IMPARARE DALL’ERRORE

IL CONCETTO DI ERRORE IN AMBITO SANITARIO:

IL CONTESTO, LE DEFINIZIONI, EPIDEMIOLOGIA

I sistemi sanitari e socio sanitari sono tra i complessi costituiti dall’uomo

L’errore è una costante di ogni attività umana

I sistemi sanitari sono dei sistemi complessi:

- Pluralità di prestazioni
- Pluralità delle competenze professionali e specialistiche
- Eterogeneità dei processi e dei risultati attesi
- Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile

L’errore umano in medicina

“L’errore può essere definito in molti modi.

Per i nostri propositi un errore è il fallimento di una o più azioni pianificate per il raggiungimento di uno scopo desiderato.”

James Reason, 2001

TO ERR IS HUMAN

Nel 1992 una commissione evidenziò che:

- nello stato del Colorado e dello Utah su 100 pazienti ricoverati il **2,9%** incorreva in un evento avverso
- nel 6,6% → conseguenza era la morte,

  MA

  53% degli eventi era **PREVENIBILE**

  solo il 29% era attribuibile a responsabilità diretta dell'operatore sanitario

Il **53%** erano **PreveDIBILI** !!

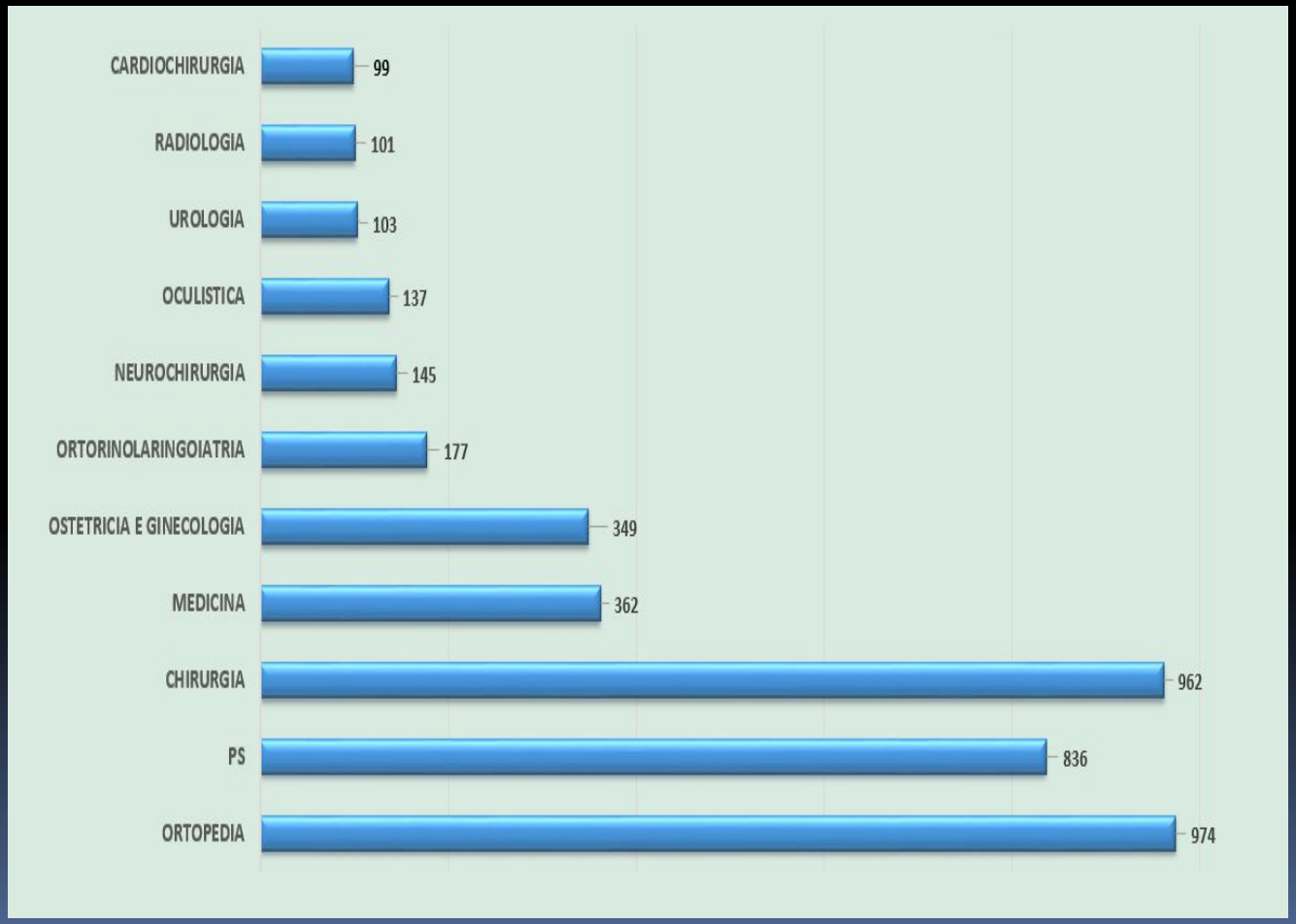
- **1.000.000** di americani ogni anno riportano danni dalle cure
- **90.000** muoiono
- **37,6 miliardi di dollari** spesi per errori e danni

Richieste risarcimento danni

Ortopedia e traumatologia 15%
Pronto Soccorso 14%
Chirurgia generale 9%
Ostetricia e ginecologia 8%
Medicina generale 4%
Oculistica 3%
ORL 3%
Cardiologia 2%

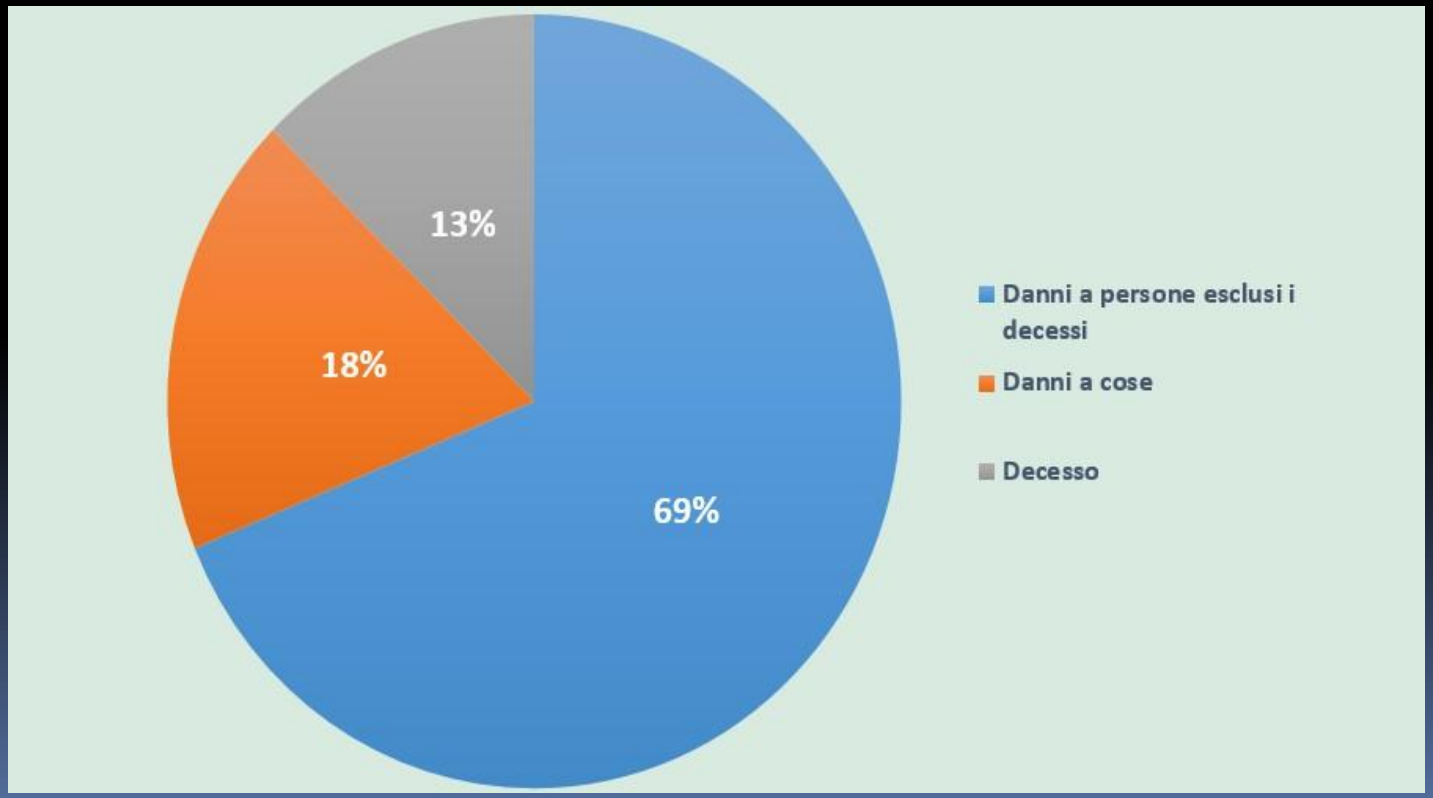
dati Regione Lombardia al 2008

Sinistri per reparto di accadimento:
Reparti con il maggior numero di sinistri- FVG dal 01/01/2006 al 31/12/2023



Numero di sinistri denunciati nell'ambito della gestione Centralizzata della copertura Assicurativa RCT/O delle Aziende Sanitarie del F.V.G. dal 01/01/2006 al 31/12/2023

Macro classificazione: tipologia dei sinistri

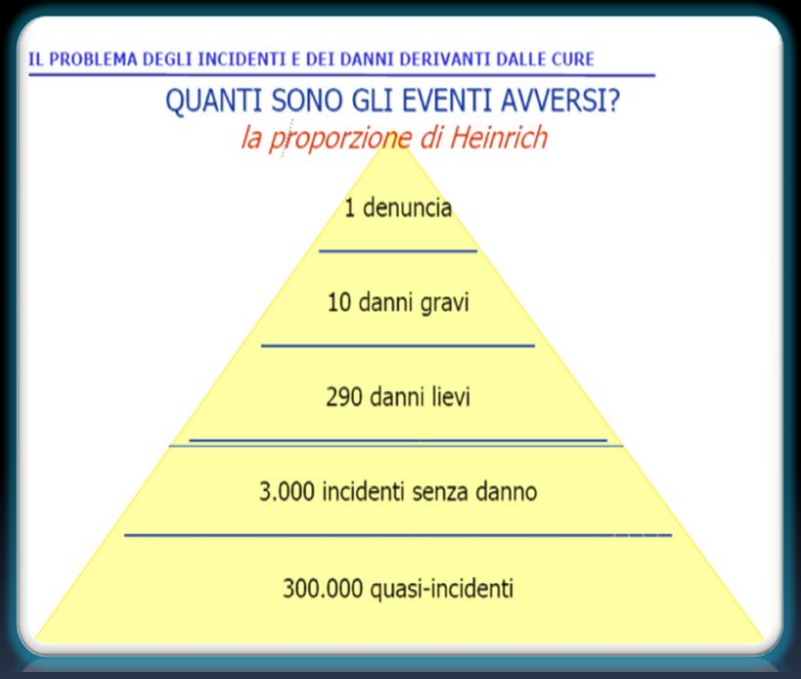


Proporzione di Heinrich

"I danni gravi sono solamente la punta dell'iceberg: per un incidente che ha avuto luogo ve ne sono molti altri che non sono avvenuti , i cosiddetti **near miss event**, solo perché l'operatore o un **controllo** hanno impedito che accadessero."

Nashef, 2003

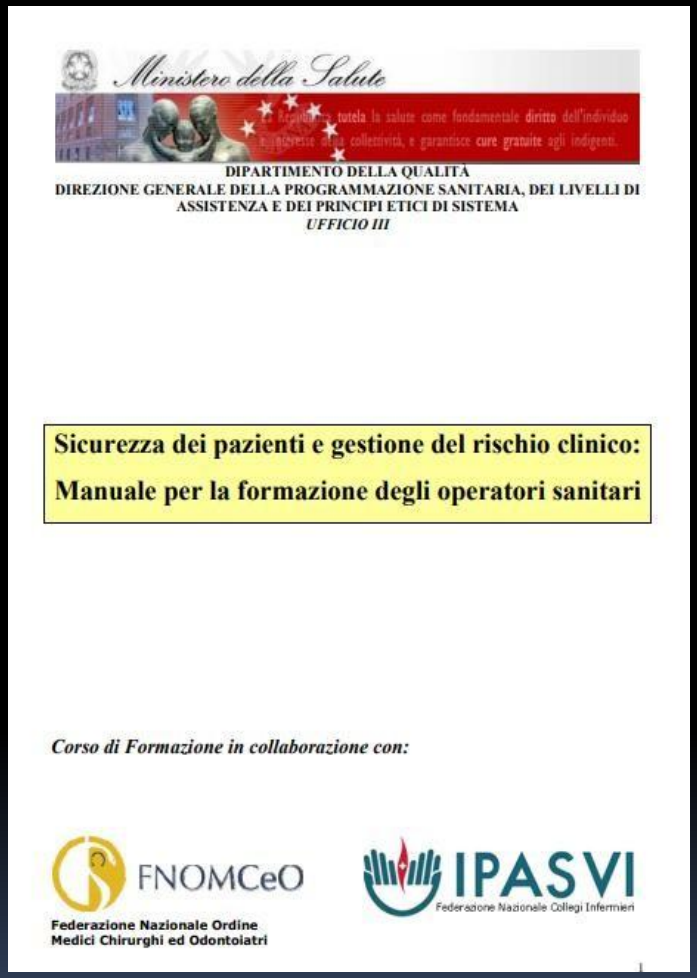
Proporzione di Heinrich



Danno

Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica

(compresa la percezione del dolore)



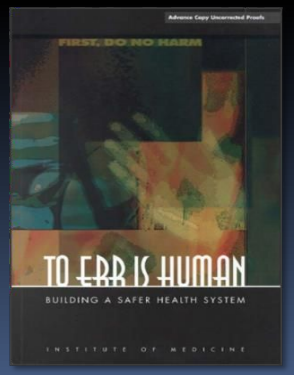
Il rischio clinico e l'errore in medicina

- necessità di NON nascondere più la malpractice ma analizzarla con lo strumento dell'audit clinico per **imparare dagli errori commessi**,
- ciò richiede un forte cambiamento culturale dei professionisti, per passare dalla cultura della colpa a quella della comunicazione,
- comportamenti orientati verso sistemi che focalizzino l'attenzione non sulla colpa (soggettiva), ma sull'errore (oggettivo).

IL RISCHIO CLINICO

Si definisce come

la probabilità che un paziente subisca un "danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.



Kohn et al. Istitute of Medicine 1999

Evento (Incident)

Ogni accadimento che ha causato danno, o ne aveva la potenzialità,
nei riguardi di un
paziente, visitatore od operatore,
ovvero ogni evento che riguarda il malfunzionamento, il danneggiamento o la perdita di attrezzature o proprietà,
ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso

Evento avverso

(Adverse event)

Un danno per il paziente causato dal trattamento sanitario piuttosto che dalla patologia sottostante.

NEAR MISS (EVENTO EVITATO):

Errore (quasi errore)
che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente

Le **cause dei near miss sono le stesse degli errori veri** o che hanno causato danno reale;
da qui la loro grande importanza per la maggiore facilità di segnalazione e le minori resistenze degli operatori ad affrontare il problema e le sue cause.

EVENTI SENTINELLA

Evento avverso di **particolare gravità**,

- **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 loro gravità è sufficiente:

✔ che si verifichi <u>una sola volta</u>

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 l'implementazione delle **adeguate misure correttive**.

Un concetto rivoluzionario: ...

IMPARARE DAGLI ERRORI

ERRORE

L'errore umano è il mancato raggiungimento dell'esito previsto come risultato di una pianificata sequenza di attività fisiche o mentali

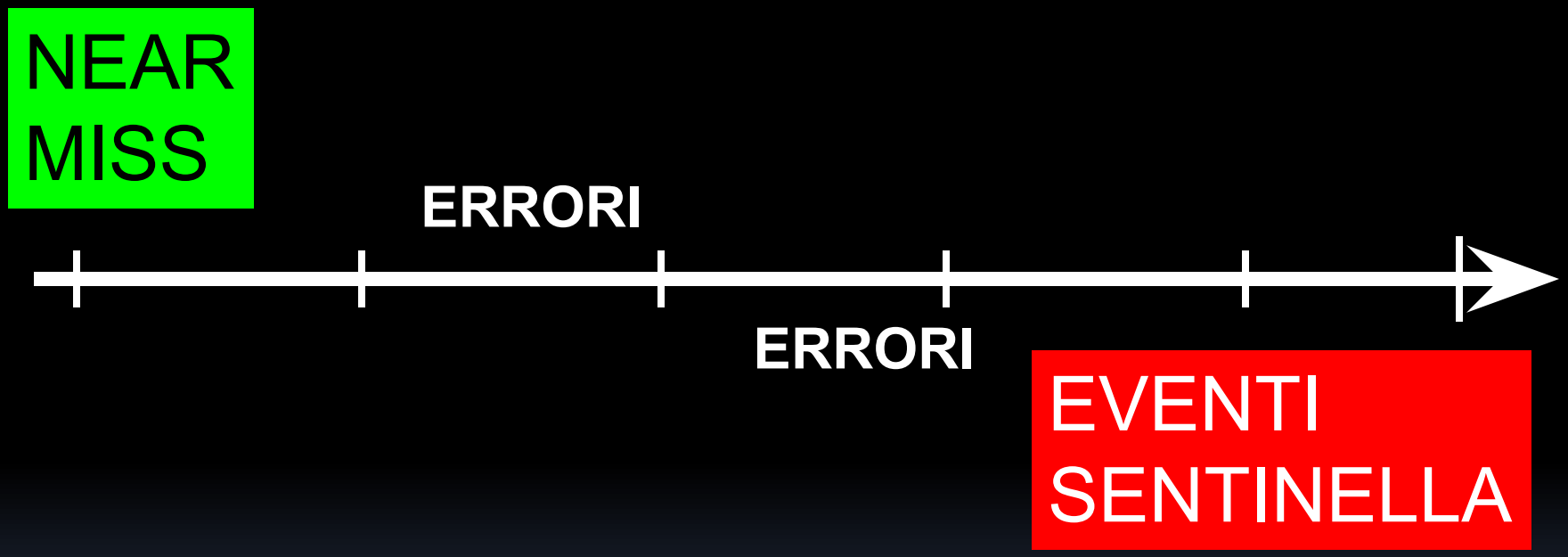
J. Reason

- Fallimento nella pianificazione
- Fallimento nell'esecuzione

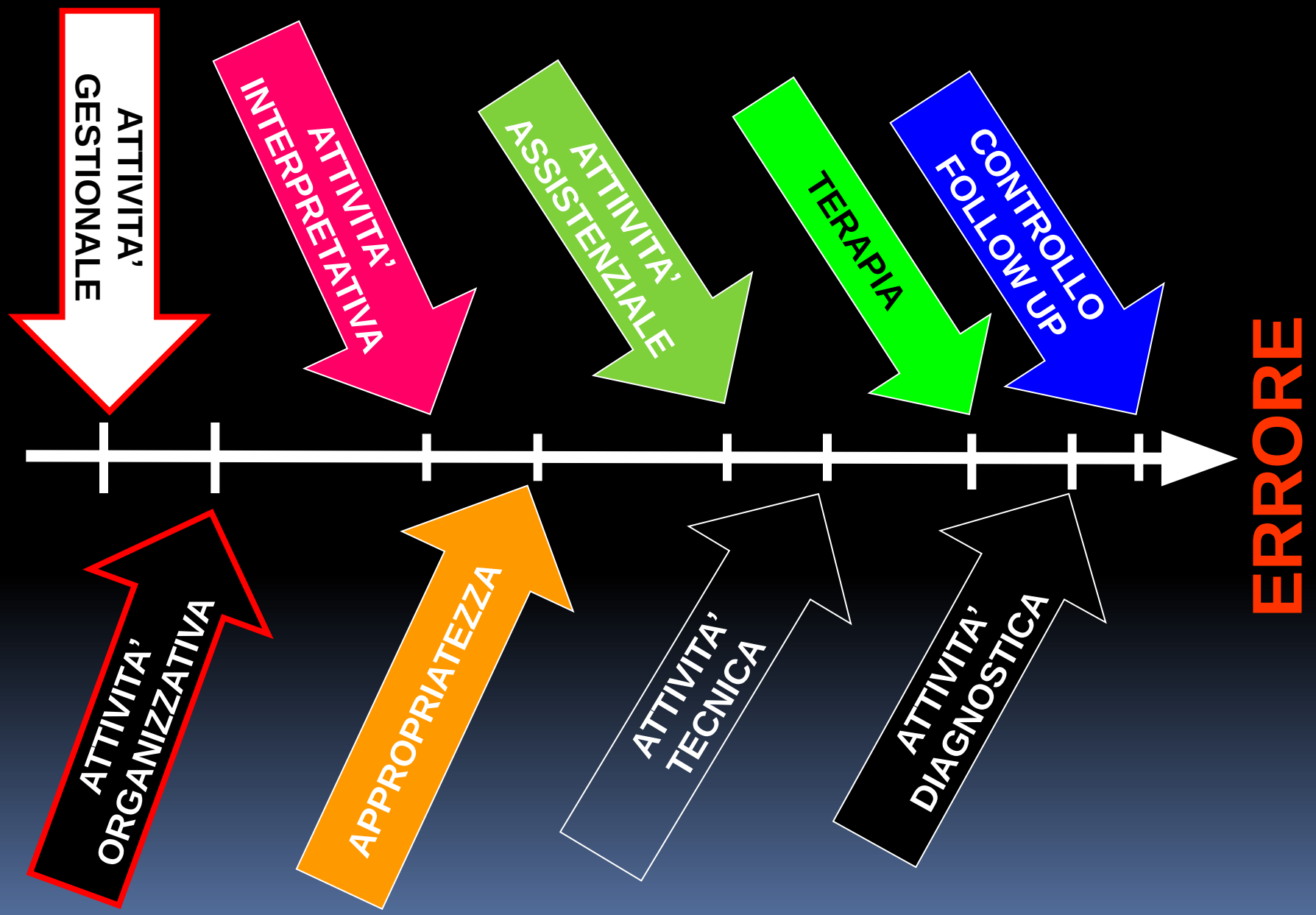
di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato

Gravità degli errori:

Gravità degli errori:

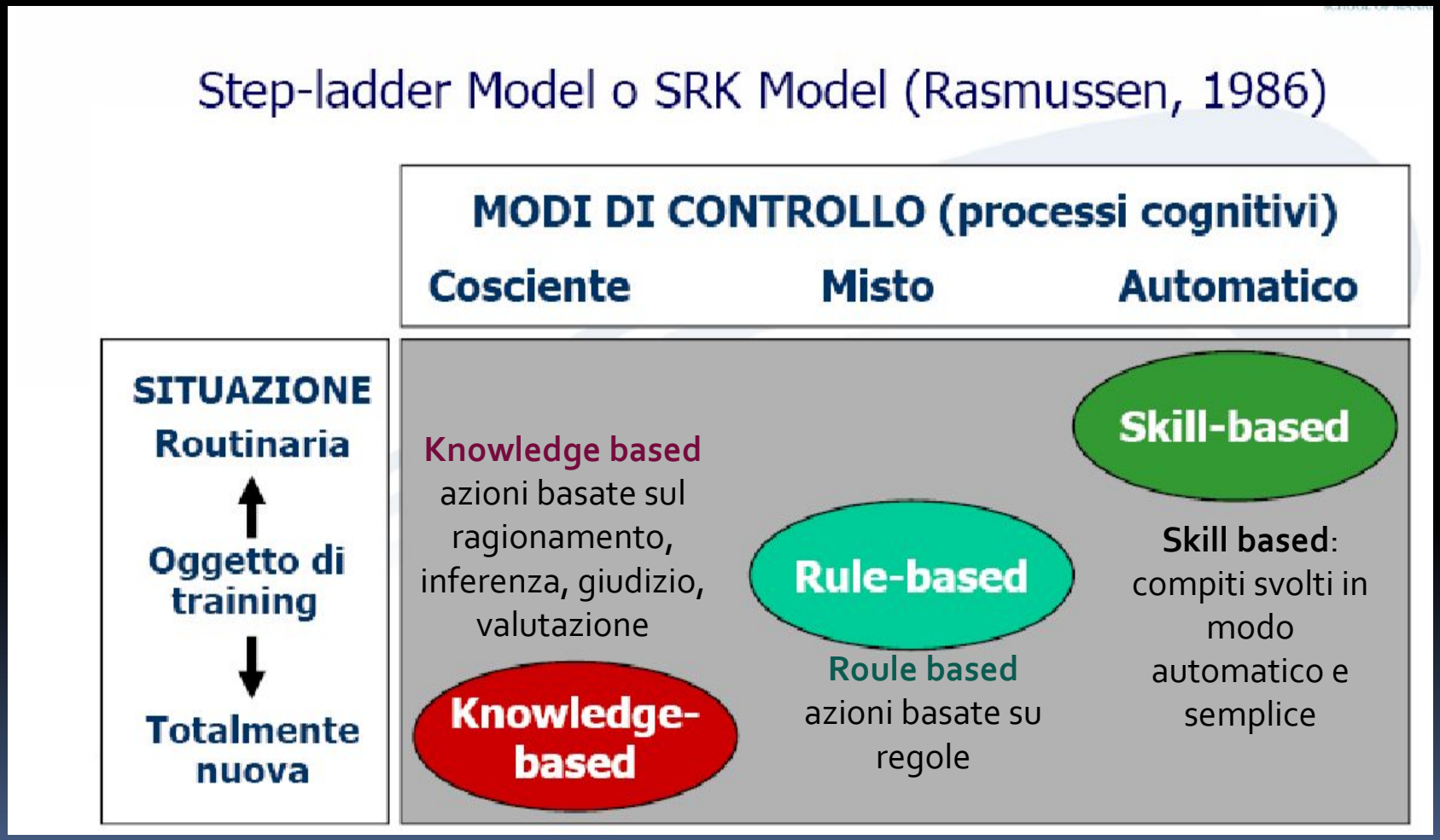


Aree di possibile sede di errore:



L'errore umano in medicina

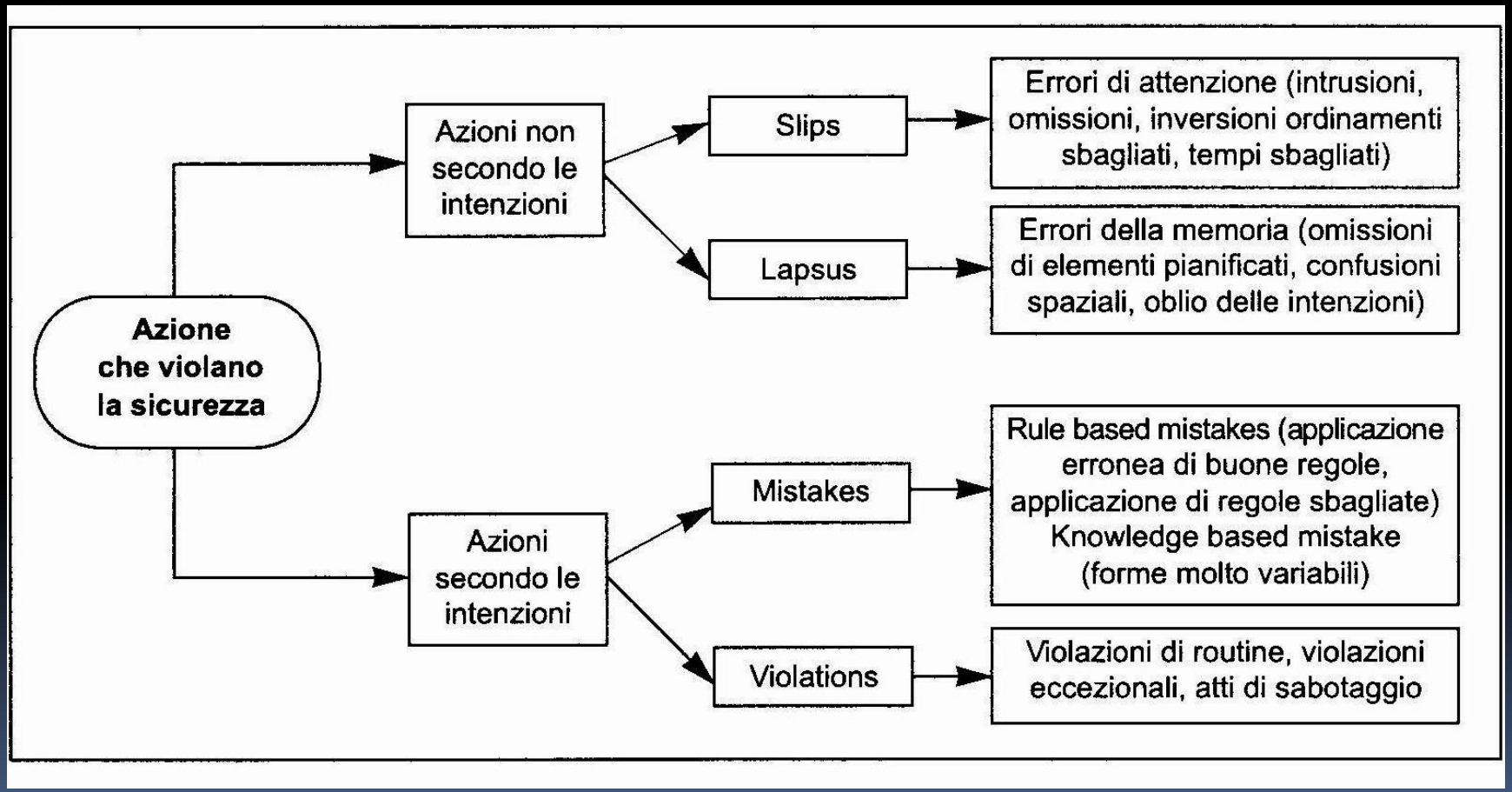
CLASSIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO



Tassonomia di Reason: tipi di errore

- **SLIP**: azione non in accordo con le intenzioni, commessi nello svolgimento di attività routinarie
- **LAPSUS:** errore conseguente a un fallimento della memoria
- **MISTAKE:** errore nella pianificazione, errori di intenzione rouled based (regola sbagliata) o knowledge based (mancanza di conoscenze o scorretta applicazione)

TASSONOMIA DELL'ERRORE



ERRORE ATTIVO

Identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso;

spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente

Errore latente

Insufficienza organizzativa- gestionale del sistema, che ha creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo

L’APPROCCIO SISTEMICO

Teoria SISTEMICA

- L'errore attivo è l ultimo di una lunga catena di eventi.
- Il modello di gestione deve essere indirizzato sul SISTEMA e sull'ambiente.
- E' necessario realizzare sistemi che rendano:
  - ✔ difficile fare le cose sbagliate
  - ✔ e rendano FACILE FARE LE COSE GIUSTE.

Second victim

La seconda vittima

un operatore sanitario che è stato coinvolto in un evento imprevisto e negativo per il paziente, che diviene vittima in quanto traumatizzato dal proprio errore e/o dalle lesioni causate al paziente

Sintomi comuni, simili a quelli che caratterizzano il disturbo post traumatico da stress. I sintomi comportano:

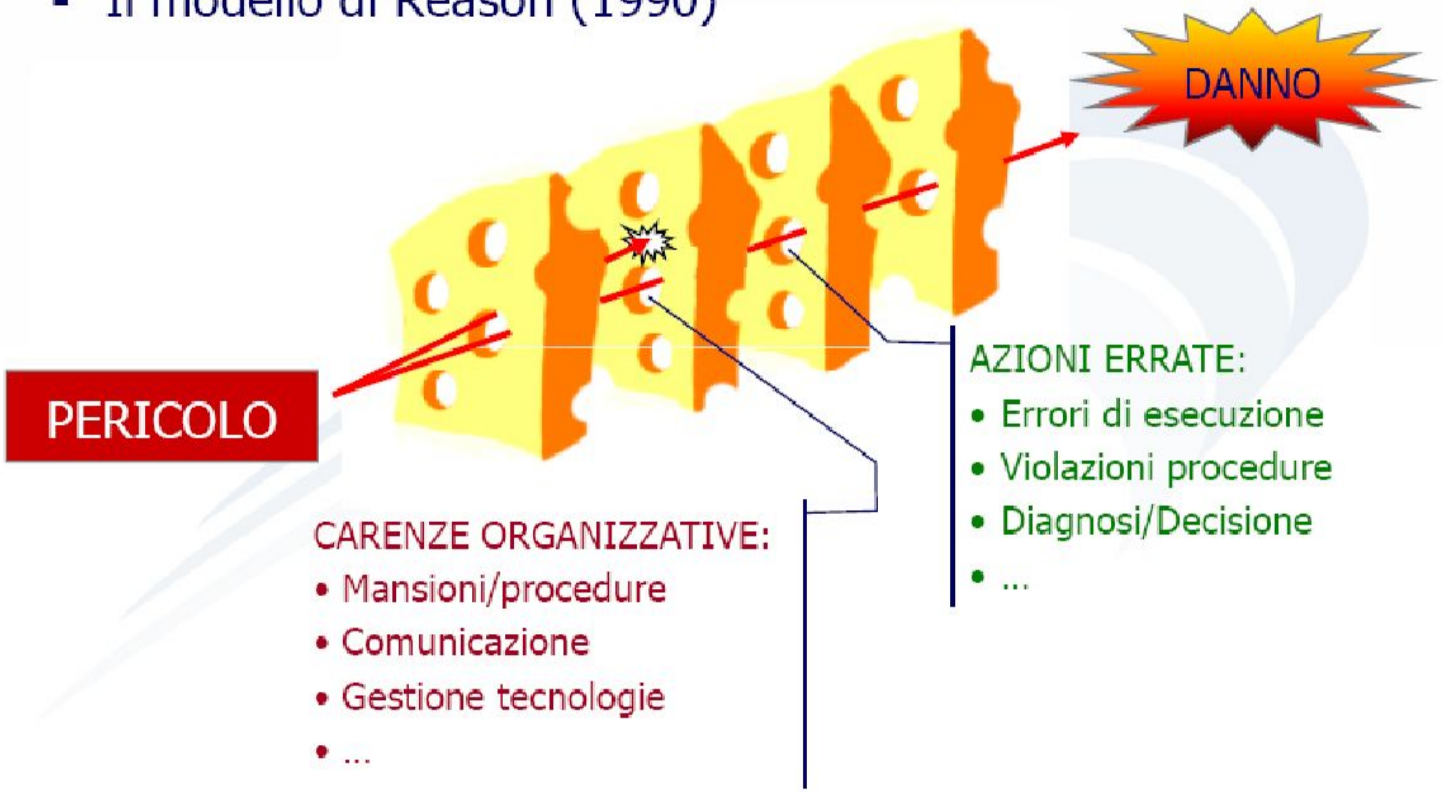
- insonnia
- riduzione della soddisfazione sul lavoro
- senso di colpa
- ansia
- aumento burnout

Teoria SISTEMICA

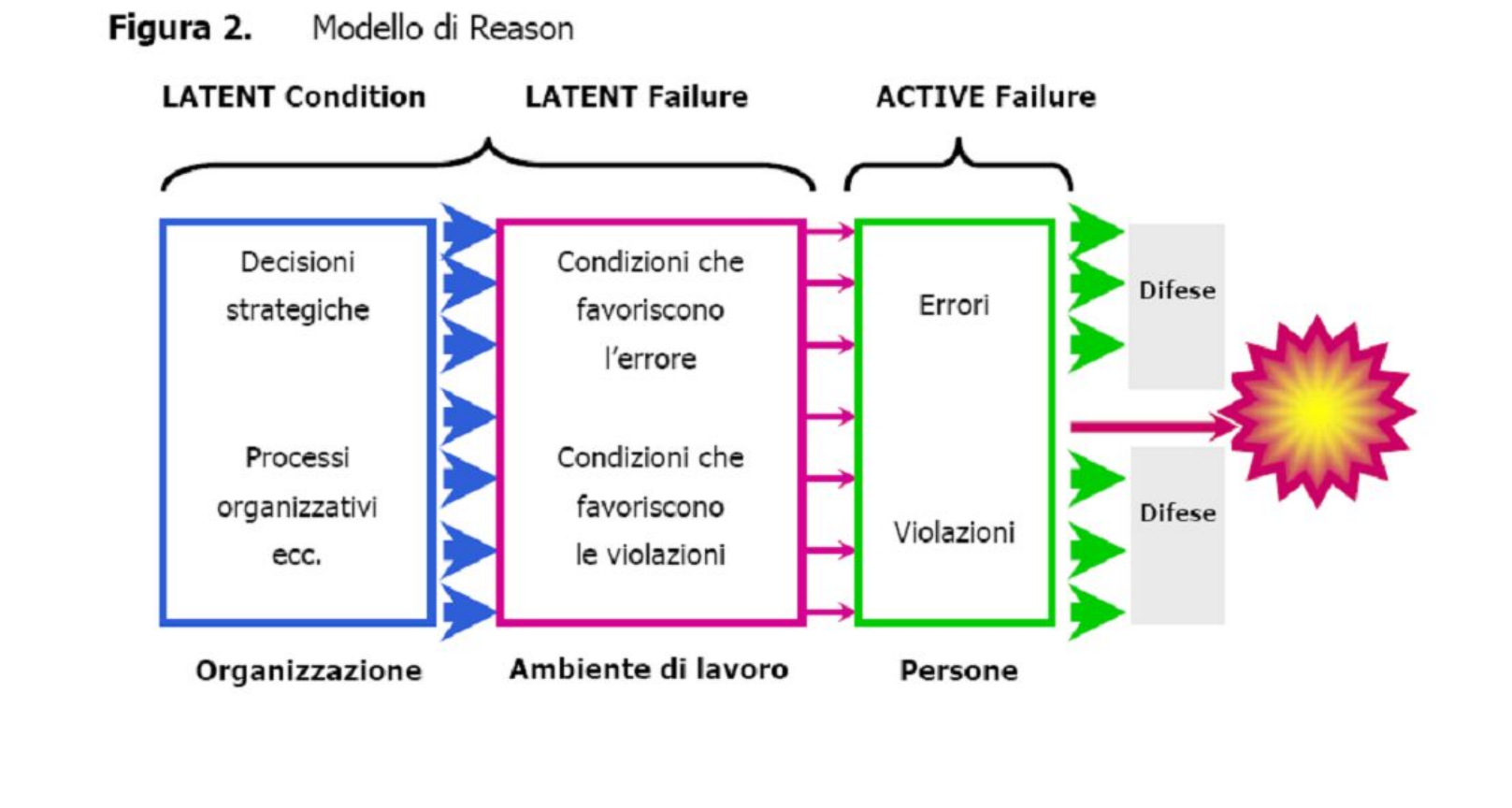
- e' necessario rafforzare le difese del sistema
- attraverso la realizzazione di sistemi di compensazione

IL MODELLO DI REASON

- Il modello di Reason (1990)



IL MODELLO DI REASON



FATTORI CHE INFLUENZANO LA PRATICA CLINICA (VINCENT)

- FATTORI INDIVIDUALI
- FATTORI LEGATI AL TEAM DI LAVORO
- FATTORI LEGATI AL PAZIENTE
- FATTORI AMBIENTALI E DEL LUOGO DI LAVORO
- CONTESTO ISTITUZIONALE
- FATTORI CORRELATI AL MANAGEMENT
- FATTORI CONNESSI AI RISULTATI

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.

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

- carico di lavoro **eccessivo**
- **demotivazione**
- 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

CLINICAL RISK MANAGMENT

… è lo strumento che identifica, valuta e gestisce gli eventi che creano, o possono creare, un danno ai *pazienti,* agli *operatori* ed al *sistema* socio sanitario …

Importanza del modello di Reason per la gestione del rischio

- *Superamento dei concetti di "colpa"* ed "errore" per l'utilizzo gestionale delle informazioni derivate dallo studio dello "incidente"
- Individuazione delle "cause - radice" degli eventi (tecniche varie) per la prevenzione degli stessi

SISTEMI di REPORTING e di ANALISI

- ✔ INCIDENT REPORTING
- ✔ EVENTI SENTINELLA
- ✔ ANALISI INTERNA:
  secondo ROOT CAUSE ANALYSIS

INCIDENT REPORTING

- **È una modalità strutturata per la raccolta di segnalazioni <u>spontanee</u> relative al verificarsi di EVENTI AVVERSI e/o di QUASI EVENTI.**
- Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità

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

Evento avverso di particolare gravità:

- indica 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.

Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

EVENTI SENTINELLA

- RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE
- PROTOCOLLO AZIENDALE

Invio scheda A immediato

Invio scheda B entro 45 giorni

Analisi della cause e dei fattori contribuenti

Piano d'azione

ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

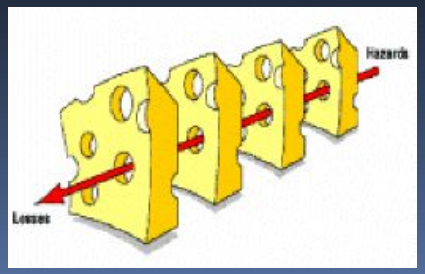
- Metodologia di indagine sistematica per la ricerca ed identificazione dei fattori primari che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso.

- Serve ad indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate.

ROOT CAUSE ANALYSIS

Comprende:

- la determinazione di FATTORI UMANI e di altra natura
- la determinazione dei PROCESSI e sistemi correlati
- l'analisi, attraverso una serie di perché, dei sottostanti Sistemi di causa-effetto
- l'identificazione dei RISCHI e dei loro determinanti
- la determinazione dei **potenziali MIGLIORAMENTI** nei processi e nei sistemi



ROOT CAUSE ANALYSIS

Nella effettuazione della analisi vanno tenute in considerazione le 5 regole seguenti:

1. *chiare le relazioni di causa ed effetto*
2. *non devono essere usati, nelle descrizioni, attributi negativi che non spiegano adeguatamente i fenomeni (es. inadeguato, povero)*
3. *ogni errore umano deve essere associato alla relativa causa*
4. *ogni deviazione dalle procedure deve essere associata alla relativa causa*
5. *devono essere considerate nell'analisi solo le azioni formalmente previste*

ESAMINA IL **PERCHÉ È ACCADUTO**

R.C.A.

OBIETTIVO:

- identificare le **azioni di miglioramento** (evitare il riaccadimento).

  E NON sulla ricerca della responsabilità (chi è stato)

Tecnica dei 5 perché:

Scopo principale di questa tecnica è quello di chiedersi ripetutamente "perché" sui vari fattori contribuenti/cause che vengono identificate, allo scopo di approfondire il problema ed individuare le cause radice

Perché?

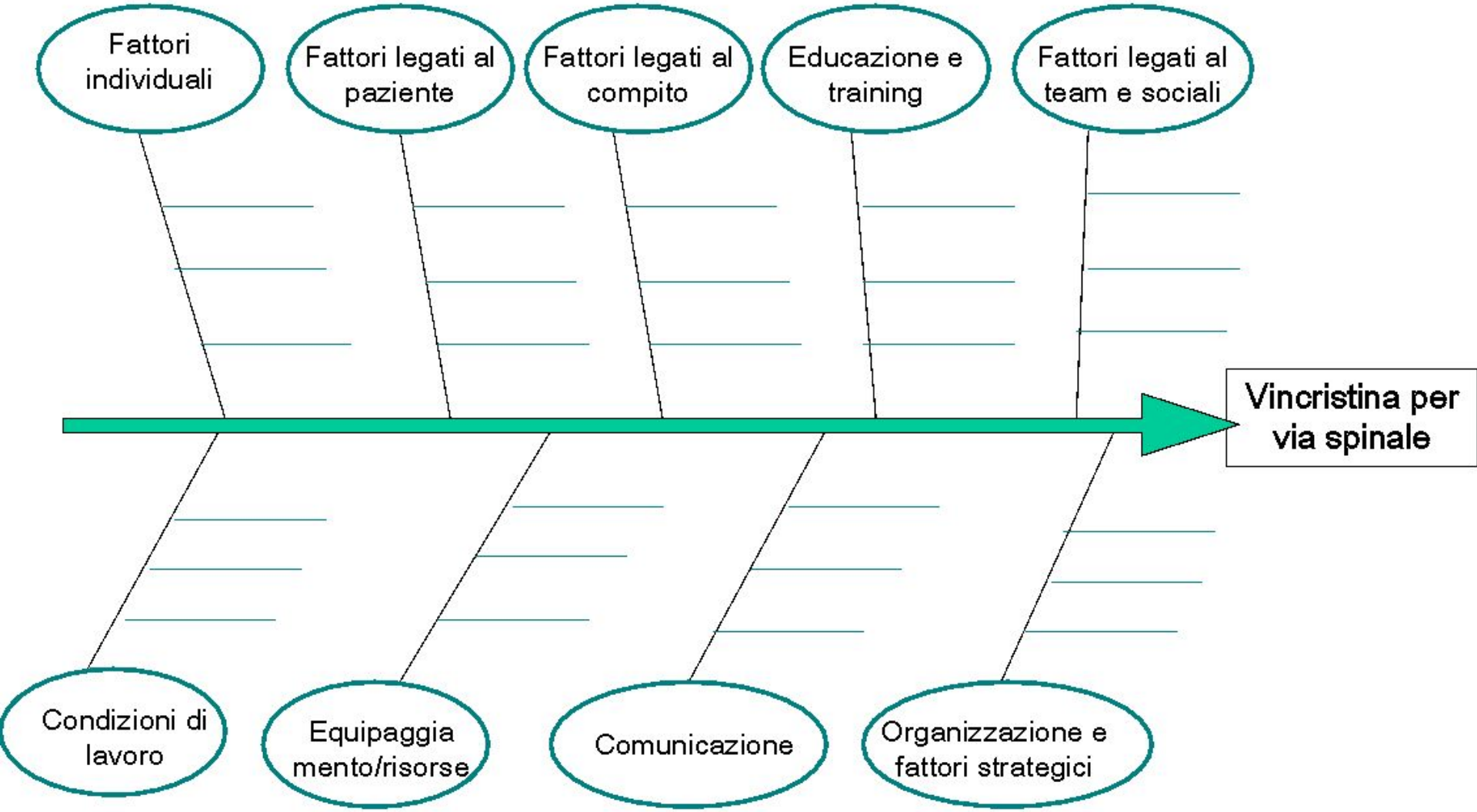
Perché?

Perché?

Perché?

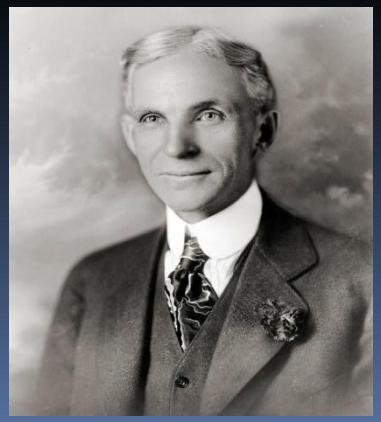
Perché?

Modello a spina di pesce



Sviluppato da NHS National Patient Safety Agency, UK

video

«L'unico vero errore è quello da cui non impariamo nulla»

Henry Ford