

‘ANALISI DEGLI ERRORI ASSISTENZIALI’

**DEMO-slides dimostrative di alcuni concetti
illustrati nel corso dei lavori**

10 CREDITI FORMATIVI ECM

Rif. nazionale evento 4751-8005730 Provider :IPASVI LA SPEZIA

Note a cura di

*Francesco Falli, professore a c. Università di Genova Corso di Laurea in Infermieristica
relatore PFA su rischio clinico ASL 5 Liguria - USL 12 Veneta*

vorremmo offrire ai colleghi un piccolo esempio

- ✦ *..ecco alcuni dei contenuti del corso ECM in programma l'8 settembre per IPASVI la Spezia: naturalmente, il corso affronta molti altri temi e propone quelli qui illustrati in forma più ampia e articolata.*
- ✦ PRINCIPALI OBIETTIVI DEL CORSO: mostrare come e QUANTO è semplice fare errori in sanità
 - Mostrare come è FACILE esser coinvolti in situazioni difficili, talvolta anche senza un ruolo "attivo"
 - Vedere insieme alcuni sistemi anche BANALI per prevenire l'errore
 - Sottolineare che **MAI** si arriverà a livello rischio "ZERO".
 - Promuovere la CULTURA dell'errore (per allontanarlo da noi e dai nostri assistiti!)

È inevitabile che gli errori

- ✦ **Accadano...**

- ✦ **QUESTO DEVE ESSERE SEMPRE CONSIDERATO!**

- ✦ **L'OBIETTIVO è quello di individuarli (e per questo vanno anche analizzati nella loro modalità di insorgenza, episodio per episodio) e di RIDURRE IL NUMERO e le conseguenze!**

CONCETTI DECISIVI:

- IL MAGGIOR NUMERO DI ERRORI SI VERIFICA PER IL FALLIMENTO DEL SISTEMA E NON DI UNA SINGOLA PERSONA
- **Prevenire l'errore** non significa "rintracciare il colpevole", perlomeno non è questo l'obiettivo della "gestione del rischio".
- L'obiettivo è capire COME ha potuto insorgere il CALO nella sicurezza, e riversare l'esperienza nella quotidiana attività...
- **La metà degli errori, grazie a questi semplici criteri, potrebbe** –secondo gli studi della Regione Friuli Venezia Giulia- **essere evitata.**

Il concetto principe è

◆ **IMPARARE DAGLI ERRORI.**

- ◆ **FARE CIOE' TESORO
PREZIOSO DELLE ESPERIENZE
NEGATIVE -ANCHE VISSUTE
DA ALTRI- AL FINE DI
PREVENIRNE IL RIPETERSI**

- ◆ **CONCETTO TALMENTE
PREZIOSO CHE IL NUOVO
CODICE DEONTOLOGICO
DELL'INFERMIERE LO
INDICA ESPLICITAMENTE**

◆ **(all'art 29)**

- ◆ **Ricordiamo che il codice
deontologico di una
Professione Sanitaria
assume molto rilievo anche
in corso di valutazione delle
conseguenze sugli assistiti,
con valenze a favore, o
contrarie, al professionista
cui è rivolto**

Primi esempi PRATICI/CONCRETI di una lunga serie: li conoscete?

- Sono procedure a rischio, sia per impossibilità di controllo certificato, sia per le implicazioni giuridiche in caso di conseguenze sull'assistito/i:
- 1- TIZIO prepara la terapia che CAIO nel turno successivo somministra*
- 2- **TRASCRIVERE** le prescrizioni (terapie, ecc)
- 3-usare materiale conservato in contenitori **NON originali**
- 4- attribuire a un OSS **attività NON previste** per questa figura
- 5-somministrare terapie **prescritte**....per telefono*
- * *vedremo le procedure dei colleghi inglesi sul delicato argomento (fonte:Royal College of Nursing)*

Attenzione ...

- Va ricordato che un errore commesso da un Infermiere, sostenuto da fattori quali la cattiva comunicazione, l'interpretazione errata di una cattiva scrittura; il carico eccessivo di lavoro; un'organizzazione carente, le abitudini errate, le tradizioni sciocche; sarà comunque un errore PAGATO dall'Infermiere (non solo dal paziente)

Per fare un esempio concreto

- Alcuni Infermieri accettano di farsi interrompere da **richieste non urgenti** mentre preparano e/o somministrano la terapia (magari da un medico che stabilisce di effettuare un "giro visita")
- Se l'interruzione causa un calo di attenzione e **si commette un errore CON CONSEGUENZE SUL MALATO**, la responsabilità del gesto e delle conseguenze sarà solo dell'Infermiere

L'importanza della leadership

- Nel suo libro “Il metodo anti stronzi” (*scusate, ma si chiama così... 😊*) **Robert Sutton** ricorda che in un ospedale universitario della Florida alcuni coordinatori motivati e preparati **invitavano** il personale sanitario a segnalare ogni errore, e ogni possibile caduta nella sicurezza dell'assistenza.
- Nella stessa realtà, altri coordinatori (evidentemente diversi..) semplicemente **NEGAVANO** l'esistenza dell'errore nei reparti da loro gestiti....
- Un atteggiamento (il secondo, ovviamente) **MOLTO PERICOLOSO** in termini di prevenzione dell'errore



La sicurezza

- ... della propria professionalità **rende più tranquilli** e meno esposti ai timori, ad ansie e paure.

