

RISCHIO CLINICO



"I'M AFRAID THERE WERE COMPLICATIONS."

Infermiera negligente sotto processo

La correlazione causale tra condotta ed evento lesivo rappresenta uno dei passaggi più delicati e difficili all'interno del capitolo della responsabilità sanitaria. La quarta sezione penale della Cassazione è ritornata sulla questione con una decisione depositata pochi giorni fa (udienza 2 marzo 2005, deposito 1° giugno) in tema di responsabilità infermieristica.

Un'infermiera professionale, in servizio presso una casa circondariale, era stata imputata di omicidio colposo per la morte di un detenuto spagnolo. L'uomo si era sentito male (afferma di avere una crisi di ansia e di non poter respirare) e l'agente di guardia aveva sollecitato l'intervento del medico, che a sua volta aveva incaricato l'infermiera presente di somministrare al detenuto la terapia sedativa che gli aveva in prescrizione. L'imputata si era recata presso la cella e, senza far aprire la porta, aveva chiesto all'uomo come si sentisse. Dalla risposta che «si sentiva male», pronunciata con voce alta e forte, la donna avrebbe avuto l'impressione che «non stesse poi così male», cosicché aveva iniziato a distribuire i medicinali agli altri detenuti in cura. Era ritornata alcuni minuti dopo alla cella della parte offesa con il sedativo da somministrare, ma non ci era riuscita e, malgrado il detenuto non disponesse e sembrasse aver perso conoscenza, si era nuovamente allontanata per continuare il giro degli altri detenuti. A quel punto era intervenuto il medico del carcere, che, reso conto della gravità delle condizioni del malato, lo aveva fatto trasportare presso l'infermeria, avviando le manovre rianimatorie rivelatesi poi inutili.

Sia in primo che in secondo grado, la condotta dell'imputata veniva giudicata gravemente colposa per negligenza e imperizia, poiché la donna aveva dapprima sottovalutato la gravità del quadro patologico evidenziato dal detenuto e, in un secondo tempo, pur trovandolo in stato di incoscien-

za, aveva omissso di sollecitare l'intervento del medico, di rilevare i parametri vitali e di attuare le manovre rianimatorie necessarie. Peraltro, mentre il tribunale aveva pronunciato condanna per omicidio colposo, la Corte d'appello l'aveva assolta, non ritenendo provata l'esistenza del rapporto di causalità tra la condotta, pur colposa, e la morte della parte offesa, dovuta a un infarto del miocardio.

La Cassazione, investita con ricorso presentato dalle parti civili, ha annullato con rinvio la sentenza di appello. Secondo la Suprema Corte, infatti, la decisione di appello solo formalmente rispetta i principi stabiliti in materia dalla nota sentenza "Franzese" delle Sezioni Unite (n. 30328/2002), mentre in realtà mostra evidenti carenze e vizi della motivazione nel giungere a ritenere che si delineassero possibili fattori alternativi di spiegazione del decesso del detenuto. Tali fattori, infatti, pur potendo essere eventualmente idonei (solo) a fornire diversa giustificazione dell'insorgere dell'infarto, non avrebbero potuto evitare il verificarsi dell'evento mortale. E dunque rimasto eluso il giudizio controfattuale, su cui deve fondarsi l'accertamento della causalità in caso di condotta omissiva.

Rileva la sentenza di legittimità che tale giudizio avrebbe dovuto articolarsi nei seguenti passaggi:

- a) andava anzitutto accertato il momento in cui la diversa condotta richiesta fosse diventata esigibile da parte dell'imputata;
- b) bisognava verificare quali manovre rianimatorie rientrassero nelle competenze professionali dell'infermiera, che comunque aveva l'obbligo di richiedere l'immediato intervento del medico del carcere e di rilevare immediatamente i parametri vitali;
- c) si doveva rispondere al quesito se, ove

tutto ciò che era stato omissso fosse stato fatto, l'evento mortale ipotizzando il più corretto e celere intervento del medico si sarebbe, o meno, egualmente verificato.

Precisa la Cassazione che a tale quesito, in cui si compendia il risultato del giudizio controfattuale, non può darsi una risposta in termini percentualistici bensì ispirata ai criteri della probabilità logica. Valutate tutte le caratteristiche del caso specifico (e in particolare la circostanza che il paziente fosse affetto da aterosclerosi coronaria, che la patologia aveva già procurato un infarto asintomatico, che l'esito dell'elettrocardiogramma, eseguito alcuni giorni prima, era negativo) e tenuto conto della gravità dell'infarto recente e di quello pregresso, il giudice di merito avrebbe dovuto accertare se, con l'adozione delle regole di condotta richieste ed esigibili, si sarebbe evitato l'evento al di là di ogni ragionevole dubbio.

Nesso di causalità: più rigore

La Corte d'appello ha invece eluso la soluzione di tali problemi, rivolgendolo la sua attenzione alla possibile esistenza di cause di aggravamento complicate dell'infarto (sistolite, shock cardiogeno, edema polmonare, fibrillazione ventricolare), non riscontrate dalle risultanze processuali e non adeguatamente spiegate nella loro concreta rilevanza. Al contrario, si sarebbe dovuto verificare, in base all'evidenza disponibile, se la vita del detenuto poteva essere salvata in termini di elevata credibilità razionale (oltre ogni ragionevole dubbio), con un tempestivo e corretto intervento dell'infermiera imputata (cui fossero seguiti i corretti e tempestivi interventi del medico del carcere): una tale indagine è mancata, e ciò giustifica l'annullamento della decisione di appello e un nuovo giudizio.

Gianfranco Ladecola

Farmaco letale, condannati in due

Paziente morì per cura anticancro: colpevoli medico e infermiera

di EMANUELA NAIDI

ORI A 62 ANNI nella Divisione di Oncologia del Malpighi, otto anni fa, dopo la somministrazione di un farmaco sperimentale anticancro. Ieri per l'infermiera che somministrò quel farmaco e per il medico di guardia che oltre a somministrare il modulo che autorizzava la somministrazione del farmaco avrebbe dovuto vigilare su quella somministrazione (entrambi imputati per omicidio colposo) è arrivata la sentenza di condanna: sei mesi e 10 giorni per la prima e cinque mesi e 10 giorni per il secondo secondo quanto deciso dal giudice monocratico Piero Luigi Di Bari.

SECONDO le risultanze dell'inchiesta coordinata dal pubblico ministero Antonello Gustapane, l'infermiera avrebbe interpretato in maniera scorretta la prescrizione farmacologica e il 7 novembre del 2000 avrebbe preparato quel farmaco, denominato Criptocina, in forma pura anziché diluita: alla paziente, resi-



Il farmaco, somministrato puro e non diluito, si rivelò fatale per una paziente di 62 anni

dente a Ozzano, ne vennero somministrati 40 milligrammi anziché i 2,5 richiesti per prassi. Questo produsse un effetto tossico che portò al decesso della donna che, come testimone di Geova, rifiutò le trasfusioni di san-

gue. Secondo quanto sostenuto in aula dall'avvocato Stefania Mannino l'infermiera si trovò ad applicare da sola un protocollo nuovo e complesso, con una traduzione dall'inglese poco chiara.

