



OBSERVATIONAL STUDY

Clinical risk management and reporting of medication errors

Stefania Tinti¹, Valentina Oliverio², Simona Cassioli³, Sonia Lomuscio¹, Lorenzo Furcieri¹, John Tremamondo³, Martino Trapan³, Ida Rampon⁴, Annalisa Alberti¹

¹ Bachelor School of Nursing, ASST Rhodense, Garbagnate Milanese (MI), Italy

² Student, Bachelor School of Nursing, ASST Rhodense, Rho (MI), Italy

³ ASST Rhodense, Garbagnate Milanese (MI), Italy

⁴ General Directorate, ASST Rhodense, Garbagnate Milanese (MI), Italy

Findings:

More than half of the sample report not using the incident reporting form for medication errors and near misses. The reasons include the perception that the incident can be solved immediately, the perception that the report is not taken into account and the fear of disciplinary sanctions.

ABSTRACT

BACKGROUND: Nurses are primarily responsible for administering therapy. The prevention of errors represent a fundamental moment of the care process. Risk Management has developed procedures to prevent adverse events. Spontaneous reporting of events is not widespread in health care such as using clinical risk tools.

AIMS: To detect what are the gaps or difficulties encountered in the reporting of adverse events, during the management of drug therapy.

METHODS: Single-center quantitative study in medical and surgical departments. A questionnaire was used.

RESULTS: A total of 103 questionnaires were considered. Almost all the sample (n=100, 97%) is familiar with the scope of Clinical Risk Management, providing a fair definition. More than half of the sample (n=67, 65%) report that they have incurred a medication error or near miss during their work career. Thirty-nine nurses (38%) used the Incident Reporting Form available in the Operating Unit, while sixty-four (62%) orally reported events that occurred directly to the nursing coordinator, physician, or colleague; those who did not use the Incident Reporting tool stated that they never reported errors.

CONCLUSIONS: Nurses in the survey context recognize the importance of clinical risk management through the use of procedures and Incident Reporting Form. However, more than half of the sample report that they do not use it for reporting medication errors and near misses. The barriers to reporting suggest the need to strengthen awareness of the tool and to promote improvements in organizational climate through the promotion of transparency between professionals.

KEYWORDS: *Health Care Errors, Medication Errors, Near Miss, Nursing, Risk Management.*

Corresponding author:

Stefania Tinti: stinti@asst-rhodense.it

Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense,
Viale Forlanini 95, Garbagnate Milanese (MI), Italy



Milano University Press



STUDIO OSSERVAZIONALE

Il clinical risk management e le segnalazioni di errori di terapia farmacologica

Stefania Tinti¹, Valentina Oliverio², Simona Cassioli³, Sonia Lomuscio¹, Lorenzo Furcieri¹, John Tremamondo³, Martino Trapan³, Ida Rampon⁴, Annalisa Alberti¹

¹ Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense, Garbagnate Milanese (MI)

² Studentessa, Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense, Rho (MI)

³ ASST Rhodense, Garbagnate Milanese (MI)

⁴ Direzione Generale, ASST Rhodense, Garbagnate Milanese (MI)

Riscontri:

Più della metà del campione riferisce di non utilizzare il modulo di segnalazione degli incidenti per gli errori di medicazione e i quasi incidenti. Fra le motivazioni, la percezione di poter risolvere nell'immediato l'accaduto, la percezione che la segnalazione non venga presa in considerazione ed il timore di sanzioni disciplinari.

ABSTRACT

BACKGROUND: Gli Infermieri hanno la responsabilità della somministrazione della terapia. La prevenzione degli errori rappresenta un momento fondamentale del processo di cura. Il Risk Management ha sviluppato un sistema di procedure per prevenire gli eventi avversi. La segnalazione spontanea degli eventi non è capillare in ambito sanitario nonché l'utilizzo degli strumenti di rischio clinico.

OBIETTIVI: L'obiettivo dello studio è stato quello di rilevare quali sono i gap o le difficoltà nella segnalazione degli eventi avversi, durante la gestione della terapia farmacologica.

METODI: Studio quantitativo monocentrico nei dipartimenti medico e chirurgico. È stato utilizzato un questionario.

RISULTATI: Sono stati considerati 103 questionari. La quasi totalità del campione (n=100, 97%) conosce l'ambito del Clinical Risk Management, fornendone una giusta definizione. Più della metà (n=67, 65%) dichiara di essere incorso in un errore o quasi-errore di terapia durante la carriera lavorativa. Trentanove Infermieri (38%) utilizzano la scheda di Incident Reporting, mentre sessantaquattro (62%) comunicano oralmente eventi occorsi al Coordinatore Infermieristico, medico o collega; coloro che non utilizzano lo strumento di Incident Reporting dichiarano di non aver mai segnalato errori.

