

Il contributo dell'infermieristica nella gestione del rischio clinico

P. C. MOTTA* - L. SIGNOROTTI**

* Ricercatore, Univ. Studi di Brescia, Direttore Scientifico di Nursing Oggi - pmotta@med.unibs.it

** Infermiera coordinatrice, Direzione Sanitaria, ASL 13 Novara - lorelai.14@libero.it

Abstract

La relazione si propone di fornire un inquadramento teorico e metodologico del clinical risk management, elemento fondamentale per le strategie di miglioramento della qualità dei servizi sanitari, nella prospettiva dell'infermieristica. Sulla base della revisione della letteratura scientifica specialistica, la relazione si propone di esaminare criticamente i seguenti aspetti:

- definizione di rischio clinico e di management del rischio clinico;
- modelli, metodologie e strumenti per la prevenzione e la gestione del rischio clinico;
- rischio clinico e assistenza infermieristica;
- contributi dell'Evidence-based Nursing e prospettive di ricerca per il clinical risk management;
- competenze infermieristiche avanzate nel risk clinical management.

Introduzione

Il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza rappresenta un obiettivo fondamentale delle organizzazioni sanitarie. Esso può essere perseguito solo attraverso un complesso di strategie e di azioni tra loro coordi-

nate e la sinergia derivante dal positivo concorso delle diverse professioni che operano nel campo della salute. Tra queste strategie, assume una posizione centrale il cosiddetto 'governo clinico', che consiste nell'adozione sistematica e continuativa di appropriati strumenti gestionali e operativi, mirati anche a evita-

re o ridurre i rischi, a individuare tempestivamente e fronteggiare gli eventi indesiderati, a trarre insegnamento dagli errori e a disseminare la buona pratica clinica.

In tutte le strutture sanitarie sono presenti fonti e fattori di rischio e la complessità stessa dei servizi assicurati dalle organizzazioni sanitarie rende l'assistenza esposta a un elevato numero di errori, anche di gravità consistente, riconducibili solo in parte a carenze di conoscenza o a problemi connessi alla competenza degli operatori.

Poiché l'assistenza viene erogata all'interno delle strutture sanitarie da parte degli operatori, la prevenzione e la gestione del rischio clinico e, più in generale, l'attenzione alla sicurezza devono essere caratteristiche di ogni sistema di qualità e patrimonio di ogni singolo professionista. Gli errori legati all'assistenza sono in buona parte prevenibili e pertanto rappresentano una causa di rischio poco tollerabile. Si può quindi affermare che la sicurezza è uno degli elementi fondamentali della qualità delle strutture sanitarie e può essere definita come «il grado con cui vengono evitati i potenziali rischi e minimizzati gli eventuali danni nel processo di erogazione dell'assistenza sanitaria» (1).

Rischio clinico: definizioni

In termini generali, il rischio (R) è una condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco a un determinato processo, che può modificare l'esito atteso del processo stesso. Il rischio viene quindi misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la pro-

babilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (G). Nel calcolo del rischio si considera anche la capacità dell'operatore di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K). Di conseguenza, il rischio clinico è definibile come la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio, imputabile, anche se non intenzionale, alle cure prestate durante il periodo di degenza e che causa un prolungamento della permanenza in ospedale o un peggioramento delle condizioni di salute o la morte (2).

Il rischio clinico può essere fronteggiato attraverso appropriate iniziative di "risk management", messe in atto a diversi livelli: unità operativa, struttura sanitaria, via via fino a Regione e Paese. Gestire il rischio in ambito clinico significa esercitare una forma di controllo sulle diverse variabili che influenzano i processi assistenziali, riducendo il numero degli accadimenti potenzialmente dannosi e la gravità delle loro conseguenze. Pertanto, il clinical risk management può essere definito come "un approccio al miglioramento della qualità delle cure dedicato all'identificazione delle circostanze che mettono il paziente a rischio di danno e al controllo delle circostanze". Il clinical risk management si avvale di linee guida, percorsi

(1) Moss F., Barach P., "Quality and safety in health care: a time of transition", *Qual Saf Health Care*. 2002 Mar; 11(1): 107.

(2) Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington, DC: Institute of Medicine-National Academy Press, 2000.

assistenziali, protocolli, procedure organizzative e cliniche per ridurre le probabilità che si verifichino eventi e azioni potenzialmente in grado di produrre effetti negativi o inattesi sullo stato di salute del paziente.

Presupposto del risk management è che gli uomini sono fallaci e che gli errori si verificano anche nelle migliori organizzazioni. Dunque, “non possiamo cambiare la condizione umana, ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano” (3). Partendo da tale approccio, risulta indispensabile studiare cause e fattori degli accadimenti, esaminare sistematicamente e scrupolosamente gli eventi, formulare ipotesi e corsi di azione per prevenire l’errore.

Quando si affronta il tema del rischio clinico è necessario soffermarsi a definire l’errore e i danni che da esso possono derivare per il paziente. In letteratura, è possibile ritrovare molte definizioni di ‘errore’ e di ‘evento avverso’. Nella maggior parte dei casi, esse condividono alcune caratteristiche sostanziali, per le quali l’errore è: una carenza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate; un’azione non sicura o un’omissione, con potenziali conseguenze negative sull’esito del processo di cura; un comportamento che può essere giudicato inadeguato da “pari” di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, che abbia comportato o meno conseguenze negative per il paziente.

In tale ambito, una delle distinzioni più importanti è tra errore attivo e latente. Il primo risulta per lo più ben identificabile, temporalmente prossimo al verificarsi dell’evento avverso e associato

“alle prestazioni degli operatori di prima linea, i cui effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili” (4). L’errore attivo può essere determinato da diversi fattori: l’omissione di un intervento necessario, la scarsa attenzione o negligenza, la violazione di norme di condotta riferite a un procedimento diagnostico o terapeutico, l’inesperienza dell’operatore relativa a una particolare procedura invasiva ecc.

Gli errori latenti sono rappresentati, invece, da carenze organizzative e gestionali del sistema, tali da determinare condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo. Essi “sono associati ad attività distanti (in termini sia di spazio sia di tempo) dal luogo dell’incidente: è il caso delle attività manageriali, normative e organizzative. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti 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” (5). La somministrazione di un farmaco diverso da quello prescritto è un errore attivo commesso da un operatore, facilmente identificabile come comportamento errato che causa un danno. Al di là di tale evidenza, occorre ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare quelle circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno comunque reso possibile. Pertanto, per aumentare la sicurezza di un’organizzazione, è neces-

(3) Reason J., “Human error: models and management”, *BMJ* 2000; 320: 768-770.

(4) Reason J., *Human error*, Cambridge University Press, 1990.

(5) Reason J., *Human error*, cit.