



Professione e responsabilità

Risk management e ricerca infermieristica: connubio possibile

a cura di Barbara Mangiacavalli

Una cifra variabile tra le 14 mila e le 50 mila persone muore a causa di errori compiuti da professionisti o causati da una non adeguata organizzazione delle strutture sanitarie. Il 4% delle persone ricoverate nel nostro Paese finiscono per riportare danni più o meno gravi alla salute. L'opinione dei media è che nel 33% dei casi l'errore è da attribuire alla struttura sanitaria e all'organizzazione, per il 48% si tratta di errore umano.

L'esplosione di casi di malasanità e di malpractice che vedono responsabili anche gli infermieri non è certo una trovata pubblicitaria di giornalisti in cerca di qualcosa da scrivere. L'infermiere che ha conquistato un proprio ambito di responsabilità deve ora rispondere al cittadino degli "eventi avversi", cioè quelle lesioni o danni provocatigli in modo non intenzionale che si possono tradurre in una prolungata degenza ospedaliera o in disabilità alla dimissione. E se anche in ambito statistico viene tollerato un margine di errore, intervallo di confidenza, anche nell'esercizio della professione infermieristica è ritenuto in parte inevitabile un margine di errore umano, inteso come contravvenire a **norme etiche** o a principi d'efficacia nell'azione o come mancanza di conoscenza del modo migliore d'agire.

L'infermiere è chiamato a prevedere i bisogni e/o potenziali rischi della persona assistita, scegliere cioè decidere le azioni migliori per favorire il benessere e l'autonomia della persona, agire, cioè mettere in atto interventi di comprovata efficacia e con abilità tecnica e relazionale, valutare i risultati ovvero l'esito definitivo e conclusivo di un'azione, un'attività o un'operazione.

Ogni infermiere assume la responsabilità della propria professione in funzione del livello di competenza raggiunto, livello che non può considerarsi statico ma dinamico in continua costruzione attraverso la formazione e la ricerca.

L'evoluzione di tutta la pratica clinica è basata sempre più sulla ricerca scientifica che permette la costruzione di indicatori e indici di esiti avversi e quindi d'elaborare ulteriori linee guida e protocolli.

“La ricerca si caratterizza per un approccio sistematico ed un metodo rigoroso per l'acquisizione di nuove conoscenze. Si focalizza essenzialmente sullo sviluppo delle conoscenze dell'assistenza infermieristica e della sua pratica; ha come scopo la comprensione di quei meccanismi fondamentali che ledono la capacità degli individui e delle famiglie di mantenere ed accrescere una funzione a livello ottimale e di minimizzare gli effetti negativi della malattia (International Council of Nursing, 1996).

La consapevolezza dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute e l'evoluzione tecnologica, farmacologia, strumentale determinano continue pressioni al cambiamento su diversi fronti: l'adeguamento dei modelli organizzativi, l'allineamento con conoscenze scientifiche in continua crescita, l'esigenza di una personalizzazione dell'offerta assistenziale, la necessità di appropriatezza delle risposte cliniche e organizzative.

Il Codice Deontologico dell'infermiere (1999), nelle norme generali puntualizza che l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente e la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il suo operato su conoscenze validate e aggiornate così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci; partecipa alla formazione professionale, promuove e attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.

Gli eventi avversi che si verificano in ambito sanitario possono essere di quattro tipi:

- **ERRORE** mancato raggiungimento del risultato che ci si era prefissati eseguendo una determinata azione
- **VIOLAZIONE** mancato rispetto delle procedure
- **INCIDENTE ORGANIZZATIVO** evento non conseguente ad azioni umane bensì legato a fenomeni organizzativi
- **QUASI ERRORE** tutte le situazioni in cui per un caso fortuito non si è trasformato in errore.

Le cause principali dell'errore, secondo il British Medical Journal, sono raggruppabili in tre categorie:

1. CAUSE REMOTE eccessivi carichi di lavoro, comunica-

zione inadeguata tra gli operatori, presenza di obiettivi in conflitto, scarsa competenza o esperienza, strutture edilizie inadeguate.

2. CAUSE IMMEDIATE omissione di un intervento necessario, errori per scarsa attenzione, violazione di un procedimento diagnostico o terapeutico, difetto di conoscenza, insufficiente conoscenza, insufficiente competenza clinica, prescrizione illeggibile di un farmaco, spiegazioni insufficienti, recente e rapida modificazione dell'ambiente di lavoro.
3. INSUFFICIENZA DI MECCANISMI DI CONTROLLO mancanza di un esperto che avrebbe dovuto supervisionare una procedura tecnica, mancato controllo di una prescrizione.

