

"L'errore in medicina. Problematiche in Sanità e questioni bioetiche"
(Torino, 18 settembre 2010)

Risk Management & Clinical Governance

Ugo Marchisio

Il nostro percorso

- Che cosa vogliamo dalla Clinical Governance ? _ Il Clinical Risk Management come elemento della C.G.
- Cercando un significato _ La centralità della persona
- Necessità di una nuova cultura per cittadini, professionisti e managers
- Conclusioni _ Take home messages
- Bibliografia essenziale



Che cosa
vogliamo
dalla
Clinical
Governance
???

Per garantire la privacy, è stato impedito il download automatico di questa immagine esterna. Per scaricare e visualizzare l'immagine, fare clic su Opzioni sulla barra dei messaggi, quindi fare clic su Attiva contenuto esterno.

CG e CRM: una sola storia

- UK anni '90: ripetuti episodi di "malasanità" con grande eco sui media
- Evidenza del grande impatto dell'errore nelle prestazioni sanitarie (danno a pazienti o operatori nel 10% dei casi; danno evitabile nel 50% dei casi)
- 1997: "The Labour Government introduced clinical governance in 1997 to promote an integrated approach to minimise risk and improve the quality of clinical care" (Gray 2001).



Le radici remote ...

(The 4 components of quality – WHO 1983)



1. Professional performance (technical quality)
2. Resource use (efficiency)
3. Risk management (risk of injury or illness associated with the service provided)
4. Patient satisfaction with the service provided

"These four components have formed the basis of clinical governance in the Scottish and English health service"
(NHS QIS – Quality Improvement Scotland)

Clinical Governance:

una proliferazione di definizioni e modelli

- "CG is the system through which NHS organisations are accountable for continuously monitoring and improving the quality of their care and services and safeguarding high standards of care and services" (NHS QIS 2005)
- CG = "Corporate accountability for clinical performance" (Sam Galbraith 1998)
- "... by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish" (Scully and Donaldson 1998)
- "... framework which helps ... to integrate all activities that impact on patient care into one strategy" (Royal College of Nursing)
- "... promotes an integrated approach towards management of inputs, structures and processes to improve the outcome of healthcare service delivery ..." (Chandra Vanu Som 2004)
- "... involving health care staff, patients and public ..." (NHS QIS)



CG & CRM: un impegno anche delle Amministrazioni e dei Cittadini

- "Each NHS Board is required to have a Clinical Governance Committee chaired by a Non-Executive board member. This committee is responsible to the NHS Board for providing assurance of effective clinical governance. It is of equal status to the financial (audit) committee" (NHS QIS)
- "... Safety and clinical quality are fundamental aspects of the way clinicians plan and give care." (Partnership for Care – Scotland's Health White Paper 2003)



Governance for Health

1. Clinical governance
2. Staff governance
3. Corporate governance
4. Information governance
5. Research governance



Meno rischio
Più qualità

Focus on Quality

ALBERTO SORDI

il medico della mutua

EURO INTERNATIONAL FILMS PRESENTA

TECNICOLOR - TECHNICOLOR
ACE MILANO - GALLI FRANCHETTI - FIORI DA STIVANO - SANDRO NELLI - LEOPOLDO TRIESTE - PIRELLA GÖTTSCHE LOWE
REGIA DI LUIGI ZAMPA

Cercando un significato La centralità delle persone

GOVERNANCE

- Governo
- Dominio
- Controllo della situazione

ACCOUNTABILITY

"Accountability is about more than responsibility. To be accountable you need to have the ability, responsibility and authority for your actions."
(NHS Q15)

Management/Control

↓

Management > Control

- Capacità
- Responsabilità
- Autorità

Come è nato il Risk Management?

- "Traditionally risk management has been about professional and organisational performance and systems – the **financial or corporate cost of making mistakes**." *(John Hickley 2005)*
- In Sanità è stato introdotto esattamente con lo stesso significato (danno = quello dell'azienda in termini **economici e di immagine**, al massimo inglobando nell'azienda anche i suoi dipendenti)

"Financial or corporate cost of making mistakes" ...

Utenti

Operatori sanitari

Visitatori pubblico

TUTELA

AVVOCATI

ASSICURAZIONI

... Ma qui si tratta di persone !

Persone malate

Professionisti che "si prendono cura"

Persone che vogliono bene ai malati

COLLABORAZIONE

Qualita' Errori

ASSICURAZIONI

La necessità di una nuova cultura

Dalla "medicina difensiva" alla "safety culture"

- "An integrated pattern of individual and organisational behaviour, based on a system of shared beliefs and values, that continuously seeks to minimise patient harm that may result from the process of care delivery" (Kizer 1999)
- NHS QIS report "Safe today – Safer tomorrow" (2006):
 - Mistakes seen as learning opportunities 89 %
 - Willingness to raise safety issues 80 %
 - Blame is still being apportioned 36 %
 - Staff are treated inconsistently 39 %
 - Nothing is done until a problem has recurred several times 33 %

“Learning from errors”

- **Imparare** a fare qualità dall'errore (come singoli e come organizzazioni)
- **Leadership** forte e motivata a tutti i livelli (politico, amministrativo, aziendale e clinico)
- **Trasparenza e fiducia** nel rendere operativi i sistemi di reporting, gli audit ecc.



La policy aziendale

- Dal contenimento del rischio ...
- Al farsi carico dell'errore
- Cioè farsi carico delle persone ...

