

**L'AGORÁ PENITENZIARIA 2015**  
**XVI Congresso Nazionale SIMSPe-ONLUS**

*Se il paziente è anche detenuto*



*Cagliari, 3-5 Giugno 2015*

**Hotel Regina Margherita**  
viale Regina Margherita 44, Cagliari

 **SIMSPE**  
ONLUS  
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA  
E SANITÀ PENITENZIARIA

# ***L'Errore Medico***

**Dottor Aldo Casti**  
**Medico Convenzionato ASL 8 Cagliari**  
**Casa Circondariale Cagliari - Uta**

**Cagliari 3 giugno 2015**

## **Risk management:**

*rischio clinico e responsabilità degli operatori sanitari  
penitenziari*



# Rischio

Condizione o evento potenziale che può modificare l'esito atteso del processo. E' misurato in termini di probabilità e di 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  $K$* )



# *Errore*

- In tutte le professioni l'errore è +/- presente
- L'errore del medico, in generale, ha conseguenze e valori peculiari
- Quanto più l'errore può influenzare lo stato di salute e/o la vita è meno giustificato e tollerato





*Primum non nocere ....*

*Ippocrate 460-370*

*ac*

*Errare è umano, perseverare è diabolico*

.... *Sbagliando s'impara ....*

*Chi non lavora non sbaglia ....*

*L'esperienza insegna ....*



# *Errore*

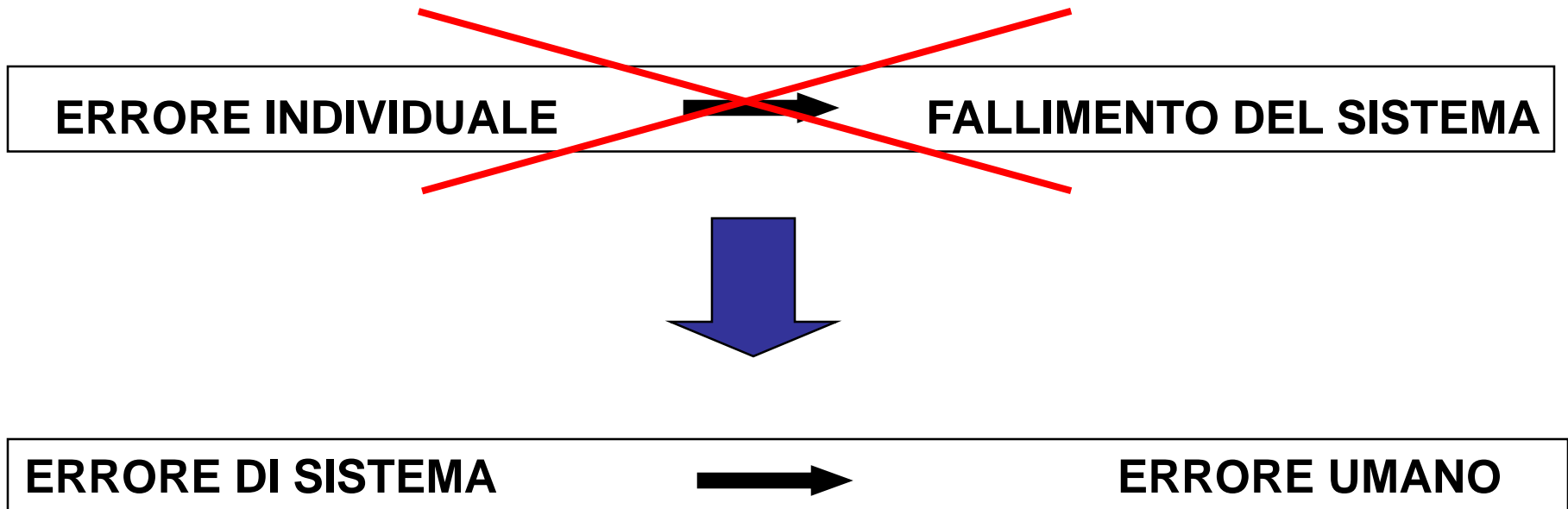
## *La storia:*

*imperizia*

*imprudenza*

*negligenza*

# L'approccio all'errore





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

- .....*una insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate .....*
- .....*una azione non sicura o una omissione con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura .....*
- .....*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 .....*

