

INTRODUZIONE

La promozione della sicurezza del paziente richiede un approccio di sistema e l'adozione di metodi e strumenti diversificati, in relazione agli scopi specifici, al contesto socioculturale ed organizzativo, allo stato di avanzamento della cultura della sicurezza.

Il problema del progressivo aumento della conflittualità in ambito sanitario, essenzialmente riscontrato in Italia a decorrere dalla seconda metà degli anni Ottanta, è possibile affrontarlo ponendosi il fine di accrescere le giuste esigenze di assicurare *massima tutela possibile della salute dei pazienti/utenti/clienti e maggiore serenità nell'esercizio quotidiano dell'attività sanitaria.*

Per questo motivo sono stati introdotti sistemi di monitoraggio con l'obiettivo di individuare i rischi, riconoscendone le cause e l'incidenza, quindi di tenerli sotto controllo attivando idonee procedure, linee guida, modelli organizzativi, modalità di comportamento, adeguando le tecnologie, così riducendo la parte di errore "evitabile".

L'introduzione di un sistema di controllo di sicurezza sugli errori, siano essi umani, organizzativi o dovuti a strumentazioni malfunzionanti o obsolete, pone al centro dell'attenzione il malato/paziente (e non la malattia e l'utente/cliente), e deve intendersi come un sistema integrato, multidisciplinare, finalizzato al raggiungimento della maggiore efficienza possibile nella gestione/organizzazione del lavoro, in un'ottica solo secondariamente utilitaristico-economica.

Uno degli strumenti ampiamente utilizzati che ha dimostrato di essere efficace nello sviluppo di una cultura della sicurezza, oltre che di contribuire all'identificazione dei rischi, degli eventi avversi ed all'adozione di strategie di miglioramento a tutti i livelli dell'organizzazione è il Safety Walk Around.

Sebbene nel nostro Paese l'applicazione di tale metodologia sia ancora agli inizi e in sperimentazione in diverse strutture ospedaliere, va considerato che può basarsi sull'abitudine di alcuni dirigenti di "fare il giro" delle unità operative per conoscere di persona i problemi.

Si tratta quindi di organizzare le visite in forma strutturata e sistematica, applicando una metodologia rigorosa, che comprenda la preparazione, i giri nelle unità operative, la raccolta ed elaborazione dei dati, l'analisi e definizione delle priorità, l'identificazione delle strategie di miglioramento, la loro implementazione e la successiva verifica.

L'attuazione di tale metodologia prevede la formazione del personale e l'esigenza di coinvolgere e rendere protagonista ciascuna persona nell'organizzazione, favorendo la conoscenza reciproca, il confronto e lo scambio sia nelle fasi di analisi che di cambiamento, al fine di assicurarne un positivo accoglimento e soddisfazione degli operatori e maggiore sicurezza per il paziente.

CAPITOLO 1

RISCHIO CLINICO

1.1 Definizione

Ogni attività umana comporta una dose di “rischio”, inteso come probabilità di riportare un danno in conseguenza del verificarsi di un evento avverso.

Pertanto il rischio clinico è la probabilità, per un paziente, di subire un evento avverso per effetto di un trattamento sanitario (errato o non).

Secondo altra definizione (Kohn, IOM 1999) il rischio clinico è la probabilità che un paziente subisca un qualsiasi «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».

L'attività di un sistema erogante “sanità” comporta un numero di rischi particolarmente elevato. Esso, infatti, è un sistema complesso, composto da diverse variabili, connesse alla specificità dei singoli pazienti, alla complessità degli interventi da attuare, alle multiple competenze professionali.

Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Clinical Risk Management, poste in essere nella singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale, sviluppandole in tutte le aree in cui l'errore si può manifestare, considerando l'intero processo clinico-assistenziale del paziente.

1.2 L'approccio sistemico all'errore

Il presupposto da cui partire è che le aziende sanitarie sono sistemi complessi che generano di conseguenza problemi complessi e necessariamente richiedono risposte complesse/sistemiche.

La letteratura è unanime nell'indicare l'esigenza di un approccio sistemico all'errore.

Come afferma l'Institute of Medicine (IOM) «la natura decentralizzata e frammentata del sistema di assistenza sanitaria (alcuni direbbero “non sistema”) contribuisce alle condizioni di insicurezza del paziente e rappresenta un ostacolo agli sforzi per migliorare la sicurezza. È necessario un approccio olistico e sistemico che non può focalizzarsi su una singola soluzione» (IOM, *To err is human*, 1999).

Per approccio sistemico si intende, nel concreto, l'attenzione all'organizzazione in quanto sistema costituito da componenti di natura diversa (persone, tecnologie, procedure ecc..) che interagiscono tra di loro in maniera talvolta inattesa.

Ne derivano le seguenti implicazioni:

- il focus NON deve essere sul comportamento umano e sulla ricerca del colpevole bensì sulle condizioni nelle quali accade l'errore e quindi sulla ricerca delle cause di fallimento del sistema.
- considerare l'errore come fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato a sbagliare.

L'approccio sistemico allo studio degli errori focalizza la propria attenzione oltre alla componente tecnica (strumenti, attrezzature, tecnologie, manuali, segnali e tutti gli artefatti con cui il lavoratore interagisce durante lo svolgimento della sua attività) e all'uomo (considerato isolatamente, in team di lavoro, o nel complesso delle interazioni cooperative) anche sugli aspetti