È realtà il nuovo gruppo di studio sul risk management

Si è costituito il nuovo gruppo intersocietario sul "risk management", durante la riunione dei gruppi di studio tenutasi a Serralunga d'Alba nell'aprile scorso. Viene così preso in considerazione uno dei nuovi fronti della sanità e salute pubblica.
Negli Stati Uniti Gli errori in sanità sono responsabili di: 44'000- 98'000 morti/ anno – ottava causa di morte - 37,6- 50 miliardi di dollari/ anno – 2- 4% spesa sanitaria nazionale – il 53- 58% sono evitabili.
In Gran Bretagna: - il 5% degli 8,5 milioni di pazienti ricoverati/ anno sono vittime di errori evitabili. Questo comporta: 8, 5 giorni di degenza aggiuntivi/ paziente danneggiato - costo aggiuntivo per evento = 290.268 Sterline.
Anche in Italia, pur non essendoci delle statistiche precise, per più di venti anni il Tribunale per i diritti del malato ha raccolto segnalazioni relative a sospetti errori di diagnosi e terapia ed ha assistito, laddove ve ne fossero le condizioni, i cittadini vittime di casi di malpractice. Ciò ha posto il problema se in Sanità una "accuratezza" pari al 99,9% possa bastare.
La massa di segnalazioni raccolte insieme all'esame della casistica ha consentito di evidenziare una serie di elementi comuni, primo fra tutti la ripetitività dei sospetti errori segnalati, tanto per tipologia che per area specialistica. Ciò ha indotto a ritenere che esistano situazioni, condizioni ambientali, elementi che strutturalmente concorrono a rendere l'errore più possibile e frequente. D'altro canto questi stessi elementi evidenziano la possibilità di intervenire e prevenire il ripetersi di situazioni dannose.
Tra gli elementi che possono essere presi in considerazione in tal senso vi sono sicuramente un rapporto incompleto con nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche sia inteso nel senso di malfunzionamenti tecnici (non ravvisati dall'operatore) sia nel senso di un utilizzo non corretto della risorsa tecnologica a disposizione (ad esempio per mancanza di aggiornamento).
E' da tenere infatti presente che i notevoli progressi raggiunti dalla tecnologia nelle ultime decadi hanno aperto un nuovo scenario nei sistemi sanitari: mentre negli anni '70-'80 la logica dei "grandi strumenti" ha portato alla concentrazione di tecnologie ad alto costo in Centri Ospedalieri, generalmente collocati nelle aree metropolitane, negli anni '80-'90 la trasformazione dei grandi strumenti in "medi/piccoli strumenti" a costo minore ha aperto la possibilità di utilizzo a quasi tutti i centri ospedalieri.
Tale evoluzione tecnologica non si è rapportata alla necessaria "devolution" della normativa che regola i servizi, con alcune maggiori conseguenze, soprattutto a livello di ospedali minori, uno scarso utilizzo delle potenzialità tecnologiche e, conseguentemente delle risorse umane esistenti a livello di territorio e con una tendenza a ritardi nell'aggiornamento delle professionalità.
Ne consegue che la sempre crescente disponibilità di nuove tecnologie, principalmente originate dalla ricerca nei settori dell'elettronica e dell'informatica ed in seguito specificamente finalizzate verso i settori produttivo-gestionale-sociale, sta inducendo una profonda evoluzione anche nel mondo sanitario coinvolgendone tutti gli aspetti operativi, dalla diagnosi alla terapia, dalla prevenzione al follow-up, dalla degenza all'amministrazione. Tuttavia la sola crescita tecnologica non costituisce elemento sufficiente a garantire effettivi benefici; accanto alla disponibilità di nuove tecnologie si dovrà necessariamente attivare un adeguato processo di riprogrammazione non solo degli investimenti in sanità ma anche una evoluzione professionale degli operatori sia negli ospedali che nelle Aziende Sanitarie e nei Centri periferici ai fini di evitare o almeno di ridurre i rischi derivanti.
L'obiettivo non è tanto quello di realizzare un sistema nel quale non si verifichino mai errori, cosa pressoché impossibile, come dimostra a sufficienza la letteratura, quanto piuttosto puntare ad individuare e mettere sotto controllo i fattori di rischio e favorire l'implementazione di metodologie e procedure che riducano la possibilità di incorrere in errori.
L'obiettivo del GdS è quello di individuare e mettere sotto controllo i fattori di rischio e favorire l'implementazione di procedure e metodologie che riducano la possibilità di incorrere in errori. In particolare il GdS si propone di identificare le attività a rischio in modo da poter formare professionisti che abbiano sviluppato le adeguate competenze per svolgere attività di monitoraggio clinico organizzativo, costruire data-base degli eventi indesiderati /sentinella, raccogliere dati/indicatori adeguati, possedere una gestio-

