

Apprendimento interattivo nella stanza degli errori

Guida per l'utente per case di riposo e di cura



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera



La «stanza degli errori»: riconoscere i rischi e creare sicurezza

Una «stanza degli errori» è un locale per le esercitazioni nel quale, al cospetto di una situazione simulata, i collaboratori di una casa di riposo o di cura vengono sensibilizzati su temi della sicurezza dei pazienti. Ciò significa concretamente che una persona responsabile dello svolgimento dell'esercitazione nasconde in una stanza appositamente predisposta errori e rischi per gli ospiti che possono presentarsi nel lavoro quotidiano. I collaboratori, individualmente o a gruppi (interdisciplinari) di tre-sei persone, cercano di individuare gli errori e i rischi simulati. Si tratta di un'opera di sensibilizzazione per la sicurezza dei pazienti a bassa soglia e vicina alla prassi che permette di esercitarsi a prestare attenzione agli elementi ambientali (situational awareness) ed, eventualmente, di imparare da altri membri del gruppo.

Il presente manuale contiene informazioni scientifiche, scenari e materiali al fine di agevolare l'attuazione concreta di una «stanza degli errori» in una casa di riposo o di cura. Il manuale si basa sulle istruzioni che sono state sviluppate nel 2019 da Sicurezza dei pazienti Svizzera per gli ospedali [1].

Download gratuito sul sito www.patientensicherheit.ch

Autori: Andrea Niederhauser, Dr. Katrin Gehring, Prof. Dr. David Schwappach, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

Contributi: diversi esperti hanno collaborato a sviluppare i materiali. A loro va il nostro sentito ringraziamento:

- Sonja Baumann, collaboratrice scientifica, Università di Basilea
- Karin Büscher, responsabile assistenza + cura, casa per anziani Limmat - Città di Zurigo
- Silvia Bühler, responsabile casa per anziani, casa per anziani Rebwies - Città di Zurigo
- Andrea Christen, ufficio assistenza + cura, case per anziani Città di Zurigo
- Dr. Lea Brühwiler, collaboratrice scientifica, Fondazione Sicurezza dei pazienti
- Dr. med. Simone Fischer, responsabile programma, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
- Marianne Geiser, vice responsabile cura, Steinhof Lucerna
- Anita Imhof, responsabile programma, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
- Alfons Url, Dipl. esperto terapia intensiva, co-responsabile rianimazione, Hirslanden AG, Clinica Hirslanden Zurigo
- PD Dr. med. Elisabeth Van Gessel, ex direttrice del centro di simulazione interprofessionale di Ginevra, Università di Ginevra
- Ramona Wismer, responsabile qualità junior, Hirslanden AG, Clinica Hirslanden Zurigo

Un particolare ringraziamento è rivolto alla signora Büscher, alla signora Bühler e alla signora Christen delle case per anziani della Città di Zurigo per aver messo a disposizione una prima versione degli scenari.

Sei aziende hanno partecipato ai test dei due scenari. Le esperienze raccolte durante tali test sono confluite nel manuale. Un sentito ringraziamento è rivolto alle aziende coinvolte nei test per la loro partecipazione.

Finanziamento: la nostra riconoscenza va all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) per il finanziamento del progetto.

Copertina: Lucid, Büro für kollektive Neugierde, 8003 Zurigo

Proposta di citazione: Niederhauser, A; Gehring, K; Schwappach, D: Apprendimento interattivo nella stanza degli errori. Guida per l'utente per case di riposo e di cura, 2021, Fondazione per la Sicurezza dei pazienti Svizzera, Zurigo.



Indice

1.	Contesto	3
2.	Obiettivi	5
3.	Caratteristiche della «stanza degli errori»	6
3.1.	Nascondere errori e rischi	6
3.2.	Cercare i pericoli e risolverli	6
3.3.	Team-event e corso di formazione in un'unica attività	6
4.	Attuazione di una «stanza degli errori»	7
4.1.	Preparazione	7
4.2.	Svolgimento	10
4.3.	Discussione a posteriori	11
5.	Scenario I: colazione nella sala da pranzo	14
5.1.	Paziente-modello fittizio	14
5.2.	Elenco degli errori	17
5.3.	Elenco del materiale da preparare	19
5.4.	Istruzioni per i partecipanti	20
6.	Scenario II: camera di un'ospite	21
6.1.	Paziente-modello fittizio	21
6.2.	Elenco degli errori	27
6.3.	Elenco del materiale da preparare	29
6.4.	Istruzioni per i partecipanti	30
7.	Materiale	31
7.1.	Modello elenco degli errori/scheda delle soluzioni	32
7.2.	Modello scheda di rilevamento errori	33
7.3.	Guida per il debriefing	34
8.	Bibliografia	36



1. Contesto

Gli ospiti di case di riposo e cura sono esposti a diversi pericoli, ad es. un ambiente poco sicuro (spazi, oggetti), provvedimenti medici e infermieristici non eseguiti correttamente o mancanti, documentazione incompleta o regole igieniche non rispettate. Questi rischi possono sfociare in danni e in eventi indesiderati, e rappresentano pertanto un problema maggiore per la sicurezza dei pazienti [2,3]. Benché i collaboratori ne siano fondamentalmente al corrente, nella quotidianità tali pericoli spesso non vengono individuati né corretti. Ad esempio, qualunque infermiere sa che mobili su rotelle non bloccati possono aumentare il pericolo di cadute. Al tempo stesso si verifica che i collaboratori si occupino di un'ospite senza percepire tale pericolo. 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]. Una buona consapevolezza della situazione significherebbe quindi notare i mobili non bloccati e riconoscere il pericolo connesso per l'ospite. La persona che agisce in questo modo è sensibilizzata sui possibili rischi durante la lungodegenza. 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 team di cura e il sostegno reciproco.

Per poter riconoscere ed evitare tempestivamente pericoli per gli ospiti, è importante allenare la consapevolezza della situazione dei collaboratori. Un approccio innovativo, efficace, a bassa soglia ed economico per allenare la consapevolezza della situazione è la cosiddetta «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 i pazienti. I collaboratori allenano le proprie capacità di identificare pericoli gravi per 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» si è nel frattempo molto diffusa: numerosi ospedali vi fanno ricorso regolarmente, per esempio, per studenti di cure infermieristiche e medicina, nonché per l'introduzione di nuovi medici assistenti [6,7]. Anche in Svizzera sono già state acquisite le prime esperienze positive con questo concetto [8]. Per promuovere la diffusione di questo concetto in Svizzera, la Fondazione Sicurezza dei pazienti nel 2019 ha elaborato sei scenari per una «stanza degli errori» in ospedale e il relativo manuale di attuazione [1].

