



Professione e responsabilità

Errori umani, incidenti professionali, eventi avversi e i profili di responsabilità degli infermieri. Un'analisi della letteratura

Barbara Mangiacavalli

La Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, istituita presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli essenziali di assistenza e dei Principi etici di sistema, ha elaborato il documento "Risk management in sanità. Il problema degli errori".

Tale documento, partendo da una approfondita analisi del tema del rischio clinico, fornisce una serie di riflessioni e raccomandazioni per gli operatori sanitari analizzando anche alcuni aspetti particolarmente critici dell'assistenza sanitaria.

Decisamente le cifre contenute nel documento sono allarmanti: 320.000 persone ogni anno su 8 milioni di ricoverati sono vittime di errori legati a terapie sbagliate o disservizi strutturali; circa 35000 i decessi in seguito a manovre sbagliate, diagnosi scorrette e ritardi negli interventi; 12000 le cause pendenti davanti ai tribunali contro professionisti e strutture sanitarie; 10 miliardi di euro l'anno vengono sborsati a titolo di risarcimento danni^a.

Ma, il problema degli errori, degli incidenti e degli avventi avversi è davvero nuovo nella sanità? Nel 1914 Eugene Codman venne definito eccentrico perché in pubblico sostenne che: "... - gli ospedali se vogliono migliorare devono dichiarare quali sono i loro risultati, - devono analizzare i loro risultati per trovare i loro punti forti e i loro punti deboli, - devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri ospedali, - devono dedicarsi all'assistenza di quei casi per i quali sono riconosciuti dare un buon risultato, evitando di tentare di assistere quei pazienti che presentano patologie per le quali non sono qualificati, - devono assegnare i casi

agli operatori per ragioni migliori che l'anzianità, il calendario o le convenienze di tempo..."^b

Allora, confermato che non è un problema nuovo, forse conviene modificare la modalità per affrontarlo.

Storicamente ci si è approcciati all'errore ricercando la responsabilità individuale: il focus è il **comportamento umano**; il filo conduttore era un comportamento basato su negligenza, superficialità dell'operatore, inosservanza di regole o protocolli, dimenticanze o disattenzione, demotivazione fino all'incompetenza professionale. Questo tipo d'approccio dà sicurezza perché individua il responsabile e lo punisce, è evidente a tutti e i livelli organizzativi di responsabilità hanno un ruolo sanzionatorio: la sicurezza che ne deriva, però, nel tempo è stata riconosciuta insufficiente e solo apparente perché non permetteva di analizzare ed agire sulle cause alla base dei comportamenti che hanno determinato l'errore.

Spostare invece l'attenzione dalla ricerca dell'errore attivo alla ricerca ed individuazione dell'errore latente, ovvero delle carenze del sistema in cui si svolge l'attività degli operatori, significa spostare anche il livello di responsabilità verso il gestore del sistema che costruisce l'ambiente operativo attraverso l'architettura organizzativa (linee guida e protocolli assistenziali, procedure e istruzioni operative): il focus è rappresentato dalle **condizioni nelle quali accade l'errore**. A quest'ultimo approccio dovrebbe tendere un sistema che voglia ridurre l'incidenza degli eventi avversi. Generalmente l'operatore è la causa più prossima all'evento accidentale, ma la cosiddetta root cause (causa generatrice) è da ricondurre a decisioni manageriali e scelte orga-

nizzative sbagliate. Fino ad oggi la maggior parte degli sforzi compiuti per ridurre l'errore si sono concentrati sull'individuazione di **errori attivi**, ovvero gli errori materiali compiuti dagli operatori. Ultimamente si è posto in evidenza che hanno un ruolo importante anche gli errori di origine organizzativa, i cosiddetti **errori latenti**.^c

Tale **approccio è stato definito approccio sistemico allo studio degli errori, la teoria degli errori latenti** (Reason, 2000, 2001). Il presupposto di base di questo approccio, che si è sviluppato dopo i primi anni '70, risiede nella convinzione che gli incidenti siano solo la punta dell'iceberg, che per un incidente che ha avuto luogo ce ne siano stati molti altri che non sono avvenuti solo perché l'operatore, un controllo, hanno impedito che accadesse, i cosiddetti **near miss events** (Nashef, 2003).

Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore. Perché il Risk management sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico-assistenziale del paziente: solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, contribuire indirettamente ad una riduzione dei costi delle prestazioni ed infine favorire la destinazione di risorse per creare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure medi-

che prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte” (Kohn, IOM, 1999).

