

Apprendimento interattivo nella stanza degli errori

Guida per le strutture psichiatriche



Impressum

Versione: febbraio 2025

Download gratuito: <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

Autrici: Dr.ssa Andrea Balmer, Karma Brunner, Dr.ssa Alessandra Moscaroli, Dr.ssa Annemarie Fridrich

Contributi: Alla realizzazione di questo manuale hanno contribuito diversi professionisti e professioniste. A loro va il nostro sentito ringraziamento.

- » Carmine Di Nardo, direttore del settore infermieristico, delle terapie e del servizio sociale, Psichiatria San Gallo
- » Rainer Kiworra, sviluppo aziendale, Psichiatria San Gallo
- » Rosmarie Sprenger, esperta in cure infermieristiche, Psichiatria San Gallo
- » Jelena Stjelja, esperta in cure infermieristiche, Psichiatria San Gallo
- » Katja-Melanie Barandun, esperta diplomata a livello federale in prevenzione delle Infezioni, Psichiatria San Gallo
- » Olaf Schulenburg, responsabile della formazione, Psichiatria San Gallo
- » Ramona Jacob, pedagogista sociale, Clenia Littenheid AG, Clinica Privata di Psichiatria e Psicoterapia
- » Sabina Hiltbrunner, farmacista specializzata in farmacia ospedaliera, responsabile della farmacia ospedaliera, Clinica Universitaria Psichiatrica di Zurigo

Un ringraziamento particolare va anche alla Psichiatria di San Gallo e alla Clenia Littenheid AG, che hanno partecipato attivamente come partner di progetto e organizzazioni pilota. La loro competenza ha contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo manuale.

Copertina: Philip Böni Fotografie, Binzmühlestrasse 210, 8050 Zurigo

Registrazioni audio: Forumtheater KonflikTüren, Rosenweg 2, 2556 Brugg

Proposta di citazione: Balmer, A; Brunner, K; Moscaroli, A; Fridrich, A. Apprendimento interattivo nella stanza degli errori. Guida per le strutture psichiatriche, 2025, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera, Zurigo.

Indice

1	Il principio della stanza degli errori	7
1.1	Premessa	7
1.2	Stanza degli errori per diversi settori assistenziali	9
1.3	Obiettivi della stanza degli errori.....	9
1.4	Caratteristiche di base della stanza degli errori.....	10
2	Istruzioni per l'allestimento di una stanza degli errori	12
2.1	Preparazione	12
2.2	Svolgimento	17
2.3	Debriefing	18
2.4	Breve riepilogo delle istruzioni	21
3	Casi clinici e descrizioni del reparto	23
3.1	Implementazione per il reparto di psichiatria infantile e adolescenziale.....	23
3.1.1	Camera del/la paziente: caso signora Costa.....	23
3.1.2	Sala comune	31
3.2	Implementazione per il reparto di psichiatria acuta per adulti	41
3.2.1	Sala infermieri/locale farmaci: caso signora Barudoni.....	41
3.2.2	Camera di sicurezza: caso signor Defanti	56
3.2.3	Locale comune: sala da pranzo	68
3.3	Implementazione per il reparto di psichiatria geriatrica.....	79
3.3.1	Camera del/la paziente: caso signor Huber	79
3.3.2	Locale comune: sala da pranzo	90
4	Strumenti generali per l'implementazione.....	100
4.1	Scheda delle soluzioni	100
4.2	Istruzioni per le persone partecipanti	101
4.3	Scheda per la documentazione degli errori	103
4.4	Linee guida per il debriefing	104
	Bibliografia	106

Indicazioni per l'utilizzo

La presente guida è dedicata specificamente al settore di cura psichiatrico. Facciamo presente che i capitoli 1, 2 e 4 illustrano i principi generali relativi all'attuazione concettuale della stanza degli errori e pertanto si rifanno ai manuali già pubblicati sul tema, redatti dalla Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera.

Il presente manuale menziona diversi materiali e mezzi ausiliari per la preparazione e il funzionamento della stanza degli errori.



Le pagine con il simbolo della stampante possono essere stampate ed eventualmente ritagliate per l'esercitazione; contengono materiali per inscenare la stanza degli errori.

All'occorrenza è possibile stampare anche altri contenuti, come le indicazioni per la messa in scena o l'elenco degli errori, per agevolare la preparazione e l'organizzazione. I materiali supplementari, tuttavia, non devono essere consegnati alle e ai partecipanti.



In diversi punti mettiamo inoltre a disposizione registrazioni audio da scaricare (contrassegnate con il simbolo audio), che possono essere utilizzate durante l'esercitazione. Un apposito cartello informativo da collocare accanto alle registrazioni audio si trova nell'allegato dei rispettivi casi. Questo segnalerà alle persone partecipanti la presenza di una registrazione audio nella stanza.

Elenco delle abbreviazioni

BMI	Body-Mass-Index, indice di massa corporea
Cps	Capsula/e
CAVE	«Attenzione»: abbreviazione di origine latina che indica una precauzione importante o un avvertimento riguardante un/a paziente.
CIRS	Critical Incident Reporting System; Sistema di segnalazione degli eventi critici)
Cpr	Compressa/e
EPS	Extrapyramidal symptoms; Sintomi extrapiramidali
Gtt	Gocce
ICD	International Classification of Diseases; Classificazione internazionale delle malattie
I.m.	Intramuscolare
KIS	Sistema informativo clinico (<i>Klinikinformationssystem</i>)
NGASR	Nurses Global Assessment of Suicide Risk; Valutazione globale del rischio di suicidio da parte del personale infermieristico)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
P.o.	Per os
RSA	Ricovero a scopo di assistenza
SSS	Scuola Specializzata Superiore
SUP	Scuola Universitaria Professionale
THC	Tetrahydrocannabinolo

1

Il principio della stanza degli errori

1 Il principio della stanza degli errori

1.1 Premessa

Durante un ricovero in un reparto psichiatrico, le pazienti e i pazienti sono esposti a diversi rischi, derivanti, ad esempio, da operazioni non svolte correttamente, da procedure inadeguate, da una documentazione incompleta o da errori nel processo di gestione della terapia farmacologica. Tali pericoli e rischi possono essere all'origine di eventi indesiderati e danni [1–3]. Si tratta pertanto di campi d'azione importanti per aumentare la sicurezza dei pazienti. Benché in genere le collaboratrici e i collaboratori della psichiatria ne siano al corrente, nella quotidianità questi pericoli spesso non vengono individuati né corretti. Ad esempio, tutto il personale in una struttura psichiatrica è ben consapevole del rischio che si corre se l'armadietto dei farmaci nella stanza del reparto non viene chiuso a chiave. Tuttavia, nella frenesia della quotidianità, può accadere che il personale lasci la stanza del reparto senza aver chiuso a chiave l'armadietto dei farmaci. Ciò è riconducibile a una limitata consapevolezza della situazione da parte della persona in questione. Un'adeguata consapevolezza della situazione presuppone la percezione degli oggetti circostanti, la comprensione della loro importanza e la previsione precisa dello sviluppo di tali oggetti e del contesto [4]. Tornando all'esempio precedente, significherebbe notare l'armadietto dei farmaci non chiuso a chiave nella stanza del reparto e comprendere che ciò rappresenta un rischio elevato per le pazienti o i pazienti, che potrebbero accedervi a causa di dipendenze da sostanze o intenzioni suicide. Rendersene conto vuol dire essere sensibilizzati sui possibili rischi in psichiatria. La prevenzione di questi pericoli nella quotidianità necessita dunque di nozioni su quanto pone a rischio la sicurezza dei pazienti, una spiccata consapevolezza della situazione, la conoscenza di ruoli e contributi dei diversi membri del gruppo gestionale e di cura, e il sostegno reciproco.

Al fine di riconoscere per tempo e prevenire i pericoli per le pazienti e i pazienti in psichiatria, è essenziale allenare la consapevolezza della situazione delle collaboratrici e dei collaboratori. Un approccio innovativo, efficace, facilmente fruibile ed economico è la cosiddetta *Room of Horror* (stanza degli errori) [5], una simulazione a bassa fedeltà (quindi realizzata con una dotazione tecnica *semplice*) che consente di esercitare la capacità di osservazione quotidiana, il pensiero critico e la consapevolezza della situazione nell'ottica dei pericoli per le e i pazienti. Rispetto alle formazioni teoriche, le situazioni nelle quali nel lavoro quotidiano si manifestano rischi vengono vissute concretamente.

Nei paesi anglosassoni la stanza degli errori è già molto diffusa: molti ospedali vi fanno regolarmente ricorso per studenti di cure infermieristiche e medicina, nonché per l'introduzione di nuovi medici assistenti [6,7]. Anche in Svizzera sono già state acquisite esperienze positive con questo concetto [8]. Per promuoverlo ulteriormente nel nostro paese, la Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera ha già redatto manuali per la realizzazione di una stanza degli errori negli ospedali, nelle case di cura, negli studi medici e nelle farmacie [9–12].

Studi scientifici valutano positivamente la stanza degli errori. Farnan et al. hanno analizzato l'efficacia della Room of Horror tra gli studenti di medicina e i medici assistenti neoassunti [5]. Gli studenti di medicina hanno identificato correttamente tra il 6% e l'84% dei pericoli simulati, mentre i medici assistenti ne hanno individuati in media 5,1 su 9. Il tasso di individuazione varia sensibilmente secondo il tipo di rischio: se il rischio di caduta di una o un paziente delirante con il letto alzato è stato riconosciuto dal 70% dei medici assistenti, solo il 20% ha notato i cateteri vescicali inseriti senza indicazione. Il riscon-

tro degli studenti e dei medici assistenti in merito all'esercitazione è stato positivo. In un altro studio, i pericoli simulati erano accompagnati da misure superflue (misure *choosing wisely*). Degli otto rischi inscenati nella stanza degli errori, i medici assistenti ne hanno individuato in media il 66%. Tuttavia, solo il 19% delle quattro misure superflue, che in determinate circostanze possono rappresentare un rischio (ad esempio una trasfusione di sangue non necessaria) è stato identificato [6]. Un errore di terapia farmacologica simulato (somministrazione di un farmaco non prescritto) è stato riconosciuto correttamente solo dal 40% delle persone partecipanti. È interessante notare che i medici assistenti i quali avevano indicato di saper individuare in modo sicuro i pericoli per i pazienti non hanno ottenuto un risultato migliore nella stanza degli errori rispetto a coloro che si sentivano insicuri. Anche in questo caso, il riscontro dei partecipanti è stato positivo: un mese dopo l'esercitazione, il 69% dei medici assistenti ha dichiarato di essere più attento ai rischi per i pazienti. Un ulteriore studio, incentrato sui pericoli per i pazienti nelle unità di terapia intensiva, ha posto a confronto i risultati ottenuti nella stanza degli errori da studenti di medicina e studenti di cure infermieristiche [13]. Ebbene, i dati hanno evidenziato grandi differenze tra i gruppi professionali nel modo in cui vengono individuati i pericoli e dimostrato che le squadre multidisciplinari sono più efficaci nello scoprire i rischi che non singoli individui. Anche in squadra tuttavia alcuni pericoli specifici non sono stati individuati correttamente, come una pressione eccessiva nella ventilazione di un paziente o la mancanza di una profilassi del decubito. Le persone partecipanti hanno sottolineato che la simulazione ha permesso loro di conoscere meglio e di apprezzare il ruolo, le prestazioni e le competenze dell'altro gruppo professionale, e di voler cogliere consapevolmente l'occasione di collaborare. Anche in Gran Bretagna sono state acquisite esperienze positive con la stanza degli errori quale metodo di apprendimento volto a migliorare la consapevolezza della situazione tra gli studenti di medicina [7].

In Svizzera, il metodo della stanza degli errori è stato valutato nell'autunno 2019 in 13 ospedali [10,14] e nel 2022 in 7 farmacie [9]. I risultati mostrano che questo esercizio di allenamento per migliorare la

consapevolezza situazionale è stato ben accolto dalle collaboratrici e dai collaboratori. Le persone partecipanti hanno valutato la stanza degli errori raccomandabile (ospedali: 98% [10,14]; farmacie: 100% [9]¹), rilevante (ospedali: 96% [10,14]; farmacie: 100% [9]¹) e istruttiva (ospedali: 95% [10,14]; farmacie: 99% [9]¹). Inoltre, il 95% (ospedali) [10,14] e il 100%¹ (farmacie) [9] ha dichiarato di aver beneficiato dallo scambio di opinioni in gruppo. Le sperimentazioni pilota della stanza degli errori negli ospedali [10,14] e nelle farmacie [9] hanno prodotto risultati comparabili in termini di numero di errori rilevati: su 10 errori, in media ne sono stati individuati 4,7 negli ospedali [10,14], 3 nei gruppi monoprofessionali e 4,5 nei gruppi interprofessionali delle farmacie [9,10].

Anche nel settore di cura psichiatrico l'esercitazione basata su simulazioni si è rivelata uno strumento prezioso per favorire una comprensione globale dei processi. [15]. Questa attività è concepita soprattutto per esercitarsi a interagire in situazioni ad alto carico emotivo, rafforzando le capacità di comunicazione interpersonale al fine di recepire e soddisfare i bisogni complessi delle persone con malattie psichiche. [15]. La stanza degli errori, invece, si concentra maggiormente su aspetti quotidiani come operazioni non svolte correttamente, rischi legati ai processi, strutture e documentazione. Il libro pratico *Simulatives Lernen im Room of Horrors* di Karner e Warnecke [16] presenta quattro scenari in un contesto di cure psichiatriche acute. Tra l'altro, attualmente le evidenze scientifiche sull'uso della stanza degli errori in psichiatria sono molto scarse. Per questo un ulteriore approfondimento della stanza degli errori in psichiatria è un passo importante per migliorare la sicurezza delle e dei pazienti [17,18], promuovere le best practice [18], rafforzare la collaborazione interdisciplinare [19] e dimostrare l'efficacia del metodo [18] nel setting corrispondente.

Riepilogando, è possibile affermare che la stanza degli errori è un metodo innovativo e facilmente integrabile nella quotidianità per migliorare la consapevolezza della situazione. Può essere proposta in diverse varianti secondo il contesto e permette alle persone partecipanti di svolgere un'apprizzata

1 Le opzioni di risposta *Si* e *Piuttosto si* sono state raggruppate.

esercitazione dinamica e interattiva. Grazie al suo approccio ludico, si dimostra uno strumento efficace

per la sensibilizzazione sui pericoli quotidiani legati alla sicurezza dei pazienti.

1.2 Stanza degli errori per diversi settori assistenziali

La Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera ha adattato il concetto della stanza degli errori al contesto sanitario svizzero, consentendone l'applicazione in diversi ambiti assistenziali.

Sicurezza dei pazienti Svizzera ha sviluppato diversi manuali che permettono alle istituzioni di varia natura e dimensione di implementare autonomamente l'esercitazione con risorse tecniche limitate. Sono già disponibili manuali per i seguenti ambiti: ospedali, case per anziani e di cura, studi di medici di base e pediatri, e farmacie (scaricabili gratuitamente dal sito sicurezzadeipazienti.ch).

I manuali offrono istruzioni dettagliate per la preparazione, lo svolgimento e il debriefing di una stanza degli errori, includendo anche diversi scenari con casi clinici e materiali per la messa in scena. Le organizzazioni possono personalizzare la simulazione in base alle proprie esigenze, ad esempio integrando segnalazioni CIRS interne durante la preparazione e inscenando errori frequenti.

Con questo nuovo manuale sono ora disponibili materiali specifici anche per il settore psichiatrico. La struttura del manuale è simile a quella delle pubblicazioni precedenti, ma è arricchita da alcune novità studiate appositamente per il contesto psichiatrico.

» In psichiatria molti rischi ed errori si basano sull'interazione umana. Per consentire una simulazione realistica di queste interazioni nella stanza degli errori sono state realizzate per la prima volta delle registrazioni audio, che costituiscono parte integrante del manuale. Le registrazioni audio simulano per esempio interazioni tra pazienti, nelle quali si individuano possibili errori e rischi per la sicurezza delle persone in cura.

» In psichiatria i locali comuni sono importanti, poiché le pazienti e i pazienti vi trascorrono il proprio tempo conversando. Questi spazi contengono diverse fonti di errori e rischi per la sicurezza di chi li frequenta. Per creare simulazioni efficaci la Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera ha inserito per la prima volta nel manuale le cosiddette *descrizioni del reparto*, che riproducono in modo realistico situazioni quotidiane nei locali comuni e sono accompagnate da un elenco di potenziali rischi ed errori da mettere in scena.

1.3 Obiettivi della stanza degli errori

- » Sensibilizzare su pericoli concreti per la sicurezza dei pazienti
- » Favorire il pensiero critico, la capacità di osservazione e la consapevolezza della situazione riguardo ai rischi per le e i pazienti
- » Promuovere la collaborazione (interprofessionale e interdisciplinare) attraverso la risoluzione

comune di problemi, l'apprendimento reciproco e un miglioramento della comprensione reciproca delle attività, dei compiti e dei ruoli

- » Sviluppare la consapevolezza su come aumentare la sicurezza nelle strutture psichiatriche

1.4 Caratteristiche di base della stanza degli errori

Di seguito vengono descritti gli aspetti principali per l'allestimento e lo svolgimento di una stanza degli errori in ambito psichiatrico.

Nascondere errori e rischi in psichiatria

Non essendo necessaria alcuna dotazione particolare, la simulazione può essere svolta in qualsiasi struttura psichiatrica. Con l'ausilio delle informazioni e dei materiali descritti nel presente manuale, è possibile allestire una o più stanze all'interno della struttura (stanze dei pazienti, stanze di reparto o dei farmaci, stanze di sicurezza, sale comuni). Gli errori e i pericoli per la sicurezza dei pazienti possono essere individuati tramite un'attenta osservazione dell'ambiente e consultando le informazioni inerenti al paziente fittizio e alla situazione del reparto.

Cercare errori e rischi e chiarirli insieme

Il personale partecipante alla simulazione ha un limitato lasso di tempo a disposizione per cercare individualmente o a squadre interprofessionali tutti gli errori e i rischi nascosti nel locale appositamente preparato, e riportarli su una scheda (punto 4.3, pagina 103).

A termine, si tiene un debriefing collettivo per rivelare e discutere gli errori nascosti.

Attività di perfezionamento ed evento di gruppo allo stesso

L'esercitazione sotto forma di stanza degli errori si contraddistingue per la sua modalità ludica, un approccio innovativo e interessante grazie al quale le collaboratrici e i collaboratori non hanno l'impressione di seguire una lezione pedante, teorica o monotona come invece avviene per esempio con le classiche formazioni.

La simulazione può essere organizzata in modo interprofessionale, coinvolgendo tutte le gerarchie e i livelli di esperienza, consentendo la partecipazione di tutti i membri del personale. Quando la ricerca degli errori viene svolta in gruppo, può servire a favorire ed esercitare una collaborazione più efficace all'interno del team, oltre a promuovere uno scambio di idee sul tema della sicurezza dei pazienti. La stanza degli errori si presta dunque anche come attività di team building.

2

Istruzioni per l'allestimento di una stanza degli errori

2 Istruzioni per l'allestimento di una stanza degli errori

2.1 Preparazione

a. Scegliere il nome per l'esercitazione

La simulazione nota come *Room of Horrors* ossia stanza degli errori è un metodo riconosciuto a livello internazionale. La denominazione inglese *Room of Horrors* ha acquisito grande popolarità in ambito sanitario, in quanto desta attenzione e interesse per l'esercizio di simulazione, evidenziandone il carattere ludico.

In alcuni casi, tuttavia, viene fatto presente che il nome *Room of Horrors* potrebbe evocare associazioni negative e spaventare le persone coinvolte, per cui è stato scelto volutamente di utilizzare la versione italiana stanza degli errori. Naturalmente nel vostro istituto potete svolgere l'esercitazione con un nome diverso, per esempio *Stanza per le esercitazioni*, *Room of Learning* o *Stanza di esercitazione per la sicurezza dei pazienti* oppure mantenere la denominazione originale *Room of Horrors*.

b. Selezionare le persone responsabili

La stanza degli errori può essere implementata da una o più persone. Se la responsabilità affidata ad una sola persona, si consiglia che sia un/una operatore/operatrice con una funzione aggiuntiva e/o una figura professionale esperta (ad esempio, un/una esperto/a infermieristico/a, un/una specialista di settore, un/una formatore/formatrice, un/una responsabile di gruppo o di reparto, o una figura diplomata con esperienza). Tutte le persone coinvolte nell'organizzazione sono escluse dalla partecipazione attiva, in quanto già in possesso di conoscenze preliminari.

Qualora non sia lei a svolgere personalmente questo compito, è opportuno nominare una persona responsabile per l'organizzazione e l'allestimento della stanza degli errori. La stessa persona dovrà poi occuparsi dell'istruzione dei partecipanti e, avendo curato l'allestimento della stanza, non potrà partecipare attivamente alla ricerca degli errori (vedi pagina 17, Persona responsabile).

Nominate inoltre una persona incaricata di moderare il debriefing, che può coincidere con la figura responsabile dell'organizzazione e/o gestione la formazione. La scelta di questa figura deve essere effettuata con attenzione (vedi pagina 19, Chi modera il debriefing?).

c. Scegliere gli errori e i rischi

Per allestire una stanza degli errori in psichiatria occorre dapprima scegliere gli errori e i rischi che si desidera installare. Non si tratta solo di errori veri e propri (ad es. indicazione errata di un dosaggio nella cartella clinica di un/a paziente), ma anche di rischi latenti che potrebbero causare errori (ad es. l'armadio dei farmaci è aperto e quindi accessibile alle e ai pazienti). La simulazione dovrebbe tenere conto del fatto che nella realtà, in psichiatria, errori e rischi possono presentarsi in diversi locali (ad es. camera del/la paziente o locali comuni).

Errori e rischi vengono simulati sulla base dei casi clinici e delle descrizioni del reparto.

