



AGORA' PENITENZIARIA 2016

Congresso Nazionale degli Operatori Sanitari Penitenziari

Roma 14-16 settembre 2016

Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, Roma

Risk Management e responsabilità professionale

- 13:00 L'errore medico ed infermieristico (**Aldo Casti**)
- 13:30 La Sorveglianza Sanitaria (**Maria Mercedes Marrocu**)
- 14:30 *Discussione interattiva e lavoro di gruppo con i partecipanti su risk management*
- 14:50 Pausa caffè
- 15:00 Gestione del Rischio (**Franco Bifulco**)
- 15:30 La responsabilità medica ed infermieristica (**Dalila Ranalletta**)
- 16:00 *Discussione interattiva con i partecipanti su risk management*
- 17:00 Compilazione questionario ECM

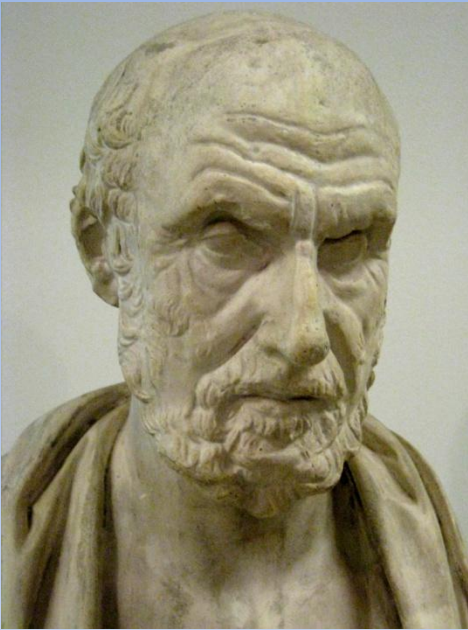
L'Errore Medico ed Infermieristico

Dottor Aldo Casti

***Medico Convenzionato ASL 8 Cagliari
Casa Circondariale Cagliari - Uta***

Roma 14 settembre 2016





*..... mi asterrò da ogni
offesa e danno volontario*

Primum non nocere

Ippocrate 460-370 ac

Errare humanum est,

perseverare autem diabolicum

Seneca 4 ac-65 dc





HO IMPARATO
COSI' TANTO
DAI MIEI
ERRORI
CHE STO
PENSANDO DI
CONTINUARE
A FARNE...



Si parla di errore quando l'esito di una azione non ha raggiunto i risultati che ci si era prefissati.

Si può definire, quindi, l'errore come il
***fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di
una sequenza di azioni che determina il mancato
raggiungimento (non attribuibile al caso) dell'obiettivo
desiderato***

Errore Umano

"Un'azione umana deve essere considerata come un errore se, per causa sua, i requisiti stabiliti dal sistema non sono soddisfatti o non sono soddisfatti adeguatamente" **Rigby (1970)**

"Un errore umano è definito come un termine generico che interessa tutte le situazioni in cui una sequenza programmata di attività mentali o fisiche può fallire nell'ottenere il risultato previsto e dove questo fallimento non può essere imputato all'intervento di una fonte di innesco accidentale" **Reason (1990)**

"Il termine errore umano è riferito a tutte le attività o le omissioni di una persona che causano qualcosa di indesiderato o che hanno la possibilità di causare qualcosa di indesiderato" **Swain (1992)**

