

PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO



L'arte di imparare dagli errori

L'organizzazione sanitaria è la più complessa fra le organizzazioni complesse in quanto vi confluiscano una molteplicità di potenziali rischi. Per cercare di ridurre gli eventi avversi dobbiamo imparare dagli errori, ma soprattutto dai cosiddetti 'quasi errori'

SI RACCONTA CHE EDWARD A MURPHY JR, ingegnere dell'aviazione americana (nulla di certo è noto su questo personaggio), nel 1949 durante un esperimento pronunciò la sua storica frase: "Se ci sono due o più modi di fare una cosa, e uno di questi modi può condurre a una catastrofe, allora qualcuno lo farà". Tutti noi sappiamo che l'errore non è eliminabile nelle organizzazioni complesse quali l'aviazione, la difesa militare, le centrali nucleari e l'organizzazione sanitaria. Quest'ultima è la più complessa fra le organizzazioni complesse in quanto è aperta sempre (non chiude mai, lavora 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno), è aperta a tutti (enorme gamma di attività e pluralità di competenze professionali), è in costante evoluzione, ma è complessa soprattutto per la vulnerabilità dei soggetti trattati: i malati. Pertanto, come in altri sistemi complessi simili ma con un rapporto inferiore di componente umana, anche in ambito sanitario si deve "accettare" che il verificarsi degli errori e dei danni che ne possono conseguire siano eventi possibili, componenti ineliminabili del sistema, anche se in gran parte controllabili.

Il Sistema Sanitario infatti è un sistema dinamico, articolato, adattativo, aperto, in cui agiscono in continua interazione fluida molteplici fattori fra cui: la specificità dei singoli pazienti con le loro patologie e aspettative personali sempre più alte; la complessità degli interventi sanitari a cui concorrono pluralità di competenze specialistiche; una crescente molteplicità di ruoli professionali e una interfaccia uomo/macchina/biotecnologia sempre più presente e complessa.

Questi fattori devono integrarsi e agire sinergicamente per garantire, tempestivamente, il raggiungimento di un unico obiettivo rappresentato dalla "cura del paziente"; questo si accresce le competenze tecniche dei professionisti ma aumenta anche gli step in cui si possono annidare i rischi e la possibilità di errore.

James Reason, professore emerito di Psicologia nell'Università di Manchester, definisce così l'errore umano: "L'errore è caratterizzato da una sequenza di attività fisiche o mentali che non riescono a determinare un esito desiderato, quando esse non possono essere attribuite all'intervento del caso" (Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990). **Reason distingue tra errori d'esecuzione e tra azioni compiute secondo le intenzioni e delinea così tre diverse tipologie d'errore** (Reason, 1990):

- **Slips**: errori di esecuzione che si verificano a livello di abilità. In questa categoria vengono classificate tutte quelle azioni eseguite in modo diverso da come pianificato, cioè l'operatore sa come dovrebbe eseguire un compito ma non lo fa, oppure inavvertitamente lo esegue in maniera non corretta.
- **Lapses**: errori di esecuzione provocati da un fallimento della memoria. In questo caso l'azione ha un risultato diverso da quello atteso a causa di un fallimento della memoria. A differenza degli slips, i lapses non sono direttamente osservabili.
- **Mistakes**: errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione. In questo caso è il piano stesso a non essere valido, nonostante le azioni si realizzano come sono state pianificate. Possono essere di due tipi:
 - **Rule-based mistakes**: errori dovuti alla scelta della regola sbagliata a causa di una errata percezione della situazione oppure nel caso di uno sbaglio nell'applicazione di una regola.
 - **Knowledge-based mistakes**: errori dovuti alla mancanza di conoscenze o alla loro scorretta applicazione.

Un caso che merita di essere approfondito, vista la sua importanza anche

numerica, è quello delle violazioni (Reason, 1997). **La differenza tra errori e violazioni** si basa sul concetto di "intenzionalità". Per violazioni s'intendono tutte quelle azioni che implicano un aggiramento deliberato di regole e/o codici di comportamento condivisi nel contesto (in questo caso si tratta di un comportamento intenzionale, ma non necessariamente malevolo).

