CLINICAL RISK MANAGEMENT

Epidemiologia dell'errore e degli eventi avversi in medicina

Dott.Francesco Venneri
Clinical Risk Manager
ASL 10 Firenze
francesco.venneri@asf.toscana.it

14-FEB-2005

Il Sole 24 ORE

da pag. 1

Quotidiano Milano Direttore: Ferruccio De Bortoli Lettori Audipress 1204000

INCHIESTA Errori umani ma anche cattive strutture alla base delle richieste di danni

Medici sotto accusa

Dodicimila le cause aperte con i pazienti

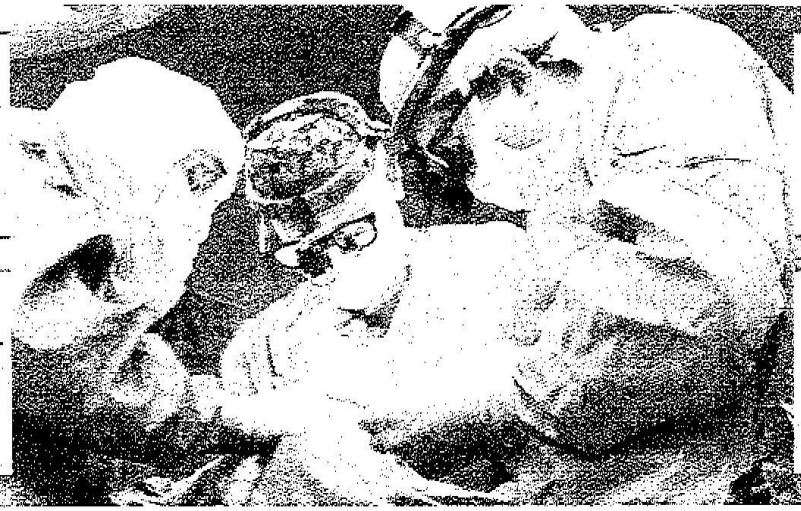
I processi rappresentano solo una parte del contenzioso annuo che vale 2,5 miliardi €

12.000

CONTENZIOSO APERTO
È il numero delle cause pendenti per errori medici, in base ai dati Cineas-Politecnico Milano e Ania

7.800

SINISTRI DENUNCIATI
Per la Rc professionale medica in un anno. Sono 6.700 quelli per Rc strutture sanitarie (Ania 2004)



320.000

PAZIENTI IN UN ANNO
Persone che riportano danni o malattie per errori o problemi organizzativi Ssn (Cineas)

2,5 MILIARDI €

RICHIESTE RISARCIMENTO
È l'ammontare totale in un anno delle richieste di danni per errori o incidenti Ssn (Cineas)

ROMA ■ Con 12mila cause pendenti, 320 mi
ne coinvolte e richieste di risarcimento da 2,
di l'anno cresce il contenzioso in sanità. Lo
mano i dati che il Tribunale dei diritti de

Cresce l'errore in corsia

In 4 anni + 5,76% - Maggiori rischi in ortopedia

Inchiesta all'ospedale San Pietro. A Bergamo lite tra medici sul cesareo, bimba nasce invalida al 100%

Operato 6 volte per un errore, muore a Roma

ROMA — Ancora polemiche sugli ospedali italiani. A Roma un uomo è morto dopo 6 operazioni dovute all'errore di un chirurgo. A Bergamo nuova lite tra ginecologi sull'opportunità di un parto cesareo: la bambina è nata invalida al 100%.