Casi clinici

In questo manuale presentiamo quattro casi clinici (scenari), ciascuno dei quali si verifica in un locale:

Caso signora Costa nella camera di una paziente del reparto di psichiatria infantile e adolescenziale

[Punto 3.1.1, pagina 23](#)

Caso signora Barudoni nella sala infermieri/nel locale farmaci del reparto di psichiatria acuta per adulti

[Punto 3.2.1, pagina 41](#)

Caso signor Defanti in una camera di sicurezza del reparto di psichiatria acuta per adulti

[Punto 3.2.2, pagina 56](#)

Caso signor Huber nella camera di un paziente del reparto di psichiatria geriatrica

[Punto 3.3.1, pagina 79](#)

Ogni caso clinico prevede il materiale seguente:

- » Cartella clinica della persona assistita (incl. scheda, prescrizioni, decorso infermieristico ecc.)
- » Indicazioni sull'attuazione e sul materiale
- » Errori simulati (elenco degli errori/dei rischi che già rientrano nel caso clinico in oggetto)
- » Materiali (modelli da stampare, ad es. valori di laboratorio)

Per ogni caso clinico sono disponibili errori e rischi supplementari che si possono simulare a prescindere dal/la paziente (ad es. campanello scollegato nella camera del/la paziente). Tali errori e rischi supplementari sono descritti in un elenco separato:

Errori e rischi supplementari nella camera di una paziente del reparto di psichiatria infantile e adolescenziale

[Pagina 29](#)

Errori e rischi supplementari nella sala infermieri/nel locale farmaci

[Pagina 49](#)

Errori e rischi supplementari in una camera di sicurezza

[Pagina 64](#)

Errori e rischi supplementari nella camera di un paziente del reparto di psichiatria geriatrica

[Pagina 86](#)

Descrizioni dei reparti

Nei locali comuni è possibile simulare errori e rischi sulla base della descrizione del reparto. Nel presente manuale sono disponibili tre descrizioni:

Descrizione di una sala comune del reparto di psichiatria infantile e adolescenziale

[Punto 3.1.2, pagina 31](#)

Descrizione di una sala da pranzo del reparto di psichiatria acuta per adulti

[Punto 3.2.3, pagina 68](#)

Descrizione di una sala da pranzo del reparto di psichiatria geriatrica

[Punto 3.3.2, pagina 90](#)

Ogni descrizione del reparto prevede il materiale seguente:

- » Descrizione del reparto: descrizione del reparto e della situazione attuale
- » Indicazioni sull'attuazione e sul materiale
- » Errori simulati (elenco degli errori/dei rischi che già rientrano nella descrizione del reparto in oggetto)
- » Materiale (modelli da stampare, ad es. schede delle/dei pazienti)

Scegliere gli errori e i rischi

Tra gli scenari disponibili scegliere uno o più casi clinici e/o una o più descrizioni del reparto che vorreste utilizzare per la stanza degli errori. Alcuni errori e rischi possono verificarsi in diversi locali; se la vostra simulazione comprende più locali contemporaneamente, non riproponete più volte gli stessi errori e rischi.

Nel complesso è opportuno simulare 10-15 errori per locale.

- » **Casi clinici:** ogni caso clinico contiene da 7 a 12 errori. Inoltre, per ogni situazione è possibile selezionare due o tre errori e rischi supplementari da inscenare preferibilmente negli stessi locali in cui vengono simulati i casi clinici. I vari errori e rischi supplementari sono pensati per un locale specifico ma sono in parte simulabili anche altrove (ad es. un disinfettante vuoto o scaduto può essere collocato in tutte le stanze), il che rende più difficile e impegnativa la ricerca degli errori principali. Più casi clinici mettete in scena nello stesso tempo, minore sarà la necessità di ricorrere a errori supplementari.
- » **Descrizione del reparto:** ogni descrizione del reparto contiene da 14 a 16 errori e rischi che si possono mettere in scena nei locali. A seconda del grado di difficoltà previsto per la stanza degli errori è possibile simulare tutti gli errori e i rischi o sceglierne solo una parte.

Vi consigliamo di consultare la classificazione OMS indicata al fine di inscenare errori e rischi di categorie diverse (ad es. errori farmacologici, rischi relativi a misure coercitive, comportamento delle e dei pazienti). Cercate di garantire un buon equilibrio tra errori facili e difficili da trovare, rispettivamente di adeguare il livello in base all'esperienza e alla consapevolezza della situazione delle e dei partecipanti. Potete anche apportare le vostre idee e inscenare errori/rischi tipici della vostra quotidianità (ad es. notifiche CIRS) sui quali desiderate sensibilizzare il vostro team.


Dato che i reparti psichiatrici non sono tutti uguali (ad es. non tutti dispongono di camere di sicurezza o di isolamento), la simulazione di determinati casi clinici, di talune descrizioni del reparto o di singoli errori non sempre è possibile oppure comporta notevoli difficoltà. In un simile caso non esitate a rinunciarvi o ad adeguarla in base alla situazione del vostro reparto.

Creazione di una scheda delle soluzioni


Una volta stabiliti gli errori e i rischi da inscenare nella stanza degli errori, documentateli integralmente su una scheda delle soluzioni (punto 4.1, pagina 100), che fungerà da ausilio durante il debriefing per discutere gli errori inscenati con i/le partecipanti. Inoltre, potete stampare la scheda e distribuirla ai presenti al termine del debriefing. La scheda può essere utilizzata anche come lista di controllo per sistemare i locali tra una sessione e l'altra, nel caso in cui siano previsti più cicli consecutivi. Dopo la conclusione del training, la scheda vi consentirà di rimuovere sistematicamente tutti gli errori nascosti, assicurandovi che nulla venga dimenticato.


d. Preparare i materiali e predisporre le stanze

Gli errori e i rischi vengono inscenati in modo quanto più possibile realistico sulla base delle informazioni contenute nel manuale. A tale scopo, sono necessari determinati materiali (ad esempio, dispenser di farmaci con

etichetta relative al caso inscenato, file audio di conversazioni tra pazienti). Il manuale mette a disposizione alcuni materiali, come i dossier dei/delle pazienti, estratti di laboratorio e altri documenti simili. Per risparmiare tempo e facilitare la realizzazione, potete stamparli i materiali contrassegnati con il simbolo  a colori su un solo lato e ritagliarli.

Il modulo contenuto nell'allegato 14 relativo al ricovero coatto (Modulo per il ricovero a scopo di assistenza [RSA]) è un modello esemplificativo. Poiché tali moduli possono variare nel contenuto e nella struttura a seconda del cantone, in base alla legislazione cantonale vigente, si raccomanda di utilizzare, per il training, il modulo effettivamente in uso presso l'organizzazione o la regione di riferimento. Questo accorgimento garantisce maggiore autenticità alla formazione e assicura conformità con le normative locali.

Le registrazioni audio (contrassegnate con il simbolo ) si possono scaricare dal nostro sito web. Per riprodurle è necessario un dispositivo adatto (cellulare, tablet, laptop ecc.) da posizionare ben in vista nel locale; le e i partecipanti dovranno essere in grado di utilizzarlo autonomamente e di riascoltare la registrazione secondo necessità. Testate ed eventualmente regolate il volume del dispositivo prima di utilizzarlo. Accanto al dispositivo deve essere posizionato l'apposito cartello (che si trova in allegato ai rispettivi casi) per ricordare alle e ai partecipanti presenti nel locale che possono ascoltare la registrazione audio. Assicuratevi che sia possibile far partire la registrazione audio in qualsiasi momento (ad es. il laptop non deve essere in modalità di blocco/ibernazione e occorre garantire l'alimentazione elettrica). Indicazioni e istruzioni più precise sulle singole registrazioni audio sono riportate nei rispettivi elenchi degli errori e dei rischi.

Sono inoltre disponibili due schermate da scaricare, che potete utilizzare in formato digitale o cartaceo durante la simulazione. Nel primo caso le immagini saranno visualizzate sullo schermo di un PC o di un laptop; nel secondo caso dovrete stamparle e applicarle sullo schermo di un dispositivo (simbolo ). Se optate per il formato digitale, assicuratevi che la visualizzazione sullo schermo non venga interrotta (ad es. dalla modalità di blocco/ibernazione o da una mancanza di corrente).

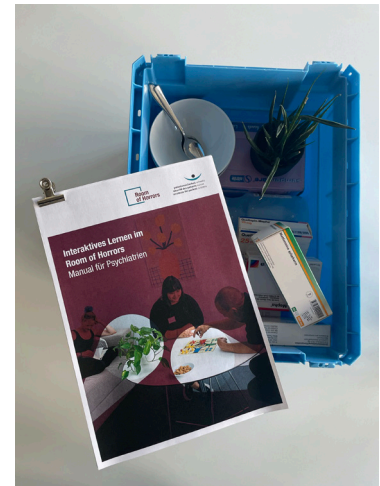
Tutte le informazioni sui materiali aggiuntivi necessari e sulle modalità di preparazione della stanza sono disponibili nei rispettivi casi clinici o nelle descrizioni dei reparti.

Le possibilità e gli allestimenti variano secondo la struttura psichiatrica. Consigliamo di realizzare la stanza degli errori in base ai locali che avete a disposizione, dando spazio alla creatività. Ecco alcune possibili personalizzazioni:

- » Per rendere la simulazione ancora più realistica potete inserire i dati dei casi clinici e/o le descrizioni del reparto nel vostro sistema di documentazione interno, anche elettronico (ad es. KISIM, Phoenix, Kardex).
- » Nei casi clinici, nelle descrizioni del reparto e nel materiale compaiono nomi commerciali di farmaci di uso comune nella pratica clinica. Nell'ambito della vostra stanza degli errori potete sostituire tali denominazioni con i preparati in uso presso il vostro istituto.

Prestate attenzione a non creare involontariamente un errore durante l'allestimento (ad esempio, un'etichettatura errata del dispenser di farmaci). Tali errori possono verificarsi facilmente.

Consigliamo di preparare il più possibile circa due settimane prima dell'esercitazione. Ad esempio, predisponete in ogni stanza una scatola con tutto il materiale necessario e un elenco delle attività da svolgere. In questo modo, prima dell'inizio del training, vi servirà poco tempo per distribuire i materiali e completare gli ultimi dettagli



e. Scegliere l'approccio più adatto

Contesto per la simulazione

Create un contesto adeguato per lo svolgimento della stanza degli errori nella vostra struttura psichiatrica. Potreste, ad esempio trasformare il training in un corso di formazione interno, concludendolo con un momento conviviale. Oppure, potreste rendere più dinamica una normale riunione di team inserendo un breve training in una singola stanza. Le seguenti indicazioni sulle tempistiche possono esservi utili per la pianificazione. Se lavorate in una grande struttura numeroso personale e pianificate più sessioni per la ricerca degli errori, la durata dell'evento si prolungherà di conseguenza.

- » Istruzione: circa 5-10 minuti
- » Ricerca degli errori per stanza: circa 20-25 minuti. Se vengono allestite più stanze, diversi gruppi possono svolgere l'esercitazione contemporaneamente.
- » Debriefing, versione standard breve per una stanza: 20-25 minuti. Se desiderate approfondire un determinato argomento o allestire più stanze, il tempo necessario aumenterà di conseguenza (vedi linee guida per il debriefing).

Importante: la stanza degli errori si dovrebbe svolgere in locali che non siano attualmente utilizzati dai/dalle pazienti e che non siano accessibili a loro. Questo è fondamentale per garantire che i/le pazienti non vengano messi/e a rischio dagli errori e dai rischi inscenati e per permettere al personale di concentrarsi completamente sul training. Al termine dell'esercitazione, è necessario verificare che tutti gli errori e i rischi siano stati rimossi.

Lavoro individuale o a gruppi

La stanza degli errori può essere utilizzata in diversi modi. È utile riflettere su quale approccio sia il più adatto alla vostra struttura psichiatrica. La stanza degli errori può essere visitata individualmente oppure in gruppi, sia interprofessionali (ad esempio psichiatri insieme a infermieri/e e apprendisti/e) sia o monodisciplinari (ad esempio, solo infermieri/e) La scelta può dipendere dalle dimensioni del team o dall'obiettivo dell'esercitazione. Un'attività svolta in gruppi favorisce lo scambio reciproco, l'apprendimento condiviso e la comprensione dei compiti e dei ruoli degli altri membri del team. Pertanto, può essere utile formare gruppi composti da professionisti/e di diverse discipline. Consigliamo di formare gruppi di tre/sei persone per stanza. Se nella vostra struttura psichiatrica gli spazi sono particolarmente limitati (dimensioni ridotte dei singoli locali o vicinanza tra di esse), è importante che i gruppi siano più piccoli. In caso contrario, non tutti/e i/le partecipanti avranno spazio sufficiente per visionare i casi clinici o evitare disturbarsi reciprocamente a livello acustico.

Svolgimento simultaneo o a turni

Se si allestiscono più stanze, è possibile istruire contemporaneamente due o tre gruppi, che iniziano la ricerca degli errori ciascuno in una stanza diversa. I gruppi ruotano poi tra le stanze. Il debriefing può essere svolto congiuntamente. In questo modo, è possibile coinvolgere fino a un massimo di 18 persone contemporaneamente nel training. Se si desidera invitare un numero maggiore di persone, il training può essere organizzato in più giornate. In alternativa, si può scegliere di invitare un solo gruppo per sessione. In questo caso, si avrà l'opportunità di seguire da vicino il loro training e di dare spazio a tutti durante il debriefing.

Ricerca dettagliata vs. ricerca sotto pressione

Stabilite un limite di tempo per la ricerca degli errori in ogni stanza. Se volete dare un certo ritmo all'esercitazione, potete assegnare, ad esempio, 15 minuti per stanza. Annunciate l'inizio e la fine cronometrando il tempo. La ricerca degli errori dovrà essere interrotta allo scadere del tempo, ma sarà comunque possibile prendere appunti. Se preferite dare al team più tempo per una ricerca approfondita e una discussione, potete optare per una finestra temporale più ampia, ad esempio 20-25 minuti.

2.2 Svolgimento

a. Persona responsabile

Una persona è incaricata di gestire lo svolgimento della stanza degli errori e ha i seguenti compiti:

- » in caso di più esercitazioni, gestisce i locali, assicurandosi che tutti/e i/le partecipanti trovino la stessa situazione di partenza;
- » fornisce istruzioni ai/alle partecipanti;
- » istruisce i/le partecipanti;
- » durante la ricerca degli errori, non assume un ruolo attivo. Se qualcosa nel procedimento risulta poco chiaro, può fornire spiegazioni, ma non è incaricata di dare indicazioni più specifiche e, in linea di principio, rimane in secondo piano.

Se più gruppi lavorano in stanze diverse nello stesso momento, la persona responsabile non può essere disponibile per tutti i gruppi. In tal caso, può spostarsi tra le stanze oppure si può coinvolgere una seconda persona. L'esperienza dimostra che i gruppi pongono domande solo occasionalmente, a condizione che siano state fornite istruzioni chiare.

b. Istruzioni per le e i partecipanti

L'obiettivo è fare in modo che le e i partecipanti comprendano il loro incarico e conoscano le regole del gioco. Devono inoltre sapere come documentare gli errori individuati.

Per aiutarli/le a orientarsi rapidamente nello spazio, si consiglia, ad esempio, di effettuare un breve tour dei locali con tutti/e alla fine delle istruzioni, mostrando dove si trova il caso del/la paziente e quindi il luogo dello scenario principale. È importante comunicare fin da subito cosa accadrà dopo la ricerca degli errori (ad esempio, il debriefing). Per supportare le istruzioni, è disponibile una checklist allegata (istruzioni per le e i partecipanti, punto 4.2, pagina 101).

Per avviare un dialogo su errori e rischi, durante le istruzioni potete condividere un errore che avete commesso. In questo modo, trasmetterete al vostro gruppo una cultura aperta sull'errore.

c. Gestione in caso di più esercitazioni

Può accadere che le e i partecipanti modifichino consapevolmente o inconsapevolmente l'ambiente, ad esempio correggendo un errore. Pertanto, se sono previste più esercitazioni con collaboratrici e collaboratori diversi,

è importante che la persona che ha inscenato gli errori controlli rapidamente la stanza e, se necessario, ripristini lo stato iniziale. La scheda delle soluzioni vi aiuterà in questo compito (scheda delle soluzioni, punto 4.1, pagina 100).

Se una sola persona è incaricata di supervisionare l'intero training, può risultare complicato effettuare questi controlli. Per questo motivo, prima di iniziare, chiedete alle e ai partecipanti di lasciare la stanza nello stesso stato in cui l'hanno trovata all'inizio.

d. Disinstallare gli errori e i rischi

Conclusa l'esercitazione, è fondamentale rimuovere tutti gli errori e i rischi per evitare di mettere a rischio i/le pazienti. Con l'ausilio della scheda delle soluzioni, assicuratevi di non aver tralasciato nulla (scheda delle soluzioni, punto 4.1, pagina 100).

2.3 Debriefing

Le persone partecipanti devono assolutamente venire a conoscenza degli errori e dei rischi nascosti nella stanza. La Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda di svolgere almeno un breve debriefing direttamente al termine dell'esercitazione nella stanza degli errori. I debriefing guidati sono particolarmente efficaci, in quanto offrono alle e ai partecipanti l'opportunità di riflettere su quanto vissuto, aumentando di conseguenza l'efficacia dell'apprendimento [20, 21]. Lo scopo del debriefing è svelare gli errori e i rischi inscenati, oltre a rafforzare la consapevolezza dei rischi che potrebbero compromettere la sicurezza delle e dei pazienti in ambito psichiatrico. A differenza di un riscontro in cui le e i partecipanti si limitano a ricevere informazioni sugli errori nascosti, un debriefing comporta una discussione aperta e reciproca. Tuttavia, non si tratta di un colloquio libero: il debriefing deve seguire una struttura chiara [20]. Questo garantisce che la conversazione sia mirata ed efficace. Un suggerimento concreto per lo svolgimento del debriefing si trova nella guida al debriefing (punto 4.4, pagina 104).

a. Di che cosa si discute durante il debriefing?

Un breve debriefing standard (parte 1 delle linee guida per il debriefing) serve a svelare gli errori e i rischi, ma non consente di discuterli in modo approfondito. La parte 2 delle linee guida contiene quindi proposte su come ampliare il debriefing.

Durante il debriefing, l'obiettivo principale è trasmettere conoscenze e sensibilizzare collaboratrici e collaboratori. Gli errori e i rischi nascosti vengono svelati e, se necessario, integrati con spiegazioni tecniche o specialistiche. La persona che si occupa della moderazione dovrebbe dunque avere una preparazione adeguata e aver analizzato in anticipo gli errori e i rischi. Per aumentare l'efficacia dell'apprendimento, il debriefing dovrebbe concentrarsi in particolare sugli errori che non sono stati individuati o che sono stati individuati raramente, analizzandone le possibili cause. La discussione dovrebbe incentrarsi sulle modalità di azione e di pensiero necessarie per riconoscere determinati tipi di errore. Se il tempo a disposizione lo consente, è possibile approfondire argomenti o ambiti di rischio specifici. Inoltre, durante il debriefing potrebbero emergere temi di contenuto o di carattere generale, che possono essere ulteriormente approfonditi o sviluppati dopo lo svolgimento della stanza degli errori.

È possibile che le e i partecipanti scoprano errori e rischi aggiuntivi non intenzionali. Ciò andrebbe interpretato come un segnale positivo del grado di attenzione, non come una critica all'organizzazione dell'esercitazione o alla struttura psichiatrica. Date quindi spazio anche a questi riscontri.

Fate attenzione a spiegare tutti gli errori. Anche le apprendiste e gli apprendisti al primo anno di formazione dovrebbero essere in grado di comprendere, almeno a grandi linee, quale fosse l'errore, in che modo compromettesse la sicurezza dei pazienti e quale sarebbe stata la soluzione corretta.

b. Dove viene svolto il debriefing?

Il debriefing può essere condotto, ad esempio, in pedi o stando seduti in cerchio. Se disponete di un locale separato, svolgete il debriefing lì. In caso contrario, il debriefing può essere condotto anche in una delle stanze utilizzate per la simulazione, a condizione che lo spazio lo permetta.

c. Quanto dura il debriefing?

Un breve debriefing standard (parte 1 delle linee guida per il debriefing) per la discussione di una singola stanza dura 20-25 minuti. Per ogni stanza aggiuntiva è necessario prevedere ulteriori 5-10 minuti. I tempi riportati nelle linee guida vanno considerati come indicazioni minime. Essi permettono di svelare errori e rischi, ma non di discuterli in modo approfondito. È consigliabile prevedere un lasso di tempo adeguato, per evitare che rimangano dubbi non chiariti. Se desiderate condurre una discussione più approfondita, è preferibile inscenare solo una o due stanze.

Informate le persone partecipanti in anticipo sul programma e assicuratevi di concludere il debriefing puntualmente. Se avete in programma di effettuare più debriefing con diversi gruppi, pianificate un intervallo sufficiente tra un debriefing e l'altro per riorganizzare la stanza. Ricordate, inoltre, di prevedere delle pause per la persona moderatrice.

d. Chi modera il debriefing?

La persona che modera il debriefing può, ma non deve necessariamente, essere la stessa che ha allestito e gestito la stanza degli errori.

Idealmente, chi modera dovrebbe avere esperienza nella gestione di conversazioni strutturate. Tuttavia, il debriefing può essere condotto anche da una persona qualificata che soddisfa i seguenti criteri:

- » è stimata e riconosciuta dalle colleghe e dai colleghi;
- » mostra interesse e piacere nello svolgere il compito;
- » è in grado di fornire un riscontro costruttivo e rispettoso;
- » sa creare un clima di fiducia durante la discussione;
- » dispone di conoscenze tecniche sufficienti per contestualizzare gli errori e i rischi individuati (compresi quelli inseriti involontariamente) e discuterli con le e i partecipanti.

Se possibile, la persona moderatrice dovrebbe essere presente durante la ricerca degli errori, osservando e ascoltando lo svolgimento dell'attività. In questo modo, nel debriefing si potranno riprendere aspetti rilevanti emersi durante l'esperienza nella stanza degli errori. Tuttavia, è importante mantenere un profilo discreto per non influenzare involontariamente la spontaneità delle conversazioni.

e. A cos'altro bisogna prestare attenzione durante il debriefing?

Adottare un atteggiamento costruttivo e rispettoso

L'approccio del *good judgement* [22] descrive l'atteggiamento che la persona moderatrice dovrebbe assumere nei confronti delle e dei partecipanti. Questo approccio si basa sul presupposto che le persone partecipanti siano competenti, facciano del loro meglio e abbiano il desiderio di apprendere (*good*). Durante la fase di analisi, la persona moderatrice evidenzia con chiarezza che cosa era giusto e che cosa era sbagliato, assumendo quindi una posizione chiara (*judgement*). Tuttavia, attraverso la conduzione della discussione, dimostra anche interesse per il punto di vista delle e dei partecipanti, e di voler comprendere il loro modo di agire e di pensare. Ad esempio, domandando perché certi errori siano stati riconosciuti facilmente, mentre altri siano stati individuati raramente o affatto, e cosa abbiano pensato le e i partecipanti in quelle situazioni.

Trasmettere sicurezza a livello psicologico

Le persone partecipanti devono avere la sensazione di essere sostenute, incoraggiate e trattate correttamente, sapendo di poter esprimere liberamente la propria opinione senza il timore di essere derise, criticate o penalizzate. Questo senso di sicurezza può essere rafforzato stabilendo delle regole e instaurando una cultura aperta e all'insegna della fiducia.

Gestione della conversazione

Le regole di base del debriefing possono, ad esempio, prevedere che tutte le persone partecipanti abbiano la possibilità di esprimersi, che prenda la parola una persona alla volta e che non siano tollerati rimproveri, offese o accuse. Deve valere la *regola di Las Vegas*: tutto ciò che avviene e viene discusso nella stanza è riservato e non deve essere condiviso al di fuori del gruppo, né dalla persona moderatrice né dalle e dai partecipanti.

Se avete previsto un tempo abbondante per il debriefing, potete permettervi di accogliere i momenti di silenzio, che possono incoraggiare le persone partecipanti a intervenire spontaneamente. Se emergono conversazioni bilaterali, cercate di non interromperle, bensì di concedere loro lo spazio necessario.

