



**ASU FC Azienda sanitaria
universitaria Friuli Centrale**

**Qualità e sicurezza:
la gestione del rischio clinico
e infettivo
nelle case di riposo**



**Mercoledì 14 - 21 ottobre 2020
Martedì 3 novembre 2020**



Errori ed eventi avversi definizioni ed epidemiologia



Dott.ssa Stefania Degan
SOC Accreditamento, Gestione Rischio Clinico VPS



Programma



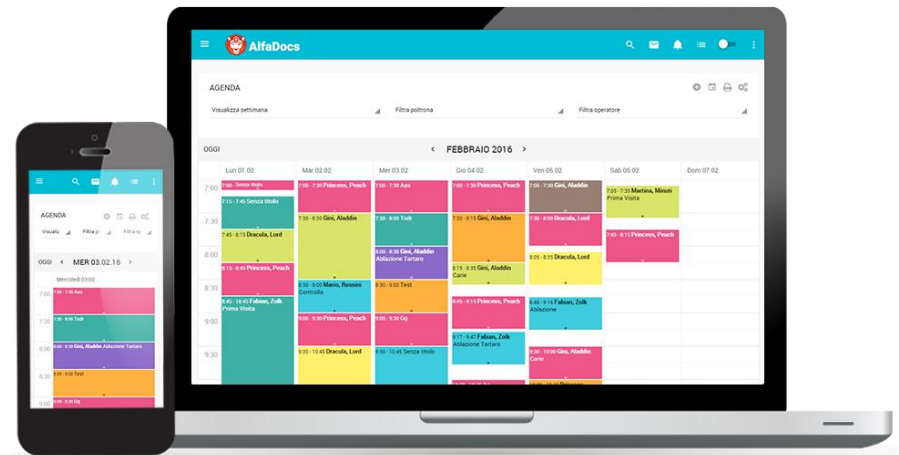
REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Programma Evento Residenziale

Qualità e sicurezza: la gestione del rischio clinico e infettivo nelle Case di Riposo
(ASUFC_20433)

Edizioni: 14/10/2020 - 21/10/20020 - 03/11/2020	
09:15 - 09:30	Presentazione del corso Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: CAPORALE DENIS Supplenti: COCCONI ROBERTO
09:30 - 10:10	Qualità e sicurezza Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: LONDERO CARLA
10:10 - 10:50	Errori ed eventi avversi (definizioni ed epidemiologia) Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: DEGAN STEFANIA Supplenti: DOIMO ANNA, MELLACE FLAVIO, SCARPIS ENRICO, TRELEANI MANUELA
10:50 - 11:30	Stato dell'assistenza Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: ARNOLDO LUCA Supplenti: DOIMO ANNA, FARNETI FEDERICO, MELLACE FLAVIO
11:30 - 12:00	La gestione del rischio clinico. Strumenti per la valutazione e gestione del rischio (incident reporting, audit clinico) Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi) Docenti: TRELEANI MANUELA Supplenti: BELLOMO FABRIZIO, DEGAN STEFANIA, DOIMO ANNA, MELLACE FLAVIO, SCARPIS ENRICO
12:00 - 12:30	Discussione Confronto/dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore (l'esperto risponde) Docenti: ARNOLDO LUCA, BELLOMO FABRIZIO, DEGAN STEFANIA, FARNETI FEDERICO, TRELEANI MANUELA Supplenti: DOIMO ANNA, MELLACE FLAVIO, SCARPIS ENRICO
13:30 - 14:15	Infezioni Correlate all'Assistenza. Definizioni ed epidemiologia Serie di relazioni su tema preordinato Docenti: COCCONI ROBERTO Supplenti: CHIRICO LUIGI, POZZI DAVIDE

