

Dr. Giulio Marcon

Primario Medicina Interna
Professore a c. di Management Clinico Università di Padova
Risk Manager Clinico

Ospedale di Noale (Venezia) UO di Lungodegenza
E-mail: Giulio.marcon@infinito.it (abitazione)

Tel. : 041-5896563 Fax : 041-5896589
giulio.marcon@ulss13mirano.ven.it (ospedale)

III° Congresso Nazionale A.M.A.M.I Padova, 24-25 Febbraio 2006

Giulio Marcon
RISK MANAGEMENT: LO STATO DELL'ARTE

Considerazioni introduttive

Il problema degli incidenti e dei danni derivanti dalle cure si sta ponendo come uno dei grandi problemi della medicina a livello internazionale. L'attuale percezione del problema degli incidenti causati dalle cure mediche evoca nel pubblico e nei professionisti sanitari una serie di emozioni che vanno dall'incredulità allo stupore ed alla richiesta che il problema degli incidenti venga risolto alla radice.

E' ormai sempre più invalsa la tendenza a dare la "caccia al colpevole" e da più parti si chiedono a gran voce punizioni esemplari per i responsabili degli errori medici e dei relativi danni. Nella percezione comune (e non solo tra il pubblico ma anche tra i professionisti sanitari e nel sistema giudiziario) si crede che siano state una o più persone identificabili a causare materialmente il danno: perciò bisogna identificare colpe e colpevoli comminare la "giusta" punizione, dopo di che si ritiene che, tolte le "mele marce" tutta vada per il meglio. Ma questo modo di procedere non ha alcun effetto sui danni; infatti questa visione, purtroppo semplicistica, non tiene conto che, nelle organizzazioni complesse come quella sanitaria, la responsabilità del danno non è che in minima parte ascrivibile ad una sola persona.

Questa affermazione può anche stupire, ma è un'affermazione quasi sempre vera: di fatto l'analisi degli incidenti che avvengono nelle attività complesse (come ad esempio sanità, industria chimica, aviazione civile, trasporti ferroviari, traffico automobilistico, centrali nucleari), attività basate sulla collaborazione tra più persone, conferma che una o più persone hanno causato il danno. Tuttavia le responsabilità personali sono solo un elemento della genesi del danno, in quanto la maggiore responsabilità della catena di eventi che hanno causato il danno sta molto più in alto dei singoli professionisti e va ricercata nel sistema. Le cause degli incidenti infatti ricadono in due categorie: le cause immediate e le cause latenti; le cause immediate si riferiscono ad azioni errate commesse da una o più persone, mentre le cause latenti si riferiscono alle condizioni di lavoro nelle quali le persone operano.

Questa differenziazione deriva dai risultati degli studi relativi agli incidenti che avvengono nelle organizzazioni complesse: gli studi di James Reason, grande esperto delle organizzazioni complesse, hanno messo in luce che esiste certamente un individuo (o talvolta più individui) che materialmente hanno causato il danno, ma che questo individuo (o questi individui) sono stati messi nelle condizioni di creare un danno a causa del contesto in cui stavano operando. In altre parole il danno è l'effetto per il 10% degli individui e per il 90% dell'organizzazione.

Il contesto della sanità si sostanzia nelle attività e nei processi di cura, che sono costituiti da una fitta rete di interazioni fra singoli individui, gruppi di individui, attività di supporto forniture, regole, scelte manageriali, che collaborano per fornire le cure.

Dr. Giulio Marcon

Primario Medicina Interna
Professore a c. di Management Clinico Università di Padova
Risk Manager Clinico

Ospedale di Noale (Venezia) UO di Lungodegenza
E-mail: Giulio.marcon@infinito.it (abitazione)

Tel. : 041-5896563 Fax : 041-5896589
giulio.marcon@ulss13mirano.ven.it (ospedale)