Attraverso la revisione della letteratura nazionale e internazionale sono stati identificati alcuni dei maggiori "eventi avversi".

1. rispetto ai problemi di salute: lesioni da decubito, cadute accidentali, eventi avversi a seguito d'errori di somministrazione di terapia, infezioni nosocomiali, sottostima del dolore.
2. rispetto ai problemi organizzativi e gestionali: non applicazione del processo d'assistenza infermieristica, mancanza di rispetto della privacy, mancanza di controllo delle attrezzature e presidi, inadeguata gestione delle risorse umane, carenza del sistema informativo, mancanza di job description per il personale di supporto

Gli ambiti d'interazione infermiere/persona assistita/struttura sanitaria ci permettono di individuare le seguenti raccomandazioni in ambito organizzativo senza tralasciare l'importanza dell'ambito clinico:

- **AMBITO ORGANIZZATIVO** i neoassunti devono frequentare un corso durante il quale prendono visione dei protocolli e delle procedure in uso nell'ambito materno infantile e di quelli a diffusione aziendale. Nel periodo di inserimento devono essere seguiti e valutati da operatori esperti. Il coordinatore dell'unità operativa deve controllare che i protocolli clinici e le procedure operative siano applicati ed aggiornati periodicamente, individuando in modo chiaro ruoli e responsabilità degli operatori. Sulle cartelle cliniche devono essere riportati tutti gli eventi accaduti, scritti con calligrafia leggibile; chi ha scritto deve essere identificato facilmente, talvolta l'infermiere assicura prestazioni diagnostiche e terapeutiche in assenza del medico che le ha prescritte. Le prescrizioni terapeutiche devono essere formulate attraverso una struttura ben precisa: nome del farmaco ed eventuale sostitu-

to, dosaggio, modalità di somministrazione, frequenza delle stesse. Per le prescrizioni diagnostiche deve essere precisato il nome dell'indagine, frequenza, preparazione pre e post, eventuali complicanze, responsabilità, meglio se si riconduce il tutto ad un protocollo presente nella propria unità di lavoro. La documentazione clinica del paziente deve essere compilata in ogni sua parte, soprattutto per quanto riguarda la raccolta dati al momento dell'osservazione, i trattamenti e la valutazione rispetto agli interventi attuati, in nessun caso è possibile alterare la documentazione. Documentazione è anche la registrazione di tutti gli eventi avversi compresi quelli derivanti da quasi errori, che non si sono verificati per l'intervento di un operatore o di un caso fortuito, e da cause organizzative. I turni di lavoro del personale devono essere conformi alla normativa europea che stabilisce la durata massima di lavoro e la distanza fra un turno e l'altro al fine di garantire il ripristino delle forze fisiche e mentali. Il controllo di strumenti e apparecchiature devono essere a carico dell'unità operativa. I costi per la gestione dei rischi non devono essere spalmati indistintamente su tutta la struttura aziendale ma sulle aree che ne sono più soggette.

La ripetitività degli errori che si verificano nella somministrazione di farmaci e nell'applicazione di procedure diagnostiche, evidenzia la possibilità di costruire un programma che colga le cause professionali ed organizzative e che consenta il passaggio dall'idea che l'errore rappresenti un evento fatale a quella che ci si possa trovare di fronte ad un evento evitabile. Chi dichiara "l'errore", entro 1-10 giorni dal verificarsi dello stesso, inizialmente può essere pensato anche in forma anonima, (vedi progetto aeronautica americana o delle banche che puntano a livelli di efficienza del 99,9%) non riceverà alcuna punizione. Tutto ciò permette di costruire una casistica degli errori all'interno della propria unità operativa e stimola attraverso la ricerca, a trovare la soluzione organizzativa o clinica. Ciò richiede un profondo cambiamento culturale, che deve avere al suo centro valori e principi fondamentali, come la ricerca della verità, la trasparenza, la disponibilità a mettersi in discussione, la non colpevolizzazione di chi sbaglia, la collaborazione reciproca, il dialogo con il cittadino, l'impegno nella ricerca dei mezzi atti a garantire la qualità e la tensione morale verso l'eccellenza nel proprio lavoro.

"Sbagliando si impara" è il fondamento pedagogico delle teorie attive che pongono il soggetto al centro del fare.