

# Alcune riflessioni

La professione si muove attorno ad alcuni elementi imprescindibili

- Il paradigma è antropocentrico
- Le prestazioni erogate devono soddisfare l'altro secondo il principio della qualità totale
- La prestazione corrisponde all'erogazione
- Si devono soddisfare i bisogni espressi ed **inespressi**

# L'infermiere è responsabile di processo

Ed è quindi richiesta:

- Competenza
- Capacità di adattamento al cambiamento generando nuove conoscenze e migliorando le proprie performances
- Capacità di riflessione critica sul proprio operato
- Capacità di rendere conto del proprio operato
- Abilità
- Ragionamento critico

# Bisogno di sicurezza

- Essere sicuro che....

Riceverà cure adeguate ed appropriate

Le manovre saranno corrette

Non sarà trattato come un numero o una patologia

I suoi «segreti» rimarranno tali

Sarà protetto da maltrattamenti

Sarà protetto da eventi avversi

Sarà protetto dalle infezioni

Governo clinico e risk management

# RESPONSABILITA'

- RES-PONDO = RISPONDERE DI CIO' CHE SI FA
- RES-PONDERARE = PENSARE A CIO' CHE SI FA

# IL RISCHIO CLINICO

....è la probabilità che un paziente sia vittima di **evento avverso**, cioè subisca un qualsiasi **“danno o disagio** imputabile, anche se in modo involontario, alle cure sanitarie prestate durante il periodo di degenza, che causa un **prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”** (Kohn, IOM 1999)

# ...le dimensioni del fenomeno

Negli Usa 250.000 morti l'anno per errori medici.  
È la terza causa di morte

( British Medical Journal stime di due esperti della Johns Hopkins, 2016)

**primo studio italiano** che misura  
il tasso d'incidenza degli eventi avversi negli ospedali italiani  
Tartaglia R. et.al, *Adverse events and preventable consequences: retrospective study in five large Italian hospitals* in *Epidemiol Prev* 2012;36(3-4):151-61

L'incidenza media di eventi avversi è di 5.2%.\*

il 37,5% in area medica

il 30,1% in area chirurgica

il 6,2% in pronto soccorso

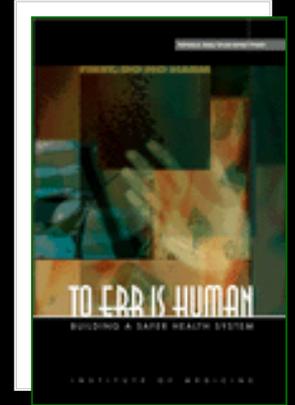
il 4,4% in ostetricia

**Eventi prevenibili sul totale di eventi avversi pari al 56,7%.**

**Nel 9,5% dei casi l'evento avverso ha determinato il decesso della persona assistita.**

Tartaglia et al. »Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in 5 grandi ospedali italiani«, in *Epidemiologia Preventiva*, 2012; 36(3-4): 151-161

Negli USA si stima che il costo degli eventi avversi prevenibili è tra i 17 e 29 miliardi di dollari. In Toscana il solo costo del prolungamento della degenza derivante da eventi avversi prevenibili ammonta a circa 129 milioni di euro/anno [Riccardo Tartaglia,]



# ***TO ERR IS HUMAN***

***ED IN AMBITO SANITARIO CI TROVIAMO IN UN  
SISTEMA MOLTO COMPLESSO***



**errori  
diagnostici**



**cadute**



**errori di  
terapia**



**interventi  
chirurgici  
sbagliati**



**infezioni**



**lesioni da  
pressione**



- 
- L'errore è una componente non eliminabile della realtà dell'uomo e costituisce il punto di partenza per conoscere ed evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare.
    - Non tutti gli errori esitano in un danno
  - Il fatto di identificare l'errore non equivale ad identificarlo come causa del danno

[Quaderni dell'Italian Journal of Medicine, vol. 7, 6, 2019]

