



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

Dalla teoria alla pratica: Strumenti a supporto del lavoro dei Risk Manager

Sicurezza delle cure e sostenibilità: modelli organizzativi

Antonio Silvestri

*Direttore UOSD Qualità e Risk Management
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - Roma*

L’AFFIDABILITÀ DI UN SISTEMA È LA RISULTANTE DI UNA INTERAZIONE COLLETTIVA FRA PROFESSIONISTI, CON DIVERSE CONOSCENZE ED ESPERIENZE, CHE PERMETTONO DI RIDURRE LE AREE DI NON CONOSCENZA ANALIZZANDO IL RISCHIO DA PROSPETTIVE DIVERSE

Gli operatori sanitari concentrano l’attenzione sulle malattie e sugli incidenti legati all’attività professionale e sulla capacità a poter fornire un’assistenza ottimale



l’opinione pubblica in generale vede il rischio connesso alla mancata realizzazione delle condizioni di sicurezza per i pazienti



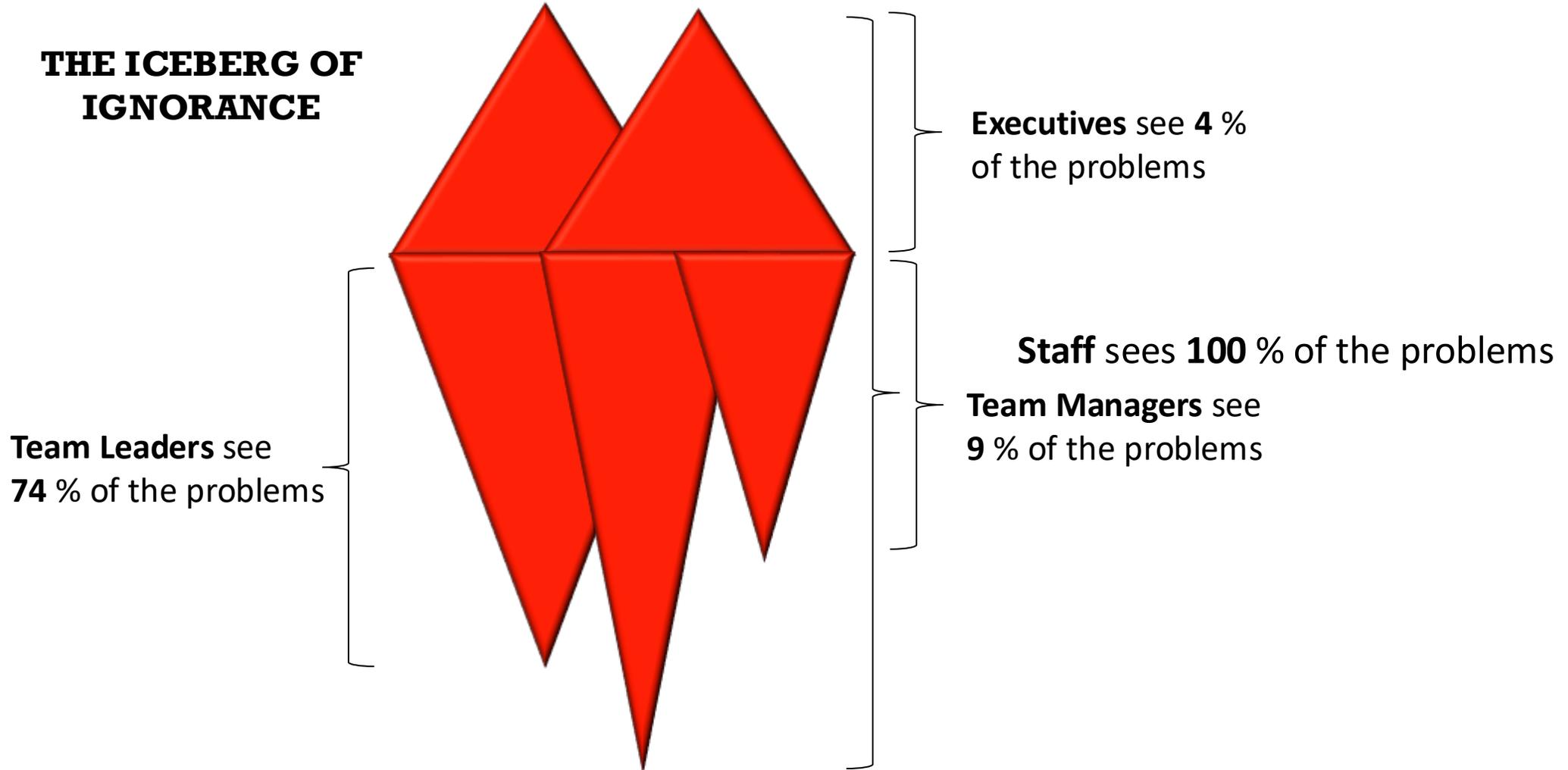
i pazienti correlano il rischio con i danni derivanti dagli errori medici



gli amministratori associano il rischio al passivo dei risarcimenti che gli errori degli operatori possono determinare per l’Azienda Sanitaria di appartenenza