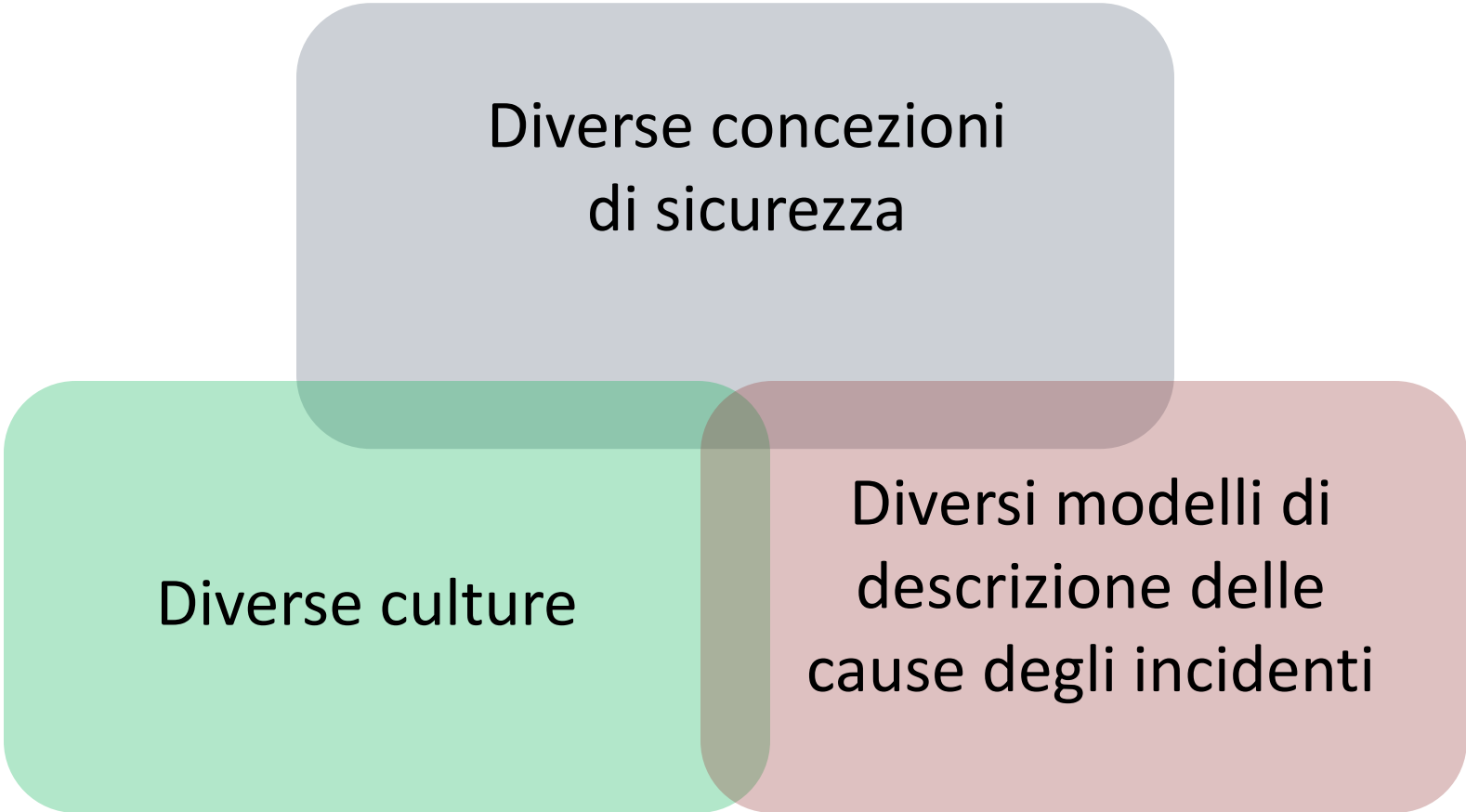
Errore Umano

"Un errore umano esiste sempre in un sistema di lavoro ed è caratterizzato da uno stato indesiderato o difettoso del sistema di lavoro. Si perviene quindi ad una situazione in cui i requisiti del sistema non sono soddisfatti o sono soddisfatti inadeguatamente. L'individuo è solo una parte del sistema di lavoro e interagisce con altre porzioni del sistema di lavoro. Tutte le porzioni all'interno del sistema di lavoro possono essere dipendenti l'una dall'altra o possono trovarsi in uno stato di azione reciproco" **Strater (2000)**

IN LETTERATURA SONO RIPORTATE DIVERSE DEFINIZIONI DI ERRORE, MA TUTTE CONDIVIDONO ALCUNE CARATTERISTICHE SOSTANZIALI:

-un **comportamento inadeguato** giudicato tale da "pari" di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il paziente
-una **azione non sicura** o una omissione con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura
-una **insufficienza del sistema** che condiziona il fallimento delle azioni programmate

Lo studio delle cause degli incidenti nasce in quei settori in cui la sicurezza è un elemento decisivo (aeronautica, centrale nucleare, chimica e petrolchimica, ecc.)



Diverse concezioni
di sicurezza

Diverse culture

Diversi modelli di
descrizione delle
cause degli incidenti

L'approccio all'errore

ERRORE INDIVIDUALE



FALLIMENTO DEL SISTEMA



Le Cause degli Incidenti

Professionalità degli Operatori

Capacità e Predisposizione individuale alla professione



*Sviluppo degli
standard operativi*



*Gestione delle
risorse umane*



Le Cause degli Incidenti

Professionalità degli Operatori
Capacità e Predisposizione individuale alla professione



Interazione tra Operatore e Tecnologia



*Fallimenti tecnologici cioè deficit nelle barriere
poste dalla tecnologia all'inaffidabilità umana*



Le Cause degli Incidenti

Professionalità degli Operatori
Capacità e Predisposizione individuale alla professione

Interazione tra Operatore e Tecnologia

**Fattore Umano
e i Processi Cognitivi alla base dell'errore**



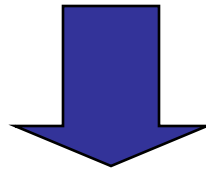
- L'errore è una componente inevitabile della realtà umana.
- In ogni organizzazione complessa l'errore e la possibilità di un danno conseguente non sono eliminabili.

L'approccio all'errore

ERRORE INDIVIDUALE



FALLIMENTO DEL SISTEMA



ERRORE DI SISTEMA



ERRORE UMANO

Il sistema generico per la riproduzione dell'errore GEMS (generic error modelling system)

Struttura concettuale all'interno della quale si collocano le origini dei tipi di errore di base commessi dall'uomo

Deriva essenzialmente dalla classificazione skill-rule-knowledge elaborata da Rasmussen (1987)

E' volto all'integrazione di due aree di ricerca sull'errore che sono sempre state considerate distinte

Tipi fondamentali di comportamenti legati a specifici meccanismi cognitivi (Rasmussen, 1987):