# *Errore*

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



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*

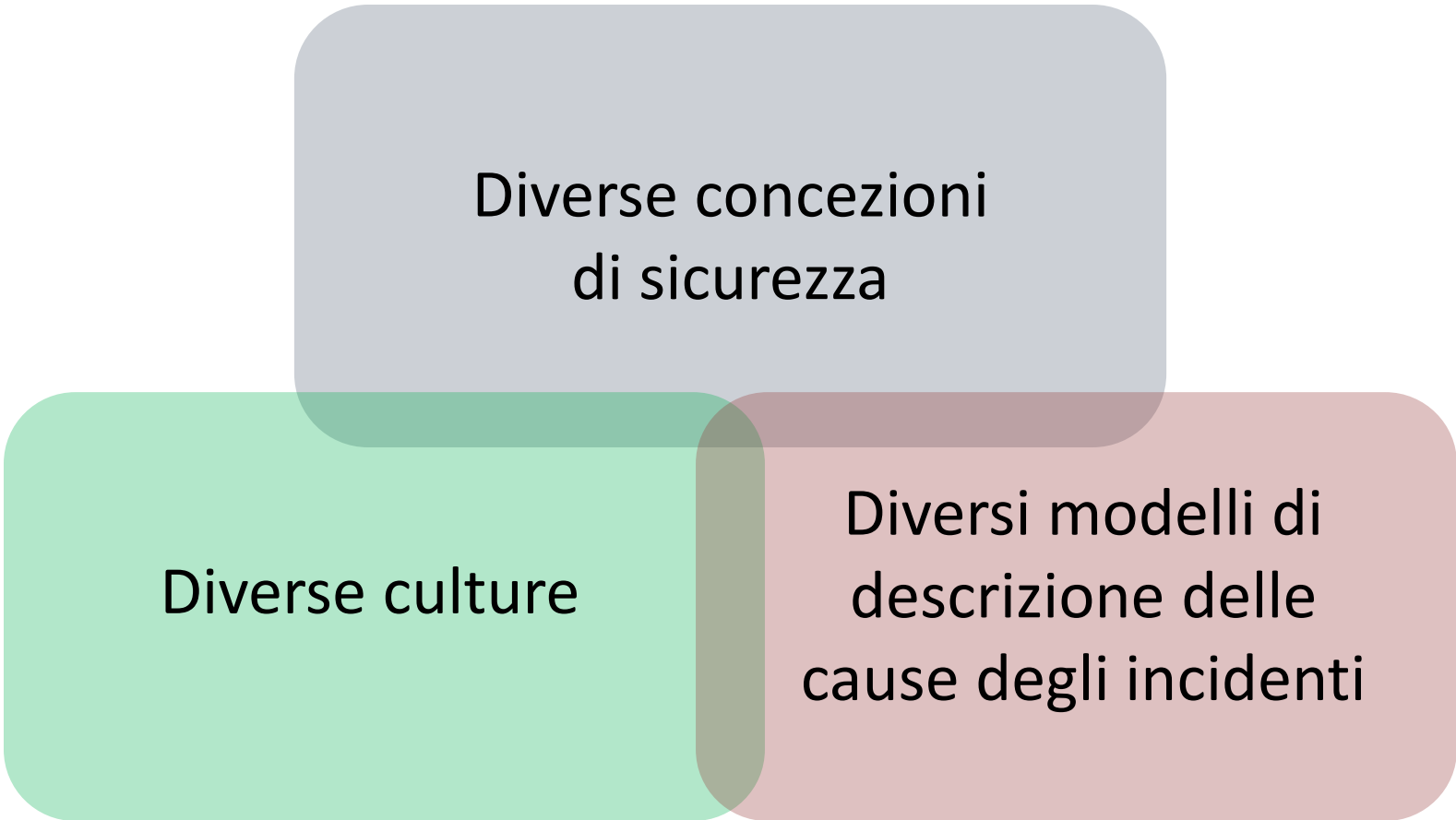
*Indesiderabile*

*Non intenzionale*

*Dannoso per il paziente*

***“PREVENIBILE”***

***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

# 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 Predisposizioni individuali 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 Predisposizioni individuali alla professione