THE ICEBERG OF IGNORANCE



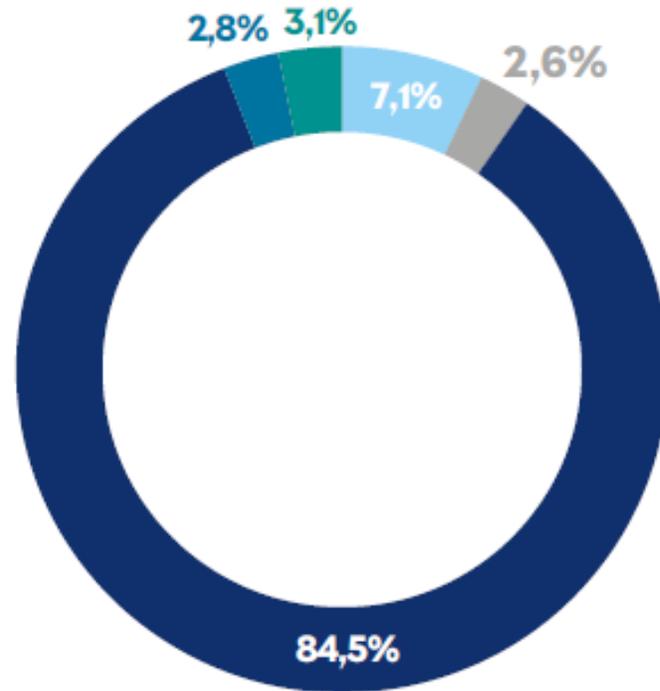
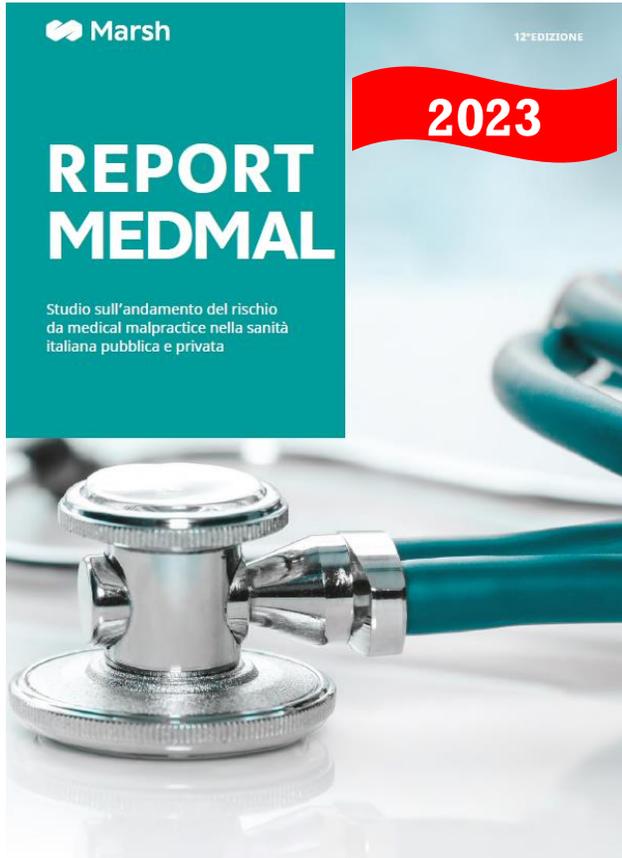
INCIDENT REPORTING



