L'ERRORE IN MEDICINA TERZA CAUSA di MORTE: CONOSCERLO PER PREVENIRLO

Data 11 novembre 2018
Categoria psichiatria_psicologia

Guida in Tre Pillole-Prima Parte: L' Approccio Sistemico-

Nel 2016 il BMJ pubblicò un importante articolo che ricordava come negli USA l' Errore Medico fosse la terza causa di morte (251.000 decessi stimati nel 2013) subito dopo le malattie cardiovascolari ed il cancro e ben prima delle bronco pneumopatie croniche ostruttive (149.000 decessi)(1). Nell'articolo si sottolineava la difficoltà di quantificare con precisione il fenomeno(sottostima), dato che i sistemi di rilevazione e registrazione dell'errore sono ovunque carenti ed insufficienti e si ribadiva la impellente necessità di ridurre l'errore anzitutto mediante la formazione dei medici e degli operatorisanitari.
La redazione di Pillole con questa prima serie di tre articoli intende dare il proprio contributo a questo processo …

Il riconoscimento dell'errore è antico quanto la medicina ma la ricerca sistematica delle cause o, forse meglio, dei fattori e delle procedure che lo hanno favorito è una acquisizione piuttosto recente.
Nel 1992 il Department of Health (U.K) pubblica il primo manuale per la realizzazione di programmi di Risk Management(RM); nel 1995 viene adottato un sistema di incident reporting,.(2)
Una pubblicazione di fine millennio è il riferimento internazionale di tutte le iniziative istituzionali che nei paesi occidentali hanno affrontato il problema dell'errore e del rischio clinico.:è il 1999 ed il rapporto " To err is Human" dell'Institute of Medicine della National Academy of Science (USA) evidenziava come annualmente 1.000.000 di americani riportavano a danni da cure mediche e circa 90000 americani erano morti per errori medici(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 iniziative in alcune regioni italiane.Da segnalare nel documento del ministero la definizione di **Errore come " Fallimento nella pianificazione e/o nella esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivodesiderato** (4,5)
Dal punto di vista operativo gli apporti più innovativi nell'analisi dell'errore e del rischio clinico sono venuti dai Paesi Anglosassoni in particolare **dall'analisi dei sistemi** , che si occupa delle strutture che erogano le cure e dei processi da queste seguiti e dalla **psicologiacognitivista** che si occupa dei limiti e dei "tranelli"del nostro modo di ragionare.

In ambito medico **l'approcciosistemico** è stato sviluppato con successo in particolare da James Reason, psicologo di Cambridge che è divenuto un punto di riferimento internazionale(6): in sintesi possiamo affermare che esso si occupa **non tanto dell'individuo quanto piuttosto dei processi** lavorativi nei quali l'operatore sanitario è inserito e delle procedure con le quali svolge il suo lavoro: si esaminano analiticamente tutte le fasi del processo con l'intento di prevenire l'errore e di mitigarne le conseguenze con sistemi di filtraggio e di compensazione.
Il principio che sta alla base di questo approccio è il riconoscimento che l'essere umano inevitabilmente commette errori: l'unico modo di prevenirli è quello di individuarne i più frequenti e ricorrenti e di ridurne la variabilità ed imprevedibilità stabilendo procedure rigorose e controllate.
L'approccio sistemico ha individuato in particolare cinque aree di azione nella prevenzione dell'errore e degli effetti avversi.(7)

[b]1) Ridurre la complessità.[/b]
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

[b]2) Ottimizzare il processo di informazione in una ottica di continuità delle cure.[/b]
Molti errori sono correlati ad una incompleta o inadeguata trasmissione di informazioni: un importante articolo pubblicato nel 2008 dal New England documentava un impressionante numero di negligenze od inadeguatezze nella trasmissione e nella gestione delle informazioni sanitarie.(8)
Va pertanto favorita e controllata una corretta ed esauriente trasmissione delle informazioni tra i vari operatori sanitari.

[b]3) Introdurre procedure automatizzate.[/b]
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 [b]l'automazione deve supportare non sostituire l'operatore sanitario.[/b] 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.

[b]4) Usare meccanismi di restrizione nelle procedure ad alta frequenza di errore o ad alto rischio.[/b]
Le applicazioni sono molteplici: dai programmi informatici intelligenti che mettono in guardia sulle

interazioni farmacologiche pericolose agli “allerta “ allorché si inizia a praticare una procedura a rischio

[b]5) Mitigare gli effetti indesiderati di ogni nuovo farmaco, tecnica o procedura attraverso un attento monitoraggio ed una semplificazione delle procedure.[/b]

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.(7)

All’interno dell’approccio sistemico all’errore uno dei filoni più ricco di sviluppi e di ricadute positive per la medicina è la tecnica della Root-Cause-Analysis, la analisi delle cause profonde di errore. Essa si è sviluppata in USA ed in Inghilterra sul finire del Novecento ed è stata recentemente perfezionata in Canada. La Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna nel 2006 ne ha pubblicato una utilissima versione italiana.(5)

La RCA si basa sull’assunto che ogni evento sia l’effetto di una causa o di più concause che a loro volta possono essere l’effetto di ulteriori fattori causali: nella indagine si risale a ritroso fino ad individuare ogni fattore causale e ad identificare le azioni correttive e di miglioramento.

Nella RCA si effettua anzitutto una descrizione precisa e molto dettagliata dell’evento indesiderato con particolare attenzione a tutti i fattori che possono avere influenzato l’evento.

Quindi fattore per fattore si prendono in esame le possibili cause chiedendosi sistematicamente perché la singola causa abbia potuto agire portando a quell’effetto.(5,7)

La rappresentazione grafica di una analisi delle cause profonde (diagramma a spina di pesce o diagramma ad albero) è particolarmente efficace nella individuazione delle possibili azioni correttive e migliorative. (Un esempio clinico sarà riportato nella terza pillola sull'errore)

Commento

L’analisi sistemica dell’Errore è nata e si è sviluppata con successo nell’industria aereonautica e nelle centrali nucleari: è applicata con successo anche alle strutture complesse -in particolare nei grandi ospedali inglesi ed americani;tuttavia pochi ospedali in Italia hanno efficienti unità di prevenzione e rilevamento degli errori.
L’approccio sistemico è utile o meglio indispensabile anche nelle “Medicine di Gruppo Integrate”, ove la Continuità delle Cure può essere garantita solo con un Approccio Sistemico, visto che la molteplicità degli operatori coinvolti (medici, infermieri e personale di segreteria) comporta approcci differenziati e disomogenei che andrebbero coordinati in un progetto standardizzato di diagnosi e cure mediante procedure ben definite.
Sorprende il fatto che l’argomento non sia oggetto di adeguata attenzione né da parte di Ministero e Regioni, né da quello dei medici di famiglia.

Riccardo De Gobbi

Continua nella Seconda Parte. Bibliografia nella Terza Parte