

Un sistema di rete per prevenire gli errori

L'importanza del lavoro in rete tra ottimizzazione, multidisciplinarietà e riduzione del rischio



Era il 2013 quando Sarah Guillot-Guyard, 31 anni, cadde da 30 metri di fronte a centinaia di spettatori sconvolti dopo che il filo attaccato alla sua imbracatura di sicurezza si frantumò mentre si esibiva nel *Ka*, la performance aerea più difficile e pericolosa del Cirque du Soleil. L'artista morì poco dopo in ospedale, sollevando la questione di quanti rischi siano accettabili o meno nel circo moderno. Il Cirque du Soleil, infatti, considerato all'avanguardia da molti punti di vista, ha scelto per lo spettacolo di non utilizzare reti di protezione aumentando il rischio di incidenti per i suoi acrobati. La rete, forse, avrebbe salvato Sarah Guillot-Guyard. Ma potrebbe avere un ruolo protettivo, a supporto dell'errore del singolo, anche in medicina.

Da sempre, e per loro stessa natura, le attività umane hanno a che fare con la possibilità che si commetta un errore. Specialmente in ambito sanitario, dove le conseguenze sulla salute di un individuo possono essere tragiche, l'errore assume una valenza accentuata e spesso tale da distorcere la comprensione delle reali dinamiche e delle misure più appropriate per prevenirlo. Anche in sanità, infatti, l'errore è concettualmente ineliminabile e impone che vengano sempre messe in atto tecniche corrette per la valutazione e la prevenzione del rischio. Tra queste, può avere benefici il lavoro in rete. Ne abbiamo parlato con **Michela Rimondini**, professoressa di psicologia clinica, e **Quinto Tozzi**, già dirigente Agenas dell'Ufficio qualità, rischio clinico, accreditamento e umanizzazione delle cure.



Intervista a

Michela Rimondini

Dipartimento di neuroscienze, biomedicina e movimento
Università di Verona



Quinto Tozzi

Già dirigente Agenas Ufficio qualità, rischio clinico, accreditamento e umanizzazione delle cure

L'errore in medicina è frutto di una mancanza individuale o di un'inefficienza del sistema?

MR Come dichiara James Reason, uno dei più importanti ricercatori del ruolo del "fattore umano" nella gestione del rischio: "Più che provocare un disastro, gli operatori tendono a ereditare i difetti del sistema (...) il loro ruolo consiste in genere nell'aggiungere il tocco finale a una mistura letale i cui ingredienti stanno cuocendo già da lungo tempo (i difetti latenti, di sistema)"¹. L'analisi delle cause, che hanno portato al verificarsi di un evento avverso, non può prescindere in altre parole dall'adozione di un approccio sistemico, in cui il singolo operatore sanitario è concepito come lo *sharp-end* di un processo molto complesso all'interno del quale una serie di fallimenti di tipo organizzativo o di progettazione intrinseci al sistema (e quindi perlopiù nascosti) sono intercorsi nel determinare l'estrinsecarsi dell'evento. In quest'ottica il comportamento dell'operatore (ossia l'eventuale "errore attivo" compiuto a diretto contatto del paziente), per quanto drammaticamente visibile, non rappresenta nulla di più che l'elemento finale di una catena di fallimenti non evidenti, originatasi molto più a monte. L'adozione di un approccio sistemico all'errore in medicina non elimina tuttavia la responsabilità del singolo, che ovviamente deve porre sempre la massima attenzione al suo operato senza ricorrere a giustificazioni esterne per le sue eventuali mancanze. Tale approccio semplicemente colloca il ruolo giocato dall'operatore all'interno di una visione che coglie la complessità del processo e restituisce una lettura più realistica degli elementi chiamati in causa nel verificarsi di un evento avverso.

QT L'errore è un evento prevedibile e prevenibile con o senza danno; quando non ha questi requisiti è una complicanza ovvero un evento avverso che sappiamo può verificarsi ma non è sempre possibile prevenire. Contrariamente a quanto spesso si crede circa i due terzi degli errori hanno tra le loro cause un problema che ha a che fare con l'organizzazione quale sistema di regole basato sulla coerenza dei rapporti interpersonali e delle azioni ritenute corrette che questi devono intraprendere. Meno di un terzo cir-