AUDIT DI RISCHIO CLINICO

ROOT CAUSE ANALYSIS

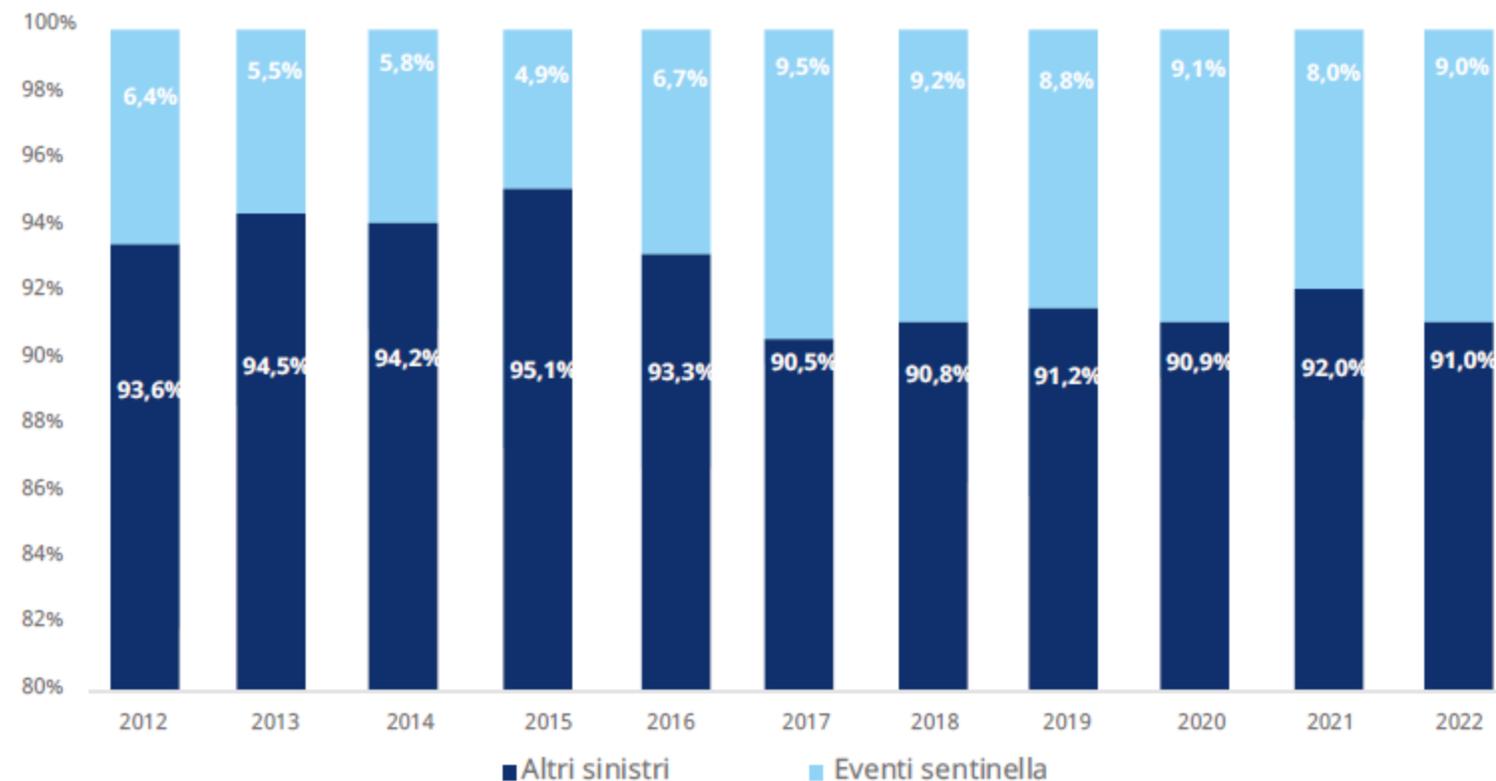
FMEA / FMECA

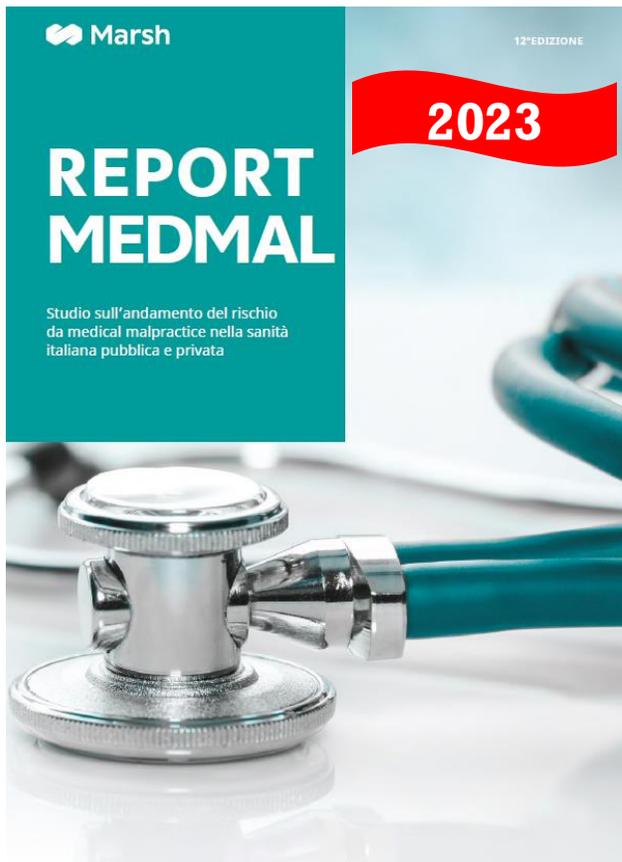


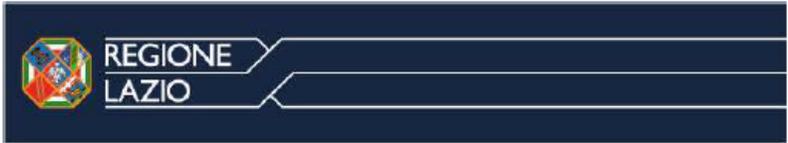
- Rischio clinico
- Danneggiamento accidentale
- Rischio strutturale
- Rischio lavoratore
- Non identificato



