

ERRORE

SKILL-BASED
BEHAVIOR

ESPERIENZA E
ABILITÀ PERSONALE

RULED BASED BEHAVIOR

REGOLE SCRITTE

SC

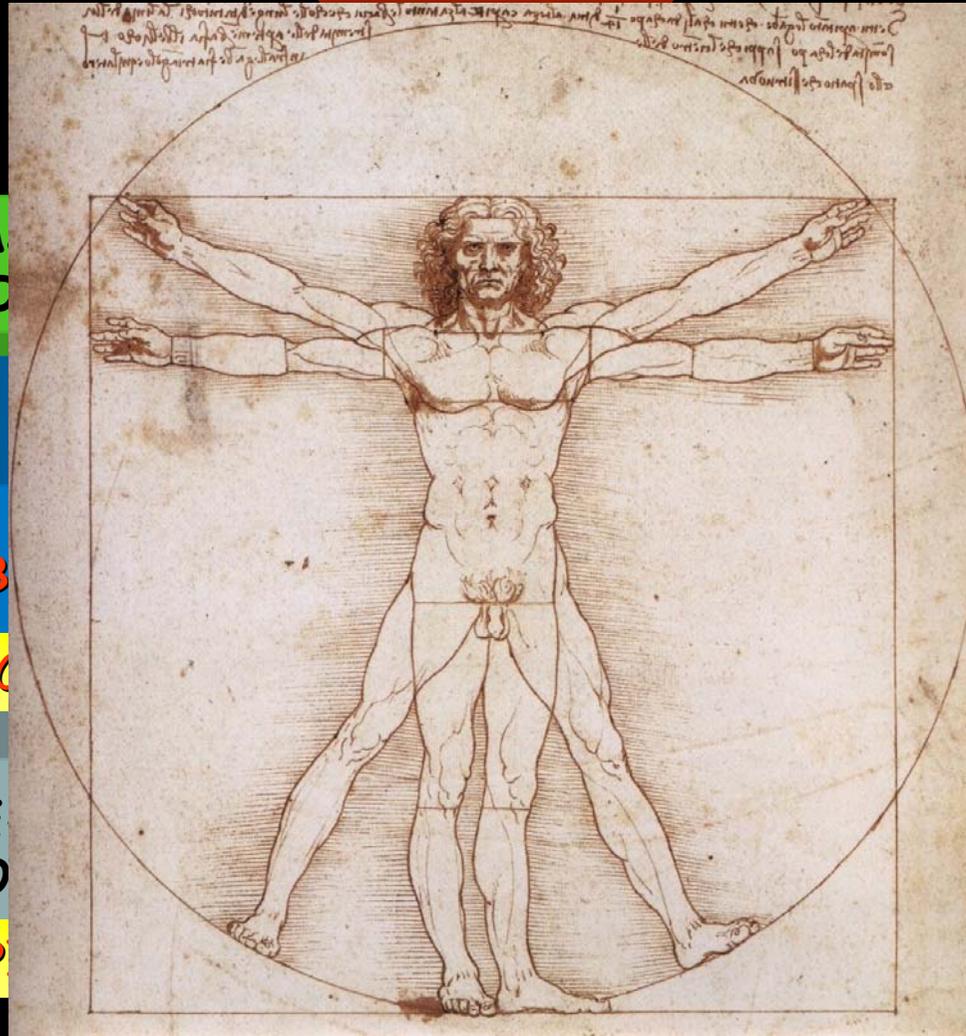
TA

KNOWLEDGE
BEHAVIOR

CONOSCENZA

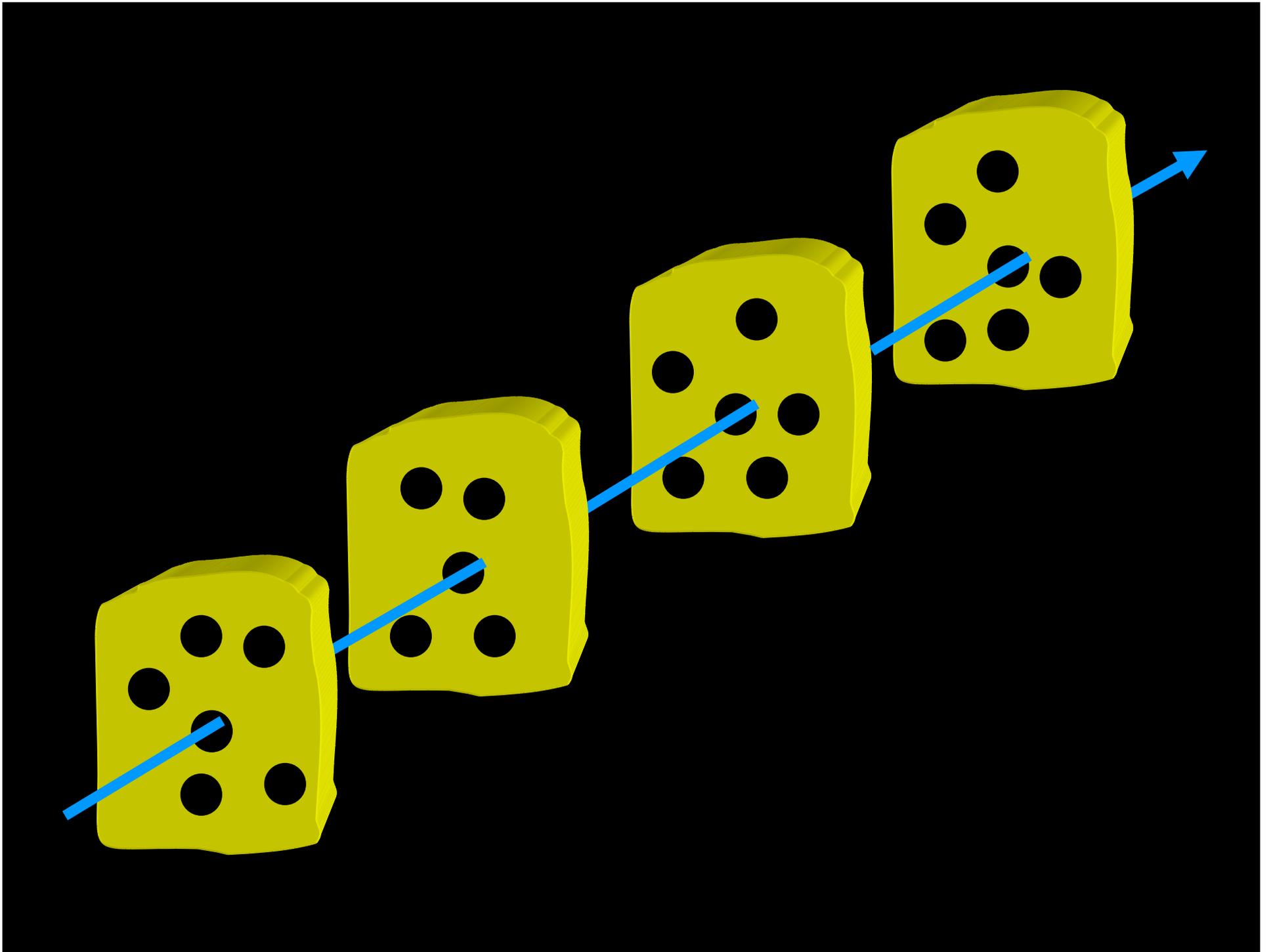
P

AZIONE



Fonte :Ministero della Salute, Risk Management in Sanità. Il problema degli errori, 2004