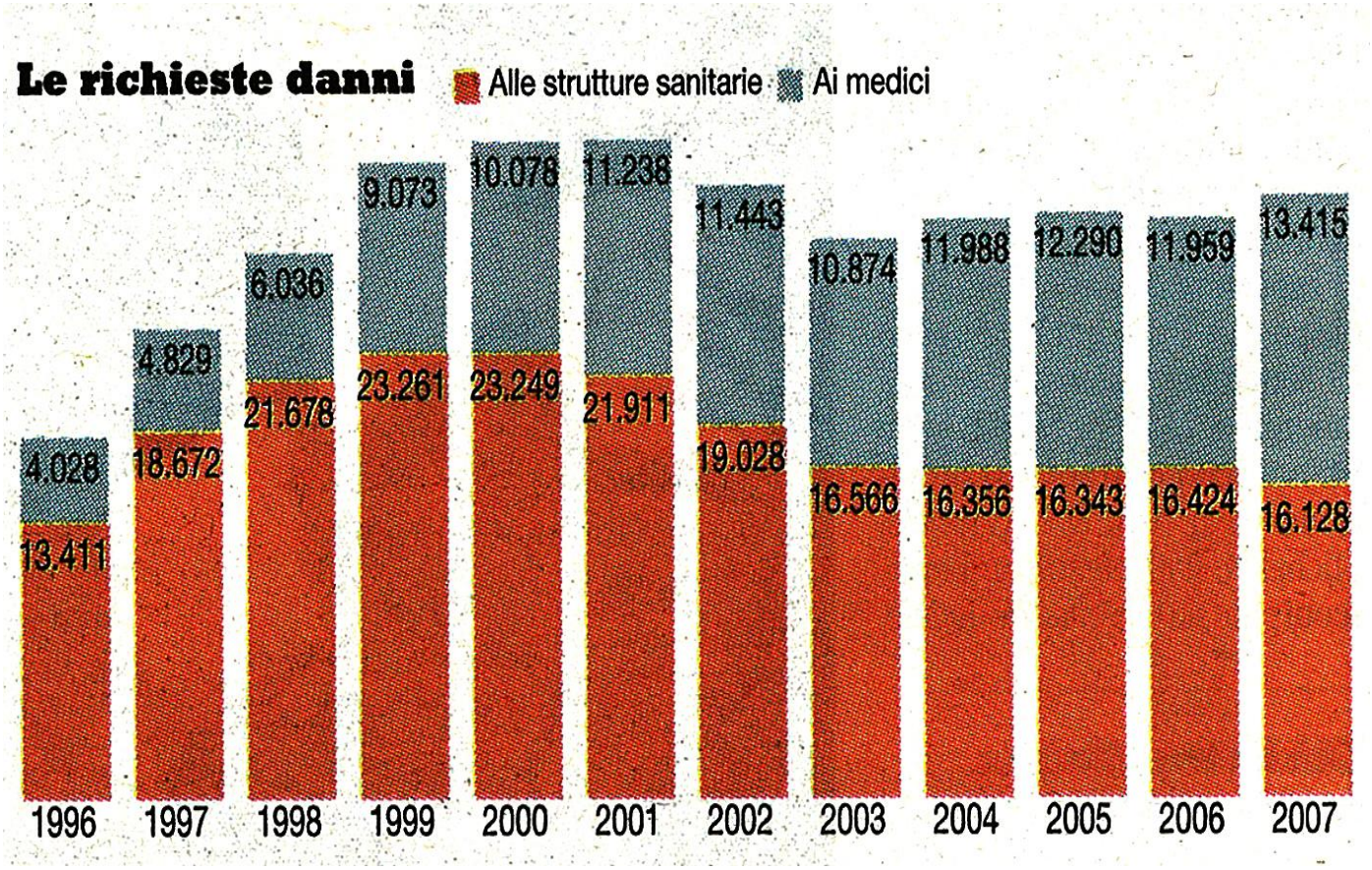
ANGELI, BERIZZI E BOCCI
ALLE PAGINE 12 E 13

Il corteo di protesta a Madrid

La protesta contro le misure anti-crisi

Europa, lavoratori in piazza In Spagna primo