

Documento di RISK MANAGEMENT

INTRODUZIONE: La R.S.A. Anni Sereni, ha effettuato una precisa analisi delle proprie attività, che specificatamente afferiscono al settore sanitario, a causa della complessità delle prestazioni erogate, è risultato possibile il verificarsi di errori in grado di causare disabilità o disagi. La complessità deriva dai modelli gestionali, dalla specificità delle patologie, della tipicità dei pazienti trattati, dalle esperienze professionali individuali, dalle relazioni fra le varie professioni. Per tali motivi gli errori non sono eliminabili ma è possibile abbattere il rischio che avvengano eventi avversi e ridurre le conseguenze. Kohn definisce il rischio clinico nel modo seguente: il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche o assistenziali prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento dello stesso, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte. Rasmussen classifica gli errori umani in tre tipologie:

- **Reazione automatica ad uno stimolo** ossia comportamenti automatici in risposta ad uno stimolo dopo che questo si è ripetuto diverse volte, sempre uguale, che si verifica in situazioni routinarie.
- **Scelta di una norma o regola adeguata** ovvero quando si mettono in atto dei comportamenti prescritti da precise regole idonee alla circostanza, tuttavia l'errore avviene nell'identificazione della norma ossia se è quella da applicare nella circostanza in cui si sta intervenendo.
- **Pianificazione di una strategia di azione** ovvero comportamenti sbagliati che vengono messi in atto quando si affronta una data situazione per la prima volta che richiede l'impiego di conoscenze e di processi mentali che dai simboli portano alla elaborazione di un piano operativo.

In base a tale modello Reason distingue fra errori di esecuzione ed azioni compiute secondo le intenzioni delineando tre tipologie di errore:

- errori di esecuzione che si verificano a livello di abilità ovvero azioni eseguite in modo diverso da come pianificato.
- Errori di esecuzione provocati da un fallimento della memoria.
- Errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione, in questo caso l'obiettivo non viene raggiunto perché le tattiche attuate non sono idonee. Questi ultimi possono essere di due tipi a) ruled- based quando si è scelto di applicare una procedura che non permette di conseguire l'obiettivo prefissato; b) knowledge- based ovvero errori dovuti alla conoscenza troppo scarsa che induce a scegliere un percorso sbagliato così che per quanto le attività siano svolte correttamente l'obiettivo non viene raggiunto perché è il piano adoperato ad essere sbagliato.

Infine vanno ricordate le violazioni ovvero le azioni che vengono eseguite nonostante la presenza di un regolamento, direttiva o altro tipo di documento quali, ad esempio, protocolli operativi.

Con l'intento di gestire al meglio il rischio di evento avverso, in base a quanto individuato dal documento di rischio clinico, sono state adottate alcune procedure validate dai sistemi sanitari dei vari paesi, (raccolte in protocolli operativi), le quali consentono di ridurre significativamente tale rischio

Per la nostra struttura sono stati individuati alcune categorie di rischio specifiche:

1) PREVENZIONE TRASMISSIONI INFEZIONI

2) ERRORE NELL'USO DEI FARMACI

- errori di prescrizione
- errori di preparazione
- errori di trascrizione
- errori di distribuzione
- errori di somministrazione
- errori di monitoraggio

3) ERRORE NELL' USO DI APPARECCHIATURE

- malfunzionamento dovuto a problemi tecnici
- malfunzionamento dovuto all'utilizzatore
- uso in condizioni non appropriate
- manutenzione inadeguata
- istruzioni inadeguate
- pulizia non corretta
- utilizzo oltre i limiti di durata prevista.

4) PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE

- fattori intrinseci
- fattori estrinseci

PREVENZIONE TRASMISSIONI INFEZIONI

- TRASMISSIONE DA PAZIENTE A PAZIENTE

Per evitare la trasmissione di infezioni da paziente a paziente è necessario, in caso di patologie trasmissibili, che i pazienti affetti vengano relativamente isolati, ovvero allocati in ambienti ove sono ridotti (non aboliti) i contatti interpersonali e se compatibile con le condizioni cliniche, indossare una mascherina antibatterica in caso di malattie trasmissibili per via aerea.

In caso di malattie trasmesse per via ematogena (ad esempio epatiti da HBV, HCV, immunodeficienza acquisita da HIV) devono essere utilizzate posate personali onde evitare che ferite al cavo orale possano costituire vie di accesso agli agenti patogeni. Le posate vengono poi lavate ad alta temperatura possibilmente con lavaggi dedicati nonostante la termolabilità dei patogeni.

Alcune patologie trasmissibili sono sottoposte ad obbligo di denuncia e tra queste alcune richiedono l'isolamento completo. All'uopo è stato predisposto un dettagliato protocollo identificato dal N° 31 a cui si rimanda per i dettagli.

- TRASMISSIONE DA OPERATORE A PAZIENTE

Per evitare la trasmissione di malattie da operatore a paziente la prima operazione da eseguire è il lavaggio delle mani così come previsto dal protocollo N° 6. Tale operazione va ripetuta quando terminata la prestazione ad un paziente si passa alla cura del paziente successivo.