L'ICEBERG DELLA TIPOLOGIA DELLE CAUSE DI ERRORE

- Individualità biologica
- Abilità clinica
- Efficienza di squadra
- Ambiente

immediate

- Organizzative
- Tecnologiche
- Gestionali

profonde
nascoste



ERRORI ATTIVI

**Abilità
Memoria
Prassi**

**Regole
Procedure
Cultura**

ERRORI LATENTI

VULNERABILITA' DEL SISTEMA

COMMISSIONE

OMISSIONE

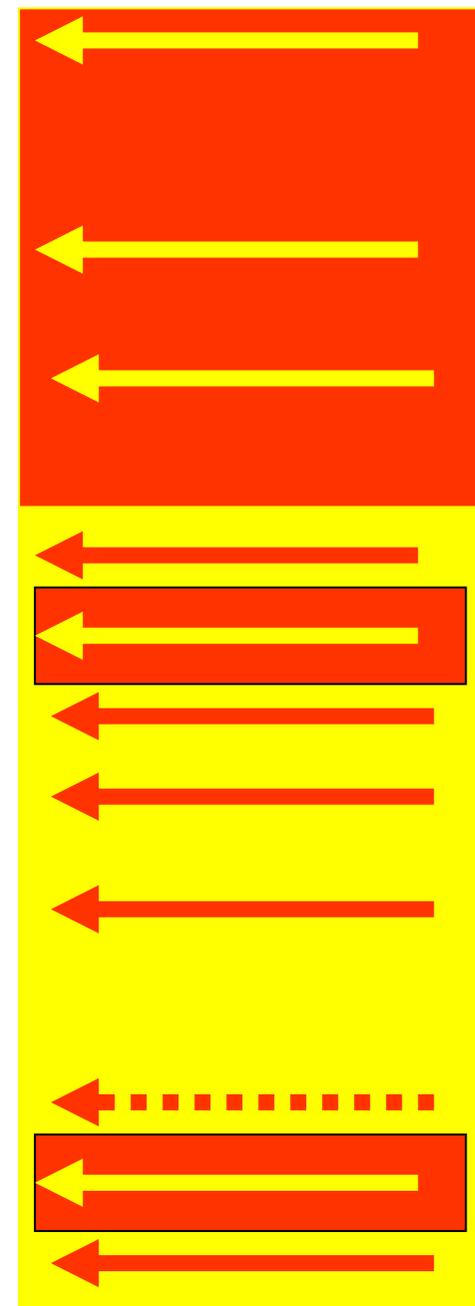
UMANO

TECNOCRATICO

**VIOLAZIONE DI REGOLE
VIOLAZIONE DI PROCEDURE**

**DIFETTO
NELL'ORGANIZZAZIONE**

<p>ERRORE USO FARMACI</p>	<ul style="list-style-type: none"> •PRESCRIZIONE •PREPARAZIONE •TRASCRIZIONE •DISTRIBUZIONE •SOMMINISTRAZIONE •MONITORAGGIO
<p>ERRORE CHIRURGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> •CORPI ESTRANEI •LATO SBAGLIATO •ESECUZIONE IMPROPRIA •NON NECESSARIA
<p>ERRORE APPARECCHI</p>	<ul style="list-style-type: none"> •MALFUNZIONAMENTO D'ORIGINE •MALFUNZIONAMENTO DA MANUTENZIONE, IMPOSTAZIONE, UTILIZZO IMPROPRIO •MANUTENZIONE INADEGUATA •USURA •MANCANZA DI PULIZIA
<p>ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE</p>	<ul style="list-style-type: none"> •NON ESEGUITE •PROGRAMMATE E NON ESEGUITE •ESEGUITE MALE •NON APPROPRIATE •SCAMBIO PAZIENTE
<p>ERRORI NELLA TEMPISTICA (RITARDI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •TERAPIA FARMACOLOGICA •INTERVENTO CHIRURGICO •DIAGNOSI •ALTRI RITARDI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI / LOGISTICI



ERRORE UMANO

FATTORI AMBIENTALI

FATTORI ORGANIZZATIVI/LATENTI

SEQUENZA INCIDENTALE

**PERCORSO DI ANALISI
(REATTIVA)**

ANALISI REATTIVA

- SEGNALAZIONE DELL'INCIDENTE
- UTILIZZAZIONE DEI DATI AMMINISTRATIVI
- INDIZI
- REVISIONE RETROSPETTIVA DEL PROCESSO
- ANALISI DELLE CAUSE (ROOT CAUSES)

INCIDENTI "MANCATI"