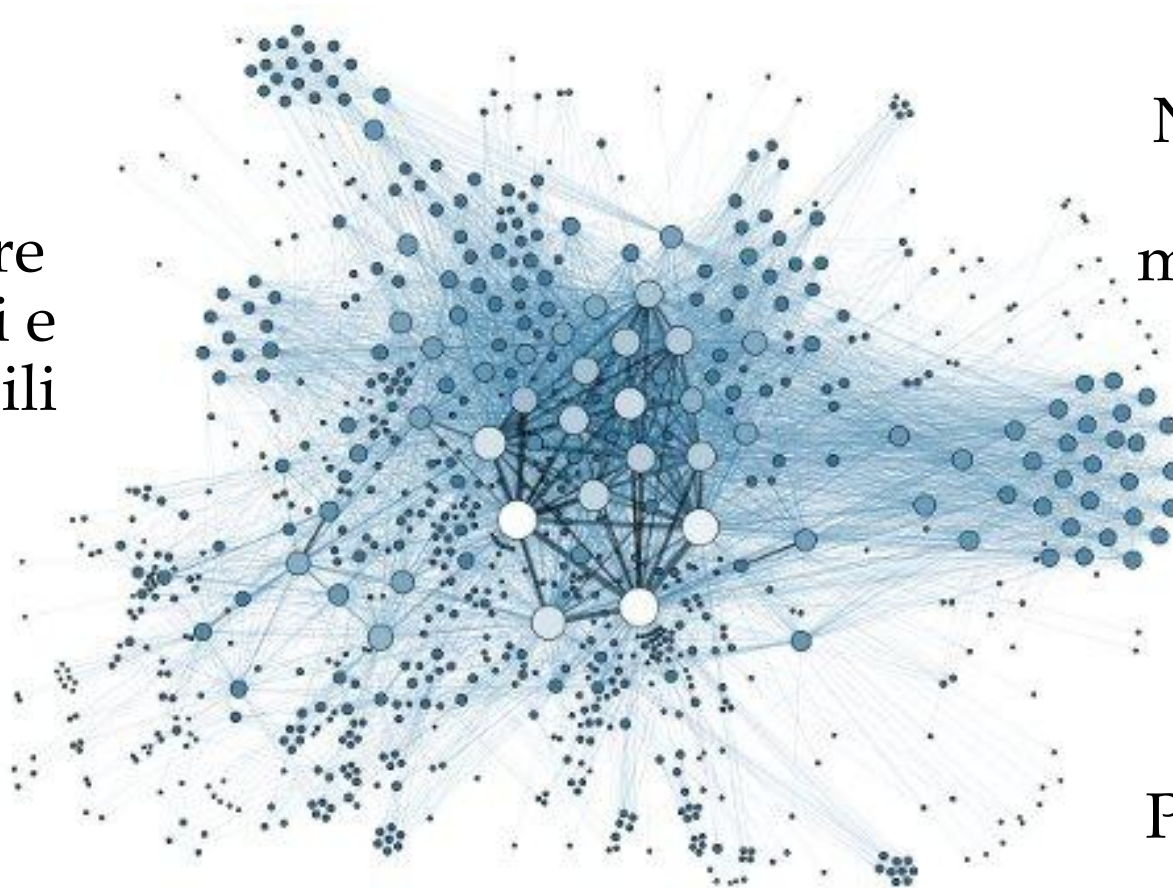
Pagina 1 di 2



Anche nel sistema socio-sanitario possono verificarsi incidenti ed errori

Processi
non sempre
prevedibili e
riproducibili

È un
sistema
complesso



Non è un
sistema
meccanico

Prevale il
fattore
umano

Il paradosso della sicurezza

- Nuovi “**miracoli**” **tecnologici** che spingono la Sanità in avanti
- Abilità di trattare **popolazioni sempre più malate**



- **Complessità** sempre maggiore dei processi
- **Cambiamento** sempre più rapido
- Tempesta di **informazioni**
- **Aspettative** sempre maggiori per outcome perfetti
- Nuove “**vulnerabilità**” del paziente

Minacce nella cultura professionale



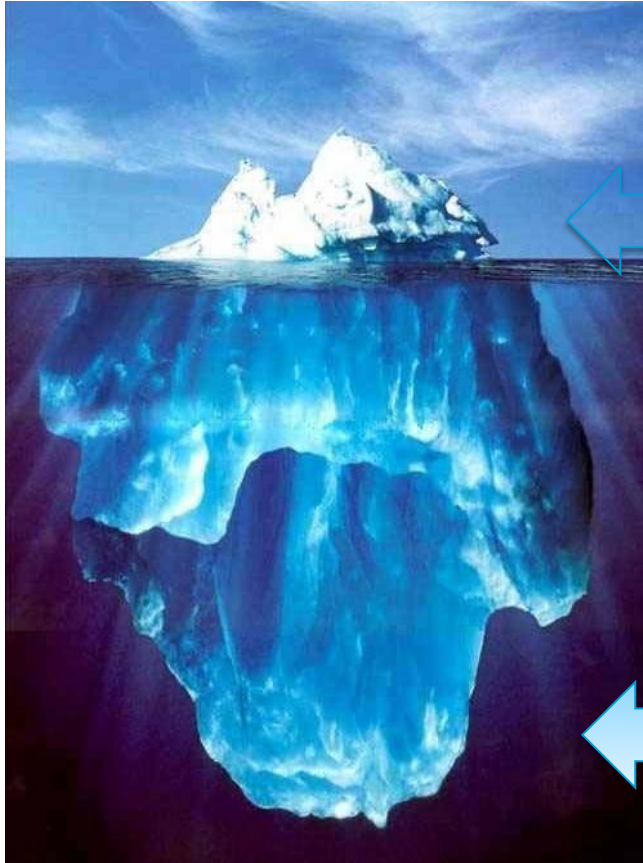
- Soppressione delle discussioni sull'errore
- Tolleranza delle abitudini errate
Scrittura a mano, conflitti medico-infermiere-personale di supporto
- Variabilità degli standard della pratica clinica
- Discrezionalità/variabilità individuale nella applicazione delle procedure
- Nichilismo terapeutico nei confronti della popolazione anziana

Ospiti / familiari e operatori collaborano insieme per



LA SICUREZZA

Clima e cultura della sicurezza



Clima relativo alla sicurezza:
segni visibili delle attitudini e delle percezioni dei lavoratori in un dato momento di tempo.

Cultura della sicurezza:
combinazione di valori, convinzioni e stili di direzione che stanno sotto la superficie e definiscono lo scenario.

