

L'appropriatezza in Endoscopia Digestiva

Appropriatezza e rischio clinico in endoscopia digestiva

Dott. ITALO STROPPA

**Responsabile della
Unità Operativa Dipartimentale
di Endoscopia Digestiva Operativa e d'Urgenza
Fondazione PTV
Policlinico Tor Vegata-Roma**

APPROPRIATEZZA

Misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente ed al contesto sanitario

RISCHIO

E' la possibilità che si verifichi un evento dannoso misurabile come rapporto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità delle sue conseguenze

$$r = f \times g$$

r (rischio)

f (frequenza)

g (gravità)

RISCHIO CLINICO

E' la probabilità che un paziente sia vittima di un errore che può provocare un evento avverso subendo un danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prolungando il periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte

Kohn 1999



L'ERRORE UMANO

L'errore è l'insieme di fattori che intervengono nel macroprocesso sanitario di diagnosi e cura, producendo un evento avverso, ossia un danno alla salute del paziente, impedendo o ritardando il suo effettivo ritorno ad uno stato di benessere

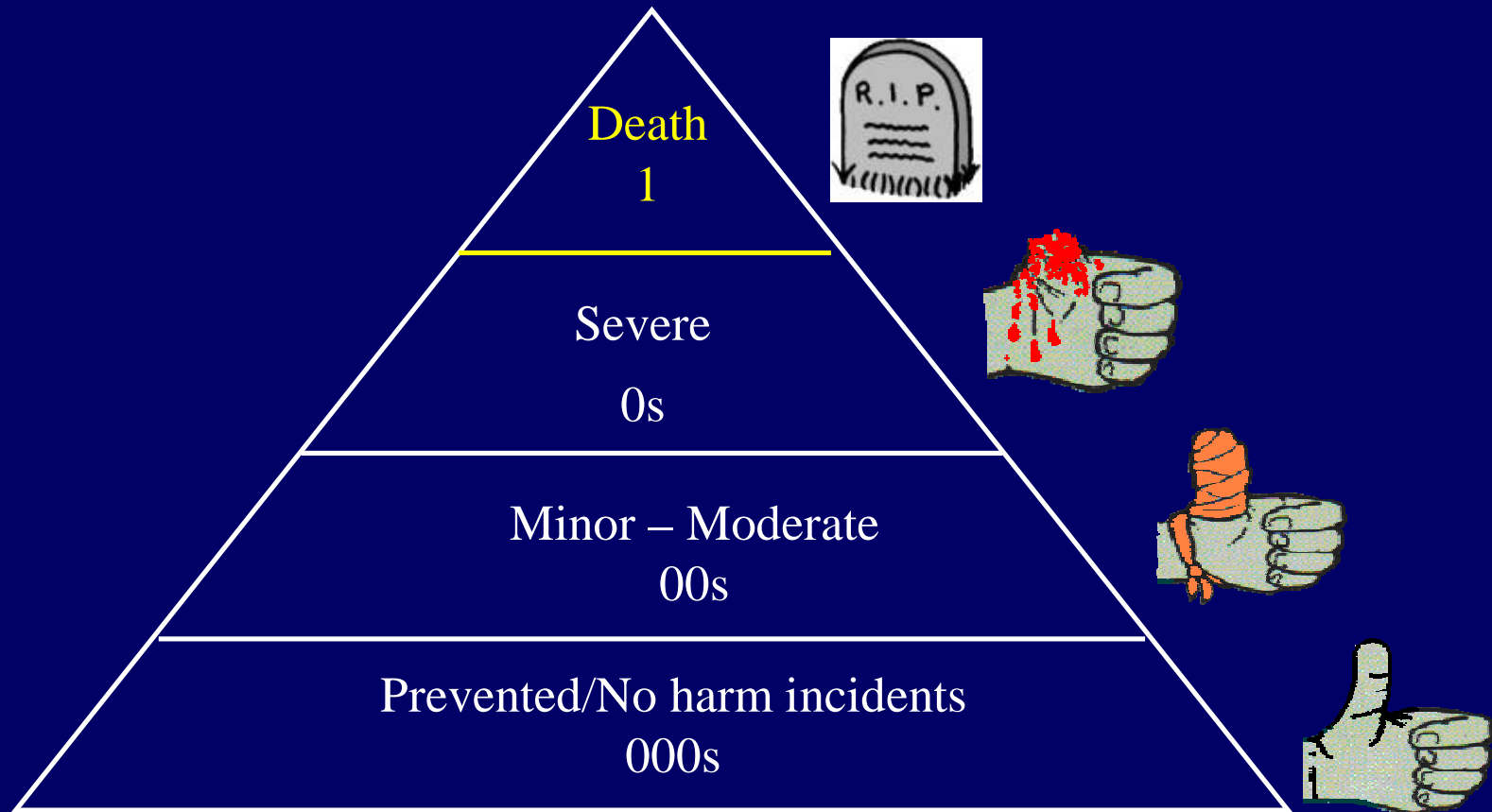
E' il fallimento delle azioni programmate per realizzare i fini desiderati, escluso l'intervento di eventi imprevisti

