RISK MANAGEMENT: INCIDENTI INTRARICOVERO COME EVITARLI, RESPONSABILITA' INFERMIERISTICA

POZZO LAURA

ASLTO2

H. MARIA VITTORIA

CULTURA DI RISK MANAGEMENT

RISCHI ≠ MINACCE DA EVITARE

MA

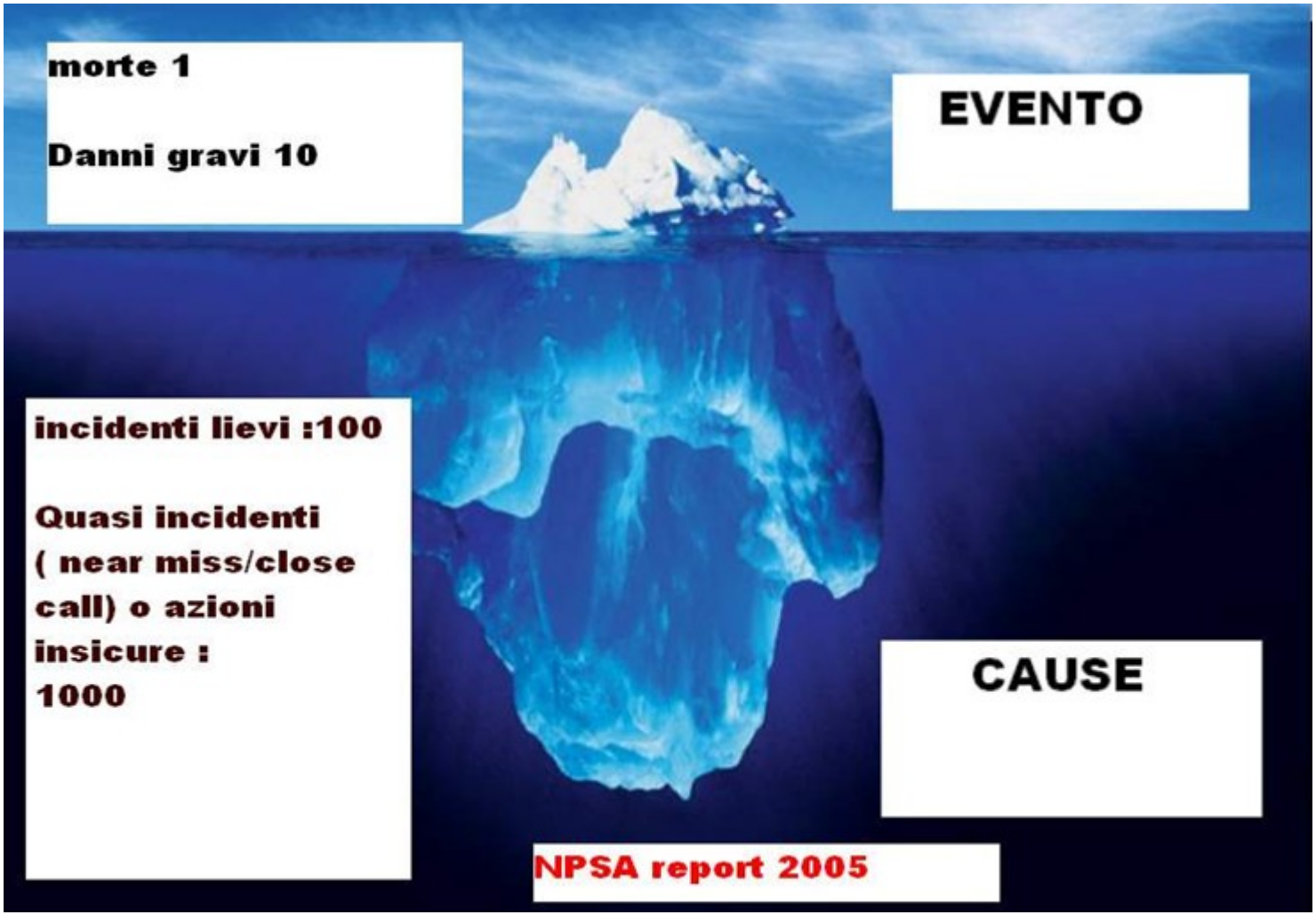
POSSONO TRASFORMARSI IN MOMENTI DI RIFLESSIONE E STUDIO VOLTI A SVILUPPARE TECNICHE DI GESTIONE E COMPORTAMENTI ORGANIZZATIVI CHE RIDUCANO L'ESPOSIZIONE

