ESSERE PROFESSIONISTI
NEL WOUND CARE
Etica, competenze e responsabilità nel nuovo millennio.
MONZA
8 settembre 2007

Rischio clinico & lesioni cutanee

Baccillieri Giovanna
Infermiere esperto in Wound Care,
Master Infermieristica legale e forense,
Consiglio Direttivo AISLeC

Il Ministero della Salute definisce **il rischio clinico** come la possibilità che un paziente subisca un danno o un disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie, che causa
un prolungamento del periodo di degenza,
un peggioramento delle condizioni di salute, o la morte,

ovvero:

l'eventualità di subire un danno in conseguenza di un errore.

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori.

Come in altri sistemi complessi, quali l'aviazione, le centrali nucleari o i sistemi di difesa militare,
anche in ambito sanitario possono verificarsi incidenti ed errori.

Problema sociale

In Italia, sec. l'Associazione Anestesisti e Rianimatori

320.000 ricoverati all'anno subiscono danni

14.000 sono le morti per "eventi avversi" in ospedale;

12.000 le cause di risarcimento

10 miliardi di euro sono il peso economico degli " eventi avversi" in ospedale

Problema sociale

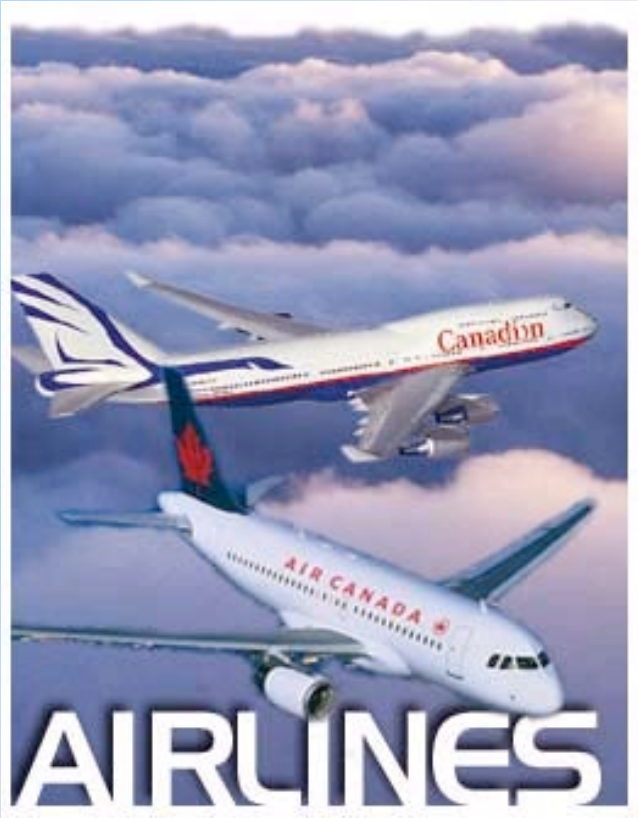
NEGLI USA

I danni causati da errori in sanità toccano il **3-4%** dei pazienti ricoverati (55-% evitabili)

- **37,6-50** miliardi di U$/anno
- **2-4%** spesa sanitaria nazionale
- **44.000-98.000** morti/anno

(**ottava causa di morte**; superiore per frequenza alle morti per incidenti stradali, tumore polmonare e AIDS)

Ciò equivale a due jumbo jet che precipitino ogni tre giorni senza che vi siano passeggeri sopravvissuti.



E’ NECESSARIO FARE QUALCOSA!

OMS: "First do no harm".

10 dicembre 2004

L'Organizzazione mondiale della sanità ha promosso insieme ai governi nazionali la campagna **"Primo: non fare danni“**

Con l’intento di promuovere la sicurezza negli ospedali

…più di un secolo prima F. Nighintale

“Può sembrare un principio singolare da esprimere eppure il primo requisito di un ospedale

consiste nell'evitare danni al malato.”

F. Nightingale, Notes on Hospitals (1893)

Molto è stato detto e molto è stato pubblicato rispetto all’ attuale situazione della Sanità italiana.
In dottrina ed in giurisprudenza v'è un continuo fervore sui temi di malasanità, e si annoverano sempre più denunce e contenziosi per errori e malpractice.

Danni in ospedale al 4% dei pazienti

MILANO. Su otto milioni di persone ricoverate ogni anno in Italia, ben 320mila (il 4%) subiscono danni da errori compiuti negli ospedali. Che possono arrivare a essere causa di morte per circa 14mila pazienti: sono dati diffusi dal Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni (Cineas) del Politecnico di Milano. Tra le maggiori cause di infortuni figurano prescrizioni poco leggibili, incomprensioni tra medico e infermiera, flaconi simili per sostanze diverse, sviste, operazioni chirurgiche che apparivano semplici ma che hanno dato luogo a severe complicanze e talvolta alla morte. Il presidente del Cineas, Adolfo Bertani, ha sottolineato anche il peso degli sprechi nella gestione sanitaria e ha ricordato che la cattiva gestione dei rischi in ospedale ha determinato oltre 15mila cause pendenti per una richiesta di risarcimenti pari a 2,5 miliardi di euro. Il Cineas ha condotto un'indagine tra 100 direttori sanitari, direttori generali ed esperti di gestione del rischio di ospedali e Asl in sei regioni: Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte e Sardegna. Secondo il 75% delle strutture sanitarie la ricetta della prevenzione è imparare dagli errori passati per evitarne altri in futuro. E il 91% di Asl e ospedali chiede più formazione sul risk management. La proposta è dunque quella di introdurre la figura del «risk manager». Della questione degli errori in ospedale si occupa da anni anche il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, il cui vicesegretario generale, Giustino Trincia, ha ricordato i principali tipi di segnalazioni che vengono [illegible] colpito è [illegible] lamentele [illegible] fondate; [illegible] ginecolog[illegible]

Sono circa 320 mila i casi di concittadini che nei nosocomi subiscono danni per sbagli negli ospedali

Prescrizioni poco leggibili incomprensioni fra sanitari scambio di flaconi risultano fatali a tanti pazienti

Per gli errori in corsia 14mila morti

DI CORSIA si continua a morire. Da una parte si ricorre con più frequenza ai ricoveri ospedalieri dall'altra aumentano i casi di malasanità. Sono 320 mila l'anno, pari al 4% dei circa 8 milioni di italiani ricoverati in 12 mesi negli ospedali della penisola, i concittadini che sperimentano effetti avversi legati a errori in corsia. Tragiche sviste che ogni anno costano la vita ad almeno 14 mila connazionali, con cause di risarcimento intentate a 12 mila medici (+184% nell'ultimo decennio). A ricordare i dati è il Cineas (Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni) del Politecnico di Milano, che ieri nel capoluogo lombardo, durante il convegno «L'ospedale sicuro: realtà o miraggio» ha presentato i risultati di un'indagine condotta su 100 direttori sanitari, direttori generali ed esperti di gestione del rischio di ospedali (76%) e Asl (24%) in sei regioni dello Stivale (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte e Sardegna). Per il 75% delle strutture sanitarie, specie al Nord, la ricetta della prevenzione è imparare dagli errori passati per evitarne altri in futuro; e il 91% di Asl e ospedali chiede più formazione sul risk management. Superlavoro, stanchezza e distrazione. Ma anche cattiva organizzazione, macchinari vecchi, prescrizioni illeggibili, scambio di farmaci diversi confezionati in flaconi simili e imprevisti operatori, con sprechi per miliardi di euro a carico di Servizio sanitario nazionale e Regioni.

