



**LA SALUTE NON HA PREZZO:
NURSING MALPRACTICE,
CLINICAL RISK MANAGEMENT ED
ETICA DELL'ERRORE**

Atti del corso

Dalla mansione all'autonomia professionale, un lungo viaggio nel tempo

Pio Lattarulo, Infermiere e Dirigente dell'Assistenza Infermieristica

L'intendere l'infermieristica come scienza fondata su un proprio sapere che si acquisisce attraverso un percorso formativo di base, post-base e permanente, di carattere culturale, scientifico ed esperienziale, ricco di competenze da acquisire nel tempo è frutto della rivoluzione "copernicana" di pensiero degli ultimi anni.

Scopo di questo lavoro introduttivo è disegnare l'immagine attraverso le competenze, dell'Infermiere del 3 Millennio, professionista che in virtù della formazione superiore che riceve, ed in forza della produzione normativa susseguitasi in un breve arco di tempo, è in grado di esercitare la propria attività in base al relativo specifico professionale in piena autonomia.

Riteniamo importante sottolineare il passaggio dalla condizione di esecutore a quella di professionista, da un lavoro per compiti alla pianificazione di obiettivi, dalla condizione di servo a quella di infermiere. Il tutto, allo scopo di poter delineare successivamente la responsabilità sequenziale relativa agli atti quotidiani.

Oggi, la professione infermieristica, a fronte di quanto detto si concretizza in uno status fondato sul carattere scientifico delle competenze attraverso le quali l'infermiere opera in tutti i settori in cui si esprimono vari momenti quali prevenzione, cura e riabilitazione.

Ed è attraverso una rapida analisi, allo stesso tempo sintetica e focale che si passerà dal nursing materno di un'epoca che fu, al nursing scientifico e creativo, epigono della moderna scienza infermieristica.

Riteniamo utile interfacciare le conoscenze acquisite nel tempo, demarcando nettamente la linea di confine tra assistenza ed assistenza infermieristica, con l'evoluzione normativa e deontologica, integrando conoscenze che si tramutano in competenze, con spunti di riflessione su ricerca, teoria, prassi in relazione ai concetti cardine del nursing.

Da quanto esposto si evince come detto in precedenza che tra le maglie della competenza e dell'autonomia s'incardina la responsabilità intesa non soltanto in senso classico, sugli atti quotidiani, ma anche sui risultati del processo assistenziale.

RELAZIONE

Volendo approfondire le tematiche della responsabilità professionale, sia nel senso stretto del termine che ampliando il concetto in relazione ai risultati, non si può prescindere da una semplice considerazione.

Sino alla fine degli anni ' 80, pochissimi tra i componenti del gruppo professionale infermieristico, avrebbero immaginato che di lì a dieci anni, per esercitare la professione si sarebbe resa praticamente indispensabile la stipula di una polizza assicurativa.

Ma cosa è cambiato ?

Non intendo anticipare i temi delle relazioni che verranno trattati dal collega Martorana, in merito al fenomeno della nursing malpractice ed agli strumenti pensati per arginarlo, bensì è mio intento puntare l'indice sul fatto che, conseguenza ovvia della rivoluzione culturale, concettuale e legislativa che interessa ormai la professione infermieristica da un decennio è la piena assunzione di responsabilità da parte di ogni singolo operatore.

La professione infermieristica pertanto fonda il proprio status sul carattere scientifico delle competenze, attraverso le quali dimostra la forza epistemologica del proprio operato.

La storia dell'assistenza infermieristica ci viene incontro nel momento in cui si voglia fare una lettura multidisciplinare, nel senso dell'influenza che discipline demografiche quali, sociologia, pedagogia, filosofia, filosofia hanno influenzato e sono state a loro volta influenzate dal pensiero assistenziale prima e dell'assistenza infermieristica poi.

Conoscere il passato è indispensabile per comprendere il presente, e programmare gli obiettivi futuri, quantunque nelle occasioni di dibattito sia formali che informali, si tende sempre a colpevolizzare l'infermiere di "un tempo che fu", quasi reo più o meno confesso di aver frenato la crescita professionale.

In realtà, le considerazioni da fare sarebbero molteplici, perché a quel tempo l'infermiere agiva in un contesto simil-professionale in una professione peraltro declinata, fatte solve le figure poco influenti degli infermieri generici e psichiatrici, soltanto al femminile. Già negli scritti di Marie- Françoise Collier particolarmente significativi per comprendere l'apporto della natura e dell'evoluzione del nursing, si riconosce il passaggio fondamentale dall'assistenza di un tempo verso le prospettive odierne e future. In questi concetti, vale a dire nella storia delle pratiche assistenziali esercitate dalle donne prima nel contesto familiare o del villaggio, sino alla presenza caritatevole nelle istituzioni ospedaliere, è possibile rintracciare il filo conduttore della cura infermieristica.

In tale alveo peraltro è possibile anche ricostruire le ragioni storiche e sociologiche della crisi dell'assistenza.

La questione non può certamente essere esaurita in questa sede, ma probabilmente come osservano argutamente alcuni autori, ripensare le radici ed il pensiero femminile nei confronti dell'assistenza, recuperando le connotazioni più essenziali del gesto di cura, può contribuire in maniera efficace a ripensare le modalità di prestare assistenza infermieristica.

Le considerazioni attorno al modo di "porgere" il sapere ed il saper fare, si situano perfettamente nel nostro discorso, allorquando parliamo di saper essere. Se non si è, difficilmente si sa e tanto meno si sa fare, o comunque anche il proprio sapere e saper fare sono vanificati da una cattiva gestione del rapporto interpersonale, fonte spessissimo di contenziosi, quindi con pesanti ricadute sui temi della malpractice e della responsabilità.

Va anche detto però, che se è vero che ancor 'oggi la professione infermieristica vede, nella sua composizione una netta prevalenza femminile, è pur vero che le conquiste maggiori, sia da un punto di vista contrattuale che professionale, sono state ottenute a partire dagli anni '70 quando le porte d'accesso alle scuole professionali per infermieri sono state aperte anche agli uomini.

Ciò ha permesso una maggiore forza d'urto nei dibattimenti sulle questioni professionali.

L'infermiera di cui abbiamo fatto cenno, del "tempo che fu", votata alla missione ed alla dedizione non poteva immaginare di operare in autonomia, essendo la sua attività relegata, frutto anche della condizione sociale della donna, ad una condizione di servente.

L'infermieristica veniva intesa, anche per volere del legislatore, come "arte ausiliaria di professione sanitaria", quindi ausiliaria del medico, ergo paramedica.

Tra le motivazioni che per lungo tempo hanno letteralmente ingabbiato lo sviluppo epistemologico della professione infermieristica si può senza ombra di dubbio alcuna, annoverare l'altissimo numero di religiose presenti, tra le fila delle infermiere.

L'atteggiamento forzato di "mistica" e di "sopportazione delle sofferenze" ha pesantemente condizionato il rapporto tra l'infermiere e la persona assistita. Mirabolanti esempi di servitù e devota filiazione nei confronti del medico – padre si possono agevolmente ritrovare nella cinematografia degli anni '50 e '60. Basti pensare al "Prof. Dott. Guido Tersilli..." specchio dell'approccio medicocentrico del tempo, magistralmente interpretato dal grandissimo Alberto Sordi. Come non ricordare il codazzo di suore al seguito, dotate di sesquipedali, persone che utilizzavano nell'esercizio della professione molto più lo zelo che le conoscenze.

Tra letteratura e cinematografia numerosi sono gli esempi circa l'andamento sanitario di quegli anni, ed allora è perfettamente individuabile, seguendo la traccia di un arduo percorso, il cammino che l'infermiere ha dovuto fare per svincolarsi dalla condizione di servente per passare a quella di infermiere.

Ma anche quando è cambiato il volto della professione grazie alla poderosa produzione legislativa degli ultimi anni, sono rimasti in essere una serie di nodi da dipanare, particolarmente attorno ai temi della responsabilità.

Scopo di questo lavoro è contribuire a definire l'immagine dell'Infermiere del terzo millennio, per poter comprendere tutti assieme quali sono gli orientamenti ed il futuro di una professione in continua crescita, ed a cui il cittadino si rivolge con domande di salute sempre più urgenti ed importanti nella loro essenza ed alle quali, evidentemente, un esecutore di ordini non può dare più risposte concrete.

