

RISCHIO CLINICO



"I'M AFRAID THERE WERE COMPLICATIONS."

COS'E' IL RISCHIO CLINICO

Il **RISCHIO** è la condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che **può modificare l'esito atteso del processo**. E' misurato in termini di **probabilità e conseguenze**, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di **individuare in anticipo** e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K).

Il **RISCHIO CLINICO** «è la probabilità che il paziente sia vittima di un evento avverso inteso come danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte»

Institute of Medicine (IOM): Kohn L. «To err is human: building a safer health system» National Academy Press. Washington 1999)

La **gestione del rischio clinico** in sanità (clinical risk management) rappresenta **l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti**, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.

La gestione del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori, contribuire indirettamente a una diminuzione dei costi delle prestazioni e favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

PERCHÉ CI OCCUPIAMO DI RISCHIO CLINICO

GLI STUDI SULL'INCIDENZA DEGLI EVENTI AVVERSI

Nazione	Autore	Prospettiva	Pazienti	% EA	% Evitabili
U.S.A. C	Schimel, 1964	qualità	1014	23.6	-
U.S.A. NY	Brennan, 1984	medico legale	30195	3.7	27.6
U.S.A. U and C	Thomas, 1992	medico legale	14564	2.9	27.4/32.6
Australia	Wilson, 1982	qualità	14179	16.6	51.2
Nuova Zelanda	Davis, 1998	qualità	6579	11.3	37
Regno Unito	Vincent, 1999	qualità	1014	10.8	48
Regno Unito	Healey, 2001	qualità	4743	31.5	48.6
Danimarca	Schioler, 2002	qualità	1097	9	40.4
Canada	Baker, 2002	qualità	3720	7.5	41.6
Canada	Foster, 2002	qualità	502	12.7	38
Canaada	Ross, 2004	qualità	3745	7.5	36.9
Francia	Michel, 2005	qualità	8754	5.1	35
Spagna	Aranaz, 2005	qualità	5624	9.3	46
Olanda	Zegers, 2009	qualità	8400	5.7	40
Brasile	Mendes, 2010	qualità	1103	7.6	66.7
Svezia	Soop, 2010	qualità	1967	12.3	70

(Jesus Aranaz Andrés, 2010)

Gli studi di incidenza e...in Italia?

ERRORI DI TERAPIA

Nazione	Autore	Prospettiva	Ricoveri	EA	% prevenibilità
Regno Unito	Vincent, 1999	quality	1014	10,8	48
Danimarca	Shioler, 2002	quality	1097	9	40,4
Francia	Michel, 2005	quality	8754	5,1	35
Spagna	Aranaz, 2005	quality	5624	9,3	46
Olanda	Zegers, 2009	quality	8400	5,7	40
Svezia	Soop, 2010	quality	1967	12,3	70
Italia	Tartaglia, 2012	quality	7573	5,17	56,7

Focus sulla terapia:

*La percentuale degli **errori di terapia** è stimata **tra il 12% e il 20%** del totale degli eventi avversi in ospedale (Guchelaar, 2003)*

*Si stima **che dal 28% al 56%** degli eventi avversi da farmaco siano **prevenibili** (Classen DC, JAMA 1997)*

	Autore	Prospettiva	Pazienti	% EA	% Evitabili
Toscana AOU		qualità	4227	6,7	42,9
Toscana AS		qualità	7066	1,9	56,8

	Autore	prospettiva	casi	% EA	% evitabili
AOU Meyer		qualità	588	0.7	44,4

GLI EVENTI AVVERSI

Tipologia di eventi:

EVENTO (INCIDENT)= accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

EVENTO AVVERSO= “Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.

EVENTO 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.

Per la sua gravità, è sufficiente che l’evento sentinella si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna:

- a) un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito;
- b) l’implementazione delle adeguate misure correttive.”

NEAR MISS (nearmiss o close call)= “Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.”

EVENTI SENTINELLA

Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011)

Tra le funzioni del Ministero assumono notevole rilievo la valutazione e il controllo dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) soprattutto per gli aspetti della qualità e della sicurezza dei pazienti su tutto il territorio nazionale. È in questa prospettiva che con il Decreto Ministeriale dell'11 dicembre 2009 è stato istituito formalmente il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Eventi sentinella in Sanità (SIMES), che consente a tutte le Aziende, le Regioni e le Province Autonome di segnalare gli eventi occorsi, le cause e i fattori contribuenti individuati e le azioni predisposte al fine di ridurre la probabilità di accadimento dell'evento stesso.

Il presente documento riporta i dati riferiti a sei anni di attività del sistema di monitoraggio e fornisce il quadro disponibile delle tipologie di eventi sentinella, del contesto e delle modalità di accadimento. L'analisi di questi elementi consente di individuare, in una logica di sanità pubblica, le possibili azioni da mettere in atto per contrastare il ripetersi di tali gravi eventi, anche attraverso l'elaborazione di raccomandazioni che devono essere implementate a livello aziendale per assicurare l'erogazione di cure sicure e di elevata qualità.

Nel periodo considerato sono pervenute 1723 segnalazioni, di cui 1442 valide ai fini della produzione della reportistica. La morte o grave danno per caduta di paziente rappresenta l'evento più frequentemente segnalato, con una percentuale di casi pari al 22,3% rispetto al totale degli eventi sentinella segnalati. Il tasso di mortalità tra tutti gli eventi segnalati, è del 36,8%.

Categorie di eventi sentinella del protocollo di monitoraggio del MdS

1. Procedura in **paziente sbagliato**
2. Procedura chirurgica in **parte del corpo sbagliata** (lato, organo o parte)
3. **Errata procedura** su paziente corretto
4. Strumento o altro **materiale lasciato all'interno del sito chirurgico** che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione **trasfusionale** conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da **errori in terapia farmacologica**
7. Morte materna o malattia grave correlata al **travaglio e/o parto**
8. Morte o disabilità permanente in **neonato sano di peso >2500** grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per **caduta di paziente**
10. **Suicidio** o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. **Violenza** su paziente
12. **Atti di violenza a danno di operatore**
13. Morte o grave danno conseguenti ad un **malfunzionamento del sistema di trasporto** (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguenti a non corretta attribuzione del **codice triage** nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguenti ad **intervento chirurgico**
16. **Ogni altro evento avverso** che causa morte o grave danno al paziente

Nel periodo considerato sono pervenute 1723 segnalazioni, di cui 1442 valide ai fini della produzione della reportistica.

