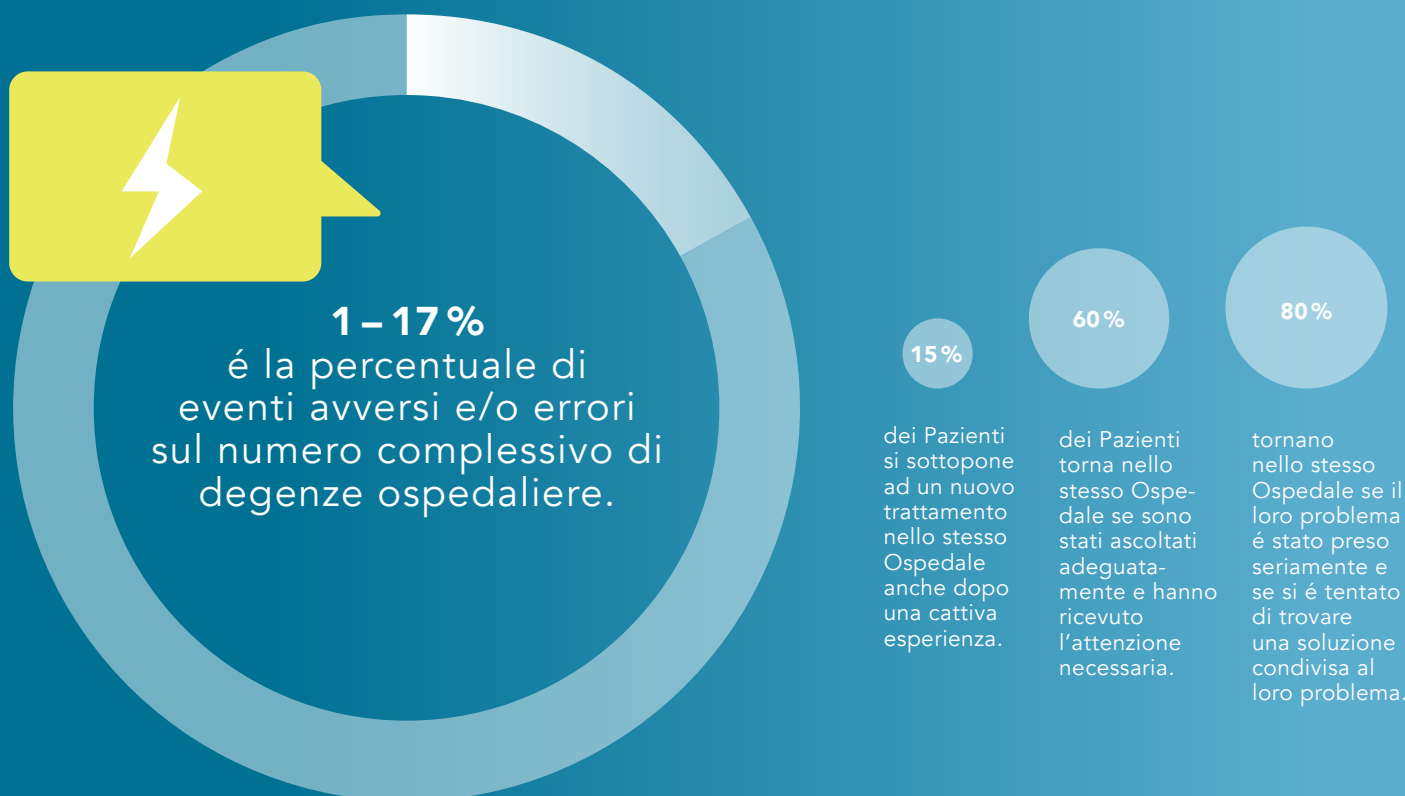


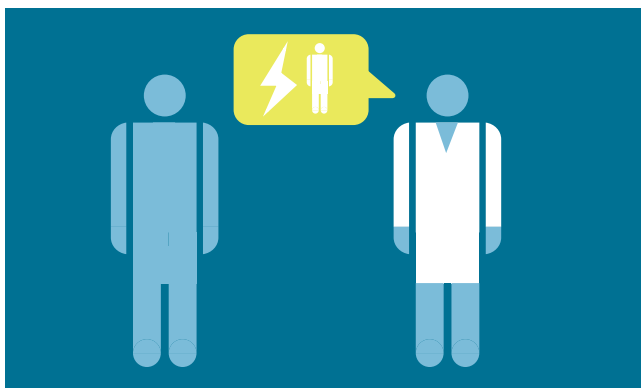
COMUNICAZIONE CON PAZIENTE E FAMIGLIARI DOPO UN EVENTO AVVERSO

Casi avversi, incidenti ed errori non possono essere evitati, ma la loro frequenza può essere ridotta. Anche nell'ambito medico e ospedaliero l'analisi degli incidenti e dei casi avversi è da considerare un'opportunità per poterne trarre degli insegnamenti.¹⁻⁶ Anche se non è sempre facile, per poter analizzare razionalmente un incidente bisogna anzitutto riconoscerlo come tale, ed ammetterlo. Saper comunicare in modo corretto un incidente dimostra professionalità e rispetto verso pazienti e familiari. Per pazienti e familiari una comunicazione corretta e adeguata è altrettanto importante quanto l'incidente stesso e le sue conseguenze.^{7,8} Una buona comunicazione garantisce un rapporto di fiducia tra paziente ed équipe curante ed è indispensabile per una gestione costruttiva dell'evento avverso.^{9,10}