Botte a sfondo politico

IL LORO aspetto (capelli lunghi e pantaloni larghi) faceva pensare che fossero militanti di sinistra. Per questo il gruppo di naziskin che li incrociò, in via Marsala, cominciò a insultarli. E ne colpì uno con calci e pugni. Ieri il Tribunale ha decretato che quella fu un'aggressione a sfondo razzista e ha condannato l'autore J. R. a cinque mesi di carcere (senza sospensione della pena) e al pagamento di un risarcimento di 10 mila euro per lesioni personali, aggravate dalla discriminazione razziale, etnica e religiosa prevista dalla legge Mancino. L'episodio risale all'1 dicembre del 2002. Tre studenti pugliesi (un ragazzo e due ragazze) incrociarono per strada un gruppo di otto-dieci nazi (bomber, anfibio, testa rasata) che cominciarono a provocarli con insulti a sfondo politico, dandogli del «compagno». Il ragazzo condannato, all'epoca dei fatti 22enne, è uno dei 18 naziskin alla sbarra per una serie di aggressioni a militanti di sinistra, offese a omosessuali ed extracomunitari e azioni di danneggiamento a centri sociali avvenuti tra il 2003 e il 2006.

NELL'IMMEDIATEZZA dei fatti — ha spiegato in aula l'avvocata Stefania Mannino — ha pensato che non si potesse tergiversare e ha cominciato la somministrazione. Tra l'altro il procedimento disciplinare si è

concluso con una sanzione modesta, perché le fu riconosciuto di essersi trovata ad operare in una situazione di difficoltà.

L'INCHIESTA del pm Gustapane era partita da un esposto dei familiari della vittima.

Duemila incidenti negli ospedali: top di cadute e suicidi

ROMA. Cadute, suicidi, errori chirurgici o nelle diagnosi, nelle terapie, nelle trasfusioni, e ancora episodi di violenza puri e semplici. Sono solo le principali cause dei 1918



Una paziente

"eventi avversi", di cui molti mortali, negli ospedali italiani tra il settembre 2005 e il dicembre 2012, raccolti dal Siste-

ma Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità. In cima agli eventi avversi le cadute che hanno portato a decessi o gravi danni, in totale 471. Seguono i suicidi o tentati suicidi dei pazienti, ben 295. Molti i casi in chirurgia, tra cui 16 legati a interventi sui pazienti sbagliati.

Morta in gravidanza, "criticità" agli Spedali Civili

Commenti

Non le fanno la Tac e lei muore Sei medici indagati a Taranto

Il caso ripropone il tema degli accertamenti: quando sono inutili e quando salvano la vita?

Careggi, persi i campioni delle biopsie Un incubo per centinaia di pazienti

Firenze, l'ospedale: rifaremo i prelievi. Ma non è detto che sia possibile

di Mario Uboldi
FIRENZE

CENTINAIA di centinaia di biopsie senza referto. La scorsa settimana, per cause ancora in fase di accertamento, alla struttura operativa di Endologia patologica e diagnostica oncologica di Careggi sono stati perduti i campioni di tessuto già pronti per essere analizzati. Un problema clinico che va a colpire una categoria di pazienti particolarmente fragili: si tratta di persone che aspettano lo scostamento transper-

delle lunghe attese, già nel 2009, l'allora assessore al diritto alla salute regionale Enrico Rossi, sospese che poi di qualcuno resterà in attesa di referto di settimane o addirittura anche due mesi, si incaricò a proprio di mandare alcuni referti a Mario Careggi per farli analizzare dal patologo di qualità Ad. Un'idea che non ha poi preso piede perché il vicesegretario della struttura che sopprimeva i prelievi per le ragioni di

La storia, in questo caso, riguarda il difficile tema di quanto, soprattutto in una regione che ha fatto di prevenzione oncologica e oncologia — garantendo — priorità assoluta nelle attività della sanità del privato che in questa settore ha sempre molto più spazio. La biopsia viene ne effettuare anche nelle strutture ospedaliere pubbliche, dove si fa attenzione. Chi per-



Marina R. è deceduta dopo due ore e mezza di agonia per difficoltà respiratorie. Nella tarda mattinata di ieri un altro piccolo è stato ricoverato con gravi ustioni.

PRAIA A MARE

Non respira, muore in ospedale

La provincia

Lunedì
15 agosto 2012

18

LA COMMISSIONE PARLAMENTARE: DA APRILE 2009 A SETTEMBRE 2010 242 EPISODI, LA METÀ MORTALI

Malasanità in Italia, un caso ogni due giorni

Maglia nera per Calabria e Sicilia. Orlando: «Problema anche politico»

CARLO GRIVINA

ROMA. Un caso di malasanità ogni due giorni. Da fine aprile 2009 a settembre 2010 ben 242 episodi, di cui 163 hanno causato la morte del paziente. I dati, allarmanti, che fotografano una situazione della sanità italiana che desta grande preoccupazione, emergono dal lavoro svolto in poco più di un anno di lavoro della commissione parlamentare sugli errori sanitari presieduta da Leoluca Orlando. I casi esaminati, inoltre, non sono tutti quelli che si sono verificati nel nostro Paese ma solo quelli emersi sotto la lente di ingrandimento della commissione per un rapporto, una segnalazione o un articolo di giornale.

Le 163 presunte vittime (presunte finché non si pronuncerà la magistratura) sono state causate o per errore diretto del personale medico e sanitario, o per disservizi o carenze strutturali. Del totale dei pazienti deceduti, inoltre, ben 88, praticamente la metà, sono concentrati in due sole regioni: Calabria (50) e Sicilia (38). Seguono nella triste classifica il Lazio con 14 morti, la Campania 12, la Puglia 9, la Liguria 8, Emilia Romagna e Toscana 7, il Veneto 6, la Lombardia 4, il Piemonte 3 e poi Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Basilicata 1.

L'analisi, se da una parte fa emergere il grande lavoro e la capillare attenzione da parte della commissione, dall'altra mostra il lato oscuro della sanità nazionale: su 242 casi presi in visione, ben 64 si sono



I MEDICI: «POCHI INVESTIMENTI»

Carenze del personale, assenza di investimenti di formazione: sono queste le conditio-
ni, secondo il segretario nazionale del sindacato maggiormente rappresentativo dei medici ospedalieri Anao-Assomed, Costantino Trosi, che potrebbero provare un aumento dei rischi e degli errori sanitari.

verificati in Calabria, 52 in Sicilia, 24 nel Lazio, 15 in Campania, Puglia e Lombardia, 14 in Veneto, 12 in Toscana, 9 in Emilia Romagna, 8 in Liguria, 4 in Piemonte, 2 in Friuli Venezia Giulia e in Abruzzo, 1 in Trentino Alto Adige, Umbria, Marche e Basilicata.

Scartando le tabelle elaborate dalla commissione, sul totale dei casi di malasanità, inoltre, 186 casi riguardano presunti errori da parte dei medici e del personale sanitario. Errori che potrebbero aver causato 123 decessi. Anche qui, se-

LA MALASANITÀ NELLE REGIONI

Da fine aprile 2009 a metà settembre 2010

Casi	Decessi
Calabria	64
Sicilia	52
Lazio	24
Puglia	15
Campania	15
Lombardia	15
Veneto	14
Toscana	12
E. Romagna	9
UGURIA	8
Piemonte	8
Friuli V.G.	2
Abruzzo	2
Marche	1
Umbria	1
Basilicata	1
Trentino A. A.	1

Fonte: Comit, Anao, Assomed, Anss



Sono 242 i presunti casi esaminati, per un totale di 163 vittime

zionando il dato su base territoriale, si evidenziano le situazioni più critiche in Calabria e Sicilia. Nelle strutture sanitarie calabresi si contano 56 presunti errori all'esame della commissione, in Sicilia se ne registrano invece 36. La poco onorevole madriglia di bronzo, anche in questo caso, spetta al Lazio con 15 casi di presunti errori sanitari.

