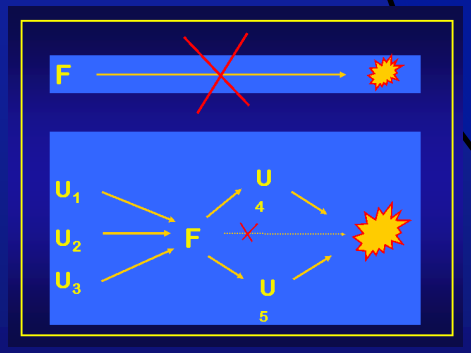
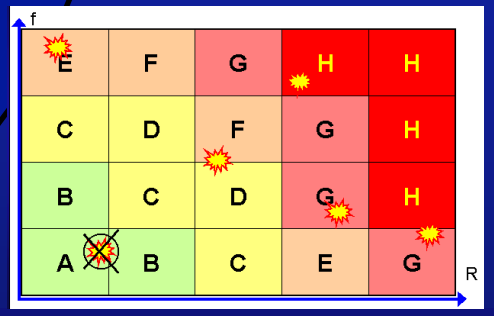
Errori nella medicina
&
miglioramento
della sicurezza per i pazienti

Approccio sistemico

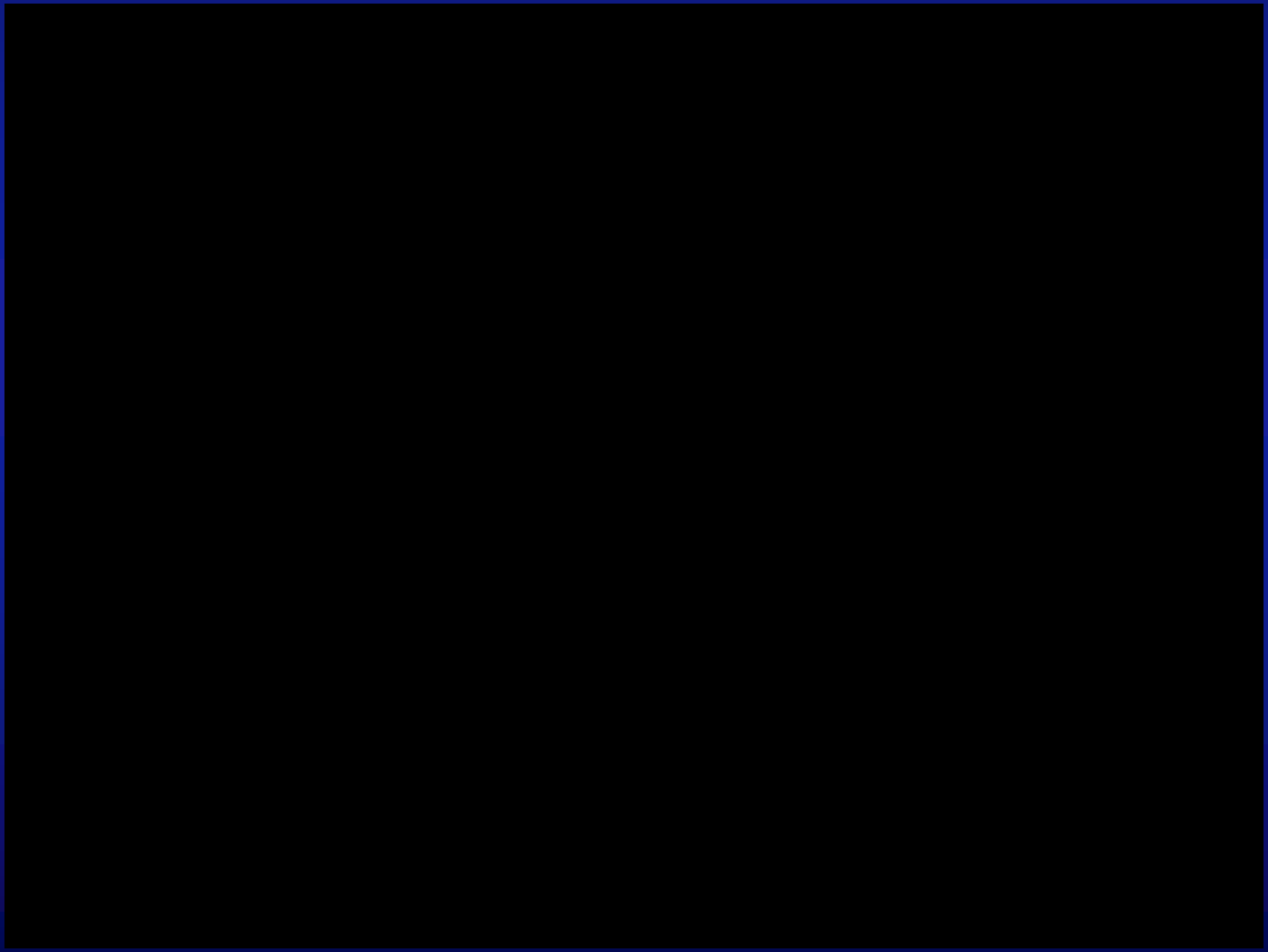




InPASS Istituto per la sicurezza dei pazienti & Teamtraining
-Dr med Markus Rall
GmbH Kreiskliniken Reutlingen

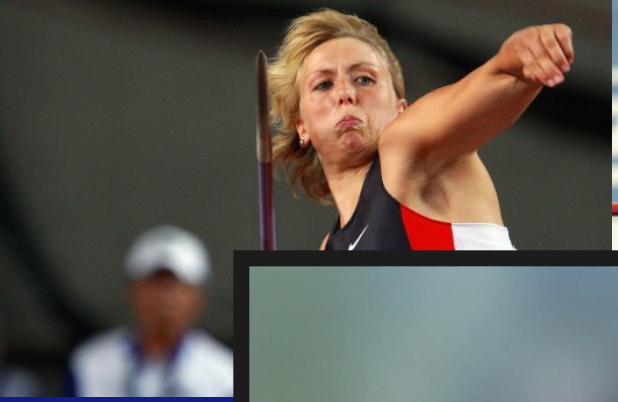
CESAMU
Dr med Anselmi Luciano
Responsabile scientifico