Complici tutti questi fattori, calcola il presidente del Cineas, Adolfo Bertani, «è come se in un anno cadesse un jumbo ogni due settimane». Con un numero di morti che, «in 5 anni, cancellerebbe dalle cartine geografiche una città delle dimensioni di Pavia». Il 59% degli intervistati punta il dito contro «la mancanza di procedure adeguate», e per il 75% del campione il luogo più a rischio di errori ospedalieri è in assoluto «il Pronto soccor-

RAPPORTO CHOC SULLA SANITÀ

Gli errori dei medici costano la vita a 14mila italiani l'anno

MILANO - Sono 320mila l'anno, pari al 4% dei circa 8 milioni di italiani ricoverati in 12 mesi negli ospedali della penisola, i concittadini che sperimentano "effetti avversi" legati a errori in corsia. Tragiche sviste che ogni anno in Italia costano la vita ad almeno 14mila persone, con cause di risarcimento intentate a 12mila medici (+184% nell'ultimo decennio). Mentre recenti ricerche avevano attestato che gli errori dei medici rappresentano la seconda causa di morte in Italia, a diffondere i nuovi dati è il Cineas (Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni) del Politecnico di Milano, che ieri nel capoluogo lombardo, durante il convegno "L'ospedale sicuro: realtà o miraggio", ha presentato i risultati di un'indagine condotta su 100 direttori sanitari, direttori generali ed esperti di gestione del rischio di ospedali (76%) e Asl (24%) in sei regioni dello Stivale (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte e Sardegna). Risultato: per il 75% delle strutture sanitarie, specie al Nord, la ricetta della prevenzione è imparare dagli errori passati per evitarne altri in futuro; e il 91% di Asl e ospedali chiede più formazione sul risk management. Impreparazione, superlavoro, stanchezza e distrazione. Ma anche cattiva organizzazione, macchinari vecchi, prescrizioni illeggibili, scambio di farmaci diversi confezionati in flaconi simili e imprevisti operatori, con sprechi per miliardi di euro a carico di Servizio sanitario nazionale e Regioni.

Complici tutti questi fattori, calcola il presidente del Cineas, Adolfo Bertani, «è come se in un anno cadesse un jumbo ogni due settimane». Con un numero di morti che, «in 5 anni, cancellerebbe dalle cartine geografiche una città delle dimensioni di Pavia».

Le insidie maggiori in sala operatoria e durante la fase diagnostica. Una strage: «E' come se cadesse un jumbo ogni due settimane»

L'85% delle strutture in Lombardia adottano il 100%

Tutto questo ha avvicinato sempre di più due mondi all'apparenza distanti tra loro, quello sanitario e quello giuridico.

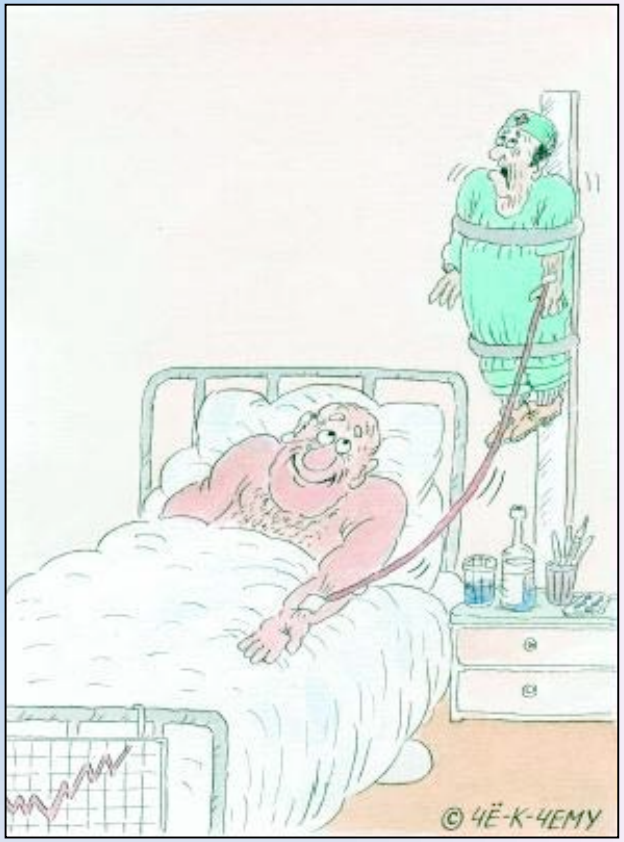
La colpevolizzazione del singolo ha indotto il diffondersi del ricorso alla medicina difensiva, non finalizzata alla cura del paziente ma alla tutela del personale sanitario.

La spirale viziosa dell'auto-difesa

L'analisi del problema dell'errore in medicina è un tema delicato perché,

al di là dei problemi organizzativi e finanziari,

può sconvolgere non solo chi il danno lo ha subito ma chi l'errore lo ha commesso.



Diventa pertanto necessario promuovere un alto livello di integrità e una “cultura dell’ errore ” tale da sensibilizzare l’intero personale che messo a conoscenza del proprio ruolo e delle proprie responsabilità possa essere effettivamente impegnato

↓

nell’ attività di prevenzione e gestione degli errori.

Tale attività rappresenta oggi parte integrante ed essenziale delle professioni sanitarie:

1. L'art. 14 del nuovo Codice di Deontologia Medica(2006), impone al medico '***la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.***

2. La disciplina infermieristica, nella struttura sintattica, prevede il processo di analisi, diagnosi, pianificazione e valutazione e, tra le diagnosi infermieristiche, vi è la categoria delle **"*diagnosi di rischio reali e potenziali*"** che l'infermiere deve formulare per evitare o ridurre i rischi e i danni al paziente;

La gestione dell'errore è un' attività professionale in senso stretto,

e l'errore dichiarato deve essere **incentivo al miglioramento** dell'attività professionale.

In passato……

la maggior parte degli sforzi compiuti per ridurre gli errori si era concentrata sull'individuazione degli errori attivi, ovvero gli errori materiali compiuti dal personale medico ed infermieristico

associata inoltre ad una concezione tradizionale dell'errore, secondo cui i professionisti sanitari non devono sbagliare mai.

Pur se in ritardo rispetto ad altri Paesi, l'Italia si è gia mossa in tale direzione attraverso i moderni concetti di:

Clinical Governance e di Risk Management.

Il Risk Management, letteralmente "gestione del rischio", è' l'insieme delle azioni, delle metodologie e degli strumenti impiegati all'interno dell'azienda per la riduzione della tipologia dei rischi che potenzialmente comportano conseguenze esclusivamente negative per l'organizzazione.

➔ da un intervento difensivistico
➔ ad uno propositivo, presa d'atto del problema e necessità di gestirlo
(**clinical risk management**)

"imparare dagli errori"

Per medici e infermieri,, andrebbe previsto l'insegnamento della "teoria degli errori" e il modo di affrontare questi errori abituandoli a **discuterne a viso aperto.**

Partecipazione "attiva"

"senza l'assillo del giudizio immediato"

La sicurezza del paziente deriva, pertanto, dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado di:

A. ridurre la probabilità che si verifichino errori **(prevenzione)**

B. recuperare e contenere gli effetti degli errori che comunque si verificano **(protezione).**

dal concetto di errore professionale
non ammissibile
(errare non è ammesso)

a quello ineluttabile di errore umano
(errare è umano)

“To err is human”

- La fallibilità è una caratteristica dell’essere umano. Noi non possiamo cambiare l’essere umano, ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli esseri umani operano"

J.Reason, BMJ marzo 2000

Si definisce *Errore*

il fallimento nel portare a termine,
un' azione precedentemente pianificata
(errore di esecuzione)

Oppure…..

