

# Gestione del rischio

Giuseppe Ducci

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Ospedale San Filippo Neri  
Università di Roma “La Sapienza”

## **F2-1) Saper gestire i comportamenti che possano mettere a rischio l'incolumità degli utenti e degli operatori**

1. Riconoscere le situazioni rischiose in corso (o quelle potenzialmente rischiose)
2. Saper valutare i rischi, in corso o potenziali, per la salute e per la vita
3. Identificare le azioni adeguate che é possibile intraprendere in situazioni di rischio
4. Identificare i principali problemi di salute (inclusi i comportamenti a rischio), il rischio di suicidio, il rischio di atti auto-lesionistici (incluso l'uso di droghe e/o alcool), il livello di vulnerabilità, il rischio di essere abusati, il rischio di ricadute, i rischi potenziali per le persone che interagiscono con l'utente (*ad es.*, comportamenti aggressivi o confusi)
5. Collaborare con gli altri membri dello *staff* nelle situazioni che implicano un'assunzione di rischio
6. Saper gestire le situazioni di rischio facendo ricorso nella minor misura possibile a misure contenitive
7. Essere a conoscenza di eventuali comportamenti violenti agiti in passato dall'utente
8. Essere a conoscenza delle problematiche legali relative al campo della salute mentale, e delle eventuali conseguenze che, in questi termini, qualsiasi azione intrapresa potrebbe comportare
9. Dimostrare conoscenza delle tecniche basilari di pronto soccorso
10. Essere consapevole che in caso di comportamenti a rischio la famiglia dovrebbe essere tenuta in considerazione e, se opportuno, coinvolta

## ***F2.2)* Gestione dei comportamenti provocatori**

1. Avere la capacità di distinguere tra situazioni di pericolo reale e situazioni di pericolo "percepito" (*es.*, un comportamento semplicemente bizzarro o confuso)
2. Avere consapevolezza dei propri atteggiamenti e valori e di come questi possano influenzare il modo di reagire ai comportamenti provocatori degli utenti
3. Essere consapevole delle questioni etiche e morali
4. Partecipare attivamente alle supervisioni, riconoscendone il valore in quanto fondamentale metodo di prevenzione e gestione delle situazioni problematiche

# Spunti di discussione

- Rischio: rischio di disabilità, *auto ed eteroaggressività, CRM*
- Interventi psicoeducativi di teoria della mente
- Suicidio
- Gestione dei pazienti con DBP

# Aggressività: le diagnosi implicate

- DBP e antisociale
- Oligofrenia
- Abuso di sostanze (perdita della percezione del rischio)

# Fattori di rischio per il comportamento aggressivo

(Carraro, 2007)

1. Giovane età
2. Abuso di sostanze
3. Basso quoziente intellettivo
4. Bassa scolarità
5. Basso status socioeconomico
6. Propositi violenti
7. Storia recente/remota di violenza
8. Abusi nell'infanzia
9. Storia familiare e ambientale di violenza
10. Qualità della rete di supporto scarsa
11. Basso grado di compliance

1. Deterioramento del funzionamento sociale ed emerginazione
2. Urbano vs rurale
3. Grave disturbo di personalità
4. Ideazione delirante
5. Allucinazioni imperative
6. Eccitamento maniacale
7. Patologie del SNC associate a comportamenti violenti
8. Depressione maggiore
9. Disturbo bipolare in fase mista
10. Epilessia temporale

# Gestione dell'aggressività e dell'agitazione psicomotoria

- Regolazione affettiva (criteri di prossimità, numero)
- Intervento fisico
- Tranquillizzazione rapida

A **performance** component which identifies 'what people need to possess' and 'what they need to achieve' in the workplace

An **ethical** component that is concerned with integrating a knowledge of culture, values and social awareness into professional practice

A component that emphasises **reflective** practice in action

The Capability to **effectively implement** evidence-based interventions in the service configurations of a modern mental health system; and a commitment to working with new models of professional education and responsibility for **lifelong learning**

