

**Presunti colpevoli.
Dalle Statistiche alla Cartella Clinica:
indagine sugli errori in sanità**

prof. Tatiana PIPAN



TECNOLOGIE E SALUTE

***CONGRESSO CALASS, 3,4,5 SETTEMBRE 2015
FACOLTÀ DI ECONOMIA UNIVERSITÀ
POLITECNICA DELLE MARCHE***

Le organizzazioni sanitarie



- Le organizzazioni della modernità nascono per migliorare le nostre vite e al contempo producono incidenti per un continuo bisogno di ricerca di miglioramenti. Sono così costrette a gestire il rischio in prima persona.
- Gli ospedali sono riconosciuti dalla sociologia dell'organizzazione come rischiosi per i pazienti e per i medici stessi ma non sono percepiti come tali dai medici (Weick e Sutcliffe, 2001) .
- Sono organizzazioni ricche di artefatti cartacei che possono diventare essi stessi oggetti di rischio (CC, scheda di soccorso, checklist...) (Hilgartner,1992)

Nel libro si parla di oggetti di rischio specifici:



❖ I numeri degli eventi avversi

❖ La cartella clinica, checklist, scheda di soccorso

GLI OGGETTI DI RISCHIO :

- sono fonti di pericolo e possono racchiudere un danno
- pertanto richiedono un lavoro di disambiguazione della catena di causazioni tra oggetto e danno

PRODUCONO:

- controversie nel network della sanità sui dati degli errori
- denunce e medicina difensiva

(1) Chi raccoglie i dati sugli eventi avversi?



ANIA : 30.200 **sinistri**

TDM : 26.450 **segnalazioni su 'presunti errori'**

MINISTERO DELLA SALUTE: 1442 **eventi sentinella** (2005-2012)

DIVERSITÀ:

nell'etichettamento dell'evento avverso; nelle logiche, nei valori e obiettivi organizzativi

SOMIGLIANZE:

Tutti gli attori ideano artefatti (schede, glossari), azioni (risk management), tecnologie (infrastrutture)

L'evento avverso è una storia



Tutti confutano i dati degli altri e ognuno afferma
‘i miei dati sono veri’

Come sono costruiti i dati e chi li raccoglie quali
competenze ha ?

I dati sono costruiti e non raccolti sul campo

L'evento avverso è innanzitutto una storia che
racchiude punti di vista diversi con una morale e
un'etica che richiede **INTERPRETAZIONE**

Per abbassare «la guerra dei numeri»



- Rendere i dati trasparenti esplicitandone il processo di costruzione
- In quanto la stessa storia di un evento può essere intesa come:

Iter naturale della patologia o complicanza o errore medico

QUALI CONNESSIONI???

- Problemi comunicazionali
- Comunicazione e coordinamento infra professionali e infra organizzativi
- Dimissioni assistenza domiciliare
- Altro???

Numeri e non statistiche



- ❖ I numeri pubblicati non sono statistiche per nessuna delle tre organizzazioni
 - ❖ Non si hanno serie storiche
 - ❖ Mancano gli esiti delle denunce

Alcuni attori propongono un **osservatorio**
ma

Fatto come e con chi? Come un punto obbligato per gestire la diversità delle informazioni? Come un luogo dove negoziare l'interpretazione della storia ?

(2) La cartella clinica come oggetto di rischio



La letteratura scientifica afferma che la cartella clinica può essere un ***oggetto di rischio***

- può essere **portatrice di rischi** che a loro volta possono generare **errori e quasi errori**
- può contribuire a **veicolare** – ma anche talvolta a rintracciare ed evitare – **tali errori.**
- può racchiudere in sé **la traccia e documentare gli errori** che possono **arrecare danni ai pazienti e al personale** (dimensione medico-legale)

Catene di causazione - la rete sociotecnica



Ricostruire la **rete** che si attiva e che è da rintracciare attorno all'oggetto di rischio

- Le rete è composta da un insieme di **entità eterogenee**, nella quale **aspetti tecnici e sociali sono inestricabilmente connessi**
- Alcuni **elementi della rete** hanno un'**esistenza fisica solida** (la cartella clinica, la scheda di soccorso, la checklist) altri sono **meno tangibili**
- Per **ridurre gli incidenti e gli errori**: sforzi nel **costruire e controllare le reti di oggetti di rischio molteplici e alternativi**
- **Causalità distribuita in tutta la rete sociotecnica**
È sempre possibile costruire tante potenziali **ramificazioni delle catene di cause multiple** che possono condurre all'errore
- **L'errore è organizzativo** (Catino, 2002; Weick e Sutcliffe, 2001)

Cartella clinica come protagonista



Ricostruire a partire dall'**uso della cartella clinica** le **numerose catene di cause multiple** che possono condurre al **verificarsi di quasi errori o errori**

Mettere l'accento su **certi oggetti di rischio e catene di causazione ed escluderne altri / altre** (quando si pensa che la causa di un incidente sia dovuta a un errore umano)

(stanchezza del professionista, doppio turno, mancanza di personale, scarsità di strumenti di lavoro o di DPI, inesperienza, lacune nella formazione, organizzazione irrazionale degli spazi organizzativi...)

In sintesi... gli oggetti di rischio richiedono



I numeri sugli errori :

- ❖ Maggiore trasparenza della categorizzazione prima ancora della classificazione
- ❖ Pratiche organizzative condivise dai professionisti (RM, metodologie, oggetti , regole, formazione
- ❖ Un tavolo di negoziazione per gli attori che pubblicano dati per discutere l'errore che è una storia che va interpretata

La CC :

- Miglioramenti nella comunicazione tra i professionisti
- Revisione e miglioramenti della qualità delle cartelle

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Ministero della Salute (2013), Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 4 rapporto (settembre 2005—dicembre 2011)

Ministero della Salute (2009), *Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico. Root Cause Analysis- RCA. Analisi delle cause profonde*

Hilgartner, S. (1992), 'The social construction of risk objects. Or, how to pry open networks of risk', in Short, J. e Clarke, L., (a cura di), *Organization, Uncertainties, and Risk*, Boulder, Colo, Westview Press, pp.39-53

Pipan ,T. (a cura di)(20014), *Presunti colpevoli . Dalle statistiche alla cartella clinica : indagine sugli errori in sanità*, Guerini e Associati, Milano

Weick, E. K., Sutcliffe, M.K., (2001), *Managing the Unexpected, Assuring High Performance in an Age ok Complexity*, Jossey-Bass, San Francisco (trad.it: Weick, E. K., Sutcliffe, M.K., (2010), *Governare l'inatteso. Organizzazioni capaci di affrontare le crisi con successo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Vincent, C. (2011), *La sicurezza del paziente*, Springer, Milano

Tartaglia, R. (2012), Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani, in *Epidemiological Prev*, 36 (3-4): 151-161.