

# La presa in carico del malato in Cure Palliative: uno strumento pratico per guidare l'équipe nella gestione del rischio clinico.

Alberti Annalisa\*, Mare Micaela\*, Cometto Matteo\*, Fortugno Francesca\*, Lo Dico Silvia\*, Ruggieri Nadia\*, Ditaranto Rocco<sup>\*\*\*</sup>, Onida Francesco<sup>°</sup>, Zucco Furio<sup>°°</sup>.

\* Master di 2° Livello di Alta Formazione e Qualificazione in Cure Palliative - Università degli Studi di Milano

<sup>°</sup> Direttore del Master di 2° livello in Alta Formazione e Qualificazione in Cure Palliative-Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia (DIPO)-Università degli Studi di Milano – Direttore del Centro Interdipartimentale di Ricerca per le Cure Palliative-Università degli Studi di Milano

<sup>°°</sup> Componente del Centro Interdipartimentale di Ricerca per le Cure Palliative-Università degli Studi di Milano

<sup>\*\*\*</sup> Componente del Centro Interdipartimentale di Ricerca per le Cure Palliative-Università degli Studi di Milano, Coordinatore didattico-organizzativo del Master.

## INTRODUZIONE

Il paziente di Cure Palliative affronta un percorso complesso che prevede l'intervento di un'équipe multidisciplinare; questo comporta la presenza di rischi che devono essere quantificati e, ove possibile, ridotti.

Il modello di lavoro a cui si è ispirato il nostro lavoro è il **diagramma di Ishikawa**, supportato dallo strumento **FMECA (Failure Mode, Effects and Criticality Analysis)**, che analizza i difetti del processo, favorendo un'analisi preventiva del percorso, basata su considerazioni teoriche.

Abbiamo formulato, dunque, un rischio predittivo in ogni momento della presa in carico. Individuato il problema, vengono stimati i possibili rischi insiti nel processo, stimando la gravità delle conseguenze (**G**), la probabilità che questi eventi accadano (**P**) e la possibilità di rilevare l'evento stesso (**R**).

## OBIETTIVO

L'obiettivo principale è quello di identificare un modello che permetta la descrizione dei macro-processi, suddivisi in macro-fasi, del percorso clinico assistenziale di un paziente in Cure Palliative, stimando il rischio nei due setting, Hospice e Assistenza Domiciliare.

## MATERIALI E METODI

E' stata elaborata una tabella applicando le fasi metodologiche della FMECA, così declinate: identificazione dell'oggetto di analisi e delle attività ad esso connesse, identificazione degli "eventi negativi" e dei possibili effetti dell'evento, identificazione delle possibili cause dell'evento, valutazione del livello di gravità degli effetti dell'evento, del grado di probabilità che si verifichi e del suo grado di rilevabilità, che portano al calcolo dell'**indice di priorità del rischio (IPR = G x P x R)**. I rischi analizzati fanno parte della tabella **Universo dei rischi** del processo di *auditing* di Regione Lombardia

PROBABILITA'	CRITERI	VALORE
QUASI IMPOSSIBILE	Non esistono dati noti	1
IMPROBABILE	Possibile ma non esistono dati noti	2
POSSIBILE	Documentata, ma infrequente	3
PROBABILE	Documentata e frequente	4
QUASI CERTO	Documentata e quasi certa	5

RILEVABILITA'	CRITERI	VALORE
ALTISSIMA	Guasto/errore sempre rilevato (10/10)	5
ALTA	Guasto/errore probabilmente rilevato (8-9/10)	4
MEDIA	Moderata probabilità di rilevare il guasto/errore (6-7/10)	3
BASSA	Scarsa probabilità di rilevare il guasto/errore (3-4/10)	2
BASSISSIMA	Probabilità remota di rilevare il guasto/errore (1-2/10)	1

Tab.1-4 Tabelle FMECA per il calcolo Indice Priorità di Rischio, dato dal prodotto di gravità per probabilità e rilevabilità (GxPxR)

GRAVITA'	CRITERI	VALORE
GRAVISSIMO	Errore che può produrre danni gravi al processo	5
GRAVE	Errore che può produrre seri danni al processo	4
MODERATO	Errore che può produrre danni al processo	3
BASSO	Errore che può produrre danni al processo, successivamente gestibili e risolvibili	2
NESSUNO	Nessun danno al processo	1