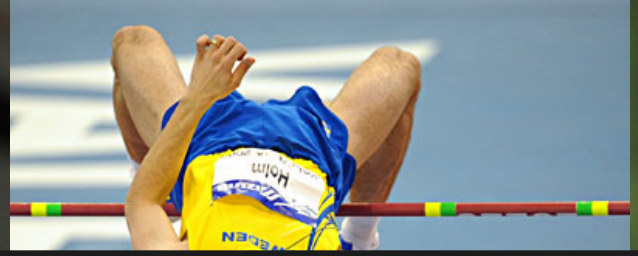
Microgrammi/milligrammi/millilitri

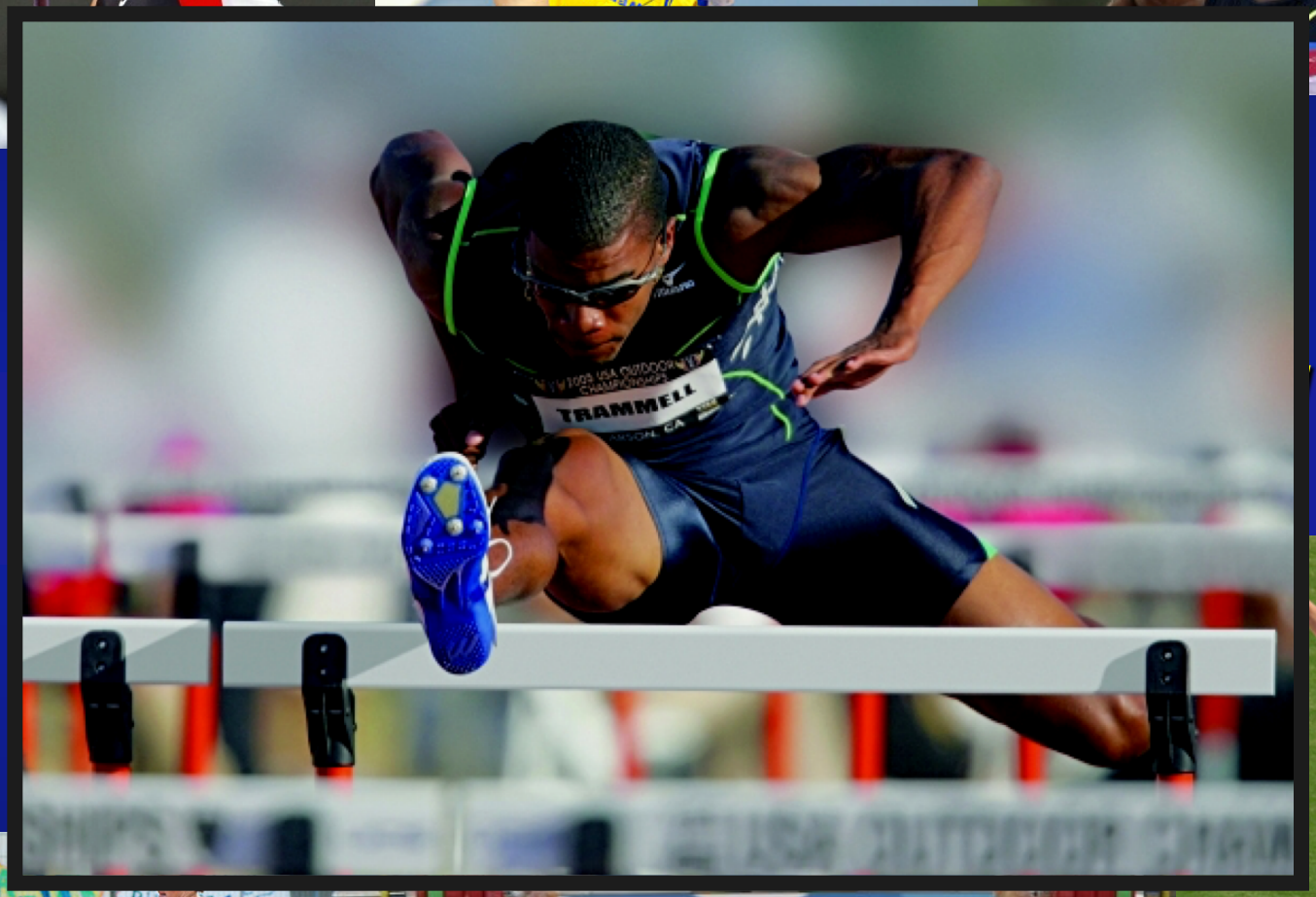


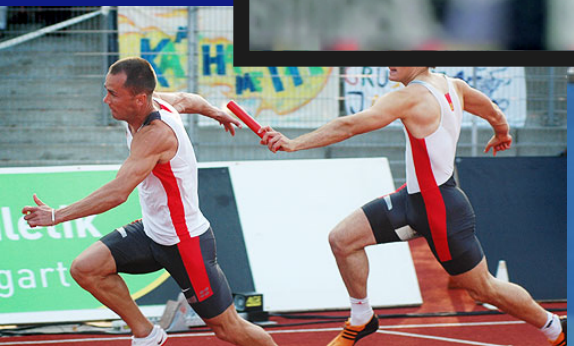
Il lavoro in Team é essenziale

Dream Teams are made, not born!






TRAMMELL



TOYOTA
506

Safety Culture: sicurezza al 100% non esiste

Cosa sono **le cause**?

CRM messaggi fondamentali

le 15 affermazioni chiave CRM

1. Conosci il tuo ambiente di lavoro (tecnica /organizzazione)
2. Anticipa e pianifica
3. Richiedi aiuto (meglio prima che tardi)
4. Assumi la direzione o sei un buon o sei un buon membro del team
5. Distribuisci il carico di lavoro
6. Mobilizza tutte le risorse disponibili (personale e tecnica)
7. Comunica in modo sicuro e efficace
8. Osserva e utilizza tutte le informazioni disponibili
9. Impedisci e riconosci errori di persereranza
10. Abbi dubbi e verifica accuratamente
11. Utilizza le istruzioni e consulta
12. Ri-valuta la situazione costantemente
13. Bada che il lavoro nel Team sia buono
14. Pilota la tua attenzione in modo cosciente
15. Metti delle priorità dinamiche

Nach Rall, Gaba
in: Miller, Anesthesia
6th Edition (2005)

Kommuniccazione + CRM

- **Credere**

  non significa **detto**

- **Detto**

  non significa **ascoltato**

- **Ascoltato**

  non significa **capito**

- **Capito**

  non significa **eseguito**

Close the loop !