Nel caso in cui vengano utilizzati guanti, questi vanno cambiati prima dell'inizio della prestazione al paziente successivo previo lavaggio delle mani.

Gli strumenti chirurgici o altro utilizzati nella erogazione delle prestazioni sia sanitarie che assistenziali devono essere sterili e possono essere utilizzati per un solo paziente oppure personali.

Nel caso in cui un operatore sia affetto da una patologia trasmissibile ma idoneo al lavoro, per evitare rischi al paziente deve indossare presidi atti a prevenire lesioni all'assistito, quali mascherine, guanti, camici, occhiali e quanto altro venga ritenuto necessario in relazione al problema.

Una fonte di rischio di trasmissione di patologie è rappresentata da indumenti contaminati da materiale biologico e/o da pannoloni, storte, padelle. Come trattare correttamente tali materiali onde ridurre il rischio di trasmettere malattie è illustrato ai punti 2, 3, e 4 del protocollo 31.

In particolare per quanto concerne la prevenzione e trasmissione di malattie infettive sono stati definiti i protocolli n. 18, 19, 39, 43, 44 ai quali si rimanda per i dettagli.

ERRORI NELL'USO DEI FARMACI

- ERRORE DI PRESCRIZIONE

a) mancanza di informazioni essenziali (nome del paziente e/o del farmaco).

- l'infermiere o altre figura professionali abilitate si astengono dalla somministrazione di farmaci o altre misure terapeutiche in mancanza di uno dei seguenti punti essenziali:

1. nome del paziente
2. nome del farmaco o altra attività terapeutica
3. dosaggio del farmaco.

Nel caso in cui si verificasse una delle tre situazioni, l'operatore è obbligato ad interpellare il medico di turno o il medico reperibile per ottenere chiarimenti. La procedura assume carattere di urgenza nel caso si evidenziasse pericolo di vita per il paziente.

b) farmaci interagenti.

1. Il medico, in scienza e coscienza, è obbligato a verificare eventuali interazioni fra i farmaci prescritti in particolare per anticoagulanti cumarinici, antibiotici, antipsicotici. Vengono altresì considerati i più importanti effetti collaterali e predisposte le misure di correzione per i farmaci di più comune utilizzo. Allo scopo viene adottato di procedere, in struttura, secondo i dettami del più autorevole trattato di farmacologia scritto da Goodmann.

- **ERRORE DI TRASCRIZIONE/INTERPRETAZIONE**

1. si verifica quando la prescrizione medica, scritta a mano, non viene correttamente riportata, trascritta o interpretata.

Per evitare errori di interpretazione il medico è obbligato a scrivere in stampatello in modo leggibile il nome del farmaco, il dosaggio, le vie di somministrazione, quante volte al giorno e per quanti giorni il farmaco deve essere somministrato.

Analoga procedura va attuata dalle altre figure professionali coinvolte nel processo assistenziale quando sono chiamate a trascrivere la prescrizione medica.

- **ERRORE DI PREPARAZIONE**

1. errore di diluizione, per esempio quando viene ricostruita una soluzione iniettabile da somministrare per via endovenosa con una fiala per preparazioni iniettabili contenente lidocaina. Per evitare che questo avvenga è fatto obbligo all'operatore il controllo della composizione del diluente, del diluito e della compatibilità dei componenti.
2. Per evitare la preparazione e/o somministrazione di farmaci scaduti è fatto obbligo all'operatore il controllo della data di scadenza degli stessi.
3. Nel caso in cui si verificasse, durante la preparazione di soluzioni iniettabili, la formazione di precipitati, flocculati, opacizzazione della soluzione o quanto altro possa far sospettare alterazione della formulazione originaria, l'operatore è obbligato a non somministrare il composto, avvertire il medico e valutare quanto accaduto segnalando l'evento descrivendo accuratamente le sostanze che sono state manipolate e le modalità di manipolazione.
4. Per evitare di somministrare sostanze non correttamente conservate prima della somministrazione ed all'arrivo dei farmaci nella struttura viene verificata la modalità di
5. conservazione segnalando le sostanze che vanno tenute nell'apposito frigo presente in infermeria.

- **ERRORE DI SOMMINISTRAZIONE**

E' considerato come la variazione fra quanto prescritto dal medico e quanto somministrato. Si distinguono varie possibilità di errore:

1. omissione
2. dose
3. farmaco non prescritto
4. forma farmaceutica
5. extra dose
6. vie di somministrazione
7. tecnica di somministrazione
8. tempo di somministrazione (per i farmaci iniettivi).

Attualmente analizzando quanto riportato in letteratura internazionale i sistemi per ridurre gli errori di somministrazione sono essenzialmente tre:

- sistemi computerizzati di registrazione della terapia;
- distribuzione dei farmaci in dose unitaria;
- partecipazione attiva del farmacista clinico.