Non sono facilmente visibili senza immergersi sotto la superficie.

***RIFLESSIONE SULL'ERRORE
SFIDA CULTURALE***

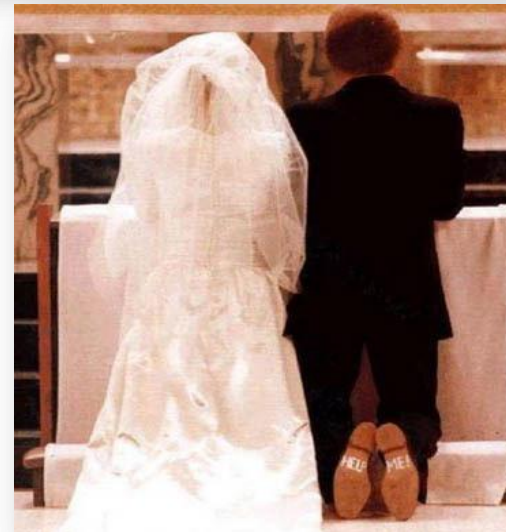
Errare è umano



Scarsa conoscenza sugli esiti



Eccesso di sicurezza



Ingenuo ottimismo

Alcune definizioni importanti



ERRORE

fallimento nella pianificazione o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato

MITI SULL'ERRORE UMANO

- I PROFESSIONISTI SANITARI LAVORANO IN MODO PERFETTO
- SE CI IMPEGNIAMO SUL SERIO, NON FAREMO ERRORI
- SE PUNIAMO LE PERSONE QUANDO SBAGLIANO, FARANNO MENO ERRORI NEL FUTURO



REALTÀ SULL'ERRORE UMANO

- TUTTI NOI FACCIAMO I PIÙ ASSURDI ERRORI OGNI GIORNO
- NESSUNO FA ERRORI DI PROPOSITO
- NESSUNO AMMETTE UN ERRORE SE DOPO VIENE PUNITO
- LA PAURA DI ESSERE PUNITI È ISTINTIVA
- UN ERRORE NON È SEMPRE DOVUTO AD UN COMPORTAMENTO SCORRETTO
- C'È UNA GIUSTIFICAZIONE PER GLI ERRORI

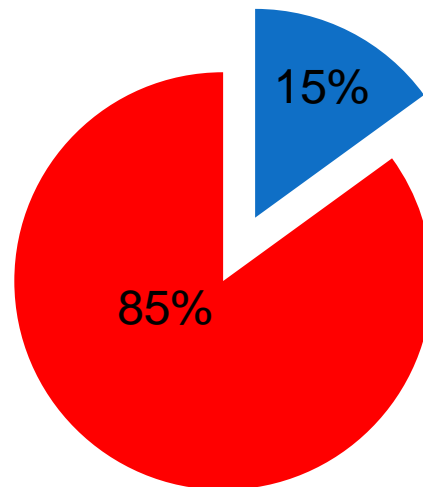


Evidenze sull'errore

Il **15%** dei problemi che hanno i pazienti nei sistemi sanitari sono dovuti ad **incompetenza professionale**.

L'**85%** ad **incompetenza del sistema**.

(Øvretveit, 2001)





Errare è umano



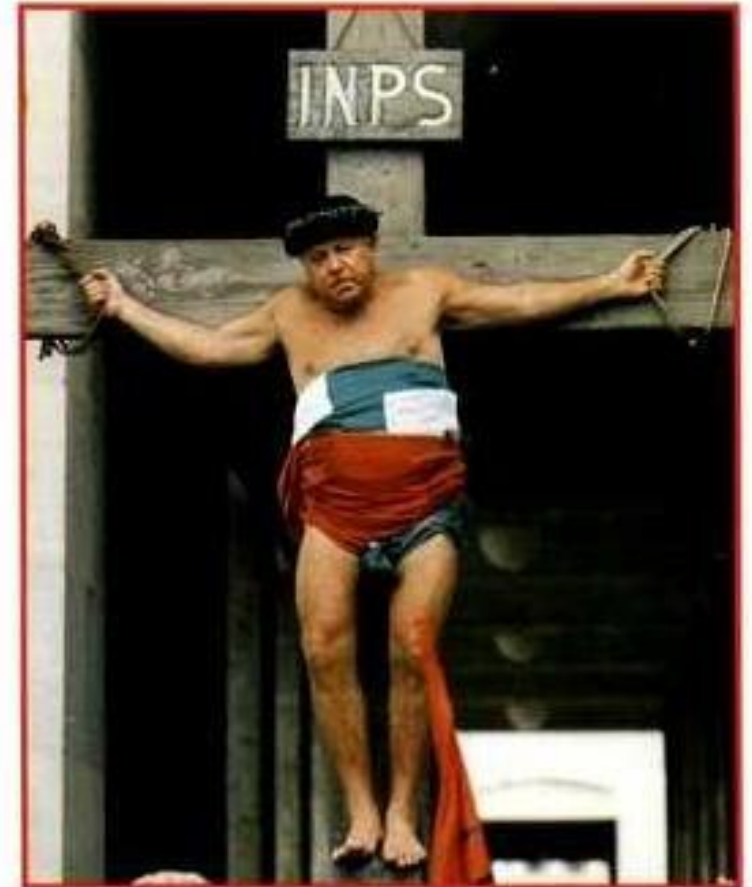
THE
DARWIN
AWARDS

Ma ancora più umano è...