# **ERRORE**

**Insuccesso delle sequenze  
programmate di attività mentali  
o fisiche nel raggiungere i  
risultati previsti**

**J. Reason**

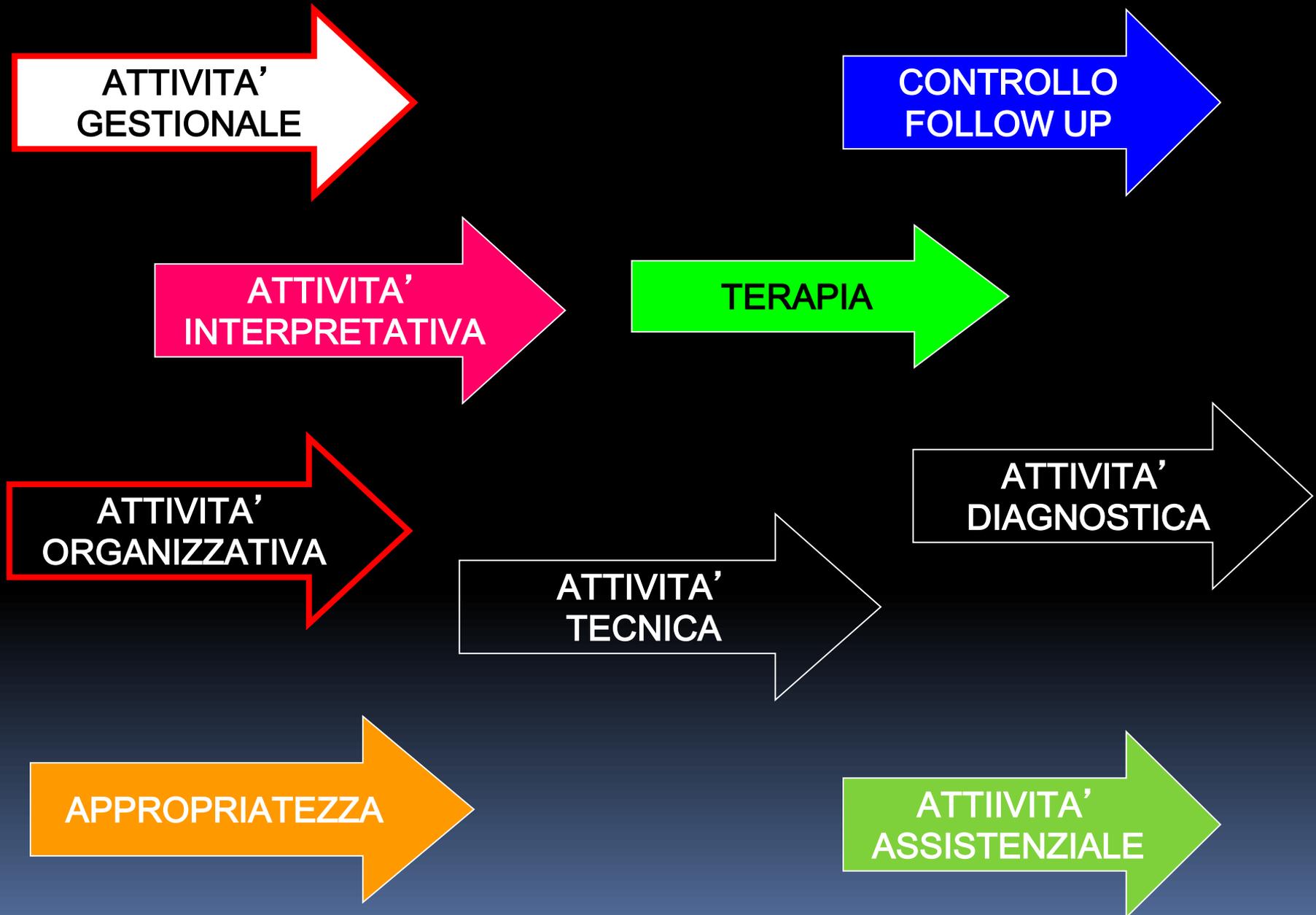
Le dinamiche che portano all'errore non possono essere attribuite al solo professionista ma deve essere preso in considerazione il sistema in cui il professionista opera