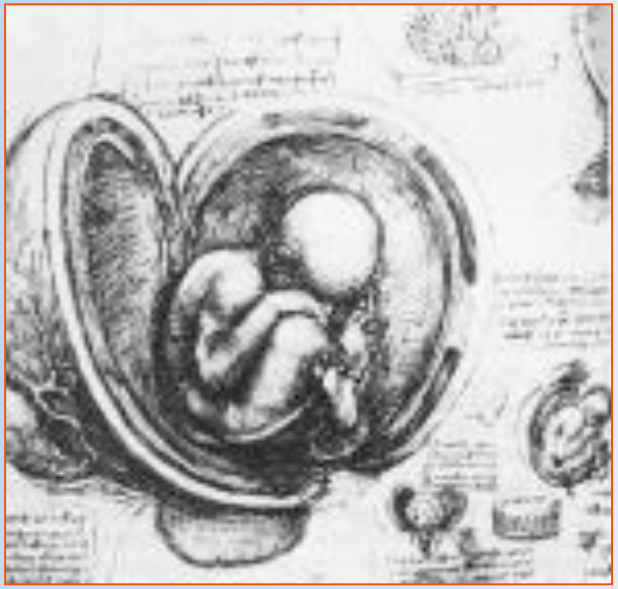
l'uso di una pianificazione sbagliata per
raggiungere un obiettivo
(errore di pianificazione).

ERRORI

ATTIVI = associati alle prestazioni degli operatori di prima linea e, pertanto, con effetti immediatamente percepibili

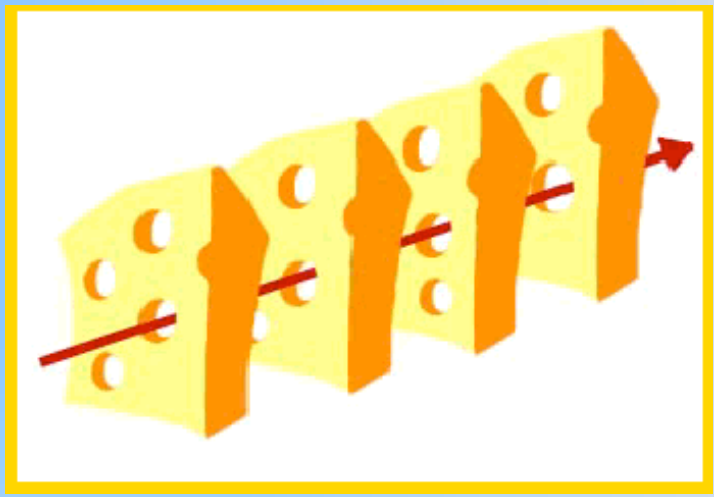
LATENTI = esito di attività distanti (in termini di spazio e tempo) dal luogo dell'incidente e riguardano aspetti di management, di progettazione tecnologica, di elaborazione di norme e regolamenti,...

Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.



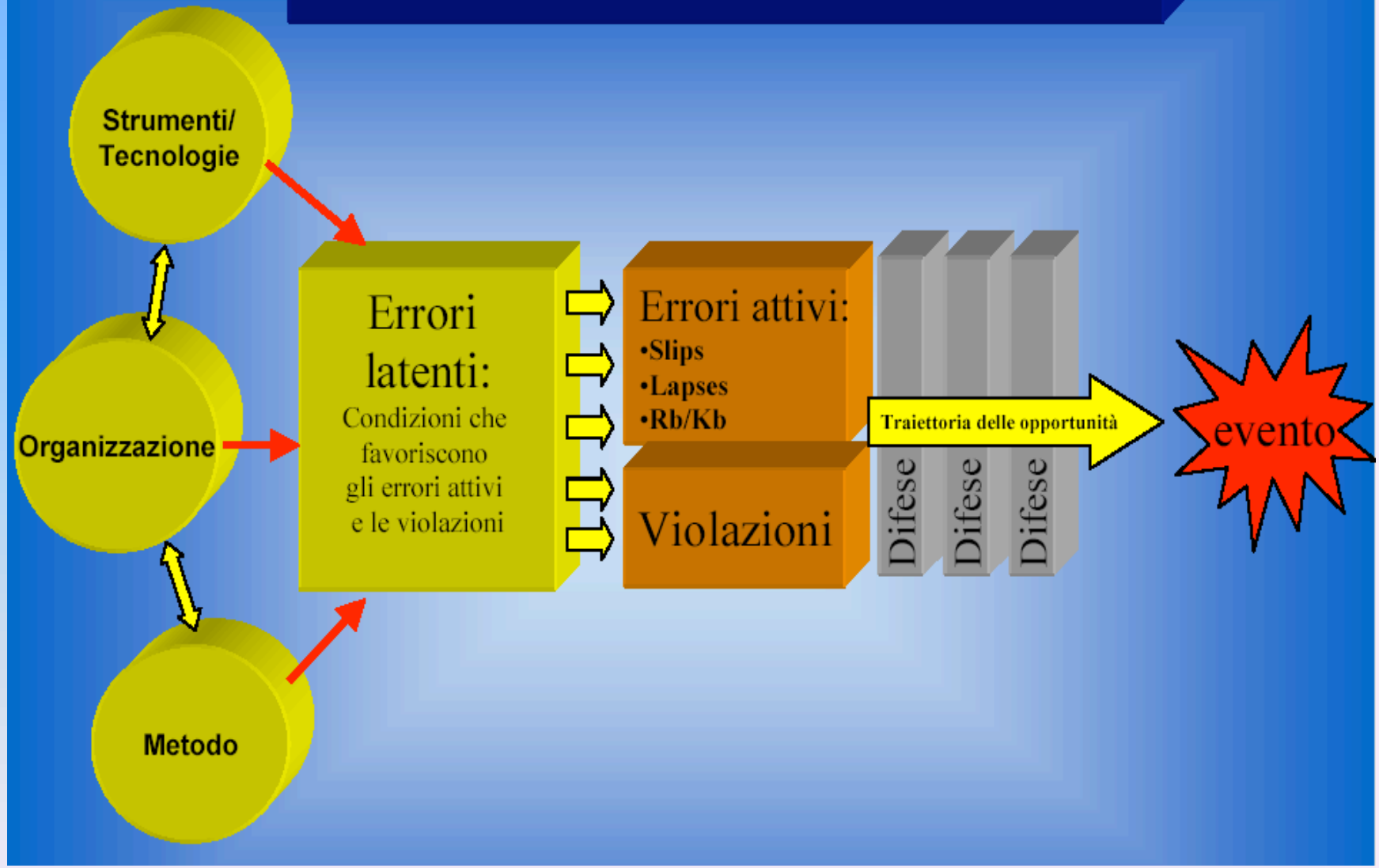
Il modello di James Reason, soprannominato del “formaggio svizzero”

spiega efficacemente il problema degli errori nei sistemi complessi come quello Sanitario.



I buchi nelle fette di formaggio rappresentano le insufficienze latenti che sono presenti nei processi sanitari; quando si modificano più fattori che normalmente agiscono come barriere protettive, i buchi si possono allineare e permettere il concatenarsi di quelle condizioni che portano al verificarsi dell'evento avverso.

Analisi intensiva degli eventi indesiderati



Tra gli eventi avversi in ambito sanitario **le lesioni cutanee** rivestono un “ruolo di tutto rispetto”.

L’incidenza di lesioni da decubito ad esempio è ormai riconosciuta come indicatore per valutare la qualità dell’assistenza.

Non a caso, tra gli obiettivi del progetto del governo americano Healthy People 2010 si cita

“la riduzione della proporzione di residenti delle Nursing Home con attuale diagnosi di LDD” come <u>una delle priorità per i professionisti della salute.</u>

Ministero della Salute

DM 5 marzo 2003: istituita la Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, avente come finalità lo studio della prevalenza e delle cause del rischio clinico, la formulazione d'indicazioni generali e l'individuazione di tecniche per la riduzione e gestione del problema.

Documento prodotto

raccolta di riflessioni e raccomandazioni utili agli operatori che lavorano in ambiente sanitario.

In continua evoluzione

MINISTERO DELLA SALUTE Raccomandazione - Luglio 2006

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE LA RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO

La ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico può causare gravi danni

La ritenzione all'interno del sito chirurgico di garze, strumenti o altro materiale rappresenta un importante evento sentinella (1) che può e deve essere prevenuto. Attualmente, nel nostro paese, alcuni ospedali hanno già attivato misure preventive per contrastare l'occorrenza di tale evento: con la presente raccomandazione si intende fornire un modello operativo da implementare in tutte le strutture sanitarie del nostro paese.