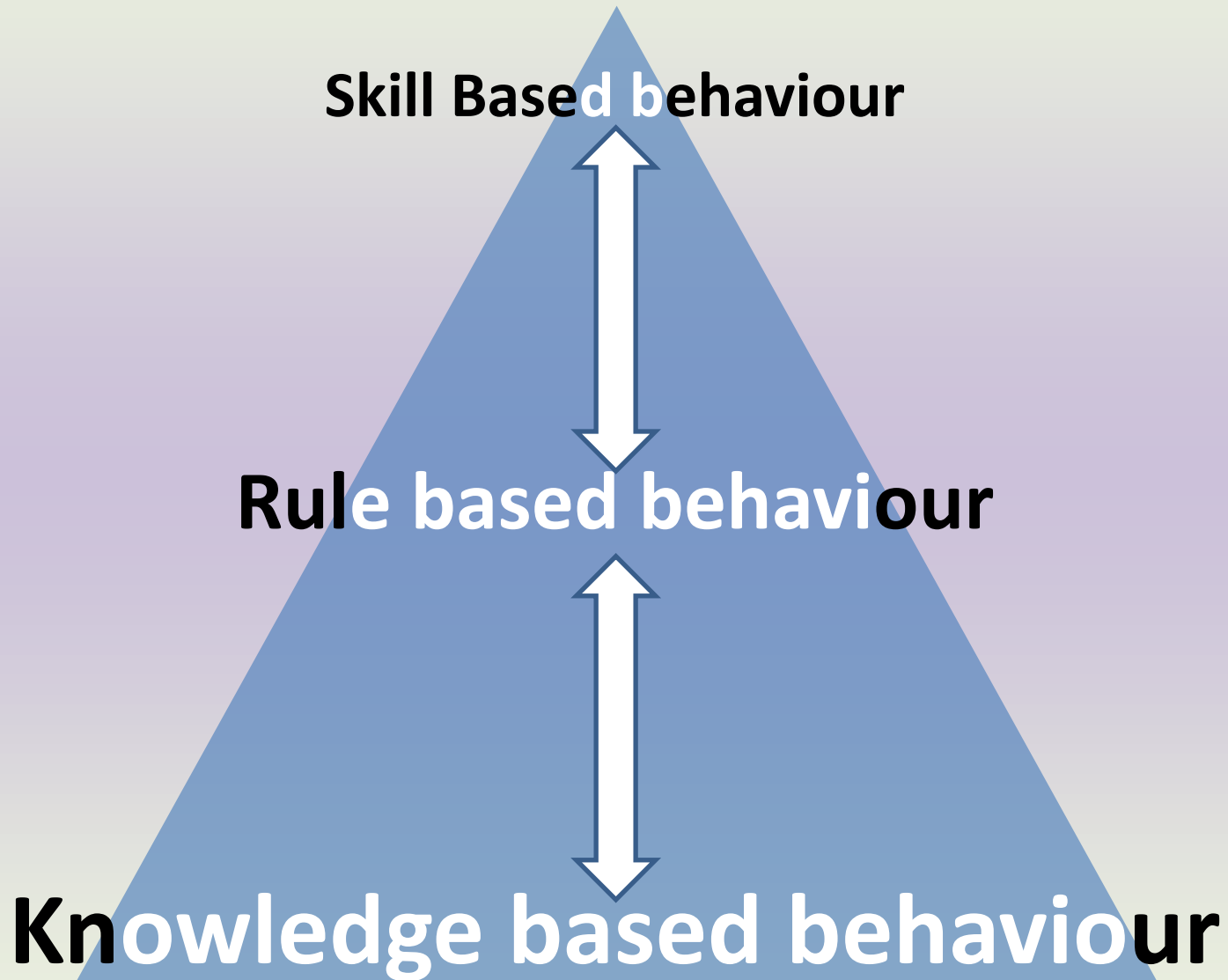
Skill Based – *Abilità* nell'eseguire un compito, in maniera automatica. *La prestazione umana è governata da modelli immagazzinati di istruzioni pre-programmate che sono rappresentate come strutture analogiche in un dominio spazio-temporale.*

Rule based – Azioni che seguono le regole applicate o per *esperienza* o per *competenza*.

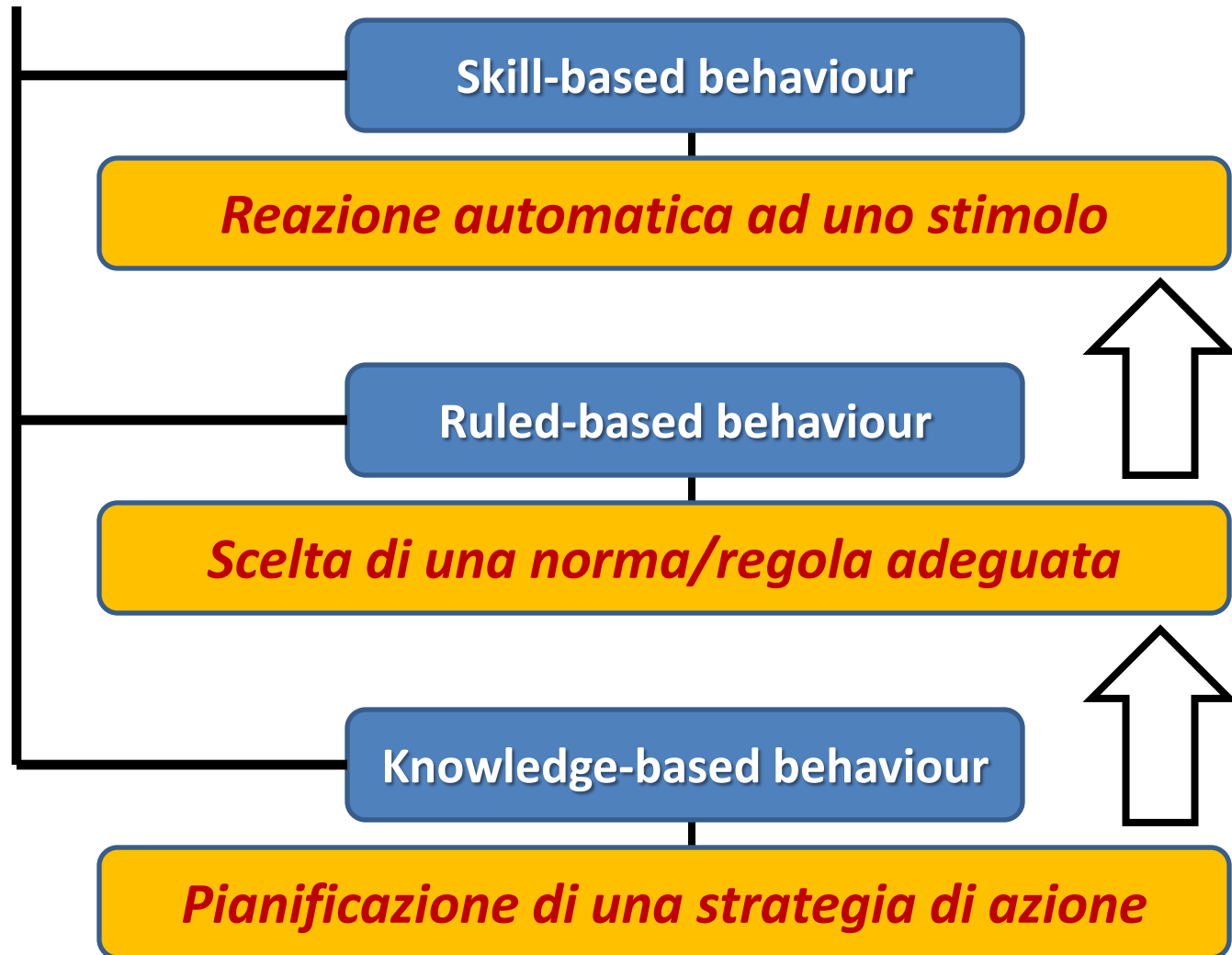
*Si applica quando si affrontano problemi consueti le cui soluzioni sono governate da regole immagazzinate:
se(stato)=allora(diagnosi) oppure: se(stato)=allora(rimedio)*

Knowledge based – Azioni basate sul *ragionamento*.

Entra in gioco in situazioni nuove per le quali le azioni devono essere pianificate sul momento, usando processi analitici coscienti e conoscenze immagazzinate.



ERRORE





I tre tipi di errori di base in relazione con i tre livelli di prestazione di Rasmussen

LIVELLI DI PRESTAZIONE	TIPI DI ERRORE
<i>Livello skill-based</i>	<i>Slips e lapses</i>
<i>Livello rule-based</i>	<i>Rules Based mistakes</i>
<i>Livello knowledge-based</i>	<i>knowledge-based mistakes</i>

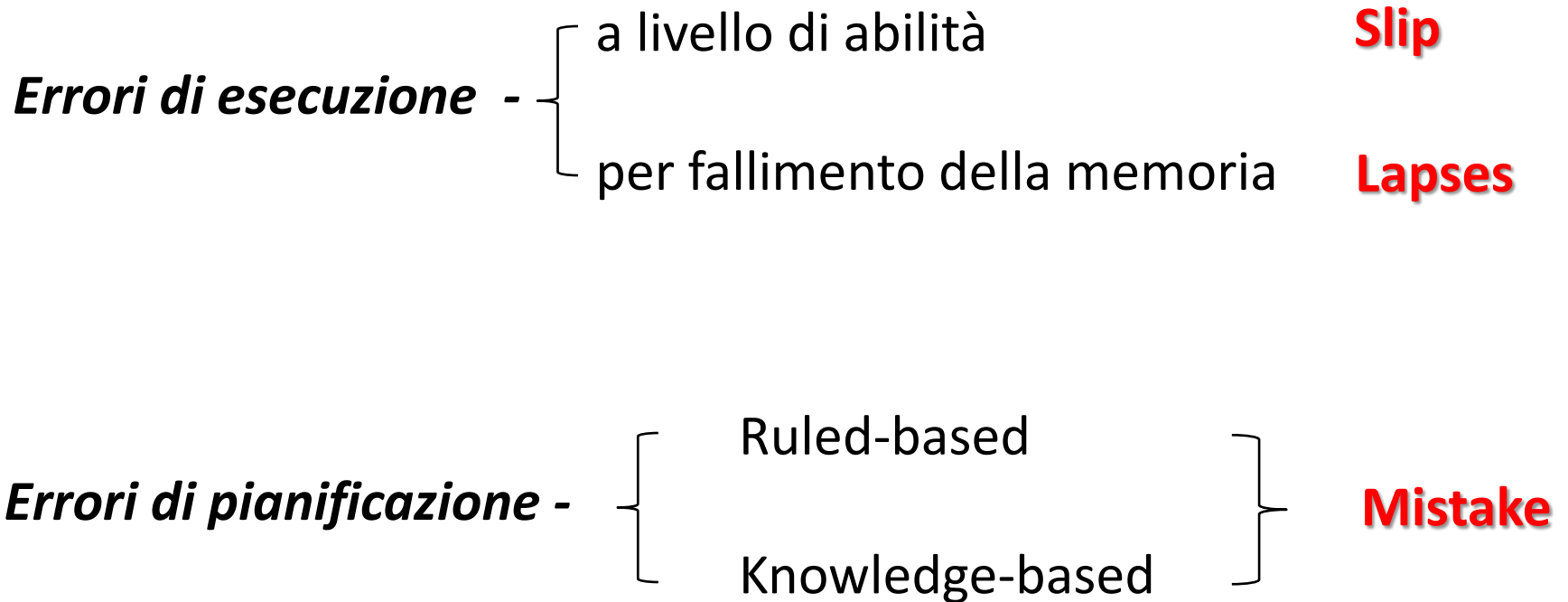
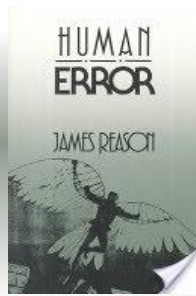
I tre tipi di errori di base

slips e lapses – le azioni deviano da quelle che sono le intenzioni del momento a causa di malfunzionamenti in fase di esecuzione e/o di immagazzinamento

mistakes* – le azioni possono essere eseguite in base ad un piano, il quale è inadeguato per il raggiungimento del risultato desiderato

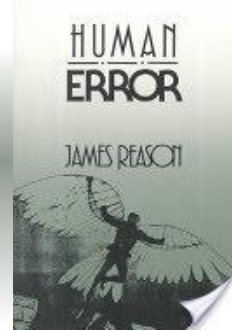
** i mistakes devono essere suddivisi in due gruppi:*
mistakes rule-based
mistakes knowledge-based

Errore Umano



Errore Umano

Violazioni Azioni che vengono eseguite, anche se formalmente ciò è impedito da un regolamento, da una direttiva, ecc..



