

Fondazione Sicurezza
dei pazienti Svizzera

Linee guida
per lo svolgimento



Conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità

Lynn Häsler
prof. dr. David Schwappach

Raccomandato da



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Fondazione Sicurezza dei pazienti
Svizzera

Linee guida
per lo svolgimento

Conferenze dedicate alla mortalità e alla morbilità

Lynn Häsler
prof. dr. David Schwappach

Indice

Ringraziamento	2
Prefazione	3
Di che cosa si tratta?	5
Obiettivi delle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità	6
Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità quali vettori culturali	8
Strutture, ruoli e svolgimento	10
Acquisizione e selezione dei casi	14
Preparazione e presentazione	17
Discussione	21
Misure	22
Valutazione	24
Prime fasi	25
Aspetti legali	26
Allegato	27

Ringraziamento

Desideriamo ringraziare tutte le istituzioni e le persone che hanno partecipato e sostenuto il progetto.

- Federazione dei medici svizzeri (FMH)
Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Associazione svizzera dei medici con attività chirurgica ed invasiva (FMCH)
Mildenberger+Cie.
- Tutti gli ospedali che ci hanno concesso di assistere alle loro conferenze dedicate alla mortalità e alla morbilità
- Tutti gli esperti che hanno letto o testato parti delle linee guida, e che con il loro riscontro hanno contribuito alla qualità del presente documento:

prof. dr. med. Andreas Becker
PD dr. med. Denis Berdajs
prof. dr. med. Bernhard Frey
prof. dr. med. Michele Genoni
prof. dr. med. Pietro Giovanoli
dr. med. Silvio Gujer
dr. Gesine Hofinger
PD dr. med. Balthasar Hug
dr. med. Joachim Koppenberg
dr. Marko Kovic
PD dr. med. Mattia Lepori
Dieter Mildenberger
dr. Yvonne Pfeiffer
dr. med. Anouk Siggelkow
dr. Anthony Staines
Lena Strodtmann
PD dr. med. Ulrike Subotic
Daniela Vetterli
dr. med. Eva-Maria Weiss Guillet



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica



mildenberger + cie.
versicherungsmakler

Prefazione

Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità (Mortality and Morbidity Conference) risalgono a una tradizione soprattutto anglosassone e, più precisamente, all'operato di un chirurgo di nome Codman, il quale già nel 1910 con la sua idea di «end-result ...» invitava tutti gli ospedali ad analizzare il risultato di ogni intervento medico e chirurgico al fine di capire se il trattamento fosse stato efficace o no e, nel secondo caso, a scoprire come mai. Una rappresentazione comparativa trasparente dei risultati avrebbe dovuto contribuire a migliorare la qualità della presa a carico dei pazienti.

Negli anni Trenta del secolo scorso, un gruppo di anestesisti di Philadelphia ha costituito l'Anesthesia Mortality Committee, un comitato che discuteva i casi di decesso riconducibili all'anestesia, soprattutto quando si sospettava un errore. Erano state dunque poste le basi per le future conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità, in cui l'attenzione è focalizzata in particolare sulle possibilità di perfezionamento multidisciplinare dei medici.

Negli anni Novanta, l'Accreditation Council of Graduate Medical Education ha adottato queste conferenze come strumento di formazione, integrandole nel processo di qualificazione specialistica. Esse diventano quindi strumenti didattici volti a promuovere competenze mediche di base (presa a carico dei pazienti, conoscenze mediche, apprendimento orientato alla prassi e al miglioramento, capacità comunicative, prassi basata su sistemi) e devono essere utilizzate nel quadro della formazione continua e del perfezionamento. Con la pubblicazione «To err is human – Building a safer Health System» a cavallo degli anni Duemila, gli aspetti della sicurezza dei pazienti e del sistema nel quale viene prodotta la sicurezza tornano al centro dell'attenzione.

L'approccio ai danni provocati da errori e l'analisi sistematica di decorsi imprevisti dopo interventi terapeutici volta anche a individuare e a valutare errori latenti, e a trarne misure di miglioramento sono possibili solo con una cultura che permetta di parlare liberamente di risultati indesiderati ottenuti in un determinato contesto e con un lavoro di squadra.

Per instaurare una cultura (della sicurezza) che conceda la possibilità di apprendere dagli errori servono condizioni quadro e regole rispettate da tutti, indipendentemente dal grado gerarchico. Le presenti linee guida dimostrano chiaramente che è possibile svolgere conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità su queste basi. Vi vengono presentate in modo plausibile informazioni mediche e pedagogiche, e illustrati esempi pratici, interessanti dal punto di vista didattico e comprensibili anche a chi non mastica psicologia. Gli strumenti di lavoro orientati alla prassi contribuiscono a insegnare lo svolgimento standardizzato su cui poggia una conferenza e ad attuarlo. Le linee guida mantengono insomma ciò che promettono.

Zurigo, marzo 2019

Prof. dr. med. D. Conen
Presidente Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

Di che cosa si tratta?

Nonostante il notevole impegno di tutte le persone coinvolte, negli ospedali possono verificarsi incidenti ed errori (a volte dovuti ad azioni poco prudenti o a violazioni delle regole) che mettono a rischio o nuocciono al paziente. In tali situazioni, si tende a cercare un colpevole, benché nella maggior parte dei casi gli errori sono il frutto dell'interazione di diversi fattori e di lacune in seno al processo. Anche se è una persona alla fine della catena di intervento (sharp end) ad aver preso una decisione sbagliata o compiuto un'azione errata, non è sufficiente analizzare questo singolo passaggio. Occorre invece guardare all'intero processo, ossia all'interazione tra fattori ambientali e fattori cognitivi che favoriscono l'errore.

Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbilità rielaborano in retrospettiva complicanze, procedure inusuali e decessi inaspettati a scopo didattico e per evitare che ciò si ripeta. L'attenzione incentrata su fattori cognitivi e sistemici distingue questo genere di conferenza dalla classica discussione di casi clinici e dal board tumor, che perseguono invece l'obiettivo di ottimizzare le cure del paziente.

Una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbilità attuata in modo efficace contribuisce alla sicurezza dei pazienti e alla qualità delle cure in quanto favorisce il miglioramento continuo dei processi e delle strutture. Si tratta di uno strumento essenziale per promuovere una cultura della sicurezza in seno all'ospedale e dovrebbe essere integrato nella gestione del rischio clinico.

Queste conferenze presuppongono elevati requisiti a livello di competenze sociali, metodiche e cliniche di tutte le parti coinvolte. Le presenti linee guida, che contengono raccomandazioni sugli obiettivi, i principi, i ruoli e lo svolgimento, fungono da strumento di orientamento. Esse sono basate su direttive internazionali esistenti e sulla letteratura scientifica in materia¹. Laddove l'evidenza è insufficiente, ci affidiamo alla nostra esperienza e alla nostra perizia. Il presente documento poggia altresì sui risultati di un sondaggio condotto tra i primari in Svizzera, su ispezioni in occasioni di conferenze in ospedali di diverse dimensioni e su colloqui con esperti e altri collaboratori, e si rivolge a primari, medici e infermieri con funzione di conduzione di tutte le discipline mediche, nonché ai responsabili della gestione del rischio clinico e della qualità.

¹ Una bibliografia è disponibile online all'indirizzo www.securitedespatients.ch/rmm.

Per favorire la fluidità del testo, in questo documento viene adottata unicamente la forma maschile che, beninteso, sottintende sempre anche quella femminile.

Obiettivi delle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità

Per raggiungere gli obiettivi superiori, ossia il miglioramento della sicurezza dei pazienti e della qualità delle cure, vanno perseguiti obiettivi di apprendimento organizzativi e individuali.

Miglioramento continuo dei processi e delle strutture

Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità non sono semplici discussioni di casi, bensì uno strumento di apprendimento volto al miglioramento continuo. Per ridurre durevolmente i rischi, è importante incentrare l'attenzione non solo sull'individuo, ma anche sull'organizzazione del lavoro, sui processi e sulle strutture. I collaboratori sono parte di un'organizzazione con dipendenze e interazioni, ragione per la quale andrebbero adottate misure di miglioramento che non considerino illimitate le capacità dei dipendenti. Le domande principali alle quali queste conferenze devono rispondere sono: dove e quando non funziona il sistema? Come migliorare le strutture e i processi? Quali misure concrete contribuiscono a migliorare a corto e a lungo termine la sicurezza dei pazienti?

Cambiamento della cultura della sicurezza: promuovere il pensiero sistemico

Gli errori non hanno mai un'unica causa. Molto spesso si giunge alla conclusione che un incidente ha avuto origine da una combinazione di azioni e circostanze, come nell'esempio fittizio seguente.

Un capo clinica inserisce in una tabella Excel una prescrizione per un farmaco ad alto rischio. Sovrascrive un testo esistente, ma non si accorge che il documento contiene righe disattivate con informazioni della vecchia prescrizione. La farmacia riceve il file Excel e prepara il farmaco tenendo conto anche di tali informazioni. L'infermiera somministra poi il farmaco al paziente.

L'azione decisiva è ovviamente sempre l'ultima (sharp end), ma in questo caso l'errore è a monte. Piuttosto che cercare un colpevole, il team andrebbe sensibilizzato sul fatto che in un sistema complesso come un ospedale costellazioni sfavorevoli e soggette a errori sono dietro l'angolo. Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità dovrebbero insegnare ai collaboratori ad assumere una prospettiva sistemica. Benché queste conferenze approfondiscano retrospettivamente situazioni concrete, un caso va inteso in primis come sintomo, anche perché è improbabile riuscire a ricostruire completamente e correttamente la catena di eventi. I ricordi su quanto successo divergono già dopo poco tempo. Il caso non è altro che il punto di partenza per valutare e migliorare la sicurezza e l'appropriatezza del sistema. Concludere semplicemente che il collaboratore dovrebbe prestare più attenzione o impegnarsi di più non porta a nulla. In presenza di difficoltà con singoli dipendenti, che per esempio violano ripetutamente direttive note, è bene discuterne bilateralmente.

Riflettere sul proprio modo di pensare

Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbilità sono anche un'opportunità di autoriflessione. Può capitare pure a collaboratori esperti e altamente qualificati di elaborare informazioni in modo non ottimale e di trarre conclusioni errate. Molti eventi indesiderati sono causati da cosiddette distorsioni cognitive (scorciatoie di pensiero, errori di pensiero, euristica, pregiudizi cognitivi).

Nell'attività clinica, per esempio, gli errori di conferma sono una forma di distorsione cognitiva molto rilevante. Una volta formata un'opinione, si tende a prestare attenzione solo alle informazioni che la confermano e a ignorare le altre. Può capitare per esempio quando il medico inviante o il paziente stesso formula un sospetto di diagnosi, e l'interlocutore trascura inconsciamente informazioni importanti perché è focalizzato su tale diagnosi.

