

RISK ASSESSMENT NEI SISTEMI SANITARI MILANO 20 NOVEMBRE 2007

Il nuovo codice di deontologia medica

Conte '07



PREMESSA

1

- se l'etica stabilisce ciò che è bene e ciò che è male,
- la deontologia dà un *corpus* di **regole** all'esercizio di una professione dall'alta connotazione morale e sociale per conseguire il bene della persona e della società.



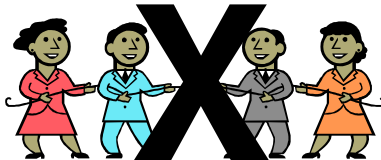
ART 14 :SICUREZZA DEL PAZIENTE E PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO

- Il medico opera al fine di garantire le **più idonee condizioni di sicurezza del paziente**
- e contribuire **all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria,**
- alla **prevenzione e gestione** del rischio clinico
- anche attraverso la **rilevazione,**
- **segnalazione e**
- **valutazione** degli errori al fine del miglioramento della qualità delle





- Il medico a tal fine deve adottare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari ad evitarne la ripetizione;
- Tali strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, **riservata**, volta alla **identificazione dei rischi**, alla **correzione delle procedure** e alla **modifica dei comportamenti**.



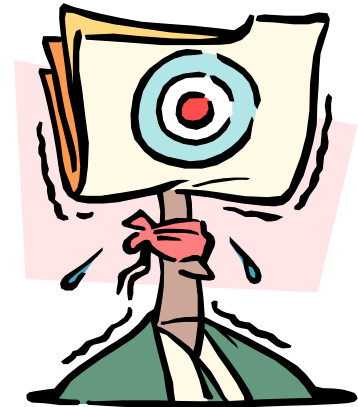
Costi degli eventi avversi :

- Costi indiretti
 - Effetti sul responsabile del danno
 - Nel 10% dei casi i responsabili del danno vanno incontro a gravi stati depressivi
 - Un incidente esercita nella struttura responsabile un “effetto alone”
 - Un incidente favorisce il verificarsi di altri incidenti
 - Immagine Professionale
 - Un danno crea un'immagine professionale negativa (stampa)
 - Gli effetti del danno sul responsabile ed i suoi colleghi più stretti induce demotivazione professionale



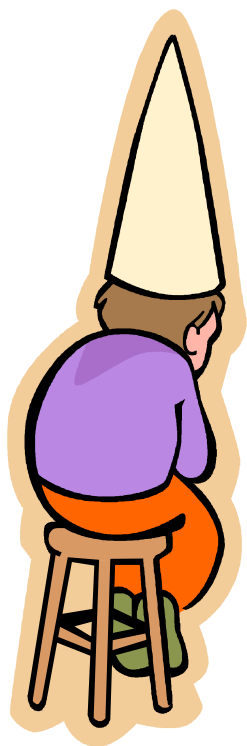
Dopo l'incidente: la seconda vittimacolui che ha commesso l'errore

- L'Ospedale abbandona che ha sbagliato
 - Non esistono programmi di assistenza
 - Non esistono meccanismi di aiuto
- Chi ha sbagliato diventa “disfunzionale”
 - Il distress aumenta all'avvicinarsi del processo
 - Il colpevole perde il sonno
 - Si può incorrere in alcolismo od altri abusi chimici
- I colleghi se vogliono possono essere di aiuto
 - Riconoscendo causa e sintomi della disfunzione
 - Ponendosi in atteggiamento di ascolto ed aiuto



2

- **Spesso è l'organizzazione ad evidenziare gli errori attivi e le cause prossime di errore, facilmente riconoscibili ed attribuibili, per isolare un colpevole qualunque ed evitare turbative al sistema**



“Sindrome da sistema vulnerabile”

(Reason 2001)

- nelle strutture sanitarie esiste questo modello organizzativo caratterizzato da tre elementi che interagiscono tra di loro e si autoperpetuano:**
 - ✓ la colpevolizzazione degli operatori**
 - ✓ il diniego dell'esistenza dell'errore sistemico**
 - ✓ la ricerca di indicatori esclusivamente economici e di produttività**



Significato della colpevolizzazione degli operatori

- **chi sbaglia viene quasi sempre ritenuto disattento, distratto, inadatto alla funzione, irresponsabile o addirittura incompetente**
- **le sue spiegazioni dell'errore non sono quasi mai ascoltate o comprese**
- **l'errore è sempre attribuito alla libera scelta della singola persona**