Cio vale sia per chi trasmette che per il destinatario !

Cause di incidenti critici

70 % cosiddetti „Human Factors“

(evitabili?)

- **Non dovuti a conoscenze professionali insufficienti !**
- **Ma problemi nel mettere in pratica le conoscenze nel contesto reale.**
- **Problemi con l‘affrontare la complessità**
- **Team, Comunicazione**

Durante lo studio di medicina quasi lo 0 % su questo argomento globale

Valutazione:

70 % cosiddetti „Human Factors“
(evitabili?)

- **Stress dell‘operatore per la spinale?**
- **Richiesta multipla del dosaggio senza risposta adeguata.**
- **Doppio errore: 30 ug/ora o 30 ml/ora?**
- **Risultato: 30 mg/ora al posto di 3 mg/h**

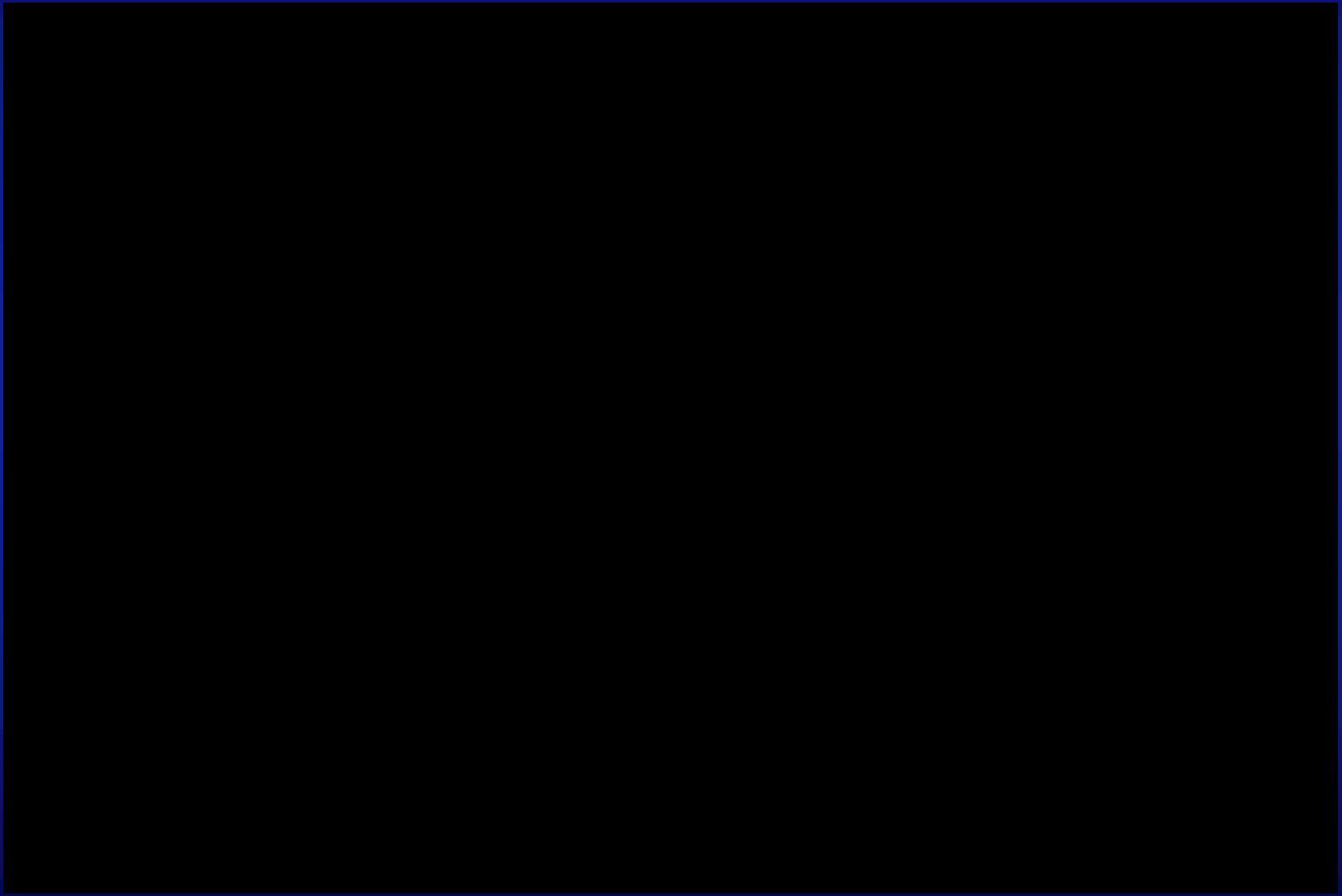
Il principio „10-secondi-per-10-minuti“

Diagnosi !
Problema ?

Problemi?,
Team, Fatti,
Pianificare,
Delegare

Rall, Glavin, Flin:
BJA Bulletin 2008

Etichette simili...



„Human error“
nel low-tech

Agitazione della paziente, si vuole sedare subito e si carica il medi errato

„Human error“
nel high-tech

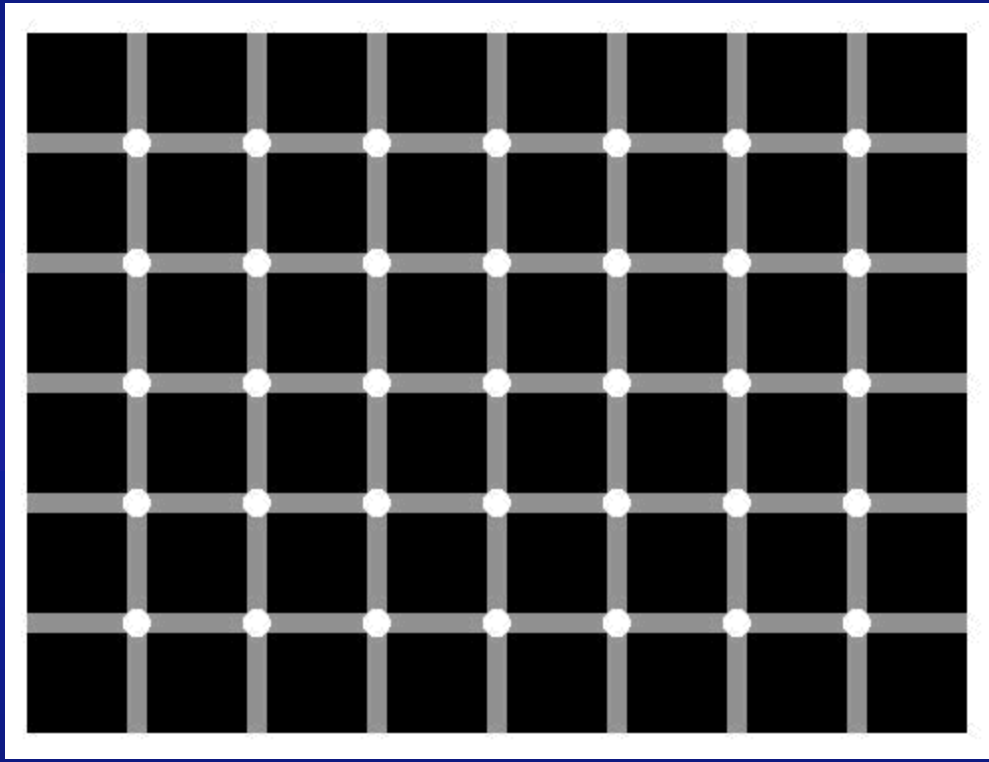
La sicurezza sta nella semplicità:
- Poco é meglio

Etichette simili...

Nella confusione della fine op:
-Etichetta arancio e rossa confuse
- 10 mg esmerone al posto di 1 mg Midaz
- reazione immediata: bridium

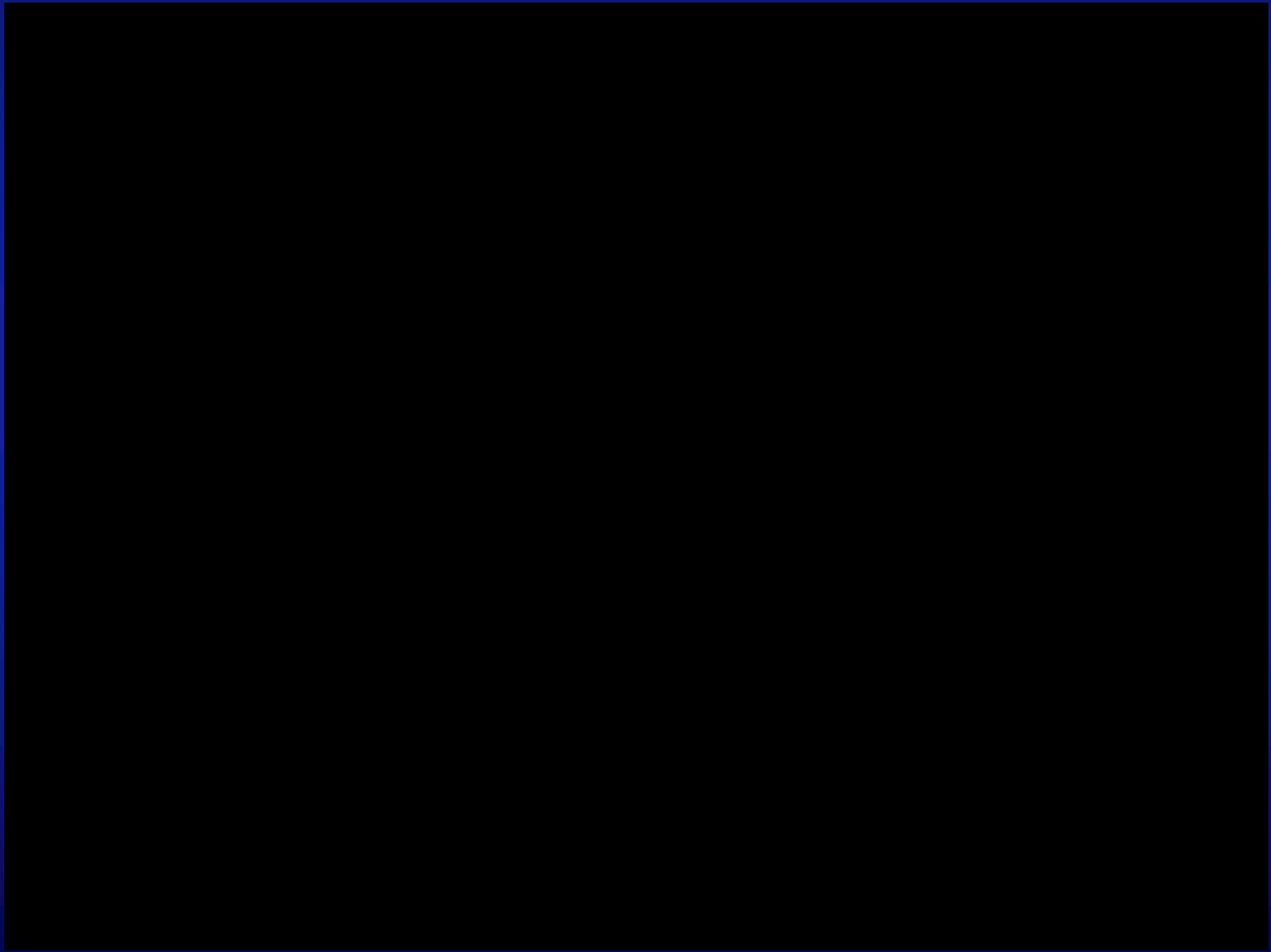
Valutazione e conclusioni:
- Farmaci non necessari non sono aspirati sul plateau.

Errore dinamico e confusione(3)

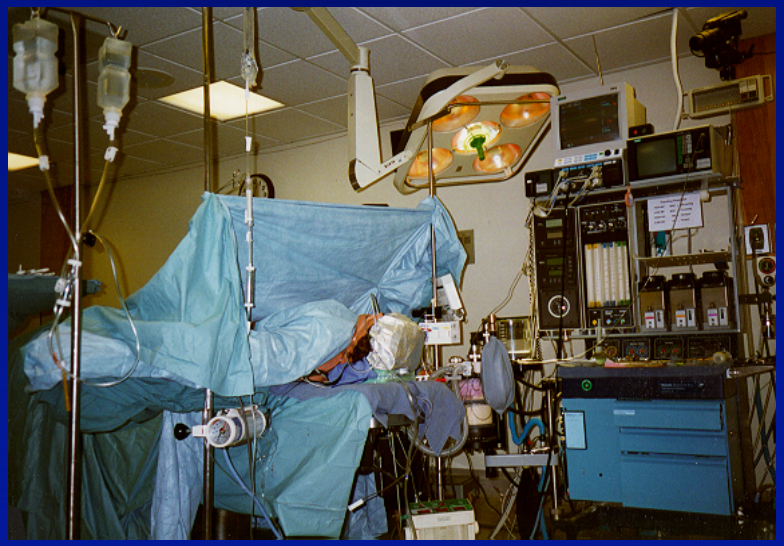


La sicurezza non sta nel preparare tutto

Fiale simili...



CRM proviene dalla aviazione



Differenze nel management per la sicurezza?

Pilota – Anestesista

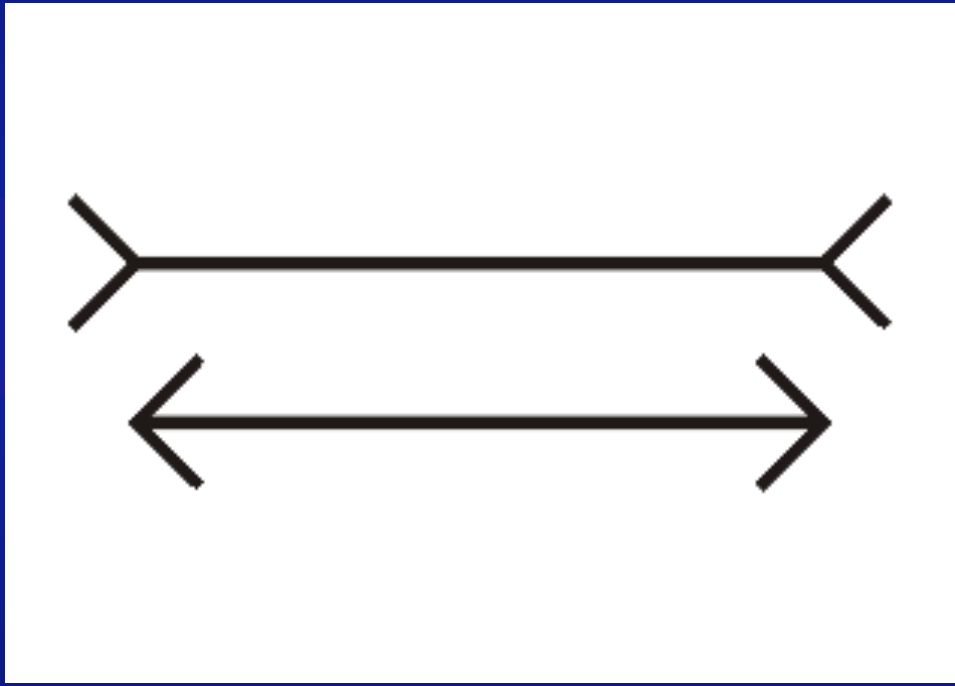
Il pilota siede sempre anche lui nel Cockpit e vola assieme !

Vi sarebbero dei cambiamenti, se l‘anestesista ricevesse assieme al paziente lo stesso trattamento previsto?

Gli aerei sono stati sviluppati, costruiti e provati dagli uomini e vengono forniti con le istruzioni per l‘uso!

I pazienti non possono „essere volati“
e non vi é un chirurgo che lavora contro

Fiale simili



La valutazione é dipendente dal contesto

High Reliability Organisations

- Primo obiettivo accettato é la sicurezza!
- Secondo diritto alla prestazione
- Sprechi in risorse da evitare
- Human Factor vs Human Error
- Ricerca attiva e creativa di errori
- „Don´t forget to be afraid“
- Training di situazioni critiche

Rischio e fattore umano

- Seguire le raccomandazioni (M-Olsen: Helsinky eclaration on safety in anaesth 2010)
- Il compito non é quello di eliminare gli „errori umani“ , ma quello di minimizzare, le conseguenze pericolose (D. Norman)