CONCLUSIONI: Gli Infermieri nel contesto d'indagine riconoscono l'importanza della gestione del rischio clinico attraverso l'utilizzo delle procedure e della Incident Reporting Form. Tuttavia, più della metà del campione dichiara di non utilizzarla per le segnalazioni degli errori e quasi errori di terapia farmacologica. Le barriere alla segnalazione suggeriscono la necessità di rinforzare le conoscenze dello strumento e di promuovere il miglioramento del clima organizzativo attraverso la promozione della non colpevolizzazione versus trasparenza tra professionisti.

KEYWORDS: *Errori nell'assistenza sanitaria, Errori di terapia, Quasi errore, Infermieristica, Gestione del rischio*

Corresponding author:

Stefania Tinti: stinti@asst-rhodense.it

Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense,
Viale Forlanini 95, Garbagnate Milanese (MI), Italy



Milano University Press

78

Submission received: 16/03/2023

End of Peer Review process: 24/05/2023

Accepted: 05/07/2023



BACKGROUND

L'Infermiere ricopre un ruolo fondamentale nel processo di gestione del medicinale (1) poiché ha la responsabilità della preparazione e della somministrazione della terapia. In un'ottica di sicurezza delle cure, interesse dell'individuo e della collettività, la corretta gestione della terapia e la prevenzione degli errori rappresentano un momento fondamentale del processo di cura. *"To Err is human"* (2), l'errore è inevitabile e in un'ottica di prevenzione e gestione del rischio clinico, il Risk Management ha sviluppato un sistema di procedure atte a ridurre la frequenza, a prevenire le conseguenze e a intercettare gli eventi avversi che possono verificarsi. Uno dei principali strumenti per la segnalazione degli eventi avversi (avvenuti o intercettati) è la scheda di *"Segnalazione Evento"* o *"Incident Reporting (IR)"* (modulo *"Comunicazione degli Eventi Avversi in Sanità del 2011"*) a disposizione del personale afferente all'organizzazione. (3) Tuttavia, la segnalazione spontanea degli eventi non è capillare in ambito sanitario infatti, in particolare tra gli Infermieri, si sono evidenziate notevoli difficoltà nell'utilizzo degli strumenti di rischio clinico, dovuto a molteplici fattori organizzativi e personali, rendendo così evidenti le cosiddette *"barriere"*. L'articolo 32 del Codice Deontologico del 2019 definisce l'Infermiere come il professionista sanitario che *"partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio clinico"*. (4) Il rischio clinico è definito come la probabilità che un assistito sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi *"danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza che causa un prolungamento del periodo di ricovero, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte"*. (2) Esso è influenzato da fattori di tipo ambientale, legati alla comunicazione, alle tecnologie sanitarie o apparecchiature elettromedicali e da fattori legati al farmaco. (5) L'errore di terapia è definito dal *"National Coordinating*

Council for Medication Error Reporting and Prevention", come *"un evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente"*. (6) Come declinato dal profilo professionale, l'Infermiere ricopre un ruolo fondamentale nel processo di gestione del farmaco (1); egli infatti ha la responsabilità della somministrazione della terapia non solo legata all'atto specifico, bensì a tutto il complesso di azioni che ne consentono una corretta ed efficace gestione, a fronte del diritto alla sicurezza delle cure, perseguito nell'interesse dell'individuo e della collettività. (7) Quando si verifica un errore, il fattore individuale gioca un ruolo cardine, soprattutto nel contesto assistenziale, considerati gli ambiti di autonomia e di responsabilità della disciplina infermieristica sopra citati. La somministrazione dei farmaci rappresenta una fase critica poiché un errore può danneggiare direttamente il paziente e avere un grande impatto sul professionista coinvolto. Il processo di somministrazione dei farmaci è soggetto ad errori a causa della sua natura articolata in più fasi. I fattori che vi contribuiscono principalmente sono la molteplicità di servizi e professionisti coinvolti, la complessità delle procedure, le innovazioni procedurali e tecnologiche. La responsabilità della somministrazione dei farmaci è affidata agli infermieri che tuttavia, sono chiamati a rispondere ad una moltitudine di bisogni legati alla complessità assistenziale. (8) Alcune revisioni riportano molte cause potenziali di errori di terapia legate alle conoscenze, alle circostanze personali (stanchezza, frustrazione) e al contesto ambientale (interruzioni, carico di lavoro, apparecchiature). (9-13) Nel 1999 l'*Institute of Medicine* degli Stati Uniti ha pubblicato il rapporto *"To Err is human"* (2), definendo inevitabile il rischio di errore: per fronteggiarlo è possibile utilizzare un sistema di procedure in grado di prevenirne o ridurne la frequenza e le relative conseguenze. Il Clinical Risk Management si occupa di gestire i molteplici rischi legati alla pratica clinica ed



Corresponding author:

Stefania Tinti: stinti@asst-rhodense.it

Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense,
Viale Forlanini 95, Garbagnate Milanese (MI), Italy



Milano University Press

assistenziale, valutandoli, analizzandoli, pianificandone le attività formative di aggiornamento continuo e soprattutto proponendo strumenti di segnalazione che hanno lo scopo di evidenziare e monitorare gli eventi al fine di migliorarne i processi. Uno dei principali strumenti, indicato dalle Linee Guida per la gestione e comunicazione degli Eventi Avversi in Sanità del 2011, è la scheda di IR, la quale dà la possibilità a tutto il personale di segnalare gli eventi avversi e i quasi eventi di diversa natura. (3) Lo scopo del documento è quello di monitorare gli eventi avversi, di conoscere le cause che hanno portato al verificarsi della situazione, effettuare una ricerca delle cause profonde e attuare azioni di miglioramento.