TIPO EVENTO	N°	%
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	471	24,6
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	295	15,4
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	275	14,3
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	165	8,6
STRUMENTO O ALTRO MATERIALE LASCIATO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO CHE RICHIEDA UN SUCCESSIVO INTERVENTO O ULTERIORI PROCEDURE	159	8,29
MORTE O GRAVE DANNO IMPREVISTO CONSEGUENTE AD INTERVENTO CHIRURGICO	135	7,04
MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA	82	4,28
MORTE, COMA O GRAVI ALTERAZIONI FUNZIONALI DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	79	4,12
REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITÀ ABO	72	3,75
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	55	2,87
ERRATA PROCEDURA SU PAZIENTE CORRETTO	32	1,67
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD INADEGUATA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 E/O ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO	27	1,41
PROCEDURA CHIRURGICA IN PARTE DEL CORPO SBAGLIATA (LATO, ORGANO O PARTE)	26	1,36
PROCEDURA IN PAZIENTE SBAGLIATO	16	0,83
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRAOSPEDALIERO, EXTRAOSPEDALIERO)	15	0,78
VIOLENZA SU PAZIENTE IN OSPEDALE	14	0,73
Totale	1918	100

MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA IN ITALIA (Settembre 2005-Dicembre 2012)

SPECIALITA'	N°	%
MEDICINA GENERALE	261	13,61
NON SPECIFICATO	221	11,52
OSTETRICA E GINECOLOGIA	207	10,79
CHIRURGIA GENERALE	205	10,69
PSICHIATRIA	152	7,92
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	116	6,05
ASTANTERIA	115	6
CARDIOLOGIA	44	2,29
RECUPERO E RIABILITAZIONE	44	2,29
ALTRO	553	28,84

LUOGO DOVE SONO ACCADUTI GLI EVENTI SENTINELLA DAL MONITORAGGIO IN ITALIA (2005-2012)

Tab.3 LUOGO EVENTO

LUOGO EVENTO	N°	%
REPARTO DI DEGENZA	753	39,26
SALA OPERATORIA	359	18,72
ALTRO	269	14,03
BAGNI	130	6,78
AMBULATORIO	104	5,42
DOMICILIO	72	3,75
CORRIDOIO	62	3,23
TERAPIA INTENSIVA	54	2,82
NON SPECIFICATO	53	2,76
AMBULANZA	39	2,03
SCALE	23	1,2
Totale	1918	100



1 Evento mortale

30 Eventi avversi

300 near miss

3000 comportamenti scorretti

La **piramide di Heinrich** anche **triangolo di Heinrich** o **triangolo di Bird** è una teoria sulla sicurezza formulata da Herbert William Heinrich.

Mostra una relazione tra gli incidenti seri, quelli minori e i mancanti e propone l'assunto che se si riescono a diminuire gli incidenti mancati (la base della piramide si riduce) si riesce a diminuire la probabilità dell'incidente fatale al vertice. Il triangolo venne documentato per la prima volta da Heinrich nel 1931 e aggiornato da Frank Bird nel 1966.

IL DANNO

CHE COS'E' IL DANNO

Il danno è definito come una alterazione temporanea o permanente di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).

LA CLASSIFICAZIONE DEL DANNO

Dgr n.2255 del 30 dicembre 2016

Near miss - NESSUN ESITO - Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/pavimento sdrucchioloso coperto dove non sono avvenute cadute)

Near miss - NESSUN ESITO - Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato) EVENTO EFFETTIVO

NESSUN ESITO - Evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente) EVENTO EFFETTIVO

ESITO MINORE - Osservazioni e monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori che non richiedono trattamento EVENTO EFFETTIVO

ESITO MODERATO - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine) trattamenti minori (es: Bendaggi, analgesici) EVENTO EFFETTIVO

ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - Osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche) necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento Chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza EVENTO EFFETTIVO

ESITO SIGNIFICATIVO - Trasferimento in Terapia Intensiva/prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione EVENTO EFFETTIVO

ESITO SEVERO - Disabilità permanente/contributo al decesso EVENTO SENTINELLA

ESEMPI DI CLASSIFICAZIONE DEL DANNO DA CADUTA

NESSUN DANNO
ASSENZA APPARENTE DI DANNO

NESSUNA LESIONE CUTANEA
CONSERVATA LA MOBILITA' ARTICOLARE
NON SEGNALATO DOLORE ALLAPALPAZIONE O AL MOVIMENTO

ESITO MINORE

CONTUSIONE CON INTEGRITA' CUTANEA
ABRASIONI CUTANEE
FERITA DA TAGLIO E/O LACERO CONTUSA SUPERFICIALE CHE NON NECESSITA DI SUTURA
EMATOMA/LESIONE CHE NON RICHIEDE ALCUN TRATTAMENTO

ESITO MODERATO

FERITA DA TAGLIO O LACERO CONTUSA CHE NECESSITA DI SUTURA E/O STERI-STRIP
DISTORSIONE E/O LUSSAZIONE DELL'ARTO
TRAUMA CRANICO
FRATTURA MANTENUTA IN TRATTAMENTO CONSERVATIVO CHE NON RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO
DISLOCAZIONE DI CATETERE, DRENAGGIO. LINEE DI INFUSIONE

ESITO TRA MODERATO E
SIGNIFICATIVO

INTERVENTO CHIRURGICO (ES INTERVENTO ORTOPEDICO)
INSTABILITA' DEI PARAMETRI VITALI
PEGGIORAMENTO CLINICO CHE COMPORTA TRASFERIEMNTO IN ALTRO REPARTO
PEGGIORAMENTO CLINICO CHE RICHIEDE RICOVERO OSPEDALIERO (PER STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE)

ESITO SIGNIFICATIVO

INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE
STATO DI COMA
PEGGIORAMENTO CLINICO CHE RICHIEDE TRASFERIEMNTO IN REPARTO AD ALTA INTENSITA' DI CURA

