



Master in "INFERMIERISTICA FORENSE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO"

Anno Accademico 2016/2017

**EQUIVOCI ED ERRORI IN CUI L'INFERMIERE
PUÒ INCORRERE DURANTE LA PREPARAZIONE
E LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA
INSULINICA**

Candidato: Dott.ssa Piera Cacchioni

Relatore: Prof.ssa Mara Pavan

INDICE

Introduzione	pag. 3
Capitolo 1 – ARTICOLI INTERENTI GLI ERRORI DI SOMMINISTRAZIONE	pag. 4
1.1 Tipi di errori in cui si può incorrere utilizzando l’insulina.....	pag. 4
1.2 Paziente muore dopo la somministrazione di insulina, per un dosaggio 10 volte superiore rispetto la prescrizione, da parte di un infermiera	pag. 6
1.3 Linee guida per le migliori pratiche per l’uso sicuro di insulina negli ospedali irlandesi.....	pag. 11
1.4 Raccomandazioni per migliorare l’uso sicuro di insulina in assistenza secondaria in Irlanda del Nord.....	pag. 15
Capitolo 2 – RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA	pag. 26
Capitolo 3 - Relazioni	pag. 29
3.1 Relazione Peritale	pag. 29
3.2 Relazione Tecnica	pag. 31
Conclusioni	pag. 34
Sitografia	pag. 35

INTRODUZIONE

Lo scopo di questo project work è quello di spiegare, chiarire e dare consigli su come evitare, il più possibile, l'accadimento degli errori insulino-correlati. Si è deciso di predisporre questo lavoro per evitare che errori simili possano accadere. In seguito ad un'esperienza vissuta in modo indiretto nel periodo del tirocinio universitario, si è compresa in modo approfondito l'importanza del dover sapere e conoscere la differenza tra i diversi tipi di insulina, i diversi tipi di siringhe e la proporzione tra millilitri ed unità internazionali. Durante il periodo di tirocinio, capitò che ad una collega di corso fu chiesto di preparare 10 unità di insulina usando una siringa. Purtroppo la collega aspirò in una siringa non appropriata 10 ml di insulina. Per fortuna non ci furono conseguenze disastrose, il tutor che la seguiva le fece presente l'errore e le spiegò cosa in realtà avrebbe dovuto fare. Pensare che un errore del genere possa avvenire durante il piano di studi è pur sempre non accettabile, anche se si studia appunto per imparare. Purtroppo, come gli articoli di seguito riportati mostreranno, questi tipi di errori non accadono solo agli studenti in Infermieristica, ma a volte purtroppo anche ad infermieri professionisti.

CAPITOLO 1

ARTICOLI INERENTI GLI ERRORI DI SOMMINISTRAZIONE

1.1. TIPI DI ERRORI IN CUI SI PUÒ INCORRERE UTILIZZANDO L'INSULINA.

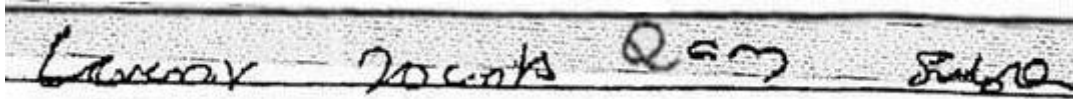
Come per ogni farmaco prescritto, è importante accertarsi che il farmaco che si riceve sia lo stesso prescritto dal medico. Per questo è importante che il personale sanitario, il paziente e la sua famiglia e chi coinvolto nella sua cura, conoscano il nome e la dose appropriata di insulina prescritta per il paziente.

Ecco alcune ragioni per cui accadono errori nella dispensazione:

- 1) Nomi simili dei prodotti insulina: questi errori possono accadere quando i nomi di 2 prodotti di insulina sono confusi. Come possibile vedere dall'immagine sotto riportata, i nomi delle 2 insuline sono Novolin 70/30 e NovoLog Mix 70/30. Hanno nomi simili, ma la modalità di azione quando iniettate è diversa. Occasionalmente, sentiamo di casi dove un prodotto è dispensato in modo non corretto e confuso con altro. Se Novolog Mix 70/30 è somministrato per errore, a distanza dal pasto, il livello di glucosio nel sangue può scendere molto rapidamente.



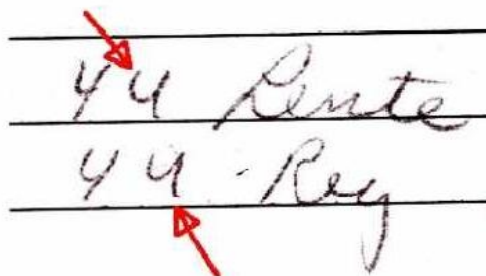
- 2) A volte il nome di un'insulina può sembrare simile a quello di un'altra medicina quando scritto sulla prescrizione. Specialmente se la prescrizione è fatta a mano. L'esempio di cui sotto è una prescrizione scritta a mano per l'insulina Levemir.



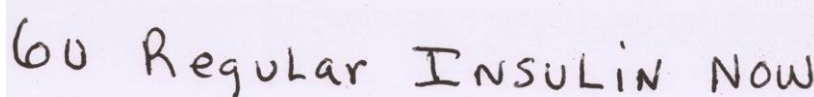
Il farmacista ha letto in modo scorretto il nome del farmaco, Lovnox, che è un farmaco per prevenire e trattare coaguli di sangue. Come l'insulina, è prescritto in unità. Questo fraintendimento può essere pericoloso e risultare in danni gravi, addirittura morte.

- 3) Errata lettura delle abbreviazioni: "U" = unità, può essere letto come numero 0 o numero 4. Il dosaggio dell'insulina è scritto in dosi. Alcuni medici, pericolosamente, abbreviano la parola "unità" solo con la lettera "U". Questo aumenta drasticamente il rischio di errori. Come sopra citato, la "U" può venir letta in modo improprio come numero 0 o 4, causando non pochi problemi di overdose. Questa abbreviazione è talmente pericolosa che non dovrebbe essere usata, **mai**. I medici dovrebbero sempre scrivere per intero la parola "unità" quando prescrivono il dosaggio di insulina.

Di seguito alcuni esempi di mal interpretazione:



in questo caso si potrebbe confondere l'abbreviazione "U" per il numero 4, e quindi somministrare 44 unità di insulina invece di 4;



in quest'altro esempio, la "U" sembrerebbe uno 0, quindi si potrebbe

causare una pericolosa overdose iniettando 60 unità di insulina invece di 6.

1.2 PAZIENTE MUORE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA PER UN DOSAGGIO 10 VOLTE SUPERIORE LA PRESCRIZIONE, DA PARTE DI UN'INFERMIERA.

L'infermiera domiciliare Joanne Evans ha somministrato un'overdose di insulina mettendo il punto decimale nel posto sbagliato, convertendo l'importo desiderato in modo errato nella sua mente, iniettando a Margaret Thomas, 85 anni, 3.6 ml di insulina, equivalenti a 360 unità, invece di 0.36 ml, equivalenti a 36 unità (ogni unità è 0.01 ml). La paziente è morta circa 6 ore dopo che l'infermiera ha somministrato la dose sbagliata.