sciopero in otto anni di Zapatero

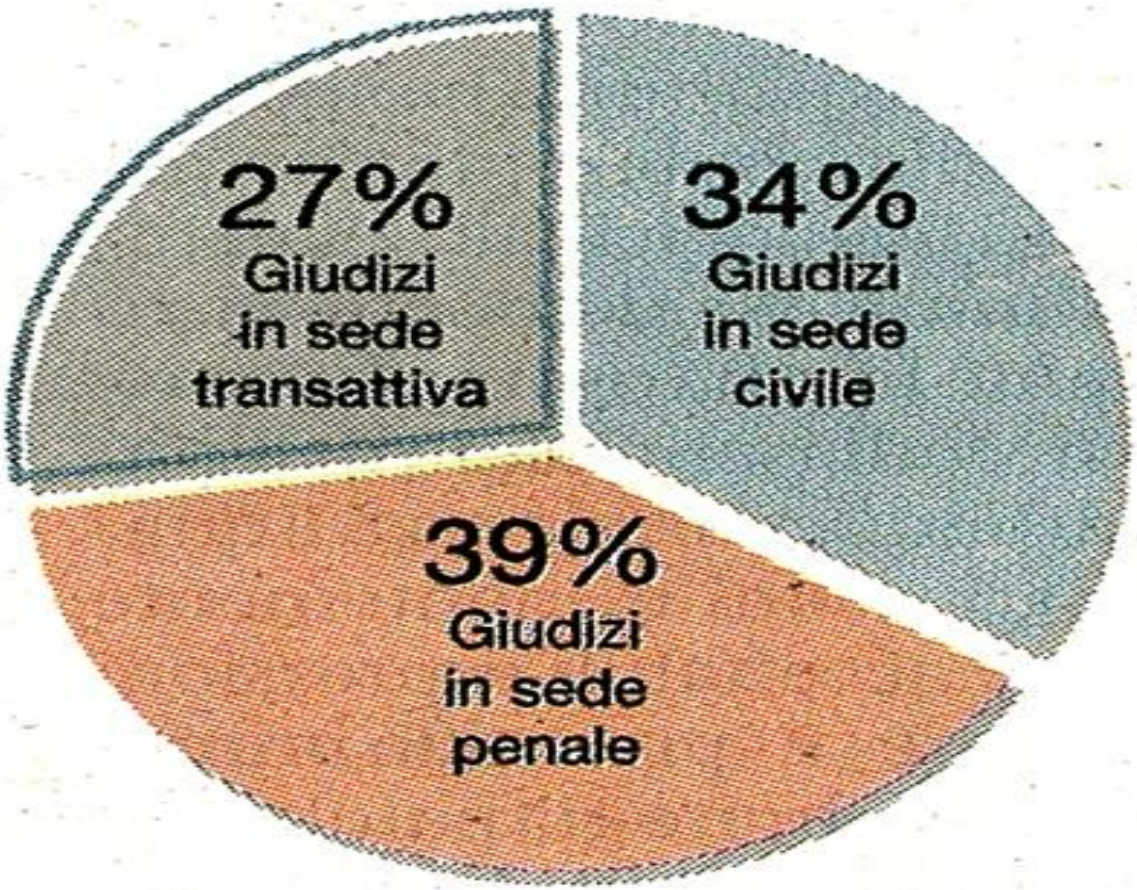
BONANNI, GRION E PETRINI
ALLE PAGINE 28 E 29



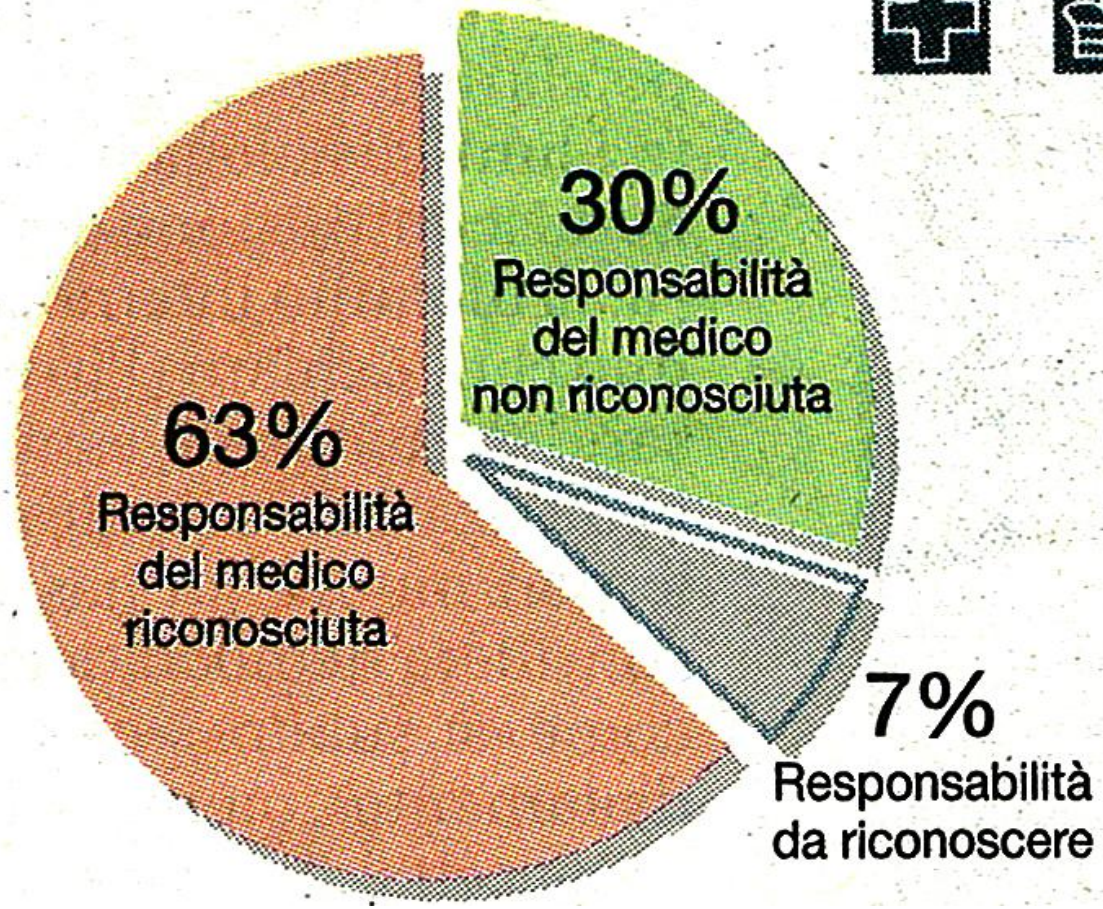
RICHIESTE DANNI 30.000

(1996 – 2007 + 73%)

Le cause ai medici



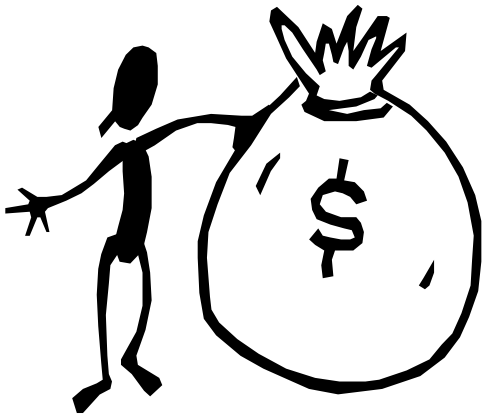
L'esito dei processi



COSTO POLIZZE 500 mln €

(Regione Toscana: conciliazione dal 2010)

CASI RISARCITI 31 % (mediamente 25.000 €)