INDICE PRIORITA' DI RISCHIO (GxPxR)	
LIEVE	1-24
MODERATO	25-49
SIGNIFICATIVO	50-74
CRITICO	75-100

## RISULTATI

Al termine del lavoro è stato possibile costruire lo strumento «presa in carico del paziente in una rete locale di cure palliative». Il macro-processo è stato suddiviso in 5 macro-fasi: accesso del paziente, presa in carico del paziente e dei famigliari, fase di assistenza attiva, gestione della fase terminale e gestione del lutto. Queste, a loro volta, sono state suddivise in 13 fasi (selezione del paziente, segnalazione al servizio di cure palliative, comunicazione ai cittadini, lista d'attesa, valutazione multidisciplinare, controllo della sintomatologia, informazione, condivisione delle cure, reperibilità 24/24h, gestione della sintomatologia del paziente terminale, gestione della sfera spirituale, elaborazione del lutto). Dall'applicazione del prototipo predisposto abbiamo individuato una sostanziale sovrapposizione tra i due setting, Hospice e Cure Palliative Domiciliari. Le attività con rischio moderato/critico, cioè con IPR>50, sono quelle che dovranno essere sottoposte a monitoraggio continuo per la riduzione del rischio clinico.

MACRO-FASE	FASI
ACCESSO DEL PAZIENTE	SELEZIONE DEL PAZIENTE
	SEGNALAZIONE DEL PAZIENTE
	LISTA D'ATTESA
PRESA IN CARICO DI PAZIENTE E FAMILIARI	COMUNICAZIONE AI CITTADINI
	VALUTAZIONE DEL BISOGNO
FASE DI ASSISTENZA ATTIVA	INTERVENTO EQUIPE MD
	CONTROLLO DEI SINTOMI
	INFORMAZIONE
	CONDIVISIONE DELLE CURE
GESTIONE DELLA FASE TERMINALE	GESTIONE SINTOMI PZ TERMINALE
	GESTIONE DELLA SFERA SPIRITUALE E PSICOLOGICA PZ E FAMIGLIA
GESTIONE DEL LUTTO	ELABORAZIONE DEL LUTTO

Tab.5 Suddivisione delle macro-fasi in fasi



SCAN ME

## CONCLUSIONI

L'applicazione del modello nelle singole realtà lavorative permetterebbe di oggettivare il grado di rischio a cui è sottoposto ogni paziente od operatore in quelli che possono essere definiti i momenti "critici" dell'assistenza. Se validato con un campione statisticamente significativo potrebbe permettere ad ogni Soggetto erogatore di Cure Palliative di minimizzare l'impatto dei rischi sul processo, in termini di qualità e sicurezza del prodotto offerto ed in termini di salute del paziente.

## LIMITI

Il metodo FMECA è nato per analizzare processi industriali, dunque più standardizzati rispetto a quanto avviene nel processo clinico-assistenziale, dove la variabile umana è molto influente. L'attribuzione del rischio è sicuramente inficiata dall'esperienza personale e dal contesto di cura in cui si esercita la propria professione. Dunque, le attività a rischio medio-alto non sono univoche, dipendendo da fattori come il territorio, l'organizzazione e l'allocatione delle risorse.

**Bibliografia:**  
 Ishikawa K. *What Is Total Quality Control? The Japanese Way*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, Inc.; 1985.  
 Joint Commission Sentinel Event Data. *Root Causes by Event Type: Joint Commission; 2004-2015*. 2018  
 Stamatris DH. *Failure mode and effect analysis: FMEA from theory to execution*. 455 2nd Edn Milwaukee, Wisconsin: ASQ Quality Press, 2003.  
 Hudson P. *Applying the lessons of high risk industries to health care*. *Qual Saf Health Care* 2003;12(Suppl 1):7-12.  
 Lyons M, Adams S, Woloshynowych M, et al. *Human reliability analysis in healthcare: A review of techniques*. *International Journal of Risk and Safety in Medicine* 2004;16:223-37.  
 Dean Franklin B, Shebl NA, Barber N. *Failure mode and effects analysis: too little for too much?* *BMJ Qual Saf* 2012;21:607-11.  
 World Health Organization. *Patients for patient safety- statement of case*. 2017.  
 Kohn L.T., Corrigan J.M., and Donaldson M.S. *To err is human: building a Safer Health System*. Vol. 6 2000: National Academies Press.  
 Donabedian AV. *The End Results of Health Care: Ernest Codman's Contributions to Quality Assessment and Beyond*. *Milbank Memorial Quarterly*. 1989;67(2):233-256.  
 Laffel G, Blumenthal D. *The Case for Using Industrial Quality Management Science in Health Care Organizations*. *Journal of the American Medical Association*. 1989;262:2869-2873.  
 Lansky D, Butler JB, Waller FT. *The New Responsibility: Measuring and Reporting on Quality*. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1993;19(12):545-551.