

L'errore? Se c'è, affrontiamolo

La direzione sanitaria può e deve avere un ruolo centrale e trainante nell'individuazione degli sbagli individuali e collettivi, e nella gestione del rischio

L'anno scorso, in questo periodo, usciva un articolo su questa rivista dal titolo "caccia all'errore".

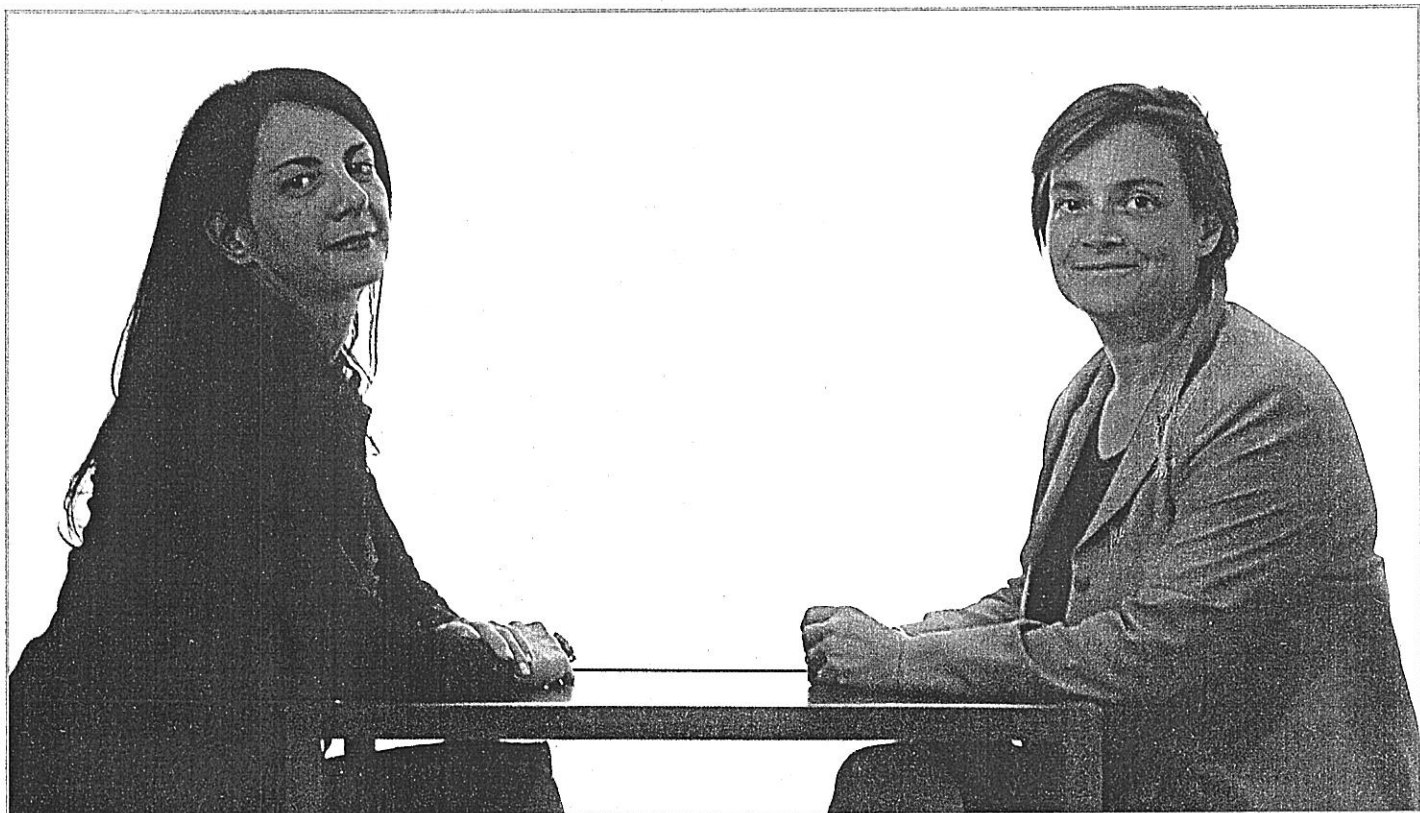
A parte la provocazione del titolo, era evidente il messaggio che si voleva far passare sul tema della gestione dell'errore: questo origina ed è conseguenza di responsabilità individuali, di equipe, e di sistema. Non solo di sistema, come entità metafisica e trascendente "è colpa dell'organizzazione, i carichi di lavoro sono eccessivi"; non solo dell'individuo: "ho sbagliato la dose di morfina e il paziente è andato in arresto cardiaco". Non solo dell'equipe: "ho sbagliato a somministrare il farmaco

perché le indicazioni in cartella non erano scritte in modo chiaro". Sono almeno tre livelli di responsabilità coesistenti e interconnessi (Figura 1) e tutti e tre sono con - responsabili dell'errore.