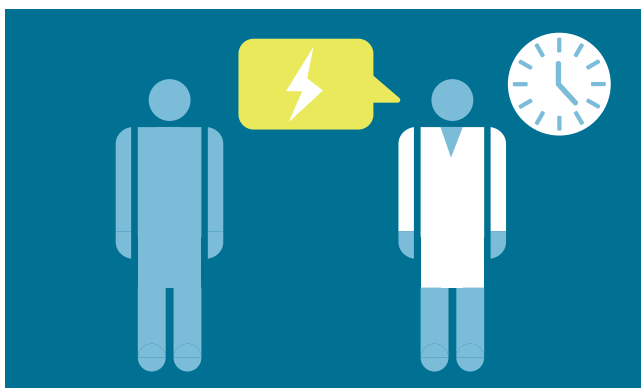
Autori: Prof. Dr. C. Hofer, Prof. Dr. C. Czarnetzki, Prof. Dr. B. Rehberg-Klug, Dr. Ph. Schumacher

Sostenitori della Fondazione



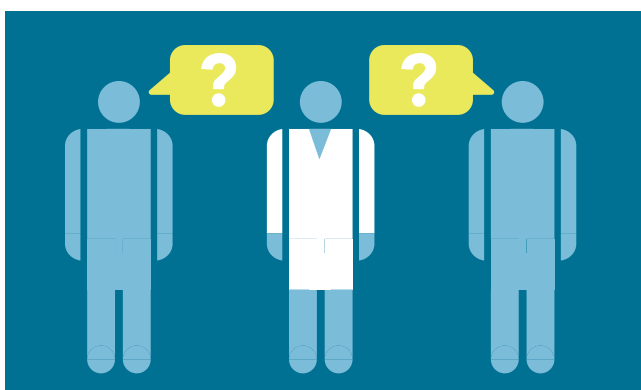
1. DOPO UN EVENTO AVVERSO

È assolutamente necessario limitare ed evitare ulteriori danni. Al/la Paziente vengono comunicati solo gli incidenti che hanno avuto delle effettive conseguenze o che hanno causato dei danni effettivi! La procedura sul come e cosa comunicare al/la paziente deve essere coordinata.⁹



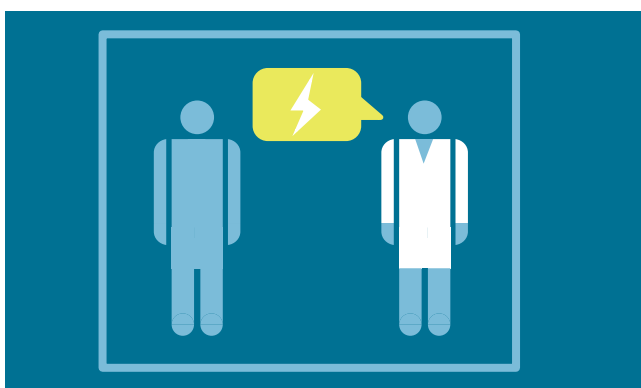
2. QUANDO?

Non appena sono disponibili informazioni chiare ed affidabili, l'evento avverso va comunicato e discusso col paziente, e se necessario anche con i suoi famigliari.¹¹



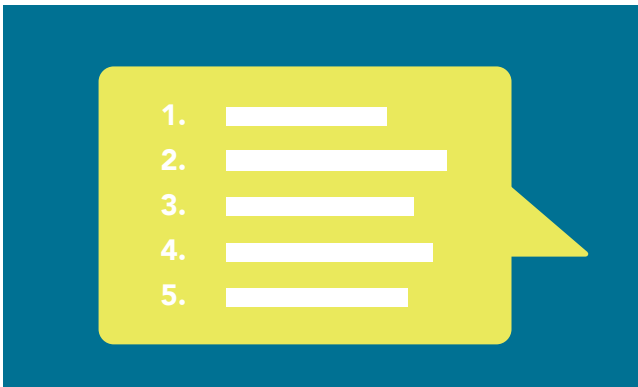
3. CHI?

Il membro dell'équipe terapeutica, con cui il paziente ha un rapporto di fiducia. Anche in seguito, entro il limite del possibile, tutte le comunicazioni dovranno passare, attraverso questa persona.¹²



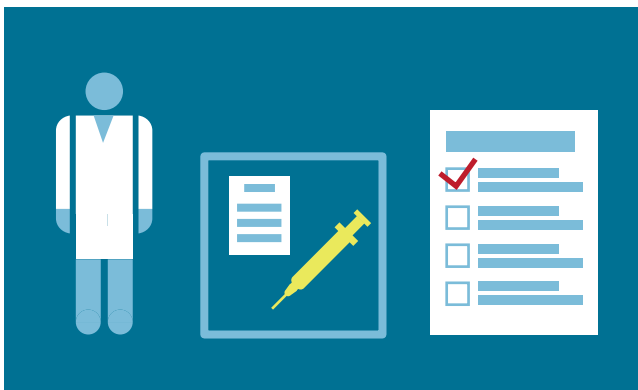
4. DOVE?

Il colloquio deve svolgersi in un luogo tranquillo che garantisca la privacy del paziente.⁷



5. COSA?

1. spiegare cosa è successo. Comunicare solo i fatti crudi, nessuna ipotesi.
2. esprimere rammarico.
3. spiegare le conseguenze e le fasi di trattamento necessarie.
4. offrire la possibilità di continuare il trattamento con un'altro Team
5. indicare cosa si intende fare per evitare che un errore/caso avverso del genere si ripeta.⁷⁻⁹



6. ULTERIORE PROCEDERE IN CASO DI CASO AVVERSO / INCIDENTE GRAVE

A

1. I casi avversi/incidenti gravi sono di competenza del primario e della direzione dell'ospedale:
2. Mettere al sicuro e conservare tutti i documenti, le attrezzature, i farmaci usati e i materiali dutilizzati (compresi i rifiuti).
3. Annotare immediatamente per iscritto quanto successo, a futura memoria.

B

1. Se necessario e se possibile, affidare il paziente ad un'altro Team
2. Coinvolgere l'assicurazione RC (responsabilità civile) professionale e considerare un'eventuale denuncia all'autorità giudiziaria; se necessario coinvolgere il medico legale e informare paziente e famigliari su quanto intrapreso
3. Definire la strategia di comunicazione interna ed esterna.

C

1. Indicare a paziente e familiari dove possono ottenere assistenza legale e finanziaria (ad esempio, le organizzazioni dei pazienti).
2. Pianificare incontri di follow-up con paziente e famigliari.
3. Implementazione della qualità: inserire del CIRS, analisi dell'incidente e quanto intrapreso per prevenire il ripetersi del caso avverso/incidente.



Riferimenti letterari

1. Institute of Medicine (U.S.), Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995; 163: 458-71
4. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000; 38: 261-71
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. Brit Med J 2001; 322: 517-9
6. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hebert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Can Med Assoc J 2004; 170: 1678-86
7. McNab D, Bowie P, Ross A, Morrison J. Understanding and responding when things go wrong: key principles for primary care educators. Educ Prim Care 2016; 27: 258-66
8. Preparing for when things go wrong. BMJ 2016; 354: i4627
9. Stephens S. The Value of Sharing Mistakes: What Goes Right After Things Go Wrong. Biomed Instrum Techno 2016; 50: 194-6
10. Scott G. Service recovery. The art of making things right when things go wrong. Healthc Exec 2009; 24: 44, 46-7
11. Wittich CM, Burkle CM, Lanier WL. Medication errors: an overview for clinicians. Mayo Clin Proc 2014; 89: 1116-25
12. Levinson W. Disclosing medical errors to patients: a challenge for health care professionals and institutions. Patient Educ Coun 2009; 76 : 296-9
13. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. Int J Qual Health Care 2015; 27: 418-20
14. Hall JK. Legal consequences of the moral duty to report errors. JONAS Healthc Law Ethics Regul 2003; 5: 60-4
15. Leone D, Lamiani G, Vegni E, Larson S, Roter DL. Error disclosure and family members' reactions: does the type of error really matter? Patient Educ Couns 2015; 98: 446-52

FSPA

Fondazione per la
sicurezza dei pazienti
in anestesia

SPSA / FSPA
info@spsa-fspa.ch
www.spsa-fspa.ch