Modalità di malfunzionamento per livello di prestazione

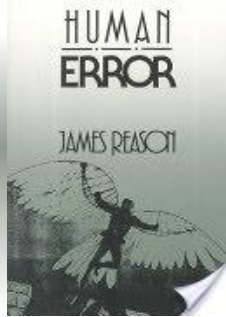
PRESTAZIONE SKILL-BASED

Inattenzione

Slips di cattura semplice
Omissioni conseguenti ad interruzioni
Intenzionalità ridotta
Confusioni percettive
Errori d'interferenza

Iperattenzione

Omissioni
Ripetizioni
Inversioni



Modalità di malfunzionamento per livello di prestazione

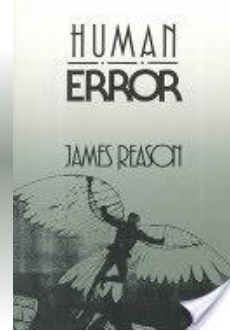
PRESTAZIONE RULE-BASED

Cattiva applicazione di buone regole

Prime eccezioni
Contro-segni e non-segni
Sovraccarico informazionale
Robustezza delle regole
Regole generali
Ridondanza
Rigidità

Applicazione di regole sbagliate

Codifica di deficienze
Deficienze delle azioni
Regole sbagliate
Regole poco eleganti
Regole sconsigliabili



Modalità di malfunzionamento per livello di prestazione

PRESTAZIONE KNOWLEDGE-BASED

Selettività

Limiti dello spazio di lavoro

Lontano dagli occhi lontano dalla mente

Predisposizione alla conferma

Fiducia eccessiva

Correlazione illusoria

Effetti alone

Problemi con la causalità

Problemi con la complessità

Problemi con le retroazioni ritardate

Considerazione insufficiente dei processi nel tempo

Difficoltà nel trattare lo sviluppo esponenziale

Pensare in serie causali invece che in reti causali

Vagabondaggio tematico

Incapsulamento

L'approccio sistemico *(J. Reason)*

Gli errori sono conseguenze dell'agire organizzato e non causa del fallimento del sistema.

I sistemi organizzati presentano:

- ❖ Condizioni latenti di insicurezza (**latent failure**) in cui si collocano le azioni umane
- ❖ Azioni/Omissioni (**active failure**) l'incidente si realizza quando le azioni del singolo trovano pertugi nella sicurezza del sistema

L'approccio sistemico

Errori Attivi

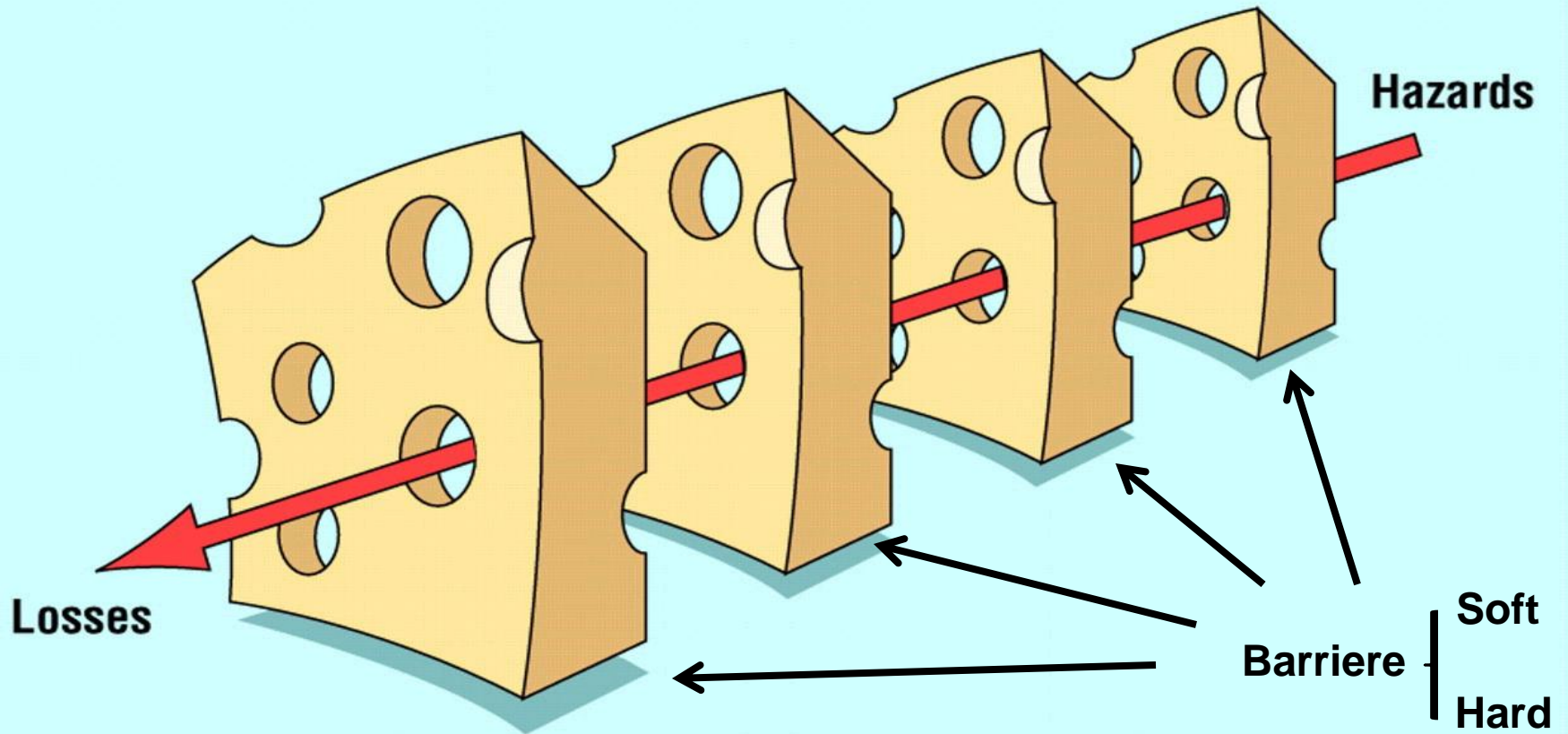
Identificabili, prossimi al verificarsi dell'evento avverso, spesso dovuti ad azione errata dell'operatore o a malfunzionamento di uno strumento

