

Malasanità, meglio prevenire che punire

MASSIMO ZAMORANI

Non passa giorno senza che esplodano notizie di incidenti ospedalieri, ma nella stragrande maggioranza le notizie non arrivano ai giornali perché non provocano vittime. Si calcola che l'incidenza dell'errore nella pratica ospedaliera italiana oscilla tra il 2 e il 3%, anche se "solo" un errore su cento avrebbe esito mortale. Oltre 320 mila ricoverati negli ospedali italiani subiscono ogni anno danni da errore. Come di regola accade - e la morte degli otto pazienti nell'ospedale di Castellaneta ne è tipico esempio - viene additato come obiettivo la ricerca del responsabile e la sua punizione. Ciò altra conseguenza non può avere che il perpetuarsi degli errori, perché il problema è ben altro e consiste in un'impostazione metodologica finalizzata alla prevenzione e all'accertamento della dinamica dell'errore, in quanto è assiomatico che "non vi sono errori imprevedibili".

Nelle organizzazioni sanitarie dei Paesi avanzati, da molto tempo ormai sono codificate, applicate, sotto costante ricerca e aggiornamento, procedure atte a prevenire gli incidenti ospedalieri e a studiarne l'eventuale accadimento. La metodologia deriva dalle misure studiate in aeronautica e nella tecnologia delle centrali nucleari per l'analisi e la prevenzione dell'errore, considerato che in questi due settori la prevenzione, e quindi l'accertamento della dinamica dell'incidente, rivestono importanza fondamentale ai fini della sicurezza e del progresso tecnologico.

Per quanto concerne la prassi ospedaliera, esiste ormai una corposa letteratura di riferimento cui far capo qualora si intenda impostare una ri-

cerca finalizzata a sostituire, una buona volta, i comportamenti nostrani cronicamente improntati all'improvvisazione e alla totale mancanza di procedure standard codificate e generalizzate. Nel deprecato caso di incidente si trascura di svolgere un'approfondita indagine sulle modalità, le cause, le carenze umane o strumentali che possono aver provocato il guaio e, in particolare, l'analisi cognitiva del processo e l'identificazione del momento in cui l'evento si produce. Ciò non tanto ai fini dell'attribuzione delle eventuali responsabilità, quanto per definire misure atte a prevenire analoghi possibili incidenti in futuro. È evidente che una ricerca del genere ha senso qualora siano stati studiati, codificati, messi a punto e applicati rigorosi protocolli di prevenzione dell'incidente. In quali e quanti istituti ospedalieri nostrani esistono sistemi di questo genere? A quanto risulta, solo di recente si è incominciato a parlare in questi termini, a delineare la figura di hospital risk manager, fino a oggi entrato in funzione, pare, in due soli enti ospedalieri dell'Italia settentrionale.

Quale è stato, fino a questo momento, il comportamento della dirigenza e del personale ospedalieri in caso di incidente? Non essendo in vigore procedure standard, si registra una moltitudine di comportamenti che, in troppi casi, portano a un febbrile scaricabarile di responsabilità e alla designazione di un capro espiatorio interno, che in molti casi altro non è se non la figura più vulnerabile del contesto, o la meno combattiva, o ancora quella non preparata a sostenere le proprie ragioni. L'intervento dei carabinieri e dell'autorità giudiziaria non vale certo a risolvere il problema della dinamica dell'incidente e, soprattutto, a garantirne la prevenzione per il futuro. Si aggiunga che la mancata analisi tecnico-scientifica sulle cause e le modalità dell'incidente ha, tra le altre conseguenze,

l'impossibilità di adottare efficaci provvedimenti - non solo opportuni, ma necessari sia dal punto di vista professionale che umano - per assistere, tutelare il personale coinvolto nell'evento. In genere, dopo il clamore proiettato sui giornali, se l'evento è mortale, si lascia che il tempo passi e la coltre dell'oblio discenda.

Al fine di colmare un vuoto che è causa di costante pericolo, in quanto ogni incidente non viene ravvisato come un'occasione per tesaurizzare esperienze che potrebbero valere alla formulazione di misure preventive, si potrebbe procedere - magari coinvolgendo l'Ordine dei medici - alla raccolta e alla cernita di quei documenti accessibili, in quanto non certo coperti da segreto, in vigore presso gli enti ospedalieri stranieri, che riflettono: 1) La formulazione e l'adozione di protocolli codificati da applicare rigorosamente e sotto costante verifica, allo scopo di prevenire gli incidenti, 2) Norme e procedure per lo svolgimento di indagini e ricerche sugli incidenti, secondo un sistema collaudato che coinvolge competenze specifiche atte ad attivare indagini e ricerche a tutto campo, al fine di chiarire cause e dinamica dell'evento.

In Aeronautica, dove il problema della sicurezza è fondamentale, in ogni reparto di volo è in funzione un ufficiale addetto alla sicurezza - su questa falsariga è stato concepito lo hospital risk manager - e viene pubblicato un periodico, "Sicurezza del volo", dedicato all'informazione e alla prevenzione degli incidenti. Perché iniziative del genere non possono essere promosse anche dal sistema ospedaliero nazionale? È inaccettabile sul piano organizzativo, come su quello morale, che nella storia di un ente ospedaliero rimangano - pietre miliari su un cammino vergognoso - casi di incidenti di cui non sono state accertate le cause perché manca la capacità, ma soprattutto la volontà, di accertarle.