EVENTO AVVERSO

“Danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia o un incidente (o mancato infortunio) di particolare rilevanza per le conseguenze che avrebbe potuto avere per il paziente. Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento prevenibile”

Institute of medicine, 2000

Le giuste proporzioni degli eventi avversi



da NPSA, 2005

CLINICAL RISK MANAGEMENT

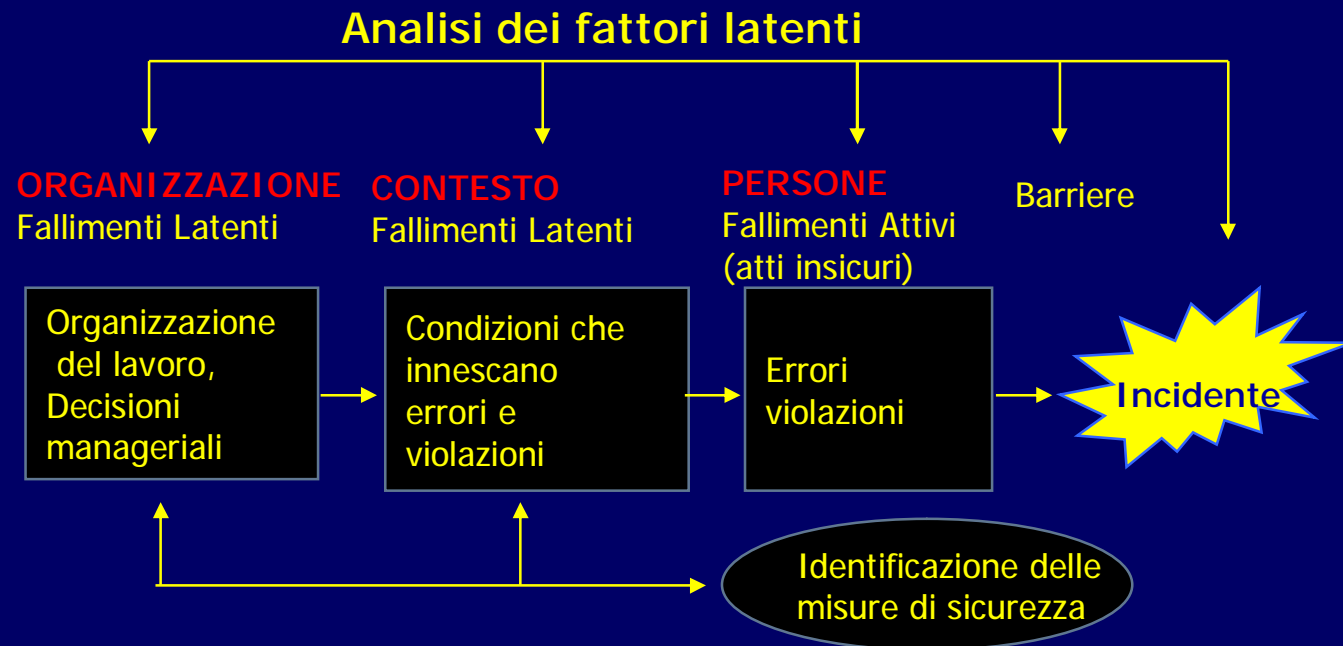
Il clinical risk management riguarda il sistema di linee guida, protocolli, percorsi, procedure e prassi organizzative e cliniche adottate all'interno di un ospedale per ridurre le probabilità che si verifichino eventi ed azioni potenzialmente in grado di produrre effetti negativi o inattesi sullo stato di salute del paziente

M.Elefanti

ANALISI E PREVENZIONE

L'approccio analitico

MODALITA' REATTIVA



MODALITA' PROATTIVA

I due approcci sono complementari e si combinano per rispondere alle esigenze di breve, medio e lungo periodo dell'organizzazione

Prevenzione secondaria

Ridurre il ripetersi degli errori (**prevalenza**)

Una volta che l'errore è penetrato nel sistema, impedirne la ripetizione contrastandone il meccanismo

L'approccio reattivo

È la metodologia che promuove la comunicazione e rileva gli eventi avversi ed i "near miss"

Lo strumento che si utilizza per l'approccio reattivo è la scheda di segnalazione o "incident reporting"

Scheda di segnalazione degli eventi senza danno al paziente⁹ (da consegnare al facilitatore)



Descrizione (luogo e dinamica, eventuali conseguenze):

Evento

Data _____ Ora _____ Paziente coinvolto sì no

IMPORTANTE: Tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate dal facilitatore di riferimento.

