



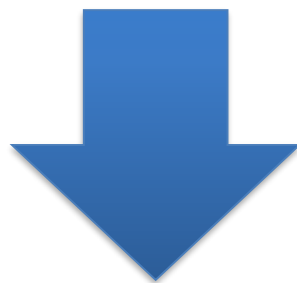
Informatizzazione del Sistema di Incident Reporting in diagnostica per immagini con approccio Lean Thinking

Andrea Minarini

Direttore UOC Medicina Legale e Risk Management

Riferimenti normativi

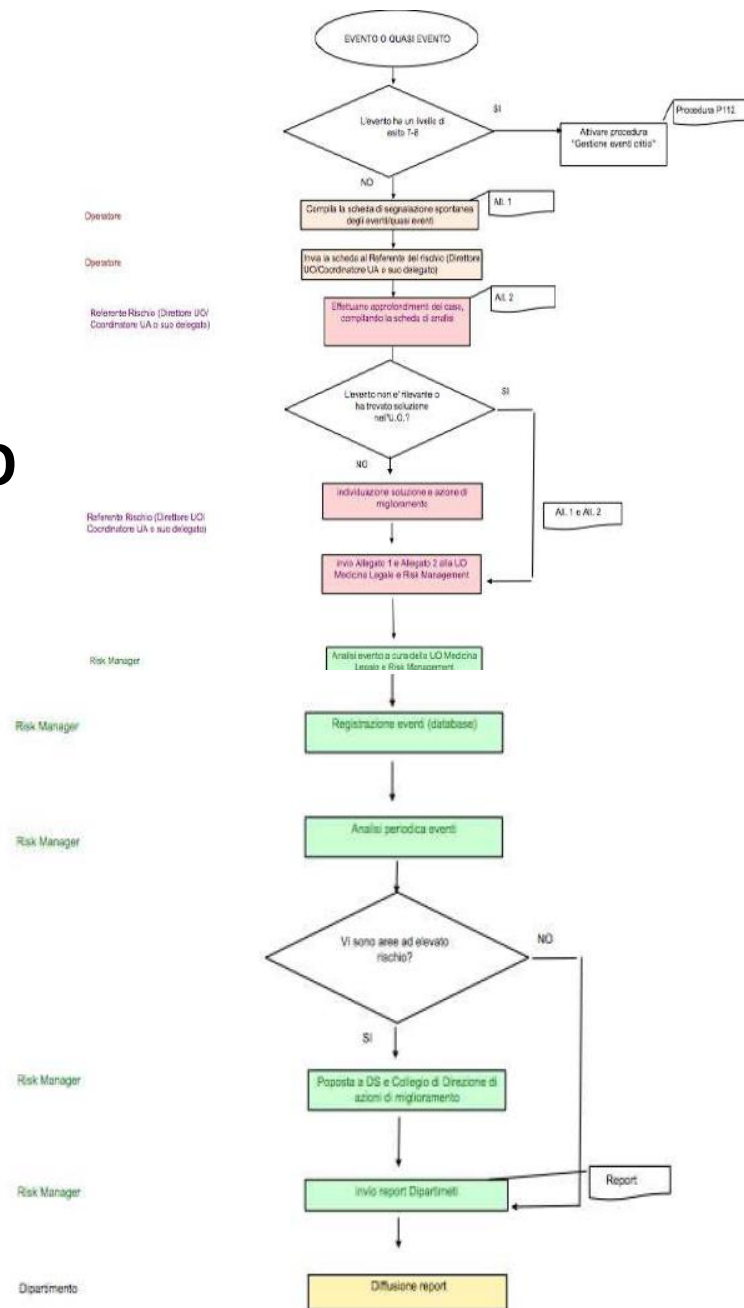
- Decreto 2 aprile 2015 n.70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza sanitaria”*
- DRG n. 830 del 12/06/2017 *“Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2017”*



DOCUMENTATA E FORMALIZZATA PRESENZA DI UN
SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI:
PROCEDURA E RELATIVO FLUSSO INFORMATIVO

IL SISTEMA AZIENDALE DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E QUASI EVENTI

- PROCEDURA AZIENDALE P156
- SCHEDA DI SEGNALAZIONE (ALLEGATO 1) E SCHEDA DI ANALISI (ALLEGATO 2)



INCIDENT REPORTING

L'*incident reporting* è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario.

Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan *et al.*, 1991) - e cosiddetti *near miss* - definiti come "eventi evitati" associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).

Obiettivi

La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare "massa critica" per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all'interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell'organizzazione, sia a livello locale che centrale.

Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall'esperienza (*learning*), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.

INCIDENT REPORTING

Incident reporting: caratteristiche, pregi e limiti

In letteratura sono stati individuati 7 elementi fondamentali affinché un sistema di *incident reporting* possa essere implementato e mantenuto con successo (Leape, 2002).

Caratteristica

Descrizione

Non punitivo

Chi segnala non deve essere sottoposto a ritorsioni o punizioni

Confidenziale

L'identità del paziente, del segnalatore e delle istituzioni coinvolte è anonima; le informazioni confidenziali non vengono mai comunicate a terzi

Indipendente

Il sistema è indipendente rispetto a qualsiasi autorità con potere punitivo nei confronti del segnalatore o dell'organizzazione

Analizzato da esperti

I report sono valutati da esperti che comprendono le circostanze cliniche e che riconoscono le cause sottostanti al sistema

Tempestivo

Le segnalazioni sono analizzate in tempi brevi e le azioni di riduzione del rischio sono diffuse tra gli interessati

Orientato al sistema

Le raccomandazioni si focalizzano su cambiamenti nel sistema, nei processi e nei prodotti, più che sulle *performance* individuali

Rispondente

Chi raccoglie le segnalazioni dev'essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuoverne l'applicazione nelle organizzazioni



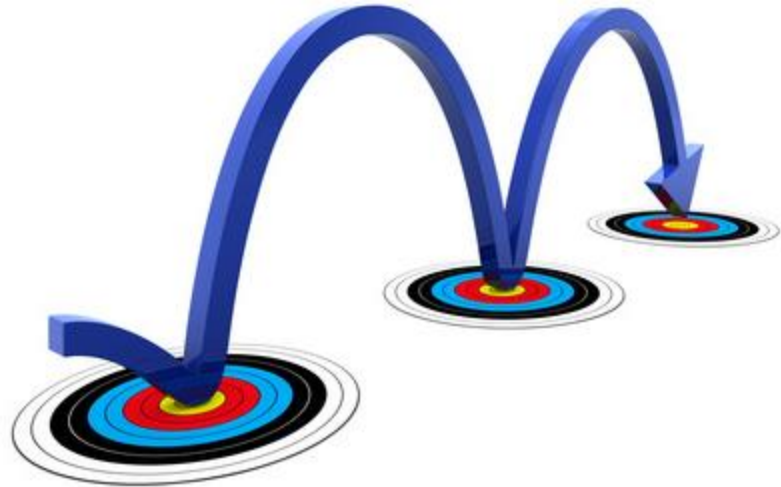
- La segnalazione assume rilevanza e utilità se viene realizzata e inserita in un **impegno organizzativo “di sistema”** per la sicurezza di pazienti e operatori.
- **Gli eventi senza esito e i near miss rappresentano una parte consistente dei casi segnalati** poiché, l'assenza del danno, nel personale sanitario l'impatto emotivo e la paura di eventuali ripercussioni sono minori.
- Il **coinvolgimento diretto degli operatori sanitari, come osservatori in loco**, consente inoltre di individuare e di fare emergere anche aree a rischio ancora sconosciute o poco esplorate.

DA DOVE SIAMO PARTITI...

RIDOTTO NUMERO DI SEGNALAZIONI PROVENIENTI DALL'AREA
DI DIAGNOSTICA



Necessità di
“manutenzione”



OBIETTIVI

- **SENSIBILIZZARE ALLA SEGNALAZIONE** DI EVENTI AVVERSI/QUASI EVENTI LE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI DEL TEAM DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- **OTTENERE DATI DI TIPO QUALITATIVO** PER INDIVIDUAZIONE DI ASPETTI CRITICI SU CUI ATTIVARE PERCORSI DI MIGLIORAMENTO
- **MIGLIORARE L'EFFICIENZA DELLO SPECIFICO CONTESTO E DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI** MEDIANTE RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'AMBITO DELLE PROCEDURE DI DIAGNOSTICA

THINKING...