I casi di malasanità non sempre però hanno a che fare con l'errore diretto del malco bianco o del personale sanitario specifico. Spesso sono figli di disservizi, carenze, strutture inadeguate. Tutte lacune del Servizio sanitario nazionale che la Commissione cataloga come "altro". Su 56 casi totali registrati in tutto il Paese (che avrebbero portato

«NECESSARIO L'OSSERVATORIO»

«I DATI della Commissione errori non ci sorpremono. Si aggiungono a numerosi altri, compresi i nostri, menzionati dall'Osservatorio sugli errori che da anni chiediamo al ministero». Le afferma Francesca Moccia, coordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinattiva, commentando i dati sui casi di malasanità. «Da anni denunciavamo le carenze strutturali e organizzative degli ospedali del Sud, soprattutto quelli calabresi», aggiunge Moccia, sottolineando però che «la malasanità non è solo al Sud, anche se spesso è denunciata soprattutto dai cittadini meridionali, stanchi dei disservizi e inefficienze delle loro regioni».

a 40 vittime), 16 riguardano gli ospedali siciliani, 9 le strutture del Lazio, 8 quelle della Calabria. Nota positiva: sono cinque le Regioni in cui, al momento, non si sono registrati casi di malasanità di tipo strutturale: Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria e Marche.

«Gli errori della sanità italiana hanno tanti padri», spiega Leoluca Orlando, presidente della commissione parlamentare sugli errori sanitari. «I medici che sbagliano, certo, ma anche le strutture, i manager



echili nominali, ossia i politici il nostro obiettivo non è solo capire chi commette l'errore, ma anche il perché, ossia le anomalie strutturali e organizzative che hanno portato a quell'errore». «La politica», continua Orlando, «deve fare dieci passi avanti per la salute, ossia impegnarsi di più per tutelare i cittadini, anche stanziando risorse adeguate, e dieci passi indietro per la sanità, ossia per la nomina, i giochi di potere, la spartizione delle cariche».

• RIPRODUZIONE RISERVATA

Balletto di cifre

Aiom(Associazione italiana di oncologia medica)

- 90 decessi/die per sviste,
- 32,000 morti l'anno,
- 320.000 persone che, in Italia, vanno incontro a danno

Aaroi(Associazione degli anestesisti rianimatori)

- 14mila/anno morti per errori sanitari e problemi organizzativi

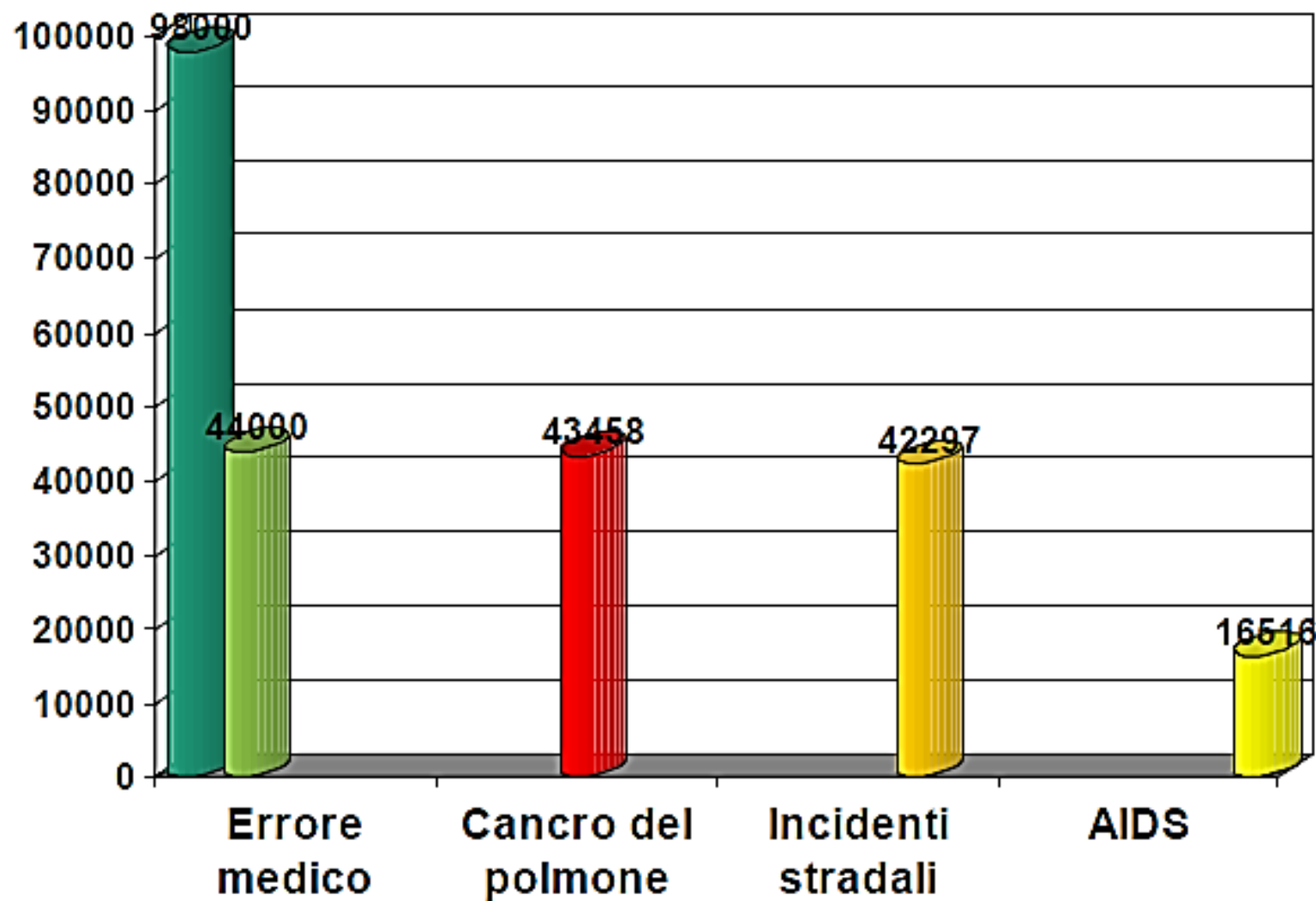
Assinfom

- 50mila morti, di questi il 50%, evitabili



Dati discordanti, che però lasciano di sasso!!!

Confronto con altre cause di morte



(To err is human. Institute of Medicine, 1999)

EPIDEMIOLOGIA DEGLI EVENTI AVVERSI

GLI STUDI SULL'INCIDENZA DEGLI EVENTI AVVERSI

Studi sugli eventi avversi (Jesus Aranaz Andrés, 2010)					
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, 1992	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	Shioler, 2002	qualità	1097	9	40,4
Canada	Baker, 2002	qualità	3720	7,5	41,6
Canada	Foster, 2002	qualità	502	12,7	38
Canada	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%

Gli studi di incidenza e...in Italia?

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	REGIONE TOSCANA GRC Gestione Rischio Clinico SICUREZZA DEL PAZIENTE	qualità	4227	6,7	42,9
Toscana AS	REGIONE TOSCANA GRC Gestione Rischio Clinico SICUREZZA DEL PAZIENTE	qualità	7066	1,9	56,8

	Autore	prospettiv a	casi	% EA	% evitabili
AOU Meyer	REGIONE TOSCANA GRC Gestione Rischio Clinico SICUREZZA DEL PAZIENTE	qualità	588	0.7	44,4

Quali tipi di errori?

Uso di farmaci, sangue ed emoderivati

- Errori di prescrizione
- Errori di preparazione
- Errori di somministrazione
- Reazioni trasfusionali

Procedure chirurgiche e di anestesia

- Corpi estranei nel sito chirurgico
- Intervento su parte o lato sbagliato
- Chirurgia impropria o non necessaria
- Complicanze di procedure invasive e anestesilogiche

Uso di apparecchiature elettromedicali

- Malfunzionamento e guasti per problemi tecnici
- Errori d'uso da parte del personale

Esami e procedure diagnostiche

- Non eseguiti o eseguiti in modo inadeguato
- Non appropriati o non efficaci
- Interpretati in modo sbagliato

Tempistica

- Ritardi nella diagnosi e nel trattamento

Procedure di assistenza

- Infezioni ospedaliere
- Ulcere da decubito
- Cadute accidentali

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.





*European Commission
DG Health and Consumer Protection*



*Présidence luxembourgeoise
du Conseil de l'Union européenne*

Patient Safety – Making it Happen!

2005

Luxembourg Declaration on Patient Safety

L'accesso a cure di alta qualità e un diritto umano riconosciuto dall'UE. I pazienti hanno il diritto di attendersi che ogni sforzo verrà compiuto per assicurare la loro sicurezza come utenti dei servizi sanitari

Raccomanda che la sicurezza del paziente sia una priorità per la politica sanitaria di tutti gli Stati membri dell'unione e fornisce specifiche raccomandazione tra cui l'utilizzo sistematico di un programma di Risk Management

CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI

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 report del SIMES 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%.**

Lo studio
considera
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

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**



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 mancanti (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 sdruciolevole 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

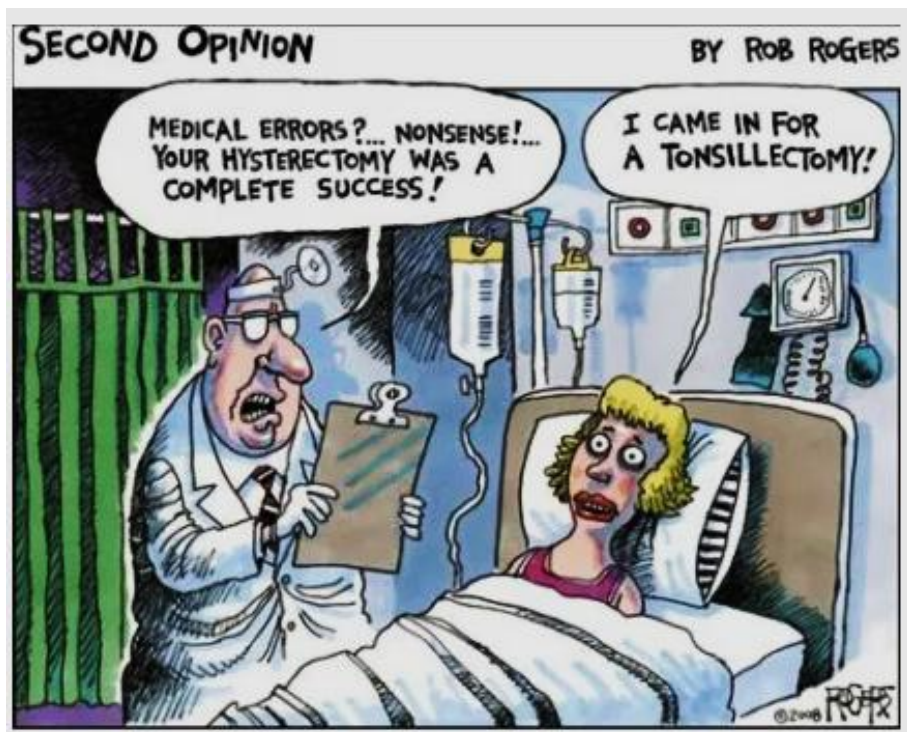
ESITO SEVERO - Disabilità permanente/contributo al decesso EVENTO SENTINELLA

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.

ERRORI OMISSIVI

Gli errori omissivi avvengono quando si omette qualcosa di corretto.

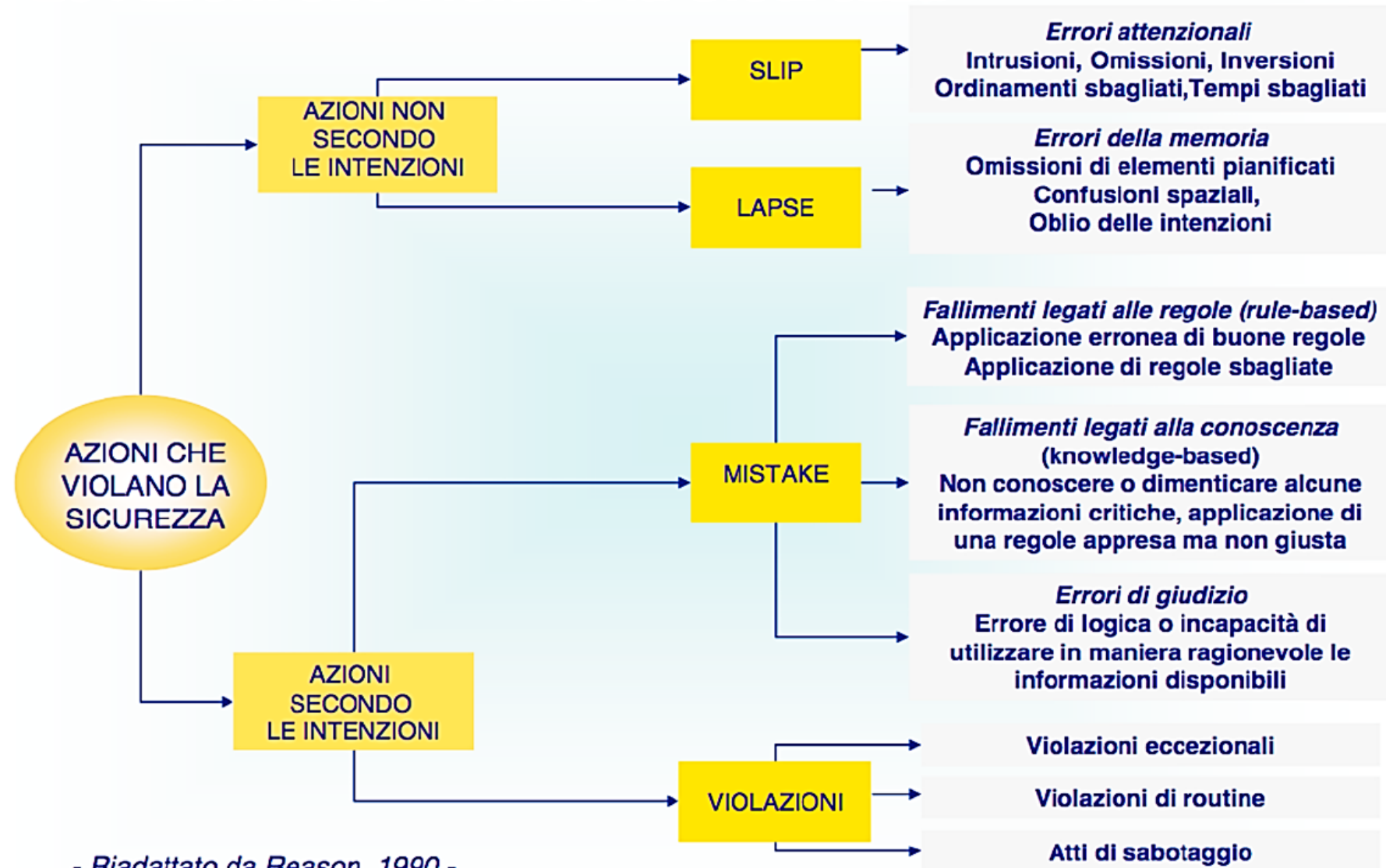


Esempio di errore commissivo: prescrizione del farmaco sbagliato al paziente giusto o la prescrizione di una dose erronea al giusto paziente o la somministrazione al paziente sbagliato di un farmaco destinato ad un altro paziente, l'esecuzione corretta di un intervento sul lato sbagliato, ecc.

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
- Illusione della frequenza
- Bias dell'ottimismo
- Bias di omissione
- Bias d'Azione

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 del singolo.
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.

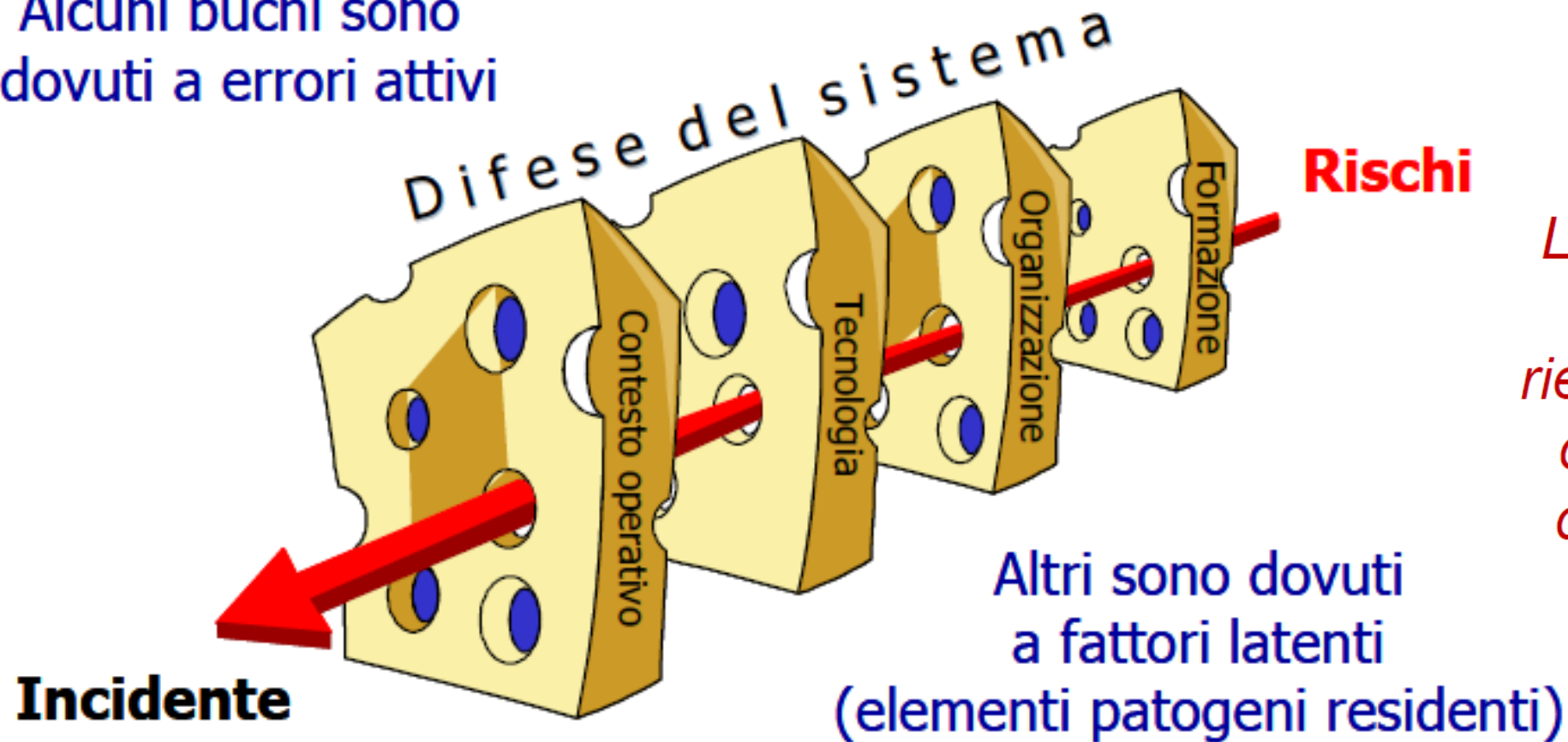


Le Aziende Sanitarie, dal punto di vista organizzativo, sono complesse come Centrali Nucleari!

SWISS CHEESE

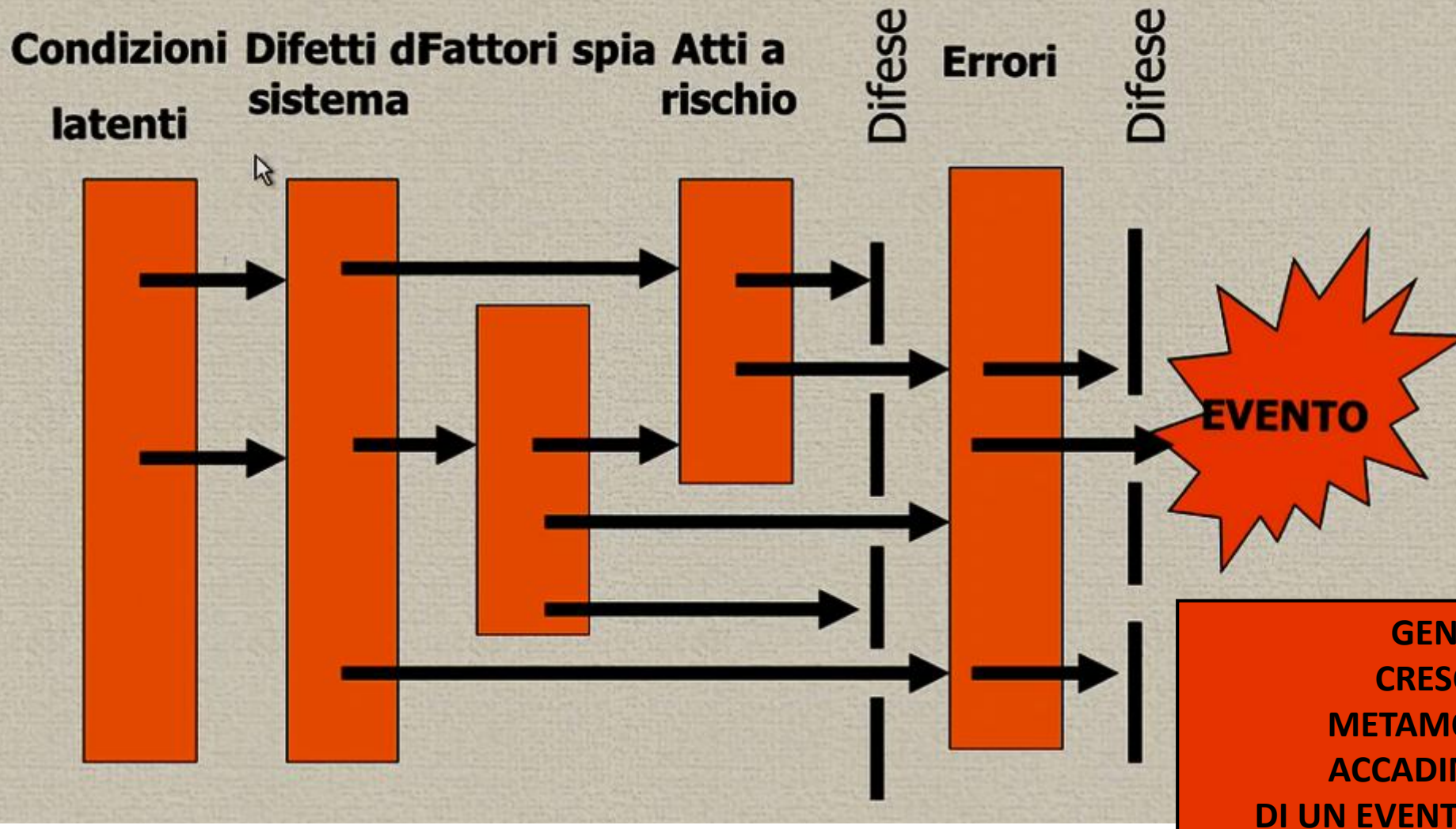
REASON J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320 (7237): 768-770