Studi scientifici valutano positivamente la «stanza degli errori». Farnan et al. se ne sono occupati tra gli studenti di medicina e i medici assistenti neo-assunti [5]. Tra il 6% e l'84% dei pericoli per i pazienti simulati è stato individuato correttamente dagli studenti di medicina. I medici assistenti hanno individuato in media 5,1 dei 9 pericoli simulati. Il tasso di individuazione varia sensibilmente secondo il tipo di rischio: se



il rischio di caduta di un paziente delirante con il letto alzato è stato riconosciuto dal 70% dei medici assistenti, solo il 20% ha notato i cateteri vescicali inseriti in modo superfluo senza indicazione. Il riscontro degli studenti e dei medici assistenti in merito all'esercitazione è stato positivo. In un altro studio, i pericoli simulati erano accompagnati da misure inutili (misure definite da «choosing wisely»). Degli otto rischi inscenati nella «stanza degli errori», i medici assistenti ne hanno individuato in media il 66%, delle quattro misure inutili, che in determinate circostanze possono comportare a loro volta un rischio (p.es. una trasfusione di sangue superflua), solo il 19% [6]. Un errore farmacologico simulato (somministrazione di un farmaco non prescritto) è stato riconosciuto solo dal 40% dei partecipanti. È interessante notare che i medici assistenti che 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 erano 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 e vigile nei confronti dei rischi per i pazienti come conseguenza della simulazione. Un altro studio, incentrato in modo specifico sui pericoli per i pazienti in terapia intensiva, ha posto a confronto i risultati ottenuti nella «stanza degli errori» da studenti di medicina e di cure infermieristiche [9]. Ebbene, i dati hanno evidenziato notevoli 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 singole persone. Tuttavia, anche in squadra numerosi pericoli specifici non sono stati individuati correttamente, come p.es. una pressione eccessiva nella ventilazione di un paziente o la mancanza di una profilassi del decubito. I 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 l'applicazione della «stanza degli errori» è stata valutata in 13 ospedali nel 2019 [10]. I risultati hanno mostrato che tale esercitazione è un metodo accettato per allenare la consapevolezza della situazione dei collaboratori nell'ottica dei pericoli. I partecipanti hanno definito la «stanza degli errori» consigliabile (98%), rilevante (96%) e istruttiva (95%). Il 95% ha dichiarato di aver tratto vantaggio dallo scambio nel gruppo. In media sono stati individuati 4,7 dei dieci errori simulati.

Sono state testate diverse varianti della «stanza degli errori». In Canada, per esempio, il principio è stato esteso alle squadre multidisciplinari di un ospedale pediatrico [11], mentre Daupin et al. hanno valutato un utilizzo molto innovativo della «stanza degli errori» nel contesto della sicurezza della farmacoterapia [12] simulando 30 situazioni, tra cui 24 pericoli legati alla farmacoterapia, in una stanza combinata per il paziente e la preparazione dei farmaci. I pericoli comprendevano per esempio la prescrizione di morfina senza indicazione della modalità di somministrazione, la conservazione di cibo nel frigo dei farmaci o



l'aspirazione in una siringa di un farmaco da somministrare oralmente. Quasi il 68% degli errori simulati è stato individuato correttamente dai partecipanti (n = 230 infermieri, medici, personale farmaceutico). L'esperienza professionale non ha influito sui risultati nella «stanza degli errori». I partecipanti si sono dimostrati molto soddisfatti e ben il 96% di essi ha dichiarato di voler prendere parte a un'altra simulazione. Quasi tutti gli interpellati (98%) ritengono efficace questa forma di esercitazione.

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 ai partecipanti di svolgere un'apprezzata esercitazione dinamica e interattiva. L'approccio ludico la rende un ottimo strumento per la sensibilizzazione sui pericoli quotidiani per la sicurezza dei pazienti.

2. Obiettivi

- Sensibilizzare su pericoli concreti per la sicurezza dei pazienti
- Favorire il pensiero critico, la capacità di osservazione e la consapevolezza della situazione nell'ottica dei pericoli per i pazienti
- Promuovere la collaborazione (interprofessionale e interdisciplinare) attraverso la risoluzione collettiva di problemi, l'apprendimento reciproco e un miglioramento della comprensione reciproca delle attività, dei compiti e dei ruoli
- Creare consapevolezza su come aumentare la sicurezza nella casa di cura



3. Caratteristiche della «stanza degli errori»

Di seguito vengono descritti i punti più importanti di una «stanza degli errori» in case di riposo e di cura.

3.1. Nascondere errori e rischi

Una stanza predisposta per l'esercitazione viene allestita in modo realistico in base a uno scenario selezionato. A tale scopo sono necessari p.es. un manichino, documentazione fittizia relativa alle cure e alcuni oggetti, come un letto o un deambulatore. Al tempo stesso vengono simulati diversi errori e rischi che mettono in pericolo la sicurezza del paziente. Per esempio, viene prescritto un antibiotico anche se esiste un'indicazione relativa a un'allergia; un carrello per le pulizie si trova nella camera di un'ospite che soffre di demenza o il campanello è scollegato. Gli errori e i pericoli possono essere identificati osservando con precisione l'ambiente e contestualmente alle informazioni sull'ospite fittizia.

Gli errori e i pericoli descritti nel manuale sono rischi tipici e frequenti per la sicurezza dei pazienti (p.es. errori relativi alla farmacoterapia o a un pericolo di infezione o caduta). Tuttavia, a scopo integrativo è possibile tenere presente anche problemi specifici emersi nel proprio lavoro quotidiano e rispetto ai quali si desidera sensibilizzare i propri collaboratori.

3.2. Cercare i pericoli e risolverli

I collaboratori che partecipano all'esercitazione hanno il compito di trovare in un tempo indicato (p.es. 20 minuti), individualmente o in team, tutti gli errori e i pericoli per l'ospite che sono stati simulati. Gli errori e i pericoli individuati vengono documentati su una scheda di rilevamento errori. Gli errori e i pericoli simulati vengono poi risolti.

3.3. Team-event e corso di formazione in un'unica attività

La «stanza degli errori» può essere attuata in ogni casa di cura o di riposo perché non è praticamente necessaria alcuna attrezzatura speciale. A seconda dell'allestimento, l'approccio è interdisciplinare, indipendente dalla gerarchia e dal livello di esperienza: tutti i collaboratori possono partecipare. Gli errori possono essere cercati individualmente o in gruppo. Nell'approccio in gruppi è possibile promuovere ed esercitare lo scambio nel team e il dibattito collettivo sui temi relativi alla sicurezza dei pazienti.

La formazione sotto forma di una «stanza degli errori» è caratterizzata da un carattere ludico. Per tale motivo il confronto con pericoli per gli ospiti viene percepito in modo positivo dai collaboratori e in termini meno didattici, contrariamente a quanto avviene per esempio con le classiche campagne e formazioni.



4. Attuazione di una «stanza degli errori»

In questo capitolo si trovano indicazioni riguardo agli aspetti che occorre tenere presenti per l'attuazione di una «stanza degli errori».

4.1. Preparazione

4.1.1. Definire la persona responsabile

Determinare una persona che è responsabile per l'allestimento e l'esecuzione della «stanza degli errori». È evidente che la stessa persona successivamente gestirà la «stanza degli errori» e istruirà i partecipanti perché non potrà più partecipare attivamente alla ricerca degli errori a causa delle sue conoscenze pregresse (vedi Capitolo 4.2). Stabilire inoltre una persona che modererà il debriefing (vedi Capitolo 4.3). Può trattarsi della stessa persona che allestisce la stanza.

4.1.2. Selezionare lo scenario

Per la preparazione di una «stanza degli errori» in una casa di riposo o di cura sono disponibili due scenari diversi:

- scenario sala da pranzo (Capitolo 5)
- scenario camera dell'ospite (Capitolo 6)

Ogni scenario prevede il materiale di sostegno seguente:

- paziente-modello fittizio
- elenco degli errori
- elenco del materiale per preparare la stanza e gli errori
- istruzioni per i partecipanti

In entrambi gli scenari vengono simulati 11 errori e rischi per la sicurezza dei pazienti. L'errore numero 11 rientra nel campo di competenze del personale medico. Questo errore può essere tralasciato se nessun medico partecipa all'esercitazione. Naturalmente è possibile anche adattare gli scenari e inserire errori supplementari che sono rilevanti nella propria struttura e non sono tuttavia descritti nello scenario. Si raccomanda di nascondere nella stanza un totale di 10-15 errori e di selezionarli in modo tale che corrispondano alle proprie circostanze organizzative. L'ispirazione per ulteriori rischi o fonti di errori può provenire p.es. dal sistema interno di segnalazione degli errori o dallo scambio con i responsabili dei reparti.