Errori Latenti

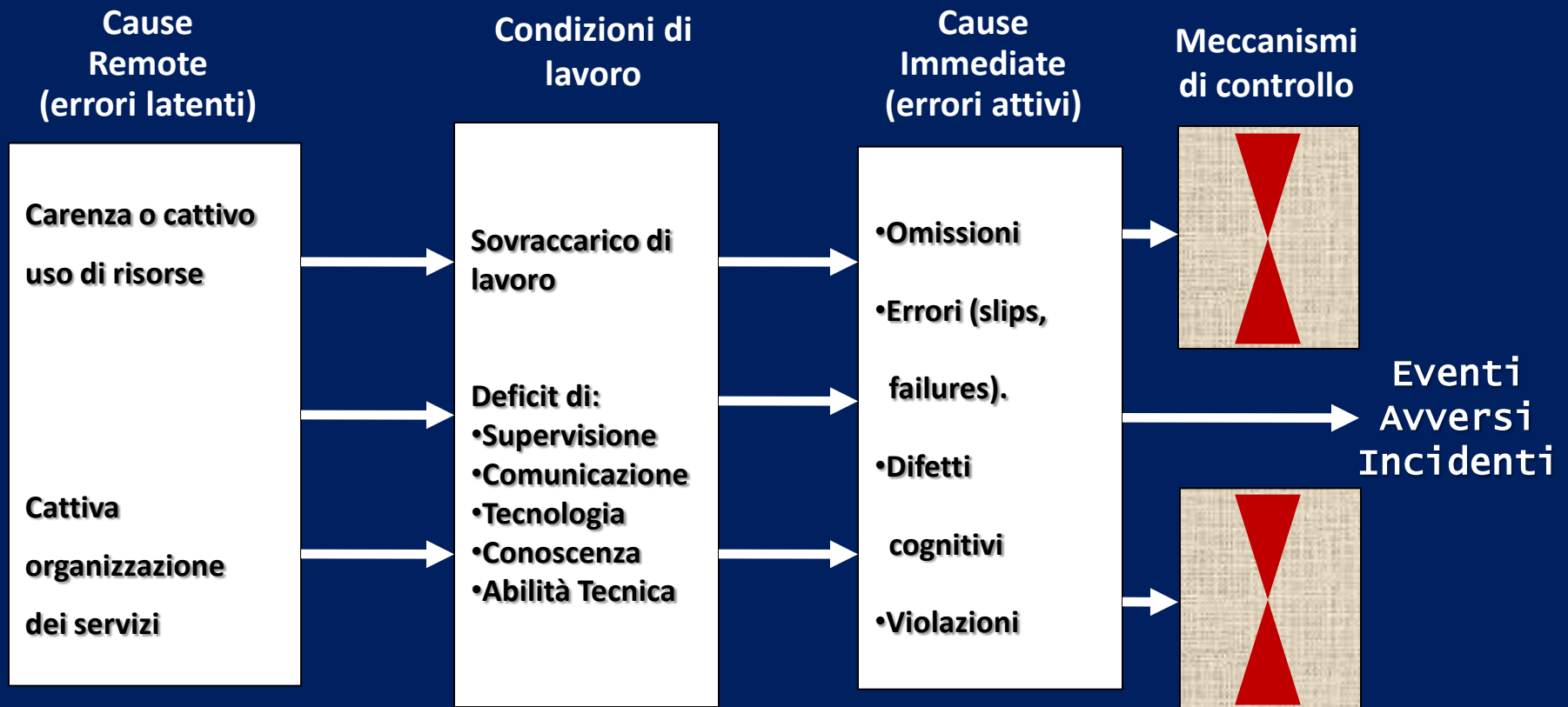
Insufficienze organizzativo-gestionali del sistema che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo

Il Modello di Reason

Teoria degli errori latenti

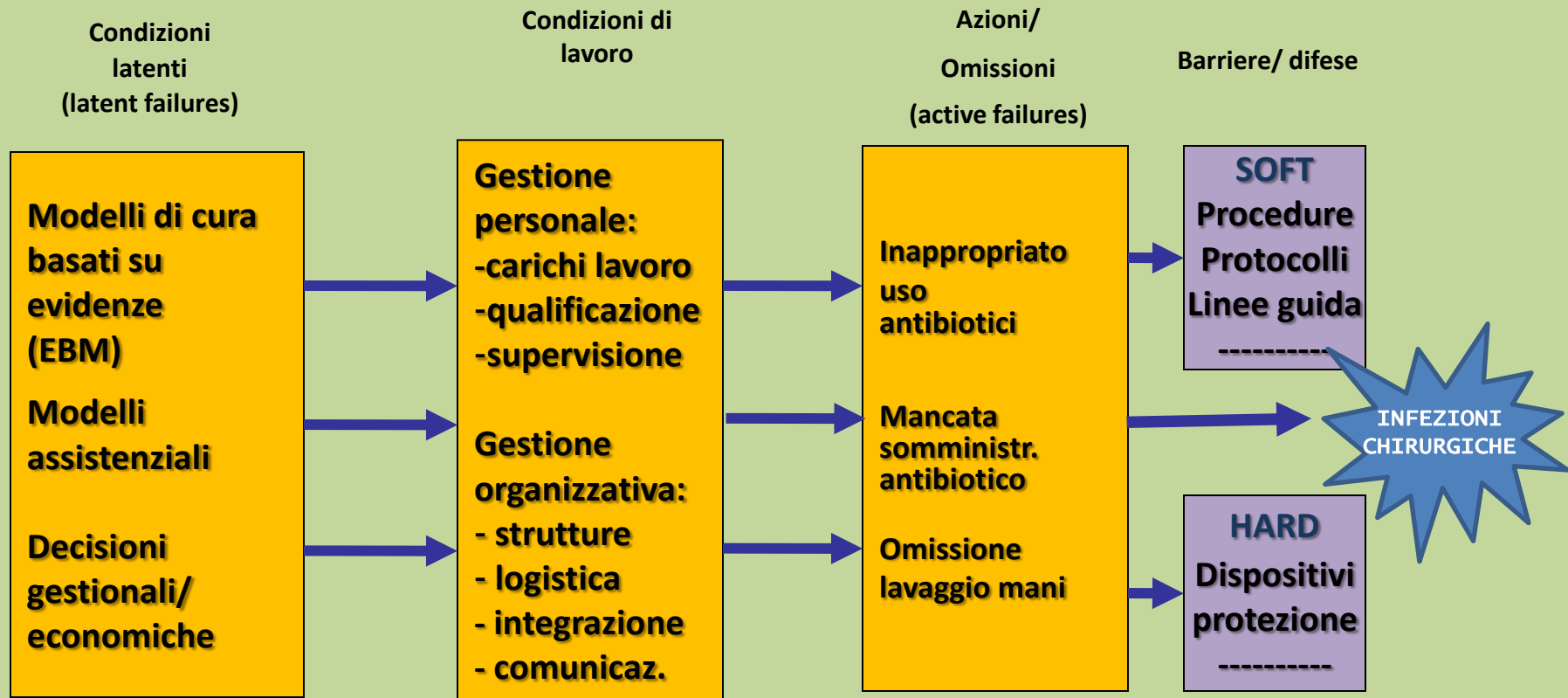


Patologia dell'errore in medicina



Il Modello di Reason

applicazione pratica



CAUSE REMOTE DI ERRORE IN MEDICINA

1. Carico di lavoro eccessivo
2. Supervisione inadeguata
3. Struttura edilizia dell'ambiente di lavoro o tecnologie inadeguate
4. Comunicazione inadeguata fra operatori
5. Competenza o esperienza inadeguate
6. Ambiente di lavoro stressante
7. Recente e rapida modificazione dell'organizzazione di lavoro
8. Obiettivi in conflitto (per esempio, tra limiti economici dell'assistenza ed esigenze cliniche)

CAUSE IMMEDIATE DI ERRORE IN MEDICINA

1. Omissione di un intervento necessario
2. Errori per scarsa attenzione, negligenza
3. Violazioni di un procedimento diagnostico o terapeutico appropriato
4. Inesperienza in una procedura diagnostica o terapeutica invasiva definita
5. Difetto di conoscenza:
 - a. *p.e., di un nuovo trattamento di documentata efficacia, o dei rischi di effetti avversi di un trattamento in un particolare paziente*
 - b. *p.e., della manifestazione clinica di una malattia*
6. Insufficiente competenza clinica: *il medico non è sufficientemente competente nell'acquisire dati del paziente (storia, esame fisico, indicazione e interpretazione di esami di laboratorio/imaging)*
7. Insufficiente capacità di collegare i dati del paziente con le conoscenze acquisite
8. Prescrizione:
 - a. *Ricetta illeggibile*
 - b. *Spiegazioni insufficienti, compliance insufficiente*
 - c. *Il medico di medicina generale non coordina le prescrizioni di vari specialisti non considera le possibili interazioni positive o negative*

L'Errore in Medicina

Conoscitivo

E' indipendente dalla preparazione e dalla professionalità del sanitario. Incertezza di ciò che non è ancora conosciuto.