Alcuni buchi sono
dovuti a errori attivi



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

Modello di induzione del danno



ANALISI DI UN EVENTO

L'ergonomia e il fattore umano in sanità Sara Albolino e Tommaso Bellandi *pubblicato su "Il rischio clinico: metodologie e strumenti", a cura di A. Panà e S. Amato (2007)*

Un paziente deve ricevere un trattamento radioterapeutico a bassa potenza alla spalla in un centro ad alta attività. La macchina impiegata è la THERAC-25, che ha due modalità di funzionamento:

- alta potenza (botone "X") (massima potenza, schermato)*
- bassa potenza (botone "E") (bassa potenza, non schermata)*

Il tecnico preme, per errore, il bottone "X", si accorge dell'errore, preme "up" per cambiare selezione e preme "E". Il monitor indica "bassa potenza" e il tecnico preme il tasto di attivazione. Purtroppo la sequenza a causa di un "bug" nel software genera un errore per cui la radiazione viene erogata ad alta potenza ma non schermata. Il paziente riceve una irradiazione di 25,000 rads, prova un forte bruciore e preme il pulsante di colloquio con il tecnico. Ma sia la comunicazione vocale che il controllo video sono staccati. Il monitor indica "errore 54", ma già in passato aveva dato falsi allarmi. Il tecnico non controlla il significato, pensa che la macchina non abbia irradiato e preme ancora il tasto di attivazione. Il paziente riceve una seconda scarica di 25,000 rads. Ricompare il segnale "errore 54".

*Il tecnico entra nella stanza e si accorge che il paziente ha ricevuto gravissime ustioni.
(riadattato da Bogner, 2003)*

Proviamo a fare una prima semplice analisi di cosa è accaduto:

1. Il tecnico desiderava azionare il bottone “E”, mentre per errore ha premuto il bottone “X”. I due bottoni erano collocati l’uno vicino all’altro e avevano la stessa forma e colore.
2. C’è Bug del software.
3. Il tecnico non è stato in grado di valutare l’esito dell’azione a causa dello scarso contenuto informativo del feedback ricevuto “errore 54”, che il tecnico ha interpretato come indicazione della mancata irradiazione.
4. Manuale con l’evidenza dei codici di errore non immediatamente disponibile e di difficoltosa e lunga consultazione.
5. La macchina aveva dato in passato “falsi allarmi”.
6. Non funzionavano video e audio di comunicazione con l’interno della camera.

e inoltre

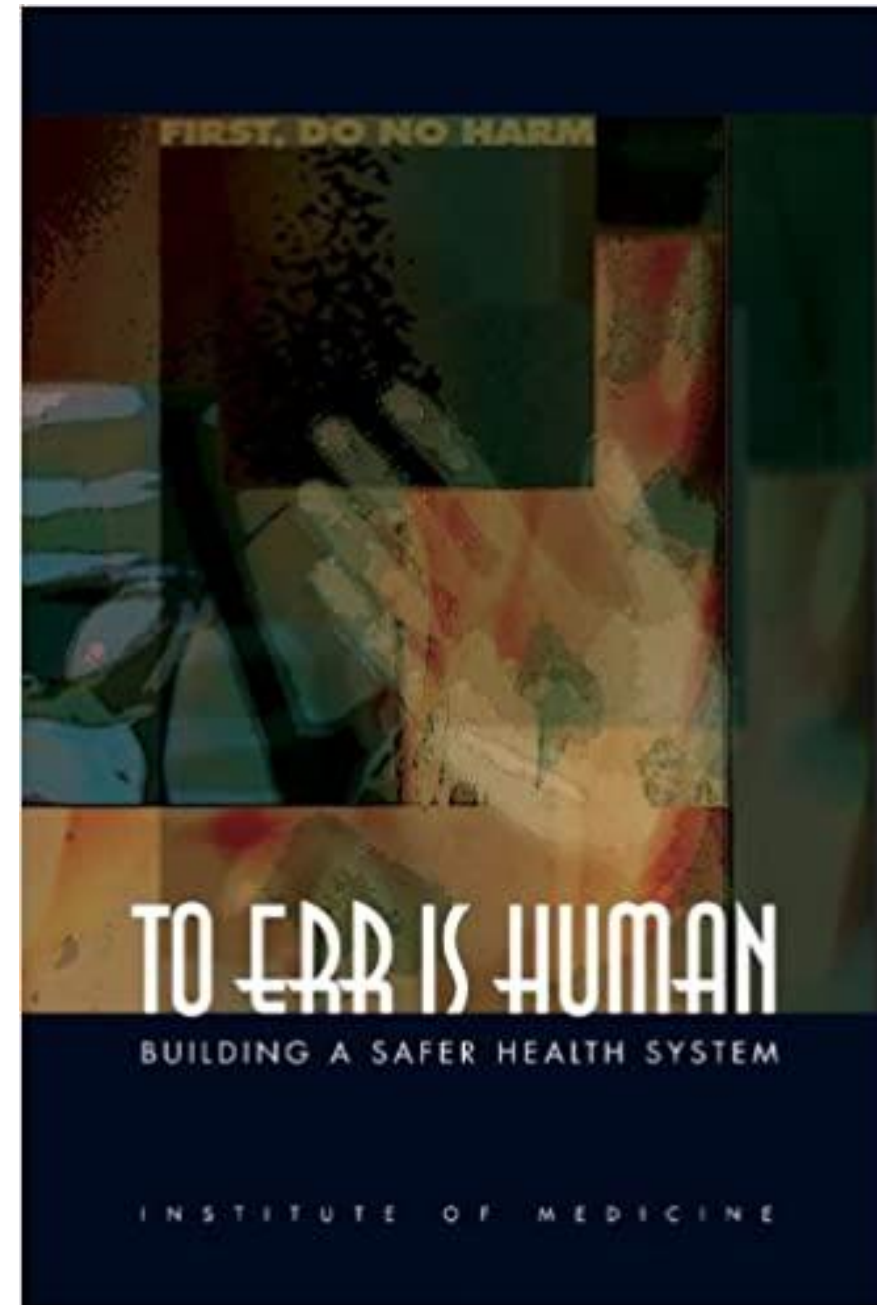
7. Da quante ore lavorava il tecnico?
8. Lavorava da solo?
9. Quanta esperienza lavorativa aveva il tecnico?
10. Aveva fatto una formazione specifica per l’utilizzo di quella macchina?
11. Aveva fatto un percorso di inserimento del neo assunto?
12. Gli errori in precedenza riscontrati su quell’apparecchiatura erano stati segnalati e presi in carico dall’ingegneria medica?
13. Ogni quanto tempo era prevista la manutenzione della macchina?
14. Aveva la possibilità di consultarsi con un superiore e/o collega per accertarsi di quanto accadeva?
15.



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



LA SECONDA VITTIMA DELL'ERRORE

LA SECONDA VITTIMA DELL'ERRORE



La seconda vittima è
l'operatore coinvolto
nell'evento avverso che ha
portato danni al paziente, o
avrebbe potuto portarli.
Il professionista si sente
personalmente responsabile
(Wu, 2000)

APPRENDERE
DALL'ESPERIENZA

SAFETY ONE E SAFETY TWO

Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. Middelfart, Denmark: Resilient Health Care Net; 2015.

Safety I & Safety II



SAFETY ONE:

Ricerca le cause e dei fattori che contribuiscono agli eventi avversi,
Studia gli eventi avversi per comprenderne la dinamica e i motivi del fallimento

SAFETY TWO:

Studia le dinamiche dei sistemi che funzionano, la capacità delle persone (singole e in team) e delle Organizzazioni di affrontare situazioni dinamiche e fare in modo che le cose funzionino.