J. Reason

.....non si può cambiare la condizione umana ma si possono cambiare le condizioni in cui le persone lavorano

J. Reason

# Aree di possibile sede di errore:



# L'errore umano in medicina





Capillaroprotettore



antiinfiammatorio ed immunosoppressivo



antipertensivo



Antagonista H2 recettori



		Data					GD					Data					GL
Farmaco/dose/posologia ↓	Orario ⇄																
Europerine 6000 Ceforti ↑ ???	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
	Med. ↓ INF ⇄																
		4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20					
	40																
	39																

GD 11			Data 21/01			GD 12			Data 21/01			GD			Data 22/01			GD			Data 23/01			GD		
17	20	24	8						20	24	8	12	16	18	20	24	8	12	16	18	20	24				
			X <sup>EF</sup>					X <sup>EF</sup>					LB						Re							
X <sup>EC</sup>				X <sup>EF</sup>				X <sup>EF</sup>							X <sup>EF</sup>							X <sup>LR</sup>				
X <sup>EC</sup>				X <sup>EF</sup>				X <sup>EF</sup>							X <sup>EF</sup>							X <sup>LR</sup>				
		X <sup>LB</sup>					X <sup>LB</sup>					X <sup>IM</sup>														
		X <sup>LB</sup>					X <sup>EF</sup>																			
X <sup>EC</sup>				X <sup>EF</sup>				X <sup>EF</sup>							X <sup>EF</sup>							X <sup>LR</sup>				
		X <sup>LB</sup>					X <sup>EF</sup>																			
X <sup>EC</sup>		X <sup>LB</sup>		X <sup>EF</sup>			X <sup>EF</sup>															X <sup>LR</sup>				
			X <sup>EF</sup>					X <sup>EF</sup>																		
			X <sup>EF</sup>					X <sup>EF</sup>																		
X <sup>EC</sup>		X <sup>LB</sup>		X <sup>EF</sup>			X <sup>LB</sup>															X <sup>LR</sup>				

25 Janeiro 2018

Med.↓ INF  
 ↓  
 Med.↓ INF  
 ↓

TP administrada como já nos precedente

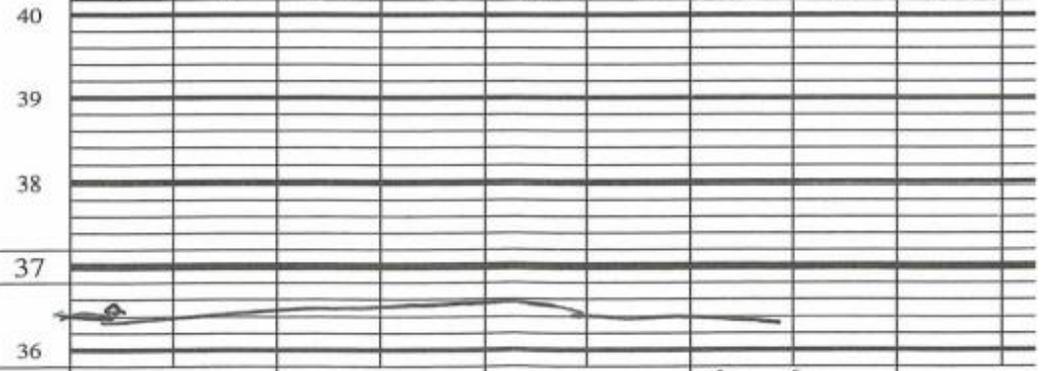
TP 13<sup>o</sup> adm com S. P

Som. de dp com achem

Som. de dp com de achem

TP Som. com S- precedente AP

4 8 12 16 20 24 4 8 12



P.A. e F.C.