Un metodo efficace consiste nel far elencare a ogni persona partecipante, seguendo l'ordine di seduta, un errore individuato che non sia stato ancora menzionato. Non iniziate sempre con la stessa persona per ogni stanza, in modo che tutte e tutti abbiano la possibilità di intervenire.

Strumenti di supporto

L'utilizzo di strumenti di supporto può agevolare la trasmissione di conoscenze, ma anche prolungare la durata del debriefing. Una possibilità è riepilogare il debriefing su un flipchart. Se intendete consegnare alle persone partecipanti una scheda delle soluzioni, è preferibile distribuirla solo alla fine del debriefing, altrimenti potrebbero concentrarsi sulla lettura anziché partecipare attivamente alla discussione. Potete anche portare al debriefing i materiali utilizzati nelle stanze, per mostrare concretamente gli errori che non sono stati trovati. Se avete con voi i casi clinici stampati, potete chiarire immediatamente eventuali errori inscenati involontariamente. Potreste inoltre voler includere materiale illustrativo, come una radiografia che mostra un blister ingerito accidentalmente oppure diversi strumenti di dosaggio per lo sciroppo a base di paracetamolo.

La fase conclusiva del debriefing (Take-Home-Messages) può essere svolta oralmente con il gruppo. In alternativa, ogni persona partecipante può annotare i propri insegnamenti personali su bigliettini, senza che quest'ultimi vengano discussi nel plenum.

«E adesso?»

Concluso il debriefing, è possibile che il tempo previsto, per quanto abbondante, non sia bastato a portare a termine determinate discussioni. Una stanza degli errori rappresenta un'ottima opportunità per l'apprendimento organizzativo: lei o altri responsabili potete approfondire un tema in un secondo tempo e con maggiore tranquillità, cercare informazioni più dettagliate, trasmetterle a chi di dovere o esporle nel corso di una successiva riunione del team. Potrebbe essere l'occasione per stimolare una riflessione su alcuni processi all'interno della vostra struttura psichiatrica.

2.4 Breve riepilogo delle istruzioni

Di seguito trovate una panoramica delle fasi più importanti.

Organizzare l'esercitazione

- » 1 o 2 persone organizzano la stanza degli errori e ne dirigono lo svolgimento.
- » Se possibile, pianificate lo svolgimento al di fuori dell'orario di lavoro (ad es. durante un incontro del team) e/o assicurate che siano disponibili risorse di tempo sufficienti per la partecipazione alle esercitazioni.
- » Prevedete 5-10 minuti per le istruzioni, 20-25 minuti per la ricerca degli errori per stanza e almeno 20-25 minuti per un breve debriefing standard.
- » Le stanze possono essere esplorate singolarmente o in gruppi da 3 a 6 persone.
- » Se organizzate più stanze, diversi gruppi possono svolgere l'esercitazione in parallelo e ruotare tra di esse.

Preparare l'esercitazione

- » Decidete quale/i tra i casi dei pazienti o le descrizioni dei reparti (ciascuna in una stanza) desiderate attuare e, se lo volete, selezionate errori e rischi supplementari da mettere in scena.
- » Procuratevi il materiale necessario (ad es. farmaci) per inscenare gli errori e i rischi. Alcuni documenti sono disponibili nel manuale per la stampa.
- » Preparete il debriefing utilizzando la scheda delle soluzioni come promemoria, dove sono elencati tutti gli errori e i rischi nascosti.
- » Stampate per chi partecipa la scheda su cui riportare gli errori.

Il giorno dell'esercitazione

- » Allestite la stanza degli errori con il materiale che avete preparato.
- » Mettete a disposizione penne e schede per l'annotazione degli errori (ed eventualmente un supporto per gli appunti) per tutte le persone partecipanti.
- » Fornite le istruzioni necessarie all'inizio dell'esercitazione seguendo l'apposita checklist.
- » Date il segnale di inizio. Chi partecipa cercherà gli errori e i rischi in ogni stanza, annotandoli sull'apposita scheda. Al termine del tempo, segnalate la conclusione della ricerca.
- » Durante il debriefing, svelate e spiegate tutti gli errori e i rischi, utilizzando la guida al debriefing e la scheda delle soluzioni.
- » Dopo l'esercitazione, eliminate sistematicamente tutti gli errori e i rischi utilizzando la scheda delle soluzioni, garantendo così la sicurezza delle/dei vostri pazienti.

3

Casi clinici e descrizioni del reparto



3 Casi clinici e descrizioni del reparto

3.1 Implementazione per il reparto di psichiatria infantile e adolescenziale

3.1.1 Camera del/la paziente: caso signora Costa

Scheda

Cognome: Costa

Nome: Raffaella

Data di nascita: 15.04.2009

Consenso alla rianimazione:

Uscite dal reparto: notifica ogni ora; divieto di uscire

Valutazione del rischio di suicidio: rischio basso

Pericolosità per altri: rischio basso

Status giuridico: ricovero volontario
prazolo

CAVE: intolleranza al lattosio; disturbi EPS con aripi-

Diagnosi

F20.0 Schizofrenia paranoide

F29 Psicosi non organica non specificata

F32.1 Episodio depressivo di media gravità

Situazione attuale

Expérience psychotique croissante après un changement de médication, incluant délire d'empoisonnement, hallucinations auditives et visuelles ainsi que désorientation.

Referto psicopatologico

Aspetto esteriore: Raffaella è curata, ha una postura leggermente curva ed evita il contatto visivo diretto. La mimica è ridotta e appare spesso tesa.

Coscienza e orientamento: Raffaella è vigile ma disorientata a livello spaziale e temporale. Ha difficoltà a concentrarsi sul discorso e appare distratta a causa delle allucinazioni.

Pensiero: il pensiero di Raffaella è caratterizzato da deliri. Crede che qualcuno voglia avvelenarla. I contenuti dei pensieri sono permeati da idee e sospetti paranoidei. Non sono esplicitamente presenti disturbi formali del pensiero, come il blocco del pensiero o l'incoerenza.

Affettività: Raffaella mostra un atteggiamento di base depressivo e appare spaventata. Riferisce di provare un elevato livello di stress nelle situazioni sociali, il che compromette ulteriormente la sua stabilità affettiva.



Comprensione della malattia e motivazione alla cura: Raffaella mostra una parziale comprensione dei disturbi acuti, in particolare delle allucinazioni uditive e dei problemi di concentrazione. Riconosce la necessità della farmacoterapia ma nutre perplessità riguardo all'impostazione della terapia attuale.

Rischio di suicidio: Raffaella, plausibilmente, non presenta un rischio di suicidio acuto. Tuttavia, non esclude completamente l'ipotesi del suicidio, soprattutto in situazioni che le suscitano paura e ansia.

Contesto sociale: Raffaella vive con i genitori e un fratello più giovane. Ha interrotto l'apprendistato da falegname poiché lo stress peggiorava le sue allucinazioni uditive.

Procedura

- » Verifica e adeguamento della terapia attuale
- » Intensa assistenza psichiatrica
- » Supporto psicoterapeutico, gestione dello stress e miglioramento dell'interazione sociale

Farmaci

Farmaci fissi:	Mattino	Mezzogiorno	Sera	Notte
Quetiapin-Mepha retard cpr 200 mg p.o.	0	0	0	1
Quetiapin-Mepha retard cpr 50 mg p.o.	0	0	0	1
Risperdal cpr rivestite 2 mg p.o.	1	0	1	0
Risperdal cpr rivestite 1 mg p.o.	1	0	0	0

Farmaci in riserva

Agitazione/tensione	Psychopax 12,5 mg/ml p.o. 10 gtt max. 2 x/24 ore
In caso di EPS	Akineton cpr 2 mg p.o. max. 1 x/24 ore
Per indurre il sonno	Ritalin cpr 10 mg p.o. max. 1 x/24 ore

Prescrizioni per gli infermieri

Pressione (mmHg)/polso	2 x/giorno
Saturazione di ossigeno (SpO ₂)	1 x/giorno
Temperatura (°C)	1 x/giorno
Peso (kg)	1 x/settimana
Dieta	Normale, intolleranza al lattosio
Mobilità	Divieto di uscire
Isolamento	–



Grafico di cura

Parametri	Giorno 1		Giorno 2	
	Ammissione	Sera	Mattino	Sera
Altezza (cm)	172			
Peso (kg)	75			
BMI (kg/m ²)	25.4			
Temperatura (°C)	36.6		36.3	
Pressione (mmHg)	125 / 77	122 / 73	128 / 70	
Polso	73	68	75	
Saturazione di ossigeno (SpO ₂)	98%		97%	

Diagnosi infermieristiche

	Diagnosi	Fattori di rischio/ fattori influen- zanti	Obiettivo	Misure
1	Mancanza di comprensione della malattia	La paziente non riconosce ancora i suoi sintomi come parte di una malattia	La paziente comprende meglio la malattia e i suoi sintomi	Orari di permanenza in camera per prevenire un sovraccarico sensoriale Diario dei sintomi Riflessione quotidiana compresa l'educazione alla gestione dei sintomi Insegnamento di tecniche per la gestione dello stress
2	Gestione familiare inefficace correlata a una scarsa comprensione della malattia	I genitori non accettano la diagnosi	La paziente e i genitori conoscono il quadro clinico	Coinvolgimento dei familiari nel trattamento Psicoeducazione per la paziente e i genitori Partecipazione a una terapia di gruppo
3	Gestione inefficace della terapia	Mancanza di consapevolezza rispetto alla malattia	La paziente assume i farmaci regolarmente	Monitoraggio dell'assunzione dei farmaci Creazione di un rapporto di fiducia Educazione sui farmaci e sulla gestione degli effetti collaterali



Decorso infermieristico

Data	Ora	Tema	Decorso infermieristico
Giorno 1	13.30	Ammissione	Raffaella arriva in reparto di sua spontanea volontà, accompagnata dal padre. Si mostra capace di modulare le proprie risposte emotive, appare disorientata solo a livello temporale. Nell'ambito della terapia ambulatoriale il farmaco Olanzapina è stato sostituito con Quetiapina a causa dell'aumento di peso e di valori renali anomali. Da allora sono aumentate le allucinazioni uditive. Raffaella appare confusa durante la giornata e teme che il suo cibo possa essere avvelenato.
Giorno 1	15.30	Colloquio di psicoterapia	Raffaella dice di voler riprendere il suo apprendistato da falegname. Si consiglia alla paziente di provare a parlare con il suo formatore, per dimostrargli che riuscirà a portare a termine l'apprendistato.
Giorno 2	02.00	Terapia di riserva	Raffaella sembra molto agitata. Lamenta disturbi allo stomaco e crede che la sua cena sia stata avvelenata. D'intesa con il medico del turno di notte le viene prescritto e somministrato il farmaco in riserva Abilify.
Giorno 2	09.00	Resoconto del turno del mattino	Raffaella riferisce di aver dormito male. Crede di essere stata avvelenata, dice di aver avuto crampi e tremori in tutto il corpo. Ora si sente meglio.
Giorno 2	10.00	Psicoeducazione	Con Raffaella si è parlato della gestione dei sintomi. Raffaella mostra interesse per tecniche di rilassamento, come gli esercizi di respirazione. Inoltre, si è discusso dell'importanza di assumere i farmaci con regolarità. Raffaella riferisce di avere paura che le accada qualcosa nel prendere i farmaci.
Giorno 2	18.00	Resoconto del turno di sera	Raffaella esce per una passeggiata, ma rientra accompagnata da un'infermiera che l'ha trovata in stato confusionale nell'area esterna della clinica. Raffaella appare tesa; durante un colloquio viene aiutata a ritrovare l'orientamento e riceve istruzioni per fare esercizi di respirazione.
Giorno 3	08.00	Resoconto del turno del mattino	Raffaella dice di aver avuto crampi addominali durante la notte perché qualcuno ha avvelenato il suo cibo. Poi è andata in bagno e ha avuto un episodio di diarrea. Ora si sente meglio.
Giorno 3	14.00	Resoconto del turno del mattino	Raffaella può rientrare a casa per 24 ore nel fine settimana per una prova di resistenza allo stress. I tutori legali non hanno la possibilità di andarla a prendere, ma autorizzano il rientro a casa con i mezzi pubblici. Domenica la riaccompagneranno in reparto.

Indicazioni per la realizzazione e il materiale

Luogo: la stanza degli errori si svolge nella camera di una paziente del reparto di psichiatria infantile e adolescenziale.

Preparazione del materiale (in precedenza):

- Caso clinico nella camera di una paziente del reparto di psichiatria infantile e adolescenziale (stampare il modello allegato in base al numero delle persone partecipanti, le schede restano nel locale).
- Prodotto a base di latte (confezione vuota)
- Laptop
- Scaricare ed eventualmente stampare l'immagine di un videogioco (allegato 2).
- Stampare le istruzioni e le linee guida per il debriefing (destinate alla moderatrice o al moderatore)
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Allestimento del locale (poco prima dello svolgimento):

- Esporre il caso clinico all'ingresso del locale (camera della paziente).
- Collocare il prodotto a base di latte sul tavolo o sul comodino.
- Posizionare il laptop sul tavolo e visualizzare l'immagine del videogioco oppure applicare sullo schermo l'immagine stampata
-
-
-
-
-
-
-

Errori e rischi simulati

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
1.	Farmacoterapia: farmaco sbagliato	È stato prescritto Ritalin per favorire il sonno anziché, ad esempio, Relaxane. Rischio di trattamento errato.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Farmaci in riserva</i> nella cartella clinica della persona assistita.
2.	Farmacoterapia: prescrizione, controindicazione	Il medico di guardia notturna prescrive Abilify nonostante una controindicazione documentata per EPS con aripiprazolo. I sintomi non vengono riconosciuti, poiché la paziente soffre di deliri di avvelenamento. Rischio di mancato riconoscimento degli EPS dopo la somministrazione di aripiprazolo.	L'errore può essere individuato alle voci <i>CAVE</i> e <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita.
3.	Alimentazione: alimentazione sbagliata	Nella camera è presente un prodotto a base di latte, malgrado la paziente sia intollerante al lattosio. La paziente riferisce di aver avuto dolori allo stomaco durante la notte, ma li attribuisce a un avvelenamento (delirio). Rischio di mancato riconoscimento di una reazione avversa al lattosio.	L'errore può essere individuato alle voci <i>CAVE</i> e <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita. Sul tavolo/sul comodino nella camera della paziente è presente una confezione vuota di un prodotto a base di latte (ad es. Ovo Drink).
4.	Procedure quotidiane: processo non eseguito nonostante l'indicazione	Nonostante il <i>divieto di uscire</i> la paziente si allontana dal reparto. Rischio: sovraccarico sensoriale e peggioramento dello stato confusionale.	L'errore può essere individuato alle voci <i>Scheda</i> e <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita.
5.	Processi clinici: intervento eseguito in modo non adeguato	Malgrado la prescrizione di evitare un sovraccarico sensoriale, la paziente si intrattiene con i videogiochi. Rischio: stimoli eccessivi/sovrastimolazione.	Un laptop viene posizionato nella stanza della paziente. Sullo schermo viene mostrata un'immagine di un videogioco (stampata o in formato digitale) (allegato 2).
6.	Processi clinici: trattamento/psicoeducazione non adeguati	A Raffaella è stato detto che deve dimostrare al responsabile di tirocinio di essere in grado di completare l'apprendistato con successo. Rischio di sovraccarico o di un obiettivo troppo ambizioso.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita.
7.	Processi clinici: trattamento non adeguato	La paziente dovrà affrontare da sola la sua prima prova di resistenza allo stress utilizzando i mezzi pubblici. Sussiste il rischio di sovraccarico, tanto più che poco prima è stata trovata in stato confusionale nell'area esterna della clinica e riaccompagnata in reparto.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita.

Errori e rischi supplementari

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
a.	Documentazione: prescrizioni incomplete	Consenso alla rianimazione non rilevato.	Nella cartella clinica della persona assistita non ci sono indicazioni sul consenso alla rianimazione.
b.	Procedure quotidiane: dispensazione dei farmaci non adeguata	Nella stanza della paziente sono stati nascosti dei farmaci, con rischio di terapia farmacologica inadeguata e di abuso di farmaci.	Nascondere dei finti farmaci (ad es. Tic Tac) in un fazzoletto sotto il cuscino o il materasso.
c.	Farmacoterapia: somministrazione al paziente sbagliato	L'olio essenziale contenuto in un bicchiere per farmaci viene somministrato alla paziente sbagliata. Rischio di possibile controindicazione.	Posizionare nella camera della paziente un bicchiere per farmaci contenente un tampone imbevuto di olio essenziale, etichettato con un nome errato (ad es. Raffaella Müller).
d.	Processi clinici: intervento eseguito in modo non adeguato	La paziente trascorre diverse ore in camera per evitare un sovraccarico sensoriale. Tuttavia, per tutta la giornata si sente un forte rumore di cantiere proveniente dall'esterno. Rischio di sovrastimolazione sensoriale.	Posizionare una registrazione audio con rumori di cantiere presso la finestra (allegato 1).
e.	Procedure quotidiane: procedura eseguita in modo non adeguato	La paziente non può usare il campanello di chiamata in caso di necessità.	Il campanello è fuori portata o scollegato.
f.	Comportamento del/la paziente: autolesionismo/tendenze suicidarie	Un coltello tascabile nascosto rappresenta un pericolo per sé e per altri.	Il coltello tascabile viene nascosto nell'armadio o nella borsa della paziente.
g.	Procedure quotidiane: controllo all'ingresso eseguito in modo non adeguato	Il coltello tascabile non è stato rilevato all'ingresso, il che indica una possibile insufficienza nei controlli. Potenziale pericolo per sé e per altri.	Vedi errore F.

Materiale

Allegato 1: Registrazione audio, rumori di cantiere

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

Per la simulazione è necessario un dispositivo (ad es. smartphone, tablet, laptop ecc.) in grado di riprodurre la registrazione audio in modo continuo per tutta la durata dell'esercitazione. Si prega di notare questa registrazione audio specifica non deve essere gestita autonomamente dalle e dai partecipanti, pertanto la sua presenza nella scena non deve essere troppo evidente.

Allegato 2: Immagine, videogioco

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

È possibile visualizzare l'immagine in forma digitale sullo schermo di un laptop o di un PC oppure stampata e applicata sullo schermo di un dispositivo.



3.1.2 Sala comune

Descrizione generale del reparto

Ci troviamo in un reparto chiuso di psichiatria acuta per bambini e adolescenti. Il reparto dispone di 10-15 posti letto, con camere singole e doppie. Inoltre, è presente una camera di sicurezza per un setting chiuso con possibilità di sorveglianza.

Numero di pazienti, sesso/genere, età	8 pazienti ricoverati (6 femmine e 2 maschi). La fascia di età va dai 13 ai 17 anni.
Diagnosi	Di queste 8 persone: » due hanno una diagnosi di anoressia; » quattro presentano disturbi di personalità di tipo borderline; » una è affetta da psicosi paranoide con allucinazioni uditive e visive e paura di essere avvelenata; » una ha una dipendenza da sostanze ed è attualmente in fase di disintossicazione fisica con supporto farmacologico. 4 degli 8 pazienti presentano un rischio di suicidio
Equipe del servizio diurno	Oggi prestano servizio le seguenti persone: » una capogruppo, educatrice sociale SUP » un infermiere SSS » un medico capoclinica (per report e attività amministrativa) » un medico assistente (per report e attività amministrativa) » una terapeuta (per report e attività amministrativa)

Situazione attuale

Attualmente vi trovate nella sala comune del reparto. Questo spazio offre alle e ai pazienti uno luogo dove trascorrere il tempo libero e dispone, ad esempio, di posti a sedere e di varie attività ricreative (tavolo da biliardo, scaffale con giochi di società). Sono circa le 13.30 e nella stanza si trovano cinque pazienti e la capogruppo.

Attività in corso

- » Nella sala comune la capogruppo svolge un colloquio di assistenza individuale con un paziente che abusa di sostanze.
- » Quattro pazienti si intrattengono con un gioco di società.
- » Il giorno prima sulla parete della sala sono stati disegnati alcuni simboli attinenti alla droga. Ora il personale di servizio sta rimuovendo gli scarabocchi dalla tappezzeria.
- » Due pazienti sono nella propria camera.
- » Una paziente sta seguendo il programma della giornata.

Indicazioni per la realizzazione e il materiale

Luogo: la stanza degli errori si svolge nella sala comune di un reparto di psichiatria acuta per bambini e adolescenti.

Preparazione del materiale (in precedenza):

- Descrizione del reparto: sala comune di un reparto di psichiatria acuta per bambini e adolescenti (stampare il modello allegato in base al numero delle persone partecipanti, le schede restano nel locale)
- RegISTRAZIONI audio (allegati 3 e 4); un dispositivo di riproduzione (lettore, tablet o smartphone) per ogni registrazione
- Schede dei pazienti A, B, C, D, E (allegato 5)
- Piano settimanale (allegato 6)
- Foglio A4 con simboli attinenti alla droga (allegato 7)
- Attrezzi e borsa degli attrezzi (personale di servizio)
- Giochi di società (ad es. carte da Jass, UNO, *Chi va piano va sano*)
- Finti farmaci o finte droghe (ad es. spezie verdi in una bustina di plastica)
- Carrello per le pulizie o detergenti
- Posacenere e cenere
- TV e/o radio
- Ciotola con noci
- Stampare le istruzioni e le linee guida per il debriefing (destinate alla moderatrice o al moderatore)
-
-
-
-

Preparazione del locale (poco prima dello svolgimento):

- Stampare la descrizione del reparto e posizionarla in un punto ben visibile nella sala comune
- Affiggere alla parete il foglio A4 con i simboli attinenti alla droga
- Posizionare gli attrezzi/borsa degli attrezzi vicino alla parete imbrattata
- Disporre sul tavolo il materiale del gioco di società per quattro pazienti. Posizionare le schede dei pazienti B, C, D ed E (giocatori). Posizionarvi accanto la registrazione audio 3
- Nascondere i finti farmaci o le finte droghe (ad es. in un vaso di fiori)

- Affiggere il piano settimanale in un punto ben visibile sulla parete
- Predisporre il carrello per le pulizie o i detergenti
- Versare la cenere nel cestino dei rifiuti e collocare il posacenere accanto
- Accendere la TV o la radio ad alto volume
- Posizionare la ciotola con le noci
- Collocare la registrazione audio 4 e la scheda paziente A vicino al tavolo dove si svolge il colloquio individuale con la capogruppo
-
-
-
-

Errori e rischi simulati

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
1.	Comportamento del/la paziente: vandalismo	Sulla parete della sala comune sono stati disegnati simboli attinenti alla droga che potrebbero diventare dei trigger scatenando nel paziente A un forte desiderio di assumere sostanze (craving).	Appendere alla parete il foglio con i simboli attinenti alla droga (allegato 7).
2.	Comportamento del/la paziente: autolesionismo/rischio suicidario	Gli attrezzi del personale di servizio sono accessibili a tutte e tutti i/le pazienti. Rischio di un comportamento autolesionista e/o suicida.	Gli attrezzi o la borsa degli attrezzi sono collocati vicino alla parete imbrattata.
3.	Comportamento del/la paziente: aggressività	La registrazione audio indica che un paziente sta perdendo la partita al gioco di società. Questo dà origine a uno scontro verbale. Rischio di escalation della violenza.	Simulare un gioco di società con giocatrici e giocatori che siedono intorno a un tavolo: schede dei pazienti B, C, D, E (allegato 5). Accanto è presente la registrazione audio (allegato 3).
4.	Comportamento del personale: condotta inappropriata	La capogruppo è al telefono e al contempo assiste individualmente il paziente A. Rischio di assistenza individuale inadeguata (ad es. mancato riconoscimento dei trigger).	Posizionare la registrazione audio (allegato 4) sul tavolo insieme alla scheda paziente A (allegato 5).
5.	Comportamento del personale: violazione della protezione dei dati	La capogruppo risponde al telefono nella sala comune e fornisce informazioni su una paziente non presente in quel momento. Rischio di violazione della protezione dei dati.	Simulazione con registrazione audio (allegato 4).
6.	Gestione delle risorse: disponibilità/adequatezza del personale	Il paziente B non può essere accompagnato subito in bagno per mancanza di personale di sesso maschile.	Simulazione con registrazione audio (allegato 4).
7.	Processi clinici: trattamento/intervento non adeguato	Il paziente B ha una psicosi e le attività del mercoledì e del venerdì potrebbero scatenargli una crisi.	Appendere il piano settimanale (allegato 6) alla parete della sala comune.
8.	Comportamento del/la paziente: decorso sfavorevole del trattamento	La paziente D soffre di anoressia nervosa e frequenta tutte le attività settimanali, tranne quelle legate al cibo. Rischio di un impatto negativo sul decorso del trattamento.	Posizionare la scheda paziente D (allegato 5) vicino al gioco di società.