Dopo che è stato stabilito quali errori e pericoli saranno riprodotti nella «stanza degli errori», occorre redigere un elenco completo degli errori. Un relativo modello è riportato nel materiale all'interno del Capitolo 7.1. Questo elenco degli errori può servire da scheda delle soluzioni che viene consegnata ai partecipanti dopo aver visitato la stanza o viene utilizzata durante il debriefing per illustrare gli errori nascosti.

Anche con un'attenta preparazione è presumibile che i partecipanti scoprano errori e pericoli supplementari che non erano stati nascosti intenzionalmente. È un segnale positivo che sottolinea un'elevata consapevolezza della situazione e non costituisce una critica all'organizzazione dell'esercitazione.

4.1.3. Allestire la stanza e redigere il materiale

Per la «stanza degli errori» occorre una stanza adeguata che possa essere allestita in funzione di camera di un ospite o sala da pranzo. Gli errori e i pericoli non dovrebbero essere nascosti in una stanza che viene utilizzata o dove risiede un ospite per non rischiare che errori nascosti possano trasformarsi in un pericolo reale. Per questo motivo raccomandiamo anche di non attuare lo scenario della sala da pranzo nella sala da pranzo effettiva, ma di riprodurla in un'altra stanza con l'aiuto di una tavola apparecchiata.

La stanza viene inscenata avvalendosi dell'elenco del materiale e degli errori dello scenario selezionato. Le possibilità e gli allestimenti sono diversi secondo la casa di riposo o di cura. Non sono posti limiti alla creatività. La stanza deve essere allestita in modo adeguato alla propria struttura e alle proprie possibilità. Se per esempio non si dispone di un manichino, perché non crearne uno cartonato? Per simulare l'urina nel sacchetto delle urine è sufficiente del tè alla camomilla, mentre un tampone tinto di rosso e applicato con una pellicola trasparente sui glutei del manichino ricorda una piaga da decubito.

Oltre alla stanza allestita, serve la documentazione relativa alle cure per la paziente fittizia. Per risparmiare tempo è possibile effettuare copie degli scenari preparati dal manuale e consegnarle ai partecipanti. Per realizzare tutto nel modo più vicino possibile alla realtà, è possibile anche redigere i documenti in modo tale che corrispondano alla documentazione della propria struttura, ad esempio creando nel fascicolo elettronico un'«ospite di prova». Su richiesta, possiamo inviare un modello in Word da cui è possibile copiare facilmente i testi. Può essere inoltre necessario che i farmaci negli scenari siano sostituiti con i preparati utilizzati solitamente nella propria struttura.



Esempio illustrativo di una «stanza degli errori» nella sala da pranzo

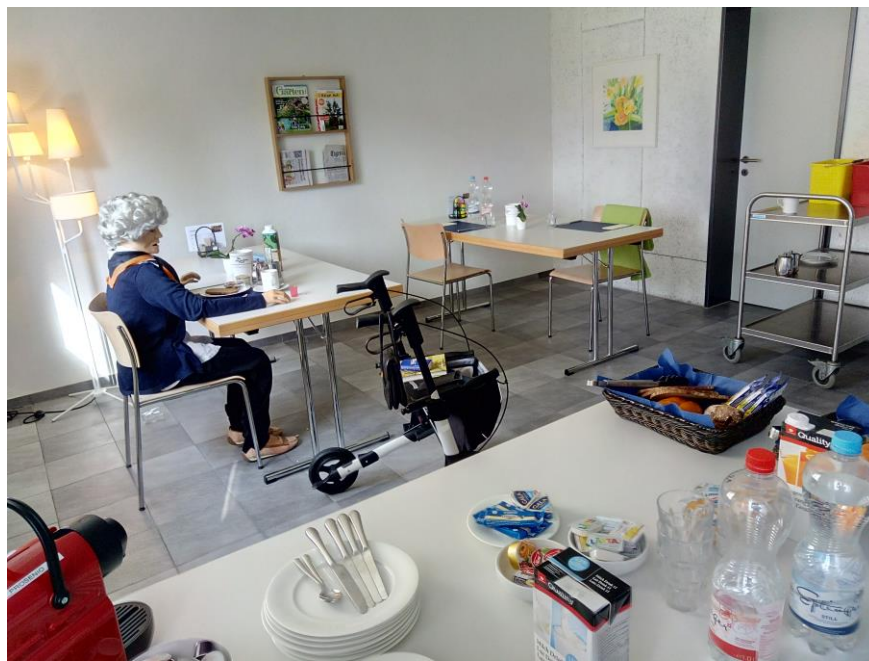


Foto: Bethesda Alterszentren AG, Prosenio e Rosenau

4.1.4. Selezionare la procedura adeguata

La «stanza degli errori» può essere sfruttata in vario modo. Conviene riflettere su quale sia la procedura più efficace nel caso concreto.

Orari di apertura

Stabilire prima di tutto se l'uso della stanza debba avvenire in modalità assistita o meno. *Modalità assistita* significa che la stanza è aperta in determinati orari ed è presente una persona che fornisce istruzioni ai partecipanti e illustra successivamente gli errori e i pericoli simulati. Tale procedura ha il vantaggio che i partecipanti possono rivolgersi alla persona presente per eventuali chiarimenti e si ha una panoramica precisa su chi si è recato nella stanza. *Modalità non assistita* significa che la stanza è aperta per giorni o settimane 24 ore al giorno e gli interessati hanno quindi accesso all'esercitazione in modo completamente a bassa soglia. In tal caso devono essere disponibili delle istruzioni, affinché i partecipanti sappiano che cosa devono fare. Inoltre, i partecipanti devono sapere dove ricevere alla fine la soluzione degli errori simulati. La stanza dovrebbe essere sottoposta regolarmente a controllo per garantire che tutti i partecipanti trovino la stessa situazione di partenza. Questa procedura ha il vantaggio di permettere ai collaboratori di accedere alla stanza appena hanno del tempo a disposizione.



Lavoro individuale o in gruppo

La «stanza degli errori» può essere frequentata da singoli oppure in gruppi. A seconda della procedura è necessaria una pianificazione corrispondente del personale. La frequentazione da parte di singole persone è più facile da organizzare. Tuttavia, lo svolgimento in gruppi presenta il vantaggio che è possibile uno scambio tra i partecipanti e l'apprendimento collettivo e reciproco. Gli scenari sono rivolti in primo luogo a persone che operano nell'assistenza diretta degli ospiti. Naturalmente alle «stanze degli errori» possono partecipare anche altri gruppi professionali, come addetti a pulizie, ricezione o medici. A seconda della composizione dei gruppi può essere importante fornire più informazioni di base al momento di illustrare la risoluzione degli errori.

4.2. Svolgimento

4.2.1. Persona presente per fornire assistenza

Una persona è responsabile per la «stanza degli errori» e ricopre i seguenti compiti:

- In caso di più esercitazioni controlla le stanze e si assicura che tutti i partecipanti trovino la stessa situazione di partenza corretta.
- Fornisce istruzioni ai partecipanti.
- Non ricopre alcun ruolo attivo durante la ricerca degli errori. Se un aspetto della procedura non è chiaro, può fornire informazioni. Non è tuttavia disponibile per fornire informazioni tecniche. In linea di massima ricopre piuttosto un ruolo passivo.

4.2.2. Compito per i partecipanti

Prima di entrare nella stanza, i partecipanti ricevono delle istruzioni riguardo a ciò che devono fare, oltre a tutte le informazioni sull'ospite fittizia. Queste istruzioni possono essere fornite per iscritto o oralmente dalla persona presente nella stanza per fornire assistenza. Un modello per le istruzioni ai partecipanti è riportato negli scenari (Capitolo 5.4 e 6.4).