12/70

12/70

DIURESI cc

# Quale dei due farmaci è stato prescritto?

Pag 1

Farmaco/dose/posologia		Orario		Data	GD	Data	GI
Cordarone 200 2p		Med.↓	INF	10/01/18	20	11/01/18	20
Triptoc 5 1p		Med.↓	INF			4	
Lorix 25 2p		Med.↓	INF			4	
Aldactem 25 1p		Med.↓	INF				

Cordarone antiaritmico

Pag 2

Farmaco/dose/posologia		Orario		Data	GD	Data	GI
CARDIRENE 200 1c		Med.↓	INF	15/1	20	16/1	2
TRIPTOC 5 1c		Med.↓	INF				
LORIX 25 1c x 2		Med.↓	INF				
ALDACTEM 25 1c		Med.↓	INF				
ASA 100 1c		Med.↓	INF				
OMEPRAZOLE 20 1c		Med.↓	INF				
PREVACITINA 20 1c		Med.↓	INF				
CIPROHEX 4 gtt		Med.↓	INF				
CUREXONE 1000 1c		Med.↓	INF				
PETHALGAN 1c x 2		Med.↓	INF				
VOLTALEN 1c 1c		Med.↓	INF				
		Med.↓	INF				
		Med.↓	INF				
		Med.↓	INF				

Cardirene Antiaggregante piastrinico



Dimenticare un ferro  
chirurgico in addome....

## Dall'errore all'evento

SI DEFINISCE **EVENTO** OGNI ACCADIMENTO CHE AVREBBE POTUTO PROVOCARE OPPURE CHE HA PROVOCATO UN DANNO INGIUSTIFICATO AD UNA PERSONA ASSISTITA, UN OPERATORE O UN VISITATORE

**EVENTI CLASSIFICATI IN:**

A large iceberg floats in a body of water, with a range of mountains in the background. The iceberg is white and has a large, irregular shape. The water is dark blue, and the mountains are brown and rocky. The sky is blue with some clouds. The iceberg is the central focus of the image, and the text is overlaid on it.

EVENTO SENTINELLA

EVENTO AVVERSO  
[ADVERSE EVENT]

EVENTO SENZA DANNO  
[NO HARM INCIDENT]

EVENTO EVITATO  
[NEAR MISS]

# NEAR MISS

Errore (Quasi errore) che avrebbe le potenzialità per causare un evento avverso ma che **non si verifica** perché **intercettato** o non ha conseguenze avverse per la persona assistita

*Es. persona preparata sul tavolo operatorio per intervento con errore di lato evitato all'ultimo momento*

# EVENTO SENZA DANNO

L'evento è accaduto ma non ha determinato conseguenze negative per l'assistito

*Es. alla persona viene somministrato un farmaco ad un dosaggio maggiore rispetto a quanto prescritto senza conseguenze*

*Oppure*

*La persona è caduta senza lesioni*

## EVENTO AVVERSO

E' un evento non atteso correlato al processo di assistenza che comporta un danno **non intenzionale e indesiderabile** alla persona

Il trattamento sanitario HA procurato un danno, temporaneo o permanente

*Es. la persona cade dal letto e si frattura il femore*

## EVENTI SENTINELLA

- Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un **serio malfunzionamento del sistema**, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una **perdita di fiducia** dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

### LA SOGLIA DI ALLARME E' = 1

Ovvero è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna una **indagine immediata** per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e per implementare le **adeguate misure correttive**.

## ELENCO DEGLI EVENTI SENTINELLA

Procedura in persona **sbagliata**

Procedura chirurgica **sbagliata**: lato, organo o parte

Errata procedura su persona **corretta**

Strumento o altro materiale **lasciato all'interno del sito chirurgico** che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure

Reazione trasfusionale conseguente ad **incompatibilità AB0**

Morte, coma o grave danno derivati da **errori in terapia farmacologica**

Morte materna o malattia grave **correlata al travaglio e/o parto**

(Ministero della salute)

## ELENCO DEGLI EVENTI SENTINELLA 2

Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso **superiore a 2500 gr. non correlata a malattia congenita**

Morte o grave danno **per caduta** del paziente

**Suicidio o tentato suicidio** di paziente in ospedale

**Violenza** su paziente

**Atti di violenza a danno di operatore**

Morte o grave danno conseguente ad un **malfunzionamento del sistema di trasporto** (intra e extraospedaliero)

Morte o grave danno conseguente **a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso**

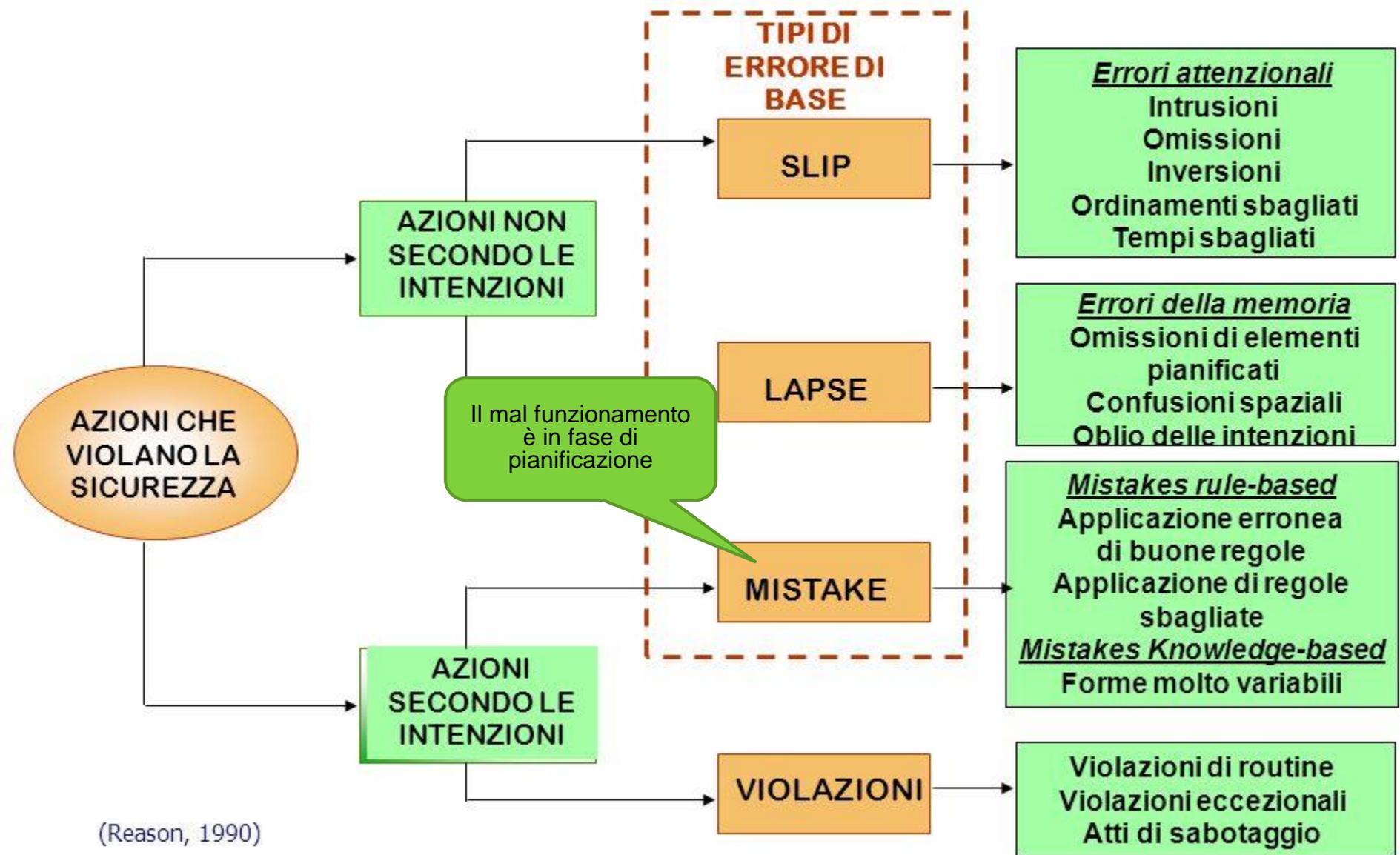
(Ministero della salute)

# CLASSIFICAZIONE dell'errore umano in base al comportamento dell'uomo

**Knowledge-based:** Sono comportamenti messi in atto quando ci si trova davanti ad una situazione sconosciuta e si deve attuare un piano per superarla. E' la situazione che richiede il maggior impiego di conoscenza e l'attivazione di una serie di processi mentali **ragionamento, inferenza, giudizio, valutazione** per elaborare un piano per raggiungere gli obiettivi- **RICHIEDE UN CONTROLLO COSCIENTE**

**Skill-based:** Sono comportamenti **automatici** ad una data situazione, senza porsi problemi d'interpretazione della situazione stessa. **E' un tipo di comportamento riscontrabile in situazioni di routine** – LEGATO AD AUTOMATISMO

# Tassonomia degli errori umani



# Come contrastare l'errore



Il **Risk management** in sanità è l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza della persona assistita. La sicurezza si basa **sull'apprendere dall'errore...iniziando a capire perché si è verificato**

# IL MODELLO DI REASON

- Il modello di Reason (1990)



# CONDIZIONI CHE FAVORISCONO L'ERRORE: legate agli **OPERATORI**

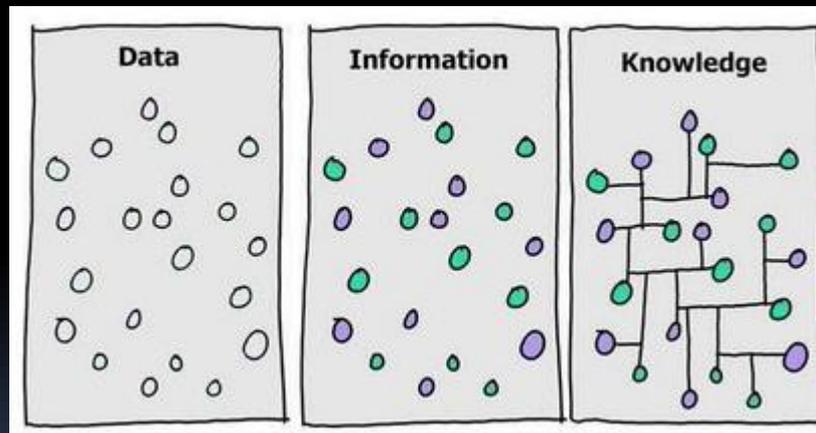
- carico di lavoro **eccessivo**
- **demotivazione**
- **ambiente rumoroso**
- scarsa **supervisione**
- eccesso di **supervisione**
- scarso **coordinamento**
- scarso **lavoro di gruppo**
- scarse **gratificazioni**
- **burn out**
- difficoltà a seguire le **regole**
- **leadership** insufficiente, sovrapposta, non riconosciuta

- disattenzione
- scarsa comunicazione
- stanchezza
- fretta
- tecnologia inadeguata
- ecc.

# **CONDIZIONI** CHE FAVORISCONO L'ERRORE legate al **PAZIENTE**

- paziente con patologie **acute**
- paziente con patologie **gravi**
- paziente in **emergenza**
- paziente con **pluripatologie**
- paziente **anziano**
- paziente **disorientato**
- paziente **incosciente**
- paziente **non autonomo**
- paziente di altra **nazionalità**
- paziente con **basso livello culturale**
- ecc.

L'interazione umana è la chiave di volta per superare le resistenze, velocizzare il cambiamento, **RIDURRE L'ERRORE**



# Fattori legati alla comunicazione

Mancata informazione

Inadeguatezza della documentazione

Mancata comunicazione della risposta dell'assistito al piano terapeutico

Comunicazione inadeguata tra operatori

Comunicazione inadeguata tra operatori, visitatori, assistito, care giver

Mancato ascolto della persona assistita

# L' APPROCCIO SISTEMICO

*se la persona si trovasse a operare  
in condizioni organizzative e  
ambiente di lavoro adeguati,  
commetterebbe meno errori.....*

*(Reason)*

- la *malpractice* non può più essere nascosta, al contrario va analizzata con lo strumento dell'audit clinico

Ma l'errore può diventare una opportunità solo se si realizza  
un passaggio culturale

Dalla cultura della COLPEVOLEZZA

Alla



Cultura della SICUREZZA



# Teoria SISTEMICA

Il modello di gestione deve essere indirizzato sul sistema e sull'ambiente.