L'inchiesta ha mostrato che l'infermiera si presentò a casa della signora Thomas in Pontypool, sud del Galles, il 2 giugno 2007 per la regolare somministrazione dell'insulina. Tuttavia, la signora Thomas non era una paziente abituale dell'infermiera Evans, alla quale era stato chiesto, come favore agli infermieri di assistenza domiciliare, di andare a coprire una determinata area, per un problema di mancanza di personale.

L'inchiesta verteva sul comportamento dell'infermiera che aveva calcolato male, a mente, la quantità d'insulina da dover somministrare alla signora Thomas, ed aveva usato 4 siringhe normali invece di siringhe specifiche da insulina prima di somministrare il volume (presumibilmente) richiesto. L'infermiera non realizzò il suo errore finché non si trovò a letto quella stessa notte; ha riferito infatti alla corte: *"Pensavo: oddio, se le ho somministrato troppa insulina a quest'ora la signora Thomas sarà morta. Non potevo crederci"*.

L'infermiera, non appena ha realizzato il suo errore, lo ha immediatamente riportato al medico responsabile dell'assistenza domiciliare, ma la signora Thomas era ormai deceduta. L'infermiera ha inoltre raccontato all'inchiesta che aveva somministrato moltissime insuline durante i 9 mesi come infermiera laureata; ha aggiunto: *"Ho ripensato centinaia di volte all'accaduto e pensato: 'Perché?' e, onestamente, non lo so'. È stata una circostanza estrema, c'è stato un errore da parte mia, e sono veramente dispiaciuta. Lo sarò per sempre"*.

Poiché la signora Thomas non era paziente dell'infermiera Evans, essa stessa ha dichiarato che non sapeva la ragione della visita domiciliare finché non è arrivata al domicilio dell'utente a mezzogiorno. La signora Thomas era cieca e non poteva somministrarsi l'insulina da sola, per questo usufruiva dell'assistenza domiciliare. La signora Thomas aveva dato all'infermiera Evans l'insupen per somministrarle l'insulina, ma l'infermiera non vi era abituata, poiché dove lavorava (Gwent Healthcare NHS, ospedale) usualmente usava aghi e siringhe "normali". Come risultato, 2 insupen si incepparono, ed una terza si ruppe, così l'infermiera suggerì di usare una siringa che aveva nella sua macchina. L'infermiera ha detto all'ufficio del medico legale di Cardiff: *"Ero in ritardo e la signora Thomas aspettava di uscire. Volevo solo aiutare nel miglior modo possibile"*. Successivamente la signora andò a fare spese con un'amica, ma divenne sonnolenta e non si sentì bene, tornò a casa alle ore 17.00 dove, davanti la porta di casa, collassò e morì. L'infermiera è ovviamente molto dispiaciuta ed angosciata dai suoi errori, ed è evidente che ci sono stati dei fallimenti nella sua formazione e nel giudizio clinico, tali da richiedere ulteriore assistenza.

La Crown Prosecution Service (polizia giudiziaria che collabora con il PM) alla fine del procedimento, ha deciso di non avviare alcuna accusa nei confronti dell'infermiera, avendo concluso che il caso è stato un "tragico errore" ma, in seguito al verdetto, ha affermato che avrebbe "rivisto la sua decisione". Tuttavia, nel riesaminare i fatti disponibili, il CPS ha deciso che non c'erano prove sufficienti per offrire una prospettiva realistica di condanna per omicidio colposo. Un portavoce della CPS ha poi detto: "Il CPS ha considerato questo caso con molta attenzione e ha concluso che si è verificato un tragico errore".

Il medico legale di Cardiff, Mary Hassell, ha detto che, a malincuore, ha riportato che le azioni dell'infermiera Evans sono state negligenti; ha anche criticato l'ospedale Gwent Healthcare NHS, dove l'infermiera lavorava al tempo, dicendo di essere stata terribilmente impressionata dalla dedizione delle persone che prestano assistenza in prima linea, ma è anche stata turbata dal modo in cui

lavorano. Emettendo il suo verdetto, il medico legale Hassell ha affermato che l'infermiera Evans aveva violato il suo dovere di diligenza nei confronti della signora Thomas non prendendo tutte le precauzioni ragionevoli per evitare il rischio di morte; questo perché agli infermieri viene insegnato loro, durante gli studi universitari, di usare sempre una siringa da insulina quando iniettavano tale sostanza, perché è misurata in unità e non in millilitri.

Nonostante ciò, l'infermiera non ha cercato di ottenere la siringa corretta da un collega o dall'ospedale locale, inoltre ha calcolato male il dosaggio, mettendo il punto decimale nel posto sbagliato. Il medico legale Hassell ha aggiunto che è stata l'overdose di insulina che ha portato la signora Thomas a soffrire di ipoglicemia, che a sua volta ha provocato un infarto. Il medico legale ha detto che, nonostante avesse simpatia per l'infermiera Evans, e ogni collega la descriveva come premurosa, non poteva emettere un verdetto basato sulla simpatia; ha inoltre riferito che era "francamente stupita" che l'infermiera avesse deciso di andare avanti con l'iniezione nonostante avesse usato 4 siringhe non da insulina consecutivamente sulla signora Thomas, non fermandosi mai a pensare di non aver mai utilizzato più di una siringa alla volta. "A malincuore, devo concludere che, a prescindere dalla cura che l'infermiera prestava nel suo lavoro, il trattamento che ha dato a Margaret Thomas è stato negligente e che la negligenza è stata davvero grave. Non vedo quindi alternative se non emettere un verdetto di omicidio colposo".

Quando il medico legale le ha domandato: "*Non hai pensato di chiedere assistenza ad un collega o superiore?*", l'infermiera Evans ha risposto: "*Ho continuato a pensare che stavo facendo il meglio che potevo, non volevo disturbare nessuno, visto che tutti erano occupati*".

All'udienza è stato riferito che l'infermiera era stressata dal suo carico di lavoro al Mount Surgery in Pontypool, inoltre che non riusciva a dormire in seguito ad un litigio con un vicino e che era preoccupata per la figlia, che probabilmente soffriva di appendicite. Inoltre, la corte ha appreso che l'infermiera era emotivamente turbata prima di visitare la signora Thomas, a causa di una

precedente visita ad un paziente che si era comportato in modo sessualmente inappropriato nei suoi confronti.

Il medico legale ha aggiunto che l'infermiera Evans in quella settimana aveva lavorato in condizioni difficili, poiché c'era carenza di personale, gli infermieri dell'assistenza domiciliare erano anche sotto pressione, il che ha comportato lo scambio di pazienti tra colleghi infermieri i quali non avevano quindi una conoscenza degli utenti e della loro storia clinica. La signora Thomas era una di queste.

Inoltre, il medico legale non ha capito perché c'è stato un congelamento del posto di lavoro dell'infermiera Evans, nonostante il procedimento legale fosse iniziato a gennaio ed era ancora in corso a giugno. "Come può essere giusto che i posti vacanti non siano stati riempiti nel frattempo?" ha domandato.

Il medico legale Hassell ha riportato che il consiglio di amministrazione/direttore di dipartimento (senior trust management, is the governing board of the trust, EG: CEO, directors, managers, HR... is a particular person in that position) aveva deciso che gli infermieri dell'assistenza domiciliare avrebbero dovuto ricevere un elenco delle attrezzature da dover portare in auto, per evitare errori simili a questo ed altri, ma, a quasi due anni dalla morte della signora Thomas, questo non è ancora avvenuto.

