L' Errore di "Sistema" in Medicina

Data 28 aprile 2024
Categoria professione

Seconda pillola di tre...

Per comprendere la importanza e la entità dell'errore sistemico in medicina è necessario superare la visione tradizionale, ispirata alla cultura giuridica, che ritiene l'errore conseguente ad imperizia e/o imprudenza e/o negligenza e ricordare invece la definizione dello IOM (Institute of Medicine) attuale riferimento nella letteratura internazionale di linguainglese: ***L'Errore Medico è "un fallimento, non dovuto al caso, nella pianificazione e/o nella esecuzione di una sequenza di azioni, che determina il mancato raggiungimento dell'obiettivo".***
Assumendo questo punto di vista a livello individuale ci imbattiamo anzitutto negli errori cognitivi individuali (controllabili e riducibili ma non eliminabili: ne parleremo nella prossima pillola...); ma se saliamo di livello e scrutiamo l'orizzonte noteremo che nel percorso diagnostico-terapeutico medici ed operatori sanitari ricevono, "modificano" ed inviano il paziente all'operatore succcesivo seguendo regole dettate dalle procedure previste e dalle tradizioni ereditate oppure adottando regole dettate dalla necessità del momento...
Il risultato è generalmente positivo ma talora le procedure comportano danni per il paziente anche se le responsabilità del danno non sono imputabili ad un preciso operatore sanitario ma piuttosto alla inadeguatezza di procedure consolidate dal tempo ma non sottoposte a verifiche rigorose ed imparziali. La cronaca quotidiana del resto denuncia frequentemente presunti episodi di " malasanità" che dal punto di vista giuridico non porteranno a procedimenti giudiziari perchè, malgrado risultati non soddisfacenti, ogni operatore coinvolto potrà dimostrare di essersi attenuto alle regole...

Il problema dell'Errore Sistemico in UK ed USA è studiato ed affrontato da decenni:nel 1992 il Department of Health (U.K) pubblica il primo manuale per la realizzazione di programmi di Risk Management(RM); nel 1995 vengono introdotti standards per il RM,viene adottato un sistema di incident reporting, viene introdotta una policy per il monitoraggio e la analisi degli incidenti più gravi nonché un sistema di gestione dei reclami, di informazione al paziente e di acquisizione del consenso, vengono introdotte precisa modalità di compilazione, utilizzo ed archiviazione cartelle cliniche e di inserimento di neo assunti nello staff .(1)
In USA nel 1999 il rapporto " To err is Human" dell'Institute of Medicine della National Academy of Science (USA) evidenzia che annualmente: 1.000.000 di americani riporta danni da cure mediche;un numero compreso tra 44000 e 98000 americani muoiono per errori medici; dai 17 ai 37,6 miliardi di dollari vengono spesi per errori e danni.(2) Nel 2000 la Agenzia Americana per la Qualità delle Cure e la Sicurezza (Agency for Healthcare and Quality Research (AHRQ) vara un innovativo Piano per la sicurezza : vengono finanziati progetti finalizzati allo studio ed alla prevenzione degli errori nelle cure, aggiornati periodicamente.(3)

In Italia, il Ministero della Salute nel 2004 pubblica "Risk Management in Sanità. Il problema degli errori" e nel 2006 " La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico", cui sono seguiti progetti ed interessanti iniziative in alcune regioni italiane.(4)
Un esempio tanto banale quanto drammatico di grave errore di sistema in cui nessun operatore è chiaramente imputabile ma il cui risultato è stato il decesso del paziente ci viene riferito da un diligente collega medico di famiglia:

Un signore di 68 anni, iperteso e diabetico, venne sottoposto dopo due episodi sincopali a un elettrocardiogramma Holter 24 ore che evidenziò sporadici blocchi seno atriali.
Il cardiologo programmò l'inserimento di un pacemaker defibrillatore (ICD) in tempi brevi: la segretaria del reparto tuttavia era in ferie e la sostituta inesperta impiegò circa due settimane a prenotare il paziente che, nel frattempo, alla guida della sua moto cadde per una sincope, batté violentemente il capo e morì.
Dal nostro punto di vista non si può muovere imputazione al cardiologo, che aveva posto una corretta diagnosi e una terapia ottimale ma similmente non si può neppure incolpare la segretaria che non possedeva conoscenze e competenze necessarie per valutare la urgenza del caso.

Nell'intreccio dei sistemi diagnostico- terapeutici quindi gli errori talora si generano senza che ve ne sia consapevolezza da parte degli operatori né possibilità di reagire da parte di chi ne sopporta le conseguenze.
Gli errori di sistema possono dipendere da vari fattori. Tra gli altri ricordiamo:
 eccessivo carico di lavoro;
 elevata frammentazione tecnologica e iperspecialistica;
 problemi di comunicazione tra i vari attori che intervengono nel processo diagnostico-terapeutico;
 cattivi rapporti tra i colleghi di reparto;
 ambiente di lavoro mal organizzato o caotico;
 ricevere i pazienti senza appuntamento;
 mancanza di personale di segreteria che svolga pratiche burocratiche.