**E' necessario** realizzare sistemi che **rendano:**  
difficile fare le cose sbagliate  
**facile fare le cose giuste**

rafforzando le difese

**realizzando** sistemi di compensazione



# SISTEMI di REPORTING e di ANALISI

✓ INCIDENT REPORTING

✓ EVENTI SENTINELLA

✓ ANALISI INTERNA:

secondo ROOT CAUSE ANALYSIS

# INCIDENT REPORTING

l'obiettivo primario è contribuire alla mappatura del rischio

È una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente od obbligatoriamente dagli operatori, con le seguenti caratteristiche:

1. non punitivo/anonimo
2. confidenziale
3. volontario
4. analizzato da esperti
5. tempestivo
6. orientato al sistema
7. rispondente

(es. la preparazione di un farmaco errato ma non somministrato, la trascrizione in cartella clinica di una terapia errata ma rilevata in tempo, ecc.).

# EVENTI SENTINELLA

- **RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE**
- **PROTOCOLLO AZIENDALE**

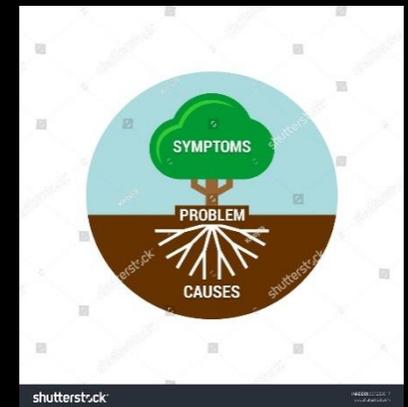
Invio immediato della scheda A

Invio scheda B entro 45 giorni

Analisi della cause e dei fattori  
contribuenti

Piano d'azione

# ROOT CAUSE ANALYSIS



- Metodologia di indagine sistematica per la ricerca ed identificazione dei fattori primari che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso.
- Serve ad indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate.

## ...i passaggi

- Revisione dell'evento da parte dell'equipe multidisciplinare che è a conoscenza dei processi coinvolti
- Analisi dei processi e/o delle competenze individuali
- Analisi delle cause profonde....cosa è accaduto?...perchè ha fatto questo?....
- Individuazione dei possibili cambiamenti da implementare

Si prendono in considerazione le cause **primarie, secondarie e terziarie**

**PERCHE' ha sbagliato?....ero stanco**

**PERCHE' non ha prestato attenzione?.....ero stanco**

**PERCHE' era stanco?...**

**PERCHE' non ha chiesto aiuto?....**

## BIBLIOGRAFIA

Brennan TA. “The Institute of Medicine Report on Medical Errors – could it to harm?”, N Engl J Med 2000, 342:1123-1125.

Davis D. et al. “Adverse events in New Zealand public hospital: principal findings from a national survey”, December 2001, Ministry of Health, Wellington, New Zealand.

Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. “To err is human: building a safer health system”, Institute of Medicine 1999, National Academy Press Washington, D.C.

Leape LL. et al. “The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II”, NEJM 1991, 324:370-384.

Vincent C. “Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review”, BMJ 2001, 322:517-519.

Nashef S. "What is a near miss?", *The Lancet* 2003, 361;180-181.

Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. "Risk management in Sanità - Il problema degli errori", Ministero della salute 2004, Roma.

Balas MC., Scott LD., Rogers AE. "The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses", *Applied Nursing Research* 2004, 17(4):224-230.

Reason J. "Human Error", 1990, Cambridge University Press, Cambridge. (Edizione italiana: *L'errore umano* ; Editore Il Mulino, Bologna)

Rasmussen J., Duncan K., Leplat J. "New technology and human error", Chichester 1987, England, Wiley.

Reason J. "Human errors: models and management", *BMJ* 2000, 320;768-770.

Reason J. “Understanding adverse events: human factors”, In: Vincent C Editor: Clinical Risk Management, BMJ Publ Group 1995, London, 31-54.

Vincent C. et al. “Framework for analysing risk and safety in clinical medicine”, BMJ 1998, 316:1154-1157.