

APPLICAZIONE DEL METODO FMECA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN BLOCCO OPERATORIO

Autori: L. Imberti*, T. Legrenzi*, I. Marinoni*, M. Mauri°, A. Ruggeri*, G. Teoldi°, O. Trussardi**.

*Infermiere, **Coordinatore Infermieristico, Blocco Operatorio – Clusone (BG)

° Dott. Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Resp. Ufficio Infermieristico di Clusone-Piario

°°Dott. Magistrale in Scienze Inf.che e Ostetriche, Resp. Area Progettazione e Sviluppo Qualità Assistenziale

A.O. Bolognini di Seriate (BG)

Introduzione

All'interno del percorso sviluppato dal Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate riferito al Clinical Risk Management, nel Blocco Operatorio dell'Ospedale di Clusone è maturata la necessità di passare da funzioni *reattive* (successive all'incidente) alla valorizzazione di funzioni *proattive* (prevenzione organizzata degli incidenti di carattere sistematico e progettuale) in un ambito considerato "ad alto rischio" quale il blocco operatorio.

Obiettivo

Promuovere un progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica mediante un metodo di analisi proattiva per la gestione del rischio clinico, per evidenziare le aree ritenute maggiormente critiche su cui poi attivare azioni di miglioramento.

Strumento e Metodo

Dopo un'attenta revisione bibliografica, il metodo proattivo scelto è stata la tecnica Failure Mode and Critical Effect Analysis (FMECA) come proposto da Joint Commission (Standard L.D. 5.2, Manuale per l'accreditamento 2001). In collaborazione con l'Area Progettazione e Sviluppo della Qualità Assistenziale SITRA e l'Ufficio Infermieristico di Presidio, è stato elaborato un progetto che, sulla base delle indicazioni fornite dal metodo, ha previsto quattro fasi:

1. incontro informativo con il personale del Blocco Operatorio per la presentazione del progetto e del metodo scelto, e definizione delle aree di rischio da indagare (maggio 2007).
2. Costituzione dei gruppi di lavoro (tre gruppi composti da sei operatori) per individuare i possibili modi di errore/guasto riferiti al percorso del paziente (analisi di tipo qualitativo rispetto alle attività considerate). Tempi: giugno – agosto 2007.
3. In base a quanto prodotto, i modi di errore identificati dai gruppi di lavoro sono stati raggruppati in insiemi omogenei e classificati in base alle aree di rischio identificate (fase peri-operatoria, fase intra-operatoria e area generale riferita alla struttura, alla comunicazione tra gli operatori e al clima organizzativo). Sono state definite le tre scale di valutazione necessarie per la determinazione dell'**Indice di Priorità di Rischio (IPR)**, ovvero una valutazione della "stima di rischio" in base alla valutazione di gravità dell'effetto, probabilità della causa e rilevabilità del guasto/errore. Restituito il questionario con i modi di errore identificati, ogni operatore del Blocco Operatorio ha effettuato una propria valutazione personale (il questionario era anonimo) per ogni item identificato, assegnando il punteggio ritenuto più appropriato per gravità, probabilità e rilevabilità. Per facilitare la compilazione del questionario, per ogni variabile è stata fornita una tabella orientativa per il punteggio da assegnare. Tempi: settembre – novembre 2007.
4. Calcolato per ogni item l'IPR, i modi di errore sono stati ordinati in ordine decrescente (analisi di tipo quantitativo), per fornire una stima il più possibile oggettiva sulla base delle valutazioni fornite dal personale operante nel servizio stesso (dicembre 2007-gennaio 2008).

Risultati

Il percorso ha consentito di identificare i punti maggiormente considerati "a rischio":

- strumentazione obsoleta e/o non considerata idonea (IPR 159);
- stress da sovraccarico di lavoro (IPR 151);

- errori nella somministrazione della profilassi antibiotica (IPR 114);
- carenza di formazione su determinate metodiche e/o nuove procedure (IPR 98).

La restituzione e discussione dei risultati del questionario con il personale del Blocco Operatorio ha rappresentato un momento stimolante per la discussione di quelli che sono ancora i punti ritenuti critici:

- alcuni item troveranno una soluzione nel trasferimento in programma al nuovo ospedale previsto per il 2008 (strumentazione obsoleta che verrà sostituita e nuova collocazione logistica);
- tra gli item legati alla preparazione della preanestesia e dei farmaci in generale, due sono risultati critici; la revisione in corso dei relativi protocolli ha già portato modifiche migliorative, saranno da monitorare e rivalutare nel tempo;
- carenza per mancanza di una formazione specifica su attività e procedure specifiche e mancanza di protocolli specifici di Unità Operativa: per questi due item evidenziati, visto anche l'importante cambiamento dell'équipe anestesiologicala che implica e implicherà diverse modifiche organizzative, l'azione proposta è la creazione nel 2008 di gruppi ad hoc per la revisione dei protocolli e procedure esistenti in collaborazione con il nuovo personale medico, valutando dove sono presenti carenze di tipo formativo.

Conclusioni

L'individuazione dei risultati maggiormente critici ha consentito di ipotizzare le azioni di miglioramento su cui concentrare le risorse. Lo stesso progetto verrà esteso nell'anno 2008 anche agli altri Blocchi Operatori aziendali.

Inoltre, il percorso intrapreso ha consentito di valutare quanto sia maturo nel gruppo l'approccio alla gestione del rischio clinico: superando l'approccio reattivo alla gestione del rischio clinico, è stata applicata una metodica proattiva, dove l'approccio corretto al concetto di errore ed un clima di collaborazione sono ottime premesse per il proseguo di questo percorso.

In conclusione, è necessario ricordare che oggi le organizzazioni sanitarie sono chiamate ad utilizzare tecniche di indagine rigorose e sistematiche per giungere a rimuovere gli errori di sistema che sono alla base degli eventi avversi. La funzione di gestione del rischio fornisce quindi all'organizzazione le informazioni necessarie ad "imparare dagli errori": la sfida per le strutture sanitarie consiste oggi nell'adattare questi strumenti alla propria realtà.

Bibliografia

1. Marcon G, *La gestione del rischio in medicina: il Clinical Risk Management*, RischioSanità, Assinform, 2003.
2. DeVecchio M, Cosmi L, *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Ed. McGraw Hill, 2003.
3. Grilli R, *Il governo clinico*, Care n.4, 2003.
4. Marcon G, *Errori e danni nelle cure sanitarie*, Rischio Sanità n.1,2001;16-19.
5. Di Renzo M, *Il risk management in emodinamica*, Atti Congresso Nazionale GITIC Nursing Cuore 2005.
6. Ministero della salute, *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari*.
7. Regione Emilia Romagna, *FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie*, Sussidi per la gestione del rischio, 2001.

Per contatti:

Milena Mauri – Ufficio Infermieristico di Clusone

+39 0353066241, fax +39 0353066262

milena.mauri@bolognini.bg.it