24 OTTOBRE 2006

,

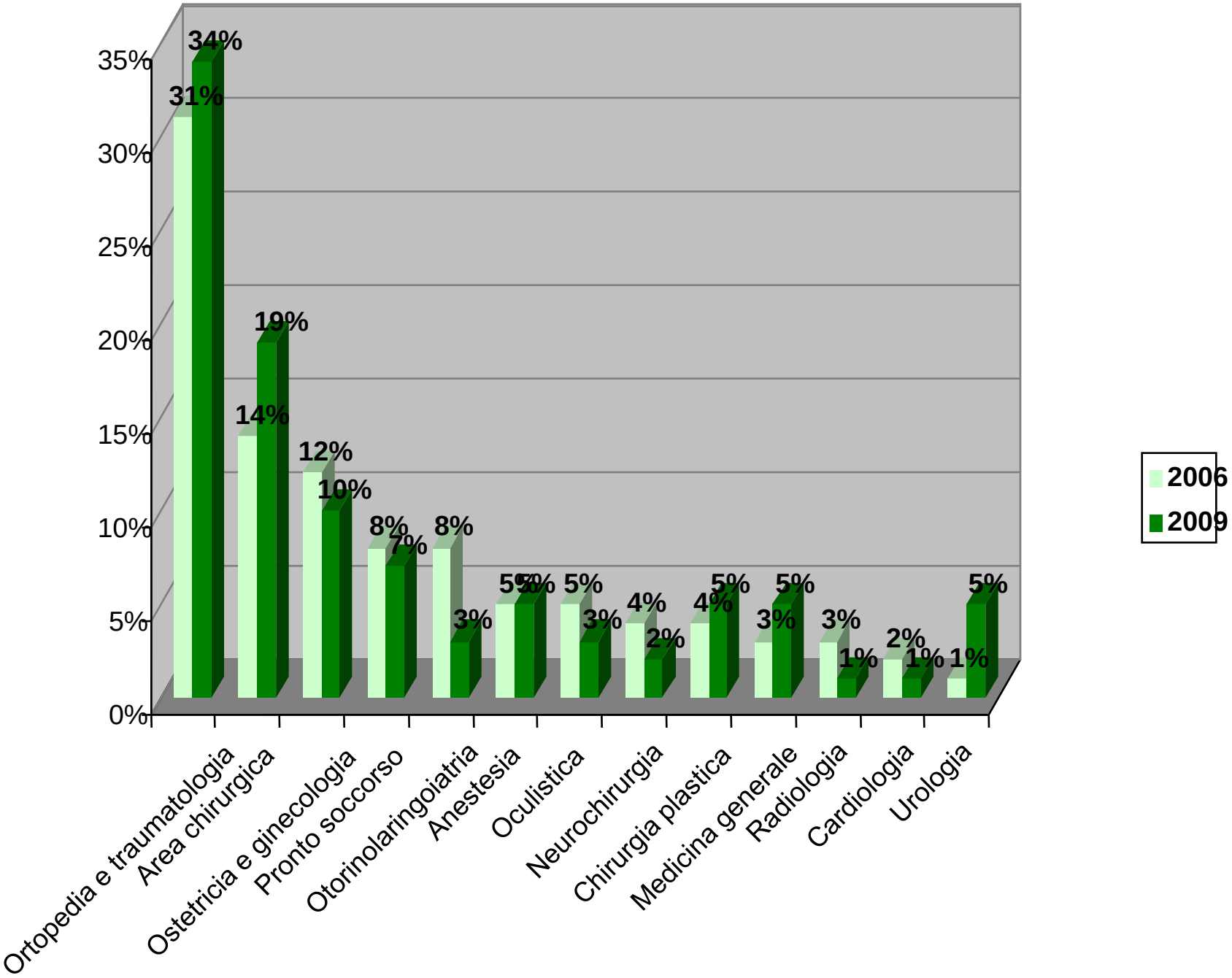
"…specialità dove si commettono maggiori errori stilata dal Tribunale del Malato, l'oncologia con un 13% si colloca al secondo posto, preceduta solo dall'ortopedia e traumatologia con il 16,5%; seguono ostetricia (10,8%) e chirurgia (10,6%)"

ANSA.it

la Repubblica.it

Sanità, novanta vittime al giorno per errori dei medici e disorganizzazione

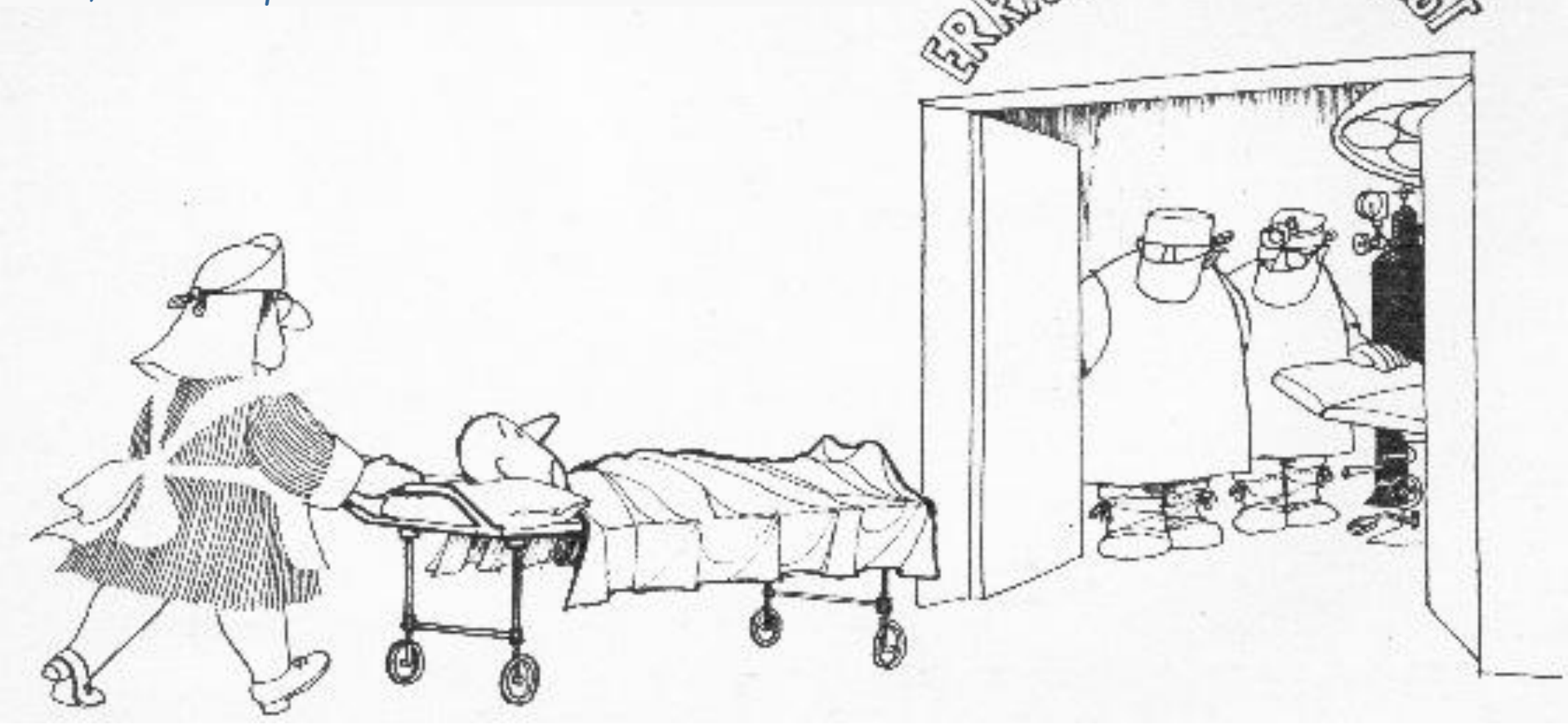
In un anno oltre 14mila decessi, metà dei quali evitabili. I dati forniti dalla Associazione nazionale degli oncologi. Un danno di 10 miliardi di euro. La classifica "nera": ortopedia, poi oncologia e ostetricia


35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
34%
31%
19%
14%
12%
10%
8%
7%
8%
3%
5%
5%
5%
3%
4%
2%
4%
5%
3%
5%
3%
1%
2%
1%
1%
5%
Ortopedia e traumatologia
Area chirurgica
Ostetricia e ginecologia
Pronto soccorso
Otorinolaringoiatria
Anestesia
Oculistica
Neurochirurgia
Chirurgia plastica
Medicina generale
Radiologia
Cardiologia
Urologia
2006
2009

