

Gestione del rischio clinico in medicina generale

Gianluca Bruttomesso

La peculiarità del ruolo dei medici di famiglia nel sistema sanitario, secondo gli esperti, rende necessario, al di là della teoria, un approccio pratico che faccia comprendere cosa il Mmg può realmente fare nella sua attività medica e clinica quotidiana per diminuire i possibili danni ai propri assistiti

Perché è tempo di parlare in un contesto di medicina generale di rischio clinico? Perché esiste una crisi di credibilità della professione e delle organizzazioni, in particolare, anche di quelle sanitarie. In altre parole, nella "post-modernità" sia l'*expertise* scientifica sia la democrazia rappresentativa sono coinvolte in una generale crisi di credibilità (organizzazione e ruolo della ricerca; struttura e funzionamento dei processi decisionali; ecc.). Alla scienza viene chiesto di affrontare problemi complessi e di fornire indicazioni di *policy* in materia di rischio, salute, sicurezza, ambiente, ecc.

Gli scienziati entrano direttamente nel dibattito pubblico, usando strategie e strumenti comunicativi per loro atipici e portando nell'arena pubblica le loro divergenze di valutazione e giudizio. La distinzione fra "portatori di conoscenza" e di interessi" appare però datata e artificiale. I cittadini sono sempre meno propensi a delegare decisioni sulla salute e sicurezza a gruppi ristretti (esperti, medici, politici).

In un tale contesto è bene chiarire che per rischio si intende la possibilità che si verifichi un evento sfavorevole o dannoso. Di tale concetto viene data anche una definizione quantitativa: R (rischio) = P (probabilità che si verifichi un evento dannoso) \times G (gravità degli effetti o esiti che ne possono derivare). Un'altra domanda da porsi è: Cosa significa gestire il rischio? Significa "prevenire quegli eventi che impediscono alle organizzazioni - e non solo - di raggiungere i propri obiettivi".

In medicina è proprio la gestione del rischio a fare la differenza. A sottolinearlo, nel corso di un recente convegno organizzato da Snami a Milano, è

stata **Francesca Novaco**, direttore del distretto di Castel Franco Emilia dell'Ausl di Modena ed esperta di risk management.

■ Un concetto fondamentale

Quando si parla di rischio in medicina è necessario farlo focalizzando l'attenzione sul rischio "gestibile", non sul rischio in generale.

In particolare, per quanto riguarda la gestione del rischio in medicina generale, al di là della teoria è necessario portare esempi concreti proprio per la peculiarità del ruolo di tale medico nel sistema sanitario. È quindi opportuno fare una distinzione molto concreta, in modo da comprendere cosa il Mmg può realmente fare nella sua attività quotidiana per diminuire i possibili danni ai propri pazienti.

Il medico di medicina generale, in qualità di clinico, può avvicinarsi a un suo assistito che ha avuto un esito sfavorevole o meno per diverse ragioni, per esempio:

1) il Mmg ha effettuato un trattamento adeguato, ma è andato incontro a un evento avverso, non prevedibile, quello che è anche chiamato complicanza.

La gestione degli eventi avversi è solo uno dei prodotti di un efficace governo clinico e, diversamente da quanto si potrebbe pensare, vista l'esiguità numerica di eventi avversi gravi, non è un prodotto minore. Questo a causa dell'impatto catastrofico che tali eventi hanno sulla vita dei pazienti, dei professionisti e dell'organizzazione.

2) Oppure si può avere un esito sfavorevole quando il Mmg ha fatto qualcosa che è andato diversamente da quanto aveva pianificato: ha impiegato quindi un trattamento non adeguato.

In questo caso l'evento avverso era prevedibile.

3) L'esito sfavorevole c'è stato ma il medico di famiglia ha effettuato un trattamento "deviante", "non adeguato", ma è riuscito a intercettare quanto stava andando storto: in questo caso, si è verificato quello che, nella terminologia di chi si occupa di sicurezza, si chiama "incidente sfiorato".

■ Il governo clinico

È chiaro che il Mmg, come tutti i clinici assieme agli operatori medici deve focalizzare la propria attenzione sugli eventi avversi prevenibili, in quanto fanno parte del cosiddetto "rischio gestibile". Gli strumenti della gestione del rischio a loro volta sono parte integrante degli strumenti a supporto dei clinici e quindi del governo clinico. Non è possibile utilizzare il governo clinico in modo frammentato, anche se questo nella pratica accade spesso.

