

La gestione del rischio clinico nel contesto di un sistema di gestione della qualità in ambito ospedaliero

Franco Alberton, Roberta Girelli, Salvatore Salvato, Simona Cappi, Roberto W. Dal Negro

Nel definire il concetto di “qualità”, si deve tenere conto che le aziende sanitarie, così come ogni altro moderno sistema complesso, svolgono la loro attività in condizioni caratterizzate da una ampia variabilità dovuta ai diversi fattori di natura individuale, ambientale e socio-economica-. Diviene pertanto irrinunciabile approfondire l’analisi di tutte quelle azioni che, con modalità diverse, abbiano un impatto negativo sulla qualità della prestazione e che possano influenzare il grado di soddisfazione dei clienti/utenti, degli operatori e in genere di tutti coloro che siano interessati al buon funzionamento dell’azienda [1,2].

Da questo punto di vista il “governo dei rischi”, che è nato con lo scopo primario di ridurre e prevenire gli eventi avversi (e di conseguenza i contenziosi), assume anche una forte valenza etica e appare destinato a influire sugli obiettivi aziendali di qualità, sicurezza, efficienza, immagine e trasparenza: esso diviene pertanto parte integrante di un Sistema per la Gestione della Qualità (SGQ).

Finalità e procedure

Le tradizionali strategie “sanzionatorie” che mirano ad individuare e punire il “colpevole dell’errore”, non appaiono più efficaci; soprattutto, non risultano idonee a creare quella “sicurezza” del trattamento sanitario che è un fondamentale presupposto della qualità. Si presenta quindi la necessità di affrontare il problema degli eventi avversi da un punto di vista diverso, attraverso un programma che favorisca la conoscenza e la “valorizzazione” dell’errore. Per errore si intende il *“mancato raggiungimento del risultato che si prospettava in conseguenza di una determinata azione, più o meno complessa”* [3]. Esso corrisponde

all’insuccesso di un’azione pianificata e può essere attribuito a comportamenti attivi o a condizioni latenti.

In ogni caso, sia che l’errore abbia comportato un danno manifesto (e/o una denuncia), o che sia rimasto in qualche modo “coperto” (e/o privo di conseguenze), esso va identificato e valorizzato come stimolo e opportunità per prevenire il ripetersi di analogo accadimento e quindi migliorare. Il sistema di governo del rischio dovrebbe prevedere, in tre momenti fondamentali, la sua identificazione, l’analisi e l’attività di controllo (proposte per la prevenzione). Data la diffusa e riconosciuta tendenza a coprire gli errori, la prima fase del processo è certamente la più delicata; vanno quindi create certezza e condivisione sul principio secondo cui *“affermare che un incidente è dovuto a errore umano non implica un automatico riconoscimento di responsabilità”*. Successivamente, dopo aver individuato e quantificato gli eventi avversi, dovuti sia ad errori attivi che a condizioni latenti, è necessario misurarne l’impatto sulla struttura, ricercarne le cause ed identificare i possibili provvedimenti idonei ad eliminare, ridurre e comunque prevenire l’errore.

Strumenti e programmi

L’avviamento di un’attività di studio e gestione del rischio implica la creazione di un “Sistema di rilevamento del Rischio Clinico”. Questo sistema dovrebbe essere composto da figure professionali interne e/o esterne all’Azienda che, operando in stretto contatto, abbiano il chiaro obiettivo di costituire una rete di scambio e di confronto delle informazioni. Presso l’ULSS 22 è stato costituito un Gruppo Operativo così composto:

GRUPPO OPERATIVO

Risk Manager

medico legale - consulente esterno all'Azienda

Referente aziendale del Rischio Clinico

medico igienista - Ufficio Programmazione Sanitaria

Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità Aziendale

medico chirurgo - Responsabile Ufficio Qualità

Referente del Sistema di Gestione della Qualità Aziendale

esperto statistico - Ufficio Qualità

Referente della rilevazione area medica esperto Qualità e Direttore dell'U.O. di Pneumologia

Referente della rilevazione area chirurgica direttore dell'U.O. di Chirurgia Generale.

In relazione a specifiche problematiche afferiscono al Gruppo Operativo altre figure professionali interne all'Azienda. Queste figure sono state definite all'interno del seguente Nucleo Aziendale:

NUCLEO AZIENDALE

Servizio Infermieristico

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Ufficio Formazione

Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale

Servizio Affari Generali

Direzione Sanitaria Ospedaliera

Coordinamento dei Direttori di Distretto Socio Sanitario.

Attraverso il contributo di tutti questi attori l'ULSS 22 è costantemente impegnata a sviluppare una strategia ed una politica complessiva volte a garantire l'istituzionalizzazione e lo sviluppo delle azioni più appropriate per la sicurezza dei propri pazienti. Per ottenere i migliori risultati di qualità del servizio erogato e di garanzia dei diritti dei cittadini, queste attività sono eseguite in piena coerenza con quelle della Regione Veneto e delle altre Aziende Sanitarie limitrofe.