Il 53% degli eventi avversi si verifica in sala operatoria

Errare humanum est, perseverare diabolicus

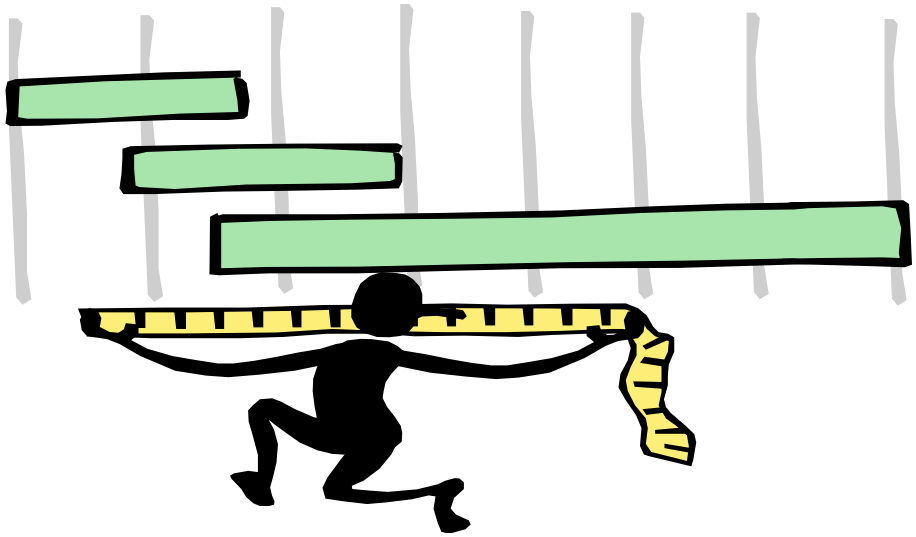
Così la pensavano i Latini, e di certo non si può dire che avessero torto. L'errore è nell'ordine naturale delle cose, è una componente inevitabile della realtà umana



"L'unico errore che non ha scuse è il cercare di nascondere o minimizzare un errore, invece di cercare di imparare il più possibile dal medesimo". (*K. Popper*)

"Se non si può eliminare completamente l'errore umano, è fondamentale favorire le condizioni lavorative ideali e porre in atto un'insieme di azioni che renda difficile per l'uomo sbagliare…" (**Reason 1992**)

devono essere utilizzati tutti gli interventi possibili perché gli errori siano, per lo meno, controllabili…



Rischio

indica la relazione tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità delle sue possibili conseguenze.

ETIMOLOGIA
Rizikon = sorte, destino
(kakorizikos = sfortunato)

Nel diritto delle assicurazioni è l'evento possibile o probabile a cui è collegata la prestazione dell'assicuratore.

Error:
Causes and consequences are not linear in their magnitude

.. hanno aggiunto qualcosa di interessante..

Our Definition of Medical Harm

Unintended physical injury resulting from or contributed to by medical care (including the absence of indicated medical treatment), that requires additional monitoring, treatment or hospitalization, or that results in death.

Such injury is considered harm whether or not it is considered preventable, whether or not it resulted from a medical error, and whether or not it occurred within a hospital.

Institute for Healthcare Improvement

EVENTO SENTINELLA

il Ministero definisce evento sentinella un "*evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.*
Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare l e adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Il CLORURO POTASSIO – KCl - per via endovenosa può causare effetti letali se somministrato in modo inappropriato

La morte o il grave danno subiti dal paziente a seguito di MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero rappresenta un evento sentinella spesso indicativo di carenze organizzative

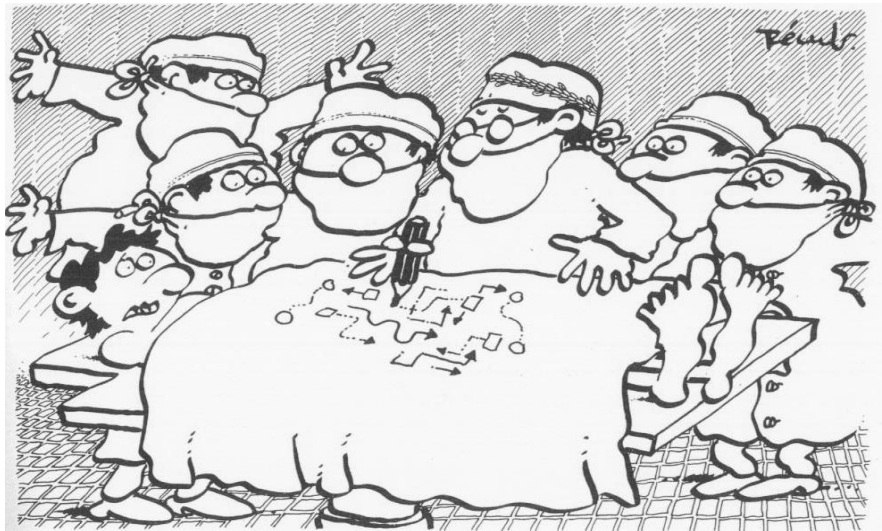
La RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTO O ALTRO MATERIALE all'interno del sito chirurgico può causare gravi danni