FLUSSI INFORMATIVI

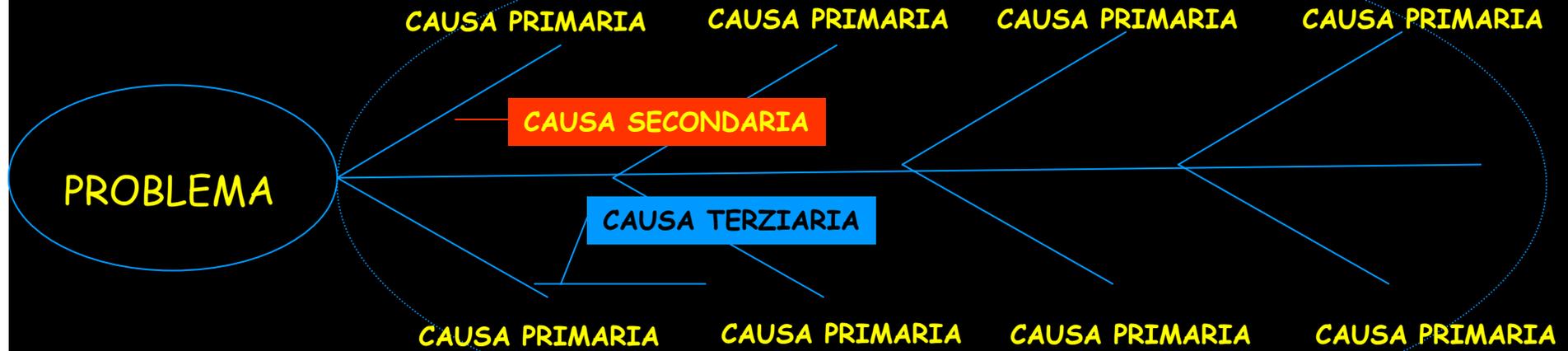
GRUPPO ESPERTI

• PREVENZIONE
DELL'INCIDENTE

- DIAGRAMMA A SPINA DI PESCE
- I 5 PERCHE'
- LA MAPPA DEI PROCESSI

ANALISI PROATTIVA

SPINA DI PESCE



MAPPA DEI PROCESSI



I CINQUE PERCHE'

Perché il Medico ha sbagliato?	Perché non ha prestato attenzione ad una parte importante del problema
Perché non ha prestato attenzione?	Perché era stanco
Perché era stanco?	Perché aveva due pazienti e non aveva molta esperienza
Perché è successo? Non poteva chiamare il reperibile dato che non era esperto?	Il reperibile non ama essere disturbato "fuori orario" e il medico era troppo inesperto per la gravità del problema
Esistono procedure di verifica del livello di abilità ed esperienza?	Nei fatti no

Perché il Medico ha sbagliato?	Perché era arrivato in servizio da dieci minuti e, a causa della turnazione, non sapeva niente del paziente
Perché non sapeva niente?	La cartella era in ordine ma la cartella dà numeri e parole, non impressioni e convinzioni
Perché non ha parlato con nessuno?	Perché neppure il reperibile ne sapeva niente
Perché è successo? Non poteva chiamare qualcun altro dato che non era esperto?	Tutti i colleghi che conoscevano bene il problema del paziente avevano "smontato" e non fu possibile reperirli
Esiste la possibilità di garantire la presenza di tutti i medici nell'orario di servizio e una guardia e reperibilità appropriate ?	Nei fatti no

L'ANALISI PROATTIVA
SI FONDA SUL PRESUPPOSTO
CHE SIA POSSIBILE

PREVENIRE GLI ERRORI

ANALISI DI PROCESSO
QUANTITATIVA E QUALITATIVA

BASATA SULL'IMPIEGO DI NUMEROSI STRUMENTI **MUTUATI**

COGNITIVE TASK ANALYSIS:

ESERCIZIO: **SCOMPORRE L'ATTIVITA' SVOLTA DA:**

- **BEETHOVEN** ...nella composizione della **NONA SINFONIA** ,
- **ARISTOTELE** ... nella scrittura della **POETICA**,
- **PICASSO** ...nella realizzazione di **GUERNICA**
- **MANZONI** ...nella scrittura de **I PROMESSI SPOSI**
- **MORGAGNI**... nella redazione del suo **DE SEDIBUS ET CAUSIS MORBORUM
PER ANATOMEN INDAGATIS**

IN UNA SERIE DI OPERAZIONI SEMPLICI ED ELEMENTARI

Quando?

