

LE LINEE GUIDA DEL MINISTERO PER EVITARE INFORTUNI IN SALA OPERATORIA

Dalla check list un'arma efficace contro gli errori latenti

DI ROBERTO AGOSTI *

La caccia al capro espiatorio non è utile per un reale miglioramento

Dal 2005 il ministero della Salute ha iniziato la pubblicazione di Raccomandazioni, redatte da esperti, che contengono istruzioni operative per la gestione del rischio, la cui efficacia è basata sulle evidenze della letteratura. La più recente (ottobre 2009) riguarda la sicurezza in sala operatoria e prevede, fra l'altro, l'adozione di un semplice strumento di gestione del rischio (checklist) derivato dall'aeronautica militare, la cui efficacia è stata dimostrata anche in ambito sanitario. Molti ostacoli possono rallentare l'applicazione della checklist, come un impegno inefficace delle direzioni e la naturale resistenza degli operatori. Se qualche chirurgo ritenesse che l'uso della checklist possa incrinare la propria immagine professionale, sappia che il lavoro di team previsto dalla checklist è molto più affidabile che qualunque memoria individuale: lo dimostrano i fatti.

Personalmente, ho lavorato più di sei mesi con un gruppo multi-professionale per definire e mettere in pratica tre modelli del foglio unico di terapia adatti per le esigenze delle settanta unità operative aziendali. Abbiamo in tal modo implementato la raccomandazione ministeriale n. 7 per la prevenzione dei danni derivanti dalla terapia farmacologica, aumentando la consapevolezza degli operatori e riducendo drasticamente il rischio. Allo stesso modo, l'applicazione della raccomandazione n. 1 sul corretto utilizzo delle solu-

zioni concentrate di cloruro di potassio (letali se somministrate non diluite endovena) ha portato a una riduzione del 50% del loro consumo nell'arco di pochi mesi, con una tendenza in continua diminuzione.

La storia e la registrazione di accadimento dei più gravi incidenti hanno consentito di elaborare una nuova prospettiva per l'analisi del rischio, basata sul cosiddetto "approccio sistemico" che considera l'organizzazione complessa come un sistema costituito da sottosistemi interdipendenti e dall'apertura verso il mondo esterno all'organizzazione stessa.

All'origine dell'evento avverso si riconoscono molteplici cause profonde note come "errori latenti". Si tratta di condizioni presenti nel sistema, determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell'incidente. Errori di questo tipo possono restare latenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso. Ogni organizzazione complessa può essere descritta come costituita da molteplici livelli organizzativi all'interno di ognuno dei quali esistono gli errori latenti. Nel caso in cui la traiettoria delle opportunità riesca a infilare tutti gli errori dei successivi livelli, le azioni errate dell'ultimo operatore causano inevitabilmente

l'incidente. È come se l'evento avverso fosse stato inconsapevolmente progettato dal sistema

stesso e attendesse soltanto il momento opportuno per manifestarsi.

Smettiamo per sempre di cercare il capro espiatorio fra gli operatori sanitari di prima linea quando accade un evento avverso. La cultura della colpevolizzazione è il peggior nemico della sicurezza e impedisce il miglioramento della conoscenza. La sicurezza del paziente e la gestione del rischio si basano sulla cultura della responsabilità (contrapposta alla cultura della colpa) fondata su una distinzione chiara e condivisa fra ciò che può essere valutato come un comportamento accettabile (ancorché errato) e ciò che, invece, deve essere considerato non accettabile.

Nell'ottica di garantire migliori standard di sicurezza ai pazienti e al personale sanitario si dimostra strategica l'istituzione negli ospedali della funzione di risk management che deve saper coniugare capacità manageriali e di leadership specifiche con quelle delle altre funzioni, come l'ingegneria clinica, l'informatica, gli affari legali, la farmacia, la direzione sanitaria e altro, tramite un coordinamento aziendale. È necessario che gli ospedali affidino la gestione del rischio a personale qualificato che abbia superato positivamente un percorso di formazione manageriale specifico e che abbia esperienza diretta dei processi produttivi. Infatti, la cultura del rischio in Sanità si fonda su un corpus di conoscenze consolidate a livello internazionale ed è in continua evoluzione.

* *Docente Cineas
 e Responsabile Uoc Risk management
 Ao di Desio e Vimercate*