Raccomandazione n. 2, Luglio 2006

1

governo clinico sicurezza dei pazienti

Ministero della Salute

Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema
Ufficio III

La Sicurezza dei Pazienti
e la Gestione del Rischio Clinico

GLOSSARIO

Luglio, 2006

governo clinico sicurezza dei pazienti

Oggetto dell'analisi

Eventi avversi: danno/lesione procurato al paziente o all'operatore durante l'assistenza

Near miss: evento evitato, per cause favorevoli

Evento sentinella: indicatore sanitario la cui soglia di allarme è 1, basta che si verifichi una volta perché si renda opportuna un indagine immediata

LISTA EVENTI SENTINELLA

1. Procedura in paziente sbagliato;
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte);
3. Suicidio in paziente ricoverato;
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure;
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO (codice ICD9CM: 999.6);
6. Decesso, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia associati all'uso di farmaci;
7. Decesso materno o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
8. Abuso su paziente ricoverato;
9. Mortalità in neonato sano di peso >2500 g. entro 48 ore dalla nascit
10. ……

10. Ogni altro evento avverso che causa morte o gravi danni indicativo di malfunzionamento del sistema e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario.

(danno sensoriale, motorio, di funzionalità d'organo o intellettuale non presente all'ammissione che richiede un trattamento continuo o un cambiamento dello stile di vita)

I Centers for Medicare and Medicaid Services (le due principali agenzie sanitarie americane)

considerano un **evento sentinella**

lo sviluppo di LDD in un residente di una struttura di cure a lungo termine che era stato valutato essere a basso rischio di sviluppare una lesione.

Secondo le valutazione dell'Health Care Finance Administation

circa i 2/3 delle lesioni da decubito sarebbero evitabili se fossero messe in atto manovre di prevenzione.

Altri Autori, con valutazioni differenti, stimano che fino al 95% delle lesioni da decubito sarebbero evitabili se fosse attivato un programma di prevenzione.

Lugon e Secker-Walker, 1999 annoverano tra le strategie di gestione del rischio nell'ambito del WoundCare:

- la comunicazione tempestiva sia orale che scritta

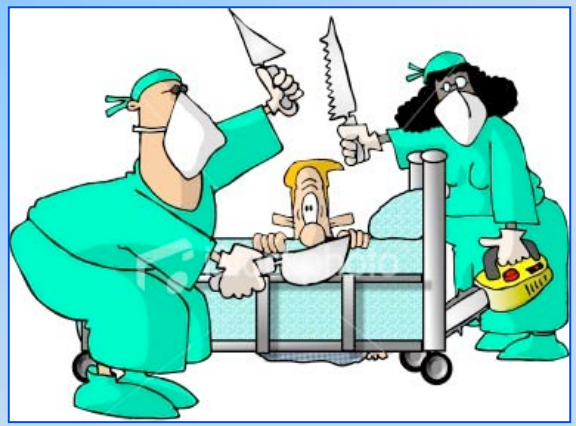
- le relazioni aventi come oggetto incidenti effettivi e potenziali per aiutare ad identificare gli indicatori di rischio quali:

1. lesioni da pressione,
2. mancato utilizzo o l'utilizzo errato di attrezzature con conseguente lesione,
3. lesione dei tessuti molli in seguito a intervento medico,

“strategie di gestione del rischio nell’ambito del WoundCare “:

4. insuccesso nell’agire su risultati clinicamente significativi,
5. diagnosi errata,
6. complicanze per le quali il paziente **non è stato preparato**.

Tingle (1997) riferisce che diversi sono i casi in cui l'assistenza fornita alle zone del corpo soggette a compressione è stata scadente negli ospedali per acuti del Regno Unito e nelle cliniche private.



Scarsa comunicazione, documentazione insufficiente e pratica superficiale sono stati i fattori concomitanti che hanno caratterizzato tutti questi casi.

Un caso……..

Corte di Appello della Louisiana, 1997

paziente ricoverato in reparto di terapia intensiva a seguito di un incidente d'auto, non indossava la cintura di sicurezza ed era stato sbalzato dal veicolo.

Il chirurgo ortopedico aveva provveduto a confezionare un'apposita
imbracatura al fine di controllare il sanguinamento e stabilizzare la frattura pelvica.

Il paziente era rimasto in quell'unità per dieci giorni ed era stato in seguito trasferito in un reparto di medicina generale.

All'ingresso in questo reparto l'infermiera/e annotò sulla cartella che un terribile odore proveniva dall'imbracatura senza peraltro preoccuparsi di indagare oltre né di accertare la causa di questo odore né tantomeno procedeva a notificare il fatto al medico.

Dodici giorni dopo l'incidente, il paziente fu trasferito in un centro specializzato per la riabilitazione e qui, al suo ingresso, l'infermiera/e che lo esaminò notò una larga, maleodorante ulcera da pressione su entrambe le natiche, ulcera che richiese un'immediata toilette chirurgica.

Ma la lesione era così estesa che non fu possibile al chirurgo completare la procedura in una sola seduta, come da protocollo.

Seguirono, nei dieci mesi successivi, tredici interventi per ripulire la lesione,
interventi sfiguranti e demolitivi risultanti in una consistente disabilità alla persona.

LA SENTENZA di CONDANNA:
il paziente ha subito un danno
gli atti e omissioni degli operatori sanitari sono stati considerati la **causa primaria** della lesione e del danno subito dal paziente.

I FATTI:

L'alto grado di rischio per Ldd non era stato registrato nella cartella infermieristica.

Né tanto meno era stata trovata traccia di una diagnosi infermieristica sullo stato della cute

Né era stata trovata traccia di un obiettivo infermieristico avente come oggetto la prevenzione di lesioni della cute.

Documentazione E RISCHIO

Per la legge tutto ciò che non è scritto è come se non fosse mai stato neanche pensato

ERRORE

di esecuzione di una azione ("errors")

Slip
azione non in accordo con l'intenzione

Lapsus
errore conseguente a fallimento della memoria

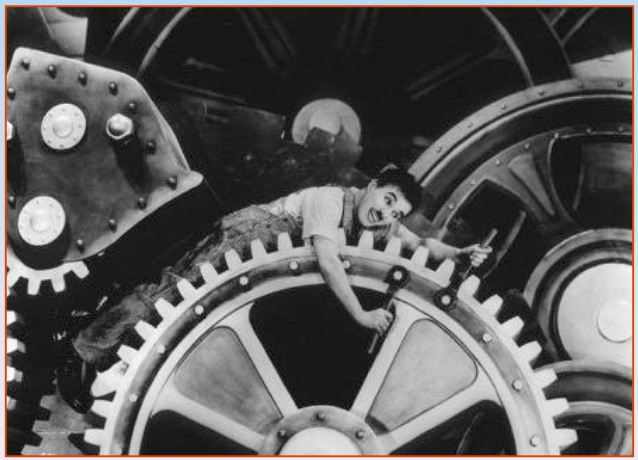
di pianificazione delle azioni (mistakes")

Ruled based Mistakes
si è scelta la regola sbagliata per un'errata percezione della situazione

knowledge based mistakes
mancanza di conoscenze o loro scorretta applicazione al caso clinico

necessario diffondere una cultura della sicurezza che veda le sue fondamenta nella formazione, nell'informazione, nell' integrazione di tutto il personale coinvolto.

Integrare e condividere le informazioni per prevenire gli errori significa creare un flusso di dati tra i vari componenti dell' organizzazione sanitaria, quali: le U.U.O.O./servizi, il gruppo di coordinamento per la gestione dei rischi, il comitato valutazione sinistri e le altre aree di risk management (URP, Servizio Prevenzione e Protezione, Ufficio qualità, farmacovigilanza,, ingegneria clinica, ecc.)