... ricercare il colpevole!



BLAME





L'errore come opportunità

Per sfruttare gli errori come opportunità al fine di un miglioramento continuo della sicurezza, è necessario un passaggio culturale:



Cultura della colpevolizzazione



Cultura della sicurezza

“Non si può risolvere un problema conservando lo stesso modo di pensare che l’ha causato.”



L'errore come opportunità

**APERTURA
VERSO LA
SEGNALAZIONE
DEGLI ERRORI**



eliminare la paura di ricadute negative o punizioni da parte di chi segnala.

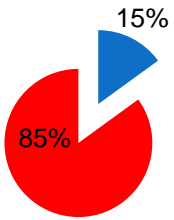


SEGNALAZIONI 

DISCUSSIONI APERTE per cercare **CAUSE DI ERRORE** e cercare accorgimenti per evitare riaccadimenti.

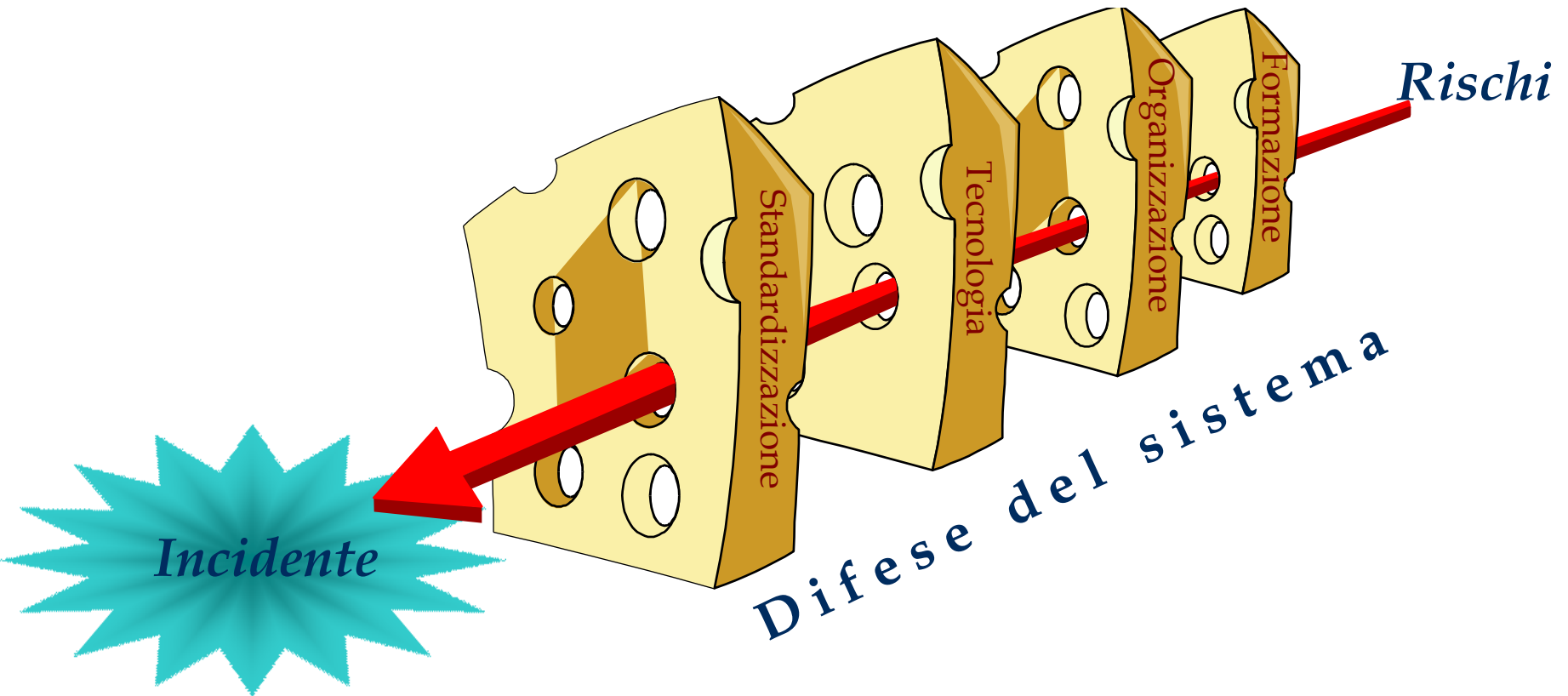
La segnalazione di un errore e l'eliminazione della sua causa permette di **evitare che l'errore si ripeta** e determini un danno a un altro paziente.





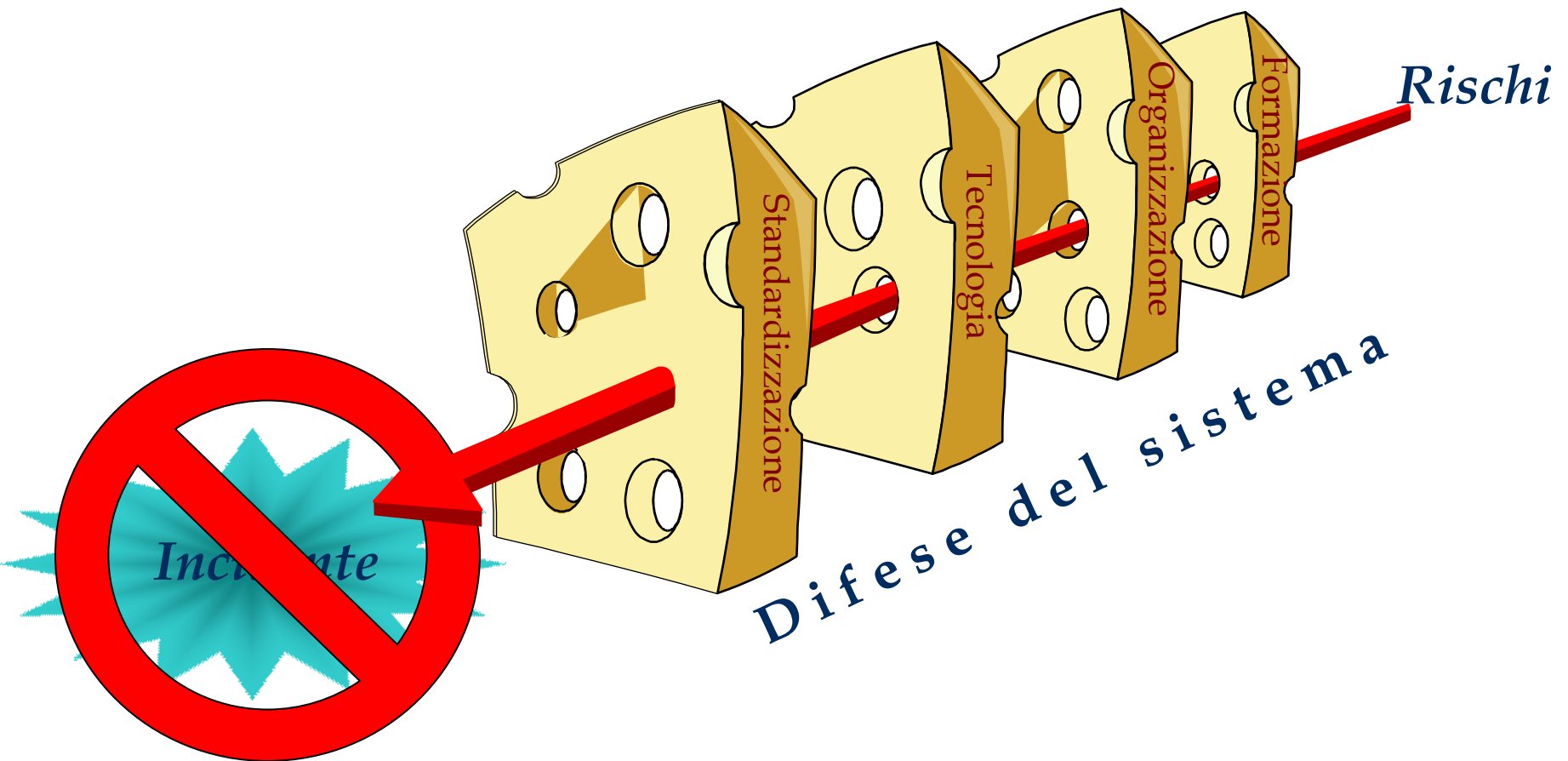
Il modello del formaggio svizzero

Gli interventi mirano a intercettare la via del potenziale evento avverso



Il modello del formaggio svizzero

Gli interventi mirano a intercettare la via del potenziale evento avverso





Dall'errore all'evento

Evento

ogni accadimento che avrebbe potuto causare o ha causato **danno** a un paziente, un visitatore, un operatore.

Danno

alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica_Ministero della Salute, 2008

Che cos'è il Rischio Clinico



“probabilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario imputabile alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”

[Institute of Medicine 2000]

Perché è importante la gestione del rischio?

Per il paziente



Questione etica, deontologica: “primo, non nuocere”

Per la reputazione e per i costi



Minori rischi significa maggior qualità e migliori performance della struttura sanitaria

Per l'operatore



Lavorare in sicurezza è utile a tutti.

Si evitano burnout e *2nd victim*



Gli eventi avversi costano: terapie, durata della degenza, risarcimenti, assenze degli operatori

Alcune definizioni importanti

Gli eventi si possono classificare in:

- **near-miss**
- **eventi senza esito**
- **eventi avversi**
- **eventi sentinella**



Near-miss [“quasi evento”]

Situazione in cui per motivi fortuiti o per “meccanismi barriera”, l’evento, che sarebbe potuto accadere, **non si è verificato**

(ad esempio: l’infermiere si appresta a somministrare un farmaco ad un ospite, la figlia dell’ospite si accorge che il farmaco non è quello che il padre abitualmente assumeva e comunica il suo dubbio all’infermiere: il farmaco non viene somministrato).