Operatore
Nome e Cognome

Data segnalazione _____

*Gli eventi da segnalare sono:

- azioni insicure
- quasi incidenti
- incidenti che non hanno comportato danno al paziente

(es. è facile prendere un farmaco al posto di un altro perché le confezioni sono simili e collocate nello stesso armadietto)

(es. eravamo sul punto di somministrare il farmaco sbagliato)

(es. abbiamo somministrato il farmaco sbagliato ma siamo riusciti a porvi rimedio)

Prevenzione primaria

Ha lo scopo di ridurre la probabilità che insorgano errori (**incidenza**) e quindi il rischio clinico, utilizzando lo strumento dell'appropriatezza

L'approccio proattivo

È la metodologia la cui funzione consiste nel ridurre preventivamente l'incidenza e le conseguenze di incidenti in attività caratterizzate da un elevato rischio intrinseco

La metodologia che si utilizza per l'approccio proattivo è la
HFMEA*

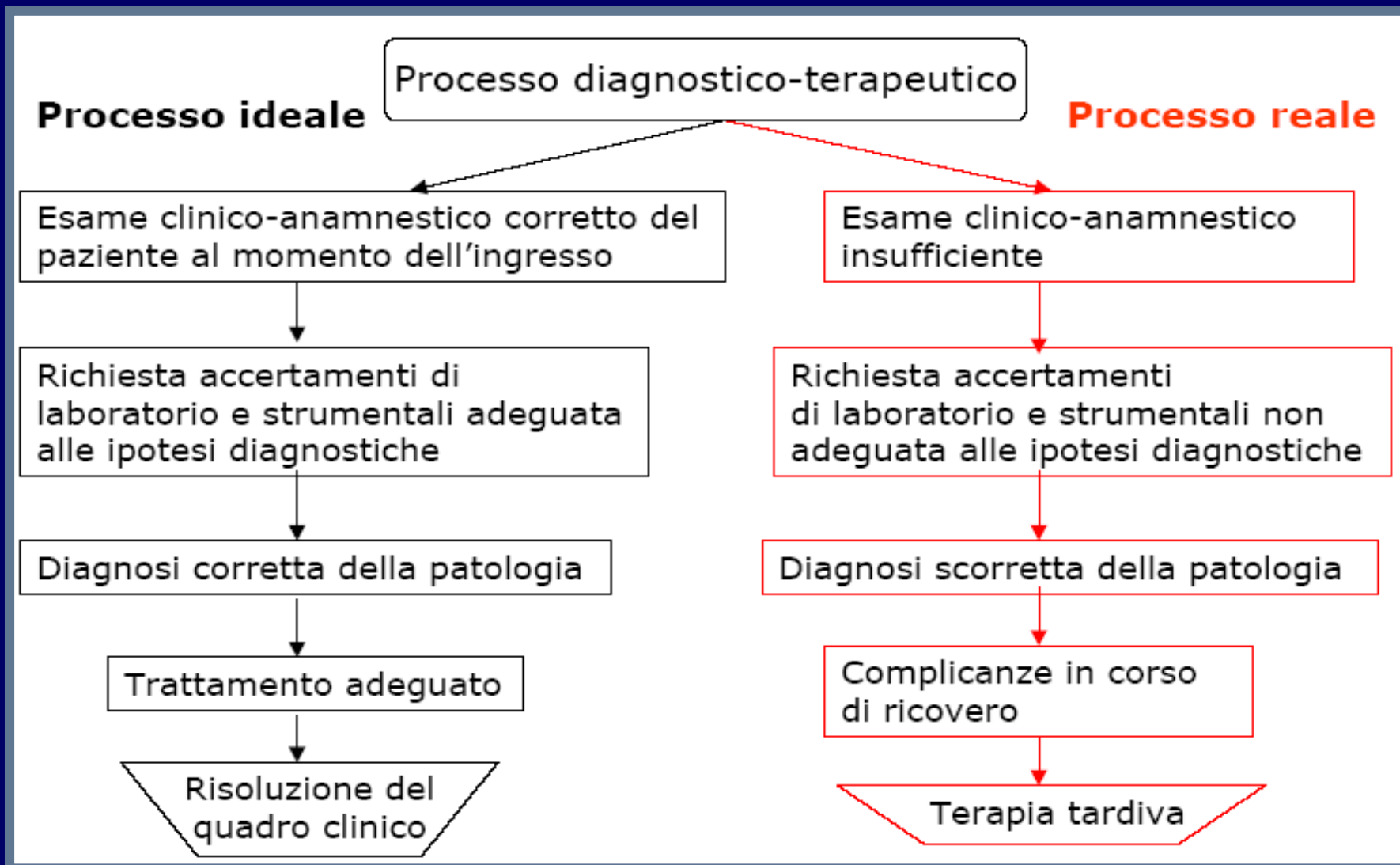
(Health care Failure Modes and Effect Analysis)