I partecipanti hanno il compito di trovare in un periodo di tempo predefinito (ad es. 15 o 20 minuti) tutti i pericoli e gli errori simulati, che vengono poi documentati su una scheda di rilevamento errori (vedi modello nel Capitolo 7.2). La scheda compilata resta ai partecipanti o viene consegnata al responsabile del progetto a scopo di valutazione e deve rimanere anonima.

È importante che i partecipanti ricevano istruzioni riguardo al fatto di non correggere nulla nella stanza e di non comunicare la soluzione alle persone che non si sono ancora recate nella stanza.



Per la ricerca degli errori occorre mettere a disposizione di ogni partecipante una scheda di rilevamento errori, una matita ed eventualmente una cartellina per appunti (clipboard).

4.2.3. Gestione della stanza

È possibile che i partecipanti modifichino consapevolmente o inconsapevolmente la stanza, per esempio correggendo un errore. È quindi essenziale che la camera venga controllata regolarmente e che, all'occorrenza, i pericoli vengano ripristinati.

4.3. Discussione a posteriori

I collaboratori che partecipano all'esercitazione dovrebbero assolutamente essere informati su errori e rischi che erano nascosti nella stanza. Le alternative sono molteplici, come la possibilità per i partecipanti di esprimere il proprio feedback o un debriefing, a seconda della procedura. Altre opzioni sono consegnare una scheda con le soluzioni o una discussione conclusiva collettiva in cui viene presentata la risoluzione di pericoli ed errori per tutti i partecipanti.

La Fondazione Sicurezza dei pazienti raccomanda di eseguire un breve debriefing (discussione a posteriori) direttamente dopo aver visitato la «stanza degli errori». Le discussioni a posteriori guidate sono efficaci perché offrono ai partecipanti la possibilità di riflettere sull'esperienza vissuta e aumentare così l'effetto didattico dell'esercitazione [13,14]. Gli obiettivi del debriefing sulla «stanza degli errori» sono presentare la risoluzione degli errori e dei pericoli simulati, oltre a rafforzare la consapevolezza per possibili rischi che possono mettere a repentaglio la sicurezza degli ospiti nella casa di riposo o di cura. A differenza di un feedback, in cui i partecipanti ricevono informazioni esclusivamente sugli errori nascosti, un debriefing è un colloquio o una discussione reciproca. Il debriefing, tuttavia, non è un colloquio aperto, ma segue una struttura chiara [13]. In tal modo si garantisce che il colloquio sia condotto in modo mirato ed efficiente. Una proposta concreta per lo svolgimento del debriefing è riportata tra il materiale nel Capitolo 7.3 (Parte 1).

4.3.1. Quanto dura il debriefing?

Raccomandiamo di pianificare per il debriefing 15-20 minuti. Il manuale contiene proposte su come è possibile ampliare il debriefing, se il tempo a disposizione è superiore (Parte 2). Occorre informare i partecipanti in anticipo del piano temporale e terminare il debriefing puntualmente. Se sono previste più esercitazioni con gruppi diversi, occorre pianificare dopo il debriefing un tempo sufficiente per predisporre la stanza per il prossimo gruppo. Occorre calcolare anche pause per la persona che modera l'esercitazione.



4.3.2. Chi modera il debriefing?

La persona che modera il debriefing può, ma non deve necessariamente, essere la stessa persona che allestisce la «stanza degli errori» ed è presente per fornire assistenza. In caso di un numero elevato di partecipanti e di un utilizzo prolungato della stanza può essere sensato suddividere i compiti tra due (o più) persone.

Idealmente la persona ha esperienza nella moderazione di colloqui. Tuttavia, il debriefing può essere anche condotto da un collaboratore che soddisfa i seguenti criteri:

- è apprezzato e riconosciuto dagli altri collaboratori;
- mostra interesse e piacere ad assolvere questo compito;
- è in grado di fornire un feedback costruttivo e rispettoso;
- è in grado di creare un'atmosfera caratterizzata dalla fiducia;
- dispone di conoscenze tecniche sufficienti per classificare gli errori e i pericoli individuati (anche non intenzionali) e discuterne insieme con i partecipanti.

Si raccomanda che il moderatore del debriefing sia presente nella stanza durante la ricerca degli errori e osservi l'esercitazione. In tal modo, nel debriefing possono essere affrontati punti importanti che emergono durante lo svolgimento dell'esercitazione. Questa persona fornisce eventualmente istruzioni, risponde a domande relative alla procedura ed è a disposizione per domande di natura non tecnica. Non ricopre però un ruolo attivo nella ricerca degli errori.

4.3.3. A cosa occorre prestare attenzione durante il debriefing?

Presentare la risoluzione degli errori

L'obiettivo del debriefing è prima di tutto trasmettere conoscenze e sensibilizzare i collaboratori. Gli errori e i pericoli simulati vengono risolti durante il debriefing e integrati eventualmente con informazioni tecniche. Per aumentare l'effetto didattico, nel debriefing occorre in particolare tematizzare quali errori non sono stati individuati o sono stati trovati soltanto raramente e quali potrebbero essere i motivi alla base di tale circostanza. Il debriefing dovrebbe consentire un dibattito su quali modi di agire e di pensare siano necessari per poter scoprire determinati tipi di errori. È poi possibile un approfondimento di temi o aree di rischio specifiche, se è disponibile tempo sufficiente per il debriefing. Durante il debriefing possono emergere anche temi contenutistici o sovraordinati che possono essere affrontati o elaborati ulteriormente dopo lo svolgimento della «stanza degli errori».



Assumere un atteggiamento di base costruttivo e rispettoso

L'approccio del «good judgement» [15] descrive l'atteggiamento del moderatore nei confronti dei partecipanti. Il moderatore assume un atteggiamento di base che presume che i partecipanti siano competenti, facciano del loro meglio e desiderino imparare («good»). Durante la presentazione delle soluzioni il moderatore illustra chiaramente cosa era corretto e cosa non lo era e assume così una posizione («judgement»). Conducendo il colloquio mostra, tuttavia, che è interessato al punto di vista dei partecipanti e desidera comprendere il loro modo di agire e pensare, chiedendo loro ad esempio perché determinati errori sono stati individuati facilmente, mentre altri sono stati trovati solo raramente o non sono stati trovati affatto, o cosa hanno pensato i partecipanti in determinate situazioni.

Trasmettere sicurezza psicologica

I partecipanti devono avere la sensazione di essere sostenuti, incoraggiati e trattati in modo equo e di poter esprimere liberamente la propria opinione senza suscitare ilarità, essere criticati o puniti. Tale sensazione di sicurezza può essere promossa stabilendo le regole da seguire e tramite un tipo di dialogo aperto e all'insegna della fiducia.

Definire le regole da seguire

Le regole da seguire per il debriefing possono essere p.es.: tutti i partecipanti dovrebbero esprimersi; parla sempre soltanto una persona per volta; non vengono tollerati rimproveri, offese o accuse. Una regola importante è inoltre il «principio di Las Vegas»: tutto ciò che avviene e viene discusso nella stanza è riservato e non viene comunicato al di fuori del gruppo né dal moderatore né dai partecipanti.