DELL'OPERATORE E DEL CLIENTE

RISK MANAGEMENT E' IL METODO CHE:

- IDENTIFICA
- VALUTA
- GESTISCE ma soprattutto…
- …**PREVIENE**

AZIONI ED EVENTI CHE POSSONO COMPORTARE CONSEGUENZE NEGATIVE


morte 1
Danni gravi 10
EVENTO
incidenti lievi :100
Quasi incidenti
(near miss/close
call) o azioni
insicure :
1000
CAUSE
NPSA report 2005

…ERRARE HUMANUM EST…

GLI ERRORI SONO POSSIBILI

SONO PECULIARITA' DEL GENERE UMANO

In ambito ospedaliero i più comuni sono:

Procedura in pz sbagliato

Procedura sbagliata in pz giusto

Reazioni trasfusionali

Somministrazione dei farmaci

Danni per cadute

Imparare a vivere con gli errori

- Prendere atto che la fallibilità è la norma
- Non tutti gli errori conducono inevitabilmente a eventi avversi
- Gli errori sono la conseguenza tanto come le cause
- Colpevolizzare, biasimare non ha valore di rimedio
- Progettare un sistema di cura per esseri umani che possono realmente sbagliare

Reason, 2003

NDC 0641-0410-21
Heparin
Sodium Inj., USP
HEP-LOCK U/P

- Nel maggio 1999 un' infermiera per sbaglio ha somministrato un bolus di insulina invece di eparina ad un paziente che non era diabetico , causandone la morte cerebrale.
- La root cause analysis (RCA) determinava “che c' era un mescolamento erroneo di flaconi multiuso sopra i carrelli dell' UTIC”
- Il risultato del RCA era lo sviluppo di un protocollo con check list per stoccaggio corretto dei farmaci, e controllo adeguato per la somministrazione.
- Lo sviluppo della checklist era molto complesso e ha coinvolto tutta l'equipe infermieristica dell' UTIC.
- Dopo l'introduzione del protocollo non sono successi altri eventi avversi ma si sono verificati due “near miss” perciò il protocollo è stato revisionato , cambiato e il monitoraggio continuato.

Academy of Health Care Management Journal, Annual, 2005 Anita Hazelwood,

D: Perché l' infermiere ha sbagliato?

R: Perché non ha prestato attenzione ad una parte importante del problema

D:Perché non ha prestato attenzione quando ha preso l' insulina invece dell' eparina?

R: Perché era stanco

D: Perché era stanco?

