

La qualità dei servizi nell'ASL Lecce

La questione del rischio nella sociologia della salute

Di GIANPASQUALE PREITE, SANDRO NOTARANGELO¹

1. Introduzione

L'analisi del rischio e della sicurezza del paziente, sono da sempre obiettivi prioritari in ambito sanitario, ma soltanto a partire dagli anni Novanta del secolo scorso inizia un processo di condivisione e studio analitico del problema a livello integrato, contestualmente all'interesse per il miglioramento della qualità delle prestazioni (Stelfox, Palmisani, Scurlock 2006) in relazione alla crescente complessità dei servizi erogati. Questo specifico *Focus* si propone di analizzare alcuni ambiti strategici (prestazioni clinico-sanitarie) dell'ASL Lecce attraverso un approccio metodologico, proprio delle scienze sociali, che parte dalla natura antropocentrica del problema, piuttosto che tecnocentrica (De Benedetto, Preite 2017). Tale prospettiva consente di favorire processi per la creazione di conoscenza, di valore, di ottimizzazione dell'iter procedurale e gestionale.

Il Rapporto OCSE del 2014 sulla *Qualità dell'assistenza sanitaria a livello europeo* rileva un *trend* positivo dell'Italia per questo specifico ambito (OECD 2014), agevolato principalmente dalla cooperazione, a livello nazionale e locale, tra Agenas, Ministero della Salute e Regioni che, in quest'ultimo triennio, ha facilitato la creazione di soluzioni integrate per la raccolta, la razionalizzazione e il monitoraggio delle informazioni e dei dati provenienti dalle AA.SS.LL ai fini

¹ Rispettivamente: Professore aggregato e Direttore del Laboratorio di ricerca LEG; Informatico ed esperto in Data management.

di una efficace gestione del rischio della sicurezza dei pazienti e delle relative cure (Tortorella, Spedicato 2017).

2. La questione del rischio in sanità

La gestione del rischio è un processo che richiede il coinvolgimento di tutte le “strutture” coinvolte. In termini metodologici, nelle AA.SS.LL., tutto ciò si traduce nella gestione di due fasi:

- 1) **Identificazione dei rischi.** Questa fase consiste nella rilevazione delle informazioni che riguardano gli eventi sfavorevoli (o avversi), considerati precondizioni del rischio stesso. Se i dati sono digitali, rendono integrabili e trasparenti le consultazioni e consentono di elaborare statistiche su specifici casi (es.: la Cartella Clinica Elettronica e la Scheda di Dimissione Ospedaliera) utili per la mappatura del rischio e come *screening* per risalire a eventi avversi specifici.
- 2) **Risk Assessment.** Questa fase prevede la mappatura degli incidenti (*incident reporting*) per valutare probabilità e gravità degli eventi che si possono verificare e, di conseguenza, contenere il rischio ad un livello accettabile. Con la Cartella Clinica Elettronica si giunge ad una valutazione quantitativa degli eventi avversi e all’individuazione degli “errori latenti” derivanti o da errori umani (*slips, lapsus, mistakes*), oppure da specifiche violazioni di norme, regole e protocolli.

Tale metodologia segue il modello di Reason (*Swiss cheese model*, fig. 1), secondo cui la genesi degli incidenti si colloca su due livelli: *latent failure* (errore latente) e *active failure* (errore attivo) che descrivono le cause del passaggio dal rischio all’incidente (danno) e che risultano fondamentali per l’analisi della traiettoria del rischio attraverso le difese del sistema.