5. Scenario I: colazione nella sala da pranzo

5.1. Paziente-modello fittizio

Scheda

Cognome, nome, data di nascita: signora Rossi Maria, 07.07.1931

Consenso alla rianimazione: No

Diagnosi:

Morbo di Parkinson (2014)

Osteoporosi (2001)

Debolezza d'udito (1999)

Cachessia

- Indice di massa corporea 16,4 kg/m²
(altezza: 158 cm, peso: 41kg)

Intolleranza al lattosio (1982)

Allergie: penicillina

Problema attuale:

La signora Rossi si lamenta da ieri di dolori al basso ventre e deve espellere urina più frequentemente. Inoltre, ha notato un odore diverso dell'urina. Dal giorno precedente è poco attiva. Non si reca più autonomamente nella sala da pranzo per i pasti, ma qualcuno deve andare a prenderla. Dopo aver assunto un lassativo, ieri ha avuto diarrea. Un'analisi delle urine ha fornito indicazioni per un'infezione delle vie urinarie. La signora Rossi si sposta con un deambulatore.

Contesto sociale:

La signora Rossi vive nella casa di riposo da due anni. Per lei è importante essere curata per questo ha appuntamenti settimanali in città da parrucchiere ed estetista per pedicure. Per la signora Rossi è molto importante un'alimentazione sana. Da anni è intollerante al lattosio ed evita cibi che contengono lattosio. Ha difficoltà con porzioni grandi o presentate in modo poco appetitoso. Sua figlia e suo genero vivono in Finlandia, un nipote in Nuova Zelanda. A causa della sua debolezza d'udito partecipa soltanto a poche attività nella casa di riposo. Provvede a se stessa da sola, soltanto la gestione dei farmaci è affidata al personale della casa di cura.



Farmaci

Farmaci fissi:	mattino	mezzogiorno	sera	notte
Levodopa 50 mg/Benserazide, 12,5 mg, capsule (1h prima del pasto)	1	1	1	1
Calcio con vitamina D3, 1000 mg/800 U, cpr da masticare	1	0	0	0
Nutrizione liquida altamente calorica, gusto pesca, tra i pasti	100	0	100	0
Co-Amoxicillina, compresse rivestite, 1000 mg	1	0	0	1

Farmaci in riserva:	
Dolori/febbre:	Paracetamolo, cpr, 500 mg fino a 4x1 / 24h
Delirio:	in caso di mancata efficacia delle terapie non farmacologiche: Aloperidolo gocce 2mg/ml fino a 4x10 gocce /24h.

Prescrizioni per gli infermieri

Assunzione di liquidi	Assunzione di liquidi \geq 1000 ml / giorno
Peso	Ogni 14 giorni

Diagnosi infermieristiche

	Diagnosi	Caratteristiche	Fattori influenzanti	Obiettivo	Misure	Valutazione
1	Gestione della salute inefficace	Difficoltà con la terapia prescritta Manifestata da incapacità di gestire i farmaci e controllare autonomamente il peso.	Debolezza d'udito	Stato di salute stabile	<ul style="list-style-type: none">- Dispensazione dei farmaci prescritti 4 x giorno- Gestione e controllo dei farmaci 1 x settimana; controllo supplementare dei farmaci prima della dispensazione- Farmaci ordinati e conservati da una persona addetta all'assistenza	1 x al mese, il lunedì



2	Alimentazione insufficiente / denutrizione	È sottopeso Riesce a mangiare solo porzioni piccole Perdita di appetito con porzioni grandi o se il cibo è presentato in un contesto poco appetitoso	Vicini di tavolo che sporcano mangiando	Mantenere il peso stabile Evitare la denutrizione	<ul style="list-style-type: none">– Ordinare porzioni di cibo piccole– Presentare il cibo in modo appetitoso– 2 x giorno nutrizione liquida altamente calorica come snack tra i pasti– Controllo del peso a mercoledì alterni, prima di pranzo (con pantofole). Se necessario, misurare più spesso e chiarire la causa.	1 x al mese, il lunedì
---	--	--	---	--	--	------------------------

Decorsi infermieristici

Data	Ora	Tema	Decorsi infermieristici
Ieri l'altro	11:30	Alimentazione/ cognizione	L'ospite dimentica di prepararsi per il pranzo e deve essere andata a prendere dalla persona addetta all'assistenza.
Ieri l'altro	19:00	Stato generale	L'ospite afferma di dover espellere urina più frequentemente e che l'urina ha un odore diverso dal solito. La persona addetta all'assistenza raccomanda di bere a sufficienza e porta un tè per la vescica.
Ieri	10:05	Stato generale	Il personale di servizio afferma che l'ospite non saluta e utilizza la sua bevanda per annaffiare le piante. Durante il colloquio con la persona addetta all'assistenza, l'ospite è apatica e sembra disorientata. Continua a lamentarsi dell'odore cambiato dell'urina. Combur test eseguito, l'urina è altamente concentrata.
Ieri	11:00	Visita / medico	La persona addetta all'assistenza informa il medico di famiglia e comunica il sospetto di un'infezione alle vie urinarie. Il medico di famiglia avvia la terapia antibiotica. Chiede alla persona addetta all'assistenza di dare un riscontro telefonico il giorno successivo.
Oggi	08:30	Stato generale	L'ospite continua ad essere disorientata sul piano spaziale e temporale, è stata infatti aiutata passo dopo passo da una persona addetta all'assistenza nei suoi preparativi del mattino ed è stata poi accompagnata in sala da pranzo.



5.2. Elenco degli errori

	Elenco degli errori/pericoli secondo l'OMS ¹	Descrizione	Preparazione
1	Farmaco/prescrizione: farmaco sbagliato	Viene prescritta Co-Amoxicillina in presenza di un'allergia alla penicillina.	Cartella clinica con relativa prescrizione
2	Farmaco/somministrazione: pericolo di saltare una dose	L'ospite fa cadere i farmaci senza accorgersene. La somministrazione dei farmaci non viene controllata, anche se l'ospite appare apatica.	2-3 compresse si trovano sull'ospite o sul pavimento sotto il tavolo
3	Farmaco/dispensazione: paziente sbagliato/farmaco sbagliato	Il portafarmaci che si trova sul tavolo riporta un altro nome.	Posizionare sul tavolo il portafarmaci con il nome sbagliato
4	Incidenti con il paziente: rischio di caduta	Il deambulatore si trova vicino al tavolo e non è frenato, oppure non è raggiungibile.	Posizionare il deambulatore fuori portata, non bloccarlo
5	Incidenti con il paziente: rischio di caduta	Il pavimento è bagnato a causa della bevanda che è stata versata.	Bicchieri sul pavimento e pozza davanti
6	Processi clinici/diagnosi/ valutazione: non aggiornati	Il cambiamento del comportamento (apatia e disorientamento) non viene riconosciuto come segno di uno stato confusionale grave in presenza di fattori di rischio esistenti, come infezione o disidratazione. Pericolo di uno stato confusionale grave. Diagnosi di cura non aggiornata; cambiamento del comportamento non comunicato.	Cartella clinica con informazioni mancanti
7	Processi clinici/misure infermieristiche: non attuate nonostante l'indicazione	L'assunzione di liquidi non viene controllata e documentata (nessun protocollo dell'assunzione di liquidi).	Nessun protocollo dell'assunzione di liquidi
8	Documentazione: informazioni incomplete	Non è stato prescritto alcun lassativo, neanche in riserva. Neanche nel rapporto infermieristico è riportato il motivo per cui è stato somministrato un lassativo.	Cartella clinica con informazioni mancanti
9	Alimentazione/dispensazione: alimentazione sbagliata	L'ospite ha davanti a sé uno yogurt a base di latte intero, anche se è intollerante al lattosio.	Yogurt a base di latte intero sul tavolo