Le distorsioni cognitive nella pianificazione e nello svolgimento di attività sono normali e quotidiane, e servono ad accelerare i processi decisionali. Nelle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbilità, non si tratta dunque di rimproverarsi vicendevolmente errori di pensiero, bensì di valutare in modo quanto più possibile obiettivo se determinate situazioni favoriscano distorsioni cognitive.

Il fatto di menzionare concretamente queste distorsioni e di parlarne agevola l'individuazione delle circostanze nelle quali si tende ad adottare scorciatoie di pensiero. Oltre a rafforzare la cosiddetta metacognizione (riflettere sul proprio modo di pensare), si potrebbero adottare misure organizzative, per esempio un sistema informatico a sostegno della diagnostica.

Miglioramento delle conoscenze, delle capacità e delle competenze operative

Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbilità sono tradizionalmente uno strumento di perfezionamento per chi è attivo in ambito medico. Anche se negli ultimi anni l'attenzione si è spostata su altri fattori, lo scambio di conoscenze e di capacità concrete resta essenziale, p. es. su come svolgere in modo efficace un determinato passaggio durante un'operazione o come monitorare una farmacoterapia complessa. Ricordiamo altresì che queste conferenze, diversamente da quelle su casi clinici, non sono di natura prospettica: non si discute per esempio di cure o interventi prima di effettuarli, e non si presenta lo stato dell'arte. Grazie all'esperienza e alle conoscenze puntuali di colleghi, tuttavia, la rielaborazione di casi può consentire di individuare lacune, di arricchire il proprio repertorio e di acquisire preziosi ragguagli sulla definizione delle priorità di informazioni e azioni.

Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità quali vettori culturali

Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità sono vettori culturali che trasmettono valori e comportamenti. Di seguito, descriviamo principi importanti per queste conferenze, ma non solo.

«Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità mi consentono di illustrare ai miei collaboratori che cosa è importante per me. Posso dire «In questo caso facciamo così, la priorità è questa», e spesso mi accorgo che questa chiarezza è un sollievo per i collaboratori.»

Prof. dr. med. Pietro Giovanoli,
primario chirurgia

Trasmissione dei valori di leadership

Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità sono uno strumento per la trasmissione dei valori e dei principi della conduzione. Esse consentono infatti di formulare linee guida e di fissare priorità valide per il reparto o per l'ospedale. In una situazione X, per esempio, va data la priorità a una presa a carico quanto più rapida possibile, indipendentemente dalla situazione assicurativa del paziente.

Oggettività e rispetto

Il rispetto delle parti coinvolte deve essere garantito. Le accuse e i rimproveri rendono impossibile instaurare una cultura del dialogo costruttiva e ostacolano un'analisi oggettiva. Per andare a fondo dei problemi, i partecipanti devono cercare di capire quanto accaduto senza però valutarlo con il senno del poi. Occorre invece essere consapevoli di che cosa le persone in questione sapessero all'epoca dei fatti e di quale fosse la situazione. Tutti dovrebbero chiedersi: mi è già (quasi) capitato? Sarebbe potuto capitarmi? Come evitare che capiti anche ad altri?

Confidenzialità

Per agevolare una cultura del dialogo, è bene che il tema trattato resti confidenziale. I verbali non dovrebbero consentire di risalire all'accaduto, le cartelle dei pazienti o il CIRS (Critical Incident Reporting System) non dovrebbero riportare appunti o rimandi alle conferenze.

Lavoro di squadra

Nelle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità, nel limite del possibile dovrebbero essere rappresentati tutti i gruppi professionali e tutte le discipline coinvolti nel caso. L'interdisciplinarietà delle informazioni permette di farsi un'idea a 360 gradi e di discutere l'adozione di misure ragionevoli per molti partecipanti. L'elaborazione comune di misure incrementa inoltre l'accettazione dei cambiamenti. Si sconsiglia pertanto di imporre o presentare provvedimenti già stabiliti. L'apertura di queste conferenze è pure espressione della competenza del team nel trovare una soluzione. In quest'ottica, i partecipanti dovrebbero sentirsi sicuri dal punto di vista psicologico, ossia avere la sensazione di poter esprimersi liberamente senza timore di essere ridicolizzati o sanzionati.

Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità possono altresì ridurre la soglia di inibizione per una comunicazione aperta tra persone, gruppi professionali e reparti nel lavoro quotidiano. Se si conoscono i colleghi e il loro punto di vista, viene più facile affrontare possibili problemi inerenti alla sicurezza (vedi a tale riguardo an-

**Le conferenze dedicate
alla mortalità e alla morbidità
quali vettori culturali**

che il tema Speak Up) oppure chiedere consigli a colleghi o superiori. Affinché la comunicazione tra sottogruppi (gruppi professionali, discipline) funzioni, è importante che i responsabili siano consapevoli della loro funzione di esempio e cooperino in modo tangibile, indipendentemente dalle simpatie personali. Se non si è disponibili a cooperare, è preferibile rinunciare a una conferenza interprofessionale o interdisciplinare.

.....

«Serve coraggio per metterci la faccia e parlare di un caso gestito male. Io, in veste di primario, tento di dare il buon esempio. Punto a cambiare la cultura, in modo che si parli apertamente di quel che non ha funzionato, in un'ottica di rispetto e apprendimento reciproci.»

Prof. Michele Genoni, direttore supplente
clinica chirurgia cardiaca e vascolare toracica

.....

«Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità tenute a intervalli regolari acquiscono lo sguardo critico e favoriscono la comprensione di altri punti di vista, a tutto vantaggio del lavoro quotidiano.»

Ursi Barandun Schäfer,
specialista in cure infermieristiche terapia
intensiva operatoria

.....

Strutture, ruoli e svolgimento

Fondamentalmente, una procedura sistematica aumenta la sicurezza psicologica, la sicurezza psicologica migliora l'apprendimento e l'apprendimento migliora i risultati a lungo termine.

L'ESSENZIALE IN BREVE

- Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità si tengono regolarmente (p. es. a cadenza mensile).
- Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità sono interdisciplinari e interprofessionali.
- Conduzione e moderazione sono separate.
- I moderatori e i mentori vengono formati.

Dato che sovente i casi sono complessi e sensibili, è fondamentale che strutture, ruoli e svolgimento siano chiaramente definiti. Trasparenza e prevedibilità aumentano la fiducia nello strumento. In un contesto tanto delicato, occorre cercare di limitare la dispersione, un elemento che incrementa l'insicurezza dei partecipanti.

Strutture e ruoli

Frequenza e durata

Per affermarle quale strumento di apprendimento, le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità dovrebbero tenersi regolarmente, nel caso ideale almeno a cadenza mensile. Consigliamo di prevedere cinquanta-sessanta minuti per ogni caso, e di discutere solo uno-due casi per ogni seduta.

Ruoli

Nel modello proposto, oltre ai partecipanti sono previsti cinque ruoli attivi, ossia conduttore, moderatore, mentore, presentatore e membro del team di selezione dei casi. Nei reparti e negli ospedali più piccoli, le stesse persone assumeranno per forza di cose diversi ruoli. Raccomandiamo per lo meno di separare la conduzione e la moderazione, e di non assegnare la selezione dei casi esclusivamente al primario. Dato che i ruoli sono piuttosto impegnativi e serve un certo tempo per abituarci, è bene non cambiare troppo spesso le persone che li assumono. Solo il presentatore cambia secondo il caso.

TEAM DI SELEZIONE DEI CASI Un gruppo di quadri medici e di infermieri con funzioni di conduzione è responsabile della selezione dei casi. Tutti i partecipanti sanno chi sono i membri del team e come si procede alla selezione dei casi. Il team informa tutti i collaboratori coinvolti, il primario e il conduttore su quale caso verrà approfondito nella fattispecie. Alle pagine 14–16, sono riportate informazioni sulla procedura.

CONDUTTORE Dato che le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità fungono anche da vettori culturali, la conduzione spetta nel caso ideale al primario o a un supplente con posizione gerarchica analoga. Nel caso di conferenze interdisciplinari, si raccomanda di alternare questo ruolo. Il conduttore si occupa dell'assegnazione dei ruoli e della definizione dei rispettivi requisiti, e trasmette i valori della clinica, gli obiettivi e i principi della conferenza. Mette a disposizione le sue competenze e la sua esperienza, è responsabile dell'organizzazione regolare delle conferenze, definisce le condizioni quadro e instaura un'atmosfera orientata all'apprendimento e all'apprezzamento dei partecipanti. Il conduttore è consapevole che la comunicazione tra gruppi professionali e discipline influisce sulla collaborazione quotidiana. Nel quadro delle conferenze, si occupa del benvenuto e del commiato, comunica gli obiettivi e i principi, e decide in merito all'adozione di misure. Il conduttore è al tempo stesso un partecipante che mette a disposizione competenze ed esperienze. Per non influenzare oltremodo la direzione della discussione, si raccomanda di mantenere all'inizio una posizione un po' defilata. L'ascolto è una funzione importante della conduzione.

PRESENTATORE Dato che le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità sono da intendersi anche come strumento di formazione, di regola il caso dovrebbe essere presentato da un medico assistente o da un infermiere senza funzione di conduzione. Il presentatore era coinvolto nel caso e si incarica in primis di preparare la presentazione. Per i casi interdisciplinari, è ipotizzabile una presentazione comune. Se la presentazione dovesse costituire un onere eccessivo per le persone in questione, è possibile, in via del tutto eccezionale, prevedere una rappresentanza.

MENTORE Insieme al presentatore, il mentore è responsabile della preparazione della presentazione e, in particolare, della cosiddetta analisi preliminare (vedi pagine 17–20), prevista a sua volta nel quadro delle conferenze. L'ideale per questo ruolo sarebbe un membro del personale medico o infermieristico, oppure della gestione del rischio e della qualità. Dato che l'analisi preliminare può essere molto impegnativa, consigliamo di formare il mentore in materia di analisi del caso e di fattori umani. Il mentore informa inoltre il presentatore e le persone coinvolte sugli interlocutori in caso di potenziali carichi psichici eccessivi (Second Victim Situation).

MODERATORE Raccomandiamo assolutamente di separare conduzione e moderazione. Il conduttore – di regola il primario – in qualità di responsabile ultimo è sempre coinvolto nel caso e, come tale, non è una persona neutrale. In più, solitamente è anche il superiore diretto delle persone coinvolte, il che può avere in misura più o meno conscia un influsso sulla discussione. Per la moderazione si presta un collaboratore con esperienza e una notevole competenza sociale, che goda di un elevato grado di accettazione tra i collaboratori e sia considerato neutrale (p. es. un capo clinica con responsabilità ampliata). Fondamentalmente, quindi, questo ruolo può essere rivestito da qualsiasi persona in seno all'ospedale, a prescindere dalla sua funzione. Dato che il compito in tale contesto è molto impegnativo, consigliamo di formare il moderatore. È essenziale che la persona in questione non fosse coinvolta direttamente nel caso e possa restare neutrale. Altrimenti, per queste sedute occorre trovare un sostituto. Per situazioni di questo genere, come pure per le assenze, è bene nominare un supplente sin dall'inizio.

