



XIII congresso nazionale

simeu

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024

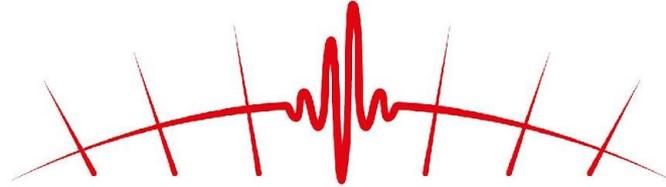


I.MEU

I.MEU

Dei nomi dell'errore

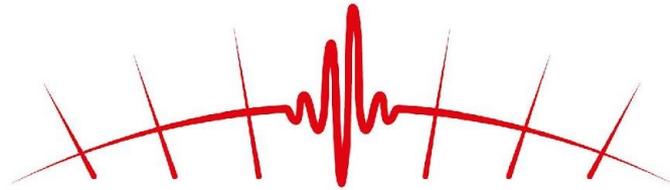
Dalla Nosografia al Corpo del malato



XIII congresso nazionale
SIMEU
GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024



Biagio Epifani

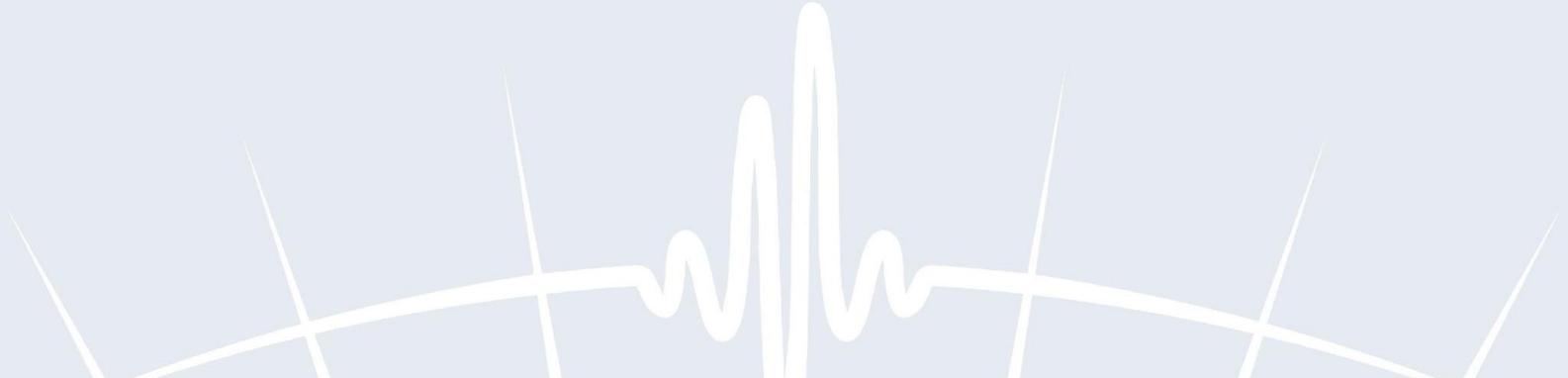


XIII congresso nazionale

SIMEU

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024





GENESI

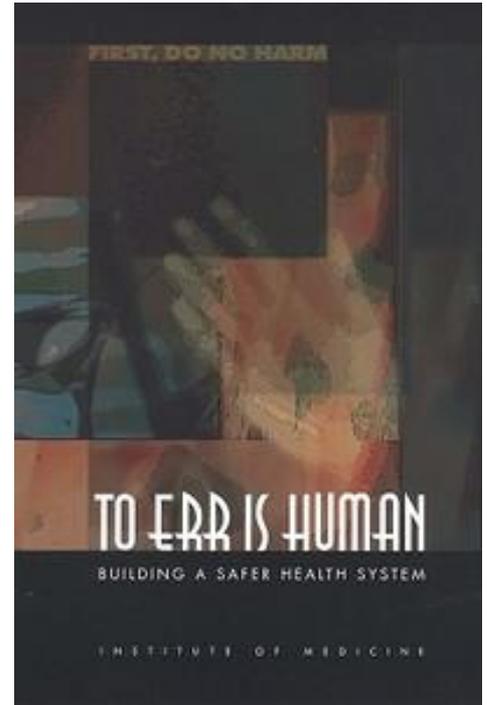


XIII congresso nazionale

simeu

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024

...si parte sempre da ...





L'Uomo è un animale non ancora stabilizzato

*Umano troppo umano
Nietzsche*

L'Uomo (intendiamo il genere umano) è libero, le sue decisioni non vengono da codici biologici né da istinti.

Allora si è dato altri codici per sottrarsi all'ambivalenza e all'anarchia che lo abita:

- principio di non contraddizione
- principio di causalità

} logica
→ morale

- tabù, precetti, comandamenti

IL DIFETTO DELLA LINGUA

L'ambivalenza

...errore

sbaglio, fallo, mancanza, colpa, peccato,
imprecisione, inesattezza

errare, vagare, confondere, fuorviare,
ingannare, turlupinare, abbagliare

Allontanarsi dal bene

ma anche...

Λάθος (*láthos* , sfuggire alla scoperta e sfuggire all'attenzione)



Accanto all'errore...la Verità

Più che Veritas direi ἀλήθεια (aletheia): disvelamento

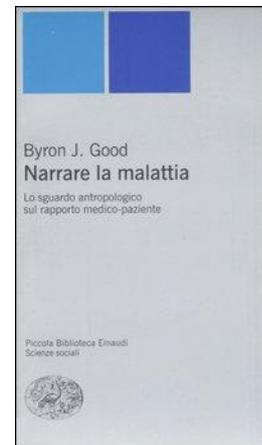
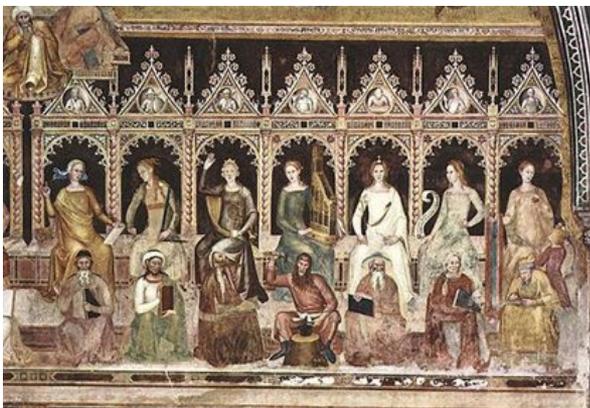
In generale: coerenza con un dato o una realtà oggettiva
(ontologia e gnoseologia)

Comunque, nelle relazioni tra persone, è la Legge della Parola che stabilisce il codice della Verità. Siamo dei perenni traduttori della metafora della lingua, districandoci tra i significanti.