Un'attività di Risk management efficace si sviluppa in più fasi: conoscenza ed analisi dell'errore, individuazione e correzione delle cause di errore, monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore, implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Nell'ambito delle teorie che si sono sviluppate per lo studio dell'errore in medicina, quella dell'errore umano propone una **classificazione del comportamento dell'uomo in tre diverse tipologie** (Rasmussen, 1987; Runcinan et al., 1993):

1. **skill-based error** (assenza, mancanza di attenzione relativa ad azioni routinarie). Tipo di comportamento riscontrabile in situazioni di routine.
2. **rule-based error** (non rispetto di norme, anche di buona pratica, definite per prevenire gli errori o ridurre gli esiti avversi). Il problema che si pone all'individuo è d'identificare la giusta norma per ogni specifica situazione attenendosi ad un modello mentale di tipo causale.
3. **knowledge-based error** (sbagliata pianificazione dovuta a conoscenze o esperienza inadeguata). È la situazione che richiede il maggior impiego di conoscenze e l'attivazione di una serie di processi mentali che dai simboli porteranno all'elaborazione di un piano per raggiungere gli obiettivi.

L'errore può nascere ad ogni livello di comportamento, ma diverse sono le cause: l'interpretazione errata dello stimolo a livello skill-based, scelta di una norma non adeguata per i comportamenti rule-based, pianificazione di una strategia non adatta a raggiungere gli obiettivi specifici della situazione a livello knowledge-based.

Sulla base del modello proposto da Rasmussen, Reason distingue tra errori d'esecuzione e tra azioni compiute secondo le intenzioni e delinea così **tre diverse tipologie di errore** (Reason, 1990):

- ❑ **errori di esecuzione che si verificano a livello di abilità (slip)**. In questa categoria vengono classificate tutte le azioni eseguite in modo diverso da come pianificate.
- ❑ **Errori d'esecuzione provocati da un fallimento della memoria (laspes)**. L'azione ha un risultato diverso a causa di un fallimento della memoria.
- ❑ **Errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione (mistakes)**. Si tratta di errori progressivi che si sviluppano durante i processi di pianificazione di strategie. Possono essere di due tipi:
 1. rule-based: si è scelto di applicare una regola o una procedura che non permette il conseguimento dell'obiettivo;
 2. knowledge-based: sono errori che riguardano la conoscenza che porta a ideare percorsi che non permettono di raggiungere l'obiettivo.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Quanto detto ci deve stimolare ad acquisire un approccio metodologico nuovo per gestire gli errori professionali, per evitare di nasconderli e banalizzarli ma per apprendere dall'errore. Solo così gli infermieri nel loro agire quotidiano mantengono un comportamento eticamente responsabile orientato a garantire la miglior assistenza possibile; in secondo luogo emerge come una buona pratica clinica ci impone di standardizzare e omogeneizzare i comportamenti al fine di ridurre quelle aree grigie dell'assistenza infermieristica dove impera ancora l'eccessiva variabilità professionale: anche i codici penale e civile prevedono, tra gli obblighi delle professioni sanitarie quello di dominare e contribuire a diffondere le informazioni rispetto al proprio patrimonio conoscitivo tra cui ad esempio i protocolli e le linee guida. Per quanto riguarda invece gli errori basati su mancanza o minore abilità e conoscenze, si deve fare appello all'impegno morale di ogni singolo professionista rispetto alla manutenzione della propria formazione e del proprio patrimonio conoscitivo oltre che definire percorsi di accoglimento

e inserimento dei neoprofessionisti. Ancora, tali riflessioni sono state possibili perché era disponibile una bibliografia ampia a cui fare riferimento: come professione sanitaria non possiamo più esimerci dal raccogliere dati, catalogarli, classificarli, analizzarli e divulgarli. Solo così contribuiamo, oltre che alla nostra crescita, anche al consolidamento del nostro patrimonio disciplinare.

BIBLIOGRAFIA

- Legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
- DM 739/94 "Regolamento concernente l'individuazione del profilo professionale dell'infermiere".
- DM 70/97 "Regolamento concernente l'individuazione del profilo professionale dell'infermiere pediatrico".
- Legge 251/00 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecnico-sanitarie, riabilitative, della prevenzione nonché della professione ostetrica".
- Armitage G. et al Adverse event in drug administration: a literature review, *Journal of Nursing Management* 2003; 11: 130-140.
- Benner P. Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing, *Jona*, 2002, 32:509-523.
- Codice deontologico dell'infermiere, 1999.
- Gamba D.V., in Linee di orientamento alla lettura del codice deontologico degli infermieri, a cura del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI.
- Greenwald L et al Malpractice and the Perinatal Nurse, *Journal perinatal Neonatal Nursing* 2003; 17(2): 101-109.
- Karch A. The naked decimal point, *American Journal Nursing* 2001; 101(12): 22.
- Keating D. Versatility and flexibility: Attributes of the Critical Incident Technique in nursing research, *Nursing and Health Sciences* 2002; 4:33-39.
- Leape L. Error in medicine, *Jama* 1994; 272:1851-1868.
- Leape L. et al System analysis of adverse drug events, *Jama* 1995; 274(1): 35-43.

