

Le Aziende Sanitarie sono organizzazioni complesse in cui la maggior parte degli incidenti è generata dalla interazione tra le componenti tecnologiche, organizzative e umane del sistema. Il tema della gestione del rischio è sentito come urgente e critico dai professionisti, ai quali è necessario offrire occasioni di confronto e supporto. L'autoanalisi sui fattori causali o contribuenti al verificarsi degli errori è il primo passo verso il miglioramento della qualità dei Servizi e la sicurezza dell'assistito.

Si è voluto intraprendere uno studio dei fattori di rischio clinico nella struttura di Nefrologia dell'ASUITs per essere in grado di pianificare interventi di miglioramento mirati e di efficacia, per rafforzare la visione sistemica dell'errore e promuovere una *no-blame culture*. Lo studio è stato condotto dal DAI di Medicina in collaborazione con la S.S. Qualità, accreditamento e sicurezza.

OBIETTIVI PRIMARI:

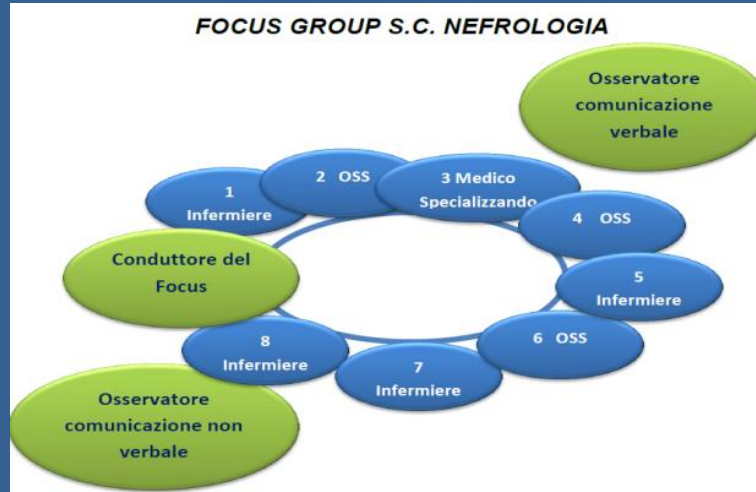
- Individuare i fattori di Rischio Clinico che sussistono in una Struttura di Nefrologia dell'ASUITs
- Esplorare la cultura del Rischio Clinico dell'équipe multidisciplinare

OBIETTIVO SECONDARIO:

- Individuare le possibili aree di miglioramento per la sicurezza delle cure e dell'assistenza

MATERIALI E METODI:

E' stata svolta una indagine qualitativa fenomenologica a partire dalle esperienze del gruppo multidisciplinare di professionisti e operatori della S.C. Nefrologia dell'ASUITs, mediante l'analisi tematica contenutistica delle testimonianze degli stessi raccolte durante un focus group sul tema della Sicurezza delle Cure.



| Campione | Anni di esperienza nella professione |
|----------------------------|---|
| 4 Infermieri | 2 settimane 4 anni 16 anni 17 anni |
| 3 Operatori Socio Sanitari | 3 anni 15 anni 15 anni |
| 1 Medico (Specializzando) | 1 anno |

RISULTATI:

FATTORI PREDISPONENTI ALL'ERRORE

- L'inefficace comunicazione
- Il clima lavorativo
- La fretta
- Assistiti con un carico assistenziale elevato
- Procedure di nuova introduzione
- La carenza di organico
- L'ambiente
- Il comportamento del professionista
- La presenza di professionisti e studenti in formazione
- Il turno notturno
- Il professionista inesperto
- Il professionista esperto e troppo sicuro
- La quantità di dialisi peritoneali
- La carenza di formazione

LE FASI DELL'ASSISTENZA MAGGIORMENTE A RISCHIO

- La distribuzione della terapia
- La somministrazione delle diete
- Le uscite di reparto per accompagnare l'assistito (scopo diagnostico)
- L'esecuzione della dialisi peritoneale
- La prescrizione degli esami ematochimici e strumentali (near miss)

LE RIPERCUSSIONI DELL'ERRORE

- Il danno fisico e morale all'assistito
- La seconda vittima dell'errore è il professionista
- La paura di come e a chi riferire l'errore
- La disaffezione alla professione
- Il miglioramento personale indotto dall'errore

AREE DA IMPLEMENTARE

- L'efficace comunicazione
- Il doppio controllo della terapia
- La soddisfacente copertura dell'organico
- La condivisione dell'errore in equipe
- La valutazione sistemica dell'errore
- La diffusione della formazione
- Valorizzazione delle competenze individuali
- No blame culture

CONCLUSIONI:

Il Focus Group ha permesso di far emergere tematiche non abitualmente affrontate e ha restituito ai professionisti coinvolti la consapevolezza di non essere da soli. Emerge che l'esperienza lavorativa gioca un ruolo notevole nella percezione dell'errore. L'operatore esperto, che affronta le diverse procedure divenute di routine con sicurezza, può inciampare nello sbaglio e vivere l'errore con estremo disagio. L'indagine condotta evidenzia infatti la fragilità dell'operatore, che si tramuta nella "seconda" vittima dell'errore.

La condivisione in équipe risulta una strategia vincente per leggere l'errore come un'opportunità per mettere in campo tecniche di prevenzione e aumentare la sicurezza del sistema. In conclusione si può affermare che condivisione, comunicazione e formazione sono i tre elementi che concorrono ad accrescere la sicurezza dell'assistito dando strumenti ai professionisti per non incorrere nell'errore.

Bibliografia:

Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema. *Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico*. Volume 1, p. 9 Dicembre 2010
Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema. *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari*.