

## Il rischio professionale in endoscopia

L. Norberto, L. Rampazzo, L. Polese, D. F. D'Amico, \*P. Moreni

Unità Operativa di Endoscopia Chirurgica della Sezione di Clinica Chirurgica 1,  
Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche dell'Università di Padova

\* Unità Operativa di Clinical Risk management – Azienda Ospedaliera di Padova.

Le maggiori conoscenze degli utenti hanno ridotto quella asimmetria informativa che tipizzava il rapporto medico-paziente del decennio scorso, rapporto che gradatamente sta uscendo anche dal completo rapporto fiduciario.

Cambiamenti culturali hanno indotto nell'utenza aspettative sempre maggiori, talvolta esageratamente al di sopra di quanto umanamente possibile, in ogni caso rendendola sempre più sensibile non solo ai fenomeni di danno ma anche al semplice "disagio" occorso in occasione delle cure mediche effettuate.

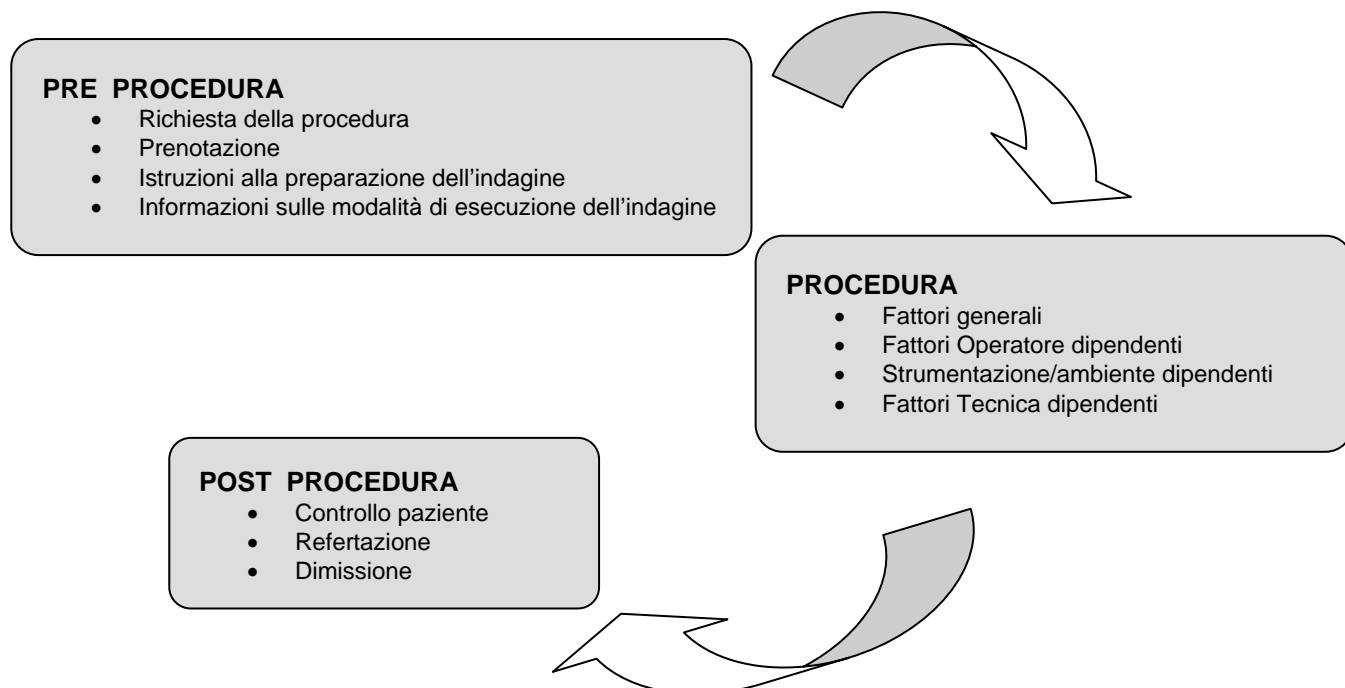
Motivi di crescente conflittualità e, conseguenzialmente ma non solo, di ordine economico hanno spinto verso una migliore gestione degli eventi indesiderati ed indesiderabili tesa, idealmente, alla loro completa eliminazione o, praticamente, ad una loro sensibile riduzione.