SI IMPARA DAGLI ERRORI (APPROCCIO REATTIVO)

Che cos'è andato storto?

Dov'è l'errore?

Che cosa non ha funzionato?

Dove abbiamo fallito?

Quali sono i fattori di rischio che dobbiamo tenere sotto controllo?

Quali allarmi (meccanici-umani-procedurali...) dobbiamo introdurre per fare in modo che non ricapiti?

SI IMPARA DAI SUCCESSI (APPROCCIO PROATTIVO)

Proviamo ad imparare da quello che funziona!

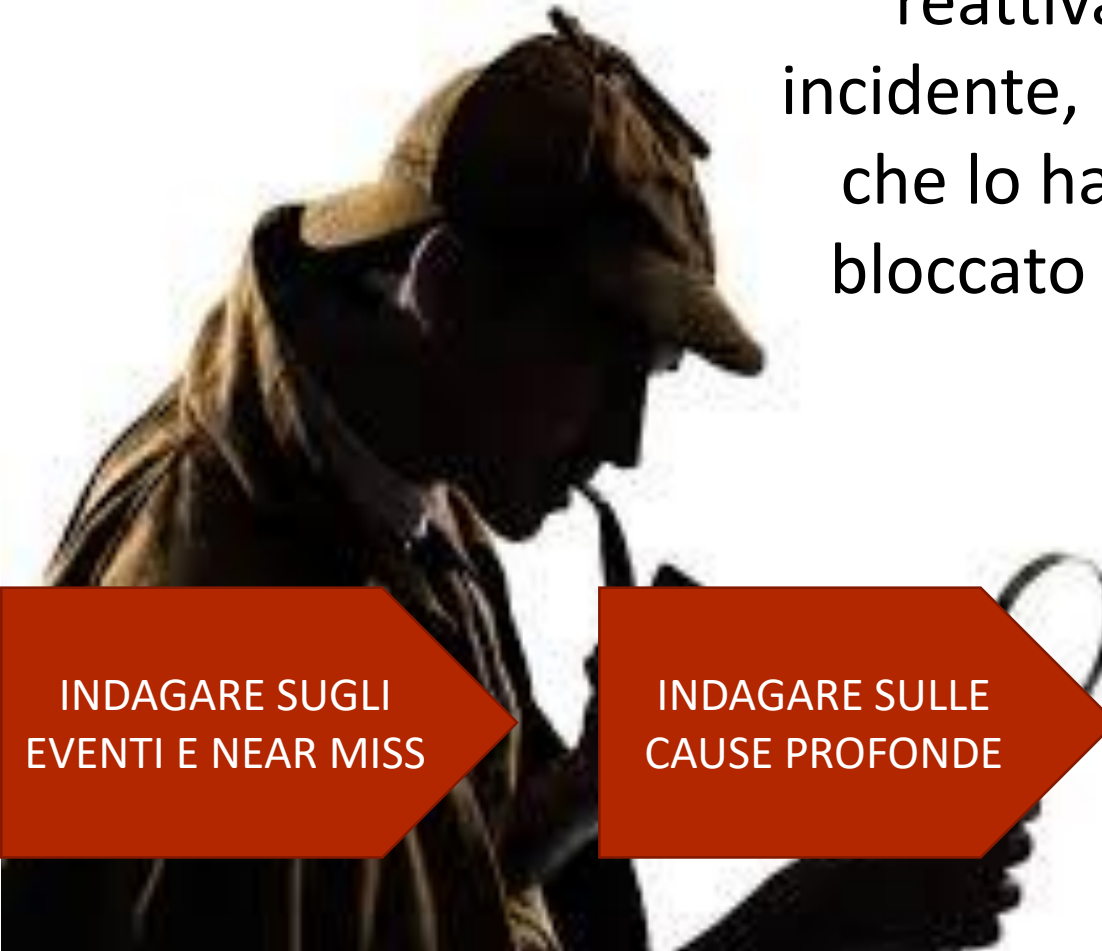
Consideriamo sistemi dinamici, mai uguali a sé stessi, sempre in metamorfosi, che funzionano nonostante la complessità, con il contributo di team che condividono una cultura della sicurezza efficace!

Safety I vs Safety II

	SAFETY I	SAFETY II
Definizione di Sicurezza	Meno cose possibile vadano male	Più cose possibile vadano bene
Approccio base alla gestione del Rischio	REATTIVO: risposta quando succede qualcosa o un rischio è considerato inaccettabile	PROATTIVO: cerca continuamente di anticipare l'EA
Fattore umano	Persone come fonte di imprevedibilità e «problemi» da gestire	Persone come risorse necessarie per la flessibilità / resilienza del sistema
Indagine dell'EA	Identificare le cause profonde di EA e malfunzionamenti	Capire come mai generalmente le cose «vanno bene» quale base per comprendere come mai OCCASIONALMENTE vanno male

Adattato da Hollnagel et al.,
2015

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

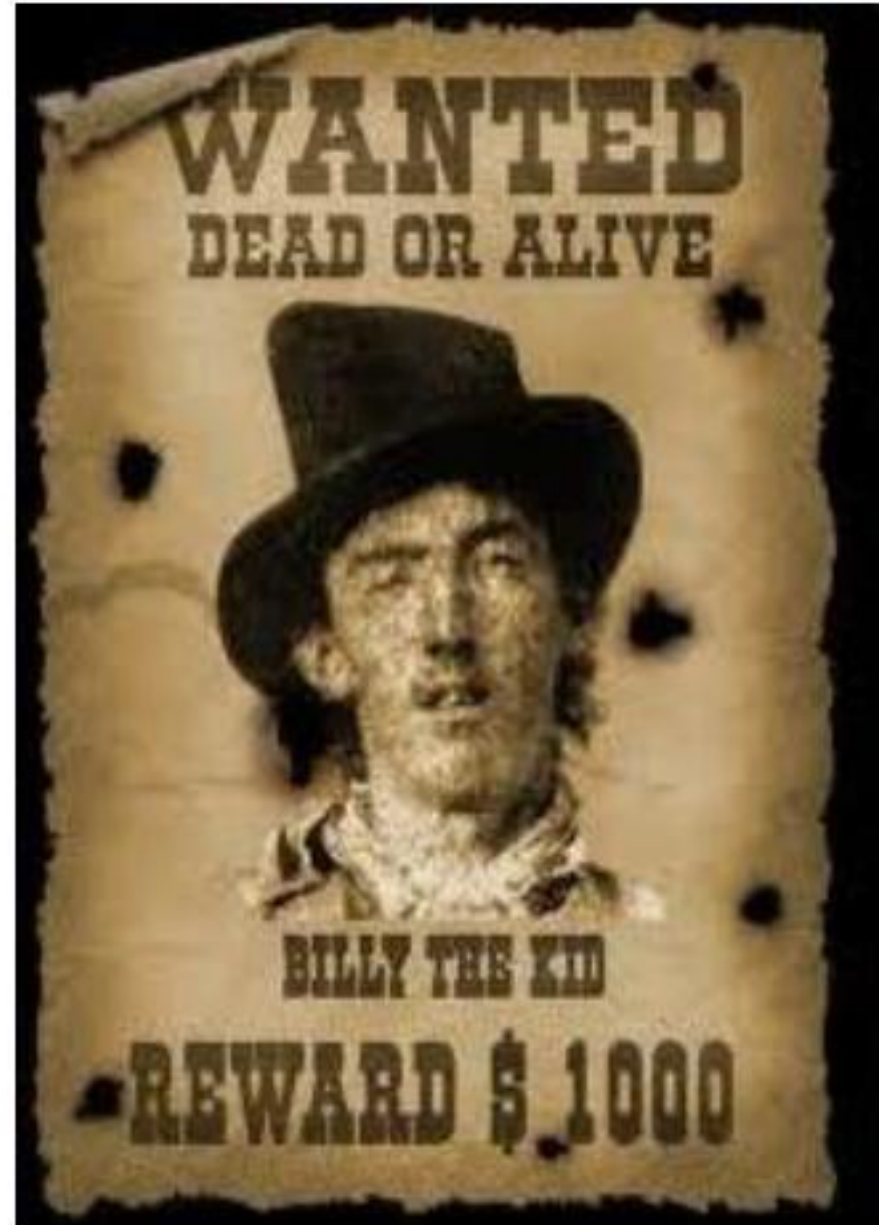
ALLESTIRE
PROGRAMMI DI
MIGLIORAMENTO

MONITORARE GLI
ESITI

ERRORE E COLPA

L'idea tradizionale che l'errore è dovuto alla colpa individuale di chi lo commette genera effetti negativi:

Chi lo commette tenta di nasconderselo



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**

LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

*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.*



Patient safety: what about the patient?