Greenwood, capostipite tra i sociologi che si sono occupati di professioni sanitarie, scrive a proposito della professione infermieristica che per il suo esercizio sono necessari: una base "scientifico-tecnica" e lo "smalto deontologico".

Per ciò che attiene la deontologia, ce ne occuperemo nella sessione pomeridiana. E' possibile sintetizzare, in base alle osservazioni di Greenwood cinque attributi fondamentali per l'esercizio professionale:

- 1) Abilità superiore;
- 2) Autorità professionale;
- 3) Sanzione della comunità;
- 4) Codice di regole etiche;
- 5) Cultura professionale;

Si può ragionevolmente affermare che l'infermiere assume responsabilità sul proprio operato dopo aver raggiunto una dose sufficiente di cognizioni in merito ai cinque step mostrati.

E' necessario tenere presente che l'infermiere fonda il proprio operato, su una lunga preparazione nell'ambito disciplinare di pertinenza. Assume particolare rilievo in questo senso, l'avviato già da tempo percorso di formazione universitaria.

Qui entrano in gioco responsabilità molteplici, sotto varie forme che riguardano ciascuno di noi. Ad ogni livello nel quale siamo inseriti nel "sistema salute" abbiamo responsabilità sul futuro della professione.

Le responsabilità non riguardano soltanto i preposti alla formazione, ma ciascuno di noi, soprattutto se inseriti nell'ambito clinico, che è certamente quello immediatamente spendibile per i futuri infermieri. In questo senso la responsabilità morale non è di poco conto.

Non contribuire, attraverso l'esempio personale e l'istruzione, alla crescita delle nuove generazioni significa soltanto vanificare gli sforzi fatti per far sì che, il professionista infermiere venisse conosciuto, nella veste che gli si addice, dalla società.

Questo, peraltro, è un processo tutt'altro che completato, perché le indagini fatte sulle percezioni che la società ha nei confronti dell'infermiere sono tutt'altro che consolanti. La strada da fare è ancora lunga, ed alla posa delle mattonelle necessarie per lastricarla, dobbiamo contribuire tutti quanti, a prescindere dal percorso formativo che abbiamo compiuto. Indubbiamente, allo stato esiste una forbice non indifferente, soprattutto nei modi di vedere, pensare e pensarsi all'interno del mondo professionale. Spetta agli sforzi di ciascuno, tendersi la mano per venirsi incontro e colmare il divario nel migliore dei modi.

Altro falso storico, elemento assolutamente fuorviante che contribuisce oltre nel denigrare la scientificità del piano di studi infermieristico, con forti ricadute sul piano della responsabilità, è la convinzione del fatto che, per esercitare correttamente la professione occorre soltanto possedere una buona "manualità".

Un modello concettuale a monte del processo assistenziale concorre in maniera determinante a precisare qual è il contributo dell'infermiere nella prestazione sanitaria ed è garanzia per poter difendere anche il proprio operato.

Permette di spiegare, anche in caso di contenzioso, in base a quale percorso è stata posta in essere una necessità, è stato individuato un bisogno, prioritario o meno che sia, a svantaggio di altri, ritenuti meno prioritari, ma sui quali si possono innescare una serie di problematiche.

Non può esistere prassi adeguata senza un percorso teorico, ragionato a monte. La mancata adozione di tutti quelli che sono gli strumenti a disposizione della metodologia dell'assistenza e della standardizzazione delle procedure è anch'essa fonte di responsabilità.

Tanto è sonoramente ribadito dal Profilo Professionale dell'Infermiere.

Se l'Infermiere non ha pianificato un percorso assistenziale, frutto dell'utilizzo di strumenti validati e della riflessione pratica basata sull'esperienza, difficilmente potrà scegliere tempi e modi per intervenire correttamente.

Dalla discussione condotta sinora si può osservare un palese spostamento d'asse, dall'esecuzione di un lavoro per compito alla pianificazione di obiettivi.

L'infermiere ha la responsabilità, com'è ovvio, sul risultato, prodotto finale del suo operato.

Sulla trame di tale discorso, s'incardina, un piccolo spezzone del documento "Defining Nursing" attraverso il quale, il Royal College of Nursing, nel 2003 ha dato una nuova definizione dell'infermieristica, riprendendo in parte concetti già esplicitati ma integrandoli in un ambito più vasto e sottendendo un punto di vista del tutto nuovo.

"L'infermieristica è l'utilizzazione del giudizio clinico nell'erogazione di un'assistenza che consenta alle persone di migliorare, mantenere e recuperare la salute, di far fronte ai problemi di salute e di conseguire la qualità di vita migliore possibile, qualunque sia la loro malattia o disabilità, fino alla morte".

Appare quasi superfluo sottolineare come la capacità di esprimere giudizio clinico sia quel valore aggiunto che permette di connotare la prestazione dell'infermiere.

La professione infermieristica, come accade per le altre professioni, si distingue negli ambiti dell'organizzazione, della formazione e della ricerca. E' chiaro che ognuno di questi deve interfacciarsi con l'altro ed ha forte valenza nel concetto di responsabilità.

La ricerca è un campo ancora inesplorato nel quale l'infermiere può giocare un ruolo importante.

Tornando agli spunti offerti dal Royal College of Nursing, ci si rende conto che nell'esercizio quotidiano del proprio operato, l'infermiere offre sempre un giudizio clinico.

Probabilmente, non si è mai reso conto di ciò, in quanto ha ridotto o ha permesso che la propria azione fosse ridotta a mera esecuzioni di disposizioni impartite da altri che nulla hanno a che fare con la professione infermieristica.

E' giusto che nel futuro, le competenze dell'infermiere vadano ad integrarsi con la necessaria integrazione riveniente dalla dimensione bio - medica. E' altrettanto giusto che si prendano le distanze dalla volontà di perpetuare gli errori del passato, nel medicalizzare una professione, dalle cui scuole di formazione venivano fuori mini-medici o simil tali, piuttosto che il desiderato professionista dei "bisogni" capace di offrire soluzioni tecniche, ma soprattutto di costruire una relazione d'aiuto, ed ottenere la fiducia della persona assistita.

Per poter essere definito competente, ogni infermiere oltre a possedere gli attributi di cui sopra, deve essere in possesso di uno spiccato senso di appartenenza alla professione. Il lavoro di squadra, nelle dinamiche organizzative è ritenuto fondamentale ed il cemento, nel caso di specie, si ritiene essere il senso di appartenenza.

Questo lo si dimostra non soltanto attraverso l'iscrizione al nascente Ordine ed al Sindacato, ma vivendo l'attività degli stessi.

Al termine di questo breve ma sostanziale viaggio, si può declinare una nuova concezione di responsabilità. Accanto alla responsabilità tradizionalmente intesa, quindi Civile, Penale e Deontologica si colloca la responsabilità su risultati.

Le due cose potrebbero sembrare non collegate fra loro, ma ad un'attenta analisi si scopre che dalla mancata attenzione ai risultati, spesso si ottiene che la persona interessata, si rivolga a chi preposto per ottenere giustizia su qualcosa che forse non è andata come avrebbe dovuto, ma spesso è stata anche "poco chiara".

Responsabilità s'intende anche, attraverso il pieno utilizzo delle competenze, utilizzare la capacità di PREVEDERE, quindi definire gli obiettivi assistenziali; SCEGLIERE, cioè selezionare le azioni più congrue per raggiungere quel determinato obiettivo, ed orientare e riorientare le risorse necessarie, ed infine VALUTARE I RISULTATI.

Vanno considerate nuove dimensioni della responsabilità per arginare il fenomeno della nursing malpractice, e spezzare la catena dell'errore. L'infermiere del terzo millennio deve essere in grado di stipulare nuove modalità di relazione con la persona assistita, rispettando le sue scelte e le sua capacità di soggetto "attore" del proprio destino, fatti salvi i casi espressamente in contrasto con la propria morale, e con le istanze deontologiche della professione.

Riassumendo:

RESPONSABILITA' CLINICO/ASSISTENZIALE, determinata dal Profilo Professionale, dalla L.42/99, dal Codice Deontologico, dagli Ordinamenti Didattici, dalla L.251/00;

RESPONSABILITA' GESTIONALE/ORGANIZZATIVA che non riguarda soltanto gli infermieri coordinatori o dirigenti

RESPONSABILITA NEI CONFRONTI DELLA FORMAZIONE

I temi del futuro sono tanti: la sicurezza nelle cure, l'ospedale senza dolore, la piena attuazione del consenso informato, le direttive anticipate, la sperimentazione clinica, la fecondazione artificiale.

