



## Caso clinico

# Risk management in sanità – il problema degli errori

F. Venneri<sup>1</sup>, A. Pinna<sup>2</sup>, B. Tosi<sup>3</sup><sup>1</sup>Clinical Risk Manager, ASL 10 Firenze<sup>2</sup>UO Nefrologia, ASL 4 Nuoro<sup>3</sup>U.O.C. di Nefrologia e Dialisi Ospedale SGD, Azienda Sanitaria di Firenze, Firenze

## Caso clinico

Il facilitatore A incontra nel corridoio dell'ospedale l'infermiere B che gli racconta un incidente avvenuto nel reparto di dialisi e gli consegna la scheda di segnalazione compilata (Tab. I).

Il facilitatore A analizza il caso e compila la scheda di analisi. Individua nel medico F e negli infermieri B, C, D ed E, gli attori di questo caso specifico e parla con ciascuno di loro cercando di capire le modalità con cui si è verificato l'evento.

**TABELLA I - SCHEDE DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENZA DANNO AL PAZIENTE\***

<b>Evento:</b> incidente che non ha comportato danno al paziente (errata somministrazione di un farmaco per prescrizione non chiara)
<b>Data:</b> 15 giugno 2008 Ora 11
<b>Descrizione:</b> paziente in dialisi. Viene prescritta terapia orale a base di benzodiazepine, ma per la calligrafia illeggibile vengono somministrate 30 gtt anziché 10 gtt e il paziente cade a terra vicino al letto.
<b>Paziente coinvolto</b> XY <b>Operatore infermiere professionale</b> Nome e Cognome B
<b>IMPORTANTE:</b> Tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate dal facilitatore di riferimento.
<b>Data segnalazione:</b> 18 giugno 2008
<b>Reparto / Servizio:</b> Dialisi
*Gli eventi da segnalare sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ azioni insicure (ad esempio, è facile prendere un farmaco al posto di un altro perché le confezioni sono simili e collocate nello stesso armadietto);</li> <li>➤ quasi incidenti (ad esempio, si era sul punto di somministrare il farmaco sbagliato);</li> <li>➤ incidenti che non hanno comportato danno al paziente (ad esempio, è stato somministrato il farmaco sbagliato ma si è riusciti a porvi rimedio).</li> </ul>

Dopo un'attenta analisi il facilitatore decide di organizzare un audit clinico e compila la scheda FMEA riportando l'analisi dell'evento punto per punto (Tab. II).

Al termine dell'audit il facilitatore redige l'alert report che riassume le osservazioni fatte durante la discussione del caso.

Il caso è stato esaminato con lo strumento Audit Clinico GRC ed è stato attivamente partecipativo soprattutto per il clima di collaborazione che ogni professionista presente ha fornito soprattutto nell'intento di ricercare le azioni di miglioramento necessarie affinché non riaccada più. L'alert report finale redatto sulla base delle sole azioni di miglioramento proposte è stato diffuso ai responsabili delle strutture organizzative interessate e supportato dal relativo programma delle azioni da implementare con l'individuazione delle figure professionali a cui tali azioni sono state assegnate. Il gruppo di lavoro inoltre si prefigge di individuare una serie di indicatori di processo che avranno lo scopo di monitorare l'impatto delle azioni correttive e se necessario modificarne il percorso.

## Riassunto

Il caso sottoposto ad analisi sistemica utilizzando lo strumento audit clinico gestione del rischio ha riguardato la caduta accidentale di un paziente. La caduta rappresenta un evento sentinella, cioè un evento che ha una soglia di allarme elevato rappresentando un indicatore di rischio elevato. Lo strumento utilizzato dal facilitatore è stato l'audit clinico e l'antefatto con cui i partecipanti hanno potuto discutere ed evidenziare le criticità è rappresentato dalla scheda FMEA (Failure Modes and Effects Analysis) dove viene riportata la descrizione degli accadimenti in maniera sequenziale e cronologica. Il facilitatore inizia la discussione con il metodo del brainstorming e richiede a ognuno dei partecipanti di evidenziare le criticità in termini di fallimenti attivi e fattori latenti. Successivamente a questa fase, il facilitatore continua la discussione focalizzando l'attenzione dei partecipanti sulle azioni

TABELLA II - SCHEDA FMEA

Sequenza di eventi	Errori attivi	Errori latenti	Raccomandazioni		
			Organizzazione	Training	Tecnologia
<b>Errore di terapia e conseguente caduta del paziente</b>					
<b>Paziente donna, anni 77 accede in emodialisi il 15/6/2008 alle ore 8. Viene sistemata al letto e collegata al circuito extracorporeo</b>					
Durante la visita medica il medico F prescrive la somministrazione, come da terapia domiciliare, di 10 gtt di lexotan alle ore 11.	Ruled based	Non presenza di scheda unica di terapia (SUT), ma solo foglio singolo di terapia	SUT	Corso per saper utilizzare SUT	SUT informatizzata
L'infermiere C che effettua la somministrazione interpreta la prescrizione del medico (difficilmente comprensibile)	Knowledge based, lapse, violazione	Comunicazione carente	Check list di verifica SUT	Ribadire l'informazione su quanto viene scritto e chiederne conferma	
Ore 11,45 circa, la paziente viene scollegata al circuito extracorporeo					
Mentre la paziente, posizionata accanto al letto, cerca di indossare una maglietta, barcolla perde l'equilibrio e cade a terra non riportando lesioni	Slip, lapse	Assistenza alla paziente deficitaria	Ribadire la necessità di non lasciare mai soli i pazienti nelle fasi di assistenza e sorveglianza		
L'infermiere B chiede aiuto e accorrono altri colleghi (infermiere D ed E) ed insieme aiutano la paziente a rimettersi a letto					
La paziente appare sonnolenta e si decide di trattenerla in reparto fino a completa risoluzione della sintomatologia					
Viene esaminata la documentazione sanitaria per capire l'accaduto e mentre il medico F sostiene di aver prescritto 10 gtt di lexotan, gli infermieri asseriscono di non leggere correttamente la prescrizione mentre l'infermiere C afferma di aver letto 30 gtt	Knowledge based, ruled based	Scrittura e calligrafia illeggibile			
Alle ore 16 viene dimessa in buone condizioni cliniche generali					

correttive e le proposte di miglioramento. Alla fine della discussione verrà redatto un alert report che riassume le criticità accadute e le soluzioni di miglioramento proposte al fine di elaborare un piano di attività ordinato e cronologico da seguire. Nel programma di miglioramento verranno evidenziati anche gli indicatori per misurare e monitorare il percorso delle azioni correttive al fine di assicurare la progressione degli eventi. La finalità sia dello strumento che del metodo è quella di porre intorno a un tavolo i professionisti e farli discutere sull'evento senza focalizzare la loro attenzione sulle responsabilità. Il caso in esame ha evidenziato sia criticità nella prescrizione e somministrazione della terapia farmacologia nonché

un livello di sorveglianza non sufficientemente idoneo a prevenire l'evento. Le azioni correttive verranno inviate al nucleo centrale di gestione del rischio clinico che dovrà assicurare la condivisione delle azioni di miglioramento.

**Parole chiave:** Audit clinico, FMEA, Facilitatore, Alert report

*Indirizzo degli Autori:*

Francesco Venneri, MD, PhD

Via Serchio 40

59100 Prato

francesco-venneri@asf.toscana.it