

L'incidenza dell'errore nella somministrazione della terapia anche alla luce dei Near Miss. La Realtà dell'ASST di Crema.

AUTORI: Melissa Mauriello*, Laura Milani**, Donata Bombelli**, Ilaria Marcomini**, Claudio Prandelli**.

*RSA Paullo - **ASST Crema/Università degli Studi di Milano

(Autore Referente: Claudio Prandelli – claudio.prandelli@asst-crema.it – 3476239691)



Introduzione

- In Italia, su 8 milioni di persone che annualmente vengono ricoverate negli ospedali, il 4% finisce per riportare danni più o meno gravi alla propria salute.
- L'errore associato al trattamento farmacologico è definito come uno dei principali danni iatrogeni evitabili (Benkirane, 2009).
- Il principale obiettivo della gestione sicura nella terapia farmacologica consiste nel ridurre e ove possibile eliminare la possibilità che si verifichino eventi causativi di un danno per il paziente.
- Vi è però una sottostima significativa degli errori terapeutici, che concorre a determinare una diminuzione delle informazioni che potrebbero essere utilizzate per migliorare i sistemi esistenti e futuri.
- La presente ricerca si prefigge lo scopo di comparare i dati d'incidenza degli errori nella somministrazione della terapia farmacologica emersi da revisione bibliografica con i dati rilevati presso l'ASST di Crema.

Materiale e Metodi

Sono state analizzate 72 schede di Incident Reporting (I.R.) associate ad errore terapeutico, pervenute all'ufficio qualità nel periodo 2010-2015. Successivamente, attraverso somministrazione di questionario anonimo, 124 operatori (infermieri e medici) delle aree internistiche, sono stati indagati circa le conoscenze teoriche e contestuali relative all'Errore o Quasi Errore nel processo di somministrazione della terapia farmacologica. I dati complessivi, schede e questionari, sistematizzati con file di excel, sono stati successivamente analizzati correlandoli tra loro e con le evidenze bibliografiche.

Risultati

Danno subito dal paziente			Tipologia di evento riportato nelle schede di Incident Reporting	
Nessuno	n. 53	82,8%	Errato dosaggio	n. 7 11,0%
Non risposta	n. 3	4,7%	Errato farmaco	n. 17 26,6%
Sopore (24 ore)	n. 2	3,1%	Errato dosaggio e farmaco	n. 1 1,5%
Ipoglicemia	n. 2	3,1%	Errato orario	n. 3 4,7%
Rilevazione glicemia capillare seriata	n. 1	1,5%	Errato paziente	n. 35 54,7%
Interruzione trombolisi	n. 1	1,5%	Allergia non nota	n. 1 1,5%
Doppia dose del farmaco	n. 1	1,5%	Totale schede	n.64 100%
Totale schede	n.64	100%		

L'82,8% (53) degli eventi non ha recato danno all'utente e solo il 76,6% (49) sono stati segnalati in cartella clinica.

Dall'analisi degli I.R., emerge che il 54,7% (35) degli eventi sono riconducibili alla categoria "errato paziente", causati per il 43,7% (28) dal fattore "presa scorciatoia, regola non seguita".

Conclusioni

- Necessità di miglioramento dei processi comunicativi all'interno dell'équipe
- Necessità di miglioramento della modalità di diffusione della procedura «Segnalazione spontanea degli eventi», così da favorire nei dipendenti, maggiore attenzione alla «cultura qualitativa»
- Necessari momenti di audit, su casi reali, utili ad incrementare momenti di formazione permanente specifica
- Il sistema di Incident Reporting è ancora considerato uno strumento prevalentemente punitivo, volto più a cogliere il «CHI» anziché il «PERCHÉ» dell'evento