Grafico 4.9 Andamento delle richieste di risarcimento danni per Eventi Sentinella

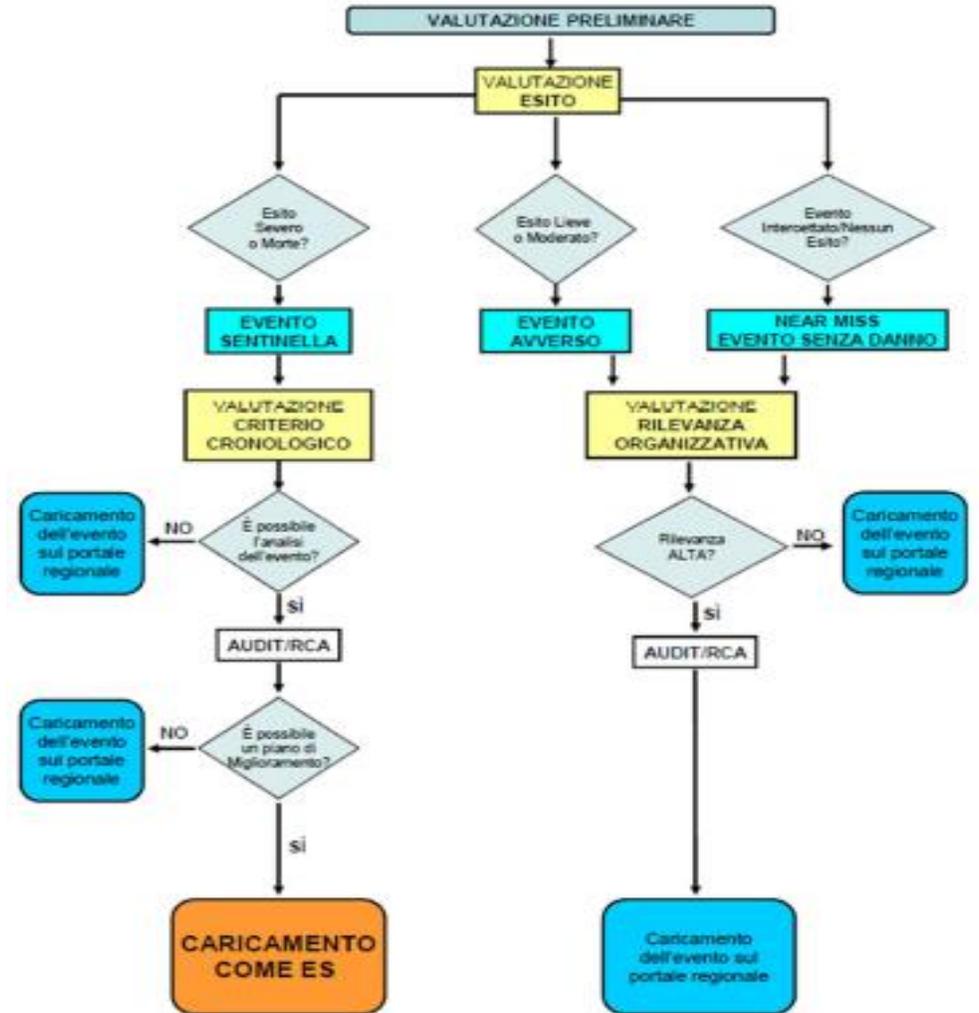






DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEGLI EVENTI SENTINELLA

Prima emissione: 6 luglio 2021