In considerazione che la nostra struttura non dispone di un sistema computerizzato e del farmacista clinico, non essendo questi richiesti dalla normativa vigente, e considerando che la distribuzione della terapia avviene già in dose unitaria, per ridurre il rischio di errore si rimanda a quanto già descritto al paragrafo “errori di terapia “.

In considerazione di quanto sopra descritto, per prevenire errori nella gestione dei farmaci si è proceduto su due livelli. Un primo livello di controllo è fornito dalla adozione della “Scheda Unica di Terapia” nella quale vengono raggruppati tutti i dati farmacologici indispensabili alla corretta gestione della terapia. Tale foglio risulta utile per prevenire errori di prescrizione, trascrizione ed interpretazione. Un secondo livello di controllo è rappresentato dalla adozione di protocolli operativi mutuati dalle linee guida internazionali, per la corretta somministrazione dei farmaci (prot. n. 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34) utili per prevenire errori di preparazione e somministrazione.

Sono stati previsti anche protocolli per i farmaci di utilizzo particolarmente pericoloso come le soluzioni di KCL o i farmaci LASA (prot. 16, 17).

ERRORI NELL'USO DI APPARECCHIATURE

la nostra struttura per la sua natura utilizza poche e per poco tempo apparecchiature elettromedicali, tuttavia il rischio per la salute degli ospiti potenzialmente derivante dal loro uso è tenuto in debita considerazione. Per quanto sopra detto sono state individuate alcune regole generali cui gli operatori devono attenersi che sono di seguito elencate:

1. prima di usare le apparecchiature sul paziente, l'operatore deve essere a conoscenza delle caratteristiche tecniche della macchina, dei comandi, dei sistemi di sicurezza, evinti dal manuale di utilizzo che deve essere attentamente letto;
2. l'utilizzo dell'apparecchio deve avvenire in ambiente idoneo, confortevole per il paziente, lontano da fonti di umidità specie per le macchine ad alimentazione elettrica, in particolare devono essere controllati cavi e connessioni onde evitare danni da folgorazioni.
3. La manutenzione ordinaria e straordinaria viene regolarmente annotata su appositi registri. La sostituzione delle macchine avverrà, nei limiti delle risorse economiche ogni 5 anni anche per consentire l'adeguamento allo sviluppo tecnologico.
4. La pulizia degli apparecchi è affidata agli infermieri che dovranno effettuarla rispettando scrupolosamente quanto riportato dal manuale.

Onde evitare l'errore nell'utilizzo di apparecchiature è stato predisposto, oltre a quanto evidenziato nel presente documento, un protocollo per l'utilizzo dell'elettrocardiografo e dei protocolli per la prevenzione del malfunzionamento di dispositivi elettromedicali. Il personale è stato poi aggiornato tramite un corso BLS-D grazie al quale è stato abilitato all'utilizzo del defibrillatore. Infine sono previsti dei controlli di manutenzione programmata tramite apposito contratto con azienda specializzata nel settore).



“Residenza Sanitaria Assistenziale”

CONVENZIONATA CON IL S.S.N.

PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE

Le fratture in seguito a cadute rappresentano una importante causa di morbilità e mortalità nelle persone anziane. Varie sono le cause che hanno provocato un incremento del numero delle fratture, fra esse sicuramente va ricordato l'incremento della vita media e conseguente incremento della popolazione over 65, comorbilità etc. Alcuni dati statistici dimostrano che il 30% degli over 65, il 50% degli over 80 ed il 50% dei pazienti istituzionalizzati cade almeno una volta in un anno. Di questi ultimi il 40 % cade più di una volta in un anno.

Le cause delle cadute vanno ricercate in:

- fattori estrinseci fra cui si ricordano quelli legati ai luoghi come scarsa illuminazione, pavimento, mobili e locali inadeguati e quelli legati alla assistenza quali scarpe inadatte, ausili per la deambulazione, mezzi di contenzione mal adoperati
- fattori intrinseci legati alle malattie a volte concomitanti quali osteoporosi, deficit della vista, demenza etc.

In considerazione di quanto su esposto, al fine di ridurre il rischio di eventi fratturativi legati ai fattori estrinseci, la struttura è stata realizzata nel pieno rispetto dei requisiti minimi ed ulteriori imposti dalla normativa vigente. Inoltre il personale è stato aggiornato e formato con un evento ECM nell'ottobre 2012 dal titolo “Le fratture nell'anziano. Dalla chirurgia all'assistenza ”.

Sono stati altresì adottati dei protocolli di prevenzione e gestione delle cadute a cui si rimanda per i dettagli e delle schede di valutazione all'ingresso (scheda di Conley).

DOCUMENTI SEGNALAZIONE E VALUTAZIONE

Particolare attenzione è stata poi dedicata alla segnalazione di eventuali eventi avversi o di “quasi eventi” adottando schede di segnalazione come consigliato dalla letteratura internazionale e schede di valutazione dell'evento da noi ideate per consentire l'analisi dettagliata dell'evento o del quasi evento. Tali schede prevedono anche una sezione dedicata ai suggerimenti ed alle azioni intraprese per correggere l'errore evidenziato.