



Professione e responsabilità

Errori professionali e profili di responsabilità degli infermieri

1° parte

4

di Dott.ssa Barbara Mangiacavallo*

1. Profili di responsabilità degli infermieri

La legge 42/99, come è noto, ha profondamente modificato i parametri di riferimento della responsabilità delle professioni sanitarie non mediche.

Da un ruolo di "ausiliario" si è passati ad un ruolo di professionista a pieno titolo e quindi non più coperto dalla presenza del medico, ma soggetto a specifiche responsabilità in relazione alle attività che si è chiamati a svolgere secondo i ruoli istituzionali.

Focus sugli errori professionali

"Evitare l'errore è un ideale meschino: se non osiamo affrontare problemi che siano così difficili da rendere l'errore quasi inevitabile, non vi sarà, allora, sviluppo della conoscenza.

In effetti è dalle nostre teorie più ardite - incluse quelle che sono più erronee - che noi impariamo di più. Nessuno può evitare di fare errori: cosa grande è imparare da essi" (Popper, 1972).

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. Ma, il problema degli errori, degli incidenti e degli avventi avversi è davvero nuovo nella sanità?

Se definiamo l'errore come "azione inopportuna e svantaggiosa" oppure come "infrazione nei confronti di una regola o di una consuetudine", capiamo come l'errore ha una valenza pedagogica.

Augusto Murri nel 1902 sosteneva che una cattedra degli errori medici sarebbe di un incalcolabile beneficio e l'esame critico di questi errori costituirebbe il più utile insegnamento di logica medica.

Nel XVI e XVII secolo due medici italiani, Niccolò Leonicensi e Giovan Battista Morgagni sono stati i primi a raccogliere gli errori medici storici. Dopo di loro, Buerger e Millis, vissuti in questo secolo, continuarono una raccolta di errori in modo **casistico**, una sorta di collezione di itinerari diagnostici errati. E questo rappresenta un modo per raccogliere gli errori, l'altro è quello di interpretare gli errori in modo **sistematico**, cioè descriverli in modo critico, cercare di capire quale è il passaggio che è stato fuorviante. L'importanza dell'analisi sistematica degli errori e del loro ruolo pedagogico viene ripresa nel 1911 da Byron Bramwell che in un editoriale asserisce che "è necessario dire che non è una questione di chi fa o non fa errori; è soltanto questione di chi fa più errori e di chi fa errori più grandi. Ognuno impara dai propri errori e quando si commette un errore si dovrebbe tentare di analizzarlo e di trovarne la causa".

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...".

Scorrendo ancora le pagine di storia della medicina Ettore Debenedetti nel 1947, sulla scia di H. Wiener opera una distinzione dicotomica tra **errore della medicina**, ascrivibile esclusivamente alla ignoranza storica di fatti essenziali per l'esatta comprensione clinica del fenomeno (esempio il salasso), e **sbaglio del medico**, riferito alla incapacità del medico di giungere ad una diagnosi giusta sulla scorta di nozioni all'epoca note (imperizia, imprudenza, trascuratezza, suggestione, presunzione, ignoranza di regole convalidate). 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 di approccio da 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'even-

to accidentale, ma la cosiddetta root cause (causa generatrice) è da ricondurre a decisioni manageriali e scelte organizzative 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**². 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).

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 di 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.

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

² Cfr. "Risk management in sanità. Il problema degli errori"; pp. 1-10.



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 pianificato.
- **errori d'esecuzione provocati da un fallimento della memoria (lapses).** 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 pregressi 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.

È evidente che questa analisi ci richiama ad un nostro preciso ambito di competenza, responsabilità ed autonomia.

La competenza, la perfetta conoscenza del proprio campo e delle leggi proprie di ciascuna disciplina, costituisce il primo indiscutibile obbligo morale. In

ambito sanitario l'errore dovuto a incompetenza può recare grave danno alla salute. Esercitare la professione infermieristica oggi richiede la necessità di dominare un ampio orizzonte di conoscenze, di competenze e di abilità. Il livello di competenza raggiunto richiama alla responsabilità che l'infermiere deve/può assumere. Il termine responsabilità include il concetto deontologico di impegno: è responsabile chi risponde delle proprie azioni, ossia colui che possiede la capacità, raggiungibile da parte di ogni essere umano, di prendere coscienza delle proprie azioni e di non rinnezarle. Nessuna persona nasce già in possesso di quel bagaglio di conoscenze teoriche e pratiche che lo renderanno un individuo maturo e quindi responsabile anche di riconoscere i propri limiti e quindi richiedere l'intervento di esperti. Dal punto di vista giuridico, il richiamo al livello di competenza raggiunto fa propria una tendenza irreversibile nell'attuale analisi della responsabilità professionale: la "critica al mansionismo"; il parametro prevalente cui è rapportata l'azione professionale nelle aule di giustizia è l'efficacia dell'azione verso il raggiungimento del risultato più che un giardino operativo definito da un preciso ed omogeneo ambito di competenze e mansioni. Dentro tale approccio, la conoscenza dei propri limiti risulta indispensabile per l'infermiere che deve sviluppare capacità di autovalutazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Armitage G. et al, Adverse event in drug administration: a literature review, *Journal of Nursing Management* 2003; 11: 130-140.
2. Benner P., Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing, *Jona*, 2002, 32:509-523.
3. Gamba D.V., Rischio professionale: "malpractice" e responsabilità, *Foglio Notizie* 1999; 3: pp. 11-14.
4. Karch A., The naked decimal point, *American Journal Nursing* 2001; 101(12): 22.
5. Keating D., Versatility and flexibility: Attributes of the Critical Incident Technique in nursing research, *Nursing and Health Sciences* 2002; 4:33-39.
6. Leape L., Error in medicine, *Jama* 1994; 272:1851-1868.
7. Leape L. et al, System analysis of adverse drug events, *Jama* 1995; 274(1): 35-43.
8. Linda H. Aiken et al, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA* 2002; 288(16): 1987-1993.
9. Marelli G., L'evoluzione della responsabilità medica, in *Il medico e l'infermiere* a
10. Ministero della Salute, Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, *Risk Management in sanità; il problema degli errori*, Roma, marzo 2004.
11. Phillips J. et al, Retrospective analysis of mortalities associated with medications errors, *Am J Health-Syst Pharm* 2001; 58: 1835-1840.
12. Plevani L., Limitare l'errore di terapia attraverso la revisione del processo terapeutico, *Scenario* 2004; 21(2): 12-17.
13. Tartaglia R. et al, L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina, *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie* 2002; 5(1): 4-13.
14. Tilleul P. et al, Intravenous drug preparation practices: a survey in a French university hospital, *Pharm World Sci* 2003; 25(6): 276-279.
15. Vanzetta M, Valicella F., Errori e assistenza infermieristica, in *Management Infermieristico* 2003; 3: 28-35.

