

## EXPERT OPINION

# LA GESTIONE DELL' ERRORE IN ANATOMIA PATOLOGICA

Roberto Virgili<sup>1</sup>, Tommasangelo Petitti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Anatomia Patologica,  
 Campus Bio-medico, Roma

<sup>2</sup> Direttore Sanitario -  
 Fondazione Don Gnocchi

Secondo la concezione tradizionale, il personale sanitario non deve fare errori; l'errore del professionista sanitario è giudicato una colpa individuale ed è soggetto a biasimo. Negli ultimi anni lo sviluppo delle idee sull'errore in medicina, riflesso in molti articoli, editoriali e libri, ha modificato questa concezione.

L'errore viene considerato oggi l'evento conclusivo di una catena di fattori, nella quale il contributo dell'individuo che l'ha effettivamente commesso è l'anello finale e non necessariamente il maggior responsabile; più spesso sono le componenti organizzative e gestionali le principali cause di tali eventi. Questa concezione favorisce un approccio più razionale alle strategie di prevenzione dell'errore, che come i suoi fattori determinanti, devono essere pluridirezionali.

Si definisce "errore" un'omissione di intervento, o un intervento inappropriato, a cui consegue un evento avverso clinicamente significativo. Rientra nella definizione il concetto che non tutti gli eventi avversi sono dovuti ad errori, ma solo quelli evitabili. La stima della frequenza degli errori è difficile: uno degli ostacoli maggiori è il timore di conseguenze amministrative o medico-legali, che spinge chi ha commesso un errore a negarlo e comunque a non comunicarlo; inoltre, non sempre è facile stabilire se un evento avverso sarebbe stato evitabile (e dunque dovuto a errore) oppure no.

Sistemi di incident reporting volontari inseriti in un contesto di Risk Management contestualizzati a livello di responsabilità professionale nel nuovo orientamento dato a tale proposito dalla recente L.24/2017 sulla Responsabilità Professionale, possono indubbiamente contribuire ad una maggiore segnalazione degli operatori.

Le stime disponibili, basate sull'incidenza degli eventi avversi evitabili evidenziata da studi prospettivi o retrospettivi su cartelle cliniche (cartacee o elettroniche), devono essere considerate approssimate, potendo essere soggette a bias per difetto (perché molti errori possono non essere svelati) o per eccesso (perché eventi avversi giudicati evitabili potevano invece non essere tali) <sup>(1)</sup>.

Nella concezione attuale - derivata in parte dall'analisi di aree ad alta complessità e ad alto rischio, come i viaggi aerei - si distinguono tre livelli causali degli errori in sanità:

- cause remote (latent errors; errors waiting to happen);
- cause immediate, dovute all'errore del singolo operatore (active errors, at the sharp end), cioè all'interfaccia paziente - operatore sanitario;
- insufficienza o fallimento dei meccanismi che avrebbero dovuto impedire le conseguenze negative dell'errore (per es. mancata supervisione di un esperto durante una procedura tecnica eseguita da un novizio; mancato controllo di una prescrizione; ecc).

This article was published on  
 June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-7>  
 Copyright © 2018 SIMEDET.



modificato da: *BMJ Publ Group 1995:31-54*, <sup>(2)</sup>

Le strategie per evitare gli errori dovrebbero tendere a eliminare o prevenire le cause remote, a migliorare le prestazioni degli operatori sanitari e a predisporre barriere che intercettino gli effetti avversi degli errori.

Una specifica tipologia di errori riguarda quelli potenzialmente parte della catena di gestione dei campioni biologici.

La particolarità di questo specifico rischio sta nel fatto che la genesi dell'errore riconosce un profilo particolare, che lo rende virtualmente non tracciabile.

La motivazione risiede nel fatto che tutte le possibili cause di errore individuate precedentemente sono attive in tutte le molteplici fasi della filiera di eventi che va dal prelievo del campione fino alla emissione del referto. Inoltre, in alcune tipologie particolari di campioni biologici (quelli afferenti all'Anatomia Patologica) le fasi della filiera si ripetono ciclicamente più volte e prevedono fasi di lavorazioni automatizzate e fasi di lavorazione manuali.

Un recente studio sul tema <sup>(3)</sup> ha individuato una distribuzione degli errori nelle diverse fasi analitiche:

- 20,9 % provenienti dalla fase pre-preanalitica (identificazione dei pazienti /campioni)
- 12,4 % rilevati nella fase preanalitica (accettazione)
- 21,7 % rilevati in fase di marcature dei blocchi (fase analitica)
- 10,2 % rilevati durante la fase di macroscopica (fase analitica)
- 30,4 % rilevati in fase di allestimento tecnico (fase analitica)
- 4,4% rilevati in più di una fase di lavorazione

La stima degli errori per il laboratorio che si verificano durante la fase preanalitica (richiesta di esame e preparazione del campione) varia dal 56 al 62% secondo studi effettuati (Nutting; Witte et al.)