ca degli errori, invece, è dovuto alle scarse competenze professionali del singolo e anche questi eventi dovrebbero essere intercettati da opportune barriere di carattere anche organizzativo. Per questo, al fine di prevenire l'errore il più a monte possibile nella catena di possibili accadimenti (la vera causa etiologica dell'errore), è molto elevato il peso e l'importanza delle relazioni e della rete organizzativa comportamentale che individuano i comportamenti più appropriati alle molteplici situazioni del contesto. L'errore è da considerare un sintomo da interpretare come alert di una patologia del sistema di cui cercare la causa profonda (etiologica appunto). Curare un sintomo non guarisce la malattia e il sintomo prima o poi si ripresenta spesso ancora più grave. Gli errori fatti dai singoli professionisti dovrebbero essere intercettati da un sistema ad hoc fatto anche da reti e relazioni in ambito lavorativo e professionale; ciò è più facile in un contesto fortemente organizzato e codificato come in ospedale piuttosto che, per esempio, per un medico di base che sovente lavora da solo. L'obiettivo, per riuscire a fare una prevenzione efficace, è non focalizzarsi solo su chi commette l'errore, ma sulle cause organizzative (ovvero altri tipi di errori) che hanno portato quel medico o quell'infermiere a commettere l'errore che il sistema non è stato in grado di intercettare. Per individuare in modo sistematico le cause predisponenti e le condizioni dirette o indirette che fungono da "radici" degli errori sono disponibili e utilizzati da molti anni, in numerosi contesti sanitari, metodologie, tecniche e strumenti efficaci e di facile utilizzo. Oggi non farlo non ha scusanti ed è una chiara assunzione di responsabilità, non solo morale; nessun ambito e specialità può ovviamente essere escluso.

L'obiettivo, per riuscire a fare una prevenzione efficace, è non focalizzarsi su chi commette l'errore ma sulle cause organizzative e non che hanno portato a commetterlo.

— Quinto Tozzi

Lavorare in rete può aiutare a proteggere il singolo dall'errore?

MR Lavorare in rete significa dare valore ad azioni di reciproca formazione, supervisione e monitoraggio tra operatori sanitari, riconoscendo a tali azioni di interconnessione un ruolo preventivo e protettivo rispetto al rischio clinico. Lo scambio di conoscenze, competenze, esperienze cliniche e buone prassi porta alla definizione congiunta di linee guida e protocolli, innescando un circolo virtuoso di incentivazione e motivazione alla messa in atto di interventi fondati su evidenze. Inoltre, dal punto di vista psicologico, lo stare in rete ha ricadute positive anche negli scenari meno desiderabili, ovvero quando un operatore sanitario è coinvolto nel verificarsi di un evento avverso divenendo a sua volta "vittima secondaria". In questo contesto, il supporto tra pari e la condivisione di una

responsabilità congiunta dell'accaduto rappresentano strumenti essenziali nel sostenere la professionalità dell'operatore e il suo benessere lavorativo.

QT L'essere umano è un essere per sua natura sociale, il che significa che ha dei rapporti con altre persone con cui in qualche modo costituisce una rete. In ambito lavorativo la rete può essere strutturata, da un punto di vista organizzativo, in diversi modi. Può esserci per esempio quella tra ospedali, a livello di azienda sanitaria locale, oppure di livello regionale o nazionale. La rete è oggi, anche per legge, assolutamente fondamentale e indispensabile nella maggior parte dei modelli organizzativi perché ottimizza sia i rapporti tra le persone sia le risorse. La connessione gerarchica e funzionale tra settori delle varie reti dà luogo ai Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta): un modello organizzativo ineludibile per la sanità pubblica. Allo stesso tempo, però e soprattutto in virtù della complessità delle relazioni, anche reti e Pdta hanno dei punti di vulnerabilità tra cui i più rilevanti sono il passaggio delle informazioni tra professionisti e tra setting diversi, la correttezza e il rispetto delle procedure, ecc. In un'ottica di prevenzione e di "manutenzione della sicurezza" delle reti ha un ruolo fondamentale la formazione continua e contestualizzata soprattutto dei protocolli e delle procedure (scritte e periodicamente aggiornate) che ne regolano i rapporti e le azioni. Tornando all'errore, il rischio di un suo accadimento per definizione non è mai pari a zero. Le reti sono un potente ed efficace strumento per ridurre proprio questa probabilità agendo al massimo grado sul prevedibile e prevenibile. Le organizzazioni complesse, di cui quelle sanitarie rappresentano il massimo grado, associano l'altissima complessità organizzativa alla immensa complessità della persona malata; ciò genera dinamiche intrinseche entropiche che, in assenza di interventi attivi ovvero di atti preventivi, tendono a ridurre la linearità delle azioni, delle reazioni del sistema e dei singoli aumentando il rischio di errore. La funzione primaria delle reti, a parte l'ottimizzazione delle sempre scarse risorse, è quella di ottimizzare le attività e i rapporti tra le persone. Un classico e collaudatissimo

esempio sono le reti per le patologie tempo-dipendenti (infarto, ictus, alcuni parti) in cui il modello a rete consente di ridurre al massimo i tempi e di evitare in tal modo altre patologie e morti altrimenti evitabili (dovute concettualmente a errori). Per i Pdta valgono gli stessi concetti.