.....
«Un moderatore equo
è l'ingrediente più importante
di una conferenza dedicata
alla mortalità e alla morbidità
riuscita.»

PD dr. med. Mattia Lepori,
direttore medico medicina interna e
d'urgenza
.....

PARTECIPANTI Le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità devono essere quando possibile interprofessionali e interdisciplinari. Nel caso ideale, vi sono rappresentati tutti i gruppi professionali e le discipline coinvolti (p. es. tecnici cardiologi, patologi, informatici). Consigliamo di invitare a partecipare almeno medici e infermieri non in servizio. Un elenco dei partecipanti può rendere vincolante la partecipazione.

I partecipanti dovrebbero completare l'analisi preliminare, non semplicemente prenderne conoscenza. Essi sono consapevoli che le persone che presentano il caso hanno svolto un prezioso lavoro preliminare, ma non si può chiedere loro anche la responsabilità e la competenza di giungere da soli a buoni risultati. I partecipanti esprimono dubbi, esperienze e scetticismo, e forniscono informazioni. Le emozioni possono essere percepibili ma, affinché la discussione resti costruttiva, non devono sfociare in accuse.

VERBALISTA per tenere al corrente tutti i partecipanti assenti, si consiglia di redigere un verbale anonimo. Non si tratta di approntare una documentazione sul paziente, bensì un verbale di apprendimento. Esso elenca i fattori identificati come causa di errori, gli strumenti di apprendimento, le idee per l'adozione di misure e le responsabilità per la relativa attuazione. Non è necessario annotare informazioni su pazienti e collaboratori. L'importante è che il verbale non venga salvato nello stesso luogo in cui sono memorizzati i dati sul paziente in questione. Occorre inoltre evitare di riportare informazioni sul caso che potrebbero consentire di risalire all'evento.

GESTIONE DEL RISCHIO E DELLA QUALITÀ La gestione del rischio e della qualità può sostenere l'organizzazione e l'implementazione delle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità. Nel caso ideale, i suoi membri presenziano alle sedute. Raccomandiamo in ogni caso di coinvolgere questo settore nel follow-up delle misure e nella relativa comunicazione. La gestione del rischio e della qualità mantiene una visione d'insieme sui fattori identificati che favoriscono gli errori e sulle misure adottate, ed è in grado di riconoscere lacune organizzative a un livello superiore in quanto può avvalersi anche di altri strumenti per il miglioramento della sicurezza dei pazienti, come il CIRS.

SCAMBI TRA PARI Per combattere il pensiero di gruppo² e altre dinamiche nocive, conviene coinvolgere a scadenze regolari colleghi di altri reparti per un riscontro. Ciò è pensato però soprattutto per i team già ben rodati che desiderano perfezionare ulteriormente lo svolgimento delle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità. Nell'interpellare i pari, è bene accertarsi che essi siano coscienti del ruolo di fiducia che compete loro.

2 Il fenomeno psicologico del pensiero di gruppo induce persone competenti a prendere pessime decisioni in quanto ognuno adatta la sua opinione a quella presunta del gruppo. Il gruppo prende decisioni in parte estreme che, in altre circostanze, le persone singole respingerebbero.

Svolgimento di una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbilità

La standardizzazione incrementa l'efficienza, in quanto non è necessario chiedersi ogni volta come presentare il caso o come organizzare la discussione. Una buona preparazione e una presentazione incisiva, inclusa l'analisi preliminare, consentono di avere tempo a sufficienza per una discussione approfondita, una condizione essenziale per apprendere nozioni rilevanti e adottare misure efficaci. Un altro vantaggio della procedura strutturata è la possibilità di trasmettere sicurezza attraverso la prevedibilità. In un contesto tanto delicato, occorre cercare di limitare la dispersione, un elemento che incrementa l'insicurezza dei partecipanti.

Raccomandiamo un'organizzazione fortemente standardizzata e strutturata.

Possibile svolgimento

Prima della seduta

- Identificazione del caso (p. es. con il supporto dell'infermiere di ricerca o della gestione della qualità), continuamente
- Selezione del caso (apposito team), circa 2 ore al mese
- Informazione alle persone coinvolte nel caso (team di selezione dei casi)
- Preparazione del caso (presentatore e mentore), circa 3 ore per il presentatore, circa 1 ora per il mentore
- Analisi preliminare: preparazione dell'analisi dei fattori di influenza (presentatore e mentore), circa 2 ore ciascuno

Durante la seduta

- Apertura, ripetizione di obiettivi e principi, aggiornamento sulle misure decise/attuate (conduzione), circa 5 minuti
- Presentazione del caso (presentatore), circa 10 minuti
- Domande e complementi (moderatore, partecipanti), circa 5 minuti
- Presentazione dell'analisi preliminare (mentore), circa 5 minuti
- Discussione (moderatore, partecipanti), circa 15–25 minuti
- Organizzazione del monitoraggio delle misure, commento conclusivo sul caso e commiato (conduzione), circa 5 minuti
- Valutazione (partecipanti), circa 5 minuti

Dopo la seduta

- Invio del verbale (verbalista)
- Eliminazione della presentazione e archiviazione del verbale in un luogo diverso dalla cartella del paziente (p. es. responsabile del segretariato)
- Monitoraggio delle misure (responsabili e gestione del rischio/della qualità), continuamente

Acquisizione e selezione dei casi

L'ESSENZIALE IN BREVE

- Acquisire casi appositamente per le conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità, tenendoli distinti da quelli del CIRS.
- Costituire un team di selezione dei casi.
- Organizzare la selezione dei casi in modo standardizzato e trasparente.
- Criteri per la selezione dei casi: un evento indesiderato, un evento presumibilmente evitabile e un potenziale di apprendimento possibilmente importante.

Selezione dei casi standardizzata e trasparente

Per generare fiducia nelle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità, è imprescindibile che la selezione dei casi sia trasparente e standardizzata. I collaboratori devono essere certi che la selezione sia equa e che avvenga a prescindere dalle persone coinvolte. Sconsigliamo di prevedere una presentazione di casi basata sulla volontarietà, in quanto la selezione ne potrebbe risultare sistematicamente distorta. Se sorge la necessità di discutere casi proposti da collaboratori, essi possono essere sottoposti al team di selezione oppure approfonditi in una conferenza supplementare ad hoc.

Possibili criteri per la selezione dei casi

CRITERIO 1: RISULTATO INDESIDERATO

La conduzione decide i criteri per la selezione dei casi. Secondo la disciplina, possono essere decessi, complicanze, trasferimenti non previsti in cure intensive, reinterventi, riammissioni, problemi di diagnosi o di cura confermati dall'autopsia, diagnosi mancate. Possono essere considerati anche i danni evitati di poco (near miss), per esempio interventi sul lato sbagliato di cui ci si accorge poco prima dell'incisione. Consigliamo di raccogliere separatamente questi casi, affinché il team di selezione possa pescare da una base di dati adatta.

CRITERIO 2: PRESUNTA EVITABILITÀ

Con errore si intende un'azione o un'omissione all'origine della quale c'è una divergenza dal piano (errore di esecuzione), un piano errato o nessun piano (errore di pianificazione). Un errore è per definizione evitabile. L'effetto collaterale di un farmaco, per esempio, non è di per sé un errore, bensì un evento indesiderato. Se però nella cartella viene annotato che il paziente in questione non tollera tale farmaco, allora si parla di evento indesiderato evitabile. Un errore non deve necessariamente causare un danno. Spesso, non ha alcuna conseguenza e non viene nemmeno notato.

Per impiegare in modo efficiente risorse temporali e personali spesso scarse, consigliamo di selezionare casi dei quali si presume già prima della conferenza che potessero essere evitabili o che abbiano causato un errore. Ciò presuppone che l'apposito team approfondisca i casi già al momento della selezione e che abbia un'idea di che cosa sia successo. Nella prassi corrente, in alcune discussioni non è chiaro fino alla fine se qualcosa sia effettivamente andato storto. Sicuramente anche queste discussioni forniscono informazioni importanti, ma esse non garantiscono la possibilità di migliorare processi e strutture. A titolo orientativo, per individuare azioni errate il team di selezione può consultare i criteri riportati nella tabella 1 (vedi pagina 15). Se mancano informazioni per una valutazione, si consiglia di contattare i collaboratori coinvolti nel caso.

CRITERIO 3: POTENZIALE DI APPRENDIMENTO.

Qualora i due criteri precedenti (evento indesiderato e presunta evitabilità) fossero troppo limitanti per riuscire a selezionare un caso al mese, è possibile considerare il potenziale di apprendimento.

Tabella 1

Possibili criteri «Presunta evitabilità»

(criteri IQM abbreviati)

Diagnosi e cura adeguate e tempestive

(preoperatorio/interoperatorio/postoperatorio, misure diagnostiche, terapia conservativa/interventi, prescrizione di farmaci, somministrazione di farmaci)

Processo di cura adeguato, e discusso criticamente e tempestivamente

(diagnosi di lavoro, individuazione e soluzione tempestive di problemi)

Indicazione per l'operazione/l'intervento/la terapia intensiva adeguata dal punto di vista del contenuto e tempestiva

(problemi nei punti di interfaccia, gestione delle complicanze corretta dal punto di vista medico, fallimento di misure d'emergenza, gestione di pazienti a rischio, ritardo nel trasferimento in seno all'ospedale o da un nosocomio all'altro)

Direttive/standard di cura

(considerate, applicate, rispetto delle direttive o eccezione motivata, standard terapeutici ragionevoli riconoscibili)

Controlli delle procedure di cura

(da parte del primario/del capo clinica e documentate, da parte del medico curante del reparto, consegne mediche, visite primario/capo clinica, medici di fiducia, cooperazione personale infermieristico/team terapeutici)

Documentazione completa e coerente

(informazioni sull'operazione/l'intervento, decorso della cura, decisioni terapeutiche, rapporto operatorio e rapporti sui trasferimenti, consulenze, limitazioni terapeutiche, contenuto logico della lettera del medico)

Collaborazione interdisciplinare e interprofessionale senza attriti

(fase pre/post operatoria, medicina intensiva, consulenti)

Comunicazione

(comunicazione completa all'interno del reparto, discussione in vista di un trasferimento, trasferimento di compiti concreti; comunicazione completa con il personale infermieristico, attuazione tempestiva delle disposizioni, reazione tempestiva alle disposizioni del personale infermieristico; informazione tempestiva ai familiari)

Da: Eberlein-Gonska M., Martin J., Zacher J. (Hrsg.), «Handbuch IQM», 2ª edizione

Case-mix

Se occorre elaborare diversi ambiti problematici (p. es. non sempre inerenti alla diagnosi o all'igiene), è possibile considerare un case-mix.

Quali casi non devono essere discussi nel quadro di una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità?

