



www.associazionemediendocrinologi.it



ITALIAN CHAPTER

## 17° Congresso Nazionale AME

Joint Meeting with AACE Italian Chapter

### Update in Endocrinologia Clinica

8-11 novembre 2018  
Roma



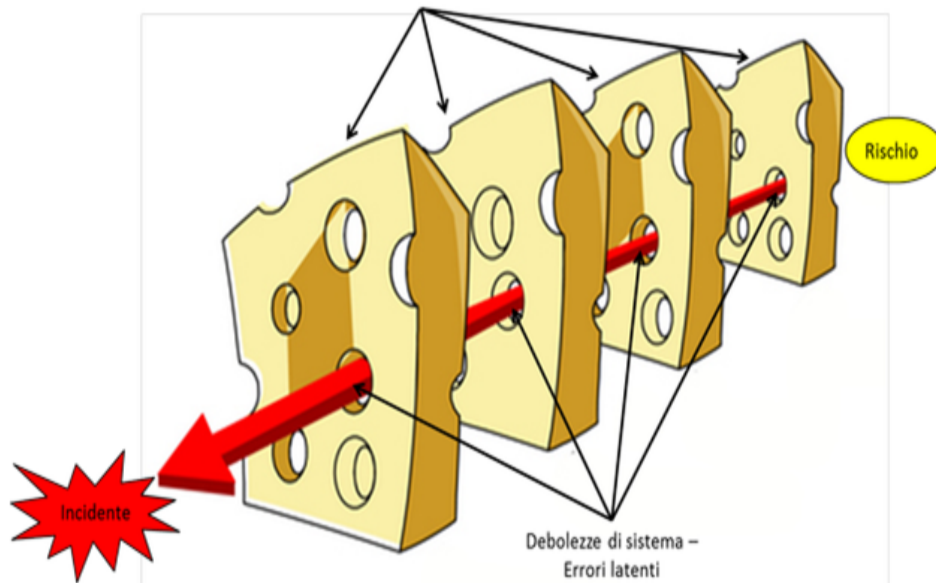
# La comunicazione dell'errore in sanità: la difficoltà di ammettere di aver sbagliato

Cinzia Pupilli

SOSD Endocrinologia  
PO Santa Maria Nuova Firenze  
Azienda USL Toscana Centro



# ERRORE IN SANITA'



© 2017 The authors and IOS Press.

This article is published online with Open Access by IOS Press and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CC BY-NC 4.0).

doi:10.3233/978-1-61499-742-9-13

## Your Health Care May Kill You: Medical Errors

James G. ANDERSON, Ph.D.<sup>a,1</sup>,  
Kathleen ABRAHAMSON, Ph.D., R.N.<sup>a, b</sup>

**Medical error—the third  
leading cause of death in  
the US**

*BMJ 2016; 353*

### L'ERRORE SANITARIO:

#### - Elevati contenuti emotivi

Giuramento di Ippocrate: primum non nocere

#### - Costi ingenti

17 e 29 miliardi di dollari é la stima dei costi diretti e indiretti degli eventi avversi prevenibili. (To err is human. Institute of Medicine, 1999)

# Come si declina l'errore sanitario?

## Evento avverso

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

## Evento sentinella

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

## Quasi evento (near miss):

*un evento che potrebbe aver determinato conseguenze avverse che invece non sono avvenute perchè viene rilevato in anticipo l'errore o grazie a coincidenze fortunate*

5° rapporto AGENAS sul monitoraggio degli Eventi Sentinella segnalati dalle strutture del SSN validati da Regioni e Ministro della Salute  
2005-2012: 2.394 gli eventi sentinella censiti, mentre quelli validati sono stati 1.918

La comunicazione dell'errore in ambito sanitario è una **COMUNICAZIONE DIFFICILE** per definizione, in quanto si tratta di gestire la relazione con persone che hanno subito un danno alla salute provocato da chi avrebbe dovuto favorirne la guarigione

Gli attori principali

- chi commette l'errore
- chi subisce l'errore
- il sistema che gestisce l'evento  
(clinical risk management)