«voglio dire» – «per così dire» – «in altre parole» - «come dire» - «sono stato frainteso» – «fuori dal contesto»



Torniamo alla Medicina (è un'arte liberale?)



E' possibile uno sguardo medico realmente libero, un discorso sulla malattia ma anche sul malato?
Ridiscutere il paradigma positivista per attingere alla rete semantica che circonda il malato



Nell'era dell'algoritmo - Abu Jà far Mohammed ibn Musa al-Khowarizm, (circa 780-850).

procedimento per risolvere un problema in un numero finito di passi.

NOSOLOGIA

Un sistema di descrizione e classificazione delle malattie, fondato sulla ricerca continua dell'espressione stessa del patologico sul corpo del malato.

Il suo continuo aggiornamento si muove con il contributo fondamentale *dell'analisi degli errori*.

DISEASE, dunque

Ma che cos'è la malattia?

...una malattia *“è qualcosa che venga presentata come malattia in un trattato di patologia”*

Federspil G., Giaretta P., Oprandi N. Salute e malattia. In: A. Pagnini (a cura di). Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto. Roma: Carocci, 2010: 51-79.

Nel corso del tempo non è mai esistito un rapporto costante tra il grado di indeterminatezza concettuale dell'oggetto di diagnosi e la quantità di linguaggio diagnostico prodotto. Queste due variabili storiche, etichettabili in termini di “vaghezza” (dell'oggetto) e “proliferazione” (del linguaggio), hanno un andamento indipendente.

La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico.
Sviluppo storico.

Claudio Doliana - Vol. 15, N. 2, 2015: 29-36 DOI: 10.14601/Tutor-16461

© Firenze University Press

<http://www.fupress.com/tutor>

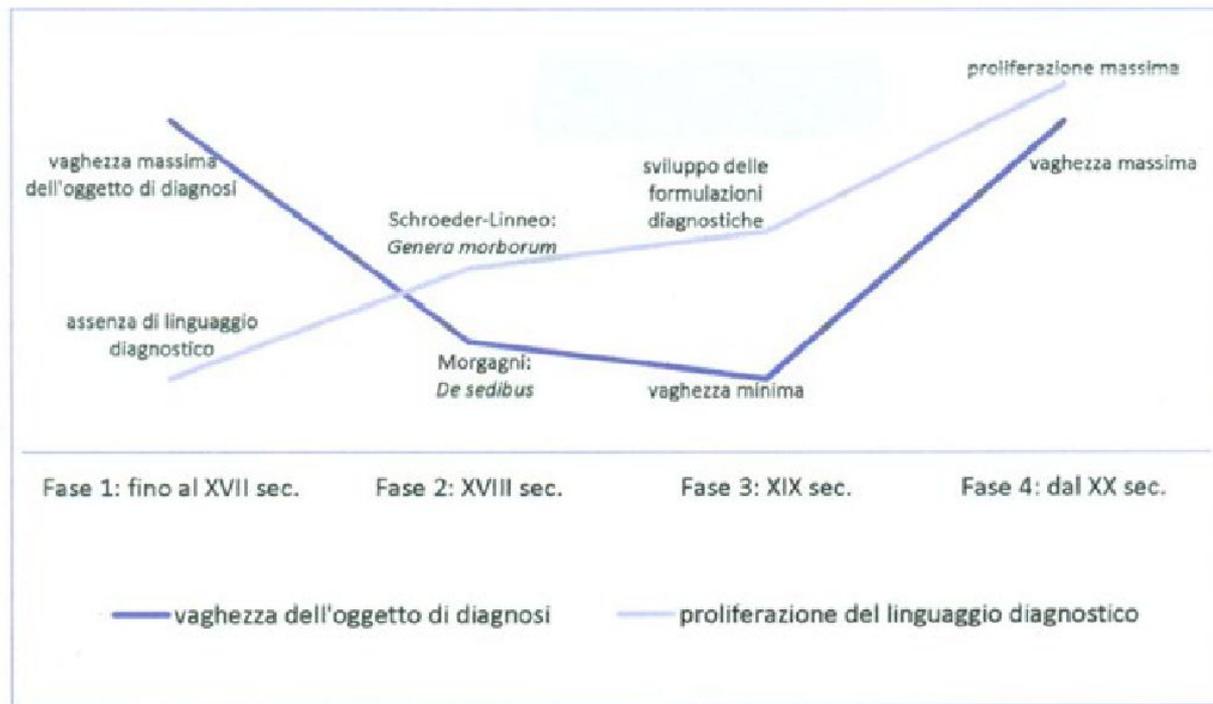
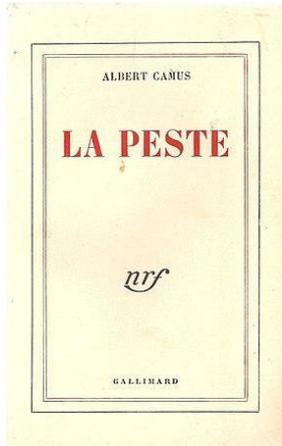
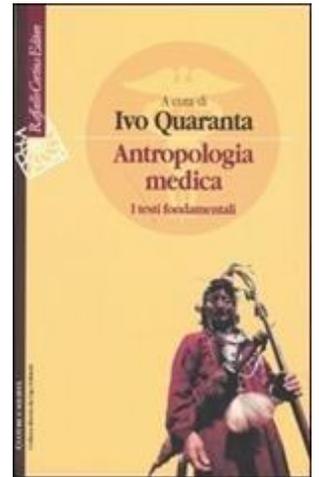