Le cause degli incidenti sono di due tipi: i difetti attivi (errori commessi da uno o più individui nel corso della fornitura delle cure) ed i difetti latenti (condizioni di contesto di lavoro) determinati dalle scelte manageriali possono creare (e quasi sempre creano) le condizioni che favoriscono un danno. L'esempio più immediato è quello degli acquisti di materiali o dispositivi con il massimo ribasso: il massimo ribasso può comportare l'acquisto di materiali di bassa qualità, che talora sono difettosi e che possono creare danni al paziente. Altri esempi di difetti latenti sono imputabili al management, e possono essere rappresentati dalle regole organizzative e dalla loro implementazione, dalla formazione e dall'addestramento, dall'allocazione delle risorse, dalla comunicazione tra individui, dall'atteggiamento verso il rischio e dall'atteggiamento verso la qualità delle cure. I difetti latenti delle decisioni (non evidenti al momento della presa delle decisioni stesse ma manifestatisi successivamente) divengono evidenti nell'incontro tra paziente e struttura di cura ed influenzano il modo di lavorare e la qualità delle attività che devono essere eseguite.

Le azioni imprudenti o pericolose (ossia potenzialmente dannose che potrebbero portare ad un incidente possono essere descritte non solo sotto il profilo delle persone, ma anche sotto il profilo dell'organizzazione. Una descrizione adeguata a descrivere queste azioni può essere quella di "problema" o "difetto". I problemi/difetti possono essere di due tipi:

1. Problemi legati alla fornitura delle cure, chiamati anche "difetti di fornitura delle cure" (PFC/DFC): si tratta di attività e processi di natura e competenza eminentemente professionale e correlati tra di loro
2. Problemi legati alla modalità ed alla qualità ed alla modalità della fornitura del servizio chiamati "problemi nella fornitura del servizio" o "difetti nella fornitura del servizio"(PFS/DFS).

Le nuove teorie del Clinical Risk Management

Attualmente l'interpretazione di Reason, pur mantenendo intatta la sua capacità di "leggere" le cause immediate e remote degli incidenti, risulta a volte troppo generica per dare ragione della purtroppo grande quantità degli incidenti che si verificano nelle cure mediche.

Sono emerse recentemente due nuove linee di pensiero relative alla prevenzione del rischio clinico.

La prima delle due linee si deve a J.S.Spear, uno studioso statunitense di organizzazioni complesse che ha come obiettivo la ricerca del miglioramento della qualità delle cure mediche mediante la risoluzione delle "ambiguità" nella fornitura delle cure e nella fornitura del servizio. Secondo Spear l'ospedale non è organizzato intorno al paziente, ma in base alle diverse responsabilità e funzioni operative, che spesso non sono collegate tra di loro: spesso succede che un intervento chirurgico deva essere rimandato in quanto la preparazione del paziente non è stata corretta, una procedura viene cancellata per mancanza dei dati clinici del paziente. Questi ed altri difetti nella fornitura delle cure dipendono da un semplice difetto organizzativo: l'ospedale non è organizzato intorno al paziente, ma è organizzato intorno ad una serie di funzioni ed attività che spesso non sono correlate tra di loro. Poiché la comunicazione tra strutture e/o professionisti è spesso disfunzionale, si creano ritardi, disagi e, talora, incidenti. Spear, alla domanda "perché, nonostante i grandi avanzamenti della medicina, le cure mediche non si riesce a ridurre i difetti nella fornitura delle cure?"risponde: perché la complessità del sistema sanitario crea un grave divario tra la competenza delle persone e la performance globale del sistema.

Dr. Giulio Marcon

Primario Medicina Interna
Professore a c. di Management Clinico Università di Padova
Risk Manager Clinico

Ospedale di Noale (Venezia) UO di Lungodegenza
E-mail: Giulio.marcon@infinito.it (abitazione)

Tel.: 041-5896563 Fax: 041-5896589
giulio.marcon@ulss13mirano.ven.it (ospedale)

Questo divario è causato da una serie di cause, imputabili al sistema piuttosto che alle singole persone. In altre parole il sistema di fornitura delle cure è ricco di ambiguità (si pensi ad esempio alle opinioni discordanti dei professionisti su un caso clinico, alla richiesta di una “seconda opinione”, alle diverse “scuole” di pensiero, alla ricerca dello specialista “migliore”), ambiguità che nessuno si sogna di affrontare.