Uno dei figli della signora Thomas, il Dr Hywel Thomas, radiologo consulente, ha detto che erano "sorpresi" al momento del verdetto, e che speravano che il CPS riguardasse nuovamente il caso: *"Penso la decisione del medico legale sia stata coraggiosa, specialmente in seguito al verdetto di non colpevolezza deciso dal CPS"*. Leggendo una dichiarazione a nome di sé stesso e di suo fratello Paul Thomas, ha detto: *"Abbiamo sentito che a metà del 2007 gli infermieri della comunità di Torfaen hanno mostrato grande cura, impegno e lavoro di squadra nonostante la scarsità di personale e un carico di lavoro elevato. Tuttavia, l'infermiera Joanne Evans, il 2 giugno 2007, ha commesso un numero di errori molto gravi con conseguenze catastrofiche per nostra madre, che è morta più tardi nel pomeriggio"*.

La famiglia ha detto: *"Attendiamo con impazienza l'incontro programmato con il Gwent Healthcare NHS Trust (ospedale) il mese prossimo, che ha già ammesso la piena responsabilità. Speriamo di poter essere rassicurati sul fatto che le politiche e le procedure saranno implementate con urgenza per evitare che si ripetano questi eventi"*.

Alla fine del procedimento, Andrew Cottom, amministratore delegato del Gwent Healthcare NHS Trust (ospedale), ha dichiarato: *"Vorremmo ancora una volta porgere le nostre sincere condoglianze alla famiglia della signora Thomas. La morte della signora Thomas è stata una tragedia causata da un errore che ha avuto conseguenze disastrose. L'ospedale ha condotto una propria indagine sulle circostanze che circondano questo caso. Mentre nessun sistema o processo può mai offrire garanzie assolute contro l'errore umano, ci impegniamo a prendere provvedimenti per ridurre al minimo i rischi e cercare di evitare che qualcosa di simile possa accadere di nuovo. Sono stati, e continuano ad essere, apportati miglioramenti e cambiamenti nelle procedure. E' evidente da tutte le prove che la nostra comunità e gli infermieri distrettuali lavorano duramente per offrire una buona qualità di assistenza a tutti i loro pazienti, si sostengono a vicenda e hanno un eccellente lavoro di squadra. L'ospedale continuerà a lavorare a stretto contatto con il personale infermieristico della comunità e del distretto per sviluppare servizi essenziali per le persone che serviamo"*.

Il Nursing and Midwifery Council (NMC, il corrispettivo inglese dell'Ordine Professioni Infermieristiche) ha deciso di cancellare l'infermiera Evans dall'ordine. Il presidente John Matharu ha detto: *"c'erano circostanze estenuanti legate all'errore fatale compiuto dall'infermiera Evans, e ci sarebbe stato un rischio per i pazienti se lei avesse continuato ad esercitare (ed il pubblico deve avere fiducia nei professionisti) in quanto non competente nell'amministrazione di medicinali"*. Alex Mills, il rappresentante dell'NMC, ha affermato: *"c'è stato un errore nel calcolo matematico, non eseguito su carta o tramite calcolatrice, ma nella sua testa. Questo è stato un errore fondamentale, accaduto anche in passato"*.

1.3 LINEE GUIDA PER LE MIGLIORI PRATICHE PER L'USO SICURO DI INSULINA NEGLI OSPEDALI IRLANDESI.

Questo documento si propone di fornire le linee guida per le migliori pratiche.

La seguente è una linea guida è stata stilata dall'IMSN.

L'Irish Medication Safety Network (IMSN, rete irlandese per la sicurezza dei farmaci) è un gruppo indipendente di farmacisti ed altri specialisti che lavorano nel settore acuto, che mirano a migliorare la sicurezza dei pazienti riguardo l'uso di medicinali attraverso: collaborazione, condivisione di ciò che si è imparato ed azione.

Insulina come farmaco ad alta sensibilità

L' "US Institute for Safe Medication Practices" considera l'insulina come uno dei 5 farmaci "ad alta allerta": farmaci che presentano un rischio elevato di causare danni significativi del paziente quando sono usati in errore¹. Una ricerca dell'US Pharmacopoeia ha indicato che il 33% degli errori medici che causano la morte in 48 ore dall'errore coinvolge la terapia insulinica nella cura del paziente ospedalizzato². Gli errori di insulina più comuni sono errori di omissione, che porta ad iperglicemia, e dosi inappropriate, che portano sia ad iperglicemia che ipoglicemia³.

Errori insulinici in Irlanda

Sebbene i dati irlandesi sono molto limitati, le indicazioni sono che gli errori insulinici correlati sono un problema significativo in Irlanda. Uno studio condotto nel 2004 ha mostrato che 199 tra gli errori commessi durante la somministrazione di medicinali coinvolgono l'insulina, e sono stati riportati in 8 ospedali del Nord d'Irlanda, in un periodo di 9 mesi, alcuni dei quali hanno avuto

¹ Istituto per Pratica medica sicura, elenco di farmaci di "alta allerta". Disponibile su: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>. Accessed Feb 2010; Farmaci "alta allerta" e sicurezza dei pazienti. Int J Qual Health Care 2001;13(4):339-340;

² Hellman R. un Sistema di approccio per ridurre gli errori di insulina-terapia in ambito ospedaliero. Endocr Pract 2004;10 (Suppl 2):100-108;

³ Cox AR, Ferner RE. errori prescrivibili nel diabete. Br J Diabetes Vasc Dis 2009;9:84-88.

serie conseguenze⁴. Prove aneddotiche dagli ospedali della Repubblica d'Irlanda suggeriscono che l'insulina, come medicina individuale, rappresenta una percentuale sostanziale del numero totale di errori di medicinali riportati nelle organizzazioni⁵.

Guida alla buona pratica

Una guida molto completa collegata all'uso sicuro dell'insulina nell'impianto ospedaliero è stato pubblicato dall'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)⁶.

L'IMSN ha deciso di focalizzare l'attenzione su 4 linee guida della buona pratica tratte da raccomandazioni pubblicate (Tabella 1).

Uso sicuro di Insulina: suggerimenti
1. L'abbreviazione "u" oppure "ui" non dovrebbero essere usate per indicare "unità internazionali". La parola "unità" dovrebbe sempre essere scritta per intero;
2. Tutte le insuline dovrebbero essere misurate con penne insuliniche od appropriate siringhe di insulina di dimensioni adeguate segnate in unità. Siringhe da tuberculina ed altre siringhe da 1ml o 2ml <u>NON</u> dovrebbero essere usate;
3. Tutto lo staff, medico ed infermieristico, coinvolto nell'amministrazione di insulina dovrebbe ricevere un tirocinio, ed educato nelle forze dell'insulina solubile in licenza (standard di 100 unità/ml);
4. Un altro professionista, medico od infermiere, dovrebbe fare un secondo controllo della dose di insulina. Questo secondo controllo deve: <ul style="list-style-type: none">• Essere eseguito dalla preparazione alla somministrazione di insulina e relativa documentazione;• Includere l'uso di dispositivi per i calcoli.

⁴ uso sicuro ed effettivo di insulina in assistenza secondaria: raccomandazioni per trattare l'iperglicemia negli adulti. CREST Guidelines. Belfast; Aug 2006. Available at: <http://www.gainni.org/Guidelines/insulin.pdf>.