Alcune definizioni importanti

Evento senza esito

Evento che è accaduto, ma senza conseguenze negative per il paziente

(esempio: caduta di un paziente senza lesioni; somministrazione di un farmaco a dosaggio superiore alla dose indicata, senza conseguenze)

Evento avverso

Ogni caso in cui un trattamento sanitario abbia procurato **danno**, temporaneo o permanente, per la salute del paziente

esempio: caduta di un paziente con lesioni; somministrazione di un farmaco a dosaggio superiore alla dose indicata, con conseguenze)

Alcune definizioni importanti

Evento sentinella

Evento avverso di particolare gravità che causa la morte o un grave danno fisico o psicologico al paziente.



Questi eventi sono chiamati sentinella perché implicano la necessità immediata di intervenire.



La soglia di allarme è = 1



Basta che l'evento si verifichi una volta sola perché si renda necessaria un'indagine immediata, volta ad accertare se al suo verificarsi abbiano contribuito alcuni fattori che possono essere corretti/rimossi.

Eventi Sentinella

Lista degli eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

DIMENSIONI del fenomeno

Eventi Sentinella

Eventi avversi

Eventi senza
danni

Near miss

Gli eventi sentinella
rappresentano la punta dell'iceberg
degli eventi indesiderati



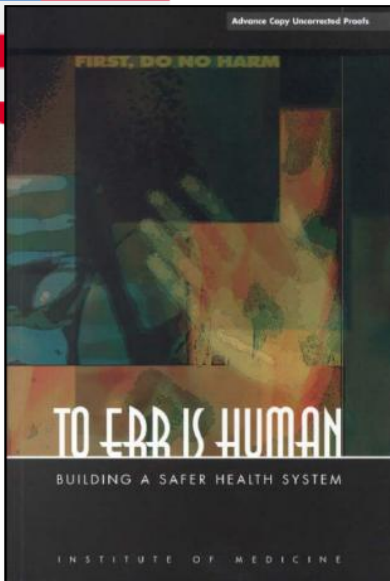
(La proporzione di Heinrich)

Epidemiologia degli eventi avversi



Epidemiologia degli eventi avversi

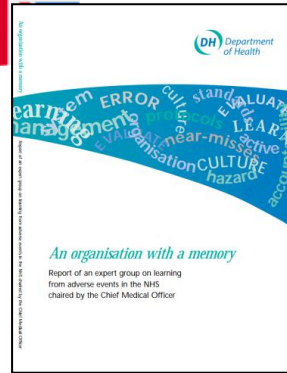
1999



98,000 †
l'anno a
causa di
errori
prevenibili



2000



850.000 eventi
avversi l'anno

Incidenza di eventi avversi in ospedale



2001

9%



2008

6%



2009

12%
(70% prevenibili)



2010

20% (eventi avversi
chirurgici)



2012

5,6%
(57% prevenibili)



2014

10%
(25% ICA, 37.000 †)

Epidemiologia degli eventi avversi

2014

PUBLIC HEALTH



http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm



8 - 12% dei pazienti ospedalizzati subisce un evento avverso
1 su 4 rappresentato da **infezioni correlate all'assistenza** (ICPA)

Ogni anno:

4,1 milioni di pazienti colpiti

37.000 † dirette

110.000 † correlate

5,4 miliardi di € di costi ospedalieri

Epidemiologia degli eventi avversi



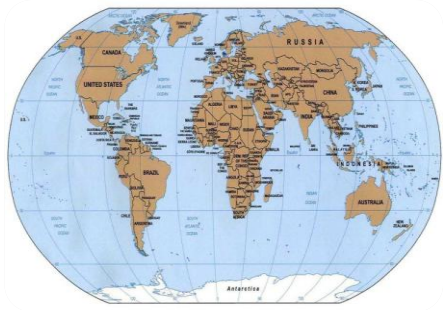
La letteratura internazionale riporta un'incidenza di eventi avversi compresa **tra il 6 e il 13%** nei sistemi sanitari avanzati (Francia: 6,6%; Regno Unito: 8,7%; Svezia 12,3%).*

- Gli eventi **prevenibili** sarebbero il **43,5%**.**

* Vincent C. "La Sicurezza del paziente". 2011

** De Vries EN. "The incidents and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care 2008; 17 (3):216-23

Epidemiologia degli eventi avversi



Gli errori in sanità provocano ogni anno 134 milioni di eventi avversi negli ospedali contribuendo a 2,6 milioni di decessi ogni anno.



Si stima che 1 paziente su 10 subisca danni durante le cure ospedaliere nei paesi ad alto reddito



1 ricovero su 4 ogni anno provoca danni ai pazienti nei paesi a basso e medio reddito.



Errori che provocano anche danni economici: i costi ammontano tra 1,4 e 1,6 trilioni di dollari all'anno.