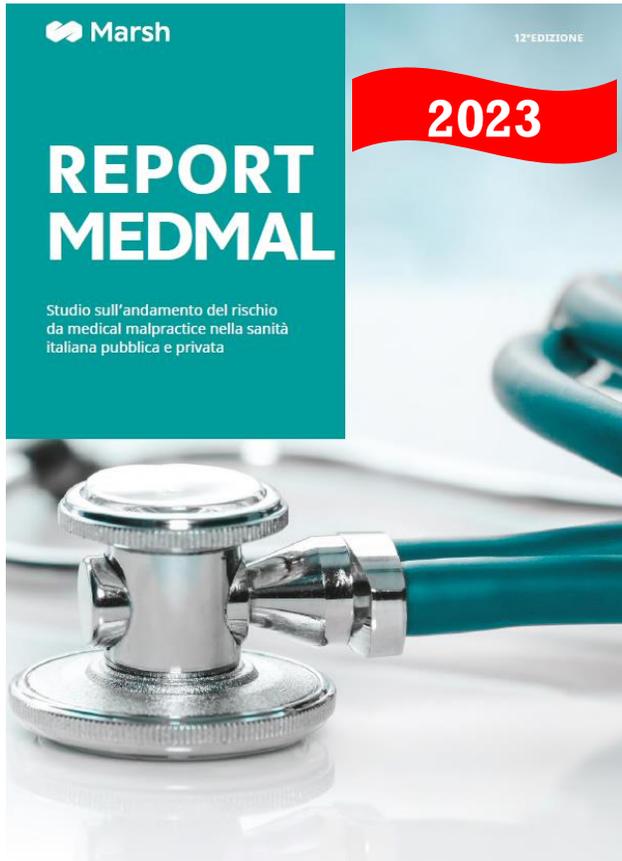


Grafico 3.1 Andamento del costo medio dei sinistri per singola pratica per anno di denuncia



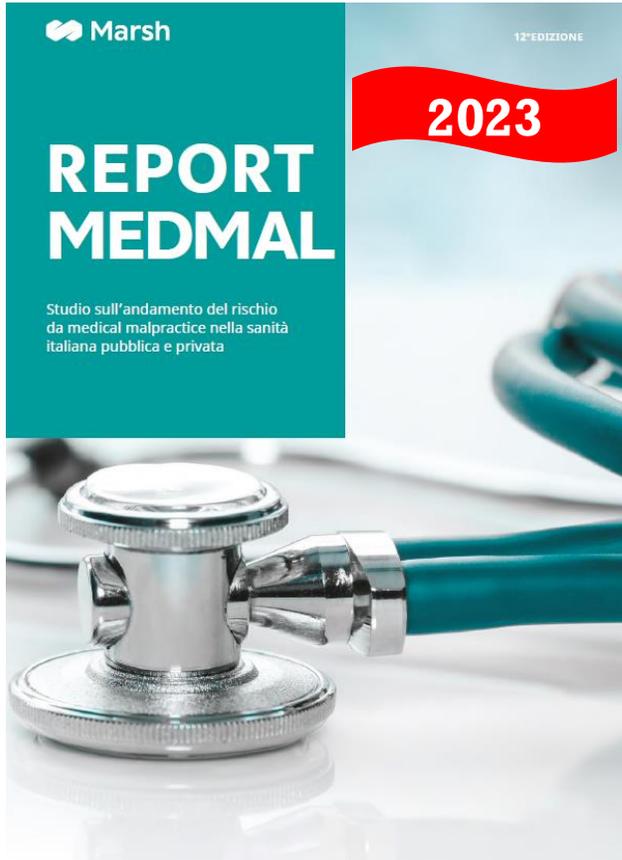
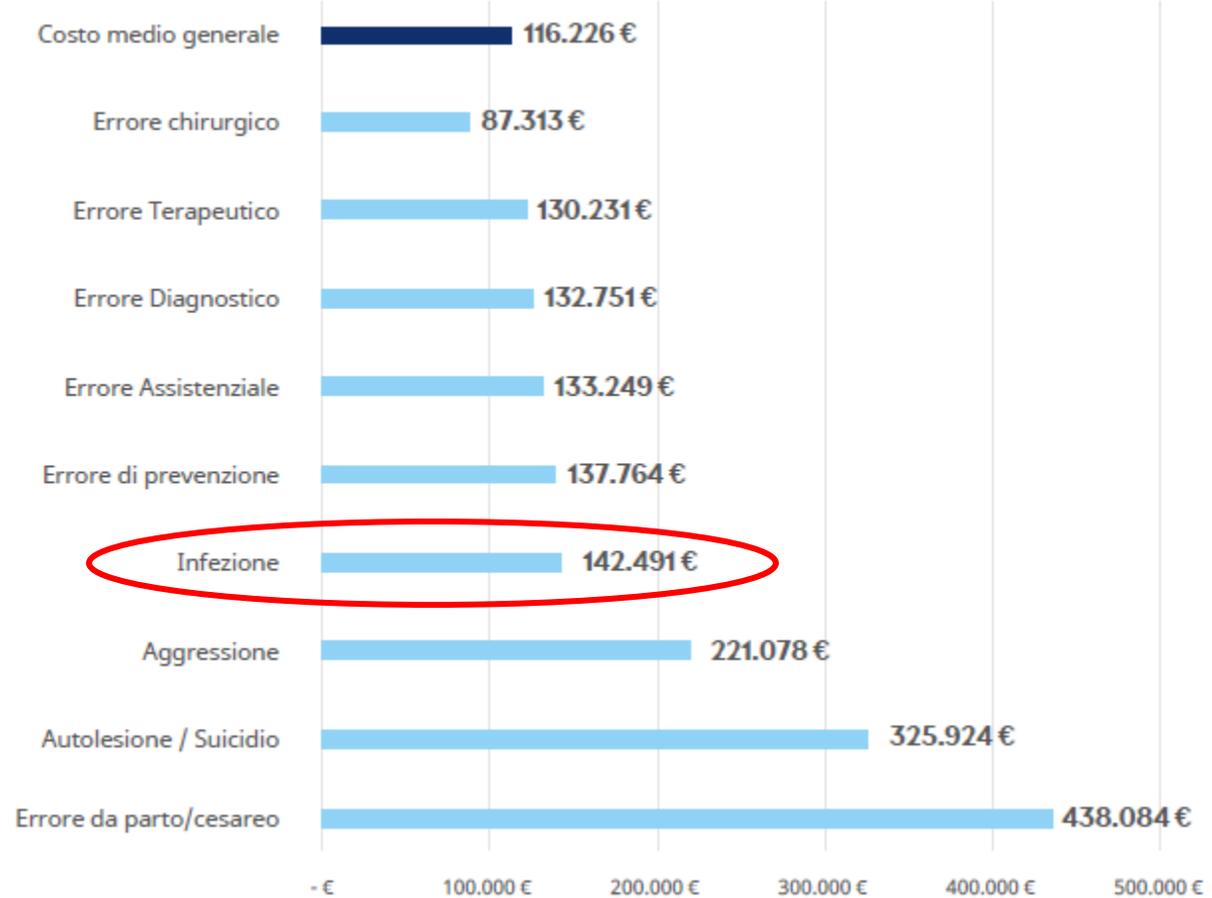