⁵ Dati recuperate dall' Irish Medication Safety Network riguardanti gli errori di insulino-terapia negli ospedali Irlandesi nel 2008.

⁶ suggerimenti per la pratica professionale per l'uso sicuro di insulina negli ospedali. American Society of Health-System Pharmacists. A Joint Project of the American Society of Health-System Pharmacists e the Hospital and Health-System Association of Pennsylvania.

L'IMSN supporta l'auto-amministrazione dell'insulina, quando è sicuro farlo, e quando previsto dalla politica ospedaliera; ha confrontato e rivisto diversi esempi di errori che coinvolgono l'insulina, che sono capitati negli ospedali Irlandesi. Normalmente, questi errori hanno fattori di contribuzione multipli e più di una buona pratica raccomandata è applicabile in termini di riduzione del rischio di ripetersi. Questo è tipico della natura multifattoriale degli errori dannosi di farmaci e la complessità della risposta richiesto per affrontarli.

Di seguito è riportato l'analisi di un errore, che illustra l'importanza dei punti 2, 3 e 4 (Tabella 1).

Ad un paziente è stato prescritto il trattamento per iperkaliemia: 10ml di gluconato di calcio e 50 ml di glucosio 50% con 10 unità di insulina Actrapid®. Il medico ha somministrato un'infusione di glucosio contenente 100 unità di insulina Actrapid® invece di 10 unità. Approssimativamente 3 ore più tardi, il paziente è stato trovato dallo staff infermieristico: incosciente, freddo e sudato al tatto. Alla misurazione, il livello glicemico del paziente era di 13mg/dL. L'attacco ipoglicemico è stato invertito con successo con la somministrazione di 100ml di glucosio 50%, seguito da 10% di infusione di glucosio.

Fattori contributivi all'errore

- Il medico non era confidente con le preparazioni di insulina e la sua somministrazione, inoltre non era al corrente che la concentrazione standard dell'insulina è 100unità/ml;
- L'etichetta del prodotto Actrapid® specificava solo la concentrazione (100unità/ml) e non il numero totale di unità nell'intera fiala (esempio: 1000 unità)⁷. Questo tipo di etichettatura può predisporre gli operatori a credere che ci siano 100 unità di insulina nell'intero ml di fiala, come accaduto in questo caso;
- Una siringa con graduazione in unità dovrebbe essere usata (al posto di una siringa regolare con graduazione in millimetri) per aspirare la dose di

⁷ L'etichetta della fiala di Actrapid® è stato cambiato dalla casa produttrice, specifica il numero totale di unità nella fiala ed anche la concentrazione.

Actrapid®, in modo di poter ridurre la possibilità di errori e poterli individuare prima della somministrazione;

- Il medico non aveva chiesto/cercato una seconda persona per preparare l'insulina o per poterla somministrare, quindi non c'è stata l'opportunità di avere un secondo membro dello staff che potesse individuare l'errore di dosaggio ed intervenire.

Uso sicuro di insulina: applicazione del suggerimento.

Le singole organizzazioni sanitarie possono intraprendere un'analisi di gap semplice in relazione alla sicurezza nell'utilizzo dell'insulina confrontando le pratiche locali con le raccomandazioni in Tabella 1. Lo scopo è quello di identificare debolezze nel sistema, che potrebbero essere affrontate applicando nuove iniziative di sicurezza, o rafforzare le esistenti.

Le seguenti strategie di sicurezza per l'insulina riguardano le quattro principali raccomandazioni, che sono state adottate con successo dagli ospedali irlandesi:

- Prendiamo in considerazione di progettare una tabella di farmaci solo per la prescrizione e l'amministrazione dell'insulina.

Il grafico di questo farmaco può includere le seguenti caratteristiche di sicurezza:

- la parola "unità" preimpostata ovunque, la dose di insulina deve essere compilata dal proscrittore;
- stilare un elenco di riferimento delle insuline più comunemente prescritte in ospedale e classificarle in base alle diverse formulazioni di insulina, ad es. a lunga durata, agente rapido e pre-mescolato bifasica, con i marchi applicabili a ciascuna categoria;
- prescrizioni pre-stampate per diversi regimi, ad es. 'bolo', accompagnato da una breve descrizione dei componenti dei regimi e/o la logica del loro uso;
- la fornitura di spazio per le doppie firme sulla tabella di farmaci per spingere il personale a cercare una seconda persona a controllare le dosi di insulina;

-
- un avvertimento che l'insulina ha una concentrazione standard di 100 unità/ml.
 - Riesaminare i reparti per assicurare che tutte le aree dispongano di siringhe di insulina in scorta e che il personale sia a conoscenza della loro disponibilità ed accertarsi che sappia utilizzarle;
 - Sviluppo di un programma di insulina per medici e infermieri che: incorpora la formazione su punti pratici, come l'aspirazione dell'insulina da una fiala usando una siringa per insulina e l'uso dei diversi dispositivi di somministrazione disponibili sul mercato. Questo programma di istruzione può essere incorporato nella formazione di orientamento per ogni nuova assunzione di personale medico ed infermieristico;
 - Promozione attiva delle raccomandazioni chiave (tabella 1) in opportune fasi educative. Esempio: giorni di studio sul diabete, assistenza infermieristica, orientamento interno...;
 - Promozione passiva di raccomandazioni mediante pubblicazioni interne, ove disponibili. Esempio: bollettini sulla sicurezza dei medicinali, i siti di intranet per la sicurezza dei farmaci...;
 - l'uso di esempi di errori di insulina come opportunità per l'apprendimento condiviso, collegando fattori contributivi identificati per gli errori alle raccomandazioni migliori pratiche che possano impedire l'insorgenza di un incidente;
 - Aggiunta di indicazioni alle guide del prescrittore relative alla gamma tipica di dosaggio (unità/kg) di insulina che potrebbe essere previsto per i pazienti con diabete.

1.4 RACCOMANDAZIONI PER MIGLIORARE L'USO SICURO DI INSULINA IN ASSISTENZA SECONDARIA IN IRLANDA DEL NORD.

Queste raccomandazioni sono mirate a migliorare la sicurezza dei pazienti nell'uso di insulina in assistenza secondaria.

Da aprile a dicembre 2004, ha mostrato che 199 tra gli errori commessi durante la somministrazione di medicinali coinvolgono l'uso di insulina, e sono stati riportati in 8 ospedali del Nord d'Irlanda. Ci sono anche stati molti casi ad alto profilo nell'ufficio del medico legale che riguardavano un sovradosaggio di insulina.

Per diffondere lo sviluppo di queste raccomandazioni, il team di Governo dei Medicinali del Nord d'Irlanda ha effettuato un'analisi dell'effetto di modalità di errore (FMEA) su diversi processi che si verificano nell'uso di insulina: prescrizione, erogazione ed amministrazione.

L'FMEA seziona il processo per identificare i possibili errori ("failure modes") e valuta/misura gli effetti che potrebbero verificarsi, anche prima che essi si presentino. Una valutazione quantitativa della criticità del fallimento di ogni "failure modes" è calcolata da 3 componenti: occorrenza, gravità e rilevazione. La valutazione di queste componenti sono determinate da scale di riferimento basate sulle conoscenze o dati stimati per ogni "failure mode". I passi più critici di questo procedimento sono quelli identificati, che aiutano a decidere e dare priorità quando delle azioni devono essere prese. Le soluzioni/risposte dovrebbero eliminare le possibilità o ridurre la frequenza degli errori, e migliorare la loro individuazione prima che si verifichino.