(OMS 2019)

Epidemiologia degli eventi avversi

2012



- Incidenza media di eventi avversi: **5.2%**
 - 37,5% in area medica
 - 30,1% in area chirurgica
- Eventi prevenibili sul totale di eventi avversi: **56,7%**
- Nel **9,5%** dei casi l'evento avverso determina il decesso del paziente

Tartaglia et al. "Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in 5 grandi ospedali italiani".
Epidemiol. Prev. 2012; 36(3-4): 151-161



Eventi avversi nelle case di riposo

il **22%** dei pazienti è
vittima di un **evento**

avverso



Il **79%** con **DANNO**

Farmaco
37%

- Delirio o alterazioni dello stato mentale (12%)
- Sanguinamento eccessivo (5%)
- Caduta o traumi (4%)

Assistenza
37%

- Caduta o traumi con lesioni (6%)
- Aggravamento delle condizioni preesistenti da mancanza di cure (6%)

Infezioni
26%

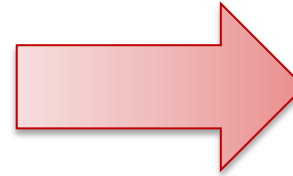
- Polmonite ab ingestis o infezioni respiratorie (10%)
- Infezioni del sito chirurgico (5%)
- Infezioni del tratto urinario associato al CV (3%)

Fonte MEDICARE, 2014



Eventi avversi nelle case di riposo

- ✓ Cadute
- ✓ Errori terapeutici
- ✓ Cure infermieristiche mancate
- ✓ Interventi ritardati o inappropriati



89%
degli eventi
avversi gravi



693 possibili fattori contribuenti

- Carenza di formazione/aggiornamento del Personale
- Incompletezza o mancanza di documentazione
- Fallimento del lavoro di squadra
- Comunicazione inadeguata



*Fonte: Factors contributing to serious adverse events in nursing homes
Anderson, Frank, et all, Karolinska Institutet, Sweden 2017*



Eventi avversi nelle case di riposo

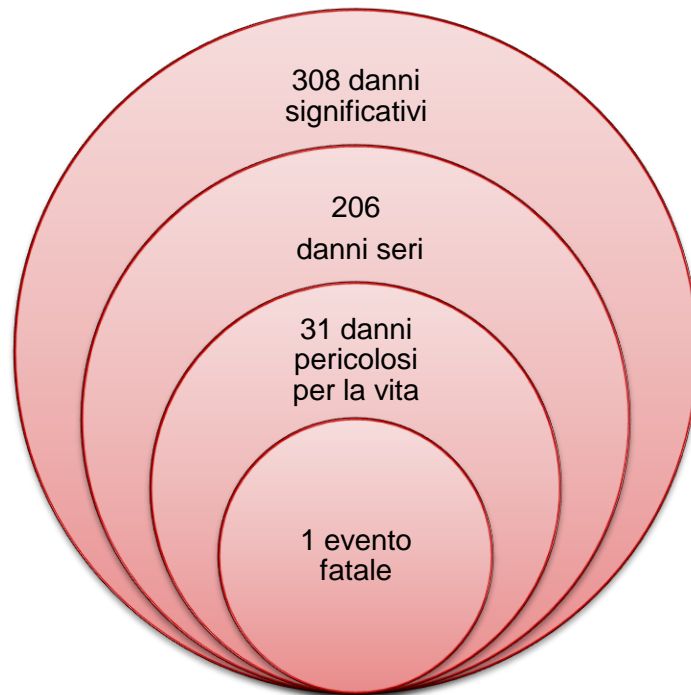
18.839 osservazioni

18 case di riposo Massachusetts



546 eventi avversi
e 188 potenziali (in 12 mesi)