Un CIRS non è appropriato come fonte di casi per una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità. Innanzitutto, per questioni giuridiche nel CIRS non dovrebbero essere registrati casi con danni, quindi con outcome negativo, e in secondo luogo mancano le informazioni necessarie per ricostruire dettagliatamente un caso (p. es. referti), il che rende il CIRS inadeguato anche quale fonte di danni evitati di poco (near miss). E visto che il CIRS deve restare anonimo, viene meno anche la possibilità di chiedere le informazioni mancanti. I casi che sono già oggetto di un'inchiesta e che potrebbero comportare conseguenze giuridiche per singole persone, come pure i casi molto complessi andrebbero a loro volta esclusi dalle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità.

Preparazione e presentazione

Per trarre conclusioni valide sui fattori che favoriscono gli errori, i fatti (informazioni sul caso e sull'errore) non bastano. Occorre discutere con le persone coinvolte per scoprire perché abbiano agito in quel modo. Dato che nelle conferenze il tempo non basta, raccomandiamo di procedere a un'analisi preliminare che funga da base per la discussione. Questa procedura non esclude naturalmente la possibilità di correggere nel corso della conferenza le informazioni acquisite sulle origini e sui fattori di influenza, al contrario, ciò è addirittura auspicato! La presentazione, inclusa l'analisi preliminare, non deve comprendere quindi alcuna conclusione. Essa serve solo da preparazione e da base per la discussione. Anche in questo caso, è importante prediligere una procedura sistematica per non trascurare aspetti essenziali. Al contempo, l'analisi deve essere fattibile per le persone in questione. Esistono diversi metodi retrospettivi, in parte molto onerosi (p. es. CAST), che comportano l'analisi completa di interazioni sistemiche, ma nel quadro di una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbilità essi sono ben difficilmente attuabili.

Procedura per la preparazione della presentazione del caso, inclusa l'analisi preliminare

Fase 1

Selezione e informazione ai collaboratori coinvolti (team di selezione dei casi)

Una volta definito il caso, il team di selezione nomina le persone incaricate della presentazione e informa i collaboratori coinvolti, il mentore, il primario e la conduzione che il caso in questione verrà trattato nella conferenza dedicata alla mortalità e alla morbilità.

Fase 2

Elaborazione del caso e individuazione dell'errore (presentatore e mentore)

In questa fase, si risponde alle domande «Che cosa è successo?» e «Che cosa è andato storto?».

Il team di selezione dei casi sospettava sin dalla selezione che potesse essersi verificato un errore. Ora, si tratta di affrontare la questione nel dettaglio e di presentare il caso ai partecipanti. Vengono acquisiti tutti i dati che consentano di presentare il caso in ordine cronologico. Le fonti sono per esempio la cartella del paziente, l'esito degli esami di laboratorio, della patologia o della diagnostica per immagini alle quali si aggiungono, le linee guida e gli standard interni, la letteratura specialistica, le informazioni delle e sulle persone coinvolte. Per ottenere queste ultime informazioni, basta un breve colloquio, non serve un'intervista completa come quelle condotte da responsabili della gestione del rischio nelle analisi dei casi. Spesso, viene dedicato troppo tempo alla presentazione del caso e non ne rimane per la discussione. È bene limitarsi a presentare solo le informazioni essenziali per comprendere il caso (momenti chiave), non ogni dettaglio della storia clinica e ogni gesto. La presentazione del caso è volta a dimostrare quali decisioni o quali azioni alla fine della catena di intervento (sharp end) con il senno del poi possano essere considerate errate, per esempio il dosaggio errato di un farmaco o un intervento chirurgico eseguito in ritardo.

Secondo la nostra esperienza, nella maggior parte delle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbilità si dà troppa importanza alla presentazione del caso, e si investe troppo poco tempo nell'analisi e nella discussione. Il caso non viene dunque approfondito o, nella migliore delle ipotesi, viene affrontato solo in modo molto superficiale.

L'ESSENZIALE IN BREVE

- Scegliere un presentatore che fosse coinvolto nel caso.
- La presentazione del caso deve essere breve e concisa.
- Analizzare preventivamente possibili fattori di influenza e presentarli su un asse temporale.
- Non presentare misure di miglioramento, bensì elaborarle nel corso della discussione.

«Dire che XY avrebbe dovuto agire in un altro modo non basta. Occorre capire la situazione per fare in modo che non si ripetano gli stessi errori.»

Anthony Staines,
esperto di sicurezza dei pazienti

Fase 3

Analisi preliminare (presentatore e mentore)

In questa fase, viene posta la domanda: «Che cosa ha influenzato quanto è accaduto?»

Analisi preliminare in due fasi: una disamina strutturata e sistematica delle cause e dei fattori che hanno contribuito a un pessimo risultato della cura riduce il pericolo di formulare conclusioni avventate, di trascurare aspetti importanti, di condurre la discussione solo all'interno della zona di conforto o di accusare singole persone. Per individuare fattori sistemici, può essere utile ricorrere per esempio alla lista di controllo secondo il Protocollo di Londra (A). In una seconda fase, conviene valutare l'eventuale influsso di distorsioni cognitive (B).

A) FATTORI DI INFLUENZA SISTEMICI SECONDO IL PROTOCOLLO DI LONDRA

In che misura possono aver influito le condizioni di lavoro quando la persona si è trovata ad affrontare le sfide concrete del compito? Esseri umani e ambiente interagiscono, e talvolta all'origine di errori ci sono interazioni infelici in seno a unità di per sé funzionanti: la facilità di utilizzo di uno strumento informatico, per esempio, diventa più importante in una situazione di stress, le regole non scritte sono acquisite soltanto dopo alcuni anni di lavoro in un determinato ospedale, la stanchezza non consente di occuparsi in modo ottimale di pazienti complessi, le vie di comunicazione e la cultura della sicurezza sono determinanti al momento di decidere se coinvolgere altre persone in un momento critico. Per individuare fattori di influenza sistemici, può essere utile ricorrere alla lista di controllo secondo il Protocollo di Londra (vedi tabella 2, pagina 19). È determinante osservare il caso da prospettive diverse e tenere in considerazione le interazioni. L'elenco funge da spunto, non occorre perdere troppo tempo a riflettere su che cosa vada in quale categoria.

B) DISTORSIONI COGNITIVE POSSONO AVER INFLUITO?

In una seconda fase dell'analisi, è possibile valutare se distorsioni cognitive possano aver influito. Di seguito, presentiamo tre esempi. Un elenco con altre distorsioni cognitive comuni si trova nell'allegato. Anche questo elenco va inteso come spunto, non è necessario conoscere le denominazioni corrette.

Errore di conferma: una volta formata un'opinione, si tende a prestare attenzione solo alle informazioni che la confermano e a ignorare le altre. Ciò può influire in caso di diagnosi differenziali.

Effetto carrozzone: c'è la tendenza a credere o a fare determinate cose solo perché le credono o le fanno altri. Il cosiddetto pensiero di gruppo, per esempio, induce persone competenti a prendere pessime decisioni in quanto ogni membro adatta la sua opinione a quella presunta del gruppo. Da sola, ogni persona avrebbe deciso diversamente.

Euristica della disponibilità: informazioni più facilmente ricordate perché per esempio tematizzate spesso sono vissute come più frequenti, rispettivamente più probabili. Viceversa, se una malattia non viene più vista per lungo tempo, viene diagnosticata più raramente.

Tabella 2

Cornice di riferimento dei fattori che influenzano la pratica clinica secondo il Protocollo di Londra

Fattore quadro	Fattore contribuente che può influenzare la pratica clinica
Caratteristiche del paziente	<ul style="list-style-type: none">• Condizioni (complessità e gravità)• Lingua e comunicazione• Personalità e fattori sociali
Fattori legati al compito	<ul style="list-style-type: none">• Progettazione e chiarezza strutturale del compito• Disponibilità ed utilizzo di istruzioni e procedure• Disponibilità ed accuratezza dei risultati degli esami• Supporto nel processo decisionale
Fattori individuali (legati all'individualità del personale)	<ul style="list-style-type: none">• Conoscenze ed abilità• Competenza• Salute fisica e mentale
Fattori legati al team di lavoro	<ul style="list-style-type: none">• Comunicazione verbale e scritta• Supervisione e opportunità di aiuto• Struttura del team (compatibilità, coerenza, leadership, ecc.)
Fattori legati all'ambiente di lavoro	<ul style="list-style-type: none">• Dotazione di personale e mix delle competenze• Carichi di lavoro e modalità di turnazione• Progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature• Supporto amministrativo e gestionale• Ambiente fisico
Fattori gestionali e organizzativi	<ul style="list-style-type: none">• Risorse e vincoli finanziari• Struttura organizzativa• Politica, standard e obiettivi• Cultura della sicurezza e priorità
Fattori legati al contesto istituzionale	<ul style="list-style-type: none">• Contesto economico e regolatore• Politica sanitaria• Collegamenti con organizzazioni esterne

Da: Taylor-Adam S., Vincent C., Systemanalyse klinischer Zwischenfälle.
Zürich: Patientensicherheit Schweiz

«In una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità devono essere considerate le competenze dell'individuo integrate con gli aspetti di organizzazione, tecnica e ambiente di lavoro.»

Dr. Gesine Hofinger,
esperta di fattori umani

«I pregiudizi cognitivi non vanno sottovalutati. Non bisogna credere a tutto ciò che si pensa.»

Dr. med. Joachim Koppenberg,
primario Anestesiologia

Preparazione e presentazione

Rappresentazione dell'analisi preliminare per la discussione con i partecipanti: dopo la presentazione del caso, consigliamo di illustrare di nuovo, in una diapositiva separata e in ordine cronologico, i momenti chiave, che possono essere sia fatti medici, sia errori (vedi figura 1). La freccia non indica la catena di cause dell'errore, bensì unicamente la sequenza temporale degli eventi e delle azioni. I fattori individuati (Protocollo di Londra, distorsioni cognitive) vengono riportati nella stessa diapositiva. È importante che la categoria dei fattori (p. es. fattori legati al team) venga anche concretizzata (p. es. aggiornamento della diagnosi non comunicato). Questa diapositiva, che espone in modo conciso i risultati dell'analisi preliminare, funge da base per la discussione.

