

• **Collegi IPASVI
Regione Emilia-
Romagna - Atti XXIII
Convegno Regionale
"Il rischio in sanità"**
**Bologna,
25 maggio 2006**

COLLEGI PROVINCIALI
INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA
REGIONE EMILIA-ROMAGNA



IPASVI
A T T I

XXIII CONVEGNO REGIONALE

Corso di Formazione ECM

"Il rischio in sanità"

**Bologna, 25 maggio 2006
ore 8,00-18,00**

**Palazzo della Cultura e dei Congressi
Sala Europa
Nell'ambito di Expositività**

APERTURA CONVEGNO

**Signorina Cleopatra Ferri
Presidente Collegio IPASVI di Bologna**

Buongiorno a tutti.

Grazie di essere presenti a questo nostro XXIII Convegno Regionale dei Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari e Vigilatrici d'infanzia della Regione Emilia-Romagna.

Prima dell'introduzione al tema, che farà la Presidente del Collegio di Ravenna signora Milena Cavallaro, è importante darvi innanzitutto alcune comunicazioni riguardanti il programma; è inoltre doveroso da parte nostra scusarci con voi per i disagi che sono accaduti in relazione al "doppio percorso" a cui avete dovuto sottostare questa mattina in relazione al discorso "sicurezza". Purtroppo l'autorità che sovrintende alla sicurezza ha dato disposizioni in questo senso e quindi si è reso necessario il passaggio attraverso quelli che vengono definiti "tornelli". Penso che questo sia un evento che si ripeterà anche in futuro e quindi dovremo imparare questa nuova modalità, mentre gli anni scorsi questo non avveniva.

Per quanto riguarda il programma, la dottoressa Annalisa Silvestro, nostra Presidente nazionale, è in arrivo in quanto sta partecipando anche ad un convegno del Coordinamento dei Caposala; sarà comunque con noi nel prosieguo della giornata. Seguirà quindi la relazione della dottoressa Maria Luisa Moro che ci parlerà del rischio infettivo.

Poi avremo le nostre graditissime ospiti inglesi, mrs Katherine Beaumont e mrs Alison Prizeman che ci presenteranno le esperienze del Regno Unito.

Avremo poi l'intervallo e nel pomeriggio seguiranno esperienze di casa nostra, che verranno descritte dalla dottoressa Roberta Mazzoni, Direttore del Servizio infermieristico di Cesena; poi ci sarà il signor Mauro Taglioni, Direttore del Servizio infermieristico di Forlì, la dottoressa Augusta Nicoli, dell'Agenzia dei servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna e il signor Patrizio Di Denia, che esercita la professione nell'ambito dell'Agenzia e contemporaneamente è consigliere del Collegio di Bologna.

Ho voluto presentare solo i relatori in quanto i temi da loro trattati sono elencati nel programma che vi è stato distribuito.

Come vedete i relatori sono in numero relativamente limitato proprio perché abbiamo preferito dare spazio ai vari argomenti per approfondirli il più possibile, in quanto il tema del rischio in sanità è molto attuale ed importante, in cui gli infermieri hanno tanta responsabilità, mettendo tanto impegno nell'organizzazione del proprio servizio agli effetti della prevenzione, oltre che, naturalmente, sapere gestire nel migliore dei modi l'evento negativo qualora dovesse accadere.

Vi auguro buona giornata e buon lavoro e rimango a vostra disposizione se avete bisogno.

Grazie dell'attenzione e grazie della presenza, passo la parola alla signora Milena Cavallaro, Presidente del Collegio IPASVI di Ravenna.

INTRODUZIONE

Signora Milena Cavallaro

Presidente Collegio IPASVI di Ravenna

Buongiorno a tutti. Benvenuti a questa giornata molto importante ed impegnativa per la serie di relazioni e soprattutto per l'argomento.

Il mio compito, a nome del Coordinamento dei Collegi della Regione Emilia-Romagna, è quello di introdurre con dei brevi flash il tema della giornata.

Finché l'errore continua ad essere visto come una colpa, la punizione si traduce in un incentivo a nascondere il più possibile l'errore commesso quando ormai il danno è fatto. Addestrare gli operatori a fare la cosa giusta, a seguire protocolli che riducano il rischio, e quindi l'errore, significa invece agire in anticipo impedendo il verificarsi del danno, almeno in molti casi.

Quali sono i rischi in sanità? Il rischio clinico, legato all'attività clinico-assistenziale, quello ambientale, anche il rischio di malattie degli operatori all'interno della sanità e il rischio economico conseguente all'attività svolta.

Come gestire il rischio? Attraverso il *Risk management* che nasce dalla consapevolezza che l'attività svolta all'interno delle

strutture sanitarie è intrinsecamente rischiosa. Cercare di individuare gli strumenti per valutare e governare tali rischi ricercando, nel sistema di gestione complessivo, i miglioramenti, ed identificando le conseguenze morali ed economiche di questa esposizione al rischio per i cittadini e per i professionisti.

Come infermieri la gestione del rischio ci coinvolge perché tutti gli aspetti che abbiamo visto debbono essere affrontati in ogni struttura sanitaria in maniera globale ed integrata, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità specifiche di ogni professionista.

I SESSIONE

"IL RISCHIO INFETTIVO"

Dottoressa Maria Luisa Moro

Agenzia Sanitaria Regionale, Assessore alla Sanità e alle Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna

Buongiorno a tutti.

Ringrazio la signorina Ferri e tutti i Collegi della Regione per questo invito che mi dà l'opportunità di presentare un po' delle attività che stiamo portando avanti nella Regione Emilia-Romagna. Lavoro per l'Agenzia Sanitaria Regionale in un'area che si occupa di rischio infettivo e che ha come obiettivo il cercare di promuovere attività per il miglioramento del Servizio sanitario regionale nel suo complesso.

Visto che dovevo introdurre oggi il tema del rischio infettivo, in una giornata dedicata al rischio in generale, ho pensato che fosse opportuno fare una riflessione su come in questi anni si siano evoluti i programmi di controllo delle infezioni, perché credo che abbiamo imparato alcune lezioni nel corso del tempo che forse potrebbe essere utile reinserire in questo movimento generale per la sicurezza del paziente, che è molto più recente e che ha aiutato e sta aiutando i programmi di controllo ad avere una visione un po' più larga dei problemi, però forse potrebbe mutuare alcune delle esperienze e degli strumenti che abbiamo maturato in questi anni.

Mi scuso se questa revisione di ciò che è successo in alcune fasi può essere un po' "già nota", però il punto è che credo che nell'evoluzione dei programmi di controllo siamo passati attraverso alcune fasi molto differenti fra di loro che hanno introdotto degli aggiornamenti e dei miglioramenti nel modo di affrontare un problema, che è lo stesso sia che si tratti di infezioni o si tratti di cadute, se si parla di altri errori in sanità.

La prima fase - voi sapete che si è riconosciuta l'esistenza di un problema infettivo in ospedale, un rischio per il paziente legato alle infezioni tanti anni fa, per cui una prima fase la possiamo identificare con quella del riconoscimento che esiste un problema iatrogeno con i primi "pionieri", le cui immagini abbiamo visto centinaia di volte. Però questo serve a ricordare che è

dalla fine dell'800 che Semmelweis, come medico, e Nigthingale, come infermiera, hanno evidenziato in maniera potentissima l'esistenza di un nesso tra l'essere ricoverati in ospedale e correre un rischio sanitario di contrarre un'infezione.

È noto come Semmelweis in un ospedale di Vienna avesse utilizzato l'epidemiologia per confrontare la mortalità materna nel reparto in cui lavoravano medici e con la mortalità materna nel reparto in cui lavoravano solo ostetriche; si rilevò una differenza spaventosa e ciò che differenziava i diversi reparti era il fatto che i medici passavano dalla sala parto alla sala autoptica, e a quei tempi non c'era nessuna conoscenza del ruolo del lavaggio delle mani. L'altra cosa importante di Semmelweis è che valutò l'efficacia di un intervento semplice come il lavaggio delle mani e quindi, introdotta questa pratica, la mortalità negli anni successivi diminuì notevolmente. Per cui utilizzò strumenti assolutamente innovativi per il riconoscimento di questo problema, che furono: i dati epidemiologici, il confronto empirico di due contesti e la valutazione dell'efficacia di un programma di controllo.

Dopo di allora ci fu un momento in cui tutti crederono che non ci fosse più rischio, perché la scoperta degli antibiotici aveva annullato ogni problema: anche se fosse insorta un'infezione questo farmaco miracoloso, che un tempo si pensava fosse un farmaco sceso direttamente dal cielo, avrebbe risolto tutto. Durante la guerra, grazie alla penicillina tutti sarebbero tornati a casa! I primi antibiotici potevano risolvere tutto perché effettivamente in alcuni contesti questo accadde, infatti ci fu un incendio terribile a Boston, in America, ma grazie alla penicillina molti si salvarono, mentre prima di allora molti sarebbero morti. Si pensò quindi che ormai si era fuori dalla curva di pericolo perché anche se c'era un rischio in ospedale questo poteva in qualche maniera essere superato da un intervento terapeutico. Subito questa credenza e convinzione si rivelò falsa, questa è la storia dello stafilococco aureo, ma potremmo fare la stessa storia per qualsiasi altro microrganismo: si introduce un antibiotico, dopo pochissimo tempo quel microrganismo diventa resistente a quell'antibiotico. Di fatto, negli anni '40 è stata introdotta la penicillina e negli anni '50 si cominciano a segnalare i primi casi di infezioni resistenti, però badate che negli anni '40 quando vennero introdotti gli antibiotici questi erano farmaci da banco, non c'era bisogno di prescrizione, perché si considerava che fossero farmaci talmente innocui e talmente miracolosi che era opportuno potessero essere utilizzati da tutti.

Possiamo notare che la storia continua: l'introduzione della meticillina, comparsa di ceppi resistenti, introduzione della bacomicina; ormai fortunatamente c'erano pochi ceppi resistenti, però cominciarono ad essere segnalati. È la stessa cosa per

qualsiasi altro antibiotico e qualsiasi altro microrganismo, per cui ci si è resi conto che c'era bisogno di tornare al futuro, cioè di tornare alla prevenzione con programmi di controllo e di sorveglianza. Infatti è in quegli anni che in Inghilterra e in America vengono designate le prime infermiere addette al controllo delle infezioni, le quali avevano il compito di introdurre e diffondere negli ospedali la cultura della sicurezza adottando misure tali da interrompere la catena di trasmissione delle infezioni.

Incominciano anche i primi sistemi di sorveglianza: negli Stati Uniti i primi sistemi sono degli anni '70, dove si cominciano ad elaborare dati che a quei tempi erano però poco finalizzati o mirati al vero problema. Chi di voi si è occupato di infezioni sa che i primi sistemi di sorveglianza erano sistemi che rilevavano i dati delle infezioni in tutto l'ospedale, dati sulle infezioni "grezzi", che riportavano il quesito: "quanti pazienti sono infetti nell'ospedale X?", mentre questa è un'informazione assolutamente inefficace per l'intervento in quanto sapete bene che su 100 infezioni la parte prevenibile è molto ridotta ed è quella esclusivamente legata ad atti sanitari che non rispondono a misure in grado di interrompere la trasmissione.

Passiamo quindi a una **seconda fase** nell'evoluzione dei programmi di controllo in cui ci si rendeva conto che c'era un problema, ci si chiedeva che cosa bisognasse fare per prevenire le infezioni e poi bisognava valutare se tutto quello che veniva fatto era efficace. Infatti eravamo in un'epoca in cui l'*Evidence Based Medicine* e l'*Evidence Based Prevention*, cioè le pratiche basate su evidenze scientifiche, erano ancora agli albori. Si facevano tante cose, però probabilmente erano fatte ancora un po' da "apprendisti stregoni", tant'è vero che alcuni degli operatori che lavoravano nell'ambito dei programmi di controllo cominciarono a porsi domande.

Molti di voi ricorderanno le piastre microbiologiche poste a tutti gli angoli delle stanze, l'enfasi sul fatto di dover disinfettare tutti gli ambienti, perché la teoria su cui si ragionava a quei tempi era che è la struttura ospedaliera che crea un rischio, non è ciò che gli operatori fanno con procedure invasive. Però il tema delle infezioni veniva vissuto come talmente drammatico e rischioso che qualsiasi intervento era utile a fronte di tale drammaticità.

Qualcuno però cominciò a dire che per fortuna non era così: per vedere se le cose funzionavano o meno bisognava avere dati quantitativi che dimostrassero che il fare una cosa piuttosto che un'altra cambiava la storia, in sostanza quello che aveva fatto Semmelweis alla fine dell'800.

Infatti comparve sulla scena questo nuovo studio, pietra miliare nella storia delle infezioni ospedaliere, in cui in America, spendendo una quantità di risorse infinite, decisero di prendere un campione casuale di ospedale, il che vuol dire un campione di

tutti gli ospedali pubblici americani, di andare a vedere dalle cartelle cliniche quante erano le infezioni nel 1970, di prendere un altro campione di cartelle cliniche e vedere quante erano nel 1975; badate che anche a quei tempi gli Stati Uniti avevano un sistema di documentazione sanitaria molto più accurato che non in Italia a quei tempi, e quindi fu possibile vedere se erano cambiati i tassi di infezione e, se erano cambiati, in ragione di quali caratteristiche dei programmi di controllo.

Ne venne fuori una griglia in cui c'erano ospedali nei quali nei cinque anni non era stato attivato nessun programma di controllo e si vide che, ad esempio, le infezioni urinarie erano aumentate del 30% come incidenza, che le sepsi erano aumentate, che le infezioni da ferita chirurgica erano aumentate, ma perché questa crescita? Perché comunque negli ospedali continuavano ad essere ricoverati pazienti progressivamente più immunodepressi, perché venivano fatte tecnologie o pratiche assistenziali a maggior rischio e perché non c'era nessuno in grado di contrastare quel rischio in quanto non c'era nessun programma organizzato.

Invece negli ospedali in cui venne attivato un programma molto efficace si rilevò una riduzione molto consistente della frequenza di infezioni, addirittura le sepsi ridotte di un terzo, le infezioni urinarie del 40%, le infezioni da ferita chirurgica fino quasi al 50% nei pazienti ad alto rischio.

Questo fu un impatto notevolissimo avendo messo in essere delle figure addette al controllo di questo fenomeno, non solo un medico ma anche un infermiere. Questo studio definiva anche degli standard che erano sensati per quella realtà specifica, che non erano necessariamente mutuabili in tutti i contesti, però il principio sottolineava, e questo valeva per tutti, che per affrontare questo problema c'era bisogno di competenze specifiche e di qualcuno che avesse delle risorse, in termini di tempo, da dedicare alla sorveglianza e alla diffusione di misure efficaci che erano quelle che venivano proposte dalla letteratura con studi clinici controllati e randomizzati nel tempo.

Infatti negli anni '70 - '80 non c'era nessuno studio in questo senso, per cui i programmi di controllo si basavano sul razionale, sul *feeling*, sul sentimento, sull'esperienza, su quello che si era visto che funzionava, invece negli ultimi anni sempre più la valutazione è diventata uno strumento diffuso. Questo vuole anche dire, dal nostro punto di vista, che adottare misure di controllo in grado di ridurre il rischio di infezioni vuol dire vedere cosa, in letteratura, è stato dimostrato essere efficace, e questo è possibile farlo attraverso le linee-guida.

Le linee-guida pubblicate in quegli anni sul tema specifico della prevenzione delle infezioni nell'organizzazione sanitaria all'inizio erano soltanto quelle del *Center for Disease Control* di Atlanta, ma negli ultimi anni

c'è stata una molteplicità di soggetti che propongono linee-guida di buona qualità e anche europee. Infatti recentemente l'Inghilterra ha cominciato a produrre linee-guida molto argomentate, per cui il primo impegno di chi vuole, sia come operatore infermiere o medico in qualsiasi reparto, è "conoscere" quali sono quelle misure che sono sostenute da evidenze, per cui nel momento in cui si decide di adottarle, si sa che l'effetto sarà verosimilmente, se il contesto operativo non è diverso, uguale a quello proposto dalla situazione sperimentale in cui è stato valutato.

Non c'è più spazio per l'adozione di misure proposte da singoli, da scuole, da persone, dai produttori, che però non abbiano il sostegno dell'evidenza scientifica, perché ormai di evidenze su cose prioritarie da fare ce ne sono troppe e noi dovremmo essere impegnati tutto il giorno ad adempiere a quella lista di priorità per non dover perdere tempo su cose che, invece, non sono state dimostrate efficaci. Per cui questo è un punto rilevante: riconoscimento del problema, considerazione che è importante, però valutazione di tutte le misure che sono contrabbandate o proposte per il controllo dell'infezione.

Arriva quindi una **terza fase**: siamo ricchi di linee-guida, ricchi di raccomandazioni perché tante persone ci dicono come fare, quindi a questo punto il "mondo" doveva essere perfetto: in tutte le realtà, in tutti i paesi che avevano accesso a quell'informazione scientifica ci si doveva aspettare che miracolosamente pian piano tutti gli operatori, per effetto della conoscenza trasmessa attraverso la formazione e tutti i mezzi di diffusione, riviste scientifiche, ecc, cominciassero ad adottare quelle misure. Invece cosa succede? Studi fatti nel corso di più di vent'anni sull'adesione al lavaggio delle mani, in cui si dice che medici e infermieri si devono lavare le mani recandosi in reparto (sono stati considerati solo reparti di terapia intensiva) hanno dimostrato, tramite una griglia per poter fare il conto, che su 100 opportunità di lavaggio delle mani, cioè situazioni in cui secondo le linee-guida un operatore avrebbe dovuto assumere quel comportamento; ci sono due osservazioni: la media è sconcertantemente bassa, su 10 volte in cui bisognava lavarsi le mani, solo 3 volte veniva fatto, 3 su 10 è molto poco per interrompere la catena di trasmissione! La seconda osservazione è che non c'è un andamento riconoscibile nel tempo, perché la variabilità è più legata a singole istituzioni, a singole terapie intensive in cui magari c'era una storia precedente di attenzione a questo fenomeno, ma tra il 1980 e il 2004 non cambia assolutamente niente.

Questi sono studi mutuati dalla letteratura, invece un'esperienza casalinga è stata fatta nella Regione Emilia-Romagna per valutare l'adesione a pratiche di controllo delle infezioni: abbiamo fatto uno studio sulle infezioni da ferita chirurgica nel 2001, da

questo studio è emerso che le infezioni erano tante e che erano più di quelle attese sulla base del tipo di interventi, ed abbiamo chiesto, parlando un po' con gli infermieri addetti al controllo, se secondo loro questo dato che abbiamo trovato sull'esito è giustificato dalle pratiche che vengono svolte in reparto, ossia, se quando loro girano in corsia vedono che ci sono dei problemi oppure no. La risposta è stata assolutamente positiva. Allora abbiamo pensato di fare un **audit** per capire quanto i professionisti seguissero le linee-guida del *Center for Disease Control* di Atlanta del 1999.

Abbiamo selezionato tutte le Aziende sanitarie della regione, abbiamo selezionato con un campione *random*, 92 unità operative di chirurgia generale, ortopedia e ginecologia a cui hanno partecipato tutti; abbiamo fatto un'intervista ai responsabili medici e infermieristici e abbiamo distribuito un questionario a tutti i medici in cui esploravamo la conoscenza, cioè chiedevamo se secondo loro la lista di misure nelle pratiche assistenziali era efficace a prevenire le infezioni quantificandole in "poco, abbastanza, molto, moltissimo", e abbiamo visto che se rispondevano, "molto, moltissimo" era contemplato nelle raccomandazioni di prima categoria, cioè era secondo la raccomandazione; laddove invece c'erano cose non raccomandate rispondevano "pochissimo, poco o abbastanza" o che erano cose che non servivano a niente. A questo abbiamo aggiunto anche l'osservazione diretta in sala operatoria o in reparto, per alcune delle pratiche raccomandate. Per cui, alla fine, abbiamo avuto dati "di conoscenza" e "di percezione", cioè quanto, secondo loro, alcune misure fossero importanti; chiedevamo anche quante volte loro stessi erano aderenti, per cui una pratica riferita, e poi una pratica osservata.

Il numero di osservazioni è rilevante: ci sono alcuni ambiti in cui, di fatto, c'è una lontananza grandissima fra ciò che pensano i professionisti e ciò che scrivono le linee-guida.

Ad esempio nella tricotomia le linee-guida del *Center of Disease Control* dicono che per ridurre il rischio di infezione bisogna evitare la tricotomia o eseguirla poco tempo prima dell'intervento perché questo riduce il rischio di proliferazione di microrganismi sulla cute; ebbene, i chirurghi sono d'accordo sull'evitare la tricotomia solo nel 40% dei casi, gli infermieri di sala solo nel 45% dei casi, gli infermieri di reparto nel 50%. Idem dicasi per eseguire la tricotomia poco prima dell'intervento: siamo a meno di due operatori su tre; evidentemente tra la teoria, le linee-guida e la realtà dell'adozione in reparto c'è un *gap* che bisogna riempire.

Si vedono, come conoscenza, grandi capitoli su questo argomento, ad esempio il capitolo su cui si è meno d'accordo sono le misure ambientali, quelle famose piastre che è stato dimostrato essere assolutamen-

te inefficaci, o quei famosi tappetini messi all'ingresso della sala operatoria continuano ad essere percepiti dagli operatori come dei presidi sicuri, che li fanno sentire tranquilli, anche se non servono assolutamente a niente; a questo punto c'è un problema di passaggio di informazioni e di dibattito. Se poi mettiamo a confronto ciò che è la conoscenza (secondo il singolo operatore questa è una misura efficace) con la pratica riferita (l'operatore la esegue abbastanza spesso) con la pratica osservata (ad esempio degli infermieri della sala operatoria o di reparto) si può constatare che i comportamenti in sala operatoria (porte chiuse e numero limitato di persone) sono ben conosciuti ma pochissimo osservati. La stessa cosa per il lavaggio delle mani in reparto nella medicazione della ferita, ben conosciute ma molto poco osservate. Per cui qui non c'è un problema di conoscenza, non è la linea-guida che non è passata, non è la formazione che non è stata sufficiente, ma ci sono altre criticità che bisogna esplorare per far sì che quelle linee-guida diventino realtà.

C'è un altro problema: l'adesione globale alle linee-guida cambia anche all'interno di una stessa regione, come la Regione Emilia-Romagna che, tutto sommato, è abbastanza omogenea, che ha sempre lavorato insieme, ha un Coordinamento di infermieri addetti al controllo delle infezioni da quasi vent'anni, ma vediamo una variabilità impressionante da Azienda ad Azienda.

Questa osservazione che il passaggio dalla teoria alla pratica è problematico è comune a tutti i temi della pratica clinica, non è un'esclusività delle infezioni ospedaliere: il 30-40% dei pazienti non ricevono trattamenti efficaci, il 20-25% dei pazienti ricevono modalità di assistenza non necessarie o addirittura dannose, per cui è un problema di carattere generale e come tale deve essere affrontato, tant'è vero che l'Agenzia per la qualità e la ricerca nei servizi sanitari americani nel 2001, quando già era partito il movimento per la sicurezza del paziente, decise di pagare degli esperti e quindi impegnare delle risorse, per rivedere quante pratiche nella letteratura dimostrate efficaci, di fatto non erano passate nelle abitudini quotidiane e arrivò a dire che ce n'erano 11 assolutamente prioritarie perché avevano delle forti evidenze a supporto, per cui adottarle avrebbe cambiato la storia clinica del paziente e il relativo esito, e che nonostante questo non si erano diffuse nella pratica, per cui avevano due valenze: "evidenza scientifica" = forte sostegno, "adozione" = molto bassa. Fra queste, quattro sono legate alle infezioni, ad esempio la profilassi antibiotica in chirurgia, (*forte evidenza*), ma ancora da noi molte volte viene fatta in reparto tre ore prima dell'intervento, oppure, (*forte evidenza*), vediamo che troppe volte viene fatta in reparto addirittura dopo l'intervento in alcune situazioni. Oppure l'inserimento del catetere venoso centra-

le utilizzando misure di barriera massime, questo riduce consistentemente il rischio, ma ancora non viene adottato in maniera sufficientemente diffusa.

Le infezioni sono una parte importante di interventi che se adottati nella pratica cambierebbero la storia, ma che invece non sono passati nell'immaginario collettivo.

Quali sono quindi le barriere potenziali al cambiamento: sono tante, e sulle quali bisogna ragionare per passare da una cultura generica di sicurezza del paziente ad una cultura operativa che tenga conto del fatto che per prevenire alcuni rischi bisogna imparare a fare le cose bene. Le barriere potenziali sono in alcuni casi barriere del sistema, non del singolo individuo, per cui se non si cambia il sistema il singolo individuo non potrà mai adottare quella misura completamente. Faccio un esempio: del lavaggio delle mani se ne è parlato una vita e mezzo, però per molto tempo le linee-guida hanno detto che gli operatori devono andare a lavarsi le mani al lavandino con acqua e sapone o con antisettico nel caso in cui venga fatta una procedura invasiva, e questo veniva detto anche al personale di terapia intensiva, che teoricamente, se avesse seguito quelle indicazioni avrebbe dovuto lavarsi le mani ventidue volte in un'ora, il che voleva dire andare al lavandino e impiegare più di un minuto e mezzo ogni volta, per cui l'attività lavorativa in terapia intensiva era per più del 50% impegnata nel lavarsi le mani. Questa è chiaramente una linea-guida che è pensata partendo da considerazioni teoriche e non tiene conto del sistema operativo in cui si deve integrare. Quando è aumentata l'adesione al lavaggio delle mani? Quando uno svizzero si è posto questo problema cominciando a rivalutare e a studiare l'alcool e ha visto che andava benissimo e non era necessario il lavaggio delle mani, e ha cominciato a proporre l'utilizzo dell'alcool per tutti i lavaggi in cui non c'era una contaminazione visibile delle mani, e questo ha fatto sì che portando con sé la boccetta dell'alcool quella linea-guida diventava possibile. Non è detto che sarebbe stata adottata con entusiasmo, però se non altro diventava possibile. O anche al contrario: se non si è in terapia intensiva, se si chiede agli operatori di lavarsi le mani ma non c'è il lavandino, questo è banalmente qualcosa che è inutile raccontarsi perché non potrà essere.

Anche sul discorso della tricotomia, oggettivamente c'era anche un problema di percezione nel chiedere se era efficace o meno, molti operatori dicevano che non era efficace, ma nel passaggio dalla teoria alla pratica c'era, ad esempio, la rimodulazione dei turni o delle attività in reparto alla mattina, perché se non si riusciva a farla subito prima dell'intervento poi non si riusciva più, a meno che non venisse rimodulato il turno.

E ancora, ad esempio, per introdurre la

profilassi antibiotica in modo che sia nella fase di induzione dell'anestesia, bisogna mettersi d'accordo con gli anestesisti altrimenti questo è un messaggio che non passerà mai. Quindi, non solo **fattori individuali** ma anche **fattori di sistema**. Per far sì che quel messaggio passi nella pratica c'è bisogno, nei programmi di controllo, di esplorare queste dimensioni e di modularle in ragione del contesto locale.

Molto brevemente cercherò ora di esemplificare come nell'ambito delle infezioni ospedaliere abbiamo cercato di affrontare alcuni di questi ingredienti che credo siano essenziali per dare risposta a tutti questi problemi, per cui per far sì che si applichino nella pratica misure che sono sostenute da evidenze ma che vi sia un intero sistema che sostiene la diffusione, e gli ingredienti, secondo me, sono far sì che quelle pratiche siano richieste a tutti nei requisiti di autorizzazione e accreditamento, alcuni requisiti di base siano comuni a tutti coloro che operano in sanità o nel settore sociosanitario, avere dei sistemi di sorveglianza, perché abbiamo detto fin dall'inizio che Semmelweis è stato tanto bravo a saper dimostrare che quell'evento ha funzionato, ma se non abbiamo indicatori che ci dicono qual è il *trend* e cosa sta succedendo nell'applicazione di quel programma rischiamo di non avere assolutamente il polso di quello che sta succedendo.

Avere linee-guida di buona qualità: posso fare l'esempio di come spesso ci riempiamo la bocca dicendo che ci sono le linee-guida, ma queste sono magari fatte in contesti che non garantiscono il rispetto di alcuni principi, per cui poi non funzionano nella pratica semplicemente perché non sono linee-guida idonee e buone.

Sul tema dell'implementazione locale, cioè non raccontare solo o fare formazione ma identificare le criticità e poi sapere risolvere i problemi, farò alcuni esempi in base alle attività che stiamo portando avanti come gruppo regionale che comprende un Coordinamento CIO in cui ci sono tutti gli infermieri addetti al controllo e i medici responsabili del CIO e l'Agenzia sanitaria regionale.

Se una struttura sanitaria vuole aprire, i requisiti per l'autorizzazione della Regione Emilia-Romagna prevedono: un piano aziendale con indicati gli obiettivi e gli indicatori, cioè misure per valutare la bontà di quel piano per il controllo delle infezioni che deve avere una certa lista di istruzioni e procedure operative, che naturalmente non è garanzia di nulla tranne del fatto che comunque qualcuno ci ha pensato. Oltre questo, se poi vuole essere accreditato, deve avere altre cose che sono un po' più impegnative, cioè deve avere delle procedure, però ci deve essere anche l'evidenza di diffusione e conoscenza da parte del personale di queste procedure, non basta che la procedura esista, bisogna che il personale la conosca, e bisogna che

in alcuni reparti ad alto rischio vi sia un percorso per la sorveglianza delle infezioni da ferita chirurgica o un percorso per la sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva. Non è pensabile che un reparto di chirurgia in cui la frequenza di infezioni è così elevata operi in assenza di dati, non è immaginabile, come anche in una terapia intensiva; questi sono requisiti insiti nella possibilità di svolgere quella attività. E quindi stiamo lavorando a livello regionale per costruire questi modelli e per fare in modo che tutti, le strutture pubbliche, per ora, ma in futuro anche le strutture private, si dotino di indicatori per valutare che cosa sta succedendo.

Abbiamo creato un sistema regionale di sorveglianza delle resistenze, ad esempio, nei laboratori; infatti abbiamo chiesto a tutti i laboratori pubblici di una certa entità di trasmetterci i dati per cui siamo in grado di costruire un sistema di sorveglianza regionale delle resistenze e possiamo dire qui ed oggi quanti stafilococco aureo metecillino-resistenti ci sono, non in America vent'anni fa, ma qui e oggi. Ci sono e sono tanti, e sono in aumento, per cui questo dato deve guidare le politiche antibiotiche.

Anche per la sorveglianza in chirurgia e terapia intensiva: vi sono ormai 12 Aziende che stanno sperimentando un modello comune, probabilmente qualcuno di voi è stato coinvolto, perché sono partiti i corsi di formazione anche per i reparti di chirurgia di queste Aziende, e dal prossimo anno vogliamo arrivare pian piano ad avere un sistema regionale; la stessa cosa per la terapia intensiva per cui avremo linee-guida, avremo a disposizione finalmente un metro per capire come vanno le cose.

Abbiamo in qualche maniera concordato che era importante sorvegliare ciò che succedeva nel tempo ma bisognava anche intercettare da subito alcuni eventi drammatici da cui si può imparare tanto, che sono le epidemie in ospedale, che vengono percepite come eventi rari ma non lo sono per niente: se la letteratura è vera, un ospedale che fa più di 50mila ricoveri all'anno, e in Regione ne abbiamo due, ha ogni anno dalle 5 alle 8 epidemie di infezioni nei reparti, e voi sapete che problemi creano gli eventi epidemici, in termini di mortalità ma non solo, ma in termini di pubblicità negativa per l'ospedale, ma soprattutto sono il metro dei problemi e degli errori veri, perché mentre le infezioni endemiche sono il frutto un po' di errori e un po' di condizioni biologiche del paziente, le epidemie, per definizione, nove volte su dieci, sono legate ad errori. (In realtà in tre anni ne abbiamo rilevate 14, quindi c'è anche un problema di sottostima).

L'altro punto è di avere linee-guida di buona qualità: abbiamo provato a fare un esercizio sulle linee-guida per la profilassi chirurgica adottate nelle Aziende di questa Regione, valutandole secondo uno strumento *ad hoc*, Cosa ne risulta? Che l'adesione a delle linee-guida prodotte dalle singole Aziende

a uno standard esterno che è stato mutuato a livello nazionale, varia dall'80% al 50%, per cui viene raccomandato in quelle linee-guida aziendali di avere comportamenti e modi che non sono rispondenti a ciò che la letteratura ha descritto fino a questo momento. In più, spesso, sono linee-guida che sono state sviluppate senza coinvolgere gli attori principali, infatti nel 12% delle Aziende non c'era un chirurgo, oppure nel 37% non c'era il farmacista, oppure non è stata fatta una ricerca sistematica, o ancora, non è stata fatta una valutazione dell'applicabilità; quindi in quelle dimensioni di criticità che rendono poi il suo passaggio nella pratica assolutamente impossibile.

Questo è un altro esempio che sta facendo un gruppo collaborativo di infermieri della terapia intensiva che lavora con noi per il miglioramento delle pratiche infermieristiche in terapia intensiva, e che come primo problema si è posta la necessità di reperire letteratura, quali erano le linee-guida e di valutarle in maniera oggettiva. Ne è emerso che le due più belle erano quelle del CDC ma anche, ad esempio, una linea-guida degli infermieri canadesi che rispondeva molto bene a tutti i requisiti di una linea-guida ben fatta, soprattutto per quanto riguarda il rigore dell'elaborazione, per cui ci sono fonti informative ormai anche di gruppi infermieristici molto ben fatte da un punto di vista metodologico, a cui si può fare riferimento.

L'altro punto critico è l'implementazione a livello locale: per far sì che alcuni comportamenti passino c'è bisogno che la linea-guida non sia veicolata da un simposio o da un meeting o da un momento formativo con una lettura frontale, ma c'è bisogno di mettersi a tavolino e cercare di capire quali sono i problemi, ed è, ad esempio, il lavoro che sta facendo questo gruppo collaborativo in terapia intensiva per capire se alcune indicazioni sono trasferibili nella pratica, qui e oggi, proprio in quei reparti, e che lavoro stanno facendo? Hanno adottato uno dei tanti strumenti (in questo caso si tratta del diagramma di *Ishikawa*, ma ce ne sono altri) per identificare le criticità; si sono messi a tavolino e hanno cominciato a vedere, ad esempio, quali erano le aree principali di criticità e hanno deciso che le modalità di inserimento e gestione dei presidi vascolari era nella loro realtà il problema più critico, come ad esempio la presenza di polmoniti, e questo dà una misura di quanto sarà difficile far passare quel messaggio, ed hanno anche cercato, per esempio, per ciascuna di queste pratiche, quali sono i motivi per cui si aspettavano che sarebbe stato difficile, e quali soluzioni si potevano identificare per veicolare quel passaggio. Ad esempio, per la buona pratica di aspirazione delle secrezioni tracheali c'è una carenza nella formazione continua, per cui, se si vuole far passare la linea-guida bisogna prevedere dei momenti formativi, bisogna fare non solo teoria ma anche pratica per condividere la buona tecnica

bisogna fare una revisione, ci sono dei problemi relativi a pazienti con secrezioni diverse, ecc. Bisognerà immaginare degli interventi di *audit*, di riflessione comune o di formazione che tengano conto di questi problemi.

Arriviamo adesso all'**ultimo punto**, che è quello della sicurezza del paziente. Dopo tutte queste attività che chi si è occupato di controllo delle infezioni ha cercato faticosamente di mettere in essere con il sistema del "*trial error*", "provo e sbaglio", "cambio direzione", ecc., alla fine degli anni '90 è comparso prepotentemente sulla scena il tema della sicurezza del paziente; avrete visto molte volte questo *Report* americano dell'*Institute of Medicine* che diceva che sbagliare è umano, e diceva che anche negli Stati Uniti non è così sicuro essere curati perché almeno 44mila persone o forse addirittura 98mila persone muoiono in ospedale ogni anno come risultato di errori medici. Al di là del fatto che un *range* da 44mila a 98mila un po' impressiona, sembrano numeri non esattamente in grado di descrivere un fenomeno, però ciò che succede con questo *report* è qualcosa di storico: si passa, per quanto riguarda gli errori in medicina, dalla responsabilità medico-legale, e quindi problemi che vengono affrontati "dopo" perché c'è un contenzioso, alla necessità del sistema, e quindi non dell'individuo, di affrontare "prima" che accadano questi problemi.

Chi si occupava di questi problemi tutto ciò già lo faceva, perché tutto quel lungo percorso che aveva messo in essere per migliorare le pratiche assistenziali proprio questo voleva raggiungere.

Per cui quel *report* cercava di creare sufficiente pressione da rendere gli errori molto costosi per le organizzazioni sanitarie, per renderli consci del fatto che era necessario prendere provvedimenti, e quindi interventi di sistema e non dei singoli. Questo, forse, ai programmi di infezione ospedaliera era un po' mancato, perché avevano rischiato per molto tempo di essere programmi di nicchia fatti dai singoli operatori interessati.

Uno dei temi però che ha molto agitato questo movimento sulla sicurezza del paziente è questo concentrarsi sui morti, i morti da errore, con immagini molto evocative, ad esempio dell'incidente aereo in cui muoiono tante persone alla stregua dell'errore medico, e quindi su questa stessa onda anche l'*Institute of Health Improvement*, l'Istituto per la sicurezza del paziente americano che sta lavorando sulla sicurezza del paziente, ha avviato una campagna per salvare 100mila vite e doveva salvare queste 100mila vite entro il 16 giugno di quest'anno, facendo che cosa? Adottando alcuni cambiamenti molto operativi e molto pratici nell'assistenza ai pazienti: su sei aree che questo Istituto propone ve ne sono almeno tre che sono legate alle infezioni. Peccato che alcuni di questi *bundles*, che sono modi molto sem-

plici di operare dei cambiamenti minimali che dovrebbero raggiungere l'obiettivo, non sono altrettanto sostenuti dal rigore dell'evidenza scientifica, per cui forse già manca quel piccolo elemento, che però era importante e non tanto piccolo, che per cambiare bisogna adottare ciò che è stato dimostrato efficace, e soprattutto che questa idea che tutte queste morti, anche se in numero un po' variabile, potessero essere prevenute. E ci sono numeri anche in Italia: ogni anno 32mila italiani muoiono per un errore, o ancora molto recentemente in USA nel 2005, quasi dopo cinque anni dalla partenza del movimento di sicurezza dei pazienti, ci sono ancora più incidenti nei reparti, 300mila decessi in tre anni, per cui i numeri sono ancora aumentati, le infezioni ospedaliere aumentano del 20%.

Qualche dubbio sul rigore scientifico di questi conti un po' sorge, tanto che un articolo di Brennan sul *New England Journal of Medicine* del settembre 2005 analizza perché dopo cinque anni dalla partenza di questo movimento che ha avuto un successo così grande in tutto il mondo, di fatto, si ha un senso di delusione sui risultati e la risposta alla domanda fatta cinque anni dopo di quante morti sono state realmente prevenute è deludente, ma forse lo è anche la domanda in sé, forse non ha senso porsi come obiettivo la prevenzione delle morti, forse ha più senso ritornare a quell'invito dell'agenzia *Health Care Research and Quality* per cui dobbiamo migliorare la sicurezza con l'adozione di pratiche dimostrate sicure e quindi con la diffusione nella pratica di misure efficaci. Il problema è che stimare i morti prevenibili è veramente difficile, e chi in questi anni ha lavorato sulle infezioni ospedaliere sa che gli indicatori di esito sono terribilmente troppo fragili, ad esempio, per polmoniti da ventilazione assistita in terapia intensiva: se noi confrontiamo 15 terapie intensive sulla base di questo indicatore e poi andiamo a vedere se coloro che avevano una frequenza molto elevata di polmoniti erano in reparti che non facevano niente sulle infezioni, spesso troviamo che non è così, perché nella diagnosi di polmonite ci sono problemi, perché forse chi è più attento rileva più polmoniti, per cui secondo me questi sistemi di sorveglianza non devono servire a dire che si sono prevenuti *tot* errori, servono come strumento per i professionisti per continuare a lavorare e a ragionare e come strumento di *audit* continuo, per cui se quell'indicatore non è così splendido pian piano diventerà migliore ed è anche il motivo per cui quel movimento che adesso c'è negli Stati Uniti per rendere pubblici ai pazienti questi dati, forse qualche problema lo pone, perché non sono dati così solidi.

Altro problema è come misurare le morti da errore, non le morti (quelle è facile misurarle) ma quelle "da errore", come anche le infezioni ospedaliere "prevenibili" sono un ambito limitato, non così grande e so-

prattutto quanto questo impatto ha sulla percezione degli operatori, che può essere molto diversa a seconda del contesto in cui si vive, cosa che abbiamo visto in parte anche sulle misure.

Credo (e anche Brennan lo dice nel suo articolo e sono assolutamente d'accordo) che è importante tornare all'efficacia nelle pratiche, per cui spingere di più la cultura della sicurezza che è molto importante, però questo percorso metodologico che le infezioni hanno fatto in questi anni può essere un buono strumento per ragionare anche sul rischio in generale.

In conclusione, dal movimento per la sicurezza del paziente deriva qualche lezione molto utile; la prima è che il problema delle infezioni è molto particolare e che deve essere inserito in un ambito generale, perché anche se preveniamo tutti gli eventi avversi legati al rischio infettivo, se poi la gente continua a morire perché c'è un errore nei farmaci, o perché cadono, ecc., di fatto abbiamo cercato di svuotare il mare con un cucchiaino. L'altra lezione importante data da questo movimento della sicurezza è che dobbiamo imparare da altre scienze, cioè per rendere alcuni interventi efficaci nella pratica bisogna mutuare alcuni strumenti della psicologia sociale e delle scienze comportamentali; dobbiamo imparare quali sono i problemi di rapporti all'interno dei contesti in cui vogliamo implementare dei cambiamenti, per cui questo credo che siano delle innovazioni che dobbiamo integrare ai nostri programmi di controllo.

Chi si occupa del rischio clinico potrebbe mutuare invece dei programmi di controllo delle infezioni, cioè il rigore nell'individuazione delle pratiche efficaci e nella valutazione dei risultati dei programmi; questa è una cosa che abbiamo faticosamente imparato e che forse potrebbe essere utile anche in altri contesti, e sicuramente può essere utile come lo è stata in tutto il mondo proprio la rete, le persone, i professionisti che in questi anni hanno lavorato per la sicurezza del paziente anche se solo nell'ambito del rischio clinico.

Signorina Ferri

Grazie Dottoressa Moro per questa splendida relazione/lezione.

Oggi abbiamo davvero imparato tanto dalla sua esposizione come sempre molto brillante. Abbiamo avuto già la fortuna di incontrare la dottoressa Moro e la incontreremo ancora perché oltretutto è estremamente disponibile a parlarci di questi argomenti. Abbiamo imparato davvero dei comportamenti che dobbiamo mettere in pratica nell'ambito dell'esercizio della professione ed adoperarci veramente in maniera corretta perché queste infezioni siano il più possibile evitate, sicuramente non da soli, perché ci sono altre componenti dell'équipe sanitaria oltre che la famiglia, che dobbiamo educare sui comportamenti corretti da tenere. Certamente la professione in-

fermieristica ha un ruolo importante e significativo e questa nostra giornata ha proprio l'obiettivo di far sì che al termine avremo delle conoscenze in più e che già da domani potremo agire in questo senso.

Ringraziamo la dottoressa Moro per la grande chiarezza della sua relazione, ci auguriamo che possa fermarsi un po' con noi.

Grazie ancora.

Nel ringraziare tutti voi per l'attenzione posta finora, vi chiedo di ascoltare alcune parole di saluto del signor Piero Proni, manager dell'Exposanità, che vogliamo qui ringraziare vivamente per quanto ogni due anni ci offre dandoci la possibilità di questi nostri splendidi convegni.

Dopo di che ci sarà un breve intervallo. Grazie.

PAUSA

Signorina Ferri

Bentornati. Riprendiamo quindi i lavori. Siamo in attesa della nostra Presidente Nazionale, impegnata nel Convegno degli infermieri coordinatori.

La prossima relazione, che come avete visto è stata assegnata alle signore Alison Prizeman e Katherine Beaumont, sarà ovviamente per voi tradotta, mentre avete in cartella le diapositive già tradotte anch'esse in italiano.

Potrete sentire la relazione direttamente della dottoressa Freddi e colleghi, che tradurranno in simultanea, il che vi permetterà di seguire in tutta tranquillità.

“ESPERIENZA INTERNAZIONALE: LA RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO”

Mrs Katherine Beaumont

Mrs Alison Prizeman

**NPSA - National Patient Safety Agency
- Agenzia per la sicurezza del paziente
- Regno Unito**

Mrs Katherine Beaumont

Buongiorno.

Mi chiamo Alison Prizeman, questa è la mia collega Kate Beaumont. Lavoriamo come manager alla sicurezza dei pazienti in Inghilterra e in Galles; siamo in 30 e ognuno di noi è responsabile di una piccola zona geografica.

Lavoriamo con l'Ufficio Centrale di Londra, e portiamo, per così dire, le soluzioni condivise all'esterno, verso il sistema sanitario dell'Inghilterra e del Galles.

Come sviluppiamo queste attività? Fondamentalmente utilizziamo le informazioni che ci arrivano nel nostro sistema informatizzato circa gli eventi e gli incidenti, argomento di cui Kate vi parlerà un po' più nel dettaglio.

L'Agenzia Nazionale per la Sicurezza del Paziente è un dipartimento dell'Agenzia Nazionale per la Salute che è stato fondato

quasi cinque anni fa.

Ci occupiamo dello sviluppo di sistemi e di pratiche più sicure, vediamo anche come sono progettati gli ospedali, cioè che siano progettati tenendo sempre presente la sicurezza. Consideriamo la ricerca la cultura della sicurezza.

Abbiamo portato alcune esempi del tipo di attività e di alcune cose che abbiamo già completato. Una di queste è il lavarsi le mani: è una grande campagna che è tuttora in corso in cui si utilizza un gel a base anche di alcool e noi incoraggiamo i nostri operatori a utilizzare questo prodotto per pulirsi le mani. Lo usiamo noi e vogliamo che lo usino i nostri pazienti e anche i visitatori. Questo gel detergente si trova in tutti i nostri ospedali all'ingresso, ma anche vicino ai letti dei pazienti, nella sala infermieri, e quindi è sempre disponibile affinché tutti lo utilizzino. È soltanto un esempio di una grandissima campagna che abbiamo lanciato.

Oggi vi parleremo dei “sette passi”, “*seven steps*”, per la sicurezza del paziente.

Questi sono i fondamenti su cui l'Agenzia Nazionale per la Sicurezza dei Pazienti opera; è da qui che siamo partiti. Riteniamo che se si seguono i sette passi, automaticamente si sarà in grado di fornire un'assistenza più sicura ai pazienti.

Abbiamo un libretto che contiene tutto l'orientamento ai professionisti e agli operatori, disponibile gratuitamente in Inghilterra e in Galles, ma questo non deve essere un opuscolo da leggere e poi mettere da parte, ma è da consultare continuamente e su cui bisogna tornare più e più volte per rinfrescarsi la memoria, per ricordare le cose che sarebbe bene fare.

Il **primo step** di questi sette è “*elaborare e sviluppare una cultura della sicurezza*”.

Abbiamo evidenziato gli elementi che costituiscono un ospedale sicuro e quindi una cultura della sicurezza all'interno della propria Azienda sanitarie o organizzazione, e dietro a questi elementi ci sono delle persone che sono persone che lavorano, che prendono anche delle posizioni su ciò che ritengono sia normale, ciò che è la norma. In questo modo è un'idea molto nebulosa, perché la cultura è anche una cosa un po' vaga, è difficile riuscire a definirne, ognuno di noi ha idee diverse. Il nostro *Chief Medical Officer* Liam Donaldson parla di organizzazioni sanitarie che hanno una cultura che le distingue le une dalle altre. E allora ci chiediamo cosa è una cultura della sicurezza? E' una cultura per cui la sicurezza è sempre prioritaria in qualunque cosa si faccia, dalla mattina alla sera; fa parte quasi del proprio essere, è automatizzata, interiorizzata, non ci si pensa quasi e ci si comporta tenendola sempre a mente; il chiedersi sempre perché e come le cose non vanno bene.

Possiamo fare l'esempio dello scoiattolo perché bisognerebbe essere come loro, sempre vigili, sempre all'erta, sempre

consapevoli e continuamente alla ricerca di qualcosa e, come gli scoiattoli, bisogna sempre guardarsi intorno per vedere se qualcosa non va bene per poterla bloccare, quindi prima che diventi un evento negativo, un incidente.

La cultura vuol dire anche cercare di capire il **perché le cose accadono**, quindi capacità, in qualche modo, investigative e poi ricerche, quando ci sono degli incidenti.

Poi cultura della sicurezza vuol dire essere aperti e riconoscere che siamo tutti esseri umani, tutti facciamo errori, però il modo migliore per noi per imparare è ammettere che si è fatto un errore e da lì imparare ma anche condividere assieme agli altri il processo dell'apprendimento.

Quando si mettono insieme tutti questi elementi si è in grado di fare la differenza sul modo in cui si lavora in termini di tipo di assistenza che si fornisce ai pazienti. È imparando da questi eventi, gli incidenti, che si incomincia ad essere più previdenti e anche un po' più preparati in anticipo, si è pronti ad eventuali cose che possono accadere nel futuro.

Le organizzazioni hanno diversi livelli di maturità, alcune organizzazioni non particolarmente buone si trovano nei gradini più bassi e dicono che si occupano della sanità e non hanno tempo per pensare al resto, invece un'organizzazione "decente" incomincia a salire i gradini finché non arriva a quelli più alti, dove la sicurezza fa parte di tutta la nostra attività, fa parte del nostro essere, dei nostri giorni, senza neanche pensarci.

Secondo step: "guidare e sostenere lo staff, il personale".

Il personale è la "merce" più preziosa che abbiamo, gli operatori sono estremamente ben formati, dobbiamo valorizzarli, dobbiamo occuparci di loro e dobbiamo sostenerli; è il nostro bene maggiore. Avere una cultura della sicurezza significa avere una capacità di *leadership* in tutta l'organizzazione, dai vertici alla base; le persone debbono essere in grado di ascoltare, quindi debbono avere propensione all'ascolto, perché non sono solo quelli che sono al vertice, all'apice che fanno le cose in maniera e misura migliore, a volte sono quelli alla base che conoscono le cose, quindi chi sta in alto deve essere in grado di capire, di ascoltare, di imparare da quello che viene riferito loro.

Vediamo ora alcuni aspetti chiave del sostegno da fornire al personale. Intanto bisogna avere una forza-lavoro motivata, dedicata in tutta l'organizzazione, dalla base al vertice. Questo impegno deve essere continuo, bisogna continuare a mostrarlo; non è un esercizio in cui uno clicca qualcosa su uno schermo o fa un visto su un modulo, bisogna andare avanti continuamente.

I *leader* devono essere visibili, questa è un'altra cosa fondamentale.

Possiamo fare l'esempio di alcuni *Trust*, che è praticamente una cosa simile alle vo-

stre Aziende sanitarie, in cui vi vengono effettuate le "*passegiate di leadership*" (traduzione letterale), cioè i loro dirigenti ogni settimana escono, fanno un giro nei reparti, parlano con le persone, con i pazienti, con gli operatori, sentono, ascoltano, si concentrano sui problemi della sicurezza. Questo è un appuntamento che non viene mai annullato, c'è ogni settimana, perché sono tutti impegnati in questo giro per i reparti portando con sé una videocamera per poter afferrare con questo strumento alcuni dei temi che riguardano la sicurezza nelle varie unità, e quindi avendo una registrazione possono poi ritornare e vedere se qualcosa è cambiato, se una modifica è stata introdotta.

La domanda che ci si pone è come mai non riusciamo a occuparci bene dei nostri pazienti, quale sarà il prossimo disastro, la prossima catastrofe che potrebbe accadere, quali sono le cose che potranno andare per il verso sbagliato; quindi, sono come degli scoiattoli, sempre all'erta, con gli occhi sempre aperti.

Passo ora la parola a Kate.

Mrs. Katherine Beaumont

Il prossimo passo (**terzo step**) riguarda la "**gestione integrata del rischio**", il che significa che non è possibile vedere la sicurezza del paziente come una cosa isolata, bisogna vedere la sicurezza del paziente assieme alla segnalazione degli incidenti, pensare alle indagini relative ai reclami che si ricevono, a tutti i temi o alle lamentele che sollevano i pazienti, quelle cose che fuoriescono da questo processo devono essere messe insieme nel proprio "registro rischi" e, all'interno dell'organizzazione del *Trust*, devono essere visti come "rischi".

Quindi a questo punto abbiamo come un "circolo della sicurezza", che comprende la segnalazione degli incidenti, i reclami, le analisi di questi incidenti o dei reclami, in cui vi è l'elaborazione di soluzioni per cercare di far sì che non accadano più.

Le soluzioni debbono essere attuate e implementate, poi devono essere sottoposte ad un sistema di controllo per vedere se queste soluzioni sono state efficaci; va inoltre fatto un *feedback* al personale che deve essere informato di ciò che è accaduto in modo tale che gli operatori vedano che qualcosa è accaduto, se ne rendano conto e capiscano che in seguito alle loro segnalazioni le cose cominciano a migliorare.

Abbiamo parlato di un sistema di gestione della sicurezza per il Sistema sanitario nazionale (l'*NHS*), questo significa che ci stiamo spostando da una posizione di vulnerabilità verso una posizione di affidabilità, cioè possiamo essere flessibili rispetto a quello che accade e quindi cerchiamo di vedere le cose che accadono e cerchiamo di imparare da queste e diventare più forti.

Una cosa che abbiamo appreso ed incluso nel nostro **terzo step**, a proposito dell'integrazione delle attività sul rischio nella gestione quotidiana, è l'utilizzo degli indi-

catori della sicurezza dei pazienti. Noi incoraggiamo l'utilizzo di questo strumento, non so se voi usiate qualcosa del genere in Italia, comunque questo significa far sì che le persone possano segnalare le cose che sono importanti. Ad esempio se trovate che gli elementi chiave in un dipartimento di chirurgia o di medicina hanno qualcosa che non va bene le persone vengono incoraggiate e stimolate a segnalarle, e inoltre, se si vuole utilizzare questo strumento, il nostro Istituto per il miglioramento sanitario ha sviluppato degli indicatori clinici, e questi indicatori si trovano nel *sito web* che l'Agenzia nazionale della sicurezza del paziente ha messo a disposizione per coloro che hanno interesse per la sicurezza del paziente: saferhealthcare.org.uk, che è un sito internazionale in cui troverete delle cose interessanti; inoltre vi permetterà di trovare delle informazioni e anche degli argomenti di discussione o potrete avviare degli argomenti di discussione con il *forum* che è molto interattivo, dove ci sono esperti in diversi ambiti della sicurezza dei pazienti che forniranno la loro opinione su questo argomento ed essere anche voi in grado di dare il vostro parere e di riferire le vostre esperienze. C'è anche una *Facility* per gruppi di discussione e si può anche cercare in tutto il mondo un collega con interessi specifici come i vostri sulla sicurezza del paziente ed avere dei pareri e delle risposte.

Il **quarto step** significa "**promuovere il reporting degli incidenti**".

Gli esseri umani fanno errori perché i sistemi, i compiti e i processi in cui questi lavorano non sono progettati e concepiti nella maniera corretta, quindi le persone sono incoraggiate a segnalare per far diventare il sistema più sicuro e non ci si concentra sull'operatore singolo, bensì sul sistema.

In Inghilterra e in Galles abbiamo sviluppato un sistema di segnalazione e di apprendimento nazionale che è l'*NRLS* che è la sigla del *Sistema di apprendimento e segnalazione nazionale*. Si tratta di un *Database* molto ampio che raccoglie informazioni sugli incidenti, sulla sicurezza del paziente da qualunque organismo del Sistema sanitario nazionale (*NHS*), in Inghilterra e in Galles, e l'*NHS* può inviarci gli incidenti che sono accaduti attraverso la rete; ovviamente ciò accade attraverso il sistema di gestione del rischio a livello locale che funge da filtro che è collegato a questo *Database* e ci mandano delle informazioni in questo modo, e in alternativa, se non c'è un sistema di gestione del rischio locale, si può utilizzare un modulo elettronico di segnalazione. Inoltre c'è anche l'opzione di poter fare una segnalazione sulla rete senza passare attraverso la propria organizzazione, quindi sul *world wide web*, che è un modulo elettronico *e-form* a libero accesso.

Inoltre abbiamo sviluppato anche un modulo di segnalazione elettronico che possa essere utilizzato dai pazienti, dai loro fami-

gliari e dai visitatori che passa attraverso la rete anche questo.

Quando ci arrivano elettronicamente tutte queste informazioni vengono messe insieme e codificate e quindi abbiamo un *Database* che è molto sicuro perché c'è un sistema di codifica, di anonimato, perché non vogliamo sapere chi fa che cosa o quale paziente ha avuto la tale esperienza, a noi interessa il "che cosa", il "come", ma non il "chi"; per questo cerchiamo di raccogliere quante più informazioni possibile. Poi ovviamente analizziamo queste informazioni e le riportiamo come *feedback* al personale, agli operatori.

Abbiamo incominciato a collegare le varie Aziende sanitarie al Sistema nazionale e al Sistema nazionale di segnalazione nel novembre del 2003. Il processo è stato molto lento, come potete immaginare, non tutti erano entusiasti di queste segnalazioni, all'inizio abbiamo fatto molta fatica a collegare queste organizzazioni al *Database* nazionale, ma alla fine ci siamo riusciti: tutti le Aziende sanitarie erano collegati e adesso il livello di segnalazione di incidenti che riceviamo è molto alto.

È interessante andare a vedere chi è il responsabile della segnalazione. Probabilmente non sorprende ma in l'Inghilterra sono proprio gli infermieri quelli che si fanno maggiormente carico della segnalazione. Abbiamo il 68% delle segnalazioni che vengono dagli infermieri e una percentuale molto limitata dagli altri membri del personale, compresi i medici. Questo ovviamente ci dice che dobbiamo lavorare molto più intensamente con questi operatori per incoraggiarli ad intensificare la percentuale di segnalazioni.

Un grafico contenente delle informazioni sugli eventi avvenuti fino alla fine di marzo, e forse questo vale anche per l'Italia, ci dice che il numero più alto di eventi segnalati riguarda le cadute dei pazienti, per scivolamento o altro. Al secondo posto abbiamo gli errori legati all'uso dei farmaci e abbiamo anche dei valori abbastanza alti relativamente agli errori di trattamento e di procedure e problemi di ammissione.

Se consideriamo il livello di gravità dell'evento vediamo che la maggioranza fortunatamente non ha portato ad alcun danno, perciò possiamo vedere un totale di 612 mila eventi segnalati al servizio alla fine di marzo 2006 e di questi il 68,5% non hanno causato danno, i cosiddetti *near misses* (di cui anche il precedente relatore ha parlato). Poi abbiamo un 25% di danno limitato, e un totale di 0,4% di decessi. A questo riguardo bisogna dare una spiegazione perché non tutti questi decessi sono attribuiti ad un incidente relativo alla sicurezza del paziente, quindi bisogna considerare anche la qualità delle segnalazioni. A volte in un evento segnalato magari si è verificato un errore e un decesso, ma i due fattori non sono correlati; a volte ci sono segnalazioni in cui il paziente è deceduto ma per evoluzione naturale della sua patologia.

Pertanto è alquanto difficile poter analizzare ed esaminare i dati forniti senza effettuare poi un'analisi più approfondita di tutto quanto viene presentato.

Il motivo per cui ci interessa avere delle segnalazioni dei *near misses* o dei "quasi eventi" è perché ne possiamo acquisire informazioni importanti. Vediamo che il motivo alla base di questo è che per ciascun decesso, si possono avere 10 eventi gravi e 100 eventi da minori a moderati e 1000 sono stati prevenuti oppure non hanno causato danni. Cosa cerchiamo di fare quindi? Cerchiamo di affrontare il problema sviluppando delle soluzioni per ciascuno di questi eventi per evitare che si presentino e si verifichino.

Come ho già detto è molto importante poter dare un *feedback* al personale; noi operiamo mediante una pubblicazione in cui mettiamo insieme tutte le informazioni in modo da fornire del materiale che regolarmente viene sottoposto alla struttura.

Un altro modo di procedere, che abbiamo appena avviato, è la possibilità per le organizzazioni di accedere al *Database* dell'*NRLS*, per cui ciascuna organizzazione può verificare quali sono i livelli di segnalazione, valutando di conseguenza i livelli di incidenza presenti nelle altre organizzazioni. Questa è una modalità che le organizzazioni volevano fortemente istituire per verificare quali fossero i livelli di segnalazione da parte del personale interno, e se il numero di eventi delle diverse categorie era simile a quello esistente in altre organizzazioni di analoga natura. Pertanto adesso queste informazioni sono disponibili.

Il contenuto del rapporto, che è reso disponibile su *Extranet* dà il numero di segnalazioni inviate, i tipi degli eventi, dove si sono verificati, la specialità di competenza, il livello di danno e la qualità dei dati inviati nella segnalazione. Forniamo a tal proposito anche dei grafici relativi.

Passiamo adesso allo **step numero cinque**, che riguarda "**il coinvolgimento dei pazienti**" e ridò la parola ad Alison.

Mrs. Alison Prizeman

Spesso dimentichiamo, in presenza di un incidente, che dietro ad ogni incidente c'è un paziente, a volte una famiglia o una persona che si occupa del paziente e ci sono sempre, poi, degli operatori; pertanto si parla molto di supportare il personale ma bisogna anche parlare di coinvolgere il paziente. Noi riteniamo che la pratica migliore consista innanzitutto nel chiedere scusa e nello spiegare quando qualcosa non è andato per il verso giusto. Può fare paura andare ad incontrare il paziente dopo un evento o incontrare la famiglia, e spiegare, e più spieghiamo e facciamo in modo di parlare con la famiglia più è facile per tutti gestire il problema.

È molto importante andare a ricercare le cause dell'evento; è necessario offrire a tutte le persone coinvolte un supporto per far fronte alle conseguenze della situazione; è necessario coinvolgere il paziente,

gli operatori e la famiglia nella presa di decisioni relativamente a come prevenire il verificarsi di analoghi eventi per il futuro. Quando parliamo con i pazienti e le loro famiglie diciamo loro che siamo disposti a fare del nostro meglio per supportarli e per fare in modo che anche grazie al loro aiuto l'evento non si verifichi più; è molto importante quindi imparare gli uni dagli altri e condividere l'esperienza.

Ovviamente "essere aperti" è una sfida. La sanità deve diventare più trasparente, deve essere più aperta e più trasparente per tutti: per gli infermieri, per i medici, per le ostetriche, per i fisioterapisti, ecc., per tutti quelli che vi operano, che devono auspicaire una maggiore chiarezza quando qualcosa va male, ed è assolutamente necessario anche voltare pagina, vale a dire che se non si è aperti su quanto è successo come possiamo prevenire la stessa cosa in futuro? Come possiamo far sì che altre persone non rimangano colpite dallo stesso evento in futuro e possano anche morirne?

Abbiamo lanciato una campagna sulla pratica della sicurezza basata sul principio dell'essere aperti e trasparenti. Il materiale relativo viene pubblicato a livello centrale, e quindi dal governo, in forma cartacea, e anche qui, come responsabili della sicurezza, possiamo disporre di materiale e stampati informativi da far circolare presso le Aziende sanitarie. Uno di questi documenti è particolarmente interessante, infatti è suddiviso in tre parti: abbiamo il bollettino vero e proprio che fornisce informazioni su quanto vogliamo che gli operatori sappiano, poi ci sono tutte le relative linee-guida per le Aziende sanitarie, quindi per l'organizzazione, e ancora, su come mettere a punto quelle procedure necessarie all'applicazione di quanto viene loro richiesto e, a causa della natura stessa del documento, abbiamo anche prodotto una documentazione per i pazienti e famigliari, quindi anche loro debbono essere informati su quanto viene approntato e introdotto, e questo all'insegna della trasparenza.

C'è poi anche un sito *Internet* che fa parte del nostro sito in cui si può entrare e leggere in che cosa consiste l'essere aperti, la trasparenza, quindi è una modalità di apprendimento e di formazione a distanza. Qui ci vengono fornite tutta una serie di storie, situazioni in cui si deve decidere come fare, come intervenire e si clicca sulla risposta che sembra più idonea.

Il programma di formazione a distanza serve ad imparare i principi della gestione del rischio e di miglioramento del sistema in cui si opera per migliorarlo e rendere la sanità complessivamente più sicura per i pazienti. Il tutto è disponibile a voi su *Internet*, purtroppo ancora non in italiano. Qui troviamo diversi gruppi di operatori che possono essere coinvolti nella pratica della trasparenza con i pazienti. Essere aperti, trasparenti non significa avere semplicemente una conversazione, uno scambio di idee, ma è un processo sempre in corso,

costantemente in atto per quel singolo paziente e quella particolare famiglia.

Inoltre forniamo anche modalità di formazione, sempre in Gran Bretagna, in cui invitiamo degli operatori e dove ci sono degli attori che dimostrano in che cosa consiste la pratica della trasparenza. Li mettiamo in situazioni difficili, e chiediamo loro di dirci come gestirebbero la situazione nella realtà se succedesse l'evento veramente a loro in corsia nel proprio ospedale; si tratta di una modalità molto interattiva.

Passiamo adesso allo **step numero sei**: riguarda **"l'imparare e condividere le lezioni sulla sicurezza"**, quindi la ricerca, anche questa disponibile su *Internet* e disponibile a tutti, ancora un pacchetto di formazione a distanza sull'analisi della causa-radice, *Root Cause Analysis (RCA)*.

I responsabili della sicurezza dei pazienti hanno già effettuato la formazione di 8mila operatori, relativamente a questa tecnica di analisi. Kate ed io siamo state invitate alcuni mesi fa anche a Bologna a fare la formazione a dei Referenti delle Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna su questa tecnica che immagino venga quindi già attuata anche qui da voi.

Come funziona l'analisi della causa-radice? Esistono delle diverse fasi di gestione del processo per renderlo più gestibile, perché può essere lungo e complesso da gestire, e soprattutto gestire un processo tanto lungo in un'unica soluzione. Dobbiamo imparare dagli eventi, dagli incidenti e dalle cose che non sono andate per il verso giusto e dobbiamo anche capire che tutti gli esseri umani sbagliano perché il sistema rende possibile questi errori; il sistema non sempre funziona e abbiamo dei dati raccolti da altre industrie ad alta affidabilità come quella aeronautica, tanto per fare un esempio, che in presenza di un'analisi sistematica degli avvenimenti avversi si impara e si possono attuare dei cambiamenti. L'analisi della causa-radice rappresenta uno di questi procedimenti.

Che cos'è esattamente l'analisi della causa-radice? È una tecnica che richiede di andare al di là della persona, non si vuole individuare il responsabile e puntare il dito e accusare qualcuno, non importa, ciascuno di noi potrebbe trovarsi in quella posizione; pertanto quello che bisogna capire è di quale sistema o parte di sistema bisogna farsi carico perché è lì che si è verificato l'errore ed è stato quel sistema che lo ha reso possibile; pertanto si richiede di tornare "alle radici" dell'evento.

Al momento la sanità è molto incentrata sulle persone quando le cose non vanno per il verso giusto, non so se stiano così le cose anche in Italia, ma in Gran Bretagna quando le cose vanno male la prima domanda che si fa è chiedere chi è stato, quale infermiere, quale medico, che reparto. Noi non vogliamo, in realtà, sapere chi è stato perché se ci si concentra sugli individui si continua a biasimare e a punire questa o quella persona e si pensa che allontanan-

do quella persona si riescano a migliorare le condizioni di sicurezza dell'ambiente in cui si opera evitando che l'evento si possa ripetere. Ovviamente questo è sbagliatissimo perché l'evento si ripeterà in quanto il sistema nel suo complesso non è cambiato e quindi il sistema sarà strutturato in maniera da rendere possibile un altro evento di questo tipo. Pertanto quello che dobbiamo fare è concentrarci sul sistema, dobbiamo andare a vedere come le cose sono organizzate, dobbiamo pensare a concentrarci sul sistema e non sulle persone e quindi automaticamente potremo rendere più sicura la sanità.

Non so se conoscete James Reason e l'idea del modello a "formaggio svizzero": egli sostiene che quando si verifica un evento questo avviene perché il sistema non funziona, ci sono dei buchi nel sistema allineati, un po' come i buchi del formaggio svizzero, attraverso i quali può passare l'errore. Ovviamente questo avviene molto più spesso di quanto noi siamo disposti ad accettare. Invece abbiamo bisogno di un modello a "parmigiano", che è un formaggio senza buchi, in modo tale che il sistema ci permetta di evitare degli errori, sia strutturato in maniera tale da avere delle barriere, delle procedure, e quindi l'infermiere se vede che qualcosa non va può arrestare l'avanzare del sistema a quindi l'evento non si verifica. È questo a cui dobbiamo mirare: un modello a "parmigiano". L'analisi funziona in tre fasi: innanzitutto bisogna raccogliere i fatti, andare a capire che cosa è andato male parlando con le persone che si trovavano sul posto al momento dell'incidente, perché nessuno può sapere meglio di loro esattamente cosa è avvenuto. Una volta raccolti i fatti, e ovviamente questo dovrebbe prendere la maggior parte del tempo, cioè il 60% del tempo totale dell'indagine; pertanto deve essere un'analisi molto approfondita, se non la si svolge bene meglio non farla affatto. Una volta raccolti i fatti si procede all'analisi dell'informazione, dopo di che si procede alle conclusioni, ma non ci si ferma lì perché una volta stabilito che cosa è avvenuto bisogna approntare una soluzione per evitare che si verifichi di nuovo altrimenti l'intera indagine non ha alcun senso. Quindi, raccolte le informazioni si può cominciare a creare una mappa per sapere esattamente cosa è avvenuto e bisogna pensare a diversi elementi durante l'analisi delle informazioni: per esempio le persone coinvolte, le persone che possono essere state testimoni dell'evento, persone che avrebbero dovuto saperne più di voi in quella situazione, pensando alla documentazione; ci sarà molta carta, la sanità è estremamente dipendente dalle carte, le cartelle, ecc. Andate a pensare a dove si è verificato l'evento: se è avvenuto in sala operatoria, dove si trovavano le persone, quante erano presenti in sala operatoria, cosa stavano facendo in quel momento; pensate anche agli strumenti e alle

apparecchiature coinvolte: se è necessario continuare ad utilizzare quelle apparecchiature oppure sottoporle a verifica per confermarne il buon funzionamento. Bisogna procedere in questo modo, seguendo quelli che sono i paradigmi. Procedere nel modo ormai praticato da anni, è la norma per noi. Come ricercatore bisogna entrare nella cultura del reparto per capire esattamente cosa avviene. Si parla spesso del potere del reparto che è nelle mani delle caposala o degli infermieri più anziani, ma questo non è sempre vero; a volte il personale che è lì da molti anni non ha avuto alcun avanzamento di carriera formale ma questo non significa che non abbia potere, quindi bisogna andare a ricercarlo nel corso di questa procedura di indagine.

Una volta acquisite le informazioni si realizza un grafico con un'evoluzione temporale, raccogliendo tutti i fatti nell'ordine in cui si sono svolti: cosa è successo, quando è successo e si comincia a disegnare un quadro complessivo individuando questi "buchi del formaggio svizzero" che si allineano e rendono possibile il verificarsi dell'incidente. Dopo di che si procede all'identificazione dei problemi; si è parlato di due tipi di problemi, un problema nell'erogazione del servizio, ed è lì che il servizio ha deviato oltre i limiti sicuri della pratica e questo ha portato ad un esito negativo per il paziente; quindi un mancato monitoraggio, un mancato intervento, ad esempio, da parte del personale.

Abbiamo poi anche problemi legati all'erogazione del servizio, quindi precedentemente dell'assistenza e questo relativo al servizio, cioè tutto ciò che è legato a decisioni, procedure e sistemi che fanno parte del processo del servizio fornito e non fanno parte della cura del paziente. Per esempio se dove si lavora non si effettua una valutazione del rischio ambientale può darsi che non ci sia un impatto oggi, domani o anche prossimamente ma, alla fine, questo impatto si sentirà, ci sarà un incidente perché la valutazione del rischio non è stata effettuata; quindi ritorniamo all'idea dello scoiattolo, quella della vigilanza continua.

Una volta individuati i problemi si può cominciare l'analisi, come siamo arrivati a questo punto? Esisteranno determinati fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'evento. Nel corso dell'indagine viene richiesto di pensare attentamente a ciascuna categoria e all'impatto che può avere avuto sull'incidente. Dopo di che chiediamo di utilizzare un diagramma a spina di pesce in modo da poter capire esattamente che cos'è successo. Questo modello funziona prendendo il problema e mettendolo nella "testa" del pesce e si pensa a tutti i fattori che hanno contribuito al verificarsi di quel determinato evento. Questo diagramma fa parte del pacchetto di indagini che trovate su *Internet*, potete anche stamparlo, ve lo forniamo noi, non dovete disegnarlo, spingete il bottone e potete scaricare tutto il materiale su cartaceo. Da

questo punto si può cominciare l'analisi e l'individuazione delle cause-radice; in genere si tratta di questioni di minima entità, ma sono quelle poi le cause fondamentali del problema. Dato che sono elementi di entità minore, che però si verificano spesso e si ripresentano più volte causando dei problemi, vanno veramente individuati. Il sito *Internet* dove è possibile trovare il *kit* di formazione a distanza sull'analisi della causa-radice è: www.npsa.nhs.uk/rca.

Lo **step numero sette**, che è l'ultimo, riguarda **"l'implementazione di soluzioni"**. Al *NPSA* tutto quello che vi ha detto Alison relativamente agli interventi di tipo locale all'interno dell'organizzazione sono interventi che vengono richiesti anche a livello nazionale, per cui abbiamo dedicato molto tempo all'analisi degli eventi ed abbiamo analizzato le singole specialità e presi degli esempi di eventi e incidenti di ciascuna specialità tutti i mesi; e abbiamo un esperto che esamina le informazioni relative e individua le problematiche principali, questo viene effettuato tutti i mesi. Abbiamo anche un *software*, un programma per il computer che rende possibile l'analisi dell'evento a seconda della categoria, del tipo e degli operatori coinvolti.

Dopo aver analizzato i vari eventi ovviamente abbiamo un *feedback* anche per gli operatori e stabiliamo delle priorità sui settori che più probabilmente potranno dar adito a problemi e cerchiamo di capire quali possono essere le soluzioni per evitare che determinati eventi si verifichino in futuro. Alcune di queste attività è meglio che vengano svolte a livello nazionale ed è per questo che l'Agenzia nazionale si trova nella posizione migliore per intervenire in tal senso. Uno degli ambiti principali in cui cerchiamo di operare è di individuare i problemi prima che questi arrivino fino al paziente; cerchiamo di stabilire le potenzialità di danno.

Uno degli ambiti principali riguarda soprattutto le confezioni dei farmaci; abbiamo lavorato in collaborazione con le case farmaceutiche per convincerli a rendere più facile la lettura delle confezioni e quindi delle indicazioni sui farmaci. Capite bene come si riesca facilmente a compiere degli errori in questo campo, soprattutto se si ha fretta o in una situazione di emergenza, quando c'è una somiglianza forte fra le diverse confezioni. È molto importante cambiare la confezione in modo da prendere il farmaco giusto e non quello sbagliato, in una situazione di emergenza. Questo è solo un esempio di come lavoriamo a livello nazionale per cercare di mettere a punto delle soluzioni e infatti ne abbiamo individuate, con una ricaduta sulle Aziende sanitarie sotto forma di bollettini per la sicurezza del paziente. Anche per questo potete avere informazioni disponibili sul sito *Internet* dell'*NPSA*. Forse li avrete già visti: abbiamo per esempio considerato vari punti importanti come, per esempio, le soluzioni di cloruro di potassio concentrato

debbono essere disponibili solo in determinate situazioni proprio a causa di grossi errori, anche fatali, che si sono verificati.

Dato che siamo un ente nazionale cerchiamo anche di incoraggiare la standardizzazione dei servizi di emergenza, quindi con i numeri di intervento d'urgenza, le *Crash Call*, cioè il numero delle urgenze che viene utilizzato in ospedale in caso, per esempio, di arresto cardiaco. Per l'assistenza di base abbiamo un bollettino sul *metotrexate* perché ci sono stati molti decessi a causa della dose sbagliata o della periodicità sbagliata di assunzione del farmaco.

Alison ha già parlato dell'igiene delle mani, quindi abbiamo lanciato una campagna per la pulizia delle mani e adesso ci stiamo occupando di introdurre anche questa campagna a livello di medicina di base. Inoltre abbiamo fatto un bollettino sulla nutrizione enterale: 11 decessi sono stati proprio fatti risalire ad errori di applicazione della sonda per la nutrizione enterale a livello polmonare invece che a livello dello stomaco; quindi un errore notevole non certo all'insegna della sicurezza, per cui il metodo utilizzato è stato scoraggiato.

Abbiamo anche un bollettino a livello chirurgico, per evitare errori in ambito chirurgico e quindi utilizzo di strumenti sbagliati, o interventi su arti o organi sbagliati.

