

Errori ed eventi avversi in Pronto Soccorso: la gestione del rischio clinico

Claudio Bianchin, Carolina Prevaldi*

Medico-Legale, Agenzia Socio-Sanitaria Regione Veneto

*Medico d'Urgenza, Pronto Soccorso/Accettazione ASL 10, Veneto Orientale

Difficile dire quanti, e quali, errori si verificano nelle nostre unità operative di Pronto Soccorso. L'inferenza derivata dai dati dei principali studi anglosassoni¹⁻⁴ risulta solo orientativa in quanto relativa a realtà diverse e che, tra l'altro, fanno riferimento agli *Emergency Department* (ED), contesto organizzativo non sempre sovrapponibile al nostro. Tuttavia, le problematiche relative a errori ed eventi avversi devono ritenersi sostanzialmente simili. In questi studi, la percentuale di Eventi Avversi (EA) che sono stati intercettati negli ED attraverso la revisione delle cartelle cliniche (*chart review*) è risultata bassa (dal 1,5 al 3%). Trattando di realtà operative ad alto rischio ciò desta meraviglia. Va detto, però, che tale sistema di rilevamento, pur essendo considerato generalmente il *gold standard*, presenta non pochi limiti quando applicato alla realtà del Pronto Soccorso (PS). Quello che ci appare più evidente è legato al fatto che, utilizzando le cartelle cliniche, non intercetta gli eventi avversi che si verificano quando le prestazioni si concludono con la dimissione del paziente. In questi casi gli eventi avversi possono essere gravi per una errata o mancata diagnosi, e possono essere rilevati solo effettuando studi *ad hoc* sulle percentuali di riammissione in PS o sui decessi a breve termine. Comunque, se il dato risulta sicuramente sottostimato, sembra rilevante il fatto che una grande proporzione di eventi (dal 70 all'82%) è stata giudicata evitabile. La maggior parte degli errori riguarda la diagnosi e produce, secondo gli studi presi in esame, spesso gravi conseguenze in termini di invalidità permanente o di decessi. Gli Autori ritengono che le cause più frequenti siano riconducibili a una inadeguata formazione e carente addestramento del personale, all'alto volume di attività e all'urgenza delle prestazioni che portano a un limitato tempo da dedicare al singolo paziente.

Nel CIMS (*Critical Incident Monitoring in Emergency Medicine Study*)⁵ relativo ai dati di sei ED australiani, il 78% degli incidenti riportati è stato giudicato attribuibile a fattori di "sistema", con una variabilità dal 54%, per gli errori nella gestione dei farmaci, al 96% per gli errori da mancata ammissione. Quasi tutti (96,6%) sono stati considerati prevenibili. Quattro sono stati i fattori di sistema associati agli incidenti: uno staff di medici e infermieri giovani e/o molto giovani, turni notturni o di fine settimana non coperti da personale esperto, eccessivo carico di lavoro e la carenza relativa di personale con anzianità di servizio ed esperto. Indubbiamente le caratteristiche operative tipiche del Pronto Soccorso rendono questa unità operativa particolarmente a rischio per errori ed eventi avversi⁶.

Spesso il medico del PS non conosce il paziente e, diversamente dal medico di famiglia o dal medico del reparto di ricovero, non ha a disposizione sufficienti informazioni, mentre il tempo a disposizione per una valutazione è breve e il contesto impone di pensare e agire velocemente.

Il livello di attività è in genere elevato, le problematiche sono sempre molteplici e variabili mentre i relativi trattamenti sono molto brevi e concentrati nel tempo.

La densità decisionale (numero di decisioni da prendere in un turno di lavoro) è elevata ed è proporzionalmente elevato il carico di informazioni da elaborare; le decisioni, infatti, richiedono la corretta interpretazione di tutta una serie di reperti, non sempre tempestivi e affidabili, derivanti da esami di laboratorio, radiologici, ECG grafici ecc. e alla elaborazione di questi in base al quadro clinico del singolo paziente. Sintomi comuni come astenia, vertigini, cefalea, dolore toracico e dolore addominale comportano ampie diagnosi

differenziali determinando un elevato grado di incertezza diagnostica. La combinazione di un'alta densità decisionale ed elevata incertezza diagnostica conduce a una considerevole prevalenza di errori cognitivi.

Vi è inoltre una evidenza del legame esistente tra l'esperienza di medici e infermieri e la prevedibilità degli errori. Quindi la formazione specifica e l'esperienza sul campo risultano fattori decisamente critici in PS mentre, a causa dell'elevato *turn-over*, spesso l'inserimento di nuovi operatori avviene senza un adeguato programma di formazione e training e senza la preventiva verifica delle reali capacità di affrontare le abituali situazioni che si verificano in questo contesto. La formazione stessa degli operatori è complessa: risulta, infatti, oneroso preparare gli operatori per l'ampio spettro di problemi clinici che spesso si presentano in PS in modo atipico e ambiguo e non infrequentemente hanno conseguenze catastrofiche. Sono necessari in ogni caso vari anni di esperienza, perché da questa dipende l'acquisizione di capacità che consentono al medico di PS di unire la qualità alla rapidità nelle decisioni. Nel contesto lavorativo degli operatori del PS sono incessanti le interruzioni e le distrazioni dell'attenzione che notoriamente compromettono tali processi e la conseguente abilità decisionale, pertanto l'attività richiede di solito uno sforzo di concentrazione costante.

Le carenti (limitate) risorse che si riflettono su insufficienti standard professionali, strumentali e strutturali spesso portano a prolungati tempi di attesa. Una particolare riflessione va posta al "sovraffollamento" come causa base di frequenti e rilevanti errori medici. La mancanza dei posti letto nei reparti, interrompendo il flusso in uscita dei pazienti barellati dal Pronto Soccorso, mette in ginocchio anche il migliore, e meglio organizzato, dei sistemi. Nonostante gli sforzi e la buona volontà degli operatori che devono lavorare in queste condizioni, è comunque inevitabile che il livello della qualità dell'assistenza si riduca, come purtroppo emerge periodicamente dai casi che hanno una vasta eco mediatica.

Lo stesso passaggio di consegne tra un turno e l'altro di medici e infermieri, interrompendo la continuità dell'assistenza, predispone agli errori. Così anche la rottura del ritmo circadiano e la stanchezza legata al lavoro notturno favoriscono errori cognitivi e difetti di performance.

Tutte queste potenziali fonti di rischio si combinano sinergicamente assieme in un turno di lavoro. Cosa fare allora per ridurre gli errori e migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza?

Le peculiari caratteristiche operative del Pronto Soccorso ne fanno un naturale laboratorio per lo studio degli errori. L'analisi degli errori offre una opportunità unica di individuazione delle cause legate alle persone e al sistema in cui operano. Un'obiettivo *root cause analysis* spesso fa emergere i difetti del processo assistenziale e di sistema che sottendono gli errori evitabili. Ovviamente per analizzarli vanno prima individuati e segnalati; questo andrà fatto in modo sistematico e strutturato. Tuttavia, affinché gli eventi siano segnalati dagli operatori va diffusa la cultura della sicurezza nella quale l'errore viene considerato più spesso un derivato di difetti di organizzazione complessiva che dell'operato del singolo. Va creato, inoltre, un clima non colpevolizzante per evitare l'occultamento di eventi avversi, che in questo contesto rappresentano invece occasioni per imparare dall'errore. La tradizionale consuetudine della rimozione della *bad apple* si è dimostrata inefficace, oltre che spesso ingiusta, comportando la periodica ricomparsa del problema. Solo facendo emergere "quello che non va" si pongono le basi per analizzarlo, individuarne le cause vere, che non sono quelle immediate, ma le *latent failure*, cioè quelle errate modalità organizzative le cui conseguenze possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso. Sulla base delle cause profonde individuate si possono attivare delle azioni correttive mirate. A ciò deve seguire un attento monitoraggio degli effetti per verificarne la reale efficacia preventiva. Le esperienze positive sperimentate in una struttura sanitaria potranno poi essere diffuse e trasferite (o quantomeno attinte come riferimento) per la risoluzione di problematiche analoghe in altre strutture.

L'ARSS della Regione Veneto mette a disposizione un *Incident Reporting Website*⁷, molto simile al modello australiano (*Australian Incident Monitoring System*), che nel rispetto della riservatezza e confidenzialità dei dati potrebbe rappresentare per le unità operative di Pronto Soccorso della regione una via per condividere queste informazioni. Tale procedura consente l'informatizzazione della scheda di segnalazione, il trasferimento dei flussi di dati relativi all'*Incident Reporting* dalle aziende sanitarie all'ARSS e rende immediatamente disponibili alle Unità Operative i dati relativi alle segnalazioni per la redazione di statistiche e report. La partecipazione al sistema diventa un requisito necessario per chi volesse intraprendere la strada dell'accreditamento istituzionale.

Meritano speciale attenzione, in un'ottica di gestione del rischio, anche i "ritorni" in Pronto Soccorso, cioè i pazienti che si ripresentano a breve, perché non ravvisano alcun miglioramento, o perché sono peggiorati. Nel 9-20% dei casi questi pazienti hanno patologie non riconosciute, "perse", alla prima visita, nel 5-23% dei casi la cura non era appropriata. Questi pazienti devono essere attentamente, completamente, rivalutati, al fine di escludere con la maggiore precisione possibile la presenza di errori diagnostici o terapeutici. Una rete di sicurezza per il PS è rappresentata dalla possibilità di rivalutazione dei pazienti a breve termine, programmando delle visite di controllo o dei veri e propri sistemi di *follow up*. Questo tipo di attività rappresenta una rete di sicurezza sia per il paziente sia per i medici che lavorano in Pronto Soccorso, e inoltre rappresenta l'occasione per un controllo informale sia della gestione sia della documentazione clinica⁸. Lo studio dell'errore offre interessanti spunti di ricerca poiché sono molte le domande alla quali non abbiamo risposte. Per esempio: qual è l'efficacia sulla riduzione di errori ed eventi avversi del controllo delle interruzioni o distrazioni degli operatori (per esempio telefono)? Del rispetto della durata ideale del turno lavorativo o del miglioramento delle procedure per i cambi di turno? Dell'adozione di un sistema informatizzato per le informazioni cliniche?

Un aspetto critico della nuova cultura della sicurezza dei pazienti è la necessità di cambiare atteggiamento verso gli errori medici non solo da parte degli operatori ma anche da parte della società. L'attuale teoria degli errori saggiamente sposta il fuoco dalla facile attribuzione della responsabilità al singolo a una migliore comprensione dei complessi fattori di sistema e di processo che favoriscono il verificarsi degli eventi avversi. Sarebbe auspicabile che anche gli utenti acquisissero una maggiore e più realistica consapevolezza e comprensione della fallibilità degli operatori sanitari e del sistema nel quale lavorano. Quindi, uno sforzo considerevole è necessario da parte di tutti per cambiare la tradizionale mentalità verso gli errori e le modalità con cui efficacemente affrontarli.

giamento verso gli errori medici non solo da parte degli operatori ma anche da parte della società. L'attuale teoria degli errori saggiamente sposta il fuoco dalla facile attribuzione della responsabilità al singolo a una migliore comprensione dei complessi fattori di sistema e di processo che favoriscono il verificarsi degli eventi avversi. Sarebbe auspicabile che anche gli utenti acquisissero una maggiore e più realistica consapevolezza e comprensione della fallibilità degli operatori sanitari e del sistema nel quale lavorano. Quindi, uno sforzo considerevole è necessario da parte di tutti per cambiare la tradizionale mentalità verso gli errori e le modalità con cui efficacemente affrontarli.

Bibliografia

1. Brennan TA *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of Harvard Medical Practice Study 1. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-376.
2. Gawande AA, Thomas EJ *et al.* The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999; 126: 66-75.
3. Wilson RM *et al.* The Quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-471.
4. Vincent C *et al.* Adverse Events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322: 517-519.
5. Vinen J. Incident Monitoring in Emergency Department: an Australian model. *Academic Emergency Medicine* 2000; 7: 1290-97.
6. Croskerry P, Sinclair D. Emergency medicine: a practice prone to error? *CJEM* 2001; 3: 271-276.
7. Disponibile su: http://www.arssveneto.it/html_pages/RischioClinico.php?idm=140 (ultimo accesso marzo 2008).
8. Vincent C. *Clinical Risk Management*. II edition. BMJ Books, London, 2001.