Potremmo citarne ancora tematiche dal forte impatto che investono i professionisti della salute a vario titolo, e le cui ricadute in ordine alla responsabilità investono spazi ancora non del tutto esplorati.

E' doveroso individuare nell'ampio spettro di possibilità che la professione infermieristica oggi propone, nuovi spazi per l'autonomia e la responsabilità.

Basti citare, l'Infermiere di famiglia, l'Infermiere Case manager, l'Infermiere esperto in medicina legale, e molti altri sono i "territori" nei quali l'infermiere potrà aprirsi nuove frontiere da conquistare.

Errare è umano: Tipologia degli errori e ricerca delle cause

Massimiliano Martorana, Infermiere e Dirigente dell'Assistenza Infermieristica

L'errore in medicina è un problema annoso la cui origine si perde nella notte dei tempi. Senza dilungarci in disquisizioni puramente accademiche e che meglio potrebbero costituire patrimonio della storia e filosofia della medicina, ci limitiamo ad una sua classificazione secondo quanto prodotto da autorevoli studiosi che grazie alle loro ricerche, studi e modelli concettuali, hanno permesso una vera e propria rivoluzione copernicana in quest'ambito.

Secondo una consolidata abitudine, gli operatori sanitari dovrebbero essere scevri dal commettere errori, considerando tali evenienze come una colpa individuale e pertanto soggetta a biasimo. E' evidente che anche nelle professioni sanitarie si sbaglia ed il problema è legato alla cultura: uno degli ostacoli maggiori è il timore di conseguenze amministrative o medico-legali, che spinge chi ha commesso un errore a negarlo e comunque a non comunicarlo. Non esiste nessuno al mondo che involontariamente non abbia danneggiato un paziente, e non esiste una cultura di questo genere in ambito medico perché nel panorama della formazione medica non si insegna agli studenti che sono esseri umani e quindi soggetti a sbagliare.

Prima di entrare nel merito dei meccanismi cognitivi alla base degli errori umani e quindi degli incidenti è necessario fornire la definizione dei due termini di base del programma di analisi: "errore" ed "evento sfavorevole".

Errore. Un errore è definito come il fallimento nel portare a termine, come nelle intenzioni, una azione precedentemente pianificata (errore di esecuzione) oppure come l'uso di una pianificazione sbagliata per raggiungere un obiettivo (errore di pianificazione).

Evento sfavorevole. Per evento sfavorevole si intende un danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia oppure un incidente (mancato infortunio) di particolare rilevanza per le conseguenze che avrebbe potuto avere per il paziente.

Nell'ambito delle teorie che si sono sviluppate per lo studio degli errori in medicina, tra le più accreditate risulta essere quella formulata da Rasmussen, secondo la quale si può suddividere il comportamento dell'uomo in tre diverse tipologie:

Skill based. Skill è l'abilità nell'eseguire un compito. Le azioni skill based si riferiscono a compiti svolti in modo automatico e semplice per chi abbia acquisito una particolare abilità. Il training in questo caso ha lo scopo insegnare a svolgere l'azione in modo da effettuarla correttamente pur non conoscendo le ragioni sottostanti. Mediante il training l'attore diventa sufficientemente abile da compiere le azioni senza necessità di istruzioni (ad esempio: indossare la divisa da lavoro, mascherina, sovrascarpe, cuffia ecc.)

Rule based. Si tratta di azioni basate sul seguire una regola conseguente a una precedente esperienza o a una istruzione specifica. I processi rule based entrano in azione quando fallisce lo skill based ed il soggetto ha bisogno di fare riferimento ad un set di istruzioni esplicite o regole che ha a disposizione. L'attore esamina ed interpreta la corrente situazione e sceglie la regola che meglio risolve il problema (ad esempio praticare una terapia infusiva mediante iniezione endovena).

Knowledge based. Si tratta di azione basate sul ragionamento, inferenza, giudizio e valutazione. Se il processo rule based non risolve il problema si deve fare riferimento al sistema knowledge based (in generale si tende a preferire le soluzioni rule based poiché richiedono minor sforzo cognitivo), ciò avviene quando si affrontano situazioni nuove o poco conosciute o quando regole di cui si dispone non sono sufficienti ed adeguate (ad esempio intervenire su un quadro clinico insolito).

Un caso a parte rappresentano le **violazioni**, ovvero tutte quelle azioni che vengono eseguite anche se una direttiva un regolamento ne impedisce l'esecuzione. Questo avviene poiché spesso nelle organizzazioni, le direzioni stabiliscono delle regole che entrano in conflitto (es. sicurezza) con il corretto svolgimento del proprio lavoro.

Sulla base del modello proposto da Rasmussen, lo psicologo inglese J. Reason formula secondo il modello sistemico da egli proposto un'ulteriore classificazione degli errori.

Tale modello consente di superare la visione tecnicistica della prevenzione degli incidenti, caratterizzata dalla preferenza accordata a forme di protezione oggettiva e tesa ad assicurare l'incolumità della persona, attraverso misure quasi esclusivamente di tipo tecnico e normativo, lasciando all'individuo il compito di gestire la sicurezza laddove i progressi della tecnica non possono arrivare.

In base al modello del ricercatore inglese l'errore, che può comportare l'accadimento di incidenti, deve essere considerato non in relazione alla componente meccanica o a quella umana, analizzate singolarmente nell'ambito del processo, ma in una prospettiva globale che prenda in considerazione il modo in cui la presenza di elementi tecnici, umani e organizzativi può impedire o favorire il verificarsi di incidenti.

I modelli di sviluppo dell'azione descritti supportano le nostre attività quotidiane e gli errori che possono essere commessi fanno riferimento agli stessi modelli.

In corrispondenza di azioni skill based possiamo individuare degli errori del tipo **slips** e **lapses**. In relazione ad azioni rule based si possono avere dei **rule based mistakes** e a livello knowledge based si verificano **knowledge based mistakes**.

Slip. È un'azione non in accordo con le intenzioni. La pianificazione è valida ma l'esecuzione è carente. Si tratta di errori di azione commessi nello svolgimento di attività routinarie. L'automatismo dell'azione fallisce quando un qualcosa di non previsto interferisce con l'azione.

Lapses. È un errore conseguente un fallimento della memoria che non si manifesta necessariamente nel comportamento oggettivo e che risulta evidente solo per la persona che lo esperisce.

Mistake. È un errore nella pianificazione. Le azioni si realizzano come sono state pianificate ma è il piano stesso a non essere valido. Si tratta di errori di intenzione (giudizio, inferenza, valutazione) conseguenti a giudizi e valutazioni sbagliate da cui ne consegue una pianificazione delle azioni non idonea al raggiungimento dell'obiettivo.

I **Mistake** possono essere di due tipi:

- *Rule based*
- *Knowledge based*

Il *rule based mistake* avviene quando è scelta la regola sbagliata a causa di una errata percezione della situazione (es. farmaco sbagliato rispetto alla patologia da trattare) oppure nel caso di uno sbaglio nell'applicazione di una regola (il farmaco è adeguato ma le dosi e il tipo di somministrazione non è corretta).

Il *knowledge based mistake* è conseguente o alla mancanza di conoscenze o alla loro scorretta applicazione. Il risultato negativo dell'azione risiede nelle conoscenze sbagliate che l'hanno determinata. Tale errore è insito nella razionalità limitata o comunque nella difficoltà di dare risposte a problemi che presentano una ampia gamma di possibili scelte.

In tale contesto si possono configurare due tipi differenti di azioni che possono violare la sicurezza:

- *azioni non secondo le intenzioni*
- *azioni secondo le intenzioni*

Alla prima categoria appartengono gli slips e lapses, alla seconda i mistakes e le violazioni vere e proprie. Tra queste ultime rientrano le violazioni di routine (spesso conseguenti a norme e regole difficili da applicare o da osservare), le violazioni eccezionali e gli atti di sabotaggio (di rara evenienza).

Nell'ambito dell'intervento che proponiamo il campo di interesse si limiterà agli slips, ai mistakes (rule based e knowledge based) ed alle violazioni di routine.

Tali errori possono essere definiti errori attivi. Dietro a ciascuno "errore attivo" devono essere individuate le cause di "errore latente", attribuibili al sistema ed alla gestione organizzativa.

Sulla base del presente modello è necessario quindi distinguere due differenti tipi di errore umano responsabile degli incidenti: *errore attivo* e *latente*.

Gli *errori attivi* sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea ed i loro effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili (slips, mistakes e violations).

Gli *errori latenti* sono attività distanti (sia in termini di spazio che di tempo) dal luogo dell'incidente, come le attività manageriali, normative e organizzative. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.

Rappresenta oramai da decenni opinione condivisa che gli incidenti che si verificano sono di fatto solo la punta dell'iceberg e che per ogni incidente che ha avuto luogo ce ne sono stati molti altri che per un caso fortuito non sono accaduti, i cosiddetti ***near miss events***

Da questa visione sistemica, nasce la convinzione che il verificarsi di un incidente sia frutto di una combinazione e concatenazione di eventi che hanno superato tutte le difese che erano state predisposte.

Reason servendosi del modello del formaggio svizzero da egli ideato ha chiarito in maniera esemplare il significato dell'errore latente.

Infine, considerando che gli errori attivi non potranno mai essere eliminati, è pertanto necessario incrementare un sistema che possa influire sugli errori e criticità latenti, sulle quali gli errori attivi si innescano.

Nursing malpractice: Le dimensioni del fenomeno e realtà a confronto

Massimiliano Martorana, Infermiere e Dirigente dell'Assistenza Infermieristica

Il termine malasanità nell'accezione anglosassone, come molti altri del resto, sta diventando di uso corrente. Di malpractice, negli ultimi anni si parla sempre più spesso come se di malasanità in Italia non si fosse mai parlato e come se le cronache non avessero mai riportato alla luce sconvenienti e tristi episodi.

Ciò a cui non abbiamo ancora assistito, nel lessico adoperato dai mass media, è l'utilizzo di un termine anch'esso di origine inglese che denota più specificamente gli episodi di malasanità di natura infermieristica. Quella che ai più potrebbe sembrare solo una differenza semantica, in realtà rappresenta un aspetto molto importante del sistema salute.

La **nursing malpractice** rappresenta dunque l'insieme di eventi avversi che avvengono durante l'espletamento dell'assistenza infermieristica.

Le cronache italiane, attualmente, non si preoccupano di questa differenza, limitandosi a riportare nella maniera più verosimile possibile l'accaduto, annoverandolo così nel calderone dell'ennesimo episodio di malasanità.

Ad onor del vero, spesse volte e soprattutto in fase iniziale, e cioè prima dell'istruttoria per l'accertamento delle responsabilità, risulta alquanto difficile adoperare delle differenze, in quanto lo spiacevole episodio rappresenta di fatto l'ultimo anello della catena che ha permesso, per una serie di infauste circostanze, il verificarsi dell'evento. Bisogna aggiungere per onestà intellettuale che, il panorama sanitario italiano come pochi altri in Europa, si presenta ancora come un sistema fortemente "medicocentrico", cioè imperniato e caratterizzato dalla imprescindibile ed indiscussa presenza del medico che risulta ancora circondato da un'aura di quasi sacralità e che spende la propria professionalità e gestisce il proprio potere, secondo la reiterata e mai obsoleta filosofia del buon padre di famiglia.

Ciò in parte spiega il perché in Italia la soglia di attenzione nei riguardi di questi episodi rimane bassa e, fors'anche, perché eredi di una cultura di matrice latina ed alquanto fatalista.

La strada del cambiamento sembra però che sia stata finalmente imboccata; e da questa ci auguriamo non si torni più indietro.

In altri paesi e soprattutto al di là dell'oceano, già da tempo gli operatori sanitari, hanno cominciato a far i conti con una crescente mole di denunce per malpractice, tanto da costringere molti professionisti ad abbandonare o lavorare in stati all'interno dell'unione in cui le leggi sono meno severe.

Gli Stati Uniti infatti, non sono nuovi a tale problematicità, in quanto il fenomeno è già presente da trent'anni circa, e numerosi sono stati gli sforzi, anche a livello governativo, per combattere ed eradicare il problema che ciclicamente si ripresenta sotto nuove e cangianti vesti.

Pertanto la nursing malpractice negli Stati Uniti, non solo è presente, ma è anche contemplata dal punto di vista giuridico, in quanto secondo il legislatore americano di malpractice può essere accusato non solo l'infermiere che commette errori nell'erogazione delle cure, bensì anche la mancata registrazione di un bisogno di natura infermieristica può essere inclusa in tale tipologia.

Le leggi americane infatti, richiedono venga offerta un'assistenza infermieristica che raggiunga standard di sicurezza e di qualità soddisfacenti. Ma come raggiungerli e, con quali mezzi?

Probabilmente questa condizione in cui versano i colleghi statunitensi ha generato un'ampia richiesta di risarcimenti per danni subiti da parte di pazienti che si sono sottoposti alle loro cure, producendo altresì un'ampia casistica senza uguali in altri paesi occidentali.

Partendo dall'analisi di alcuni degli episodi di nursing malpractice del panorama sanitario statunitense, giungeremo ad analizzare dapprima gli altri paesi occidentali, ed infine la realtà italiana.

Clinical Risk Management: Evoluzione del concetto di sicurezza clinica

Massimiliano Martorana, Infermiere e Dirigente dell'Assistenza Infermieristica

I sistemi sanitari ed i processi di cura che al loro interno si svolgono, al pari dei processi che si svolgono nella chimica o nell'aviazione o in numerosi altri settori industriali, sono quanto mai complessi per l'elevato numero di variabili presenti.

Per tali ragioni, già da qualche decennio, taluni sistemi industriali hanno fatto ricorso a vari strumenti e norme comportamentali per diminuire l'accadimento di questi eventi avversi che, a seconda della complessità e delle caratteristiche del processo e del loro conseguente utilizzo, rientrano appieno sotto l'egida del Risk Management.

Il risk management, che in italiano possiamo tradurre in "gestione del rischio", secondo una tra le più accreditate definizioni, rappresenterebbe lo **"strumento che identifica, valuta e gestisce gli eventi e le azioni che possono colpire la capacità delle organizzazioni di raggiungere i propri obiettivi"**.

Da quanto enunciato, considerata la complessità dei sistemi sanitari, l'adozione di questo strumento ben si presta per il coordinamento e la gestione dei processi clinico assistenziali.

Si tratta dunque di una attività di vertice aziendale spesso volte confusa dalle stesse aziende, o dalle persone deputate a tali processi, con la prevenzione e la gestione degli infortuni sui luoghi di lavoro.

Il risk management travalica la mera prevenzione e gestione del rischio per il lavoratore, pur contenendola, per giungere a tutte quelle attività intrinsecamente rischiose delle strutture sanitarie, cercando di individuare gli strumenti per valutare e governare i rischi insiti in queste attività, ricercandone le cause, i miglioramenti nel sistema di gestione complessivo, sviluppando strumenti efficienti per il governo delle aziende stesse ed identificando le conseguenze morali ed economiche derivanti dall'esposizione al rischio stesso dei pazienti.

Il Risk Management in ambito sanitario assume la connotazione di Clinical Risk Management, ovvero gestione del rischio clinico, il cui campo specifico di applicazione è rappresentato dal paziente e dai rischi cui esso incorre quando è sottoposto a pratica clinica ed in contatto con strutture sanitarie.

Ne discende che **"il rischio clinico è la probabilità di eventi avversi che incombono sulle attività cliniche di una struttura sanitaria"**; che come sappiamo, sono al centro di un'aspra polemica riguardante gli "incidenti clinici" che in esse si verificano.

Il campo specifico di clinical risk management è rappresentato dal paziente e dai rischi cui esso incorre quando è sottoposto a pratica clinica ed in contatto con strutture sanitarie.

Accade però, che in numerose strutture dove sono stati avviati programmi per la gestione del rischio, mostrano come quello specificamente clinico non viene spesso affrontato adeguatamente, preferendo l'analisi di eventi che sono sì l'espressione del rischio di gestione del paziente ma non direttamente derivante dalla procedura clinica a cui è stato sottoposto.

Dalla nascita come strumento per ridurre il contenzioso con i pazienti, l'obiettivo si è spostato sulla ricerca della riduzione dei danni arrecati al paziente, esulando dal fatto che possa esserci o meno una richiesta di risarcimento.

Il clinical risk management ha fatto il suo esordio negli Stati Uniti per arginare la dilagante tendenza di risarcimento da parte dei pazienti che avevano subito errori nelle cure cui erano stati sottoposti.