¹ https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf



10	Alimentazione/dispensazione: prodotto scaduto	Il latte senza lattosio ha superato da tempo la data di scadenza.	Scrivere su una bottiglia di latte senza lattosio la data di scadenza di 1 settimana prima
11	Farmaco/prescrizione: farmaco sbagliato	La Co-Amoxicillina non è la prima scelta in caso di infezione delle vie urinarie.	Cartella clinica con relativa prescrizione



5.3. Elenco del materiale da preparare

Materiale per la dotazione della stanza	Osservazione
• Tavolo apparecchiato per la colazione	
• Quattro sedie	
• Manichino seduto, vestito	
• Portafarmaci con nome sbagliato	
• 2-3 compresse supplementari che si trovano sul manichino o sul pavimento	
• Yogurt a base di latte intero	
• Bottiglia di latte senza lattosio con data di scadenza di 1 settimana prima	
• Tavolo con accenno di un buffet con marmellata o altri generi alimentari	
• Deambulatore	
• Bicchiere e liquido sul pavimento	
• Cartella clinica con tutte le relative informazioni	
•	
•	
•	
•	
•	
Materiale per lo svolgimento dell'esercizio	
• Istruzioni per i partecipanti	
• Modelli stampati per il rilevamento degli errori	
• Cartelline per appunti (clipboard) e penne	
• Schede con le soluzioni per la discussione a posteriori	
•	
•	
•	
•	
•	



5.4. Istruzioni per i partecipanti

Entrate nella stanza e immaginatevi che il tavolo si trovi nella sala da pranzo. Il tavolo è apparecchiato per la signora Rossi. Leggete la documentazione e verificate poi se nella stanza e nella documentazione si trovino fonti di pericolo ed errori. Prestate attenzione anche a eventuali pericoli ed errori che esulano dal vostro settore di competenza professionale. Sulla scheda «Rilevamento errori» documentate tutte le fonti di pericolo e gli errori che notate in questa «sala da pranzo» e nella documentazione relativa alle cure della signora Rossi. Avete 15-20 minuti per questo compito. Lasciate la stanza così come l'avete trovata (non effettuate correzioni).

In una discussione a posteriori vi saranno illustrati gli errori simulati. Non condividete le soluzioni con gli altri partecipanti, per far sì che anche i colleghi possano trarre vantaggio dalla «stanza degli errori». Grazie mille!

In caso di domande, dubbi o suggerimenti, non esitate a rivolgervi al responsabile.

Buon lavoro!



6. Scenario II: camera di un'ospite

6.1. Paziente-modello fittizio

Scheda

Cognome, nome, data di nascita: signora Bianchi Anna, 04.03.1929

Consenso alla rianimazione: No

Diagnosi:

Stato dopo scompenso cardiaco (data di quattro settimane prima) cardiopatia coronarica, fibrillazione atriale parossistica non valvolare

Cardiopatia coronarica (2002)

Fibrillazione atriale parossistica non valvolare (2002)

Diabete mellito di tipo 2 (2000), insulino-dipendente

Ipertonia arteriosa (1993)

Gonartrosi ginocchio sinistro (2001)

Sviluppo di una demenza (2017)

Allergie: nessuna nota

Problema attuale:

Due settimane fa la signora Bianchi è tornata nella casa di riposo dopo un ricovero di due settimane in ospedale. Durante il ricovero in ospedale è stato compensato uno scompenso cardiaco e il diabete a rischio di crisi glicemica è stato gestito meglio. In ospedale le è stato inserito un catetere vescicale. Esso è stato lasciato al momento del ritorno nella casa di riposo. Da quando è tornata, la signora Bianchi si sente priva di energie e, per questo, rimane spesso a letto. Il suo stato generale è peggiorato ulteriormente. Dopo il suo ritorno era inoltre disorientata e notevolmente meno autonoma rispetto a prima del ricovero in ospedale. Pian piano la situazione sta tuttavia migliorando. I suoi valori glicemici invece oscillano ancora molto e sono in parte decisamente troppo elevati.

Stato clinico:

Arrossamento a livello sacrale

Contesto sociale:

La signora Bianchi vive nella casa di riposo da tre anni. È vedova e non ha figli. Grazie al suo modo di fare aperto e amichevole ha stretto molte amicizie con gli altri residenti e partecipa attivamente alle occasioni e alle proposte della casa di riposo. Lascia raramente la casa di riposo e ha pochi contatti all'esterno. Se i dolori sono gestiti correttamente, la signora Bianchi può spostarsi, accompagnata, con il deambulatore. Ha bisogno continuamente di ampio supporto nelle attività della vita quotidiana.



Farmaci

Farmaci fissi:	mattino	mezzogiorno	sera	notte
Lisinopril, cpr, 5 mg	1	0	0	0
Bisoprololo, cpr, 5 mg	½	0	0	0
Preparato di potassio, cpr, 10 mmol	1	0	0	0
Pantoprazol, cpr, 20 mg	1	0	0	0
Rivaroxaban, cpr, 20 mg	1	0	0	0
Torasemide, cpr, 10 mg	1	0	0	0
Insulina lispro 100 U/ml, penna subcutanea secondo schema insulinico	x	x	x	
Insulina detemir 100 U/ml, penna subcutanea	0	0	32 U	0
Ibuprofene, cpr, 400 mg	1	1	1	0

Farmaci in riserva:	
Agitazione	Seroquel, 25mg, max ½ cpr, 4 x giorno
Diarrea:	Loperamide, cpr, 2mg 2x1/ 24 ore
Dolori/febbre	Paracetamolo, cpr, 500 mg 4x1 / 24h
Saturazione di ossigeno (sO ₂) < 90%	Ossigeno O ₂ nasale fino a 2 litri / min

Prescrizioni per gli infermieri

Pressione/polso	1 x giorno
Peso	1 x giorno
Dieta	Alimentazione compatibile con diabete
Controllo della glicemia	3 x giorno



Grafico di cura

	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3	Giorno 4
Pressione (mmHg)	140/80	135/80	130/75	130/80
Polso	80	84	88	80
Peso (kg)	65,3	65,1	64,5	64,0

Schema insulinico

Lispro	5 – 7.9 mmol/L	8 – 9.9 mmol/L	10 – 11.9 mmol/L	12 – 13.9 mmol/L	14 – 15.9 mmol/L	16 – 17.9 mmol/L	>18 mmol/L
Mattino	-	6 U	7 U	8 U	9 U	10 U	11 U
Mezzogiorno	-	6 U	7 U	8 U	9 U	10 U	11 U
Sera	-	6 U	7 U	8 U	9 U	10 U	11 U

Data	Mattino		Mezzogiorno		Sera	
	Glicemia mmol/l	Insulina U s/c	Glicemia mmol/l	Insulina U s/c	Glicemia mmol/l	Insulina U s/c
Giorno 1	13,3	8	11,2	7	14,3	9
Giorno 2	11,5	7	12,8	8	18,7	11
Giorno 3	10,9	7	14,1	9	19,3	11
Giorno 4	7,8	6				