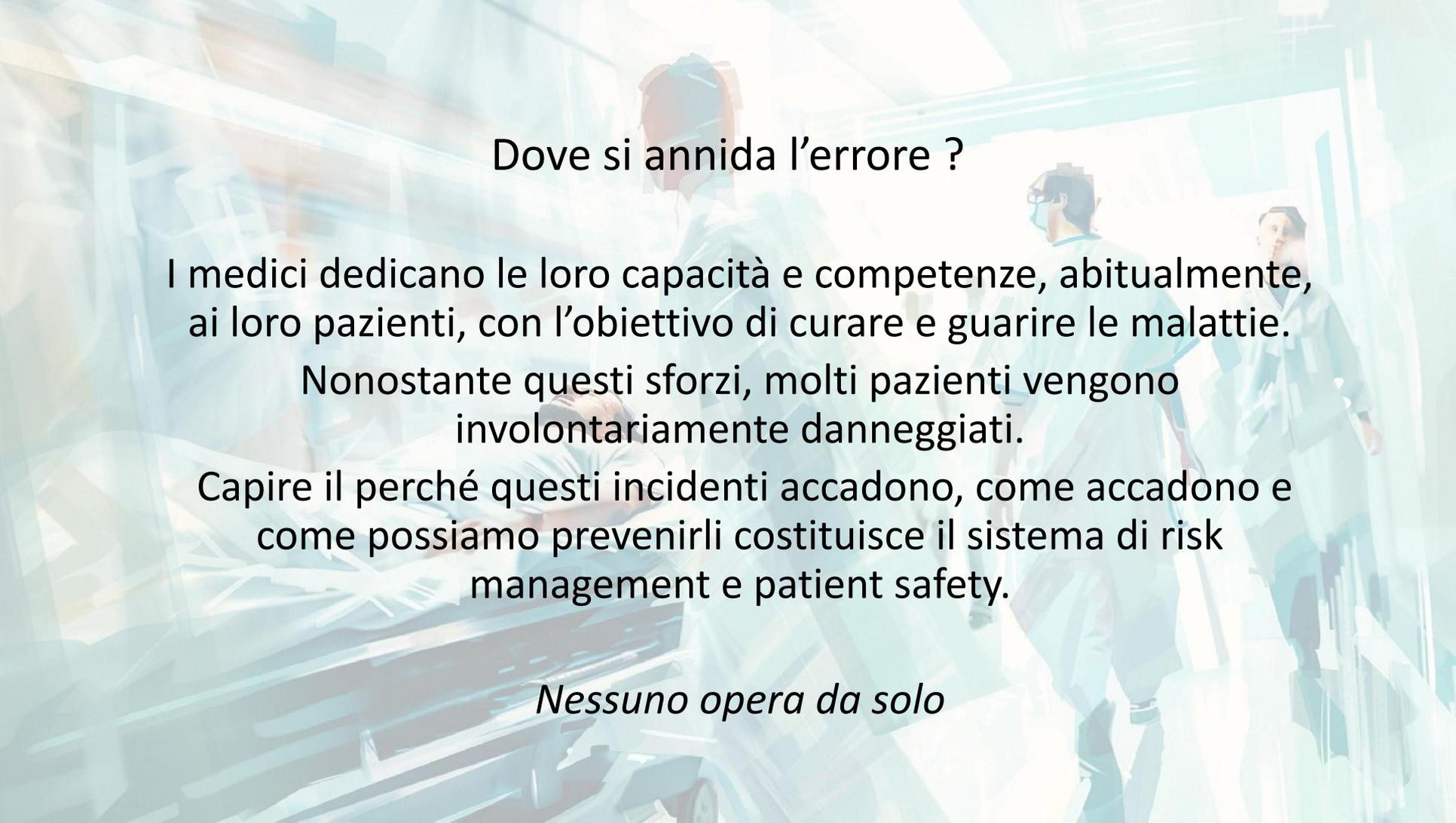
Figura 1. Variabili storiche a confronto: vaghezza dell'oggetto di diagnosi e proliferazione del linguaggio diagnostico.

L'uomo e la donna iconografica stanno per essere abbandonati dall'individuo portatore di 'illness' e antropologicamente in continua evoluzione, inserito in un contesto che modifica l'espressione e il vissuto stesso della malattia (**sickness**).



Peste e Covid: gli stessi vissuti?



The background is a stylized, low-poly illustration of a hospital corridor. It features several figures in white medical coats, some wearing masks and caps, moving through the space. The lighting is bright and somewhat washed out, creating a clean but slightly abstract atmosphere. The perspective is from a slightly elevated angle, looking down the length of the hallway.

Dove si annida l'errore ?

I medici dedicano le loro capacità e competenze, abitualmente, ai loro pazienti, con l'obiettivo di curare e guarire le malattie.

Nonostante questi sforzi, molti pazienti vengono involontariamente danneggiati.

Capire il perché questi incidenti accadono, come accadono e come possiamo prevenirli costituisce il sistema di risk management e patient safety.

Nessuno opera da solo

L. N. Medford Davis, H. Singh, P. Mahajan. Diagnostic Decision-Making in the Emergency Department. *Pediatric Clinics of North America*, 2018-12-01, 65, 6, 1097-1105.

Ci sono molti punti nel processo diagnostico vulnerabili agli errori, inclusa la raccolta di informazioni rilevanti, l'integrazione e l'interpretazione di tali informazioni, la determinazione della diagnosi e la comunicazione della diagnosi al paziente



Improving Diagnosis in Health Care, 2015 the National Academy of Sciences. Where failures in the diagnostic process occur.

L'errore diagnostico è stato meno studiato rispetto ad altre tipologie, come gli errori nella terapia (ad esempio, dosaggio sbagliato) o applicazione di procedure (ad esempio, intervento chirurgico in sede sbagliata), forse perché è più difficile da definire e, pertanto, spesso passa inosservato e non segnalato . Di conseguenza, la prevalenza esatta rimane sconosciuta, ma la maggior parte dei pazienti sarà vittima di almeno un errore diagnostico nel corso della propria vita.



Sono state proposte diverse definizioni di errore diagnostico

- Diagnosi involontariamente ritardate, sbagliate o perse
- Errori o mancanze nel processo diagnostico
- Danno prevenibile correlato a diagnosi errate
- Opportunità mancata di effettuare una diagnosi corretta o tempestiva sulla base delle prove disponibili, indipendentemente dal danno al paziente

La National Academies of Science, Engineering, and Medicine (NASEM) ha definito l'errore diagnostico come

“l’incapacità di stabilire una spiegazione accurata e tempestiva dei problemi di salute del paziente o di comunicare tale spiegazione al paziente”



Molti errori diagnostici non comportano danni al paziente, il che porta ad un sottoriconoscimento e ad una sottostima; tuttavia, la maggior parte di essi può causare danni.

Anche se gli errori diagnostici generalmente non implicano intenzionalità, la natura del processo di pensiero umano rende i sanitari suscettibili a questi errori.



Modelli di comportamento umano

- **Skill-based behaviour:** camminare, andare in bicicletta, scrivere, etichettare campioni biologici. No feedback dall'ambiente, scarsa consapevolezza. Tasso di errore da 1:200 a 1:20000 operazioni
- **Rule-based:** pre-comandato da regole apprese in precedenza , feedback minimo: guida dell'auto, fare la spesa, preparare una ricetta, valutazione del rischio di caduta del pz, aggiustamento di dose di farmaco. Tasso di errore da 1:20 a 1:2000

Knowledge based

Gestione di situazione nuova per la quale non si dispone di regole e necessita di un piano d'azione ex novo. Consapevolezza elevata. Definito tentativo ed errore con necessario feedback dall'ambiente circostante. Guida a dx, perdita di orientamento in città nuova, emergenza inattesa, reazione anomala a trattamento, allarme mai verificatosi su strumento, cambio di ospedale

Fattori cognitivi

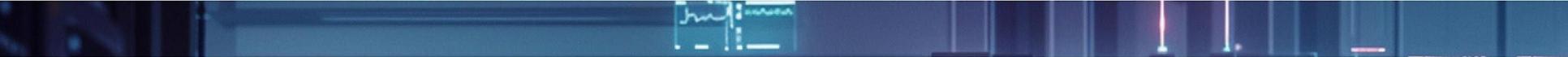
Si ipotizza che i processi cognitivi, il modo in cui funziona il cervello umano, contribuiscano in modo determinante all'errore diagnostico.