Scopo

L'obiettivo dello studio è quello di rilevare quali sono i gap o le difficoltà riscontrate nella segnalazione degli eventi avversi, come errori e quasi-errori nei quali è possibile incorrere durante la gestione della terapia farmacologica e sondare, contestualmente, la conoscenza degli Infermieri sulle procedure aziendali in una struttura sanitaria del Nord Italia

METODI

Si è avviato uno studio quantitativo osservazionale trasversale monocentrico nel periodo Giugno-Agosto 2020 nelle Unità Operative mediche e chirurgiche di una Azienda Socio-Sanitaria Territoriale del Nord Italia attraverso un campionamento di convenienza di Infermieri laureati, laureati con anno equipollente e/o in possesso del diploma superiore regionale, appartenenti alle Unità Operative dell'area medico-chirurgica (*Cardiologia, Chirurgia generale e polispecialistica, Medicina generale, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia, Ortopedia, Urologia*) di due Presidi Ospedalieri. Sono state prese in considerazione le relazioni degli eventi avversi degli ultimi cinque anni che l'Azienda Socio-

Sanitaria Territoriale ha ricavato sulle segnalazioni di errori e quasi errori di terapia farmacologica e che si differenziano dagli altri ambiti per caratteristiche predisponenti al possibile errore di terapia. Previa autorizzazione da parte dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale alla realizzazione dello studio con somministrazione del questionario e utilizzo dei dati di Incident Reporting e previo consenso informato alla partecipazione allo studio, è stato somministrato in forma anonima e in assenza di osservatori un questionario sulle conoscenze e attitudini alla segnalazione di errori e quasi errori di terapia farmacologica a tutti i 221 Infermieri al momento assegnati ai reparti di degenza definiti dei due presidi ospedalieri. La distribuzione del questionario ad ogni professionista è avvenuta con il contributo dei Coordinatori Infermieristici, opportunamente informati sulla finalità dello studio. Il questionario è stato costruito secondo la recente letteratura (14-17), che identifica le barriere di segnalazione degli errori e quasi errori di terapia tra gli Infermieri e le relative raccomandazioni. Un altro criterio guida nella struttura del questionario sono state le "Raccomandazioni Ministeriali Joint Commission Accreditation Hospital, Ministero della Salute-Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Sistema Sanitario Nazionale e Organizzazione Mondiale della Sanità". Il questionario è composto da tre sezioni: la prima di carattere anagrafico e descrittivo del campione, la seconda relativa alle conoscenze sul *Clinical Risk Management* e la terza sulla effettiva segnalazione dell'errore.

RISULTATI

Sono stati considerati questionari compilati in tutte le parti tra i 221 somministrati 103 (per un tasso di risposta del 47%), suddivisi nelle seguenti aree mostrate in *Figura 1*.

Corresponding author:

Stefania Tinti: stinti@asst-rhodense.it

Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense,
Viale Forlanini 95, Garbagnate Milanese (MI), Italy



Milano University Press

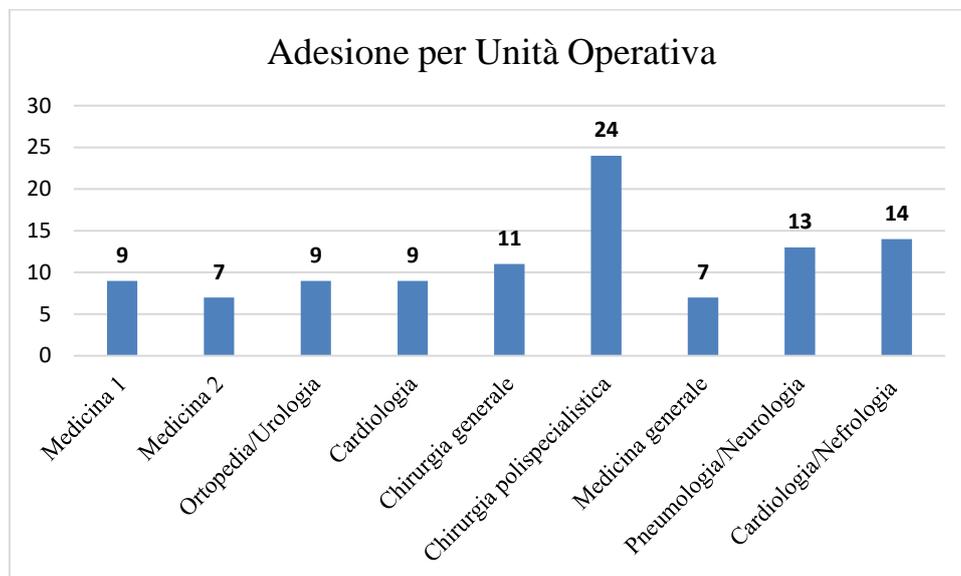


Figura 1: numero di infermieri che hanno aderito allo studio per Unità Operativa

I risultati dello studio sono riassunti di seguito secondo le domande del questionario.