9.	Comportamento del/la paziente: autolesionismo	La paziente C, con anoressia nervosa, si reca molto spesso in bagno. Rischio di vomito autoindotto dopo il pranzo.	Posizionare la scheda paziente C (allegato 5) vicino al gioco di società.
10.	Incidenti delle/dei pazienti: intossicazione da sostanze chimiche o di altro tipo	Il carrello per le pulizie o i detergenti chimici sono accessibili a tutte e tutti nella sala comune. Rischio di intossicazione da sostanze chimiche o di altro tipo.	Collocare il carrello per le pulizie nella sala comune oppure posizionare alcuni detergenti, ad es. sul piano cucina o all'interno di un mobile in cucina.
11.	Comportamento del/la paziente: abuso di farmaci/sostanze	Droghe o farmaci nascosti possono: (A) compromettere l'astinenza durante la terapia di disintossicazione, (B) causare danni fisici e psichici dovuti al consumo, (C) indurre altre/i pazienti a iniziare o riprendere l'uso di sostanze (trigger).	Nascondere finte sostanze stupefacenti o finti farmaci (ad es. spezie verdi in una bustina di plastica) nella sala, ad esempio in un vaso di fiori o tra i cuscini del divano.
12.	Oggetti: smaltimento inappropriato	La cenere è stata gettata nei rifiuti comuni. Rischio di incendio.	La cenere viene versata nel cestino dei rifiuti. Eventualmente, collocare un posacenere vuoto accanto.
13.	Procedure quotidiane: procedure non adeguate	Rumori troppo forti potrebbero costituire un trigger per le e i pazienti.	Regolare la TV o la radio a un volume elevato.
14.	Alimentazione: prestare attenzione alle allergie	Le noci presenti nella sala comune rappresentano un rischio per la paziente E, che è allergica.	L'allergia è indicata sulla scheda paziente E (allegato 5). Collocare la ciotola con le noci sul tavolo.



Materiale

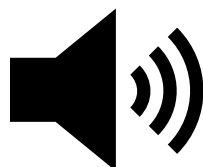
Allegato 3: Registrazione audio, gioco di società

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

Allegato 4: Registrazione audio, capogruppo che svolge un colloquio di assistenza e un colloquio telefonico

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

Il seguente cartello informativo può essere posizionato accanto al lettore come indicazione:



**Registrazione audio
disponibile –
si prega di ascoltarla.**



Allegato 5: Cartes de patient-e-s A, B, C, D, E

Paziente A

Nome: Meyer, Luca
Data di nascita: 13.06.2008
Uscite dal reparto: Solo sotto sorveglianza
Diagnosi: F19.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive
Comportamento: Forte desiderio di assumere sostanze (craving)
Allergie: Avocado
Partecipazione alle attività settimanali: Mercoledì: cinema 3D
Venerdì: cena con delitto in reparto

Paziente B

Nome: Soldini, Riccardo
Data di nascita: 27.12.2010
Uscite dal reparto: Solo sotto sorveglianza
Diagnosi: F20.0 Psicosi paranoide con allucinazioni uditive e visive e paura di essere avvelenato
Comportamento: Adeguato
Allergie: Nessuna nota
Partecipazione alle attività settimanali: Venerdì: cena con delitto in reparto



Paziente C

Nome: Fontana, Elena
Data di nascita: 01.04.2007
Uscite dal reparto: Solo sotto sorveglianza
Diagnosi: F50.0 Anoressia nervosa
Comportamento: Si allontana puntualmente dalla sala comune per andare in bagno
Allergie: Nessuna nota
Partecipazione alle attività settimanali: Lunedì: laboratorio di ceramica

Paziente D

Nome: Morel, Anouk
Data di nascita: 22.11.2011
Uscite dal reparto: Solo sotto sorveglianza
Diagnosi: F50.0 Anoressia nervosa
Comportamento: Adeguato
Allergie: Nessuna nota
Partecipazione alle attività settimanali: Lunedì: laboratorio di ceramica
Martedì: torneo di calcio
Mercoledì: cinema 3D

Paziente E

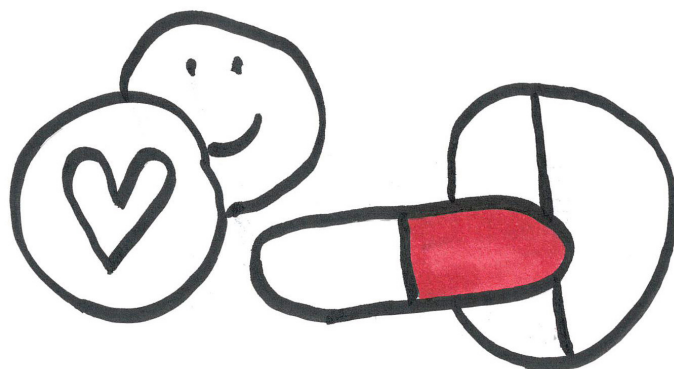
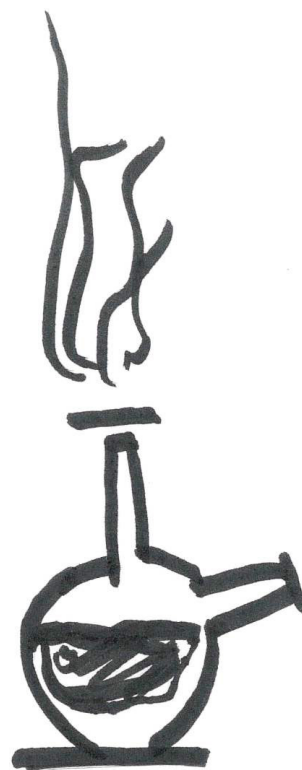
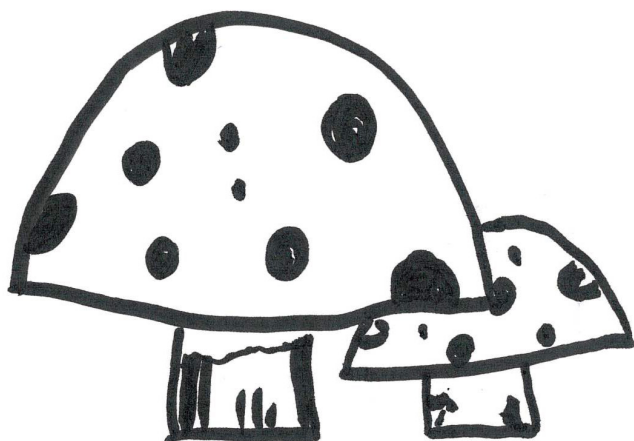
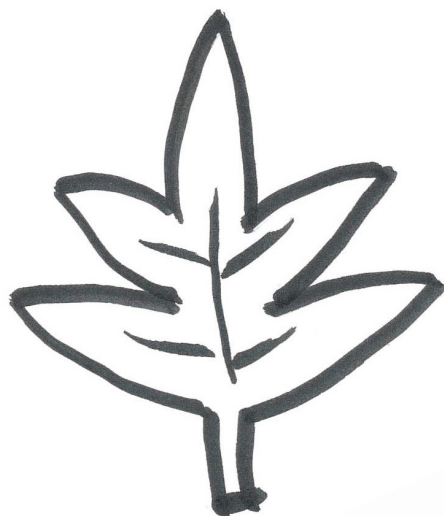
Nome: Riva, Sophie
Data di nascita: 05.08.2012
Uscite dal reparto: Solo sotto sorveglianza
Diagnosi: F60.31: Disturbo di personalità emotivamente instabile: Tipo borderline
Comportamento: Adeguato
Allergie: Noci
Partecipazione alle attività settimanali: Giovedì: cucinare insieme



Allegato 6: Piano settimanale delle attività

	Attività settimanali
Lunedì	Laboratorio di ceramica
Martedì	Torneo di calcio
Mercoledì	Cinema 3D
Giovedì	Cuciniamo la cena insieme
Venerdì	Cena con delitto in reparto: <i>chi risolve il caso?</i>

Allegato 7: Simboli attinenti alla droga (disegni sulla parete)





3.2 Implementazione per il reparto di psichiatria acuta per adulti

3.2.1 Sala infermieri/locale farmaci: caso signora Barudoni

Scheda

Cognome: Barudoni **Nome:** Nina **Data di nascita:** 13.04.1990

Consenso alla rianimazione:

Uscite dal reparto: la paziente può uscire accompagnata nell'area ospedaliera

Valutazione del rischio di suicidio: rischio basso **Pericolosità per altri:** rischio basso

Status giuridico: ricovero volontario **CAVE:** nessuna nota

Diagnosi

F13.3 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici: Sindrome da astinenza

F90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione

R12 Piroso

F11.2, Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi/cocaina: Sindrome da dipendenza

F14.2

Z51.83 Sostituzione di oppiacei

Situazione attuale

La signora B. arriva spontaneamente in clinica accompagnata dalla madre per seguire una terapia di disintossicazione. Proviene dall'ospedale nel quale era stata ricoverata per una ferita da punta all'addome. Due settimane prima la partner l'aveva ferita al ventre con un coltello durante un litigio. La signora B. riferisce che da sei mesi fa un uso sempre più massiccio di sostanze (cocaina, cannabis, Xanax, anfetamine, MDMA e LSD, nonché alcol). A volte le vengono pensieri suicidi, ma non ha un piano di suicidio concreto.

Referto psicopatologico

Aspetto esteriore: aspetto leggermente trascurato.

Comportamento: la paziente è disponibile a comunicare, ma assennata. È orientata rispetto a tutte le dimensioni. Nessun comportamento ossessivo. La paziente riferisce di avere un umore depresso e a livello oggettivo si riscontra una depressione di grado medio. Comprende la malattia e al momento prende chiaramente le distanze da pensieri suicidi.

Attenzione e concentrazione: la paziente riferisce di avere lievi difficoltà di concentrazione. Il pensiero presenta un ordine formale.

Spinta al movimento: rallentamento psicomotorio di media entità.

Contesto sociale: la signora B. vive con la partner, ma dopo l'aggressione con il coltello non è più disposta a proseguire la convivenza. Afferma che, essendo entrambe impulsive, tra loro si verificano frequenti litigi con un'escalation di violenza. Due anni prima, la paziente è stata sottoposta a un trattamento psichiatrico stazionario per disintossicarsi dall'eroina. Da quando assume il metadone, non ha più fatto uso di eroina. Da un anno e mezzo, la signora B. è seguita da un curatore. Attualmente è in corso un procedimento a suo carico per sospetto spaccio di stupefacenti. Da quando ha raggiunto la maggiore età, la signora B. ha un rapporto difficile con i genitori e la sorella minore.



Procedura

- » Verifica ed eventuale adeguamento/inizio di una terapia farmacologica per la disintossicazione da sostanze
- » Individuare una soluzione adeguata per il periodo successivo alla degenza stazionaria

Farmaci

Farmaci fissi:	Mattino	Mezzogiorno	Sera	Notte
Pantoprazolo cpr 20 mg p.o.,	0	0	1	0
Mirtazapina, cpr 15 mg p.o.	0	0	0	1
Metadone, cpr 5 mg p.o.	3	0	0	0
Elvanse cps 40 mg p.o.	1	0	0	0
Psychopax gocce 12,5 mg/ml p.o.	15	15	15	0

Farmaci in riserva

Riserva astinenza da oppiacei	Metadone cpr 5 mg p.o. max. 3x/24 ore
Riserva anticraving	Psychopax 12,5 mg/ml p.o. 15 gtt max. 3 x/24 ore
Agitazione (astinenza)	Quetiapina cpr rivestite 25 mg p.o. max. 2x/24 ore
1° farmaco in riserva per i dolori	Dafalgan cpr 500 mg p.o. max. 4x/24 ore
2° farmaco in riserva per i dolori	Minalgin cpr 500 mg p.o. max. 4x/24 ore
Pirosi/reflusso	Alucol cpr da masticare p.o. 2 cpr da masticare max. 3x/24 ore
Secchezza oculare	Oculac SDU, gocce oftalmiche al bisogno. Instillare 1 gtt nell'occhio, max. 10x/24 ore

Prescrizioni per gli infermieri

Pressione (mmHg)/polso	1 x/giorno
Saturazione di ossigeno (SpO ₂)	1 x/giorno
Temperatura (°C)	1 x/giorno
Peso (kg)	1 x/settimana
Dieta	Normale
Mobilità	Permesso di uscire accompagnata
Valutazione dei sintomi da astinenza	4 x/giorno
Isolamento	–



Grafico di cura

Parametri	Giorno 1		Giorno 2	
	Ammissione	Sera	Mattino	Mezzogiorno
Altezza (cm)	163			
Peso (kg)	72			
BMI (kg/m ²)	24			
Temperatura (°C)	36.4		36.2	
Pressione (mmHg)	125 / 73		124 / 74	
Polso	65		68	
Saturazione di ossigeno (SpO ₂)	98 %		97 %	

Valutazione dei sintomi da astinenza	Giorno 1	Giorno 2
01.00		23 punti
08.00		19 punti
12.00		
17.00	17 punti	
21.00	11 punti	



Diagnosi infermieristiche

	Diagnosi	Fattori di rischio/fattori influenzanti	Obiettivo	Misure
1	Rischio di comportamenti pericolosi per sé e per gli altri	Malattia di base Ridotto controllo degli impulsi	La paziente non manifesta comportamenti pericolosi per gli altri La paziente non manifesta comportamenti autolesivi	Monitorare il comportamento Costruire una relazione attraverso interazioni regolari Elaborare insieme una routine giornaliera, con orari fissi per le varie attività
2	Abuso di sostanze	Malattia di base	La signora B. assume sostanze e mostra progressi nella terapia di disintossicazione	Monitoraggio del processo di disintossicazione e controlli regolari per escludere il consumo di sostanze Educazione e sviluppo di strategie per la gestione dei sintomi da astinenza
3	Rischio di isolamento sociale	Malattia di base	La signora B. coltiva contatti sociali e riferisce esperienze positive nelle interazioni sociali	Partecipazione a terapie di gruppo Sostegno per il recupero e la cura delle relazioni familiari e sociali

Decorso infermieristico

Data	Ora	Tema	Decorso infermieristico
Giorno 1	17.30	Ammissione	La signora B. arriva direttamente dall'ospedale, accompagnata dalla madre. Dichiara di stare bene, considerando le circostanze, e viene accompagnata in camera. La madre l'aiuta a sistemare i suoi effetti personali, che sono stati in precedenza esaminati e controllati dal personale infermieristico. Tra madre e figlia si nota una certa tensione.
	20.30	Resoconto del turno di sera	La signora B. ha cenato nella sala da pranzo. Durante il pasto è apparsa schiva e poco comunicativa. Finito di cenare, si è ritirata direttamente in camera.
	01.00	Resoconto del turno di notte	La signora B. riferisce di avvertire una forte agitazione interiore e un intenso desiderio di assumere sostanze. Appare tesa e presenta un leggero tremore. Le vengono somministrate 15 gocce di Psychopax dalla terapia di riserva. La signora B. vuole distrarsi con il cellulare.
Giorno 2	02.00	Resoconto del turno di notte	La signora B. sembra dormire.
	07:30	Resoconto del turno del mattino	La signora B. riferisce di sentirsi tesa. Vuole andare a prendere i farmaci prima della colazione.

Indicazioni per la realizzazione e il materiale

Luogo: la stanza degli errori si svolge nella sala infermieri/nel locale farmaci di un reparto di psichiatria acuta per adulti.

Preparazione del materiale (in precedenza):

- Caso clinico: sala infermieri/locale farmaci di un reparto di psichiatria acuta per adulti (stampare il modello allegato in base al numero delle persone partecipanti, le schede rimangono nella stanza. Se necessario, adattare la valutazione dei sintomi da astinenza secondo le direttive interne)
- Stampare la valutazione NGSAR (allegato 13) e inserirla nella cartella clinica della paziente
- Preparare il dispenser dei farmaci per la signora Barudoni, etichettandolo e predisponendolo correttamente con i farmaci prescritti nella cartella clinica, escludendo la compressa di mirtazapina 15 mg
- Preparare correttamente il bicchiere per farmaci per la signora Barudoni, incluse 15 mg di Psycho pax (ad es. utilizzando dell'acqua).
- RegISTRAZIONI audio (allegato 9): disporre un dispositivo audio per ogni registrazione (lettore, tablet o smartphone)
- Preparare e disporre il dispenser dei farmaci etichettato per il signor *U. Meier*
- Etichettare un farmaco stupefacente della categoria A+ con una data di scadenza superata (ad es. utilizzando un'etichetta adesiva)
- Preparare ed etichettare correttamente il contenitore per metadone (utilizzando un farmaco fittizio, ad es. Tic Tac)
- Stampare le istruzioni e le linee guida per il debriefing (destinate alla moderatrice o al moderatore)
-
-
-
-

Preparazione del locale (poco prima dello svolgimento):

- Caso clinico: sala infermieri/locale farmaci di un reparto di psichiatria acuta per adulti; esporre la valutazione NGSAR davanti all'ingresso
- Visualizzare sul PC un'immagine ripresa dalla telecamera situata nella camera di sicurezza/di isolamento oppure stampare l'immagine e applicarla sullo schermo
- Posizionare il dispenser dei farmaci preparato per la signora Barudoni vicino al punto di consegna dei farmaci
- Posizionare il bicchiere per farmaci contenente lo Psychopax vicino al dispenser della signora Barudoni
- Posizionare la registrazione audio (allegato 9) vicino al punto di consegna dei farmaci

- Collocare nella farmacia del reparto il farmaco stupefacente della categoria A+ con data di scadenza superata
- Posizionare il dispenser dei farmaci etichettato per il signor U. Meier vicino al punto di consegna dei farmaci
- Posizionare il contenitore di metadone etichettato
-
-
-
-

Errori e rischi simulati

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
1.	Processi clinici: diagnosi	La valutazione del rischio suicidario (NGSAR) non è stata eseguita correttamente. Nonostante la valutazione soggettiva di un <i>rischio alto</i> , il rischio di suicidio viene classificato nel complesso come <i>basso</i> .	Stampare la valutazione NGSAR (allegato 13) compilata e inserirla nella cartella clinica della persona assistita.
2.	Documentazione: prescrizioni incomplete	Consenso alla rianimazione non rilevato.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Scheda</i> nella cartella clinica della persona assistita.
3.	Infezione nosocomiale: infezione della ferita	La paziente ha una ferita da punta all'addome, che non è stata documentata nella cartella clinica e per la quale manca anche una prescrizione. Rischio di infezione della ferita e trattamento inadeguato.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Situazione attuale</i> nella cartella clinica della persona assistita, ma non vi è alcuna documentazione della ferita, né un trattamento o una prescrizione.
4.	Farmacoterapia: errore nella preparazione, dosaggio	Per la signora Barudoni, sono state preparate 15 mg di Psychopax (= 45 gocce) invece di 15 gocce di Psychopax (= 5 mg) per la signora Barudoni. Rischio di sovradosaggio ed effetti collaterali.	Tra i farmaci preparati posizionare un bicchiere contenente Psychopax dosato erroneamente.
5.	Farmacoterapia: dispensazione alla paziente	La registrazione audio indica che il metadone è stato dispensato senza una corretta identificazione del/la paziente. Rischio di A) scambio di pazienti, B) abuso di farmaci.	Posizionare la registrazione audio (allegato 9) vicino al punto di consegna dei farmaci.
6.	Farmacoterapia: dispensazione alla paziente	La registrazione audio indica che non è stata verificata correttamente l'assunzione del metadone dispensato. Rischio di A) scambio di pazienti, B) abuso di farmaci.	Posizionare la registrazione audio (allegato 9) vicino al punto di consegna dei farmaci.
7.	Comportamento del/la paziente: abuso di farmaci/sostanze	Vicino al punto di consegna dei farmaci sono presenti i farmaci preparati per il signor U. Meier. Rischio di assunzione/furto di farmaci da parte di pazienti.	Vicino al punto di consegna dei farmaci posizionare un dispenser dei farmaci preparato per il signor U. Meier.

8.	Farmacoterapie: stoccaggio non corretto	Lo stupefacente di categoria A+ non è riposto nell'armadio degli stupefacenti ma insieme agli altri farmaci. Rischio di violazione delle norme vigenti in materia di farmaci.	Nell'armadio dei farmaci è presente uno stupefacente di categoria A+ (ad es. M-RETARD Zentiva 30 mg).
9.	Farmacoterapia: controllo inadeguato, scadenza	Lo stupefacente di categoria A+ presenta una data di scadenza superata. Rischio di A) violazione delle norme vigenti in materia di farmaci, B) alterazione dell'efficacia del farmaco.	Nell'armadio dei farmaci è presente uno stupefacente di categoria A+ scaduto.
10.	Farmacoterapia: farmaco omesso	Il dispenser preparato non corrisponde alla prescrizione. Rischio di A) mancata esecuzione di una prescrizione, B) effetti negativi sul trattamento in corso.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Farmaci</i> nella cartella clinica della persona assistita e nel dispenser dei farmaci della signora Barudoni (manca 1 compressa Mirtazapina 15 mg).
11.	Farmacoterapia: momento di assunzione errato	Il pantoprazolo va assunto preferibilmente da mezz'ora a un'ora prima dei pasti. Se preso durante il pasto, il farmaco potrebbe agire più lentamente.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Farmaci</i> nella cartella clinica della persona assistita. Non ci sono indicazioni nella prescrizione.

