

# 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**

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

**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