Il progetto di monitoraggio, prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione è oggi presente in quasi tutte le Aziende Sanitarie che hanno avviato la politica

di Risk Management

Gea e Leo (disegno di Luca Enoch)

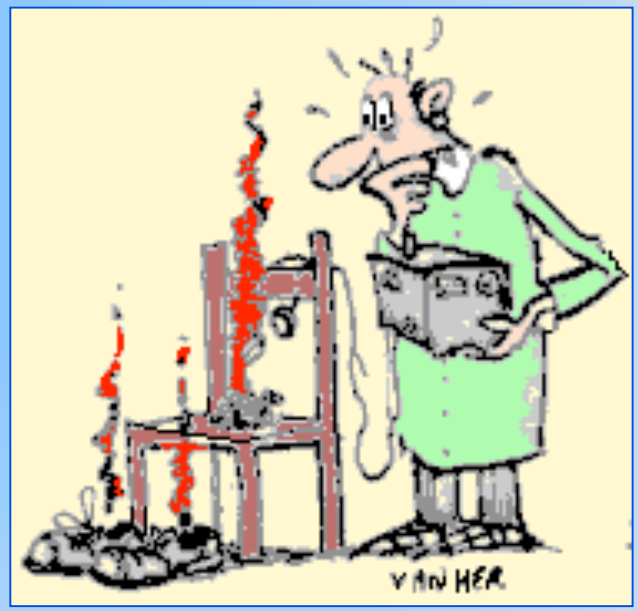
Nello specifico, la gestione del rischio clinico legato alle lesioni cutanee, necessita di una strategia condivisa a più livelli in grado di prevedere i rischi e gli errori e proteggere dai danni:

- Pianificazione e valutazione del rischio di contrarre lesioni cutanee
- prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee
- definizione di responsabilità e competenze
- gestione e manutenzione delle apparecchiature e dei dispositivi e presidi
- gestione della documentazione
- coinvolgimento attivo del paziente al processo di cura
- coinvolgimento dei familiari e dei caregiver
- coinvolgimento e addestramento del personale di supporto
- definizione delle job describtion: chi fa che cosa
- stesura di protocolli e procedure condivise basate sulle migliori evidenze
- corretta scelta dei presidi
- metodologia di incident reporting
- metodologia di valutazione
- audit clinico

audit clinico LDD-**AUSL DI PIACENZA**

Raccomandazione	Criteri di audit	Come condurre l'audit
Identificare gli individui a rischio. Valutare e registrare il livello individuale di rischio di sviluppare le LDD.	Come è stato valutato il livello di rischio? La valutazione del rischio è effettuata a tutte le persone entro le prime 24 ore del ricovero? E' effettuata ogni 7 giorni o al variare delle condizioni cliniche? I risultati della valutazione sono stati documentati o registrati?	In cartella infermieristica è documentato il risultato della valutazione del rischio? Se le condizioni del paziente si modificano, c'è la registrazione della rivalutazione?
Chi effettua la valutazione del rischio.	I membri del team sono stati addestrati in modo adeguato alla valutazione del rischio?	Almeno un membro del team per qualifica ha svolto un programma di addestramento specifico?

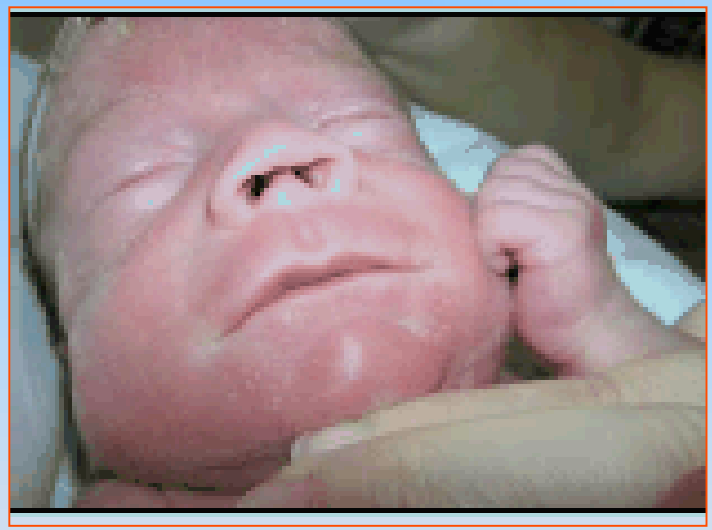
Raccomandazione	Criteri Di Audit	Come Condurre L'audit
Piano di riposizionamento del paziente	C'è evidenza che i pazienti valutati come a rischio sono mobilizzati?	La scheda di prevenzione delle LDD riflette il piano di mobilizzazione individuale? Osservare la pratica.
Formazione degli operatori sanitari	I diversi componenti del team sono stati addestrati alla prevenzione del rischio di decubito e al trattamento delle LDD? Chi era incluso nell'addestramento?	Chiedere dei referenti del team specificatamente formati (medico, infermiere). Chiedere agli operatori circa la loro formazione.
Educazione dei pazienti	I pazienti ed i familiari sono educati riguardo: La valutazione del rischio da lesione e strategie preventive?	Chiedere ai pazienti Chiedere agli operatori cosa è compreso delle informazioni fornite



Le lesioni da decubito per allettamento sono l'esempio più eclatante ma le lesioni cutanee in ospedale, causa di eventi avversi, abbracciano un campo molto più vasto.

Basti pensare alle lesioni traumatiche da caduta accidentale da iniezioni errate, da vaccini,

alle lesioni da errato uso di dispositivi (ustioni, compressioni, …),



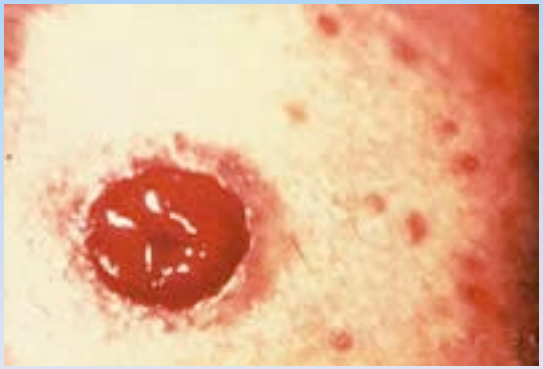
depressione del setto mediano del naso dovuta all'uso prolungato di occhialini per erogazione di ossigeno

iatrogene da stravaso di farmaci,

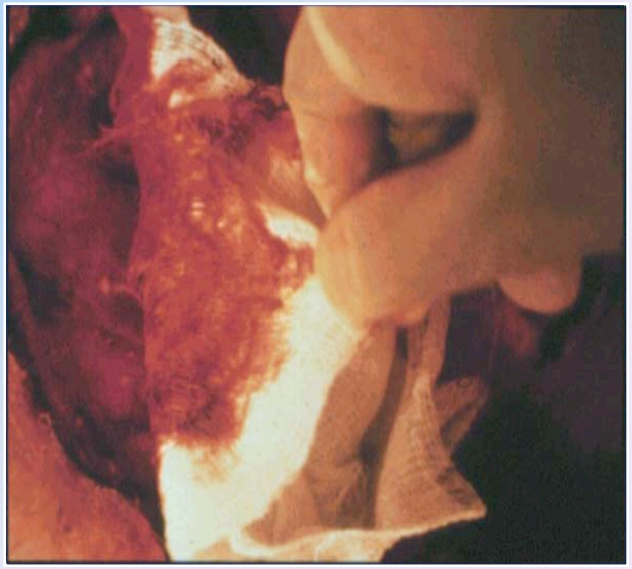
vasculite da stravaso

Tessuto necrotico successivo a stravaso da antracicline.

lesioni procurate da errata postura in sala operatoria, da tricotomia,
alle lesioni da strappo durante le medicazioni, ……..



follicolite da tricotomia



DANNI DA FLUOROSCOPIA: SCORRETTA POSIZIONE DELLE BRACCIA

donna di 40 anni sottoposta ad ablazione cardiaca con radiofrequenza e la circa 40 minuti di fluoroscopia. Il braccio destro venne a posizionarsi verso il tubo radiogeno, a meno di 30 cm dal fuoco, ed il personale non si accorse in quanto un telo sterile ricopriva la paziente

Alla dimissione non vi era alcuna manifestazione di danno cutaneo.