1. **Genere.** 80% donne (n=82), 20% uomini (n=21)
2. **Titolo di studio.** 49% (n=50) Infermieri in possesso di Laurea triennale in Infermieristica, 46% (n=48) di diploma, 5% (n=5) di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.
3. **Anni di Servizio.** Il 55% (n=57) degli Infermieri lavora da più di 10 anni, il 17% (n=18) da 2 a 5 anni, il 13% (n=13) da 6 a 10 anni ed infine il 15% (n=15) è in servizio da meno di 2 anni.
4. **Conosce che cosa tratta il Clinical Risk Management (gestione del rischio clinico)? Saprebbe definirlo?** Il 97% (n=100) del campione conosce l'ambito del Clinical Risk Management e fornisce una corretta definizione.

5. **Associ i termini "Evento Avverso", "Quasi Evento" ("Near Miss"), "Evento Sentinella", "Reazione avversa da farmaco" alla rispettiva definizione.** Il 55% (n=57) ha risposto correttamente alle quattro domande a scelta multipla, mentre il 45% (n=46) ha ottenuto meno di 3 risposte esatte, per una media ponderata totale di 3 risposte esatte, una moda di 4 ed una mediana di 4.
6. **In azienda esistono delle procedure/schede per la segnalazione di eventi avversi e delle reazioni avverse da farmaco? Se sì, sa come utilizzarle e reperirle?** La totalità degli Infermieri conosce la scheda di IR dell'Azienda ed il 93% (n=96) sa come usarla e dove reperirla nella propria Unità Operativa; il 97% (n=100) riferisce di conoscere la procedura per la segnalazione di reazioni avverse da farmaci e l'89% (n=92) di essi sa come usarla e dove reperirla.
7. **Le è mai capitato di incorrere in un errore o quasi errore di terapia?** (Figura 2)

Corresponding author:

Stefania Tinti: stinti@asst-rhodense.it

Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense,
Viale Forlanini 95, Garbagnate Milanese (MI), Italy



Milano University Press

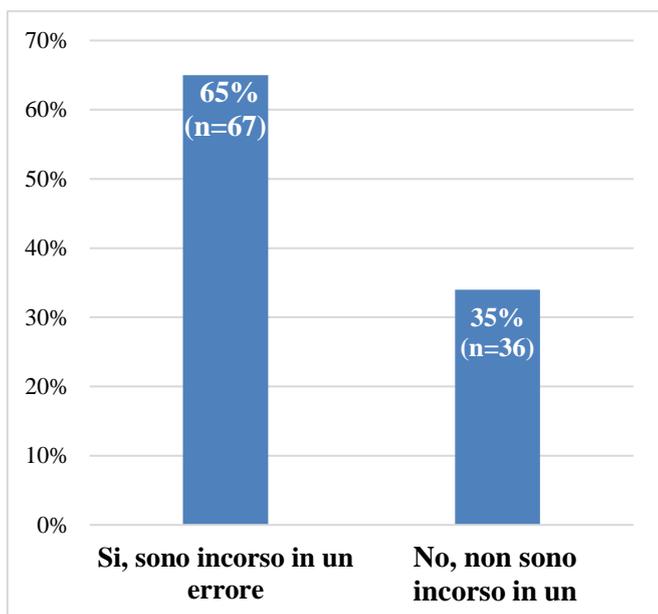


Figura 2: percentuale di errori o quasi errori di terapia

8. **Se Sì, in che fase si è verificato l'evento o quasi evento?** Per i 67 Infermieri che hanno risposto 'Sì' alla domanda precedente la fase della terapia farmacologica che è stata definita come la più frequente per il verificarsi di un errore è quella della somministrazione, seguita da preparazione, prescrizione, distribuzione, controllo ed infine approvvigionamento.