# L'abuso di sostanze: una nuova emergenza

N. ricoveri 2007 = 489

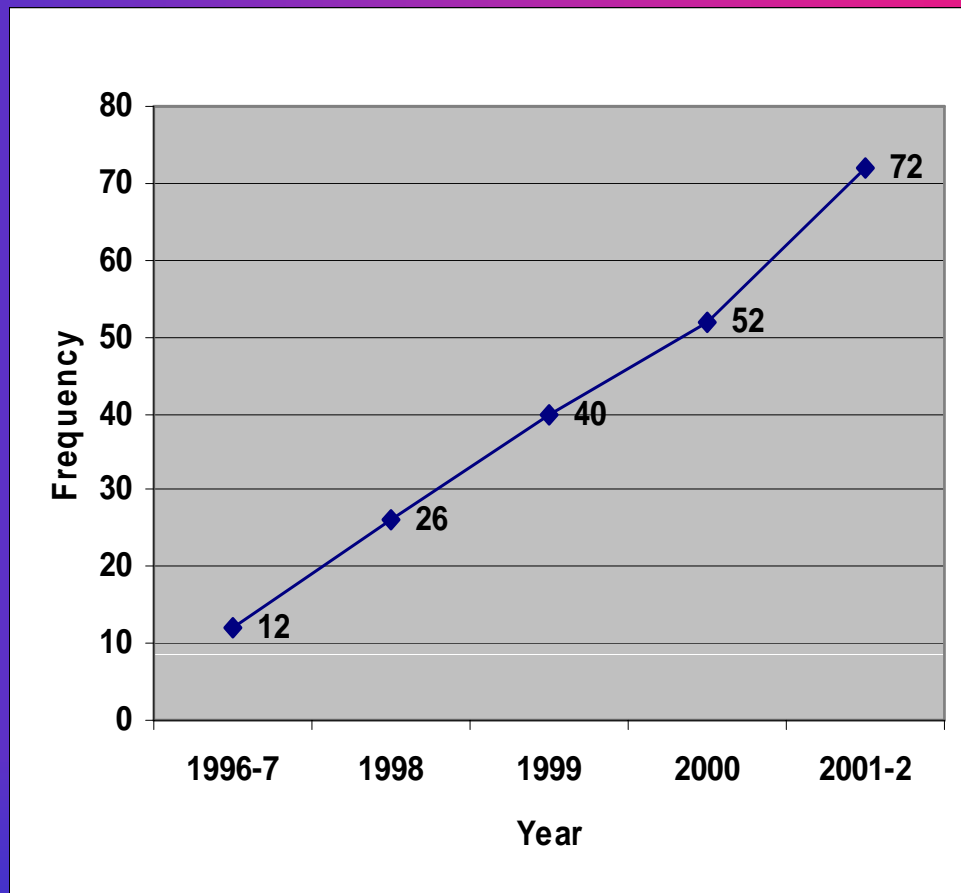
(UOC SPDC San Filippo Neri, DSM della ASL Roma E)

Pazienti con doppia diagnosi accertata da analisi delle urine = 112 (23%)

- 1) Alcool 56
- 2) Cocaina 29
- 3) Cannabinoidi 58
- 5) Oppiacei 4

# Tassi di mortalità per XCT (MDMA, MDA) in UK 1996-2002

(Schifano et al, Hum Psychopharmacology, 2003; Schifano et al, BMJ 2003; Schifano, Psychopharmacology 2004)