Grafico 3.5 Costo medio per sinistro per le principali fonti di errore





Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19



Houston - abbiamo un problema!

Tom Hanks

dal film "Apollo 13"



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E
DELLE POLITICHE A FAVORE DEL SSN
EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella

Luglio 2024

La presente versione, aggiornata e condivisa con la Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute – Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (Sub Area Rischio Clinico) e l'UOS Qualità, sicurezza e buone pratiche - Agenas ai sensi dell'art. 2 commi 5 e 6 del DM 11 dicembre 2009 - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, sostituisce la precedente.



1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
- 16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere**
17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
18. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti.
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22. Errore in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente



Le organizzazioni sanitarie saranno sempre più valutate su sistemi di cura basati sul valore

Lavorare su processi di ottimizzazione del lavoro e riconoscimento del valore reale della produzione avrà come conseguenza un rimborso più appropriato e indicatori di qualità e di esito realmente rappresentativi dei casi trattati.

Migliorare la qualità della documentazione clinica rappresenta pertanto una priorità assoluta.

Per orientare la governance del sistema sanitario e pianificare percorsi di sostenibilità di lungo periodo è indispensabile poter contare su strumenti di Business Intelligence che consentano di monitorare i fenomeni assistenziali per indirizzare le attività agli obiettivi prefissati.



Inoltre, una piattaforma di Intelligence renderebbe possibile il controllo e la mappatura dell'aderenza delle cure erogate rispetto ai PDTA o PCA aziendali. Ciò significa poter disporre di un potente strumento di audit automatico e di verifica della conformità dei percorsi assistenziali, verso una migliore assistenza per i pazienti

Gli outcome raggiunti dai pazienti, seppure per omogeneità di categoria, non sono sempre uguali → alcuni pazienti ricevono trattamenti più efficaci rispetto ad altri

E' quindi necessario analizzare le condizioni cliniche dei pazienti che determinano variazioni degli esiti nel percorso di cura.

Ciò potrebbe consentire di minimizzare gli errori, migliorare le performance e valorizzare la produzione.
In particolare, una piattaforma di Intelligence consentirebbe di:

- Monitorare gli indicatori del PNE, analizzare la casistica oggetto d'indagine, arrivando a livello di singola SDO;
- Verificare la conformità del processo di compilazione della SDO attraverso algoritmi;
- Supportare l'analisi dell'appropriatezza del flusso SDO e della mobilità sanitaria interregionale, e definire una corretta allocazione delle risorse attraverso l'algoritmi di APR-DRG

Il sistema di classificazione APR-DRG (All Patient Refined DRG) è un'estensione del sistema DRG CMS adottato nel 1995 dal Ministero della Salute come base di rimborso delle prestazioni ospedaliere.