Applicativo

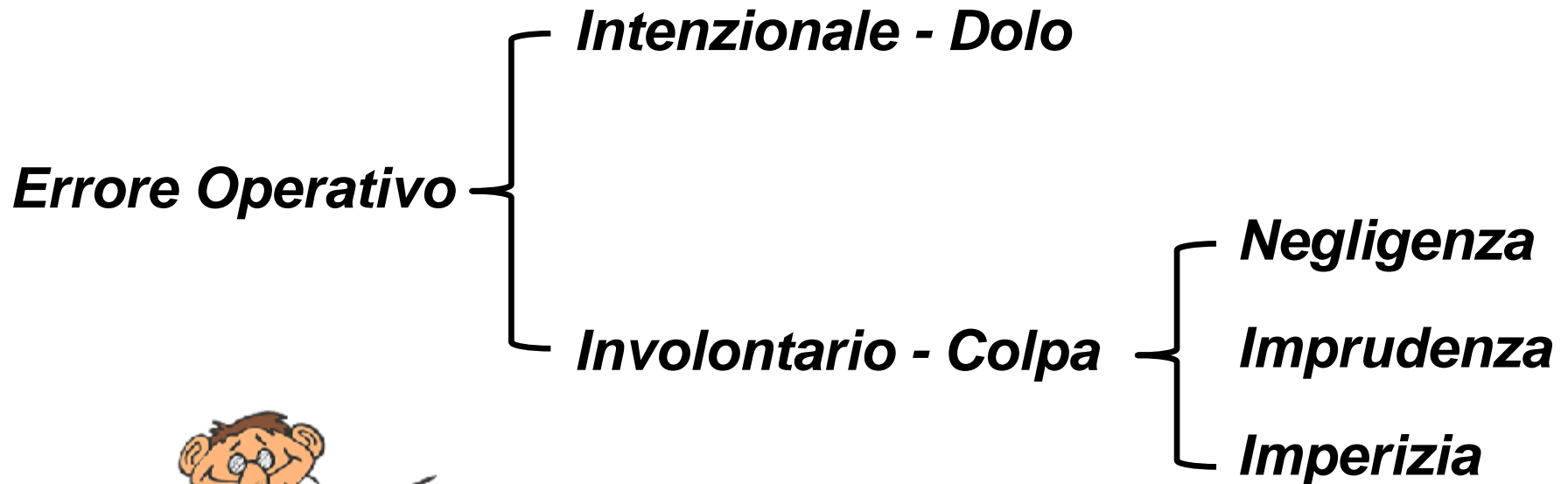
si verifica quando una conoscenza di per se adeguata e sufficiente, ma non del tutto consolidata, produce un danno.

Operativo

E' lo "sbaglio" del medico o dell'Infermiere



L'Errore in Medicina



Strutture più coinvolte

- ***Chirurgia Cardiovascolare***
- ***Dipartimenti di Emergenza***
 - Medici part-time
 - Servizio intermittente
 - Tempi limitati per diagnosi
 - Malattie acute
- ***Reparti di lungo-degenza***
- ***Terapia Intensiva***

L'Errore in Medicina

Diagnostico

ritardo nella diagnosi, non utilizzo di test adeguati

Terapeutico

*errore nell'eseguire un intervento, procedura o test,
errore nel prescrivere o somministrare*

Preventivo

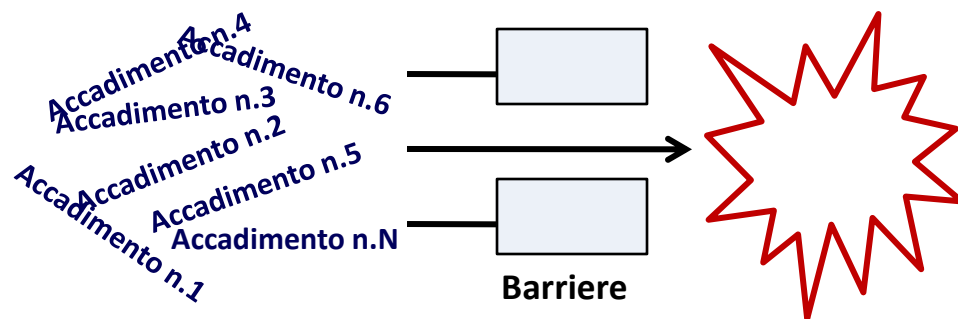
fallimento di profilassi o follow up

Altri

*errori di comunicazione
apparecchiature*



Errori e Eventi



Quasi evento (*near miss*)
errore o situazione che aveva la potenzialità di causare un evento avverso, che **non si è verificato** per caso fortuito o perché intercettato

Evento accadimento che **ha causato danno o ne aveva la potenzialità**, nei riguardi di un paziente

Complicanza

EA prevedibile statisticamente ma non prevenibile nel singolo caso, insito nell'atto clinico assistenziale e **non correlato** a mancanze o errori individuali e/o organizzativi.

Evento senza danno

evento che aveva la potenzialità di dare origine ad un EA/danno nei riguardi di un paziente ma per condizioni particolari **non lo ha generato**

Evento avverso (EA) = incidente

evento inatteso correlato al processo assistenziale e che **comporta un danno** al paziente, non intenzionale e indesiderabile

Evento sentinella (ES)

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

ERRORE



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

ERRORE



EVENTO AVVERSO

(Adverse event)

Inatteso

Correlato al processo assistenziale

Indesiderabile

Non intenzionale

Dannoso per il paziente

“PREVENIBILE”

ERRORE



QUASI EVENTO
(Near Miss Event)

*Incidente evitato grazie ad un intervento tempestivo di
correzione da parte dell'uomo*

Imparare dagli Errori

In ogni organizzazione sanitaria caratterizzata da un alto grado di complessità possono verificarsi errori potenzialmente dannosi per il paziente.

Considerato che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana, in ogni sistema possono determinarsi circostanze che ne favoriscono il verificarsi.

E' quindi fondamentale creare condizioni che riducano la possibilità di sbagliare e le conseguenze di un errore quando questo si sia verificato.

***“Possiamo imparare dai nostri errori
a meno che non ci leghiamo ad una ideologia
e quindi, ci persuadiamo che sappiamo e che,
poiché sappiamo, non dobbiamo imparare più niente.
Questo è naturalmente il più dannoso di tutti gli errori”***

Karl Popper, 1972

Tendenzialmente si tende a ritenere i disastri conseguenti a Errore Umano.

Ma è più probabile che gli operatori ereditino dei sistemi mal progettati, installazioni malfunzionanti, decisioni manageriali sbagliate