Agosto 2007

Dove ?

Sicilia Occidentale

Perché?

DONNA DI 55 ANNI CON DOLORE TORACICO E AL BRACCIO SINISTRO,

Chi ?

Medico di guardia del PS non specialista

ESPERIENZA E ABILITA' PERSONALE

Che cosa?

Esame clinico, ECG, Enzimi negativi

Come?

Ansiolitici, FANS, Dimissione : Artrosi cer

REGOLE SCRITTE

Conclusione:

Durante il trasporto a casa :shock, perdita di coscienza

Responsabile aziendale :

NON GETTARE LA CROCE ADI COLLEGA . E' STATA ASSEGNATA AL P.S. IN SERVIZIO AL 118 PER RAZIONALIZZARE LE RISORSE

CONOSCENZA

Malpractice?

Malasanità?

Fatalità biologica ?

Dissennatezza politica?

Quando?

Dopo il 2000

Dove ?

Sicilia Orientale

Perché?

Uomo > 60 anni in sala operatoria per chirurgia minore

Chi ?

Equipe chirurgica e anestesiologicala qualificata

ESPERIENZA E ABILITA' PERSONALE

Che cosa?

Intervento chirurgico

Come?

Elettrobisturi

REGOLE SCRITTE

Conclusione:

Necrosi del gastrocnemio causato dalla "piastrella" metallica posizionata sotto il polpaccio

CONTROLLO TECNOLOGICO

Malpractice?

Malasanità?

Fatalità biologica ?

Dissennatezza politica?

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

IDENTIFICAZIONE DEL PROFILO NELL'AMBITO PRESO IN ESAME

IMPOSTAZIONE MISURE DI PREVENZIONE

ATTIVAZIONE SISTEMA DI CONTROLLO E MONITORAGGIO

MIGLIORAMENTO DELLE MISURE

CLINICAL RISK MANAGEMENT

DEFINISCE LE REGOLE AZIENDALI AI FINI DI

- **AUMENTARE LA SICUREZZA DEI SISTEMI ASSISTENZIALI**
- **RIDURRE IL COSTO DEL RISARCIMENTO**
- **RIDURRE I COSTI ASSICURATIVI**

DEVE AVVALERSI DEI MEDICI OPPORTUNAMENTE COORDINATI E FORMATI PER GARANTIRE LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

UGR

Unità di Gestione del Rischio Clinico

DIRIGENTI
MEDICI

DIRIGENTI
FARMACISTI

INFERMIERI

OPERATORI
QUALITA'

OPERATORI
AFFARI
GENERALI E
LEGALI

OPERATORI
SICUREZZA

OPERATORI
URP

INGEGNERIA
CLINICA

FISICA
SANITARIA

SISTEMA
INFORMATIVO

COMMISSIONI
TERAPEUTICA
SANGUE
INFEZIONI

MEDICINA PREVENTIVA

UTENTI

Informazioni su
OSAMA BIN LADEN

Torri Gemelle
11 settembre

GEORGE TENET
Capo della CIA fino al
2004

RISCHIO
ATTENTATI

Integralisti

Potenziali terroristi



Fonte: Documento riservato CIA/ New York Times

» 2007-09-28 09:01

SCAMBIATE TAC, DONNA MUORE A BOLOGNA PER TRAGICO ERRORE



BOLOGNA - "Una tragedia di gravità inusitata, che non si sarebbe mai dovuta verificare": così l'assessore alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna, Giovanni Bissoni definisce la vicenda di una donna di 54 anni morta al policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna dopo che, due giorni fa, era stata sottoposta ad un intervento di asportazione di un rene durante il quale alla paziente erano state attribuite per errore le immagini

radiologiche digitali di un'altra paziente, con la stesso cognome, sottoposta al medesimo esame (Uro-Tac). A dare la notizia la stessa azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna che ha anche segnalato il fatto alla Procura che, a sua volta ha già aperto un fascicolo, affidato al Pm di turno Francesco Caleca.