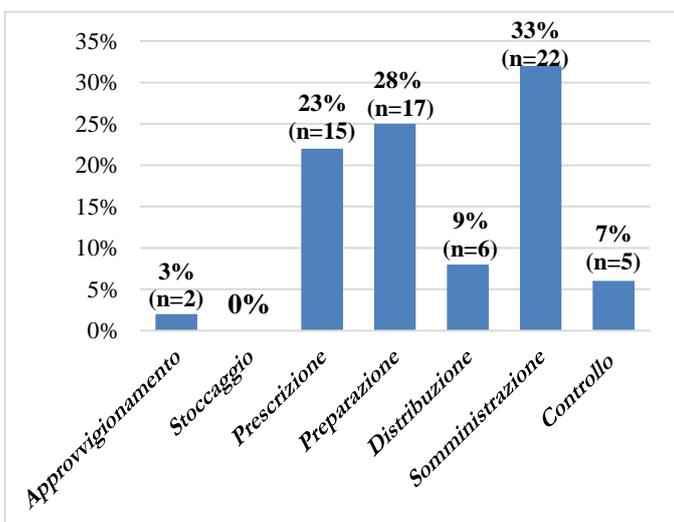


Figura 3: fasi della terapia farmacologica in cui si incorre nell'errore per il campione che ha risposto SI alla domanda precedente

9. **Secondo il suo parere in quanti errori/quasi errori di terapia farmacologica è possibile incorrere durante un intero turno lavorativo?** Il 50% (n=52) degli Infermieri afferma che durante un turno lavorativo è possibile incorrere in meno di 2 errori di terapia, contro il 17% (n=18) che definisce la possibilità di un numero di errori maggiore di 2. La restante parte del campione si divide in un gruppo che stima nessun tipo di errore durante il turno, 27% (n=27) e un gruppo che non ha i dati sufficienti per stimare il tipo di evento, 6% (n=6).
10. **In quale turno lavorativo è più facile si verifichino errori di terapia farmacologica?** Il turno della mattina è stato definito il periodo di tempo nel quale è più semplice incorrere in un errore di terapia farmacologica, 50% (n=52); gli altri turni in percentuali uguali o inferiori al 15%.
11. **Quale strumento utilizzi per la segnalazione dell'errore/quasi errore di terapia farmacologica?** Il 38% (n=39) degli Infermieri utilizza la scheda di IR reperibile in Unità Operativa, mentre il restante 62% (n=64) utilizza un altro criterio.
12. **Quale criterio di segnalazione differente dall'Incident Reporting utilizza per la segnalazione?** Del 62% (n=64) del campione che non utilizza la procedura di segnalazione, sette avvertono il medico di guardia, tre riferiscono l'accaduto al Coordinatore Infermieristico, due al collega durante il cambio turno e cinque segnalano oralmente senza specificare. La restante parte del campione che non utilizza la scheda IR, (n=47), ha dichiarato di non aver mai segnalato l'errore al momento dell'accaduto.

Corresponding author:

Stefania Tinti: stinti@asst-rhodense.it

Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense, Viale Forlanini 95, Garbagnate Milanese (MI), Italy



Milano University Press



13. **Quale motivo l'ha spinto a non segnalare l'evento?** (domanda con più di un'alternativa possibile). Tra coloro che hanno indicato una risposta le principali motivazioni per le quali non viene segnalato l'errore sono:

- dubbi riguardo l'effettiva valenza dell'errore o quasi errore (n=17)
- scarsa probabilità che venga presa realmente in considerazione la segnalazione (n=4)
- mancanza di tempo per compilare la scheda di IR, durante il turno lavorativo (n=2)
- timore di essere giudicato/a dalla Direzione (n=2)
- timore di ricevere una sanzione disciplinare (n=2).

Per chi dichiara di aver segnalato l'evento, quale è stata la percezione riguardo la considerazione della segnalazione da parte dell'Ufficio Risk Management?

- il 30% (n=12) ha percepito una considerazione piena della segnalazione
- l'8% (n=3) una non considerazione
- il 50% (n=19) non ha strumenti per rispondere
- il restante 12% (n=5) non ha risposto alla domanda

15. **Ha aderito ai corsi di aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e della terapia farmacologica, svoltisi negli anni presso l'Azienda Ospedaliera?** (Figura 4)