Il cervello può ragionare su un problema lentamente e in sequenza, ed è spesso costretto a farlo quando incontra un problema nuovo o non familiare, ma preferisce elaborare le informazioni in modo rapido e automatico facendo affidamento su scorciatoie o euristiche.

Questi 2 metodi di pensiero sono indicati come sistema 1 (automatico e subconscio) e sistema 2 (lento e metodico)

Le scorciatoie del Sistema 1 consentono alle persone di pensare in modo più efficiente facendo affidamento su modelli ed esperienze precedenti, ma sono suscettibili a fallimenti, chiamati bias cognitivi, che possono portare a errori diagnostici.

- Bias di ancoraggio: tendenza ad ancorarsi ad un'ipotesi dopo la scelta iniziale
- Chiusura prematura: stop alla ricerca di diagnosi alternativa
- Bias di conferma: dopo essere giunti ad una diagnosi i test successivi vengono interpretati come conferma
- Bias di disponibilità: ipotesi ricalcate sulle diagnosi più recenti
- Eccessiva fiducia: fiducia indipendentemente dall'accuratezza
- Pregiudizi affettivi: pregiudizi e stereotipi
- Rappresentatività: diagnosi non correlate alla probabilità effettiva



L'incertezza diagnostica è necessariamente più comune nel Pronto Soccorso che in altre specialità. Sebbene possiamo considerare sicura la dimissione, i pazienti hanno una visione meno sfumata delle specialità mediche.

Spesso considerano i medici di Pronto Soccorso come equivalenti con altri specialisti e si aspettano un livello simile di certezza diagnostica.

Sebbene in Pronto Soccorso non sempre sia possibile raggiungere la certezza diagnostica, l'errore è definito non solo dall'accuratezza della diagnosi ma anche dall'appropriatezza della comunicazione con il paziente.

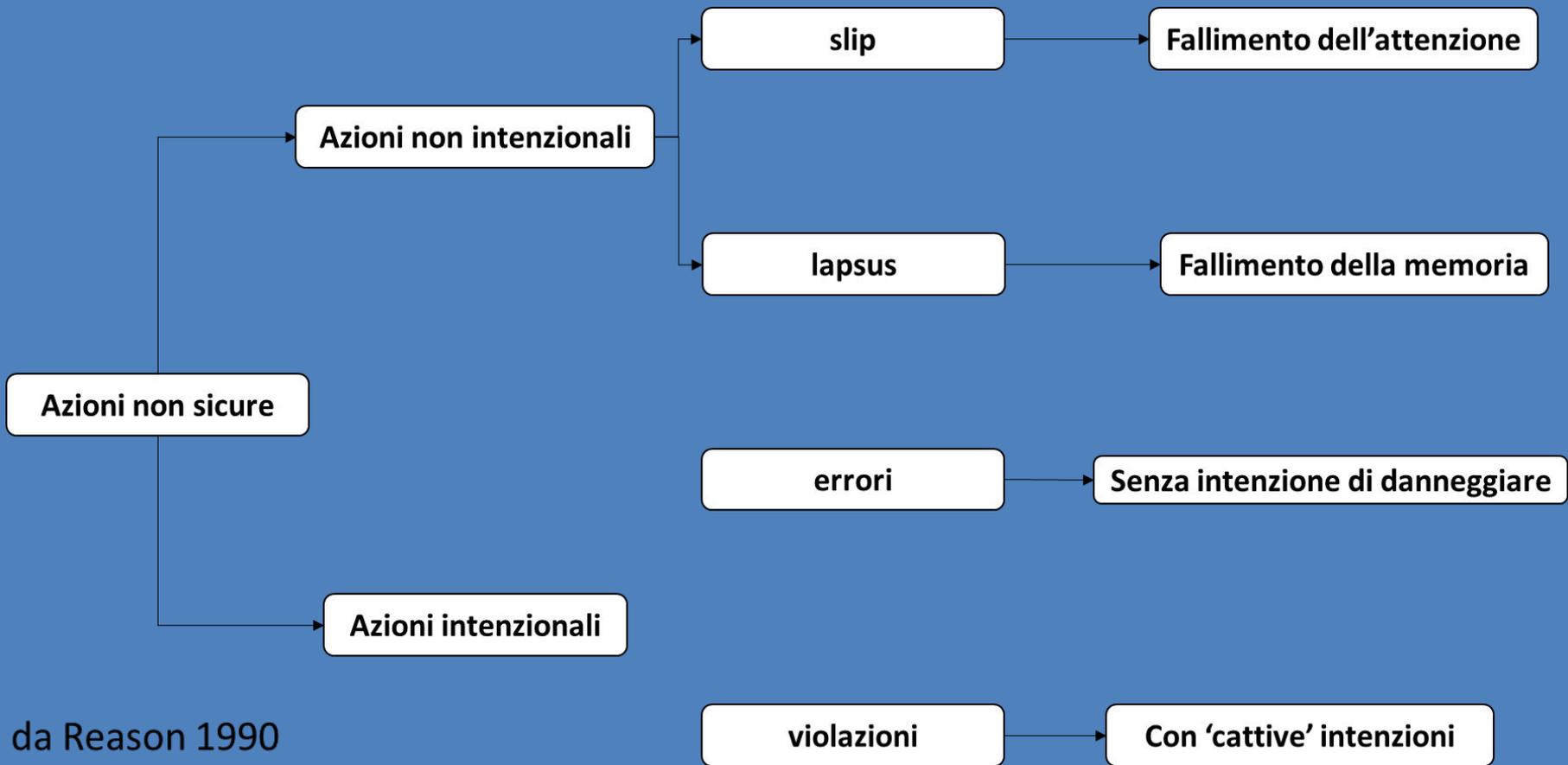




Pertanto, nei casi in cui un operatore del Pronto Soccorso non sia in grado di spiegare completamente i sintomi ad un paziente al momento della visita, è importante che comunichi la propria incertezza al paziente, insieme a un piano specifico ed una tempistica affinché il paziente possa cercare un follow-up cura per continuare il processo diagnostico.