Errori e rischi supplementari

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
a.	Infrastruttura: inadeguata	Una scarsa illuminazione può portare a commettere errori, ad es. nella preparazione dei farmaci.	Ridurre l'illuminazione del locale, ad esempio rimuovendo o coprendo le lampadine, abbassando l'intensità luminosa, spegnendo parzialmente le luci oppure chiudendo le imposte
b.	Infrastruttura: inadeguata	La registrazione audio indica un ambiente rumoroso (rumori di cantiere). Rischio di sovrastimolazione e distrazione.	Simulazione con registrazione audio (allegato 1).
c.	Organizzazione/procedure quotidiane: non adeguate	Le rigide regole del reparto possono rappresentare un potenziale trigger per un aumento del carico sintomatologico.	Affiggere le regole del reparto (allegato 11) in un punto ben visibile per i/le pazienti (ad es. sulla porta d'ingresso del reparto).
d.	Organizzazione/procedure quotidiane: non disponibili	L'avviso di assenza, utilizzato regolarmente, si trova nella sala infermieri, ma non contiene alcuna indicazione sul rientro del personale. Rischio, ad esempio, di crisi, poiché le e i pazienti non hanno un punto di riferimento o una persona di contatto.	Posizionare l'avviso di assenza (allegato 12) nella sala infermieri.
e.	Documentazione: protezione dei dati	Sulla bacheca del reparto e/o nella sala infermieri sono presenti dati sensibili relativi alle e ai pazienti. Rischio di violazione della protezione dei dati.	Possibilità di simulazione: (A) annotare diagnosi di pazienti sulla bacheca del reparto, (B) posizionare un documento relativo a un ricovero a scopo di assistenza (allegato 14) in un punto ben visibile della sala infermieri.

f.	Processi clinici: sorveglianza non eseguita in modo adeguato	La videosorveglianza nella camera di sicurezza è permanentemente attiva senza un motivo valido. Rischio di violazione della privacy. Nota: la simulazione può essere effettuata solo nei reparti dotati di videosorveglianza.	Visualizzare su PC o laptop un'immagine ripresa dalla telecamera di sorveglianza nella camera di sicurezza (allegato 10) oppure stampare l'immagine e applicarla sullo schermo. A seconda dell'infrastruttura, il personale può mantenere attiva l'immagine in diversi modi, ad esempio posizionando un oggetto (come una pinzatrice) sul laptop o lasciando inserita la chiave nel lucchetto della telecamera.
g.	Infrastruttura: inadeguata	L'armadio dei farmaci/degli stupefacenti non è chiuso a chiave. Rischio di A) mancato rispetto delle norme vigenti in materia di farmaci B) abuso di farmaci.	L'armadio dei farmaci/degli stupefacenti nella sala infermieri non è chiuso a chiave o è leggermente aperto.
h.	Comportamento del/la paziente: pericoloso per sé e/o per gli altri, suicida	Materiali pericolosi accessibili alle e ai pazienti. Rischio di autolesionismo o di pericolo per le persone presenti e per gli altri.	Vicino al punto di consegna dei farmaci sono presenti materiali per i prelievi di sangue (ad es. aghi, disinfettanti, lacci emostatici, contenitori a prova di punture).
i.	Farmacoterapia: smaltimento non adeguato	I farmaci vengono smaltiti nei contenitori per rifiuti generici. Rischio di A) mancato rispetto delle norme vigenti in materia di farmaci, B) abuso di farmaci.	Collocare i farmaci in blister o le intere confezioni di farmaci nel contenitore per rifiuti generici presente nella sala infermieri/nel locale farmaci.
j.	Gestione delle risorse: impiego del personale	La registrazione audio indica che il personale specializzato svolge più compiti simultaneamente. Rischio di compromettere la capacità di concentrazione.	Simulazione con registrazione audio (allegato 9).
k.	Infrastruttura: frigorifero difettoso	La temperatura del frigorifero è superiore ai valori raccomandati. Rischio di A) mancato rispetto delle norme vigenti in materia di farmaci, B) alterazione dell'efficacia dei farmaci. Nota: realizzabile solo se il registro delle temperature è solitamente conservato nella sala infermieri o nel locale farmaci.	In un registro vuoto sono riportate le temperature troppo elevate relative agli ultimi giorni, ma non viene specificata alcuna misura.

Materiale

Allegato 1: Registrazione audio, rumori di cantiere

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

Per la simulazione è necessario un dispositivo (ad es. smartphone, tablet, laptop ecc.) in grado di riprodurre la registrazione audio in modo continuo per tutta la durata dell'esercitazione. Si prega di notare questa registrazione audio specifica non deve essere gestita autonomamente dalle e dai partecipanti, pertanto la sua presenza nella scena non deve essere troppo evidente.

Allegato 9: Registrazione audio, sala infermieri/locale farmaci

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

Il seguente cartello informativo può essere posizionato accanto al lettore come indicazione:



Allegato 10: Immagine, telecamera di sorveglianza della camera di sicurezza

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

È possibile visualizzare l'immagine in forma digitale sullo schermo di un laptop o di un PC oppure stampata e applicata sullo schermo di un dispositivo.



Regole del reparto

1. È vietato mangiare in camera.
2. È vietato usare il cellulare in reparto.
3. Gli appuntamenti vanno rispettati, pena l'espulsione dal reparto.
4. Il consumo di caffè è consentito solo negli orari dei pasti.
5. Sono concesse max. 10 sigarette al giorno.



**Siamo in pausa,
si prega di non
disturbare.**



Allegato 13: NGASR Assessment

NGASR (Nurse Global Assessment of Suicide Risk)

Valutazione infermieristica globale del rischio suicidario

Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) (Cutcliffe/Barker 2004)

		Data: giorno 1	
N.	Criteri	Punteggio, se rilevante	Punteggio
1	Mancanza di speranza	3	0
2	Evento stressante recente (p.es. perdita del lavoro, preoccupazioni finanziarie, separazione/divorzio, pendenze giudiziarie)	1	0
3	Chiara evidenza di allucinazioni uditive/convinzioni persecutorie	1	0
4	Chiara evidenza di depressione, perdita d'interesse o perdita di piacere	3	0
5	Chiara evidenza di ritiro sociale	1	1
6	Verbalizzazione di intenzionalità suicidaria	1	0
7	Chiara evidenza di una progettualità suicidaria	3	0
8	Storia familiare di disturbi psichiatrici gravi o di suicidio	1	0
9	Perdita recente di una persona cara o interruzione di una relazione	3	0
10	Disturbi psicotici	1	0
11	Vedova/vedovo	1	0
12	Pregressi tentativi di suicidio	3	0
13	Condizioni socio-economiche sfavorevoli (p.es. condizioni abitative inadeguate, disoccupazione, povertà)	1	0
14	Abuso di alcol o di altre sostanze	1	1
15	Malattia terminale	1	0
16	Numerosi ricoveri psichiatrici negli ultimi anni, ritorno in ospedale poco dopo l'ultima dimissione	1	1
Somma		max. 26	3
Livelli di rischio: 4 punti o meno = livello 1 = rischio basso 5-8 punti = livello 2 = rischio medio 9-11 punti = livello 3 = rischio alto 12 punti e oltre = livello 4 = rischio molto alto			LIVELLO 1
Valutazione soggettiva del rischio suicidario attuale			
Qual è il suo livello di rischio suicidario, secondo una valutazione soggettiva basata sulle sue emozioni e intuizioni? (Contrassegnare con una x)			
Punteggio	1 = rischio basso 2 = rischio medio 3 = rischio alto 4 = rischio molto alto		LIVELLO 3
Valutazione interdisciplinare del rischio suicidario attuale: Se la valutazione soggettiva e/o oggettiva è pari a 3/4 → consultare un medico			
Infermiera A. Müller Medico assistente B. Durrer			Livello di rischio: LIVELLO 1



Allegato 14: Modulo per il ricovero a scopo di assistenza (RSA)

Dipartimento della sanità

Ufficio del medico cantonale

Ricovero a scopo di assistenza (RSA) da parte del medico cantonale

Art. 426 segg. CC (RS 210) e art. 34 segg. della legge cantonale di applicazione del diritto federale in materia di protezione dei minori e degli adulti (sGS 912.5)

Nome	Esempio	Cognome	Paul	Data di nascita	17.04.1990
Indirizzo	Via Esempio 86, 2738 Esempio				

viene inviato al seguente istituto idoneo* (nome e indirizzo dell'istituto):

Clinica psichiatrica

*Un istituto è idoneo se dispone di un'organizzazione e/o di risorse di personale adeguate per erogare alla persona inviata le cure e l'assistenza fondamentale di cui la stessa necessita (p.es. clinica psichiatrica, ospedale, casa di riposo e di cura).

La persona in questione soffre di (è obbligatorio indicare almeno una delle tre seguenti opzioni):

<input checked="" type="checkbox"/> turba psichica	<input type="checkbox"/> disabilità mentale	<input type="checkbox"/> grave stato di abbandono
Altra risposta obbligatoria:	<input checked="" type="checkbox"/> pericolo per sé	<input type="checkbox"/> pericolo per gli altri
	<input type="checkbox"/> condizione di senzatetto	<input checked="" type="checkbox"/> influenza negativa dell'ambiente

Risposta obbligatoria (entrambe):

Le cure e l'assistenza necessarie non possono esserle prestate altrimenti (proporzionalità).
 L'istituto sopraccitato dispone delle capacità e delle competenze necessarie per offrire cure e assistenza adeguate.

Referto:

il paziente è già stato sottoposto più volte a trattamenti psichiatrici: dice che non prende i farmaci da giorni poiché non ne ha più e attualmente dorme in strada. All'anamnesi esterna sembra molto teso, reagisce con aggressività alle domande, appare trasandato e disorientato.

Decisione relativa al ricovero: motivo e scopo del ricovero

Paziente con sospetto di gravi problemi psichici e dubbia capacità di discernimento; sussiste un pericolo acuto per la sua salute.

Luogo e data della visita medica personale: Esempio, 26.06.2024

Decisione:

Paolo Esempio viene inviato all'istituto sopraccitato per il periodo necessario all'erogazione delle cure mediche, in ogni caso non oltre sei settimane. La decisione è immediatamente esecutiva. Il Cantone si assume i costi per la decisione del medico cantonale e il trasporto ad opera della polizia.

Nome/indirizzo del medico inviante:

Dr. med. T. Esempio Via
Esempio 23
8763 Esempio

Luogo, data: Esempio, 26.06.2024

Firma: *T. Mustermann*

La persona interessata deve essere sentita in merito all'RSA previsto, ove possibile. Deve essere informata in modo comprensibile sui motivi del ricovero in istituto e sulla struttura nella quale verrà ricoverata; inoltre deve avere la possibilità di prendere posizione al riguardo.

Una copia della presente decisione verrà consegnata alla persona interessata; un'altra copia verrà consegnata all'istituto al momento del ricovero. Se possibile, il medico cantonale informa per iscritto una persona designata dall'interessato/a in merito al ricovero e alla facoltà di presentare ricorso.

Rimedio giuridico: contro la presente decisione è possibile presentare un ricorso scritto alla Commissione dei ricorsi amministrativi entro 10 giorni dalla comunicazione.



3.2.2 Camera di sicurezza: caso signor Defanti

Scheda

Cognome: Defanti

Nome: Tim

Data di nascita: 26.05.1998

Consenso alla rianimazione: Sì

Uscite dal reparto: divieto di uscire; degenza in reparto: solo nella zona chiusa; accesso alla camera: solo due persone addestrate

Valutazione del rischio di suicidio: rischio basso

Pericolosità per altri: rischio basso

Status giuridico: RSA disposto dall'autorità, 6 settimane a partire dalla data di emissione

CAVE: nessuna nota

Diagnosi

- F72.1 Ritardo mentale grave con disturbo del comportamento evidente; ritardo nello sviluppo psicomotorio con problemi comportamentali
- F84 Autismo infantile
- F25 Disturbi schizoaffettivi, disturbi affettivi episodici con false percezioni, sintomi di una percezione distorta della realtà
- G40.8 Altre epilessie
- Z 73 Problemi connessi a difficoltà di orientamento del proprio modo di vita, intelligenza inferiore alla media o disabilità intellettiva lieve, disabilità sociale grave e generalizzata nella maggior parte degli ambiti
- J06.9 Infezione acuta delle vie respiratorie superiori in diversi punti o in punti non specificati

Situazione attuale

Il paziente viene continuamente escluso dalle comunità abitative, a causa di ripetuti comportamenti aggressivi nei confronti degli altri. I genitori sono stanchi e stressati, motivo per cui il figlio non può vivere con loro.

Referto psicopatologico

Aspetto esteriore: il signor D. è vestito in modo consono e ha un aspetto curato. Non presenta anomalie fisiche né lesioni.

Comportamento: il paziente è orientato a livello personale, spaziale, situazionale e temporale. Non rispetta le distanze (eccessiva confidenzialità) e palesa anomalie comportamentali. Se le sue esigenze non vengono soddisfatte rapidamente, mostra tendenze aggressive sia verso gli altri che verso sé stesso. Secondo quanto riferito dai genitori, il paziente morde, sferra pugni, afferra e trattiene con forza altre persone; inoltre, sbatte la testa contro la parete e defeca sul pavimento.

Attenzione e concentrazione: attenzione e concentrazione limitate. Il paziente reagisce con aggressività quando non comprende ciò che gli viene comunicato.

Linguaggio spontaneo: linguaggio infantile, frasi molto semplici e brevi. Articola le parole in modo generalmente comprensibile, ma poco chiaro.



Comprensione: il paziente è in grado di comprendere frasi semplici (come farebbe un bambino piccolo) e reagisce in modo aggressivo a frasi poco chiare o troppo complesse.

Affettività: controllo dell'affettività limitato; reazioni aggressive in caso di frustrazione o mancato esaudimento delle sue richieste.

Spinta al movimento: notevole spinta al movimento, che si esprime con un forte desiderio di muoversi e di fare attività fisica.

Contesto sociale: il paziente è sottoposto a curatela, percepisce una rendita completa e ha concluso la scuola dell'obbligo in una classe speciale con un numero ridotto di allievi. È già stato inserito in diverse comunità abitative, ma, a causa del suo comportamento aggressivo, è stato ripetutamente espulso. I genitori sono stressati e sfiniti, motivo per cui il figlio non può vivere stabilmente con loro. Vengono a trovarlo di tanto in tanto e lo portano a casa qualche volta per un fine settimana oppure per le vacanze.

Procedura

- » Verifica ed eventuale adeguamento della terapia farmacologica
- » Individuare una soluzione di assistenza adeguata per il periodo successivo alla degenza stazionaria

Farmaci

Farmaci fissi:	Mattino	Mezzogiorno	Sera	Notte
Olanzapin-Mepha oro, cpr orosolubili 10 mg p.o.	0	0	0	1
Depakine Chrono cpr rivestite 300 mg p.o.	2	0	2	0
Clopixol cpr rivestite 10 mg p.o.	1	2	2	0
Akineton retard cpr 4 mg p.o.	1	0	0	0
Tintura di valeriana gocce p.o.	10	10	20	0

Farmaci in riserva

1. Riserva agitazione/tensione	Psychopax 12,5 mg/ml 5 gtt p.o. max. 2 x/24 ore
2. Riserva agitazione/tensione	Clopixol cpr rivestite 10 mg p.o. max. 4 x/24 ore
In caso di EPS	Akineton cpr 2 mg p.o. max. 3 x/24 ore
Psicosi acuta	Clopixol Acutard 50 mg/ml i.m. max. 1 x/24 ore
Psicosi acuta	Haldol soluzione iniettabile 5 mg/ml i.m. max. 1 x/24 ore



Prescrizioni per gli infermieri

Pressione (mmHg)/polso	1 x/giorno
Saturazione di ossigeno (SpO ₂)	1 x/giorno
Temperatura (°C)	1 x/giorno
Peso (kg)	1 x al momento dell'ammissione
Dieta	Normale
Mobilità	Camera di sicurezza; contenzione fisica in 5 punti del corpo
Isolamento	Controllo ogni ora, controllo a vista

Grafico di cura

Parametri	Giorno 1		Giorno 2	
	Ammissione	Sera	Mattino	Mezzogiorno
Altezza (cm)	169			
Peso (kg)	67			
BMI (kg/m ²)	23,5			
Temperatura (°C)	37.9			
Pressione (mmHg)	128 / 74		132 / 76	
Polso	93		98	
Saturazione di ossigeno (SpO ₂)	93%		92%	



Diagnosi infermieristiche

	Diagnosi	Fattori di rischio/ fattori influen- zanti	Obiettivo	Misure
1	Rischio di comportamenti pericolosi per sé e per gli altri	Isolamento sociale, ridotto controllo degli impulsi	Il paziente non manifesta comportamenti pericolosi verso gli altri Il paziente non manifesta comportamenti autolesionistici	Sviluppo di una relazione tramite interazione regolare Tecniche di comunicazione e deescalation Educazione e tecniche per il miglioramento del controllo degli impulsi
2	Ridotta interazione sociale	Isolamento, patologie di base	Il paziente sperimenta interazioni sociali positive Il paziente partecipa alle attività sociali	Comunicazione adeguata Coinvolgimento della rete sociale Pianificazione di attività sociali Comunicazione di feedback positivi
3	Deficit di auto-sufficienza	Patologie di base	Il paziente cura la propria igiene personale secondo le proprie possibilità e con supporto	Supporto mirato alla promozione delle proprie risorse per l'igiene personale. Monitoraggio dell'assunzione di liquidi e alimenti

Decorso infermieristico

Data	Ora	Tema	Decorso infermieristico
Giorno 1	17.30	Ammissione	Il signor D. arriva con l'ambulanza, apparendo fortemente agitato. Esprime il desiderio di uscire e di non voler restare qui, e si dimena continuamente. Il signor D. viene accompagnato nella camera di sicurezza dal personale paramedico dell'ambulanza e da due infermieri. È stato condotto un colloquio.
	18.30	Resoconto del turno di sera	Il signor D. appare leggermente più calmo e assume i farmaci per via orale. Gli è stata portata la cena e sono stati controllati i parametri vitali.
	20.00	Resoconto del turno di sera	Dopo la cena il signor D. riferisce di annoiarsi ed esprime il desiderio di uscire dalla camera per andare a correre. In un breve colloquio gli è stato spiegato il motivo per cui al momento si trova nella camera di sicurezza.



Giorno 2	02.00	Resoconto del turno di notte	Il signor D. sembra dormire.
	08.00	Resoconto del turno del mattino	Il signor D. è vigile e appare alquanto teso, suda leggermente. Dice di aver dormito male e vorrebbe uscire dalla camera. I parametri vitali sono stati misurati e il paziente ha ricevuto la colazione. È stato detto al signor D. che, per il momento, deve restare ancora in camera. Il signor D. rifiuta di prendere i farmaci.
	11.30	Resoconto del turno del mattino	Il signor D. appare più agitato, continua a tirare pugni contro la porta e urla che vuole uscire. Rifiuta ancora di prendere i farmaci, sembra sudare di più e cerca di afferrare gli infermieri per il braccio.
	13.00	Visita	Il medico capoclinica parla con il signor D., ma il paziente si ostina a non voler prendere i farmaci. Reagisce con rabbia al fatto di non poter uscire e si dimena. Urla che vuole uscire subito e andare a correre.
	14.00	Misura coercitiva	Il signor D. appare molto teso, batte ripetutamente la testa contro la parete, non risponde alle tecniche verbali di deescalation. Il medico capoclinica viene informato e cerca di parlare con il signor D., che però non reagisce ai tentativi di comunicazione verbale. Continua a battere violentemente la testa contro la parete. Dato il pericolo acuto per la sicurezza del paziente, il medico capoclinica ordina un trattamento medico coatto. Somministrazione di Clopixol Acutard 50 mg/ml 1 fiala tramite iniezione intramuscolare ventrogluteale, eseguita da cinque infermieri tramite contenzione controllata con tecnica a terra.
	14.40	Misura coercitiva	Il signor D. urla, batte di nuovo la testa contro la parete e continua a non reagire ai tentativi di comunicazione verbale. Dopo che le tecniche verbali di deescalation e le misure farmacologiche si sono rivelate inutili e permane un pericolo acuto di autolesionismo, il medico capoclinica ordina una misura di contenzione fisica a 5 punti.

Indicazioni per la realizzazione e il materiale

Luogo: la stanza degli errori si svolge nella camera di sicurezza di un reparto di psichiatria acuta per adulti.

Preparazione del materiale (in precedenza):

- Caso clinico: camera di sicurezza di un reparto di psichiatria acuta per adulti (stampare il modello allegato in base al numero delle persone partecipanti, le schede restano nel locale)
- Manichino (con abiti)
- Letto con sistema di contenzione
- Trucchi (ad.es. ombretti) di colore rosso/bluastro, tampone
- Verbale dei controlli (a vista) (allegato 16)
- RegISTRAZIONI audio (allegato 15) con lettore, tablet o smartphone
- Vassoio, siringa 3 ml, ago per iniezione i.m. ventrogluteale, tampone sterile, disinfettante per cute, fiala vuota di Clopixol 200 mg/ml Depot
- Bicchiere con acqua
- Stampare le istruzioni e le linee guida per il debriefing (destinate alla moderatrice o al moderatore)
-
-
-

Preparazione del locale (poco prima dello svolgimento):

- Posizionare il caso clinico davanti alla camera di sicurezza
- Disporre/appendere davanti alla camera di sicurezza il verbale dei controlli (a vista) effettuati.
- Posizionare la registrazione audio 15 all'interno della camera di sicurezza.
- Colorare i polsi del manichino con un tampone tinto di rosso.
- Posizionare il manichino sul letto di contenzione e legarlo con il sistema di contenzione a 5 punti.
- Se possibile, chiudere l'acqua.
- Posizionare davanti alla stanza il vassoio con tutto il materiale per l'iniezione (aprire il tampone e inumidirlo con il disinfettante, assemblare ago e siringa, aspirare un poco di acqua e svuotare di nuovo la siringa), compresa la fiala vuota di Clopixol.
-
-
-

Errori e rischi simulati

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
1.	Farmacoterapia: errore di prescrizione	La prescrizione di Psychopax è stata indicata in gocce invece che in mg. Rischio di sottodosaggio del farmaco.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Farmaci in riserva</i> nella cartella clinica della persona assistita.
2.	Processi clinici: attuazione non adeguata	La misura di contenzione ai polsi è troppo stretta, causando lesioni ai polsi/cianosi alle mani.	Il manichino che simula il paziente è collocato in posizione supina, immobilizzato a letto con un sistema di contenzione a 5 punti. I polsi sono colorati di rosso.
3.	Documentazione: dati sull'assunzione di cibo mancanti	Nella documentazione non è indicato se il paziente ha bevuto e quanto ha mangiato. Rischio di disidratazione; la denutrizione può influire ulteriormente sulla situazione clinica già grave.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita e nel verbale dei controlli (a vista) (allegato 16). Nessuna bevanda o bicchiere è presente in stanza. Il rubinetto nella stanza (se presente) è chiuso.
4.	Processi clinici: non adeguati	Il controllo a vista è prescritto ogni ora, ma, in caso di contenzione, il protocollo standard prevede un monitoraggio ogni 15 minuti. Ciò comporta un rischio per l'incolumità del paziente. In particolare, dopo il trattamento medico coatto e la contenzione fisica.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Prescrizioni per gli infermieri</i> nella cartella clinica della persona assistita e nel verbale dei controlli (a vista) (allegato 16).
5.	Organizzazione: assegnazione dei compiti non adeguata	Un'operatrice sociosanitaria al primo anno di tirocinio entra da sola nella camera di sicurezza per somministrare i farmaci al paziente immobilizzato. Rischio di mettere sotto pressione la collaboratrice non adeguatamente formata.	L'errore è simulato tramite una registrazione audio (allegato 15), in cui si sente la studentessa entrare nella stanza.
6.	Comportamento del personale: comunicazione non adeguata	Nella registrazione audio l'operatrice sociosanitaria comunica con il paziente in modo non adeguato. Rischio di mettere sotto pressione il paziente in crisi.	L'errore è simulato tramite una registrazione audio (allegato 15), in cui si sente la studentessa spiegare la terapia in un linguaggio troppo complesso.