L'FMEA identifica il punto chiave nell'uso di insulina che potrebbe danneggiare maggiormente i pazienti.

Queste raccomandazioni sono state sviluppate per indirizzare queste specifiche aree di rischio.

Somministrare l'insulina al paziente sbagliato può potenzialmente causare problemi seri. Se il paziente ricevente non è diabetico, il livello di glucosio non sarà monitorizzato e quindi c'è la ridotta possibilità che l'incidente non sarà notato prima che seri danni incombano. Comunque, alcune di queste raccomandazioni non riducono il potenziale di un incidente su paziente sbagliato, questo tipo di incidente non è correlato solo all'insulina od all'uso di medicinali.

Raccomandazioni di prescrizione: **Prescrizione di insulina**

Raccomandazione 1

Una prescrizione standard e la cartella di monitoraggio per l'insulina dovrebbe essere sviluppata e distribuita nel Nord d'Irlanda (vedi anche la raccomandazione 30).

Adesione alle guide di prescrizione

Incidente 1: il medico ha prescritto 8 unità di insulina, che erano state erroneamente abbreviate in "iu" (ui). La dose è stata mal interpretata dall'infermiere, che ha somministrato così 81 units (81 unità) di insulina.
--

Raccomandazione 2

Lo standard di prescrizione in generale, e specialmente correlate all'insulina, dovrebbe essere controllato regolarmente. Questo controllo dovrebbe considerare l'adesione alle guide in uso e controllo di medicinali (use and control of medicines, DHSSPS) del 2004 ed include: leggibilità, uso inappropriato di abbreviazioni, tracce e punti chiari decimali.

Raccomandazione 3

L'aumento di sistemi regionali per la prescrizione elettronica diminuirebbero molti dei problemi associati alla prescrizione di insulina ed altri medicinali.

Dosaggio di insulina

Una sola misura standard di insulina (100units/ml) deve essere usata negli ospedali.

Raccomandazione 4

Tutto il personale dovrebbe ricevere tirocini riguardo il dosaggio dell'insulina.

Raccomandazione 5

Tirocini su tutti gli aspetti di prescrizione nell'assistenza dei diabetici, incluso l'uso di insulina intravenosa, dovrebbero essere forniti. Tali tirocini dovrebbero essere effettuati all'induzione e come parte del servizio lavorativo. Il tirocinio deve anche essere effettuato sull'uso di insulina nell'iperkaliemia.

Raccomandazioni erogate

L'FMEA ha identificato le aree di rischio, come il fallimento clinico e controlli di erogazione. Alcuni incidenti di erogazione sono spesso causati da distrazione ed interruzioni e, comunque, maggiori sforzi dovrebbero essere fatti nei dipartimenti ospedalieri di farmacia per ridurre questi problemi il più possibile. La separazione nei ruoli di erogazione, ove possibile, potrebbe ridurre il rischio ed aumentare le possibilità di rilevare questi errori di erogazione;

Fornitura

Raccomandazione 6

Linee guide e/o procedure di standard operativi dovrebbero essere sviluppate per assicurare che tutto lo stock in magazzino di insulina sia propriamente leggibile e chiaro.

Raccomandazione 7

Un documento del Comitato di Assicurazione della Qualità Farmaceutica Ospedaliera, l' "Uso multiplo delle iniezioni", 3° edizione del novembre 2004, afferma: "ogni contenitore per un'iniezione per uso multiplo dovrebbe essere riservato per singolo paziente, ed adeguati sistemi messi in atto per assicurare che capiti". Alla luce di ciò, ogni fiala di insulina, penna o dispositivo deve avere l'etichetta con i dettagli del paziente quando viene dispensato.

Errori controlli clinici

Uno studio in un ospedale acuto ha mostrato che, il confronto tra la cartella clinica e la prescrizione di dimissione durante il controllo clinico, ha rilevato discrepanze non intenzionali che potrebbero essere non notate ed esser dispensate. È stato anche mostrato che se il confronto ed il controllo fosse stato portato dal farmacista di reparto, le discrepanze sarebbero stata individuate.

Raccomandazione 8

Tutte le prescrizioni di dimissione dovrebbero essere controllate con la cartella clinica originale. Controlli clinici di prescrizioni di dimissione devono includere

confronti diretti con la cartella clinica, dove possibile, portati a termine dal farmacista di reparto. È necessario verificare che la medicina, la forza e la dose ordinate incontrino l'ordine sulla cartella clinica.

Raccomandazione 9

Induzioni e programmi di tirocini per farmacisti dovrebbero includere o fissare tirocini su come completare un controllo clinico delle prescrizioni. Un programma basato sulle competenze dovrebbe essere introdotto per assicurare che lo staff possa verificare con precisione clinica le prescrizioni. Dovrebbe esserci una rivalutazione regolare dello staff che effettua questo processo per mantenere alti standard.

Raccomandazione 10

Interruzioni o distrazioni possono contribuire all'erogazione ed al verificarsi di incidenti. Un'area designata equipaggiata per controlli clinici con adeguate risorse (riferimenti, fonti, telefoni...) dovrebbero essere identificate in tutti i dipartimenti di farmacia, ed altre misure ad interim dovrebbero essere prese per ridurre le interruzioni. Lo staff dovrebbe essere messo a conoscenza che il controllo clinico dovrebbe essere interrotto solo in estreme circostanze.

Raccomandazione 11

Una registrazione deve essere inserita nella prescrizione per confermare che un farmacista ha clinicamente controllato la prescrizione. Questo dovrebbe includere la firma (ed il numero del cercapersona se necessario) del farmacista che controlla. Questo provvederà un percorso di verifica ed aiuterà la comunicazione se ci fosse un dubbio riguardo la prescrizione.

Errori controlli finali

Raccomandazione 12

Idealmente dovrebbero esserci ruoli separati attraverso il processo di erogazione, dove possibile. Per esempio: una persona per il controllo clinico, una persona che eroghi l'insulina e controllo finale. Dove non è possibile, un processo di

separazione del tempo tra i compiti dovrebbe essere raccomandato per ridurre gli errori.

Raccomandazione 13

Il personale che effettua il controllo finale della prescrizione alla dimissione o dello stock, non dovrebbe essere interrotto finché non ha completato il controllo. Questa pratica dovrebbe essere inerente le procedure operative standard per ridurre il controllo degli errori dovuti a distrazioni. Il flusso di lavoro dovrebbe essere designato per minimizzare le interruzioni del controllo finale.

Raccomandazione per l'amministrazione

I passaggi coinvolti nella preparazione e somministrazione di insulina rappresentano opportunità vitali per la rilevazione di errori di prescrizione e somministrazione prima che giungano al paziente. Comunque, c'è la possibilità che gli errori possano capitare nei passaggi di preparazione e somministrazione stessa.

Modo di somministrazione

Raccomandazione 14

Tutto il personale rilevante dovrebbe ricevere un tirocinio sull'uso di dispositivi di infusione prima di utilizzarli. Il resto dello staff dovrebbe essere informato che non dovrebbe utilizzare tali dispositivi né intervenire con un'infusione in uso.