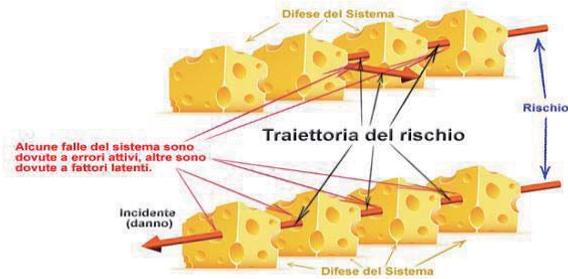


Figura 1. Traiettoria del rischio – Reason “swiss cheese model”

Fonte: BMJ, 2000 Mar 18;320(7237): 768-770

3. Il rischio clinico-sanitario nell’ASL Lecce: 2014-2016

Sul piano della governance locale del rischio, l’ASL Lecce ha istituito nel 2007 l’*Ufficio del Rischio Clinico*², in linea con le priorità di intervento, definite dal *Coordinamento Regionale per il Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente*. Ciò ha permesso di ottenere ad oggi alcuni risultati importanti (propedeutici) partendo da una serie di metodologie e procedure organizzative come: la raccolta di informazioni per la gestione dei sinistri; la valutazione delle tipologie di danno; la verifica dei dati e delle informazioni presenti nei data-base esistenti, la razionalizzazione di questi dati e informazioni e la loro successiva implementazione; la valutazione delle richieste di risarcimento dei danni da *medical malpractice*; la gestione dei rapporti con i danneggiati attraverso l’analisi del contenzioso clinico-sanitario.

In particolare, nell’ultimo triennio (2014-2016), l’ASL Lecce si è orientata al perseguimento di obiettivi ambiziosi come l’incremento dei livelli di sicurezza del paziente (con introduzione della scheda di *incident reporting* e del Foglio Unico di Terapia); l’aumento dell’efficienza e della tracciabilità dei percorsi (con l’istituzione della rete regionale per la

² Deliberazione del Commissario Straordinario n. 2142, 14 giugno 2007. L’*Ufficio Rischio clinico* è stato collocato prima all’interno dell’Unità Operativa Programmazione e Controllo di Gestione e dopo in *staff* alla Direzione Strategica ASL Lecce.

sindrome coronarica acuta e l'infarto miocardico acuto, il protocollo operativo in caso di presunta violenza sessuale, gli accertamenti in ordine alla nuova normativa sull'omicidio e lesioni personali stradali); l'adempimento degli obblighi informativi mediante l'inserimento delle denunce di sinistro e degli eventi sentinella nel Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES); formazione e informazione degli operatori sanitari (Corsi ECM) anche sulla prassi clinica (informazione e consenso, prevenzione e gestione delle cadute del paziente, segreto professionale e obbligo di denuncia, limiti, consenso e rifiuto delle cure) (Tortorella, Spedicato 2017).

4. Il rischio tra efficacia delle prestazioni e tempi di attesa

Un aspetto fondamentale nella gestione del rischio riguarda il fattore tempo, ossia il rapporto tra prestazioni erogate e tempi di attesa. Sul punto, per l'anno 2017, le prestazioni clinico-sanitarie in cui si registrano elevati picchi sui tempi di attesa (prestazioni: urgenti, brevi) sono gli ambiti maggiormente esposti al rischio. Questi fattori possono generare "ambienti" in cui emergono tardive diagnosi, omissioni, violazione di protocolli, errori interpretativi e, quindi, errori latenti che facilitano eventi avversi. L'eliminazione di quanti più errori latenti possibile riduce la possibilità che si verifichino incidenti che impattano negativamente sulla qualità delle prestazioni.

La qualità di una determinata prestazione clinico-sanitaria deve essere osservata attraverso l'analisi di tre dimensioni:

1. qualità organizzativa (struttura);
2. qualità professionale (processo);
3. qualità percepita (esito).

La prima fa riferimento alla disponibilità delle risorse umane, logistiche, tecnologiche, strumentali e all'organizzazione delle stesse. La dimensione della qualità di processo, invece, riguarda la correttezza tecnica delle procedure, il coordinamento e l'integrazione delle stesse, la continuità dell'assistenza, quindi

tutto ciò che attiene il *modus operandi* degli operatori sia al vertice sia alla base. È in questo ambito che spesso s'interviene per migliorare le condizioni di un distretto o di un'intera ASL. Per ciò che attiene all'ultima dimensione, occorre precisare che per qualità percepita (esito) si intende l'effettiva modifica (positiva/negativa) delle condizioni di salute dovute alle prestazioni (Donabedian 1990).