- Linda H. Aiken et al *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, *JAMA* 2002; 288(16): 1987-1993.
- Miller LA. *Safety promotion and Error Reduction in Perinatal Care*, *Journal Perinatal Neonatal Nursing* 2003; 17(2): 128-138.
- Ministero della Salute, *Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. Risk Management in sanità; il problema degli errori*, Roma, marzo 2004.
- Phillips J. et al *Retrospective analysis of mortalities associated with medications errors*, *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58: 1835-1840.
- Plevani L. *Limitare l'errore di terapia attraverso la revisione del processo terapeutico*, *Scenario* 2004; 21(2): 12-17.
- Tartaglia R. et al *L'approccio sistematico e cognitivo all'errore umano in medicina*, *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie* 2002; 5(1): 4-13.
- Tilleul P. et al *Intravenous drug preparation practices: a survey in a French university hospital*, *Pharm World Sci* 2003; 25(6): 276-279.
- Vanzetta M, Valicella F. *Errori e assistenza infermieristica*, *Management Infermieristico* 2003; 3: 28-35.

^a *Risk management in Sanità. Il problema degli errori*". Sul sito: www.ministerosalute.it

^b R. Tartaglia, C.R., Tomassini, V. Abrami, M. Nerattini, L. Turco, *L'approccio sistematico e cognitivo all'errore umano in medicina in Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, 2002; 5(1): 4-13.

^c Cfr. "Risk management in sanità. Il problema degli errori"; pp. 1-10.



È evidente che...

Assistenza infermieristica ed Evidence Based Nursing

A cura di IID Caldera Luigia, IID Capalbo Adriana*

L Il codice deontologico dell'infermiere, all'art. 3.1 stabilisce che "l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze valide ed aggiornate così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci [...] promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati al fine di migliorare l'assistenza infermieristica".

Ma quanto realmente oggi l'assistenza infermieristica, in Italia e nel mondo, si basi su valide ed aggiornate conoscenze scientifiche, è oggetto di riflessione. Già nel 1991 Richard Smith, allora direttore del *British Medical Journal*, sosteneva, in un articolo¹, che gli interventi medici che si fondano su solide prove di efficacia costituiscono circa il 15% della pratica medica; riteniamo che tale considerazione possa valere anche per la pratica infermieristica. Infatti, anche laddove i risultati della ricerca esistono, non sempre gli infermieri li conoscono o comunque li uti-

lizzano come guida per la loro pratica determinando così il perpetrarsi di interventi assistenziali dei quali non è stata dimostrata l'efficacia; tali pratiche sono quindi potenzialmente inutili e/o dannose per la persona assistita, ma ugualmente costose in termini di tempo-lavoro e risorse materiali impiegate.

Per rendere più semplice l'inclusione dei risultati degli studi di ricerca nella pratica clinica si è diffuso negli ultimi 10-15 anni il fenomeno Evidence Based Practice inteso come "raccolta, interpretazione, integrazione di valide, importanti ed applicabili prove di efficacia, derivate dalla ricerca, dall'osservazione clinica e da quanto riferito dai pazienti. La migliore prova d'efficacia, insieme alle circostanze del singolo caso clinico ed alle preferenze della persona assistita, deve essere applicata al fine di migliorare la qualità delle decisioni cliniche e favorire un'assistenza sanitaria che abbia un buon rap-

porto costo-efficacia" (Evidence Based Medicine Group - McMaster University - Hamilton, Ontario, Canada)².

Negli stessi anni la medesima corrente di pensiero ha coinvolto anche l'ambito della disciplina infermieristica dando luogo all'Evidence Based Nursing; esso si propone, come principale obiettivo, di favorire il passaggio da un'assistenza infermieristica basata prevalentemente sulla **tradizione** e l'**esperienza** ad un'assistenza infermieristica basata su un **insieme di conoscenze di documentata efficacia**.

Lo scopo è quindi quello di fornire una base scientifica al "fare" infermieristico, garantendo così un miglioramento della qualità assistenziale.

Da alcuni autori³ l'Evidence Based Nursing è considerato un processo⁴ che consta di 5 fasi:

1. Formulazione del quesito