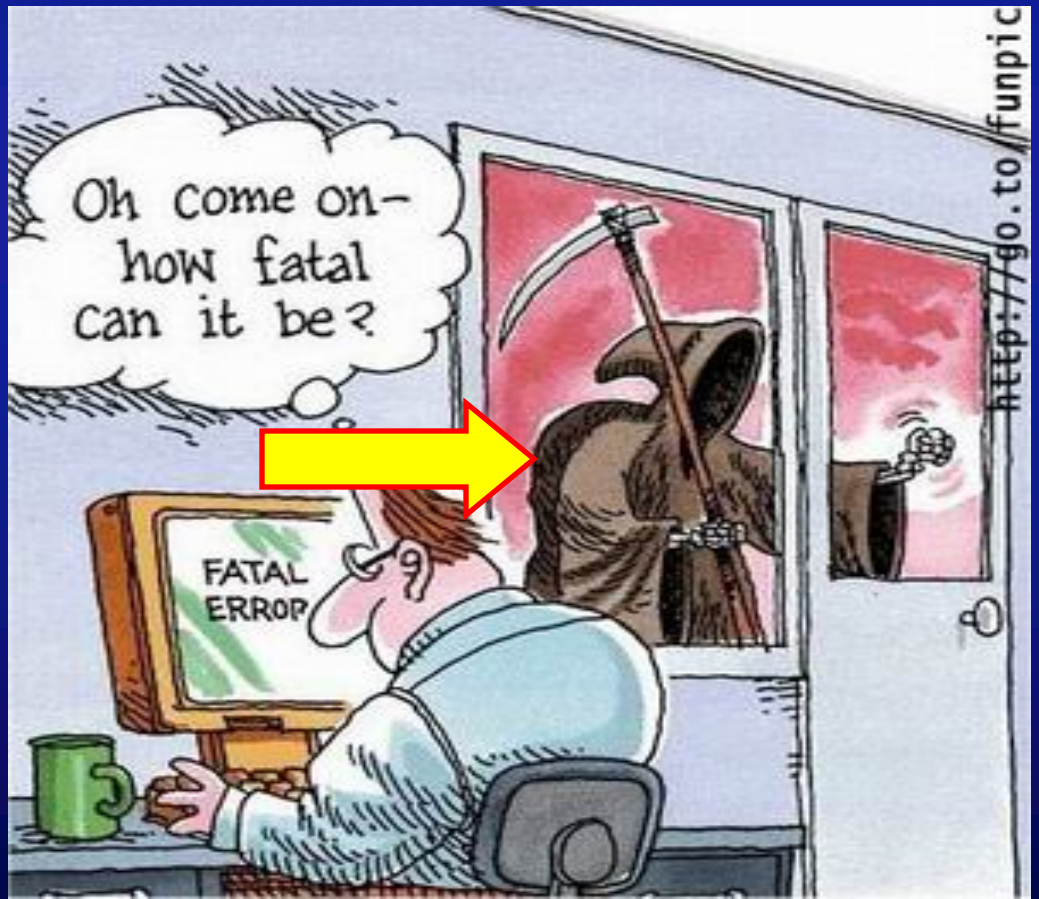
Noi sottovalutiamo l'importanza degli errori…

Frequenza: 1 su 130 anestesie (CIRS-D)
Di cui 1% con danni permanenti (2012 – D)

Noi sottovalutiamo l'importanza degli errori…

Noi sottovalutiamo l'importanza degli errori…

Di cui 1% con danni permanenti (2012 – D) o morte



Errori di medicamenti:

ANALISI
1/3 errori di diluizione / preparazione
¼ confusione fiale / etichette simili
Nessuna differenza elettivo / urgenza
1/3 necessità di applicazione immediata

COMUNICAZIONE: 0%

SOGGETTIVO
Fiale simili >50%
Stress 32%

P. Brinkrolf - Anesth Intensivmed 2013; 54
J. Rohe – CIRS . Anästh Intensiv 2011; 53
A. Valentin – Drug errors – Br Med J 2009; 338

E poi, cosa diciamo al paziente?

Errore di dosaggio senza complicanza grave:
- neosinefrina?

Errore di farmaco senza conseguenza
- succi al posto di esmeron

Errore necessitante intervento attivo
- mepivacaina ev
- esmerone in paziente sveglio

Errore con conseguenze potenziali
- Adrenalina al posto di Fentanyl