Le attività gestionali che configurano il processo di gestione del rischio sono:

1. identificazione degli obiettivi di gestione dei rischi
2. identificazione dei rischi
3. valutazione e quantificazione dei rischi

IL SISTEMA CARDIORESPIRATORIO

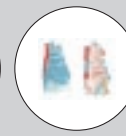
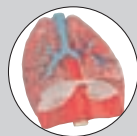
Riproduzione completa in dimensioni reali

Il modello è scomponibile in 7 parti in modo da mostrare la laringe (dissezione sul piano sagittale), i polmoni (dissezione sul piano frontale) ed il cuore (smontabile in due parti).



Montato su una base in plastica 26x40x12 cm peso 1,3 kg circa

€ 288,00 (iva compresa)



Direttamente a casa tua.

Telefona al numero verde per informazioni

Numero Verde
800-601715

o acquista online sul sito www.midiaonline.it



MIDIA srl

Tel. 039 2304440

Fax 039 2304442

midia@midiaonline.it

www.midiaonline.it

4. trattamento dei rischi (scelta degli strumenti di mitigazione ed implementazione del programma di trattamento)
5. monitoraggio, verifica di efficacia, controllo e feedback.

Il primo risultato del gruppo di lavoro è stata la realizzazione della Scheda di Rilevazione del Rischio Clinico - Incident Reporting: per fare in modo che i dati rilevati avessero piena possibilità di interscambio con quelli raccolti dalla Regione Veneto, questo originale strumento è stato pianificato e costruito in linea con quello redatto e proposto dalla Regione stessa.

Il nostro intento infatti è stato quello di implementare un sistema proprietario che da una parte consentisse di analizzare i dati locali in maniera flessibile e personalizzata e dall'altra, trasmettendo i dati raccolti al database della Regione, ci potesse garantire una costante misurabilità e confrontabilità delle nostre performance aziendali con la media regionale del Veneto.

In piena coerenza con quanto definito in premessa, la scheda delineata dal gruppo si discosta da quella regionale prevalentemente per aver salvaguardato l'anonimato dei soggetti, onde evitare qualsiasi paura di un atteggiamento sanzionatorio nei confronti di chi segnala l'errore.

Per sperimentare il modello organizzativo, il sistema di Rilevamento del Rischio Clinico è stato testato per sei mesi nelle UU. OO. di Pneumologia e di Chirurgia Generale, da febbraio a luglio 2007 e attualmente stiamo procedendo a diffondere l'uso della scheda a tutte le UU. OO. dei diversi Presidi Ospedalieri. La diffusione della Scheda di Rilevazione del Rischio Clinico- Incident Reporting è stata preceduta da uno specifico corso di formazione obbligatoria per tutto il personale delle due Unità Operative pilota.

Il corso ha avuto una durata di 3 ore, e ha trattato i seguenti argomenti:

- la gestione del rischio clinico;
docente - Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità Aziendale
- la responsabilità professionale - aspetti medico legali;
docente - Risk Manager

- le modalità di utilizzo della scheda;
docente - Referente del Rischio Clinico.

È stata prevista una sessione di richiamo a distanza di 4/6 mesi per permettere di sciogliere i dubbi degli operatori e di raccogliere i loro suggerimenti.

Per completare il percorso formativo e per massimizzare il coinvolgimento degli operatori riteniamo essenziale la costruzione di Report Periodici di feedback alle UU. OO. e ai Servizi Territoriali. I primi risultati concreti, frutto della divulgazione commentata della scheda di Incident Reporting, sono stati raggiunti in ambito pneumologico, ambiente specialistico che già da dieci anni ha ottenuto e mantiene la certificazione di qualità secondo il modello ISO 9001-2000. Presso l'U.O.C. di Pneumologia, infatti, la suddetta scheda e le procedure operative ad essa correlate sono state fin da subito condivise e messe in pratica trasversalmente dai diversi ruoli professionali operanti, entrando rapidamente a far parte della routine gestionale.

Obiettivo ultimo per una più rapida ed efficiente raccolta e gestione del dato è la costruzione di un software dedicato che, nel prossimo futuro, andrà a sostituire l'attuale scheda cartacea in ogni U.O. dell'Azienda: ciò con l'intento di velocizzare e rendere più trasparenti le operazioni di raccolta e gestione dei dati, oltre che più puntuale e tempestiva la periodica emissione dei report statistici in ambito aziendale.

Bibliografia

- [1] Dal Negro RW & Farina M. - La gestione per la qualità in pneumologia, Springer - Verlag Italia Publ., Milano 2001
- [2] Dal Negro RW & Farina M. - L'approccio e la gestione per processi in Pneumologia. Springer Publ., Milano, 2005
- [3] Merry A. & McCall Smith A. - Medicine, error and the law. Cambridge University Press Publ., Cambridge, UK, 2004,

*Questo contributo è tratto,
per gentile concessione degli Autori, dagli
Atti dell'11° Congresso Asma Bronchiale e BPCO:
Obiettivi, Rimedi e Strategie.
Verona, 30 gennaio - 1 febbraio 2008.*