

L'APPROCCIO PROATTIVO: DALL'ANALISI DEI PROCESSI LA MAPPA DEI PERICOLI E DEI RISCHI

Dal punto di vista operativo durante la fase di analisi delle esperienze già attive in questo campo a livello nazionale ci si è resi conto ben presto che esperienze **aziendali** consolidate con il coinvolgimento della maggior parte dei dirigenti e degli operatori sono pressoché inesistenti, mentre esistono approcci sperimentati con successo in alcune aree specifiche sia nella Regione Emilia Romagna che in altre realtà.

Al di fuori del settore sanitario l'analisi dei processi e l'individuazione dei rischi sono attività sistematiche e ovvie soprattutto in campo industriale, ma non di meno in altri ambiti, come quello della protezione civile.

Dall'analisi delle varie esperienze siamo arrivati alla conclusione, per certi aspetti banale, e cioè che non è possibile pensare a nessun progetto che possa definirsi tale senza una visione sistemica del problema e senza partire dalla **“conoscenza del territorio”**: Come è possibile infatti prevenire i potenziali pericoli se non sono conosciuti e non è nota la loro distribuzione?

Proprio questo è stato il nostro primo obiettivo: individuare i pericoli in ospedale, caratterizzarli e definire una mappa dei rischi da portare alla attenzione di tutti gli operatori, dei cittadini e degli stakeholders.

Come è possibile perseguire questo obiettivo?

Innanzitutto partendo dalle cinque fonti informative disponibili, ovvero:

1. reclami
2. richieste di risarcimento
3. dati di letteratura
4. verifiche interne
5. progetti di “incident reporting”

Se ci soffermiamo sulle prime quattro, osserviamo che i temi che emergono sono riconducibili ad argomenti e aree comuni a tutte le esperienze internazionali (documentazione sanitaria, consenso informato/informazione, gestione farmaci/terapia, lateralità dell'intervento, conteggio garze, trasfusioni, ecc.) sui quali ormai tutte le aziende, al di là di progetti specifici di risk management, dovrebbero già essersi attivate.

Ma se si analizzano gli eventi più eclatanti di questi ultimi anni, ci si accorge che riguardano ben altri aspetti rispetto a quelli sopra citati:

- si può morire per incendio nella camera iperbarica in cui si sta facendo terapia perchè non sottoposta a manutenzione e controlli minimi di sicurezza
- possono nascere bambini neri da genitori bianchi che si sottopongono a fecondazione medicalmente assistita perchè non sono garantiti criteri minimi di sicurezza nelle operazioni di identificazione e rintracciabilità del campione
- si può trapiantare un organo non idoneo perchè omessi i controlli minimi di sicurezza

I professionisti poi sostengono che l'operare quotidiano “inciampa” spesso su approcci diagnostici e terapeutici inadeguati oltre che su una organizzazione burocratica e inefficace.

Quali sono gli eventi più frequenti e gravi?

Gli eventi noti, riportati in letteratura e su cui da anni si pone grande attenzione, oppure quelli che arrivano alla cronaca magari una sola volta, o non ci arrivano nemmeno, perchè difficili da individuare o perchè i professionisti non ritengono di doverne dare evidenza?

A questa domanda oggi non esiste una risposta precisa perchè in Italia non esistono dati attendibili in materia; aspetto questo che dovrebbe fare riflettere, anche se chi opera in sanità idee le ha ben chiare.

La filosofia insita nel nostro programma BINGO è di mirare all'individuazione ed alla eliminazione delle criticità del sistema prima che si verifichi l'incidente ed è basata sull' analisi preliminare dei processi e successivamente sulla pesatura dell'impatto per gravità delle possibili conseguenze e per frequenza di accadimento, con l'obiettivo di creare condizioni di maggiore sicurezza nella realizzazione delle attività.

Tale analisi proattiva è raccomandata dallo stesso James Reason, padre della teoria degli errori latenti, chiarita attraverso il noto modello del formaggio svizzero (Diagnosis of "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective Risk management. Reason et Al. 2001. Combating omission errors through task analysis and good reminders. J. Reason. 2002)

Per l'analisi di processo BiNGO applica la tecnica FMECA mutuata dal contesto industriale e raccomandata anche dalla nostra Regione (Dossier 75- 2002. FMEA – FMECA analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1).

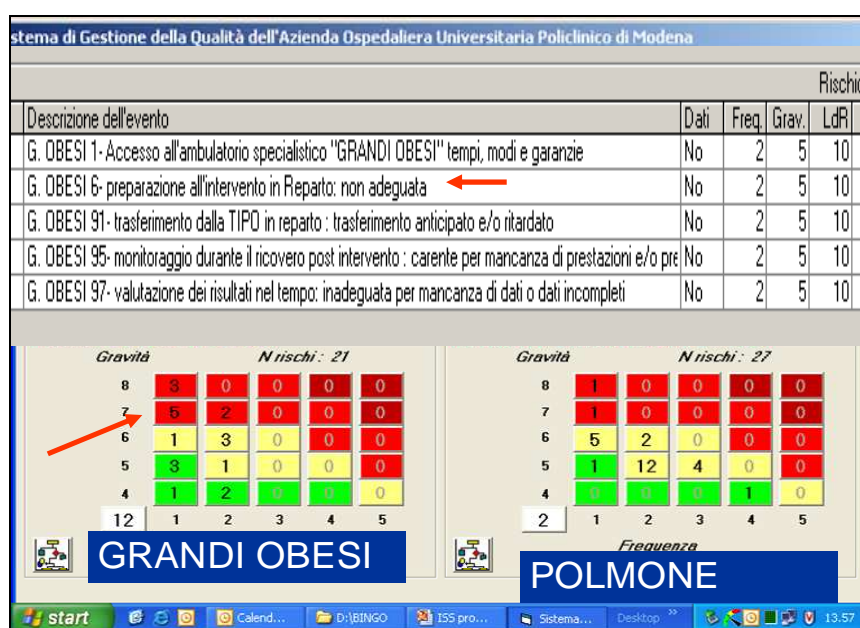


Fig. 6. La mappa dei rischi.

Il programma BINGO elabora la mappa del rischio dei processi analizzati.

Nell'esempio relativo ai processi "grandi obesi" e "neoplasia del polmone", la freccia rossa indica la presenza di cinque rischi a bassa frequenza (1 = non più di 1 evento/ anno) ma riferibili a conseguenze ad elevata gravità (7 = prolungamento delle giornate di ricovero, danni permanenti per il paziente).