Reason, nell'analisi dell'errore umano, sviluppa anche una teoria sistemica detta "**teoria degli errori**" dalla quale nasce l'idea che il verificarsi di un incidente sia frutto di una concatenazione d'eventi che hanno superato tutte le difese che erano state messe in atto. Reason ha chiarito in maniera più precisa il significato d'errore latente, attraverso il cosiddetto modello del "**formaggio svizzero**": immaginiamo un'organizzazione come formata da una serie di settori (immaginiamoli come delle fette del formaggio) che agiscono in serie, allora in ogni fetta vi possono essere dei buchi che rappresentano i cosiddetti errori. In primo luogo dobbiamo pensare a una configurazione variabile nel tempo dove i fori sono molto mobili, si aprono e si richiudono molto velocemente, e si spostano in vari punti possibili della stessa fetta.

Questi buchi mobili coincidono con gli errori manifesti o "attivi", che possono essere i più vari, ma che, di solito, non lasciano tracce né conseguenze rilevanti. Cosa diversa è rappresentata dagli **errori "latenti"** che possiamo raffigurare come dei fori nel formaggio ben più duraturi e poco mobili. Questi sono legati alla progettazione organizzativa, all'insieme delle regole che determinano le modalità lavorative. Questi fori durano molto a lungo nel tempo, fino a quando nuove procedure, linee guida, comportamenti, non vengono introdotti formalmente nell'ambiente lavorativo e applicati diffusamente.

Tutte le fette di formaggio, che nell'insieme configurano l'intera organizzazione, possono quindi contenere occasioni di errore: i cosiddetti errori "latenti", che non aspettano altro che di poter emergere. Ma ciò accade raramente, solo quando i fori nelle varie fette si allineano fra di loro e non esistono quindi più meccanismi di tolleranza e compensazione. È solo allora che, per puro caso, l'allineamento dei fori determina il passaggio da "rischio" ad "evento".

In un mondo ideale ciascun strato difensivo è intatto. La presenza di buchi in queste fette di per sé non è sufficiente a determinare un esito nefasto (Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-70). La possibilità che si verifichi un evento avverso dipende quindi dalla presenza nel sistema di "**insufficienze latenti**", ovvero insufficienze o errori di organizzazione, di progettazione, di controllo, ecc., che restano silenti nel sistema senza generare danni evidenti, finché un fattore scatenante non li renderà manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni con conseguenze più o meno gravi.

Peraltro è più facilmente individuabile, come causa diretta e immediata di un evento avverso, una "**insufficienza attiva**", un errore umano, una procedura non rispettata, una distrazione, un momento di stanchezza, un incidente di percorso che ha direttamente consentito il verificarsi dell'evento. Poiché gli errori 'attivi', insiti nella natura umana, non potranno essere eliminati in modo definitivo (ce lo ricorda il grande Seneca con il suo *Errare humanum est*), per aumentare la sicurezza del sistema è necessario agire sugli errori di pianificazione o 'latenti' (sui quali quelli attivi s'innescano) inserendo e migliorando le procedure di sicurezza, cioè le barriere.

Pertanto devono essere ideate delle barriere se si vuole raggiungere un controllo del rischio, riducendo la probabilità che si verifichino errori (prevenzione) e contenendo le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (protezione); la visione di "sistema" si contrappone alla visione di "individuo". A titolo di esempio entriamo in un immaginario ambulatorio di patologia del basso tratto genitale. Durante una colposcopia, l'infermiera 'distrattamente' versa la formalina nella ciotola per l'acido acetico. Il ginecologo nell'eseguire l'esame 'distrattamente' deterge la portio con la formalina procurando così una lesione cervico-vaginale. In quell'ambulatorio la formalina e l'acido acetico, che hanno aspetto simile, venivano forniti dalla farmacia in uguali contenitori ed erano conservati nel medesimo armadietto.

Si tratta di un evento avverso, evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente/operatore sanitario, non intenzionale e indesiderabile che ha procurato un danno alla paziente. **All'evento avverso dovrà seguire una segnalazione** con il sistema di **Incident Reporting**, l'errore verrà analizzato con uno dei metodi reattivi della Gestione del Rischio Clinico per andare a capire cosa e perché è successo, vedere ciò che si è fatto rispetto a ciò che si sarebbe dovuto fare al fine di definire ed attivare azioni che facciano in modo che quella determinata situazione non riaccada.

Immaginiamo che sempre nel nostro ipotetico ambulatorio l'infermiera distrattamente ha confuso la formalina con l'acido acetico ma il ginecologo, prima di detergere la portio, ha la sensazione olfattiva che il tampone passato dall'infermiera è imbevuto di formalina invece che di acido acetico e quindi chiede la sostituzione del tampone intercettando così l'errore ed evitando così l'evento avverso e il danno alla paziente.