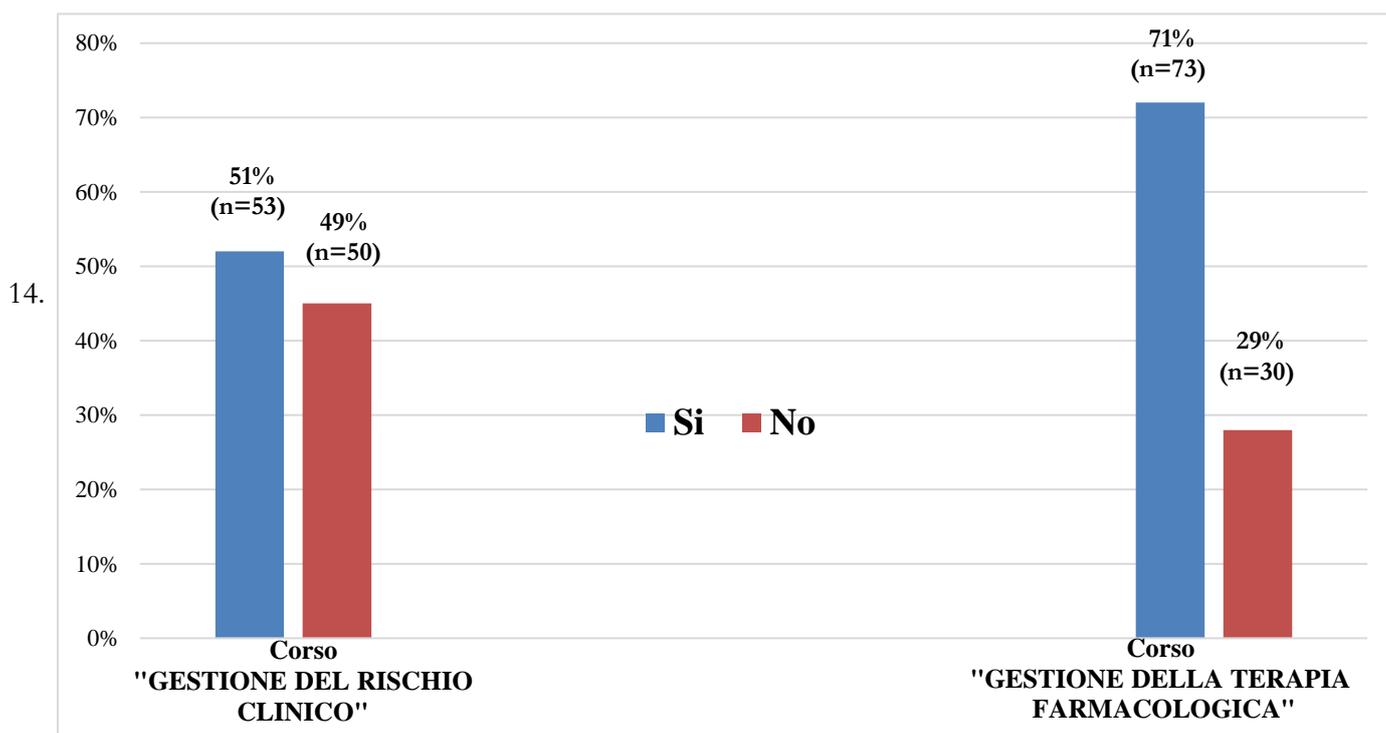


Figura 4: partecipazione ai corsi formativi

Corresponding author:

Stefania Tinti: stinti@asst-rhodense.it

Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense,
Viale Forlanini 95, Garbagnate Milanese (MI), Italy



Milano University Press



DISCUSSIONE

Le caratteristiche della popolazione infermieristica indagata mostrano una comunità prevalentemente femminile, con un'anzianità maggiore di dieci anni per più della metà del campione. Il titolo di studio che la maggior parte dei professionisti possiede è il Diploma di Laurea triennale. Tutte le unità operative selezionate hanno aderito allo studio. Seguendo la sequenza del questionario e dei temi indagati e analizzando le conoscenze riguardo il rischio clinico e le procedure dell'Azienda Ospedaliera, risulta che la quasi totalità del campione ha saputo definire correttamente il *Clinical Risk Management*, mentre per quanto riguarda la definizione dei diversi tipi di errore, si è riscontrata una difficoltà nella capacità di distinguere l'Evento Sentinella dall'Evento Avverso. Come riportato in letteratura, uno dei principali ostacoli alla segnalazione dell'errore è l'aspetto delle conoscenze, ovvero la capacità di definire e riconoscere l'evento nel momento in cui si verifica. (16) Un Infermiere che non possiede le conoscenze riguardo all'evento avverso, non sarà mai consapevole di esserne incorso e quindi non lo riporterà. È necessario quindi che gli Infermieri siano adeguatamente formati nell'ambito della gestione del rischio clinico, abbiano una chiara percezione dell'errore e conoscano le definizioni dei possibili errori terapeutici, poiché quando esiste una chiara spiegazione, gli eventi non possono essere interpretati sulla base di situazioni cliniche. (18) Gli errori terapeutici si verificano in ogni fase del processo di gestione del medicinale ma la letteratura indica una maggiore frequenza durante la fase di somministrazione (53%), seguita dalla prescrizione (17%) e preparazione (14%) del farmaco. (19) Anche nello studio condotto la fase della somministrazione della terapia farmacologica è stata selezionata come la più probabile per l'insorgenza di errori. Gli errori riconducibili a questa fase possono essere: la mancata somministrazione, la somministrazione ad orari diversi da quelli prescritti, la somministrazione di un