L'informazione sull'errore

Ad un anno di distanza, capitalizzando la nostra esperienza di docenza sul tema del rischio in medicina, desideriamo interrogarci su come sia veramente gestita l'informazione sull'errore, una volta che questo si è verificato nelle strutture sanitarie. Questa esigenza di fare

chiarezza nasce dall'osservazione di modalità molto diversificate di comunicazione o non comunicazione e quindi di rielaborazione o di non rielaborazione dell'errore a seconda dei ruoli professionali coinvolti: dall'infermiere, al caposala, al medico, alla Direzione Sanitaria. Nemmeno gli errori gravissimi, quelli che portano a decessi e che dovrebbero essere denunciati, di fatto vengono comunicati alla Direzione Sanitaria. Secondo le indicazioni del Ministero della Salute del 2005 gli eventi sentinella (Figura 2) devono essere comunicati alla Direzione Sanitaria, alla Regione di



Maria Giulia Marini (a sinistra), Responsabile Area Sanità della Fondazione ISTUD e Francesca Rubboli (a destra), Consulente Rischio Clinico di Rasini Viganò SPA

FATTORI	FATTORI CONTRIBUTIVI INFLUENZANTI
Contesto istituzionale	Contesto normativo; ambiente medico
Fattori organizzativi e gestionali	Risorse finanziarie e vincoli economici; politiche relative a standard e obiettivi; cultura della sicurezza e priorità
Fattori legati all'ambiente di lavoro	Livello del personale e mix di abilità; carico di lavoro e pianificazione dei turni; progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature; supporto decisionale ed amministrativo
Fattori legati al team	Comunicazione verbale; comunicazione scritta, supervisione e volontà di richiedere aiuto; struttura del gruppo (leadership, coerenza...)
Fattori individuali del personale	Conoscenze ed abilità; motivazione ed atteggiamenti; salute fisica e mentale
Fattori legati ai compiti	Disponibilità ed uso dei protocolli; disponibilità ed accuratezza dei risultati dei test
Fattori legati al paziente	Complessità e stato di salute; linguaggio e comunicazione; fattori personali e sociali

Figura 1.

ELENCO EVENTI SENTINELLA	
1.	Procedura in paziente sbagliato;
2.	Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte);
3.	Suicidio in paziente ricoverato;
4.	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure;
5.	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO;
6.	Decesso, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia associati all'uso di farmaci ad alto rischio (KCl, oppiacei e narcotici, insulina, eparina);
7.	Decesso materno o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
8.	Abuso su paziente ricoverato;
9.	Mortalità in neonato sano di peso >2500 g. entro 48 ore dalla nascita;
10.	Ogni altro evento avverso che causa morte o gravi danni indicativo di malfunzionamento del sistema e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Figura 2.

appartenenza e al Ministero stesso, con avvio di un'analisi delle cause profonde che hanno generato l'evento - (Root Cause Analysis RCA): questo metodo è stato proposto per avviare tempestivamente - entro 45 giorni dal verificarsi dell'evento - un processo che favorisca l'apprendimento dell'errore. Purtroppo questa indicazione del Ministero ha avuto poco seguito per la scarsa disseminazione all'interno delle strutture sanitarie da parte delle Direzioni Sanitarie con i professionisti direttamente coinvolti. A breve verrà pubblicato il rapporto della fase sperimentale di segnalazioni di eventi sentinella dal Ministero a cui seguirà anche un nuovo elenco di eventi da segnalare. Un altro motivo fondamentale per la bassa applicazione delle indicazioni ministeriali è l'assenza di protezione verso coloro che attivano il processo di segnalazione: in USA e UK il problema è stato parzialmente risolto attraverso la definizione di impossibilità di usare questi dati a fini legali: in Italia occorrerebbe applicare lo stesso provvedimento in essere negli altri paesi citati per promuovere la cultura della trasparenza.