La ricerca mostra che i pazienti sono più ricettivi a una discussione aperta sulle loro possibili diagnosi differenziali, piuttosto che a una semplice affermazione che la loro diagnosi sia incerta o sconosciuta.





da Reason 1990

Fattori contribuenti	componenti
Fattori legati al paziente	Condizioni cliniche – complessità Linguaggio e comunicazione Personalità e fattori sociali
Fattori legati al compito	Natura del compito e chiarezza della procedura Disponibilità di protocolli Supporti al decision making
Fattori legati all'individuo	Conoscenza e abilità Competenza Stato di salute
Fattori legati al team	Comunicazioni verbali e scritte Supervisione Struttura del team
Fattori legati all'ambiente di lavoro	Dotazione organica e turnistica Equipaggiamento e strumentazione Caratteristica dell'ambiente
Fattori legati all'organizzazione e management	Risorse e vincoli finanziari Struttura dell'organizzazione Standard, obiettivi, politiche Cultura della sicurezza
Fattori legati al contesto istituzionale	Contesto economico e normativo



L'errore in ED

Ewai Zhang, Shih-Chiang Hung, Chien-Hung Wu, Ling-Ling Chen, Ming-Ta Tsai e Wen-Huei Lee. Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24hours of ED admission. *American Journal of Emergency Medicine*, 2017-03-01, 35, 3, 479-483

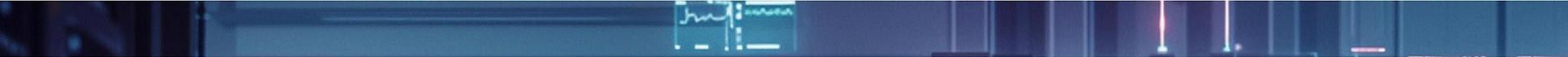
studio osservazionale prospettico che ha arruolato pazienti adulti non traumatizzati con eventi imprevisi potenzialmente letali entro 24 ore dal ricovero nel reparto generale dal pronto soccorso di un centro medico di Taiwan

100 ricoveri

2% errori – con prevedibilità 100%

15% eventi avversi – con 53,3% diagnosi, 40% gestione, farmacoterapia 6,7% - prevedibilità 93,3%

20% esito mortale – 60% gravi lesioni



Erik B. Kulstad MD, MS, Rishi Sikka MD, Rolla T. Sweis PharmD, Ken M. Kelley MD e Kathleen H. Rzechula RN.

ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors.

American Journal of Emergency Medicine, 2010-03-01, 28, 3, 304-309



J.D. Schuur, M. Qualls, J.F. Moreau, S.J. Bohan, L.A. Nathanson e C.T. Tibbles.

Defining Critical Data Elements to Improve Emergency Department Consultation Communication.

Annals of Emergency Medicine, 2008-10-01,52, 4, S130-S130

Bryan A. Stenson e Shamai A. Grossman

Quality Improvement and Patient Safety

Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, e8,
2453-2453.e83

Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors

- Daniel S. Tawfik, MD, MS; Jochen Profit, MD, MPH; Timothy I. Morgenthaler, MD;
- Daniel V. Satele, MS; Christine A. Sinsky, MD; Liselotte N. Dyrbye, MD, MHPE;
- Michael A. Tutty, PhD; Colin P. West, MD, PhD; and Tait D. Shanafelt, MD



This study suggests that burnout, poor well being, and low work unit safety grades are independently associated with increased odds of recent perceived major medical errors among US physicians.

A multifaceted approach is needed to reduce medical errors, including interventions to improve unit-level patient safety infrastructure as well as system-level interventions combatting physician burnout and promoting well-being





Task Switching, Multitasking, and Errors: A Psychologic Perspective on the Impact of Interruptions

Jonathan Sherbino, MD, MEd*; Geoff Norman, PhD

Corresponding Author. E-mail: sherbino@mcmaster.ca.0196-0644/\$-see front
matter Copyright © 2021 by the American College of Emergency Physicians

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.07.120>



When considering the impact of interruptions on skilled performance, 2 assertions appear self-evident:

- 1) interruptions increase error rates and
- 2) people can acquire skill expertise to allow multitasking, under specific conditions, to reduce the impact of interruptions.

In this issue of the journal, Gottlieb et al presented some evidence that addresses these assertions. They demonstrated that listening to a podcast while driving on a familiar route impacts neither learning nor the retention of knowledge compared with undistracted listening.

The theoretical rationale to support multitasking posited by the authors has implications for emergency medicine learners and teachers who use podcasts. However, what are the larger implications of interruptions on emergency medicine clinical practice?

Il nostro '*caos*'

To an external observer, the emergency department (ED) may represent a chaotic environment with repeated and frequent interruptions.

Chisholm et al. observed that over a single 180-minute period, physicians were interrupted an average of 30.9 times, and they experienced a break-in-task 20.7 times. They concluded that “while some interruptions are important and necessary, an ‘interrupt-driven’ practice is prone to distraction and, thus, potentially to error.”

Decision making is often naked and raw with its flaws highly visible.

Nowhere in medicine is rationality more bounded by relatively poor access to information and with limited time to process it, all within a milieu renowned for its error-producing conditions.”

Perceived vs. actual distractions in the emergency department

Michelle Shiao-Bin Enga, Kyle Fierroa, Shauna Abdouchea, Daohai Yu, PhD, MSb, Kraftin E. Schreyer, MDc

Lewis Katz School of Medicine at Temple University, Philadelphia, Dept. of Clinical Sciences, PA 19140, United States of America

American Journal of Emergency Medicine 37 (2019) 1896–1903

Conclusion: The perceived amount and rate of distractions and interruptions are significantly higher than the actual amount and rate of distractions and interruptions. Attending physicians both perceive and experience more distractions and interruptions.

Further work should be done to evaluate the power of provider perception, and the potential contribution of inaccurate perception to medical error and provider burnout.

The AHRQ Report on Diagnostic Errors in the Emergency Department: The Wrong Answer to the Wrong Question
Gabor D. Kelen, MD*; Amy H. Kaji, MD, PhD; and the Consortium of Societies of Emergency Medicine
336 Annals of Emergency Medicine Volume 82, no. 3 : September 2023

The AHRQ report also fails to understand the fundamentals of emergency practice. Establishing “diagnoses” is often of secondary concern and is sometimes impractical or irrelevant in the ED. EM concerns itself with the evaluation and management approach to symptom complex presentations of acute and decompensated conditions. **The concept of diagnostic error as used in the report is not the appropriate paradigm to understand associated harms.** The key issue is whether the approach to emergency patients was appropriate for the presentation.

Not establishing a specific diagnosis in the ED is not synonymous with a “missed” diagnosis. Indeed, recent work shows that even in the best of circumstances, decreasing missing consequential diagnoses has its limits. Practicing frequently at volumes equivalent to acute disasters, EDs must function under a utilitarian ethical approach (greatest good for the greatest number) as opposed to the egalitarian approach (best outcome for each patient).

That emergency practice must orient to decrease aggregate harm risks for everyone in the ED is not widely appreciated outside of EM.

Il fattore umano

Hazardous Attitude	Antidote Thoughts
Antiauthority: “Don’t tell me what to do. The policies are for someone else.”	“Follow the rules. They are usually right.”
Impulsivity: “Do something quickly—anything!”	“Not so fast. Think first.”
Invulnerability: “It won’t happen to me. It’s just a routine case.”	“It could happen to me. Serious problems can develop even in routine cases.”
Macho: “I’ll show you I can do it. I can intubate the trachea of anyone.”	“Taking chances is foolish. Plan for failure.”
Resignation: “What’s the use? It’s out of my hands. It’s up to the surgeon.”	“I’m not helpless. I can make a difference. There is always something else to try that might help.”

