



Gestione della Sicurezza nella Pratica Medica: il Punto di Vista dei Cittadini-utenti

Dario Petri

Associazione Bambini Cerebrolesi (ABC) Federazione Italiana
aderente alla FISH

www.associazioneabc.it



CITTADINO CON UN PROBLEMA DI SALUTE:

cerca **un ospedale e un medico di cui fidarsi** (competente ed esperto, aggiornato ed equilibrato, disponibile, ...), in quanto il **sistema non garantisce** queste caratteristiche

la ricerca è svolta attraverso medico di base, conoscenti, internet, ... ⇒

- **esito positivo**: liste attesa, tecnologia, comfort alberghiero: secondari
risultato ottimale in termini di salute, contenimento della spesa e soddisfazione degli operatori
- **esito negativo**: liste di attesa, tecnologia, comfort alberghiero: primari
 - alimentata la cultura del "**diritto a tutto, subito e gratis**" ⇒ la domanda di prestazioni sanitarie cresce
 - propensione alla **conflittualità** tra operatori e utenti

IL CONTESTO ATTUALE



ERRORE: sequenza di azioni non appropriata (od omessa),
con possibili effetti negativi clinicamente significativi

cultura dominante ("LA CAUSA"):

- 1) errore dovuto alla COLPA INDIVIDUALE di chi lo commette
- 2) sistema AUTOREFERENZIALE

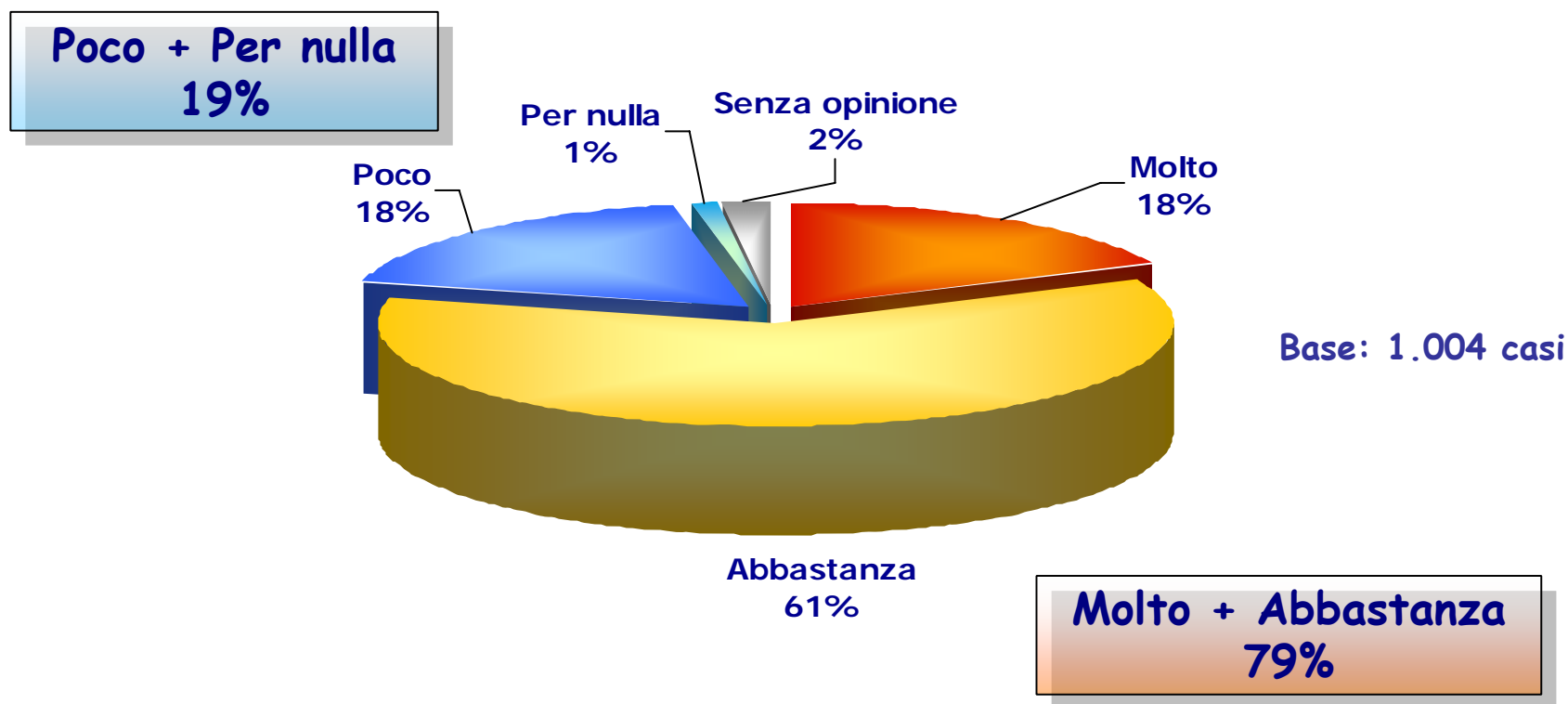
comportamenti conseguenti:

- chi commette un errore tende a nascondere lo
- utenti percepiti come antagonisti (muro del silenzio) ⇒ fiducia minata
 - sistema refrattario ai cambiamenti
 - prevenzione difficile
- esperienza dell'utente: forte motivazione per i professionisti, ma non ne emerge l'utilità per la prevenzione
 - favorita l'azione giudiziaria (e la medicina difensiva)
- comportamenti disonesti da parte di medici e di utenti poco contrastati

PERCEZIONE UTENTI



Quanto è presente secondo lei la malasanità in Italia?



concetto di malasanità:

46% organizzazione carente, 37% responsabilità del corpo medico

Indagine Istituto Piepoli, sett 2006



CENSIS - Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese 2007

Il sistema del *Welfare* *La relazione medico paziente*

... il **97%** degli italiani ritiene che **gli errori sanitari rappresentino un problema molto o abbastanza importante nel Paese**. E' un dato ... sintomatico di un **disagio fondamentale culturale** laddove si osserva che il **18%** dei rispondenti italiani, pari alla media dell'Europa a 25, a sottolineare di aver subito **in famiglia un grave errore medico** durante un ricovero).

È necessaria una riformulazione dei ruoli: la centralità e l'insostituibilità del sapere del medico deve riuscire a declinarsi con il diritto dei pazienti a conoscere e condividere le scelte terapeutiche.

UNA NUOVA CULTURA



1) **l'errore** è il risultato (conclusivo) di una **catena di fattori**, in cui spesso il contributo dell'operatore non è quello più rilevante



è possibile **prevenire l'errore** identificando ed eliminando le **cause**

la complessità del sistema non deve celare casi di **negligenza** o di **comportamenti disonesti**

2) **la partecipazione attiva, costante e consapevole degli utenti** alle scelte in sanità

molti **utenti** sono in grado di riferire ogni dettaglio del processo di cura
⇒ sono un'ottima **fonte di informazioni utili** per la gestione del rischio

FATTORI DI RISCHIO



Classificazione derivante dall'esperienza degli utenti:

1) **ECONOMICI**

- **STRUTTURALI - TECNOLOGICI**

ambienti, strumentazioni, infrastrutture, ...

- **QUANTITÀ DI RISORSE**

la spesa sanitaria cresce per:

- dinamiche demografiche ed epidemiologiche (aumento età, cronicità)
- progresso scientifico e tecnologico (maggiori possibilità di intervento)
 - domanda di servizi sanitari per bisogni assistenziali

la presunta carenza di risorse non deve mascherare l'**inefficienza**

efficacia, appropriatezza, qualità (percepita e nella gestione)
alla base di qualunque intervento ⇒ anche **beneficio economico**

FATTORI DI RISCHIO



2) **NORMATIVI**

azione (e lentezza) della **magistratura usata come pretesto** per eludere l'obbligo ad attuare efficaci azioni correttive e preventive
azioni di gestione ispirate più da **logiche risarcitorio-giudiziarie** che dal miglioramento della qualità e dei comportamenti

3) **DELL'UTENZA**

fattori sociali, economici, culturali; complessità patologia, rete sociale, ...

4) **ESTERNI**

contesto socio-economico-culturale, opinione pubblica, ...

FATTORI DI RISCHIO



5) **PROFESSIONALI** (CULTURA DEL PERSONALE E DEL TEAM)

caratteristiche e valori personali
(abitudini, motivazione, competenza, capacità decisionale, ...)
dinamiche interpersonali

6) **ORGANIZZATIVI** (CULTURA DEL SISTEMA E DELL'AZIENDA)

gestione del servizio e del macro-sistema,
associazioni e ordini professionali,
condizioni di lavoro,
partecipazione degli utenti, ...

per migliorare la gestione del rischio
è fondamentale **iniziare da questi due fattori**



RACCOMANDAZIONI

Ministero della Salute: MANUALE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

è importante la **consapevolezza del rischio** da parte del cittadino

*centrato sullo specifico processo di cura,
trascura la gestione del macro-sistema aziendale*