# Cosa chiedono i pazienti e/o I loro familiari quando si verifica un danno in seguito ad un trattamento medico?

- Comunicazione onesta, chiara e trasparente (Hobgood C et al., 2002)
- Spiegazioni e scuse (Schappach D, 2004)
- Attenzione alla relazione e agli aspetti emotivi (Kathleen M et al., 2005)
- Rispetto e ascolto del proprio punto di vista (Duclos C et al., 2005)
- Risarcimento adeguato e supporto (Clinton, Obama, 2006)
- Informazione e conoscenza (Gallagher T et al., 2007)
- Partecipazione e collaborazione nell'analisi e nella gestione degli eventi avversi (Accademia del Cittadino, 2010)

## Cosa conta di più per il paziente?

Intervista a 400 soggetti che erano state vittime di un errore sanitario:  
Identificazione di priorità

- **34% richiede scuse e spiegazioni;**
- **23% desidera un'inchiesta sulle cause;**
- **17% vuole essere sostenuto per fare fronte alle conseguenze;**
- **11% richiede una compensazione economica;**
- **6% vuole una sanzione disciplinare.**

Department of Health, UK. Making Amends: a consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS. 2003

# Quale è quindi l'atteggiamento che dovrebbe essere tenuto e perchè?

**Un evento avverso può causare sofferenza ai pazienti e ai loro familiari sia per le conseguenze dirette, ma anche per le modalità con cui viene gestito**

**Chiedere scusa ed essere aperti al dialogo e all'interazione con i pazienti**

**perchè:**

- **può promuovere un clima di fiducia e contenere la sofferenza**
- **la mancanza di spiegazioni e l'assenza di scuse sono i motivi principali che incentivano l'azione legale**

*(Vincent C. 2007)*

## L'operatore sanitario coinvolto in un errore è la “seconda vittima” (WU, 2000)

- Il senso di colpa, di inadeguatezza, di incompetenza e di negligenza mina inesorabilmente il senso di legittimazione e di fiducia nelle proprie capacità
- Timore delle conseguenze
- Può verificarsi la tendenza inconscia a rimuovere o negare l'evento

**Table 4** Obstacles of error disclosure in the opinion of participants

<b>Obstacles to error disclosure</b>	<b>Number and percentage of physicians who selected the item</b>	<b>Number and percentage of physicians who did not select the item</b>
Fear of patient's legal action against physician	38 (71.7%)	15 (28.3%)
Fear of decrease in patient's trust in physician	33 (62.3%)	20 (37.7%)
Fear of patient's family members' emotional reaction	30 (56.6%)	23 (43.4%)
Fear of losing professional fame among colleagues	21 (39.6%)	32 (60.4%)
Inappropriate patient's socioeconomic state	16 (30.2%)	37 (69.8%)
Inappropriate patient's educational state	14 (26.4%)	39 (73.6%)
Fear of being punished by superiors	10 (18.9%)	43 (81.1%)
Not being asked by the patient about the error	8 (15.1%)	45 (84.9%)
Fear of being blamed by colleagues	5 (9.4%)	48 (90.6%)
Receiving not enough education about ethical principles of medical error	3 (5.7%)	50 (94.3%)
Receiving not enough education about communication skills and breaking bad news to patients	2 (3.8%)	51 (96.2%)



# Mancata segnalazione dell'evento (incident reporting, segnalazione spontanea e volontaria degli eventi avversi)



**Danno al processo di gestione del rischio clinico**



Imparare dall'errore, non nascondere. L'errore non come punto di arrivo, ma come punto di partenza per migliorare l'organizzazione.

