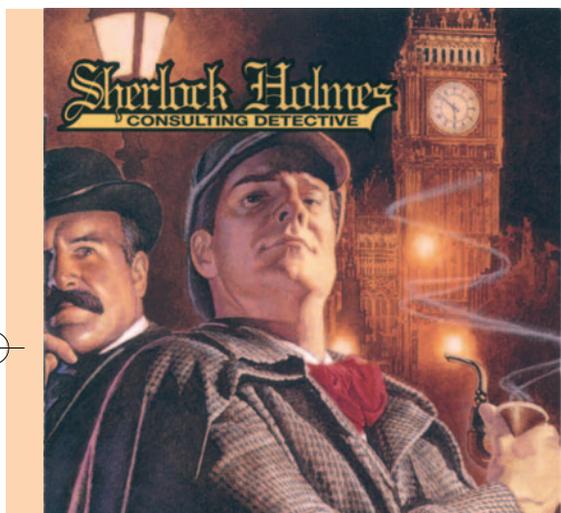


Walter Aronni, Infermiere DDSI, Reparto di Pneumologia Sestri Levante ASL4 Chiavarese Genova
Antonella Dermico, Infermiere Servizio di terapia intensiva Cardiocirurgica, Azienda Ospedaliera di Parma

Efficacia ed appropriatezza dei sistemi di incident reporting nel controllo dell'incidenza degli errori in terapia intensiva



Riassunto

In questo evidence report si è cercato di trovare informazioni e lo stato di utilizzo del Risk Management all'interno delle Terapie Intensive.

Parole chiave: Incident reporting, Terapia Intensiva, Gestione del Rischio, Risk Management, Area Critica

Numerose ricerche hanno dimostrato che i dipartimenti di emergenza sono particolarmente problematici dal punto di vista della sicurezza e questo è dovuto a vari fattori quali: la diversità delle patologie, la natura e l'urgenza delle condizioni cliniche e l'elevato turnover dei pazienti.

Gli errori che non vengono segnalati possono avere conseguenze gravi sia da un punto di vista etico che pratico, moralmente la non segnalazione dell'errore (particolarmente quelli che sono clinicamente significativi) può determinare:

- la privazione alle parti interessate (medici, infermieri, pazienti e loro familiari) di informazioni utili a correggere l'errore;
- la privazione al paziente del diritto ad essere informato ed a fornire il proprio consenso alle cure correttive e i trattamenti necessari;
- la creazione, al paziente, di un ulteriore danno e sofferenza per un errore nascosto e non rimediato;
- la lesione del rapporto fiduciario infermiere paziente, insidiando seriamente e, ipsofacto, la reputazione della professione infermieristica.

Da un punto di vista pratico, se gli errori non vengono segnalati alterano i

dati di incidenza della struttura che possono essere quindi non attendibili e fuorvianti e la conseguente perdita di una occasione per imparare dall'errore fatto.

Senza un insieme di dati completi non sarà possibile ottenere una immagine della natura e della frequenza di un problema che, se lasciato incontrollato, può provocare errori futuri contrariamente evitabili; se lo stesso insieme di circostanze continua a persistere, anche se cambiano gli attori, lo stesso errore si ripeterà.

L'*incident reporting* giace al cuore di molte iniziative atte a migliorare la sicurezza del paziente. I nuovi programmi di *risk management* e sicurezza clinica – sia che siano locali o nazionali – ricollocano sull'*incident reporting* il compito di fornire dati sulla natura dei problemi di sicurezza, indicazioni sulle loro cause e possibili soluzioni.

Nel campo dell'ingegneria aeronautica, dove l'*incident reporting* è notevolmente sviluppato, è noto da tempo che di per se stesso dia scarse informazioni su cause e prevenzione. Uno scenario clinico può essere esaminato da numerose prospettive, ognuna delle quali porta alla luce una diversa sfaccettatura del caso. I casi sono stati usati da tempo immemorabile per educare e riflettere sulla natura dei problemi. Essi possono essere anche usati per illustrare il pro-

REVISIONE

pervenuto il 06/05/2006
 approvato il 06/05/2006

cesso di *clinical decision making*, opzioni terapeutiche e a volte, particolarmente quando si discute di errori, l'impatto personale di errori e distrazioni².