...torniamo all'*errore* – il *fattore umano*

Homo sapiens e la straordinaria civiltà da lui costruita dipendono da una serie di errori di trascrizione alla base del processo evolutivo descritto da Darwin.

La corsa verso sistemi di controllo e di cosiddetta Intelligenza Artificiale, per paradosso, potrebbe condannarci ad una civiltà in cui tutto è programmato, senza spazio per le varianti, nessuno scarto dalla norma, nessun sviluppo casuale. La scomparsa della potenza generativa dell'errore – e dunque dell'apprendimento.

SMOMBIE





L'errore rimane allora un evento inaccettabile che chiede un colpevole.

Il medico e l'infermiere sperimentano sensi di colpa, inadeguatezza, vergogna, amplificati e sostenuti da una rappresentazione mediatica negativa e dalla cultura dell'eclissi della malattia e della morte.

Colpire attraverso la dimensione pubblica:

«non dovrebbe più lavorare»

«perché non succeda ad altri...»

- Se il medico ha sbagliato, quindi è in colpa: colpevolizzazione dell'errore e bisogno di trovare un colpevole
- Il colpevole tranquillizza il "Sistema"
- La monetizzazione del rapporto porta alla pretesa della prestazione concordata e quindi all'obbligazione del risultato



Il silenzio del medico

- La pena non serve a prevenire l'errore o la dimenticanza, l'educazione sì
- Una buona società fa buone leggi
- Scienza di Stato/Regione (LLGG nazionali e regionali)
- Antecedenza della colpa rispetto alla causalità
- **Aità (causa da cui eziologia) in origine indicava colpa, legge del contrappasso e della vendetta**



Perché gli errori emergano e se ne possa discutere è necessario spostare l'attenzione dall'obiettivo di identificare un colpevole a quello di identificare le cause che hanno indotto una persona a sbagliare

I medici e gli infermieri sbagliano. Come gli avvocati, i giudici, i giornalisti, gli insegnanti

Gli errori dei medici si vedono

Il tribunale dei malati?





I tribunali danno lavoro agli avvocati ma non buone cure

Molte delle azioni legali dipendono da medici che non resistono alla tentazione di parlar male di altri medici

Il ristoro non ha nulla a che vedere con le esigenze di miglioramento delle prestazioni sanitarie



- L'errore del medico è rischio tipico della funzione sanitaria
- Solo un cambiamento di paradigma potrà restituire ai pazienti la fiducia nell'agire medico e rifondare una cultura che estingua progressivamente il sospetto e ponga il medico in un contesto di vera alleanza con coloro che ne hanno chiesto l'intervento
- La pena, con il male, non può retribuire il male patito in riferimento alla malpractice

Si può cambiare?

- Le istituzioni sanitarie e la legislazione dovrebbero sviluppare programmi per incoraggiare la trasparenza degli atti medici ed il sostegno a tutti gli interessati dall'errore
- Il programma sviluppato dall'Università di Harvard (*when things go wrong*), divenuto riferimento per molti ospedali, e le protezioni attive presenti a livello normativo in molti stati negli USA, consentono una reale gestione dell'errore medico

Daniel Kollek MD. Steering away from a culture of blame. Canadian Medical Association Journal, 2010-01-12, 182,1,E52-E52

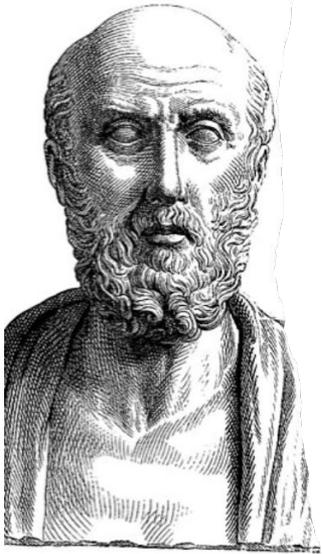


...primum non...

In epoca di overdiagnosis e overtreatment, l'aforisma potrebbe risultare persino obsoleto poiché potrebbe suggerire l'astensione da molti interventi.

L'assistenza personalizzata suggerisce di bilanciare il dovere di apportare benefici, principio di beneficenza, con il principio di non maleficenza.

primum non nocere



Le decisioni, informate dai dati clinici, devono comprendere anche giudizi di valore su rischi e qualità di vita. Tali decisioni devono essere condivise dai pazienti, la cui percezione di rischio e beneficio evidentemente si fonda su elementi soggettivi.

In alcuni casi il do not harm trascende le decisioni individuali (e.g. vaccinazioni) ma deve essere sempre interpretato nel contesto di principi morali e nel rispetto dell'autonomia del paziente.

Il contenzioso, da questo punto di vista, per l'agire indotto dalla medicina difensiva, in realtà continua ad aumentare.

Da Sole 24 ORE Sanità – 24 dicembre 2013 – Nino Cartabellotta - GIMBE

first, do not harm



Thomas Sydenham

La deontologia – *studio del dovere*

Art. 4 Libertà e indipendenza della professione

L'esercizio della medicina è fondato sulla *libertà* e sull'*indipendenza* della professione.

Art. 5 Esercizio dell'attività professionale

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; **non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.**

...molto c'è da fare e molte guerre da combattere

- imparare a scrivere una propria storia con il paziente
- valorizzare la prospettiva psicologica
- ri-orientare il sistema di incident reporting
- sostenere la formazione (simulazione)
- rifondare la relazione tra persona-professionista-sistema
- combattere la cultura dell'aggressività e del complottismo per ripensarsi all'interno della polis

- vincere la reticenza: i fatti non cessano di esistere quando sono ignorati (Aldous Huxley)
- modelli organizzativi e gestionali coerenti con gli obiettivi di salute
- sviluppare audit clinico e audit su evento significativo
- distinguere e proporre l'essenziale contro l'idolatria dei modelli efficientistici che intossicano il lavoro sottoponendolo allo stress di una gara perpetua nel nome della performance

...e ascoltare e raccogliere la parola del malato



Diversi punti di vista nell'esame di uno scenario clinico evidenziano prospettive e sfumature diverse del medesimo caso

Ma i racconti degli eventi devono necessariamente contenere una profonda connessione, cioè una STORIA:

indoeuropea oida (vedere) – sanscrito veda (sapienza) – latino video

histor è quindi «colui che sa per aver visto»

Siamo quelli che sanno per aver visto: esame clinico sempre



La medicina non ha da offrire verità assolute ed è arte della probabilità

Si nutre del confronto e trae forza dal dubbio contro la banalizzazione della scienza

«noi uomini del presente siamo di fronte al grave pericolo di soccombere nel diluvio scettico» 1936

Quali sono i problemi clinici che espongono i medici d'emergenza all'errore?