ESITO SEVERO/MORTE

DISABILITA' PERMANENTE
DANNO CHE HA CONTRIBUITO AL DECESSO

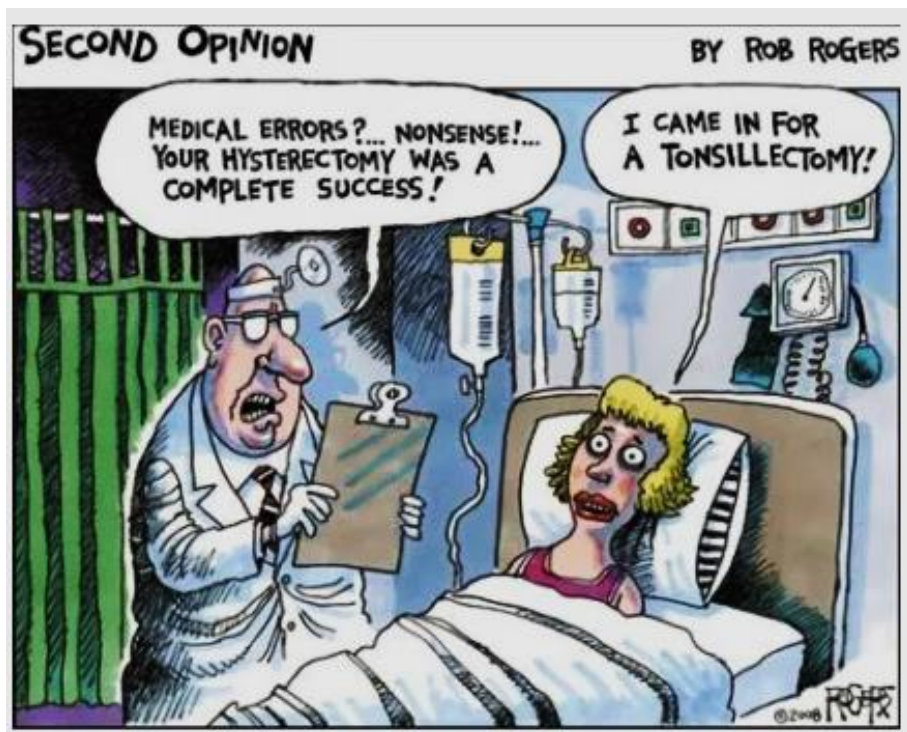
SI CONSIDERA INOLTRE SE IL DANNO E' SINGOLO O MULTIPLO

ERRORI

CHE COS'E' L'ERRORE

“L’errore è caratterizzato da una sequenza di attività fisiche o mentali che non riescono a determinare un esito desiderato, quando esse non possono essere attribuite all’intervento del caso”

(Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990).



L’errore è “il fallimento nella pianificazione o nell’esecuzione di una o più azioni pianificate per il raggiungimento di uno scopo desiderato”

CI SONO MOLTI MODI DIVERSI PER FALLIRE:

ERRORI ATTIVI

L'errore commissivo o attivo avviene quando si esegue qualcosa di **sbagliato** oppure si esegue qualcosa di giusto nel modo sbagliato.
mentre il secondo quando si omette qualcosa di corretto.

ERRORI OMISSIVI

Gli errori omissivi avvengono quando si omette qualcosa di corretto.

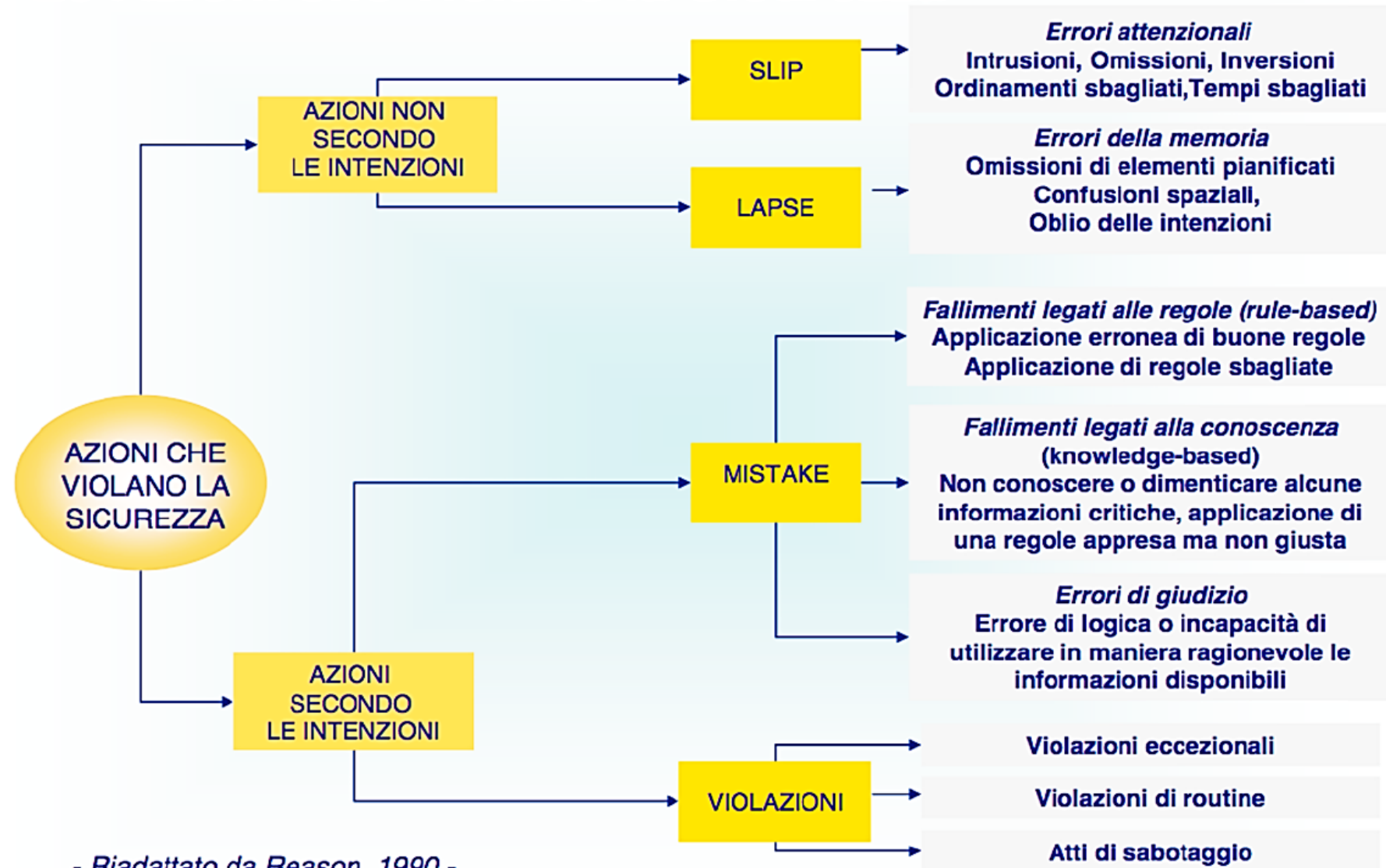


Esempio di errore commissivo: prescrizione del farmaco sbagliato al paziente giusto o la prescrizione di una dose erronea al giusto paziente o la somministrazione al paziente sbagliato di un farmaco destinato ad un altro paziente, l'esecuzione corretta di un intervento sul lato sbagliato, ecc.