Abbiamo ritenuto interessante ed appropriato, per l'individuazione del quesito di ricerca, il campo della valutazione del rischio clinico che, anche se non sembra essere direttamente un problema clinico, condiziona certamente la prognosi dell'individuo malato. Nell'ambito del *risk management* la segnalazione spontanea degli errori o dei quasi errori (*incident reporting*) è uno degli strumenti più frequentemente indicati come fondamentale per la corretta gestione del rischio.

L'implementazione di questi sistemi di registrazione dell'errore si è enormemente sviluppata negli ultimi anni e prevede l'auto-denuncia, solitamente in forma anonima, attraverso sistemi cartacei o informatizzati.

Il *clinical incident reporting* è un importante strumento di controllo della sicurezza clinica nei reparti dell'emergenza così come in tutto il sistema sanitario e può contribuire a identificare le soluzioni; imparando dagli errori si aumenta la sicurezza del paziente³.

Tenendo in considerazione che i cambiamenti organizzativi, strutturali, le risorse e i costi imposti dall'implementazione dell'*incident reporting* non sono da sottovalutare, ci è sembrato interessante verificare quanto e se questi sistemi diminuiscono l'incidenza degli errori clinici in un settore specifico come le terapie intensive.

Quesito

L'implementazione di sistemi di *Incident reporting* è in grado di ridurre l'incidenza degli errori in terapia intensiva?

P: *terapia intensive*

I: *incident reporting*

C: *assenza dell'incident reporting*

O: *riduzione dell'incidenza degli errori.*

Strategia di ricerca

La ricerca è stata effettuata su internet, attraverso la banca dati (BD) della Biblioteca Universitaria "Ottaviani" dell'Azienda Ospedaliera di Parma e dalle pagine EBN del Centro Studi del Servizio Infermieristico del S.Orsola Malpigli. Sono state consultate le più

comuni (BD) sull'argomento, utilizzando le parole chiave combinate in modo differente. Gli articoli sono stati scaricati e tradotti in italiano, selezionando quindi, quelli che corrispondevano ai criteri di inclusione. È stata in fine effettuata una *critical appraisal* per l'elaborazione del documento che è avvenuta al proprio domicilio.

- Le BD consultate sono le seguenti:
 - BD di Linee Guida: **NCG, New Zealand Guideline Group, Sign, UK Health Centre**, dalla consultazione non sono emerse linee guida inerenti l'argomento.
- BD di Revisioni Sistematiche: the Joanna Briggs Institute, dalla consultazione non sono emerse revisioni sistematiche sull'argomento
- BD generali: **Medline** dalla consultazione sono emerse 19 pubblicazioni di cui 7 sono state selezionate.

Attraverso la banca dati (BD) della Biblioteca Universitaria "Ottaviani" dell'Azienda Ospedaliera di Parma combinando le parole chiave sono state individuate ulteriori pubblicazioni, che abbiamo ritenuto non avessero le caratteristiche per essere inserite nella tabella riassuntiva, ma che potevano tuttavia fornirci alcuni spunti interessanti. Questi ultimi sono citati solo in bibliografia.

Criteri di selezione

- 1) *Sono stati presi in esame solo gli articoli pertinenti al quesito.*
- 2) *Sono stati esclusi a priori documenti che richiedevano un pagamento per la lettura.*
- 3) *Studi pubblicati dopo il 2000.*
- 4) *Articoli in lingua inglese.*
- 5) *Presenza di abstract.*
- 6) *Possibilità di recuperare il full-text tramite internet o biblioteca centralizzata.*

Conclusioni

Le unità di terapia intensiva sono contesti che presentano una elevata complessità assistenziale. Gli avvenimenti e gli incidenti possono essere causati dall'errore umano, da problemi inerenti al

sistema o una combinazione di questi. L'*incident reporting* in campo medico è altamente variabile ed è pesantemente influenzato dalla metodica di rilevazione dei dati; risultano fattori ad alta incidenza sulla disponibilità del personale sanitario a partecipare al programma: l'anonimato, la volontarietà e il carattere non punitivo.