Sindromi coronariche acute

Meningite/sepsi (soprattutto nei bambini piccoli)

Fratture (comprese colonna vertebrale e bacino)

Appendicite

Gestione dell'ictus

Corpi estranei ritenuti

Aneurismi aortici

Lesioni ai tendini/nervi associati a ferite

Emorragia intracranica (emorragia subdurale, epidurale e subaracnoidea)

Infezione delle ferite

Quali problemi portano spesso a cause legali?

- Mancata rilettura del referto radiologico
- Errore nella lettura dell'ECG
- Inadeguata lettura/disattenzione dei risultati clinici di laboratorio
- Mancata rivalutazione
- Scarsa disponibilità di notizie cliniche precedenti
- Gestione inadeguata dei reclami dei pazienti (la possibilità di evitare una causa per negligenza)
- Modelli inadeguati di gestione del personale medico di Pronto Soccorso (che portano ad attese prolungate dei pazienti e alla conseguente ostilità del paziente)

Suggerimenti...

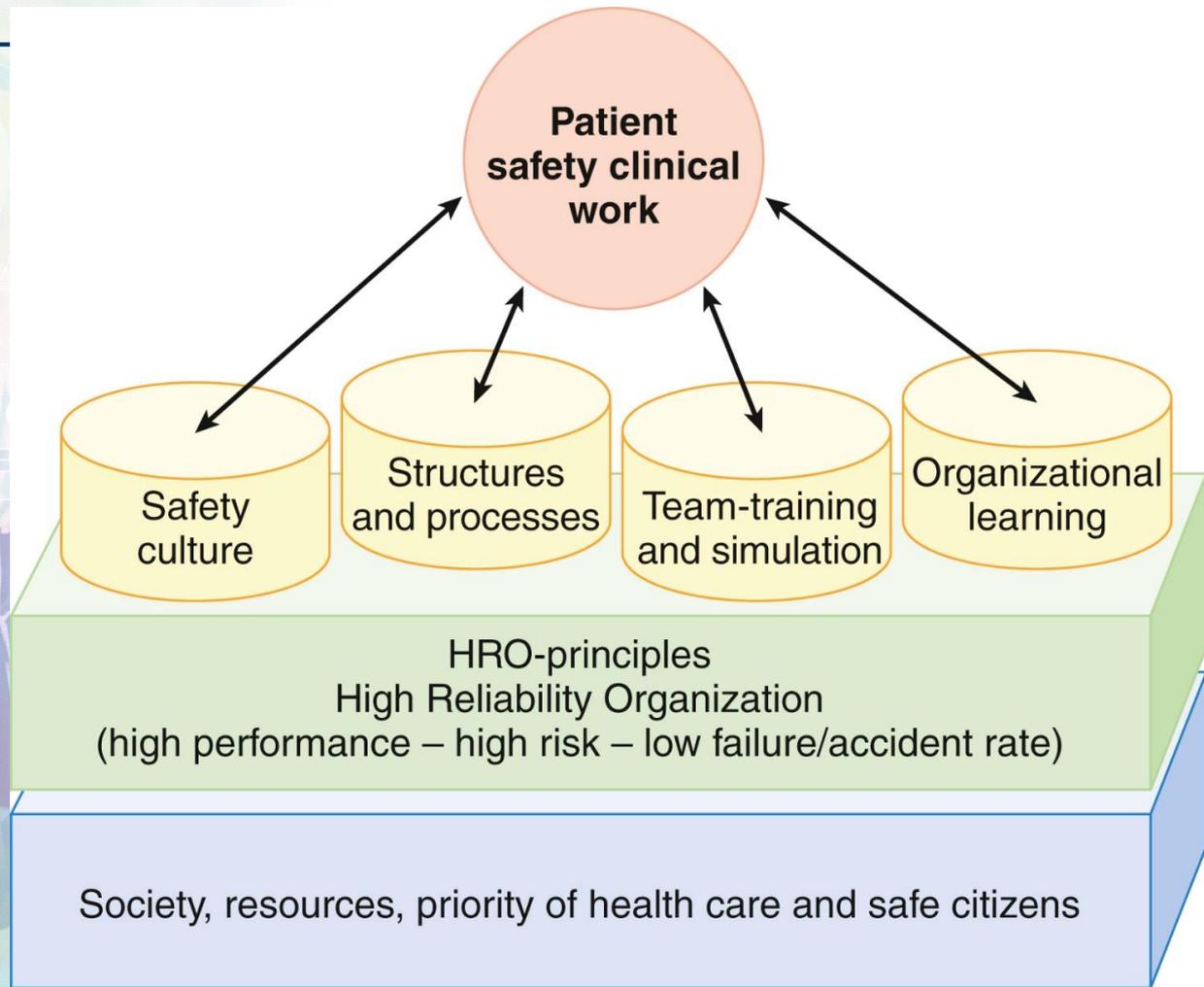
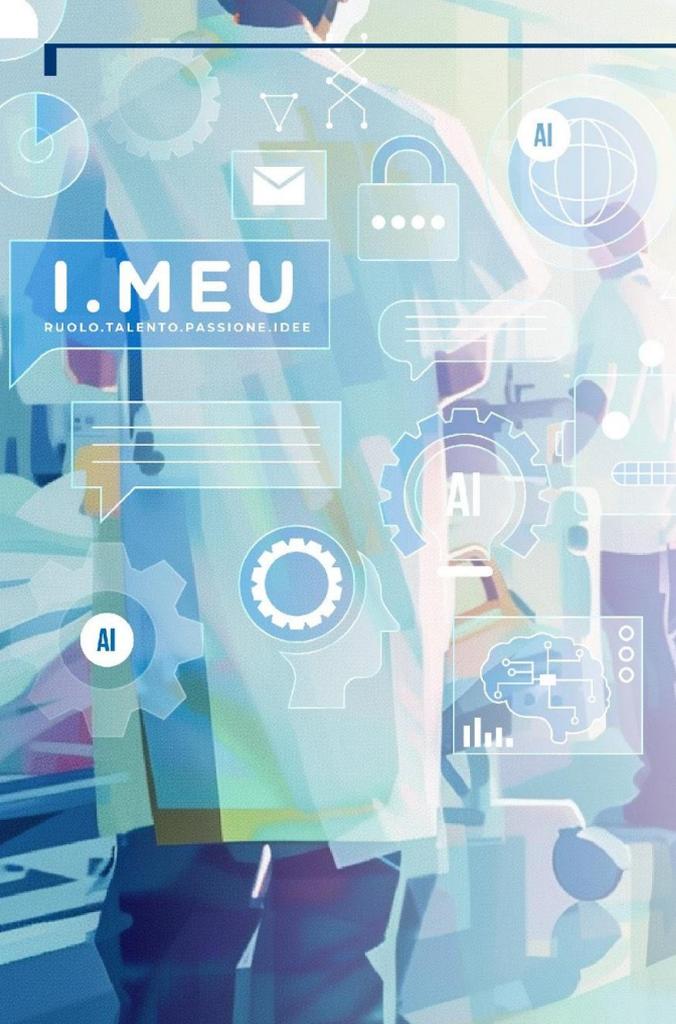
- Tratta ogni paziente come se fosse un tuo familiare
- Essere cortesi e gentili con il paziente e con la sua famiglia
- **Tempo** adeguato per comunicare con il paziente: ci vogliono solo pochi secondi per dire al paziente cosa sta succedendo, quali sono i risultati degli studi diagnostici e cosa si pensa riguardo al suo caso. Assicurarsi che tutte le domande e le preoccupazioni dei pazienti siano affrontate.
- Cura del vestiario e dei modi non verbali di comunicare
- Spiegare e scusarsi per i ritardi eccessivi nella presa in carico
- Evitare di scrivere commenti su aspetti non clinici del paziente
- Assicurarsi che la cartella clinica rifletta accuratamente le cure fornite ed i processi razionali delle scelte effettuate per la cura