Il percorso diagnostico-terapeutico di un paziente che deve eseguire un'indagine endoscopica, è apparentemente semplice e poco articolato. Invero questo percorso si compie attivando una serie di processi collegati al percorso stesso in maniera sia diretta (prenotazione, preparazione, refertazione, etc.) che indiretta (sterilizzazione strumenti, manutenzione, etc.), coinvolgendo numerosi attori, diversi per competenze e professionalità.

Per meglio comprendere l'effettiva complessità del sistema e per identificare più facilmente i fattori di rischio, è opportuno suddividere il percorso diagnostico-terapeutico in almeno tre fasi:

- Pre procedura
- Procedura
- Post procedura.

In ognuna di queste fasi sono comprese ulteriori procedure fonte di ulteriori rischi.



## Pre Procedura

Mettendo un attimo da parte il grosso problema dell'appropriatezza, con le problematiche delle liste di attesa e l'utilità dal punto di vista rischi/benefici, un'organizzazione dotata di un Centro unico di prenotazione (CUP) offre un sistema integrato con modalità uniformi d'interfacciamento verso l'utenza. Oltre la competenza amministrativa, il centro deve fornire informazioni sulle modalità di preparazione e di esecuzione dell'indagine diagnostica. Un'errata comunicazione a questo livello può comportare un'errata o insoddisfacente preparazione del paziente, con importanti conseguenze (impossibilità di eseguire l'esame, inaffidabilità dell'esame, rischi di lesioni), o improprie informazioni sulle modalità di esecuzione dell'esame ed errate aspettative del paziente.

## Procedura

In questa fase entrano in gioco importanti fattori di rischio legati ad aspetti generali, operatore dipendenti, strumentazione-ambiente dipendenti e tecnica dipendenti. Seppur banale, forse perché dato troppo per scontato, l'errata identificazione del paziente è un errore che si verifica con discreta frequenza. Si pensi a due pazienti omonimi, con diversa data di nascita, con un'istologia positiva per cancro attribuita in maniera erranea.

### FATTORI GENERALI

- Corretta identificazione del paziente, completezza dei dati necessari
- Patologie concomitanti specifiche
- Patologie concomitanti generiche
- Consenso informato

### FATTORI OPERATORE DIPENDENTI

- Variabilità intra e inter Observer (variabilità di valutazione e giudizio)
- Variabilità di conoscenze, cultura
- Performance individuale

### STRUMENTAZIONE/AMBIENTE DIPENDENTI

- Qualità e quantità della strumentazione
- Affidabilità della strumentazione (manutenzione, usura, ..)
- Pulitura e sterilizzazione
- Taratura della strumentazione
- Ambiente disagiata
- Attrezzatura disponibile
- Carichi di lavoro
- Sedazione/ non sedazione

### FATTORI TECNICA DIPENDENTI

- Complicanze specifiche per ogni tecnica

Spesso, soprattutto per mancanza di tempo, non vengono raccolte accuratamente informazioni riguardanti la presenza di concomitanti patologie specifiche (es. presenza di un diverticolite acuta in una pancoloscopia) o di patologie generiche (coagulopatie, cardio-valvulopatie, allergie). Per lo stesso motivo il consenso informato, che dovrebbe essere un momento di "colloquio", in cui il medico riscuote l'assenso ad eseguire l'esame dopo aver spiegato in "modo comprensibile" al paziente modalità, intenti, vantaggi e svantaggi della procedura, si riduce alla mera formalità della

firma di un modulo in cui sono elencate affermazioni talora poco veritiere (consenso informato o consenso estorto?).

Un aspetto molto importante e di difficile gestione è rappresentato dai processi operatore dipendenti. In un'équipe di endoscopisti, le performance personali possono essere molto diverse. Fattori di conoscenza e culturali possono portare ad una grossa variabilità di valutazione e giudizio, difficilmente standardizzabile.