* JCAHO 2002

FASI DELL'HFMEA

- definizione di un gruppo di studio
- individuazione dell'attività considerata ad alto rischio
- scomposizione dell'attività in microprocessi
- analisi con tecnica di "brain storming" dei possibili errori/guasti dei singoli microprocessi
- analisi delle conseguenze di ogni errore e valutazione delle stesse mediante le scale della probabilità, gravità e rilevabilità dell'errore
- il prodotto di questi tre valori ($P \times G \times R$) definisce la priorità di rischio da attribuire all'errore esaminato
- costruzione di una master list

Processo di cura



risultato atteso

Master list	
Fasi della procedura	Tot media IPRM
1. Fase pre-procedura	
2. Fase procedura	
3. Fase post-procedura	
4. Altro	

fattori di rischio		
Fattori di rischio organizzativi e sistemici: passivi	Dipendono dalla mala organizzazione e gestione dell'azienda.	Mancata definizione dei protocolli, linee guida, farmaci, Check list non effettuate, mancanza di modelli di assistenza delineati, mancanza di formazione, addestramento. ecc.
Fattori di rischio professionali e personali dell'operatore o dell'utente attivi	Dipendono dall'operatore sanitario o/e dell'utente	Stress, comunicazione inesistente, turni di lavoro, perdita conoscenze specifiche. Patologie .ecc
Fattori di rischio tecnologici, ambientali e logistici: passivi	Dipendono dal malfunzionamento dei presidi, ausili sanitari.	Assenza di manutenzione, blocco, malfunzionamento apparecchi elettromedicali, assenza di spazi e luoghi adeguati alla preparazione della terapia, mancanza ausili e presidi. ecc

**AREE E FATTORI
DI RISCHIO in ENDOSCOPIA
DIGESTIVA**

Il Modello Domino di Adams (modificato)

Errori clinici

ERRORI CLINICI

Quantificazione dei rischi e stratificazione del paziente

Terapia medica

Timing endoscopia

Diagnosi endoscopica

Tecnica endoscopica

Terapia medica dopo l'endoscopia

Terapia medica

Errori organizzativi

ERRORI ORGANIZZATIVI

Progettazione

Manutenzione

Comunicazione

Organizzazione lavoro

Formazione

Addestramento

Cultura della sicurezza

Supervisione

Controllo

Leadership

Coordinamento

Management...

Progettazione

Organizzazione

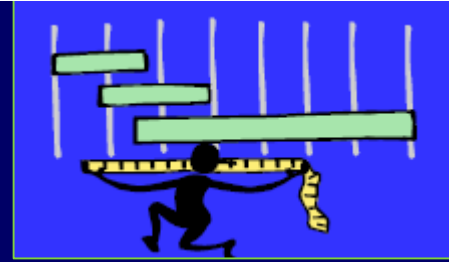
incidente

PTV



LA MANCATA APPROPRIATEZZA

1. Rischio specifico del paziente
2. Rischio specifico della procedura
3. Rischio specifico del contesto
(operatori, strutture, organizzazione ecc.)



1

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

- Anamnesi ed esame obiettivo
- Lab, ECG, RX (se necessari)
- Precedenti chirurgici, anestesie, ecc.
- Terapie in atto
- Allergie