La rilevabilità di tali errori avviene generalmente uno o due step lavorativi susseguenti all'accadimento e precisamente.

Nel 96,7 % dei casi gli errori sono stati corretti prima dell'emissione dei referti

Nel 3,2 % dei casi è stato emesso un referto con la correzione degli errori

Nel 1,3 % dei casi si è avuta una rilevanza per la salute del paziente

Un studio condotto con metodo R.C.A. <sup>(4)</sup> ha evidenziato la possibilità di errore durante l'intero percorso del campione istologico nel laboratorio e molti di tali eventi sono riconducibili ad una erronea identificazione e trascrizione del numero di accettazione nelle varie fasi lavorative.

I risultati di tale studio di seguito riportati e soggetti ad analisi hanno dimostrato che:

- il 98,5% degli errori erano dovuti alla perdita di attenzione e svista e solo l'1,5% era attribuibile a mancanza di conoscenza del processo
- 85% degli errori erano di tipo commissivo dovuto a non corretta esecuzione delle procedure mentre il 15% degli errori erano di tipo omissivo o dovuti a mancata esecuzione di un'azione
- 10% degli errori hanno causato un ritardo nella refertazione
- 2% degli errori hanno causato ripetizione di uno o più processi
- 88% non ha causato conseguenze
- 73% degli errori sono stati rilevati nella fase finale del processo di etichettatura o consegna
- 1,5% degli errori sono stati rilevati nella fase di lettura
- 85% degli errori sono stati rilevati durante la fase di

campionamento, taglio, allestimento del vetrino, etichettatura e consegna.

- 80% di questi errori sono attribuibili a non corrette trascrizioni del numero nelle varie fasi (etichettatura campione, inclusione, vetrino)

Una caratteristica interessante di questa tipologia di errori è che sono nella quasi totalità prevenibili, e che le tecnologie dell'informazione permettono, ove estensivamente applicate su tutta la filiera, un accurato controllo che ne consente la corretta gestione.

Infatti la genesi di questi errori consiste essenzialmente negli errori di identificazione e della corretta associazione padre-figlio, procedura che è alla base del modello di lavoro in Anatomia Patologica.

In questo senso le tecnologie dell'informazione permettono una rigida gestione dei campioni figli generati dai padri, riducendo a quote bassissime tali errori.

Ovviamente le tecnologie dell'informazione introducono nuova fattispecie di rischi (gestione della privacy, continuità del servizio, ecc) che devono essere prese in considerazione nelle fasi di implementazione.

In conclusione, l'analisi dei rischi di errore in Anatomia Patologica, e la gestione volta alla minimizzazione degli stessi, deve necessariamente prevedere una serie di aspetti:

- Il concetto profondo dell'errore in sanità, specificamente declinato sulla specifica fatti specie dell' Anatomia Patologica
- I processi di qualità come strumento culturale per il corretto tracciamento dei processi
- Le soluzioni tecnologiche utilizzabili nella filiera della gestione dei campioni biologici
- Le problematiche relative alle interfacce tecnologiche con le apparecchiature automatizzate e semiautomatizzate di processazione dei campioni
- Le criticità legate all'introduzione pervasiva di sistemi tecnologici (sicurezza, privacy, continuità ecc);
- Esperienza di automazione dei processi, dai quali evidenziare eventuali criticità emerse.

L'applicazione di tecnologie di analisi del rischio clinico proattivo (FMEA-FMECA) ed il ricorso all'ausilio di tecnologie informatiche (ICT) consentono, in Anatomia Patologica, di indicare strategie atte alla minimizzazione dell'errore garantendo al paziente sicurezza delle cure nel percorso del laboratorio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Brennan TA. *The Institute of Medicine Report on Medical Errors – could it to harm?* *N Engl J Med* 2000;342:1123-5.
2. Reason J. *Understanding adverse events: human factors.* In: Vincent C Editor: *Clinical Risk Management*, London, BMJ Publ Group, 1995:31-54.
3. Raouf E. Nakhleh, et al: *Mislabeling of Cases, Specimens, Blocks, and Slides A College of American Pathologists Study of 136 Institutions.* *Arch Pathol Lab Med*—Vol 135, August 2011
4. (Morelli et al *J PREV MED HYG* 2013;54: 90-96)