Raccomandazione 15

La gestione di dispositivi d'infusione negli ospedali dovrebbe essere in accordo con il sistema nazionale di segnalazione ed apprendimento (NSPA, National Reporting and Learning System) e controlli assicurativi standard per i dispositivi medici e la gestione delle apparecchiature.

Secondo controllo

Incidente 2: due pazienti, A e B, dovevano ricevere una dose d'insulina. Era pratica del reparto che tutte le dosi di insulina fossero controllate da un altro operatore. I due operatori avevano preparato e controllato la corretta dose di insulina per il paziente A. Un operatore ha poi amministrato la dose preparata per il paziente A al paziente B.

Raccomandazione 16

Un secondo professionista dovrebbe eseguire un secondo controllo indipendente delle dosi di insulina. Questo secondo controllo deve:

- Includere tutti gli aspetti della somministrazione di insulina (le vie di somministrazione od il metodo di somministrazione);
- Essere effettuato dalla preparazione all'attuale somministrazione della dose preparata al corretto paziente e la connessa documentazione di somministrazione;
- Includere l'uso di ogni dispositivo di infusione e calcoli dove possibile.

Questo requisito di un secondo controllo della dose di insulina dovrebbe essere inclusa nell'uso e controllo dei medicinali;

Raccomandazione 17

Deve essere fornita una guida specifica cui i praticanti possono far riferimento, ed un secondo controllo deve essere effettuato da un collega infermiere.

Raccomandazione 18

La partecipazione di un paziente o caregiver nel processo di controllo dovrebbe essere chiarificato, specialmente quando al paziente od al caregiver è permesso di agire come secondo controllore e, se così, sotto quale circostanza questo possa accadere con controlli sicuri definiti. Una dichiarazione per chiarire la partecipazione del paziente o del caregiver nel processo di somministrazione dovrebbe essere incluso nell'uso e controllo di medicinali.

Raccomandazione 19

Il successo di un secondo controllo per prevenire gli incidenti di somministrazione si basa sul controllo indipendente e completo. Quindi, tutto il personale che

effettuerà un secondo controllo dovrebbe ricevere una formazione su come condurre tale controllo.

Dispositivo sbagliato

Incidente 3: è stata prescritta una dose di 10 unità di insulina, che equivalgono a 0,1 ml. A portata di mano non c'erano siringhe per insulina, ed è stata usata una siringa da 1ml per misurare la dose. L'intero ml è stato aspirato per errore, che equivale a 100 unità.

Raccomandazione 20

Sufficienti siringhe da insulina dovrebbero essere tenute in stock e situate vicino: le fiale di insulina, nel frigo e nel carrello delle medicine.

Raccomandazione 21

Tutti i reparti e le aree cliniche dove avvengono somministrazioni di medicinali dovrebbero avere uno stock di siringhe da insulina, a prescindere che si tenga o meno lo stock di insulina.

Raccomandazione 22

Tutto lo staff coinvolto nella somministrazione di insulina dovrebbe ricevere un tirocinio sull'uso delle siringhe da insulina. E dovrebbe anche ricevere informazioni sui danni dell'utilizzazione di altri tipi di siringhe per somministrare l'insulina.

Raccomandazione 23

Le siringhe da insulina dovrebbero essere diverse dagli altri tipi di siringhe (ad esempio, negli ospedali irlandesi ed inglesi sono color viola).

Raccomandazione 24

Ordini di siringhe da insulina al di fuori dello stock non dovrebbero essere fatti per prevenire l'uso incontrollato di tali.

Dose sbagliata

Raccomandazione 25

Tutto il personale coinvolto nella somministrazione di insulina dovrebbe essere educato sul dosaggio/misura standard di insulina solubile autorizzata (100unità/ml).

Raccomandazione 26

Tutto lo staff coinvolto nella somministrazione di insulina dovrebbe ricevere un tirocinio pratico su come aspirare la dose di insulina richiesta dalla fiala utilizzando una siringa da insulina.

Raccomandazione 27

Tutto lo staff coinvolto nella somministrazione di insulina dovrebbe ricevere un tirocinio pratico su come preparare una corretta dose d'insulina utilizzando un dispositivo di iniezione (per esempio penne pre-riempite/insupen).

Infezioni incrociate

Raccomandazione 28

Fiale di insulina e penne pre-riempite dovrebbero essere usate per ogni singolo paziente (come in accordo con il Comitato di Assicurazione della Qualità Farmaceutica Ospedaliera, 'Uso multiplo delle iniezioni', 3° edizione del novembre 2004).

Raccomandazione 29

Un sistema di classificazione delle scorte di insulina negli ospedali dovrebbe essere messo in atto nei reparti e dipartimenti ospedalieri per consentirne l'uso per il singolo paziente.

Consigli di monitoraggio

La mancanza di monitoraggio potrebbe, di per sé, essere un incidente. Il monitoraggio può essere un mezzo efficace per individuare un incidente e minimizzare ulteriormente il danno al paziente. I requisiti del monitoraggio dovrebbero svilupparsi in maniera tale che possano indicare tale monitoraggio

per un particolare regime insulinico od indicazioni cliniche. I requisiti del monitoraggio per l'insulina devono essere specificati al tempo della prescrizione.

Raccomandazione 30

Linee guida regionali sul monitoraggio insulinico dovrebbero essere sviluppate. Dovrebbero specificare la frequenza del monitoraggio e l'azione da prendere a seconda dei risultati.

Un kit di strumenti dovrebbe essere sviluppato per aiutare il miglioramento di queste linee guida per il monitoraggio. Il kit di strumenti potrebbe includere:

- Poster per pubblicizzare le informazioni;
- Modelli indicativi di monitoraggio richiesti. Il formato del modello dovrebbe consentire la documentazione della prescrizione dell'insulina e la somministrazione, il monitoraggio richiesto, i risultati e le azioni conseguenti;
- Tirocini richiesti.

Raccomandazione 31

Azioni prese come risultato del monitoraggio dovrebbero essere ben documentate nelle note del paziente, che può includere l'uso di modelli per documentazione del regime insulinico, come descritto nella raccomandazione precedente.

Raccomandazione 32

Revisione delle linee guida CREST per il trattamento di iperkaliemia negli adulti dovrebbe includere guide sull'azione da prendere a seconda dei risultati ottenuti dal monitoraggio.

Raccomandazione 33

Linee guida dovrebbero essere previste su come effettuare il monitoraggio del glucosio nel sangue e la calibrazione dei glucometri.

Raccomandazione 34

Un controllo di monitoraggio dovrebbe essere condotto regolarmente per identificare la compliance e le aree di miglioramento sia a livello dipartimentale che del personale responsabile.

CAPITOLO 2

RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA

Giuridicamente, la responsabilità è la possibilità di prevedere le conseguenze del proprio comportamento e quindi correggerlo; si risponde delle proprie azioni e le conseguenze che ne derivano.

Il problema degli errori di terapia richiede strategie di riduzione del rischio che coinvolgono il processo di terapia nella globalità delle sue fasi, quali: approvvigionamento; stoccaggio; prescrizione; preparazione; distribuzione; somministrazione e controllo.