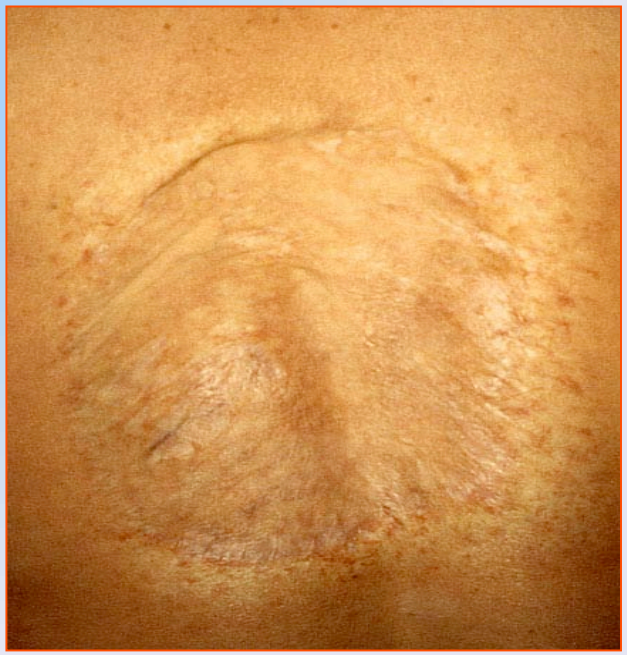
Dopo 3 settimane comparve un eritema

DANNI DA FLUOROSCOPIA: POSIZIONE DELLE BRACCIA

Le condizioni peggio-rarono e dopo 5 mesi apparve una grande ulcerazione in corris-pondenza del campo di ingresso dei RX.

Dopo 8 mesi fu necessario un trapianto chirurgico

Danno prodotto da più procedure in successione angiografia,angioplastica e by-pass coronarico, per un **tempo di scopia valutato > 120 minuti.**

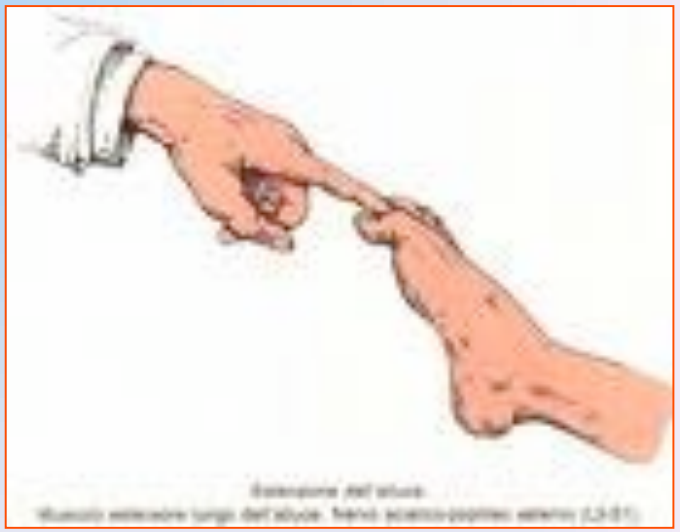


Progressione della ulcerazione in un paziente sottoposto a 3 TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) nella stessa settimana:

dopo 6 mesi; dopo 7,5 mesi; dopo 10 mesi; dopo 20 mesi; dopo 23 mesi con trapianto muscolocutaneo.

Anche le ulcere venose e diabetiche, nelle quali non sembra riconoscibile un errore, potrebbero a volte essere evitate con una educazione mirata e un coinvolgimento vero del paziente nel processo di cura.

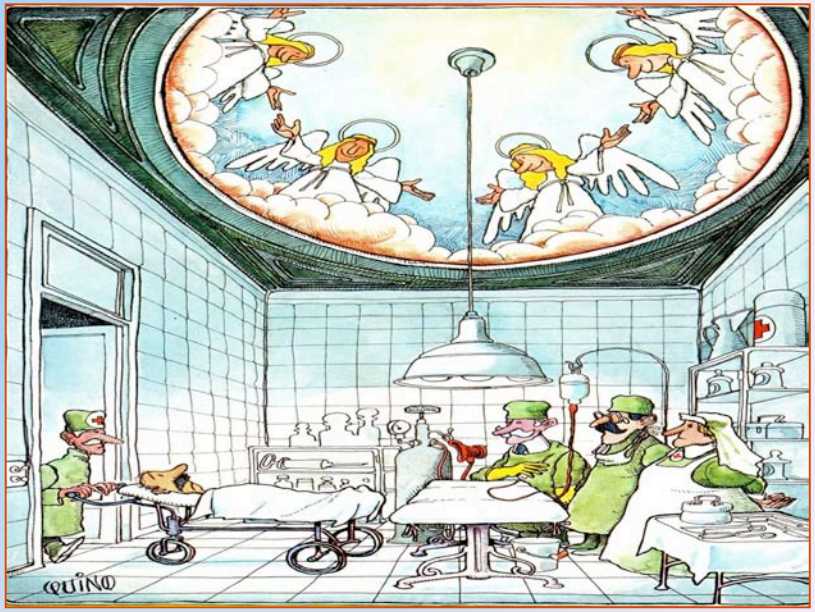
La persona consapevole dei rischi assume comportamenti atti ad evitarli, segnala situazioni
e comportamenti che possono comportare rischi in modo da favorire scelte terapeutiche appropriate.



IL TEMPO DEDICATO ALL'INFORMAZIONE, ALLA COMUNICAZIONE E ALLA RELAZIONE E' TEMPO DI CURA

La posta in gioco dal punto di vista dei cittadini:

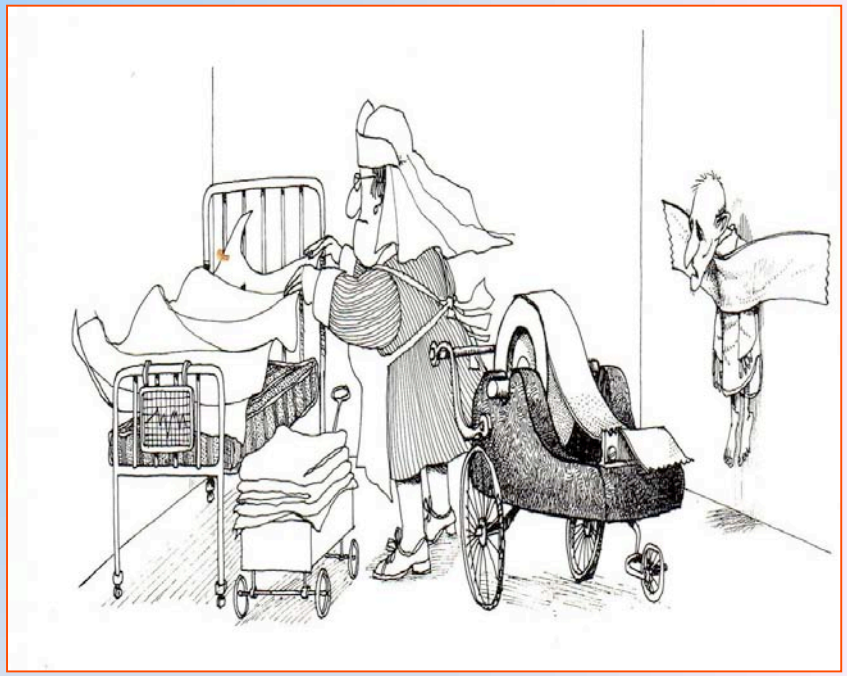
"Chiunque si trovi in una situazione di rischio per la sua salute ha diritto ad ottenere tutte le prestazioni necessarie alla sua condizione e altresì diritto a non subire ulteriori danni causati dal cattivo funzionamento delle strutture e dei servizi".