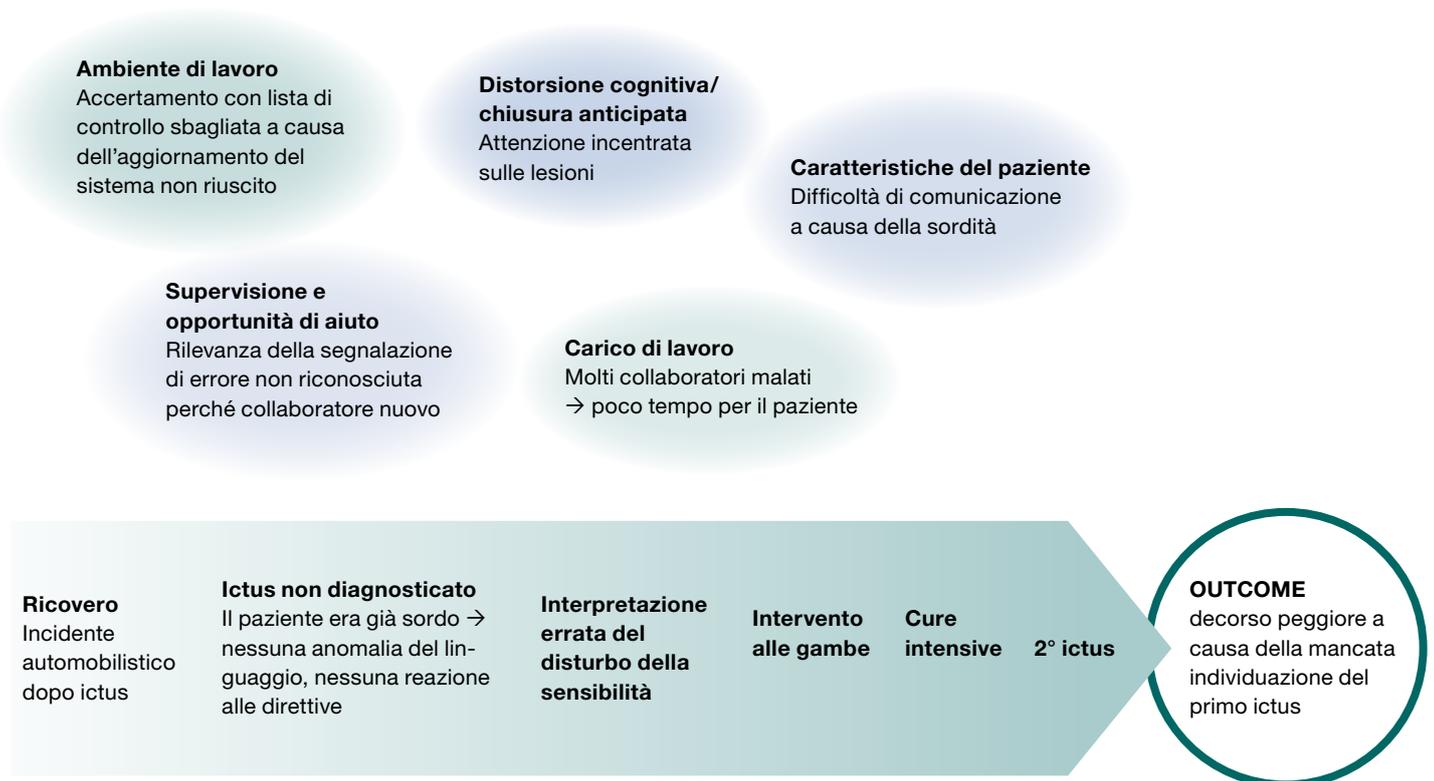


Figura 1 Possibile rappresentazione dell'analisi preliminare

Sfide per il moderatore

La discussione è il fulcro delle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità, il che rende molto impegnativo il ruolo del moderatore. Oltre a dover stimolare o frenare i partecipanti, spesso in questo genere di discussioni ci si arena presto su un tema comodo e non ci si disincaglia più (p. es. paziente difficile). Ne nasce quindi un consenso di gruppo che impedisce un'analisi approfondita. È quindi importante acquisire sin dall'inizio diversi punti di vista e fare in modo che i vari gruppi professionali, discipline e gradi gerarchici abbiano un tempo di parola equilibrato. Il moderatore dovrebbe premurarsi di adottare un approccio di buon senso, ossia partire dal presupposto che tutti agiscano in buona fede.

Durante la discussione, il moderatore ha inoltre il compito di limitare due distorsioni cognitive frequenti intervenendo se dovessero verificarsi i due errori seguenti.

A) ERRORE FONDAMENTALE DI ATTRIBUZIONE

In genere, si tende a spiegare una particolare azione con le caratteristiche di una persona, e non con la particolare situazione in cui si è verificata. L'errore viene dunque ascritto alla persona. Si tende per esempio a presupporre che la persona non si sia impegnata o sia irresponsabile piuttosto che prendere in considerazione la possibilità che possa essere stata interrotta più volte o che le direttive fossero ambigue.

B) PREGIUDIZIO RETROSPETTIVO

Con il senno del poi, siamo sempre più intelligenti. A posteriori, tendiamo infatti a sopravvalutare la prevedibilità dell'evento. Il moderatore deve quindi ricordare che nel momento Y la persona X non sapeva naturalmente ancora come si sarebbe conclusa la vicenda e che inoltre si è trovata probabilmente di fronte a diverse possibilità di azione, tutte apparentemente sensate.

Domande guida

Per condurre la discussione, può essere utile ricorrere a domande guida (vedi riquadro 1 sotto). In questo modo, i passaggi dalla presentazione cronologica del caso all'analisi, alle misure/agli strumenti di apprendimento sono chiaramente contrassegnati e il moderatore è legittimato a intervenire se la discussione minaccia di tornare indietro.

Riquadro 1

Domande guida per la discussione

- 1) *Dopo la presentazione del caso*: ci sono domande inerenti alla comprensione del caso? (circa 5 minuti)
- 2) *Dopo l'analisi preliminare*: che cosa trovate convincente? Quali punti di vista non condividete? Che cosa manca? (10–20 minuti)
- 3) *Serve una misura*? Che cosa si potrebbe fare? Che cosa abbiamo imparato? (circa 5 minuti)

L'ESSENZIALE IN BREVE

- La discussione è il fulcro delle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità.
- La discussione segue delle domande guida.
- I partecipanti completano e criticano l'analisi preliminare.

«Qualcuno era sotto stress, intimidito o non riusciva a pensare in modo chiaro? Se sì, come impediamo che ciò ricapiti?»

PD dr. med. Balthasar Hug,
primario Medicina interna

Misure

L'ESSENZIALE IN BREVE

- Elaborare in comune possibili campi di intervento e strumenti di apprendimento.
- Prediligere le misure che introducono cambiamenti a livello di ambiente e di organizzazione del lavoro, invece di considerare illimitate le capacità dei dipendenti.
- Ricordare che direttive severe non portano necessariamente a una maggiore sicurezza.
- Prediligere le misure che risolvono più problemi. I campi problematici vanno monitorati. L'attivismo è da evitare.

Uno degli obiettivi di una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità è quello di individuare misure volte a evitare futuri errori. Le prime idee in tal senso dovrebbero già essere affrontate brevemente durante la discussione. Per un'elaborazione, invece, il tempo non basta, è giusto sufficiente per definire le responsabilità per il monitoraggio successivo e l'elaborazione.

Misure forti e deboli

Se si decide di adottare una misura, occorre fare in modo che l'effetto sia durevole e che prescindano quindi dalle conoscenze e dalle capacità di singoli collaboratori. È utile distinguere tra misure forti e deboli (vedi figura 2 sotto). Quelle deboli mirano a cambiare il comportamento dei collaboratori, quelle forti a cambiare l'ambiente di lavoro in modo da far sì che i collaboratori agiscano automaticamente nella maniera corretta. Se per esempio si verificano diversi errori a causa di numerose interruzioni, a lungo termine conviene adeguare l'ambiente di lavoro (p. es. creando zone senza disturbi). Naturalmente, in alcuni casi anche le misure deboli sono giustificate, per esempio quale soluzione transitoria fino all'attuazione di quelle forti.

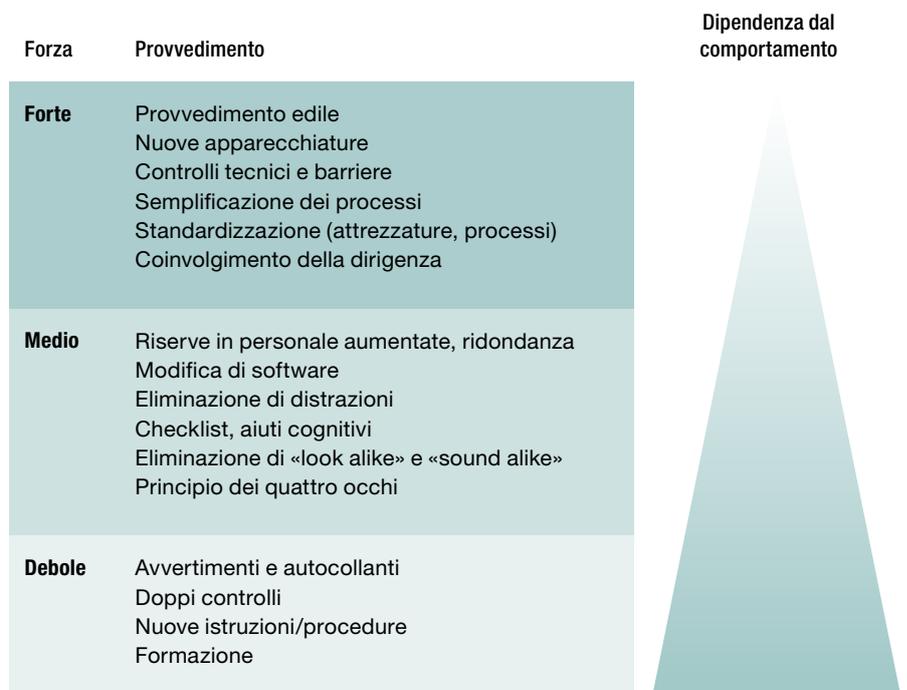


Figura 2 St. Pierre M., Hofinger G., Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3ª edizione). Berlin: Springer-Verlag; 2014.

È naturalmente possibile giungere anche alla conclusione che non esistano misure ragionevoli in grado di impedire il ripetersi di un determinato errore. La proporzionalità di una misura non va mai persa di vista. Il miglioramento della comprensione delle interazioni può già rappresentare una misura, in quanto i collaboratori si rendono conto della reale portata delle loro azioni. Queste conoscenze sono una forma di apprendimento. In alcune situazioni, può essere più ragionevole non adottare subito una misura, bensì documentare quanto appreso durante la discussione del caso per poi magari rendersi conto in un secondo tempo della presenza di determinati gruppi di problemi più radicati. Se si verificano numerosi problemi di documentazione, può per esempio essere più appropriato adeguare il sistema di documentazione che non introdurre un'istruzione supplementare. La comprova di problemi che si ripetono è una base argomentativa per procedere a misure più onerose (p. es. adeguamento della dotazione informatica).

Nudging

Con «nudging» (dall'inglese esortare), si intende il ricorso a processi inconsapevoli per favorire il comportamento auspicato.

Esempio: piazzando i cateteri vescicali in basso nell'armadio e posizionando invece materiale alternativo ad altezza degli occhi, le alternative vengono utilizzate più spesso del catetere.