Sulla base di questa tripartizione è possibile individuare differenti approcci divenuti formali nella prassi clinico-sanitaria, in particolare: Approccio Organizzativo Gestionale (*Total Quality Management*); Certificazione di qualità (prevista dalle Norme ISO 9000, ISO 9001:2000/2008); Accredimento autorizzativo e requisiti minimi di qualità; Accredimento all'eccellenza; Approccio Tecnico-Professionale o *Medical e Clinical Audit*³ (Hughes J., Humphrey C., 1990); Accredimento professionale; Linee guida ed *Evidence Based Medicine*); Approccio partecipativo.

Non si tratta solo di strumenti volti a rilevare la soddisfazione, ma a far emergere punti di forza e di debolezza, potenzialità e criticità di un'ASL e del suo *modus operandi*. Ovviamente ogni intervento implica una specifica razionalizzazione delle risorse da mettere in campo: tempi di progettazione; rilevazione, analisi, quantità e qualità di dati raccolti; costi; livelli di inclusione (numero dei soggetti coinvolti nell'intervento).

In base a questi requisiti e a seconda degli specifici interventi è possibile individuare la natura e l'entità degli errori/incidenti.

In questa visione organizzativa si rendono evidenti le implicazioni in ordine alle responsabilità (che tendono a migrare dalle responsabilità individuali a quelle organizzative).

Anche la gestione degli incidenti non può più limitarsi alla rimozione/punizione dei responsabili, ma deve riguardare principalmente l'analisi e la revisione dei processi che hanno contribuito a determinarli; ciò non significa affatto percorrere

³ Le dimensioni più importanti, oggetto del *medical audit*, sono: analisi dell'attività medica, studio di casi, analisi dei protocolli, soddisfazione del paziente, sistema informativo, lavoro nel gruppo di pari.

un sentiero lineare di obiettivi intermedi, è necessario invece prendere in considerazione i possibili effetti collaterali che si verificano (o potrebbero verificarsi) in un determinato sistema organizzativo (apparato, ufficio, sezione, unità, reparto, ecc.), partendo dal presupposto che non esistono organizzazioni completamente immuni dalla sindrome perché le cause sono profondamente radicate nella psicologia umana (Reason 1990, 172). Il riconoscerne i sintomi è indispensabile per un'efficace strategia di risk management.

Principi e prerogative ormai inequivocabili per l'*Ufficio del Rischio Clinico* dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, impegnato attivamente da anni in un processo che si pone come obiettivo prioritario il miglioramento delle condizioni di sicurezza e la salute del paziente nel territorio salentino.

Bibliografia

- ARESS, *Rapporto sulla sanità in Puglia 2015*, Bari 2015.
- ASL LECCE, *Piano della Performance 2018-2020*, Lecce 2018.
- DE BENEDETTO M., PREITE G. (Eds.), *La governance del rischio in sanità tra comunicazione e consenso informato*, Tangram Edizioni Scientifiche, Trento 2017.
- DONABEDIAN A., *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*, Roma 1990.
- HUGHES J., HUMPHREY C., *Medical audit in general practice. A practical guide to the literature*, King's Fund Centre, London 1990.
- LOVE P. (Ed.), *Ageing Debate the Issues*, OECD Publishing, Paris 2015.
- NOVACO F., DAMEN V., (Eds.), *La gestione del rischio clinico*, Centro Scientifico Editore, Torino 2004.
- REASON J., *Human Error*, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- STELFOX H, PALMISANI S., SCURLOCK C. *et alii*, *The "To err is human" report and the patient safety literature*, in «Quality & Safety in Health Care», n. 15(3), 2006, 174-178.
- TORTORELLA A., SPEDICATO L., *Sicurezza e rischio: lo stato dell'arte dell'ASL Lecce*, in DE BENEDETTO M., PREITE G. (Eds.), *La governance del rischio in sanità*, Tangram Edizioni Scientifiche, Trento 2017.