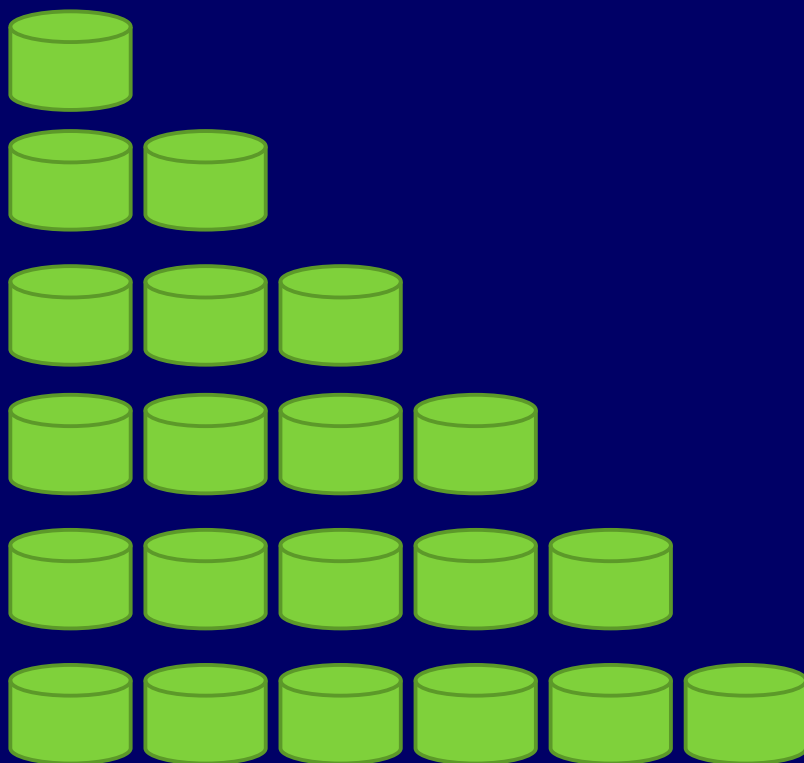
2

Valutazione della procedura endoscopia

RISCHIO DI COMPLICANZE



rischio



- EGDS diagnostica
- PEG
- EMR
- ESD
- ERCP
- NOTES

2

Valutazione della procedura endoscopica

Fase pre-procedura

GESTIONE DELLA SEDAZIONE /ANALGESIA

Considerazioni

E' opinione sostenuta dalla SIAARTI e dalle Linee Guida della ASGE che le procedure della sedazione/analgesia siano gestite da personale dedicato. Inoltre il monitoraggio deve essere garantito da personale qualificato, addestrato e periodicamente aggiornato, con adeguato training in "tecniche di sedazione" per l'esecuzione della sedazione/analgesia.

2

Valutazione della procedura endoscopica

Fase pre-procedura

Profilassi antibiotica in endoscopia digestiva

INDICATA/RACCOMANDATA

- emorragia digestiva in cirrosi epatica
- posizi. PEG (qualsiasi paziente)
- ostruzione biliare (ERCP drenaggio incompleto)
- ERCP/ EUS-FNA (lesioni cistiche o pseudocistiche)
- EUS-FNA (lesioni inferiori GI inferiore)

2

Valutazione della procedura endoscopica

Fase pre-procedura

La gestione del paziente scoagulato

INDICAZIONI ALL'USO NELLA PRATICA CLINICA

- Antiaggreganti
- Anticoagulanti
- Valutazione della procedura a basso, medio, alto rischio emorragico
- Come gestire TAO ed aggreganti a secondo del tipo di procedura

2

Valutazione della procedura endoscopica

Fase pre-procedura

- Ø Buona comunicazione
- Ø Presenza di procedure interne generali e specifiche
- Ø Qualità dei rapporti tra i componenti del team
- Ø Corretta applicazione delle linee guida

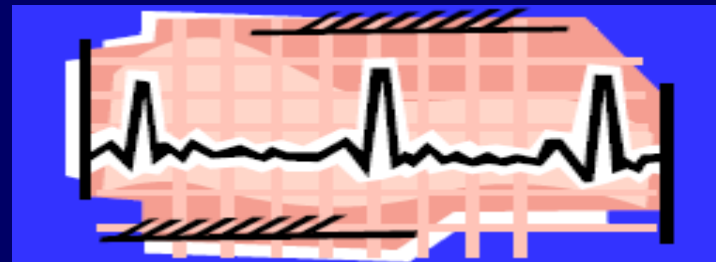
2

Valutazione della procedura endoscopica

Fase procedura

Monitoraggio del paziente in corso di procedura

- PA
- ECG



- Pulsiossimetro

≥ 95% : OK
90-94% : ipossia lieve
85-89% : ipossia moderata
< 85% : ipossia grave
Sotto i 90% : correzione immediata

ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA AD ESAMI ENDOSCOPICI
ESEGUITI IN ELEZIONE

2

Valutazione della procedura endoscopica

Fase post-procedura

- adeguata assistenza in sala risveglio
- compilazione scheda anestesiologicala



In conclusione

- solo la valutazione individuale consente di attivare azioni preventive/correttive
- ogni paziente può essere/diventare a rischio
- nessuna attività clinica – endoscopica è senza rischio e deve pertanto rispondere ai criteri di appropriatezza