Standardizzazione

Si dibatte se, per aumentare la sicurezza, sia più opportuno ridurre il margine di manovra umano mediante standardizzazione o se invece ampliarlo introducendo una maggiore libertà decisionale. L'essere umano può essere considerato un potenziale rischio per la sicurezza oppure una chiave della sicurezza grazie alla sua capacità di adattarsi spontaneamente a diverse situazioni (resilienza). Entrambi gli approcci sono importanti. Il grado di standardizzazione necessario dipende dal problema e dal contesto. Se per esempio in laboratorio una direttiva severa può essere di beneficio per la sicurezza, al pronto soccorso occorre lasciare maggiore margine di manovra ai collaboratori. Ma anche in questo caso può essere utile introdurre un certo grado di standardizzazione, per esempio nel modo di comunicare. Per prevenire l'attivismo, è bene tenere presente che direttive severe non comportano necessariamente una maggiore sicurezza, anzi, in alcuni casi possono avere l'effetto opposto in quanto ostacolano i collaboratori nello svolgimento del loro lavoro.

Redazione del verbale e strumenti di apprendimento

Se non viene decisa alcuna misura, nel verbale occorrerebbe indicarne il motivo, per esempio che non è chiaro quali misure possano risultare utili. Ciò serve in primis a non trasmettere ai partecipanti la sensazione di parlare tanto ma di non combinare nulla alla fine. Le responsabilità e le scadenze per il monitoraggio delle misure vengono fissate nelle conferenze dedicate alla mortalità e alla morbilità e dipendono sempre dal caso e dalle capacità. Secondo il tipo di misura, vanno coinvolti altri settori interni (p. es. in caso di adeguamento dell'infrastruttura). Anche se non possono essere adottate misure, le conclusioni su quanto appreso andrebbero in ogni caso formulate e documentate nel verbale.

Valutazione

Valutazione da parte dei partecipanti

Per la valutazione da parte dei partecipanti, l'ideale è servirsi di un breve questionario da compilare direttamente in coda alla conferenza. Il conduttore e il moderatore esaminano insieme i questionari dopo la conferenza, monitorano il prosieguo e discutono eventuali misure. Non si tratta di fare in modo che tutti i partecipanti siano sempre soddisfatti e vedano un'utilità. A livello di gruppo e a lungo termine, vanno però perseguite valutazioni positive, altrimenti conviene chiedere ai partecipanti di formulare proposte di miglioramento.

Valutazione da parte della conduzione e della gestione del rischio e della qualità

La conduzione e la gestione della qualità e del rischio possono valutare gli esiti della conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità su più livelli: reazione diretta (p. es. riscontri positivi sulla conferenza), apprendimento (i partecipanti dichiarano o dimostrano di aver appreso qualcosa), comportamento (si osservano o vengono riportati cambiamenti di comportamento), risultati (gli indicatori clinici sono cambiati). Per quanto riguarda gli indicatori clinici, sconsigliamo di considerare i cambiamenti dei tassi di mortalità quale outcome della conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità, in quanto essi sono in primis influenzati dall'effettivo di pazienti. Meglio affidarsi a indicatori legati ai processi, come il «time to antibiotics». Se si desidera seguire il miglioramento di un indicatore specifico su un certo arco temporale, è possibile predisporre un monitoraggio da parte della selezione dei casi. Il monitoraggio del manifestarsi di cosiddetti «never events» (eventi gravi considerati completamente evitabili, per esempio un intervento chirurgico sul lato sbagliato) è un importante complemento a livello di outcome.

Prime fasi

-
- **Prendere decisioni di principio: conferenze interdisciplinari e interprofessionali? Definire i criteri e le fonti per la selezione dei casi.**
 - **Informare e coinvolgere la gestione del rischio e della qualità, nonché la direzione.**
 - **Individuare persone appropriate e assegnare i ruoli, organizzare le formazioni per il moderatore e il mentore.**
 - **Definire il giorno e l'ora (affinché il maggior numero possibile di partecipanti possa partecipare).**
 - **Organizzare gli spazi (sufficienti posti a sedere, buona visibilità degli schermi, buona raggiungibilità).**
 - **All'occorrenza, scaricare da www.patientensicherheit.ch/mm materiale per la selezione dei casi, il conduttore, il moderatore, il mentore ecc.**
 - **Svolgere l'incontro informativo con i contenuti seguenti:**
 - a) se una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbilità è già organizzata, quali novità ci sono? Che cosa resta invariato?;
 - b) obiettivi e principi della conferenza (è bene insistere su questo punto);
 - c) ruoli (p. es. chi appartiene al team di selezione dei casi, chi modera ecc.) e composizione dei partecipanti, comunicazione della partecipazione obbligatoria;
 - d) criteri di selezione dei casi;
 - e) svolgimento di una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbilità;
 - f) comunicazione di ciò che ci si attende dai partecipanti;
 - g) giorno, ora e luogo;
 - h) informazione in merito al segreto professionale.

.....

«Ci vuole pazienza per consolidare una conferenza interdisciplinare e interprofessionale, ma è importante.»

Prof. dr. med. Bernhard Frey,
primario Medicina intensiva e neonatologia

.....

Aspetti legali

La confidenzialità interna non protegge dalle autorità, segnatamente dal ministero pubblico, e da implicazioni giuridiche. In Svizzera, non esiste alcuna base giuridica che disciplini l'interesse degli ospedali di apprendere dagli errori, e quello dei pazienti o della giustizia in caso di danni. L'accesso a documenti come la presentazione e il verbale, se esistenti, deve essere garantito. La Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda agli istituti sanitari di ridurre il rischio giuridico adottando misure organizzative fino a quando la situazione giuridica non sarà chiaramente definita. Qualora un istituto sanitario fosse chiamato dalle autorità giudiziarie a ottemperare all'obbligo di edizione, andrebbe ponderata attentamente l'eventualità di chiedere l'apposizione di sigilli.

Allegato

Gli strumenti seguenti e una bibliografia commentata sono disponibili online all'indirizzo www.securitedespateurs.ch/rmm.

- Lista di controllo selezione dei casi (per il team di selezione dei casi)
- Lista di controllo preparazione (per il presentatore e il mentore)
- Modello di presentazione (per il presentatore e il mentore)
- Modello Pocket Card conduzione (per il conduttore)
- Modello Pocket Card moderazione (per il moderatore)
- Modello Dispense (per i partecipanti)
- Modello Questionario di valutazione (per i partecipanti)
- Modello di verbale (per il verbalista)

Lista di controllo selezione dei casi

Membri del team di selezione dei casi:

A) RISULTATO INDESIDERATO

- Decesso
- Complicanza
- Trasferimento non previsto
- Reintervento
- Riammissione
- Problemi di diagnosi o di cura confermati dall'autopsia
- Grave incidente evitato di poco («near miss»)
- _____

B) PRESUNTA EVITABILITÀ/POTENZIALE DI APPRENDIMENTO

Con errore si intende un'azione o un'omissione all'origine della quale c'è una divergenza dal piano (errore di esecuzione), un piano errato o nessun piano (errore di pianificazione). Un errore è per definizione evitabile. L'effetto collaterale di un farmaco, per esempio, non è di per sé un errore, bensì un evento indesiderato. Se però nella cartella viene annotato che il paziente in questione non tollera tale farmaco, allora si parla di evento indesiderato evitabile. Un errore non deve necessariamente causare un danno. Spesso, non ha alcuna conseguenza e non viene nemmeno notato.

Lista di controllo selezione dei casi

L'elenco per l'individuazione di errori va inteso come spunto e non è esaustivo.

- Diagnosi e cura adeguate e tempestive**
(preoperatorio/interoperatorio/postoperatorio, misure diagnostiche, terapia conservativa/interventi, prescrizione di farmaci, somministrazione di farmaci)
- Processo di cura adeguato, e discusso criticamente e tempestivamente**
(diagnosi di lavoro, individuazione e soluzione tempestive di problemi)
- Indicazione per l'operazione/l'intervento/la terapia intensiva adeguata dal punto di vista del contenuto e tempestiva**
(problemi nei punti di interfaccia, gestione delle complicanze corretta dal punto di vista medico, fallimento di misure d'emergenza, gestione di pazienti a rischio, ritardo nel trasferimento in seno all'ospedale o da un nosocomio all'altro)
- Direttive/standard di cura**
(considerate, applicate, rispetto delle direttive o eccezione motivata, standard terapeutici ragionevoli riconoscibili)
- Controlli delle procedure di cura**
(da parte del primario/del capo clinica e documentate, da parte del medico curante del reparto, consegne mediche, visite primario/capo clinica, medici di fiducia, cooperazione personale infermieristico/team terapeutici)
- Documentazione completa e coerente**
(informazioni sull'operazione/l'intervento, decorso della cura, decisioni terapeutiche, rapporto operatorio e rapporti sui trasferimenti, consulenze, limitazioni terapeutiche, contenuto logico della lettera del medico)
- Collaborazione interdisciplinare e interprofessionale senza attriti**
(fase pre/post operatoria, medicina intensiva, consulenti)
- Comunicazione**
(comunicazione completa all'interno del reparto, discussione in vista di un trasferimento, trasferimento di compiti concreti; comunicazione completa con il personale infermieristico, attuazione tempestiva delle disposizioni, reazione tempestiva alle disposizioni del personale infermieristico; informazione tempestiva ai familiari)

Preparazione del caso per la conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità

1. ELABORAZIONE DEL CASO E INDIVIDUAZIONE DELL'ERRORE

Che cosa è successo e che cosa è andato storto?

Acquisizione di dati per la presentazione cronologica.

Possibili fonti:

- cartella del paziente, laboratorio, patologia, diagnostica per immagini;
- linee guida e standard interni;
- letteratura specialistica;
- informazioni delle e sulle persone coinvolte:
 - che cosa ha significato il caso X per te?
 - come hai agito?
 - che cosa ti è passato per la testa quando hai fatto X/Y?
- eventualmente altro.

Limitarsi a presentare l'essenziale!

2. INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI INFLUENZANTI (analisi preliminare)

Che cosa ha influenzato quanto è accaduto?

Fattori di influenza sistemici secondo il Protocollo di Londra

In che misura possono aver influito le condizioni di lavoro quando la persona si è trovata ad affrontare le sfide concrete del compito? Esseri umani e ambiente interagiscono, e talvolta all'origine di errori ci sono interazioni infelici in seno a unità di per sé funzionanti: la facilità di utilizzo di uno strumento informatico, per esempio, diventa più importante in una situazione di stress, le regole non scritte sono acquisite soltanto dopo alcuni anni di lavoro in un determinato ospedale, la stanchezza non consente di occuparsi in modo ottimale di pazienti complessi, le vie di comunicazione e la cultura della sicurezza sono determinanti al momento di decidere se coinvolgere altre persone in un momento critico. Per individuare fattori di influenza sistemici, può essere utile ricorrere alla lista di controllo secondo il Protocollo di Londra. È determinante osservare il caso da prospettive diverse e tenere in considerazione le interazioni. L'elenco funge da spunto, non occorre perdere troppo tempo a riflettere su che cosa vada in quale categoria.

