



# Anatomia dell'errore e fattori di rischio

**Marco Rapellino**

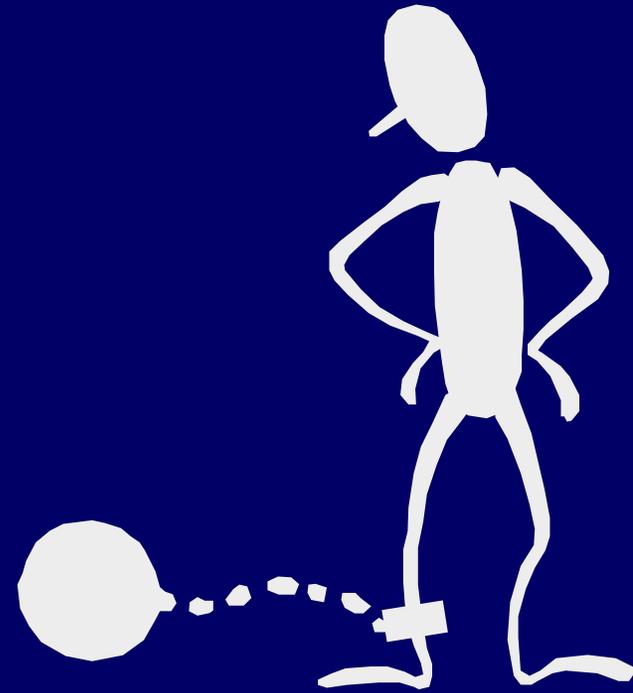
**Direttore SC Qualità e Risk Management**

**ASO S.Giovanni Battista, Torino**

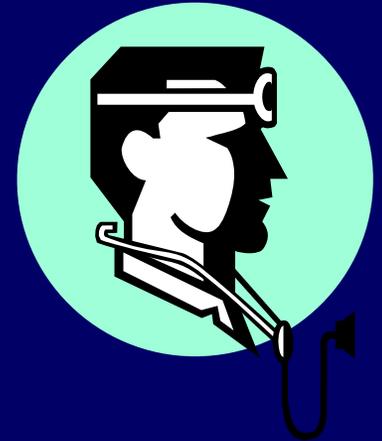
- **Tutti gli esseri umani sono fallibili**
- **Gli errori sono presenti nelle teorie e nelle pratiche più diffuse**
- **Si deve imparare dagli errori**
- **Oltre all'autocritica, anche le critiche degli altri sono utili**
- **Criticando gli altri, ricordiamoci che anche noi commettiamo errori**
- **Gli errori devono essere segnalati in modo chiaro e specifico**

**Mc Intyre, Popper 1983**

**L'errore medico è spesso attribuito al fattore individuale o strettamente professionale. E' evidente che da un punto di vista legale e/o giuridico emergano anche responsabilità individuali, ma questo non esime dal ragionare su problemi di sistema o organizzazione che possono favorire l'errore evidente**



Fino agli anni 70, la medicina non disponeva di tecnologie avanzate, e quindi la semeiotica fisica, il colloquio col paziente e il ragionamento clinico erano alla base del processo diagnostico. L'errore era "individuale"



Oggi l'osservazione diretta del malato è meno determinante per le notevoli possibilità offerte dalla tecnologia strumentale di porre diagnosi precise. Le terapie inoltre sono più sofisticate e selettive. L'errore è "collettivo"



James Reason con il suo modello del “formaggio svizzero” e con la divisione in errori attivi e latenti (i primi legati alla persona, *all'ultimo colpevole*, i secondi che intervengono quali cause remote e che attingono alla sfera organizzativa) stabilisce una modalità di approccio sistemico alla valutazione degli eventi avversi



**Gli errori attivi sono causati da azioni guidate da intenzioni non appropriate (mistakes e violazioni), e azioni non legate alle intenzioni (slips e lapses). Queste ultime sono dovute a problemi *legati all'attenzione*, all'omissione o all'inversione di sequenze di operazioni (slips) oppure a fallimenti di memoria (lapses)**

