

PROGETTO PER AVVISO INTERNO PER INCARICHI DI FUNZIONE:

SUPPORTO RISK MANAGER

IMPLEMENTAZIONE DELLA METODOLOGIA FMEA NELL'IDENTIFICAZIONE PROATTIVA DEI RISCHI CONNESSI ALLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI

Le attività assistenziali sono soggette alla possibilità che si generi un danno per il paziente: la possibilità che un'azione o un'omissione possano causare un evento negativo per la persona viene definita Rischio.

In sanità, il Rischio Clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè che subisca “un danno o un disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento della degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte” (Ministero della Salute, 2004).

I rischi in Sanità possono essere differenti e possono spaziare dall'errore nella somministrazione di un farmaco all'errore nell'utilizzo di apparecchiature diagnostiche fino agli errori nelle tempistiche, quali ritardi nella somministrazione di farmaci o nell'esecuzione di interventi (Ministero della Salute, 2004).

Questa serie di possibili errori può o meno configurare una serie di possibili conseguenze che sono state classificate in:

- Eventi evitati o near miss: errori che hanno la possibilità di causare un evento avverso che non si verifica per un caso fortuito o perché intercettato;
- Eventi avversi: eventi inattesi correlati al processo assistenziale e che comportano un danno al paziente, non intenzionale e desiderabile.
- Eventi sentinella: eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nel Servizio Sanitario.

Secondo uno studio multicentrico condotto nel 2008 in alcuni ospedali italiani, l'incidenza degli eventi avversi è pari al 5,2% dei ricoveri effettuati.

Fondamentale risulta quindi la Gestione del Rischio (*Risk Management*) che, in base alla definizione fornita nel 2004 da Regione Lombardia viene definita come un processo gestionale attraverso cui le singole aziende sono in grado di identificare, analizzare, quantificare, comunicare, eliminare e monitorare i rischi associati a qualsiasi attività o processo operativo in modo da rendere l'organizzazione capace di minimizzare le perdite e massimizzare l'efficacia e l'efficienza di risultato.

Come tutti i processi, anche la Gestione del rischio si compone di fasi strettamente interconnesse tra loro:

- Identificazione dei rischi;
- Valutazione dei rischi;
- Trattamento dei rischi;

- Monitoraggio dei rischi.

Risulta quindi evidente come l'implementazione sistematica di un processo di identificazione, valutazione, trattamento e monitoraggio di rischi sia fondamentale per ridurre la probabilità che si manifestino eventi avversi.

OBIETTIVO GENERALE

Sulla scorta di quanto appena definito, scopo di questo scritto è quello di proporre l'implementazione, all'interno delle procedure aziendali, della metodologia FMEA quale tecnica proattiva di analisi e riconoscimento del rischio.

LA METODOLOGIA FMEA

Come detto in precedenza la metodologia FMEA (*failure mode and effect analysis*) è un processo costituito da differenti fasi che permettono di analizzare le modalità di guasto o di difetto di un processo/prodotto/sistema.

È un'analisi intensa che permette di definire quello che potrebbe accadere se si verificasse un difetto, un'omissione o un errore.

La valutazione della possibilità che un errore si verifichi viene effettuata attraverso un processo standardizzato composto dalle seguenti fasi:

- Identificazione dell'oggetto di analisi prodotto/servizio/processo/componente degli stessi;
- Identificazione e descrizione delle attività ad esso connesse;
- Identificazione delle modalità di guasto o errore (attraverso una *root cause analysis*);
- Analisi e determinazione dell'indice di priorità del rischio (IPR);
- Identificazione delle azioni preventive (correttive) e delle misure effettuate per valutare e monitorare i risultati attesi.

La FMEA è una metodologia di analisi dei processi di assistenza al fine di individuare le criticità del sistema e concentrare l'attenzione sulle situazioni più pericolose.

Prevede l'individuazione e l'analisi del processo; il processo di assistenza (diagnosi e cura) viene scomposto nelle sue fasi principali, per ciascuna delle quali sono valutate la probabilità che si verifichi un errore e le possibili conseguenze. Successivamente si procede con la definizione delle priorità, ovvero la valutazione delle priorità viene effettuata correlando la probabilità che si verifichi un evento avverso alla gravità del danno provocato. Un'attività è considerata critica quando, per effetto di una non corretta esecuzione, può arrecare chiaramente un danno grave al paziente o ai professionisti.

La letteratura analizzata consiglia di servirsi di questa metodologia almeno una volta all'anno.

MOTIVAZIONE DEL PROGETTO

L'idea di implementare questo tipo di metodologia nasce non solo dall'esperienza maturata nel corso degli anni lavorativi vissuti nell'azienda, ma anche dalla piena consapevolezza dell'importanza da un lato di strutturare un sistema proattivo di rilevazione dei determinanti dei rischi e dall'altro di fornire un feedback reale e tangibile alle persone che quotidianamente si impegnano nelle attività assistenziali.

Il periodo appena trascorso, caratterizzato dalla pandemia da SARS-CoV-2 ha dimostrato a più riprese l'impegno, la dedizione e la passione del personale per la propria professione, ma ha anche messo a dura prova le capacità dello stesso.

Stanchezza, turni di lavoro spesso prolungati, assenza di periodi di ferie e un *turn over* particolarmente intenso potrebbero portare quindi a un aumento delle possibilità di errore e a un aumento della probabilità che si verifichi un evento avverso.

Spetta quindi all'organizzazione avvalersi di processi e metodologie consolidate per fornire gli strumenti più efficaci per far sì che si mantenga un elevato standard assistenziale, minimizzando i rischi non solo per gli assistiti, ma anche per i professionisti coinvolti nel processo assistenziale.

La metodologia proposta permetterebbe quindi all'azienda di:

- Impegnarsi in prima linea per ottimizzare le risorse ed evitare inutili prolungamenti delle degenze;
- Fornire un supporto diretto al proprio personale;
- Far percepire ai propri dipendenti una presenza tangibile a mai come in questo momento necessaria.

Un adagio recita che: "una catena è forte tanto quanto il suo anello più debole"; questa frase sottolinea in modo chiaro l'esigenza di identificare i punti di debolezza all'interno dei processi aziendali e di apportare soluzioni organizzative efficaci.

Progetto presentato da Tommaso Bardelli, Infermiere afferente alla DAPSS ASST Sette Laghi.