(Protocollo nazionale sul servizio sanitario proclamato nella Giornata dei diritti del malato, 1995)

La posta in gioco dal punto di vista dei cittadini:

"Ogni individuo ha il diritto di essere libero di danni derivati dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e degli errori medici, ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscono elevati standar di sicurezza".

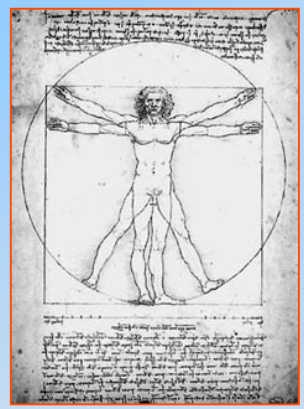


(dalla Carta Europea dei diritti del malato, Bruxelles, 15.11.2002)

I tempi esigono professionisti preparati, capaci di confrontarsi in equipe multidisciplinari e che sappiano dare garanzie sulle proprie azioni, in quanto consapevoli delle conseguenze che possono derivare dalle loro decisioni e dal modo di condurre gli interventi.

Nell’immenso campo del wound care la conoscenza va continuamente reiterata, le evidenze ci sono e sono in continua evoluzione.

L’errore conoscitivo è possibile e intrinsecamente connesso ai limiti del sapere umano ed è incolpevole se deriva da limiti nel patrimonio culturale disponibile,



ma vi è invece una responsabilità se esso deriva da negligenza nel curare la propria personale formazione e nel mantenersi aggiornati.

l'infermiere e il medico <u>hanno la possibilità e il dovere</u> di mettere in essere tutte le prerogative di autonomia e responsabilità, che si esplicano in relazione:

- alle azioni, al pensiero critico, alle prestazioni ed ai processi di lavoro esplicati nella quotidianità assistenziale,
- all'individuazione ed al mantenimento di comportamenti professionali, di conoscenze scientifiche e di abilità tecniche di alto livello qualitativo,
- alla ricerca di esperienze professionali efficaci ed innovativa,
- all'impegno verso un corretto e rigoroso utilizzo di risorse, mezzi e materiali.
- alla necessità di integrazione con le altre professioni

Maggiori problematiche:

- Acquisire, gestire e condividere le informazioni

-Tendenza a lavorare in maniera settoriale nelle diverse articolazioni funzionali di un'organizzazione sanitaria

-Scarsità di tempo/risorse da destinare in modo specifico al risk management

- Tendenza ad essere restii ai cambiamenti anche per scetticismo/motivi culturali.

Per superare le difficoltà di comunicazione alcune Aziende hanno adottato alte tecnologie sofisticate di segnalazione degli eventi avversi

Segnalazione del tipo di evento:
caduta,
scomparsa paziente,
comparsa piaghe da decubito,
ecc.

Elaborazione dati

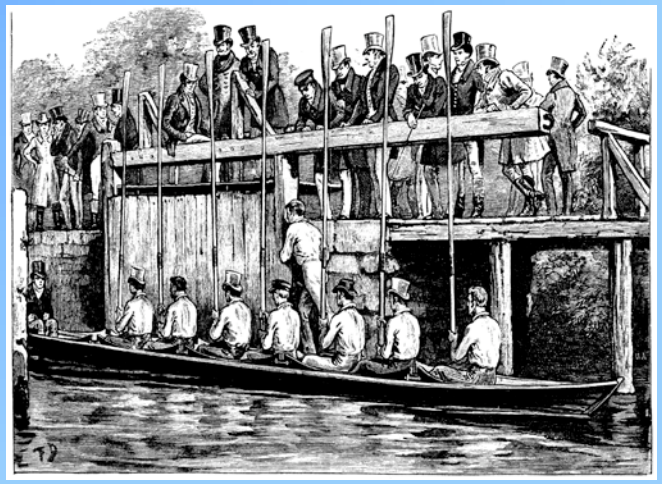
Attenzione però ad un altro rischio…….

Quello di esasperare chi lavora sul campo con controlli e supervisioni **non precedute** da una vera presa di coscienza del problema

C’era una squadra italiana di canoa….”

Una società italiana ed una giapponese decisero di sfidarsi in una gara di canoa con equipaggio ad otto uomini.

Entrambe le squadre si allenarono e quando arrivò il giorno della gara ciascuna era al meglio della forma, ma i giapponesi vinsero con un vantaggio di un chilometro. Dopo la sconfitta il morale della squadra italiana era a terra. Il Top manager italiano decise che si sarebbe dovuto vincere l’anno successivo e mise in piedi un gruppo di progetto per investigare il problema.

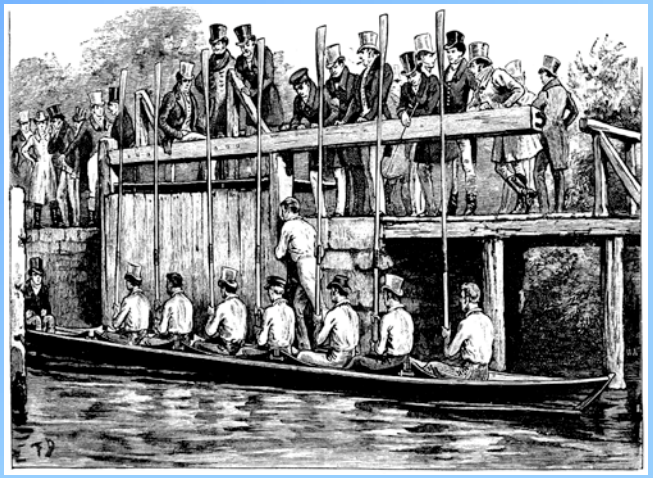


Il gruppo di progetto scoprì, dopo molte analisi, che i giapponesi avevano sette uomini ai remi ed uno che comandava, mentre la squadra italiana aveva un uomo che remava e sette che comandavano.

In questa situazione di crisi il Top manager dette una chiara prova di capacità gestionale: ingaggiò immediatamente una società di consulenza

Dopo molti mesi di duro lavoro, gli esperti giunsero alla conclusione che nella squadra c'erano troppe persone a comandare e troppe poche a remare.

Con il supporto della relazione degli esperti fu deciso di cambiare immediatamente la struttura della squadra. Ora ci sarebbero stati quattro comandanti, due supervisori ed uno ai remi.



Inoltre si introdusse una serie di punti per motivare il rematore.

"Dobbiamo ampliare il suo bagaglio tecnico, incrementare il suo ambito lavorativo e dargli più responsabilità".

L'anno dopo i giapponesi vinsero con un vantaggio di due chilometri.

La società italiana licenziò il rematore a causa degli scarsi risultati ottenuti sul lavoro, ma pagò un bonus al gruppo di comando come ricompensa per il grande impegno profuso.

La società di consulenza preparò una nuova analisi dove dimostrò che era stata scelta la giusta tattica e che anche la motivazione era buona, ma che il materiale impiegato doveva essere migliorato.

Al momento la società italiana è impegnata a progettare una nuova canoa!

L'organizzazione dovrebbe avere come obiettivo specifico quello di agevolare il lavoro del professionista mettendogli a disposizione strumenti adeguati e aggiornati, eliminando situazioni di stress fisici e mentali, facilitando la comunicazione e lo scambio di informazioni.

Risultati sorprendenti di una ricerca statunitense per conoscere quali erano le squadre che riuscivano ad apprendere meglio e perché.