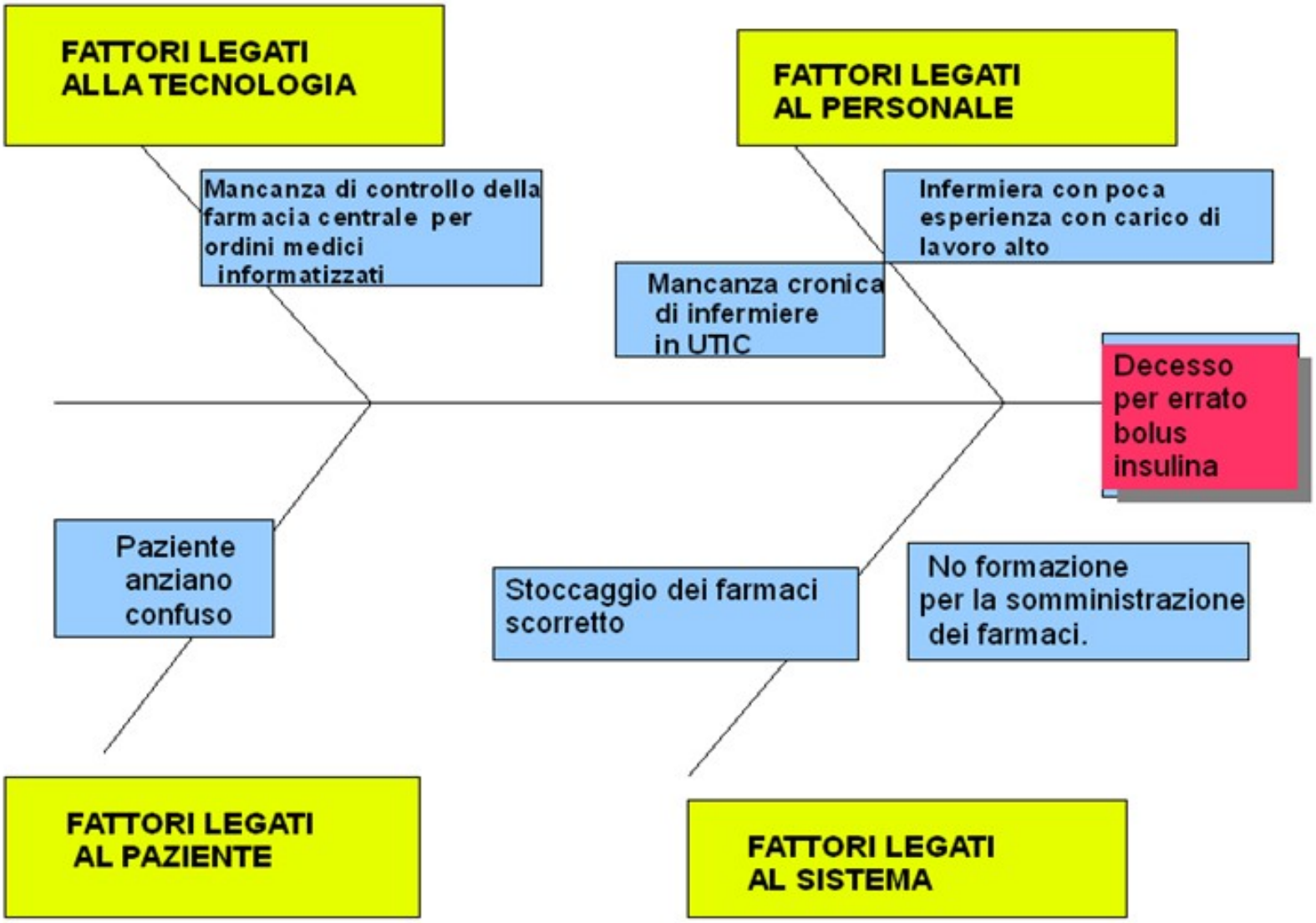
R:Perché si stava occupando contemporaneamente di due pazienti e non aveva molta esperienza

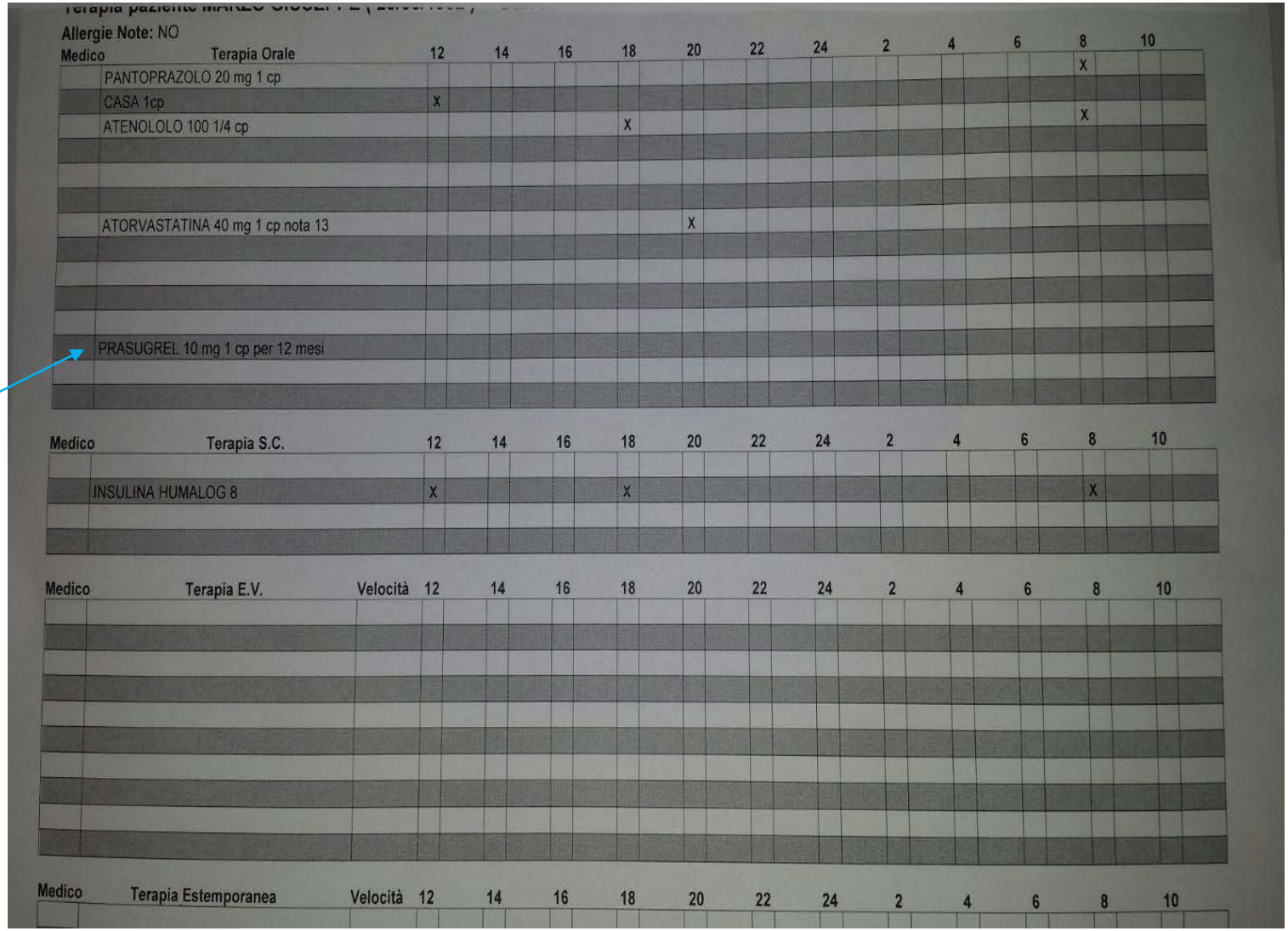
D: Esistono procedure che regolano il livello di training ed esperienza che gli infermieri devono raggiungere prima di essere assegnati a determinati compiti?