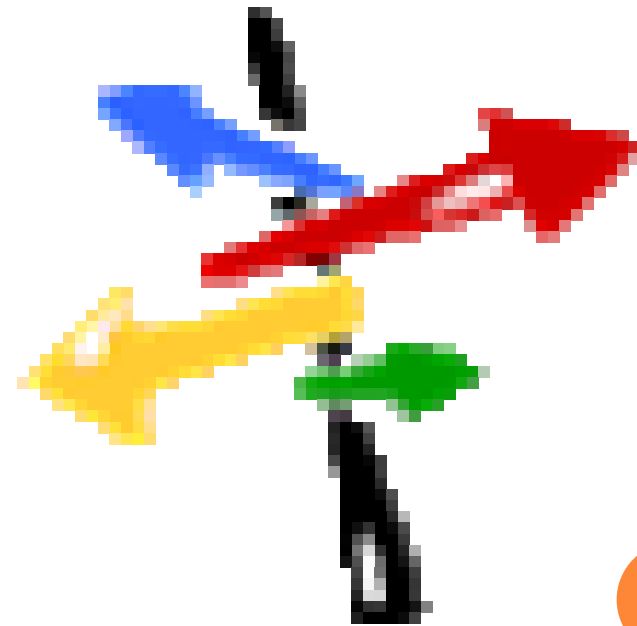


- **l'errore capita a persone che sbagliano di natura**
- **l'errore visto a posteriori è chiaramente ritenuto prevedibile ed evitabile nella maggior parte dei casi**
- **la colpevolizzazione dell'ultimo attore porta ovviamente alla negazione da parte della struttura direttiva della debolezza del sistema, provocata da punti critici insiti nel processo**



La cultura della sicurezza del paziente a livello di organizzazioni sanitarie può essere :

- ideativa
- patologica
- burocratica



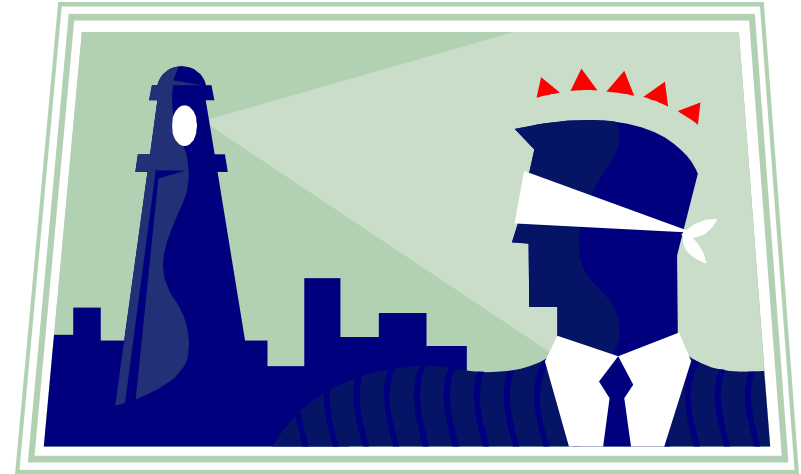
Ideativa



- rara
- azioni di valutazione ed analisi dei processi
- con conclusioni riferite all'alta direzione, per le azioni correttive
- l'errore viene analizzato e scomposto nelle varie azioni, cercando di rivelare i punti critici del sistema



Patologica

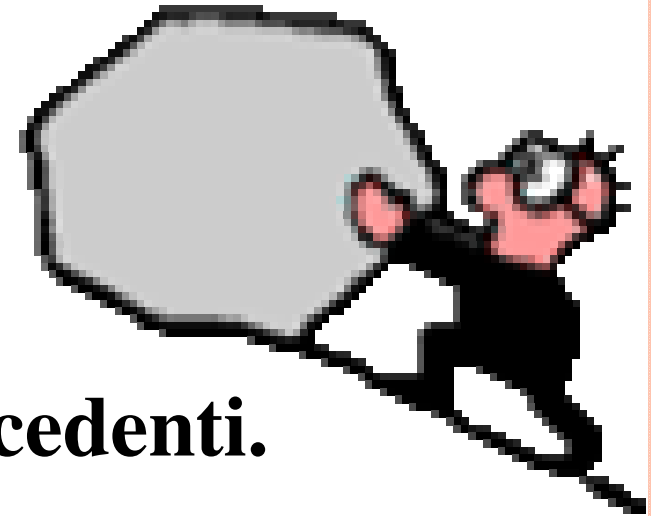


- ❑ mette a tacere eventi sentinella
- ❑ imbavaglia segnalazioni
- ❑ non riconosce responsabilità collettive
- ❑ non vede l'errore di sistema
- ❑ trova sempre un colpevole (e a volte lo crea !)
- ❑ scoraggia nuove iniziative