Lo studio comparativo tra otto équipe infermieristiche di due ospedali utilizzando fattori di comparazione quali :

. le capacità del dirigente infermieristico di ogni équipe,
. l'equilibrio e lo stato d'animo,
. il livello personale di soddisfazione di ciascun infermiere.

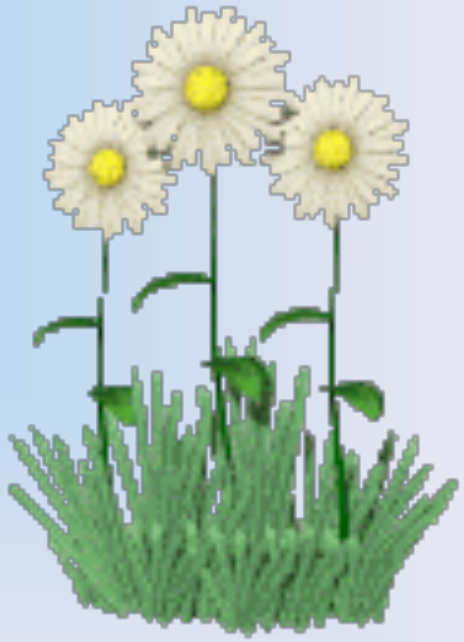
La Edmondson aveva annunciato che i risultati sarebbero stati scontati: le équipe più "felici", più equilibrate, stabili, con un dirigente capace avrebbero senz'altro denunciato meno errori.

Il risultato fu tutt'altro.

Amy C. Edmondson, Administrative Science Quarterly

Dice la Edmondson: "Ho perso del tempo a capire che cosa c'era di sbagliato ma alla fine mi sono resa conto che i dati indicavano il livello di tranquillità e di fiducia, la mancanza di disagio, nel riportare gli errori".

Le squadre con il più alto numero di errori dichiarato erano quelle più integrate e con buone relazioni interpersonali sia con i colleghi che con i dirigenti i quali erano capaci di creare un atmosfera informale, aperta, rilassata.



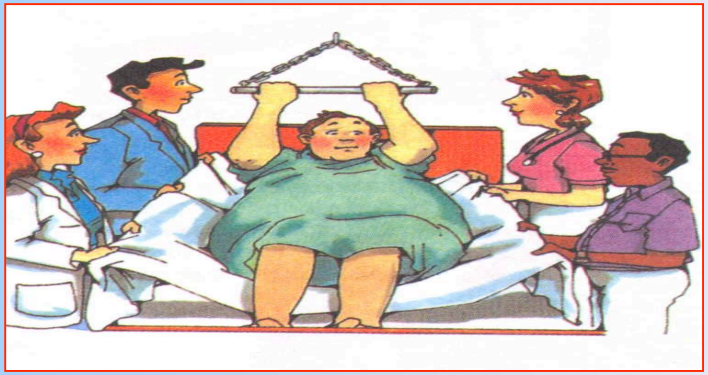
... “evitare errori è un ideale meschino:

è dalle nostre teorie più ardite, incluse quelle che sono erronee, che noi impariamo di più: nessuno può evitare di fare errori;

la cosa più grande è imparare da essi”.

K. Popper

L'OSPEDALE SICURO SARA' REALTA':

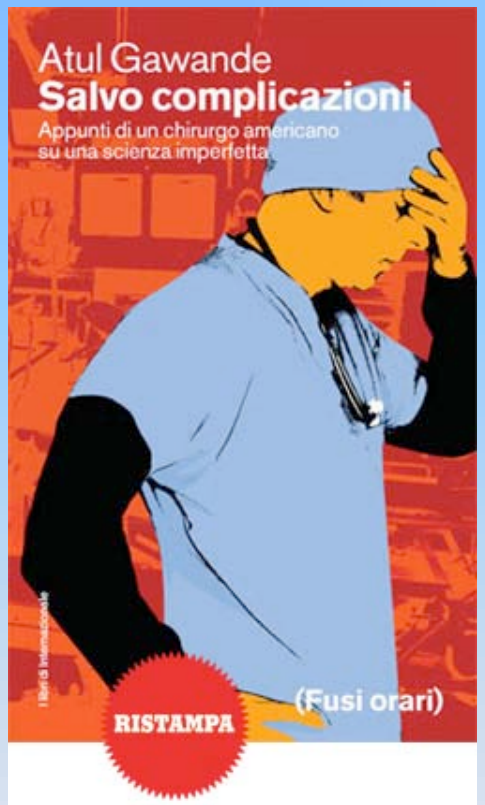


- Se ci sarà la disponibilità a investire in formazione e informazione
- Se si cercherà il coinvolgimento di tutti Se ci sarà la disponibilità a rivedere e modellare i processi
- Se ci sarà il coraggio di comunicare gli errori e di investire in prevenzione

L'OSPEDALE SICURO RESTERA' MIRAGGIO:

- Se ci si limiterà alla ricerca del colpevole
- Se si continuerà a usare lo "scaricabarile"
- Se si continuerà a pensare che procedure e protocolli sono perdita di tempo
- Se non si troverà il giusto tempo e il giusto modo per comunicare

Il confronto con le differenti professionalità, competenze, ruoli, percorsi formativi, linguaggi utilizzati, culture, e anzianità anagrafiche e professionali è un duro lavoro e non certo facile a realizzarsi……



"vorremmo che la medicina fosse una disciplina ordinata, regolata dalle conoscenze e dalle procedure. Ma non è così.

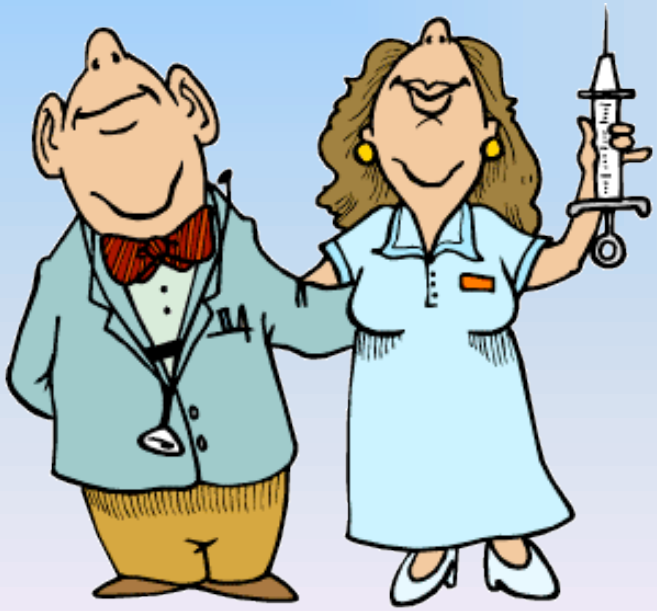
E' una scienza imperfetta, un impresa che si basa su conoscenze in continua evoluzione, su informazioni imprecise e su individui che possono sbagliare proprio quando la vita delle persone è in pericolo.

Senza dubbio c'è qualcosa di scientifico in quello che facciamo, ma c'è anche la routine, l'intuizione, e a volte tiriamo ad indovinare.

Il divario tra quello che sappiamo e quello a cui miriamo esiste ancora e complica tutto quello che facciamo"

(Atul Gawande: Salvo Complicazioni, ed. Fusi orari 2005)

Il terreno di incontro è quell' ampio spazio che corrisponde alla deontologia e all'etica professionale
ove i professionisti sanitari tutti, perché vadano oltre, devono ricercare la dimensione positiva e costruttiva del loro comune impegno.



Concludendo…..

"Primum non nocere“

è

l'imperativo etico delle professioni sanitarie e a questo si attengano, con coscienza e buona fede, tutti gli operatori sanitari.

“Dobbiamo cercare di costruire un sistema che renda facile fare le cose giuste

e

difficile fare quelle sbagliate”

J.C.Misson – Nursing Australia

Grazie, Giovanna Baccillieri