ne controllata della strumentazione.
Il GdS quindi è rivolto reperire tutte le conoscenze necessarie per governare e gestire le offerte aziendali e supportare l' attuale sistema sanitario caratterizzato da complessità tecnico-scientifiche, da un ambiente di riferimento in continua evoluzione, da un'elevata specializzazione e differenziazione. Molti colleghi avvalendosi della collaborazione e delle competenze di altri ruoli professionali presenti all'interno delle unità, svolgono già dei compiti che rientrano nello scenario sovraesposto ed hanno sviluppato o intendono sviluppare competenze che riguardano argomenti specifici, tra cui:

– l'adozione del sistema di rilevamento degli eventi sentinella con gli strumenti tecnici della Joint Commission for Accreditation americana.
– l'identificazione di Rischi Professionali, sia tecnici che legali.
– l'affinamento dei metodi di rilevazione e registrazione di eventi sentinella, errori, quasi errori, eventi avversi, ecc.
– sistemi atti a garantire la confidenzialità e la riservatezza delle informazioni
– la redazione della mappa dei rischi
– la redazione di un piano per la sicurezza.
– la stesura di un Piano per la sicurezza che individui le aree nelle quali intervenire, gli strumenti da utilizzare, i programmi da sviluppare, le misure concrete da adottare.

Ma tutte queste iniziative non sono frutto di una attività organizzata a livello societario, sono la risposta individuale alle problematiche esistenti, pur se è ovvia la riproducibilità di molte di tali soluzioni, in toto o in parte nelle diverse realtà lavorative di ciascuno di noi.

Obiettivi, struttura organizzativa del GdS di Risk Management

La composizione del GdS prevede la partecipazione sia della figura del Medico di Laboratorio sia del Tecnico di Laboratorio Biomedico, entrambi coinvolti nella gestione dei rischi professionali sia comuni che specifici: la soluzione adottata prevede un comportamento etico per tutti coloro che intervengono nella attività del laboratorio.
Il GdS proposto, anche alla luce della recente riunione tenuta a Serralunga d'Alba, prevede due livelli, il GdS propriamente detto e un Gruppo di Lavoro con funzioni di "praticantato" e polluzione delle soluzioni che via via saranno approntate. In particolare si propone di istituire fin dalla costituzione due Gruppi di Ricerca intergruppo, il primo sulle problematiche professionali, il secondo sugli aspetti della Legge 626/94 e successivi aggiornamenti. Tali Gruppi di Ricerca sono istituiti con durata di un anno (rinnovabile).
Il Gruppo di lavoro utilizzerà procedure inquadrabili nel più ampio campo del "problem solving" e della gestione della qualità (diagramma di Ishikawa, ecc.) scomponendo il problema rischio nelle sue diverse articolazioni e fornendo soluzioni subito fruibili per la Società : in particolare favorirà l'interscambio con altri gruppi societari quali tra cui TAT, informatica, POCT, ecc.Il Gruppo di lavoro ha utilizzato procedure inquadrabili nel più ampio campo del "problem solving" e della gestione della qualità (diagramma di Ishikawa, ecc.) scomponendo il problema rischio nelle sue diverse articolazioni e fornendo soluzioni subito fruibili per la Società : in particolare ha favorito l'interscambio con altri gruppi societari quali tra cui TAT, informatica, POCT, la Commissione Professionale e la Commissione Formazione.

Hanno aderito al progetto dalla sua fondazione:
Maria Grazia Benetti, Ines Bianco, Enrico Cabrini, Daniela Costa, Romolo Dorizzi,Massimo Gallina, Milvia Lotzniker, Luciano Marchetti, Ettore Migali, Bruno Milanesi, Michele Musmeci, Paolo Paparella, Stefano Pastori, Franco Pavesi, Marco Pradella, Michele Schinella, Susetta Sudati, Angela Vagni, Adele Villani.

Il Coordinatore del gruppo di studio è:
Giovanni Casiraghi.