farmaco sbagliato al paziente sbagliato, un errore nel dosaggio o nella forma farmaceutica, l'utilizzo di un farmaco scaduto. (14) Anche il momento della preparazione della terapia è stato definito come rischioso; questa fase è influenzata da: contesto ambientale, tipologia e caratteristiche del farmaco, modalità di ricostituzione e diluizione, eventuali incompatibilità tra farmaci. A differenza di quanto indicato dalla letteratura (20, 21), dove la fase della prescrizione è reputata una delle più favorevoli all'errore, nello studio proposto è stata scelta in misura inferiore. Essa viene comunemente segnalata perché il coinvolgimento di un altro professionista, il medico, porta ad un'insorgenza più frequente di fraintendimenti. Analizzando, invece, l'ambiente lavorativo oggetto dell'indagine è interessante sottolineare la percezione degli Infermieri riguardo la stima di errori che possono accadere durante un turno e in quale specifico momento della giornata è più probabile che accadano. La metà della coorte stima meno di 2 errori per turno, mentre l'altra metà si divide in chi propone più di 2 errori e chi neanche uno. La mattina pare essere il turno in cui è più facile che accadano degli errori: nell'area medico-chirurgica, è proprio di mattina che viene preparata e somministrata la maggior parte della terapia farmacologica. Inoltre, in questa fascia oraria si concentrano le principali attività assistenziali, le visite mediche e gli esami diagnostici; un importante carico di lavoro può portare a distrazione e stress per il professionista sanitario. (22) Il 65% del campione ha affermato di aver commesso un errore o quasi errore di terapia e il solo 38% ha dichiarato di aver utilizzato la scheda di IR. La restante parte del campione ha segnalato informalmente al Coordinatore Infermieristico, al collega oppure al medico l'evento o quasi evento. Analogamente, in un recente studio del 2016, del 90% degli errori di terapia farmacologica registrati, l'89% è stato riferito in maniera non ufficiale, oralmente, principalmente al Coordinatore Infermieristico. (17) La principale motivazione alla





non segnalazione con IR è la percezione di poter risolvere nell'immediato l'accaduto con i colleghi presenti, evitando l'eventualità di provvedimenti disciplinari. Tra gli Infermieri del contesto indagato che non utilizzano l'IR, 47 dichiarano di non segnalare mai l'evento o quasi evento. La mancata segnalazione di errori mina la sicurezza della persona assistita ed occorre analizzare le principali barriere di segnalazione degli errori e quasi errori da parte degli infermieri. (16) Una revisione sistematica riassume le barriere in due grandi macro-aree: organizzative (ambiente lavorativo, sistemi di segnalazione, aspetti dirigenziali) e personali/professionali (paura, istruzione individuale, responsabilità legale e professionale). (16) Un altro studio recente ha definito il rischio di una sanzione disciplinare il principale motivo di non segnalazione dell'errore, collegandolo alla visione culturale del sistema dirigenziale autoritario e colpevolizzante. (21) Infine, un'altra ricerca ha rilevato che l'infermiere esprime frustrazione per la mancanza di un provvedimento a seguito della segnalazione, poco coinvolgimento e mancanza di momenti di condivisione e di conseguenza non segnala più. (23) Nel presente studio le principali barriere emerse rappresentano entrambe le macro-aree identificate in letteratura. Tra i suggerimenti, invece, si evidenziano la preferenza nell'utilizzo di audit clinici, il desiderio di voler partecipare attivamente alle azioni di miglioramento, la sintesi delle informazioni contenute nell'IR che presuppone un tempo lungo per la compilazione. Anche il problema della compilazione troppo lunga della scheda di IR è stata evidenziata nei questionari: molto spesso infatti, oltre al fattore "mancanza di tempo durante il turno di lavoro", è diffuso il pensiero che la segnalazione sia un appesantimento burocratico rispetto all'attività ordinaria o viene definita attività impropria. (15) Viviamo in una società in cui l'errore, a tutti i livelli, è visto come atto punitivo privo di aspetti positivi, dove chi sbaglia viene danneggiato, punito, talvolta emarginato. È

poco diffusa la visione culturale dell'errore come causa di azioni generate dall'intero sistema e non solo dal singolo. Dal punto di vista manageriale e gestionale, quando si identifica un contesto aziendale in cui lavorano più persone con ruoli differenti, le credenze di ciascuno impattano sul clima organizzativo e sugli obiettivi aziendali. Secondo Beck, uno dei Padri fondatori della Psicologia cognitiva, le credenze sono "*I libretti d'istruzione*" che ci guidano verso scopi e obiettivi; si costruiscono in noi nell'infanzia e vengono generalizzate attraverso l'esperienza. In un'azienda ritroviamo sia le credenze del singolo individuo, sia dell'organizzazione, le quali possono favorire o meno l'apprendimento personale dall'errore. È necessario focalizzarsi su come imparare dall'errore, piuttosto che lavorare per eliminarlo totalmente, per due importanti motivi: il primo è di ordine genetico fisiologico, ovvero il modo di apprendere degli esseri umani, strutturato per prove ed errori; il secondo motivo che ci lega all'errore è la distrazione data spesso dall'esperienza. Quando si apprende qualcosa e si raggiunge l'obiettivo, il ripetersi quotidiano della stessa porta l'essere umano a porre meno attenzione perché è abituato a farlo; questo provoca un aumento delle possibilità di errore.