Esempio di errore omissivo: la mancata somministrazione di un farmaco efficace per la prevenzione della TVP in un paziente operato di protesi d'anca, la mancata mobilizzazione di un paziente a rischio di lesioni pressorie, la mancata idratazione per os di una persona a rischio di disidratazione...

Gli errori omissivi sono assai più difficili da riconoscere ma rappresentano il problema numericamente maggiore.

Le Azioni che violano la Sicurezza



- Riadattato da Reason, 1990 -

GLI INGANNI DELLA MENTE:



Le **euristiche** (dal greco heurískein: trovare, scoprire) sono procedimenti mentali intuitivi e sbrigativi, scorciatoie mentali, che permettono di costruire un'idea generica su un argomento senza effettuare troppi sforzi cognitivi. Sono strategie veloci utilizzate di frequente per giungere rapidamente a delle conclusioni. Sono escamotage mentali che portano a conclusioni veloci con il minimo sforzo cognitivo.



I **bias cognitivi** sono euristiche inefficaci, costrutti fondati su percezioni errate o deformate, su pregiudizi e ideologie; utilizzati spesso per prendere decisioni in fretta e senza fatica. Si tratta, il più delle volte di errori cognitivi che impattano nella vita di tutti i giorni, non solo su decisioni e comportamenti, ma anche sui processi di pensiero. Sono euristiche inefficaci, pregiudizi astratti che non si generano su dati di realtà, ma si acquisiscono a priori senza critica o giudizio.

Ci sono tanti tipi diversi di bias cognitivi:

- Bias di conferma
- Bias di gruppo
- Bias di ancoraggio
- Fallacia di Gabler
- Bias di Proiezione
- Bias della negatività

- Bias dello status quo
- Bias del pavone
- Bias di ancoraggio
- Illusione della frequenza
- Bias dell'ottimismo
- Bias di omissione
- Bias d'Azione

Da un fatto accaduto:

S., una donna di 42 anni, fu ricoverata per un intervento di resezione del duodeno, colpito da tumore maligno localizzato e non metastatico.

La mattina dell'intervento la paziente salutò il marito e i suoi due bambini di 8 e 13 anni. Venne asportata interamente una piccola massa localizzata, inviata in anatomia patologica per la diagnosi. Nell'arco di due ore, la saturazione diminuì e la donna accusò tachicardia e ipotensione.

Alla paziente vennero infusi fluidi EV, mentre il chirurgo ricontrollò il sito di resezione alla ricerca di eventuali complicanze, quali emorragia, lacerazione o tromboembolia. Non avendo trovato alcun segno, egli procedette alla sutura del sito secondo il protocollo.

Al ritorno in reparto, la paziente sviluppò rapidamente febbre alta, che rimase invariata per una settimana. La prescrizione degli antibiotici fu la seguente:

GENTAMICINA EV, 80 mg x 3/GG (3 VOLTE AL GIORNO)

L'infermiere di turno, nel passare le consegne, lesse la prescrizione:

GENTAMICINA, EV 80 mg x 3/ 3 VOLTE AL GIORNO

La paziente, nel frattempo, nei 10 giorni successivi iniziò a mostrare segni di insufficienza renale e compromissione dell'udito.

Cosa è successo?

Il decimo giorno di terapia, mentre il coordinatore delle professioni sanitarie stava facendo il punto sulle terapie somministrate, venne scoperta la causa dell'errore.

Mentre il medico intendeva 80 mg 3 volte al giorno la paziente aveva ricevuto 80 mg x 3, 3 volte al giorno (240 mg 3 volte al giorno per 10 giorni).

Il trattamento fu subito sospeso, ma le condizioni generali della paziente peggiorarono verso l'insufficienza renale. La paziente morì 10 giorni dopo per insufficienza multiorgano.

LA VISIONE SISTEMICA DELL'ERRORE





*“Gli operatori non sono tanto i principali responsabili di un incidente, quanto gli eredi dei difetti del sistema che sono stati generati da un progetto carente, da un’installazione sbagliata, da assistenze difettose e da pessime decisioni manageriali.”
(Reason, 1990)*

ERROR

CI SONO MOLTI MODI DIVERSI PER FALLIRE:

ERRORI ATTIVI

L'errore commissivo o attivo avviene quando si esegue qualcosa di **sbagliato** oppure si esegue qualcosa di giusto nel modo sbagliato.
mentre il secondo quando si omette qualcosa di corretto.

ERRORI OMISSIVI

Gli errori omissivi avvengono quando si omette qualcosa di corretto.

ERRORI LATENTI

Categoria di errori più difficile da rintracciare, il cui esito non è immediatamente evidente, ma che possono avere delle conseguenze molto più devastanti degli sbagli.

Gli errori organizzativi, detti anche errori latenti, perché possono sopravvivere a lungo all'interno dell'organizzazione prima di manifestarsi.

GLI ERRORI LATENTI

Mentre gli errori attivi sono situati all'interno delle pratiche di lavoro quotidiane gli errori latenti possono invece avere diverse collocazioni: in parte sono riconducibili al **contesto vicino**, costituito dalle **decisioni operative**, dalle **condizioni dell'ambiente** di lavoro e dalle **tecnologie** impiegate, oppure sono da attribuire alle **decisioni manageriali** che costituiscono le precondizioni alle attività produttive. A loro volta, le decisioni manageriali dipendono dalla **cultura** dell'organizzazione, in cui risiedono i principi ed i valori che guidano il modo di pensare e di agire dei lavoratori a tutti i livelli.