**Rasmussen, 1987;  
Reason, 1991**



**L'attenzione esprime il grado di tensione mentale di un individuo. L'attenzione rivolta in una sola direzione può portare a migliorare l'azione e inibisce le altre attività che potrebbero distrarre. D'altra parte l'eccessiva specializzazione dell'attenzione può essere di ostacolo alla professione**



**E' provato come esistano fattori psico-fisici che regolano e facilitano l'attenzione:**

- **stato di riposo**
- **isolamento dell'oggetto dagli stimoli perturbatori dell'ambiente**
- **novità dell'oggetto**
- **interesse fondato su un'esigenza sentita**



**Il livello individuale di stress, il sovraccarico di lavoro o l'errata valutazione delle capacità dell'individuo, così come la monotonia e la ripetitività delle mansioni, riducono la capacità di reazione nelle situazioni di emergenza**



**La mancanza di attenzione genera di solito slips o lapses in situazioni “famigliari” e porta a compiere azioni ad un livello “skill based” (interferenza su uno schema preordinato, incapacità di riprendere uno schema interrotto, malfunzionamento della memoria prospettica, confusione legata alla percezione di cose simili, ma non uguali)**

**L'attenzione diminuisce la sua importanza in situazioni meno abituarie dove possono avvenire mistakes a livello rule based (applicazioni di regole sbagliate o inadatte o sconsigliate per una determinata situazione, eccesso di informazione, applicazione di regole già testate in passato e ritenute poco adatte)**

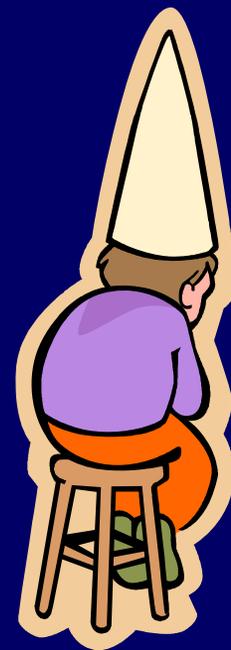
**La mancanza di attenzione è ininfluente sia sugli errori knowledge based cioè dipendenti da conoscenze incomplete o sbagliate, sia sulle violazioni. Esse possono essere di routine o eccezionali. Alcune violazioni nascono da fattori determinanti specifici, quali il desiderio di dimostrare superiorità nell'interno del gruppo o di emulare prestazioni fuori dal comune, senza conoscere a fondo i presupposti che hanno indotto l'azione stessa**

**Nel processo professionale abilità e competenza sono doti indispensabili ed è indubbio come la crescita di tali doti rafforzi anche l'autostima, portando in assenza di un controllo continuo, ad un eccesso di fiducia nelle proprie capacità**

**Dubium sapientiae initium**

**René Descartes**

**Spesso è l'organizzazione ad evidenziare gli errori attivi e le cause prossime di errore, facilmente riconoscibili ed attribuibili, per isolare un colpevole qualunque ed evitare turbative al sistema**



**Reason (2001) studia questo modello organizzativo, evidenziando l'esistenza nelle strutture sanitarie di una "sindrome da sistema vulnerabile", caratterizzata da tre elementi che interagiscono tra di loro e si autoperpetuano: la colpevolizzazione degli operatori, il diniego dell'esistenza dell'errore sistemico e la ricerca di indicatori esclusivamente economici e di produttività**

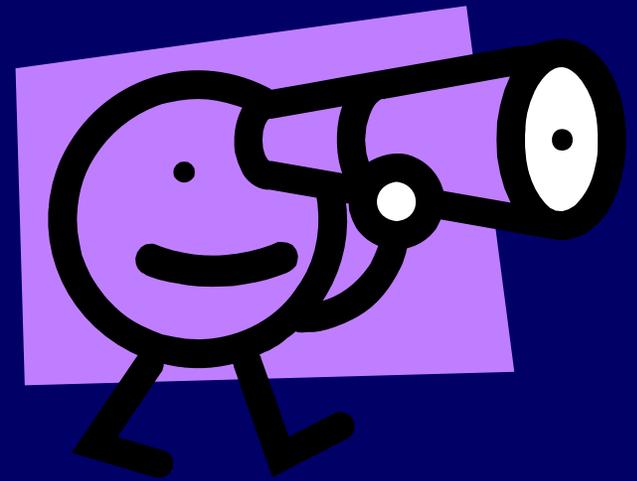
**La colpevolizzazione degli operatori in prima linea ha diversi aspetti: chi sbaglia, come già detto, viene quasi sempre ritenuto disattento, distratto, inadatto alla funzione, incompetente o irresponsabile; le spiegazioni dell'errore non sono quasi mai ascoltate o comprese; l'errore è attribuito alla libera scelta della singola persona**

**E' opinione comune che l'errore capiti a persone che sbagliano di natura; l'errore visto a posteriori è chiaramente ritenuto prevedibile ed evitabile nella maggior parte dei casi. La colpevolizzazione dell'ultimo attore porta ovviamente alla negazione da parte della struttura direttiva della debolezza del sistema, provocata da punti critici insiti nel processo**

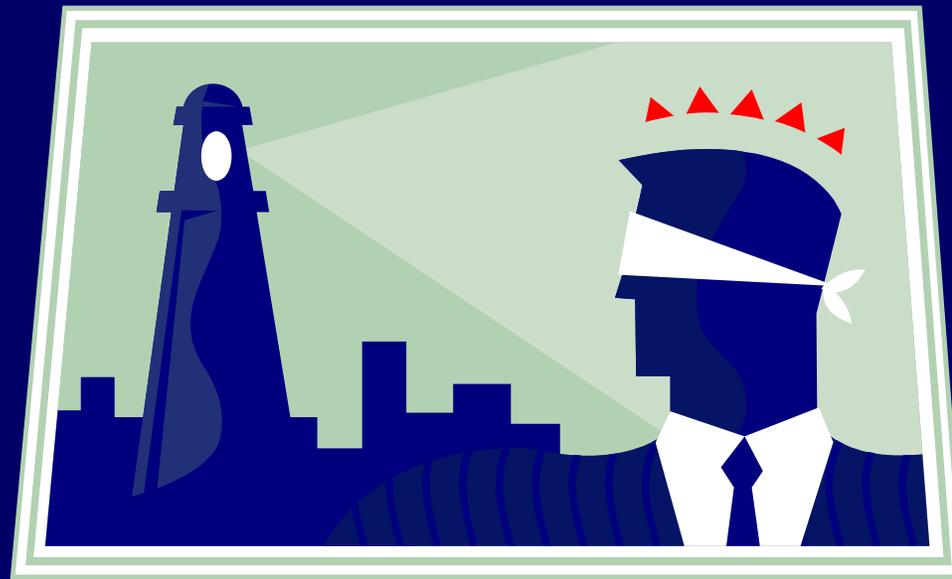
**La cultura della sicurezza del paziente a livello di tutte le organizzazioni sanitarie può essere di tre tipi: ideativa, patologica o burocratica**



**L'ideativa è rara ed è caratterizzata da azioni di valutazione ed analisi dei processi, con conclusioni riferite all'alta direzione, per le azioni correttive. L'errore viene analizzato e scomposto nelle varie azioni, cercando di rivelare i punti critici del sistema**



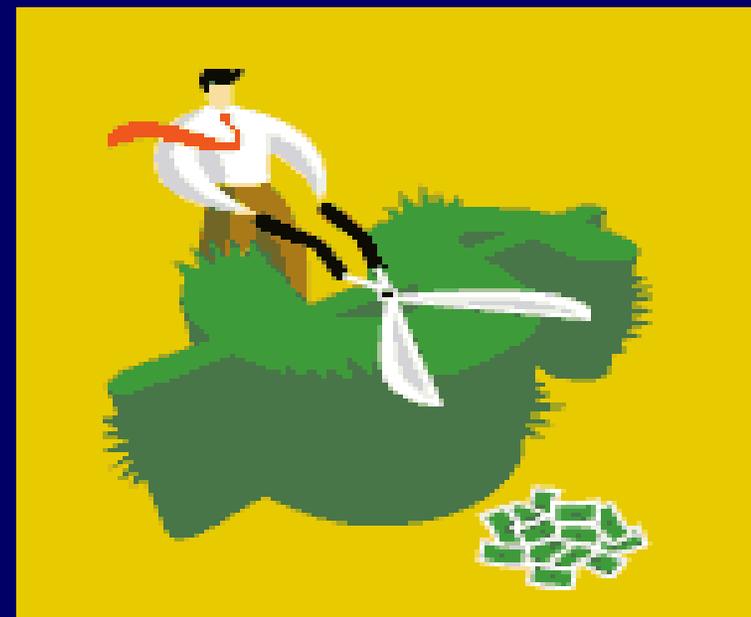
**La “patologica” mette a tacere eventi sentinella, imbavaglia segnalazioni, non riconosce responsabilità collettive, non vede l’errore di sistema, trova sempre un colpevole (e a volte lo crea !), scoraggia nuove iniziative**



**La burocratica è la più comune, anche a livello sanitario e si pone nel mezzo alle due precedenti. Di solito non copre o nasconde eventi sfavorevoli, ma rende problematiche le iniziative nuove sulla sicurezza creando appunto difficoltà di tipo burocratico**



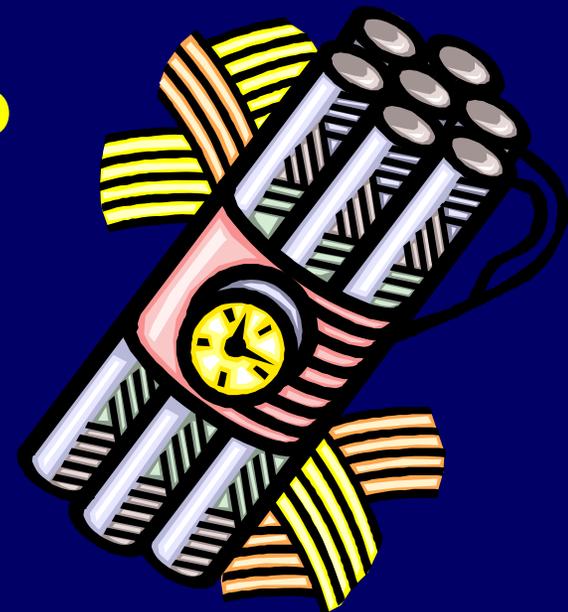
**Nelle ultime due organizzazioni, quindi, messe a tacere eventuali iniziative di miglioramento di qualità riguardanti il rischio sanitario, i manager possono dedicarsi a perseguire quello che Reason definisce l'errato modello di efficienza in sanità**



**I manager della sanità vivono di solito di report numerici che confortano la loro certezza di “agire bene”. Spesso sono osservati indicatori che hanno notevoli limitazioni. Questi indicatori non consentono di individuare i punti critici insiti nel sistema**

510784.36  
2.719372  
98.1

**Frequentemente azioni che raggiungono direttamente obiettivi settoriali positivi, soprattutto di produttività, possono avere sul sistema, effetti invece drammaticamente negativi o addirittura catastrofici**



**Per affrontare in maniera globale una gestione del rischio in Ospedale o in generale in Sanità, bisogna che la Direzione Organizzativa delle Strutture Sanitarie passi dal concetto del “speriamo che nessuno sbagli” al “facciamo in modo che pochi sbaglino”. Un importante passo è la identificazione dei fattori di rischio che facilmente possono portare all’errore attivo**

# **Fattori di rischio generali**

## **Legati al paziente**

- **Paziente fragile o con pluripatologie**
- **Paziente incosciente o scarsamente orientato**
- **Paziente disautonomo con patologie emergenti**
- **Paziente con problemi culturali e linguistici**
- **Paziente che non aderisce in tutto o in parte al progetto terapeutico**

# **Fattori di rischio generali**

## **Legati agli operatori**

- **Difficoltà nel seguire istruzioni**
- **Violazioni di regole**
- **Autoreferenzialità**
- **Mancata supervisione**
- **Eccesso di supervisione**
- **Mancato coordinamento**
- **Morale basso, burn out**
- **Scarse gratificazioni**
- **Carico di lavoro eccessivo**
- **Scarso lavoro di gruppo**

# **Fattori di rischio generali**

## **Legati al sistema**

- **Sindrome del “fare bene, tutto e subito”**
- **Numero di operatori insufficienti**
- **Scarso addestramento o inserimento al lavoro**
- **Gruppo di operatori nuovo o inesperto o non omogeneo**
- **Elevato turn-over del personale**
- **Scarsa continuità assistenziale**
- **Procedure o protocolli inesistenti o esigui o ambigui o non applicati**

# Fattori di rischio generali

## Legati al sistema

- **Assenza, non validazione, non applicazione, non monitoraggio di Linee Guida**
- **Mancata o inadeguata comunicazione tra operatori o tra operatori e utenza**
- **Mancata o inadeguata informazione all'utenza**
- **Mancanza o inadeguatezza di attrezzature-strumentazioni o di materiale di consumo**
- **Mancanza o inadeguatezza della manutenzione di attrezzature-strumentazioni**
- **Problemi strutturali**

# **Interfaccia operatore-organizzazione**

- **Ambienti iperdinamici**
- **Leadership non affermate, non riconosciute o multiple, con scarsa supervisione**
- **Supervisione formale e ossessiva**
- **Periodi di rilassamento alternati a stress acuto**
- **Ambienti permeati di autoreferenzialità**
- **Scarsa o errata informazione tra operatori e verso la Direzione Organizzativa**

# Interfaccia operatore-paziente

• L'informazione assente, incompleta, scorretta o frettolosa al paziente è uno delle cause fondamentali di contenzioso da parte dell'utenza. La correttezza dell'informazione evita a livello dell'utente, la non corrispondenza tra l'attesa e il risultato ottenuto. L'insoddisfazione dell'utente deriva spesso da questa non corrispondenza ed è una condizione soggettiva, che spesso porta però ad una ricerca di oggettivazione del danno percepito.

# Interfaccia operatore-paziente

- **L'informazione adeguata può produrre una situazione tale che il paziente stesso è in grado di prendere decisioni inerenti il proprio stato di salute. Può nascere quindi un rapporto medico-paziente di tipo simmetrico (adulto-adulto) che sicuramente tenderà ad aumentare la serenità dei sanitari nel loro lavoro.**

# Interfaccia operatore-paziente

**Il modo di comunicare con il paziente e i familiari e l'atteggiamento con cui si comunica sono elementi importanti. In una nostra esperienza personale più del 50 % delle segnalazioni, giunte in un anno all'Ufficio Relazioni con il Pubblico di una ASO, contenevano un reclamo riguardante un'incongruità o un presunto errore sanitario, ma contemporaneamente anche note riguardanti comportamenti scorretti degli operatori, maleducazione, mancanza di attenzione, fretta, presunzione o altro.**

# Interfaccia operatore-paziente

**• Probabilmente senza queste problematiche comportamentali, i presunti errori sanitari non sarebbero stati evidenziati o sarebbero stati attribuiti al caso o a comprensibili incidenti organizzativi. I risultati di un questionario dimostrano che il 30% dei pazienti ricoverati considera insufficiente la comunicazione con i medici**

# Interfaccia operatore-strumenti

Parlando di errore sanitario non si può ovviamente dimenticare la componente tecnica del processo (strumenti, tecnologie, attrezzature, manuali, segnali e tutti gli "oggetti" in senso lato, con cui l'operatore agisce o interagisce nello svolgimento del lavoro). In diverse specialità mediche l'operatore non è più solo l'utilizzatore degli strumenti, ma anche il profondo conoscitore della struttura tecnica, del funzionamento e della possibilità di incidenti.

# **Interfaccia operatore-strumenti**

**Un esempio tipico è il check-up iniziale di controllo della strumentazione, che deve far parte delle attività che l'anestesista svolge prima di iniziare il suo lavoro. Questa metodica, unita ad altri strumenti di gestione del rischio in anestesia, ha portato ad una drastica riduzione degli eventi sfavorevoli legati all'anestesia**

# Interfaccia operatore-strumenti

Con l'uso sempre più frequente di tecnologie complicate, bisogna indubbiamente implementare queste misure di controllo e verifica da parte degli operatori con una formazione assidua, stretti rapporti con le Ditte produttrici, interazione con professionisti, che assumono sempre più importanza in Ospedali moderni, come Ingegneri Biomedici ed Ergonomisti.

# Fattori di rischio nei vari settori della medicina

**E' ovvio che il rischio di subire eventi avversi non è uguale per ogni paziente. Sono anche estremamente diversi i fattori di rischio, che sono legati ovviamente alla situazione (emergenza), al percorso diagnostico terapeutico, all'uso di particolari tecnologie e, in ambito ospedaliero, all'area specialistica. Molti di questi fattori di rischio sono ritrovabili tra quelli generali che abbiamo riportato in precedenza.**

# Medicina Interna Ospedaliera

- **Errore meno visibile**
- **Mancaza di continuum terapeutico**
- **Aumento delle patologie croniche**
- **Aumento del turn-over dei pazienti**
- **Aumento della specializzazione per organo**
- **Cronica carenza infermieristica**
- **Turnistica degli operatori**
- **Problemi di informazione e di comunicazione  
(lettera di dimissione)**

**M.Pasquino, 2004**

# Rischio clinico da farmaco

- **Errore di prescrizione**
- **Errore di trascrizione/ interpretazione**
- **Errore di preparazione**
- **Errore di distribuzione**
- **Errore di somministrazione**

# **Chirurgia Generale**

## **Legati al paziente**

- **Caratteristiche del paziente (età, obesità)**
- **Fumo**
- **Abuso di alcool e stupefacenti**
- **Patologie complesse (insufficienza d'organo, diabete)**
- **Trattamenti farmacologici pregressi**
- **Mancata personalizzazione del paziente**

# **Chirurgia Generale**

## **Legati agli operatori**

- **Inesperienza**
- **Incompetenza**
- **Iperspecializzazione di settore**
- **Mancanza di supervisione**
- **Mancanza di comunicazione**
- **Fretta**
- **Stanchezza psichica e fisica**

# **Chirurgia Generale**

## **Legati all'organizzazione**

- **Assenza di trasparenza nelle liste di attesa**
- **Scorretta compilazione e gestione della cartella clinica**
- **Manca o non applicazione di linee guida e procedure**
- **Manca di prevenzione della TVP**
- **Assenza o insufficienza di un sistema di controllo delle infezioni**

# **Chirurgia Generale**

## **Legati all'organizzazione**

- **Interventi in urgenza**
- **Durata dell'intervento**
- **Mancata identificazione univoca del paziente**
- **Mancata revisione dei presidi usati**
- **Mancata identificazione della sede o lato dell'intervento**
- **Insufficiente documentazione alla dimissione**

# Anestesiologia

- **Mancata ricognizione delle apparecchiature**
- **Mancata ricognizione dei farmaci o presidi**
- **Mancata ricognizione del paziente**
- **Mancata presa in carico del paziente**

**Comm. Tecnica Rischio Clinico,  
Min. Salute, 2004**

# Anestesiologia

- **Malposizionamento sul lettino operatorio**
- **Mancata preparazione dell'atto anestesiológico**
- **Mancata sorveglianza durante induzione e mantenimento dell'anestesia**
- **Mancata sorveglianza nella fase di risveglio**

**Comm. Tecnica Rischio Clinico,  
Min. Salute, 2004**

# Diagnostica per immagini

## Pre-indagine

- **Indicazione al di fuori di protocolli o LG**  
Scarsa diffusione e/o condivisione di LG,  
mancanza di controllo dell'applicazione
- **Indicazione inappropriata**  
Insufficiente preparazione dell'inviante,  
“medicina difensiva”, ricerca di “scorciatoie”

# Diagnostica per immagini

## Pre-indagine

- **Difetto di comunicazione Inviante ↔ Radiologo**  
Assenza di canali di comunicazione privilegiati, ignoranza delle norme (rischi radiologici, mezzi di contrasto), autoreferenzialità
- **Difetto di comunicazione Inviante ↔ Paziente, Radiologo ↔ Paziente**  
Assenza di procedure, ignoranza delle norme (rischi radiologici, mezzi di contrasto), fretta

# Diagnostica per immagini

## Pre-indagine

### ➤ **Errore di identificazione del paziente**

Assenza di procedure sicure, calo dell'attenzione, carico di lavoro eccessivo, “rumore di fondo ambientale”

### ➤ **Insufficiente assistenza al paziente in fase di attesa**

Inadeguatezza ambientale e dei presidi, scarsità e/o impreparazione del personale, assenza di ruoli professionali adeguati

# Diagnostica per immagini

## Indagine

### Esecuzione

- **Difetti di qualità tecnica** Insufficiente preparazione del personale, carico di lavoro eccessivo
- **Difetti di qualità tecnologica** Obsolescenza
- **Esposizione elevata** Scarsa attenzione e preparazione
- **Errore di lato** Scarsa attenzione, mancanza di procedure

# **Diagnostica per immagini**

## **Indagine**

## **Interpretazione**

### **Errore Diagnostico**

**Inesperienza**

**Carico di lavoro eccessivo**

**Informazioni cliniche insuff.**

**Qualità tecnica o tecnol.  
insufficiente**

# Diagnostica per immagini

## Indagine

## Comunicazione

- **Difetto di comunicazione Inviante ↔ Radiologo**  
Esecuzione di indagini o di tecniche inappropriate in relazione al problema
- **Difetto di comunicazione Radiologo ↔ Inviante**  
Refertazione inadeguata al problema clinico

# **Diagnostica per immagini**

## **Indagine**

## **Assistenza**

**Insufficiente assistenza al paziente in fase di indagine e nel caso di emergenze legate alla procedura**

- **Inadeguatezza ambientale e dei presidi**
- **Scarsità e/o impreparazione del personale**
- **Assenza di ruoli professionali adeguati**

# Diagnostica per immagini

## PostIndagine

### ➤ Errori di trasmissione

Assenza di procedure o mancata applicazione

### ➤ Smarrimento della documentazione allegata all'indagine

Insufficiente attenzione, assenza di procedure

### ➤ Insufficiente assistenza al paziente in fase di attesa del trasporto al Reparto

Inadeguatezza ambientale e dei presidi, scarsità e/o impreparazione del personale, assenza di ruoli professionali adeguati

*Non ci si libera di una cosa  
evitandola, ma solo attraversandola*

*Cesare Pavese*