(PLEASE BE PATIENT)

PROJECT CHARTER

“INFORMATIZZAZIONE DEL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING IN DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CON APPROCCIO LEAN THINKING”

- **Progettazione software per dematerializzazione:** a cura di Dott. Massimo Romanelli – Dott. Giovanni Borgogno (UO Processi E-Care)
- **Definizione Progetto Lean:** a cura di Dott.ssa Teresa Palladino (UO Medicina Legale e Risk Management)

Informatizzazione del sistema di Incident Reporting in Diagnostica per Immagini con approccio Lean Thinking

Teresa Palladino* – Massimo Romanelli** – Giovanni Borgogno** – Andrea Minarini*
 *UOC Medicina Legale e Risk Management ** UO Processi E-Care

Introduction

Nell'ambito del processo di risk management l'Incident Reporting è uno strumento per la raccolta strutturata di

Methods

E' stato definito un project charter articolato nella struttura DMAIC secondo le linee guida al cambiamento continuo

Conclusion

Aumento numero di segnalazioni nell'area di diagnostica, ritenendo l'importanza della segnalazione da ogni professionista, attese, costi contenuti.

FORUM RISK MANAGEMENT – Firenze 2017

di una cultura del rischio in cui occorre condividere l'idea che sia fondamentale non nascondere l'errore ma conoscerlo per poterlo evitare.

Objectives

Informatizzare l'Incident Reporting per l'area di diagnostica e definire la procedura informatica di segnalazione di near miss ed eventi avversi con l'intento non tanto di raccogliere dati di tipo epidemiologico esatti, in quanto molti avvenimenti possono essere non riconosciuti o non segnalati, ma di ottenere dati di tipo qualitativo per individuare aree di criticità e attivare percorsi di miglioramento.

Hishikawa delle cause possibili/potenziali che hanno dato origine agli sprechi individuati, 6. Ridisegno del nuovo flusso informatizzato di gestione della segnalazione mediante flowchart (to be) e definizione di un piano di implementazione (masterplan lean) delle attività di miglioramento, 7. informatizzazione dell'Incident Reporting strutturata in un settore di identificazione dell'evento e in un settore di analisi dell'accadimento, 8. definizione della procedura informatizzata del sistema di segnalazione con descrizione del work flow che prevede l'accesso per ogni operatore da qualsiasi PC e smartphone che possa connettersi alla rete intranet aziendale garantendo l'anonimato mediante crittografia sicura (HASH + SALT) delle password di accesso.

References

- *Dossier n. 250/2015 - Qualcosa non ha funzionato: possiamo imparare? Il sistema dell'incident reporting in Emilia-Romagna, 2012-2015
- LEGGI 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- *Dossier n. 231/2012 - Incident reporting in Emilia-Romagna. Stato dell'arte e sviluppi futuri
- *Doppi P. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents - A review of the situation in Europe. National Institute for Health and Welfare, Finland. Report 13/2020.
- *Gatigalis I, Scuseasa MC, Kelly E. WHO efforts to promote reporting of adverse events and global learning. Journal of Public Health Research, 2 (3): 188-174, 2013.
- *Lange LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med, 347 (20): 1653-1658, 2002.
- *Mazzeo C. Analyzing Near-Miss Events: Risk Management in Incident Reporting and Investigation Systems. London School of Economics and Political Science. Discussion paper 27, November 2007.
- *Ministero della salute. Processo di Monitoraggio degli eventi sentinella. 4° Rapporto (settembre 2005-dicembre 2011). Febbraio 2012.
- *Pratt JC, Girard T, Pronovost PJ. What to do with healthcare Incident Reporting Systems. Journal of Public Health Research, 2 (3): 427, 2013.
- *Reporting and learning subgroup of the European Commission PQGQWG. Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. European Commission, Patient Safety and Quality of Care working group. May 2014.
- *Thomas M.W, Schurz T.J, Hinnelstiel N, Ruscinian WS. Mapping the limits of safety reporting systems in health care - what lessons can we actually learn? Med J Aust; 194 (12): 635-639, 2011.
- *WHO. Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action. Geneva (CH), 2005.
- *WHO. Patient safety Research: a guide for developing training programmes. World Health Organization, 2012.