L'approccio sistemico ha individuato in particolare cinque aree di azione nella prevenzione dell'errore e degli effetti avversi.(5)

1) **Ridurre la complessità.**

Risale al “Discorso sul Metodo” di Cartesio l’aureo principio che non vi è pensiero o progetto tanto complesso che non possa essere tradotto in un numero adeguato di elaborazioni più semplici e comprensibili.

Nei sistemi sanitari questo significa aver ben chiari tanto gli obiettivi quanto le varie tappe necessarie al raggiungimento degli obiettivi, ognuna delle quali comporta l’analisi delle procedure e degli operatori coinvolti.

2) **Ottimizzare il processo di informazione in una ottica di continuità delle cure.**
Molti errori sono correlati ad una incompleta o inadeguata trasmissione di informazioni:
va pertanto favorita e controllata una corretta ed esauriente trasmissione delle informazioni tra i vari operatori sanitari.

3) **Introdurre -con saggezza- un numero quanto possibile elevato di procedure automatizzate.**
L’automazione delle procedure può comportare una considerevole riduzione delle possibilità di errore sempre che il principio guida sia quello, tanto semplice quanto profondo, che l’automazione deve supportare ma non sostituire l’operatoresanitario.

Se queste condizioni di partenza sono rispettate e se i processi automatizzati avvengono sotto il vigile controllo dell’operatore i risultati sono generalmente molto positivi.

4) **Usare meccanismi di restrizione nelle procedure ad alta frequenza di errore o ad alto rischio.**
Le applicazioni sono molteplici: dai programmi informatici intelligenti che mettono in guardia sulle interazioni farmacologiche pericolose, alla abolizione di soluzioni concentrate di elettroliti (esempio potassio) per evitare errate somministrazioni.

5) **Mitigare gli effetti indesiderati di ogni nuovo presidio terapeutico, tecnica o procedura attraverso un attento monitoraggio ed una semplificazione delle procedure.**
Va ricordato che un processo a più fasi in cui si ipotizzi il 5% di probabilità media di errore o di evento indesiderato per fase, aumentando il numero di queste aumenta considerevolmente la probabilità di errore: con il passaggio da 1 a 5 fasi la probabilità sale al 33% ed arriva al 72% nei sistemi con 25 fasi.(5)

Sotto quest’ultimo aspetto va sottolineata la insufficiente attenzione di medici ed istituzioni verso i sistemi organizzativi e le procedure burocratiche delle medicine di gruppo, organizzazioni eccellenti da un punto di vista teorico ma fonti di molti possibili errori sistematici se non sottoposte a continue implementazioni e verifiche.

Per ciò che concerne l’Italia il grande impegno di alcune istituzioni e di associazioni mediche è stato vanificato da un lato dal de-finanziamento di tutto il sistema sanitario dall’altro da uno sconsiderato aumento di norme, regolamenti e circolari amministrative: la classe politica-burocratica infatti è del tutto refrattaria ad acquisire una cultura di prevenzione dell’errore che secondo i più qualificati esperti mondiali si basa anzitutto sulla chiarezza delle procedure, sulla loro sistematica verifica e sulla chiarezza, coerenza e funzionalità di leggi norme e regolamenti…..

Nella terza ed ultima pillola di questa serie L'Errore Cognitivo...

Riccardo De Gobbi

Bibliografia
1)www.healthknowledge.org.uk
2)Insitute of Health: To Err is Human: building a safer health system . The National Academies Press Washington 2000
3)www.ahrq.gov
4)www.salute.gov.it
5) Nolan T.W. System changes to improve patient safety. BMJ 2000;320:771

Per approfondire la diagnostica clinica:

Collecchia G, De Gobbi R, Fassina R,Ressa G, Renato L Rossi: La Diagnosi Ritrovata- Il Pensiero Scientifico Ed. Roma2021
pensiero.it/catalogo/libri/professionisti/la-diagnosi-ritrovata

Renato Luigi Rossi: Zona d'ombra
Dubbi e incertezze tra pazienti e medicina dell’evidenza - Il Pensiero Scientifico Ed. Roma 2022
pensiero.it/catalogo/libri/pubblico/zona-d-ombra

Per approfondire il problemma dell’errore in medicina:
Guida alla professione medica Autori: Giampaolo Collecchia, Riccardo De Gobbi, Roberto Fassina, Giuseppe Ressa, Renato Luigi Rossi, Daniele Zamperini

ilmiolibro.kataweb.it/libro/medicina-e-salute/666455/guida-alla-professione-di-medico/