FNOMCeO: CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2006), art.14:

la gestione dell'errore è un'attività professionale in senso stretto

*è previsto il diritto all'informazione dell'utente,
non la sua partecipazione attiva*

PARTECIPAZIONE



utenti sono fortemente motivati a:

- favorire il **miglioramento del sistema** - specie se la qualità è bassa
 - contribuire all'**identificazione delle cause**
- favorire la realizzazione di **servizi centrati sull'utente**

Ist. Superiore di Sanità (linea guida):

"COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI NELLE SCELTE IN SANITÀ"

- è un **elemento centrale per lo sviluppo** di un servizio sanitario
- il paziente/cittadino **coinvolto nell'intero processo decisionale** (trasparente e aperto) e deve potere influenzarlo in modo significativo

"nulla per noi senza di noi"

PARTECIPAZIONE



Org. Mondiale Sanità - "PATIENTS FOR PATIENT SAFETY"

una delle **aree prioritarie di intervento**

promuove l'empowerment degli utenti nella gestione del rischio in sanità

*"safety will be improved if patients are included
as full partners in reform initiatives"*

la **partecipazione attiva, costante, efficace e consapevole** degli utenti
alla pianificazione, realizzazione e valutazione dei servizi
è fondamentale per:

- migliorare il rapporto medico-utente (**fiducia**)
- aumentare consapevolezza che **rischio è intrinseco** ai processi di cura
- promuovere l'attuazione di interventi **preventivi**
- favorire la **valorizzazione degli operatori**

AMAMI - FISH - ABC



SICUREZZA CLINICA E QUALITÀ DEI SERVIZI:

(documento congiunto medici - cittadini utenti)

Da anni si discute dei gravi problemi che affliggono la Sanità italiana senza riuscire ad attuare soluzioni efficaci, alimentando assurdi conflitti tra medici e utenti.

Se l'obiettivo primario è la tutela della salute delle persone, la serenità degli operatori, il benessere organizzativo e l'immagine del Sistema Sanitario Nazionale, occorre innanzitutto attuare un'alleanza culturale e operativa tra operatori sanitari e cittadini-utenti finalizzata al miglioramento della sicurezza e della qualità nell'esercizio della pratica medica. Solo così si può recuperare la fiducia dei pazienti e garantire la buona professione medica.

Una qualificata letteratura scientifica e l'esperienza diretta confermano che gli eventi che arrecano danno alle persone sono quasi sempre ascrivibili a problemi organizzativi - sebbene si registrino anche episodi di grave negligenza - e a una normativa che scoraggia gli Organi di gestione a intervenire con la necessaria efficacia al fine di prevenirli. Sono almeno quattro le categorie di fattori che incidono sulla sicurezza clinica e sul rapporto tra utenti e operatori sanitari:

FATTORI ECONOMICI

La carenza di organico e di attrezzature è senz'altro una delle principali cause di rischio. La qualità delle prestazioni sanitarie non è però garantita dal grado di sofisticazione tecnologica o dalla quantità di risorse, quanto piuttosto dalla qualità della gestione di tali risorse. I comportamenti professionali sono infatti fortemente condizionati dalle variabili che caratterizzano l'ambiente lavorativo.

L'applicazione di sistemi di gestione orientati al miglioramento del rapporto tra cittadini e operatori sanitari può inoltre contrastare il ricorso alla medicina difensiva - ossia a scelte terapeutiche suggerite più da cautele giudiziarie che da convincimento scientifico - producendo di fatto un risparmio economico.

FATTORI ORGANIZZATIVI

La letteratura scientifica evidenzia l'elevata ripetitività degli errori. È essenziale applicare strumenti di gestione che permettano di identificare le cause primarie dell'errore e applicare efficaci strategie di prevenzione. Il principale obiettivo non deve essere però la ricerca delle responsabilità - o il pur giusto risarcimento del danno - quanto la capacità di indirizzare correttamente l'attività professionale degli operatori, contrastando con efficacia tutti i comportamenti negligenti, imprudenti o superficiali.

FATTORI NORMATIVI

L'attuale normativa e la lentezza della giustizia italiana favoriscono azioni degli Organi di gestione ispirate più a logiche risarcitorio-giudiziarie che al miglioramento della qualità dell'organizzazione e dei comportamenti professionali. L'azione della Magistratura non può essere adottata come pretesto per eludere l'obbligo di intervento. Le due azioni - quella legale e quella gestionale - agiscono infatti su diversi livelli e hanno scopi ben diversi. Questa mancata assunzione di responsabilità gestionali mina profondamente la fiducia dei cittadini nella sanità e aumenta il timore dei sanitari di essere additati come gli unici responsabili dell'errore. Un aspetto non trascurabile è la necessità di ricondurre le nomine dei Dirigenti Medici a criteri esclusivamente meritocratici.