Quanto è importante la multidisciplinarietà in un lavoro di gruppo?

MR La presa in carico di un paziente, in base alla complessità del suo quadro clinico, determina la costituzione di un gruppo di lavoro che si caratterizza per gradi diversi di numerosità, interprofessionalità, dinamicità e consolidamento. Nella gestione congiunta o sequenziale di un paziente, tutte le suddette molteplici professionalità sono richiamate a una inevitabile interfaccia volta al vicendevole aggiornamento e all'identificazione delle strategie di intervento prioritarie. In questi casi, il processo comunicativo e decisionale può essere ostacolato dal confliggere di visioni e finalità contrastanti tra le parti coinvolte. Una comunicazione interprofessionale disfunzionale incide negativamente sul clima lavorativo e sul

presidio della sicurezza della presa in carico, innalzando così il rischio del verificarsi di eventi avversi o errori involontari. I centri di cura dovrebbero pertanto porre una costante attenzione a questo aspetto, valorizzando attraverso azioni organizzative e di formazione l'interdisciplinarietà tra gli operatori coinvolti nel processo assistenziale.

QT La multidisciplinarietà è fondamentale oggi, soprattutto in ambito ospedaliero e in tutti i sistemi complessi. Il medico deve sapersi rapportare con l'infermiere, con gli altri medici, con l'amministrazione, con gli specialisti, con il portantino, perché la base operativa è sempre di più il lavoro di équipe, tipicamente multiprofessionale e multidisciplinare. Multi-professionalità e multidisciplinarietà sono gli ambiti relazionali e comunicativi su cui lavorare per diminuire il rischio dell'errore e aumentare la sicurezza. Circa la metà degli errori, infatti, è dovuta a problemi di comunicazione che incidono negativamente sugli snodi decisionali della rete o del percorso e la comunicazione è tipicamente interpersonale, interprofessionale e interdisciplinare.

Quanto sono importanti le check-list condivise come strumento del lavoro di gruppo?

MR La standardizzazione dei processi permette di minimizzare la quota di variabilità che espone ogni sistema complesso al rischio di errori. La variabilità legata alla collaborazione all'interno di gruppi di lavoro è data da diversi elementi, come per esempio la presenza di professionalità con formazione e strumenti di intervento diversi o l'elevato turnover che impedisce l'instaurarsi di collaborazioni stabili e consolidate. Disporre quindi di procedure condivise che guidino, e per quanto possibile, rendano omogeneo e prevedibile l'iter da seguire nella gestione del paziente riduce l'entropia e dunque il rischio di errori. Tuttavia, la presa in carico di una persona ammalata è un processo a elevata complessità non del tutto dominabile attraverso la parcellizzazione e standardizzazione delle singole fasi e l'efficacia finale di tale processo dipende dalla capacità del sistema di adattarsi di volta in volta alle specifiche esigenze del singolo e del contesto in cui l'intervento ha luogo. Da ciò ne consegue che l'uniformazione delle procedure deve agire in sinergia con un'imprescindibile capacità di adattare e personalizzare le direttive stabilite dalle linee guida e dalle evidenze scientifiche alle esigenze e unicità proprie di ogni assistito. Le organizzazioni che possiedono queste fondamentali capacità di adattabilità e flessibilità (resilienza) vengono definite, infatti, organizzazioni ad alta affidabilità (*high reliable organization*).

QT La check-list, come ha detto per primo Atul Gawande², è storicamente uno strumento potentissimo che la sanità ha adattato rispetto al modello in uso in aeronautica o in ambito industriale. Se ben strutturata e se correttamente compilata, e non vissuta come un atto burocratico, può essere molto efficace. È oggi considerata l'emblema della metodologia di prevenzione degli errori in chirurgia. Classico esempio è la check-list di sala operatoria che nei paesi anglosassoni è presa molto seriamente ma purtroppo in Italia è vista troppo spesso come un atto completamente burocratico che la rende a volte meno efficace. ▣

Lavorare in rete significa dare valore ad azioni di reciproca formazione, supervisione e monitoraggio tra operatori sanitari.

— Michela Rimondini



- Reason J. Human error. New York: Cambridge University Press, 1990.
- Gawande A. Checklist. Torino: Einaudi, 2011.