7.	Farmacoterapia: somministrazione del farmaco errato	Viene iniettato per errore Clopixol Depot 200 mg/ml anziché il farmaco prescritto Clopixol Acutard 50 mg/ml. Rischio di un trattamento non adeguato in caso di pericolo acuto di autolesionismo.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Farmaci in riserva</i> nella cartella clinica della persona assistita e sul vassoio dei farmaci, dove si trova la fiala vuota di Clopixol Depot 200 mg/ml.
8.	Processo clinico: trattamento non adeguato	Il signor D. ha un noto bisogno di movimento e lo esprime ripetutamente, ma non ha alcuna possibilità di occupazione. Rischio di influsso negativo sul decorso/sulla gestione della malattia.	L'errore può essere individuato alle voci <i>Referto psicopatologico</i> e <i>Decorso infermieristico</i> cartella clinica della persona assistita e nel verbale dei controlli (a vista) (allegato 16).
9.	Processo clinico: trattamento non adeguato	In una situazione di crescente tensione mancano misure di deescalation. È stata applicata una contenzione fisica a 5 punti senza verifica dell'indicazione e con documentazione insufficiente, specialmente riguardo alla valutazione di eventuali lesioni alla testa e delle relative conseguenze. Rischio di trattamento inadeguato.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita.
10.	Processo clinico: mancata prescrizione nonostante l'indicazione	Non è stata prescritta alcuna terapia di riserva per il trattamento dell'epilessia, nonostante la diagnosi. Rischio di trattamento inadeguato in caso di crisi epilettica.	L'errore può essere individuato alle voci <i>Diagnosi</i> e <i>Farmaci in riserva</i> nella cartella clinica della persona assistita.
11.	Processi clinici: trattamento non adeguato	Il paziente presenta un'infezione delle vie respiratorie con sintomi evidenti (stato subfebbrile, saturazione di ossigeno alterata, polso leggermente accelerato, sudore). Prescrizione insufficiente in merito al controllo dei parametri vitali: nessun controllo del decorso/intervento per trattare lo stato subfebbrile nel giorno 1. Rischio di trattamento inadeguato, influsso negativo sulle condizioni generali.	L'errore può essere individuato alle voci <i>Diagnosi</i> , <i>Grafico di cura</i> e <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita.
12.	Farmacoterapia: prescrizione a rischio	Al paziente sono state prescritte gocce di valeriana. Questa tintura contiene alcol, quindi potrebbe essere preferibile sostituirla con delle compresse. Il contenuto di alcol potrebbe avere effetti negativi sullo stato di salute e pertanto essere identificato come un potenziale rischio.	L'errore può essere identificato alla voce <i>Farmaci</i> della cartella clinica della persona assistita e attraverso la registrazione audio (allegato 15).

Errori e rischi supplementari

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
a.	Comportamento del/la paziente: autolesionista/ suicida	Le posate presenti nella camera di sicurezza possono essere utilizzate dal paziente per compiere atti pericolosi per sé e/o per gli altri.	Le posate (di plastica o normali, secondo le direttive interne) sono disposte sul tavolo, sul letto o sul pavimento della camera di sicurezza.
b.	Procedure quotidiane: eseguite in modo non adeguato	Il paziente non può utilizzare il campanello di chiamata in caso di necessità.	Il campanello non è installato correttamente (ad.es. è scollegato e/o fuori portata).

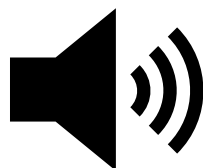


Materiale

Allegato 15: Registrazione audio, scena nella camera di sicurezza

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

Il seguente cartello informativo può essere posizionato accanto al lettore come indicazione:



**Registrazione audio
disponibile –
si prega di ascoltarla.**



Allegato 16: Verbale dei controlli (a vista) nella camera di sicurezza

Dati del paziente

Cognome: Defanti **Nome:** Tim **Data di nascita:** 26.05.1998

Cadenza dei controlli: ogni ora

Giorno e ora	Documentazione	Visto
Giorno 1, ore 17.30	Il signor D. è stato accompagnato nella camera di sicurezza dal personale paramedico dell'ambulanza e da due infermieri.	M.M.
Giorno 1, ore 18.30	Due infermieri entrano nella camera di sicurezza; il signor D. appare più calmo e gli vengono somministrati i farmaci per via orale.	M.M.
Giorno 1, ore 19.30	Il signor D. sbatte i pugni contro la porta, dice che vuole uscire per andare a correre. Gli viene spiegato che al momento non è possibile. Il signor D. appare teso, tira un pugno contro la finestra e poi si siede sul letto.	M.M.
Giorno 1, ore 20.35	Il signor D. dice che si annoia e non ha niente da fare; sembra piuttosto teso. Gli infermieri lo invitano a rilassarsi e a riposare.	M.M.
Giorno 1, ore 21.30	Due infermieri entrano nella camera di sicurezza; il signor D. è seduto sul letto e si rifiuta di lavarsi prima di coricarsi; dice che si annoia molto e chiede se può avere un gioco. Gli viene spiegato che non è possibile. A quel punto, il paziente inizia a urlare e ad agitare le mani verso gli infermieri. Il paziente ha assunto il farmaco per la notte.	M.M.
Giorno 1, ore 22.30	Il signor D. sembra dormire, il respiro è calmo e regolare.	M.M.
Giorno 1, ore 23.30	Il signor D. sembra dormire, il respiro è calmo e regolare.	P.G.
Giorno 2, ore 00.30	Il signor D. è sveglio, ha gli occhi aperti e si rigira nel letto. Il respiro è regolare.	P.G.
Giorno 2, ore 01.10	Il signor D. bussa alla porta. Il personale gli chiede cosa desidera e lui risponde che vuole uscire per fare una passeggiata. Sembra leggermente sudato. Gli viene spiegato che al momento deve restare in camera. Il signor D. urla che vuole uscire subito.	P.G.
Giorno 2, ore 02.30	Il signor D. sembra dormire, è sdraiato sul letto e riposa tranquillamente, il respiro è regolare.	P.G.
Giorno 2, ore 03.30	Il signor D. sembra dormire.	P.G.
Giorno 2, ore 04.30	Il signor D. sembra dormire.	P.G.
Giorno 2, ore 05.30	Il signor D. sembra dormire.	P.G.
Giorno 2, ore 06.30	Il signor D. sembra dormire.	P.G.
Giorno 2, ore 07.40	Il signor D. è sveglio e sbatte la mano sul letto. Dice di aver dormito male, che si annoia e che nessuno lo ascolta. Vuole assolutamente uscire, non riesce più a stare fermo.	U.L.



Giorno 2, ore 08.00	Due infermieri entrano nella camera di sicurezza e portano la colazione. Il signor D. appare teso, ripete in continuazione che si annoia, che vuole uscire e andare a correre. Gli viene spiegato che ora bisogna misurare i parametri vitali e che con la visita si valuterà cosa fare in seguito. Il signor D. si rifiuta di prendere i farmaci, non si lascia convincere a parole.	U.L.
Giorno 2, ore 09.30	Il signor D. appare agitato, bussa alla porta e chiama gli infermieri.	U.L.
Giorno 2, ore 10.30	Il signor D. appare agitato, bussa alla porta e chiama gli infermieri.	U.L.
Giorno 2, ore 11.30	Due infermieri entrano nella camera di sicurezza e sprecchiano. Cercano di parlare con il paziente per convincerlo a prendere i farmaci, ma lui continua a rifiutarsi. Aggredisce verbalmente il personale e urla.	U.L.
Giorno 2, ore 13.00	Visita (vedi decorso infermieristico).	U.L.
Giorno 2, ore 13.45	Il signor D. urla e batte ripetutamente la testa contro la parete.	U.L.
Giorno 2, ore 14.00	Trattamento medico coatto (vedi decorso infermieristico).	U.L.
Giorno 2, ore 14.20	Il signor D. urla e continua a sbattere con forza la testa contro la parete. Non risponde alla comunicazione verbale.	U.L.
Giorno 2, ore 14.40	Misura coercitiva (vedi decorso infermieristico).	U.L.
Giorno 2, ore 15.30	Il signor D. è sdraiato sul letto, urla all'incirca ogni due minuti, sembra essersi leggermente calmato.	U.L.
Giorno 2, ore 15.50	Si tenta di somministrare il farmaco mancante per via orale, ma il signor D. lo rifiuta. Appare agitato.	L.K.



3.2.3 Locale comune: sala da pranzo

Descrizione generale del reparto

Ci troviamo in un reparto di psichiatria acuta per adulti. Il reparto dispone di 20-25 posti letto, con camere singole e doppie. Inoltre, sono presenti tre camere di sicurezza per un setting chiuso con possibilità di sorveglianza.

Il reparto è a porte aperte e solo raramente a porte chiuse, quando non ci sono altre possibilità.

Numero di pazienti, sesso/genere, età	23 pazienti ricoverati (6 donne e 17 uomini). La fascia di età va dai 20 agli 60 anni.
Diagnosi	Di queste 23 persone: » 9 soffrono di disturbi affettivi; » 7 hanno disturbi psichici comportamentali dovuti a sostanze psicoattive; » 3 sono affetti da schizofrenia e disturbi deliranti; » 4 presentano disturbi della personalità o del comportamento. Nelle ultime settimane c'è stato un tentativo di suicidio.
Equipe del servizio diurno	Oggi prestano servizio le seguenti persone: » 4 infermieri/e SSS » un operatore sociosanitario » una operatrice sociosanitaria in formazione

Situazione attuale

Vi trovate nella sala pranzo del reparto. Sono circa le 12.00 di mercoledì e sono attese 16 persone per il pranzo. Un'operatrice sociosanitaria al primo anno di tirocinio sta momentaneamente supervisionando il pranzo, poiché l'infermiera diplomata SSS deve consegnare un farmaco in riserva.

Alla parete del locale mensa è affisso il menù settimanale.

Attività in corso:

- » 4 pazienti si intrattengono con un gioco di società lontano dal tavolo della mensa.
- » 3 pazienti mangiano in camera.
- » 2 pazienti pranzeranno più tardi.
- » 7 pazienti sono seduti al tavolo e consumano il pranzo.
- » I seguenti pazienti si trovano in sala pranzo ma hanno rifiutato il pasto o non avevano fame: signora A. Bernasconi, signor G. Riva, signor L. Lang, signora F. Maffei.

Indicazioni per la realizzazione e il materiale

Luogo: la stanza degli errori si svolge nella sala pranzo di un reparto di psichiatria acuta per adulti.

Preparazione del materiale (in precedenza):

- Descrizione della sala da pranzo di un reparto di psichiatria acuta per adulti (stampare il modello allegato in base al numero delle persone partecipanti, le schede restano nel locale)
- Stampare la nota del servizio tecnico (allegato 19) (se non è disponibile un pulsante d'emergenza questo errore può essere tralasciato)
- Stampare il menù settimanale (allegato 20)
- Stampare e ritagliare il promemoria del menù (allegato 21)
- Stampare e ritagliare le schede dei pazienti A, B, C, D, E, F, G, H (allegato 18)
- 6-7 set di stoviglie (piatti, coltelli, forchette, cucchiari e bicchieri)
- Giochi di società (ad es. carte da Jass o *Chi va piano va sano*)
- RegISTRAZIONI audio (allegati 3 e 17); un dispositivo audio (lettore, tablet o smartphone) per ogni registrazione
- Bottiglia di bevanda alcolica o finta THC (ad.es. spezie verdi in una bustina di plastica)
- Carrello per le pulizie o detergenti chimici
- Decorazione floreale (stella di Natale, ciclamino o amaryllis)
- Stampare le istruzioni e le linee guida per il debriefing (destinate alla moderatrice o al moderatore)
-
-
-
-

Preparazione del locale (poco prima dello svolgimento):

- Esporre la descrizione del reparto nella sala da pranzo.
- Apparecchiare la tavola per 6-7 persone. Distribuire le schede dei pazienti A, B, C, D, E, F, G, H sui piatti coperti. Nota bene: i pazienti A e B devono sedere di fronte o l'uno accanto all'altro. La registrazione audio 17 deve essere posizionata vicino alla scheda paziente D.
- Posizionare utensili da cucina pericolosi (ad.es. coltelli) nella sala da pranzo (ad.es. sullo scaffale in cucina).
- Inscenare un gioco di società (ad.es. carte da Jass) per 2-4 persone in un angolo della sala o a lato del tavolo; posizionarvi accanto la registrazione audio 3.
- Nascondere la bottiglia di bevanda alcolica o la finta THC all'interno della sala da pranzo (ad.es. nel vaso di una pianta, in un mobile in cucina).

- Compilare l'avviso del servizio tecnico e applicarlo sul pulsante d'emergenza.
- Posizionare il carrello per le pulizie o i detergenti chimici nella zona cucina/mensa.
- Collocare il menù settimanale ben in vista nella sala da pranzo.
- Posizionare il promemoria del menù ben in vista nel cestino dei rifiuti.
- Predisporre una decorazione floreale nella sala da pranzo.
-
-
-
-

Errori e rischi simulati

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
1.	Comportamento del/la paziente: autolesionismo/suicidio	Posate, bicchieri e/o coltelli da cucina sono alla portata di tutti i pazienti. Rischio di comportamento pericoloso per sé e/o per gli altri e/o di tentativi di suicidio.	Apparecchiare la tavola della mensa con posate e bicchieri. Posizionare un coltello da cucina, ad.es. su uno scaffale o sul carrello del cibo.
2.	Comportamento del/la paziente: aggressività	La registrazione audio indica che un paziente reagisce male dopo aver perso a un gioco da tavolo, scatenando un litigio verbale. Rischio di escalation della violenza.	Allestire una partita a un gioco di società con i giocatori: pazienti B, C, D, E (scheda dei pazienti, allegato 18). Accanto è collocata la registrazione audio (allegato 3).
3.	Comportamento del/la paziente: abuso di farmaci/sostanze	THC e/o alcol nascosti comportano i seguenti rischi: (A) interruzione dell'astinenza durante la terapia di disintossicazione, (B) danni fisici e psichici dovuti al consumo di sostanze, (C) stimolo per altri pazienti a fare uso di sostanze dovuto alla presenza di THC e alcol nel reparto.	Nascondere una bottiglia di bevanda alcolica o finta THC (ad. es. spezie verdi in una bustina di plastica) in un vaso di fiori, tra i cuscini del divano o in un altro punto della sala da pranzo.
4.	Comportamento del/la paziente: abuso di farmaci/sostanze	Il paziente A con un problema di dipendenza (può uscire solo accompagnato) è seduto al tavolo accanto al paziente B, anch'egli con un problema di dipendenza (può uscire senza essere accompagnato). Pericolo che i pazienti si inducano reciprocamente a consumare sostanze.	Posizionare le schede dei pazienti A e B (allegato 18) sul tavolo della sala da pranzo, una accanto o di fronte all'altra.
5.	Comportamento del/la paziente: compulsione, autolesionismo	La paziente F con schizofrenia cronica beve 1 litro d'acqua in 15 minuti. Rischio di iperidratazione ipotonica.	Posizionare la scheda paziente F (allegato 18) sul tavolo della sala da pranzo.
6.	Comportamento: violazione della protezione dei dati	Il promemoria del menu di un paziente è stato gettato nel cestino dei rifiuti. Rischio di violazione della protezione dei dati.	Posizionare il promemoria del menu (allegato 21) ben in vista nel contenitore dei rifiuti generici della sala da pranzo.
7.	Infrastruttura: sistema di emergenza difettoso	Il pulsante d'emergenza nella sala da pranzo non funziona. Rischio di pericolo in situazioni di emergenza.	Applicare l'avviso del servizio tecnico/del custode (allegato 19) sul pulsante d'emergenza.

8.	Infrastruttura: decorazione floreale pericolosa	La decorazione floreale rappresenta un potenziale rischio, poiché l'ingestione di parti della stella di Natale può causare sintomi gastrointestinali.	Disporre i fiori nella sala.
9.	Farmacoterapia: effetti indesiderati del farmaco	La paziente si inietta NovoRapid 30 minuti prima del pranzo, ma poi non mangia. Pericolo di ipoglicemia.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Situazione attuale</i> nella descrizione del reparto e sulla scheda paziente H (allegato 18).
10.	Farmacoterapia: effetti indesiderati del farmaco	Il paziente D si strozza più volte durante i pasti e tossisce. Il paziente assume i farmaci Keppra e Urbanyl. Rischio di disfagia come effetto collaterale. I farmaci ad azione centrale, come gli antiepilettici, gli anticolinergici, gli antidepressivi e i sedativi, possono causare disfagia e aggravare deficit di deglutizione già esistenti.	Posizionare la registrazione audio accanto al piatto del paziente D, sulla cui scheda (allegato 17) è indicato che assume Keppra e Urbanyl.
11.	Incidenti con del/la paziente: intossicazione da sostanze chimiche o di altro tipo	Il carrello per le pulizie o i detergenti chimici sono accessibili a tutti nella sala da pranzo. Rischio di intossicazione da sostanze chimiche o di altro tipo.	Posizionare il carrello per le pulizie nella sala da pranzo o collocare i flaconi di detergente ad.es. sullo scaffale o nel mobile in cucina.
12.	Gestione delle risorse: disponibilità/adequatezza del personale	L'operatrice sociosanitaria al primo anno di formazione sorveglia da sola sala pranzo. Non è qualificata per gestire casi di emergenza o escalation di comportamenti violenti.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Situazione attuale</i> nella descrizione del reparto.
13.	Alimentazione: alimentazione scorretta	La paziente C è allergica ai pomodori. Il menù del giorno con carne comprende spaghetti al pomodoro. Rischio di una reazione allergica.	Sul tavolo nella sala da pranzo, posizionare la scheda paziente C (allegato 18) sul suo piatto. Appendere il menù settimanale (allegato 20) nella sala.
14.	Procedure quotidiane: rischio di scambio di pazienti	Due pazienti hanno un nome quasi identico: Beretta, Simone e Beretta, Simona. Rischio di scambiare i pazienti.	Posizionare le schede dei pazienti B e C (allegato 18) sulla tavola apparecchiata.



Materiale

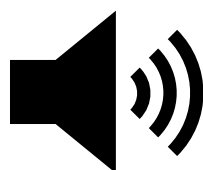
🔊) **Allegato 3: Registrazione audio, gioco di società**

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

🔊) **Allegato 17: Registrazione audio, pazienti che pranzano**

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

Il seguente cartello informativo può essere posizionato accanto al lettore come indicazione:



**Registrazione audio
disponibile –
si prega di ascoltarla.**



Allegato 18: Schede dei pazienti A, B, C, D, E, F, G, H

Paziente A

Nome: Probst, Alfonso
Data di nascita: 04.04.1950
Uscite dal reparto: Solo sotto sorveglianza
Diagnosi: F11.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi, terapia con metadone
Farmaci a mezzogiorno: Paracetamolo 500 mg, lorazepam 1 mg
Comportamento: Forte craving
Menù/allergie: Carne/nessuna allergia

Paziente B

Nome: Beretta, Simone
Data di nascita: 07.08.1989
Uscite dal reparto: Non accompagnato
Diagnosi: F12.2 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi, ora esclusivamente psicoterapia
Farmaci a mezzogiorno: –
Comportamento: Normale
Menù/allergie: Vegetariano/nessuna allergia



Paziente C

Nome: Beretta, Simona
Data di nascita: 12.11.1979
Uscite dal reparto: Non accompagnata
Diagnosi: F32.2 Episodio depressivo grave, tentato suicidio (2 settimane fa), terapia con venlafaxina
Farmaci a mezzogiorno: –
Comportamento: Calo di stimoli e di attenzione
Menù/allergie: Carne/allergia ai pomodori

Paziente D

Nome: Da Silva, Albert
Data di nascita: 06.08.1970
Uscite dal reparto: Non accompagnato
Diagnosi: Epilessia, F32.1 episodio depressivo di media gravità, in terapia con levetiracetam e clobazam
Farmaci a mezzogiorno: –
Comportamento: Calo di stimoli
Menù/allergie: Carne/nessuna allergia

Paziente E

Nome: Abbasi, Maya
Data di nascita: 05.10.1987
Uscite dal reparto: Non accompagnato
Diagnosi: F31.0 Disturbo affettivo bipolare in terapia con litio
Farmaci a mezzogiorno: –
Comportamento: Maniacale, autolesionista
Menù/allergie: Carne/nessuna allergia



Paziente F

Nome: Moser, Carola
Data di nascita: 18.03.1983
Uscite dal reparto: Accompagnata
Diagnosi: F20.0 Schizofrenia cronica in terapia con quetiapina
Farmaci a mezzogiorno: Temesta 1 mg
Comportamento: Ha bevuto 1 litro d'acqua in 15 minuti
Menù/allergie: Carne/allergia alla pera

Paziente G

Nome: Lepori, Giona
Data di nascita: 26.07.1990
Uscite dal reparto: Non accompagnato
Diagnosi: F60.31 Tipo borderline, Aripiprazolo contro gli attacchi di rabbia
Farmaci a mezzogiorno: –
Comportamento: Disturbi del controllo degli impulsi, comportamento autolesionista
Menù/allergie: Carne/nessuna allergia

Paziente H

Nome: Tettamanti, Anna
Data di nascita: 14.03.1973
Uscite dal reparto: Non accompagnato
Diagnosi: F32.2 Episodio depressivo grave, diabete mellito di tipo 1, in terapia con fluoxetina e insulina sostitutiva
Farmaci a mezzogiorno: Iniezione sottocutanea di NovoRapid alle 11.30
Comportamento: Ha mal di testa e pranza più tardi
Menù/allergie: Carne/nessuna allergia



Il pulsante d'emergenza non funziona

**(Il personale di servizio è stato
informato il _____)**



Allegato 20: Menù

MENÙ SETTIMANALE		
	Menù di carne	Menù vegetariano 
Lunedì	Polpette con salsa d'arrosto, purè di patate e contorno di carote e piselli	Torta agli asparagi con panna acida e contorno di carote e piselli
Martedì	Petto di pollo grigliato, risotto all'aglio orsino e cavolfiore	Risotto all'aglio orsino, cavolfiore e scaglie di parmigiano
Mercoledì	Piccata di lonza di maiale, spaghetti al pomodoro e zucchine	Piccata di cicoria, spaghetti al pomodoro e zucchine
Giovedì	Spezzatino di tacchino con curry rosso, riso Jasmine e wok di verdure	Ceci con curry rosso, riso Jasmine e wok di verdure
Venerdì	Filetto di salmerino con patate lesse e salsa allo zafferano	Gratin di patate Dauphinois con ratatouille
Sabato	Lasagne al forno	Lasagne alle verdure
Domenica	Stinco di vitello in gremolada con riso allo zafferano e zucchine alle erbe	Cordon bleu di zucchine e formaggio, crema di cavolo rapa e pomodori alla griglia

Allegato 21: Promemoria del menù

Reparto di psichiatria acuta per adulti	Pranzo
Nome: Vogel, Günter	900000000480
Dieta normale	
A	1 Piccata di cicoria, spaghetti al pomodoro e zucchine



3.3 Implementazione per il reparto di psichiatria geriatrica

3.3.1 Camera del/la paziente: caso signor Huber

Scheda

Cognome: Huber

Nome: Teo

Data di nascita: 26.09.1962

Consenso alla rianimazione:

Uscite dal reparto: accompagnato/con familiari

Valutazione del rischio di suicidio: rischio basso

Pericolosità per altri: rischio basso

Status giuridico: ricovero volontario

CAVE: nessuna nota

Diagnosi

- F10.4 Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol: Sindrome da astinenza
- F03.9G V Sospetta evoluzione demenziale
- K74.2 Cirrosi epatica non specificata
- F91 Disturbi del comportamento sociale
- F20.0 Schizofrenia paranoide
- I11 Cardiopatia ipertensiva
- N40.1 Iperplasia prostatica benigna con sintomi alle vie urinarie inferiori, catetere vescicale
- E11 Diabete mellito, tipo 2
- D50.9 Anemie da deficit di ferro non specificate

Situazione attuale

Il signor H. arriva in clinica in stato di abbandono; è stato trovato in città dalla polizia, bagnato di urina e sporco di feci. È disorientato a livello temporale e situazionale. Il signor H. dice di aver perso 6 kg negli ultimi tre mesi e di essersene accorto perché i pantaloni erano diventati troppo larghi. L'ultimo ricovero stazionario risale a marzo 2024.