Preparazione del caso per la conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità

Fattore quadro	Fattore contribuente che può influenzare la pratica clinica
Caratteristiche del paziente	<ul style="list-style-type: none">• Condizioni (complessità e gravità)• Lingua e comunicazione• Personalità e fattori sociali
Fattori legati al compito	<ul style="list-style-type: none">• Progettazione e chiarezza strutturale del compito• Disponibilità ed utilizzo di istruzioni e procedure• Disponibilità ed accuratezza dei risultati degli esami• Supporto nel processo decisionale
Fattori individuali (legati all'individualità del personale)	<ul style="list-style-type: none">• Conoscenze ed abilità• Competenza• Salute fisica e mentale
Fattori legati al team di lavoro	<ul style="list-style-type: none">• Comunicazione verbale e scritta• Supervisione e opportunità di aiuto• Struttura del team (compatibilità, coerenza, leadership, ecc.)
Fattori legati all'ambiente di lavoro	<ul style="list-style-type: none">• Dotazione di personale e mix delle competenze• Carichi di lavoro e modalità di turnazione• Progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature• Supporto amministrativo e gestionale• Ambiente fisico
Fattori gestionali e organizzativi	<ul style="list-style-type: none">• Risorse e vincoli finanziari• Struttura organizzativa• Politica, standard e obiettivi• Cultura della sicurezza e priorità
Fattori legati al contesto istituzionale	<ul style="list-style-type: none">• Contesto economico e regolatore• Politica sanitaria• Collegamenti con organizzazioni esterne

Distorsioni cognitive possono aver influito?

In una seconda fase dell'analisi, è possibile valutare se distorsioni cognitive possano aver influito. Di seguito, trovate un elenco di distorsioni cognitive comuni. Si tratta di uno spunto, non è necessario conoscere le denominazioni corrette.

DISTORSIONI COGNITIVE

Euristica della disponibilità (availability bias)

La facilità con la quale si ricordano determinati contenuti influisce sulla percezione soggettiva della probabilità che una cosa avvenga. I contenuti dei quali ci occupiamo regolarmente vengono richiamati più rapidamente alla memoria, indipendentemente dal fatto che sia effettivamente più probabile che si verifichino. Ciò può avere effetti per esempio nel quadro della diagnosi.

Errori di conferma (confirmation bias)

Tendiamo a prendere per buone informazioni che confermano le nostre impressioni e a trascurare quelle che contraddicono le nostre aspettative.

Occhiali da triage (triage cueing)

Al pronto soccorso, capita sovente di dover suddividere i pazienti secondo il quadro clinico e lo stato. Non appena un paziente viene assegnato a un determinato reparto, egli verrà innanzitutto considerato con gli «occhiali» di quella categoria.

Compito yin-yang (yin-yang out)

Dopo numerosi interventi diagnostici, si tende a lasciar perdere prima di aver ottenuto un risultato soddisfacente.

Ritirata della zebra (zebra retreat)

Non viene dato seguito a diagnosi differenziali rare perché non si vogliono sprecare risorse (tempo e denaro), non si vuole essere tacciati di poco realismo, non si ha accesso a specialisti (p. es. il fine settimana) oppure per stanchezza o distrazione.

Effetto carrozzone (bandwagon effect)

Si tende a credere o a fare determinate cose solo perché le credono o le fanno altri. Il cosiddetto pensiero di gruppo, per esempio, induce persone competenti a prendere pessime decisioni in quanto ogni membro adatta la sua opinione a quella presunta del gruppo.

Effetto momentum (diagnosis momentum)

Ipotesi iniziali si trasformano progressivamente in diagnosi definitive, perché tutti ne parlano e accettano la diagnosi. A un certo punto, viene meno la diagnosi differenziale.

Errori di commissione (commission bias)

Vige la convinzione che solo intervenendo possa essere salvaguardato il benessere del paziente.

Errori di omissione (omission bias)

Pessimi risultati originati da un decorso naturale sono più accettati di quelli causati da interventi medici. Di conseguenza, nel dubbio talvolta si tende a non intervenire. Gli errori di omissione sono più frequenti di quelli di commissione.

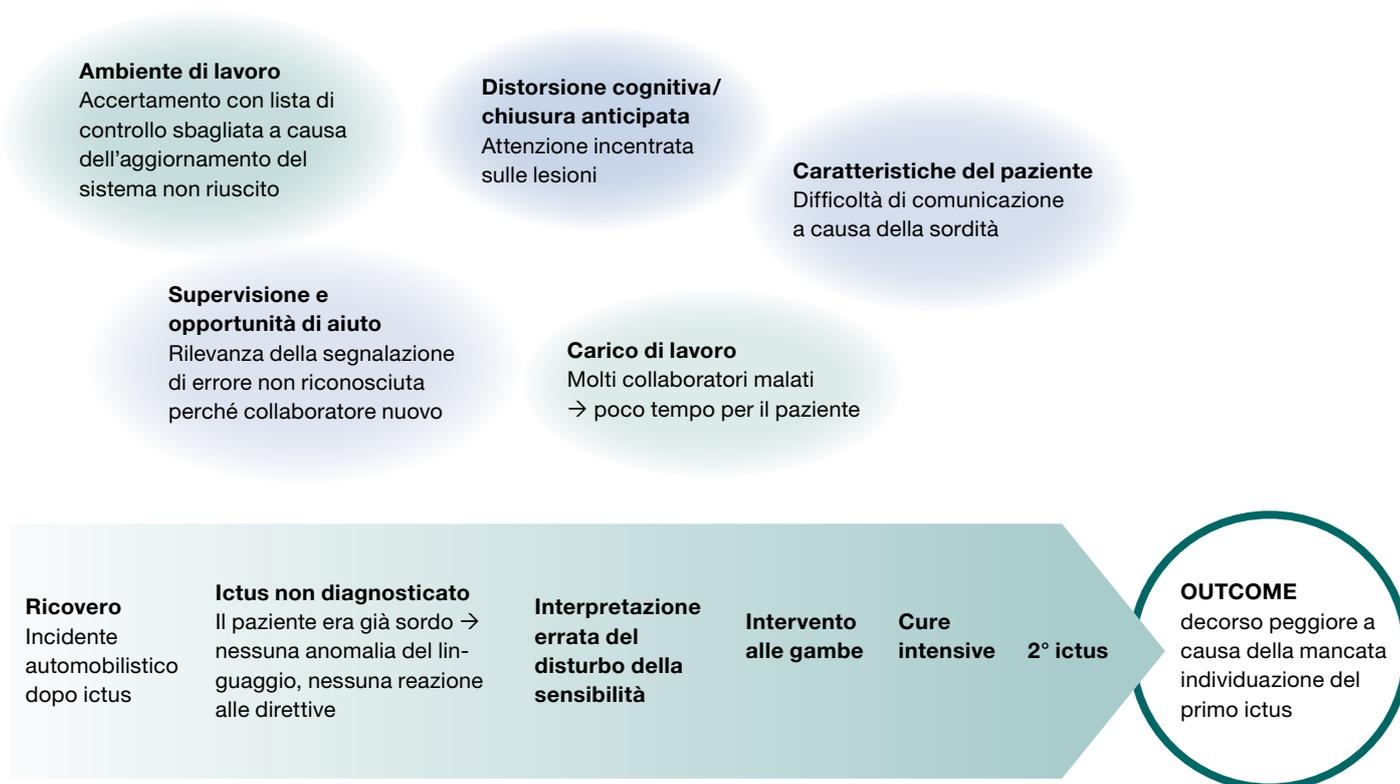
Liberamente tradotto da: The Ottawa M&M Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality.

Preparazione del caso per la conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità

Rappresentazione dell'analisi preliminare per la discussione con i partecipanti

Dopo la presentazione del caso, consigliamo di illustrare di nuovo, in una diapositiva separata e in ordine cronologico, i momenti chiave, che possono essere sia fatti medici, sia errori (freccia). La freccia non indica la catena di cause dell'errore, bensì unicamente la sequenza temporale degli eventi e delle azioni. I fattori individuati (Protocollo di Londra, distorsioni cognitive) vengono riportati nella stessa diapositiva. È importante che la categoria dei fattori (p. es. fattori legati al team) venga anche concretizzata (p. es. aggiornamento della diagnosi non comunicato). Questa diapositiva, che espone in modo conciso i risultati dell'analisi preliminare, funge da base per la discussione.

Possibile rappresentazione dell'analisi preliminare



Modello di presentazione



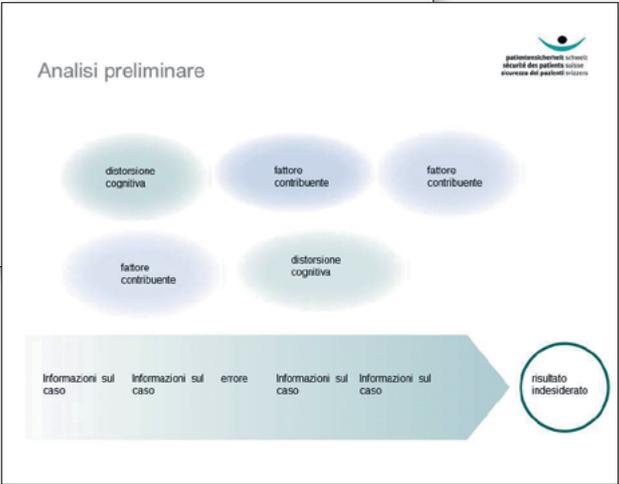
Conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità

Caso

- Dati sul paziente: *((quanto più possibile anonimi: nessun nome, nessuna data di nascita, sesso solo se rilevante))*
- Diagnosi ammissione e cura
- Decorso e m

Risultato indesiderato
((informazione del team review))

Errore
((informazione del team review))



Pocket Card conduzione

Lato anteriore e posteriore



Piegatura

Conferenze dedicate alla mortalità e alla morbiilità

Pocket Card conduzione

Conferenze dedicate alla mortalità e alla morbiilità

Pocket Card conduzione

Obiettivi della conferenza dedicata alla mortalità e alla morbiilità

- Miglioramento continuo dei processi e delle strutture
- Cambiamento della cultura della sicurezza: promuovere il pensiero sistemico
- Riflettere sul proprio modo di pensare
- Miglioramento delle conoscenze, delle capacità e delle competenze operative

Principi della conferenza dedicata alla mortalità e alla morbiilità

- Trasmissione dei valori della conduzione
- Oggettività e rispetto
- Confidenzialità
- Lavoro di squadra

Compiti durante la conferenza dedicata alla mortalità e alla morbiilità

- Benvenuto e commiato, comunicazione di obiettivi e principi
- Sicurezza psicologica: tutti osano esprimersi senza paura di figuracce o sanzioni
- Collaborazione e comunicazione tra discipline e gruppi professionali
- Riferimenti a conferenze precedenti e sostegno ai partecipanti per riconoscere le interazioni
- Definizione di chi si occupa del monitoraggio delle misure
- Messa a disposizione puntuale di conoscenze ed esperienze


patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

www.patientensicherheit.ch/mm

Riferimento: Linee guida – Conferenze dedicate alla mortalità e alla morbiilità



Pocket Card moderazione

Lato anteriore e posteriore



M&M

Conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità

Pocket Card moderazione

Domande guida

- 1 **Dopo la presentazione del caso:** ci sono domande inerenti alla comprensione del caso? (circa 5 minuti)
- 2 **Dopo l'analisi preliminare:** che cosa trovate convincente? Quali punti di vista non condividete? Che cosa manca? (10-20 minuti)
- 3 **Serve una misura? Che cosa si potrebbe fare?** Che cosa abbiamo imparato? (circa 5 minuti)

Che cosa dovrebbe fare il moderatore?