**Interazione tra Operatore e Tecnologia**

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

# 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)**

*"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)**

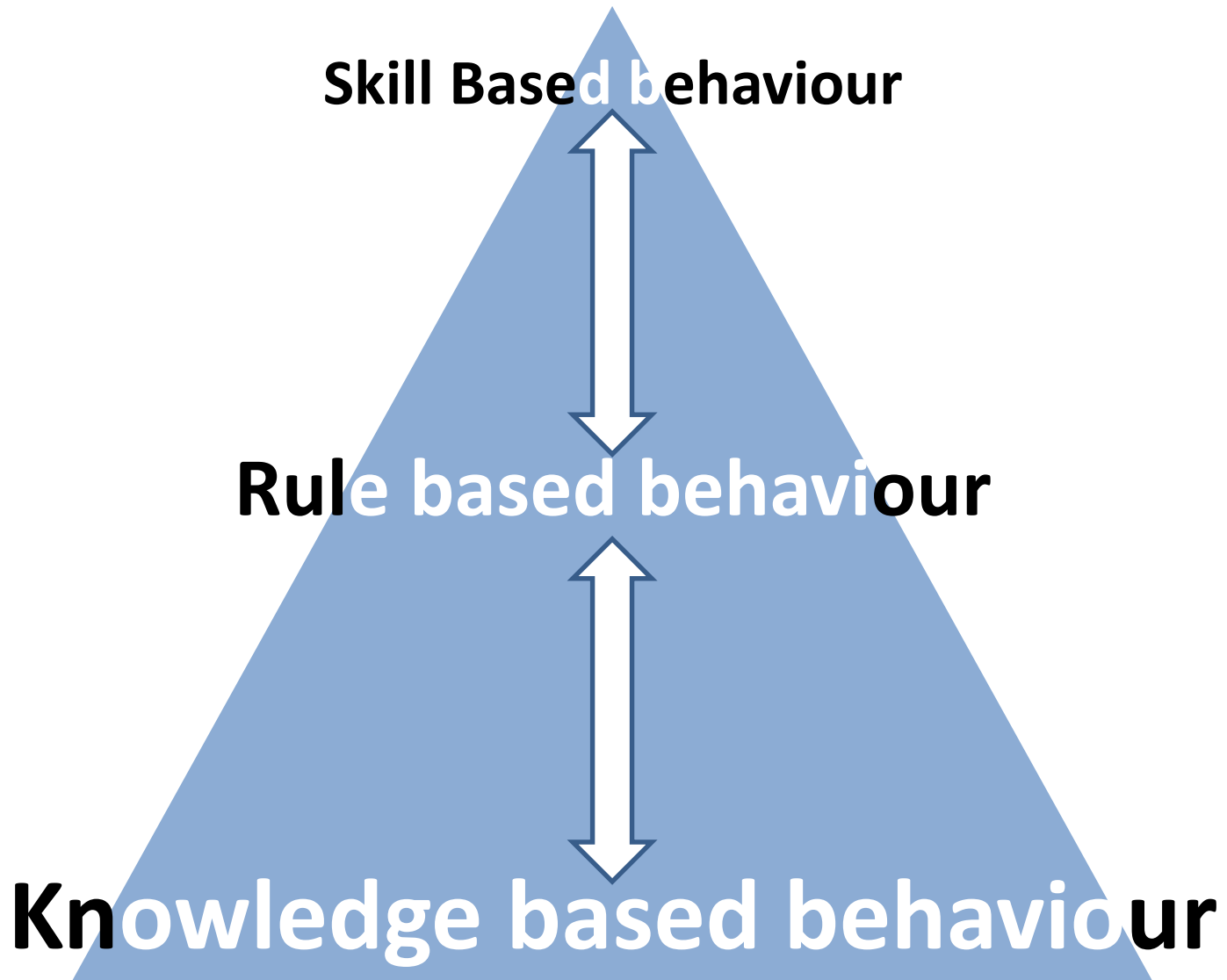
*"Un errore umano è definito come un termine generico che interessa tutte le situazioni in cui una sequenza programmata di attività mentali o fisiche può fallire nell'ottenere il risultato previsto e dove questo fallimento non può essere imputato all'intervento di una fonte di innesco accidentale"* **Reason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

# Errore Umano

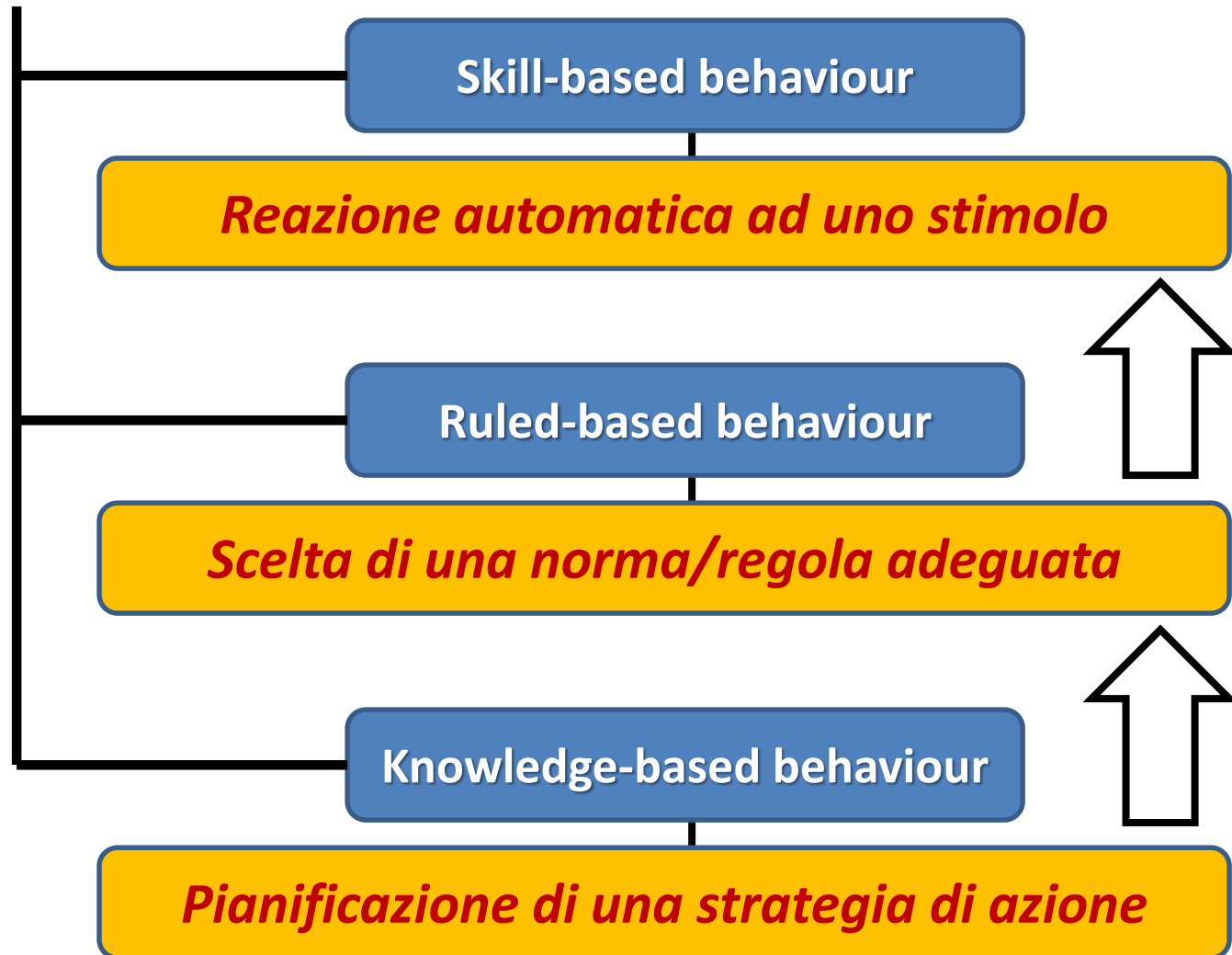
*"Un errore umano esiste sempre in un sistema di lavoro ed è caratterizzato da uno stato indesiderato o difettoso del sistema di lavoro. Si perviene quindi ad una situazione in cui i requisiti del sistema non sono soddisfatti o sono soddisfatti inadeguatamente. L'individuo è solo una parte del sistema 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)**

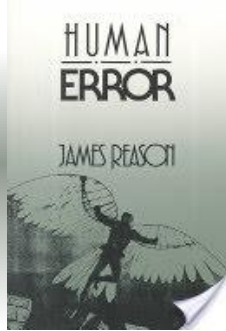
# Tipi fondamentali di comportamenti legati a specifici meccanismi cognitivi (Rasmussen, 1987):

- 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***





## ***Gli errori possibili fanno riferimento a questi modelli***

**- skill based mistake – slips**

***Gli slips sono azioni non in accordo con le intenzioni.***

**- skill based mistake - lapses**

***I lapses sono errori per fallimento della memoria***

**- rule based mistake - mistake**

***Errore nella pianificazione (scelta sbagliata)***

**- knowledge based mistake**

***Errore che consegue alla mancanza di preparazione o scorretta applicazione delle conoscenze***



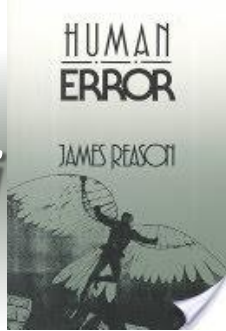
***Errori di esecuzione*** - { a livello di abilità **Slip**  
per fallimento della memoria **Lapsus**

***Errori di pianificazione-*** **Mistake** - { Ruled-based  
Knowledge-based

**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

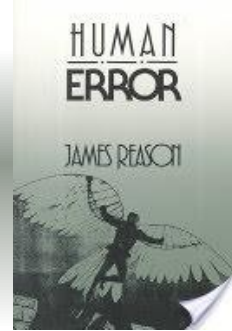
**mistakes \*** – le azioni possono essere eseguite in base ad un piano, il quale è inadeguato per il raggiungimento del risultato desiderato

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



# *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>RB mistakes</i>
<i>Livello knowledge-based</i>		<i>KB mistakes</i>



## *Modalità di malfunzionamento per livello di prestazione*

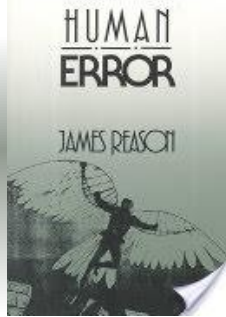
### **PRESTAZIONE SKILL-BASED**

#### 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*

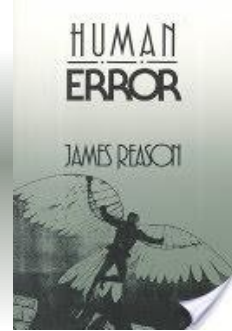
### **PRESTAZIONE RULE-BASED**

#### **Cattiva applicazione di buone regole**

Prime eccezioni  
Contro-segni e non-segni  
Sovraccarico informativo  
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

DIMENSIONE	ERRORI SKILL-BASED	ERRORI RULE-BASED	ERRORI KNOWLEDGE-BASED
TIPO DI ATTIVITA'	<i>Azioni di routine</i>	<i>Attività di soluzione di problemi</i>	
FUOCO DELLA ATTENZIONE	<i>Su qualcos'altro diverso dal compito che si sta eseguendo</i>	<i>Diretto su questioni connesse al problema</i>	
MODALITA' DI CONTROLLO	<i>Principalmente per mezzo di processi automatici (schemi) (regole immagazzinate)</i>		<i>Processi coscienti, limitati</i>
PREDICIBILITA' DEI TIPI DI ERRORE	<i>Tipi di errori "sbagliati ma robusti" largamente prevedibili (azioni) (regole)</i>		<i>Variabile</i>
RAPPORTO TRA ERRORI ED OPPORTUNITA' PER GLI ERRORI	<i>Sebbene il numero possa essere alto, costituiscono una piccola proporzione del numero totale di opportunità per l'errore</i>		<i>Basso numero assoluto, ma rapporto elevato rispetto alle opportunità</i>
INFLUENZA DEI FATTORI SITUAZIONALI	<i>Minima o moderata; più probabile che ad esercitare l'influenza dominante siano i fattori intrinseci (frequenza d'uso precedente)</i>		<i>Più probabile che siano dominanti i fattori estrinseci</i>
FACILITA' DI RILEVAZIONE	<i>Rilevazione di solito abbastanza rapida ed efficiente</i>	<i>Difficile, e spesso raggiunta solo tramite un intervento esterno</i>	
RELAZIONE CON IL CAMBIAMENTO	<i>Non vi è accesso alla coscienza del cambiamento al momento giusto</i>	<i>Non si sa quando e come avverrà il cambiamento previsto</i>	<i>Non si è preparati ai cambiamenti né questi sono previsti</i>