Referto psicopatologico

Aspetto esteriore: gravemente trascurato. Gli abiti sono sudici e maleodoranti. Il paziente ha i capelli unti, la barba incolta e sporco sotto le unghie.

Coscienza e orientamento: durante la visita il signor H. presentava un'alterazione dello stato di coscienza, ovvero un restringimento della coscienza, ed era disorientato a livello temporale e situazionale. È presente un delirio paranoide, e non si possono escludere del tutto allucinazioni uditive e visive.

Pensiero: sono stati rilevati i seguenti disturbi dell'attenzione e della memoria: concentrazione, memoria a breve e lungo termine, capacità di comprensione. Alterazioni del pensiero formale, caratterizzato da rallentamenti, prolissità e perseverazione.



Affettività: disturbi dell'affettività con umore depresso, agitazione interiore e odio di sé. Si osservano ritiro sociale, trascuratezza dell'igiene personale e riduzione della motivazione.

Comprensione e motivazione della malattia: nessuna comprensione della malattia.

Contesto sociale: il signor H. è divorziato e non ha contatti con i suoi due figli. È disoccupato e percepisce una rendita completa. Vive in un appartamento di 1,5 locali nei pressi della stazione. L'appartamento è in stato di abbandono. Fino a poche settimane fa, il paziente si recava due volte alla settimana nella clinica psichiatrica diurna.

Procedura

- » Stabilizzazione delle condizioni generali, compresa l'astinenza da alcol
- » Individuare una soluzione adeguata per il periodo successivo alla degenza stazionaria

Farmaci

Farmaci fissi:	Mattino	Mezzogiorno	Sera	Notte
Alfuzosin-Mepha retard cpr 10 mg p.o.	1	0	0	0
Clopin eco cpr 100 mg p.o.	0	0	1	0
Becozym forte Drg p.o.	1	0	0	0
Vitamina B1 Streuli cpr 300 mg p.o.	1	0	0	0
Metformina cpr 1000 mg p.o.	1	1	1	0
Pantoprazolo cpr 20 mg p.o., ore 07.00	1	0	0	0
Perindopril – Amlodipina cpr 10 mg/10 mg p.o., ore 07.00	1	0	0	0
Drink Resource Protein p.o., 200 ml	1	0	1	0

Farmaci in riserva

Astinenza/agitazione	Temesta (Lorazepam) 2.5 mg cpr orosolubili p.o., max. 4 x/24 ore
Idee deliranti	Haldol gocce mg/ml p.o., 10 gtt max. 3 x/24 ore

Prescrizioni per gli infermieri

Pressione (mmHg)/polso	1 x/giorno
Temperatura (°C)	1 x/giorno
Glicemia	1 x/giorno
Peso (kg)	1 x/settimana
Dieta	Alimentazione compatibile con diabete
Mobilità	Si sposta con un deambulatore
Catetere	Cambio 1 x/mese in ospedale



Grafico di cura

Parametri	Giorno 5		Giorno 6	
	Mattino	Sera	Mattino	Sera
Altezza (cm)				
Peso (kg)	53			
BMI (kg/m ²)				
Temperatura (°C)	36.8		36.4	
Pressione (mmHg)	168/92		158/95	
Polso	94	93	94	
Evacuazione		Sì		Sì
Glicemia (mmol/l)		11.8		
Catetere vescicale (ml)		1200		Finora 3500

Diagnosi infermieristiche

	Diagnosi	Fattori di rischio/ fattori influenzanti	Obiettivo	Misure
1	Processi di pensiero alterati	Abuso cronico di alcol, disturbo psichico	Il signor H. mostra cambiamenti nel suo stile di vita. Il signor H. riconosce l'influsso dell'alcol sulla sua capacità cognitive	Elaborare una routine giornaliera con il signor H. Astinenza totale dall'alcol Educazione sulla gestione dei sintomi da astinenza
2	Deficit di autosufficienza nell'igiene personale	Disturbo psichico	Il signor H. si prende cura della propria igiene e del proprio aspetto in base alle sue risorse	Concordare un orario per l'igiene personale al mattino Fornire supporto verbale durante la cura del corpo e guidare i movimenti se necessario
3	Denutrizione	Perdita di peso consistente e non intenzionale, BMI 15,8	Stabilizzazione del peso, aumento di peso nel corso della degenza	Ordinare spuntini extra Motivare il signor H. a mangiare Tenere un registro alimentare



Decorso infermieristico

Data	Ora	Tema	Decorso infermieristico
Giorno 5	09.00	Cura del corpo	Il signor H. riferisce di aver passato una notte abbastanza buona. Igiene personale eseguita con supporto; il signor H. voleva lavare solo il viso e le parti intime.
	13.00	Resoconto del turno di mattina	Il signor H. appare calmo e trascorre gran parte del tempo in camera. Urine nella norma, ha urinato 650 ml.
	18.25	Comportamento	Il signor H. trascorre la serata nel reparto acuto, principalmente in camera. Chiama se ha bisogno. Ben gestibile.
Giorno 6	06.15	Resoconto del turno di notte	Il signor H. era ancora sveglio durante il primo giro di controllo, riferisce di non aver bisogno di nulla. Più tardi nella notte gli è stato somministrato 2,5 mg di Temesta, poiché era molto agitato ed entrava ripetutamente nelle altre camere.
	08.00	Cura del corpo	Il signor H. rifiuta la cura del corpo, vuole rimandarla a più tardi. Svuotato il sacchetto delle urine (1000 ml). Su richiesta gli viene portata una bottiglia d'acqua grande. Il signor H. dice all'operatrice sociosanitaria in formazione che la trova molto carina e che vorrebbe sposarla.
	10.00	Comportamento	L'operatrice sociosanitaria in formazione cambia le lenzuola. Il paziente appare teso e cammina su e giù per la camera; gli viene somministrato un farmaco in riserva. Dice di non aver bisogno di altro.
	15.30	Comportamento	Nel pomeriggio, il signor H. era assillante e disorientato. Voleva continuamente andare nella camera di un altro paziente. Successivamente, ha ricevuto la visita della madre. Dopo la visita, il signor H. è apparso molto più calmo. Il paziente ha riferito di avere la nausea, per cui non ha pranzato. Svuotato il sacchetto delle urine (1550 ml).
	17.30	Comportamento	Il signor H. desidera cenare in camera. L'operatrice sociosanitaria in formazione gli porta la cena in camera e, su richiesta del paziente, due bottiglie d'acqua grandi. Il paziente è disorientato e dice di volerla sposare, le accarezza il braccio.
	19.00	Cura del corpo	Il signor H. dice di voler effettuare più tardi la toilette serale, perché in quel si sente ancora sveglio. Svuotato il sacchetto delle urine (950 ml).

Indicazioni per la realizzazione e il materiale

Luogo: la stanza degli errori si svolge nella camera di un paziente del reparto di psichiatria geriatrica.

Preparazione del materiale (in precedenza):

- Caso clinico: camera del paziente di un reparto di psichiatria geriatrica (stampare il modello allegato in base al numero delle persone partecipanti, le schede restano nel locale)
- Riportare sul bicchiere per farmaci e sul relativo coperchio il nome *Signor T. Huber*, riempire il bicchiere con 5 ml di liquido (ad.es. acqua)
- Stampare il diario alimentare (allegato 22)
- Stampare i valori di laboratorio (allegato 23)
- Sacchetto del catetere, liquido per simulare l'urina (ad.es. camomilla), supporto per fissare il catetere
- Stampare le istruzioni e le linee guida per il debriefing (destinate alla moderatrice o al moderatore)
-
-
-
-
-
-
-

Preparazione del locale (poco prima dello svolgimento):

- Inserire i valori di laboratorio nella cartella clinica del paziente.
- Inserire il diario alimentare nella cartella clinica del paziente
- Posizionare il caso clinico nella camera del paziente
- Posizionare il bicchiere per farmaci con coperchio etichettato e farmaci sul comodino
- Posizionare il catetere al di sopra del livello della vescica
-
-
-
-
-
-

Errori e rischi simulati

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
1.	Farmacoterapia: dosaggio errato	Anziché Haldol gocce 10 mg, come da prescrizione, è stato somministrato un dosaggio di 10 ml. Rischio di sovradosaggio.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Farmaci</i> nella cartella clinica della persona assistita e nel bicchiere per farmaci presente sul comodino.
2.	Processi clinici: non attuati nonostante l'indicazione	Il paziente con diabete mellito lamenta nausea, ha una forte sete e poliuria. Il valore della glicemia al giorno 5 era elevato, ma non sono state adottate misure né effettuati controlli successivi. Assenza di misurazione della glicemia documentata il giorno 6. Rischio di scompenso iperglicemico con possibili complicanze. Coma diabetico con possibili complicazioni successive.	L'errore può essere individuato alle voci <i>Decorso infermieristico</i> (sintomi) e <i>Grafico di cura</i> (valori mancanti della glicemia) nella cartella clinica della persona assistita.
3.	Farmacoterapia: controindicazione	Il paziente presenta delirio dovuto ad abuso di alcol e cirrosi epatica. Ciò nonostante, gli viene prescritto metformina. Rischio di acidosi lattica.	L'errore può essere individuato alle voci <i>Diagnosi</i> e <i>Farmaci</i> nella cartella clinica della persona assistita.
4.	Processi clinici: esami di laboratorio mancanti	Al paziente è stato prescritto il farmaco Clopin. Nonostante una situazione stabile da oltre 12 mesi, permane la necessità di eseguire un controllo di laboratorio almeno una volta al mese. Rischio di agranulocitosi.	L'errore può essere individuato alle voci <i>Farmaci</i> e <i>Valori di laboratorio</i> (allegato 23) nella cartella clinica della persona assistita.
5.	Comportamento del/ la paziente: eccessiva confidenzialità	Il paziente esprime più volte all'operatrice sociosanitaria in formazione il desiderio di sposarla e le accarezza il braccio. Rischio: eccessiva confidenzialità e superamento dei limiti nei confronti del personale	L'errore può essere individuato alla voce <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita.

6.	Organizzazione: assegnazione dei compiti non adeguata	L'operatrice sociosanitaria in formazione si ritrova in una situazione di mancanza di distanza da parte del paziente. Rischio: esposizione di una persona non adeguatamente formata a una situazione potenzialmente problematica.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita.
7.	Processo clinico: posizionamento non adeguato del sacchetto dell'urina	Il sacchetto dell'urina posizionato al di sopra del livello della vescica comporta un rischio di A) reflusso urinario e B) infezioni delle vie urinarie.	Posizionare un catetere vescicale con un liquido per simulare l'urina (ad.es. camomilla) al di sopra del livello della vescica, ad esempio su una sedia o un deambulatore.
8.	Processo clinico: trattamento non adeguato	I valori di laboratorio indicano la presenza di un'infezione delle vie urinarie, ma non sono state adottate misure terapeutiche. Rischio: mancanza di trattamento adeguato e possibile aggravamento dell'infezione.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Valori di laboratorio</i> (allegato 23) nella cartella clinica della persona assistita.
9.	Documentazione: indicazioni errate nel diario dei pasti	Il paziente riferisce di non aver pranzato a causa della nausea, mentre nel diario alimentare è documentata l'assunzione di una intera porzione completa. Rischio: gestione non adeguato della nutrizione.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Decorso infermieristico</i> nella cartella clinica della persona assistita e nel diario alimentare (allegato 22).
10.	Documentazione: valutazione mancante	Il paziente è stato ricoverato, tra le altre cose, a causa di un'astinenza da alcol. Tuttavia, nella documentazione non è presente alcuna valutazione dell'astinenza d'alcol. Non è chiaro se la terapia di riserva per l'astinenza sia sufficiente o se sarebbe indicata una terapia fissa. Rischio di trattamento inadeguato.	L'errore si può individuare alla voce <i>Farmaci</i> della cartella clinica della persona assistita.

Errori e rischi supplementari

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
a.	Incidenti del/la paziente: rischio di caduta	I deambulatore è presente in camera senza freni attivati.	Deambulatore non bloccato.
b.	Documentazione: prescrizioni incomplete	Consenso alla rianimazione non rilevato.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Scheda</i> nella cartella clinica della persona assistita.
c.	Comportamento del/la paziente: abuso di farmaci/sostanze	Nella camera del paziente con delirio dovuto ad abuso di alcol e cirrosi epatica sono presenti bevande alcoliche. Rischio di mancato rispetto dell'astinenza da alcol e di influenza negativa sul trattamento.	Nascondere nella camera del paziente una bottiglia vuota di bevanda alcolica/una fiaschetta tascabile vuota.
d.	Procedure quotidiane: controllo all'ingresso eseguito in modo non adeguato	L'alcol non è stato rilevato all'ingresso, indicando la mancanza di controlli sufficienti.	Nascondere nella camera del paziente una bottiglia vuota di bevanda alcolica/una fiaschetta tascabile vuota.
e.	Procedure quotidiane: eseguite in modo non adeguato	Il paziente non può usare il campanello di chiamata in caso di necessità.	Il campanello non è installato correttamente (ad.es. è scollegato).
f.	Comportamento del/la paziente: segni di trascuratezza	La presenza di assorbenti per incontinenza usati nella camera del paziente segnala un rischio di indicare rischio di trascuratezza e scarsa igiene personale.	Posizionare in camera/in bagno assorbenti per incontinenza sporchi (ad.es. gessetti marroni).
g.	Alimentazione: alimentazione non adeguata	Nel cestino della stanza del paziente affetto da diabete mellito, si trovano confezioni vuote di cioccolato o Läckkerli di Basilea. Rischio di iperglicemia.	Mettere più confezioni vuote di cioccolato/Läckkerli di Basilea nel cestino della stanza.
h.	Alimentazione: alimentazione non adeguata	Nel cestino della stanza del paziente con abuso di alcol si trova una confezione vuota di Läckkerli di Basilea. Rischio di consumo di alcol occulto/non intenzionale (kirsch).	Mettere una confezione vuota di Läckkerli di Basilea nel cestino dei rifiuti nella camera del paziente.



Materiale

Allegato 22: Diario alimentare

Dati del paziente

Cognome: Huber

Nome: Teo

Data di nascita: 26.09.1962

Data	Pasto	(Quasi) nulla	Poco	Metà	Quasi tutto	Tutto	Visto
Giorno 5	Colazione						
	Pranzo						
	Cena			X			L.O.
	Altro						
Giorno 6	Colazione			X			A.G.
	Pranzo					X	A.G.
	Cena				X		L.O.
	Altro						
	Colazione						
	Pranzo						
	Cena						
	Altro						
	Colazione						
	Pranzo						
	Cena						
	Altro						



Allegato 23: Valori di laboratorio

Paz.: Huber Teo			Nato il: 26.09.1962, M						
Richiesta: 27344									
Referto cumulativo									
Numero ordine			10072412	10072424					
Data del prelievo			15.03.2024	Giorno 2					
Ora del prelievo			07.00	06.11					
Data			15 mar	Giorno 2					
Ora			14.27	13.01					
Archivio D3									
* Referto esterno *				[d3]					
Reparto di rif.		Unità							
Ematologia									
Leucociti [ZLM]	4.0-10.0	G/l	5.0						
Eritrociti [ZLM]	4.6-6.4	T/l	3.7↓	4.4↓					
Emoglobina [ZLM]	140-180	g/l	126↓	136↓					
Ematocrito [ZLM]	0.40-0.54	l/l	0.37↓	0.40					
MCV [ZLM]	80-95	fl	101↑	92					
MCH [ZLM]	27-31	pg	34↑	31					
MCHC [ZLM]	310-360	g/l	338	339					
Trombociti [ZLM]	150-300	G/l	106↓	217					
Neutrofili % [ZLM]	25.0-78.0	%	81.3↑						
Eosinofili [ZLM]	<8.0	%	0.0						
Basofili [ZLM]	<2.0	%	0.9						
Linfociti [ZLM]	20.0-52.0	%	5.8↓						
Monociti [ZLM]	2.0-12.0	%	12.0						
Chimica clinica									
TSH [ZLM]	0.25-4.00	mIU/l	9.33↑	1.38					
Sodio [ZLM]	136-145	mmol/l	140						
Potassio [ZLM]	3.5-5.1	mmol/l	3.5						
Calcio totale [ZLM]	2.00-2.60	mmol/l	2.13	2.48					
Albumina [ZLM]	34-48	g/l	34.5	43.7					
Glucosio [ZLM]	3.9-5.6	mmol/l	8.2↑						
Creatinina [ZLM]	<115	μmol/l	72						
GFR (CKD-EPI)	>60	ml/min/1.73m ²	>90						



GGT [ZLM]	<65	U/l	269↑	103↑					
ALT (GPT) [ZLM]	<55	U/l	73↑						
Creatininasasi [ZLM]	<170	U/l	92	78					
PCR (siero) [ZLM]	<8	mg/l	40↑	9↑					

Stato urine

Raccolta delle urine [ZLM]			MST						
Peso specifico [ZLM]	1.010-1.030	kg / l	1.020						
pH [ZLM]	5-8		7.6						
Leucociti per uL [ZLM]			pos.						
Nitriti [ZLM]			pos.						
Proteine g/l [ZLM]			pos.						
Glucosio g/l [ZLM]			(+)						
Corpi chetonici [ZLM]			(-)						
Urobilinogeno mg/dl [ZLM]			3+						
Bilirubina i.u. [ZLM]			neg.						
Emoglobina ery/ul [ZLM]			neg.						

Droghe

Oppiacei [ZLM]			neg.						
Cocaina [ZLM]			neg.						
Cannabis [ZLM]			neg.						
Benzodiazepine [ZLM]			pos.*						
Anfetamina [ZLM]			neg.						
Creatinina [ZLM]	>10	mg/dl	135						



3.3.2 Locale comune: sala da pranzo

Descrizione generale del reparto

Ci troviamo in un reparto di psichiatria geriatrica che dispone di max. 25 posti letto, con camere singole e doppie. Il reparto è a porte chiuse.

Numero di pazienti, sesso/genere, età	22 pazienti ricoverati (13 donne e 9 uomini). La fascia di età va dai 59 agli 87 anni.
Diagnosi	Di queste 22 persone: <ul style="list-style-type: none">» 2 soffrono di disturbi psichici comportamentali dovuti all'uso di sedativi, ipnotici o alcol: sindrome da dipendenza;» 5 sono affette da schizofrenia paranoide, schizofrenia catatonica o disturbi schizoaffettivi;» 4 soffrono di episodi depressivi gravi e sintomi psicotici;» 2 presentano un disturbo depressivo recidivante;» 2 presentano un disturbo affettivo organico;» 3 presentano un disturbo affettivo bipolare;» 2 hanno un disturbo di personalità emotivamente instabile: tipo impulsivo;» 2 sono affette di demenza dovuta alla malattia di Alzheimer.
Equipe del servizio diurno	Oggi prestano servizio le seguenti persone: <ul style="list-style-type: none">» un'infermiera vice caporeparto SSS» due infermieri SSS» due operatori/trici sociosanitari/e» un'operatrice sociosanitaria in formazione

Situazione attuale

Vi trovate nella sala da pranzo del reparto. Sono circa le 10.30 e dopo la colazione ci sono ancora sei pazienti nel locale. Un'operatrice sociosanitaria in formazione si occupa della loro sorveglianza.

Attività in corso

- » 4 pazienti siedono al tavolo e non hanno ancora finito di fare colazione.
- » Un paziente legge il giornale al tavolo.
- » Una paziente ha finito di mangiare e beve il caffè.
- » Un'operatrice sociosanitaria in formazione sparcchia la tavola della colazione e pulisce un posto che si è liberato.
- » Un ergoterapista in formazione viene a prendere la paziente che sta ancora bevendo il caffè. Questa mattina la paziente è stata informata che l'appuntamento per la terapia è alle 10.30 (come ogni giorno). Ciò nonostante, si oppone, dice che ha mal di schiena e che non può lavorare; inizia a usare un linguaggio aggressivo e litiga con un'altra paziente.

Indicazioni per la realizzazione e il materiale

Luogo: la stanza degli errori si svolge nella sala da pranzo di un reparto di psichiatria geriatrica.