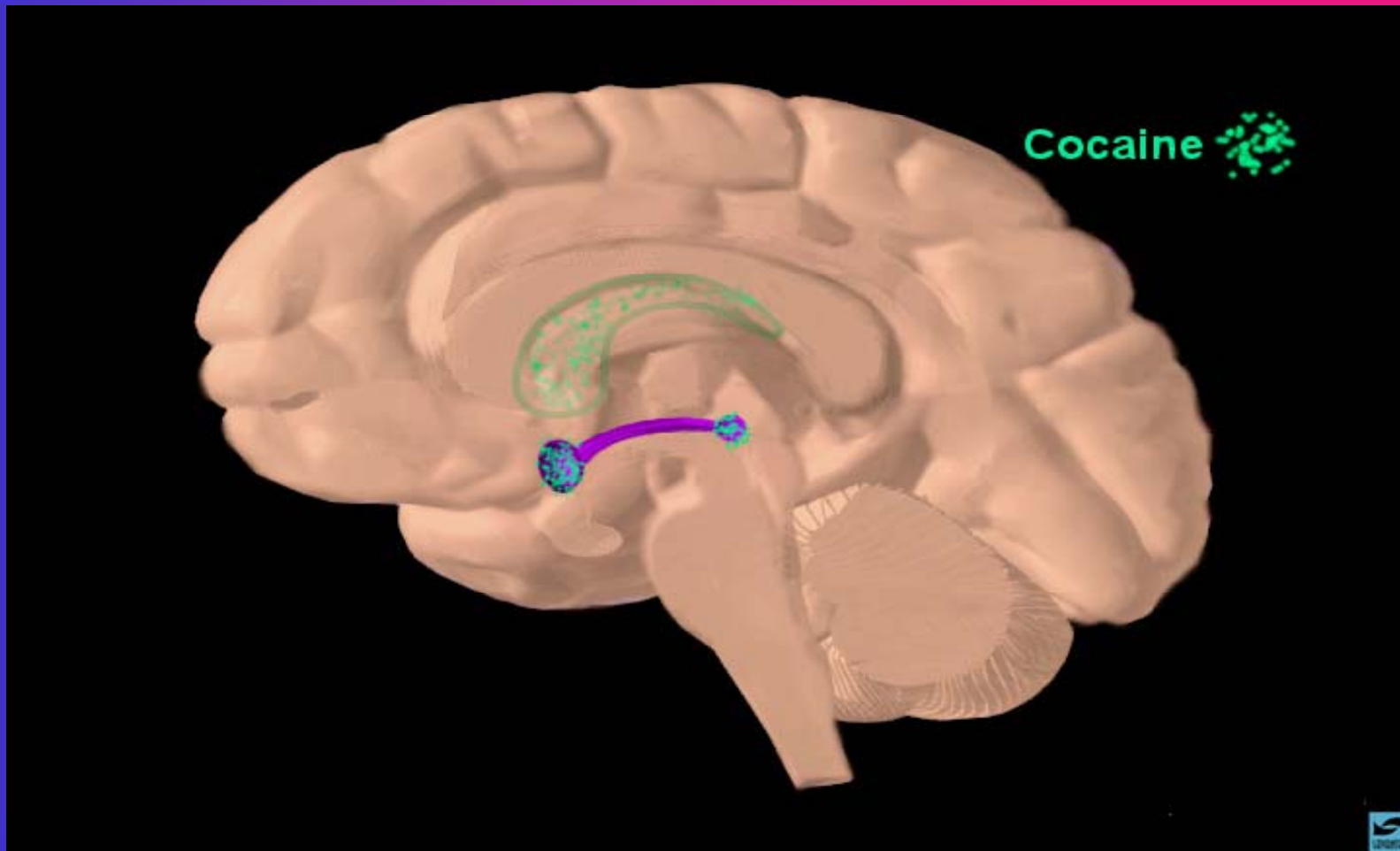
In UK le morti da cocaina sono raddoppiate in un anno  
(The Observer, Sunday May 23, 2004)