Gli APR-DRG articolano i pazienti in relazione alla severità della malattia e al rischio di morte, consentendo di:

- *descrivere l'impatto della gravità clinica sull'intensità di assorbimento di risorse nel processo assistenziale*
- *misurare l'outcome dei pazienti*
- *valutare al meglio l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri*
- *aggiustare gli indicatori sulla qualità in base al rischio clinico*
- *affinare il calcolo del case-mix*

PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA SEPSI	Rev. 00 del 30/10/2023
Codice Doc.: 901/PDТА/23/08		Pag. 1 di 126

	Gruppo di lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	STAFF DI COORDINAMENTO: Antonio Silvestri Marco Mastrucci	Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	Medico	27/11/23	[Firma]
			CPSI	27/11/23	[Firma]
	Coordinatore: Lucia Rita Del Vecchio	UOS Medicina d'Urgenza	Medico	25/11/23	[Firma]
	Componenti:				
	Alessandro Capone	INMI L. Spallanzani	Medico	27/11/23	[Firma]
	Giulia Cipollari	UOC Medicina d'Urgenza-P.S.	CPSI	25/11/23	[Firma]
	Shirin Demma	UOC Medicina Interna	Medico	25/11/23	[Firma]
	Domenico Ferrelli	UOSD Shock e Trauma	CPSI	25/11/23	[Firma]
	Massimiliano Frezzi	UOC Medicina d'Urgenza - Pronto Soccorso	CPSI	27/11/23	[Firma]
	Emanuele Guglielmelli	UOC Medicina d'Urgenza- P.S.	Medico	25/11/23	[Firma]
	Angela Lappa	UOC Anestesia e Rianimazione Dip. Cardio-Toraco-Vascolare	Medico	26/11/23	[Firma]
	Assunta Calazza	UOC Farmacia	Farmacista	27-11-23	[Firma]
	Maurizio Morucci	UOC Radiologia interventistica	Medico	27-11-23	[Firma]
	Anna Miani	UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera	Medico	26/11/23	[Firma]
Gabriella Parisi	UOC Microbiologia e Virologia	Medico	27/11/23	[Firma]	
Luigi Riccioni	UOC Anestesia e Rianimazione	Medico	27/11/23	[Firma]	



Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento di "Clinical Governance" che, attraverso un approccio per processi, consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione sono coinvolte nella presa in cura del cittadino che presenta problemi di salute.

Un PDTA consente inoltre di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento e alle risorse disponibili conducendo, attraverso la misura delle attività e degli esiti, al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento.

La sepsi e lo shock settico sono emergenze mediche, condizioni cliniche acute e rapidamente evolutive, gravate da un'elevata mortalità se non prontamente riconosciute e trattate.

L'incidenza della sepsi è in continuo aumento, parallelamente all'età media della popolazione, alla cronicizzazione di molte malattie con conseguente immunodepressione ed immuno-paralisi ed alla maggiore invasività delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

L'incidenza stimata a livello mondiale supera i 270 casi per 100.000 abitanti/anno con più di 2 milioni di casi di sepsi l'anno, ed un tasso di mortalità che oscilla, a seconda delle aree interessate, tra il 20 e il 40% ed è destinata ad aumentare. In Italia la mortalità si attesta attualmente sui valori più elevati, intorno al 40%.



4. CRITERI DI ACCESSO

Codici ICD.9 CM

995.91	Sepsi (generalizzata)
995.92	Sepsi (disfunzione d'organo acuta, disfunzione d'organo multipla)
590.80	Nefrite settica
599.0	Sepsi urinaria
682.9	Sepsi cutanea
785.50	Shock
785.52	Shock Settico
785.52	Shock Gram negativi
038.9	Setticemia
998.59	Setticemia-postoperatoria
038.49	Setticemia-aerobacter aerogenes
038.3	Setticemia-anaerobica
038.3	Setticemia-Clostridium
038.40	Setticemia-Enterica da bacilli gram-negativi
038.49	Setticemia-Enterobacter aerogenes
038.42	Setticemia- Escherichia coli
036.2	Setticemia-meningococcica
038.2	Setticemia-pneumococcica
038.43	Setticemia-pseudomonas (aeruginosa)
038.44	Setticemia-Serratia
038.10	Setticemia-Stafilococcica SAI
038.19	Setticemia- stafilococcica da altre specie indicate
038.11	Setticemia da stafilococco aureo
038.0	Setticemia streptococcica(anaerobica)
038.2	Setticemia Streptococco pneumoniae
038.9	Embolia piemica (multipla)
790.7	Batteriemia