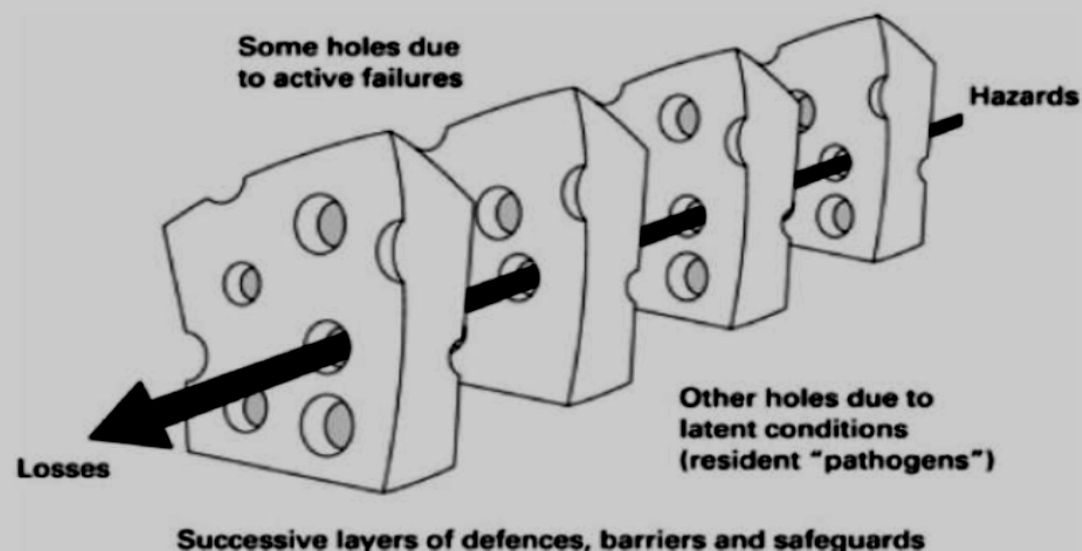
C A Vincent, A Coulter

Qual Saf Health Care 2002;**11**:76-80

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 CHE COS'E' LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE?



MA CULTURA SIGNIFICA
QUELLO CHE «IO SO»???
OPPURE...

Cultura sicurezza (Zhang et al 2002)

Costituita dai valori e dalle priorità di ogni persona e gruppo a tutti i livelli di una organizzazione rispetto alla sicurezza degli operatori e dei pazienti/pubblico. Si riferisce **all'impegno di ciascuno - singolarmente ed in gruppo - rispetto alla sicurezza del paziente e agisce per preservarla, aumentarla e comunicare i relativi problemi; come si impegna ad apprendere, adattare e modificare** (a livello individuale ed organizzativo) i **comportamenti**, sulla base di quanto appreso dagli errori.

ORGANIZZAZIONE

Si adotta una strategia sistematica di comunicazione, diffusione delle informazioni, di feedback a tutti i livelli, sia clinici che organizzativi.

La responsabilità della sicurezza delle cure è condivisa da tutti gli attori (direzione, lavoratori, assistiti, visitatori, stakeholders...).

La leadership è impegnata nella ricerca della sicurezza delle cure.

L'organizzazione si ispira alle evidenze della ricerca organizzativa

La sicurezza delle cure è un obiettivo prioritario a cui le finalità finanziarie e produttive devono essere subordinate.

La formazione in materia di sicurezza delle cure è sistematizzata in eventi formativi mirati, continui, rivolti a tutti i lavoratori a tutti i livelli.

Viene promosso un sistema incentivante e premiante per le azioni che promuovono e realizzano sicurezza delle cure.

E' attivo e disponibile uno strumento per rilevare gli errori ed apprendere da questi, gli eventi avversi vengono analizzati e promosse le attività di gestione più appropriate.

Le risorse a disposizione per mantenere efficace il sistema di sicurezza sono appropriate.

L'organizzazione si ispira ad una vision etica che persegue la sicurezza nella presa in carico dell'assistito.

L'organizzazione coinvolge i pazienti e le associazioni di pazienti, gli stakeholders, i cittadini, i caregivers, i familiari, i volontari e tutti gli operatori informali nella prevenzione degli errori.

Le attività in outsourcing sono monitorate e gestite da attenta regia.

GRUPPI / TEAM DI LAVORO

La responsabilità della sicurezza delle cure è condivisa e perseguita attivamente da tutti.

Le attività sono ispirate alle evidenze scientifiche, sono promossi gli aggiornamenti nel gruppo.

La comunicazione viene curata a tutti i livelli top down e button up: tra clinici, tra gruppi, tra manager e prima linea.

E' riconosciuta l'importanza di monitorare i dati in modo accurato e di restituire gli esiti al gruppo.

Il clima è di fiducia reciproca, la comunicazione è libera, si favorisce la segnalazione di rischi ed errori da parte degli operatori.

La segnalazione dell'evento avverso è incoraggiata, si mantiene un atteggiamento di "non biasimo" e "non colpevolizzazione".

C'è giustizia: davanti all'errore viene mantenuto l'equilibrio tra l'atteggiamento di non colpevolizzazione e la ricerca di una causa di sistema e il riconoscimento della responsabilità del singolo.

La Cultura deve essere misurata periodicamente (ogni 2-3 anni) per programmare piani di miglioramento.

Si prevede un programma di inserimento, addestramento, acquisizione delle competenze e consolidamento

L'apprendimento avviene dall'errore e anche dai successi, interni o anche esterni all'organizzazione.

I cambiamenti vengono gestiti con gradualità, diffusione corretta delle informazioni a tutti i livelli

C'è chiarezza dei ruoli e delle responsabilità, pur nella multidisciplinarietà e integrazione dei componenti del team.

Il lavoro di squadra viene valorizzato, il team di lavoro si supporta vicendevolmente, c'è un clima di rispetto tra i membri del team.



PROFESSIONISTA

L'attività clinica-assistenziale-organizzativa si basa sulle evidenze scientifiche.

La competenza e l'aggiornamento sono uno strumento di garanzia della qualità dell'attività clinica e assistenziale.

La Cultura della Sicurezza delle Cure è atto etico che concretizza l'impegno deontologico di tutela dell'assistito.

Chi lavora sul campo adotta le misure di sicurezza immediate, i dirigenti appoggiano e valorizzano il loro intervento competente.

I professionisti hanno precisa conoscenza dei fattori tecnici, organizzativi, ambientali ed umani che concorrono a determinare gli errori (competenza).

La segnalazione dell'errore è intesa come atto deontologico di partecipazione alla costruzione di un sistema di cura sicuro.

LA MATURITA' DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE DI UNA ORGANIZZAZIONE SANITARIA



i livelli di maturità della Cultura della Sicurezza delle cure di una Organizzazione Sanitaria secondo il modello di Westrum e Ashcroft

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.ihi.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>