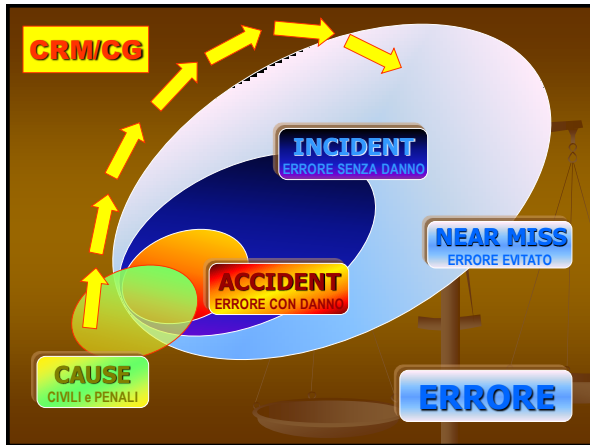


E noi operatori ... ?

- Perché, nell'ambito del CRM, sono poco diffusi (soprattutto in Italia) gli studi sul "fattore umano" (**Human Reliability Analysis** – HRA) ?
 - Complesso d'infalibilità della categoria?
 - Paura delle aziende di scoprire le loro responsabilità circa carichi di lavoro e carenza di dotazioni organiche?
- **"Normalizzazione della devianza"**: cultura delle "basse aspettative" che mina alla base ogni possibilità di QA e, quindi, di efficace CG
- Promuovere da protagonisti la **CG** => ingresso nella **"sala dei Bottoni"** delle aziende per condizionarne la strategia anche circa il CRM

Ed i cittadini ... ?

- Ricordiamoci che il 50 % degli eventi avversi **NON** è evitabile
- **"Tanto paga l'assicurazione ..."**: rispettare operatori e anche amministratori come persone che non vanno distrutte
- Atteggiamenti **"corporativi"** e orientati più **all'indennizzo** che alla prevenzione dell'errore => minano l'integrazione, la responsabilizzazione e il taglio proattivo nella promozione della CG



Quanti errori? Quante denunce?

- **Svezia** (1997-2004): 11.514.798 dimissioni 23.364 richieste di risarcimento = **0,2 %** Risarciti = **49,5 %** (Pukk-Harenstam et Al, 2008)
- **New Zeland** (1998): su un campione di 850 pazienti dimessi da ospedali pubblici che ebbero un evento avverso, solo 3 fecero causa = **0,4 %**; su 48 eventi avversi seri ed evitabili, solo 2 fecero causa = **4 %** (Bismark MM et Al, 2006)

Svezia, NZ ... e in Italia?

Risposta all'articolo di Bismark (Quality and Safety in Health Care): da una review di 240 casi di malpractice (Cittadinanzattiva - Milano), gli eventi avversi evitabili furono 87 = **36 %**; seri 22 = **9 %** (Natangelo N, 2006)



CRM + CG: quali strumenti?

- Privilegiare quelli che creano integrazione, collegialità, responsabilizzazione collettiva e un atteggiamento proattivo
- **Root Cause Analysis** (coinvolge Direzione Strategica, Uffici di Staff e tutti i livelli gerarchici dei professionisti in line)
- Health Failure Mode and Effect Analysis (**HFMEA/HFMECA**): coinvolge un gruppo interdisciplinare ed è un'analisi di processo proattiva
- **Audit clinico** (anche semplicemente come mentalità di "imparare dall'errore" nei briefings di équipe)

Bottom up is better than top down

- CG => CRM: I Clinici operativi devono essere **promotori e protagonisti** dell'azione di CRM come aspetto della CG
- Non sempre e solo **oggetti passivi di normative e ordini di servizio** voluti dalle Direzioni Strategiche per ottemperare a obiettivi regionali ecc. e tradotti in termini operativi dagli Uffici di Staff senza sentire per nulla il mid-management e la line



Take home messages 1

- Dal rischio (danno economico, penale e di immagine) all'**ERRORE** (danno alla qualità del servizio ed alla salute di tutti)
- Dall'attenzione al sistema ed ai ruoli, all'attenzione alle **PERSONE** (malati, professionisti, managers ed "esterni")
- Da una lettura legale ed economica a una lettura **PROFESSIONALE** ed **ETICA**

Take home messages 2

- Da una visione "di parte" (cittadini, operatori sanitari e amministratori = controparti in contenzioso – o almeno sospetto – reciproco) ad una visione **INTEGRATA e COLLABORATIVA**
- Il **CRM è parte della CG** ed ha come scopo, condiviso da tutti, quello di promuovere la qualità e creare salute

 +  =  - **ERRORI**
 + **QUALITA'**

Non dimentichiamo mai che il "core business" della Sanità è ...

Fare salute !

tutti insieme

per tutti

Il meglio possibile



Bibliografia essenziale

- NHS QIS: <http://www.nhshealthquality.org>
- Min.Salute, FNOMCeO e IPASVI, Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico, manuale per la formazione degli operatori sanitari, Biblioteca "La professione", 2008
- Bemark et Al, Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainant and non-complainant following adverse events, Qual Saf Health Care 2006;15:17-22
- Bianchin C, Comunicare o non comunicare l'errore al paziente, questo è un problema, Decidere in Medicina, anno X n° 3 giugno 2010
- Vanu Som C, Clinical governance: a fresh look at its definition, Clinical Governance, 2004, 9,2: 87-90
- Hickey J and Thomas M, Clinical Risk Management in Primary Care, Radcliffe Publishing, 2005
- Liley R and Lambden P, Making sense of risk management: a workbook for primary care (II ediz.), Redcliffe Publishing, 2005
- Wilson J and Tingle J, Clinical risk modification: a route to clinical governance?, Elsevier Health Sciences, 1999
- McSherry R and Pearce P, Clinical Governance, National Patient Safety Agency, 2010
- Haligan A and Donaldson L, Implementing clinical governance: turning vision into reality, BMJ 2001; 323:685
- Verbano C e Turra F, A human factor an reliability approach to clinical risk management: evidence from Italian cases, Safety Science 2010: 48:625-39