Practice Makes Perfect. Walsh, Barbara M., MD; Wong, Ambrose H., MD, MEd; Ray, Jessica M., PhD; Frallicciardi, Alise, MD, MBA, MS; Nowicki, Thomas, MD; Medzon, Ron, MD; Bentley, Suzanne, MD, MPH; Stapleton, Stephanie, MD. April 30, 2020. Vol 38, Issue 2, 363-382. © 2020. Emergency Medicine Clinics of North America

La simulazione ha costantemente cambiato la cultura della sicurezza nel settore sanitario e ha consentito ai singoli medici e ai team interdisciplinari di essere proattivi nella cultura della riduzione del rischio e del miglioramento della sicurezza dei pazienti.

Il laboratorio di simulazione è utile per le procedure individuali, la simulazione in situ (ISS) per i test del sistema e il lavoro di squadra, per la sensibilizzazione della comunità, per la condivisione delle migliori pratiche.

I giochi medici seri si stanno trasformando in un utile complemento formativo per il futuro



La Malattia come paradigma della Salute

- La faccia sociale della malattia assume importanza nel determinismo della malattia stessa
- È fondamentale la creazione di una scienza nella quale l'uomo possa trovare rifugio, garanzia e protezione dal *leisure world* in cui il capitale lo costringe. Da una cultura d'azione ci si è spostati ad una cultura d'immagine.
- L'influenza normativa esercitata reciprocamente dai cittadini ha cessato di esistere, lasciando il posto ad atteggiamenti di indifferenza e disinteresse, tanto che possono essere commessi delitti in pubblico senza che nessuno soccorra la vittima

(Jurgen Ruesch)



Per concludere

- Le persone incapaci o malate venivano protette dai familiari o dai concittadini, oggi vi è l'idea che sarà lo stato a provvedere.
- L'istituzione universitaria, orientata verso l'educazione di massa, non può fornire un sistema d'insegnamento capace di impartire le sottigliezze simboliche, i riti del comportamento o l'abilità nelle relazioni personali. Queste capacità umane si imparano nel primo decennio di vita in seno alla famiglia.

I.MEU

RUOLO.TALENTO.PASSIONE.IDEE

Per concludere

- Se curi qualcuno, ciò significa che sei delegato dalla società ad esercitare su un essere umano un potere persino più grande di quello che eserciti se lo punisci.
- Qualcuno oggi è portato a pensare che non ci siano limiti al trattamento cui si può sottoporre un malato in ospedale e che tutto ciò che è possibile fare si può fare.
- Noi però agiamo su una persona, spesso in circostanze irripetibili, che vive un corpo unico, talvolta senza più un domani

I.MEU

RUOLO.TALENTO.PASSIONE.IDEE

Per concludere

E l'informazione sanitaria, dunque anche la differenza tra giusto e sbagliato, su quali canali corre?

Qual è la fonte di conoscenza, per la maggior parte della popolazione, riguardo la salute?

Molti, e sono tra di noi, inseguono la voce di una pericolosa omologazione, ancora più ascoltata, se cerca il nemico in un vortice paranoide che ci vuole come un potere da contrastare

I.MEU

RUOLO.TALENTO.PASSIONE.IDEE

Che significato ha assunto oggi l'errore medico?

Abbiamo ridefinito in questi anni la malattia come inconveniente non accettabile, estranea al linguaggio dell'onnipotenza tecnica, disturbo da eliminare.

Abbiamo eclissato l'idea stessa della morte.

A chi affideremo la decisione clinica?

LA MALATTIA STESSA OGGI E' L'ERRORE

E DUNQUE NON È PIU ACCETTABILE

Il difetto, la deviazione dal modello, l'incidente non sono più compagni di viaggio.

Nell'illusione del controllo totale, potremmo diventare inutili



XIII congresso nazionale

simeu

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024

bibliografia

Salvatore Aleo – *Tutela sociale della salute e funzione penale* –
Pacini giuridica – 2023
Franco Basaglia – *La Maggioranza Deviante* – Baldini Castoldi
1971

Carmelo Bene – *Sono apparso alla Madonna* – Longanesi 1983

Massimo Cirri, Chiara D'Ambros – *Quello che serve* – Manni
Editori 2022

Daniele Coen – *Margini di errore* – Mondadori 2019

Daniele Coen – *L'arte della probabilità* – Raffaello Cortina
Editore 2021

Diego Fusaro – *Pensare altrimenti* – Einaudi 2017

Umberto Galimberti – *L'etica del Viandante* – Feltrinelli 2023

Umberto Galimberti – *Orme del sacro* – Feltrinelli 2000

Silvio Garattini – *Brevettare la Salute?* – Il Mulino 2022

Giulio Giorello, Pino Donghi – *Errore* – Il Mulino 2019

Vittorio Lingiardi – *Diagnosi e destino* – Einaudi 2018

John Locke – *Saggio sull'intelletto umano* – La Scuola SEI
2014

Friedrich Nietzsche – *La Gaia Scienza* – BUR 2000

James Reason - *Human error* - Reason 1990

Massimo Recalcati - *A pugni chiusi* – Feltrinelli 2023

Giuseppe Remuzzi – *Quando i medici sbagliano* – Editori
Laterza 2022

Michael Sandel – *Giustizia* – Feltrinelli 2009

Michael Sandel – *La tirannia del merito* – Feltrinelli 2021

Paolo Vineis – *Nel crepuscolo della probabilità* – Einaudi
1999

Luigi Zoja – *La morte del prossimo* – Feltrinelli 2009



#FIERIDIVOI

#FIERIDIMEU

Grazie



biagio.epifani@aulss3.veneto.it