Si può fare governo clinico solo se i clinici sono supportati, ma nel nostro contesto sanitario difficilmente si trova un numero elevato di clinici che possano gestire in proprio l'utilizzo di questi strumenti. Le organizzazioni sanitarie dovrebbero mettere a supporto delle strutture di tipo tecnico-metodologico che possano aiutare i clinici a raggiungere questi obiettivi. Se questo non accade, difficilmente si potrà passare dalla teoria alla pratica, anche in termini di risk management. Charles Vincent (*BMJ* 1997; 314: 1775) ha affermato che il rischio e la sicurezza costituiscono il lato oscuro della qualità. La gestione del rischio clinico è infatti direttamente correlata con la qualità dell'assistenza ed è quindi un problema che tocca il cuore delle organizzazioni sanitarie ovvero la pratica

clinica. Proprio per questo richiede interventi a livello politico e organizzativo a monte degli operatori sanitari a diretto contatto con pazienti e risorse economiche per l'adeguamento degli ambienti e della tecnologia, un'organizzazione efficiente di appuntamenti, liste d'attesa, coordinamento fra territorio e ospedali, un sistema efficiente di educazione continua e di aggiornamento, un forte stimolo all'aggiornamento e alla valutazione della validità delle indicazioni terapeutiche.

Fino ad adesso in letteratura, a proposito di evidenze scientifiche, si è parlato e trattato molto poco della malpractice: solo da alcuni anni a questa parte cominciano a comparire anche in letteratura articoli e testimonianze che iniziano a riferire quello che può andare storto nella pratica clinica.

Occorre trovare ponti e sinergie fra mondi che appaiono diversi, ma che in realtà si sfiorano: quindi gli strumenti della qualità e dell'assicurazione qualità possono essere utilmente contestualizzati e usati anche per ridurre il rischio per i pazienti.

■ Errori e sicurezza

Se dall'errore umano e organizzativo deriva l'insicurezza è altrettanto vero che la maggior parte degli incidenti sono evitati grazie alle barriere organizzative e alla capacità degli operatori di gestire l'imprevisto, di adattarsi alla situazione di pericolo individuando soluzioni innovative.

Per questo motivo non va trascurato il fatto che è necessario cogliere e studiare gli errori, ma anche i comportamenti positivi dei singoli e dei team.

Per quanto concerne l'approccio all'errore, infatti oggi si tende a utilizzare il cosiddetto "approccio sistemico", non individuale e colpevolizzante, in altre parole non c'è la "mela marcia", ma c'è piuttosto la necessità di lavorare sull'organizzazione perché si nota che:

- Gli errori tendono a ripetersi.
- Gli errori hanno una componente sistemica.
- Gli errori sono prevenibili.
- Si può imparare dagli errori.

Gli errori e le violazioni sono sì di tipo individuale, ma esistono dei fattori "facilitanti", che sono molto spesso lontani

dal luogo dove si è verificato l'incidente, che possono condizionare il medico che si è trovato a compiere quell'errore. Quindi, lavorando su questo tipo di modello gli strumenti disponibili possono dare una speranza concreta di ridurre il rischio di eventi avversi per i pazienti. Quali sono gli strumenti? Per quanto riguarda la prima fase, quella d'identificazione del rischio, si può utilizzare il cosiddetto "incident reporting", o segnalazione spontanea degli eventi. Oggi è applicato nelle strutture ospedaliere (in tre dipartimenti aziendali: area critica, ostetricia e ginecologia e salute mentale) da alcuni anni, sperimentalmente viene anche impiegato in servizi territoriali (servizi sociosanitari per anziani e disabili).

Una volta identificato il rischio, occorre pesarlo, analizzarlo e valutarlo: esistono strumenti specifici chiamati "analisi delle cause profonde" o *root cause analysis*, che possono essere impiegati andando a ritroso, per individuare le cause profonde che hanno de-

terminato il verificarsi dell'evento.

Si è adottato uno schema che risponde ad alcuni criteri fondamentali per l'efficacia dell'analisi:

- multidisciplinarietà dell'approccio;
- applicabilità delle soluzioni individuate;
- imparzialità e riproducibilità dei risultati.

Esiste poi uno strumento di tipo probabilistico "Fmea" (un metodo di valutazione qualitativa, basato sull'analisi simultanea delle vulnerabilità (fattori di rischio) del sistema, delle relative conseguenze e dei fattori associati ad esse) utilizzato non solo in ambito ospedaliero, ma anche in medicina generale per mappare il rischio legato alla terapia farmacologica. In particolare, Fmea è applicato allo studio di processi considerati critici:

- Salute della donna.
- Processo di gestione dei farmaci:
 - terapia farmacologica;
 - gestione farmaci;
 - distribuzione diretta.