FATTORI CULTURALI

L'efficacia di un sistema di gestione del rischio clinico è strettamente legata alla capacità di far emergere le cause che hanno prodotto - o potevano produrre - danni alle persone. Questo obiettivo richiede un radicale cambiamento culturale che coinvolga la dirigenza e gli operatori. È necessario in particolare:

- sostituire la cultura dell'autoreferenzialità, basata su convinzioni personali, con l'etica della responsabilità, intesa non come colpa, ma come fondamento stesso - psicologico ed etico - della professione, come disponibilità a mettere in discussione il proprio modo di operare al fine di migliorare il contesto e le azioni operative;
- abbandonare la cultura "del silenzio" ossia permettere agli operatori sanitari di fare emergere eventuali errori nel trattamento dei pazienti senza correre rischi legali. Ciò è possibile solo ridimensionando la "cultura del risarcimento" verso il singolo sanitario, ormai troppo diffusa, che ha portato all'attuale escalation di ricorso allo strumento giudiziario. È invece indispensabile e più corretto spostare tale rischio sulle strutture sanitarie. Questo anche per favorire la collaborazione e il confronto costruttivo con il cittadino, la valorizzazione del personale sanitario e la ricerca dell'eccellenza nell'attività medica.

CONCLUSIONI

Per gestire in modo efficace la sicurezza nella pratica clinica occorre attuare la partecipazione attiva, costante ed efficace, dei cittadini e dei medici alla pianificazione e alla valutazione dei servizi sanitari. Per ottenere ciò, è necessario:

- favorire il cambiamento della cultura organizzativa e professionale, incentivando azioni di prevenzione e di controllo efficaci, trasparenti e verificabili;
- garantire la prevenzione e la correzione di disfunzioni organizzative e di comportamenti negligenti e imprudenti;
- creare un Osservatorio dell'errore medico e del contenzioso paziente-medico, per conoscere la reale portata del fenomeno, individuando le aree di criticità ed evidenziando quelle di eccellenza;
- promuovere la via conciliativa extra giudiziale per risolvere i contenziosi tra utenti e medici/Strutture sanitarie, basata su norme generali chiare e condivise;
- garantire che il comportamento delle Strutture sanitarie sia sempre orientato alla ricerca delle cause che hanno prodotto l'incidente, anche durante i contenziosi con i cittadini;
- attivare l'istituzione di un "Fondo vittime dell'alea terapeutica", per risarcire gli utenti che hanno subito complicanze imprevedibili ed incompressibili insite nelle cure;
- ottenere che la responsabilità sanitaria venga civilmente coperta dalle strutture sanitarie e non dai singoli operatori;
- definire "l'atto medico e l'atto sanitario" a livello legislativo.

Maurizio Maggiorotti

Pietro Barbieri

Dario Petri

Presidente AMAMI

Presidente FISH

Presidente ABC Fed. It.



sistema - operatori - utenti

superare le barriere (culturali) che impediscono di realizzare:

- un'efficace gestione del rischio
- la piena partecipazione degli utenti

UTENTI:

passare dalla denuncia di disservizi e un atteggiamento passivo a un'ottica di **collaborazione** con gli operatori e di **promozione** dei servizi

occorre:

- **consapevolezza** dell'importanza del loro ruolo per la qualità dei servizi
- fornire loro **supporto** e **strumenti adeguati**



MEDICI:

una nuova cultura organizzativa e professionale:

- dall'autoreferenzialità alla **responsabilità** (non colpa, ma fondamento etico della professione, disponibilità a mettere in discussione l'operato)
- dal silenzio alla **prevenzione**
- dall'azione giudiziaria al miglioramento continuo della **qualità**

agli operatori è richiesto:

- **consapevolezza** dell'importanza del ruolo degli utenti
- **disponibilità** all'ascolto e alla collaborazione



SISTEMA:

favorire un'**alleanza culturale e operativa**
tra operatori e utenti per:

- indirizzare l'attività professionale al fine di migliorare il **rapporto di fiducia**
- promuovere la **trasparenza**, il **miglioramento continuo** e la **partecipazione attiva**
- favorire la **valorizzazione del personale** e **l'eccellenza nell'attività medica**