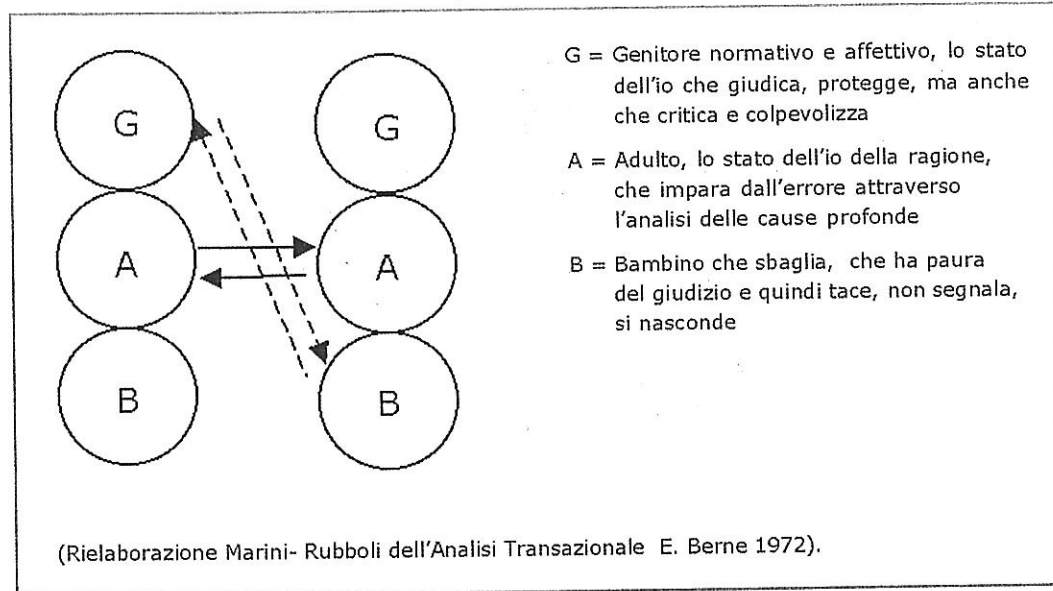


Figura 3.

Progettualità non punitiva

Ma torniamo al tema della comunicazione carente dell'errore tra colleghi, all'interno della équipe e con la Direzione Sanitaria: dall'esperienza in aula raccogliamo dei "deboli condizionali pieni di paura: si potrebbe, noi vorremmo.....; alle nostre domande del perché della paura di parlare dell'errore e quindi segnalarlo, la risposta è chiara: la Direzione Sanitaria è vissuta purtroppo ancora oggi dai professionisti come impositiva, punitiva e giudicante. Giudicare appartiene alla condizione umana, ma non è azione risolutiva: le soluzioni di miglioramento nascono da una progettualità "scevra di giudizio". Infatti, i dati derivanti dalle analisi delle cause sugli eventi sentinella, eventi avversi e near miss non devono essere presupposto per giudicare la performance dei professionisti, bensì uno strumento per la rielaborazione dell'errore, e soprattutto per trovare barriere e azioni

correttive che evitino il ripresentarsi dell'errore.

Gli errori accadono nelle strutture sanitarie, per inabilità (skill based error), per scarsa competenza (knowledge based error), o per violazione di linee guida (rule based error - C. Vincent 2001). Il problema non è quindi risalire alla classificazione dell'errore, ma è l'assenza di segnalazione che non consente di imparare dal primo errore e proteggere così la struttura dal commettere danni al paziente. Per darsi invece il permesso di parlare dell'errore diventa fondamentale il clima di fiducia che favorisce apertura e trasparenza. Abbiamo un modello relazionale che ci viene in aiuto per comprendere la possibilità di sbagliare e di gestire l'intero processo di comunicazione dove la segnalazione è punto d'arrivo e non di partenza (Figura 3).

Il persistere in uno stato di colpa è altrettanto "diabolico" come il "perseverare" dell'errore...

● Usando lo strumento dell'Analisi Transazionale, l'obiettivo è quello

di passare da una transazione Genitore Critico "Negativo" (fa sentire in colpa) - Bambino Adattato "Negativo" (tace, si nasconde, prova colpa da solo) a

● una prima evoluzione di transazione "Genitore Affettivo "Positivo" (Errare Humanum Est) a Bambino Libero "Positivo" (si rilassa, si apre, sente dispiacere ma riprende fiducia in se stesso) a

● una seconda evoluzione di transazione Adulto - Adulto (studio logico dei fattori che hanno condotto all'errore, quali manovre

possibili nell'organizzazione per correggere l'errore)

L'obiettivo è arrivare ad una relazione adulto-adulto tra collaboratori, tra l'équipe, la Direzione Sanitaria e con i pazienti e i familiari.

Occorre fortificare il rapporto di fiducia e di chiarezza tra la Direzione Sanitaria e i professionisti nei dipartimenti. La Direzione Sanitaria dovrebbe essere il motore e promotore culturale e comportamentale per l'intera tematica della gestione del rischio clinico. E' quindi fondamentale che nel nucleo della direzione sanitaria ci si doti di competenze cliniche, organizzative, relazionali, economiche e legali tra loro interconnesse. Questo è quello che intendiamo come ruolo strategico della Direzione Sanitaria sul rischio in sanità.

Maria Giulia Marini,
Responsabile Area Sanità
della Fondazione ISTUD
Francesca Rubboli,
Consulente Rischio Clinico,
Rasini Viganò SPA