Il professionista infermiere può andare incontro, in questo caso specifico, a 3 tipi di responsabilità: civile (risarcitoria), penale e professionale (ed in ambito sanitario).

La **responsabilità professionale** ha natura contrattuale (ex articolo 1218 cc): la disciplina è nelle norme che regolano la responsabilità in esecuzione di un contratto di opera professionale. Affinché vi sia responsabilità professionale, dev'esserci un illecito (amministrativo, civile o penale), quindi un comportamento considerato vietato da una norma, e a cui segue una sanzione. Questa responsabilità è perseguita in ambito penale per lesioni colpose od omicidio colposo (come nel caso dell'articolo da me trattato in precedenza e di seguito). Qui vi rientra anche la responsabilità in ambito sanitario: quest'ultima riguarda tutta la struttura nel suo insieme. Se nella struttura dovesse mancare un qualsiasi tipo di macchinario (come ad esempio le siringhe da insulina specifiche, o le insupen, ma non solo), il responsabile deve far presente tale mancanza per iscritto a chi di dovere ed almeno una volta a settimana, per dimostrare di aver fatto richiesta di rimediare a tale mancanza ed evitare quindi di incorrere in un qualsiasi tipo di responsabilità.

Per individuare le responsabilità in ambito sanitario si fa riferimento a:

-
- DM 739/94 -> individua la figura ed il profilo professionale dell'infermiere;
 - DM 2.4.2001 -> determina lauree universitarie e specialistiche delle professioni sanitarie;
 - Codice deontologico dell'infermiere (nella fattispecie gli articoli: 9, 13, 22 e 29). L'infermiere ha l'obbligo deontologico di appurare il corretto recepimento delle informazioni fornite dal medico al paziente, così da assicurare un consenso consapevolmente prestato (locuzione elaborata da Cass. Civ. Sez. III in sent. 2847/2010) e non semplicemente informato (come previsto dalla L 145/2001 di ratifica della Conv. di Oviedo), al fine di garantire alla persona curata una reale autodeterminazione.

La giurisprudenza (Cass. Sez. IV sent. 1878/200 e 2192/2015) ha sottolineato, in conseguenza ai limiti del principio dell'affidamento (corrispondenti a situazioni di fatto evidenti che ragionevolmente mettono in dubbio l'avvenuto rispetto dei doveri di: diligenza, perizia e prudenza da parte dei propri collaboratori), che l'infermiere deve rilevare evidenti inapproprietezze di prescrizione terapeutica, in particolare per macroscopici errori di indicazione: del dosaggio, della posologia o prescrizione di molecole cui il paziente è allergico, e quindi segnalarle al medico per le adeguate revisioni.

Il panorama di responsabilità dettato dalla Suprema Corte espone l'infermiere ad un delicato ruolo di verifica che risulta contiguo al compito di traduzione di quanto il medico prescrive (non transigendo dai canoni del risk-management); ciò consegue dal fatto che l'equipe è orizzontale in questo caso (scrive la Suprema Corte: "esigibile, da parte dell'infermiere... che l'attività... sia prestata non in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo col medico").

L'utilizzo di protocolli di terapia è ammesso qualora questi siano allegati alla cartella clinica, od in essa menzionati, in riferimento a documenti adottati a livello della singola realtà operativa: il protocollo di terapia deve contenere ogni informazione necessaria ed utile alla corretta somministrazione (posologia, situazioni fattuali di necessità, livello di autonomia gestionale).

Responsabilità propria dell'infermiere nel caso specifico della somministrazione di insulina, trova una prima sorgente nelle linee guida professionali, le quali prevedono: la necessaria prescrizione medica, la regola delle 7 G (assicurarsi di andare a somministrare: al giusto paziente, il giusto farmaco, la giusta dose, al giusto orario e la giusta via di somministrazione, la registrazione ed il controllo), la preparazione professionale e tecnica nel sapere quando somministrare o meno l'insulina (quindi sapere i valori di riferimento della glicemia, sapere cosa la persona andrà a mangiare od ha già mangiato, per sapere quale potrebbe eventualmente essere l'andamento nel tempo della glicemia. Esempio: alimenti zuccherini andranno ad innalzare subito la glicemia, ma non ci sarà una sua stabilità nel tempo; alimenti farinacei invece andranno a mantenere stabile più a lungo il livello glicemico...), in caso non si somministrasse l'insulina bisogna avvisare il medico e far presente la motivazione della momentanea omissione del farmaco (esempio: livello glicemico troppo basso al momento).

Nella responsabilità infermieristica rientra anche: la conservazione dei farmaci, l'allestimento, la preparazione, la distribuzione, la somministrazione, l'assunzione della terapia ed il monitoraggio successivo.

CAPITOLO 3

RELAZIONI

3.1 RELAZIONE PERITALE.

La seguente Relazione Peritale è basata sull'articolo sopra descritto: "Paziente muore dopo la somministrazione di insulina, per un dosaggio 10 volte superiore rispetto alla prescrizione, da parte di un'infermiera".

1) **Descrizione delle circostanze del fatto sul quale verte l'indagine:**

L'infermiera domiciliare Joanne Evans ha somministrato un'overdose di insulina mettendo il punto decimale nel posto sbagliato, iniettando perciò alla sig.ra Margaret Thomas, 85 anni, 3.6ml, equivalenti a 360 unità, invece di 0.36 ml, equivalenti a 36 unità (ogni unità è 0.01 ml).

2) **Esposizione particolareggiata ed obiettiva delle indagini compiute:**

L'inchiesta ha mostrato che l'infermiera Evans si presentò a casa della signora Thomas in Pontypool, sud del Galles, il 2 giugno 2007 per la regolare somministrazione dell'insulina. Tuttavia, la signora Thomas non era una paziente regolare dell'infermiera Evans, alle quale era stato chiesto, come favore agli infermieri di assistenza domiciliare, di andare a coprire una determinata area, per un problema di mancanza di personale.

La signora Thomas aveva dato all'infermiera Evans l'insupen per somministrarle l'insulina, ma l'infermiera Evans non vi era abituata, poiché normalmente usava aghi e siringhe "normali" dove lavorava (Gwent Healthcare NHS, ospedale). Come risultato, 2 insupen si incepparono, ed una terza si ruppe, così l'infermiera suggerì di usare una siringa che aveva nella sua macchina.

Dopo la prestazione domiciliare dell'infermiera, la signora andò a fare spese con un'amica, ma divenne sonnolenta e non si sentì bene, tornò a casa alle 17:00 dove, davanti la porta di casa, collassò e morì.

L'infermiera, quando ha realizzato il suo errore, lo ha immediatamente riportato al medico responsabile dell'assistenza domiciliare, ma la signora era ormai deceduta.

L'infermiera disse successivamente, raccontando l'accaduto all'ufficio del medico legale di Cardiff: "Ero in ritardo e la signora Thomas aspettava di uscire. Volevo solo aiutare nel miglior modo possibile".

All'udienza è stato riferito che l'infermiera Evans era stressata dal suo carico di lavoro al Mount Surgery in Pontypool, e che non riusciva a dormire in seguito ad un litigio con un vicino e che era preoccupata per la figlia, che probabilmente soffriva di appendicite. Inoltre, la corte ha appreso che l'infermiera Evans era emotivamente turbata prima di visitare la signora Thomas, a causa di una precedente visita ad un paziente che si era comportato in modo sessualmente inappropriato nei suoi confronti.