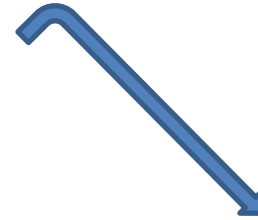
The image shows a screenshot of a web-based incident reporting system. It features a table with columns for 'Data', 'Descrizione', 'Categorie', and 'Stato'. Below the table, there is a detailed view of an incident, including a 'Data' field, a 'Descrizione' field with a text area, and a 'Categorie' field with a dropdown menu. The interface is designed for data entry and tracking of incidents.

CALL FOR GOOD PRACTICE 2017

THINKING...

(PLEASE BE PATIENT)

LEAN THINKING



LEAN THINKING

現場

GEMBA



WALK

Observation • Recognition • Cooperation
Communication • Problem Solving



As-is



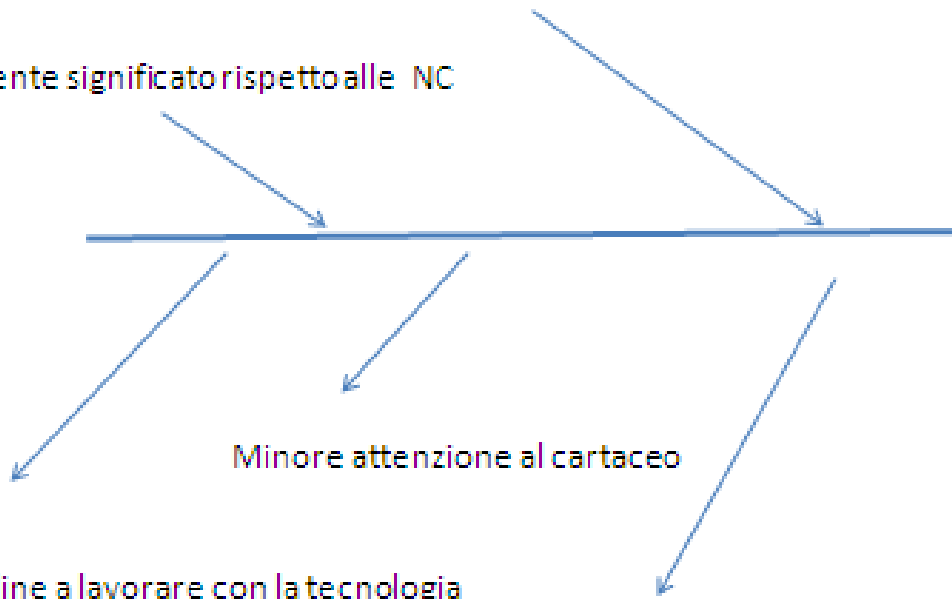
Evento
"collo di bottiglia"