# ***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*

# 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

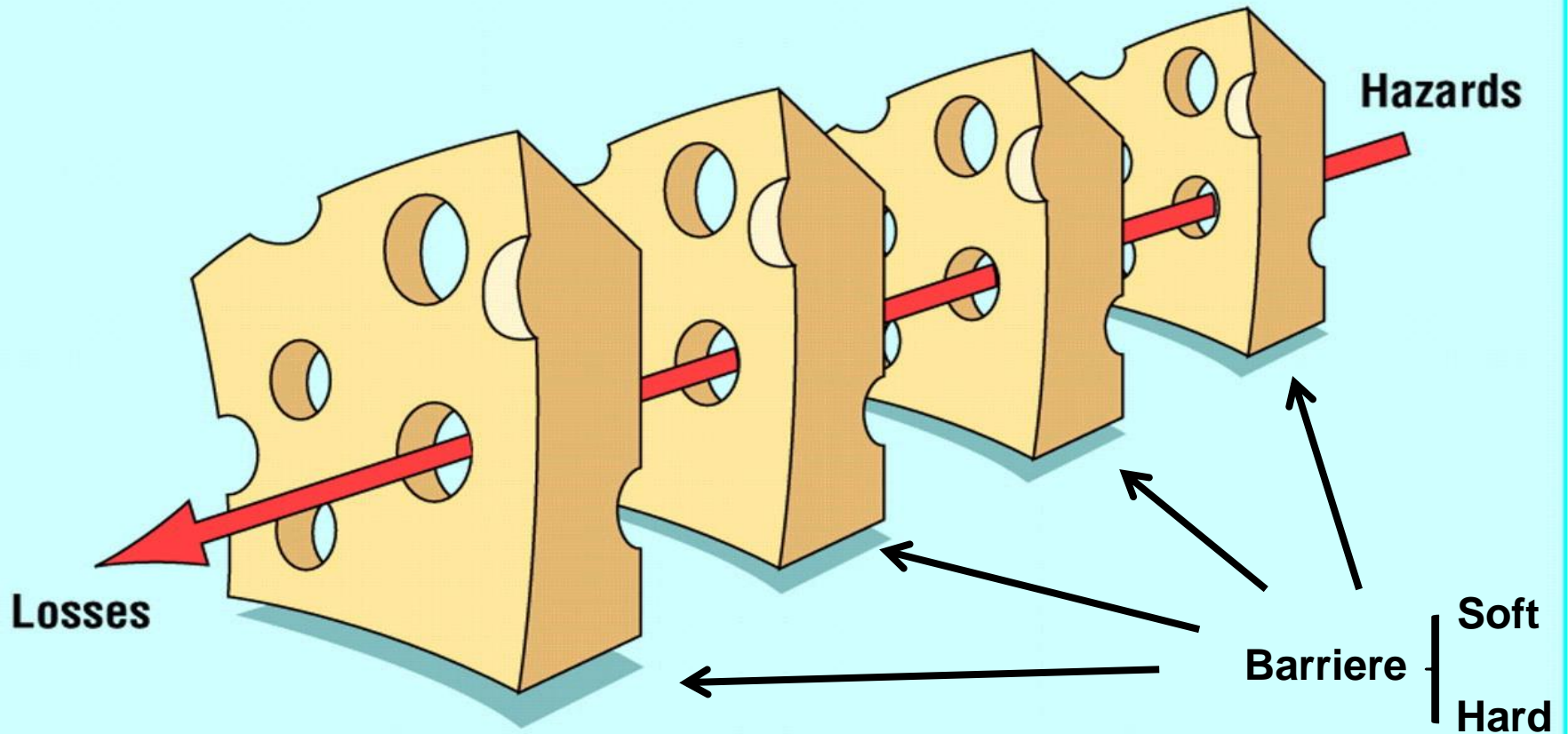
Identificabili, prossimi al verificarsi dell'evento avverso, spesso dovuti ad azione errata dell'operatore o a malfunzionamento di uno strumento