Una seconda visione relativa alla relazione tra sistema delle cure ed incidenti ai pazienti è quella di R. Amalberti, uno studioso francese che ha ribaltato la rappresentazione del problema dei rischi e degli incidenti derivanti dalle cure

Per rendere la medicina un'attività sicura, afferma Amalberti, è necessario riflettere attentamente e pragmaticamente sul fatto che alcune tradizioni profondamente radicate e consacrate dal tempo (come ad esempio l'autonomia professionale) e ritenute necessarie per eseguire correttamente il lavoro di medico, non solo non sono scolpite nella pietra, ma possono anche costituire un grosso ostacolo all'innovazione ed al miglioramento delle modalità di prestazione delle cure. La persistenza di queste tradizioni ormai datate costituisce di fatto una “barriera alla sicurezza” dei pazienti.

I successi ottenuti nel miglioramento della sicurezza da parte dalle attività ad alto rischio (centrali nucleari, industria chimica, aviazione civile) sono stati resi possibili dall'abbattimento delle “barriere alla sicurezza” e dall'innalzamento di “barriere al rischio”, costituite dall'eliminazione di alcuni ostacoli strutturali capaci di impedire il progresso verso la sicurezza delle attività stesse. Se si analizzano le caratteristiche operative ed organizzative di queste attività alla luce della loro performance nel campo della sicurezza, si possono individuare almeno cinque dimensioni organizzative considerate potenzialmente “vincenti” per il raggiungimento di elevati livelli di sicurezza. In sostanza, secondo Amalberti, è necessario identificare e rimuovere le “barriere alla sicurezza” (costituite da tutte le decisioni od attività che mettono a rischio la sicurezza del paziente) ed innalzare invece le “barriere al rischio”.

Come “barriere alla sicurezza” si possono individuare almeno cinque dimensioni organizzative considerate potenzialmente eliminabili, la cui eliminazione può permettere di raggiungere elevati livelli di sicurezza.

1. La prima barriera alla sicurezza è costituita dalla mancata limitazione della massima performance (che obbliga a lavorare oltre i limiti). L'attività svolta oltre i limiti della massima performance aumenta il rischio di errore e danno. Questa barriera può venire eliminata mediante limiti espliciti alla massima produzione (Es. riposo obbligato per i piloti di aerei di linea)
2. La seconda barriera alla sicurezza è costituita dall'autonomia professionale (che dovrebbe impedire controlli esterni sull'attività professionale). L'autonomia professionale è connessa con la personalizzazione delle cure, l'incertezza e l'ambiguità delle conoscenze mediche ed i difetti dell'organizzazione. La “classica” autonomia professionale deve lasciare spazio lavoro in team.
3. La terza barriera alla sicurezza è costituita dalla la mancata presenza di “attori equivalenti” ossia di professionisti che forniscano diagnosi e cure ragionevolmente uniformate (il che permette un'alta interscambiabilità dei professionisti garantita da un'elevata formalizzazione di conoscenze ed addestramento). L'anestesia appare al

Dr. Giulio Marcon

Primario Medicina Interna
Professore a c. di Management Clinico Università di Padova
Risk Manager Clinico

Ospedale di Noale (Venezia) UO di Lungodegenza
E-mail. Giulio.marcon@infinito.it (abitazione)

Tel. : 041-5896563 Fax : 041-5896589
giulio.marcon@ulss13mirano.ven.it (ospedale)

momento la specialità medica che ha raggiunto il più alto grado di interscambiabilità tra professionisti, ed è considerata attualmente un modello di eccellenza in questo campo.

La quarta barriera alla sicurezza è costituita dalla paura delle denunce che innesca la medicina difensiva . L'aumento delle denunce per malpractice sta mettendo in crisi molti sistemi sanitari e sta favorendo la medicina difensiva, che tuttavia ha una anch'essa una sua potenzialità di danno

La quinta barriera è costituita dall'eccesso delle regole professionali e dalla stratificazione di regole organizzative (spesso in conflitto), eccesso che crea un aumento ingiustificato della complessità del sistema senza fornire vantaggi: vecchie regole e nuove regole convivono felicemente e mantengono intatta l'ambiguità organizzativa appesantendo continuamente il sistema.

La sostituzione delle barriere alla sicurezza con le barriere al rischio rappresenta al momento la misura più utile per ridurre gli incidenti.