Intorno agli anni settanta, periodo in cui la medicina raggiungeva nuovi ed importanti traguardi, quali l'emodialisi e i trapianti d'organo, si venne a creare una profonda crisi in seno all'organizzazione sanitaria americana. La logica del profitto ad ogni costo, cardine di un modello sanitario di tipo privatistico come quello americano, cominciò a mostrare i limiti del sistema. Questa passò alla storia come la prima crisi del "malpractice". L'aumento di numero e di onerosità dei rimborsi per errori nelle cure, la scarsità di offerta assicurativa per l'attività sanitaria, l'incremento spropositato dei premi assicurativi, la difficoltà di fissare premi adeguati alla copertura del rischio, misero in ginocchio il sistema.

Fu il mondo assicurativo che operava nella stessa logica in cui muovevano le organizzazioni sanitarie a dare rilevanza al problema e a mettere un fermo alla produzione incontrollata di prestazioni sanitarie di bassissima qualità, rifiutandosi di coprire ulteriormente errori e danni cagionati dai sanitari. Per studiare, comprendere ed arginare il fenomeno, venne formata una commissione governativa insediata dall'allora Presidente Nixon. La commissione prese in esame le denunce per "malpractice" e stabilì allora due principi ancora oggi ritenuti fondamentali per il risk management: non tutti i danni sono dovuti a negligenza e non tutti i danni sono prevenibili.

Si cominciò allora ad affrontare in maniera sistematica il problema legato agli errori in medicina. Numerose aziende si dotarono di sistemi di controllo del rischio che affiancarono ai sistemi di qualità. Se da un lato furono spinte dalla crescente difficoltà a reperire sul mercato compagnie assicuratrici, dall'altro furono costrette dal sistema di accreditamento delle strutture, operato dalla celebre Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) per poter erogare prestazioni sanitarie.

Il risultato purtroppo non fu quello atteso.

Le organizzazioni sanitarie continuavano ad occuparsi solo dei rischi ambientali e di quelli finanziari, trascurando di fatto quelli legati alle cure.

Ben presto dunque, nell'arco di un solo decennio, si ripresentò il problema in tutta la sua vivacità.

Agli inizi degli anni ottanta il sistema sanitario americano fu nuovamente attraversato da una profonda crisi di "malpractice", forse anche peggiore della prima. Le compagnie assicuratrici continuavano a registrare perdite alte per le polizze salute, i premi iniziarono a calare, complice l'erosione dovuta ai rimborsi, e le denunce ricominciarono ad aumentare.

Di fronte a questa nuova ondata, gli ospedali ed i professionisti che in essi lavoravano, cominciarono a prender in debita considerazione il concetto di risk management, grazie anche all'aiuto delle assicurazioni e dell'American Hospital Association che istituì e formalizzò i compiti del "Risk Manager".

Sulla spinta della stessa associazione si passò progressivamente all'abbandono del risk management "classico" (finanza, ambiente, apparecchi e formazione) per approdare ad un risk management "misto" cioè affiancato alle qualità delle cure.

Nacque così nel 1980 l'American Society for Healthcare Risk Management e nel 1985 il 51% degli ospedali USA era dotato di un programma di risk management. Così dopo le crisi di malpractice degli anni settanta ed ottanta, a riproporre il problema ci pensa il già citato rapporto "To err is human" che cominciò ad entrare nel vivo del problema documentando con cifre allarmanti, quanti americani riportano danni nelle cure e quanti di loro muoiono per le medesime cause; con un costo aggiuntivo di ben 36,7 mld di US\$.

Ecco dunque il costo stimato degli errori che pesa gravemente sul sistema sanitario americano e di riflesso sui singoli cittadini.

Persino l'allora Presidente Bill Clinton ha lanciato un accorato appello e avviò un piano per la sicurezza dei pazienti di ben 50 mld US\$, rifinanziato poi dall'amministrazione Bush, che prevedeva tra l'altro la costituzione di un Centro Nazionale per la Sicurezza dei Pazienti, sull'obbligo di tutti gli ospedali di dotarsi di un sistema di prevenzione degli errori, sulla promozione della sicurezza nell'uso dei farmaci e su di un sistema nazionale di segnalazione obbligatoria di tutti gli errori sanitari.

Parallelamente nacquero numerose altre iniziative di prestigiose associazioni. La Aetna Insurance finanziò un milione di dollari, l'American Hospital Association annunciò l'adozione di strategie per ridurre e prevenire gli errori, la JCAHO modificò i suoi processi per la segnalazione spontanea degli errori.

Le soluzioni:Le metodologie, gli strumenti, i correttivi istituzionali e personali

Pio Lattarulo, Infermiere e Dirigente dell'Assistenza Infermieristica
Massimiliano Martorana, Infermiere e Dirigente dell'Assistenza Infermieristica

Generalmente l'errore viene attribuito all'operatore sanitario che lo ha commesso. La letteratura sembra al contrario dimostrarci come questo non sia sempre vero e come spesso gli errori vengano generati dal contesto in cui si opera; gli errori di sistema. L'operatore rappresenta di fatto solo l'anello terminale di questa lunga catena.

Abbiamo assistito dunque ad un ampliamento della prospettiva legata agli errori, ad una crescita culturale ancora in atto che ci ha permesso di spostare l'attenzione e le risorse dal singolo al sistema. Questa inversione di tendenza ha abbracciato appieno la filosofia del *Clinical Risk Management*, producendo una serie di ricerche e promuovendo delle utili soluzioni da adottare per ridurre l'incidenza di errori clinici. Se da un canto questo ha permesso la creazione e l'adozione di strumenti forniti ai sanitari per l'espletamento delle loro funzioni entro un regime di sicurezza per se e per i pazienti, dall'altro apparirebbe lapalissiano ritenere valida la possibilità di abbattere totalmente il rischio clinico. In questo contesto non deve essere pertanto trascurata **la condizione del professionista sanitario che si trova sempre più spesso a gestire da solo e senza la necessaria formazione, la problematicità di eventi avversi scaturiti dalla pratica lavorativa quotidiana.**

Quando ciascuno di noi commette un errore, è egli in prima istanza ad aver commesso e a rispondere dell'accaduto. Solo successivamente si possono ricercare le cause che hanno indotto quel professionista a violare quella o tal altra procedura e, ad esempio per errata o mancata conoscenza, quali siano le responsabilità dell'operatore e quali quelle dell'istituzione. Questo spiega il perché comunemente medici ed infermieri tendono a nascondere i propri errori piuttosto che imparare da essi.

Per modificare questo atteggiamento, secondo quanto suggerito da Lucien Leappe considerato uno dei maggiori esperti mondiali nello studio degli errori medici, occorre la punizione dell'errore o diversamente l'addestramento e la competenza professionale.

Punire il colpevole non favorisce certo l'emergere degli eventi avversi e si traduce di fatto in un incentivo a nascondere il più possibile l'errore a discapito della possibilità di trasformarlo in un fonte di apprendimento. Inoltre la punizione è un intervento inevitabilmente reattivo, sopraggiunge cioè quando il danno è stato compiuto.

Come già accennato nella trattazione degli errori, la maggior parte degli sforzi compiuti per contenerli si è focalizzata sulla individuazione e gestione degli errori attivi trascurando di fatto l'origine degli stessi, ovverosia gli errori di origine organizzativi presenti nel sistema, gli errori latenti.

Per nostra fortuna non tutti gli errori sono fonte di danni. Questa non rara evenienza si verifica allorquando le preposte barriere di sicurezza tecnica e organizzativa sono, in particolari condizioni, totalmente valicate.

La metodologia di cui è possibile disporre si avvale di due tipologie di analisi:

- **analisi reattiva**
- **analisi proattiva**

L'Analisi Reattiva si avvale di uno studio a posteriore degli incidenti, al contrario l'analisi di tipo proattiva mira all'individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema.

L'analisi reattiva comprende un ventaglio di metodi che spaziano dall'Incident Reporting alla Root Causes Analysis. Nella presente trattazione si prenderanno in esame alcuni di essi.

1. Incident reporting:

E' la raccolta volontaria di schede anonime per la segnalazione di eventi avversi. Attraverso le segnalazioni degli errori e dei near misses è possibile disporre di informazioni che permetteranno di tracciare il percorso che ha permesso il verificarsi dell'evento avverso. Al fine di avere una valutazione globale degli eventi è necessario definire sistemi di report standard con definizioni di ciò che deve essere riportato.

