

RISK MANAGEMENT, UNA NUOVA SERIE DI APPROFONDIMENTO DEL GIN

G. Quintaliani

Coordinatore della Commissione di Organizzazione dei Servizi di Nefrologia, Dialisi e Trapianto della SIN

È stato con vivo piacere e grande soddisfazione che ho accolto la richiesta del comitato editoriale ed in particolare del Prof. Gambaro, di occuparmi del coordinamento della miniserie dedicata al "risk management" che inizia da questo numero del GIN.

Il rischio clinico è un argomento molto importante, di grande attualità e molto dibattuto; è necessario quindi capire veramente quali sono i confini del problema (1).

Con "rischio clinico" si definisce la possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte". A questo è intimamente legato il concetto di errore: "l'errore è un'insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate; l'errore è una "azione non sicura" o una "omissione" con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura; l'errore è un comportamento che può essere giudicato inadeguato da "pari" di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il paziente" (2).

Molti "report" descrivono cifre veramente catastrofiche sui danni connessi al rischio clinico (3, 4). Si parla di migliaia di morti legati agli errori dei sanitari anche se alcune fonti tendono a ridimensionare tali cifre in quanto, almeno in Italia, ne è molto difficile il computo (5).

La consapevolezza che comunque ci si trovi di fronte ad un problema di vaste dimensioni ha portato alla stesura di precise disposizioni ministeriali concretizzate con il decreto di istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti (il 10 gennaio 2007) (6) che tra l'altro istituisce unità di rischio clinico nelle aziende sanitarie con il compito di gestire e prevenire i problemi ad esso connesso.

Abbiamo definito come rischio clinico la possibilità di danni per il paziente ma è necessario tener presente anche il rischio derivante alla salute e alla integrità fisica e psichica del personale sanitario (contaminazioni, ferite, stanchezza, stress, etc) spesso oggetto di forme di ritorsione da parte dei pazienti che tendono a denunciare con una certa facilità e superficialità gli operatori vittime a loro volta di

problemi organizzativi. L'errore organizzativo è, secondo alcuni e lo vedremo negli articoli che seguiranno, la base della maggior parte degli errori sanitari e non solo sanitari. Non a caso molte aziende sanitarie si sono avvalse di collaborazioni con metodologi come gli ingegneri gestionali in grado di reingegnerizzare i percorsi in modo da ridurre le cause che inducono all'errore. La prevenzione dell'errore tramite la conoscenza e lo studio delle dinamiche alla base di esso, è l'unica strategia vincente anche se, purtroppo, in Italia ha sempre prevalso un sistema punitivo a carico del malcapitato che materialmente commette l'errore ma che è sempre l'ultimo anello di una catena con diversi anelli deboli.

Con tale spirito questa miniserie sul rischio clinico si apre con un contributo di un esperto di teoria degli errori (autore di un libro illuminante: Da Chernobyl a Linate. Incidenti tecnologici o errori organizzativi?) che evidenzierà come spesso l'errore sia frutto di problemi relativi all'organizzazione nel suo complesso. La serie continuerà con altri articoli che illustreranno il punto di vista di un grande ente di certificazione internazionale in sanità (Joint Commission International), della associazione che protegge i medici accusati di "malpractice" (AMAMI (7)), del problema delle infezioni in nefrologia e degli errori in dialisi (grazie alla collaborazione di alcuni colleghi nefrologi), fino ad arrivare a concludere la serie con il punto di vista di un Direttore Generale, responsabile unico della sicurezza nelle aziende sanitarie.

Si è cercato di evitare i luoghi comuni offrendo diversi punti di vista su un argomento molto dibattuto ma, in fondo, poco conosciuto e cercando di contribuire ad una visione più ampia del problema, presupposto indispensabile per una migliore consapevolezza, unica strada verso l'adozione di misure pratiche che tutelino insieme ai nostri pazienti anche noi stessi.

✉ Indirizzo dell'Autore:

Dr. Giuseppe Quintaliani
Via Maturanzio, 31
06124 Perugia
e-mail: g.quintaliani@yahoo.it

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.iom.edu/Object.File/Master/4/117/ToErr-8pager.pdf>
2. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari Ministero Salute . http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf
3. <http://www.ashrm.org/>
4. http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/eventi/2006/eventi_formativi/consolante_lez_mag.pdf
5. Censis 2001: L'errore in Medicina: sondaggio su 340 articoli di quotidiani e periodici (anno 2000). Riv. It. Med. Leg. 2001; 23:113.
6. <http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaMenuQualita.jsp?menu=sicurezza&lingua=italiano>
7. <http://www.associazioneamami.it/index.shtml>