R: Si ma non mirati per la somministrazione dei farmaci

D: Esistono protocolli per lo stoccaggio dei farmaci?

R: Di fatto no


FATTORI LEGATI ALLA TECNOLOGIA
FATTORI LEGATI AL PERSONALE
Mancanza di controllo della farmacia centrale per ordini medici informatizzati
Infermiera con poca esperienza con carico di lavoro alto
Mancanza cronica di infermiere in UTIC
Decesso per errato bolus insulina
Paziente anziano confuso
Stoccaggio dei farmaci scorretto
No formazione per la somministrazione dei farmaci.
FATTORI LEGATI AL PAZIENTE
FATTORI LEGATI AL SISTEMA



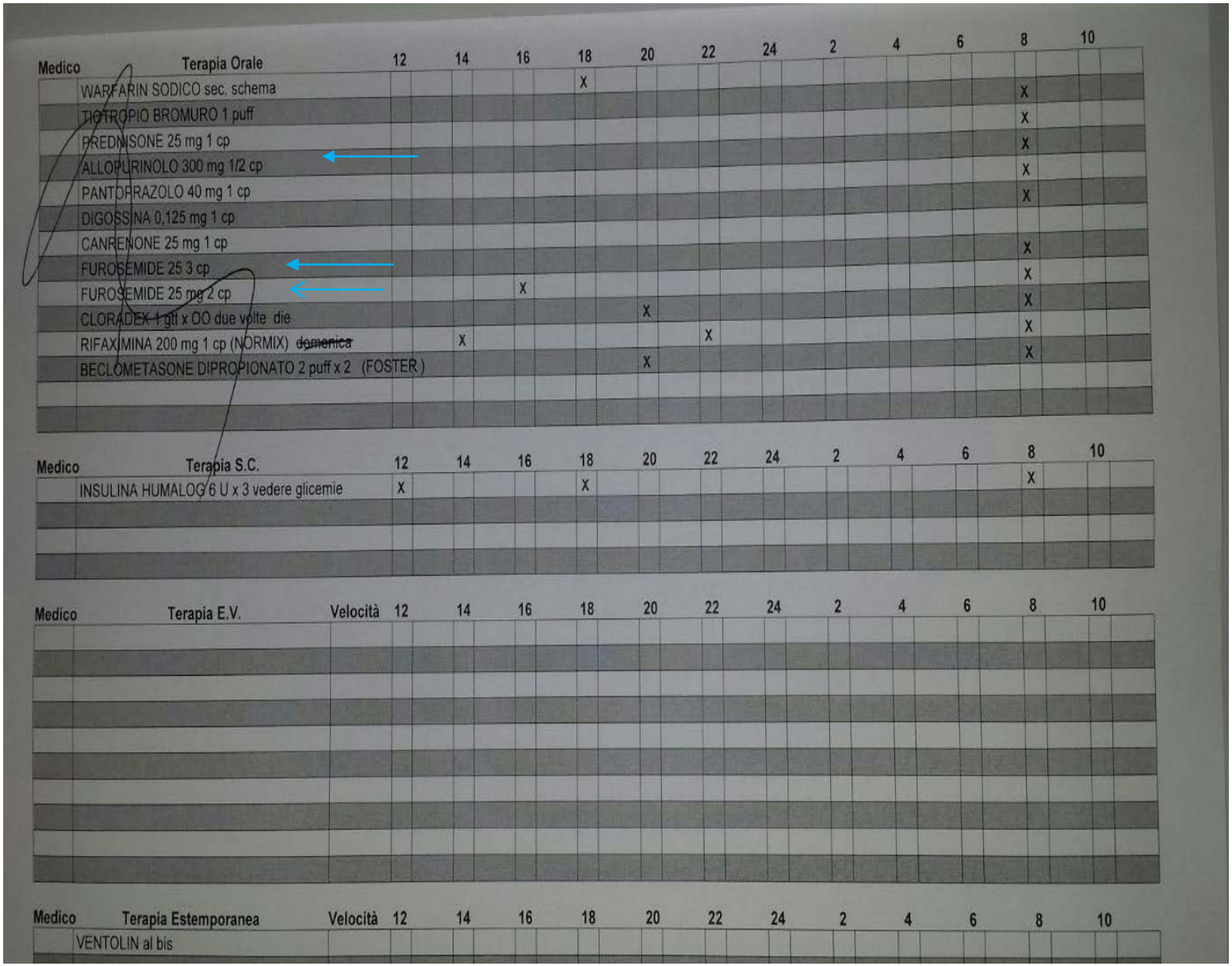
Allergie Note: NO

Medico	Terapia Orale	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10
	PANTOPRAZOLO 20 mg 1 cp											X	
	CASA 1cp	X											
	ATENOLOLO 100 1/4 cp				X							X	
	ATORVASTATINA 40 mg 1 cp nota 13					X							
	PRASUGREL 10 mg 1 cp per 12 mesi												

Medico	Terapia S.C.	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10
	INSULINA HUMALOG 8	X			X							X	

Medico	Terapia E.V.	Velocità	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10

Medico	Terapia Estemporanea	Velocità	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10



Medico	Terapia Orale	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10
	WARFARIN SODICO sec. schema				X							X	
	TIOTROPIO BROMURO 1 puff											X	
	PREDNISONE 25 mg 1 cp											X	
	ALLOPURINOLO 300 mg 1/2 cp											X	
	PANTOPRAZOLO 40 mg 1 cp											X	
	DIGOSSINA 0,125 mg 1 cp												
	CANRENONE 25 mg 1 cp											X	
	FUROSEMIDE 25 3 cp											X	
	FUROSEMIDE 25 mg 2 cp			X								X	
	CLORADEX 1 gtt x OO due volte die					X						X	
	RIFAXIMINA 200 mg 1 cp (NORMIX) ~~domenica~~		X				X					X	
	BECLOMETASONE DIPROPIONATO 2 puff x 2 (FOSTER)					X							

Medico	Terapia S.C.	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10
	INSULINA HUMALOG 6 U x 3 vedere glicemie	X			X							X	

Medico	Terapia E.V.	Velocità	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10

Medico	Terapia Estemporanea	Velocità	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10
	VENTOLIN al bis													

CONCETTO DI ERRORE NELL'AMBITO DEL RISCHIO CLINICO

- **INCIDENTE**

  Evento inatteso che si verifica nel corso di un trattamento, nell'organizzazione di un sistema

  Ogni evento che ha causato danno o ne aveva la potenzialità

  Nei riguardi di:
  paziente/visitatore/operatore

  Riguarda:
  malfunzionamento/danneggiamento

  Da origine a contenzioso

- **EVENTO AVVERSO**

  Complicanza

  Evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile

  Se l'evento avverso è prevenibile ed evitabile alloro

  ERRORE E' COLPEVOLEZZA

- **EVENTO SENTINELLA**

  Evento avverso di particolare gravità

  Indice che qualcosa non funziona nel sistema

  Può portare a morte o gravi danni

RISCHIO E POSIZIONE DI GARANZIA

- Per evitare complicanze è necessario utilizzare tutti mezzi e risorse utili per identificare e minimizzare