**EVENTI DA
FARMACI**



51% prevenibili



Psicoattivi e
anticoagulanti

FONTE Jerry H Gurwitz, 2000



Eventi avversi nelle case di riposo

LESIONI DA CADUTA

Tra il 50 e il 75% dei pazienti
in casa di riposo cade ogni anno

Circa 1.800 pazienti
muiono a causa
delle cadute

Tra 2% e 6% delle cadute
causano fratture

Tra 10% e 20% delle cadute
provocano danni gravi

FONTE Falls in Nursing Homes. CDC, 2012



Eventi avversi nelle case di riposo

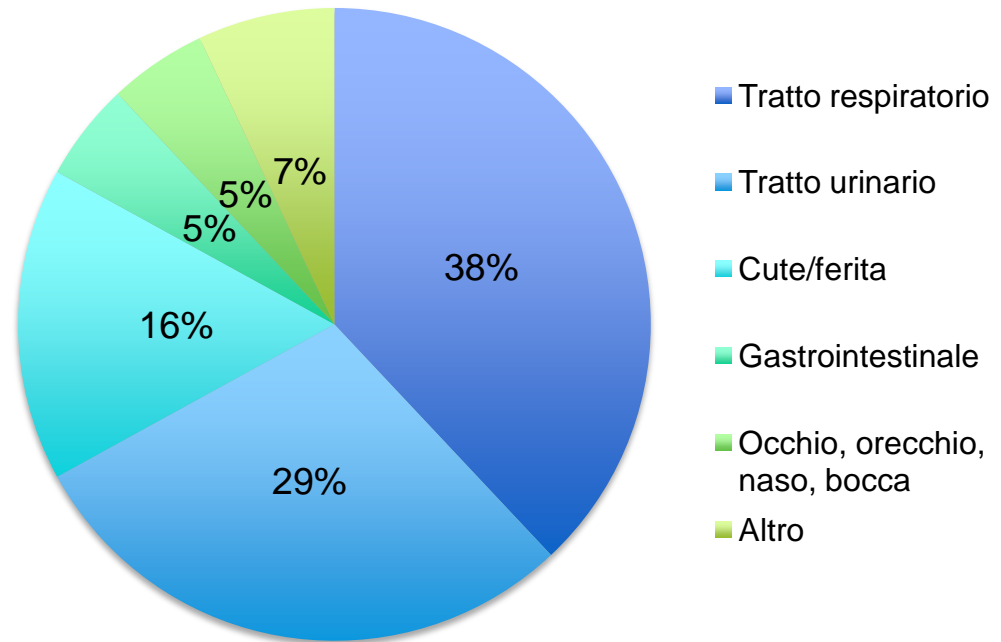
Quante e quali
infezioni correlate
alle pratiche
assistenziali
(ICPA)?

Studio del 2013
19 paesi UE
1.000 strutture



Giornata indice
1 ospite /30 → ICPA
6% degli ospiti con ICPA >1 infezione

Prevalenza di infezione (Italia)



FONTE Progetto HALT2, 2013 Report Nazionale

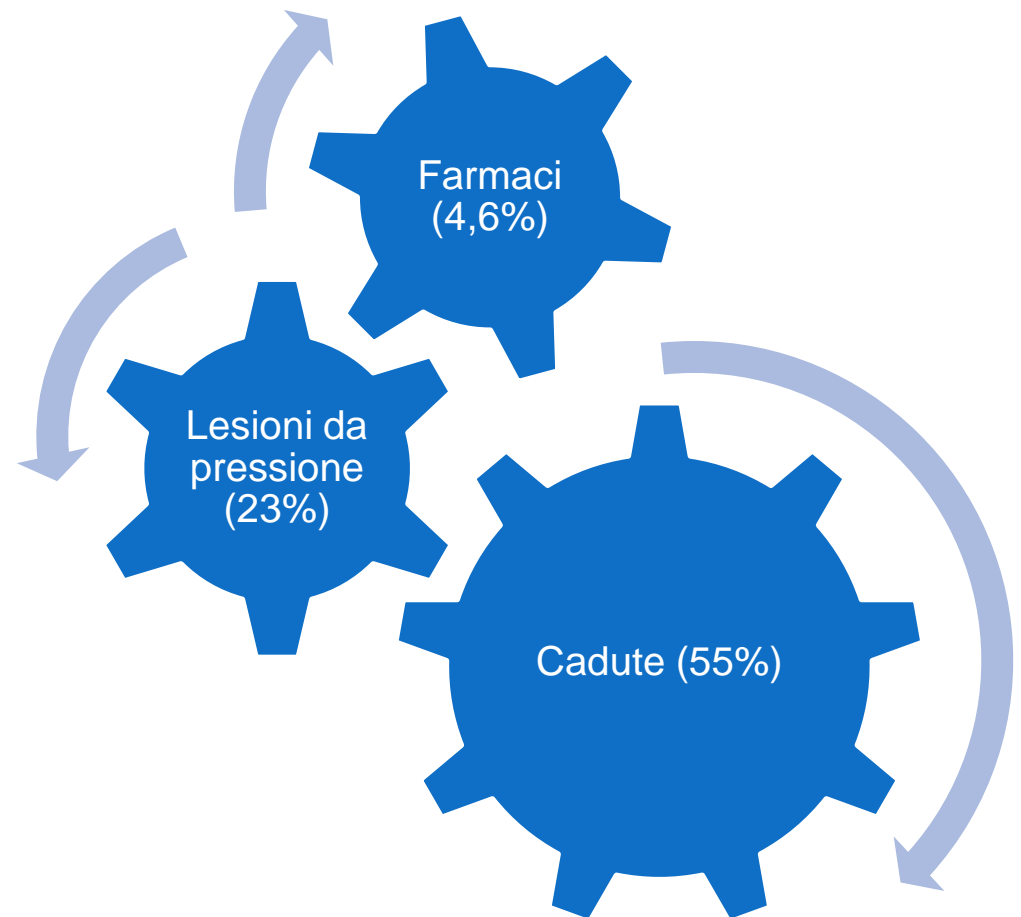
Eventi avversi in RSA

Liguria (ASL 3 e ASL 4)

821 pazienti



**1349 eventi
avversi**
(in 6 mesi)



Fonte ARS Liguria 2011

“Non saper rimediare a un errore è cosa peggiore dell’errore stesso.”

*Baltasar Gracià y Morales, 1647
Oracolo manuale e arte della prudenza*

Grazie per l’attenzione

“In qualsiasi professione, il segreto per ottenere un risultato non è evitare di sbagliare ma riconoscere gli errori e impegnarsi per trovare una soluzione.”

*Atul Gawande, 2012
Discorso tenuto al Williams college di Williamstown*