Diagnosi infermieristiche

	Diagnosi	Caratteristiche	Fattori influenzanti	Obiettivo	Misure	Valutazione
1	Deficit di autosufficienza - Cura del corpo - Vestizione - Utilizzo del bagno	Limitazione della capacità di lavare e asciugare il corpo Limitazione della capacità di indossare / togliere diversi capi di abbigliamento Limitazione della capacità di raggiungere il WC / alzarsi dal WC	Debolezza Limitazione cognitiva	Si sente curata e supportata dal personale.	<ul style="list-style-type: none">– Supporto nella cura quotidiana e nella pulizia dei denti– Supporto per fare la doccia, compreso lavaggio dei capelli 1 x settimana– Controllo delle unghie il giorno della doccia e taglio, se necessario– Rifare il letto la mattina. Cambio delle lenzuola se sporche, almeno ogni 2 settimane il giorno della doccia.– Sostegno nella scelta dell'abbigliamento e nella vestizione. Controllo che gli abiti siano puliti.	1 x al mese, il lunedì
2	Rischio di caduta	Non riesce ad alzarsi autonomamente dalla sedia. È troppo debole, cade sempre di nuovo a sedere.	Limitazione della capacità cognitiva Stanchezza Limitazione della mobilità Cadute nella storia pregressa	Assenza di lesioni dovute a cadute	<ul style="list-style-type: none">– Accompagnamento al bagno con il deambulatore (orari: 7:30, 11:00, 13:00, 17:30, 21:00)– Supporto con istruzioni tattili o verbali nello spostamento sulla poltrona/sul letto 2-4 x giorno– Scarpe chiuse con suola antiscivolo; appoggiare i piedi completamente sul pavimento– Accompagnamento in ogni spostamento con deambulatore– Assicurarsi che in ogni spostamento sia tutto a portata di mano (p.es. bevande, qualcosa per tenere occupata l'ospite, fazzoletto)– Tappetino con sensori in qualità di misura di prevenzione di cadute davanti al letto con il consenso dell'ospite	1 x al mese, il lunedì



3	Gestione della salute inefficace	Difficoltà con la terapia prescritta Manifestata da incapacità di gestire i farmaci e rispettare autonomamente altre terapie	Limitazione cognitiva Mobilità fisica limitata	Stato di salute stabile	<ul style="list-style-type: none">– Dispensazione dei farmaci prescritti 4 x giorno in mano e controllo della loro assunzione– Gestione e controllo dei farmaci 1 x settimana; controllo supplementare dei farmaci prima della dispensazione– Farmaci ordinati e conservati da una persona addetta all'assistenza– Misurazione della glicemia prima di tutti i pasti– Iniezione di insulina secondo prescrizione e schema insulinico 3 x giorno– Valutazione dei dolori: all'inizio del turno e prima di ogni spostamento chiedere l'intensità del dolore (leggero, medio, forte, molto forte) e, se necessario, offrire farmaci di riserva– Misurazione della pressione sanguigna 1 x giorno, prima di alzarsi la mattina– Controllo del peso 1 x giorno, dopo essersi alzata prima della colazione (in pigiama con scarpe da ginnastica).	1 x al mese, il lunedì
4	Limitazione della capacità mnemonica	Chiede continuamente dove deve andare o cosa deve fare	Trasferimento dalla casa di riposo in ospedale e viceversa Stato generale indebolito	Compensazione e di memoria e orientamento	<ul style="list-style-type: none">– Fornire aiuti per l'orientamento relativi a tempo, persone e spazio in occasione di ogni contatto– Posizionare aiuti per l'orientamento in camera all'interno della visuale (calendario, orologio)– Routine sempre simile, tenere conto delle abitudini; fornire informazioni sulle attività giornaliere successive al momento di lasciare la stanza	1 x al mese, il lunedì



Decorsi infermieristici

Data	Ora	Tema	Decorsi infermieristici
Giorno 1	11:00	Documentazione della cura Cura del corpo	La persona addetta all'assistenza si è occupata completamente della cura del corpo presso il lavandino in bagno perché l'ospite si sente debole. Cura delle parti intime anche ad opera della persona addetta all'assistenza, arrossamento dei glutei grande come la moneta da 2 franchi non eliminabile tramite pressione
Giorno 2	21:00	Documentazione della cura Vestire/sgestire	Pigiama fatto indossare dalla persona addetta all'assistenza perché l'ospite si sente debole. Glutei ancora arrossati, arrossamento non eliminabile tramite pressione.
Giorno 3	15:30	Documentazione della cura Alimentazione	L'ospite desidera una Coca Cola. Ritiene che possa aiutarla contro la mancanza di energia. Viene portato un bicchiere in camera.

6.2. Elenco degli errori

	Elenco degli errori/pericoli secondo l'OMS²	Descrizione	Preparazione
1	Processi clinici/misure infermieristiche: non attuate nonostante l'indicazione	Il portafarmaci si trova sul comodino. Tuttavia, l'ospite, secondo il piano di assistenza, dovrebbe assumere i farmaci sotto sorveglianza.	Portafarmaci con compresse, cartella clinica con relativo piano di assistenza
2	Processi clinici/misure infermieristiche: errate/non attuate nonostante l'indicazione	Strumento per l'orientamento (calendario, orologio) impostato in modo errato e al di fuori della visuale.	Relativo piano di assistenza nella cartella clinica, calendario con la data sbagliata, orologio al di fuori della visuale
3	Processi clinici/misure infermieristiche: non attuate nonostante l'indicazione	Rilevamento del dolore mancante.	Informazioni mancanti nella cartella clinica
4	Infezione nosocomiale: rischio generale di infezione	Disinfettante per le mani vuoto nella stanza, rischio di infezione e pericolo di intossicazione.	Disinfettante per le mani vuoto
5	Processi clinici/diagnosi/valutazione: non aggiornati	Nonostante arrossamento ai glutei non è stata avviata nessuna misura infermieristica, pericolo di decubito.	Colorare di rosso i glutei del manichino (p.es. con acquerello); se non fosse possibile, applicare sull'area un tampone tinto di rosso.
6	Processi clinici/interventi: indicazione non valutata	L'indicazione per il catetere vescicale non è stata valutata, pericolo di infezione delle vie urinarie associata al catetere.	Informazioni mancanti nella cartella clinica Catetere vescicale Liquido per simulare le urine, p.es. tè alla camomilla Event. supporto per fissare al letto il sacchetto delle urine
7	Incidenti con il paziente: rischio di caduta	Tappetino con sensori non attivato.	Installare il tappetino con sensori, ma non attivarlo
8	Incidenti con il paziente: pericolo di intossicazione	Nella stanza si trova un carrello per le pulizie, l'ospite confusa potrebbe scambiare il detergente per un genere alimentare.	Posizionare nella stanza un carrello per le pulizie con detersivi
9	Farmaco/somministrazione: trattamento eccessivo	È stata iniettata insulina, anche se, secondo lo schema insulinico, non sarebbe stato necessario.	Cartella clinica con relativa informazione

² https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

10	Alimentazione/ dispensazione: tipo di alimento sbagliato	Coca Cola sul comodino, anche se l'ospite ha valori glicemici gravemente elevati e, secondo il piano di assistenza, dovrebbe ricevere soltanto bevande senza zucchero.	Cartella clinica con relativa informazione riguardo alla glicemia elevata e al diabete
11	Farmaci/prescrizione: farmaci sbagliati	Ibuprofene: prescrizione di un farmaco potenzialmente inadeguato per l'età. Dal momento che i rischi sono superiori ai benefici previsti, occorrerebbe evitare sempre nei casi possibili e/o sostituire con un'alternativa più sicura.	Cartella clinica con relativa prescrizione

6.3. Elenco del materiale da preparare

Elenco del materiale da preparare	Osservazione
• Letto	
• Manichino in pigiama	
• Tavolino	
• Carrello per le pulizie con detergenti	
• Tappetino con sensori	
• Disinfettante per le mani vuoto	
• Acquerello rosso per simulare il decubito oppure tampone tinto di rosso e pellicola trasparente	
• Portafarmaci (con nome corretto)	
• Calendario	
• Orologio	
• Coca Cola	
• Catetere vescicale e sacchetto delle urine con liquido per simulare l'urina (p.es. tè alla camomilla)	
• Cartella clinica con tutte le relative informazioni	
•	
•	
•	
•	
•	
Materiale per lo svolgimento dell'esercizio	
• Istruzioni per i partecipanti	
• Modello stampato per il rilevamento degli errori/valutazione	
• Cartelline per appunti (clipboard) e penne	
• Schede con le soluzioni per la discussione a posteriori	
•	
•	
•	
•	

6.4. Istruzioni per i partecipanti

Entrate nella camera della signora Bianchi. Leggete la documentazione e verificate se nella stanza e nella documentazione si trovino fonti di pericolo ed errori. Prestate attenzione anche a eventuali pericoli ed errori che esulano dal vostro settore di competenza professionale. Sulla scheda «Rilevamento errori» documentate tutte le fonti di pericolo e gli errori che notate nella camera e nella documentazione relativa alle cure della signora Bianchi. Avete 15-20 minuti per questo compito. Lasciate la stanza così come l'avete trovata (non effettuate correzioni).

