

Risk Management in Sanità

Punto di partenza di un'efficace azione di prevenzione è l'introduzione di metodologie di risk management, oggi sempre più imperativo per le strutture sanitarie. Gli ospedali si trovano di fronte alla necessità di avviare procedure e soluzioni che garantiscano la riduzione del rischio a tutela degli utenti e dei professionisti.

Sono necessari programmi di miglioramento continuo che dovrebbero correggere automaticamente gli errori quando si verificano. La capacità di questi sistemi è di identificare ogni tipo di errore, sviluppando meccanismi che riducano la probabilità che questo si verifichi, riducendo il ricorso a fattori umani, migliorando l'accesso alle informazioni, standardizzando i processi e garantendo una formazione e un aggiornamento continui degli operatori sanitari.

Di seguito viene descritto un possibile percorso del risk manager in ospedale dal quale è intuibile la necessità di un approccio multidisciplinare e quindi di conoscenze in ambiti differenti.

1. Analisi preliminare della documentazione disponibile per identificare e valutare i rischi

Fare "risk management" vuol dire innanzitutto acquisire informazioni. Ipotizzando di dover implementare un sistema di clinical risk management in un'azienda sanitaria, è innanzitutto indispensabile creare un gruppo di lavoro multidisciplinare composto dai referenti di quelle aree aziendali ove sono potenzialmente situate le informazioni necessarie (Affari Legali, Qualità, Servizio Prevenzione e Protezione, Ufficio Tecnico, Farmacia, Blocco Operatorio, Servizi Infermieristici, Ufficio Relazioni con il Pubblico ecc.). Una prima fonte essenziale di informazioni è rappresentata, per esempio, dall'analisi delle richieste di risarcimento danni (almeno ultimi 5 anni). Scopo dell'analisi dovrà essere quello di evidenziare: tipologia di errore (diagnostico, terapeutico, chirurgico ecc.), ambito di pertinenza (Radiologia, Ginecologia, Blocco Operatorio ecc.), data accadimento, data richiesta danni, valorizzazione economica (importo richiesto, stimato e liquidato).

2. Analisi storica degli incidenti per identificare le soluzioni che possono dare origine ai rischi

L'analisi qualitativa del contenzioso e delle altre fonti (errore diagnostico, terapeutico, chirurgico ecc.) potrebbe consentire di identificare quali sono le fasi dei processi clinico-assistenziali maggiormente critiche sulle quali intervenire. In funzione del tempo trascorso dagli eventi e/o della completezza della documentazione disponibile, potrebbe essere possibile spingere ad un livello ulteriore l'analisi, secondo l'approccio adottato dagli psicologi cognitivi che si sono occupati dello studio dell'errore umano in medicina.

Potrebbe quindi essere possibile comprendere se l'errore diagnostico o terapeutico, ad esempio, è stato in prima battuta "attivato" da una violazione di una procedura o da una distrazione, dalla mancanza di conoscenza/esperienza ecc. Questo non vuol dire in alcun modo che la causa dell'evento avverso è solo l'errore umano degli operatori "in prima linea". Anzi, esattamente il contrario. L'errore umano e/o la violazione è quasi sempre favorita da una serie di errori sistemici (organizzativi, metodologici, tecnologici/strumentali, culturali), lontani nello spazio e nel tempo rispetto all'evento avverso, e di non semplice individuazione. Ad ogni modo, l'analisi cognitiva degli errori consentirebbe di verificare i processi critici identificati secondo una logica che considera i limiti della capacità umane.

3. Definizione delle azioni di miglioramento dei rischi e delle possibili alternative

La valutazione dei rischi effettuata potrebbe consentire di stabilire delle priorità sulle quali intervenire, in funzione delle quali dovranno essere definite azioni di miglioramento. È importante ricordare che nella maggior parte dei casi il concetto di “rischio zero” non esiste. Tutte le azioni correttive/di miglioramento, non possono che essere orientate alla riduzione dei rischi, agendo o sulla riduzione delle probabilità di accadimento o sul contenimento/gestione dei danni qualora gli eventi dovessero ugualmente manifestarsi. L'unico modo di raggiungere il livello di rischio zero è quello di non svolgere più quell'attività/processo. Il rischio non gestibile direttamente potrà essere trasferito (assicurazione). Un altro criterio fondamentale nella definizione delle azioni correttive è quello della loro fattibilità (tempi, costi, condivisione con le funzioni aziendali interessate).

4. Realizzazione delle azioni di miglioramento: revisione dei sistemi di sicurezza, elaborazione di piani di emergenza, piani di comunicazione della crisi, creazione di un sistema di gestione di qualità, formazione di personale

Tutte le azioni di miglioramento individuate e realizzabili devono essere adottate secondo un approccio sistemico, coinvolgendo tutte le articolazioni aziendali eventualmente interessate, e là dove possibile devono essere tradotte in procedure. Un aspetto essenziale è la formazione del personale, sia nella fase di implementazione iniziale di un modello aziendale di risk management, sia nella fase di mantenimento/sviluppo costante dello stesso.

5. Verifica nel tempo delle procedure

Non è sufficiente adottare misure correttive/di miglioramento: è indispensabile verificare periodicamente la loro efficacia. Le procedure sono sempre la “cristallizzazione” di regole per soddisfare esigenze nate in un determinato momento.

6. Analisi dei reclami dei pazienti

Un'altra fonte di informazioni al fine di acquisire informazioni di pertinenza del clinical risk management è rappresentata dai reclami dei pazienti, che possono consentire una valutazione dei rischi.

7. Analisi delle segnalazioni del personale

Il contenzioso, i reclami, le non conformità derivate da verifiche/audit non esauriscono comunque l'insieme delle fonti necessarie per un'attività di risk management. Un'altra fonte preziosa di informazioni, pur nei suoi limiti, è l'introduzione di un sistema di segnalazione degli eventi indesiderati (incident reporting) ad opera del personale. In sostanza, si tratta di chiedere a tutto il personale interessato di segnalare tutti gli eventi accaduti o potenziali, a prescindere se vi sia stato un danno per il paziente. È provato che le segnalazioni di eventi indesiderati effettuate rappresentano solo una piccola parte degli eventi realmente accaduti; ma è altrettanto provato che le informazioni acquisite mediante tale sistema coincidono solo in parte con quelle acquisite mediante altre metodologie. Questo vuol dire che senza le segnalazioni, preziose informazioni andrebbero perse.

8. Analisi dei quasi incidenti

Particolarmente importanti sono le segnalazioni dei quasi incidenti, ossia di quegli eventi che erano in procinto di accadere con conseguente possibile danno, ma qualcuno o qualcosa è riuscito ad evitarne l'accadimento. L'analisi delle segnalazioni, in generale, e dei quasi eventi in particolare, può consentire di centrare meglio la mappatura dei rischi.

9. Gestione del rapporto con i pazienti

Quando accade un evento che determina un danno a un paziente è corretto comunicarlo allo stesso e conseguentemente gestirne la situazione, sia per motivi etici, sia perché è dimostrato che il contenzioso è sovente attivato per la mancanza di ascolto del punto di vista del paziente da parte dell'azienda sanitaria.

10. Gestione del rapporto con le assicurazioni

E' in corso una fase di implementazione di sistemi di clinical risk management che pone in evidenza una serie di aspetti positivi nel rapporto con le assicurazioni, ad esempio la ridefinizione o l'ampliamento da parte delle assicurazioni dei parametri per la valutazione dei rischi.