CONCLUSIONI

È importante ricordare sempre l'utilità degli errori e ribadire e strutturare forme di acquisizione e momenti di formazione basate sull'analisi dell'evento, perché l'apprendimento è duraturo ed efficace quando si basa sulla possibilità di sperimentare l'errore. (24) Nonostante lo studio proposto presenti alcuni limiti (campione di convenienza, limitata numerosità campionaria, periodo ristretto di raccolta dati in un'unica azienda ospedaliera) i risultati ottenuti rappresentano il contesto indagato e forniscono uno spunto di riflessione per gli infermieri.





BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Sanità. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n 739. Gazzetta Ufficiale 9 Gennaio 1995, n 6. [Internet]. [citato 13 giugno 2020]. Available at: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg.2005>.

2. InstituteofMedicine. Building a Safer Health System [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [citato 24 marzo 2020]. Available at: <http://www.nap.edu/catalog/9728.2000>.

3. MinisterodellaSalute. Dipartimento della Qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità. Giugno 2011 [Internet]. [citato 19 giugno 2020]. Available at: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf. 2011.

4. FNOPI. Codice Deontologico degli Ordini delle Professioni Infermieristiche 2019 [Internet]. [citato 17 giugno 2020]. 2019.

5. MinisterodellaSalute. Direzione Generale della Programmazione sanitaria. Ufficio III ex D.G. PROGS Ministero della Salute. (2015, Aprile). Ministero della Salute: Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° Rapporto (Settembre 2005, Dicembre 2012). Tratto da Ministero della Salute: [Internet]. [citato 6 luglio 2020]. Available at: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf 2015.

6. NCCPMERP. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention -

NCCPMERP [Internet]. Available at: www.nccmerp.org

7. Leggen.24. Legge 8 Marzo 2017 n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie [Internet]. [citato 29 maggio 2020]. 2017.

8. Jessurun JG, Hunfeld NGM, de Roo M, van Onzenoort HAW, van Rosmalen J, van Dijk M, et al. Prevalence and determinants of medication administration errors in clinical wards: A two-centre prospective observational study J Clin Nurs. 2022.

9. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. Drug Saf. 2013;36(11):1045-67.



10. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Understanding the causes of intravenous medication administration errors in hospitals: a qualitative critical incident study. BMJ Open. 2015;5(3):e005948.

11. Parry AM, Barriball KL, While AE. Factors contributing to registered nurse medication administration error: a narrative review. Int J Nurs Stud. 2015;52(1):403-20.

12. Kuitunen S, Nütyynen I, Airaksinen M, Holmström A-R. Systemic causes of in-hospital intravenous medication errors: A systematic review Journal of Patient Safety 2021;17:e1660–e8.

13. Schroers G, Ross JG, Moriarty H. Nurses' perceived causes of medication administration errors: A qualitative systematic re-view. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2020;47: 38–53.

Corresponding author:

Stefania Tinti: stinti@asst-rhodense.it

Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense,
Viale Forlanini 95, Garbagnate Milanese (MI), Italy



Milano University Press



DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



14. Buscemi A. Il risk management in sanità: gestione del rischio, errori, responsabilità professionale, aspetti assicurativi e risoluzione stragiudiziale delle controversie 2015

15. Perrella G, Leggeri R. La gestione del rischio clinico: la sicurezza del paziente e la lotta agli sprechi nelle strutture pubbliche e private. Milano: F. Angeli 2007

16. Vrbnjak D, Denieffe S, O'Gorman C, Pajnikihar M. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2016;63:162-78.

17. Yung HP, Yu S, Chu C, Hou IC, Tang FI. Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. J Nurs Manag. 2016;24(5):580-8.

18. Wakefield DS, Wakefield BJ, Borders T, Uden-Holman T, Blegen M, Vaughn T. Understanding and Comparing Differences in Reported Medication Administration Error Rates. Am J Med Qual. 1999;14(2): 73-80

19. Green CF, Mottram DR, Rowe PH, Pirmohamed M. Attitudes and knowledge of hospital pharmacists to adverse drug reaction reporting Br J Clin Pharmacol 2001 51:81±6

20. Cohen H, Shastay AD. Getting to the root of medication errors. Nursing. 2008.

21. Potylycki MJ, Kimmel SR, Ritter M, Capuano T, Gross L, Riegel-Gross K, et al. Nonpunitive Medication Error Reporting JONA 2006;36((7/8))

22. Difonzo MC, M. Colagrande, G. Gli errori da somministrazione di farmaci: una survey per valutare

le percezioni degli infermieri Evidence 2013;5:e1000057.

23. Besmer M, Bressler T, Barrell C. Using incident reports as a teaching tool. Nursing Management. 2010.

24. Frese M, Keith N. Action errors, error management, and learning in organizations. Annu Rev Psychol. 2015;66:661-87.



Corresponding author:

Stefania Tinti: stinti@asst-rhodense.it

Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Rhodense,
Viale Forlanini 95, Garbagnate Milanese (MI), Italy



Milano University Press

Submission received: 16/03/2023

End of Peer Review process: 24/05/2023

Accepted: 05/07/2023