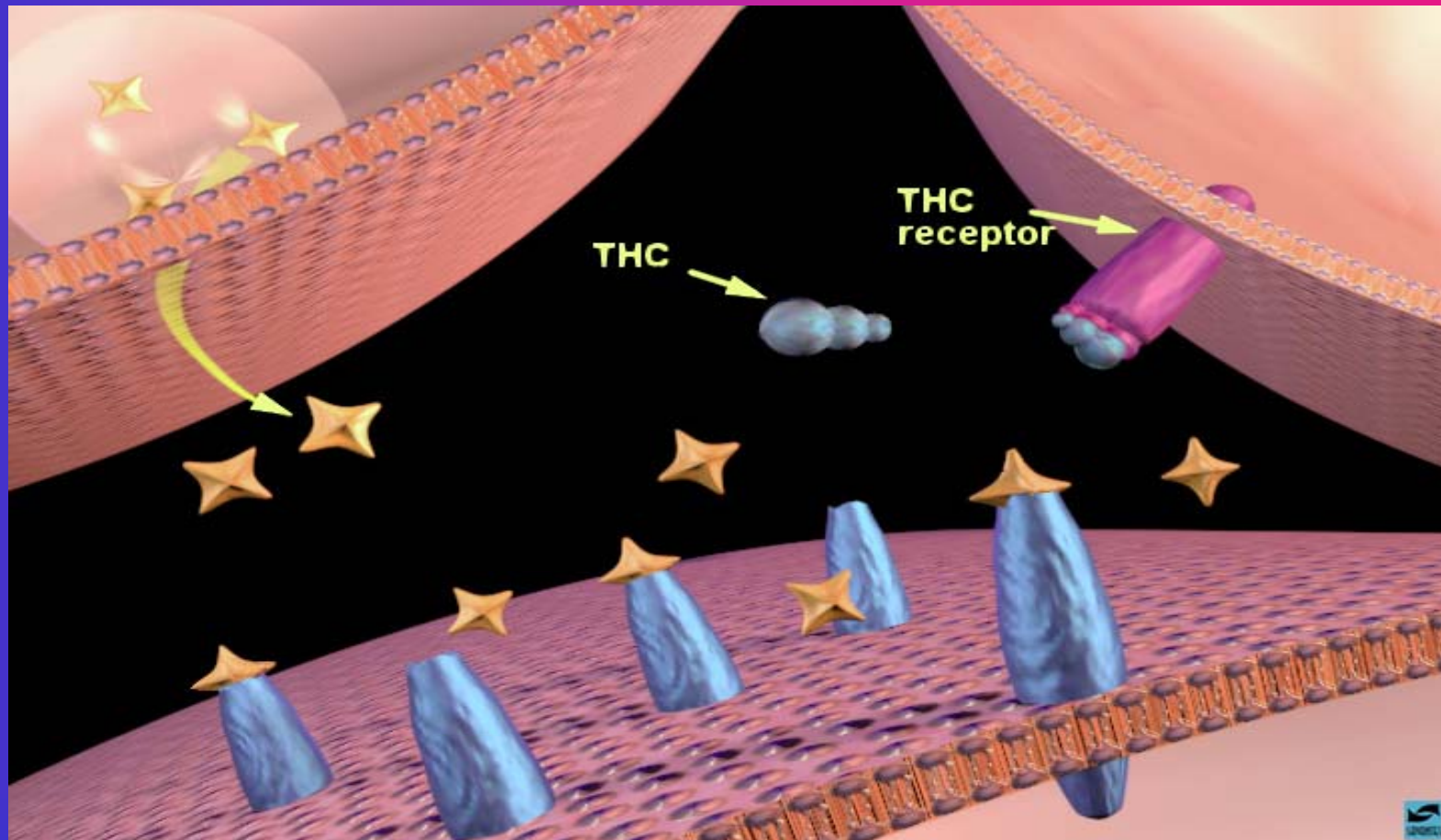
# La doppia diagnosi

- Paziente psichiatrico che inizia uso di sostanze
- Slatentizzazione di disturbi psichiatrici
- Condizione psichiatrica temporanea (tossica)
- Consumo cronico di sostanze che determina l'inizio di una patologia psichiatrica persistente

# Localizzazione dei siti di legame della cocaina



Il legame del THC ai recettori THC nel nucleus accumbens aumenta il rilascio di dopamina



# Abuso di sostanze e aggressività

- Le droghe d'abuso hanno un significativo impatto sull'asse della risposta allo stress ipotalamo-ipofisi-surrene
- La cocaina ha un impatto sul sistema oppioidi endogeno e sul sistema dopaminergico
- Entrambi i sistemi sono implicati nella modulazione dei comportamenti aggressivi

# Abuso di sostanze e aggressività

- L'alcol è la droga che in modo più evidente sostiene un rapporto diretto intossicazione-violenza
- Coinvolgimento di GABA, 5-HT, DA
- Gli alcolisti Tipo II sono impulsivi e aggressivi

# Cos'è il CRM?

- La **gestione del rischio clinico (CRM)** è un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali
- Ha l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare l'*outcome* ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili
- Ha quindi a che fare con la legalità e l'accettabilità tecnica dei trattamenti sanitari
- La funzione di **CRM** fornisce all'organizzazione le informazioni necessarie ad "imparare dagli errori" ed è commisurata a tre elementi:

1. il cambiamento della concezione dell'errore: non più visto come fallimento individuale, ma come occasione di miglioramento per l'intera organizzazione
2. l'adozione di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, e per il loro trattamento
3. il monitoraggio nel tempo e la creazione di soluzioni organizzative ad esso orientate

# APPROCCIO SISTEMICO ALL'ERRORE

*“Gli errori sono conseguenze dell’agire organizzato e non causa del fallimento del sistema” (Reason)*

Nel modello di Reason (1990), utile per individuare e diagnosticare gli errori in sistemi socio-tecnici complessi, si individuano:

# 1. Errori latenti

Questi errori sono errori "patogeni" che rimangono latenti all'interno dell'organismo, incapaci di per sé di causare una sintomatologia conclamata, ma che in connessione con altri fattori eziologici ed in condizioni facilitanti possono dare origine ad un evento patologico

Allo stesso modo in tutte le organizzazioni sono presenti elementi potenzialmente dannosi, quanto più essi sono numerosi, tanto più probabile sarà il verificarsi di una combinazione scatenante

Tra gli errori latenti vi sono gli **errori gestionali**, comuni in un SPDC, legati ad esempio una non corretta distribuzione dei carichi di lavoro, una pressione temporale eccessiva, gli errori o meglio le carenze di leadership come la non chiarezza sui compiti, sugli obiettivi e sulle responsabilità, la mancata motivazione del personale, ecc.

Questi fattori possono creare ambienti di lavoro che facilitano gli errori e le violazioni. Questa concezione si connota come fortemente

**proattiva**

Infatti, l'eliminazione di quanti più errori latenti possibile, riduce la probabilità che si verifichi un incidente

## 2. Errori attivi

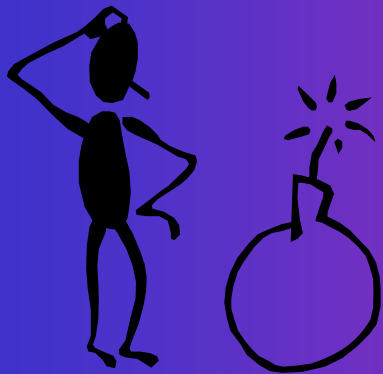
Sono quelli più facilmente individuabili in quanto fattori scatenanti dell'incidente

Si collocano a livello di persone e quindi il loro riscontro coincide spesso con l'identificazione di una responsabilità individuale

Fermarsi però a questo livello di analisi rischierebbe di far pensare che la rimozione o la punizione del responsabile possa evitare il ripetersi dell'evento

In realtà è molto probabile che individui diversi o lo stesso individuo a distanza di tempo, se posti nelle medesime condizioni, riproporrebbero lo stesso tipo di errore

INTEGRAZIONI  
CON GLI ELEMENTI  
LOCALI



**1** CULTURA  
DELLA  
SICUREZZA  
errori latenti

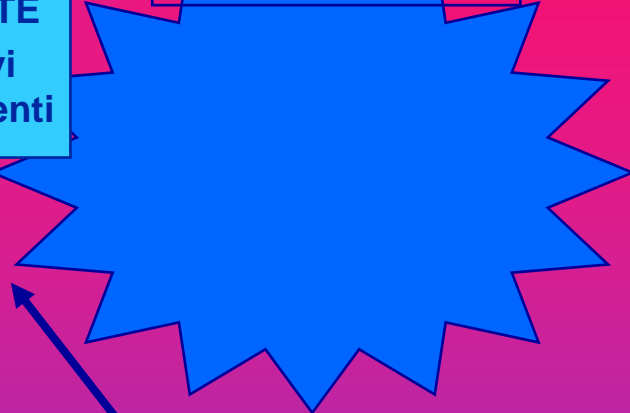
**2** DECISIONI  
MANAGERIALI  
errori latenti

**3** CONTESTO  
LOCALE  
errori latenti

**4** AZIONI CHE  
VIOLANO LA  
SICUREZZA  
errori attivi

**5** DIFESE  
INADEGUATE  
errori attivi  
ed errori latenti

INCIDENTE

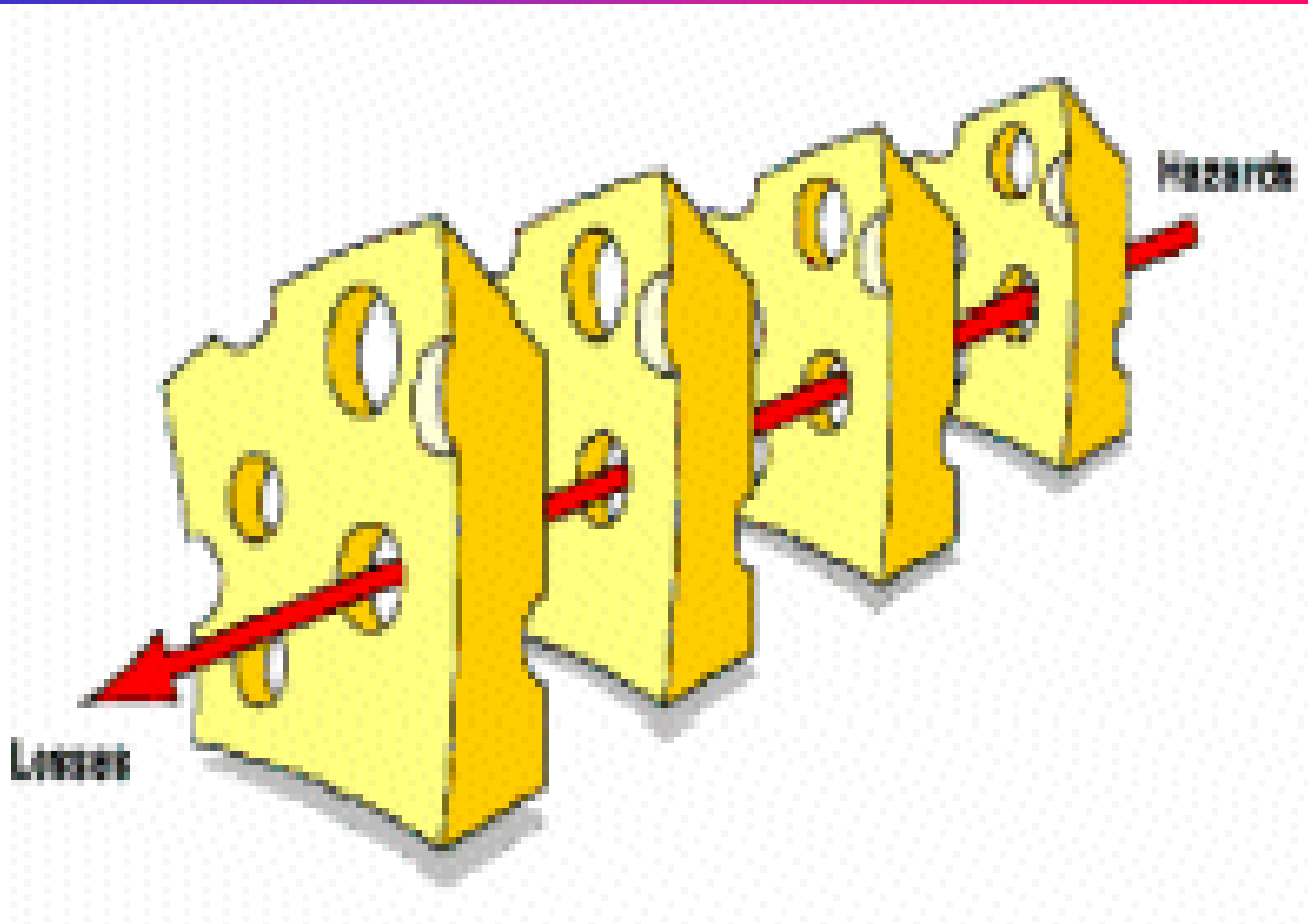


FINESTRA  
DEGLI  
INCIDENTI

*(Reason, 1990)*

# Il modello formaggio svizzero

- Un ulteriore fattore da considerare sono le barriere che un'organizzazione può mettere in atto per impedire il verificarsi degli incidenti
- Anche questi sistemi di difesa possono avere delle lacune e non essere sufficienti per fermare la "traiettoria delle opportunità" dell'incidente



Questo modello descrive le organizzazioni come una serie di fette di formaggio svizzero che scivolano l'una sull'altra mediante continui moti browniani

I buchi nelle fette di formaggio sono costituiti dalle falle nelle barriere difensive

Lo spostamento delle fette può determinare il casuale allineamento dei buchi

Qualora tutti buchi si allineassero, la "traiettoria delle opportunità" dell'incidente potrebbe compiersi

# Metodologia della gestione della sicurezza

Capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado di ridurre sia la probabilità che si verifichino errori (prevenzione), sia di contenere gli effetti di errori che comunque si verificano (protezione)

*Sistema di  
incident  
reporting*

*Audit clinico*

*Safety  
Management*

Segnalazione incidente

- 1) Valutazione della segnalazione
- 2) Progettazione audit
- 3) Revisione del caso
- 4) Stesura alert report
- 5) Impostazione azioni di cambiamento

1. Implementazione cambiamento
2. Valutazione efficacia

La metodologia di cui è possibile disporre si avvale di due tipologie di analisi:

- **reattiva**, che prevede uno studio a posteriori degli eventi ed è mirata ad individuare le cause
- **proattiva**, che mira all'individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi, ed è basata sull'analisi dei processi che costituiscono l'attività e ne individua i punti critici con l'obiettivo di progettare sistemi sicuri

# I due strumenti di revisione

Audit clinico

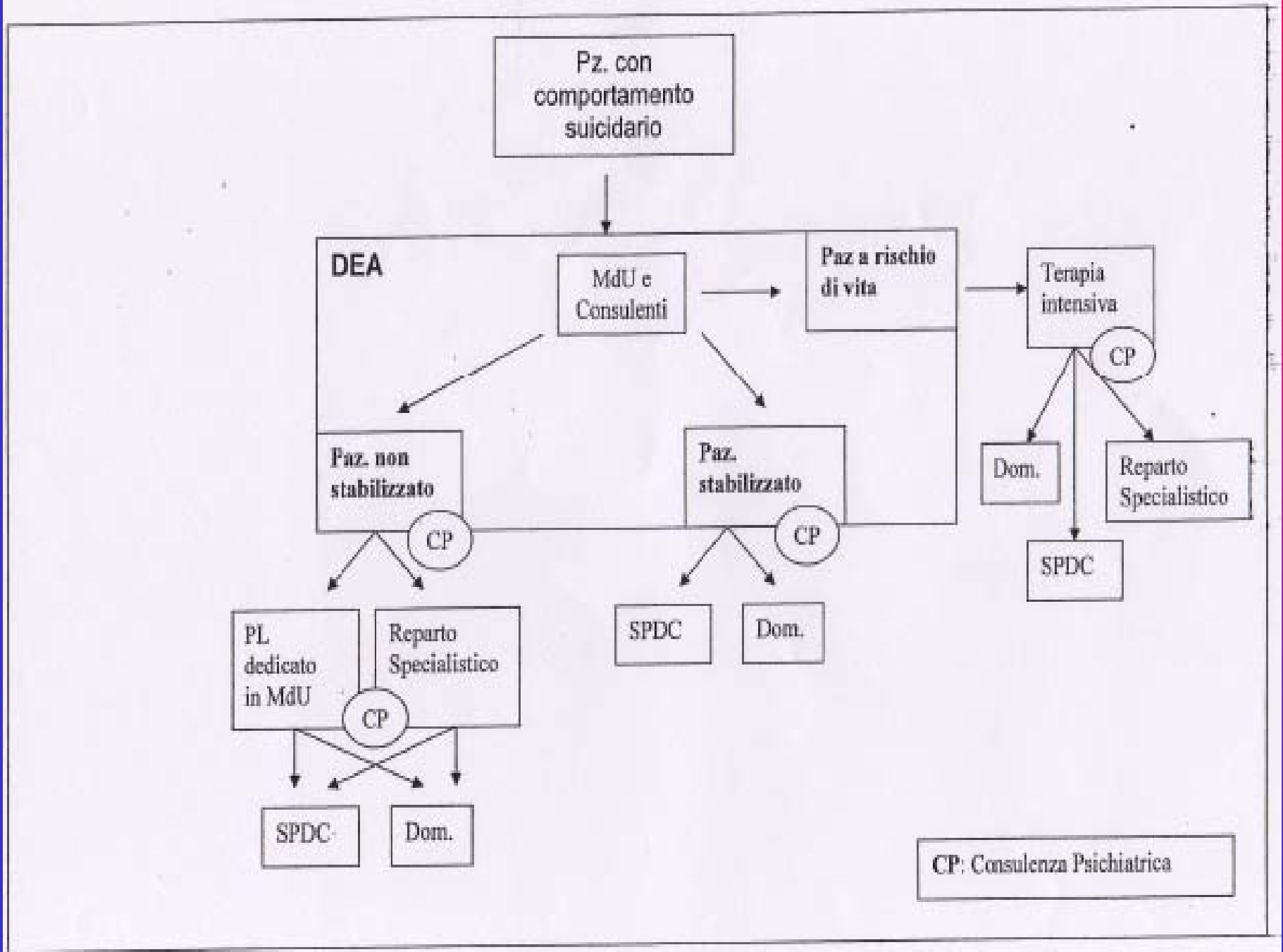


Struttura ospedaliera

Mortality and  
morbidity review



Singoli reparti



CP: Consulenza Psichiatrica