UN MODELLO IMPORTATO DALL'AEREONAUTICA:

Reason ha elaborato questa teoria a partire da una serie di studi condotti sul campo all'interno di organizzazioni complesse, come le industrie chimiche di trasformazione, l'industria nucleare o il settore aeronautico, affrontando l'analisi di numerosi disastri con un **approccio ergonomico**. Da queste analisi hanno avuto origine metodi e programmi di risk management, che hanno contribuito ad innalzare notevolmente i livelli di sicurezza nelle organizzazioni che li hanno accolti e sviluppati, in particolare nelle Aziende Sanitarie.

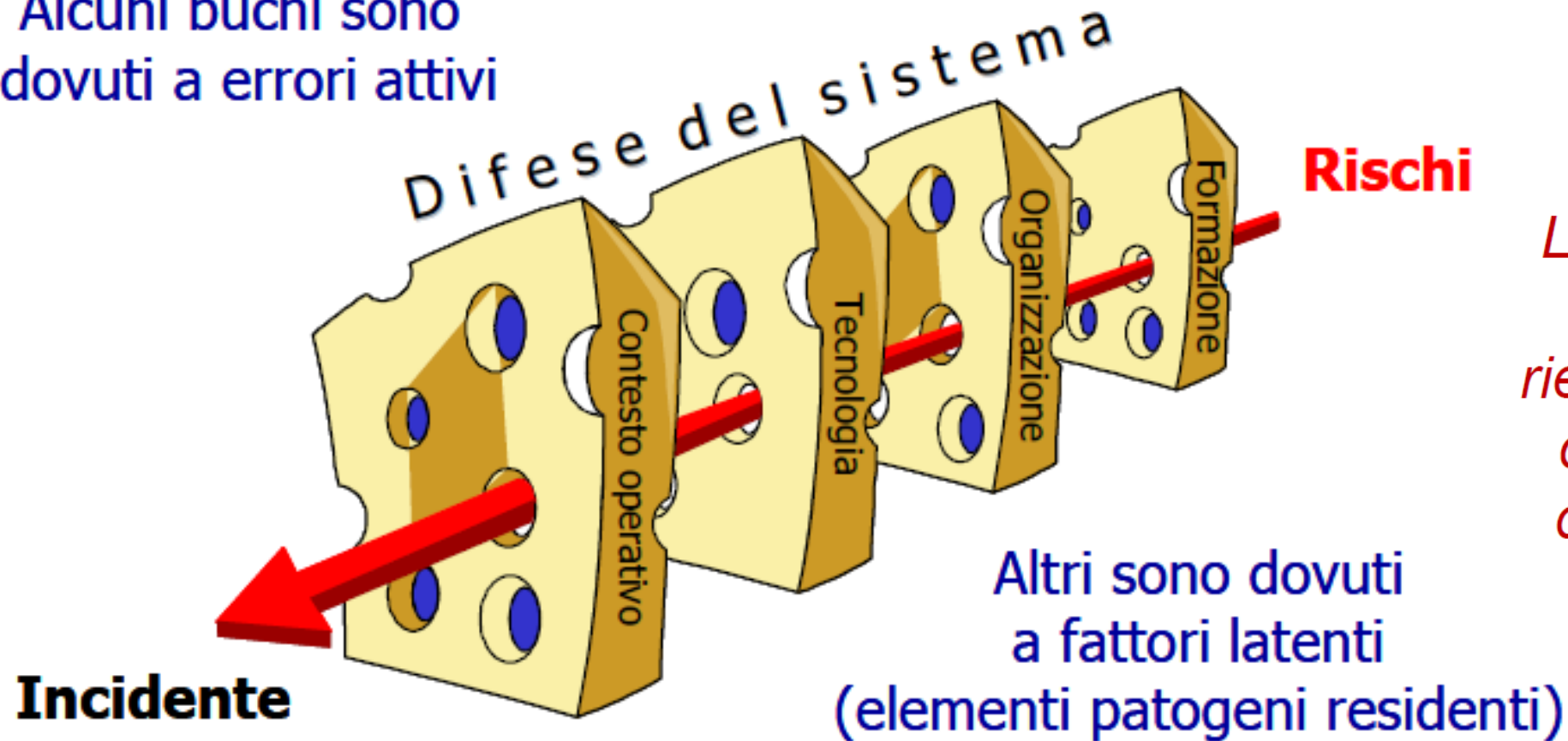


Le Aziende Sanitarie, dal punto di vista organizzativo, sono complesse come Centrali Nucleari!

SWISS CHEESE

REASON J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320 (7237): 768-770

Alcuni buchi sono
dovuti a errori attivi



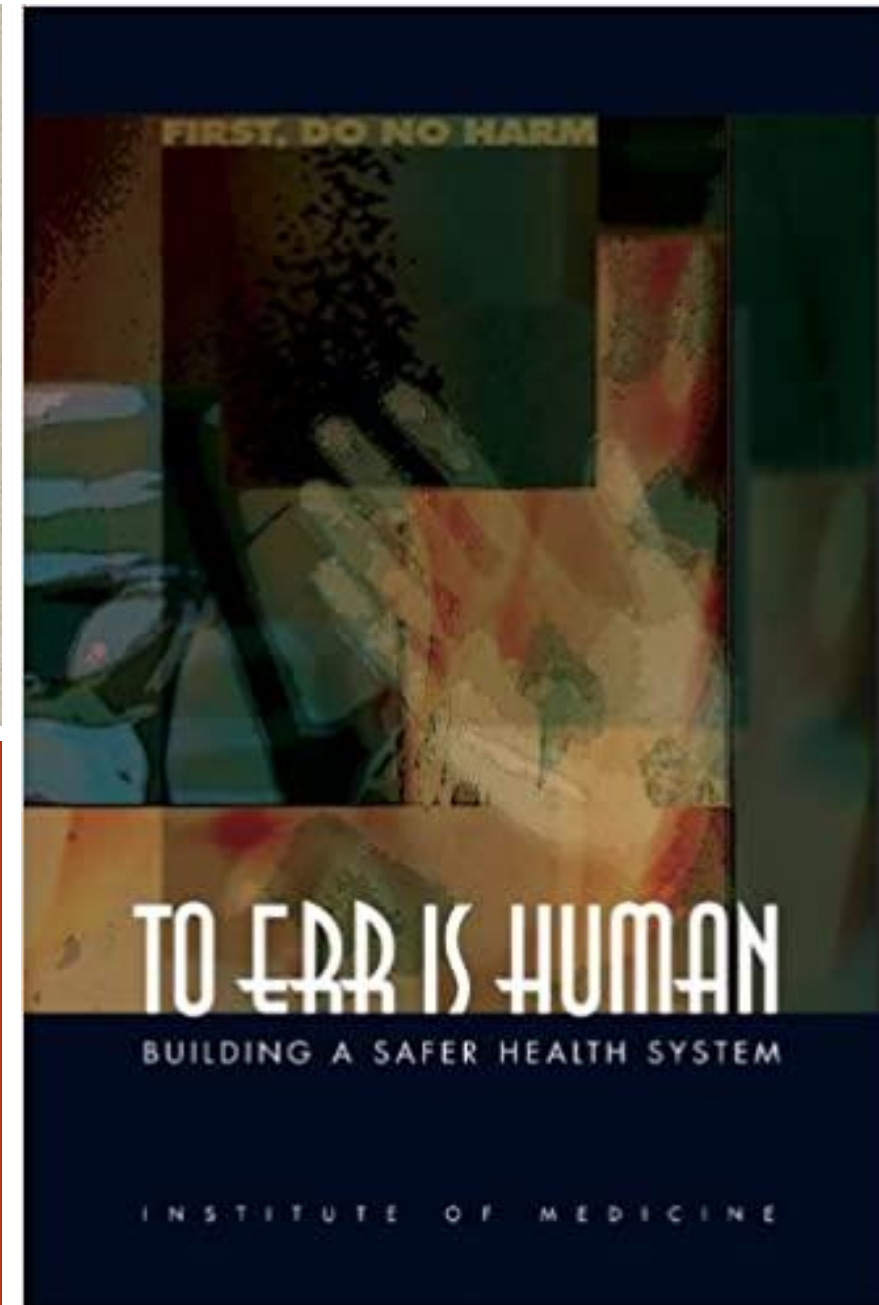
*La traiettoria di un
incidente
riesce a farsi strada
quando tutti i buchi
del formaggio sono
allineati*



Dobbiamo accettare che l'errore sia inevitabile e progettare i sistemi sanitari di conseguenza

Donald Berwick

La sfida consiste
nel progettare sistemi
in cui sia facile fare le cose giuste
e difficile fare le cose sbagliate



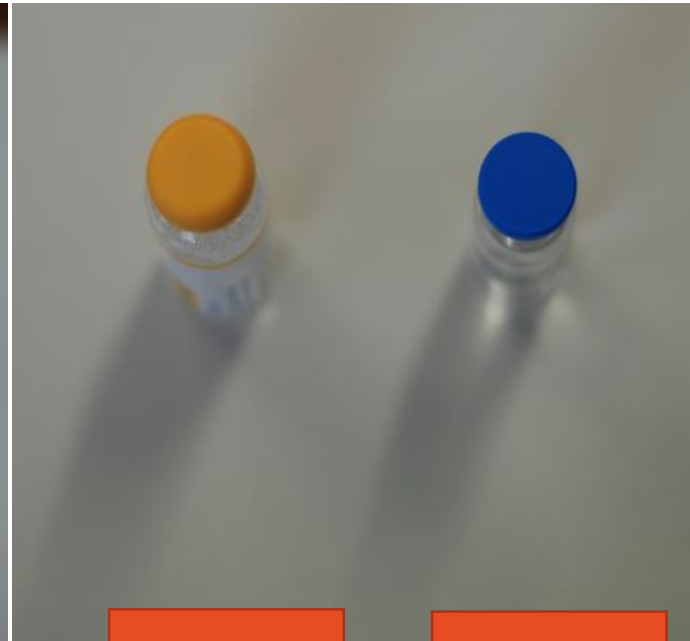
Un esempio: i farmaci LASA

Con il termine farmaci LASA (farmaci sosia) si fa riferimento a quei farmaci che possono essere confusi a causa di una notevole somiglianza grafica e/o fonetica del nome.



INSULINA

EPARINA



INSULINA

EPARINA



INSULINA

EPARINA



POTASSIO
CLORURO

SOLUZIONE
FISIOLOGICA



GLI ERRORI CLINICI SCONVOLGONO IL PAESE...

Non si preoccupi. Abbiamo
controllato tutto due volte.
Oggi non ci saranno errori,
Mr. Collins!

Il mio nome
è Smith!!!

DICONO CHE IL TASSO DI
ERRORE CLINICO SIA
ESTREMAMENTE
ALTO.

QUESTO
SPIEGA LA MIA
ISTERECTOMIA

THE LAIS VEZET SUN UNITED PERI PERE SANDKITE MIKE SMITH

LA SECONDA VITTIMA DELL'ERRORE

Seconda vittima

La seconda vittima è l'operatore coinvolto in un evento avverso, che ha comportato dei danni o morte ad altri – o avrebbe potuto farlo - dei quali si sente personalmente responsabile

(Wu, 2000)



LE CONSEGUENZE DELL'ERRORE SUL PROFESSIONISTA SANITARIO

SINTOMI

Le seconde vittime riportano una serie di sintomi comuni, simili a quelli che caratterizzano il disturbo post traumatico da stress. I sintomi comportano:

- insonnia
- riduzione della soddisfazione sul lavoro
- senso di colpa
- ansia (inclusa la paura di litigi sul luogo di lavoro o la perdita del posto di lavoro).

Per alcuni i ricordi ricorrenti dell'evento contribuiscono al burnout, alla depressione e all'ideazione suicidaria.

CONSEGUENZE

- Disistima
- Depressione
- Riduzione delle performance professionali
- Richiesta di trasferimento
- Licenziamento
- Autodimissione
- Compromissione dei rapporti con i colleghi
- Perdita di interesse per la professione

È stata dimostrata l'importanza del supporto psicologico che influisce non solo sulle percezioni dei singoli operatori sanitari, ma anche su quella degli altri professionisti dell'équipe di lavoro.

Dalla voce di chi ha sbagliato:

Geri, A. & Monteverdi, D. & Perulli, A. (2017). *Misurare la cultura della sicurezza attraverso un uso combinato di focus group e interviste: analisi quali-quantitativa*. Buone Pratiche – Agenas, <http://buonepratiche.agenas.it/questionnaire.aspx?id=6302>

Quando capita l'errore il professionista accusa direttamente la gravità del fallimento, la sensazione di sconfitta, il rimorso per le conseguenze sull'assistito e modifica i propri comportamenti di conseguenza. L'impatto psicologico dell'errore sul professionista è di una tale portata da considerarlo la seconda vittima dell'errore stesso.

“Mi sono sentita sotto al tavolo”, “mi sono sentita uno schifo”, sono i commenti di chi ricorda gli errori commessi, *“è stata una giornata bruttissima per me”, “appena me ne sono accorta...posso dire? ‘Me la sono fatta addosso’!!!”, “ Ho detto oh mio dio cosa ho fatto!!”* e poi *“mi sono scusata con la persona”* e ancora *“anche io mi sono scusata con la persona”*. *“Ci resti anche male perché fai di tutto per farglieli trovare bene [ai parenti]”,* e poi l'apprensione resta perché, oltre al rimorso personale, oltre al senso di fallimento e oltre al senso di responsabilità sull'assistito, subentra il timore delle conseguenze *“le conseguenze me le sono prese tutte”, “[sono rimasta in ansia] finchè mi è arrivata la telefonata”* e qui si rompe la voce della persona che lo racconta, nonostante il fatto sia successo tanto tempo fa...

La preoccupazione per le conseguenze dell'errore è estrema, *“è terribile, perché ti aspetti che ti possano dire qualsiasi cosa”, “possono procedere anche per vie legali”,* e *“comunque se hai sbagliato se ti arriva una conseguenza” “poi te la vedi”*.

Il professionista si sente solo e non capito da alcuno *“la paura principale è quella del licenziamento perché molto spesso magari sono dei ragazzi assunti a tempo determinato e quindi hanno paura del licenziamento...”*, *“il discorso è solo ‘cosa mi succederà adesso’??”*.

Questo fa sì che è pressochè impossibile raccogliere l'evidenza degli errori attraverso l'incident reporting, perché *“c'è la paura che venga fuori che io ho sbagliato, che il collega mio amico ha sbagliato ...”*.

Le persone che hanno sbagliato restano segnate dal proprio errore e si comportano di conseguenza, *“questo ha fatto sì che controllo 3 o 4 volte quello che c'è scritto”,* e ancora *“da quella volta controllo cento volte”* e *“da quella volta che ho invertito i pazienti e sono caduta in errore, controllo tremila volte”*.

Imparare dall'errore (Safety One)

La sua applicazione in ambito sanitario richiede un fondamentale cambio di paradigma: considerare l'errore come fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato a sbagliare.

Promuovere la cultura dell'imparare dall'errore e non nascondere lo è una strategia vincente e appagante, come dimostrano esperienze già maturate in altri contesti.

**"More people would learn from
their mistakes if they weren't so
busy denying them."**

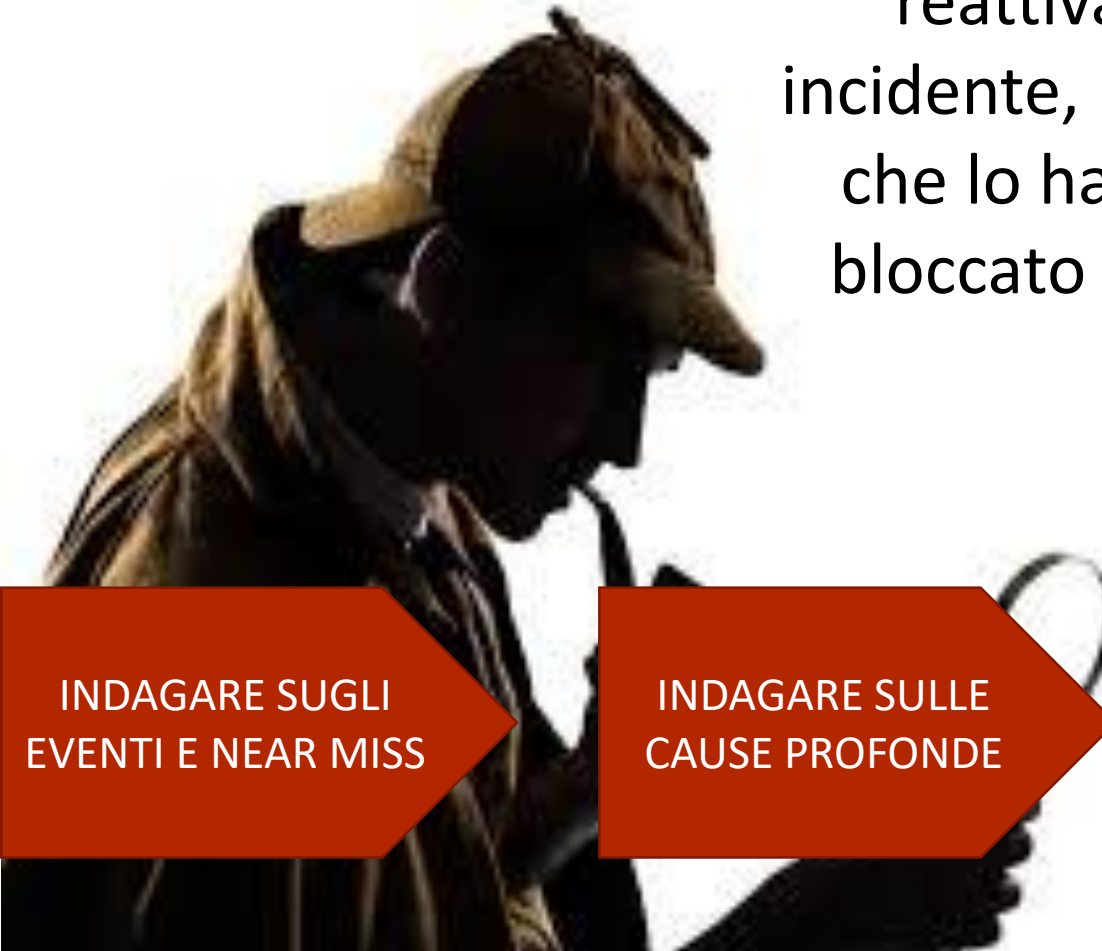
~Harold J. Smith~

www.InspirationBoost.com

**A MISTAKE is only
a MISTAKE if you
DON'T LEARN
from it.**

ILIKETOQUOTE.COM

Un sistema che risponde agli errori in maniera reattiva, al manifestarsi dell'errore in un incidente, riflette sulle condizioni organizzative che lo hanno provocato o che non lo hanno bloccato per intraprendere delle iniziative di cambiamento.