## Errori Latenti

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

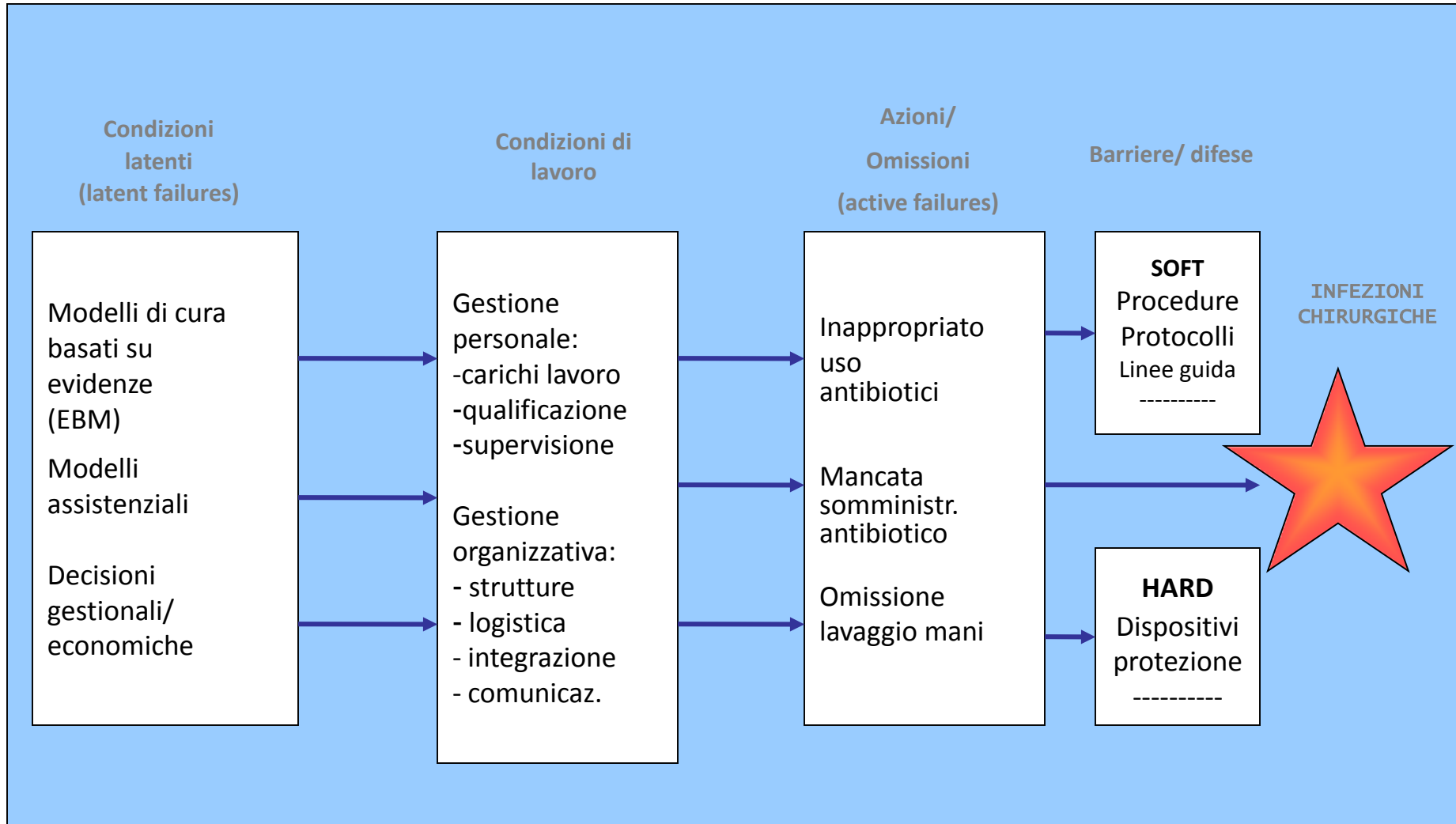
# Il Modello di Reason

Teoria degli errori latenti



# Il Modello di Reason

## applicazione pratica



# 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**

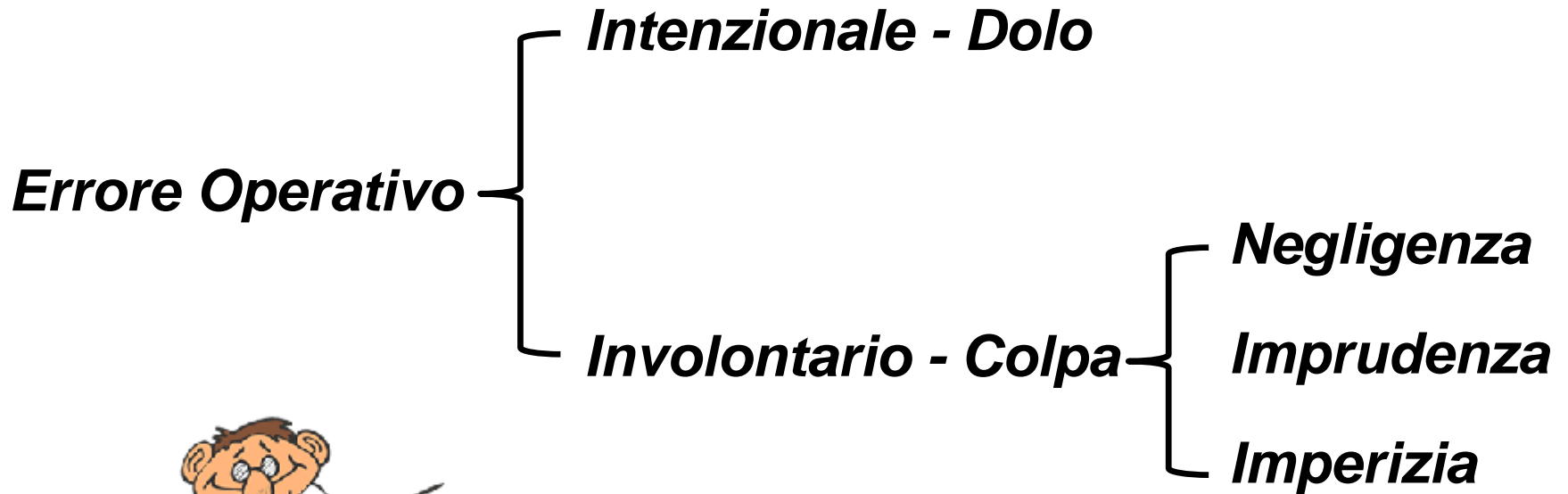
*E' lo sbaglio del medico*





# 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**

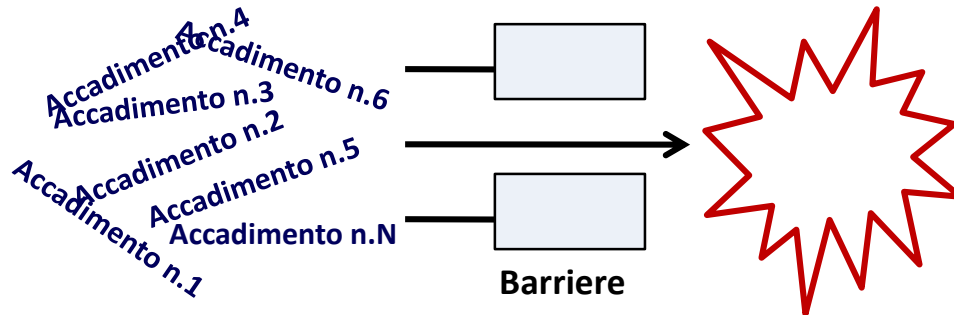
*errori di comunicazione  
apparecchiature*



# Alcune modalita' di classificazione degli errori

Categorie generali	
<b>Errore di commissione</b>	Questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti all'esecuzione d'atti medici od assistenziali non dovuti o praticati in modo scorretto
<b>Errore di omissione</b>	Questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti alla mancata esecuzione d'atti medici ed assistenziali, ritenuti, in base alle conoscenze e all'esperienza professionale, necessari per la cura del paziente
Categorie per tipo di errore	
<b>Errore umano (errori attivi o latenti)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• slips</li><li>• lapses</li><li>• mistakes</li></ul>
<b>Violazioni</b>	Deviazioni da procedure operative sicure, standard o regole
<b>Errori organizzativi</b>	Questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti all'organizzazione del lavoro, alla pianificazione delle gestione delle emergenze, alla disponibilità ed accessibilità d'apparecchiature sanitarie e/o di supporto

# 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**

# Tipologia di eventi

Gravità

Quasi eventi	<b>Danno potenziale</b> - situazione pericolosa/ danno potenziale/ <b>evento non occorso</b> (es. <i>prescrizione farmacologica non comprensibile; sigle o abbreviazioni non codificate</i> )	1