L'*incident reporting* risulta efficace nel rilevare gli errori latenti nel sistema e nell'identificare il ruolo umano nella generazione dell'incidente; l'*incident reporting* deve essere completato con una revisione delle cartelle cliniche allo scopo di identificare errori non segnalati. La raccolta dei dati relativi agli errori commessi, di per se, non porta a nessun incremento della sicurezza del paziente, è necessario adottare strategie per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza, le più diffuse prevedono l'analisi dei dati da parte di un team multidisciplinare e la messa in atto di interventi che modifichino le cause dell'errore.

In conclusione i requisiti fondamentali per l'implementazione dell'*incident reporting* e per una reale diminuzione dell'incidenza degli errori in terapia intensiva sono: il supporto della *leadership* e la valutazione dei dati da parte di un gruppo di esperti che diano inizio al cambiamento.

La registrazione degli eventi avversi è, inoltre, un potente mezzo che può essere utilizzato per la gestione e il miglioramento di punti critici quali: i processi di formazione e addestramento, il controllo sulle apparecchiature elettromedicali e la qualità dei processi di comunicazione.

Note

¹ MEGAN-JANE JOHNSTONE AND OLGA KANITSAKI, *The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper*, Division of Nursing and Midwifery, School of Health Sciences, RMIT University, Plenty Road, Bundoora Vic 3083, Australia Received 16 November 2004; revised 20 April 2005; accepted 26 April 2005. Available online 23 June 2005.

² VINCENT C A, *Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes*, *Qual Saf Health Care* 2004;13:242-243 © 2004 BMJ Publishing Group Ltd & Institute for Healthcare Improvement.

³ CATHERINE M. TIGHE, *Incident reporting in one UK accident and emergency department*, RGN, RSCN, BSc³, Former Research Nurse, Received 4 July 2005; accepted 1 October 2005. Available online 29 November 2005.

Bibliografia

- BUCKLEY TA, SHORT TG, ROWBOTTOM YM, OH TE., *Critical incident reporting in the intensive care unit*. Anaesthesia. 1997 May;52(5):403-9.
- BECKMANN U, BOHRINGER C, CARLESS R, GILLIES DM, RUNCIMAN WB, WU AW, PRONOVOST, *Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care: facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review*. Crit. Care Med. 2003 Apr;31(4):1006-11.
- ELIZABETH N. MILES, *Improvement in the incident reporting and investigation procedures using process excellence (DMAI2C) methodology*, Journal of Hazardous Materials, Vol. 130, Issues 1-2, 17 March 2006, 169-81.
- RICK IEDEMA, ARTHAS FLABOURIS, SUSAN GRANT AND CHRISTINE JORM, *Narrativizing errors of care: Critical incident reporting in clinical practice*, Social Science & Medicine, Vol 62, Issue 1, January 2006, 134-44.

Abstract

In this evidence report, information was searched on levels of utilization of risk management strategies in intensive care units.

Key words: Incident reporting, Intensive care unit, Risk Assessment, Risk Management, Critical Care.

25° CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

Genova, 15 - 16 - 17 novembre 2006
Magazzini del Cotone - Porto Antico

L'infermiere e l'errore

- prevenire • imparare • intervenire

Obiettivi

- Evidenziare la tipologia, le dimensioni e la distribuzione dell'errore nell'area critica;
- Ipotizzare ed indicare strategie, modalità e strumenti per prevenire l'errore nell'assistenza alla persona in condizioni vitali critiche;
- Delineare percorsi e metodi per gestire l'errore ed intervenire sulle eventuali ricadute sulla persona assistita, sul singolo professionista e sull'équipe assistenziale;
- Riconoscere all'errore o al quasi-errore valenza formativa e significativa per a) definire le competenze del singolo e dell'équipe e b) per individuare le criticità organizzativo-gestionali.



Info su:
www.aniarti.it

aniarti@aniarti.it