INDAGARE SUGLI
EVENTI E NEAR MISS

INDAGARE SULLE
CAUSE PROFONDE

ALLESTIRE
PROGRAMMI DI
MIGLIORAMENTO

MONITORARE GLI
ESITI

Modificare la cultura di approccio all'errore

NO BLAME CULTURE



1999: Bill Clinton, decise di istituire una Commissione per studiare il fenomeno e dare attuazione alle raccomandazioni del rapporto

Fu istituito il “**National Center for Patient Safety**” allo scopo di ridurre gli eventi avversi, attraverso la promozione di una nuova cultura di approccio all'errore non più basata sulla **ricerca e la condanna del colpevole** (“**blame and shame**”), ma sulla **individuazione degli errori, sulla ricerca delle cause e sulla messa in atto delle azioni correttive**

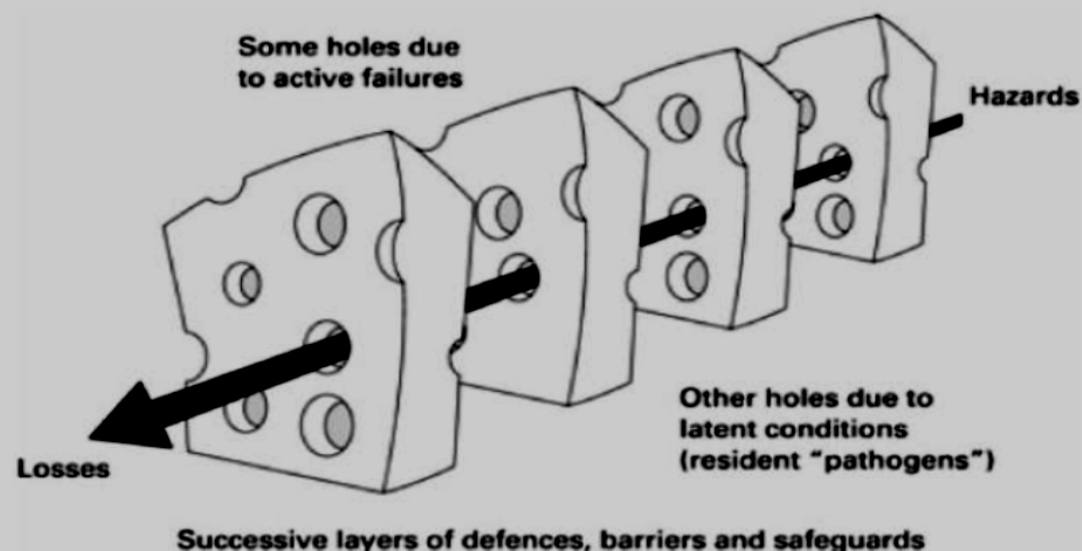
*Una cultura della sicurezza
è essenzialmente una
cultura in cui **ognuno ha la
consapevolezza costante
ed attiva del proprio
ruolo e contributo**
all'organizzazione e dei
potenziali rischi. È una
cultura aperta e giusta, in
cui le persone sono in
grado di capire quando le
cose non vanno bene e di
porvi rimedio.*



Sicurezza e risorse umane

Tutti i membri di una organizzazione sono risorse per garantire una maggiore sicurezza (incluso il paziente)

CITTADINI
PAZIENTI
ASSOCIAZIONI DI
PAZIENTI
HANNO UN RUOLO
FONDAMENTALE
NEL COSTRUIRE LA
SICUREZZA DEL
SISTEMA





MA SARA' UN PROBLEMA
ANCHE DEI
TIROCINANTI????



E' UN PROBLEMA SU CUI LAVORIAMO TUTTI
E TUTTI ASSIEME!!!!

BIBLIOGRAFIA

- An organisation with a memory - Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. Department of Health London The Stationery Office 2000 (stationeryoffice.com).
- Berwick D: Not again! Preventing errors lies in redesign-not exhortation BMJ 2001; 322: 247-8.
- Berwick D: Errors to day and errors tomorrow. N Engl J Med 2003; 348: 2570-72.
- Bevilacqua L et al: Rischio clinico e risk management. QA 2004; 15: 9-13.
- BMJ n° 7237 18 March 2000 Reducing error, Improving safety.
- Council of Europe Committee Of Ministers - Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care (24 May 2006).
- Gallagher TH et al: Disclosing harmful medical errors to patients. N Engl J Med 2007; 356: 2713-19.
- Haynes AB: A Surgical safety checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a global population N Engl J Med 2009; 360:491-9.
- Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000 (www.iom.edu).
- Ministero della Salute, Commissione tecnica sul rischio Clinico: Risk management in sanità. Il problema degli errori. Marzo 2004. Informazioni sulle iniziative promosse dal Ministero sono disponibili sul sito web.
- Nolan TW: System changes to improve patient safety BMJ 2000; 771-3.
- Øvretveit J: Lacune nella sicurezza sanitaria. Una revisione della letteratura: QA 2004; 15: 73-85.
- Reason J: Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-70.
- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M: Adverse events in Bristol hospital: preliminary retrospective record review. BMJ 2001; 322: 517-9.
- Vincent C: Patient Safety. Esseeditrice; 2007.

SITOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality: www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm
- American Hospital Association: www.aha.org/PatientSafety/Safe_home.asp
- American Society for Healthcare Risk Management: www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care: www.safetyandquality.org
- Canadian Institute for Safe Medication Practices: www.ismp-canada.org
- Cittadinanzattiva: www.cittadinanzattiva.it
- Institute for Healthcare Improvement: www.ihl.org
- Institute of Medicine: www.iom.edu
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO): www.jcaho.org/ptsafety_frm.html
- Ministero della salute: www.ministerosalute.it/programmazione/qualita/qualita.jsp
- Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions: www.rmfm.harvard.edu/publications.html
- Società italiana per la Qualità dell'assistenza Sanitaria (SIQuAS-VRQ): www.siquas.it
- Swiss Task Force on Patient Safety: www.swiss-q.org/apr-2001/docs/Final_ReportE.pdf
- The International Society for Quality in Health Care: www.isqua.org.au
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/rischio-clinico-e-seconde-vittime-in-sanita.html>