Sepsi - Angus + AHRQ



1 - 2023

☰ 10 ▾

245 ⋮

<input type="checkbox"/>	SDO	Età alla dimissione (anni)	Modalità dimissione	Onere della degenza	Tipo ricovero	Regime di ricovero	CMS-DRG v24.0	CMS-DRG v24.0 [N]	MDC (CMS v24.0)	SM (APR v20.0)	RM (APR v20.0)	Diagnosi pr			
<input type="checkbox"/>	037738	68	Paziente deceduto	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	576	Setticemia senza	...	18	-	-	99591	
<input type="checkbox"/>	035889	86	Paziente deceduto	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	576	Setticemia senza	...	18	-	-	78552	
<input type="checkbox"/>	002228	73	Dimissione protetta	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	576	Setticemia senza	...	18	-	-	99591	
<input type="checkbox"/>	036790	78	Dimissione protetta	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	576	Setticemia senza	...	18	-	-	78552	
<input type="checkbox"/>	038059	52	Dimissione	...	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	576	Setticemia senza	...	18	-	-	99591
<input type="checkbox"/>	002990	69	Dimissione	...	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	079	Infezioni e	...	04	-	-	48283
<input type="checkbox"/>	001008	83	Dimissione	...	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	016	Malattie	...	01	-	-	34839
<input type="checkbox"/>	000984	72	Paziente deceduto	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	565	Diagnosi relative	...	04	-	-	4829	
<input type="checkbox"/>	003416	67	Dimissione	...	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	566	Diagnosi relative	...	04	-	-	486
<input type="checkbox"/>	001038	81	Paziente deceduto	Ricovero a totale	...	Ricovero urgente	Ordinario	578	Malattie infettive e	...	18	-	-	78552	



Sanitaria

Tipo tracciato

Ritorno

Data di dimissione

27-01-2024

Tipo ricovero

Ricovero urgente

Reparto di dimissione [N]

ONCOEMATOLOG.

Modalità dimissione

Paziente deceduto

Provenienza

Trasferito dal P.S. dello stesso IRC di ricovero

Onere della degenza

Ricovero a totale carico del SSN

N. organi da cadavere

-

Motivo ricovero diurno

-

DRG (Tracciato)

401

Data di ricovero

18-11-2023

Regime di ricovero

Ordinario

Reparto di ricovero [N]

NEUROCHIRURGIA

Dipartimento [N]

-

Priorità

-

Riscontro autoptico

-

Subcodice onere della degenza

-

Numero accessi DH

-

Importo della degenza (Tracciato)

15.169,00 €

Importo DRG (Tracciato)

-



Diagnosi

Codice	FG	DQE	Descrizione	SC	L	POA	Riabilitazione
20300	1	▲	Mieloma multiplo, senza menzione di remissione	-	-	-	-
4829	2		Polmonite batterica, non specificata	-	-	-	-
3441			Paraplegia	-	-	-	-
42731	2		Fibrillazione atriale	-	-	-	-
99592	3		Sepsi severa sepsi con disfunzione d'organo acuta sepsi	...	-	-	-
V138			Anamnesi personale di altre malattie specificate	-	-	-	-

DQE

Il Data Quality Editor (DQE) è un sistema di controllo, monitoraggio e supporto alla compilazione e alla codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Il DQE effettua controlli sulla validità dei valori riportati in specifici campi (ad esempio, modalità di dimissione) e fra i campi per la verifica della coerenza logica dei valori di variabili clinicamente correlate (ad esempio, plausibilità della associazione fra l'età e la diagnosi riportata).

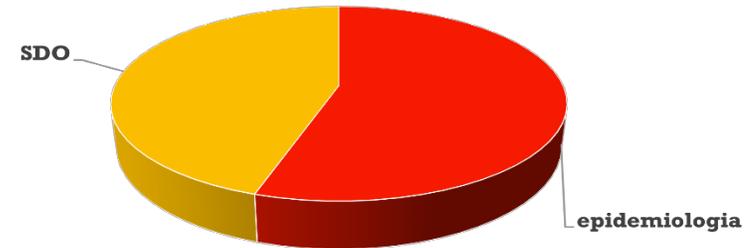
Inoltre, segnala l'assenza di informazioni che, su base presuntiva, dovrebbero essere associati a valori di variabili riportati nella SDO (quale la mancata segnalazione di un intervento chirurgico che è molto probabilmente eseguito per uno specifico problema clinico).

Come per ogni sistema di verifica automatico che utilizza i dati in formato elettronico del flusso informativo dei ricoveri, lo strumento permette di identificare i potenziali problemi di accuratezza nella compilazione e codifica della SDO e di definire le aree prioritarie di intervento per il miglioramento della relativa qualità.

Pertanto, il processo di audit attraverso il DQE propone suggerimenti per la verifica o modifica dei dati.

Conclusioni...

- Attraverso il motore di ricerca sono state riesaminate le cartelle cliniche e **si sono ritrovati molti più casi di sepsi** rispetto a quelli contenuti nella documentazione sanitaria (Epidemiologia non coerente con i flussi SDO)



- Quindi si è reso necessario riesaminare tutta la casistica e rivedere il percorso clinico complessivo dei pazienti
- MA SOPRATTUTTO NECESSITA' DI RICODIFICARE LE SDO E LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN MODO CHE ANCHE DAL PUNTO VISTA DEL CASE MIX E DELLA COMPLESSITA' DEI PAZIENTI SIA POSSIBILE RECUPERARE ADEGUATI LIVELLI DI TARIFFAZIONE**