Tra i sistemi di reporting più autorevoli segnaliamo quello americano in campo aeronautico ARSR (Aviation Safety Reporting System), e quello australiano in campo sanitario AISM (Australian Incident Monitoring System).

2. Le Review:

Rappresentano studi condotti con la metodologia della revisione della documentazione sanitaria. Questa tipologia di studi fondano la loro validità scientifica sulla validità statistica, ma non per questo, tenendo conto delle variabili presenti da studio a studio, sono comparabili e pertanto omogenei, rappresentando di fatto un grosso limite.

3. Le Root Causes Analysis:

Le RCA sono delle analisi che partendo dagli errori riscontrati in un sistema, attraverso un metodo induttivo che procede in profondità mediante domande che esplorano il perché di ogni azione e di ogni sua possibile deviazione, ricercano le cause dell'evento avverso. Per far ciò si avvalgono di tecniche diverse, alcune delle quali si prenderanno in considerazione nella presente trattazione.

L' Analisi Proattiva si fonda sulla filosofia della prevenzione degli errori. Le metodologie adoperate, di tipo quantitativo o qualitativo, vanno ad analizzare il processo nelle sue fasi al fine di individuare le criticità del sistema ed i possibili ambiti di errore umano per porvi rimedio.

Gli strumenti e le tecniche adoperate sono svariate e per lo più mutuati da altri contesti e realtà che ancor prima del settore sanitario si son adoperati per arginare il verificarsi di eventi avversi.

Tra le più adoperate ricordiamo la **SHEL** (Software Hardware Environment Liveware), e senza ombra di dubbio alcuno la **FMECA** (Failure Mode Effects and Criticality Analysis). Quest'ultima è una tecnica previsionale dei possibili guasti/errori adoperata da diversi decenni in altri settori e di recente adozione in campo sanitario. Entrambe le tecniche, insieme ad altre, saranno trattate ed approfondite durante la lezione magistrale.

Questi, molto sinteticamente, rappresentano solo alcuni dei correttivi istituzionali che possono essere adeguatamente adoperati in seno ad un sistema complesso quale quello sanitario, per contrastare prevenire ed arginare il verificarsi di eventi avversi.

Ma come spesso accade, il contesto in cui professionalmente agiamo, per cause di svariata natura, non pone i professionisti e ancor più l'utenza in condizioni di sicurezza accettabili tenendo conto delle risorse (umane ed economiche) a disposizione. Tralasciando infatti punte d'eccellenza, il panorama sanitario italiano perlopiù versa in queste obsolete condizioni. Pertanto, fin quando le istituzioni deputate non provvederanno a colmare questo gap, al singolo professionista non rimane che adoperarsi, ciascuno secondo le proprie risorse, e fungere da catalizzatore per questo auspicato cambiamento. Una delle leve sulle quali è doveroso agire è senz'altro l'addestramento e la formazione del personale.

L'addestramento professionale e la crescita della competenza attraverso la formazione continua, permette senz'altro di affrontare il problema con gli strumenti giusti.

È odiernamente in atto un cambiamento culturale che ha interessato il sistema della formazione continua. Le esigenze dettate dall'andragogia e da altre discipline ci hanno permesso di affrontare il problema legato alla formazione degli adulti, sotto una diversa luce e con una chiave di lettura centrata sulla risoluzione dei problemi che su un sapere strettamente accademico inteso in senso lato. Dobbiamo quindi essere capaci di guardare al problema con un maggior senso critico. Non bisogna infatti guardare alla formazione come allo strumento che permette di veicolare delle conoscenze o delle informazioni, ma come allo strumento che offre al tempo stesso anche la risoluzione di taluni problemi. Questa rappresenta la sfida futura della formazione ed in particolare di quella continua.

In questo quadro assume un ruolo strategico determinante l'offerta formativa proposta dagli uffici per la formazione permanente delle aziende sanitarie, che non possono solo limitarsi a gestire il flusso generato dal turismo congressuale.

Un altro ruolo chiave è giocato dagli ordini e dai collegi professionali che possono offrire ai propri iscritti dei pacchetti formativi orientati verso la reale domanda formativa avanzata dai professionisti.

È necessaria quindi che la formazione e la riqualificazione degli operatori verta su temi specifici ed orientati alla prevenzione degli errori evitabili.

Dunque la strada del cambiamento sembra offerta dalla formazione continua che ciascuno di noi, per doveri deontologici e professionali, è tenuto a perseguire.

Ma ad ogni buon conto, ogni serio professionista, conosce i propri punti deboli e l'ambito in cui deve maggiormente lavorare senza che questo venga sancito da leggi o da obblighi di altra natura

In ogni caso una buona e sana autocritica sul proprio operato non può che giovare. Anzi dovrebbe far parte della ordinaria prassi professionale.

La questione etica: *Riflessioni e proposte*

Pio Lattarulo, Infermiere e Dirigente dell'Assistenza Infermieristica

La riflessione etica sulle questioni dell'errore e dell'inganno in medicina rappresenta senza ombra di dubbio una delle più animate controversie nel dibattito in bioetica, deontologia e filosofia morale.

Pur nella consapevolezza che sarebbe opera titanica, trattare in maniera monotematica e soltanto dal punto di vista dell'Infermiere la questione, dal momento in cui è chiaro che per poter essere essa stessa sviscerata nella sua interezza necessiterebbe di un approccio pluridisciplinare, si ritiene ugualmente di affrontare il tema, nel tentativo di offrire qualche input per la riflessione critica.

Nell'epoca post-moderna, rispetto ai concetti di errore e di risk management, il professionista infermiere che affronta un rapporto di stewardship insito in un patto per la salute, non può non tener conto del diritto all'autodeterminazione e soprattutto all'informazione che la persona assistita deve esercitare.

Probabilmente, dagli spunti proposti sicuramente provocatori (ad es. se sia giusto comunicare al paziente di aver commesso un errore), verranno fuori delle valide indicazioni per un approccio bottom-up nella revisione del Codice Deontologico, documento che allo stato, in realtà non contiene alcuna indicazione in merito all'argomento.

E' nostra ferma convinzione che le ripercussioni dell'inganno in medicina sono fondamentali nel momento in cui si considera il valore della deontologia professionale, e non soltanto la sua mera utilità.

RELAZIONE

Crede che di errore ed inganno in medicina o attorno ad essa, se ne parli da poco tempo è un'illusoria convinzione. In realtà se ne discute da tempo, seppur..ieri attorno al piccolo e familiare focolare..degli ospedali, ed oggi sempre più tramite i media e nelle aule dei tribunali.

L'inganno spesso nasce con il medico - stregone, che a metà fra conoscenze empiriche e magiche o simil - tali, in parte cura ed in parte inganna, e tale pratica si perpetua anche tra le vicissitudini dell'ars curandi medievale.

E per validare i corsi e ricorsi storici di vichiana memoria, si possono agevolmente menzionare gli stregoni del terzo millennio, imbroglioni e millantatori, che seguitano a promettere false guarigioni a chi speranza più non ha.

Tanto, per dire che i limiti sono molto labili tra chi esercita la cura per professione e chi a fini speculativi e che errore ed inganno corrono su binari tra loro vicini. Non di rado capita che, persone ammalate o familiari disperati..tentino il tutto per tutto, specie quando delusi..dalla medicina tradizionale.

Atteso tale preambolo, che riguarda il mondo della salute e tutto ciò che ad esso ruota intorno, è giusto concentrare la nostra attenzione sullo specifico che ci riguarda.

Di considerazioni sull'errore in medicina se ne trova traccia già negli scritti di Ippocrate, difatti il primo e probabilmente più celeberrimo tra i suoi Aforismi così recita: "La vita è breve, l'arte lunga, l'occasione fuggevole, l'esperienza fallace, il giudizio difficile".

Ma come già detto..purtroppo spesso errore ed inganno..vanno a braccetto.

Negli scritti di Alessandro Knis Macoppe, medico padovano che esercitava la professione medica nel XVIII secolo si può rilevare quanto segue, tratto dalle lezioni ch'egli teneva agli studenti:

"Cerca di essere sempre ambiguo nel formulare previsioni sul decorso della malattia...In questa situazione tu devi barcamenarti formulando vaghe previsioni secondo lo stile delle profezie delle antiche sibille. Con parole di dubbio significato, con espressioni ambigue, riuscirai a tenere sospesi gli animi...sii prudente nel formulare la diagnosi, in modo da avere sempre di riserva eventuali giustificazioni in caso di errore".