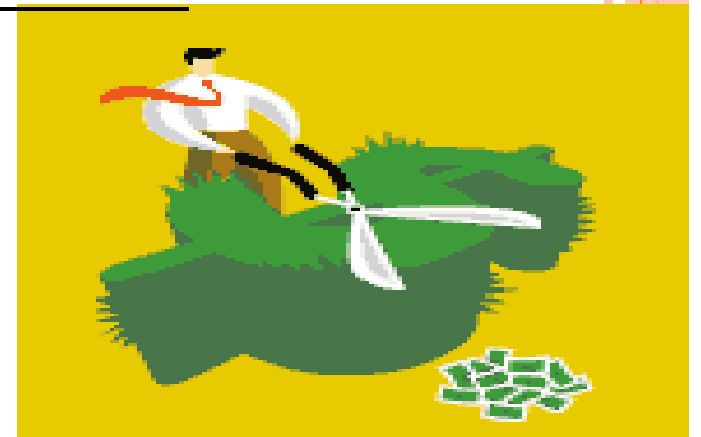
Burocratica

- **la più comune**
- **si pone nel mezzo delle precedenti.**
- **di solito non copre o nasconde eventi sfavorevoli, ma**
- **rende problematiche iniziative nuove per la sicurezza creando difficoltà di tipo burocratico**



Con la cultura della sicurezza
“patologica” o “burocratica” si
archiviano procedimenti di
miglioramento della qualità ed

il Management può **dedicarsi a
perseguire quello che Reason
definisce *l'errato modello di
efficienza in sanità***



Per affrontare in maniera globale la gestione del rischio in Sanità

Bisogna transitare:
dal concetto

“speriamo che nessuno sbagli”

al concetto

“facciamo in modo che pochi sbagliano”.



3

Ogni cosa che avviene in Ospedale è il frutto di una rete di rapporti in cui TUTTI influiscono direttamente od indirettamente sulla qualità delle prestazioni e quindi sulla salute e sulla sicurezza dei pazienti.

In questo modo è possibile risalire alle cause alla base dell'errore, non cercando il “colpevole” ma dando
garanzie di prevenzione



Se l'errore viene considerato come distanza dall'appropriatezza....

- Esula dalla punibilità
- Esula dalla imputabilità al singolo operatore
- Perde l'accezione negativa
- Acquisisce un significato positivo di stimolo alla ricerca per il miglioramento della qualità e della sicurezza
- Acquista un grande valore motivazionale professionale ed etico
- Diventa gratificante per l'operatore

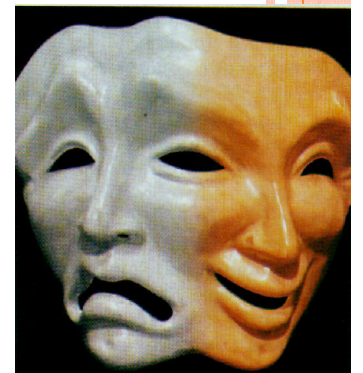


La corretta gestione dell'errore è
e deve essere una modalità di coinvolgimento degli
operatori sanitari nelle attività di miglioramento
della qualità

più **coerente con il dettato deontologico** della
cosiddetta soddisfazione del paziente

e **gratificante** per la rispondenza
agli obblighi ed alle peculiarità etiche delle
professioni sanitarie

Luigi Conte - Udine



Dobbiamo lavorare insieme per creare e diffondere una nuova cultura:

L'errore deve essere un evento istruttivo

Una fonte
di informazioni
di investigazione
di controllo

Utile per rivedere l'adeguatezza
delle linee guida
delle procedure
dell'organizzazione



**Gestire l'errore come un processo
comunicativo ? Ci vuole**

FORMAZIONE



COMUNICAZIONE

IN GENERE DISCUTE I SEGUENTI ARGOMENTI
CON I PAZIENTI COMPETENTI (CAPACI) IN FASE



TERMINALE?

<i>Sl, in principio sempre</i>	NORD %	CENTR O %	SUD %	TOTALE %	EURELD Italia %	EURELD altri Paesi %
Diagnosi	55	53	52	52	46	67 - 98
Inguaribilità della malattia	18	19	19	19	11	42 - 92
Aspettativa di vita	14	19	19	18	10	9 - 52
Opzione delle cure palliative	58	52	42	49	41	73 - 93

COMUNICAZIONE

IN GENERE DISCUTE I SEGUENTI ARGOMENTI
CON I PARENTI DI PAZIENTI COMPETENTI
(CAPACI) IN FASE TERMINALE?



SI, in principio sempre	NORD %	CENTR O %	SUD %	TOTALE %	EUREL D Italia %	EUREL D altri Paesi %
Diagnosi	52	49	58	54	60	18 - 48
Inguaribilit à della malattia	54	54	57	56	60	15 - 54
Aspettativa di vita	46	48	50	48	52	12 - 52
Opzione delle cure palliative	58	52	47	52	55	33 - 61

COMUNICAZIONE IN CASO DI DECISIONE DI FINE VITA :



	NORD %	CENTR O %	SUD %	TOTAL E %	EURELD Italia %
Discussione con il paziente	18	24	13	19	-
Direttive anticipate	1	0	1	1	-
Discussione con i suoi familiari	74	62	48	64	42
Discussione con altri medici	44	47	30	41	18
Discussione con lo staff infermieristico	28	24	17	24	12

