamente, il paziente critico beneficia di un percorso prioritario ed è relativamente più facile da mappare. Anche qui, però, **esistono dei rischi**. Siccome l'accoglienza e la consulenza specialistica vengono effettuate immediatamente, è più difficile tracciare e ricostruire il percorso seguito rispetto ai pazienti non critici, per i quali le procedure sono meno urgenti. In particolare, nel caso la persona arrivi in stato di incoscienza, abbiamo rilevato come i codici di identificazione del **"paziente ignoto"** differissero tra la Radiologia e il Pronto Soccorso, ostacolando e rallen-

tando il processo di raccolta delle informazioni diagnostiche per ricostruire il quadro completo”.

Un problema simile, afferibile alla diversità dei programmi informatici – regionale quello del Pronto Soccorso, ospedaliero quello della radiologia – si è registrato nel percorso del paziente non critico. Spiega **Mario**



Tramentozzi, tecnico radiologo che ha partecipato al gruppo di lavoro con Carto Risk: “Abbiamo visto che, con una certa frequenza, la richiesta di esame radiologico emessa dal Pronto Soccorso perveniva in Radiologia una o due ore dopo. A volte questi ritardi sono inevitabili per il gran numero di codici critici (gialli e rossi) che si

rivolgono al Pronto Soccorso sorpassando per priorità le richieste meno urgenti. Ma una parte del 'ritardo' tra la firma e la ricezione della richiesta era dovuta al fatto che questa stessa richiesta dovesse essere trasportata dal personale ausiliario a mano, aggiungendo, un'ulteriore incombenza al carico di lavoro. Così che abbiamo **individuato la necessità** di rendere compatibili i sistemi informatici per recapitare le richieste direttamente e in maniera tracciabile”. “È questa – spiegano le Risk Manager **Barbara Passini e Anna Guerrieri** - la differenza tra un problema percepito, il ritardo, ed un rischio misurato quale la procedura di richiesta manuale dovuta all'incompatibilità informatica. Misurare e tracciare i rischi attraverso la mappatura è il metodo più efficace per capire dove esattamente nasca il problema e perché. Questa precisione si riflette nella capacità di **avanzare richieste precise e circoscritte** alla Dirigenza che, successivamente, può intervenire per migliorare, come è accaduto in questo caso”.

TEAM MAPPATURA DEL RISCHIO:	ELENCO PARTECIPANTI
DECONTAMINAZIONE STRUMENTARIO CHIRURGICO:	PAZIENTE CRITICO E NON CRITICO DEA
Carmela Cucchi	Beniamino Susi
Angelica Carnevale	Carla Paganelli
Brunella Spina	Francesca Castriconi
Cristina Reali	Antonietta Cantisani
Manuela Niccolò	Emiliano Fanicchia
	Mario Tramentozzi
	Gianluca Ciarcia
	Patrizia Rea
	Emanuela Pesolo
	Alfonso Calvitti
	Pietro Cunti
	Marco Romani
	Cristina Reali
	Laura Russolillo
	Giorgia Donati
	Francesca Letizia