Potrebbe sembrare che tra gli scritti di Macoppe e la situazione attuale..siano passati anni luce. In realtà non è sempre così...e le frasi appena citate spesso tornano prepotentemente attuali.

La predetta connessione tra errore ed inganno è allora, in forza di quanto detto, palese, tangibile e soprattutto è all'origine di quasi tutti i contenziosi che attanagliano la storia quotidiana della cura e dell'assistenza in tutte le forme nelle quali vengono esplicate.

A prescindere dalla gravità dell'errore, va fatta una considerazione importante. Gli strumenti previsti dal Clinical Risk Management, e su cui si è già ampiamente dissertato nella prima parte di questa giornata, sebbene utilissimi per arginare e spezzare la catena dell'errore da soli non bastano se non si tengono nella giusta considerazione le implicazioni non strettamente tecniche del problema.

Esiste sempre il fattore umano, ed è anche su questo che bisognerà sempre più in futuro che si concentri l'attenzione di eticisti, studiosi di deontologia, filosofi e dell'intera comunità professionale.

Il nodo da dipanare è il seguente: rivelare l'errore è giusto ?

Negli USA, la stura al fenomeno errore giunge dalla pubblicazione dell'ormai celeberrimo rapporto To Err is Human: building a safer health system risalente al 1999. Tutto ciò ha contribuito al fatto che dal luglio 2003, abbia avuto corso, nel senato statunitense, un disegno di legge sulla sicurezza del paziente.

Tra le caratteristiche della legge, quella che interessa maggiormente la sfaccettatura del "pianeta errore" e che tratteremo in questa sede, è il fatto che la segnalazione di tutti gli eventi avversi o dei "quasi- eventi" con la contemporanea proposta di soluzioni tecnologiche adatte, eviterebbe che buona parte dei contenziosi finisca in tribunale.

Tale disegno legislativo, peraltro promuove la cultura del "venire allo scoperto" tutelando coloro i quali decidono di dichiarare l'errore commesso, e promuove uno spostamento d'asse sulla depenalizzazione dell'errore, soluzione auspicata da molti esperti dell'errore.

D'altro canto, il razionale del problema negli USA è già stato affrontato da tempo, con le creazioni di Unità di Rischio, o le Mortality and Morbidity Conferencies, momenti formativi in cui i chirurghi si riuniscono per discutere degli errori commessi e pensare strategie future.

In Italia, sono ancora rarissime le Unità per il Risk Management benché s'inizi già da tempo a discutere il problema in maniera più seria ed articolata.

David Hilfiker, medico e scrittore statunitense propone una formula per affrontare l'errore, fondata su tre step fondamentali, confession , restitution and absolution.

Ovvero, discussione nella comunità scientifica dell'errore, ma anche confronto con la persona assistita...situazione che diventa impensabile se paragonata all'organizzazione delle strutture nelle quali operiamo ed al nostro personale livello di conoscenze in tal senso. Probabilmente alla domanda se sia giusto o meno rivelare l'errore abbiamo già risposto, almeno in parte.

Un dato di fatto incontestabile è che pratica terapeutica o assistenziale senza possibilità di errore non esiste. Da tale assunto, scaturiscono una serie di considerazioni tecniche, già fatte nella prima parte di questa giornata e di ordine morale, filosofico, sociologico, psicologico e di altro genere.

Anche grazie alla distorta comprensione di fenomenologie da "fiction" quali quelle prodotte dal serial televisivo "ER - Medici in prima linea" ed all'opera di giornalisti sempre più venditori di storie e meno di informazione corretta, si pretende l'assoluta assenza di errori.

Evidentemente, tutto ciò tende soltanto a dilatare il confine tra la fiction e la realtà, confondendo le idee alla cittadinanza, lontano dalle scene della finzione.

In realtà gli errori esistono, accadono com'è umano che sia, e sembra particolarmente significativa l'asserzione di Teresa Petrangolini, segretaria del movimento Cittadinzattiva che scrive: "Il santuario di Ippocrate non è più tempio sacro: dove c'è errore ci può essere riparazione". Ma perché ci sia riparazione è necessario cambiare il modo di vedere le cose, da ambo le parti, quella dei sanitari e quella dei cittadini.

Spesso gli errori sono dovuti alla fretta, alla cattiva gestione dell'organizzazione sanitaria, anche alla fatalità, ma soprattutto alle colpe di una sanità sempre più schiava del Drg's e sempre più incentrata sulla quantità piuttosto che sulla qualità.

I problemi più gravi sorgono nell'ambito relazionale, sovente sono dovuti allo scarso peso dato all'informazione e soprattutto al consenso informato, vissuto dai medici più come un adempimento burocratico che come uno strumento di formazione ed informazione.

Ed è quando la gente si ritiene raggirata, ingannata, che scattano i sentimenti di rivalsa. Probabilmente non vi è nessuna voglia d'ingannare, ma soltanto l'incapacità di comunicare la realtà accompagnata a sentimenti di superiorità, dettati dal possesso delle conoscenze.

E' inverosimile, nel terzo millennio, il fatto che alla volontà di un paziente, alla vigilia di un intervento chirurgico magari anche piuttosto impegnativo, di conoscere le statistiche riguardanti le percentuali di successo, il medico risponda che i "numeri riguardano soltanto i medici...e che lei proprio..non si deve preoccupare...

Ebbene, volendo affrontare la questione dal punto di vista etico -morale, utilizzeremo i quattro paradigmi che il bioeticista Salvino Leone ha sottolineato a proposito di errore in medicina: l'errore conoscitivo, applicativo, operativo, migliorativo.

ERRORE CONOSCITIVO

Viene esplicitato il caso classico della pratica...magica...del clistere di fumo di tabacco, utilizzato a partire dal 1600 quale strumento utile per pratiche anestesilogiche e rianimatorie...per giustificare la necessità di un approccio rigoroso improntato al metodo, in buona sostanza, all'EBM ed all'EBN.

ERRORE APPLICATIVO

Il caso dei danni provocati dall'utilizzo della talidomide, è un esempio illuminante. Benché su questo argomento siano stati scritti fiumi di articoli e libri, rappresenta ancor 'oggi un utile richiamo, affinché simili cose non accadano mai più. Ed è un invito a chi di competenza per un sempre maggior rigore nella sperimentazione clinica, e soprattutto alla vera validità del consenso informato in tali situazioni.

ERRORE OPERATIVO

Tragici casi di errore purtroppo portano alla ribalta delle cronache le professioni sanitarie, e sempre di più oggi anche la professione infermieristica, vedi caso Latina...esano somministrato al posto della Soluzione Fisiologica in Dialisi, o il recentissimo caso di Carmagnola...KCl utilizzato in luogo della Soluzione Fisiologica per diluire un antibiotico.

ERRORE MIGLIORATIVO

L'errore come punto di partenza per il processo di miglioramento. In questo quadro si situano le iniziative del Tribunale dei Diritti del Malato, con il progetto "Imparare dall'errore", e gli strumenti del clinical risk management.

Ed allora quale approccio migliore per cambiare visione e modo di pensare ?

E' necessario fare a monte un piccolo approfondimento. Le innovazioni continue e l'iperbole tecnologica che hanno profondamente modificato l'approccio medico alla malattia hanno portato con loro anche una serie di sconvolgimenti nel rapporto tradizionalmente inteso quale paternalista.

In un articolo pubblicato sul BMJ nell'anno 2000, Salvage e Smith scrivono: "Per decenni si è sempre pensato alle professioni sanitarie come a una famiglia, dove c'è il medico - padre, l'infermiera-madre e il paziente-figlio. Ma abbiamo ormai abbandonato l'illusione di avere saggezza e protezioni totali dal padre; il desiderio di avere comfort e protezione per tutto dalla madre non è raggiungibile; e il paziente è cresciuto".

La problematica più complessa che i professionisti della salute, ed i medici non riescono proprio a mandare..giù è assolutamente questa..il paziente è cresciuto, è per fortuna sempre più informato e consapevole delle scelte che riguardano il suo destino..e non è più disposto ad accettare tutto ciò che altri decidono..in nome del suo bene..

E' utile in questo senso dare un rapido sguardo alle stagioni dell'etica in medicina, nello schema proposto da Spinsanti, per comprendere il mutarsi di condizioni e posizioni.