	<b>Danno potenziale</b> - situazione pericolosa/danno potenziale/ evento parzialmente occorso, ma <b>intercettato</b> (es. <i>preparazione di un farmaco sbagliato, ma non somministrato; farmaco prescritto ad un paziente allergico ma non somministrato</i> )	2
Eventi avversi	<b>Nessun esito</b> - <b>nessun danno occorso</b> (es. <i>errore nella prescrizione o somministrazione di un farmaco, senza conseguenze; farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente</i> )	3
	<b>Esito minore</b> - <b>nessun danno o danno minore</b> , che non mette in pericolo la vita né la funzionalità di organi ma che <b>richiede osservazioni o monitoraggi extra</b> o ulteriore visita medica, senza necessità di trattamento	4
	<b>Esito moderato</b> - <b>danno reversibile, che richiede osservazione o monitoraggio extra, ulteriore visita medica, e/o indagini diagnostiche minori</b> (es. <i>esame del sangue o delle urine</i> ), e/o trattamenti minori (es. <i>bendaggi, suture o analgesici</i> ), cancellazione o posticipazione del trattamento, prolungamento breve della degenza	5
	<b>Esito significativo</b> - <b>danno permanente minore</b> o danno che richiede intervento o reintervento chirurgico, ricovero non altrimenti programmato o prolungamento significativo della degenza, terapia medica impegnativa per tossicità o tempi, riabilitazione, convalescenza	6
	<b>Esito grave</b> - <b>danno permanente maggiore, grave disabilità</b>	7
	<b>Esito gravissimo</b> - <b>potenziale contributo al decesso</b>	8

# Lista Eventi Sentinella



*Ministero della Salute*

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 successivo intervento/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 conseguente ad un malfunzionamento del **sistema di trasporto** (intra o extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella CO118 e/o all'interno del PS
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni **altro evento avverso** che causa **morte o grave danno** al paziente

*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*