RISCHI GENERICI Negligenza

Imprudenza

Imperizia

COLPA GENERICA

RISCHI SPECIFICI Inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline

COLPA SPECIFICA

Legati al percorso diagnostico-terapeutico

POSIZIONE DI GARANZIA

Ogni professionista sanitario deve agire con:

- PERIZIA — Capacità di agire con competenza e capacità tecnica
- PRUDENZA — Capacità di agire con saggezza, conoscendo i propri limiti
- DILIGENZA — Capacità di agire con precisione e concentrazione
- Nel rispetto di LEGGI, REGOLAMENTI, ORDINI E DISCIPLINE

- LINEE GUIDA

  Raccomandazioni di comportamento clinico prodotte con un processo sistematico

  NON sono regole cautelari prescrittive

  Strumenti di INDIRIZZO ed ORIENTAMENTO

  Cassazione, sez IV, 11/07/ 2012 n.35922

- RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

  Sistema di allerta sviluppato dal Ministero della Salute per condizioni cliniche assistenziali ad elevato rischio di errore

  Offrono informazioni su condizioni particolarmente pericolose

  Indicano le azioni da intrapprendere per prevenire gli eventi avversi

RESPONSABILITA'

- RESPONSABILITA' PENALE

  Obbligo di rispondere per azioni che costituiscono un reato

- RESPONSABILITA' CIVILE

  Obbligo di risarcire un danno ingiustamente causato

- RESPONSABILITA' DISCIPLINARE

  Di fronte a Albo/Collegio ⟶ Radiazione

  Aministrazione ⟶ Licenziamento

RESPONSABILITA' DEL PROFESSIONISTA SANITARIO

PROFESSIONISTA INTELLETTUALE Art.2229 c.c.

Esercizio di un attività dove la componente intellettuale prevale su materiale, condizionata da possesso di determinati requisiti

REQUISITI GIURIDICI
Iscrizione Albo
Equipollenza titolo
Esercizio regolato da leggi

NORMATIVA DI RIFERIMENTO
Profilo professionale DM 739/94
Codice deontologico
Ordinamento didattico
Formazione post-base

COMPETENZA,RESPONSABILITA' E AUTONOMIA

COMPETENZA, RESPONSABILITA',AUTONOMIA

IL SAPERE….possesso di conoscenze teoriche aggiornate

IL FARE….possesso di abilità tecniche o manuali

L'ESSERE….possesso di capacità comunicative e relazionali

RESPONSABILITA' DEL PROFESSIONISTA SANITARIO

- RESPONSABILITA' DEL PRESTATORE D'OPERA

Art.2236 c.c.

"*se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà*, **il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave**"

"…*limitazione che non sussiste se la prestazione comporta l'applicazione di tecniche e cognizioni bagaglio di un professionista…e per questo* **risponde anche di colpa lieve**"

- RESPONSABILITA' DEL PRESTATORE D'OPERA

L.189/2012 – Legge BALDUZZI

Art. 3 comma 1

" **L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve**……"

L’operatore sanitario può e deve essere chiamato a rispondere delle proprie azioni qualora anche se effettuate nell’interesse del paziente abbiano causato danno

LO POTEVA FARE ???

RIFERIMENTI NORMATIVI
Codice
Profilo
Ordinamento didattico
Formazione post base

L’HA FATTO NEL MIGLIO MODO POSSIBILE ???

EBN/EBM
Linee guida
Raccomandazioni ministeriali
Protocolli
Procedure

RESPONSABILITA' D'EQUIPE

TRATTAMENTO SANITARIO IN EQUIPE

Le prestazioni medico chirurgiche sono eseguite non dal singolo ma da diversi soggetti MEDICI E NON MEDICI inseriti in una struttura sanitaria ed ORGANIZZATI secondo il principio della DIVISIONE DEL LAVORO

Art.113 c.p. Cooperazione nel delitto colposo

Art.40 comma 2 c.p Rapporto di causalità

"Non impedire un evento equivale a cagionarlo"

Art. 32 Costituzione Posizione di garanzia

“ *Ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l’attività precedente o contestuale di altro collega,sia pure specialista in altra disciplina,e dal controllarne la correttezza….*”

Cass. 24.1.2005 n.18548

“*Ciascun professionista risponde solo del corretto adempimento di ciò che gli compete, insorgendo il compito di vigilanza e controllo sui colleghi solo se emergono circostanze concrete che possano dare origine a comportamenti altrui non conformi a perizia,prudenza e diligenza*”

Principio dell’affidamento

Grazie per l'attenzione e ATTENZIONE un pericolo può essere dietro ogni angolo!!!!