Preparazione del materiale (in precedenza):

- Descrizione del reparto: sala da pranzo di un reparto di psichiatria geriatrica (stampare il modello allegato in base al numero delle persone partecipanti, le schede restano nel locale)
- Stampare l'avviso del servizio tecnico (allegato 26)
- Stampare il promemoria del menù (allegato 27)
- Stampare le schede dei pazienti A, B, C, D, E, F (allegato 25)
- Predisporre il deambulatore
- Predisporre 6-7 set di stoviglie (piatti, coltelli, forchette, cucchiari e bicchieri), coltello del pane
- Predisporre il giornale
- Scaricare le registrazioni audio (allegato 24), predisporre lettore, tablet o smartphone
- Predisporre una bottiglia di bevanda alcolica o finti farmaci (ad.es. Tic tac)
- Predisporre un carrello per le pulizie o detergenti chimici
- Preparare un sacchetto per catetere vescicale, un liquido per simulare l'urina (ad.es. camomilla) e un supporto per fissare il sacchetto al deambulatore
- Predisporre una confezione di yogurt alla fragola
- Predisporre una decorazione floreale (stella di Natale, ciclamino o amaryllis)
- Predisporre un bicchiere di vetro
- Preparare un vassoio dei farmaci e 6 dispenser di farmaci con i nomi riportati sulle schede dei pazienti e inserire i vari farmaci, preparare Movicol per il signor Yilmaz, Mehmet.
- Stampare le istruzioni e le linee guida per il debriefing (destinate alla moderatrice o al moderatore)
-
-
-

Preparazione del locale (poco prima dello svolgimento):

- Esporre la descrizione del reparto nella sala da pranzo.
- Apparecchiare la tavola per 6 persone con piatti, coltelli, forchette, cucchiari, bicchieri ecc.; distribuire le schede dei pazienti A, B, C, D, E, F sui posti preparati; fare in modo che la scheda del paziente A sia posizionata al margine del tavolo vicino a un deambulatore non bloccato.
- Compilare l'avviso del servizio tecnico e applicarlo sul pulsante d'emergenza.

- Posizionare il promemoria del menù ben in vista nel cestino dei rifiuti.
- Posizionare utensili da cucina pericolosi (ad.es. coltello del pane) nella sala da pranzo (ad.es. sullo scaffale in cucina).
- Posizionare la registrazione audio accanto ai pazienti D e B.
- Versare l'acqua sul pavimento e posizionarvi accanto un bicchiere.
- Nascondere la bottiglia di bevanda alcolica o un farmaco nel locale mensa (ad.es. nel vaso di una pianta, in un mobile in cucina).
- Appendere al deambulatore il sacchetto del catetere vescicale pieno di liquido (al di sopra del livello della vescica).
- Posizionare il carrello per le pulizie o i detergenti chimici nella zona cucina/mensa.
- Posizionare il vassoio dei farmaci con i dispenser sul tavolo della mensa, in modo che siano alla portata di tutti.
- Predisporre una decorazione floreale nella sala da pranzo.
-
-
-

Errori e rischi simulati

	Tipologia di errore/ rischio secondo la classificazione OMS	Descrizione	Simulazione
1.	Procedure quotidiane: rischio di un comportamento autolesivo/suicidario/pericoloso per terzi	Posate, bicchieri e/o coltelli da cucina sono accessibili a tutti/e i/le pazienti. Rischio di un comportamento autolesionista, suicida e/o pericoloso per gli altri.	Apparecchiare la tavola della mensa con posate e bicchieri. Posizionare anche un coltello del pane, ad.es. sullo scaffale in cucina.
2.	Incidenti del/la paziente: rischio di caduta	Accanto al tavolo della mensa c'è un deambulatore non bloccato. Rischio di caduta.	Il deambulatore accanto al tavolo della mensa non è bloccato.
3.	Incidenti del/la paziente: rischio di caduta	Il pavimento è bagnato a causa di una bevanda rovesciata. Rischio di caduta.	Bicchiere sul pavimento con liquido versato.
4.	Comportamento del/la paziente: abuso di farmaci/sostanze	La presenza di droghe o farmaci nascosti comporta i seguenti rischi: (A) interruzione dell'astinenza durante la terapia di disintossicazione, (B) danni fisici e psichici dovuti al consumo di sostanze, (C) stimolo per altri pazienti a fare uso di sostanze dovuto alla presenza di alcol nel reparto.	Nascondere una bottiglia di bevanda alcolica o un farmaco in un vaso di fiori, nel mobile in cucina o in altri punti all'interno della sala da pranzo.
5.	Comportamento: violazione della protezione dei dati	Il promemoria del menu di un paziente è stato gettato nel cestino dei rifiuti. Rischio di violazione della protezione dei dati.	Posizionare il promemoria del menu (allegato 27) ben in vista nel contenitore dei rifiuti generici della sala da pranzo.
6.	Incidenti del/la paziente: intossicazione da sostanze chimiche o di altro tipo	Il carrello delle pulizie o i prodotti chimici per la pulizia sono accessibili a tutti i/tutte le pazienti. Rischio di intossicazione da sostanze chimiche o di altro tipo.	Posizionare il carrello per le pulizie in un angolo della sala pranzo o collocare i flaconi di detergente ad.es. sullo scaffale o nel mobile in cucina.
7.	Gestione delle risorse: adeguatezza del personale	Nella registrazione audio si sente un ergoterapista in formazione che viene a prendere una paziente per accompagnarla alla seduta di terapia. La paziente rifiuta la terapia e aggredisce verbalmente l'ergoterapista. Rischio di mettere sotto pressione un collaboratore in formazione.	Posizionare la registrazione audio (allegato 24) accanto alla scheda paziente D (allegato 25).

8.	Comportamento del/la paziente: aggressivo	La registrazione audio indica un conflitto verbale tra una paziente e un'altra paziente. Rischio di escalation della violenza.	Posizionare la registrazione audio (allegato 24) sul tavolo.
9.	Gestione delle risorse: disponibilità/adequazione del personale	L'operatrice sociosanitaria in formazione si occupa da sola della colazione nella sala da pranzo. Rischio di reazione non adeguata in caso di emergenza o escalation di comportamenti violenti.	L'errore può essere individuato alla voce <i>Situazione attuale</i> nella descrizione del reparto.
10.	Infrastruttura: sistema di emergenza difettoso	Il pulsante d'emergenza nella sala da pranzo non funziona. Rischio di pericolo in situazioni di emergenza.	Applicare l'avviso del servizio tecnico/custode (allegato 26) sul pulsante d'emergenza.
11.	Processo clinico: posizionamento non adeguato del sacchetto dell'urina	Il sacchetto dell'urina posizionato al di sopra del livello della vescica comporta un rischio di A) reflusso dell'urina e B) infezioni delle vie urinarie.	Appendere un sacchetto per catetere con un liquido per simulare l'urina (ad.es. camomilla) al deambulatore, al di sopra del livello della vescica.
12.	Alimentazione: alimentazione sbagliata	La paziente B riceve uno yogurt alla fragola nonostante abbia un'allergia nota alle fragole.	Posizionare la scheda paziente B (allegato 25) e uno yogurt alla fragola sulla tavola apparecchiata.
13.	Procedure quotidiane: rischio di scambio di pazienti	Due pazienti hanno lo stesso anno di nascita e lo stesso cognome. Rischio di scambiare i pazienti.	Posizionare le schede dei pazienti B e C (allegato 25) sulla tavola apparecchiata.
14.	Farmacoterapia: controindicazione	Al paziente E è stato prescritto Movicol per la stipsi, nonostante il suo ridotto apporto di liquidi. Rischio di farmacoterapia inadeguata a causa della scarsa assunzione di liquidi.	Posizionare la scheda paziente E (allegato 25) sulla tavola apparecchiata. Il Movicol è collocato sul vassoio dei farmaci presente sul tavolo.
15.	Comportamento del personale: gestione inadeguata dei farmaci	Il vassoio dei farmaci viene lasciato incustodito <i>per poco tempo</i> nella sala da pranzo. Rischio di A) assunzione, scambio o sottrazione di farmaci da parte di pazienti, B) violazione della protezione dei dati.	Posizionare il vassoio dei farmaci con i sei dispenser sul tavolo nella sala da pranzo, in modo che sia alla portata di tutti.
16.	Infrastruttura: decorazione floreale pericolosa	Le decorazioni floreali presenti nella stanza rappresentano un potenziale rischio di ingestione. Ad esempio, il consumo di stella di Natale può provocare sintomi gastrointestinali.	Disporre i fiori all'interno della sala da pranzo.

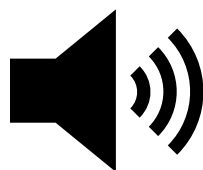


Materiale

Allegato 24: RegISTRAZIONI audio, ergoterapia

Download disponibile su <https://patientensicherheit.ch/it/stanza-degli-errori-psichiatria/>

Il seguente cartello informativo può essere posizionato accanto al lettore come indicazione:



**Registrazione audio
disponibile –
si prega di ascoltarla.**



Allegato 25: Schede dei pazienti A, B, C, D, E, F

Paziente A

Nome: Tambori, Rosalia
Data di nascita: 23.06.1952
Uscite dal reparto: Solo accompagnata
Diagnosi: F33.1: Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto; catetere a permanenza
Comportamento: Adeguato
Menù/allergie: Carne

Paziente B

Nome: Moretti, Maria
Data di nascita: 17.11.1943
Uscite dal reparto: Divieto di uscire
Diagnosi: F20.0: Schizofrenia paranoide
Comportamento: Adeguato
Menù/allergie: Carne/allergia alle fragole

Paziente C

Nome: Moretti, Rosa
Data di nascita: 04.02.1943
Uscite dal reparto: Solo accompagnata
Diagnosi: F00: Demenza nella malattia di Alzheimer
Comportamento: Altalenante
Menù/allergie: Vegetariano



Paziente D

Nome: Rossi, Ingrid
Data di nascita: 01.05.1964
Uscite dal reparto: Divieto di uscire
Diagnosi: F60.30: Disturbo di personalità emotivamente instabile: Tipo impulsivo
Comportamento: Altalenante
Menù/allergie: Carne

Paziente E

Nome: Yilmaz, Mehmet
Data di nascita: 26.07.1956
Uscite dal reparto: Solo accompagnato
Diagnosi: F33.1: Disturbo depressivo ricorrente, episodio di media gravità in atto
Comportamento: Beve molto poco, adeguato
Menù/allergie: Carne/allergia ai kiwi

Paziente F

Nome: Russo, Giuseppe
Data di nascita: 31.05.1959
Uscite dal reparto: Divieto di uscire
Diagnosi: F20.0: Schizofrenia paranoide
Comportamento: Adeguato
Menù/allergie: Vegetariano



Allegato 26: Avviso di guasto

Il pulsante d'emergenza non funziona

(Il personale di servizio è stato informato il _____)

Allegato 27: Promemoria del menù

Reparto di psichiatria acuta per adulti Nome: Vogel, Günter	Pranzo 900000000480
Dieta normale	
A	1 Piccata di cicoria, spaghetti al pomodoro e zucchini

4

Strumenti generali per l'implementazione

4 Strumenti generali per l'implementazione

4.1 Scheda delle soluzioni

(modello per la persona responsabile)

Reparto psichiatrico: <input type="checkbox"/> Psichiatria infantile e adolescenziale <input type="checkbox"/> Psichiatria acuta per adulti <input type="checkbox"/> Psichiatria geriatrica	Locale: <input type="checkbox"/> Camera del/la paziente <input type="checkbox"/> Sala infermieri/locale farmaci <input type="checkbox"/> Camera di sicurezza <input type="checkbox"/> Locale comune:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Caso clinico:

Errore/rischio	Descrizione

4.2 Istruzioni per le persone partecipanti

Lista di controllo per la persona responsabile: le seguenti informazioni dovrebbero essere fornite alle/ai partecipanti prima della ricerca degli errori nella stanza degli errori. (*Le informazioni in corsivo vanno fornite se pertinenti.*)

Istruzioni generali all'inizio dell'esercitazione (5-10 minuti)	
Di che cosa si tratta?	<ul style="list-style-type: none"> » Nel settore sanitario, ogni giorno si commettono errori o si rischia di commetterne. Le e i pazienti sono quindi esposti a diversi rischi. Questo vale anche per le strutture psichiatriche. Per garantire un'assistenza il più sicura possibile, questi errori e rischi devono essere evitati il più possibile o, almeno, individuati per tempo. » La stanza degli errori è un training basato sulla simulazione in cui il personale specializzato viene formato a riconoscere errori e rischi per la sicurezza dei e delle pazienti. Questo esercizio aiuta a migliorare la capacità di osservazione nell'ambiente di lavoro reale e ad aumentare la consapevolezza riguardo ai rischi concreti per la sicurezza.
Dove si svolge la stanza degli errori?	<ul style="list-style-type: none"> » Immaginate di trovarvi nella vostra routine quotidiana all'interno della struttura psichiatrica, mentre stanno accadendo diverse cose. All'improvviso, il tempo si ferma, come se qualcuno avesse premuto il tasto <i>Pausa</i>, e tutto rimane immobile. » La stanza degli errori si svolge nei seguenti ambienti della nostra struttura psichiatrica: ... In questi spazi sono stati nascosti sia errori reali che potenziali rischi.
Qual è il vostro compito?	<ul style="list-style-type: none"> » Dovete individuare tutti gli errori e i rischi per la sicurezza delle e dei pazienti. La maggior parte degli errori è legata a un caso clinico fittizio, mentre gli altri rischi si trovano nell'ambiente circostante. » La stanza degli errori è un'esercitazione interattiva, non un esame. » Per la ricerca degli errori avete a disposizione ... minuti per stanza. » Terminato il tempo, passerete al locale successivo. Il cambio stanza verrà annunciato. » Visiterete la stanza in gruppo. Siete liberi di decidere se e come organizzarvi. » In alcune stanze sono disponibili registrazioni audio per rendere lo scenario più realistico. Potete riprodurre queste registrazioni tutte le volte che desiderate. Le registrazioni sono indicate con un'icona a forma di altoparlante.
Materiale e documentazione	<ul style="list-style-type: none"> » Per la ricerca degli errori, ricevete una penna ed eventualmente un supporto per gli appunti (clipboard), oltre a una scheda per annotare gli errori. » Ognuno/a di voi annoterà gli errori individuati sulla propria scheda anonima. Per ogni stanza verrà compilata una scheda separata.
<i>In caso di più turni o gruppi</i>	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Per favore, non correggete gli errori. Lasciate tutto com'era oppure riportate il locale nelle condizioni in cui l'avete trovato.</i> » <i>Le colleghe e i colleghi che visiteranno la stanza degli errori dopo di voi dovrebbero poter cercare gli errori senza ricevere informazioni in anticipo. Per questo motivo, non rivelate loro quali errori sono nascosti.</i>
Debriefing	<ul style="list-style-type: none"> » Ci incontriamo ... (ora, luogo) per un debriefing, durante il quale discuteremo tutti gli errori e i rischi.

Breve orientamento in ogni stanza (1 minuto per stanza) (così si permette alle/ai partecipanti di orientarsi rapidamente e di avere più tempo per la ricerca degli errori)	
Dove si trova il caso del/la paziente?	» In questa area (indicare) si sviluppa il caso del/la paziente. È descritto nell'anamnesi (mostrare la scheda).
In quale altra parte della stanza si trovano errori e i rischi simulati?	» In questa area (indicare) sono stati inscenati altri elementi. Le altre zone non fanno parte della simulazione.

4.3 Scheda per la documentazione degli errori

Quali errori e rischi per la sicurezza delle/dei pazienti riesci a individuare in questa stanza?

Ti preghiamo di annotare tutto ciò che in questa stanza è errato o potenzialmente rischioso.

4.4 Linee guida per il debriefing

Parte 1: debriefing standard

In generale: concedete alle e ai partecipanti il tempo necessario per riflettere (mantenere il silenzio)

Inizio Obiettivo: rompere il ghiaccio, invitare all'autovalutazione 2 minuti	Moderazione: avviate un primo scambio di idee, ad esempio formulando la seguente domanda introduttiva: » Com'è andata l'esperienza nella stanza? Siete riusciti a individuare facilmente gli errori e i rischi nascosti?
Svolgimento Obiettivo: risoluzione degli errori 5-10 minuti per locale	Moderazione: esaminate insieme ai/alle partecipanti gli errori e i rischi nascosti nella stanza. Spiegate di volta in volta perché un elemento rappresenta un errore o un pericolo. » Quali errori e rischi avete trovato? Successivamente, mettete in evidenza gli errori e i rischi che non sono stati ancora menzionati e discutete le seguenti domande: » Quali errori o rischi sono stati individuati dalla maggioranza? » Quali errori o rischi <i>non</i> avete individuato?
Discussione Obiettivo: comprendere il punto di vista delle e dei partecipanti 5 minuti	Moderazione: ponete domande per capire perché alcuni errori e rischi sono stati individuati mentre altri no. Ci sono, ad esempio, dubbi sul motivo per cui qualcosa è considerato un errore o su come possa rappresentare un rischio per la sicurezza dei pazienti? Oppure alcune aree nella stanza non sono state esaminate? Ecco alcune domande che possono guidare la discussione: » Vi sorprende che alcuni errori o rischi non sono stati trovati? Perché? » Secondo voi, perché questi errori o rischi sono rimasti inosservati?
Conclusione Obiettivo: formulare un messaggio chiave da applicare nel lavoro quotidiano 3 minuti	Moderazione: collegate l'esperienza vissuta nella stanza alla realtà quotidiana. » Qual è l'insegnamento principale che portate con voi da questa esperienza nella stanza degli errori per la vostra attività quotidiana (indicate un aspetto)?

Parte 2: opzioni aggiuntive per ampliare il debriefing

<p>Opzione di approfondimento 1</p> <p>Obiettivo: rafforzare la consapevolezza nella quotidianità riguardo ai possibili errori e rischi</p>	<p>Moderazione: incoraggiate una discussione sulla rilevanza degli errori e dei rischi, ad esempio utilizzando queste domande:</p> <ul style="list-style-type: none">» Quali errori e rischi ritenete particolarmente rilevanti?» Perché, dal vostro punto di vista, sono così importanti?» Questi errori e rischi sono particolarmente frequenti nel lavoro quotidiano?» Rappresentano un pericolo particolare per i/le pazienti?» Quali altri errori e rischi avreste aggiunto?
<p>Opzione di approfondimento 2</p> <p>Obiettivo: valutare e contestualizzare il rischio, riflettere sul proprio comportamento in una situazione analoga</p>	<p>Moderazione: scegliete un tema o un ambito di rischio e approfonditelo con il vostro team. Ad esempio, potreste concentrarvi sull'errore che è stato individuato meno frequentemente dai/dalle partecipanti o sui pericoli considerati particolarmente rilevanti per il lavoro quotidiano. Possibili domande:</p> <ul style="list-style-type: none">» Quali potrebbero essere le conseguenze per i/le pazienti se l'errore o il pericolo non venisse individuato?» Cosa fareste se vi trovaste in una simile situazione?» Quali misure potrebbe prevenire l'errore o il pericolo?
<p>Opzione di approfondimento 3</p> <p>Obiettivo: rafforzare la consapevolezza della situazione</p>	<p>Moderazione: avviate uno scambio di opinioni su come individuare gli errori e i rischi per le e i pazienti.</p> <ul style="list-style-type: none">» Quale approccio avete seguito nella ricerca degli errori? A cosa avete prestato particolare attenzione (ad es. esecuzione errata, misura non necessaria, dimenticanza ecc.)?» Come avete riconosciuto che si trattava di un errore o di un rischio?» Avete discusso con le vostre colleghe e i vostri colleghi durante la ricerca? Siete riusciti a trarre beneficio dal loro punto di vista?» Cosa bisognerebbe fare, in generale, per riuscire a individuare errori e rischi in un ambiente?

Bibliografia

- 1 James KL, Barlow D, McCartney R, *et al.* Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2009;17:9–30. doi: 10.1211 / ijpp / 17.1.0004
- 2 Knudsen P, Herborg H, Mortensen AR, *et al.* Preventing medication errors in community pharmacy: frequency and seriousness of medication errors. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:291–6. doi: 10.1136 / qshc.2006.018770
- 3 Adie K, Fois RA, McLachlan AJ, *et al.* The nature, severity and causes of medication incidents from an Australian community pharmacy incident reporting system: The QUMwatch study. *Br J Clin Pharmacol*. 2021;87:4809–22. doi: 10.1111 / bcp.14924
- 4 Schulz CM, Endsley MR, Kochs EF, *et al.* Situation Awareness in Anesthesia. *Anesthesiology*. 2013;118:729–42. doi: 10.1097 / ALN.0b013e318280a40f
- 5 Farnan JM, Gaffney S, Poston JT, *et al.* Patient safety room of horrors: a novel method to assess medical students and entering residents' ability to identify hazards of hospitalisation. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:153–8. doi: 10.1136 / bmjqs-2015-004621
- 6 Wiest K, Farnan J, Byrne E, *et al.* Use of simulation to assess incoming interns' recognition of opportunities to choose wisely. *J Hosp Med*. 2017;12:493–7. doi: 10.12788 / jhm.2761
- 7 Gregory A, Hogg G, Ker J. Innovative teaching in situational awareness. *Clin Teach*. 2015;12:331–5. doi: 10.1111 / tct.12310
- 8 Käppeli A. Patientensicherheit – Lustvoll lernen im «Raum des Horrors». *Competence*. 2018;1–2.
- 9 Lea Brühwiler, Katrin Gehring. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Offizinapotheken. Zürich 2022.
- 10 Zimmermann C, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Spitäler. Zürich 2019.
- 11 Gehring K, Niederhauser A, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Hausarzt- und Kinderarztpraxen. Zürich 2021.
- 12 Niederhauser A, Gehring K, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Alters- und Pflegeheime. Zürich 2021.
- 13 Clay AS, Chudgar SM, Turner KM, *et al.* How prepared are medical and nursing students to identify common hazards in the intensive care unit? *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14:543–9. doi: 10.1513 / AnnalsATS.201610-7730C
- 14 Zimmermann C, Fridrich A, Schwappach DLB. Training Situational Awareness for Patient Safety in a Room of Horrors. *J Patient Saf*. 2021;17:e1026–33. doi: 10.1097 / PTS.0000000000000806

- 15 Piot M-A, Dechartres A, Attoe C, *et al.* Effectiveness of simulation in psychiatry for nursing students, nurses and nurse practitioners: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2022;78:332–47. doi: 10.1111 / jan.14986
- 16 Susanne Karner, Francesca Warnecke. *Simultatives Lernen im Room of Horrors.* Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH 2023.
- 17 Younes N, Delaunay AL, Roger M, *et al.* Evaluating the effectiveness of a single-day simulation-based program in psychiatry for medical students: a controlled study. *BMC Med Educ.* 2021;21:348. doi: 10.1186 / s12909-021-02708-6
- 18 Saunders A, Vega MO, Ianelli H, *et al.* Evaluating the impact of simulation-based mental health training on self-efficacy: a retrospective data analysis. *International Journal of Healthcare Simulation.* 2021;1: 3–10. doi: 10.54531 / XRRK9799
- 19 Marcussen M, Nørgaard B, Borgnakke K, *et al.* Improved patient-reported outcomes after interprofessional training in mental health: a nonrandomized intervention study. *BMC Psychiatry.* 2020;20:236. doi: 10.1186 / s12888-020-02616-x
- 20 Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, *et al.* More Than One Way to Debrief. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare.* 2016;11:209–17. doi: 10.1097 / SIH.0000000000000148
- 21 Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare.* 2007;2:115–25. doi: 10.1097 / SIH.0b013e3180315539
- 22 Rudolph JW, Simon R, Rivard P, *et al.* Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin.* 2007;25:361–76. doi: 10.1016 / j.anclin.2007.03.007