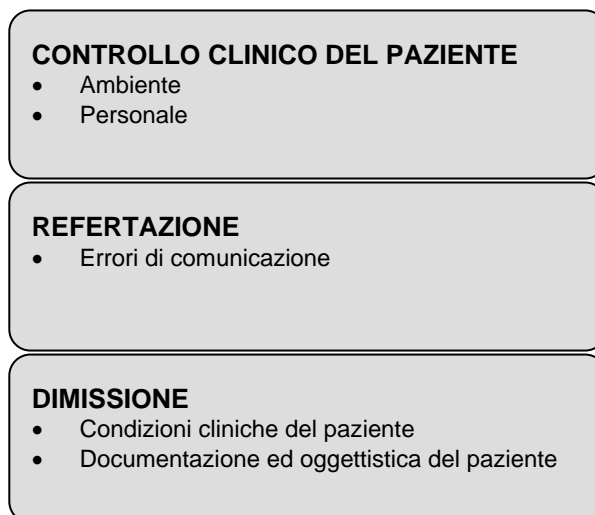
Una rilevanza particolare e sempre sottovalutata l'hanno i fattori legati alla strumentazione e all'ambiente lavorativo. Quantità e qualità della strumentazione, affidabilità, ambiente confortevole, carichi di lavoro e quant'altro sono elementi fondamentali di errori latenti.

Non da ultimo, ogni tecnica endoscopica ha in se un coefficiente di rischio noto, ma difficilmente prevedibile nella pratica clinica. Talvolta risulta davvero difficile stabilire quanto un evento avverso sia dovuto a "mala sorte" o a malpractice.

### **Post Procedura**

Un ambiente adeguato e disponibilità del Personale dovrebbero consentire la necessaria assistenza al paziente durante la fase di risveglio dalla sedazione. La procedura di refertazione e di compilazione della modulistica per i prelievi biotipici possono comportare errori con conseguenze importanti.

Al momento della dimissione, una particolare cura dev'essere posta nella valutazione dei rischi residui delle procedure effettuate (sedazione -> divieto di guida di veicoli). Inoltre gli oggetti personali del paziente (occhiali, dentiera, etc.) e la documentazione portata in visione possono facilmente disperdersi negli ambulatori di Endoscopia creando fastidiosissimi contrattempi.



### **Gestione del Rischio Clinico**

Seppur ancora in fase iniziale, presso il ns. Centro di Endoscopia è stato attivato un Sistema integrato di gestione del rischio clinico basato su un processo di confronto ed un percorso di progettazione condivisa che coinvolge una serie di attori presenti all'interno della struttura (medici, infermieri) e all'esterno di essa (personale amministrativo, organi di staff).

Per questo sistema di miglioramento della sicurezza è stato utilizzato un approccio integrato per evitare la tendenza a considerare l'errore come conseguenza dell'azione di un singolo operatore: l'analisi integrata ha portato, infatti, a considerare questo come la risultanza di errori attivi, commessi dagli operatori, e di quelli latenti, precedenti ed anche distanti (fisicamente e cognitivamente) dal luogo dell'incidente, distribuiti su vari livelli dell'organizzazione.

L'individuazione di questi fattori latenti riveste una notevole importanza per la realizzazione di azioni correttive efficaci ed efficienti.

## Bibliografia

Bartlett EE., Holman KI. **“Reducing malpractice risk and increasing quality in managed care”**  
*Manag Care Interface*, 1998 may; 11(5): 68-72.

Bunting RF., Benton J., Morgan WD. **“ Practical risk management principles for physicians”**  
*J Healthc Risk manag.*, 1998 Fall; 18(4): 29-53.

Gerstenberger P.D. **“Risk management for the endoscopy center”**  
*Gastrointest Endoscopy Clin N Am*, 2002 apr; 12(2): 367-384.

Johanson JF. **“ Continuous quality improvement in the ambulatory endoscopy center”**  
*Gastrointest Endoscopy Clin N Am*, 2002 apr; 12(2): 351-365.

Marasco J.A., Marasco R.F. **“Designing the ambulatory endoscopy center”**  
*Gastrointest Endoscopy Clin N Am*, 2002 apr; 12(2): 185-204.

Miskovitz P., Gibofsky A. **“ Risk management in endoscopic practice”**  
*Gastrointest Endoscopy Clin N Am*, 1995 apr; 5(2): 391-401.