Il medico legale ha aggiunto che l'infermiera Evans in quella settimana aveva lavorato in condizioni difficili, poiché c'era carenza di personale, gli infermieri dell'assistenza domiciliare erano anche sotto pressione, il che ha comportato lo scambio di pazienti tra colleghi infermieri i quali non avevano quindi una conoscenza degli utenti e della loro storia clinica. La signora Thomas era una di queste.

3) **Giudizio valutativo motivato in base ai dati di fatto rilevati e descritti, comprensivo sia delle conclusioni che della risposta ai quesiti:**

L'inchiesta verteva sul comportamento dell'infermiera Evans la quale aveva calcolato male, a mente, la quantità d'insulina da dover somministrare alla signora Thomas, ed aveva usato e riempito 4 siringhe normali invece di siringhe specifiche da insulina prima di somministrare il volume (presumibilmente) richiesto, la quale non aveva realizzato il suo errore finché non si trovò a letto quella stessa notte.

Emettendo il suo verdetto, il medico legale Hassell ha affermato che l'infermiera Evans aveva violato il suo dovere di diligenza nei confronti della signora Thomas non prendendo tutte le precauzioni ragionevoli per evitare il rischio di morte; inoltre, ha aggiunto che è stata l'overdose di insulina che ha portato la signora Thomas a soffrire di ipoglicemia, che a sua volta ha provocato un infarto.

La Crown Prosecution Service alla fine del procedimento, ha deciso di non avviare alcuna accusa nei confronti dell'infermiera Evans, avevano concluso che il caso era un "tragico errore" e che non c'erano prove sufficienti per offrire una prospettiva realistica di condanna per omicidio colposo.

3.2 RELAZIONE TECNICA.

Premessa

Nell'udienza della SV Ill.ma Giudice Istruttore del Tribunale di mi ha incaricato, quale C.T.U nella causa in epigrafe, a valutare fuori dalla presenza dell'Ufficio, la perizianda Joanne Evansm allo scopo di rispondere con adeguata relazione scritta, ai seguenti quesiti:

- A. quale sia stata la realtà, la natura e l'entità delle lesioni sofferte dalla signora Margaret Thomas;
- B. se sussista o meno il nesso di causalità – motivando – tra dette lesioni ed il fatto denunciato.

Si assegnava il termine di gg. 60, dall'inizio delle operazioni peritali, per il deposito dell'Elaborato peritale.

Si rinvia al Verbale di Inizio Operazioni Peritali del 2 giugno 2007(che si allega al presente elaborato): svolte in persona di: medico legale Mary Hassell. Non ha partecipato nessuno CPT alle operazioni peritali.

Dati e circostanze del fatto

In data 2 giugno 2007 la perizianda Margaret Thomas riceve la visita domiciliare dell'infermiera Joanne Evans per la quotidiana somministrazione di terapia insulinica.

Dalla cartella clinica= in data 2 giugno 2007 ricevette la somministrazione di terapia insulinica da parte dell'infermiera Joanne Evans alle ore 12:00.

Alle ore 17:00, di rientro da un giro di spese con un'amica, la signora Thomas divenne sonnolenta e non si sentì bene, e, davanti la porta di casa, collassò e morì.

Accertamenti peritali

Dalla cartella clinica: richiesta di iniezione di 36 unità internazionali di insulina, equivalenti a 0.36 ml.

La signora Thomas non era paziente dell'infermiera Evans, alle quale era stato chiesto, come favore agli infermieri di assistenza domiciliare, di andare a coprire una determinata area, per un problema di mancanza di personale.

L'infermiera stessa ha dichiarato che non sapeva la ragione della visita domiciliare finché non è arrivata al domicilio dell'utente a mezzogiorno: la signora Thomas era cieca e non poteva somministrarsi l'insulina da sola, per questo usufruiva dell'assistenza domiciliare.

La signora Thomas aveva dato all'infermiera Evans l'insupen per somministrarle l'insulina, ma l'infermiera Evans non vi era abituata, poiché normalmente usava aghi e siringhe "normali" dove lavorava (Gwent Healthcare NHS, ospedale): come risultato, 2 insupen si incepparono, ed una terza si ruppe, così l'infermiera suggerì di usare una siringa normale non da insulina che aveva nella sua macchina.

L'infermiera Evans ha calcolato male, a mente, la quantità d'insulina da dover somministrare alla signora Thomas, e ha usato e riempito 4 siringhe normali

invece di siringhe specifiche da insulina prima di somministrare il volume (presumibilmente) richiesto.

L'infermiera Evans non ha realizzato il suo errore finché non si trovò a letto quella stessa notte, e quando è successo, lo ha immediatamente riportato al medico responsabile dell'assistenza domiciliare.

Quando arrivati i soccorsi, la signora Thomas era già deceduta a causa di un'overdose di insulina che l'ha portato a soffrire di ipoglicemia, che a sua volta ha provocato un infarto.

Considerazioni

L'errato calcolo del dosaggio dell'insulina da dover somministrare ha comportato uno stato di ipoglicemia alla signora Thomas e conseguente alla morte per infarto.

L'infermiera avrebbe dovuto eseguire il calcolo a mezzo di foglio di carta e/calcolatrice per accertarsi di non commettere errori nel dosaggio.

CONCLUSIONI

Come già anticipato, si è deciso di stilare questo lavoro al fine di far conoscere appieno gli errori e le conseguenze che possono accadere nella somministrazione di insulina. Gli articoli di cui sopra hanno mostrato come queste tipologie di errori possano riguardare a tutti i Professionisti Infermieri, agli studenti dei corsi di laurea in infermieristica ed altri professionisti del settore sanitario.

Sbagliare è umano e naturale e cercare metodi e modi per evitare o diminuire questi errori è semplicemente un aiuto per la nostra professione, affinché i possa esercitare senza l'ansia e la paura di qualche conseguenza spiacevole.

Per poter redigere questo project work sono state riscontrate non poche difficoltà a causa della limitata letteratura scientifica infermieristica a riguardo (specie in Italia).

Il caso dell'infermiera che ha provocato il decesso della paziente dopo la somministrazione di eccessivo dosaggio di insulina è stato rilevante per portare avanti questo project work: errore che potrebbe accadere a qualunque professionista in un qualsiasi momento della sua carriera, vista la costante carenza di infermieri, ed i momenti stressati che ciascuno di noi affronta nel proprio lavoro.

Ci si augura che le raccomandazioni e gli errori sopra riportati possano aiutare i colleghi infermieri a porre sempre una costante attenzione al proprio lavoro, a porsi domande nel momento in cui qualcosa sembri diverso dal solito quando maneggiano l'insulina (e qualsiasi altro farmaco) e che non si pongano mai il problema: "i colleghi sono impegnati, voglio aiutare e non voglio disturbare", poiché è proprio in questo momento che il livello di errori aumenta.

SITOGRAFIA

- <http://www.imsn.ie/images/guidelines/imsn-signed-off-review-of-insulin-best-prac-guidelines.pdf>;
- <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20071018.asp>;
- <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1165072/Diabetic-patient-unlawfully-killed-newly-qualified-nurse-gave-TEN-times-insulin.html#ixzz4w9yoHas2>. By "DailyMailReporter".