In una discussione a posteriori vi saranno illustrati gli errori simulati. Non condividete le soluzioni con gli altri partecipanti, per far sì che anche i colleghi possano trarre vantaggio dalla «stanza degli errori». Grazie mille!

In caso di domande, dubbi o suggerimenti, non esitate a rivolgervi al responsabile.

Buon lavoro!

7. Materiale

7.1. Modello elenco degli errori/scheda delle soluzioni

Errore o rischio	Descrizione del pericolo
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

7.2. Modello scheda di rilevamento errori

Quali fonti di pericolo e rischi per la sicurezza del/la paziente si trovano in questa stanza? Annotare le fonti di pericolo e gli errori trovati in una calligrafia ben leggibile.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

7.3. Guida per il debriefing

Parte 1: debriefing dopo la ricerca degli errori

Inizio Obiettivo: rompere il ghiaccio, chiedere una valutazione personale 2 minuti	Moderazione: avviate un primo scambio. P.es. con la domanda di partenza seguente: <ul style="list-style-type: none">– Come vi siete sentiti nella stanza? Avete trovato facilmente gli errori e i pericoli nascosti?
Presentazione delle soluzioni Obiettivo: presentare la risoluzione degli errori 5-10 minuti	Moderazione: presentate prima di tutto la risoluzione degli errori/dei pericoli che erano nascosti nella stanza. Come supporto visivo potete consegnare una scheda con le soluzioni o presentare l'elenco degli errori su una flipchart. Successivamente potete p.es. discutere le domande seguenti: <ul style="list-style-type: none">– Quali degli errori e dei rischi simulati avete trovato?– Avete trovato anche <i>altri</i> errori (non intenzionali)?– Quali errori <i>non</i> avete scoperto?
Analisi Obiettivo: comprendere il punto di vista dei partecipanti 5 minuti	Moderazione: ponete domande per capire perché determinati errori e rischi sono stati individuati, mentre altri no. È poco chiaro perché un errore è tale o in che misura costituisce un rischio per la sicurezza dell'ospite? Oppure non si è cercato tra tali aspetti della situazione? Domande possibili per la discussione: <ul style="list-style-type: none">– Siete sorpresi di quali errori/pericoli non sono stati individuati? Perché?– Perché secondo voi questi errori/pericoli non sono stati trovati?
Conclusione Obiettivo: stabilire un «take-home message» per il lavoro quotidiano. 3 minuti	Moderazione: la discussione conclusiva può essere eseguita oralmente nel gruppo. In alternativa ogni partecipante può annotare su una scheda il suo «take-home message» personale (le schede non vengono più discusse collettivamente). <ul style="list-style-type: none">– Cosa avete appreso dalla ricerca degli errori nella «stanza degli errori» per il lavoro quotidiano (menzionate un punto)?

In generale: date ai partecipanti il tempo per riflettere sulle domande (mantenere il silenzio)

Parte 2: ampliamento opzionale per esercitazioni in gruppo più dettagliate

<p>Approfondimento opzione 1</p> <p>Obiettivo: rafforzare la consapevolezza per errori e pericoli possibili nel lavoro quotidiano</p>	<p>Moderazione: stimolate una discussione sull'importanza degli errori e dei rischi. Per esempio con le domande seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">- Quali errori e pericoli sono particolarmente rilevanti per voi?- Perché secondo voi sono così significativi?<ul style="list-style-type: none">- Questi errori/pericoli sono particolarmente frequenti nel lavoro quotidiano?- Sono particolarmente pericolosi per gli ospiti?- Quali altri errori o rischi avreste simulato?
<p>Approfondimento opzione 2</p> <p>Obiettivo: classificare il potenziale pericolo, riflettere sul proprio comportamento in una situazione analoga</p>	<p>Moderazione: scegliete un tema o un'area di rischio e discutete con il vostro gruppo in modo approfondito, p.es. sull'errore che è stato individuato meno frequentemente dai partecipanti o su un pericolo che viene ritenuto particolarmente rilevante per il lavoro quotidiano. Possibili domande:</p> <ul style="list-style-type: none">- Quali sono le possibili conseguenze per l'ospite se l'errore/il pericolo non viene scoperto?- Cosa faremmo se una situazione simile si verificasse nel lavoro quotidiano?- Con quali misure sarebbe stato possibile impedire l'errore/il pericolo?
<p>Approfondimento opzione 3</p> <p>Obiettivo: rafforzare la consapevolezza della situazione</p>	<p>Moderazione: stimolate lo scambio riguardo a come può essere riconosciuto dove possono celarsi pericoli e rischi per la sicurezza dei pazienti.</p> <ul style="list-style-type: none">- Come avete proceduto alla ricerca degli errori? A cosa avete prestato attenzione in modo particolare? (p.es. esecuzione sbagliata, misura superflua, qualcosa che è stato dimenticato, ...)- Cosa vi ha fatto capire che si trattava di un errore o di un pericolo?- Avete interagito con i colleghi nella ricerca degli errori? Avete potuto trarre vantaggio dal loro punto di vista?- Cosa dovrebbe essere fatto in generale per poter riconoscere errori e rischi in una stanza?

8. Bibliografia

- 1 Zimmermann C, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual. 2019.
- 2 Andersson Å, Frank C, Willman AML, *et al.* Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *J Clin Nurs* 2018;**27**:e354–62.
- 3 OECD. The Economics of Patient Safety part III: Long-Term Care. 2020.
- 4 Schulz CM, Endsley MR, Kochs EF, *et al.* Situation Awareness in Anesthesia: Concept and Research. *Anesthesiology* 2013;**118**:729–42.
- 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.
- 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.
- 7 Gregory A, Hogg G, Ker J. Innovative teaching in situational awareness. *Clin Teach* 2015;**12**:331–5.
- 8 Käppeli A. Patientensicherheit – Lustvoll lernen im «Raum des Horrors». *Competence* 2018;**1–2**.
- 9 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.
- 10 Zimmermann C, Fridrich A, Schwappach DLB. Training Situational Awareness for Patient Safety in a Room of Horrors. *J Patient Saf* 2020;Published ahead of print.
- 11 Korah N, Zavalkoff S, Dubrovsky AS. Crib of Horrors: One Hospital's Approach to Promoting a Culture of Safety. *Pediatrics* 2015;**136**:4–5.
- 12 Daupin J, Atkinson S, Bédard P, *et al.* Medication errors room: a simulation to assess the medical, nursing and pharmacy staffs' ability to identify errors related to the medication-use system. *J Eval Clin Pract* 2016;**22**:907–16.
- 13 Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, *et al.* More Than One Way to Debrief. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* 2016;**11**:209–17.
- 14 Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* 2007;**2**:115–25.
- 15 Rudolph JW, Simon R, Rivard P, *et al.* Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin* 2007;**25**:361–76.