Questa circostanza, definita near miss, aveva la potenzialità di determinare un evento avverso alla persona, ma poiché intercettata non ha raggiunto la paziente.

Come noto, i **near miss** (chiamati anche 'quasi incidenti') sono molto preziosi proprio perché non coinvolgono il paziente, sono indicatori importanti della vulnerabilità del sistema perché sono più frequenti degli eventi avversi,

MAURIZIO SILVESTRI*
MARGARETE TOCKNER**
LAURA GRASSELLI**

* *Direttivo nazionale Aogoi*
** *Servizio Gestione Rischio Clinico USL Umbria 2*

“
Le misure di prevenzione comprendono azioni per creare barriere al fine di rendere più facili le cose giuste e più difficili quelle sbagliate, strategie necessarie per governare l'errore

SEGUE DA PAGINA 24

L'arte di imparare dagli errori

costituiscono la base sommersa dell'“iceberg” mentre gli eventi avversi sono solo la punta.

In caso di near miss si può discutere con maggiore serenità poiché non essendoci stato danno al paziente c'è minor senso di colpa, minore attenzione a cercare giustificazioni, minore timore ad essere giudicati; è più facilmente possibile individuare i possibili fattori contribuenti e proporre le azioni correttive, preventive o di miglioramento, quindi quei cambiamenti organizzativi finalizzati ad evitare il ripetersi dell'errore e rendere più sicuro il sistema.

Nel nostro ambulatorio immaginario l'errore attivo è lo scambio dei flaconi, mentre le criticità/ errori latenti/errori organizzativi sono l'approvvigionamento e lo stoccaggio di formalina e l'acido acetico che vengono forniti in flaconi simili e conservati nel medesimo armadietto/scaffalatura e la disattenzione del personale. L'errore attivo è lo scambio dei flaconi.

Questi fattori latenti avrebbero potuto rimanere dormienti ancora per molto tempo prima di manifestarsi ma, combinandosi opportunamente con atti insicuri e situazioni scatenanti (disattenzione), hanno creato una opportunità per l'accadimento di un near miss e di un evento avverso.

Le misure di prevenzione comprendono azioni per creare barriere al fine di rendere più facili le cose giuste e più difficili quelle sbagliate, strategie necessarie per governare l'errore.

Nel nostro immaginario ambulatorio delle malattie del basso tratto genitale le azioni preventive/migliorative condivise, per rendere più difficile all'operatore di sbagliare, saranno:

- conservare la formalina in luogo separato rispetto all'acido acetico
- porre l'acido acetico e la formalina in contenitori con caratteristiche differenti (o apporre Alert)
- evidenziare sui contenitori con maggiore chiarezza la natura della sostanza contenuta
- aggiungere all'acido acetico un colorante che possa darle un colore differente dal bianco
- disporre che l'infermiera, dopo aver versato nella ciotola l'acido acetico, verifichi con l'olfatto che si tratti realmente di acido acetico e comunicarlo ad alta voce al ginecologo che a sua volta, prima di detergere la portio, dovrà verificare con l'olfatto che il tampone è imbevuto con l'acido acetico e confermarlo ad alta voce all'infermiera.

È necessario però che le procedure non siano eccessive poiché, nel giro di poco tempo, si presterebbero ad essere violate. Mentre le misure di protezione saranno necessarie per recuperare e contenere gli effetti degli errori che purtroppo continueremo a fare. Come per esempio porre vicino al colposcopio un sistema per una rapida irrigazione della vagina nell'eventualità si dovesse, per errore, detergerla con la formalina invece che con l'acido acetico.

Dobbiamo sempre ricordare che per prenderci cura dei pazienti è necessario lavorare in un ambiente 'sicuro'. Ed è anche per questo che è fondamentale imparare dagli errori ma, come detto, soprattutto dai 'quasi errori' e sviluppare una cultura di base i cui obiettivi principali sono accrescere l'efficacia delle attività mirate alla prevenzione e alla riduzione degli eventi avversi prevedibili e prevenibili e, come conseguenza, recuperare la fiducia dei pazienti nelle organizzazioni sanitarie.

Gli esempi fatti illustrano che imparare dagli errori e soprattutto dai 'quasi errori' è possibile e che questo approccio consente, in modo trasparente e non punitivo, di rendere l'assistenza ai nostri pazienti sempre più sicura. Realizzando delle barriere per controllare il rischio possiamo ridurre la probabilità che si verifichino errori (prevenzione) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (protezione), con una visione di “sistema” che si contrappone alla visione di “individuo”.

BUENOS AIRES 25-27 APRILE 2019

I Convegno italo-argentino di ecografia e diagnosi prenatale

L'iniziativa, che apre a un network fra professionisti con origini italiane, è stata una importante occasione di aggiornamento sulle tematiche materno-fetali e di confronto fra realtà con una diversa organizzazione sanitaria.

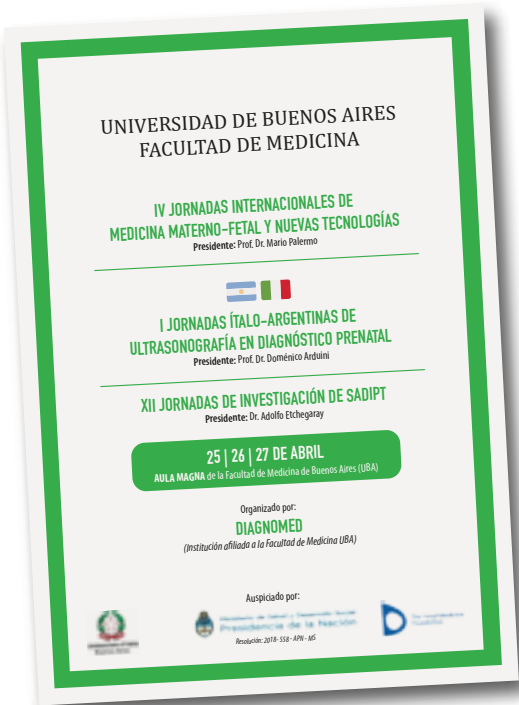
Il prossimo incontro sarà organizzato a Napoli nell'ambito del nostro Congresso nazionale

LO SCORSO APRILE A BUENOS AIRES, nella storica Aula magna dell'Università, si è svolto il I Convegno italo-argentino di ecografia e diagnosi prenatale nell'ambito di un congresso dedicato alla medicina materno-fetale ed alle nuove tecnologie, sotto l'egida del Ministero argentino della Salute, della Ambasciata d'Italia e della Fetal Medicine Foundation.

Il congresso di medicina materno-fetale è organizzato da diversi anni ed ha coinvolto molti relatori provenienti dall'Europa e da diversi Paesi dell'America Latina. È la prima volta, invece, che viene organizzato il convegno italo-argentino voluto dal dottor **Mario Palermo**, emigrato da piccolo in Argentina, e dal professor **Domenico Arduini** che da molti anni collabora con l'Università di Buenos Aires. L'iniziativa ha avuto un grande successo di pubblico con aula piena soprattutto di giovani studenti e specializzandi, dei colleghi e colleghe argentine.

I relatori invitati sono stati, oltre ai molti colleghi sudamericani, italiani provenienti non solo dall'Italia (**Gianni Monni**, **Enrico Ferrazzi**, **Elsa Viora**, **Federica Bellussi**) ma anche dagli Usa (**Giancarlo Mari**, **Vincenzo Berghella**) con l'obiettivo di creare un network fra professionisti con origini italiane.

La qualità delle relazioni è stata molto elevata con ampia discussione e partecipazione del numero pubblico presente. È stata una importante oc-



casione di aggiornamento sulle tematiche materno-fetali e di confronto fra realtà con una diversa organizzazione della sanità.

Oltre alla parte scientifica, va segnalata l'affettuosissima ospitalità di Mario Palermo e della sua famiglia che, oltre all'abbondante cocktail di benvenuto organizzato all'interno dell'Università e alla cena dei relatori, ci hanno accolti a casa loro come vecchi amici. Si è creato fin da subito un clima amichevole e molto piacevole, come se ci si conoscesse da sempre.

Siamo stati anche ricevuti dall'ambasciatore italiano a Buenos Aires e, seppure sotto una pioggia torrenziale, abbiamo potuto ammirare la bellissima villa, sede dell'ambasciata.

Il secondo incontro sarà organizzato a Napoli durante il nostro Congresso nazionale e dovremo essere all'altezza non solo come programma scientifico, ma anche come accoglienza. **(E.V.)**