L'unico peccato imperdonabile è nascondere l'errore  
K.R Popper

Kim et al. *BMC Medical Education* (2017) 17:52  
DOI 10.1186/s12909-017-0880-9

BMC Medical Education

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Improving disclosure of medical error through educational program as a first step toward patient safety



Seven steps to patient safety  
A guide for NHS staff



## Patients for Patient Safety



World Health Organization



## When Things go Wrong

RESPONDING TO ADVERSE EVENTS

*A Overview  
Statement of the  
Harvard Hospitals*

MARCH 2006



JULY 2003

## OPEN DISCLOSURE STANDARD:

A NATIONAL STANDARD FOR OPEN COMMUNICATION IN PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS, FOLLOWING AN ADVERSE EVENT IN HEALTH CARE

# Direttive Nazionali



*Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,  
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III

Linee guida per la gestione della relazione tra strutture  
sanitarie e pazienti al verificarsi di un Evento Avverso, per  
una comunicazione aperta e trasparente

Roma, Aprile 2011

- Raccomandazione analisi EA
- Azioni per la comunicazione ai pazienti degli EA
- Raccomandazione per sostegno agli operatori
- Raccomandazione per la comunicazione esterna



## *Ministero della Salute*

Il presente documento ha l'obiettivo di definire un cornice concettuale di riferimento per lo sviluppo e l'aggiornamento delle politiche e dei processi operativi di una struttura sanitaria al verificarsi di un evento avverso, che comprenda l'analisi accurata di quanto avvenuto e la comunicazione aperta e trasparente.

L'approccio proposto, sviluppato per il livello ospedaliero, può essere utilizzato con opportuni adattamenti nei livelli di cura extra-ospedaliera. Le Regioni e le P.A., nonché le strutture sanitarie di riferimento, definiranno, sulla base delle presenti linee guida, le proprie procedure operative, adattate, modificate e rese conformi allo specifico contesto regionale, in considerazione delle necessità di allineamento con i diversi approcci seguiti, in particolare da un punto di vista assicurativo e di valutazione dei rischi.



# *Ministero della Salute*

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ**

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI  
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA**

**UFFICIO III**

**RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI DEGLI  
EVENTI AVVERSI**

**È essenziale una comunicazione  
trasparente e onesta degli eventi avversi**

La comunicazione trasparente e onesta degli eventi avversi rappresenta un pilastro fondamentale per la gestione del rischio clinico e per mantenere il rapporto di fiducia tra il sistema sanitario, i cittadini ed i pazienti.

Al verificarsi di un evento avverso è necessario che gli operatori sanitari esprimano rincrescimento per l'accaduto ai pazienti o ai loro familiari.

**Aprile 2011**

## **Allegato n. 1: Il colloquio con il paziente o i familiari**

### **Fase 1.** Preparazione del colloquio

- Raccolta di tutte le informazioni necessarie
- Individuazione del personale che dovrà essere presente
- Disponibilità della documentazione sanitaria
- Predisposizione del luogo di svolgimento del colloquio
- Disponibilità di figure di sostegno

Ministero della Salute 2011

## Fase 2. Conduzione del colloquio

- 1) **Esprimere** al paziente o ai familiari il proprio rammarico, mostrando rincrescimento per l'evento
- 2) **Descrivere** l'accaduto
  - Descrivere i fatti avvenuti chiaramente e senza ambiguità, con calma e senza impazienza, utilizzando un linguaggio verbale e non verbale adeguato
  - Far esprimere il paziente o i familiari
  - Fornire al paziente o ai familiari un tempo sufficiente per assimilare le informazioni
  - Stimolare le domande
  - Assicurare il supporto psicologico
  - Evitare rassicurazioni poco credibili, non vere o premature, e l'attribuzione di colpe o responsabilità.
- 3) **Fornire** informazioni per gestire la situazione
  - Illustrare l'iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo e raccogliere il relativo consenso.
- 4) **Programmare** il follow up
  - Programmare gli incontri successivi
  - Indicare una persona di riferimento sempre rintracciabile (nome e numero di telefono) per ogni ulteriore necessità
  - Se richiesto, fornire le informazioni sulle procedure per la richiesta di risarcimento.