- Coinvolgere se possibile tutti i gruppi professionali e le discipline: chiedere sin dall'inizio i diversi punti di vista e moderare gli interventi dei gruppi professionali e delle discipline.
- Mettere in questione opinioni accettate.
- Rappresentare un approccio di buon senso: partire dal presupposto che tutti agiscano in buona fede.



Piegatura

Conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità

Pocket Card moderazione

Quando dovrebbe intervenire in modo cortese ma deciso il moderatore?

- Se qualcuno si difetta dalla questione in discussione, si giustifica.
- Se la prevedibilità degli eventi viene sopravvalutata (pregiudizio retrospettivo).
- Se le azioni vengono giustificate esclusivamente con le caratteristiche delle persone, senza considerare il contesto (errore fondamentale di attribuzione).

Per non dare l'impressione di interrompere arbitrariamente chi sta parlando, si consiglia di motivare brevemente la decisione di intervenire e/o di riepliegare velocemente quanto è stato detto.



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

www.patientensicherheit.ch/mm
Riferimento: Linee guida – Conferenze dedicate alla mortalità e alla morbidità

Dispense

per i partecipanti

REGOLE DEL GIOCO

- L'approccio deve essere curioso, orientato al miglioramento e rispettoso nei confronti degli altri e di sé stessi.
- È naturalmente possibile mostrare emozioni, che tuttavia non dovrebbero sfociare in accuse o giustificazioni.
- È bene essere concisi, affinché quante più persone possibile possano prendere la parola.
- Occorre portare rispetto agli altri partecipanti: il tema trattato deve restare confidenziale.

LISTE DI CONTROLLO PER LA DISCUSSIONE

Fattori di influenza sistemici secondo il Protocollo di Londra

Un errore non è mai legato a una sola causa. Spesso, si giunge alla conclusione che una combinazione di diverse azioni e circostanze ha comportato determinate azioni alla fine della catena di intervento (sharp end) con conseguenze negative, senza contare che poco tempo dopo l'evento il ricordo dell'esatto svolgimento può essere offuscato. È quindi improbabile riuscire a ricostruire correttamente quanto accaduto. Il caso di una conferenza dedicata alla mortalità e alla morbilità va quindi considerato in primis un sintomo e un punto di partenza per verificare e migliorare la sicurezza e l'appropriatezza dei processi e delle strutture.

Fattore quadro	Fattore contribuente che può influenzare la pratica clinica
Caratteristiche del paziente	<ul style="list-style-type: none">• Condizioni (complessità e gravità)• Lingua e comunicazione• Personalità e fattori sociali
Fattori legati al compito	<ul style="list-style-type: none">• Progettazione e chiarezza strutturale del compito• Disponibilità ed utilizzo di istruzioni e procedure• Disponibilità ed accuratezza dei risultati degli esami• Supporto nel processo decisionale
Fattori individuali (legati all'individualità del personale)	<ul style="list-style-type: none">• Conoscenze ed abilità• Competenza• Salute fisica e mentale
Fattori legati al team di lavoro	<ul style="list-style-type: none">• Comunicazione verbale e scritta• Supervisione e opportunità di aiuto• Struttura del team (compatibilità, coerenza, leadership, ecc.)
Fattori legati all'ambiente di lavoro	<ul style="list-style-type: none">• Dotazione di personale e mix delle competenze• Carichi di lavoro e modalità di turnazione• Progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature• Supporto amministrativo e gestionale• Ambiente fisico
Fattori gestionali e organizzativi	<ul style="list-style-type: none">• Risorse e vincoli finanziari• Struttura organizzativa• Politica, standard e obiettivi• Cultura della sicurezza e priorità
Fattori legati al contesto istituzionale	<ul style="list-style-type: none">• Contesto economico e regolatore• Politica sanitaria• Collegamenti con organizzazioni esterne

Distorsioni cognitive possono aver influito?

Può capitare pure a collaboratori esperti e altamente qualificati di elaborare informazioni in modo non ottimale e di trarre conclusioni errate. Molti eventi indesiderati sono causati da cosiddette distorsioni cognitive (scorciatoie di pensiero, errori di pensiero, euristica, pregiudizi cognitivi). Le distorsioni cognitive nella pianificazione e nello svolgimento di attività sono normali e quotidiane, e servono ad accelerare i processi decisionali. Senza, non sarebbe possibile svolgere il lavoro quotidiano nel rispetto delle scadenze. Il fatto di menzionare concretamente queste distorsioni e di parlarne agevola l'individuazione delle circostanze nelle quali si tende ad adottare scorciatoie di pensiero, e all'occorrenza ciò permette di attuare le misure del caso.

DISTORSIONI COGNITIVE

(Nota: l'elenco non è esaustivo.)

Euristica della disponibilità (availability bias)

La facilità con la quale si ricordano determinati contenuti influisce sulla percezione soggettiva della probabilità che una cosa avvenga. I contenuti dei quali ci occupiamo regolarmente vengono richiamati più rapidamente alla memoria, indipendentemente dal fatto che sia effettivamente più probabile che si verifichino. Ciò può avere effetti per esempio nel quadro della diagnosi.

Occhiali da triage (triage cueing)

Al pronto soccorso, capita sovente di dover suddividere i pazienti secondo il quadro clinico e lo stato. Non appena un paziente viene assegnato a un determinato reparto, egli verrà innanzitutto considerato con gli «occhiali» di quella categoria.

Compito yin-yang (yin-yang out)

Dopo numerosi interventi diagnostici, si tende a lasciar perdere prima di aver ottenuto un risultato soddisfacente.

Ritirata della zebra (zebra retreat)

Non viene dato seguito a diagnosi differenziali rare perché non si vogliono sprecare risorse (tempo e denaro), non si vuole essere tacciati di poco realismo, non si ha accesso a specialisti (p. es. il fine settimana) oppure per stanchezza o distrazione.

Effetto carrozzone (bandwagon effect)

Si tende a credere o a fare determinate cose solo perché le credono o le fanno altri. Il cosiddetto pensiero di gruppo, per esempio, induce persone competenti a prendere pessime decisioni in quanto ogni membro adatta la sua opinione a quella presunta del gruppo.

Errori di conferma (confirmation bias)

Tendiamo a prendere per buone informazioni che confermano le nostre impressioni e a trascurare quelle che contraddicono le nostre aspettative.

Effetto momentum (diagnosis momentum)

Ipotesi si trasformano progressivamente in diagnosi, perché tutti ne parlano e accettano la diagnosi. A un certo punto, viene meno la diagnosi differenziale.

Errori di commissione (commission bias)

Vige la convinzione che solo intervenendo possa essere salvaguardato il benessere del paziente.

Errori di omissione (omission bias)

Pessimi risultati originati da un decorso naturale sono più accettati di quelli causati da interventi medici. Di conseguenza, nel dubbio talvolta si tende a non intervenire. Gli errori di omissione sono più frequenti di quelli di commissione.

Liberamente tradotto da:

The Ottawa M&M Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality.

Questionario di valutazione

per i partecipanti

Indicazioni personali (facoltative)

Gruppo professionale: Personale medico Personale infermieristico Altro

Anni di servizio: _____

Si prega di contrassegnare l'apposita casella.

Nell'odierna conferenza dedicata alla mortalità e alla morbidità ...

	Si	In parte	No
ho potuto parlare apertamente (o avrei potuto parlare apertamente se ne avessi avuta la necessità).			
ho avuto l'impressione che la maggior parte dei presenti potesse parlare apertamente.			
è stato chiarito se e che cosa è andato storto.			
sono stati affrontati i principali fattori che favoriscono gli errori.			
ho potuto capire meglio le interazioni in seno all'organizzazione.			
è emerso chiaramente quali insegnamenti possano essere tratti dal caso.			
ho potuto ampliare il mio bagaglio di conoscenze.			
sono state discusse misure ragionevoli oppure è stato chiarito come mai non vi sia bisogno di misure.			
ho acquisito la sensazione che in futuro mi sentirò più sicuro/a se dovessi trovarmi in situazioni analoghe.			
le riserve tra le discipline erano palesi.			
le riserve tra i gruppi professionali erano palesi.			
regnava un'atmosfera all'insegna del rispetto e della stima reciproci.			
regnava un'atmosfera orientata al miglioramento.			
sono stati messi alla berlina dei collaboratori.			
ho avuto la sensazione di capire meglio i miei colleghi, indipendentemente dal grado gerarchico.			
ho avuto la sensazione di capire meglio persone di altre discipline (p. es. chirurgia, anesthesiologia, patologia ecc.).			
ho avuto la sensazione di capire meglio persone di altri gruppi professionali (p. es. medici, infermieri, terapisti).			

Liberamente tradotto da:

Becker, Andreas A. Eine Übersicht zu den Qualitätskriterien erfolgreicher Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. In: Beiträge zu Patientensicherheit im Krankenhaus. Herausgeber: Becker A. Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH et Co. KG, Kulmbach. 2015.

Verbale

Evento indesiderato (anonimizzato) _____

Fattori sistemici individuati (Protocollo di Londra)

- _____
- _____
- _____

Distorsioni cognitive individuate

- _____
- _____
- _____

Misura(e) _____

Responsabile _____

Scadenza _____

Nessuna misura, perché ... _____

Strumenti di apprendimento _____

IMPRESSUM

Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

Zurigo, maggio 2019

Redazione: Lynn Häslar

Produzione: Anna Wegelin

Impaginazione: giselaburkhalter.ch

Stampa: SteudlerPress, Basel

Tiratura: 140 ital., 1700 ted., 760 fr.

ISBN 3-905803-29-1

Linee guida per lo svolgimento
Conferenze dedicate alla mortalità
e alla morbilità

**Fondazione Sicurezza
dei pazienti Svizzera**
Asylstrasse 77
CH-8032 Zurigo
T +41 43 244 14 80
info@patientensicherheit.ch
www.patientensicherheit.ch



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera