

Risk management e comunicazione: cosa non va?

Ferdinando Pellegrino

Dipartimento Salute Mentale, ASL Salerno (ex Sa1)

Con l'avvento dei processi comunicativi telematici e la loro applicazione in medicina, le distanze fra i professionisti afferenti a diverse aree di specializzazione e appartenenti ad aree funzionali diverse del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) dovrebbero essere ridotte o inesistenti; nella realtà dei fatti i processi comunicativi, sia reali che virtuali, tra professionisti sembrano essersi complicati, tanto da costituire un fattore di:

- inappropriata organizzativa, clinica e terapeutica;
- rischio clinico con conseguente possibilità di errore professionale;
- incremento della spesa sanitaria.

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono diversi fattori la cui perfetta sincronia e l'integrazione sono fondamentali per il buon esito degli interventi. Nell'affrontare il problema della gestione del rischio clinico ci si rende subito conto dell'importanza del "fattore umano", nel contempo risorsa e criticità: è risorsa quando si riesce a ottimizzare, nei limiti delle proprie possibilità e nell'ambito della complessità dell'organizzazione in cui si opera, l'efficacia relazionale con i colleghi; è criticità quando, invece di mitigare i conflitti, si diventa motivo di conflitti alimentando stili comunicativi interprofessionali difettosi e confusivi.

Non a caso uno dei fattori che facilita la possibilità che il rischio clinico si concretizzi in un errore professionale, e quindi in un danno per il paziente, è dato da difetti di comunicazione tra gli operatori.

"Una cattiva comunicazione tra operatori può essere causa d'errori, perché l'informazione non viene passata e/o non è disponibile, con conseguenze importanti per i pazienti, che possono andare dalla somministrazione della terapia o di trattamenti scorretti, a ritardi, errori od omissioni nei trattamenti" ¹.

Il problema della comunicazione diventa quindi di cruciale importanza per la gestione del rischio clinico e gli interventi preventivi

diventano fondamentali; tra le cause di una cattiva comunicazione vi sono una organizzazione inadeguata, la presenza di conflittualità e di un clima organizzativo non sereno, la scarsa attitudine al lavoro d'équipe e al confronto interdisciplinare, un eccesso di carico lavorativo e la scarsa disponibilità di risorse strutturali e funzionali.

Tali difficoltà, tipiche dell'organizzazione ospedaliera, tendono ad amplificarsi sull'assistenza che viene prestata a livello territoriale; la comunicazione tra ospedale, medico specialista ospedaliero o territoriale e medico di medicina generale è per lo più carente o rappresentata semplicemente da un cartellino o scheda di dimissione. Ciò può compromettere in modo serio la qualità delle prestazioni andando ad alimentare il senso di sfiducia e di impotenza degli operatori che si ritrovano a raccogliere frammenti di storia di una persona, senza avere una chiara visione di tutte le sue problematiche.

Anche il medico di medicina generale stenta a mantenere il filo conduttore dell'assistenza prestata al suo paziente, ad essere il punto di riferimento capace di operare quella sintesi necessaria a garantire una comunicazione efficace tra i diversi operatori.

Molteplici sono quindi le problematiche che sorreggono problemi di comunicazione e relazione tra gli operatori sanitari e indubbiamente non è facile predisporre idonee misure per favorire tali processi; tuttavia appare evidente che il problema esiste ed è molto sentito dai medici, ma le iniziative per affrontarlo sono marginali ed inadeguate.

"Nessuno aveva menzionato, e forse nessuno se n'era nemmeno interessato, ciò che avveniva nell'intimo del paziente mentre questi veniva spedito da un medico all'altro e si trovava ogni tanto steso sulla tavola operatoria. Ora, chi era responsabile del paziente?" ².

Con questa domanda Michael Balint metteva a confronto le responsabilità del medico di famiglia, del chirurgo, dello psichiatra, di altri specialisti che avevano avuto modo di visitare un paziente, ma tutti avevano ommesso di approfondire le sue dinamiche psico-

logiche e non vi era stato alcun confronto interdisciplinare. Tale fenomeno, descritto da Balint come la *collusione dell'anonimità*, descrive molto bene quanto accade nella pratica clinica: “tutti fanno del loro meglio e spendono le loro energie in modo inutile, senza che vi sia un solo responsabile del trattamento – o bistrattamento – del caso”².

Se diventa difficile e talvolta impossibile – per tanti motivi – organizzare periodiche e dovute riunioni di équipe all'interno dell'ospedale, appare illusorio creare canali preferenziali e stabili di comunicazione ad esempio tra il medico di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali sia ospedalieri che territoriali; molte informazioni vengono omesse, molte indagini cliniche sono triplicate perché richieste da più professionisti senza che ci sia un referente del caso in esame che possa mediare tra le diverse istanze e monitorare con appropriatezza il processo diagnostico e terapeutico di un paziente.

Ciò non favorisce il buon esito degli interventi, aumenta i livelli del rischio clinico e rappresenta un'occasione persa per accrescere lo scambio di informazioni e comunicazione tra le varie aree specialistiche, fonte di aggiornamento e crescita professionale.

Il problema si amplia se si considera che una buona comunicazione fra gli operatori serve anche a migliorare il rapporto con l'utenza che altrimenti coglie la frammentarietà delle specializzazioni, le considera separate, pensa che ogni specialista possa operare in piena autonomia.

Tali riflessioni nascono dall'osservazione dell'esperienza specialistica nell'ambito di un ambulatorio dove pervengono le richieste di consulenza psichiatrica operate dal medico di medicina generale; mediamente su dieci pazienti solo tre riescono a fornire una chiara documentazione anamnestica remota e prossima; solo pochi ricordano i farmaci che assumono o ricordano gli esami clinici o strumentali effettuati negli ultimi anni.

Viene così a mancare quella visione generale che consente allo specialista di formulare un'ipotesi diagnostica appropriata dovendo ricostruire, in un breve arco di tempo, le motivazioni che hanno indotto il paziente e il medico di famiglia a richiedere un consulto e tutto quanto possa essere utile per comprendere quanto sino a quel momento sia stato fatto.

Il “non ricordo”, il “non so”, il “non conoscere il dosaggio del o dei farmaci assunti”, il “non sapere le indagini strumentali praticate o l'aver dimenticato il referto a casa”, non consentono allo specialista di intervenire, o per lo meno, ciò determina il rinvio della con-

sultazione ad altra data, quando tali informazioni sono disponibili. Mi è tuttavia capitato di vedere molti medici di famiglia adoperarsi per annotare ogni cosa su un quaderno che viene gelosamente conservato dal paziente, una traccia importante che consente di valutare anche gli interventi praticati in urgenza dal medico, con un periodico prospetto sintetico della terapia in atto.

Ciò dimostra che l'esigenza di favorire i processi comunicativi interprofessionali è avvertita come prioritaria e non più differibile nella consapevolezza che una buona comunicazione favorisce una migliore appropriatezza degli interventi ed una riduzione del rischio clinico³.

Sul versante della formazione occorre invece superare gli schemi formativi settoriali e favorire l'interdisciplinarietà; l'osservazione di una stessa patologia specialistica operata da operatori diversi consente di valutare il singolo caso clinico in modo globale.

L'elevata incidenza di pazienti con polipatologie – spesso croniche e invalidanti – che necessitano di politerapie complesse possono essere meglio gestiti se il confronto interdisciplinare è serrato e costruttivo.

In questo senso l'organizzazione di *Audit clinici interdisciplinari* – in linea con le procedure ECM (Educazione Continua in Medicina) – consente a professionisti afferenti a diverse aree specialistiche di avere un confronto immediato su specifiche patologie attraverso la riflessione guidata di casi clinici.

Il percorso formativo deve essere periodico e costante, organizzato in piccoli gruppi di professionisti con un approccio basato sulla valutazione e discussione di casi clinici in cui si è resa necessaria la partecipazione di più specialisti.

Il gruppo si arricchisce in tal modo sotto il profilo umano e professionale in quanto la condivisione dell'esperienza favorisce la crescita culturale del medico e la sua autoefficacia⁴.

Bibliografia

- 1 Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. *Risk management in Sanità. Il problema degli errori*. Roma: Ministero della Salute 2004.
- 2 Balint M. *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli 1990 (tr. it. *The Doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical Publishing Co. Ltd. 1957).
- 3 Pellegrino F. *La comunicazione in medicina*. Milano-Firenze-Napoli: Mediserve 2011.
- 4 Pellegrino F. *Personalità ed autoefficacia*. Milano: Springer 2010.
- 5 Pellegrino F. *Logorio professionale, risorse umane e comunicazione*. Medici Oggi. 2010;XIV:12-15.