Difficoltà rispetto a identificazione e gestione
near miss/ eventi avversi

Differente significato rispetto alle NC



Minore attenzione al cartaceo

Abitudine a lavorare con la tecnologia

Spostamenti degli operatori sanitari



BASSO NUMERO DI IR

CONTROMISURE



To-be

IL PIANO DI MIGLIORAMENTO



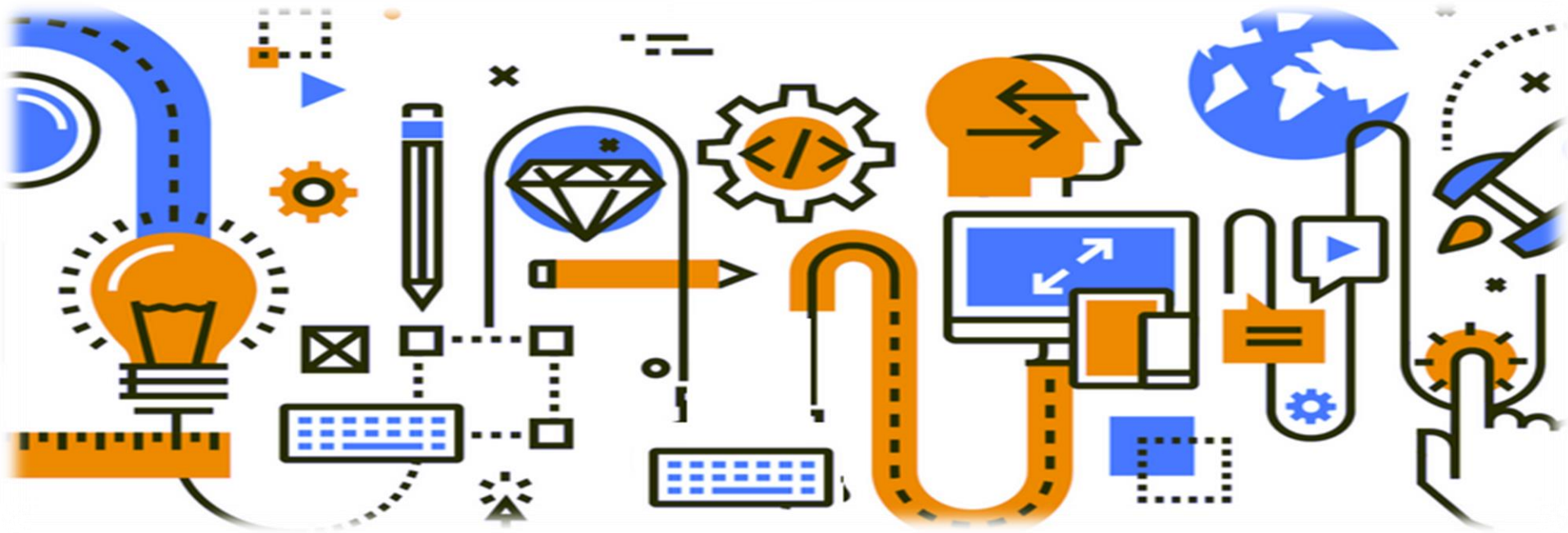
CONTROMISURE

Definizione della procedura informatizzata del sistema di segnalazione (Dematerializzazione e creazione APP)



+

descrizione work flow (Istruzione Operativa)



CONTROMISURE

FORMAZIONE

- Individuazione referenti e loro formazione sui principi della gestione del rischio clinico e sul sistema di segnalazione e analisi dell'evento
- formazione rivolta a tutti gli operatori per sensibilizzarli e addestrarli all'uso della scheda di segnalazione informatizzata.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Formazione

Mod01P07FORM0 - REV1
SCHEDA DI PROGETTO EVENTO FORMATIVO

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



[.Provider ECM della Regione Emilia Romagna – PG20120131897](#)

PROGETTO FORMATIVO

Gestione del Rischio -Learning and reporting: Informatizzazione della segnalazione di incident reporting

■ Previsto nel Dossier 2018

X si



ISORISORSE

- **PROGETTAZIONE, IMPLEMETAZIONE E MANTENIMENTO SOFTWARE**
- **FORMAZIONE**



Risultati

- Aumento numero segnalazione di eventi avversi/quasi eventi: da 0 nel a 23 nel 2017 riconducibili a errori in fase pre-indagine e post-indagine.
- Implementazione delle relative azioni di miglioramento (>90%)
- Trasferibilità ad altre strutture aziendali (UO Radioterapia e Medicina Nucleare: work in progress)



Descrizione del problema	Contromisure proposte
Basso numero di segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi nell'area di diagnostica.	<ul style="list-style-type: none"> Informatizzare la scheda regionale di IR specifica per l'area di diagnostica (dematerializzare l'attuale segnalazione cartacea).
<h1 style="color: red; font-size: 100px; opacity: 0.5;">A3 REPORT</h1>	
<p>Sensibilizzazione e percezione del rischio e migliorando l'efficienza dell'organizzazione e la qualità delle prestazioni.</p>	<p>Garantire un feedback strutturato rispetto al destino della segnalazione e alle azioni di miglioramento intraprese sensibilizzando altresì gli operatori alla cultura della sicurezza.</p> <p>PROSSIMI PASSI: Trasferibilità a tutte le strutture aziendali (ospedaliere/territoriali);</p>