Se non è necessario un intervento immediato, invece di emettere un bollettino, facciamo circolare un'altra modalità informativa sulla sicurezza dei pazienti: "Informazioni per la sicurezza del paziente", per esempio per migliorare la sicurezza del paziente mieloso, la protezione del paziente con tracheotomia, o dei pazienti con allergia al latte.

Poi abbiamo un ulteriore livello di informazione che inviamo alle organizzazioni: ho parlato dei dispositivi di infusione, di cui si auspica la standardizzazione, quindi invece di avere 30-40 tipi diversi di dispositivi di infusione in ospedale stiamo cercando di incoraggiare gli ospedali a tenerne solo 4-6 tipi al massimo, in questo modo diminuiscono le probabilità che gli operatori che usano tali apparecchiature possano commettere degli errori perché non devono imparare moltissime istruzioni diverse.

Anche per quello che riguarda i farmaci abbiamo emesso un tipo di materiale informativo contro gli errori di utilizzo dei vaccini con nomi molto simili, uno per gli adulti, per esempio, e uno per i bambini, per cui c'è stato un errore dove è stato dato ad un bambino un vaccino che invece era stato previsto per gli adulti.

Tutto questo a livello nazionale, a livello locale noi cerchiamo di insegnare i principi di base per la soluzione del problema e la prevenzione del danno; dopo aver effettuato l'analisi del problema-radice è possibile ricavarne una soluzione: è necessario garantire un apprendimento attivo in modo che i cambiamenti siano radicali e che siano sostenibili, quindi che non si tratti di interventi effimeri e di breve durata. In-

coraggiamo inoltre l'adozione di soluzioni adottate a livello locale e condivisibili da tutti in modo da avere una ricaduta a livello nazionale e anche internazionale.

Altra cosa molto importante: le soluzioni debbono essere realistiche e sostenibili dal punto di vista dei costi e debbono anche essere basate su una valutazione del rischio perché non vogliamo eliminare un problema causandone uno ancora più grande a qualche altro livello della organizzazione.

Prevenire gli errori: dobbiamo ricordare che dire alle persone di stare più attente non funziona; quello di cui abbiamo bisogno è disporre di sistemi più facili ed intuitivi che rendano più difficili le azioni errate, che rendano corrette le azioni sbagliate e che rendano più facile per noi l'individuazione degli errori.

Per terminare vorrei lanciare alcuni messaggi conclusivi: non bisogna mirare troppo in alto, è necessario stabilire delle aspettative realistiche, non possiamo cambiare il mondo da un giorno all'altro ma tutte le piccole cose che facciamo per migliorare la sicurezza dei pazienti e per migliorare l'intero sistema sicuramente avranno una ricaduta positiva e soprattutto non esporre le persone a rischi non necessari; dobbiamo rendere il sistema più sicuro proteggendo gli operatori in maniera da rendere meno probabile commettere errori con un impatto positivo sia per i pazienti che per gli operatori.

Vorrei concludere con una citazione del nostro responsabile, che penso sia importante tenere sempre presente, e che dice: *"Più errori vengono sotterrati più pazienti verranno sotterrati accanto a loro"*, per cui se possiamo creare una cultura trasparente e giusta saremo anche in grado di condividere le cose che non sono giuste imparando tutti dagli errori commessi; in questo modo speriamo si verifichino meno eventi negativi a danno dei pazienti.

Grazie per l'attenzione e per averci invitato.

Signorina Ferri

Grazie davvero anche per questa splendida relazione. Certamente abbiamo visto degli aspetti più avanzati rispetto alla situazione italiana, almeno per quanto mi risulta. Molto interessante questa informazione accessibile a tutti, per cui questa cultura della prevenzione del rischio e anche della sensibilità e sensazione alla sicurezza che viene fornita ai cittadini nel momento in cui si rivolgono al sistema sanitario è estremamente importante perché noi dovremmo davvero raggiungere quella lealtà, quella fiducia, quella collegialità coinvolgendo proprio i cittadini stessi nella gestione del sistema sanitario e nella realizzazione della tutela della salute.

Ringrazio ancora mrs. Katherine Beaumont e mrs. Alison Prinzeman anche per la sollecitudine con cui ci hanno fornito

la documentazione che hanno illustrato oggi con tanta ricchezza e tanta capacità.

In attesa della Presidente nazionale volevo aprire una parentesi.

Quindici giorni fa c'è stato a Roma un importantissimo incontro della Federazione europea delle professioni infermieristiche dove sono stata presente tutti e tre i giorni e debbo dirvi che i nostri paesi europei si stanno avvicinando in maniera molto veloce e tra un po' parleremo ancora più fortemente di professioni infermieristiche europee e arriveremo addirittura ad un Codice deontologico degli infermieri dell'Europa; quindi avremo ancora il piacere e la fortuna non solo di avere infermieri di altre nazioni europee in Italia, ma sarà altrettanto importante che anche noi portiamo le nostre esperienze per l'Europa.

PAUSA

Signorina Ferri

Riprendiamo i lavori finalmente con la nostra Presidente nazionale che, dopo tre convegni a cui ha dovuto partecipare, è arrivata da noi.

Nel frattempo volevo riprendere la segnalazione fatta prima di un incontro che ci sarà sabato pomeriggio in questa sala con le 22 professioni sanitarie e il ministro della salute Livia Turco.

Voi avete in carpetta copia della legge n. 43, che conclude in qualche modo, almeno per il momento sperando che non ci siano dei ripensamenti, tutta la normativa che dall'emanazione del profilo ci ha via via seguito, contestuale alla formazione universitaria, di cui nel nostro documento "Autonomia, competenza e responsabilità" avete una breve sintesi.

L'incontro di sabato pomeriggio è sicuramente un incontro importante, quindi chi di voi ha la possibilità di essere presente è invitato a partecipare.

Si tratta di un incontro tenuto dalle 22 professioni che hanno il profilo, che ha lo scopo di far sì che siano emanati i decreti legislativi che la legge n. 43 prevede ai fini della sua piena attuazione, in particolar modo per la funzione di coordinamento per la quale voi sapete che vale il titolo di studio di abilitato alle funzioni direttive conseguito fino agli anni '70 - '80, poi c'è stata questa lunga pausa mentre adesso c'è il master per la funzione di coordinamento, che è stato reso obbligatorio con questa legge. Tanto è vero che oggigiorno non parliamo tanto più di caposala quanto invece parliamo di funzioni proprie di coordinamento. C'è poi la questione dei riconoscimenti dei master e delle specializzazioni e l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo. Su questo ultimo punto al momento non abbiamo, come Consiglio Direttivo del Collegio di Bologna, voluto fare delle azioni di forza nei confronti di coloro che non sono iscritti, però sta per uscire un documento della

Regione alle Aziende che va in questa direzione.

Come vedete la professione sta camminando velocemente, state camminando velocemente anche tutti voi e lo si è visto dal vostro interesse, serietà, attenzione che avete posto anche in questa importante occasione di incontro, il che è motivo per me di grande conforto ma credo che lo sia per tutti.

La dottoressa Silvestro farà una breve introduzione e darà inizio ai lavori di questa seconda sessione.

Grazie.

**Dottoressa Annalisa Silvestro
Presidente Federazione Nazionale
Collegi IPASVI - Roma**

Grazie alla signorina Ferri.

Buon pomeriggio a tutti.

In un primo momento ho pensato di stare in platea a seguire i lavori da lì, ma mi sembra giusto svolgere la mia funzione di moderazione e di orientamento rispetto alla sessione pomeridiana che inizia con i contenuti che vi sono stati presentati in mattinata.

Comincerei subito con la collega dottoressa Roberta Mazzoni, la quale insieme alla signora Annita Carminati presenta la relazione dal titolo "Modello assistenziale integrato di governo clinico e gestione del rischio".

II SESSIONE

**"MODELLO ASSISTENZIALE
INTEGRATO DI GOVERNO CLINICO
E GESTIONE DEL RISCHIO"**

**Dottoressa Roberta Mazzoni
Direttore Servizio Infermieristico e
Tecnico Azienda USL di Cesena**

**Dottoressa Annita Carminati
Responsabile Area Governo assistenziale e Risk management Azienda USL di Cesena**

Buon pomeriggio a tutti.

Questa relazione si presenta, come relazione svolta a due mani con la dottoressa Annita Carminati, ma che vede esclusivamente la sottoscritta in qualità di relatore in quanto la collega è assente per motivi famigliari.

Detto questo do inizio alla relazione non prima di avere ringraziato la Presidente e la signorina Ferri per questo invito.

La relazione parte assolutamente da un assioma che è ormai assolutamente pertinente in questo contesto, che ci arriva da moltissimi anni fa e chi ce lo proponeva era Florence Nigthingale, e come in queste frasi possa essere sintetizzato il concetto fondamentale di quello che può essere sicurezza. Più di cent'anni fa diceva che "Pare uno strano principio da enunciare come la prima necessità effettiva in un ospedale sia non provocare ulteriori danni". Da questo concetto e da questa citazione molti passi sono stati fatti fino ad arrivare ai giorni nostri dove nel 1999 dal

mondo inglese ci arriva la prima definizione del governo clinico. Il governo clinico, tratto dal libro bianco che è stato appunto strutturato su questo argomento, ci viene indicato come "Quel sistema mediante il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di alti standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi eccellenza clinica, instaurando un complesso di azioni integrate da parte di tutte le componenti al fine di porre i professionisti in grado di garantire i migliori esiti qualitativi possibili alle loro attività".

Se questa è una citazione, che come tale ci riporta al concetto di sistema, sicuramente dobbiamo capire meglio quali sono le componenti che vanno a strutturare il sistema. Se di sistema si parla, sicuramente il sistema ci riporta ai contesti italiani e ai quadri legislativi che la nostra legislazione, sia nazionale ma sicuramente in ambito regionale, ci riporta ad alcuni passi fondamentali. Il governo clinico è un sistema che "ci costringe", fra virgolette, a ipotizzare percorsi clinici sui pazienti, è un sistema che ci porta a sistematizzare idee e azioni per uscire dal caos della routine, è sicuramente un sistema che richiama un concetto molto più largo quale è quello dell'appropriatezza.

Su questo concetto non mi dilungo, ormai la sintesi dell'appropriatezza è citata molto bene in letteratura: fare la cosa giusta, al momento giusto, al paziente giusto, nel modo migliore rispetto alla prima volta, Esiste un'appropriatezza clinica e un'appropriatezza organizzativa, in questo sistema regionale e nei requisiti che l'Agenzia sanitaria regionale ci offre, sono racchiusi in quello che viene chiamato accreditamento istituzionale e accreditamento professionale.

All'interno nel sistema di accreditamento ovviamente prendono parte tutti i sistemi relativi alla gestione del rischio, meglio detta *Risk management*. Evidentemente questo sistema che si compone di molte sfaccettature è un sistema in cui diventa fondamentale spingere il *focus* sulla voce del paziente, questi sono sistemi che ci impongono di adottare misure in cui il paziente possa esprimere il proprio grado di soddisfazione, ma sono sistemi che ci portano a dire che il grado di soddisfazione del paziente deve arricchirsi anche di elementi di contesto di tipo qualitativo. Non basta esclusivamente misurare quanto è stato gradito al paziente, occorre anche entrare meglio nei sistemi che una nuova disciplina vuole tentare di esplorare e di capire. Questo perché nella narrativa e nella storia vissuta dai pazienti i vari interlocutori esterni, cioè coloro che sono portatori di interesse possano arricchire le proprie valutazioni e arrivare a un *focus* sui risultati. Se questo è il contesto generale in tema di accreditamento capiamo meglio qual è

stata la posizione della nostra regione nel tentativo di unire *Clinical Governance* e *Risk Management* di cui vediamo una prima citazione del 1999-2001 in cui la nostra regione ci dice che la gestione del rischio è una componente della *Clinical Governance* e per molti di voi che hanno partecipato ai lavori di accreditamento professionale rispetto ad alcune discipline, come avete visto nei requisiti specifici, sono già previsti criteri e requisiti di sicurezza ma sicuramente la regione ci indica una strada per fare gestione del rischio; ovvero è una modalità che si esercita attraverso l'uso corrente e sistematico di idonei strumenti operativi e gestionali tesi ad evitare i rischi; è una modalità in cui dobbiamo apertamente e in maniera chiara riuscire ad identificare quali sono gli eventi indesiderati, ma sicuramente dobbiamo imparare dagli errori, perché è da questi che si può imparare, orientando la nostra attività attraverso la disseminazione di buone pratiche cliniche e con una buona capacità nell'usare gli strumenti e il miglioramento continuo della qualità.

Perché ci poniamo il tema della gestione del rischio e il tema della sicurezza? Una quantificazione del fenomeno degli errori in sanità si può avere considerando una matrice rispetto al modello di Reason, che anche questa mattina è stata citata, in cui Reason, che è un comportamentista di tipo cognitivista, ci dice che errare in sanità è possibile, che l'errore in sanità è dato da una molteplicità di fattori che intervengono e che la gli errori si classificano, appunto, in errori umani, organizzativi e tecnologici. Andando a stimare, perché di questo si tratta, di "stime", anche perché gli studi che la letteratura ci porta hanno metodi e strumenti assolutamente diversi e quindi difficilmente comparabili, si stima che l'entità del fenomeno del rischio, dell'errore in sanità sia un fenomeno che provoca negli USA 1 milione di danneggiati con un costo aggiuntivo pari a 36 miliardi di dollari.

In Italia i primi dati sulla stima degli errori in sanità provengono dalla prima Conferenza italiana in tema di rischio del 2004, svoltasi a Roma, che vede 30-35mila morti all'anno dovuti ad errori in sanità, che rappresenta il 5,5% del totale dei decessi, ma dalla Conferenza capiamo meglio dove il fenomeno degli errori è più rappresentativo. Quindi si vede come si commettono più errori in sala operatoria rispetto alla degenza; si sbaglia di più nei dipartimenti di urgenza rispetto agli altri dipartimenti; ci sono delle discipline, fondamentalmente quelle chirurgiche, che sono più di altre esposte ad errori; fra queste la principale è l'ostetricia-ginecologia, segue la traumatologia e seguendo le altre discipline.

Di fatto questo tema degli errori in sanità provoca al momento una stima di circa 12mila cause pendenti in sede giudiziaria, sia civile che penale, per un costo di 2 miliardi e mezzo di euro, ma a questo dato che è assolutamente quantitativo e nume-

rico si affianca un altro dato probabilmente molto più significativo che è il tema dell'affidabilità del sistema sanitario nazionale, della sicurezza e del grado di affidabilità che il sistema riesce ancora ad offrire ai propri cittadini.

Da una ricerca del Consorzio Italiano di Ingegneria Assicurativa risulta che 3 italiani su 10 si sentono poco o per niente sicuri, che 5 si sentono solo abbastanza sicuri, che 1 su 10 si dichiara molto sicuro. Quindi esiste un problema solo di sicurezza ma questo problema si intreccia inevitabilmente a un problema di affidabilità del sistema e anche di capacità del sistema stesso di riuscire a ricucire un rapporto e un'alleanza con i cittadini.

Se questo è il fenomeno, Renata Cinotti, che molti di noi conoscono quale responsabile dell'Area accreditamento dell'Agenda sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, ci dice che in sanità si sbaglia perché le cure vengono progettate, proposte e offerte da sistemi organizzativi complessi; fare sanità è una materia difficile e lo diventa sempre più per l'impatto che le tecnologie e i sistemi stanno avendo, ma il punto vero è che questo sistema si relaziona con pazienti che spesso si presentano parzialmente informati, e questo accentua il problema della comunicazione, con noi professionisti, che tendenzialmente siamo competenti e sicuramente in buona fede ma sicuramente fallibili.

Queste sono le caratteristiche del sistema e la sua complessità, alcune definizioni in letteratura riportano ora termini come "complessificazione", questo per accentuare come il grado di difficoltà stia mano a mano sempre più aumentando, ma sicuramente il fatto che in organizzazioni in cui le relazioni sono fondamentalmente di origine professionale, queste relazioni possono diventare difficili, ma il tema degli errori è senz'altro di grandissima attualità.

Alcuni principi generali della gestione del rischio, anche se mi sembra che questa mattina il tema sia stato molto trattato: in Italia di gestione del rischio si è parlato molto in una campagna lanciata nel 2000 dal Tribunale dei Diritti del Malato; la campagna prendeva il nome "Imparare dall'errore" e si poneva il tema dell'errore e della sicurezza in sanità. Di fatto il *Risk Management* si poggia su alcuni principi valoriali che sono "gli errori accadono", è inutile nascondersi dietro al fatto che in sanità "non si deve sbagliare", questo è assolutamente utopistico, ma il problema degli errori è un fattore di grande criticità e per questo dobbiamo imparare ad identificarli e a ridurli. A questo proposito alcuni studiosi ci propongono relazioni molto interessanti, per citarne un passo: "Per ogni errore ne esistono trenta minori e trecento quasi-errori".

Di fatto il maggior numero degli errori che accadono in sanità trovano la loro eziologia all'interno del sistema e non del singolo professionista che ha commesso l'errore perché, di fatto, il professionista che ha

commesso l'errore non è altro che l'anello finale di una catena di eventi; la traiettoria dell'errore di Reason, che questa mattina è stata presentata come il formaggio svizzero, nel quale una serie di condizioni "passano", le organizzazioni non riescono a mettere in atto barriere protettive fino ad arrivare al fatto che alla fine l'errore accade. Di fatto l'approccio alla gestione del rischio è un approccio in cui si passa da un sistema di colpevolizzazione a un sistema più generale, il 50% degli errori in sanità sono prevenibili e sicuramente l'errore ha bisogno di un approccio sistemico e integrato. Non esistono in sanità errori "degli infermieri", "dei medici" o delle "singole categorie" professionali, esistono errori in tema di sicurezza del sistema, esistono errori in tema di sistemi complessi e della loro capacità di proteggere o meno i professionisti che vi lavorano all'interno.

La gestione del rischio è un ciclo, e come tutti i cicli è composta di fasi che ricordano molto un processo a noi molto vicino che è quello di nursing: si passa sempre dall'identificazione del rischio attraverso la sua mappatura che deve portare all'analisi dei rischi e alla valutazione per tipologia, probabilità e possibilità di concretizzarsi del rischio.

Le analisi debbono portare all'implementazione di azioni perché, ovviamente, esistono azioni correttive e migliorative, o azioni proteggenti dei rischi che noi abbiamo, questo ovviamente fa partire un sistema di monitoraggio attraverso *set* di indicatori prestabiliti, per arrivare alle criticità e alla *feedback*.

Mi soffermo solamente in questa fase per quanto riguarda l'implementazione perché l'implementazione delle azioni va fino al "piano di mitigazione dei rischi", questo mi sembra esemplificativo, nel senso che i rischi in sanità non si possono azzerare, è ragionevole ipotizzare che esiste comunque una percentuale di rischio che è legata all'esercizio della nostra professione, rischio legato alla disciplina, agli interventi che il paziente dovrà fare, ma il punto vero è quello di riuscire ad elaborare i piani di "riduzione" del rischio, appunto di mitigare, di ridurre quanto più possibile la percentuale di rischio.

Quando le scienze razionali non bastano più ci si affida alla filosofia con citazioni come: "Nessuno può evitare di fare errori, la cosa più grande è imparare da essi, perché evitare errori è un ideale meschino, se noi dobbiamo affrontare problemi che siano così difficili da rendere l'errore quasi inevitabile non vi sarà allora sviluppo della conoscenza. In effetti è dalle nostre teorie più ardite, incluse quelle che sono erronee, che noi impariamo di più".

E "sull'impariamo di più" probabilmente ci dovremo anche chiedere perché noi professionisti "nuovi", perché di fatto siamo neonati in termini forti di professione, siamo qui oggi ad affrontare temi così com-

plessi, perché sicuramente la sicurezza è una dimensione della qualità che si deve affiancare alle altre dimensioni della qualità, che sono efficacia, efficienza, appropriatezza, e sempre di più la sicurezza lo diventa, e che la sicurezza è un punto che interessa tutta l'organizzazione nel suo complesso, ma non solo il *Management* e i meccanismi operativi, ma i pazienti/utenti e gli operatori.

Noi siamo all'interno del tema della sicurezza perché il processo di professionalizzazione che ci ha visto coinvolti fortemente si è concluso, perché sicuramente le caratteristiche fondamentali della connotazione di una professione ci sono e ci sono state date, lo zaino che ci portiamo sulle spalle è stato riempito degli attrezzi necessari per poter esercitare una professione, perché sicuramente alcune Aziende più di altre hanno strutturato organizzazioni che dovrebbero tendere e che sono impegnate nel tema dello sviluppo delle professioni e perché sicuramente il governo clinico assistenziale è una connotazione precisa che ci deriva dal Piano sanitario regionale e che ci viene dato come ambito specifico di competenza.

Se questo è il quadro generale sul quale mi introduco ai risultati dell'Azienda di Cesena che rappresento, rispetto a questo contesto generale cosa è successo a Cesena? L'idea dalla quale siamo partiti era quella di riuscire a costruire all'interno del sistema aziendale una direzione del Servizio infermieristico che potesse affiancare le altre direzioni forti del sistema aziendale, la generale e la sanitaria, e che costruisse all'interno della direzione del Servizio infermieristico un'area specifica. Questa area è stata costruita nel 2001, ha preso il nome di "Area del governo assistenziale e gestione del rischio" ed è un'area fondamentalmente coinvolta in prima battuta in tutte le discussioni e in tutti i processi di riorganizzazione e innovazione in termini di gestione della qualità e gestione del sistema del rischio che interessano l'Azienda. Di fatto l'Area si rappresenta come la prima interfaccia dei professionisti rispetto ad alcune tematiche, è un'Area a carattere trasversale che viene utilizzata da tutti gli operatori dell'Azienda e sempre di più dai professionisti delle professioni sanitarie sia mediche che non mediche, per la ricerca di materiale e per la capacità che quest'Area ha dimostrato nel tempo di riuscire a produrre.

L'Area gestione del rischio e governo assistenziale fondamentalmente ha quattro finalità principali:

- costruire le reti della sicurezza e del governo assistenziale;
- diffondere la cultura della sicurezza;
- sviluppare modalità assistenziali basate su evidenze scientifiche;
- conoscere i principali rischi a cui l'Azienda era sottoposta.

Iniziamo dalle reti: la prima rete che ha preso inizio è una rete professionale, que-

sto perché ormai la bibliografia è assolutamente piena di indicazioni sul fatto che è necessario strutturare temi di organizzazione fra pari e le reti professionali sono un buon sistema per riuscire ad incidere sulla cultura organizzativa aziendale.

La prima rete, che si estende anche con suoi rappresentanti nelle strutture residenziali per anziani, è quella per la *prevenzione e gestione delle lesioni da decubito*. In tutte le reti viene rappresentata la catena, la *line* che la rete offre: abbiamo un infermiere esperto che ha il supporto di venti infermieri che rappresentano le aree a maggior rischio dell'Azienda, e che hanno il compito di trasmettere la cultura in termini di lesioni da decubito e soprattutto di gestione. I risultati sono indicativi del lavoro che è stato fatto: esiste una valutazione del rischio che viene fatto attraverso la scheda di Braden; la valutazione del rischio porta a un sistema di pianificazione assistenziale; la pianificazione assistenziale consente di selezionare i pazienti o alla prevenzione o al trattamento; la prevenzione e il trattamento ci portano o alla cura della cute o alla cura della lesione e alla superficie antidecubito, alla mobilitazione e ovviamente al sistema di sorveglianza.

Quali sono i nostri strumenti? La rete offre a tutti gli infermieri provenienti dalle aree ad alto rischio e non un *Reminder* tascabile che viene offerto al momento dell'assunzione e costituisce materiale del singolo infermiere. Il *Reminder* tascabile riporta la scheda di Braden, questo come strumento che l'Azienda ha adottato nella classificazione del rischio lesioni. Il *Reminder* tascabile riporta anche le schede infermieristiche che sono presenti o in cartella o in scheda infermieristica in cui viene riportata la valutazione con scala di Braden e anche il piano di cura e di trattamento a cui il paziente dovrà sottoporsi: c'è la stadiazione della lesione in termini di larghezza, lunghezza, essudato, e da questo si va poi al trattamento.

La rete ha lavorato ad un opuscolo informativo per tutte le persone a rischio di lesioni da decubito che è presente in tutte le unità operative e viene distribuito al domicilio dei pazienti in assistenza domiciliare integrata e da materiale informativo che può essere ritrovato anche negli studi dei medici di medicina generale, ed ogni unità operativa ha affisso nel luogo di ritrovo degli infermieri il poster informativo su come deve essere svolta la prevenzione delle lesioni da decubito.

Oltre alla costruzione degli strumenti la rete aziendale ci fornisce trimestralmente, a partire dall'anno 2005, i dati sulla prevalenza e incidenza delle lesioni da decubito nelle aree a maggior rischio. Il dato di prevalenza in termini indicativi non ci indica particolari risultati in quanto la nostra Azienda ha un primo dato nel 2001, e poi dal 2003 si iniziano i lavori della rete, ma il dato che sicuramente assume più valore in termini di identificazione del rischio lesio-

ni è l'incidenza; come sapete l'incidenza è quel dato che risulta dal rapporto tra il numero di nuove lesioni e la popolazione a rischio; di fatto la rete ha ridotto l'incidenza di nuove lesioni nei pazienti ricoverati nelle aree a maggior rischio dal 25% al 14,5%.

Contestualmente esiste un problema di appropriatezza di utilizzo delle superfici antidecubito; la mia Azienda spende annualmente circa 500mila euro in noleggio di superfici da antidecubito, e quindi avevamo la necessità non solo di trarre indicazioni rispetto all'utilizzo della superficie perché è considerato un indicatore indiretto di qualità assistenziale, ma anche di controllare in termini di tenuta della gestione del capitolato l'appropriatezza. Ormai abbiamo acquistato molto in termini di miglior appropriatezza, adesso siamo in una fase in cui stiamo rischiando di mettere superfici maggiori a pazienti che hanno bisogni inferiori; quindi è un sistema, quello dell'utilizzo delle superfici, che deve essere ulteriormente affinato.

Rispetto alla rete lesioni da decubito la seconda rete professionale a valenza aziendale che abbiamo costituito è una rete di cui fanno parte 58 professionisti che provengono da tutte le aree, e questa rete ha come finalità specifica l'implementazione delle pratiche improntate sull'*Evidence-based Practice* in termini di prevenzione e controllo delle infezioni. La rete vede sempre un professionista esperto, che come tutti i professionisti esperti fanno parte dell'Area governo assistenziale, che è un'area all'interno della direzione infermieristica con personale proprio che si dedica a queste attività e ai risultati della rete. Fondamentalmente hanno lavorato molto sui sistemi documentali, hanno concluso tutta la documentazione in termini di procedure sulla prevenzione delle infezioni associate ai dispositivi intravascolari per quanto riguarda tutte le fattispecie: centrali, venoso-periferico, sistemi impiantabili; stanno ora lavorando sulla prevenzione delle infezioni delle basse vie respiratorie e così di seguito hanno partecipato a tutti i progetti sia in collaborazione con la direzione sanitaria e con il CIO che con i progetti regionali. Si è vista una indagine conoscitiva in terapia intensiva, in ambito chirurgico, sperimentato e attivato un sistema di sorveglianza della ferita chirurgica e attualmente la collega che coordina la rete è impegnata nell'implementazione e costruzione del manuale delle buone pratiche in terapia intensiva su mandato regionale.

La terza rete è quella dei *ricercatori EBN e EBP*, è la prima rete multiprofessionale di cui fanno parte tutti i professionisti della legge n. 42; è una rete che sta lavorando all'attivazione e al consolidamento del Centro Studi EBP ed è una rete che fondamentalmente deve implementare e sviluppare l'importanza della conoscenza e l'importanza degli sviluppi scientifici. Questa rete ha prima di tutto avuto la necessità di

formarsi, nel senso che i professionisti che erano stati selezionati in base a due criteri, conoscenza dell'inglese e capacità di utilizzare sistemi informatici, dovevano capire e conoscere meglio la materia. La formazione dei componenti della rete è stata abbastanza lunga, hanno fatto corsi avanzati di ricerca bibliografica e di *Evidence-based* e hanno tutti conseguito la patente europea in informatica a spese dell'Azienda, hanno poi proceduto con i corsi di lettura critica e di formazione sul campo. È stata importante la collaborazione con il Centro Studi EBN del Sant'Orsola di Bologna che, come sapete su queste cose è il nostro riferimento, e all'interno di questo Centro esiste uno spazio riservato al Centro Studi EBP dell'AUSL di Cesena, questo per tutte le collaborazioni e le revisioni fatte dal nostro Centro.

Questa rete ha sentito l'esigenza di conoscere meglio quali fossero le condizioni all'interno dell'Azienda, quindi l'anno 2005 è stato un anno caratterizzato dal fatto che gli operatori hanno lanciato un'indagine conoscitiva per capire meglio gli strumenti per l'applicazione dell'*Evidence-Based* all'interno dell'USL. L'obiettivo principale era censire la disponibilità di accesso agli strumenti, gli obiettivi secondari conoscere e verificare le conoscenze dei professionisti.

Il nostro campione è stato costituito da 70 coordinatori e 200 professionisti provenienti da tutte le aree professionali; i metodi della ricerca prevedevano una somministrazione attraverso intervista di un questionario dedicato ai coordinatori; l'altro campione di 200 invece compilava un questionario in maniera autosomministrata.

I primi risultati: fondamentalmente il tema della ricerca clinica è abbastanza sconosciuto per i professionisti della nostra Azienda, solamente il 13% ha frequentato corsi e il campione di età è inferiore ai 30 anni, quindi stiamo parlando di professionisti molto giovani; di fatto i corsi aumentano, ma siamo sempre in percentuali molto basse, esiste una importante barriera rispetto alle conoscenze EBP che è data dalla conoscenza della lingua inglese, e questo per noi rappresenta una grande criticità infatti nel prossimo piano formativo stiamo rivedendo l'idea di offrire anche corsi di inglese sanitario, questo per consentire ai dipendenti di poter accedere alle banche dati, e sicuramente rappresenta una barriera inferiore all'utilizzo del computer, quindi evidentemente le organizzazioni si sono abituate all'utilizzo dei computer e questo è per il 79% della popolazione indagata a non essere un problema.

Chi ha risposto alla domanda: "chi ha mai effettuato una ricerca bibliografica?", è risultato un campione molto ridotto; soltanto il 32% del campione ha mai avuto la possibilità (più che la necessità) di svolgere una ricerca bibliografica; l'accesso ad *Internet* è un accesso abbastanza disponibile

all'interno dell'Azienda, ma sicuramente il campione che noi siamo andati ad indagare ci ha confermato il fatto che avere un referente all'interno della propria unità operativa su questi temi è una scelta che i professionisti condividono, quindi vedono in questo professionista un referente che può diventare un valido collaboratore.

Altra rete professionale è quella della *pianificazione assistenziale*: è una rete aziendale, nasce in via sperimentale e attualmente l'obiettivo della rete è stato quello di implementare la cultura della pianificazione assistenziale attraverso l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche con il metodo PES o NANDA e il fatto di garantire una specifica documentazione infermieristica e/o integrata; questo perché in alcune unità operative non aveva senso continuare a pensare che la documentazione infermieristica potesse essere uno strumento utile ed efficace per il paziente, ma in altre unità operative l'interesse è stato volto per una documentazione integrata.

La rete dei referenti ha utilizzato la cartella infermieristica; la teorica di riferimento che abbiamo usato è stata la Henderson, questo perché il progetto nasce con la collaborazione del corso di laurea in infermieristica che ha sede nella nostra Azienda, e questo perché è stata riconosciuta come la teorica più famosa e di massima applicabilità.

I responsabili di rete sono stati formati con un percorso formativo *ad hoc* e hanno partecipato alla costruzione della cartella infermieristica, quindi ogni cartella è costituita da un frontespizio, da una scheda di accertamento, da una scheda di pianificazione assistenziale, da una scheda di applicazione del piano, da schede presidio e consulenza e dal diario infermieristico. Questi sono elementi costitutivi di tutte le cartelle infermieristiche presenti nella nostra Azienda e a queste si aggiungono cartelle accessorie che possono riguardare le singole schede di valutazione rischio o di altri sistemi di monitoraggio.

Esiste una differenza per quanto riguarda il frontespizio, la scheda di pianificazione e la scheda di presidio e consulenza perché il progetto che ha avuto un'estensione sia ospedaliera che territoriale aveva necessità diverse alle quali rispondere; quindi i nostri colleghi del territorio hanno sentito la necessità di costruire sistemi diversi.

L'accertamento infermieristico è raccolto con un foglio A4 che rappresenta 11 dei 14 bisogni che i referenti di pianificazione assistenziale hanno considerato necessari ai fini della pianificazione e tutto il sistema è stato costruito perché il professionista possa esclusivamente crocettare l'accertamento del problema in modo che questo sia uno strumento utile e l'accertamento infermieristico riporta oltre ad un'analisi degli 11 bisogni della Henderson anche le condizioni generali riguardanti lo stato di coscienza, motorio e sensorio.

Ovviamente l'accertamento infermieristi-

co ci consente di fare pianificazione assistenziale ed esistono schede di formato diverso in funzione dell'unità operativa coinvolta, nel senso che i professionisti e la singola unità operativa hanno lavorato con noi per andare ad identificare le diagnosi e/o i problemi collaborativi e siamo andati con loro a strutturare il piano degli obiettivi, degli interventi e i criteri di valutazione.

Che cosa possiamo dire di avere adesso? La cartella infermieristica che documenta il piano-assistenza personalizzato; sicuramente possiamo ragionare in termini di flussi informativi perché era molto difficile poter fare ragionamenti sulla documentazione precedente; abbiamo la scheda di trasferimento infermieristica; un percorso agevolato per il neo-assunto e anche per lo studente; una documentazione che ci consente di utilizzarla come sistema per un'eventuale riduzione degli errori.

Che cosa avremo? Stiamo completando adesso una guida alla compilazione della cartella infermieristica, questo perché i risultati dello studio osservazionale dimostrano che è difficile fare pianificazione assistenziale e gli infermieri hanno bisogno di un supporto e di una guida per poter avvicinarsi meglio alla metodologia; avremo schede di dimissione infermieristica; avremo un'analisi specifica delle diagnosi e la possibilità di confrontarci attraverso *audit*.

Come vi dicevo questo progetto è stato accompagnato fin dall'inizio dalla costruzione di uno studio osservazionale che voleva andare a misurare l'impatto delle diagnosi infermieristiche nella qualità percepita e nella qualità tecnico-professionale. Lo studio si divide in due bracci: un braccio, qualità percepita, che riguarda esclusivamente le singole unità operative a carattere ospedaliero e un braccio, qualità tecnico-professionale, che riguarda 7 unità operative alle quali si aggiunge il servizio di assistenza domiciliare. Di fatto sulla qualità percepita, che è un termine assolutamente a voi noto, volevamo andare a capire quale fosse il gradimento da parte degli utenti in termini di pianificazione assistenziale, capire meglio quali fossero le modalità relazionali del personale infermieristico e capire anche se la pianificazione assistenziale ci consente di erogare assistenza in funzione di bisogni dei pazienti veri e di calibrarla all'interno dei bisogni.

In termini di qualità tecnico-professionale abbiamo inteso questa qualità come "una dimensione nella quale il professionista possa avere la percezione forte di stare utilizzando la tecnica e l'approccio più idoneo per risolvere quel determinato problema".

In termini di qualità tecnico-professionale volevamo capire il grado di applicabilità del modello della Henderson, volevamo capire la percezione che gli infermieri avevano di un sistema di documentazione del processo di assistenza, volevamo capire anche la

percezione che gli infermieri esprimevano rispetto alla documentazione.

Lo studio osservazionale è stato condotto con questionari composti da variabili su scala a 5-6 variabili, fondamentalmente stiamo parlando di uno studio di ricerca qualitativa che prevedeva una doppia rilevazione dei dati. Al termine del corso formativo, che ha coinvolto 120 infermieri, cioè tutti coloro che lavoravano all'interno dell'unità operativa e che hanno fatto il corso di pianificazione assistenziale, sono stati invitati a rispondere a un questionario e contestualmente, prima dell'avvio della sperimentazione, i pazienti hanno risposto a un questionario dedicato a loro che veniva raccolto in forma anonima all'interno delle unità operative, studio che consentiva anche in caso di grave deterioramento cognitivo del malato, di poter far rispondere al questionario o il familiare o il caregiver di riferimento.

Come sono andati i dati? Ho selezionato per voi i risultati più significativi: di fatto sulla qualità percepita i pazienti ci hanno detto che esiste un miglioramento rispetto all'utilizzo della pianificazione assistenziale; ossia, i pazienti hanno capito che qualcosa era modificato, hanno capito che era cambiato un sistema e quindi l'hanno indicato. In termini di valutazione dell'esperienza generale fra la prima fase e la seconda fase c'è stato un netto miglioramento:

- migliora la valutazione complessiva dell'esperienza del ricovero che il paziente ha fra prima e seconda fase;
- migliora la capacità e la vicinanza di mettersi a proprio agio che il paziente avverte;
- migliora la disponibilità nell'accogliere le richieste dei famigliari.

Alcune di queste variabili sono state poi misurate in termini di test statistici, che hanno indicato una tendenza alla positività, e quindi esiste anche questo riferimento in materia statistica; sicuramente la variabile che noi abbiamo ritenuto assolutamente identificativa è stata quella che il paziente aumenta la propria capacità di riconoscere l'infermiere all'interno della degenza.

Avevo ommesso di dirvi che tutte le unità operative che hanno partecipato allo studio hanno fatto dei significati cambiamenti in termini organizzativi: sono tutte passate da un'organizzazione per compiti a un'organizzazione o per settori o con l'introduzione del *Case Manager* come figura di riferimento, e hanno lavorato molto sulla riorganizzazione del proprio interno. Questa riorganizzazione ha visto in molte unità operative, anche se non nella totalità, un forte coinvolgimento anche della componente medica soprattutto dove era stato individuato il *Case Manager* come figura fondante all'interno del governo dei processi assistenziali.

Se la qualità percepita è andata bene non è stata la stessa cosa per la qualità tecnico-professionale. In questo braccio dello studio era coinvolto anche il servizio di

assistenza domiciliare, tutti hanno dato un'applicabilità del modello teorico della Henderson altissimo, siamo oltre il 70% in tutte e quattro le fasi, fondamentalmente è stata apprezzata la diagnosi infermieristica standardizzata che è stata la metodologia che più di altre hanno usato all'interno della documentazione; tuttavia esiste, a partire da questa variabile, una difficoltà chiara sulla documentazione della valutazione.

In seconda fase sia nell'ospedale che nel territorio aumenta la variabile rispetto a "nessun vantaggio", nel senso che dopo aver sperimentato pianificazione assistenziale e averla provata sul campo risulta ancora difficile comprendere se valutare le conseguenze dei propri gesti, delle proprie azioni e della propria pianificazione possa avere un valore positivo o meno rispetto al complessivo processo assistenziale. Di fatto, in seconda fase aumenta il grado di difficoltà in termini di pianificazione assistenziale; fare pianificazione assistenziale è difficile nonostante abbiamo cercato di alleggerire il sistema documentale, ma il fatto di ragionare attraverso il sistema di diagnosi e problemi e attraverso il sistema ordinato di sequenze attraverso obiettivi e interventi, evidentemente non è un sistema così semplice per i professionisti che sono chiamati ad erogare assistenza. Questo è un tema sul quale dovremo assolutamente ritornare, favorire dei movimenti di ritorno in questo senso.

Quello che ci ha più preoccupato è il fatto che i professionisti sono stati chiamati a dire se la pianificazione assistenziale e il modello concettuale avessero portato vantaggi al paziente; infatti in seconda fase c'è una riduzione dei "sì" rispetto all'incremento dei "non so".

Alcune analisi generali bisogna farle: probabilmente questo studio ci porta a fare alcune conclusioni dicendo che abbiamo bisogno di lavorare ancora molto sulla formazione di questi professionisti, che abbiamo ancora bisogno di capire e di far comprendere a loro che questa è scienza; forse abbiamo un abito mentale più da "arte" che da "scienza" e abbiamo ancora bisogno di affinare con loro alcune indicazioni non solo metodologiche, ma anche concettuali rispetto all'importanza della pianificazione. Sicuramente lo studio e il progetto hanno ancora alcune variabili che dobbiamo necessariamente tenere in considerazione; è stato un progetto che per una serie di motivi formativi e di realizzazione ha coinciso coi periodi estivi, e questa è una variabile che dobbiamo tenere in conto, nel senso che tutta una serie di condizioni particolarmente stressanti sono maggiormente presenti nei periodi estivi rispetto ad altri periodi, però ciò che i professionisti ci hanno detto è che è un approccio e una disciplina sulla quale dobbiamo ancora lavorare molto e dobbiamo concentrarci. Lo studio andrà avanti dopo un periodo formativo e anche attraverso singoli focus in tutte le unità operative che

procederanno, perché ci sarà una terza somministrazione per verificare, non solo a quattro mesi ma a distanza di un anno, quali sono i risultati.

Il questionario introdurrà una domanda nuova: se i professionisti tornerebbero al sistema documentale e all'approccio precedente all'introduzione di questi meccanismi, perché probabilmente la vera capacità di riuscire ad interpretare gli esiti, avverrà da questa risposta.

Le reti complessive professionali sono concluse, ovviamente questo è solo uno dei mattoncini che costituiscono le finalità dell'area, la parte di cui vi parlerò adesso riguarda la mappatura dei rischi.

Cosa abbiamo fatto in termini di mappatura dei rischi? Avevamo la necessità di capire quali fossero i rischi prevalenti all'interno delle nostre organizzazioni, oltre ai rischi soliti che sono caratteristici di tutte le organizzazioni sanitarie, e l'abbiamo fatto attraverso le banche informative che abbiamo a disposizione. Siamo andati ad interrogare l'Ufficio relazioni con il pubblico, l'Osservatorio di Medicina legale e abbiamo avuto certezza che il nostro rischio maggiore riguardava le cadute accidentali. La tipologia dei reclami dell'URP del 2003, non presenta particolari segnalazioni che afferivano prettamente alla professione sanitaria, invece per quanto riguarda la segnalazione degli eventi dell'osservatorio epidemiologico emergeva che quelle prevalenti riguardavano le cadute. La distribuzione delle cadute, che è stato un dato che abbiamo relativizzato rispetto al numero dei ricoveri, dimostra che è un rischio elevato all'interno di alcune unità operative ed è anche un rischio che non pensavamo di avere in alcune unità operative rispetto ad altre. Ovviamente questa distribuzione ci ha poi portato a fare degli interventi puntuali in ogni unità operativa.

Dalla distribuzione delle cadute, perché ovviamente le mappature servono se sono indicative di alcuni dati, sappiamo che il 61% delle cadute dei pazienti non ha esito, che si cade di più nelle ore notturne e in particolare nelle prime ore notturne rispetto ad altre fasce della giornata; sappiamo che si cade di più attorno al letto nel tentativo di scendere nel tentativo di andare a ritrovare un ausilio che il paziente usa, rispetto ad altri luoghi; si cade di più in strutture che non hanno provveduto a proteggere i pazienti con corrimani nei corridoi, nei bagni, ecc. Sicuramente sappiamo meglio che la maggior parte delle cadute ha delle lesioni minime, ma esiste comunque una percentuale non indifferente di pazienti con fratture, con ferite lacero-contuse, o addirittura con eventi anche più gravi.

La mappatura si riferisce al 2003, nel 2005 la direzione del Servizio infermieristico ha codificato e diffuso attraverso un corso di formazione una procedura aziendale. Sappete che in termini di cadute questo è un rischio difficilmente aggredibile perché al proprio interno si trascina tutta una serie

di concause che hanno singole risoluzioni e quindi la procedura è uno strumento che vuole offrire delle raccomandazioni ai professionisti nelle aree a maggior rischio, e all'interno della procedura sono stati individuati i fattori di rischio, gli strumenti di valutazione e di intervento e la valutazione degli esiti. A tutti i nostri pazienti provenienti dalle aree a maggior rischio, oltre alla Braden viene somministrata anche la Conley che come sapete risulta essere la scala di valutazione più sensibile, e su questo vi rimando al sito EBN del Sant'Orsola che su questo ha svolto un bellissimo lavoro in termini di sensibilità e specificità delle scale di valutazione rischio, in cui ai pazienti viene misurato il grado di rischio alla caduta.

Oltre alle cadute un rischio che non siamo riusciti a monitorare perché è molto difficile da valutare è il rischio farmaci: su questo all'interno del nostro ospedale abbiamo lavorato a una scheda integrata di terapia unica, questo perché all'interno dell'unità operativa le fasi che compongono il processo di somministrazione del farmaco sono diverse, intervengono più attori, comunque il rischio farmaci è un rischio stimato nel 12-20% di errore in sanità; questi sono gli studi più recenti e costituiscono il materiale che il ministero della salute ha offerto recentemente. La scheda unica integrata di terapia è uno strumento aziendale che tende a dare una risposta in termini di riduzione del rischio per quanto riguarda prescrizione, trasmissione e somministrazione.

Siamo partiti nel 2005, il 10% delle unità operative facevano parte del progetto, ad oggi siamo arrivati al 95%. Rispetto al rischio farmaco abbiamo assistito ad uno strano fenomeno, cioè sono stati i professionisti a venirci a cercare e a chiedere di voler partecipare al progetto; mentre noi avevamo ipotizzato un inizio molto più lento sono stati loro a esprimere l'esigenza di poter avere la scheda unica integrata di terapia.

La scheda è molto semplice, rappresenta più giorni a seconda dell'unità operativa in cui è stata applicata; è una scheda in cui viene prevista la firma del medico e la firma dell'infermiere che somministra; la legenda è uguale in tutte le unità operative; è costruita in un cartoncino solido perché possa essere materiale facilmente rappresentato; ha modalità di conservazione diverse a seconda delle unità operative, cioè in terapia intensiva costituisce parte integrante della cartella clinica, perché la cartella clinica viene utilizzata sempre nel proprio insieme dai singoli professionisti; in unità operative più grandi la scheda unica integrata viene raccolta in un raccoglitore a parte, quindi fuori dalla cartella clinica.

Queste sono le diversità in termini di modalità.

Non avendo le possibilità, come più avanti ci dirà il collega Taglioni, della distribuzio-

ne dei farmaci in monodose, il fatto di aver implementato la scheda unica di terapia ci è servita per andare a utilizzare uno strumento che potesse avere una valenza in termini di riduzione del rischio.

Cosa ci dicono i professionisti in proposito? Il progetto prevedeva la necessità di andare ad analizzare a campione attraverso una *check list* di criteri codificati quali fossero i risultati di questa progettazione. Di fatto la percentuale maggiore di problemi che i professionisti hanno espresso, perché queste sono condizioni che riguardano gli operatori, riguardano la calligrafia. Le difficoltà maggiori sono la non corretta calligrafia, seguite dalla mancata firma del medico, dalla assenza della data di prescrizione, ecc. Fondamentalmente i professionisti ci stanno chiedendo di informatizzare questo percorso, di andare ad un abbattimento di tutto ciò che è manuale, cioè ci stanno chiedendo di avere meccanismi in cui probabilmente i sistemi di automazione ci possono dare un grosso contributo e possano migliorare molto la qualità in termini assistenziali.

Altro rischio che abbiamo trattato è stato la gestione e prevenzione del rischio in sala operatoria: questo rischio è stato analizzato attraverso l'applicazione di una tecnica tradizionale di rischio che si chiama FMEA-FMECA, che è una tecnica che partendo da un'analisi qualitativa dei processi ci consente di andare ad individuare gli indici di priorità di rischio (IPR), attraverso dei criteri che riguardano rilevanza, gravità e frequenza del rischio, e consente agli operatori stessi che vivono all'interno della sala operatoria di andare ad esprimere la propria percezione in termini di rischio. Il tema della sala operatoria ha visto un coinvolgimento di tutte le sale operatorie, 11 blocchi operatori nell'Azienda, tutti hanno partecipato, anche attraverso la presenza di un medico anestesista e di un chirurgo, all'analisi del processo e all'identificazione dell'IPR, ed ad oggi noi sappiamo che questa analisi pone in ordine sequenziale in termini quantitativi qual'è l'attività assistenziale più a rischio nel processo pre-operatorio. I nostri operatori ci hanno indicato che l'attività più a rischio per loro riguarda l'osservazione dei pazienti in pre-sala e la gestione dei taglianti e strumenti; queste due attività rappresentano il maggior rischio da parte degli operatori. Le osservazioni al paziente in pre-sala è un'attività su cui sta lavorando un gruppo coordinato dal medico anestesista, dove abbiamo lavorato anche noi.

Stiamo per codificare una procedura aziendale di gestione taglianti e garze in sala operatoria, in cui vengono racchiuse in una documentazione tutta una serie di condizioni, raccomandazioni e requisiti che devono essere presenti all'interno della sala nella fase di pre-confezionamento, confezionamento e poi successivamente sterilizzazione e stoccaggio.

L'ultimo rischio sul quale tutt'ora stiamo

lavorando attraverso una collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale e con la Direzione sanitaria è un progetto di ricerca finalizzato ministeriale che riguarda un approccio sistemico al rischio in ostetricia e ginecologia. Questo è stato un lavoro molto complesso che ha coinvolto tutti i professionisti collocati presso il Punto nascita, il reparto di Ostetricia e Ginecologia e la Sala operatoria ostetrica e ginecologica, sia medici che infermieri; stiamo parlando di un gruppo di circa 90 professionisti, che hanno partecipato a un corso di formazione specifico per poter interrogarsi e costruire e implementare un approccio sistemico attraverso, da un lato, un'analisi qualitativa con la tecnica FMEA-FMECA e dall'altro, attraverso la strutturazione di un sistema di *Incident Reporting* sul modello regionale in ostetricia e ginecologia. I passi fondamentali sono stati:

- per primo, la formazione, che in questi progetti è un elemento fondamentale perché queste sono tecniche per molti professionisti sconosciute, che hanno bisogno di essere comprese per poter garantirne l'appropriata applicazione;
- la costituzione del gruppo;
- l'identificazione delle fasi;
- l'applicazione;
- la presentazione e la diffusione dei primi risultati in termini di FMEA-FMECA.

Inoltre, attualmente, i gruppi stanno lavorando attraverso l'implementazione delle azioni di miglioramento o correttive rispetto all'IPR.

Mi avvio alla conclusione definitiva nel senso che l'idea che volevo trasmettervi oggi è quella che non esistono soluzioni organizzative in cui si possa fare solo governo clinico o solo gestione del rischio; questo è un tema che deve essere affrontato insieme e bisogna farlo in maniera sistemica; molte delle cose che vi abbiamo detto e che vi ho presentato possono avere una doppia lettura sia in termini di gestione del rischio sia in termini di *Clinical Governance*.

Credo che il vero punto sul quale dobbiamo riflettere, il vero nodo dal quale dobbiamo partire è che l'integrazione di queste cose è possibile solo attraverso il governo di determinate politiche; che queste cose sono possibili se è possibile qualificare un sistema di relazioni all'interno dell'organizzazione sanitaria, se è possibile che quella direzione e quei professionisti riescano a dare il giusto peso e la giusta portata a queste tematiche.

È ovvio, ma vale la pena di dirlo, i risultati che vi porto non sono il frutto del lavoro delle due relatrici ma sono il frutto di molti professionisti che hanno creduto in questa sfida e hanno messo il loro impegno e la loro intelligenza per far sì che queste cose si potessero avverare, ma sicuramente mi rifaccio a una citazione di Roberto Grilli che nel suo testo afferma "Il vero tema è la capacità che noi abbiamo di costruire sistemi di relazioni in cui queste po-

litiche possano svilupparsi e soprattutto la capacità che abbiamo che le diverse professionalità, e su questi temi non ci può essere monoprofessionalità, possano operare all'interno delle nostre organizzazioni".

Grazie.

Dottorssa Annalisa Silvestro

Grazie alla dottoressa Roberta Mazzoni. È stato molto impegnativo seguire attentamente la relazione in quanto era molto corposa ed è stato faticoso anche per la relatrice trattare a una sola voce uno sviluppo così complesso, ma è stato altrettanto interessante, non solo per i dati portati su cui si potrebbe fare un convegno, ma proprio anche per l'impostazione data e per alcune riflessioni che vengono subito: logica sistemica nell'analizzare le questioni e nell'impostare i percorsi e i processi, impegno a mettere insieme le diverse famiglie professionali e soprattutto la riflessione che va fatta sull'idea che o lavoriamo insieme rispetto a questa problematica o credo che non riusciremo a portare a casa risultati.

L'altra cosa, sulla quale sarebbe interessante sentire anche voi, che mi ha colpito molto è che quando si parla di elementi o fattori di rischio che sono tipicamente legati all'area di autonomia professionale infermieristica non c'è ancora una grande attenzione, condivisione e presa in carico del problema, cosa che invece non si è verificata nel momento in cui si va a cercare di prevenire, da parte degli infermieri, i rischi connessi all'area di esercizio professionale collaborativo con il medico, che è la somministrazione della terapia. È interessante questo fenomeno, come mai? a parte che se l'è posta anche la dottoressa Mazzoni e il suo gruppo di lavoro questa domanda, ma c'è proprio da chiederselo; non che i secondi siano più importanti dei primi o viceversa, anzi potremmo addirittura dire che forse abbiamo avuto modo di constatare negli ultimi tempi come gli esiti da cadute piuttosto che da altri eventi che riguardano proprio tipicamente la gestione infermieristica siano ben più problematici e gravi di esiti legati all'altro aspetto.

Quindi probabilmente varrebbe la pena di fare una riflessione che potrebbe essere una maggiore consapevolezza di quello che è il nostro ruolo e delle responsabilità che portiamo nei confronti dei pazienti e quindi anche dell'organizzazione, e della consuetudine a pensare che solo quello che ha attinenza con il processo diagnostico-terapeutico sia degno di particolare attenzione, o forse un'abitudine a vedere lì i maggiori rischi per il paziente e per noi professionisti.

Quindi complimenti, mi sembra un lavoro molto bello e interessante su cui sarebbe importante fare delle altre riflessioni. Il collega Mauro Taglioni ci parlerà della gestione del farmaco in dose unitaria. a proposito della considerazione che face-

vo prima. Facciamo molta attenzione a questo argomento perché viene seguito con molto interesse, mi permetto di dire, anche a livello nazionale. Sentiamo cosa ci propone.

"LA GESTIONE DEL FARMACO IN DOSE UNITARIA MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE"

**Signor Mauro Taglioni
Direttore Servizio Infermieristico e
Tecnico Azienda USL di Forlì**

Desidero innanzitutto ringraziare il Coordinamento dei Collegi IPASVI della nostra Regione per avermi dato questa opportunità, non mia personale ma a nome di tutti i colleghi dell'Azienda di Forlì con cui collaboro da diversi anni.

Partiamo da un evento che per noi è stato un punto di partenza e anche di preoccupazione che è stato il trasferimento di un intero presidio ospedaliero, quindi la chiusura completa di un presidio e il trasferimento presso una nuova struttura all'interno di un'area già predisposta in termini di edificio ospedaliero con altri padiglioni.

La struttura è situata in una torre e in una piastra per quello che riguarda il complesso che abbiamo inaugurato nel 2004. Dico che questo ha rappresentato un punto di partenza perché non si è basato solo ed esclusivamente in un trasferimento logistico ma anche un cambiamento radicale organizzativo del processo clinico-assistenziale. Indubbiamente la prima riflessione è stata quella di gestire tutto l'intero processo clinico-assistenziale per intensità di cura, e questo ha condizionato ovviamente alcune riflessioni successive e soprattutto tutto il mondo infermieristico e di supporto e poi l'erogazione specifica del processo assistenziale.

In termini generali esistono diversi studi che dimostrano gli errori correlati a farmaci e costituiscono il tipo più comune di eventi avversi non operativi. Studi autorevoli ne stimano l'incidenza intorno al 5-6% dei ricoveri, altri studi portano una percentuale dal 2 al 5%.

Dal 28% al 56% di questi eventi sono considerati prevedibili; indubbiamente per quello che riguarda la gestione del rischio gli obiettivi del Ministero della Salute con il Rapporto della Commissione Tecnica sul rischio clinico ci fa orientare nel definire misure organizzative e tecnologiche per la riduzione degli errori evitabili e migliorare il livello di sicurezza.

Come abbiamo affrontato in termini di obiettivo generale il progetto "dose unitaria" a Forlì? Per prima cosa aumentando i livelli di sicurezza per i pazienti, e poi l'efficienza e l'economicità dell'organizzazione.

Sicuramente questa mattina le relazioni delle colleghe hanno evidenziato l'importanza dell'organizzazione nella teoria delle barriere, e non quella del formaggio con i buchi, e considero il modello organizzati-

vo una barriera solida, valida per affrontare una gestione del rischio e di conseguenza per ridurlo.

Rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse professionali, altro obiettivo generale, diminuire la variabilità prescrittiva: da uno studio che è stato effettuato prima della implementazione del progetto "dose unitaria" abbiamo visto delle situazioni di variabilità prescrittiva molto alta rispetto a protocolli, orari, la gamma degli orari solo nella somministrazione terapeutica che, pur nel rispetto di principi scientifici, variava di 24 orari definiti, e quindi ogni unità operativa si era data una serie di regole interne.

Gli obiettivi clinici:

- riduzione errori di somministrazione, di trascrizione e interpretazione delle prescrizioni;
- la tracciabilità delle terapie, ecco perché il progetto dose unitaria a Forlì si è cominciato a ragionarlo successivamente rispetto al percorso clinico-assistenziale per intensità di cura, perché nell'aspetto organizzativo generale di strutturare un'intera organizzazione, una rete di servizi sull'intensità di cura (paziente acuto, post-acuto, cronico) l'importanza della tracciabilità è fondamentale e quindi la ricostruzione di tutto il percorso clinico-assistenziale e terapeutico del paziente;
- informazioni sui profili terapeutici utilizzati e possibilità di analisi e studi epidemiologici;
- integrazione del farmacista nel tema clinico, questo è un aspetto che è innovativo perché comunque solo esperienze fuori dal territorio nazionale evidenziano la figura del professionista farmacista all'interno del team clinico;
- aumento del tempo infermieristico dedicato al paziente.

Il progetto dose unitaria per quello che ha riguardato la realtà di Forlì ha visto un recupero notevole di tempo infermieristico legato ad alcuni aspetti, però l'impegno a 360° di reinvestire questo tempo infermieristico in termini di risposta assistenziale, quindi sul modello organizzativo.

Gli obiettivi organizzativi e logistici:

- migliorare la distribuzione dei compiti tra i professionisti sanitari;
- la tracciabilità totale del punto di deposito dei farmaci e dei presidi;
- l'attribuzione del costo farmaceutico per DRG, per paziente e per patologia, e tutti gli altri incroci di dati che si vogliono fare;
- la riduzione delle scorte dei magazzini delle unità operative di emipiano, parlo di emipiano perché la nostra realtà è strutturata a livello di intensità di cura non ha più la connotazione di unità operative ma esistono degli emipiani dove sono collocati logisticamente diverse unità operative.

Indubbiamente abbiamo dovuto affrontare delle modifiche di procedure consolidate, cattive abitudini, poi indubbiamente l'approccio a questa analisi non è stato quel-

lo di identificare chi sbagliava o chi fino a quel momento derogava o faceva abuso di situazioni non del tutto in linea con gli aspetti medico-legali.

Questi sono tutti gli aspetti delle modifiche che abbiamo dovuto affrontare:

- la prescrizione diretta da parte del medico;
- la validazione delle terapie da parte del farmacista;
- il confezionamento dei farmaci in monodose;
- le modifiche della logistica;
- l'utilizzo di un codice a barre;
- la somministrazione dei farmaci;
- l'informatizzazione dei magazzini di unità operativa/emipiano;
- la prescrizione informatizzata da parte del medico, altro punto affrontato;
- la dispensazione automatica dei farmaci;
- la somministrazione del farmaco controllata tramite il codice a barre del paziente e del farmaco in dose unitaria.

I tempi: si è cominciato a ragionare sul progetto nel marzo del 2003, ha avuto un'accelerazione nella definizione progettuale nei mesi estivi del 2003, per arrivare a novembre con lo sviluppo effettivo del progetto. Non a caso vi ho parlato inizialmente del trasferimento della struttura avvenuto, perché in origine l'idea e il progetto prevedevano l'implementazione di tutto il sistema monodose nel momento contestuale del trasferimento, poi attraverso una serie di valutazioni ulteriori e soprattutto di considerazioni con il personale infermieristico e i coordinatori infermieristici di emipiano, si è deciso di differire di qualche mese la implementazione del progetto dose unitaria rispetto al trasferimento.

Comunque, dal dicembre 2003 al marzo 2004 si sono svolte tutte le procedure burocratiche e amministrative, la formulazione del capitolato per l'acquisizione delle attrezzature; poi nel 2004 è partita la prima sperimentazione nell'emipiano di medicina, nefrologia, dermatologia; infatti come vi dicevo prima ogni emipiano è strutturato su più moduli.

Per la valutazione, mensilmente viene convocato il gruppo di regia dove si valuta il rispetto del tempogramma, e le eventuali modifiche rispetto alle problematiche ed inoltre vengono identificate le azioni di miglioramento.

Si è prevista l'implementazione e la partenza nel 2004, lo sviluppo per tutto il 2005, e nel 2006 dovremmo riuscire a chiudere completamente l'implementazione del progetto dose unitaria presso l'intera struttura Morgagni-Piarantoni, nello stabilimento composto sia dalla struttura nuova, Morgagni, che dagli altri padiglioni.

Questo sta a significare che è importante, come ha precisato la collega precedentemente, la parte strumentale, però vi ricordo che comunque noi stiamo implementando il progetto anche nelle realtà degli altri padiglioni che sono stati costruiti già da venti/trent'anni.

Per raggiungere l'obiettivo pensiamo di implementare anche presso le due strutture periferiche ospedaliere che abbiamo presenti nel territorio aziendale che sono Forlimpopoli e Santa Sofia.

Il sistema gestione dei farmaci in dose unitaria: ovviamente al centro c'è il paziente, questo anche in ragione all'aspetto del modello organizzativo, sia generale, quello dell'intensità di cura, ma anche per quello che riguarda l'aspetto infermieristico della presa in carico; inoltre prevede:

- la prescrizione diretta da parte del medico;
- la validazione delle terapie prescritte da parte del farmacista che semplifica un po' la catena delle varie responsabilità e l'aspetto progettuale;
- il confezionamento dei farmaci e la composizione terapia in dose unitaria;
- la logistica per quello che riguarda i magazzini, i trasporti e le unità operative, abbiamo dovuto rivedere tutto in termini di collegamento con le unità operative;
- la somministrazione con controllo incrociato terapia/paziente/orario/operatore sanitario che effettua la somministrazione, per ritornare, ovviamente, al paziente.

Dal punto di vista assistenziale all'inizio, nel giugno 2003, abbiamo effettuato un'analisi per quello che riguarda i modelli assistenziali presenti, indubbiamente il modello era un modello tecnico per compiti; abbiamo analizzato i ruoli, le funzioni e le responsabilità in specifico per quello che riguardava il ruolo dell'infermiere coordinatore, il ruolo dell'infermiere e il ruolo del personale di supporto, in maniera più specifica rispetto all'implementazione del progetto e i consumi per classi merceologiche; misurazione dei volumi occupati e le attrezzature disponibili, perché dovevamo occupare una sede nuova e gli infermieri di Forlì fino a qualche mese prima non avevano mai visto la nuova struttura e non erano mai stati spesi per l'organizzazione all'interno di quella unità operativa. Abbiamo preso in esame come analisi organizzativa del Servizio infermieristico i flussi informativi e le strutture logistiche tra farmacia e reparti e i vari collegamenti. E ancora: il processo gestionale del farmaco e le valutazioni dei futuri spazi disponibili e la loro configurazione strutturale.

I risultati emersi da queste analisi, come vi ho anticipato brevemente sono stati: l'assistenza organizzata per compiti; il processo gestionale dei farmaci orientato alle singole esigenze e strutturato in modo disomogeneo per unità operative; gli orari di somministrazione erano i più vari; quanta attività infermieristica era dedicata? Vi chiedo particolare attenzione su questo punto: da uno studio effettuato su tre unità operative si sono evidenziati mediamente 6 ore di tempo lavorative giornaliere per attività connesse alla trascrizione e alla preparazione dei farmaci (6 ore di tempo è

un operatore al giorno!). Ancora, 5 ore settimanali per attività di rifornimento, 4,30 ore per attività connesse alla somministrazione e 6 ore mensili per attività di controllo, scadenze, riordini. Chi di voi lavora nell'operatività ben conosce questi aspetti di controllo, procedure o protocolli interni definiti dall'infermiere coordinatore in collaborazione con la propria équipe per valutare e creare i meccanismi idonei per quello che riguarda il controllo al fine di evitare i rischi di errori e quanto siano fondamentali, però assorbono tempo lavorativo infermieristico. Ecco, come vi dicevo e spero con questo di aver chiuso il primo cerchio, recupero del tempo infermieristico e investimento in termini di modello organizzativo assistenziale.

Si può parlare di ingegnerizzazione per quello che riguarda lo specifico infermieristico, che significa comunque riprogettare completamente il sistema organizzativo di distribuzione dei farmaci, però questo aspetto come ho sempre sottolineato anche in altre sedi, perché effettivamente lo ritengo elemento portante di tutto il progetto, è stata la revisione del modello organizzativo di erogazione del processo assistenziale.

In tutte le unità operative abbiamo un'organizzazione modulare però, con la definizione di un'assistenza orientata alla personalizzazione del processo. Infatti di strada ce n'è ancora molta da percorrere, come ho sottolineato in diverse sedi, supportato in questo anche dai colleghi del gruppo, perché la dose unitaria per avere la massima potenzialità deve essere la "personalizzazione" del processo terapeutico. Se nell'ambito del processo clinico-assistenziale parlo solo di personalizzazione del processo terapeutico che sicuramente è un risultato, un obiettivo che ho raggiunto, ma si riduce in termini di risultato sia qualitativo che quantitativo notevole perché se parlo solo di personalizzazione dell'aspetto terapeutico e non di personalizzazione dell'intero processo assistenziale e clinico indubbiamente questo sistema perde potenzialità, per cui occorre portare avanti una riflessione e una considerazione di personalizzazione a 360°, cioè di tutto l'intero processo curativo, diagnostico ed assistenziale.

Le quattro fasi principali del processo terapeutico sono la prescrizione, la somministrazione, il controllo e l'approvvigionamento, in ogni fase può essere coinvolto più di un professionista, o anche singoli professionisti con i relativi livelli di autonomia e di responsabilità.

Per quanto riguarda una situazione di criticità nella prima fase che è quella della prescrizione, il primo elemento è quello delle prescrizioni che non sono leggibili, poi c'è la trascrizione delle prescrizioni e poi il controllo della trascrizione rispetto alla prescrizione, quindi tre operazioni, per cui tempo infermieristico, tempo di lavoro. Per mia esperienza personale ho vissuto

tutte queste cose e anche voi le conoscete bene. Inoltre, la prescrizione non documentata in forma scritta e la irreperibilità del farmaco prescritto; quante volte noi operativamente abbiamo dovuto ricorrere a delle interpretazioni con vari metodi, ogni unità operativa si era organizzata con il quaderno, con gli appunti, con il foglietto, con la nota, ecc., però erano tutte situazioni molto rischiose.

Vi chiedo ora di pensare ai carrelli della terapia: il mio ricordo recente è quello di una portaerei, di un carrello gigante pieno di scatole che devono essere spolverate, controllate ogni giorno e che sicuramente determinano un immobilizzo anche in termini finanziari, con l'esistenza sul carrello di un vero giacimento farmacologico. Pensiamo alla scheda terapeutica, da interpretare, da dover usare la lente di ingrandimento; gli armadi farmaceutici, nel senso che erano dei grattacieli; e per ultimo, il processo assistenziale.

Quello che vi dico e che spero di poter rappresentare anche in termini di portavoce del gruppo, è che noi abbiamo cercato di invertire questa tendenza, è quella che una serie di infermieri, ma possiamo sostituire anche con altre figure, svolgono una serie di compiti in funzione del reparto che eroga assistenza agli utenti, con la persona in fondo alla cascata. In questo modello organizzativo l'atto perde il suo significato. Questo deve essere colto, non è filosofia!

Abbiamo cercato invece di orientarci a questa forma: gli utenti che richiedono interventi assistenziali, qui ci può essere indubbiamente il processo assistenziale, la pianificazione assistenziale, ma comunque gli interventi devono essere documentati, registrati e questo richiede un numero di infermieri che erogano assistenza agli utenti, e quindi si ritorna al punto di riferimento che è la persona.

Alcune caratteristiche che possono essere adottate nell'ambito del progetto, parlo sempre di un ospedale flessibile dal punto di vista organizzativo, gestionale, ecc., la monodose rappresenta questo, però rappresenta anche l'altra caratteristica: un ospedale tecnologico. Il modello organizzativo dell'intensità di cure rappresenta l'intensità e l'aggressività di un ospedale. Sempre il modello organizzativo, anche attraverso i flussi informativi assistenziali tra ospedale e territorio, nella rete dei servizi, ecc., rappresenta la caratteristica di un ospedale estensibile, però anche ovviamente un ospedale umano perché l'impegno, oltre al livello quantitativo e qualitativo del processo assistenziale è anche quello di aver strutturato un sistema che garantisca il rapporto umano con il paziente, che è il fattore principale.

Riprendendo il concetto semplice di prima, indubbiamente bisogna avere una serie di prescrizioni, non importa come sono scritte, però indubbiamente senza alcuni riferimenti che danno sicurezza all'opera-

tore, ma che garantiscono il livello di sicurezza dell'utente.

Come avviene la prescrizione oggi nella nostra realtà? Indubbiamente esistono una serie di strumenti perché il progetto nella seconda fase ha previsto nel tempogramma generale la strutturazione di tutte le procedure per l'acquisizione di tutti gli strumenti informatici (e non) per l'implementazione, quindi ovviamente PC portatili, dove in qualsiasi tipo di postazione, senza nessun collegamento in termini di rete, perché l'ospedale è cablato, c'è la possibilità di prescrivere o di richiamare la terapia di un paziente. Questo può essere un altro esempio di prescrizione rispetto alla prescrizione classica al letto del malato.

Ovviamente non mi soffermo sul sistema informatico su cui viaggiano tutte le informazioni terapeutiche, comunque sono tutte informatizzate, con la possibilità indubbiamente di avere inserita anche la grafica e tutte la rilevazione e la registrazione dei parametri vitali del paziente.

L'identificazione del paziente e la registrazione di questi dati come avvengono? Attraverso un palmare, e qui richiamo l'organizzazione: noi abbiamo strutturato l'organizzazione modulare, in genere su ogni emipiano abbiamo la possibilità di muoverci con 32-34 posti letto, sono sempre 3 moduli autonomi, e quindi ogni modulo ha la sua figura di riferimento infermieristica nell'arco delle 24 ore, strutturata nei tre turni, dove c'è la possibilità di accedere attraverso il palmare a tutti i dati relativi alla terapia del paziente, e non solo alla terapia come vedremo dopo.

L'identificazione del paziente al momento dell'ingresso avviene attraverso il codice a barre nel braccialetto, situazione che stiamo implementando anche per alcuni altri aspetti organizzativi, innanzitutto cambiando il colore del braccialetto, avendo attivato un blocco operatorio di 9 sale operatorie, mentre prima venivamo da realtà distinte per specialità, indubbiamente cambiando il colore del braccialetto abbiamo garantito un aspetto di identificazione del paziente per la specialità chirurgica. Ma la cosa più importante è il codice a barre dove attraverso il palmare c'è l'identificazione del giusto paziente.

Come avveniva ieri da noi la somministrazione? Attraverso le pillole lasciate al paziente. Come avviene oggi? All'interno dell'unità operativa dopo la prescrizione informatizzata e la convalida del farmacista c'è la macchina che prepara un anello elettrosaldato con tutta la terapia del paziente nelle 24 ore. Ogni busta porta il codice a barre del paziente e quindi ogni compressa, ogni terapia, ogni fiala viene comunque scaricata su quel paziente al momento della somministrazione.

Un cenno al modello organizzativo rispetto alla logistica, ai trasporti, perché per evitare che arrivino 32-34 anelli elettrosaldati, ma per agevolare l'organizzazione modulare, ogni modulo viene fornito della sua

cassetta con gli anelli elettrosaldati. Al momento della somministrazione avremo il singolo farmaco, che è confezionato ovviamente in dose unica, codice a barre, nome e cognome del paziente, ed eventualmente altri dati.

La somministrazione oggi è costituita dal codice a barre, dall'anello elettrosaldato, dal braccialetto e ovviamente dal palmare che identifica il paziente.

Nell'ambito del sistema informatizzato abbiamo avuto la possibilità, e lo stiamo sviluppando ulteriormente rispetto ad alcune esigenze, di avere una scheda del paziente con i parametri vitali e la possibilità di introdurre la parte del diario infermieristico e la scheda infermieristica.

L'approvvigionamento classico del passato prevedeva scaffalature aperte o chiuse, armadi farmaceutici, ecc., ma come avviene oggi l'approvvigionamento? Abbiamo visto che il sistema dose unitaria non viaggia solo sui farmaci, ma l'abbiamo anche implementato per quello che riguarda tutto il materiale e tutto il presidiato, e qui indubbiamente c'è la possibilità, ogni volta che si utilizza un dispositivo medico-chirurgico, che venga scaricato e automaticamente ordinato per il reintegro all'interno dell'unità operativa.

La gestione di tutto il presidiato comune è stato lasciato all'interno del nostro modello organizzativo, e questo mi preme sottolinearlo, è stata affidata al personale ausiliario, gli OSS.

C'è tutto un sistema informatizzato per quello che riguarda il carico e lo scarico di magazzino.

La produzione e la logistica: abbiamo il distributore, quello che confeziona l'anello elettrosaldato che attraverso un nastro esce per ogni modulo, all'interno di un emipiano.

Indubbiamente era importante:

- la volontà di realizzare il progetto della dose unitaria come premessa generale;
- il sistema informativo e la rete *wireless*, che era fondamentale; noi avevamo già una informatizzazione abbastanza spinta, ecco perché siamo riusciti ad implementare a 360° la dose unitaria;
- il coinvolgimento dei professionisti nello sviluppo del sistema;
- l'aspetto del diario infermieristico, dell'informatizzazione e anche di tutto il sistema informativo assistenziale, cartella, scheda infermieristica, attraverso continue valutazioni del personale infermieristico e dell'infermiere coordinatore dell'emipiano;
- la disponibilità di tutto il personale sanitario e non al cambiamento;
- il modello organizzativo di tipo professionale.

I problemi erano:

- le abitudini consolidate nel superare ovviamente vecchi schemi di carattere culturale ed operativo;
- il cambiamento culturale necessario e la capacità di mettersi in discussione;

- la richiesta di una grande flessibilità organizzativa, non nascondo che qualcuno è rimasto al palo, nel senso che la macchina andava avanti e non tutti erano in grado di stare al passo;
- l'utilizzo degli strumenti informatici;
- le prospettive del progetto;
- la realizzazione di report e di statistiche;
- il completamento del progetto, rispetto all'implementazione, vi ho parlato di due presidi e di due periferiche;
- l'utilizzo del sistema di prescrizione e controllo anche per trasfusioni ed emoderivati;
- lo sviluppo del software per quello che riguarda la cartella integrata clinico-assistenziale;
- il consolidamento e lo sviluppo dei percorsi clinico-assistenziali.

Concludo brevemente dicendo che l'impegno è stato non indifferente per tutti, indubbiamente devo ringraziare tutto il personale infermieristico e di supporto perché la ristrutturazione non ha riguardato soltanto l'aspetto dell'organizzazione del progetto dose unitaria, ma abbiamo rivisto completamente tutto l'aspetto organizzativo a 360°.

Grazie.

Dottoressa Annalisa Silvestro

Grazie al collega.

Anche questa mi sembra un'esperienza estremamente innovativa, molto interessante su cui credo dovremo riflettere e senz'altro ne sentiremo parlare ancora perché immagino che nel prosieguo di questa loro ristrutturazione emergeranno ulteriori elementi di riflessione.

Indubbiamente qui c'è da sottolineare che un rilevante cambiamento logistico ha indotto ad un cambiamento anche organizzativo e professionale che purtroppo (o per fortuna) non tutti noi potremo avere questa opportunità per cui magari dovremmo poter riuscire a cambiare senza avere l'opportunità di dover cambiare sede, cosa che induce di più all'innovazione.

Riflettevo sul fatto che probabilmente il collega ci dirà che quasi senza accorgersene hanno ridimensionato in maniera significativa la visita medica, questo totem sacro dei medici e degli infermieri per dire cosa bisogna fare e che cosa bisogna modificare, loro silenziosamente hanno modificato in maniera significativa una cosa che per noi è sempre stata molto indicativa di tutta una serie di problematiche.

Interessantissimo è stato il tempo/lavoro infermiere per il processo di somministrazione dei farmaci. Anche su questo credo vada fatta una riflessione; immagino che nel prossimo futuro noi potremo assistere ad inserimenti interessanti di personale nelle nostre unità assistenziali, anzi, credo che ci aspettino tempi non facilissimi.

Questi sono metodi, strumenti e percorsi che ci possono aiutare se riusciamo a eli-

minare dal nostro carico di lavoro tutta una serie di cose e se abbiamo molta più possibilità di dedicarci in maniera più puntuale all'assistenza e quindi anche alla riflessione su come modificare il nostro approccio ai cittadini utenti.

Adesso è il momento della relazione della dottoressa Augusta Nicoli la quale sposterà un po' l'attenzione, sempre rispetto a questa tematica, sulle competenze educative dell'infermiere rispetto a questo settore.

Grazie.

“RISCHIO E COMPETENZE EDUCATIVE DELL'INFERMIERE”

**Dottoressa Augusta Nicoli
Agenzia Sanitaria - Assessorato alla Sanità
Regione Emilia-Romagna**

Vorrei iniziare con una frase che mi è stata riferita da una vostra collega e che secondo me in un certo senso aiuta a comprendere meglio quanto vi esporrò in seguito. Questa collega lavorava al 118, quindi era abituata ad andare in ambulanza con un collega più anziano e molto più esperto al quale esponeva tutto il suo entusiasmo per il lavoro che faceva dicendo che quell'attività rappresentava in pieno quello che era il suo ideale di essere infermiera, di avere la possibilità di andare, di poter intervenire e quindi di agire concretamente su bisogni così gravi e complessi come potevano avere le persone che chiamano solitamente il 118. La giovane infermiera è rimasta colpita da quanto detto dal suo collega più anziano in quanto questo infermiere, con già tanti anni di lavoro, le chiede semplicemente se sa cambiare una gomma dell'automezzo; l'infermiera risponde di no, che non sa cambiare una gomma dell'ambulanza; e lui ribadisce che “se non sa cambiare una gomma non potrà mai arrivare in tempo dal suo paziente”.

Ecco allora che l'interesse per questa affermazione ci porta alla lettura che ho fatto sul tema che mi è stato assegnato che è quello del rischio e delle competenze educative, nel senso che ho provato a guardare un po' di più alla “gomma” e alla possibilità di cambiare la gomma piuttosto dell'arrivare al paziente e fare l'intervento consueto che come tale è già conosciuto.

Intanto vorrei fare una segnalazione perché se guardiamo la gomma dobbiamo avere ben presente il contesto in cui ci troviamo, contesto che oggi è caratterizzato dalla necessità di guardare a quello che la letteratura dice come valori “locali”, la forza di tali valori e alla scena di cura che è particolarmente affollata da attori diversi.

È interessante come la letteratura più recente sulle organizzazioni mette in evidenza il fatto che l'organizzazione sociale della cura è un'attività complessa, che ciascuna società persegue in modo diverso a seconda sia delle risorse materiali di cui dispone sia dei valori culturali espressi dalla società civile e politica. Infatti l'autore dice che “la salute e la cura di essa pos-

sono essere considerati a tutti gli effetti dei valori universali, mentre le modalità con cui tradurre questi valori in pratica sono locali, cioè sono situati entro una rete di condizioni tanto materiali quanto ideali”. Gli esempi che sono stati riportati dai relatori precedenti, l'introduzione della dose unica, del palmare, ecc., di tutta questa serie di modifiche importanti che vanno complessivamente a ridurre dei tempi di somministrazione dei farmaci o della visita, ecc., hanno però un impatto sul locale estremamente rilevante, e questo impatto noi dobbiamo tenerlo ben in considerazione perché se per esempio non ci accertiamo che il palmare funzioni diventa il discorso della gomma che non sappiamo cambiare, e quindi avremo sì il palmare ma, se non ci siamo accertati che il suo funzionamento sia effettivamente garantito, come possiamo poi arrivare all'obiettivo che ci siamo prefissati? Questo per dire come noi dovremmo guardare in maniera molto più precisa a questa modalità di tradurre nella pratica locale quanto stiamo facendo.

La medicina è un affollato crocevia nel quale si incontra e si scontra una varietà di attori sociali anche non sanitari, cittadini, terapisti non convenzionali, operatori della comunicazione, agenzie locali, quindi quello che solitamente veniva inteso come la diade emblematica del mondo sanitario (medico-paziente) ormai non esiste più; esiste sempre una triade, che è data appunto da un “terzo”, non sempre necessariamente fisicamente presente, ma sicuramente gli operatori sanitari oggi sanno che esiste, svolge una pressione a volte anche molto importante nell'attività; quante volte si sente dire che non ci sono problemi con il paziente, ma ci sono con i famigliari, cioè ci sono, di fatto, delle situazioni all'interno del mondo sanitario che fanno sì che ci confrontiamo con una molteplicità di attori che rende questa scena particolarmente problematica e critica. Ora veniamo ad analizzare questi due elementi che sono, da un lato, il rischio e dall'altro il percorso educativo.

Vorrei introdurre una serie di riflessioni che vengono avanti dalla psicologia cognitiva più recente in cui questa disciplina si è cimentata proprio in contesti in cui il problema fondamentale era quello della sicurezza; vedi gli studi che sono stati fatti in ambito dell'aeronautica, del controllo dei voli, ma diversi studi sono stati fatti anche in ambito sanitario. “Le azioni intelligenti messe in atto in ambienti di lavoro reali non possono essere considerate analizzando l'attività cognitiva individuale in isolamento, cioè senza prendere in considerazione l'ambiente sociale e materiale che circonda le persone che svolgono tale attività”, vale a dire che noi non possiamo permetterci il lusso di considerare questa attività fortemente orientata al controllo per evitare possibili rischi senza tenere conto dell'interazione che esiste tra l'in-

fermiere, l'operatore sanitario in senso generale, nel rapporto con i vari elementi materiali e contestuali che entrano in campo nello svolgimento delle sue funzioni di controllo e verifica. Questo approccio ha un nome, si chiama "cognizione distribuita", cioè l'uso degli strumenti modifica l'attività in quanto struttura l'interazione tra le persone e l'ambiente esterno. Ciò vuol dire che la cognizione non è vista come un fatto individuale, ma è un elemento che è distribuito tra persone e nel rapporto con gli artefatti, le schede, le liste, il manuale delle procedure, ecc., presenti nell'ambiente esterno.

Avrò anche un manuale delle procedure che mi dice cosa devo fare per garantire la sicurezza e ridurre il rischio, però questo manuale delle procedure a volte viene disatteso, a volte, per tutta una serie di ragioni, non viene seguito. Negli studi che abbiamo fatto, ad esempio sulla somministrazione dei farmaci per la tubercolosi, ci sono dei riscontri in cui vengono disattesi i protocolli; se si va ad analizzare il perché tra le ragioni che si adducono c'è il fatto che se ci troviamo di fronte a pazienti stranieri extracomunitari questi prendono la prima dose e poi tornano a casa, condivide spesso con altri loro connazionali, e la paura di essere scoperti fa sì che questi non seguano più le loro prescrizioni. Ecco allora vedete che il discorso del saper cambiare la gomma ci permette di vedere tutti quegli aspetti che sono alla base di questa interazione e utilizzo degli artefatti, di questi strumenti di cui noi disponiamo per far sì che la nostra attività sia direzionata agli obiettivi che ci prefiggiamo.

Quindi, la "cognizione distribuita" è una branca che studia i processi cognitivi a livello di sistema di gruppi, di individui e artefatti, coinvolti nello svolgimento di un compito.

Implicazioni operative che discendono da questo tipo di approccio sono ad esempio che le attività svolte in un ambiente complesso dovrebbero essere descritte in termini di obiettivi e sotto-obiettivi da raggiungere piuttosto che di procedure da seguire; un approccio di questo tipo permette di cogliere importanti proprietà del sistema socio-tecnico considerato, quali la capacità di rispondere in modo flessibile alle variazioni ambientali, mantenendo costanti gli obiettivi generali del sistema stesso. È importante questo connubio tra "socio" e "tecnico" sempre per rimarcare l'importanza di vedere questo contesto pratico in cui viene utilizzato lo strumento e come in questo uso pratico lo strumento può diventare strumento diverso.

Altro elemento che introduco è la percezione del rischio e con questo forse possiamo trovare alcune spiegazioni ad alcune delle domande che sono state poste in precedenza.

Sempre utilizzando la letteratura di tipo cognitivista si dice che l'individuo, e quindi sia il cittadino profano sia, in alcuni casi,

anche gli operatori, utilizzano delle strategie "euristiche", cioè noi fisiologicamente e naturalmente, per abbreviare i tempi arriviamo a delle conclusioni che sono, appunto, il frutto di scorciatoie, quindi utilizziamo al meglio le informazioni che abbiamo, non stiamo a fare tante verifiche, perché è importante arrivare presto e bene ad una conclusione. In questo processo ci possono essere, ovviamente, degli errori e delle sottovalutazioni delle cose che stiamo considerando: ci sono due strategie fondamentali che sono quella "euristica della disponibilità" in cui praticamente si considerano più probabili quegli eventi che giungono alla mente più facilmente e rapidamente. Questo porta a sopravvalutare i rischi legati a circostanze più famigliari e quindi più quotidiane; allora, se ci troviamo in un ambiente dove abbiamo la necessità di compiere costantemente delle valutazioni su quelle che possono essere situazioni di rischio, anche noi operatori possiamo, a volte, utilizzare questo tipo di strategia cognitiva che ci porta a conclusioni, a volte, non del tutto corrette.

Interessante è "l'euristica della rappresentatività": prima veniva domandato come mai c'è una evidenziazione di quelli che sono i rischi connessi alla somministrazione del farmaco e non ci sono invece delle sottolineature su quelli che sono i rischi più di pertinenza della funzione assistenziale; forse perché c'è un'euristica della rappresentatività secondo la quale sono ritenuti più probabili gli eventi maggiormente rappresentativi della categoria in cui sono stati classificati.

Queste sono tendenze che portano a sopravvalutare e sottovalutare alcune categorie di rischi rispetto ad altre, e questo è ancor più vero se prendiamo in considerazione quanto l'antropologa Mary Douglas dice: *"La percezione del rischio non è una questione puramente individuale, ma piuttosto collettiva, in quanto il singolo nella formulazione dei giudizi di rischio lascia ampio spazio ad influssi culturali. Sono proprio questi ultimi che spiegano la mancata oggettività della percezione del rischio della gente comune. I modelli euristici sono da interpretare come convenzioni condivise, aspettative e categorie culturali che trovano il loro fondamento nelle funzioni sociali che svolgono"*.

Ritornando all'esempio di prima: se noi siamo in un contesto culturale dove gli elementi culturalmente più pregnanti e più rappresentativi sono quelli che fanno riferimento a un'attività di tipo terapeutico-diagnostico, ecco che vengono sottovalutati tutti quegli altri fattori di rischio che fanno invece capo a una cultura meno rilevante e meno qualificata più rappresentativa di altre tipologie di rischio.

Arriviamo ora al secondo punto del mio intervento: la funzione educativa; credo che ci si debba porre, ancor prima di porci il tema di quelli che potrebbero essere

i contenuti da trasmettere, la domanda di quale funzione educativa si vuole attivare, e direi che, rispetto a quanto abbiamo detto finora, che ci vede coinvolti in contesti locali abitati da più figure, l'orientamento da tenere è quello che viene chiamato di "empowering". Fondamentalmente questo significa dare potere come capacità di azione, cioè dare la possibilità alle persone di prendere in mano la situazione in cui sono coinvolti: capacità di azione, mobilitare le risorse, ottenere o utilizzare ciò che è indispensabile per mantenere o far evolvere i sistemi sociali organizzati nei quali gli attori sono impegnati.

Quindi una pratica di intervento orientata all'empowerment si basa sull'aiutare le persone a utilizzare le proprie forze, abilità e competenze per mobilitare le proprie risorse verso la soluzione dei problemi e la conquista di maggior potere. Non può essere, in un sistema come quello descritto, che ci sia un "esperto", cioè ci deve essere in qualche modo la possibilità di trasferire e di valorizzare l'esperienza e le competenze diffuse di quel particolare sistema.

Un esempio: in Australia è stato sperimentato il progetto dei 10 tips per garantire la sicurezza all'interno del sistema sanitario, ed è un progetto molto interessante perché rispecchia questa logica dell'empowerment dove vengono definite quelle che sono le 10 aree/questioni-chiave che un paziente dovrebbe avere bene in mente, e in particolare si riferisce a quelle questioni-chiave che fanno riferimento anche all'uso dei farmaci; si invita, in questo caso il paziente a:

- essere attivo, coinvolto;
- fare domande, a non avere timore a chiedere;
- accrescere le sue conoscenze, chiedendo al proprio medico o infermiere;
- tenere una lista di medicine che prende e verificare questa lista;
- essere sicuro delle medicine che prende chiedendo al medico o all'infermiere se sono proprio quelle le medicine che deve assumere, ecc.

Capite che ribaltamento di logica c'è in questo tipo di progettualità? Un orientamento educativo non improntato all'empowerment, ma improntato all'idea che si hanno davanti dei contenitori vuoti in cui trasferire le informazioni non dà aiuto, non c'è quella garanzia di cui si ha necessità; soltanto pensando che si è di fronte a un soggetto che, attivato e reso partecipe di questa particolare questione, si può essere garantiti sia sulla verifica, sulla correttezza e su tutti quegli elementi che servono per far sì che non si corrano rischi; sulla possibilità di rendere sicuro questo tipo di attività.

A proposito della competenza educativa volevo darvi alcuni elementi di riflessione, nel senso che alcuni lavori che abbiamo fatto proprio a partire da progetti in cui si prevedono materiali informativi che vengono dati ai pazienti per far sì che possano

sapere e conoscere di più su alcuni campi di patologia (in questo caso era riferito al diabete), alla domanda su quali sono le fonti informative che questi pazienti utilizzano, spicca il personale sanitario; questo non è solo un dato italiano, ci sono ricerche americane che evidenziano questo *trend* soprattutto rispetto a delle particolari fasce di popolazione, comunque c'è questa tendenza a privilegiare come fonte informativa il personale sanitario. Quindi, quale occasione migliore per poter esercitare questo tipo di influenza, tanto che nella richiesta di valutazione dell'opuscolo informativo che è stato dato a questi pazienti, attraverso l'analisi che abbiamo fatto, le variabili più significative e che spiegano la valutazione positiva dell'opuscolo dato sono quelle riferite alla relazione, ancora una volta, con il personale sanitario.

E qui chiudo dicendovi rispetto alle competenze educative: non dimentichiamoci di creare contesti relazionali significativi, in quanto è proprio in questi contesti relazionali che si possono giocare le carte migliori.

Grazie.

Dottorssa Annalisa Silvestro

Grazie.

Mi pare importante la parte relativa alle strategie euristiche perché è venuta proprio a tono rispetto alle relazioni che sono state fatte precedentemente, quindi una grossa riflessione; come pure un'attenta attenzione va posta al recupero e al mantenimento dell'area relazionale che per noi è importantissima e quindi anche educativa, ma anche alla valorizzazione delle competenze diffuse e a cercare di fare in modo che questa diffusione di competenze sia svolta.

Grazie molte perché ci aiuta a riflettere. Ecco ora, ultimo ma non ultimo in termini di contenuti, il collega Di Denia che riprende il discorso farmaci nella logica della sicurezza.

"LA SICUREZZA DELL'USO DEI FARMACI"

Signor Patrizio Di Denia

Agenzia Sanitaria Regionale, Assessore alla Sanità e alle Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna

Ringrazio per l'invito la signorina Ferri e ringrazio la dottorssa Silvestro.

I contenuti della presentazione riguarderanno gli errori di terapia, quindi alcune definizioni fondamentali su quello che si intende come errore di terapia, le cause e le strategie di prevenzione, la nostra responsabilità infermieristica e quindi quello che riguarda la gestione del farmaco come una delle attività sicuramente più complesse e più consistenti di responsabilità e anche di autonomia per la professione; poi, l'ultima parte della relazione, riguarderà il progetto dell'Agenzia sanitaria regionale "La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie" con un approfondimento specifico su

quello che in Regione si sta facendo sul rischio farmaci, quindi sulla sicurezza nell'uso dei farmaci.

È stato detto più volte, che sicuramente il sistema sanitario deve essere considerato un sistema complesso con una serie di variabili. Sono state richiamate le organizzazioni ad alta affidabilità e quindi il confronto molto spesso viene fatto con questo tipo di organizzazioni complesse che sono anche quelle più facilmente vulnerabili, cioè quelle in cui è più facile commettere errori e in cui è più facile avere dei problemi rispetto a questo tema; quindi la complessità genera rischio.

Le organizzazioni sanitarie sono complesse per una serie di motivi: le innovazioni tecnologiche sicuramente apportano dei miglioramenti di efficienza ed efficacia, però non dobbiamo dimenticare che si sono anche nuovi rischi che non conosciamo nel momento in cui si introducono degli strumenti nuovi e delle nuove tecnologie.

C'è un invecchiamento della popolazione e da questo deriva una maggiore complessità della presa in carico, del percorso clinico-assistenziale e quindi una richiesta di prestazioni sempre più complesse, e inoltre bisogna fare i conti con la limitatezza delle risorse disponibili. Questi sono solo alcuni elementi, non esaustivi sicuramente, di come e perché le organizzazioni sanitarie debbano intendersi come organizzazioni di tipo complesso.

Il processo della gestione del farmaco e il processo terapeutico-farmacologico sono sicuramente all'interno della complessità dell'organizzazione sanitaria tra i più complessi perché prevedono un'interazione tra diverse unità operative e tra diversi settori dell'organizzazione; entrano in gioco numerosi ruoli professionali e sicuramente possiamo distinguere una gestione di tipo clinico, che riguarda più strettamente all'interno dell'unità operativa e una gestione delle scorte, che riguarda maggiormente il Servizio di Farmacia. Ci sono poi una serie di attività che in interfaccia, e anche se in maniera semplificata il processo terapeutico, che inizia dalla prescrizione per terminare nella somministrazione e assunzione del farmaco: vi sono però tutta una serie di attività di supporto che possono rappresentare momenti di criticità.

Quindi consideriamo che ogni fase del processo è costituito da attività elementari e ogni attività elementare può determinare un potenziale rischio di danno al paziente. Una breve considerazione su alcune definizioni, non tanto per ripetere definizioni già date stamattina rispetto a quello che è il *Risk Management*, in generale ma per dire che è estremamente importante riuscire a condividere una serie di informazioni e di definizioni-chiave. Questo serve per confrontarci e capire di cosa stiamo parlando; quindi è assolutamente importante definire che cos'è un "errore di terapia", il "*Medication error*" che è qualsiasi evento prevenibile che può causare un danno al

paziente per il non idoneo utilizzo di un farmaco, quindi sia un danno effettivo sia quelli che sono detti potenziali eventi, i *near misses*.

Il farmaco è sotto il controllo del professionista sanitario, del paziente e del consumatore, quindi non riguarda soltanto l'operatore; nelle campagne informative che vengono effettuate in altri paesi come l'Inghilterra e l'Australia, c'è il coinvolgimento diretto del paziente perché questi può essere uno dei responsabili di un possibile errore ma può essere soprattutto un alleato, quindi un alleato da coinvolgere nel processo clinico.

L'altra definizione importante è quella di "evento avverso da farmaco", per cui si sente parlare di *Adverse Drug Event* che sono i danni conseguenti a possibili errori. Quindi, quando si parla di evento avverso da farmaco si parla sempre di danni che siano lievi o gravi, da un lieve danno fino a un danno molto importante; gli eventi non prevenibili sono detti "reazioni avverse da farmaci", gli *ADR*; quindi, gli eventi avversi la cui causa non è un errore ma sono le reazioni avverse al farmaco.

È importante dare questa definizione perché bisogna tener conto del rapporto che c'è fra quelli che sono i *Medication error*, cioè gli errori di terapia e gli eventi avversi da farmaci; è assolutamente importante andare a individuare quelli che sono gli errori di terapia già nella fase iniziale, quindi prima ancora che diventino danni per il paziente, però la relazione che c'è tra possibili errori di terapia e quello che è poi un effettivo danno al paziente è un rapporto da 1 a 100; quindi bisogna tener conto di questo, anche se il nostro *focus* è su tutti quelli che sono gli errori di terapia, perché andando ad individuare e poi ad eliminare o ridurre il più possibile gli errori di terapia possiamo evitare anche quel potenziale 1% di eventi avversi con danno al paziente.

Una breve considerazione della dottorssa Renata Cinotti, su che cosa si intende per "error", perché *error* viene tradotto molte volte come "errore" in italiano, con una differenziazione del significato di *error* in inglese che non è lo sbaglio come lo intendiamo noi, ma è invece non solo un errore umano, quindi qualcosa che riguarda la responsabilità individuale e professionale, ma tutto quello che riguarda anche l'errore di progettazione o di gestione del sistema organizzativo. Si è parlato molto del modello di James Reason dove, quando avviene un incidente, c'è sì un *Active failure* quelli che sono gli errori individuali, ma quasi sempre questi sono facilitati dai *Latent failure*, cioè le condizioni latenti che sono all'interno del sistema e che permettono quindi gli errori individuali.

L'entità del fenomeno rispetto a questa problematica non è definita: ci sono una serie di studi che però è difficile andare a confrontare tra di loro perché: diverse sono le definizioni dell'oggetto degli stu-

di (per questo è così importante capire di cosa stiamo parlando, se di errori, di eventi avversi, di incidenti, ecc), sono molto diversi i periodi storici degli studi e diversi i contesti socio-tecnici di riferimento.

Ci sono degli studi di revisione sistematica in cui si afferma che tra i pazienti ricoverati, circa il 7% subisce un evento avverso da farmaco, quindi un danno conseguente a un errore da farmaco, che la percentuale degli errori di terapia è stimata tra il 12 e il 20% del totale degli eventi avversi in ospedale, quindi è sicuramente la categoria degli incidenti che avvengono più frequentemente, e che dal 30 al 56% sono considerati prevenibili, quindi evitabili.

Ancora qualche riferimento alla letteratura: sicuramente gli anziani e il paziente pediatrico sono le persone più a rischio di altre rispetto a errori di tipo terapeutico. Infatti questo errore avviene in ambito pediatrico 3 volte più frequentemente che nell'adulto; la causa è costituita da una serie di variabili, quali dosaggi basati sul *pesus*, difficoltà nella diluizione per il fatto che si utilizzano formulazioni commerciali per adulti che devono essere diluiti in dosaggio pediatrico, e poi una minore capacità del bambino di proteggersi dagli errori e quindi di interagire con l'operatore sanitario. Anche questo dato sicuramente non è un dato di casa nostra ma che proviene da un altro contesto sanitario, però in questa ricerca si afferma che ogni anno negli ospedali gli eventi avversi legati ai farmaci possono costare a seconda della dimensione della struttura tra 1,56 milioni di dollari a 5,6 milioni di dollari per ogni ospedale, quindi, tenendo conto dei prolungamenti di degenza, delle possibili richieste di risarcimento che ci possono essere, sicuramente c'è un danno economico per le organizzazioni molto importante.

Gli errori di trascrizione e interpretazione e gli errori di somministrazione, sono sicuramente attività che riguardano l'autonomia e la competenza infermieristica; rappresentano da soli circa il 35% di tutto quello che può essere considerato errore di terapia.

Le cause degli errori di terapia: cioè cosa causa gli errori di terapia? Un monitoraggio degli eventi-sentinella della *Joint Commission* è andato a verificare quali sono le cause-radice che determinano l'incidente di terapia, e sono: la comunicazione, intesa sia di tipo formale e quindi scritta ma anche di tipo informale tra operatori; successivamente tutto ciò che riguarda la comunicazione, l'interazione e l'orientamento, la formazione, il *training*, l'inserimento del personale sono sicuramente le cause più importanti degli errori di terapia.

Tutto questo ci fa dire che sicuramente sono necessarie delle strategie sistemiche, quindi strategie di tipo multiprofessionale e multidimensionale; quando si parla di sistemi automatizzati non si può non tenere conto della formazione dei professionisti, della standardizzazione dei compiti e dei

processi, della segnalazione volontaria degli incidenti; ognuna di queste aree deve essere applicata in modo integrato e sistemico.

Quindi bisogna attuare quelle che sono le cosiddette "barriere di difesa"; per cui se l'organizzazione complessa è vulnerabile, è l'organizzazione stessa che apprendendo dall'errore deve attuare delle barriere di difesa, che si differenziano in quelle che sono barriere di difesa di tipo *soft*, quali procedure, schede-farmaco, *check-list*, doppi controlli, scheda unica di terapia, quindi tutte barriere di tipo amministrativo oppure umano, agendo sugli uomini o sull'organizzazione e barriere di tipo *hard*, ad esempio le nuove tecnologie.

Come abbiamo visto prima, il fatto di introdurre le schede uniche di terapia o comunque un sistema automatizzato non elimina completamente l'errore, quindi è sicuramente necessario integrare gli approcci in maniera integrata e costante; quindi non è possibile introdurre un sistema di tipo tecnologico senza attuare altri sistemi di difesa di tipo amministrativo e di tipo umano. Quello che è importante è anche la modifica del comportamento, quindi anche l'introduzione di un nuovo strumento all'interno di un'organizzazione deve essere comunque valutato nel tempo per verificare la propria efficacia.

Un breve accenno, a quale è il riferimento per quanto riguarda la responsabilità professionale infermieristica: le nostre fonti di riferimento sono il profilo professionale del 1994, il codice deontologico, dove è ben chiarita qual è la competenza dell'infermiere nel garantire la corretta somministrazione e naturalmente anche il fatto di conoscere esattamente che cosa si va a somministrare. Su questo c'è sicuramente un forte riferimento nella giurisprudenza; e attualmente anche se non ci sono, per adesso, molte sentenze che riguardano la responsabilità professionale infermieristica circa gli errori di terapia, vi è una Sentenza della Corte di Cassazione molto importante rispetto a una responsabilità professionale infermieristica in cui si dice che l'attività di somministrazione dei farmaci deve essere eseguita dall'infermiere non in modo meccanistico, ma in modo collaborativo con il medico; sembra l'interpretazione quasi letterale del nostro codice deontologico.

Il ruolo centrale degli infermieri in tutte questo è certamente importante: c'è uno studio che afferma che l'86% di tutti gli errori di terapia sono intercettati dagli infermieri prima di raggiungere il paziente, cioè rimangono *near miss*, (quasi-incidenti), perché c'è l'infermiere che per l'86% delle volte intercetta possibili errori di terapia, quindi un aspetto assolutamente importante e fondamentale del ruolo infermieristico.

Quindi il ruolo centrale degli infermieri come si può praticare? Attraverso la identificazione sistematica degli errori e delle

loro cause, quindi ben vengano i sistemi di *Incident reporting*, come abbiamo visto stamattina dai colleghi inglesi, e che stiamo attuando anche qui in Emilia-Romagna. Inoltre con l'attivazione di proposte di soluzioni, attraverso *audit*, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro, e la formazione specifica/aggiornamento sui nuovi farmaci e sulle nuove applicazioni di tipo tecnologico.

Venendo alla seconda parte della relazione vi parlerò del progetto di gestione del rischio in Emilia-Romagna. È un progetto iniziato nel 2001 nella nostra regione che si focalizza su tre aree: il rischio clinico, la sicurezza dell'ambiente e dei lavoratori e la gestione del contenzioso; quindi tre aree assolutamente importanti e integrate per quanto riguarda la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie. Vi sono poi tre aree trasversali che riguardano la formazione degli operatori, la documentazione e la comunicazione dei risultati e i sistemi informativi intesi come realizzazione e sviluppo di *Database* regionali.

All'interno di queste tre aree si sviluppano dei progetti e degli strumenti che vengono sperimentati a livello prima di Aziende sanitarie regionali pilota e poi vengono diffusi a tutto il sistema regionale; quindi all'interno di queste aree di interesse si sono sviluppate alcune linee di ricerca, e quella che è iniziata a svilupparsi dal 2004 riguarda proprio la sicurezza dei farmaci. Quali erano gli elementi di contesto da cui abbiamo iniziato a lavorare su questo tema? È stata effettuata un'indagine di tipo regionale e abbiamo visto che mancava un approccio di sistema sia a livello regionale che aziendale, cioè c'erano delle esperienze locali, a volte a livello di unità operativa, ma non c'erano comunque degli approcci di sistema che riguardavano tutto il sistema organizzativo. C'era una carenza di un *Database* per sapere quanto sono frequenti gli errori di terapia nel nostro contesto e vi erano anche alcuni investimenti significativi da parte di alcune Aziende per quanto riguardava la tecnologia informatizzata, quale per esempio Forlì, che abbiamo visto, ma ci sono anche altri esempi di utilizzo di tecnologie informatizzate che hanno bisogno di un notevole investimento per l'acquisizione. Quindi è stato costituito nel 2004 un gruppo regionale multidisciplinare di cui fanno parte, oltre agli infermieri, farmacisti, medici clinici e di direzione. Quali sono i primi risultati attualmente raggiunti? Nella prima fase, che è stata propeudica alle fasi successive, è stata quella di definire un glossario condiviso, e questo come abbiamo visto è assolutamente importante per cominciare a discutere e ad approfondire questa particolare area di *Risk Management*. Si è andati a definire che cosa è il processo terapeutico e quali sono le fasi e analizzati i rischi del processo terapeutico.

Questo è servito per avviare la seconda fase del gruppo di lavoro, dove è stata

effettuata un'indagine conoscitiva delle esperienze innovative, quindi sulle migliori pratiche che ci sono a livello aziendale, e ce ne sono diverse a livello regionale in ciascuna Azienda, che possono essere poi diffuse come *Best Practice* in tutto il sistema.

È stato effettuato un rapporto di valutazione di *Technology assessment* sulle tecnologie informatizzate; sicuramente le tecnologie informatizzate come abbiamo visto possono ridurre molto gli incidenti, però bisogna anche considerare i possibili costi che ci possono essere e le prove di evidenza in letteratura rispetto alla loro efficacia. E' stata quindi definita diffusa una procedura-guida sulla gestione clinica del farmaco, che è stata distribuita a tutte le Aziende sanitarie. Abbiamo anche un sistema di segnalazione spontanea dell'incidente in terapia, un sistema di *Incident reporting* con il quale possono essere segnalati tutti gli incidenti che avvengono ai pazienti, compresi anche quelli di terapia.

Per quello che riguarda l'indagine conoscitiva sono stati selezionati 25 progetti aziendali: il più importante e innovativo riguarda la gestione centralizzata della monodose; di rilievo, è una scheda-farmaco ad uso infermieristico che viene applicata dall'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, che attualmente è anche disponibile su *Internet* sul sito dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia. È stato costituito un gruppo di lavoro composto di personale infermieristico e del Servizio di farmacia di questa Azienda; gli infermieri hanno a disposizione le schede-terapia per ogni farmaco che viene prescritto e somministrato all'interno dell'Unità operativa di Malattie infettive.

Come vedete nelle schede non sono presenti solamente elementi di tipo tecnico, ma anche di tipo operativo, per la preparazione e la diluizione dei farmaci, e anche per l'utilizzo di dispositivi di protezione individuali necessari eventualmente per la preparazione del farmaco; questo è uno strumento assolutamente semplice ma molto utile, continuamente aggiornato dal Servizio di farmacia, che è a disposizione dell'infermiere e dei medici.

C'è anche un rapporto che riguarda un *dossier* sulle tecnologie informatizzate, che è disponibile sul sito dell'Agenzia sanitaria regionale, che evidenzia alcuni elementi di valutazione di queste tecnologie informatizzate; quindi si è andato ad effettuare ed approfondire la valutazione riguardo la prescrizione informatizzata, gli armadi per la distribuzione informatizzata, la somministrazione controllata con *barcode*, i sistemi di gestione del farmaco in dose unitaria, andando a vedere quali sono i punti di forza ma anche di criticità che ci possono essere in sistemi di questo tipo. Poi è stata diffusa e resa disponibile sul sito dell'Agenzia sanitaria la procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci; è una procedura-guida di indirizzo che può

essere applicata a livello delle unità operative e che considera tutte le fasi di gestione clinica del farmaco, con un particolare approfondimento su quelle che sono le "gestioni particolari": la gestione dei campioni gratuiti, dei farmaci personali per pazienti, della terapia al bisogno.

Veniamo all'ultimo elemento che è quello del sistema dell'*Incident Reporting*: questo sistema nella nostra regione permette una segnalazione spontanea e non punitiva; questo è uno dei cardini principali di tutti i sistemi di *Incident Reporting*, quindi sistemi volontari di segnalazione di eventi indesiderati, sia quelli che sono considerati eventi avversi, quindi eventi con danno, sia quelli che sono i *near misses*, quindi i quasi-incidenti, quelli cioè che non sono avvenuti perché intercettati dall'operatore.

Attualmente abbiamo tre tipi di sistemi integrati tra di loro per la segnalazione di incidenti: quelli che avvengono nei reparti di degenza degli ospedali privati, quelli di tipo anestesilogico che avvengono in sala operatoria e quelli che avvengono nella sala di travaglio-parto.

Quanti sono gli incidenti legati alla gestione dei farmaci? Siamo molto vicini ai dati che sono presenti in letteratura: negli ospedali privati gli incidenti da farmaci sono il 14,5% del totale degli incidenti segnalati, di cui il 68% riguarda l'inadeguata preparazione, prescrizione e somministrazione; in anestesia siamo al 13%. Sicuramente in sala operatoria la non corretta identificazione del farmaco è un problema importante; avere delle fiale di soluzione di elettroliti concentrati facilmente scambiabili e non ben identificabili con le fiale di soluzione fisiologica, è sicuramente un punto critico su cui lavorare sia a livello regionale che nazionale. In ostetricia infine, abbiamo l'8,1% di incidenti legati ai farmaci.

Quali sono le cause degli incidenti di terapia? Circa la metà sono fattori di tipo umano, intorno al 60%, e il resto deriva da quelle che sono le condizioni latenti del sistema che possono essere errori di tipo organizzativo o possono essere problemi con le apparecchiature, o possono essere fattori collegati al paziente.

Tra gli errori umani, che sono il 60% del totale, la verifica preventiva da parte degli operatori la categoria più frequente riguarda gli incidenti di terapia: c'è una carente valutazione della situazione prima delle attività che può includere il controllo sia delle condizioni del paziente sia delle apparecchiature; ad esempio non controllare l'identità del paziente o il mancato controllo della terapia infusiva.

Per quanto riguarda gli errori organizzativi, la inadeguata presenza di protocolli e di procedure, intesi come disponibilità e qualità delle procedure e protocolli rappresenta un 53% di quelli che sono gli errori organizzativi perché o sono assenti o sono troppo complicati o non accurati o non realistici o non conosciuti.

Alcune conclusioni per terminare: strate-

gie e strumenti tecnologici e organizzativi devono essere adottati e integrati in piani e programmi aziendali di gestione del rischio e di governo clinico; come diceva prima la collega Mazzoni il *Risk Management* non è qualcosa di diverso né dalla qualità né dal governo clinico, quindi all'interno dei programmi aziendali di gestione del rischio si possono e si devono attivare strategie integrate di *Risk Management*.

L'implementazione di nuove tecnologie deve essere preceduta da una corretta valutazione di costi e della loro efficacia: molte volte sono tecnologie molto costose ed è molto importante andare a valutare con indicatori di processo e di esito la loro efficacia sulla sicurezza del paziente e la loro efficienza per l'organizzazione.

Inoltre in questa fase è necessario confrontarsi assolutamente tra organizzazioni e dei professionisti, perché è importante avere un confronto sulle migliori pratiche. Siamo appena agli inizi di questo lungo percorso che come abbiamo visto in Inghilterra è molto avanzato, molto sviluppato, molto importante, ma tutto si basa sul cambiamento della cultura organizzativa; non è sufficiente uno strumento, o una scheda, o un protocollo, ma è necessario proprio un cambiamento di cultura che parte dall'alto, ma sicuramente coinvolge anche direttamente noi operatori.

Desidero ringraziare e salutare gli organizzatori e tutti voi.

Grazie.

"RIFLESSIONI"

Dottorssa Annalisa Silvestro

Grazie anche al collega Di Denia. Mi pare che con la sua ultima relazione si chiuda il cerchio. Mi sembra che la questione l'abbiamo ben affrontata, ci sono tutta una serie di elementi di riflessione ed è interessante riproporre quello che la Regione è impegnata a fare da questo punto di vista che però, dalle ultime informazioni e riflessioni che ci ha presentato Di Denia non devono farci dimenticare altre riflessioni che aveva fatto all'inizio della sua relazione; ricordo la sottolineatura che il nostro paziente, la persona di cui ci facciamo carico può diventare un nostro alleato nella prevenzione dell'errore; non va sottovalutato questo aspetto, noi abbiamo il diritto di essere informati ma anche il dovere di informare su quello che facciamo e su come ci muoviamo e questa può essere una strategia da mettere senz'altro in atto e su cui riflettere. E l'altra, e mi pare importante ricordarlo, e che credo abbiano detto anche tutti gli altri relatori, è come la logica di approccio a questi problemi debba essere una logica sistemica, non possiamo pensare di poter intervenire e soprattutto risolvere agendo solo sul singolo evento ma dobbiamo per forza pensare a una rete, a un sistema che man mano che incide su una componente riesca a rimodificare l'intera gestione del tutto. Credo che questa sia una cosa su cui pensare e che ci porta anche a riflettere

sul fatto che come professione da sempre tendiamo all'integrazione, dobbiamo ancora di più orientarci in quella direzione perché questo valorizza noi come professionisti, ma produce dei risultati positivi sul sistema.

Un'altra cosa che vorrei sottolineare, anche se Di Denia l'ha fatto in maniera molto pertinente e appropriata, è che ricordo quelle che sono le indicazioni normative rispetto a questa tematica e sottolineo anch'io che l'infermiere ha il diritto/dovere di rimostranza nel momento in cui si accorgesse che qualche altro professionista è incappato in una distorsione informativa o si è verificata qualche criticità. Insomma, non dobbiamo essere meri esecutori di terapie prescritte ma dei collaboratori, e soprattutto dei professionisti attenti a quello che può derivare nel momento in cui non ci poniamo in questa logica.

Mi pare che a conclusione di questa sessione di relazioni gli elementi su cui voi potete fare delle riflessioni e quindi porre dei quesiti sono numerosi e notevoli.

È vero che i relatori di questo pomeriggio, ma immagino anche quelli della mattinata, siano stati molto chiari, lineari, esaustivi, con alta competenza e quindi adesso c'è molto bisogno di riflettere sulle cose che sono state dette.

Voglio fare personalmente solo una riflessione perché credo sia significativa e rilevante. Avrei voluto essere presente anche questa mattina ma doveri istituzionali mi hanno vista presente in altre sedi, fra cui in una sala in cui si parlava di Management in sanità come opportunità di sviluppo, fra l'altro nella tavola rotonda a cui ho partecipato nella relazione che ho trattato c'è stato un contatto molto interessante con un responsabile del ministero della salute che mi ringraziava del fatto che, come Federazione infermieri, daremo diffusione alle linee-guida che loro stanno preparando su questa tematica perché per loro è un evento molto rilevante il sapere di poter contare su una informazione che arriva a 340mila professionisti attraverso la rivista che spero voi leggete in maniera sempre più approfondita.

Quindi il contatto è stato importante, ma questo mi ha fatto ancora più evidenziare un altro aspetto: noi ci siamo molto impegnati come infermieri a costruire il sistema professionale, a costruire una rete giuridico/professionale/sociale che potesse dare contezza al nostro difficile e faticoso percorso di professionalizzazione, siamo arrivati ad un livello che potrei definire non solo discreto ma buono; siamo in una posizione da questo punto di vista che sembrava impossibile fino a una decina di anni fa e che alcuni infermieri di paesi europei ci invidiano; c'è però una grande criticità che abbiamo ed è quella di riuscire a fare in modo che tutto questo riesca ad arriva-

re fino al singolo professionista infermiere che opera nelle diverse realtà assistenziali, che spesso sente parlare di tutte queste cose ma non riesce a canalizzare il suo bisogno di essere sostenuto, aiutato, informato e riorientato nel suo processo professionale. L'impegno che dobbiamo porre tutti, *in primis* chi vi sta parlando, ma tutti coloro che svolgono funzioni di ricerca, di elaborazione, di studio, di gestione come i colleghi che mi affiancano, dobbiamo metterci tutti d'impegno per trovare il modo di passare le informazioni, coinvolgere, spiegare, chiedere ascolto, chiedere dibattito, chiedere discussione, chiedere anche un dibattito acceso, forte, che vada a criticare le cose che stiamo facendo purché si discuta e si dibatta per uscire da questo pantano, alle volte di demotivazione e quasi di indifferenza, che squarciamo quando veniamo a questi convegni che ci interessano tanto; ci entusiasmano ma poi torniamo nella nostra realtà operativa e tutto continua come prima. Non riusciamo a trasferire nella realtà operativa quello che magari ci ha interessato molto nei convegni. Quindi, l'impegno di tutti, ognuno nel suo campo, deve trovare metodi e strumenti che ci permettano di superare questo scoglio.

Voglio esprimere con molta forza che il cuore del sistema sanitario sia aziendale, sia regionalizzato, che nazionale, che locale, sono i professionisti che fanno le prestazioni ai cittadini, medici e infermieri *in primis*. Questo è il cuore del sistema e su questo dobbiamo puntare perché le vostre prestazioni siano sempre più qualificate e attente e soprattutto vi gratifichino e vi diano l'orgoglio della professione che state esercitando.

Grazie e buona serata a tutti.

CHIUSURA LAVORI

Signorina Cleopatra Ferri

Desidero ringraziare vivamente i nostri relatori sia di questa mattina che del pomeriggio qui presenti, che non cito uno per uno, ma vi assicuro che chiudiamo questo convegno in assoluta serenità e con la consapevolezza di avere fatto un buon lavoro, perché grazie all'impegno che tutti voi avete posto è stata una giornata molto positiva.

Ringrazio gli studenti che hanno partecipato, per la loro serietà e compostezza; ringrazio moltissimo i professionisti infermieri presenti per l'interesse che hanno dimostrato per gli argomenti trattati che ci servono per crescere sempre di più.

Buon ritorno a casa e buon sviluppo di quello che oggi i nostri relatori ci hanno insegnato.

Grazie e arrivederci.

• “Un dialogo in «guardiola»”

(...)

(affiancamento di un infermiere prossimo “capo-turno”)

(...)

Dopo il solito e, a nostro giudizio, congruo periodo di tempo, ho avuto un acceso scambio di idee riguardante il percorso formativo fin qui effettuato. I problemi che mi ha manifestato sono, purtroppo, sempre gli stessi, cito testualmente:

- *“a me serve sapere come si fanno le cose in modo pratico: come devo fare per attaccare le piastre del pacing e quale cavo del monitor devo utilizzare, e non come si imposta lo strumento che è responsabilità del medico che è con me”,*
- *“è inutile che mi spieghi tutto ciò che mi hai spiegato finora sui farmaci e le loro diluizioni perché tanto io me lo sono già dimenticato”,*
- *“è inutile che mi fai vedere sul manichino come si intuba, tanto io non lo farò mai perché questa è una manovra di competenza medica. Io devo solo sapere passare il materiale dopodiché se il medico non è capace di intubare non è cosa che mi riguarda”,*
- *“io lavoro solo da tre anni, ho visto questa realtà e quella dei Pronto soccorso di provincia, perciò non ho l'esperienza che hai tu. Per il momento quindi devo sapere fare queste cose; il resto spetta al medico, nei confronti del quale, se non è in grado di attuare determinate manovre, non è compito mio, né mia responsabilità, intervenire”.*

(...)

Tali affermazioni credo si commentino da sole. In sostanza a noi viene chiesto di formare delle “scimmie”, altro che dei professionisti. Perdonami questo paragone un po' “forte” ma purtroppo, lo avrai notato tu stessa, la realtà è questa. Ciò poi è ancora più grave se questo tipo di richiesta, in fondo, venga pienamente avallata da parte di chi ha il compito di coordinare il servizio. Non riesco davvero a comprendere come si possa “accusare” chi fa formazione di esagerare nel pretendere che il discente sia a conoscenza degli strumenti e del materiale di cui dispone, inclusi naturalmente i farmaci, e del razionale che sta alla base del loro utilizzo.

Evidentemente, mi sbaglio.

Durante le mie “lunghe”, con questi ragazzi impiego gran parte del mio tempo per cercare di far capire loro l'importanza di ciò che fanno; del fatto, cioè, che non solo hanno una grossa responsabilità nei confronti di chi sono chiamati ad assistere ma

che hanno il dovere di rispondere ad una continua crescita della professione. Invece, purtroppo, mi rendo conto che questo, da parte loro, non è assolutamente sentito. Questa mentalità purtroppo si è formata nel corso di anni di mansionario, un documento, tu me lo insegni, che ha fatto più danni che altro alla nostra professione. Oggi però è ancora pensiero comune che le responsabilità tra il medico e l'infermiere siano drasticamente separate, in modo netto ed inequivocabile, e che queste due professioni viaggino in modo separato, su piani paralleli che non si incontrano mai. Tu sai bene che non è così.

Fare formazione in questo modo, credimi, diventa un'impresa erculeica perché significa cambiare un modo di pensare costruito su basi che hanno secoli di storia. Il problema però è che a me viene chiesto, in fondo, di insegnare a dei professionisti ad infilare spine e spingere pulsanti, di insegnar loro ad aspirare da una fiala un liquido dalle proprietà più o meno "anonime", cosa che avrebbero dovuto imparare durante il corso di laurea che, come dobbiamo ricordarlo ancora una volta, è "abilitante la professione infermieristica", di fare, insomma, il "garzone" (secondo il termine, ancora più "forte" di quello usato sopra) del medico. Tutto ciò, in fondo, con il consenso, più o meno velato, di chi ha la responsabilità (davvero una grande responsabilità!), di organizzare la formazione e di chi, con più o meno ironia, dipende dalle giornate, in fondo approva questo modo di pensare "perché, tanto, si è sempre fatto così".

(...)

Credimi, dobbiamo dispensare molte delle nostre energie per cercare di far fruttare al meglio il tempo di questi ragazzi da loro, e dal servizio, dedicato agli affiancamenti. Però, se gli obiettivi della formazione devono essere questi, penso che si possa evitare di affidare questo meraviglioso (lo penso davvero, credimi), quanto a volte persino estenuante, compito quasi esclusivamente a noi. In fondo non servono master od altri titoli accademici per insegnare ad utilizzare una macchina: basta prendere il manuale di istruzioni e leggerlo. Non credo essi servano neanche per insegnare ad aspirare una fiala di farmaco in una siringa ed iniettarlo nel braccio di un paziente (del resto la laurea impiega tre anni per giungere a questo tipo di "mansione" e ripetersi sarebbe tedioso). La cosa più strana è che il giornale della Federazione dei Collegi e l'Organo ufficiale del Collegio di Bologna non fanno che pubblicare articoli sulla formazione (di primo e secondo livello, sui master, anch'essi di primo e secondo livello, e persino su "futuristici" dottorati di ricerca) e noi, nella nostra piccola realtà, possibile che non riusciamo ad adottare una mentalità che vada un po' al di là del semplice "assistenzialismo" (perdona que-

sto brutto termine) al medico?

Io penso che il collega che stiamo cercando di formare non abbia nessuna colpa di tutto questo. Se proprio vogliamo trovarne una, potremmo dire che non è abbastanza appassionato del proprio lavoro. Credo, invece, che la colpa sia nostra: i ragazzi che si affacciano a questa professione hanno bisogno di stimoli e di una formazione che li renda edotti del fatto che ormai la professione ha intrapreso un cammino completamente nuovo dal quale non si tornerà più indietro. Con l'avvento della formazione universitaria, infatti, all'infermiere sono richieste nuove e maggiori responsabilità; gli viene offerto però, al contempo, una maggiore autonomia, più preparazione scientifica, la possibilità di svolgere ricerca, soprattutto all'interno delle strutture universitarie che hanno il compito di produrre cultura e quindi di far progredire le professioni (tutte), e maggiore capacità decisionale, prima fortemente limitata dal documento mansionario. Il tutto, naturalmente, sempre nell'ambito di una collaborazione con tutte le professioni sanitarie (tutte, non solo quella medica). Tutto ciò però deve essere compreso a tutti i livelli della "scala gerarchica" riguardante la nostra professione e non può essere svilito dal semplice ricordo dei "bei tempi andati" in cui si lavorava utilizzando la fiala come unità di misura per dosare i farmaci. Questa fase è terminata. Purtroppo non lo è nella mentalità della maggior parte di noi infermieri (...).

Alla luce di tutto ciò, credimi, io davvero non so quale atteggiamento dovrò adottare durante un eventuale prossimo affiancamento di un collega "aspirante capo-turno". Se le cose dovessero continuare così penso che non varrà davvero la pena mettere in campo tante energie per giungere ad un risultato tutto sommato piuttosto mediocre. In tutta sincerità, infatti, penso di avere fallito con questo collega: non sono riuscito ad appassionarlo a questa "materia" ed a fargli prendere coscienza del fatto che solo se modificherà radicalmente il suo modo di pensare potrà aiutare tutta la professione a cambiare ed a crescere, come merita. Oltretutto ha sprecato molte ore di affiancamento: per insegnare ad accendere e a spegnere un monitor e ad infilare delle spine non è richiesto certamente tanto tempo come quello impiegato.

Questa presa di coscienza dovrà avvenire da parte di tutto il personale del nostro servizio ed a tutti i livelli, anche alla luce del fatto che esso ha promosso la formazione a caposaldo sul quale si legittima (...).

(...), sarebbe bello spiegare che, come diceva Goethe, "**ciò che non si comprende non lo si possiede**".

A presto, buon lavoro.

• ***"Il contributo della ricerca infermieristica nel trattamento di pazienti con Sarcoma primitivo dell'osso: 20 anni di esperienza nella Sezione di Chemioterapia degli Istituti Ortopedici Rizzoli"***

C. Beghelli, A. Biolchini, R. Boschi, C. Forni, L. Loro, T. Mazzei, C. Raspanti, A. Spataro, M. Tremosini, A. Triggiani*

****Servizio Assistenza Istituti Ortopedici Rizzoli - Bologna***

La decisione di parlare di "Ricerca infermieristica" nasce dalla convinzione che tale attività sia parte integrante del lavoro di ogni infermiere.

Le domande fondamentali da porsi sono: qual è il rapporto fra ricerca ed assistenza infermieristica? Fare ricerca aiuta a svolgere meglio le attività cliniche quotidiane? La ricerca può essere di aiuto al paziente? Oggigiorno, agli infermieri viene richiesto di offrire approcci creativi a problematiche sanitarie vecchie e nuove e di elaborare progetti nuovi e innovativi capaci di modificare in senso positivo le condizioni di salute delle persone. La ricerca offre una base di conoscenze, scientifiche e specialistiche, che consentono alla professione infermieristica di prevenire e soddisfare le sempre mutevoli richieste e di preservare l'importanza di un rilevante ruolo all'interno della società.

La categoria professionale degli infermieri si è profondamente impegnata a sviluppare un'entità unica e specifica del sapere, fondata scientificamente, da utilizzare nel fornire l'assistenza sanitaria ai pazienti. Tale entità, definita "*corpus di conoscenze professionali*", costituisce di fatto uno degli aspetti che caratterizzano una professione ed è essenziale per promuovere un senso di dedizione e di responsabilità verso i pazienti. L'attuale corpo di conoscenze scientifiche, che è unico e specifico del nursing, può essere ulteriormente ampliato attraverso la ricerca. Tale ampliamento, tuttavia, ha scarso significato per l'intera professione se rimane patrimonio specifico delle riviste specialistiche o della mente dei ricercatori. Esso deve essere parte integrante del repertorio di conoscenze dell'infermiere e deve essere utilizzato da quanti sono di-