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Le procedure chirurgiche in PAZIENTE SBAGLIATO O SU PARTE DEL CORPO SBAGLIATA e le procedure errate possono causare gravi danni ai pazienti

Gli interventi in paziente sbagliato, in parte del corpo sbagliata e la procedura errata rappresentano eventi sentinella particolarmente gravi, che possono e devono essere prevenuti. In alcuni paesi l'applicazione di misure preventive ha consentito la riduzione dell'incidenza di tali eventi. Attualmente in Italia solo alcuni ospedali hanno attivato analoghe misure preventive e, pertanto, con la presente raccomandazione si intende fornire un modello operativo da implementare in tutte le strutture ospedaliere del nostro paese.

Raccomandazione n. 3, Luglio 2006



Allegato 1: Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura

A. Periodo di preparazione all'intervento (giorni o ore precedenti l'intervento)

1° Fase: Consenso informato
Deve includere:

- Nome del paziente
- Nome della procedura
- Sito e lato dell'intervento

2° Fase: Marcare il sito operatorio
Il sito deve essere marcato dal chirurgo o un suo delegato, incluso nell'equipe che effettuerà l'intervento

NON contrassegnare altre parti al di fuori del sito operatorio

B. Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria

3° fase: Identificazione del paziente
Un componente dell'équipe deve chiedere al paziente:

- Nome e cognome
- Data di nascita
- Motivazione dell'intervento
- Sito e lato

CONTROLLARE che le risposte siano congruenti rispetto alla documentazione clinica, al consenso informato, al sito contrassegnato e ad eventuali sistemi di identificazione.

C. Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria)

4° Fase: "Time Out"
Prima dell'intervento deve essere effettuata la verifica finale con lo scopo di controllare:

- corretta identificazione del paziente
- corretta procedura chirurgica
- corretto posizionamento del paziente
- corretta sede e lato

TIME OUT

Il TIME OUT deve coinvolgere l'intera equipe operatoria.

5° Fase: "Double Check"
Due componenti dell'equipe operatoria devono verificare la corrispondenza delle immagini radiologiche con

- identità del paziente
- sito chirurgico

Adattato da: National Center for Patient Safety, Department of Veterans Affairs

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da
ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA

Raccomandazione per la prevenzione della
REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO
.
La reazione trasfusionale da incompatibilità ABO può rappresentare un evento avverso
drammatico ed è sempre dovuta ad errore

Il SUICIDIO in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente

STRUTTURA

1)OBIETTIVO
2)AMBITI DI APPLICAZIONE
3)AZIONI
4)IMPLEMENTAZIONE
5)AGGIORNAMENTI (revisione periodica)
6)SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA
7)FORZA DELL'EVIDENZA (consenso/opinioni di esperti)
8)BIBLIOGRAFIA
9)ALLEGATI

Insieme per migliorare la prevenzione degli eventi sentinella
Il punto di vista della struttura sanitaria sulla Raccomandazione per prevenire GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI
(Raccomandazione n° 8, Novembre 2007)

La stretta collaborazione tra Aziende Sanitarie, Regioni e P.A. e Ministero della Salute costituisce la base per il miglioramento della sicurezza dei pazienti ed in tale ambito si ritiene necessario il continuo scambio informativo.
Nel caso delle Raccomandazioni è necessario considerare quanto emerge dalla loro applicazione nelle realtà operative, al fine di introdurre elementi che le possano rendere sempre più efficaci.
Si chiede pertanto alle Direzioni Aziendali di fornire i suggerimenti derivanti dalla propria esperienza di implementazione ed adattamento della allegata raccomandazione nella pratica clinica.
Si ringrazia per la cortese collaborazione

La sintesi di tutto: le rime di mamma oca (maggio 1999)

good, better, best
never rest
till good be better
and better best

GRAZIE !