# Esperienza della Regione Toscana: i presupposti

- Considerare le *denunce e i reclami per problematiche tecnico-professionali* come fonte importante per la rilevazione degli eventi avversi
- Realizzare *un'analisi dettagliata multi-disciplinare degli eventi avversi* (Direzioni Sanitarie Aziendali, Uffici Affari Legali, URP, i responsabili degli osservatori sul contenzioso, CRM)
- *Comunicare tempestivamente ai pazienti o ai loro familiari* l'esito delle analisi condotte e delle azioni di miglioramento intraprese
- *Intraprendere iniziative specifiche di formazione* rivolte agli operatori interessati alla comunicazione degli eventi avversi

*Delibera RT 225/2006 – azioni di coordinamento e sviluppo delle attività GRC*  
*Delibera RT 704/2007 – gestione eventi sentinella*



# La buona pratica sulla comunicazione difficile

Area	Standard	Buona pratica	Ambito di applicazione
Sviluppo sistema di gestione del rischio clinico	Prevenzione e gestione degli eventi avversi	Gestione della relazione e della comunicazione interna e con il cittadino e/o familiari per gli eventi avversi	Azienda

SCENARIO 1: Evento senza danno (durante le prestazioni)

SCENARIO 2: Evento con danno (durante le prestazioni)

SCENARIO 3: Evento sentinella (durante le prestazioni)

SCENARIO 4: Reclami (post dimissione)

SCENARIO 5: Denunce per lesioni personali, decessi, e lesioni di diritti (post dimissione)

SCENARIO		
	Comunicazione fra operatori/strutture	Comunicazioni con cittadino interessato e/o familiari
Chi (attori coinvolti)		
Finalità/motivazione		
Modalità		
Cosa		
Quando		
Dove		

# La gestione degli eventi sentinella

Costituzione di un'unità di crisi\*

Nomina portavoce ufficiale

Segnalazione evento

Analisi del caso e definizione misure preventive

Comunicato stampa

Incontro con operatori e incontro con il paziente e familiari

Attivazione misure di supporto per operatori e pazienti

\*direttore sanitario aziendale (che ne è a capo), direttore sanitario di presidio, clinical risk manager, medico legale dell'osservatorio contenzioso, dirigente unità affari legali, dirigente della struttura coinvolta nell'evento

# Attività formative sulla comunicazione difficile



Simulare uno scenario

## Imparare dall'esperienza nell'area critica



Raccontare la tua storia



# I laboratori per la sicurezza del paziente

Ginecologia  
e Ostetricia



Ortopedia

Prevenzione eventi avversi nelle 2 aree critiche  
con maggiori denunce

- Simulazione di comunicazioni al paziente su casi di eventi avversi
- Analisi della gestione della comunicazione in alcuni eventi eclatanti accaduti in Regione Toscana
- Linee guida per la comunicazione istituzionale

# La relazione con i media

- anticipare le domande
- mantenere un ruolo di fonte autorevole, fornendo continuamente informazioni ai giornalisti
- utilizzare i diversi strumenti di comunicazione
- preparare i portavoce
- tener conto dei tempi di produzione delle diverse testate (quelli della stampa sono molto diversi da quelli della tv; quelli dei quotidiani dai periodici, ecc)

**La conoscenza e l'utilizzo della metodologia per la comunicazione difficile è parte integrante del processo di accreditamento.**

**I nuovi standard per l'accreditamento istituzionale del percorso di area critica**

**REQUISITO IC2. (M27)**

È adottata una procedura per la gestione della comunicazione difficile con il paziente (eventi avversi con e senza danno, reclami, denunce) condivisa con le altre strutture organizzative di competenza

**REQUISITO IC2. (M28)**

Viene promosso un linguaggio adeguato e comprensibile con il paziente ed i familiari

**REQUISITO IC2. (M29).**

La strategia di comunicazione con i pazienti e parenti è condivisa con tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del caso e coordinata dal medico di riferimento



**Quale vorremmo fosse l'epilogo in ogni situazione?**

***“La ringrazio per come mi ha trattato ...  
nonostante quello che è successo ...”***



Un ringraziamento particolare al Dr.  
Ismaele Fusco  
Case risk manager  
Azienda USL Toscana Centro