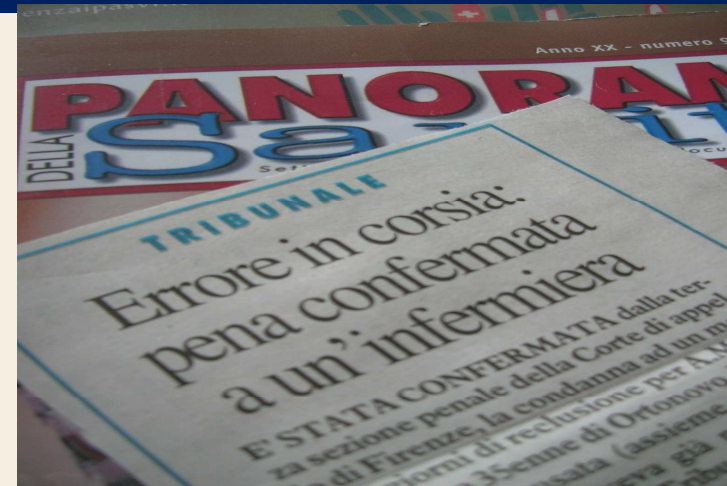
✦ **E DA' LA SERENITA'
NECESSARIA PER RESPINGERE
LA RICHIESTA -O LE
ABITUDINI -DI PROCEDURE
RISCHIOSE**



Ricordiamo che



'IGNORANTIA LEGIS NON EXCUSAT'



- *La legge, come è noto, non ammette ignoranza.*
- *Sono parecchie le variazioni normative che riguardano gli Infermieri italiani dal 1992 ad oggi....tutte hanno aggiunto responsabilità professionali importanti.*
- *Purtroppo le retribuzioni non sono cresciute di pari passo...*

Ma se

✦ **TO ERR IS HUMAN...***

✦ * titolo del report annuale
USA sull'errore in sanità

- **...anche IL SISTEMA ORGANIZZATIVO PUO' FALLIRE, A CAUSA DI CIRCOSTANZE QUALI LO STRESS, LE TECNOLOGIE POCO CONOSCIUTE, LA MANCANZA DI PROTOCOLLI, I MATERIALI INADATTI O ASSENTI, L'ASSENZA DI REGOLE, I DEFICIT STRUTTURALI, E ALTRE CONCAUSE SERISSIME, COME LA SCARSA DOTAZIONE DI PERSONALE QUALIFICATO ED ESPERTO**

QUANDO L'ERRORE E' FAVORITO DAL MATERIALE

Sostanze MOLTO differenti fra loro



Etichette con identica impostazione grafica

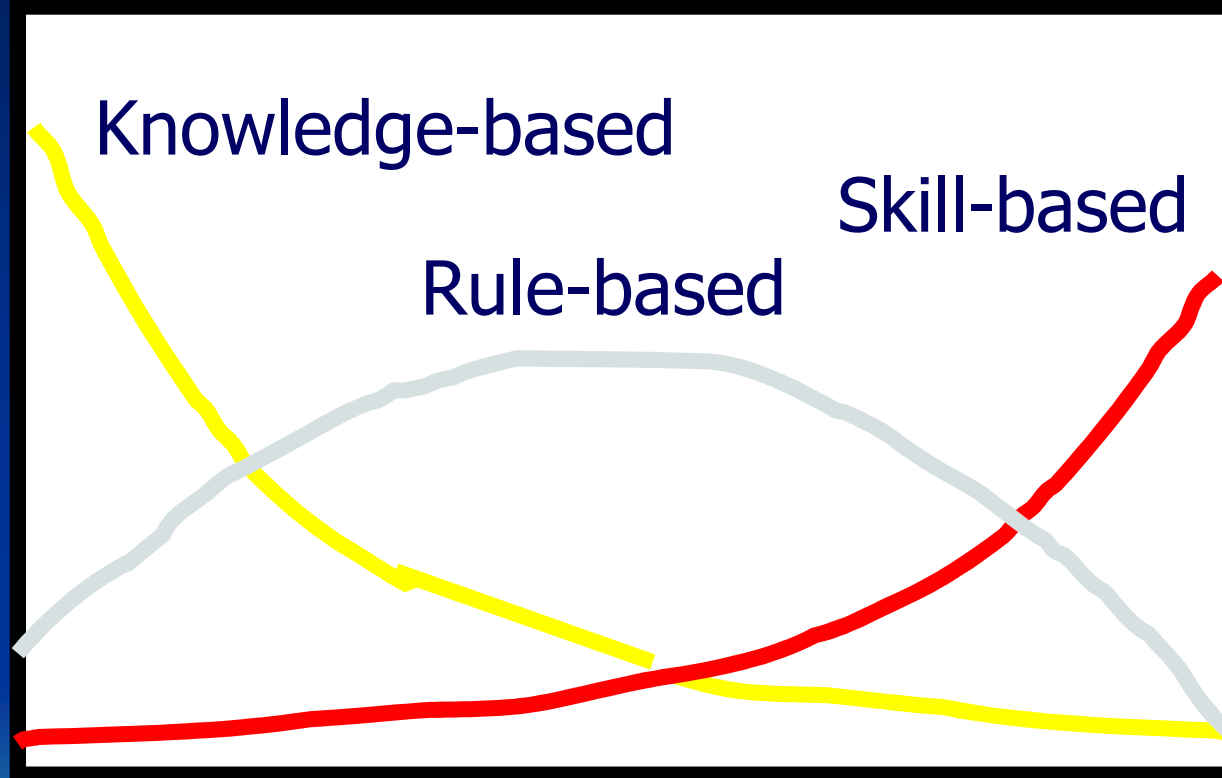
Contenitori di uguale formato

Episodi noti alle cronache	luogo	Conseguenze	Situaz. giuridica	Note di rilievo
Scambio fiala di fisiologica con potassio cloruro 10 ml per diluizione antibiotico	Pediatria, ospedale di Carmagnola (To)	Deceduto un piccolo paziente di anni 2	Avviso di garanzia a Infermiera e alla capo sala	Carico di lavoro molto basso all'ora del fatto. Testimoni i familiari. Infermiera condannata
Enteroclistma per preparazione all'intervento : usata una sostanza caustica	Chirurgia, Todi, Umbria	2 i pazienti coinvolti: 1 decesso immediato, 1 in II giornata	Avvisi di garanzia a operatori, farmacia, capo sala	Condannati gli Infermieri.
Somministrato pasto enterale in drenaggio pancreatico	Chirurgia Pisa, 2005	Paziente operato d'urgenza (peritonite chimica)	Dei 2 Infermieri uno sceglie il patteggiamento, l'altra va al processo...	Viene condannata in I grado a 45 giorni di carcere (convertiti in 1535 euro) e a 30 mila euro di indennizzo ai familiari e al paziente. Accusati di altri reati connessi al fatto. <u>Confermata condanna in II grado</u>
DI QUESTI E DI ALTRI CASI MOLTO FAMOSI DISCUTEREMO IN CORSO DI EVENTO				

L'esperienza influisce sull'errore ?

Il grafico mostra che l'esperienza limita l'errore, ma l'eccesso di sicurezza (skill) lo favorisce

Numero di errori



Anni di lavoro del professionista sanitario

Reason, 2002

Una citazione famosa e utile

- **“la responsabilità rende complicato il male e semplice il bene”**
- Questa bellissima frase di Albert Einstein può esser calata nella gestione del rischio con un esempio semplice: controllare due volte la fiala che abbiamo in mano è un segno di **RESPONSABILITA'** professionale, e allontana il male (nell'esempio legato al rischio di scambio di fiala)
- Non allontanerà MAI del tutto il rischio “collaterale” (ambiente, tecnologia ingannevole, confezioni simili) ma aiuterà ad abbassare il rischio insito nella procedura della somministrazione della terapia, la cui responsabilità è INTERAMENTE infermieristica (cfr art 1-3 DM 739, 14.9.1994).

Parleremo delle tecniche per contenere l'errore: esempi

- **Evitare tassativamente la trascrizione:** per questo si possono usare strumenti cartacei dedicati, come la scheda di terapia unica (STU), recentemente introdotta dalla Regione Toscana in forma ufficiale, dove la terapia è **DIRETTAMENTE** scritta dal medico, che può effettuare in forma sicura eventuali modifiche e sospensioni, e l'infermiere certifica l'avvenuta somministrazione; o adottare, nonostante costi importanti ma dalla ricaduta sicura, **tecnologie informatiche** (braccialetti identificativi con codici a barre sui degenti e terapia gestita con software dedicati).
- **Seguire con attenzione** le importanti procedure di controllo, allo scopo di evidenziare **IL PRIMA POSSIBILE** malfunzionamenti o carenze legati alle dotazioni tecnologiche con funzione salvavita (es defibrillatore, aspiratore, carrello d'emergenza).
- **Ulteriori indicazioni e esperienze di sicuro interesse** che saranno illustrate in sede di evento formativo.
- ***Vi aspettiamo!***

Bibliografia di riferimento

- Luca Benci: "le professioni sanitarie non mediche" Mc Graw hill ed.
- ✦ Panorama della Sanità, annate 2005-09
- ✦ L'Infermiere, rivista nazionale della Federazione Ipasvi- 1/2009 e www.ipasvi.it
- ✦ Minist. Salute, il rischio clinico, [sito internet](#), visitato il 17.8.2010 e succ. (incluso protocollo eventi sentinella)
- ✦ [Siti istituzionali](#) Agenzie Sanitarie Regioni italiane visitati nel 2010
- ✦ Consulta superiore di Sanità, pareri-2005 e succ.
- ✦ Codice deontologico dell'Infermiere, FNC Ipasvi versione definitiva 17.1.2009
- ✦ www.icn.ch