La stessa crescita è avvenuta anche nella comunità professionale infermieristica ?

Per tentare di analizzare questo fatto, si tenterà un'ardua speculazione tra la letteratura, utilizzando il Pinocchio di Collodi, e la maturità personale secondo gli stadi della moralità di Kohlberg.

Rileggendo la favola di Pinocchio, non si può non osservare, come scrive Alberto Asor Rosa, in una splendida prefazione alla recente ristampa del libro per la Collezione Ottocento de "La Repubblica",

che : "Il destino di un libro come *Le avventure di Pinocchio* è d'essere nato come un fantastico libro per bambini, per diventare poi, cammin facendo, un grande libro per grandi, senza smettere mai d'essere un fantastico libro per bambini".

Dalla favola di Pinocchio si possono desumere mille connotazioni del percorso di crescita dell'uomo, sentiero che si interfaccia perfettamente con quello della professione infermieristica. Pinocchio oppone resistenza al cambiamento, non vuole crescere. Quanti sono, oggi, gli infermieri che rimpiangono l'epoca del mansionario, in cui servivano adeguatamente il babbo-dottore, preparavano il caffè e riempivano l'ammalato di borotalco.

Adeguarsi alle regole del mondo adulto, significa crescere e questo Pinocchio proprio non lo vuol fare. Crescere significa assumere delle responsabilità...di recente sul forum infermieristico di NursesArea, in un post in cui si dibatteva sul tragico caso di Carmagnola, è intervenuto un collega che, pur non avendo un'esperienza di servizio..almeno in termini anagrafici di poco conto, proponeva che la terapia endovenosa tornasse ad essere pratica di competenza medica....

E nel cammino del nostro Pinocchio è spesso presente un duplice aspetto, il bambino-burattino o viceversa secondo le situazioni, che vede il suo distacco dal padre come occasione di crescita, ed il bambino che segue il gatto e la volpe per desiderio di trasgredire, irricoscente nei confronti del padre, e che si allontana dalla morale.

Certamente, l'infermiere nella gran parte dei casi è ancora piccolo dal punto di vista della crescita morale. Ha una grande esperienza tecnica, forte tradizione alle spalle, spesso dimostra grande sicurezza..ma ha le spalle per camminare da solo ?..è capace di trasformarsi da burattino nelle mani del medico che tira i fili...a bambino prima ed adulto poi, capace di assumere decisioni in sé ?

Passare dall'infanzia all'età adulta è difficile, e forse è proprio quello che in questo momento storico stiamo vivendo. Staccarsi dalla mansione per l'autonomia è oneroso e comporta una serie di sacrifici. La strategia migliore è quella di nascondersi dietro il babbo-dottore, operazione che per molto tempo è tornata anche piuttosto comoda, ma il tempo delle mele è finito...la pleora degli avvocati motivazione aggiunta che ha contribuito non poco ad incrementare le cause contro i sanitari, ha compreso che..esaurito o quasi..il filone dei medici..è possibile iniziare a spolpare l'osso-infermiere, con l'unica differenza che l'infermiere non ha le condizioni economiche e politiche per difendersi sufficientemente.

A modesto parere dello scrivente, la strada migliore non sarà certamente quella che conduce al Paese dei Balocchi, dove tutto è luminescente, ma si rende indispensabile strutturarsi al meglio per evitare l'errore e rifuggire dall'inganno.

Nondimeno, Pinocchio al termine di tutte le sue peripezie e dopo non poco impegno, come scrive il grande Collodi, "andò a guardarsi allo specchio e gli parve di essere un altro. Non vide più l'immagine della marionetta di legno, ma vide l'immagine vispa e intelligente di un bel fanciullo, con gli occhi celesti e un'aria allegra e festosa come una pasqua di rose".

Analogamente, scrivono Cortese e Fedrigotti, "Una professione, che ha il compito di far crescere la società attraverso la cura della salute, ha bisogno di avere operatori la cui professionalità sia la sintesi di una solida maturità personale e professionale".

Per dare forza a questa asserzione, utilizzano le tesi di Lawrence Kohlberg, psicologo statunitense, secondo il quale, il giudizio morale si sviluppa attraverso una serie di riorganizzazioni cognitive, identificate come stadi.

La considerazione importante è che secondo Kohlberg lo sviluppo della morale non cala dall'alto come un decalogo, ma richiede la trasformazione delle strutture affettive e cognitive, e prescinde anche dalle stimolazioni dall'ambiente che il soggetto riceve.

Non basta pertanto consegnare anche brevi manu, una copia del codice deontologico perché l'infermiere faccia suoi i principi che vi sono contenuti, ma è necessario che egli progredisca strada facendo, attraverso i vari livelli, da quello **pre-convenzionale**, in cui appunto obbedisce per paura o per opportunismo, allo stadio successivo, il livello **convenzionale** dove il soggetto rispetta le regole del gruppo e dell'ambiente, e le leggi ed i regolamenti sociali, sino all'auspicato terzo livello, detto **autonomo o di principio**, nel quale si agisce secondo ciò che si ritiene giusto, sino al top, l'orientamento al principio etico universale.

E' chiaro che i passaggi fra i vari stadi di Kohlberg costituiscono un orientamento e non già un modello pedissequo da osservare a scadenze regolari.

Peraltro, Kohlberg stesso ha invitato, prima di esprimere un giudizio morale, a ricercare sempre le ragioni di un'azione, ed ha precisato tra l'altro, che l'ambiente formativo è determinante per lo sviluppo morale.

Al termine di questa galoppata non resta che..qualche proponimento per il futuro dell'etica e della deontologia infermieristica.

Un'annotazione risalente al secolo scorso, riguardante i doveri dell'Infermiera nel 1887, di sicura provenienza oltreoceano desta oggi qualche sorriso in chi legge al punto 9:

"L'infermiera che svolge i propri compiti e assiste senza errori i pazienti per 5 anni riceverà un aumento di 5 centesimi di dollaro al giorno, purché non abbia debiti con l'amministrazione dell'ospedale".

Oggi...c'è bisogno indubbiamente di un nuovo approccio...la deontologia secondo Giovanni Berlinguer, illustre bioeticista prevede nuove strade per il futuro, con la collaborazione che va chiesta ai cittadini. Attraverso la mediazione, e la considerazione delle istanze di chi sarà oggetto della care infermieristica è possibile pensare altre dimensioni dell'assistenza e dei codici deontologici.

La professione infermieristica, alla terza stesura di un codice che nelle edizioni precedenti risentiva in maniera talvolta clamorosa, del contesto epocale in cui era collocato, ha fatto grandi passi in avanti dichiarando intanto il proprio essere vicino, lo stare con...per il tramite del Patto Infermiere-Cittadino. Oltre a ciò, è stata presa posizione su una serie di questioni mai affrontate prima, sulle quali per ragioni di spazio e di tematica, si rinvia la discussione ad altra sede.

Per quanto riguarda l'errore non se ne parla esplicitamente, benché chiaramente si identifica quale obiettivo prioritario del professionista infermiere il non nocere ed il bene del paziente.

Un assunto condivisibile sta nel fatto che un codice non può normare e prevedere tutte le situazioni. Ma proprio perché, valore intrinseco del codice è il fatto che tale strumento deve, periodicamente essere rivisitato alla luce delle problematiche sociali e professionali che si presentano, sarà necessario in futuro affrontare concretamente la questione dell'errore in medicina e nelle cure infermieristiche.

La persona assistita ha bisogno di rafforzare il senso di fiducia nei confronti della struttura e degli operatori sanitari, ed il professionista infermiere in questo senso può giocare un ruolo importante, soprattutto nel ridurre l'asimmetria e le disuguaglianze.

E' giusto che, in futuro venga considerata anche la questione dell'inganno, al quale l'infermiere non deve partecipare né in prima persona e neppure con il concorso di altri.

L'infermiere in linea con la deontologia del terzo millennio è quello che indossa i 5 abiti..dianoetici che Aristotele..disegnava per l'esercizio della virtù moltissimo tempo fa...

- 1) l'arte (technè), il buon uso della ragione nelle attività produttive;
- 2) la saggezza (phronesis), il buon uso della ragione nella pratica;
- 3) l'intelligenza (nous), cioè la capacità di cogliere i principi;
- 4) la scienza (epistemè), la capacità di dimostrare;
- 5) la saggezza (sophia), che unisce intelligenza e scienza come capacità di cogliere i principi veri e di svilupparli dimostrativamente;