

del rischio e nell'invio rapido dei pazienti presso gli ospedali più adeguati ma anche nel trattamento d'emergenza sul campo.

IL PUNTO DI VISTA DELL'ANESTESISTA

Il Piano Bianco ha funzionato egregiamente: i pazienti feriti, con condizioni cliniche non gravi, sono arrivati in gruppi di 4-5 persone molto rapidamente grazie anche alla collaborazione fra i servizi medici del dipartimento antiterrorismo della polizia nazionale francese (RAID), i team di emergenza pre-ospedaliera e dei *trauma team* ospedalieri. Appena scattato l'allarme, sono state liberate tutte le unità di terapia intensiva post-chirurgica e contemporaneamente i reparti di medicina hanno messo a disposizione ulteriori letti. Questo ha permesso che le 'shock trauma room' fossero utilizzabili per accogliere nuovi pazienti. Ogni paziente in codice rosso è stato assistito da un team dedicato che definiva le priorità del paziente (stabilendo se erano necessarie TAC o esami radiologici) e poi lo inviava rapidamente in sala operatoria. Nell'arco di appena 24 ore sono stati effettuati tutti gli interventi chirurgici di urgenza assoluta o relativa.

IL PUNTO DI VISTA DEL CHIRURGO

La formula vincente dei soccorsi di quella notte è stata la professionalità degli operatori ma anche e soprattutto la solidarietà che ha portato a lavorare tutti al di sopra delle forze. L'obiettivo comune era evidente e ognuno ha collaborato in maniera fluida e armoniosa. Questo ha consentito, ad esempio, presso l'Ospedale Lariboisière di aprire due sale operatorie per la chirurgia ortopedica, una per la neurochirurgia, una per interventi di pertinenza otorinolaringoiatrica e due per la chirurgia addominale. Analizzando il lavoro svolto in quelle tragiche ore è emerso che quasi tutti gli interventi erano stati effettuati su pazienti di meno di 40 anni.

La macchina organizzativa ha funzionato in maniera impeccabile non solo perché la struttura in sé ha funzionato alla perfezione ma anche, e soprattutto, perché il 'fattore umano' è stato determinante.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas

Migliorare la diagnosi: la nuova frontiera della sicurezza del paziente

Singh H. Graber ML

Improving diagnosis in health care: the next imperative for patient safety

N Engl J Med 2015; 373: 2493-2495

INTRODUZIONE

Nel 1999 il documento dell'Institute of Medicine (IOM) *Errare è umano* diede inizio ad un nuovo corso nella riflessione sul tema della sicurezza dei pazienti. Con il suo recente documento *Migliorare la diagnosi nell'assistenza*, pubblicato nel 2015, lo IOM riconosce che affrontare l'errore diagnostico è un imperativo morale, professionale e di salute pubblica, e che esso rappresenta uno dei fattori di rischio più importanti per la sicurezza del paziente. La ricerca suggerisce, infatti, che l'errore diagnostico interessa ormai un adulto su 20 in ambito extraospedaliero e oltre 12 milioni di adulti all'anno soltanto negli Stati Uniti. Ciò significa, sottolineano Singh e Graber, che la maggioranza delle persone subirà uno o più errori diagnostici nel corso della propria vita.

METODO

Nel suo documento del 2015 lo IOM presenta una serie di *Raccomandazioni*, la cui applicazione mira a determinare cambiamenti procedurali e di sistema finalizzati alla riduzione degli errori diagnostici. Esse si basano su alcune assunzioni di partenza, tra cui il principio per cui le conoscenze e le ipotesi di un solo medico, seppur fondamentali, non sempre assicurano una diagnosi accurata. Si parte poi da una definizione ampia di 'errore diagnostico', inteso come "l'errore nel fornire una spiegazione tempestiva ed accurata del problema del paziente o l'errore nel comunicare tale spiegazione al paziente stesso". Una definizione, questa, che enfatizza il ruolo vitale del paziente nel processo diagnostico.

RISULTATI

Le *Raccomandazioni* evidenziano l'importanza di alcune azioni sistemiche per migliorare la ca-

APPRENDERE DAGLI ERRORI

Un viaggio nella sicurezza del paziente attraverso storie di eventi avversi

A cura di Michela Rimondini, Diana Pascu, Gianluigi Zanovello, Gabriele Romano
Presentazione di Charles Vincent

Tutti hanno sperimentato un evento avverso nel corso della propria carriera professionale. Il libro parte da questa evidenza e si sviluppa dalle storie che ciascuno porta inevitabilmente con sé. L'idea è il frutto dell'incontro di esperienze "sul campo" di professionisti provenienti da diversi mondi, tutti impegnati con le proprie competenze specifiche ma complementari nella gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente. Il libro è rivolto a un pubblico di lettori multidisciplinare per migliorare le capacità di analizzare e gestire i rischi, gli errori e gli eventi avversi, ma anche i loro effetti psicologici sui sanitari coinvolti, favorendo lo sviluppo di un coerente approccio sistemico alla sicurezza del paziente.

www.pensiero.it

Numero verde 800-259620



pacità diagnostica. Tra esse il lavoro di gruppo, i cambiamenti nell'insegnamento della metodologia diagnostica, il supporto delle nuove tecnologie, la misurazione degli errori come strumento per imparare dagli stessi, la promozione del concetto di sicurezza diagnostica, nonché una revisione dei sistemi di rimborso e un aumento dei fondi per la ricerca.

Secondo Singh e Graber l'approccio assunto dallo IOM in questo suo recente documento è appropriato. L'istituto riconosce, infatti, che molti dei fattori sottesi all'errore diagnostico sono intrinsecamente collegati a problemi più ampi e sistemici, come quello rappresentato dalla necessità di una riforma dei sistemi di rimborso, che riconosca il lavoro cognitivo dei medici. La concreta implementazione delle *Raccomandazioni* è possibile attraverso la realizzazione di una serie di azioni non solo individuali, ma anche collettive.

Molti errori diagnostici avvengono in ambiente extraospedaliero, dove mancano tradizionali sistemi di controllo quali la revisione tra pari e le procedure di gestione della qualità.

Sono dunque necessarie nuove soluzioni che incoraggino l'apprendimento tra pari in ambiente non ospedaliero: per esempio, la figura del cosiddetto medico-champion – un medico scelto all'interno di un gruppo di altri medici allo scopo di stimolare e guidare cambiamenti nelle pratiche – dovrebbe essere più diffusa e potrebbe incoraggiare gli altri medici a riportare i pro-

pri errori e a ottenere un feedback dai pazienti interessati.

Inoltre lo IOM pone molta enfasi sulla partnership con i pazienti nel processo diagnostico e sull'adozione di un modello riflessivo nella pratica medica, nel quale l'apprendimento a partire dagli errori divenga la norma. Individuare sistemi per far avere ai medici dei feedback sulla loro performance diagnostica li aiuterebbe infatti a calibrare le proprie capacità. Oggi, invece, questo è molto difficile e un eventuale errore diagnostico potrebbe non emergere o emergere solo molti anni dopo.

CONCLUSIONI

Negli ultimi 15 anni il movimento per la sicurezza del paziente si è focalizzato sui danni causati da errori legati a terapie e trattamenti. L'attenzione dello IOM alla diagnosi come potenziale fonte di danno pone finalmente l'accento anche su un altro atto fondamentale della pratica medica. Gli autori dichiarano dunque di essere ottimisti e ritengono che il report del 2015 porterà una rinnovata attenzione verso la diagnosi e il suo miglioramento e a una conseguente riduzione dei danni ai pazienti legati a errori diagnostici.

Alessandra Lo Scalzo

Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas