Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente

Edizione multidisciplinare

Comitato Esecutivo Aziendale per la Sicurezza del Paziente
Azienda ULSS 20 di Verona

Università degli Studi di Verona
Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2011 con il titolo
WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition
© Organizzazione Mondiale della Sanità 2011

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha concesso i diritti per la traduzione e la pubblicazione dell'edizione in italiano all'Azienda ULSS 20 di Verona che è l'unica da ritenersi responsabile della qualità e della fedeltà della traduzione. In caso di qualsiasi incongruenza tra la versione inglese e quella italiana, la versione autentica e di riferimento rimane quella originale inglese.

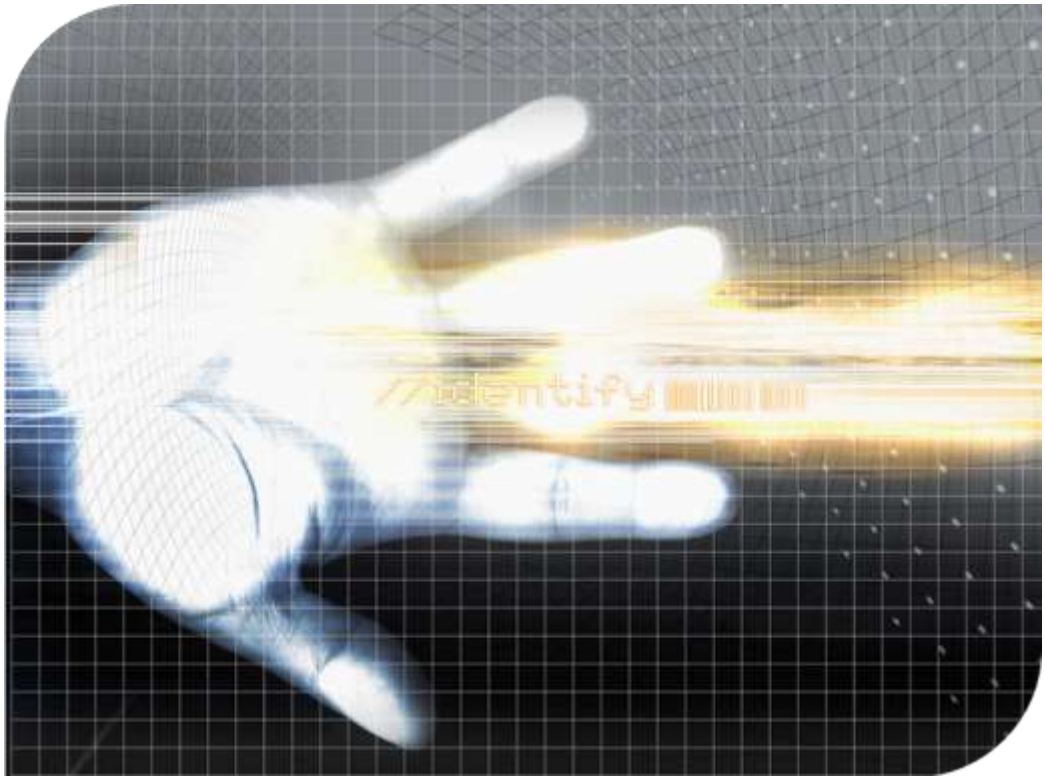
WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente. Edizione multidisciplinare
© Azienda ULSS 20 di Verona (2014)

Autori/Editori della versione originale: Organizzazione Mondiale della Sanità, Sicurezza del Paziente – Un'Alleanza Mondiale per una Sanità più Sicura

Autori/Editori della versione italiana
Diana Pascu - Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente, Azienda ULSS 20 di Verona
Romina Leardini – Master Universitario di II in Gestione del Rischio e Sicurezza del Paziente, Università degli Studi di Verona
Francesca Moretti - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Verona
Alberto Mortaro – Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Verona
Gabriele Romano – Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Università degli Studi di Verona
Giorgia Spezzapria - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Verona
Lorella Tessari - Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente, Azienda ULSS 20 di Verona
Federica Ugola - Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente, Azienda ULSS 20 di Verona

Published by the Healthcare Trust 20 of Verona

For information and ordering details, please contact:
Pascu Diana – Patient Safety Officer, Medical Board, Hospital "Girolamo Fracastoro"
Via Circonvallazione, 1, 37047 San Bonifacio, VR
Tel. 045/61381220
Fax 045/6138368
E-mail dpascu@ulss20.verona.it



Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente

Edizione multidisciplinare

Indice

Abbreviazioni 6

Prefazioni 7

Introduzione 18

Prima parte: la Guida per i docenti

1. Contesto 21
2. Come sono stati selezionati gli argomenti del Manuale? 24
3. Scopo del Manuale del Percorso Formativo 34
4. Struttura del Manuale 37
5. Implementare il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente 38
6. Come integrare l'apprendimento sulla Sicurezza del Paziente nel proprio programma di studio 43
7. Concetti fondamentali sui principi formativi per l'insegnamento e l'apprendimento in ambito di Sicurezza del Paziente 55
8. Attività per sostenere la comprensione della Sicurezza del Paziente 61
9. Come valutare nell'ambito della Sicurezza del Paziente 67
10. Come valutare i programmi formativi sulla Sicurezza del Paziente 77
11. Strumenti e risorse del web 83
12. Come promuovere un approccio internazionale alla formazione sulla Sicurezza del Paziente 84

Parte seconda: Argomenti del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente

Definizioni dei concetti chiave 87
Guida alla lettura degli Argomenti 89
Introduzione agli argomenti del Manuale del Percorso Formativo 90
Argomento n. 1: Che cos'è la Sicurezza del Paziente? 102
Argomento n. 2: Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente 123
Argomento n. 3: Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sull'assistenza al paziente 134
Argomento n. 4: Essere un'efficace componente del team 147
Argomento n. 5: Apprendere dagli errori per prevenire eventi avversi 167
Argomento n. 6: Comprendere e gestire il rischio clinico 180
Argomento n. 7: Utilizzare le metodologie della qualità per migliorare le cure 196
Argomento n. 8: Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver 214
Introduzione agli argomenti 9-11 234
Argomento n. 9: Prevenzione e controllo delle infezioni 235
Argomento n. 10: Sicurezza del Paziente e procedure invasive 254
Argomento n. 11: Migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci 270

Allegati

Allegato n. 1. Collegamento alla cornice concettuale australiana per la formazione sulla Sicurezza del Paziente 290
Allegato n. 2. Esempi di valutazione 291

Ringraziamenti 296

Abbreviazioni

AHRQ	*Agency for Healthcare Research and Quality* (Agenzia americana per la Ricerca e la Qualità in Sanità)
AMR	Resistenza antimicrobica
APSEF	*Australian Patient Safety Education Framework* (Il quadro di riferimento australiano per la formazione sulla Sicurezza del Paziente)
ARCS	Chirurgia della colecisti a ripresa accelerata
CBD	Discussione dei casi
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention* (I Centri statunitensi per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie)
CPI	Miglioramento della pratica clinica
CR-BSI	Sepsi catetere correlata
CRM	*Crew Resource Management*
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
ECG	Elettrocardiogramma
EMQ	*Extended matching question* (Questionari a risposta multipla per valutare la conoscenza in profondità)
EV	Endovena
FMEA	*Failure Mode Effect Analysis* (L'Analisi dei Modi di Guasto/Errore e dei loro Effetti)
HBV	Virus dell'epatite tipo B
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana
HRO	Organizzazioni ad alta affidabilità
ICPA	Infezione Correlata a Pratiche Assistenziali
IHI	*Institute for Healthcare Improvement* (Istituto statunitense per il miglioramento in Sanità)
IOM	*Institute of Medicine*
IPE	Formazione interprofessionale
IPR	Indice di Priorità del Rischio
MCQ	Domanda a risposta multipla
MEQ	*Modified essay question* (Modalità di valutazione scritta basata su una situazione in evoluzione di un paziente nelle cure primarie)
Mini-CEX	*Mini clinical evaluation exercise* (Modalità di valutazione strutturata basata sulla valutazione clinica osservata)
MRSA	*Staphylococcus aureus* meticillino-resistente
MSF	*Multisource feedback* (Valutazione a 360° proveniente dai colleghi del contesto di lavoro di un dipendente)
NASA	*National Aeronautics and Space Administrations* (Ente Nazionale statunitense per le Attività Spaziali e Aeronautiche)
NCPS	*National Center for Patient Safety* (Centro Nazionale statunitense per la Sicurezza del Paziente)
NPSEF	*National Patient Safety Education Framework* (Il quadro di riferimento per la formazione nazionale sulla Sicurezza del Paziente)
NSAID	Farmaci anti-infiammatori non-steroidei
OSCE	*Objective Structured Clinical Examination* (Modalità di valutazione strutturata delle abilità e delle competenze cliniche e comunicative)
OTC	*Over the Counter* (Farmaci da banco)
PBL	*Problem-Based learning* (Apprendimento basato su problemi)
PDSA	*Plan-Do-Study-Act* (Modello di Deming per il miglioramento continuo della qualità)
RCA	*Root Cause Analysis* (Analisi delle cause profonde)
RLS	*Reporting and Learning System* (Il Sistema britannico di Segnalazione e Apprendimento)
RM	Risonanza magnetica
SBA	*Short Best Answer Question Paper* (Modalità di valutazione scritta delle conoscenze attraverso una risposta breve a un quesito strutturato)
SO	Sala Operatoria
SSI	Infezione della ferita chirurgica
TB	Tubercolosi
UK	Regno Unito
USA	Stati Uniti d'America
UTI	Terapia Intensiva
VA	*Veterans Affairs* (Dipartimento degli Affari dei Veterani degli Stati Uniti)
VRE	Enterococco vancomicino-resistente

Organizzazione Mondiale della Sanità

L’assistenza sanitaria si è evoluta considerevolmente nel corso degli ultimi venti anni. Le nostre conoscenze in merito alle malattie ed alle innovazioni tecnologiche hanno contribuito ad aumentare l’aspettativa di vita nel corso del ventesimo secolo. Ma una delle più grandi sfide oggi non è quella di tenere il passo con le più recenti procedure cliniche o con le più moderne attrezzature altamente tecnologiche; si tratta, invece, di fornire un’assistenza sanitaria più sicura in ambienti complessi, sotto pressione ed in continua evoluzione. In tali ambienti, le cose possono spesso andare male. Gli eventi avversi accadono. I pazienti subiscono danni accidentali, non desiderati ma gravi, durante la pratica assistenziale di routine, o come risultato di una decisione clinica.

Molti Paesi hanno già riconosciuto che la Sicurezza del Paziente è un aspetto fondamentale delle cure e stanno mettendo a posto modalità ed approcci per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure. Gli stessi hanno riconosciuto, inoltre, l'importanza di formare ed addestrare gli operatori sanitari sui principi e concetti della Sicurezza del Paziente, comprendendo la necessità di rafforzare tali competenze per tenere il passo con le complessità del sistema e le esigenze dei professionisti sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), attualmente, sta conducendo un movimento globale per investire nella formazione sulla Sicurezza del Paziente, nei suoi principi ed approcci che possano portare ad avere un personale sanitario del domani in grado di praticare le cure centrate sul paziente in qualsiasi parte del mondo. A tale scopo, l’OMS si è impegnata nello sviluppo di un corso di formazione sulla Sicurezza del Paziente con un approccio multi-disciplinare e multi-dimensionale con una portata globale, accelerando gli sforzi per aiutare Università e Scuole di ambito sanitario per costruire ed integrare la formazione sulla Sicurezza del Paziente nei loro programmi già esistenti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in collaborazione con Enti governativi, Università e Scuole di tutto il mondo, Associazioni professionali internazionali delle discipline di odontoiatria, medicina, ostetricia, scienze infermieristiche e farmacia e le relative associazioni studentesche, ha reso la formazione sulla Sicurezza del Paziente rilevante rispetto ai bisogni e le esigenze degli ambienti di lavoro dei professionisti sanitari. La combinazione di energie, risorse e competenze è stata fondamentale nello sviluppo della versione multi-disciplinare del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente. Le ricadute dell’applicazione delle sue raccomandazioni saranno immediate e misurabili in termini di sviluppo di conoscenze e competenze per gli studenti delle varie professioni sanitarie, per prepararli al meglio per un’assistenza sicura.

Dr. Margaret Chan
Direttore Generale
Organizzazione Mondiale della Sanità

Organizzazione Mondiale della Sanità

L'impegno per la Sicurezza del Paziente in tutto il mondo è aumentato dalla fine degli anni ’90, spinto da due pubblicazioni autorevoli: “Errare è umano”, pubblicato dall'Institute of Medicine statunitense, nel 1999, e di “Un’organizzazione con una memoria”, pubblicato dal Direttore Medico del Governo britannico, nel 2000. Entrambi i report riconoscevano che l'errore è comune, intrinseco alle prestazioni sanitarie, verificandosi in circa il 10% dei ricoveri ospedalieri e con una percentuale di casi in cui il danno prodotto è serio, perfino fatale.

Dopo la pubblicazione di questi due report influenti, la ricerca per migliorare la sicurezza delle cure per i pazienti è diventata un movimento globale, portando ad un notevole cambiamento del modo di vedere la Sicurezza del Paziente: da un argomento di relativo interesse accademico, ad una priorità costante per la maggior parte dei sistemi sanitari.

Tuttavia, allo stato attuale, in tutto il mondo, la Sicurezza del Paziente è ancora fonte di profonda preoccupazione. In conseguenza del fatto che i dati sull’entità e la natura degli errori e degli eventi avversi siano stati più ampiamente raccolti, è diventato evidente che le cure non sicure siano, teoricamente, una caratteristica di tutti gli ambiti della sanità.

La formazione e l’addestramento degli odontoiatri, dei medici, delle ostetriche, degli infermieri, dei farmacisti e degli altri operatori sanitari sono state considerate a lungo il fondamento di un’assistenza sanitaria sicura e di alta qualità. Eppure, esse sono state sotto-utilizzate e sottovalutate come strumento essenziale per affrontare la sfida di raggiungere una maggiore Sicurezza del Paziente. E' chiaro che diventa necessario adottare un nuovo approccio se si vuole che la formazione e l’addestramento svolgano il loro pieno ruolo nel migliorare la sicurezza dei pazienti.

Negli ultimi tre anni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha esplorato i legami tra la formazione e la pratica clinica, tra la formazione dei professionisti e la sicurezza del sistema sanitario. Come risultato, ha sviluppato questo Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente multi-disciplinare che affronta una serie di suggerimenti e metodi per insegnare e valutare in modo più efficace la Sicurezza del Paziente.

Il Manuale del Percorso Formativo dell’OMS è un programma completo che aiuta gli studenti ad apprendere in modo efficace la Sicurezza del Paziente. Esso evidenzia i principali rischi dell’assistenza sanitaria e le modalità più opportune per gestirli, mostra come riconoscere gli eventi avversi e le condizioni pericolose, come segnalarli ed analizzarli. Insegna il lavoro in team e l'importanza di una chiara comunicazione a tutti i livelli dell’assistenza sanitaria, sottolineando, al contempo, l'importanza di coinvolgere pazienti ed operatori per costruire e sostenere una cultura della sicurezza.

Spero che questo Manuale ispirerà le future generazioni di operatori sanitari ad impegnarsi in una missione permanente: quella di fornire ai propri pazienti la migliore qualità e le cure più sicure, così come essi meritano.

Sir Liam Donaldson
Delegato per la Sicurezza del Paziente
Organizzazione Mondiale della Sanità

FDI Federazione Internazionale degli Odontoiatri

Oggigiorno, vi è una crescente consapevolezza e riconoscimento della Sicurezza del Paziente come fattore fondamentale di un'assistenza sanitaria. Vi è anche un bisogno percepito di analizzare attentamente le procedure adottate con successo in altri ambienti professionali, in particolare il mondo finanziario, per comprendere come meglio adattarle nella Sanità. Questo porta ad una pressante necessità per gli studenti di tutti gli ambiti sanitari di apprendere e comprendere come gestire e far fronte ad eventi avversi, garantendo al contempo un elevato livello di Sicurezza del Paziente.

Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente, Edizione multi-disciplinare dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, rappresenta in tal senso una risorsa importante: non solo aumenterà la consapevolezza globale della necessità di formazione sulla Sicurezza del Paziente, ma sarà anche di supporto per i docenti nell'integrare il concetto di sicurezza nei programmi formativi esistenti.

Questo contribuirà alla costruzione di una base di conoscenze e competenze per preparare al meglio gli studenti per la pratica clinica e per sviluppare una futura coorte di professionisti sanitari formati nell'ambito della Sicurezza del Paziente, in grado di soddisfare le esigenze dei più complessi ambienti assistenziali.

Nello scorso anno, la FDI ha cercato di rivedere le proprie strategie universali per la salute orale ed individuarne gli aspetti chiave e le priorità regionali. Una delle questioni sollevate è stata la garanzia ed il miglioramento della qualità rispetto la Sicurezza del Paziente e la comunicazione/informazione con il paziente. Per tale motivo, è incoraggiante vedere che gli aspetti sollevati sono stati così presto tradotti in materiale didattico attuabile, utilizzabile, basato su concetti derivati dal settore industriale.

Il concetto di Sicurezza del Paziente, come comportamento centrale da introdurre presto nella formazione odontoiatrica, è quello che la FDI ha da tempo sostenuto. Il rilievo che questo programma dà alla formazione dei futuri odontoiatri nelle tecniche di praticare la sicurezza dei pazienti in tutti gli aspetti del proprio lavoro, è di buon auspicio per la loro futura carriera e per il futuro dell'odontoiatria nel mondo.

La FDI è orgogliosa di essere stata coinvolta in questo progetto di collaborazione con l'OMS: una parte molto importante del processo è aver sostenuto e promosso la causa della salute orale e perseguire gli obiettivi della formazione continua. Inoltre, questo programma integra in modo proficuo l'odontoiatria con le altre professioni sanitarie, evidenziando i principi comuni che regolano il loro approccio alla Sicurezza del Paziente.

Dr. Roberto Vianna
Presidente
Federazione Internazionale degli Odontoiatri (FDI)

FIP Federazione Internazionale dei Farmacisti

La Sicurezza del Paziente è un argomento di alta priorità per tutti i professionisti - come i farmacisti - che hanno a cuore la salute ed il benessere generale delle persone. Per secoli, i farmacisti sono stati i guardiani ed i garanti contro "veleni", e cioè quelle sostanze che potrebbero causare danni alle persone. Ora, più che mai, i farmacisti hanno la responsabilità di garantire che, quando un paziente assume un farmaco, questo non causi danni.

Il recente cambiamento del paradigma della pratica farmaceutica, da un approccio centrato sul prodotto ad uno centrato sul paziente, ha comportato lo sviluppo di un'assistenza farmaceutica che si concentra sulla prevenzione o risoluzione dei problemi attuali e potenziali della terapia farmacologica, attraverso l'erogazione di servizi olistici per i pazienti.

I farmacisti contribuiscono anche alla pratica collaborativa nei setting ambulatoriali e ospedalieri e vi è una forte evidenza che la Sicurezza del Paziente possa essere aumentata attraverso il loro coinvolgimento attivo nei team multidisciplinari di assistenza. Confidando che il rafforzamento della Sicurezza del Paziente nei programmi formativi dei farmacisti possa migliorare ulteriormente la loro capacità di contribuire alla sicurezza dei pazienti, la FIP ha collaborato a questo documento e accoglie con piacere tale prezioso strumento.

Sig. Ton Hoek
Segretario Generale
Federazione Internazionale dei Farmacisti (FIP)

ICM Confederazione Internazionale delle Ostetriche

I membri della Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM) hanno dedicato molto tempo e competenze per collaborare con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con le altre professioni sanitarie, per creare un Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente che sia multi-disciplinare e inter-professionale, per insegnare i suoi principi ad una vasta gamma di operatori sanitari. I casi studio di questo manuale aiuteranno gli studenti non solo a riconoscere il ruolo della Sicurezza del Paziente in ambienti di cura differenti, ma anche a sottolineare la necessità di una maggiore collaborazione e comunicazione inter-professionale per evitare errori correlati alle cure sanitarie.

Come Presidente dell'ICM, mi congratulo con i numerosi professionisti sanitari e con l'OMS che insieme hanno creato questo Manuale. Sono, ovviamente, particolarmente orgogliosa dei contributi delle ostetriche dell'ICM che hanno lavorato instancabilmente e collaborativamente per portare a buon fine questo Manuale del Percorso Formativo. Possa esso servire la comunità sanitaria internazionale nel suo sforzo di rispondere ai bisogni di salute del mondo.

Sig.ra Frances Day-Stirk
Presidente
Confederazione Internazionale delle Ostetriche

ICN Consiglio Internazionale degli Infermieri

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri è lieto di aver contribuito allo sviluppo del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente: Edizione multi-disciplinare che fornisce una piattaforma comune per gli operatori sanitari nell'affrontare questo importante argomento.

Gli infermieri di tutto il mondo hanno un ruolo rilevante da svolgere per migliorare la Sicurezza del Paziente. Anche se singoli professionisti hanno il dovere di garantire che le cure non danneggino i pazienti, sempre più spesso le cure vengono erogate da team. Lavorare a questa risorsa completa facilita il lavoro in team e fornisce una base comune di conoscenze che offre anche la flessibilità per ogni disciplina di fornire il suo contributo unico. Inoltre, questo manuale aumenta la consapevolezza della necessità di integrare la Sicurezza del Paziente nel percorso formativo di tutti i professionisti della salute.

Dr. Rosemary Bryant
Presidente
Consiglio Internazionale degli Infermieri

WMA Associazione Mondiale dei Medici

La sicurezza è un elemento fondamentale della qualità dell'assistenza sanitaria ed il suo successo richiede impegno individuale e di team. I singoli operatori e processi sono raramente uniche cause degli errori; piuttosto, la combinazione di elementi separati nell'insieme producono situazioni ad alto rischio. Comprendere il rischio nei complessi processi di assistenza e di cure mediche richiede informazioni sugli errori e sui cosiddetti quasi errori (near miss). Da essi possiamo imparare come colmare le lacune di sicurezza, ridurre la morbilità e la mortalità ed aumentare la qualità dell'assistenza sanitaria.

A tale scopo, diventa fondamentale avere una cultura della sicurezza non punitiva per affrontare gli errori, con meccanismi di segnalazione che aiutino a prevenire e correggere errori di sistema ed errori umani, invece di cercare le colpe individuali od organizzative. Nella maggior parte delle strutture sanitarie, questa cultura non punitiva deve ancora svilupparsi. Un passo fondamentale in questo processo è quello di formare gli studenti, futuri professionisti della salute sul concetto di sicurezza nell'assistenza sanitaria, sulla pratica collaborativa e su come implementarle nel loro futuro lavoro, quotidianamente.

L'assistenza sanitaria centrata sulla persona sta diventando sempre più complessa e più specializzata. Ciò richiede che maggiore attenzione sia rivolta ad un lavoro in team senza soluzione di continuità nelle cure sanitarie. Una pratica realmente collaborativa richiede un alto livello di comunicazione, passaggi di consegne precisi, riguardo compiti e risultati, ed una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità. Una comprensione realistica dei rischi insiti nella medicina moderna rende necessario che tutti gli operatori sanitari siano in grado di cooperare con tutti gli stakeholder, di adottare un approccio proattivo e sistemico riguardo la sicurezza e di svolgere il proprio ruolo con responsabilità professionale. Questo comprende in primo luogo il dialogo con i nostri pazienti ed il rispetto dei loro bisogni, delle loro aspettative, paure e speranze.

L'Associazione Mondiale dei Medici sostiene gli operatori sanitari nel riconoscere la sicurezza come uno degli elementi fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. Facilitare lo sviluppo delle conoscenze collettive in merito a situazioni e comportamenti a rischio ed alle misure preventive da intraprendere per evitare rischi inutili è la chiave del successo.

Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente dell'OMS offre uno strumento formativo per gli studenti delle professioni sanitarie per aiutarli a comprendere i concetti di Sicurezza del Paziente e di pratica collaborativa. Esso fornisce, inoltre, indicazioni ai docenti su come affrontare questo argomento con metodologie educative moderne.

Dr. Wonchat Subhachaturas
Presidente
Associazione Mondiale dei Medici

IADS Associazione Internazionale degli Studenti in Odontoiatria
ICN-SN Rete degli Studenti – Consiglio Internazionale degli Infermieri
IFMSA Federazione Internazionale delle Associazioni di Studenti in Medicina
IPSF Federazione Internazionale degli Studenti in Farmacia

Considerata l'importanza di fornire un'assistenza sicura negli ambienti sanitari presenti, vi è una sempre crescente necessità per gli studenti di apprendere riguardo gli eventi avversi in sanità ed un pressante bisogno di Sicurezza del Paziente. L'introduzione della Sicurezza del Paziente nella formazione dei professionisti della salute favorirà la costruzione di una base di conoscenze e competenze, per preparare al meglio gli studenti per la pratica clinica. Essa contribuirà a generare un futuro organico di professionisti sanitari formati sulla Sicurezza del Paziente ed in grado di rispondere alle esigenze degli ambienti complessi in cui operano.

L'Associazione Internazionale degli Studenti in Odontoiatria (IADS), la Rete degli Studenti – Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN-SN), la Federazione Internazionale delle Associazioni di Studenti in Medicina (IFMSA) e la Federazione Internazionale degli Studenti in Farmacia (IPSF), accolgono congiuntamente il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente dell'OMS: Edizione multi-disciplinare come una risorsa importante, non solo per aumentare la consapevolezza globale della necessità di formazione sulla Sicurezza del Paziente, ma anche per sostenere i docenti nell'inserire questa disciplina nei percorsi formativi di ambito sanitario e per aiutarli a preparare gli studenti per una pratica sicura nel proprio ambiente di lavoro.

ICN-SN, IADS, IFMSA e IPSF approvano congiuntamente il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente dell'OMS: Edizione multi-disciplinare e accolgono gli sforzi dell'OMS nel sostenere le Università e le Scuole di Odontoiatria, Medicina, Scienze infermieristiche e Farmacia di tutto il mondo nell'introdurre la formazione sulla Sicurezza del Paziente nei loro programmi formativi. Le associazioni studentesche apprezzano gli sforzi dell'OMS di consultazione con gli studenti come uguali parti in causa, al fine di garantire che i loro suggerimenti ed opinioni siano stati incorporati nel Manuale. Le associazioni sostengono fortemente l'edizione multi-disciplinare del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente e si congratulano con l'OMS per aver reso possibile il contributo a questo progetto di tutti gli stakeholder.

Sig. Ionut Luchian
Presidente
Associazione Internazionale degli Studenti in Odontoiatria

Sig.ra Yasmin Yehia
Presidente
Rete degli Studenti – Consiglio Internazionale degli Infermieri

Sig. Chijioke Chikere Kadure
Presidente
Federazione Internazionale delle Associazioni di Studenti in Medicina

Sig. Jan Roder
Presidente
Federazione Internazionale degli Studenti in Farmacia

La voce dei pazienti nella formazione professionale

Essere stata coinvolta nello sviluppo e guida del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente per le Scuole di Medicina ha naturalmente portato alla partecipazione dei Pazienti per la Sicurezza del Paziente nell'adattamento del Manuale del Percorso Formativo per l'utilizzo multi-disciplinare. Abbiamo accolto con piacere questa opportunità di collaborare con un altro programma dell'OMS.

In pratica, la nostra interazione con gli studenti di tutte le discipline ed a tutti i livelli ha rafforzato una forte convinzione che, come parte della loro formazione, gli studenti debbano essere resi partecipi del valore dell'esperienza del paziente. Quando questo si aggiunge all'incoraggiamento della consapevolezza di ciò che costituisce la cura veramente centrata sul paziente, per loro, futuri professionisti, sarà poi inevitabile unire cuore, intelletto e abilità a beneficio dei pazienti e degli outcome delle cure.

Incorporare formalmente la prospettiva del paziente nella formazione degli operatori sanitari rappresenta il fattore chiave per la Sicurezza del Paziente, per un cambiamento culturale ed un miglioramento delle cure sanitarie sostenibili. La ricerca condotta presso l'Università British Columbia, in Canada, sottolinea che "Gli studenti ricordano ciò che imparano dai pazienti. La voce autentica ed autonoma del paziente promuove l'apprendimento di un'assistenza centrata sul paziente".

Il nuovo Manuale del Percorso Formativo porterà cambiamenti attesi a lungo che garantiranno ulteriormente cure sicure che includono il paziente e la sua famiglia. Si tratta di un vero dato di fatto: che gli studenti di oggi saranno gli operatori sanitari di domani - uomini e donne che terranno la nostra vita nelle loro mani, e che noi, pazienti, vogliamo che la tengano in grande considerazione.

Sig.ra Margaret Murphy
Leader Esterno
Programma "Pazienti per la Sicurezza del Paziente"

Soddisfare le esigenze dei nostri futuri professionisti sanitari

Con un crescente riconoscimento del danno non intenzionale causato dall'assistenza sanitaria, nasce la necessità per gli studenti di ambito sanitario di imparare a fornire cure più sicure. Tuttavia, la formazione degli operatori sanitari non ha tenuto il passo con il rapido ritmo delle diverse sfide della sanità e delle nuove esigenze dei professionisti della salute. Soltanto il 2% della spesa mondiale totale per la salute, di 5.500 miliardi dollari USA, viene spesa per la formazione professionale. Vi è urgente bisogno di una formazione dei professionisti della salute che sia innovativa, per preparare gli operatori a fornire un'assistenza sanitaria centrata sul paziente. Ciò richiede un percorso formativo basato sulle competenze, con una prospettiva multi-disciplinare, un approccio sistemico ed una portata globale.

L'edizione multi-disciplinare del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente è una versione aggiornata del precedente Manuale per le Scuole di Medicina, pubblicato dall'OMS nel 2009. Questa nuova edizione si rivolge alle aree di odontoiatria, medicina, ostetricia, infermieristica, farmacia, ma anche ad altre professioni sanitarie. Ci auguriamo che questo Manuale possa promuovere e valorizzare il prestigio della Sicurezza del Paziente in tutto il mondo ed, infine, preparare gli studenti per una pratica sicura.

Il manuale si presenta come strumento completo per implementare la formazione sulla Sicurezza del Paziente nelle Scuole ed Università di ambito sanitario; esso contiene informazioni utili per tutti i livelli di personale docente e pone le basi per la creazione di abilità riguardo i principi ed i concetti essenziali della Sicurezza del Paziente. Il Manuale rappresenta, in tal modo, una ricca risorsa anche per le persone con alti livelli decisionali coinvolti nello sviluppo dei programmi formativi della sanità.

Redatto avendo ben presente un pubblico internazionale di lettori e in un linguaggio facilmente comprensibile, il Manuale del Percorso Formativo è composto da due parti: prima parte, la Guida per il docente e seconda parte, con 11 argomenti di Sicurezza del Paziente. La Guida per il docente introduce i concetti ed i principi della Sicurezza del Paziente e fornisce informazioni fondamentali sul modo migliore per insegnarla. La seconda parte comprende 11 temi della Sicurezza del Paziente, ciascuno progettato per presentare una varietà di idee e metodi per l'insegnamento e la valutazione, in modo che i docenti possano adattare il materiale in base alle proprie esigenze, contesto e risorse.

Noi, pertanto, vi raccomandiamo questa pubblicazione. Che cosa può essere più importante del formare i professionisti del settore sanitario a sviluppare competenze nell'ambito delle cure centrate sul paziente? La guida dell'edizione multi-disciplinare del Manuale del Percorso Formativo aiuta a costruire la capacità per raggiungere quest'obiettivo. Attendiamo impazientemente l'ora del suo più diffuso utilizzo.

Prof. Bruce Barraclough
Principale Esterno Esperto
Manuale del Percorso Formativo
sulla Sicurezza del paziente

Prof. Merrilyn Walton
Autore Principale
Manuale del Percorso Formativo
sulla Sicurezza del paziente

Introduzione

L'edizione multi-disciplinare del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del paziente è una guida completa per sostenere lo sviluppo di efficaci abilità nella formazione alla Sicurezza del Paziente nelle istituzioni accademiche di ambito sanitario. Visto che, l'insegnamento sulla Sicurezza del Paziente è relativamente nuovo per la maggior parte dei docenti della sanità, il Manuale del Percorso Formativo fornisce, in un'unica pubblicazione, percorsi educativi ed una varietà di concetti e metodi per il suo insegnamento e valutazione.

Il presente Manuale è stato progettato per essere facilmente integrato nei programmi di studio esistenti, con un approccio flessibile, per soddisfare le esigenze individuali, ed è applicabile a culture e contesti differenti. Anche se offre alle Scuole ed alle Università modalità raccomandate e materiali aggiuntivi, sono assolutamente auspicabili adattamenti individuali alle esigenze locali, ai contesti, ai bisogni formativi ed alle risorse disponibili.

Lo sviluppo del Manuale del Percorso Formativo multi-disciplinare è iniziato nel gennaio 2010 e si basa sul precedente Manuale per le Scuole di Medicina, pubblicato nel 2009. Un gruppo di lavoro centrale composto da esperti delle associazioni professionali internazionali di odontoiatria, medicina, ostetricia, infermieristica e farmacia, nonché dalle regioni dell'OMS, ha coordinato il lavoro di revisione del Manuale del 2009, ha valutato le prove scientifiche disponibili e ha riscritto le sezioni dedicate agli odontoiatri, alle ostetriche, agli infermieri ed ai farmacisti. Essi hanno anche fornito casi studio multi-disciplinari per supportare l'apprendimento inter-professionale e hanno promosso attivamente la discussione tra gli esperti e gli autori. Più di cinquanta esperti internazionali hanno contribuito alla stesura di questo documento. Gli autori, i collaboratori, gli esperti e gli altri professionisti che hanno partecipato attivamente e hanno facilitato il processo di lavoro sono elencati nella sezione ringraziamenti alla fine del documento.

Le Sezioni del Manuale del Percorso Formativo

Il documento è composto da due parti: Prima Parte, Guida per il docente e Seconda Parte, contenente 11 temi della Sicurezza del Paziente. Per comodità, le figure e le tabelle sono numerate in modo da corrispondere alla parte ed alla sezione in cui sono presentate.

La Prima Parte si rivolge ai docenti di ambito sanitario. Sostiene i docenti con conoscenze e strumenti e li aiuta a sviluppare le competenze necessarie per implementare la formazione sulla Sicurezza del Paziente nelle proprie istituzioni. La prima parte fornisce un approccio sistematico alla costruzione di abilità formative. Offre informazioni di base su come selezionare ed insegnare ogni argomento del corso; inoltre, offre suggerimenti su come integrare l'insegnamento sulla Sicurezza del Paziente e fornisce tecniche per comprendere come quest'argomento possa rientrare nei programmi formativi esistenti. Evidenzia anche i principi formativi che sono essenziali per insegnare ed apprendere la Sicurezza del Paziente e propone approcci per la valutazione degli studenti, così come per la valutazione degli esistenti programmi formativi sulla Sicurezza del Paziente. L'importanza dell'impegno dei docenti, come componente essenziale per il mantenimento della sostenibilità del programma, è sottolineata in tutto il documento. Allo stesso tempo, esempi chiari su come potrebbe essere insegnata la Sicurezza del Paziente sono forniti in tutta la prima parte.

La Seconda Parte è rivolta ai docenti e agli studenti di ambito sanitario. Contiene 11 programmi di Sicurezza del Paziente, pronti per essere insegnati, dedicati a specifici argomenti, che possono essere utilizzati nel loro insieme o su tematiche affini. Gli argomenti coprono una vasta gamma di contesti, in cui la Sicurezza del Paziente possa essere insegnata e appresa.

Gli 11 argomenti sono:
Argomento 1: Che cos'è la Sicurezza del paziente?

Argomento 2: Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la sicurezza del paziente.
Argomento 3: Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sull'assistenza al paziente.
Argomento 4: Essere un'efficace componente del team.
Argomento 5: Imparare dagli errori per prevenire eventi avversi.
Argomento 6: Comprendere e gestire il rischio clinico.
Argomento 7: Utilizzare le metodologie della qualità per migliorare le cure.
Argomento 8: Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver.
Argomento 9: Prevenzione e controllo delle infezioni.
Argomento 10: Sicurezza del paziente e procedure invasive.
Argomento 11: Migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci.

I docenti possono scegliere quale di questi temi introdurre nei programmi di studio esistenti, secondo le esigenze istituzionali, i bisogni formativi, le risorse a disposizione e le capacità esistenti. Per l'insegnamento di ogni argomento, un certo numero di differenti approcci educativi possono essere utilizzati, tra cui lezioni frontali, formazione sul campo, apprendimento in piccoli gruppi, discussioni di casi, studio indipendente, monitoraggio del paziente, role-playing, simulazioni e attraverso progetti di miglioramento. Per ciascuno di questi approcci vi sono vantaggi e nodi problematici ed i docenti dovrebbero tenere presente che obiettivi di apprendimento differenti possono essere raggiunti attraverso diversi approcci.

Gli Allegati 1 e 2 offrono esempi di contenuto e modelli delle valutazioni/esami. I docenti possono scegliere il modello in base allo scopo della valutazione/esame e agli obiettivi di risultato dell'apprendimento.

Il CD-Rom all'interno della copertina del documento contiene la versione digitale del Manuale del Percorso Formativo, 11 set di diapositive per insegnare ogni argomento, così come le informazioni e gli strumenti per la sua promozione.

Prima parte
Guida per il docente

Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente:

Edizione multidisciplinare

1. Contesto

Perché gli studenti di area sanitaria dovrebbero aver bisogno di formazione sulla Sicurezza del Paziente?

Gli outcome delle cure sanitarie sono migliorati notevolmente grazie alle scoperte scientifiche della Medicina moderna. Tuttavia, gli studi condotti in tanti Paesi mostrano che tali vantaggi hanno comportato rischi significativi per la Sicurezza del Paziente. Abbiamo appreso come i pazienti ricoverati in ospedale siano a rischio di subire un evento avverso e che pazienti in trattamento con farmaci siano a rischio di errori terapeutici e reazioni avverse. Una delle principali conseguenze di tali conoscenze è stata lo sviluppo della Sicurezza del Paziente come disciplina specialistica, orientata ad aiutare operatori sanitari, dirigenti, organizzazioni sanitarie, Governi (di tutto il mondo) e pazienti/utenti ad acquisire familiarità con i concetti ed i principi della Sicurezza del Paziente. Tutti sono coinvolti. Le sfide davanti all'assistenza sanitaria sono immense e richiedono a tutti coloro che sono coinvolti nelle cure di capire l'entità del danno per i pazienti ed il motivo per cui l'assistenza sanitaria deve passare ad una concreta e positiva cultura della sicurezza. La formazione e l'addestramento sulla Sicurezza del Paziente sono solo agli inizi a tutti i livelli. Gli studenti di area sanitaria, come futuri professionisti delle cure e dirigenti della sanità, devono prepararsi per offrire cure sicure. Anche se i programmi formativi delle diverse professioni sanitarie sono in continua evoluzione, per non escludere le più recenti scoperte e le più nuove conoscenze, il sapere riguardo alla Sicurezza del Paziente è diverso, perché comune a tutte le aree di pratica clinica ed a tutte le professioni.

Gli studenti di area sanitaria avranno bisogno di sapere qual è l'impatto dei sistemi sulla qualità e la sicurezza dell'assistenza, come possa la scarsa comunicazione portare a eventi avversi e molto altro ancora. Gli studenti devono imparare a gestire queste sfide. La Sicurezza del Pazienti non è una disciplina tradizionale a sé stante; anzi, è una che si integra in tutti i settori della sanità. Il programma sulla Sicurezza del Paziente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come tanti altri progetti di questa natura, si propongono di implementare la Sicurezza del Paziente in tutto il mondo. La Sicurezza del Paziente è un problema di tutti, dai pazienti ai politici. Poiché tra gli studenti dello scenario della Sanità vi sono i futuri leader nel settore dell'assistenza, è fondamentale che essi possiedano conoscenze e competenze nell'applicazione dei principi e dei concetti di Sicurezza del Paziente. L'edizione multi-disciplinare del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente offre le basi per gli studenti, indipendentemente dalla professione scelta, per cominciare a comprendere e applicare la Sicurezza del Paziente in tutte le loro attività professionali.

La costruzione delle conoscenze degli studenti riguardo la Sicurezza del Paziente deve avvenire per tutta la durata della loro formazione e addestramento. Abilità e comportamenti legati alla Sicurezza del Paziente dovrebbero essere acquisite non appena uno studente entra in ospedale, poliambulatorio o altro setting del servizio sanitario. Permettendo agli studenti di concentrarsi su ogni singolo paziente, trattando ogni paziente come un essere umano unico, irripetibile e "speciale", utilizzando con attenzione le loro conoscenze e competenze, gli studenti stessi potranno rappresentare un esempio per gli altri professionisti operanti nel sistema sanitario. La maggior parte dei professionisti sanitari in formazione ha alte aspirazioni quando entra nel campo da loro scelto, ma la realtà dei sistemi sanitari, a volte, li rende meno ottimisti. Vogliamo che gli studenti siano in grado di mantenere la loro fiducia e crediamo che possano fare la differenza, sia per le vite dei singoli pazienti sia per l'intero sistema sanitario.

Come utilizzare questo Percorso Formativo

Il Percorso Formativo è stato progettato per le istituzioni che erogano formazione in ambito sanitario per implementare l'apprendimento sulla Sicurezza del Paziente per studenti, prima che questi diventino operatori sanitari qualificati. Le

Scuole di Medicina e Chirurgia possono introdurre tutti gli argomenti nel loro insieme, oppure possono partire progressivamente, introducendo uno o più argomenti alla volta. Ogni argomento contiene tutte le conoscenze di base necessarie per favorire l'apprendimento sui temi specifici, compresi i suggerimenti per la valutazione. Abbiamo inserito casi studio per facilitare l'apprendimento ed incoraggiare docenti e formatori ad includerli nelle loro attività didattiche. Abbiamo anche fornito soluzioni diverse per insegnare un particolare argomento. Molti degli argomenti vengono meglio appresi dopo che lo studente ha vissuto l'ambiente di lavoro professionale, dato che gran parte dell'apprendimento riguardo la Sicurezza del Paziente richiede un approccio di team e di osservazione del servizio sanitario nel suo complesso, non solo dell'area in cui lo studente si trova in un determinato momento. Gli argomenti sono stati progettati in modo da rendere gli studenti responsabili di gran parte del proprio apprendimento, attraverso la lettura di materiale e-learning (FAD) che fornisce le conoscenze di base richieste, accompagnata da esercizi che possono essere svolti per mettere in pratica le conoscenze acquisite.

Incoraggiamo le diverse Scuole di Medicina e Chirurgia e delle professioni sanitarie di aggiungere letteratura di rilevanza professionale e dati ai temi che riguardano direttamente la loro professione. Ad esempio, ci si aspetterebbe che articoli pertinenti riguardanti i farmacisti e raccolte di dati siano inserite per gli studenti in farmacia. Poiché si tratta di un Manuale del Percorso Formativo multi-disciplinare, non siamo stati in grado di fornire esempi per tutte le professioni, ma ne abbiamo incluso il maggior numero possibile, laddove disponibili e pertinenti.

Che cos'è il Manuale del Percorso Formativo?

Il Manuale del Percorso Formativo è un programma completo per l'implementazione della formazione sulla Sicurezza del Paziente nelle istituzioni che erogano formazione in ambito sanitario di tutto il mondo. Esso comprende due parti. La prima è una guida per il docente, che è stata progettata per aiutare i docenti ad implementare il percorso. Poiché siamo consapevoli che la Sicurezza del Paziente sia una "nuova" disciplina e molti operatori sanitari e personale docente avranno poca familiarità con gran parte dei concetti e dei principi, questa parte pone le basi per il rafforzamento delle capacità di formazione sulla Sicurezza del Paziente. La seconda parte fornisce un programma completo, pronto ad essere erogato in forma didattica, dedicato a specifici argomenti di Sicurezza del Paziente, che può essere implementato sia come insieme o su specifiche tematiche.

Perché è stato sviluppato il Manuale del Percorso Formativo?

Dall'anno in cui lo studio di Harvard [1], nel 1991, descrisse per primo l'entità del danno per i pazienti, altri Paesi hanno riportato risultati simili, nonostante le differenze nelle loro culture e sistemi sanitari. La consapevolezza che l'assistenza sanitaria in realtà danneggia i pazienti ha aumentato l'attenzione alle cure erogate ai pazienti, nel contesto di un sistema sanitario sempre più complesso. Tale complessità è stata intensificata dalla rapida evoluzione delle tecnologie sanitarie e della domanda di servizi [2,3]. Medici, infermieri, ostetriche, odontoiatri, farmacisti ed altri operatori sanitari sono tenuti a gestire questa complessità nel loro lavoro quotidiano, a fornire servizi di assistenza sanitaria basati sulle prove di efficacia e a mantenere un ambiente sicuro per i pazienti. Tuttavia, a meno che non siano adeguatamente formati e addestrati riguardo ai concetti ed i principi di Sicurezza del Paziente, avranno serie difficoltà nel farlo.

La formazione sulla Sicurezza del Paziente per gli operatori sanitari nel settore universitario non ha tenuto il passo con le esigenze degli stessi operatori [3-7]. Ad esempio, i sistemi di segnalazione di errori terapeutici o errori chirurgici sono in uso da molti anni in diversi Paesi ma esempi di programmi di formazione specifici relativi a errori sanitari o corsi sulla Sicurezza del Paziente, integrati nell'istruzione universitaria, hanno iniziato ad essere descritti solo recentemente nella letteratura di specialità [5,8].

Una serie di fattori ha ostacolato la formazione sulla Sicurezza del Paziente. In primo luogo, la mancanza di riconoscimento da parte dei docenti di area sanitaria che

l'insegnamento e l'apprendimento riguardo alla Sicurezza del Paziente debbano essere una parte essenziale dei programmi universitari e che le capacità riguardo alla Sicurezza del Paziente possano essere trasmesse [9,10]. Molti docenti non hanno familiarità con la letteratura e sono incerti riguardo all'integrazione dell'apprendimento della Sicurezza del Paziente nei programmi esistenti [11,12]. In secondo luogo, i docenti dovrebbero essere aperti a nuove aree di conoscenza [3]. Una delle difficoltà nell'introdurre nuovi programmi di studio è rappresentata dalla riluttanza ad affrontare conoscenze che provengono da ambiti diversi, oltre a quelli della singola professione, come ad esempio i sistemi di pensiero ed i metodi di miglioramento della qualità [10]. È stato anche suggerito che l'enfasi storica sul trattamento della malattia piuttosto che sulla prevenzione della stessa crea una cultura che trova difficile rendere merito ad un "non-evento", ad esempio, un evento avverso prevenibile [3]. Un terzo fattore riguarda gli atteggiamenti radicati riguardanti la tradizionale relazione docente-studente che può essere gerarchica e competitiva [9] e dove un "esperto" (non docente) trasmette informazioni allo studente [3,4].

Questo Manuale del Corso di Formazione cerca di colmare il divario in materia di formazione sulla Sicurezza del Paziente, fornendo un programma completo, progettato per costruire conoscenze e competenze base per tutti gli studenti delle professioni sanitarie, per prepararli al meglio per la pratica clinica nei diversi contesti sanitari.

Bibliografia

1. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. New England Journal of Medicine, 1991, 324:370–376.
2. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
3. Stevens D. Finding safety in medical education. *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:109–110.
4. Johnstone MJ, Kanitsake O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185–191.
5. Patey R et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Quality & Safety in Health Care*, 2007, 16:256–259.
6. Singh R et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. *Medical Education*, 2005, 39:1195–1204.
7. Holmes JH, Balas EA, Boren SA. A guide for developing patient safety curricula for undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2002, 9(Suppl. 1):S124–S127.
8. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Academic Medicine*, 2005, 80:600–606.
9. Sandars J et al. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Medical Teacher*, 2007, 29:60–61.
10. Walton MM. Teaching patient safety to clinicians and medical students. *The Clinical Teacher*, 2007, 4:1–8.
11. Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? *Medical Journal of Australia*, 2006, 184(Suppl. 10):S60-S64.
12. Ladden MD et al. Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20:497–505.

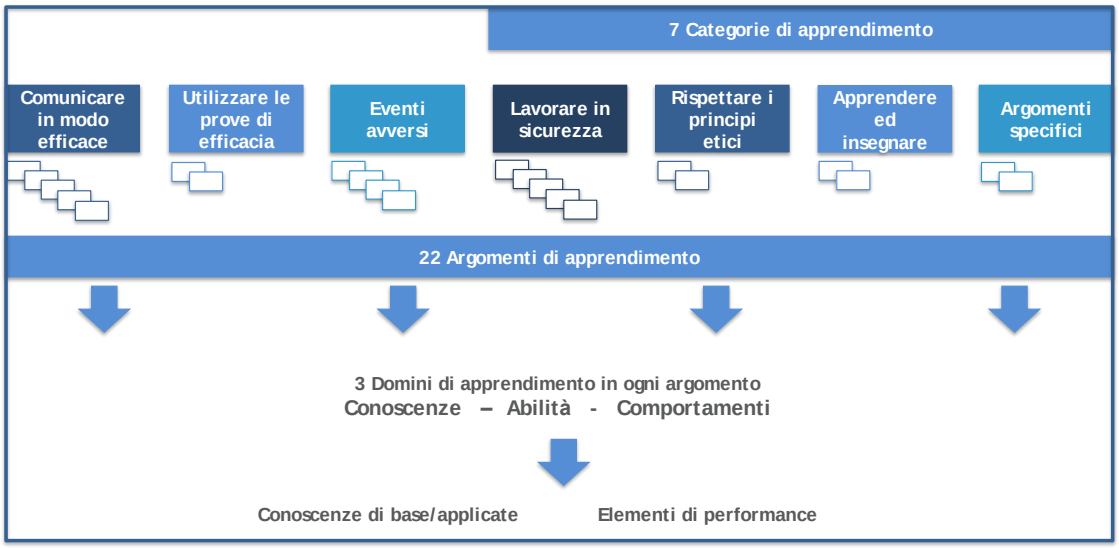
2. Come sono stati selezionati gli argomenti del Manuale?

Il Manuale contiene 11 argomenti, inclusi 16 dei 22 temi di apprendimento che sono stati selezionati dal quadro di riferimento australiano di formazione sulla Sicurezza del Paziente basata su prove di efficacia (APSEF). Un argomento supplementare, non presente in APSEF, è stato selezionato per sostenere l'apprendimento riguardo al controllo delle infezioni, obiettivo del programma dell'OMS di riduzione delle infezioni attraverso una migliore prevenzione e controllo. La Figura A.2.1 illustra la struttura dell'APSEF. La Tabella A.2.1 elenca gli argomenti scelti per l'inclusione dall'APSEF ed i temi in cui avviene il relativo apprendimento. La Tabella A.2.2 definisce i livelli di apprendimento richiesti, dallo studente principiante all'operatore sanitario con esperienza professionale.

Che cos'è il quadro di riferimento australiano di formazione sulla Sicurezza del Paziente basata su prove di efficacia?

APSEF [1] è stato sviluppato con un approccio in quattro fasi: revisione della letteratura, sviluppo delle aree e delle tematiche di apprendimento, classificazione in ambiti di apprendimento e conversione in un formato basato sulle performance. Un ampio processo di consultazione e di validazione è stato intrapreso in Australia ed a livello internazionale. Pubblicato nel 2005, il quadro di riferimento è un modello semplice, flessibile e accessibile che descrive conoscenze, abilità e comportamenti che tutti gli operatori sanitari devono garantire per un'assistenza sanitaria sicura. E' suddiviso in quattro livelli di conoscenze, abilità e comportamenti, a seconda della posizione di una persona e la responsabilità clinica nel servizio sanitario o nell'organizzazione. Il quadro di riferimento è stato progettato per aiutare le organizzazioni e gli operatori sanitari a sviluppare programmi di formazione e addestramento. Il Manuale del Percorso Formativo è stato sviluppato utilizzando questo quadro di riferimento.

Figura A.2.1. Struttura del quadro di riferimento australiano di formazione sulla Sicurezza del Paziente basata su prove di efficacia



Fonte: *National Patient Safety Education Framework*, Commonwealth of Australia, 2005 [1]

Categorie ed argomenti di apprendimento del quadro di riferimento australiano di formazione sulla sicurezza del paziente basata su prove di efficacia

Vi sono sette categorie di apprendimento e 22 argomenti nell'APSEF.
La Tabella A.2.1.descrive gli argomenti del Manuale del Percorso Formativo e la loro relazione con APSEF.

Tabella A.2.1. APSEF e gli argomenti de Manuale del Percorso Formativo

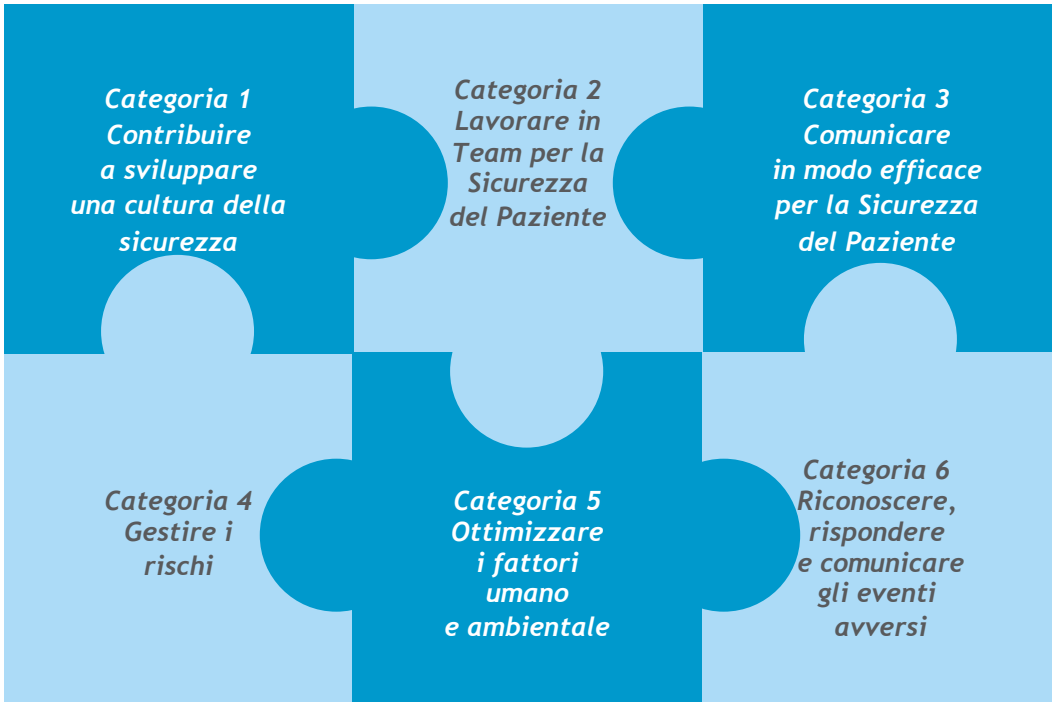
Argomento APSEF	Incluso nel Programma	Argomento OMS
Comunicare in modo efficace		
Coinvolgere pazienti e caregiver come partner nelle cure	Sì	Argomento 8
Comunicare il rischio	Sì	Argomento 6
Comunicare con i pazienti in modo trasparente dopo un evento avverso	Sì	Argomento 8
Ottenere il consenso	Sì	Argomento 8
Essere culturalmente rispettoso ed espeto	Sì	Argomento 8
Identificare, prevenire e gestire gli eventi avversi ed i quasi eventi (near miss)		
Riconoscere, segnalare e gestire eventi avversi e quasi eventi (near miss)	Sì	Argomenti 6 e 7
Gestire il rischio	Sì	Argomento 6
Comprendere gli errori in sanità	Sì	Argomenti 1 e 5
Gestire i reclami	Sì	Argomenti 6 e 8
Utilizzare le prove di efficacia e le informazioni		
Utilizzare le migliori prove di efficacia disponibili nella pratica clinica	Sì	Affrontato negli Argomenti 9, 10 e 11 (Utilizzo delle linee guida)
Utilizzare l'*information technology* per migliorare la sicurezza	Sì	Argomento 2
Lavorare in sicurezza		
Essere un componente del team ed essere un leader	Sì	Argomento 4
Comprendere il fattore umano	Sì	Argomento 2
Comprendere le organizzazioni complesse	Sì	Argomento 3
Garantire la continuità delle cure	Sì	Argomenti 1 e 8
Gestire la stanchezza e lo stress	Sì	Argomenti 2 e 6
Rispettare i principi etici		
Mantenersi idoneo per lavorare	Sì	Argomento 6
Comportamenti etici	Sì	Argomenti 1 e 6
Apprendimento continuo		
Essere uno studente nell'ambiente di lavoro	Sì	Affrontato indirettamente negli Argomenti 4 e 8
Essere un docente nell'ambiente di lavoro	Sì	Affrontato indirettamente nell'Argomento 4
Argomenti specifici		
Prevenire l'intervento sulla sede errata, con la procedura errata ed il trattamento al paziente errato	Sì	Argomento 10
Sicurezza nella somministrazione dei farmaci	Sì	Argomento 11
Controllo delle infezioni (non nell'APSEF)	Sì	Argomento 9

I tre stadi principali nello sviluppo del contenuto del quadro di riferimento e della struttura sono stati:
1. revisione iniziale delle conoscenze e lo sviluppo della struttura del quadro di riferimento;
2. ricerca supplementare di contenuti e l'assegnazione di conoscenze, competenze, comportamenti e atteggiamenti;
3. sviluppo di una struttura basata sulle performance.

Dopo la pubblicazione del quadro di riferimento australiano di formazione sulla Sicurezza del Paziente, nel 2005, il Canada

ha pubblicato un quadro dal titolo "*Le competenze riguardo alla Sicurezza - Migliorare la Sicurezza del Paziente attraverso le professioni sanitarie*", nel 2009 [2]. Simile all'approccio australiano, esso fornisce un quadro di riferimento per la Sicurezza del Paziente inter-disciplinare, pratico e utile, che identifica le conoscenze, le abilità e le attitudini richieste a tutti gli operatori sanitari.

Figura A.2.2. Il quadro di riferimento canadese
Le competenze riguardo la Sicurezza - Migliorare la sicurezza del Paziente attraverso le professioni sanitarie



Fonte: *The Safety Competencies*, Canadian Patient Safety Institute, 2009 [2]

Stadio 1 - Revisione delle conoscenze e sviluppo della struttura del quadro di riferimento australiano

Una ricerca è stata condotta per identificare l'attuale corpo di conoscenze relative la Sicurezza del Paziente (come descritto nella sezione successiva). La letteratura, i libri, i report, i programmi di studio ed i siti web raccolti sono stati poi esaminati per identificare le principali attività connesse con la Sicurezza del Paziente che possono avere un effetto positivo sulla qualità e la sicurezza. Tali attività sono state poi raggruppate in categorie denominate "aree di apprendimento". Ogni area di apprendimento è stata analizzata e ulteriormente suddivisa in grandi aree tematiche, definite "argomenti di apprendimento". Si veda sotto per i dettagli del processo di revisione della letteratura e la struttura dei contenuti del quadro di riferimento.

Il razionale per l'inclusione di ogni area ed argomento di studio è stato articolato nel corpo del quadro di riferimento ed è riassunto di seguito.

Stadio 2 - Ricerca supplementare di contenuti ed assegnazione di conoscenze, competenze, comportamenti ed atteggiamenti

Ogni argomento di apprendimento ha, quindi, rappresentato la base per una ricerca più ampia, inclusa la terminologia aggiuntiva, quali, formazione, programmi, addestramento, eventi avversi, errori, organizzazione, istituzione, struttura sanitaria, servizio sanitario. Tutte le attività (conoscenze, competenze, comportamenti ed atteggiamenti), per ogni argomento, sono state elencate in modo esaustivo rispetto alle fonti. L'elenco è stato poi controllato per duplicati, praticità e ridondanza. Le attività sono state poi classificate in domini di conoscenze, abilità e comportamenti.

La fase finale di questo stadio è stata quella di destinare ogni attività al livello

appropriato corrispondente al grado di responsabilità degli operatori sanitari.

Il Livello 1 (Base) individua le conoscenze, le abilità, i comportamenti e gli atteggiamenti che ogni operatore sanitario deve possedere.

Il Livello 2 è stato progettato per i professionisti sanitari che operano a stretto contatto con i pazienti e lavorano sotto supervisione e per quelli con responsabilità cliniche gestionali, di supervisione e/o avanzate.

Il Livello 3 è per i professionisti del settore sanitario che hanno responsabilità di gestione o di supervisione o sono medici dirigenti con responsabilità cliniche di livello avanzato.

Il Livello 4 (Organizzativo) individua le conoscenze, le competenze, i comportamenti e le attitudini necessarie per i leader clinici e amministrativi con responsabilità organizzative. Il livello 4 non fa parte dell'apprendimento progressivo che sottende i primi tre livelli.

Le aree e gli argomenti di studio sono stati approvati dal Gruppo di Riferimento del Progetto APSEF e dal Comitato Direttivo. Un'ampia consultazione con l'intero sistema sanitario e la comunità in Australia, così come a livello internazionale, ha completato il processo di revisione e approvazione per le aree e gli argomenti di apprendimento ed il

Tabella A.2.2. La matrice del contenuto APSEF

	Livello 1 (base) *Per le categorie di operatori sanitari 1-4*	Livello 2 *Per le categorie di operatori sanitari 2 e 3*	Livello 3 *Per la categoria di operatori sanitari 3*	Livello 4 (organizzativo) *Per la categoria di operatori sanitari 4*
Obiettivi di apprendimento	Offrire a pazienti e caregiver le informazioni di cui hanno bisogno nel momento in cui servono	Utilizzare una buona comunicazione e conoscere il proprio ruolo nello stabilire relazioni efficaci in sanità	Aumentare le possibilità per lo staff di coinvolgere pazienti e caregiver nelle cure e nel trattamento	Sviluppare strategie per lo staff per il coinvolgimento di pazienti e caregiver nella pianificazione e nell'erogazione dei servizi sanitari
Conoscenze				
Competenze				
Comportamenti e abilità				

loro contenuto.

Il risultato di questa fase è riportato nella Tabella A.2.2. L'esempio è tratto dall'Argomento 8: *Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver*.

Stadio 3 - Sviluppo di formato basato sulle performance

Una volta che le conoscenze, le abilità ed i comportamenti sono stati descritti per ogni livello di professionisti della salute, le attività sono poi state tradotte in un formato basato sulle performance che sfrutta appieno la natura modulare del quadro. In questa fase di sviluppo del quadro di riferimento, è stata applicata la consultazione più ampia. Singoli operatori sanitari (infermieri, medici, farmacisti, fisioterapisti, assistenti sociali, terapisti occupazionali, odontoiatri e altri) sono stati intervistati riguardo agli aspetti di ogni elemento di performance del quadro e l'intero documento è stato distribuito in tutto il settore sanitario australiano per feedback. Nel processo di convalida sono stati impegnati anche esperti internazionali.

Gli argomenti del Manuale Percorso Formativo dell'OMS

1. Che cos'è la Sicurezza del paziente?
2. Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la sicurezza del paziente.
3. Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sull'assistenza al paziente.
4. Essere un'efficace componente del team.
5. Imparare dagli errori per prevenire eventi avversi.
6. Comprendere e gestire il rischio clinico.
7. Utilizzare le metodologie della qualità

per migliorare le cure.
8. Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver.
9. Prevenzione e controllo delle infezioni.
10. Sicurezza del Paziente e procedure invasive.
11. Migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci.

Motivazioni per ogni argomento del Manuale del Percorso Formativo

Gli operatori sanitari che insegnano agli studenti potrebbero non comprendere immediatamente la ragione per cui certi argomenti sono stati inclusi in questo Manuale. Essi potrebbero già insegnare un particolare argomento, ma non lo hanno ancora classificato come relativo alla Sicurezza del Paziente. I docenti potrebbero anche scoprire che molti dei principi e concetti affrontati in questo Percorso Formativo non sono diversi dal materiale didattico esistente, ma sono presentati con differente enfasi. Il significato di ogni argomento nell'apprendimento degli studenti di area sanitaria viene chiarito di seguito.

Argomento 1: Che cos'è la Sicurezza del paziente?

Dato che agli operatori sanitari viene sempre più richiesto di dare spazio ai principi ed ai concetti della Sicurezza del Paziente nella pratica di tutti i giorni, questo argomento ne presenta i motivi. Nel 2002, gli Stati membri dell'OMS hanno adottato una risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità sulla Sicurezza del Paziente, riconoscendo la necessità di ridurre i danni e la sofferenza dei pazienti e delle loro famiglie, come pure i benefici economici del miglioramento della Sicurezza del Paziente. Gli studi dimostrano che le giornate di ricovero aggiuntive, le richieste di risarcimento, le infezioni correlate all'assistenza, la perdita di reddito, la disabilità e le spese mediche costano, ad alcuni Paesi, tra 6 e 29 miliardi di dollari l'anno [3, 4].

In un certo numero di Paesi, sono stati pubblicati studi che mettono in evidenza prove schiaccianti che dimostrano come un numero significativo di pazienti venga danneggiato da procedure assistenziali che provocano sia lesioni permanenti che una maggiore durata del ricovero nelle strutture sanitarie, fino anche alla morte. Abbiamo imparato, negli ultimi dieci anni, che gli eventi avversi non si verificano a seguito di danneggiamenti intenzionali a carico dei pazienti. Essi sono dovuti, invece, alla complessità dei sistemi sanitari, soprattutto nei Paesi sviluppati, dove oggi, la riuscita del trattamento ed il risultato per ogni singolo paziente dipendono da una serie di fattori diversi e non solo dalla competenza del singolo professionista sanitario. Quando tante tipologie di professionisti (medici, infermieri, farmacisti ed operatori sanitari) sono coinvolte, è molto difficile garantire un'assistenza sicura, a meno che il sistema delle cure non sia stato progettato per facilitare lo scambio tempestivo e completo di informazioni e la condivisione di queste da parte di tutti i professionisti della salute.

Allo stesso modo, nei Paesi in via di sviluppo, una combinazione di numerosi fattori sfavorevoli può contribuire alla "non sicurezza" delle cure, legata in particolare alle limitate risorse finanziarie, alla carenza di personale, alle strutture inadeguate ed al sovraffollamento, alla mancanza di materiali indispensabili per l'assistenza ed alla carenza di attrezzature di base, ed, infine, alla scarsa attenzione alle norme di igiene e pulizia indispensabili per l'assistenza.

Argomento 2: Perché il fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente

Il fattore umano è un ambito di competenza di ingegneri e psicologi cognitivi ed è un argomento che può rappresentare una sfida tanto per i docenti, professionisti della salute, quanto per gli studenti. Si consiglia di invitare un professionista idoneo, con esperienza specifica nell'ambito del ruolo del fattore umano, per insegnare questo tema agli studenti. Il fattore umano o l'ergonomia è la scienza dell'interrelazione tra persone, gli strumenti con cui operano e l'ambiente in cui le persone vivono e lavorano [4]. L'ingegneria del fattore umano aiuterà gli studenti a capire come operano le persone in circostanze diverse, in modo da poter progettare sistemi e prodotti per migliorare le prestazioni. Questo argomento copre anche gli aspetti di interazione macchina-persona e persona-persona, quali la comunicazione, il lavoro in team e la cultura dell'organizzazione.

Altri settori come l'aviazione, l'industria manifatturiera e quella militare hanno applicato con successo la conoscenza del fattore umano per migliorare sistemi e servizi. Gli studenti hanno bisogno di

comprendere come il fattore umano possa essere utilizzato per ridurre gli eventi avversi e gli errori, individuando come e perché i sistemi falliscono e come e perché gli esseri umani comunicano in modo non efficace, o, addirittura, non comunicano. Utilizzando l'approccio del fattore umano, l'interfaccia uomo-sistema può essere migliorata attraverso la progettazione dei sistemi e dei processi. Questo, spesso, comporta la semplificazione dei processi, la standardizzazione delle procedure, l'utilizzo del backup, il miglioramento della comunicazione, la riprogettazione delle attrezzature e la generazione di una coscienza dei limiti comportamentali, organizzativi e tecnologici che portano all'errore.

Argomento 3: Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sull'assistenza al paziente

Agli studenti viene proposto il concetto che il sistema sanitario non è uno solo, ma un insieme di sistemi composti di organizzazioni, dipartimenti, unità, servizi e pratiche assistenziali. L'enorme numero di relazioni tra pazienti, caregiver, operatori sanitari, personale di supporto, amministratori, economisti e membri della comunità, così come i rapporti tra i vari servizi sanitari e non sanitari, aggiungono a tutto ciò complessità. Questo argomento offre agli studenti una conoscenza di base delle organizzazioni complesse che utilizza un approccio sistemico. Le lezioni da altre industrie sono utilizzate per mostrare agli studenti i vantaggi di tale approccio.

Quando gli studenti pensano in termini di "*sistema*", essi sono nella situazione di comprendere meglio perché le cose falliscono, avendo in tal modo un contesto per pensare alle "*soluzioni*". Gli studenti di ambito sanitario devono apprezzare come, in qualità di fornitori di assistenza, lavorando in un ospedale o nel territorio, faranno del proprio meglio per trattare e curare i propri pazienti ma che, da soli, non saranno in grado di fornire un servizio sicuro e di qualità. Questo perché i pazienti dipendono non da un solo professionista ma da una serie di persone che devono fare la cosa giusta, al momento giusto. In altre parole, essi dipendono da un sistema integrato di diagnosi, cura ed assistenza.

Argomento 4: Essere un'efficace componente del team

La comprensione da parte degli studenti del lavoro in team sottende di più della mera identificazione con il team nel quale operano. Richiede agli studenti di riconoscere i vantaggi dei gruppi multidisciplinari e, di quanto, gruppi multidisciplinari efficaci possano migliorare l'assistenza, riducendo gli errori. Un team efficace è quello in cui i suoi membri, tra cui anche il paziente, comunicano tra di loro, così come uniscono le loro osservazioni, competenze e responsabilità decisionali per ottimizzare le cure [5].

Il ruolo della comunicazione ed il flusso di informazioni tra operatori sanitari e pazienti può essere reso complicato a causa della distribuzione della responsabilità clinica e professionale tra i diversi membri del team di assistenza sanitaria [6,7]. Ciò può comportare che ai pazienti venga richiesto di ripetere le stesse informazioni a più operatori sanitari. Ancora più importante, la cattiva comunicazione è stata associata anche a ritardi nella diagnosi, nel trattamento e nella dimissione, così come a fallimenti nell'agire in modo appropriato a seguito dei risultati dei test [8-12].

Gli studenti hanno bisogno di sapere come funzionano i team efficaci in sanità, così come conoscere le tecniche per includere i pazienti e le loro famiglie come parte attiva del team. Vi sono prove a supporto dell'importanza dei team multidisciplinari nel miglioramento della qualità dei servizi e nella riduzione dei costi [13-15]. Un buon lavoro in team è stato dimostrato in grado anche di ridurre gli errori e di migliorare la cura dei pazienti, in particolar modo di quelli affetti da malattie croniche [16-18]. Questo argomento presenta le conoscenze di base necessarie per diventare un efficace membro del team, ma la conoscenza da sola non è sufficiente per garantire questo risultato. Gli studenti hanno bisogno di comprendere la cultura presente nel proprio posto di lavoro ed il suo impatto sulle dinamiche e sul funzionamento del team.

Argomento 5: Imparare dagli errori per prevenire eventi avversi

Capire perché gli operatori sanitari commettono errori, è necessario per comprendere come sistemi mal progettati ed altri fattori possano contribuire ai fallimenti nel sistema sanitario. Mentre gli errori sono

una realtà di tutti i giorni, le conseguenze degli errori sul benessere dei pazienti e del personale coinvolto possono essere devastanti. Gli operatori sanitari e gli studenti hanno bisogno di comprendere come e perché i sistemi falliscono e perché gli errori accadono, in modo che possano agire per prevenire ed imparare da essi. La comprensione degli errori sanitari fornisce anche la base per apportare miglioramenti e attuare sistemi di segnalazione efficaci [3]. Gli studenti impareranno che un approccio sistemico nei confronti degli errori che cerca di mettere in luce tutti i fattori sottostanti coinvolti, è significativamente migliore di un approccio centrato sulla persona che cerca di colpevolizzare gli operatori per gli errori individuali. Fondamentale il contributo di Lucian Leape del 1994 che ha mostrato una modalità per esaminare gli errori nel settore sanitario, concentrata sull'apprendimento e la prevenzione degli stessi, piuttosto che sulla colpevolizzazione di coloro che sono coinvolti [19]. Anche se il suo messaggio ha avuto un profondo impatto su tanti operatori sanitari, molti sono ancora "chiusi" in una cultura del biasimo. E' fondamentale che gli studenti inizino la loro vocazione attraverso la comprensione della differenza tra gli approcci personale e sistemico.

Argomento 6: Comprendere e gestire il rischio clinico

La gestione del rischio clinico riguarda principalmente il mantenimento di sistemi sicuri di assistenza. Si tratta, di solito, di un certo numero di sistemi organizzativi, o processi, che sono progettati per identificare, gestire e prevenire eventi avversi. La gestione del rischio clinico si concentra sul miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi sanitari, identificando le circostanze che mettono i pazienti a rischio di danno e operando per prevenire o controllare tali rischi. La gestione del rischio coinvolge ogni livello dell'organizzazione, per cui è essenziale che gli studenti comprendano gli obiettivi e la rilevanza delle strategie di gestione del rischio clinico sul posto di lavoro. Gestire reclami e apportare miglioramenti, comprendere le principali tipologie di eventi, in ospedale come pure nel territorio, di cui è accertata la possibilità di portare ad eventi avversi, essere in grado di utilizzare le informazioni (dei reclami, delle segnalazioni di eventi avversi/quasi eventi, delle richieste di risarcimento, dei rapporti delle autopsie e delle relazioni di miglioramento della qualità) per controllare i rischi [20] sono esempi di strategie di gestione del rischio clinico.

Argomento 7: Utilizzare le metodologie della qualità per migliorare le cure

Negli ultimi dieci anni, l'assistenza sanitaria ha adottato con successo una varietà di metodi di miglioramento della qualità, utilizzati in altri settori. Queste metodologie offrono agli operatori sanitari gli strumenti per: (i) identificare un problema; (ii) misurare il problema; (iii) sviluppare una serie di interventi volti a risolvere il problema; e (iv) valutare se gli interventi hanno funzionato. Leader della sanità, come ad esempio Tom Nolan, Brent James, Don Berwick e altri, hanno applicato i principi di miglioramento della qualità per lo sviluppo di metodologie efficaci di gestione della qualità per clinici e manager.
L'identificazione e l'esame di ogni fase del processo di erogazione dell'assistenza sanitaria rappresentano il fondamento di questa metodologia. Quando gli studenti analizzano il processo di cura, fase dopo fase, iniziano a vedere come siano collegate e misurabili le varie attività assistenziali e come la misurazione sia fondamentale per il miglioramento della sicurezza. Questo argomento introduce lo studente ai principi e agli strumenti della teoria del miglioramento, alle attività e alle tecniche che possono essere inseriti nella loro pratica.

Argomento 8: Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver

Agli studenti viene introdotto il concetto che il team di assistenza sanitaria comprende anche il paziente e/o i loro caregiver e che pazienti e caregiver hanno un ruolo fondamentale nel garantire un'assistenza sanitaria sicura attraverso: (i) l'aiuto per arrivare ad una diagnosi; (ii) la decisione riguardo ai trattamenti appropriati; (iii) la scelta di un erogatore di assistenza esperto e sicuro; (iv) la garanzia che i trattamenti siano somministrati in modo appropriato; e (v) l'individuazione di eventi avversi e l'implementazione di azioni appropriate [21, 22]. Il sistema sanitario sottoutilizza la competenza che i pazienti possono portare, come pure la loro conoscenza circa i sintomi, il dolore, le preferenze e le attitudini a rischio. Sono un "secondo paio di occhi" se accade qualcosa di inatteso.

Possono avvisare l'infermiere, il medico, il farmacista o qualunque altro operatore sanitario se il farmaco che stanno per assumere non è quello di sempre, mettendo sull'avviso il team che forse sono necessarie opportune verifiche.

La ricerca ha dimostrato che vi sono meno errori e migliori outcome del trattamento quando esiste una buona comunicazione tra i pazienti e chi li assiste e quando i pazienti sono pienamente informati ed istruiti sui farmaci [23-30]. Una scarsa comunicazione tra gli operatori sanitari, i pazienti ed i loro caregiver è anche uno dei motivi più frequenti di un'azione legale da parte dei pazienti nei confronti degli operatori sanitari [31, 32].

Argomento 9: Prevenzione e controllo delle infezioni

A causa del problema della prevenzione e del controllo delle infezioni – comune a tutti i sistemi sanitari a livello mondiale - e degli sforzi da parte dell'OMS per ridurre le infezioni correlate all'assistenza, è stato ritenuto importante inserire questo argomento nel Manuale del Percorso Formativo, non solo per l'entità del problema stesso, ma anche perché, assieme agli interventi chirurgici e alla somministrazione dei farmaci, costituisce una delle aree con tasso significativo di eventi avversi a carico dei pazienti. Il problema del controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie è ormai ben consolidato, con le infezioni correlate all'assistenza che sono una delle principali cause di morte e disabilità in tutto il mondo. Vi sono numerose linee guida disponibili per aiutare medici, infermieri, dentisti ed altri professionisti a ridurre i rischi di infezioni crociate. E' noto che i pazienti che devono essere sottoposti ad un intervento chirurgico o ad una procedura invasiva sono particolarmente a rischio di infezioni che rappresentano circa il 40% di tutte le infezioni correlate all'assistenza. Questo argomento illustra le principali cause e tipologie di infezioni, per consentire agli studenti di ambito sanitario di identificare le attività che mettono i pazienti a rischio di infezione e di preparare gli studenti stessi ad implementare le misure appropriate per la prevenzione.

Argomento 10: Sicurezza del paziente e procedure invasive

Riconoscendo l'inaccettabile danno determinato da interventi chirurgici, l'OMS ha lottato con successo per ridurre gli eventi avversi chirurgici. Una delle principali cause di errori che coinvolge i pazienti sbagliati, i siti e le procedure errate è rappresentata dal fallimento degli operatori sanitari nel comunicare in modo efficace (processi e controlli inadeguati) durante le procedure preoperatorie. Alcuni esempi di errato sito/procedura/paziente sono: (i) il paziente errato in sala operatoria; (ii) la chirurgia eseguita sul lato o sito errato; (iii) l'esecuzione della procedura errata; (iv) la mancata comunicazione del cambiamento nelle condizioni del paziente; (v) i disaccordi sull'interruzione delle procedure; e (vi) il fallimento nel segnalare gli errori.

Minimizzare gli errori causati da errata/mancata identificazione comporta lo sviluppo di linee guida sulle migliori pratiche per garantire che il paziente riceva il trattamento corretto [7, 33]. Gli studenti possono imparare a comprendere il valore di trattare tutti i pazienti nel rispetto del sito/procedura/politiche e protocolli corretti. Tale apprendimento dovrebbe includere i vantaggi di utilizzare le check-list o i protocolli, così come la conoscenza dei principi fondamentali che supportano un approccio uniforme al trattamento e alla cura dei pazienti.

Uno studio nella Chirurgia della Mano ha trovato che il 21% dei chirurghi intervistati (in totale 1050) ha riportato l'esecuzione di intervento sul sito sbagliato almeno una volta durante la propria carriera [34].

Argomento 11: Migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci

Una reazione avversa al farmaco è stata definita dall'OMS [35] come qualsiasi risposta ad un farmaco che sia nociva, non intenzionale e che si verifica alle dosi utilizzate per la profilassi, la diagnosi o la terapia. I pazienti sono esposti ad errori che intercorrono in uno dei tanti passaggi necessari per la prescrizione, la distribuzione e la somministrazione dei farmaci.

Gli errori terapeutici sono stati oggetto di studio in molti Paesi, mostrando che circa l'1% di tutti i ricoveri ospedalieri subisce un evento avverso correlato alla somministrazione di farmaci [36]. Le cause degli errori terapeutici comprendono una vasta gamma di fattori, tra cui: (i) la

conoscenza inadeguata dei pazienti e delle loro condizioni cliniche; (ii) la conoscenza inadeguata dei farmaci; (iii) gli errori di calcolo della dose; (iv) la scrittura illeggibile nelle prescrizioni; (v) la confusione riguardo al nome del farmaco; e (vi) la scarsa anamnesi [37].

Bibliografia

1. Walon MM et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:437–442.
2. *The Safety Competencies, First Edition* (revised August 2009). Toronto, Canadian Patient Safety Institute, 2009 (http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/education/safetyCompetencies/Documents/Safety %20Competencies.pdf; visitato l'11 marzo 2011).
3. Chief Medical Officer. *An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the National Health Service*. London, Department of Health, 1999.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academy Press, 2003.
6. Gerteis M et al. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient centred care*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
7. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826–833.
8. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Junior doctors making mistakes. *Lancet*, 1998, 351:804–805.
9. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. *Young doctors: work, health and welfare. A class cohort 1986–1996*. London, Department of Health Research and Development Initiative on Mental Health of the National Health Service Workforce, 1998.
10. Anderson ID et al. Retrospective study of 1000 deaths from injury in England and Wales. *British Medical Journal*, 1988, 296:1305–1308.
11. Sakr M et al. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 354:1321–1326.
12. Guly HR. Diagnostic errors in an accident and emergency department. Emergency Medicine Journal, 2001, 18:263–279.
13. Baldwin D. Some historical notes on interdisciplinary and interpersonal education and practice in health care in the US. *Journal of Interprofessional Care*, 1996, 10:173–187.
14. Burl JB et al. Geriatric nurse practitioners in long term care: demonstration of effectiveness in managed care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46(4):506–510.
15. Wagner EH et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:63–80.
16. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 2000, 320:569–572.
17. Silver MP, Antonow JA. Reducing medication errors in hospitals: a peer review organisation collaboration. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26:332–340.
18. Weeks WB et al. Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:243–254.
19. Leape LL. Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1851- 1857.
20. Walshe K. The development of clinical risk management. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*, 2nd ed. London, British Medical Journal Books, 2001:45–61.
21. Vincent C, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76– 80.
22. National Patient Safety Agency. *Seven steps to patient safety: your guide to safer patient care*. London, NPSA, 2003 (http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collectio ns/seven-steps-to-patient-safety/; visitato il 16 febbraio 2011).
23. Coiera EW, Tombs V. Communication behaviours in a hospital setting: an observational study. *British Medical Journal*, 1998, 316:673–676.
24. Clinical Systems Group, Centre for Health Information Management Research. *Improving clinical communications*. Sheffield, University of Sheffield, 1998.
25. Lingard L et al. I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension and implications for novices. *Academic Medicine*, 2002, 77:232–237.

26. Gosbee J. Communication among health professionals. *British Medical Journal*, 1998, 317:316–642.

27. Parker J, Coeiro E. Improving clinical communication: a view from psychology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2000, 7:453–461.

28. Smith AJ, Preston D. Communications between professional groups in a National Health Service Trust hospital. *Journal of Management in Medicine*, 1669, 10:31–39.

29. Britten N et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal*, 2000, 320:484–488.

30. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 1985, 102:520–528.

31. Lefevre FV, Wayers TM, Budetti PP. A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2000, 28:258-266.

32. Levinson W et al. Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association**, 1997, 277:553–559.

33. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Guidelines for implementing the universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure and wrong person surgery*. Chicago, JCAHO, 2003

34. Meinberg EG, Stern PJ. Incidence of wrong site surgery among hand surgeons. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 2003;85:193–197.

35. World Health Organization. International drug monitoring–the role of the hospital. A WHO Report. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 1970, 4:101–110.

36. Runciman WB et al. Adverse drug events medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49–S59.

37. Smith J. *Building a safer NHS for patients: improving medication safety*. London, Department of Health, 2004.

3. Scopo del Manuale del Percorso Formativo

La rapida evoluzione delle nuove tecnologie, compresi i farmaci, applicata alle cure sanitarie dimostra chiaramente il costante cambiamento nella sanità che, a sua volta, sta modificando la natura del lavoro e le attività svolte dai diversi operatori sanitari. In alcuni Paesi, gli infermieri prescrivono farmaci ed il personale non medico esegue procedure minori. Indipendentemente dalla ricchezza di un Paese, i principi ed i concetti di Sicurezza del Paziente si applicano, a prescindere dalla natura del professionista sanitario, dal luogo in cui viene erogata l'assistenza e dalla tipologia di pazienti. Nei Paesi in via di sviluppo potrebbero mancare adeguate risorse sanitarie e, anche se la carenza di personale può rendere l'ambiente più suscettibile ad una scarsa qualità e le cure non sicure, non significa che gli operatori sanitari non possano rendere l'assistenza sanitaria più sicura. Anche se ritenute importanti, una migliore dotazione organica e la disponibilità di risorse non sono le principali soluzioni per ridurre i danni ai pazienti. Questo Manuale del Percorso Formativo sarà utile per gli studenti di tutte le professioni sanitarie, indipendentemente dalle risorse disponibili nei loro setting assistenziali. D'altra parte, il contesto dell'ambiente in cui lo studente verrà inserito ed opererà, una volta qualificato, è fondamentale per l'insegnamento. Tenere conto del contesto lavorativo è necessario per rendere concreta l'esperienza di apprendimento e preparare gli studenti all'ambiente di lavoro in cui saranno inseriti.

Gli obiettivi del Manuale del Percorso Formativo sono:

- preparare gli studenti di tutte le professioni per una pratica sicura nel loro ambiente di lavoro;
- informare le istituzioni deputate alla formazione in ambito sanitario riguardo agli argomenti più importanti in tema di Sicurezza del Paziente;
- sviluppare la Sicurezza del Paziente come tematica in tutti i programmi formativi della sanità;
- fornire un corso di formazione completo per favorire l'insegnamento ed integrare l'apprendimento sulla Sicurezza del Paziente;
- sviluppare ulteriormente la capacità dei docenti riguardo alla Sicurezza del Paziente ai fini della formazione professionale degli operatori sanitari;
- promuovere un ambiente sicuro e di sostegno per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente;
- introdurre o rafforzare la formazione sulla Sicurezza del Paziente in tutti i contesti educativi professionali della sanità di tutto il mondo;
- elevare il profilo internazionale di insegnamento ed apprendimento della Sicurezza del Paziente;
- promuovere la collaborazione internazionale in materia di ricerca riguardo alla formazione sulla Sicurezza del Paziente nel settore dell'istruzione universitaria.

Principi basilari

Il rafforzamento delle capacità è parte integrante del cambiamento del programma formativo

Il motivo principale per cui l'OMS ha avviato questo progetto è stato quello di contribuire allo sviluppo della formazione sulla Sicurezza del Paziente in sanità. L'esigenza di sviluppare ed integrare l'apprendimento sulla Sicurezza del Paziente nei programmi formativi delle diverse professioni sanitarie rappresenta una sfida per molte istituzioni, a causa delle limitate competenze del personale docente sui concetti ed i principi di Sicurezza del Paziente. Alle Scuole di ambito sanitario non si può richiedere di sviluppare nuovi programmi di studio o di rivedere i programmi esistenti, se non hanno familiarità con i contenuti formativi della Sicurezza del Paziente.

I docenti della sanità provengono da molti ambiti (medico, infermieristico, manageriale, di altre professioni) e la loro esperienza comune e condivisa è indispensabile per fornire un programma rigoroso in ogni particolare professione. Molti sono esperti nelle specifiche discipline e, di solito, si aggiornano utilizzando percorsi professionali riconosciuti per la loro area. La conoscenza della Sicurezza del Paziente richiede un apprendimento aggiuntivo che non rientra in questi percorsi tradizionali. Per essere efficaci insegnanti di Sicurezza del Paziente, gli operatori sanitari

devono acquisire conoscenze, strumenti e competenze necessarie per implementare la formazione sulla Sicurezza del Paziente nelle proprie istituzioni. Questo è il motivo per cui è stata sviluppata una guida per i docenti (Prima parte) per accompagnare il Percorso Formativo. Essa fornisce consigli pratici ed informazioni per ogni fase di sviluppo e di rinnovamento del percorso formativo, dalle capacità di valutare lo sviluppo del personale, alla progettazione ed implementazione del programma.

Un Percorso Formativo flessibile per rispondere ai bisogni individuali
Il programma formativo della maggior parte delle professioni sanitarie è già saturo oltre misura; questo è il motivo per cui abbiamo progettato ogni argomento come unità autonoma, consentendo così ampie variazioni nell'attuazione della formazione sulla Sicurezza del Paziente. Gli argomenti sono, inoltre, progettati in modo da poter essere integrati nei programmi esistenti, in particolare nella relazione medico-paziente. Gli argomenti del Manuale sono stati tutti progettati con contenuti sufficienti per una sessione formativa di 60-90 minuti e presentano una varietà di suggerimenti e metodi per l'insegnamento e la valutazione, in modo da permettere ai docenti di adattare il materiale in base alle loro specifiche esigenze, al contesto e alle risorse disponibili. Non vi è alcun obbligo di seguire in modo assolutamente preciso lo schema provvisto. I docenti devono prestare attenzione all'ambiente, alla cultura e alle esperienze di apprendimento degli studenti a livello locale e, quindi, selezionare il metodo di insegnamento più appropriato per lo specifico contenuto.

Un linguaggio facilmente comprensibile per un pubblico mirato anche se globale
La Guida per il docente (Prima Parte) del Manuale del Percorso Formativo è destinata ai formatori (quelle persone che hanno la capacità di introdurre o potenziare la formazione sulla Sicurezza del Paziente a vari livelli), mentre il Percorso Formativo (Seconda Parte: Argomenti) è destinato sia ai docenti, sia agli studenti. Il Manuale è stato redatto tenendo presente un pubblico globale ed in un linguaggio di facile comprensione per studenti e professionisti per i quali l'inglese è la prima o la seconda lingua.

Un Manuale per tutti i Paesi, le culture, i contesti
E' stato fatto ogni tentativo per garantire che il contenuto in questo percorso tenga conto della grande varietà di contesti in cui i docenti e gli studenti della sanità insegnano e apprendono. Un gruppo di esperti, in rappresentanza di tutte le regioni dell'OMS, ha valutato il corso per garantirne l'appropriatezza culturale. Anche se, da una parte, alcune delle attività didattiche ed alcuni suggerimenti per gli studenti potrebbero non essere culturalmente appropriati in qualsiasi Paese, dall'altra, siamo consapevoli che, in tutti i Paesi, è necessario cambiare molti degli aspetti delle cure sanitarie. Gran parte del comportamento professionale, una volta ritenuto appropriato, non è più accettabile oggi, se si prende in considerazione la Sicurezza del Paziente. Ad esempio, il personale, come infermieri, farmacisti e medici in formazione, sono ora incoraggiati ad intervenire quando vedono che un professionista più anziano sta per commettere un errore; questo è universalmente valido e si applica a tutte le culture, a vari livelli. I principi di Sicurezza del Paziente richiedono che ognuno ne sia responsabile e che debba parlare, anche quando, nella gerarchia assistenziale, si trova in una posizione di inferiorità. I docenti dovranno esprimere un giudizio circa l'ambiente sanitario e se, e quanto, questo sia pronto e preparato per alcune delle sfide che accompagneranno l'avvio e lo sviluppo della Sicurezza del Paziente.

Le strategie di insegnamento e di valutazione sono state progettate per tener conto sia della diversità delle risorse disponibili, sia delle differenze ambientali, considerazioni che possono riguardare un Paese sviluppato a fronte di uno in via di sviluppo, o un'aula piuttosto che un centro di simulazione.

Un Manuale del Percorso Formativo che si basa sull'apprendimento in un ambiente sicuro e che garantisce supporto
Siamo consapevoli che gli studenti rispondono meglio quando l'ambiente di apprendimento è sicuro e garantisce supporto, è stimolante e coinvolgente. L'apprendimento della Sicurezza del Paziente si verifica in molti luoghi - accanto al letto del paziente, nei poliambulatori e nella comunità, in una farmacia, in ambienti

simulati, o in aula. E' essenziale che gli studenti siano supportati nel loro apprendimento e non si sentano avviliti o inadeguati. Le attività nel Percorso Formativo sono progettate per essere implementate in un ambiente di apprendimento favorevole, in cui gli studenti si sentano a loro agio quando pongono domande, segnalino di propria iniziativa ciò che non comprendono e condividano ciò che hanno capito in modo onesto e aperto.

4. Struttura del Manuale del Percorso Formativo

La Guida per il docente (Prima parte)

La Guida per il docente (Prima parte) si riferisce alla costruzione di capacità formative sulla Sicurezza del Paziente, di pianificazione del programma e di progettazione. Vengono forniti suggerimenti su come potrebbe essere affrontata ed implementata la formazione sulla Sicurezza del Paziente, utilizzando il materiale presentato nella Seconda parte. Nella Prima parte, cerchiamo di guidare il lettore attraverso alcuni passi importanti volti a sostenere e realizzare la fase di implementazione e di sviluppo del programma.

Gli Argomenti del Percorso Formativo (Seconda parte)

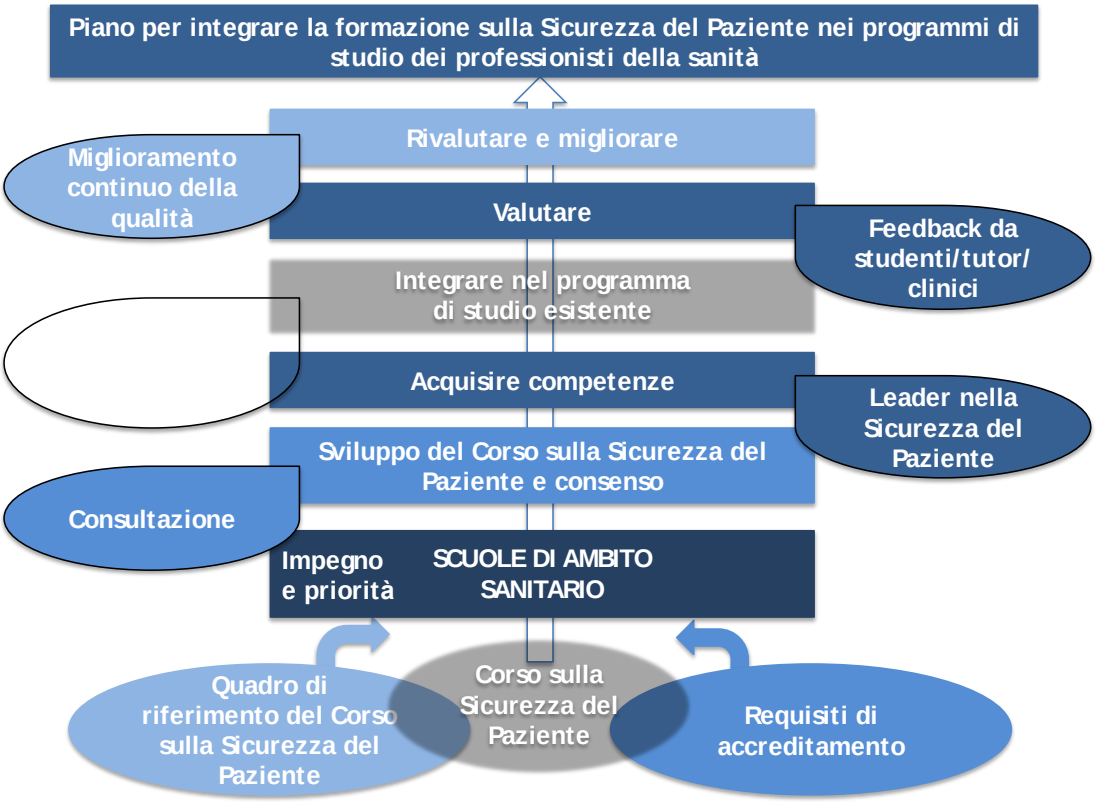
Gli argomenti rappresentano il reale percorso formativo sulla Sicurezza del Paziente.

5. Implementare il Percorso Formativo

Come utilizzare il Manuale del Percorso Formativo

Il Manuale del Percorso Formativo fornisce le risorse per insegnare agli studenti di area sanitaria la Sicurezza del Paziente. Esso identifica gli argomenti oggetto di insegnamento, come esporli e come valutare i diversi argomenti presentati. All'inizio ed alla fine di ogni tematica sono disponibili racconti dei pazienti e casi studio. Tali casi possono essere utilizzati per illustrare un particolare aspetto dell'argomento in discussione. Siamo consapevoli che il miglior apprendimento avviene quando il caso studio riflette le esperienze locali; pertanto, invitiamo i docenti a modificare i casi in modo che riflettano le esperienze degli operatori sanitari e le risorse disponibili a livello locale. Questo Manuale è progettato per tutti gli studenti delle professioni in ambito sanitario e, di conseguenza, i docenti delle specifiche professioni dovrebbero includere la letteratura scientifica pertinente, ove possibile, per rafforzare l'apprendimento degli allievi. La prima parte di questo Manuale si propone di aiutare il personale docente ad acquisire familiarità con i concetti ed i principi della Sicurezza del Paziente, in modo da poter integrare l'apprendimento riguardo la Sicurezza del Paziente in tutte le attività formative. L'acquisizione delle capacità da parte del personale docente è un'attività complessa che richiede tempo e impegno. La Figura A.5.1 illustra le tappe fondamentali.

Figura A.5.1. Integrare la formazione sulla Sicurezza del Paziente nei programmi di studio delle professioni sanitarie



Fonte: Concessa da Merrilyn Walton, Professore, Scuola di Sanità Pubblica, Università di Sydney, Australia, 2010.

Come valutare il tuo programma formativo per l'inserimento dell'insegnamento sulla Sicurezza del Paziente

Identificare gli obiettivi formativi

Per avviare il processo di sviluppo e/o per avere un effetto positivo sulla qualità e la rivalutazione del programma formativo, è rilevante, in primo luogo, identificare i risultati di apprendimento riguardo alla Sicurezza del Paziente. La seconda parte contiene gli argomenti che sono stati scelti per questo Manuale, compresi i risultati di apprendimento; tali risultati vengono discussi anche in questa sezione della prima parte.

Conoscere i contenuti del programma di studio esistente

Viene utilizzata l'espressione "programma di studio" per indicare l'ampio spettro di modalità di insegnamento e di apprendimento, comprese le strategie per lo sviluppo di competenze e comportamenti, così come l'utilizzo di adeguati metodi di valutazione per la verifica del raggiungimento dei risultati di apprendimento. Gli studenti sono guidati nella loro formazione da un programma che definisce le conoscenze, le competenze e le abilità necessarie per dimostrare la competenza al termine del loro percorso di professionisti della salute.

Prima di introdurre nuovo materiale in un programma di studio, è importante conoscere il contenuto dell'esistente, così come le esperienze degli studenti negli ospedali e/o in ambienti di lavoro differenti. E' probabile che gli studenti stiano già sperimentando alcuni percorsi formativi sulla Sicurezza del Paziente negli ospedali e nelle strutture territoriali che non devono essere ignorati: essi possono aver già coperto alcuni aspetti del programma, come ad esempio l'importanza dei protocolli per l'igiene delle mani per evitare la trasmissione di infezioni o dei sistemi di controllo per garantire la corretta identificazione del paziente. Ottenere un quadro del materiale rilevante, già esistente nel programma, è necessario per individuare opportunità di miglioramento nell'insegnamento sulla Sicurezza del Paziente.

Il Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente è descritto nella seconda parte del presente documento. Abbiamo identificato gli argomenti, le risorse, le strategie didattiche e le metodologie di valutazione che renderanno l'insegnamento più facile da introdurre ed integrare nel programma esistente.

Costruire su quello che è già presente nel programma di studio

Un buon approccio alla formazione sulla Sicurezza del Paziente è quello di migliorare le parti già presenti nel programma esistente, piuttosto che considerarla come un nuovo tema da sviluppare. Vi sono elementi di Sicurezza del Paziente che sono senz'altro innovativi: essi dovranno essere aggiunti al programma di studio, ma anche molti altri aspetti che potrebbero essere introdotti o raggiunti con un ulteriore sviluppo di una tematica o di un argomento esistente.

Si è visto come mappare le tematiche o le aree di apprendimento nel programma di studio potrà aiutare ad identificare le opportunità di inclusione dei concetti e dei principi di Sicurezza del Paziente. Ad esempio, settori quali lo sviluppo delle competenze, professionali e personali, diritto sanitario, etica e comunicazione, sono tutte aree adeguate per l'inserimento di concetti e principi di Sicurezza del Paziente. La Tabella A.5.1 è un modello sviluppato dalla Scuola di Medicina dell'Università di Sydney (Australia) che mostra un esempio degli ambiti in cui potrebbe essere proposto un percorso di apprendimento riguardo alla Sicurezza del Paziente nel contesto del programma formativo della scuola medica.

Mappare il programma di studio aiuterà anche ad identificare le opportunità per l'inclusione dei concetti di Sicurezza del Paziente in modo integrato.

Come valutare la capacità dei docenti di integrare l'insegnamento di Sicurezza del Paziente nel programma di studio esistente

Uno dei principali problemi per tutte le professioni sanitarie è, in molti scenari, la progressiva difficoltà di reperire docenti nelle sedi di tirocinio. Pochi di essi sanno poi come integrare i principi ed i concetti di Sicurezza del Paziente nella didattica strutturata, trattandosi di una nuova area, per molti di loro, assolutamente sconosciuta. Molti operatori sanitari

Tabella A.5.1. Esercizio di mappatura: identificazione di contenuti riguardanti la sicurezza del paziente nel programma formativo esistente della scuola medica

Area/ sessione del programma	Anno	Dove vi sono contenuti relativi alla Sicurezza del Paziente?	Apprendimento potenziale circa la Sicurezza del Paziente	Come viene insegnata la Sicurezza del Paziente	Come viene valutata la Sicurezza del Paziente	Commenti
Etica	1	Rispetto dell'autono-mia del paziente	Trasparenza in seguito al verificarsi di un evento avverso	Lezione frontale	Saggio di etica, domande a risposta multipla, OSCE	Molti principi di Sicurezza del Paziente hanno una base etica che si può utilizzare per rendere esplicita la lezione sulla Sicurezza del Paziente

adottano in modo intuitivo le metodologie della Sicurezza del Paziente nel loro lavoro quotidiano, ma potrebbero non essere in grado di descrivere ciò che fanno, ritenendo, forse, che parlare dei "sistemi" sia appannaggio di amministratori e di dirigenti. Altri potrebbero non vedere l'insegnamento sulla Sicurezza del Paziente come rilevante o utile per la loro area professionale, mentre i problemi della sicurezza riguardano tutti. La gran parte dei professionisti sanitari sarebbe oggi consapevole della necessità di apprendere la Sicurezza del Paziente, area tuttavia tanto nuova rispetto ai programmi formativi tradizionali che il coinvolgimento degli operatori sanitari sarà il primo passo, tutt'altro che semplice. Per i docenti l'acquisizione delle necessarie competenze richiederà tempo, ma, intanto, devono essere implementate una serie di azioni per il coinvolgimento dei medici nella didattica sulla Sicurezza del Paziente.

Sondaggio
Un modo per scoprire chi è interessato ad insegnare la Sicurezza del Paziente è quello di condurre un sondaggio tra coloro che fanno già parte del corpo docente a disposizione: da centinaia a pochi docenti, a seconda della Scuola. Identificate le persone che si trovano nella posizione migliore per integrare l'insegnamento della Sicurezza del Paziente e garantite che esse siano incluse nel sondaggio. Questo esercizio di mappatura aiuterà ad identificare i docenti che attualmente insegnano e che sono in grado di integrare i concetti di Sicurezza del Paziente. L'indagine potrebbe includere argomenti relativi ad uno specifico tema od alla generica conoscenza in ambito di Sicurezza del Paziente e delle metodologie ad essa correlate. Attraverso un tale processo si potrebbero anche identificare le persone interessate a formare un gruppo di lavoro per sovrintendere allo sviluppo del programma formativo sulla Sicurezza del Paziente nella specifica professione sanitaria.

Focus group
Eseguite un focus group con gli operatori sanitari di una determinata professione per mettere in luce lo stato attuale delle conoscenze in ambito Sicurezza del Paziente. Ciò fornirà anche informazioni sui loro atteggiamenti nei confronti dell'apprendimento della disciplina nel programma formativo.

Incontri individuali
Una serie di incontri individuali con il personale docente universitario e delle sedi di tirocinio di specifico contesto potrà fornire interessanti contributi per la trasmissione di messaggi chiari circa la formazione sulla Sicurezza del Paziente, oltre a rappresentare una significativa opportunità per spiegarne i concetti fondamentali e porre le basi per il lavoro successivo.

Convocare una tavola rotonda
Invitare un gruppo di persone selezionato della specifica professione (che si ritiene possano essere interessate ed essere possibili modelli o "campioni"), a partecipare ad una tavola rotonda sulla formazione per gli studenti in ambito di Sicurezza del Paziente. Il vantaggio della tavola rotonda è che non c'è il solo contributo di un" esperto di settore" ma un gruppo che discute e risolve i problemi insieme, in modo collegiale.

Condurre un seminario sulla Sicurezza del Paziente
I seminari sono ambienti tipici per la costruzione di nuove conoscenze; essi sono utili per presentare ai giovani professionisti un argomento, ma anche per esperti o professionisti autorevoli che conoscono bene la Sicurezza del Paziente, per confrontarsi. I seminari possono durare una mezza giornata o una giornata intera. Argomenti che si potrebbero includere sono: (i) che cosa è la Sicurezza del Paziente; (ii) le prove dell'importanza della Sicurezza del Paziente; (iii) come sviluppare un programma formativo sulla Sicurezza del Paziente; (iv) come insegnare la Sicurezza del Paziente; e (v) come valutare la Sicurezza del Paziente. E' importante tenere sempre presente l'obiettivo del seminario: far acquisire abilità al personale docente ed ai professionisti per insegnare la Sicurezza del Paziente agli studenti.

Come identificare colleghi o collaboratori che, come te, credono nella Sicurezza del Paziente

Dal momento in cui si intraprendono tali attività, finalizzate all'acquisizione di competenze, si ottiene anche un significativo contributo all'identificazione delle persone interessate ad insegnare la Sicurezza del Paziente. Un'alternativa è quella di convocare una riunione ed invitare il personale docente, assicurandosi di pianificare la riunione nel momento più conveniente per il maggior numero di persone, al fine di favorire la massima partecipazione (ad esempio, alcuni professionisti che vedono i pazienti durante tutto il giorno, potrebbero voler partecipare, ma non riescono a causa degli impegni di lavoro). Utile anche pubblicare un articolo nella rivista della Scuola o dell'Università; ampliando la condivisione sulla Sicurezza del Paziente anche per coloro che non sono interessati a farsi coinvolgere, l'articolo aumenterà la consapevolezza della necessità di introdurre la formazione in tale ambito nel programma di studio.

Per l'insegnamento della Sicurezza del Paziente, è necessario individuare una persona responsabile dell'attuazione del programma di coinvolgimento dei professionisti della salute interessati e competenti che si sono proposti o sono stati nominati a seguito di precedenti contatti o incontri sull'argomento. E' importante verificare anche la disponibilità di esperti provenienti da altre Facoltà ed aree disciplinari, come l'ingegneria (ad es. conoscenza del fattore umano), psicologia (ad es. psicologia comportamentale, teoria dei processi e del miglioramento), farmacia (ad es. sicurezza dei farmaci) e scienze infermieristiche e medicina (ad es. controllo delle infezioni).

Tecniche per implementare l'insegnamento di Sicurezza del Paziente nel programma di studio

Il brainstorming è una tecnica che richiede ed incoraggia tutti a suggerire idee per risolvere un problema e, nel caso specifico, il problema è: come meglio introdurre l'insegnamento di Sicurezza del Paziente nel programma di studio. Ogni Scuola di ambito sanitario è diversa per mezzi, capacità ed interessi rivolti alla Sicurezza del Paziente. Questa, in alcuni Paesi, può ancora non rappresentare una preoccupazione per la Comunità o per il Governo e l'urgenza di sviluppare percorsi formativi su tali tematiche può non essere percepita come una priorità.

Organizzare seminari introduttivi su questa edizione multi-professionale del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente, potrà rappresentare l'occasione per i docenti universitari di acquisire familiarità con i temi centrali dell'argomento, permettendo loro, inoltre, di esprimere riserve, porre domande e chiarire ogni preoccupazione al riguardo.

La Sicurezza del Paziente è meglio apprezzata se inserita in un contesto di apprendimento multidisciplinare. Il personale docente deve essere incoraggiato a riflettere sulla possibilità di condividere

alcune delle sessioni di Sicurezza del Paziente con altre professioni di ambito sanitario. Questo Manuale del Percorso Formativo è stato progettato per tutti gli studenti di area sanitaria e molti sono i professionisti e le discipline che possono contribuire, soprattutto nell'insegnamento di alcuni argomenti. Gli ingegneri possono fornire contributi didattici su sistemi, fattore umano e cultura della sicurezza. Gli psicologi e gli esperti delle scienze comportamentali, infermieristiche, mediche e della Facoltà di Farmacia possono contribuire spiegando come le loro discipline abbiano apportato miglioramenti alla sicurezza. L'impegno nel garantire la massima integrazione tra professioni diverse renderà possibile agli studenti apprendere da altre discipline, in particolare nel contesto di un approccio multidimensionale e di team alla sicurezza del paziente.

Raggiungere l'accordo

Come in tutte le discussioni sui contenuti dei programmi formativi, vi saranno diversi punti di vista su ciò che dovrebbe e ciò che non dovrebbe essere oggetto dei corsi, ma è importante partire dalla discussione per iniziare a costruire il percorso. A tale proposito, si potrebbe immaginare che il miglior compromesso sia quello a lungo termine: iniziare da un punto fermo, piuttosto che dibattere e discutere i problemi troppo a lungo. Un'alternativa è quella di introdurre nuovi argomenti nel programma, utilizzando un test pilota che identifichi eventuali problemi, e poi adoperarlo come guida per altri argomenti. Un simile approccio permette ai docenti ancora poco convinti del valore della formazione sulla Sicurezza del Paziente di sviluppare gradualmente un'idea più precisa.

La prossima sezione fornisce maggiori dettagli riguardanti lo sviluppo e l'integrazione del Percorso Formativo nei programmi esistenti.

6. Come integrare l'apprendimento sulla Sicurezza del Paziente nel programma di studio

Aspetti generali

La Sicurezza del Paziente è una tematica relativamente nuova e l'inserimento di qualsiasi novità tra i materiali di un programma formativo esistente è sempre un percorso pieno di difficoltà. Cosa, chi, dove ed in che modo inserire i nuovi contenuti? Ed ancora: cosa questi andrebbero a sostituire?

Se la vostra Scuola è in procinto di rinnovare un programma formativo esistente o se è indirizzato ad una nuova figura professionale della salute, questo è il momento ideale per destinare spazio alla formazione sulla Sicurezza del Paziente; ma, la maggior parte dei programmi formativi professionali di area sanitaria sono già stabili e sovraccarichi ed è raro trovare spazi in attesa di un nuovo ambito formativo.

Questa sezione presenta alcune idee su come integrare l'insegnamento e l'apprendimento della Sicurezza del Paziente in un programma di studio esistente. Vengono presentanti anche i vincoli e le opportunità dei diversi approcci, per aiutare a identificare la migliore soluzione possibile per la propria Scuola e per contribuire ad anticipare e pianificare ciò che è necessario.

Alcuni elementi che definiscono la natura della formazione sulla Sicurezza del Paziente:

- è una tematica relativamente nuova;
- che si estende su una serie di ambiti non tradizionalmente oggetto di insegnamento agli studenti di area sanitaria, come il fattore umano, il pensiero sistemico, i comportamenti per un efficace lavoro in team, gli errori di gestione;
- collegata con diversi argomenti già esistenti e tradizionali (scienze applicate e scienze cliniche) (vedi Tabella A.6.1 per alcuni esempi);
- che introduce nuovi contenuti, conoscenze ed elementi di performance (vedi Tabella A.6.2 per esempi);
- è fortemente legata ad elementi di contesto.

Tabella A.6.1. Collegare la formazione sulla Sicurezza del Paziente con le tematiche tradizionali delle scuole mediche ed infermieristiche

Un esempio di come un argomento tipico della Sicurezza del Paziente, l'identificazione corretta del paziente, trovi applicazioni specifiche in numerose discipline in medicina.

Disciplina	Applicazione della Sicurezza del Paziente
Ostetricia	Come sono identificati e correlati i nuovi nati alle loro madri in modo da non scambiarli e consegnarli al/i genitore/i errato/i?
Chirurgia	Se un paziente necessita di trasfusione, quali processi di controllo vengono eseguiti per garantire una trasfusione sicura?
Etica	Come vengono incoraggiati i pazienti a parlare, qualora non capiscano la ragione per cui il medico sta facendo qualcosa di inatteso?

Il campo della Sicurezza del Paziente è anche molto ampio: tenendo conto di questo e della necessità di contestualizzare i suoi principi, probabilmente nel vostro programma esistono diverse opportunità di introdurre efficacemente la formazione sulla Sicurezza del Paziente negli ambiti esistenti. Tuttavia, alcuni temi riguardanti la Sicurezza del Paziente sono talmente nuovi, almeno in parte, per le professioni sanitarie, da non rendere così facile il loro inserimento in set didattici esistenti, tanto da richiedere, probabilmente, un proprio spazio nel programma. L'Argomento 2, *Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente*, potrebbe essere difficile da inserire ed integrare in un argomento già esistente. Un possibile approccio in questa situazione potrebbe essere quello di creare uno spazio ed invitare un esperto di ingegneria o di psicologia per tenere una lezione frontale, seguita da una discussione in piccoli gruppi.

Tabella A.6.2. Collegare la formazione sulla Sicurezza del Paziente con nuove conoscenze ed elementi di performance

Le competenze in ambito di Sicurezza del Paziente per un particolare argomento possono essere suddivise in contenuti legati a conoscenze ed abilità (NdT. tecniche e non tecniche*). Idealmente, l'apprendimento avverrà in entrambe le categorie, ad esempio, la corretta identificazione del paziente.

Dominio	Esempi di Sicurezza del Paziente
Conoscenze generali	Comprendere che gli scambi di paziente sono possibili e accadono, in modo particolare quando l'assistenza viene erogata da un team. Apprendere quali situazioni aumentano la probabilità di scambio come, ad esempio, avere due pazienti con le stesse condizioni che non possono comunicare e lo staff viene interrotto durante l'esecuzione della procedura
Conoscenze applicate	Comprendere l'importanza di una corretta identificazione del paziente quando si preleva il sangue per la prova crociata. Comprendere come possano accadere errori durante questa fase ed apprendere le strategie che possono essere implementate per prevenirli.
Abilità	Dimostrare di identificare in modo corretto un paziente chiedendogli il nome ed il cognome con una domanda aperta, tipo "Qual è il Suo nome?", piuttosto che una domanda chiusa del tipo "Lei è Giuseppe Verdi?*"

Come stabilire qual è la migliore soluzione utilizzando la struttura generale dei programmi didattici

Dopo aver esaminato il programma didattico esistente, avere successivamente determinato quali argomenti in tema di Sicurezza del Paziente vengono già insegnati ed, infine, aver stabilito quali argomenti si vogliono ulteriormente inserire, occorre pensare al modo di integrare i nuovi contenuti.

Consideriamo perciò, le seguenti domande:

- Qual è la struttura generale del programma?
- Quando e dove compaiono particolari argomenti di insegnamento che potrebbero prestarsi ad ospitare contenuti di Sicurezza del Paziente?
- Come vengono strutturate le singole tematiche in termini di obiettivi di apprendimento, metodi di insegnamento e strumenti di valutazione?
- Come viene realizzato in pratica il programma?
- Chi sono i responsabili degli insegnamenti?

Una volta trovata la risposta a queste domande, apparirà più evidente dove e come la Sicurezza del Paziente possa essere inserita nel vostro programma.

Qual è la struttura generale del vostro programma?

- Si tratta di un programma tradizionale, svolto attraverso lezioni a grandi gruppi di studenti? Gli studenti apprendono prima le scienze di base e comportamentali e, una volta che questi siano completati, si concentrano su particolari settori rilevanti per la loro professione? La formazione tende ad essere specifica per disciplina, piuttosto che integrata?

Con una tale configurazione, gli elementi di conoscenza e di abilità in tema di Sicurezza del Paziente possono essere meglio introdotti negli ultimi anni di corso, anche se una introduzione ai principi di base della Sicurezza del Paziente potrebbe essere già presentata in modo efficace nei primi anni.

- E' un programma integrato? Le scienze e le competenze di base, comportamentali e cliniche sono presentate in parallelo durante tutto il corso e l'apprendimento è integrato?

Con questo modello di struttura, vi sono buone opportunità per l'integrazione verticale delle conoscenze, delle applicazioni e degli elementi di abilità relativi alla Sicurezza del Paziente durante tutto il corso.

Requisiti di conoscenza e abilità della Sicurezza del Paziente

- L'apprendimento degli studenti si svolge

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

idealmente nell'ambiente di lavoro; la sua efficacia è maggiore una volta che gli studenti hanno acquisito la consapevolezza di come viene erogata l'assistenza ed abbiano familiarizzato con l'ambiente di lavoro.
- Gli studenti saranno più propensi a modificare i comportamenti se avranno la possibilità di utilizzare ciò che hanno appreso subito dopo l'esperienza didattica fatta nel programma.

L'insegnamento della Sicurezza del Paziente è più efficace se i contenuti di conoscenze e di abilità sono acquisiti insieme. Una chiara comprensione di un problema di sicurezza attiverà motivazione ed intuizione nel momento in cui si apprenderanno gli aspetti pratici dei processi assistenziali.

Gli studenti sono anche meno esposti agli effetti scoraggianti dei rischi a cui il sistema sanitario (di cui presto, faranno parte) espone i pazienti. Essi, infatti, esplorando soluzioni (applicazioni) ed imparando strategie pratiche ed abilità (elementi di performance) diventeranno erogatori più sicuri di assistenza sanitaria e saranno, allo stesso tempo, più positivi. Per ragioni logistiche, però, potrebbe rendersi impossibile apprendere contemporaneamente gli elementi di conoscenza e di abilità di un determinato argomento di Sicurezza del Paziente.

Se il vostro programma è tradizionale, tali contenuti trovano una migliore collocazione negli ultimi anni, quando gli studenti hanno già appreso di più sulla pratica professionale e sui pazienti, ma anche competenze relative all'ambiente di lavoro. Il contesto per i contenuti di conoscenze ed abilità dovrebbe in tal caso corrispondere alla capacità degli studenti di mettere in pratica ciò che hanno appreso. Un'introduzione alla Sicurezza del Paziente potrebbe comunque essere inclusa nei primi anni, in materie quali la Sanità Pubblica, l'Epidemiologia, l'Etica, od in altre tematiche proprie delle scienze comportamentali. Argomenti adatti per questo primo approccio includono: (i) che cosa è la Sicurezza del Paziente; (ii) sistemi e complessità in sanità. Se il vostro curriculum è integrato e agli studenti viene offerta la possibilità di sviluppare competenze cliniche sin dal primo anno, gli argomenti di Sicurezza del Paziente possono essere introdotti molto presto ed integrati verticalmente durante l'intero corso, come tematica costantemente presente, fornendo opportunità per rafforzare e sviluppare l'apprendimento negli anni. L'ideale sarebbe che gli studenti siano coinvolti nella formazione sulla Sicurezza del Paziente prima e dopo il loro ingresso nell'ambiente di lavoro.

In quali momenti ed ambiti del programma esistono particolari temi e argomenti di insegnamento che potrebbero prestarsi all'inserimento di contenuti relativi alla Sicurezza del Paziente?
Ogni rilevante area di apprendimento per una determinata professione può essere potenziale contenitore di argomenti di Sicurezza del Paziente, in particolare se un caso studio è parte integrante ed importante per quella disciplina. Ad esempio, un caso di errore di somministrazione del farmaco in un bambino potrebbe essere utilizzato in pediatria come punto di partenza per gli infermieri verso la comprensione e l'apprendimento dagli errori. Allo stesso modo, nell'ambito della gestione dei pazienti sottoposti ad intervento di protesi di sostituzione di anca o di ginocchio, un fisioterapista potrebbe affrontare l'argomento "Sicurezza del Paziente e procedure invasive". Molte aree potrebbero dare spazio al tema "Comprendere ed imparare dagli errori", se rilevante per quella particolare disciplina. Si tratta di un percorso formativo in ogni caso generico ma rilevante per tutte le discipline e per tutti gli studenti. La Tabella A.6.3 illustra le opportunità di analizzare la possibilità di integrazione dei temi della Sicurezza del Paziente.

Come vengono strutturati i singoli argomenti in termini di:
- obiettivi di apprendimento;
- metodi di insegnamento;
- metodologie di valutazione.

L'implementazione di nuovi contenuti relativi alla Sicurezza del Paziente nel vostro programma formativo sarà più efficace se gli obiettivi di apprendimento, i metodi di insegnamento e di valutazione saranno esplicitati e coerenti con la struttura degli obiettivi, dei metodi di insegnamento e di valutazione degli argomenti già esistenti nel programma.

Come viene presentato il vostro programma?
- lezioni frontali;

Tabella A.6.3. Integrazione degli argomenti di Sicurezza del Paziente

Argomento di Sicurezza del Paziente	Aree e discipline che potrebbero presentare l'argomento di Sicurezza del Paziente
Minimizzare le infezioni attraverso il miglioramento del controllo	Microbiologia Addestramento sulle competenze relative all'esecuzione di procedure cliniche Malattie infettive Sistemazione del malato
Migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci	Farmacologia Terapia medica
Essere un'efficace componente del team	Programmi di orientamento Addestramento sulle capacità comunicative (interprofessionale) Addestramento per le emergenze
Cos'è la Sicurezza del Paziente	Etica Introduzione all'ambiente clinico Addestramento sulle competenze cliniche relative all'esecuzione di procedure

- tirocini, attività nei reparti, nelle farmacie, nelle sale parto;
- didattica tutoriale in piccolo gruppo;
- problem-based learning (PBL);
- laboratori di simulazione per lo sviluppo di competenze;
- esercitazioni tradizionali.

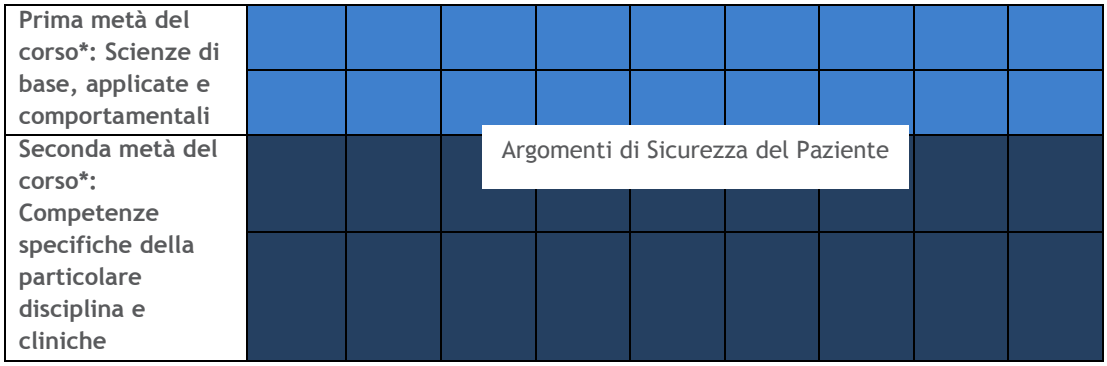
In ciascuna modalità sarà presumibilmente più facile integrare temi di Sicurezza del Paziente allineandosi alle metodologie didattiche preesistenti, già familiari agli studenti ed ai docenti.

Esempi di modelli attuativi

Esempio 1: La Sicurezza del Paziente come argomento a sé stante, presentato negli ultimi anni di studio, in un programma tradizionale. Vedi grafico A.6.1.

- le metodologie formative potrebbero consistere in una combinazione di lezioni frontali, discussioni in piccoli gruppi, project work, workshop pratici o esercizi di simulazione;
- aggiungere un livello superiore di Sicurezza del Paziente alla conoscenza iniziale prima che lo studente entri nell'ambiente di lavoro.

Grafico A.6.1. La Sicurezza del Paziente come argomento a sé stante, presentato negli ultimi anni di studio, in un programma tradizionale



Esempio 2 La Sicurezza del Paziente come argomento a sé stante, in un programma integrato. Vedi grafico A.6.2.

- La Sicurezza del Paziente potrebbe essere un argomento autonomo con collegamenti ad altre tematiche: ad esempio, lezioni dell'anno di corso che richiamano argomenti che verranno illustrati successivamente, con tutoraggio o sul campo.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Grafico A.6.2. La Sicurezza del Paziente come argomento a sé stante, in un programma integrato

Primo anno*	Argomento 1: Che cos'è la Sicurezza del Paziente?	PBL o altra metodologia		
Anni intermedi*	Argomenti 2, 3 e 5: Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente; Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sull'assistenza al paziente; Imparare dagli errori per evitare eventi avversi.	Workshop sulle competenze cliniche e tirocinio clinico		
Anni intermedi*	Argomenti 4, 7, 9 e 10: Essere un'efficace componente del team; Utilizzare le metodologie della qualità per migliorare le cure; Prevenzione e controllo delle infezioni; Sicurezza del Paziente e procedure invasive.			
Ultimo anno*	Argomenti 6, 8 e 11: Comprendere e gestire il rischio clinico; Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver; Migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci.			

Esempio 3: Implementare la Sicurezza del Paziente, come argomento a sé stante, all'interno di tematiche preesistenti - esempio A. Vedi grafico A.6.3.

Un certo numero di tematiche potrebbe contenere alcuni seminari il cui obiettivo principale sia quello di presentare un argomento di Sicurezza del Paziente. Verso la fine del corso, si potrebbe prevedere una lezione sulla sicurezza dei farmaci come parte della terapia, un workshop sulla somministrazione in sicurezza dei farmaci ed un PBL o seminari in piccoli gruppi in cui viene discusso un caso che dimostri la natura multifattoriale dell'errore, utilizzando uno scenario di somministrazione del farmaco.

Esempio 4: Implementare la Sicurezza del Paziente all'interno di tematiche preesistenti - esempio B. Vedi grafico A.6.4.

Lavorate insieme con i docenti impegnati nell'insegnamento delle varie tematiche per tradurre elementi di Sicurezza del Paziente nelle sessioni formative selezionate. Anche se il principale obiettivo didattico non è la Sicurezza del Paziente, i suoi elementi si correlano con la tematica centrale; perché questo accada, tra i suoi obiettivi dovrebbe essere incluso un elemento di Sicurezza del Paziente. Vedi Tabella A.6.4 per esempi.

Più argomenti relativi alla Sicurezza del Paziente vengono integrati nel programma, più facile sarà rendere significativamente coerenti e consequenziali i requisiti delle competenze da acquisire e definire chiaramente il contesto in cui i concetti di Sicurezza del Paziente si inseriscono.

Un avvertimento

Quanto più la Sicurezza del Paziente è integrata nel programma esistente, più i suoi contenuti risultano dispersi, dipendenti da un numero maggiore di docenti, e più difficile diventa il coordinamento dell'effettiva erogazione dell'insegnamento. Avrete bisogno di trovare l'equilibrio tra l'integrazione del nuovo materiale e la capacità di coordinarne l'insegnamento; a tale scopo, sarebbe opportuno tenere un registro dettagliato degli elementi di Sicurezza del Paziente integrati nel programma esistente, delle modalità di insegnamento e di valutazione. Dal punto di vista didattico, l'integrazione della Sicurezza del Paziente è sviluppata in modo ideale ma ciò richiede equilibrio negli aspetti pratici della sua attuazione.

Quando viene chiesto ad un'Università o ad un Ente di accreditamento dove e come si insegna la Sicurezza del Paziente agli studenti, la Scuola deve avere informazioni sufficientemente dettagliate per consentire ad un osservatore di partecipare allo specifico ambito didattico e vedere come viene erogata la formazione. La combinazione degli approcci precedentemente illustrati potrebbe anche essere più appropriata per la vostra realtà.

Una volta che avrete la soluzione delle modalità di insegnamento della Sicurezza del Paziente nel vostro programma, sarà più facile procedere ad una graduale e

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Grafico A.6.3. Implementare la Sicurezza del Paziente, come argomento a sé stante, all'interno di tematiche preesistenti (A)

Primo anno*	PBL					Caso relativo alla Sicurezza del Paziente			
	Abilità cliniche		Attività di Sicurezza del Paziente						
	Lezioni frontali	Argomento di Sicurezza del Paziente							
Anni intermedi*	PBL					Caso di Sicurezza del Paziente			
	Abilità cliniche		Attività di Sicurezza del Paziente						
	Lezioni frontali	Argomento di Sicurezza del Paziente							
Anni intermedi*	PBL					Caso relativo alla Sicurezza del Paziente			
	Abilità cliniche		Attività di Sicurezza del Paziente						
	Lezioni frontali	Argomento di Sicurezza del Paziente							
Ultimo anno*	PBL					Caso relativo alla Sicurezza del Paziente			
	Abilità cliniche		Attività di Sicurezza del Paziente						
	Lezioni frontali	Argomento di Sicurezza del Paziente							

progressiva integrazione degli argomenti nel corso del tempo, piuttosto che cercare di implementare tutto il vostro piano in una sola volta. Così potrete acquisire esperienza ed iniziare a raggiungere rapidamente piccoli ma importanti obiettivi.

Suggerimenti per l'inclusione dell'insegnamento di Sicurezza del Paziente nel problem-based learning. Alcuni programmi formativi di ambito sanitario utilizzano il PBL come metodo educativo principale. I programmi PBL, originariamente introdotti dall'Università McMaster in Canada, richiedono agli studenti di lavorare insieme, in modo collaborativo, su un particolare argomento, assegnando compiti precisi agli studenti che risolvono i problemi insieme, riflettendo sul loro lavoro. I seguenti suggerimenti mostrano come argomenti di Sicurezza del Paziente possano essere integrati nei casi PBL.

- Includere informazioni utili nei casi che contengono un problema di Sicurezza del Paziente. Per raggiungere questo obiettivo, ricomprendere aspetti correnti, propri del sistema di erogazione delle cure, che forniranno l'opportunità di esplorare le questioni che riguardano la Sicurezza del Paziente.
- Rendere il caso interessante per il contesto sanitario locale e coerente con esso.
- Il caso può includere un quasi evento o un evento avverso.
- Il caso può includere elementi di rischio per la Sicurezza del Paziente, contribuendo in tal modo a favorire il riconoscimento degli stessi da parte degli

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Grafico A.6.4. Implementare la Sicurezza del Paziente, come argomento a sé stante, all'interno di tematiche preesistenti (B)

Primo anno*	PBL		Caso di Sicurezza del Paziente			Caso di Sicurezza del Paziente	
	Abilità cliniche	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente
	Lezioni frontali	Argomento di Sicurezza del Paziente					
Anni intermedi *	PBL			Caso di Sicurezza del Paziente			Caso di Sicurezza del Paziente
	Abilità cliniche	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente
	Lezioni frontali	Argomento di Sicurezza del Paziente					
Anni intermedi *	PBL	Caso di Sicurezza del Paziente		Caso di Sicurezza del Paziente			
	Abilità cliniche	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente
	Lezioni frontali	Argomento di Sicurezza del Paziente					
Ultimo anno*	PBL		Caso di Sicurezza del Paziente			Caso di Sicurezza del Paziente	
	Abilità cliniche	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente	Attività di Sicurezza del Paziente
	Lezioni frontali	Argomento di Sicurezza del Paziente					

studenti.

Il caso può coinvolgere professioni diverse e professionisti assertivi (senza paura di parlare contro il gradiente di autorità), personale più anziano, ricettivo all'intervento da parte dei più giovani, così

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Tabella A.6.4. Esempi su come correlare gli argomenti relativi alla Sicurezza del Paziente negli ambiti didattici preesistenti

Ambiti didattici preesistenti	Componente della formazione sulla Sicurezza del Paziente
Tutoraggio sulle competenze cliniche al letto del paziente/accanto al paziente/in ambulatorio	Ai pazienti si deve sempre fornire una spiegazione e chiedere il consenso come parte del processo formativo, all'inizio della sessione. Il ruolo del tutor deve riflettere il rispetto delle volontà del paziente. I pazienti sono sempre coinvolti come parte del team. Il tutor invita il paziente a partecipare nella discussione del caso perché in possesso di importanti informazioni per le cure.
Competenze relative alle procedure di incannullazione venosa	Tecniche sterili e smaltimento dei taglienti dovrebbero essere incluse. Coinvolgere il paziente nella discussione sulle infezioni. Richiedere il consenso.
Lezione frontale sulla trasfusione di sangue	Rischio per il paziente e azioni per ridurre il rischio devono essere incluse nella lezione. Protocolli a garanzia della trasfusione sicura. Includere le competenze relative al consenso.
PBL sull'embolia polmonare in paziente in terapia con anticoagulanti orali	Gli studenti sono incoraggiati a discutere l'importanza dell'educazione/informazione del paziente quando vengono prescritti farmaci potenzialmente pericolosi.

da garantire la migliore cura del paziente. La questione della Sicurezza del Paziente può essere elemento principale o secondario del PBL.

Esempio di caso PBL

G. S.* è un ragazzo di 15 anni che arriva alla medicina generale con respirazione rumorosa e prurito. Suo padre dice che fino a 30 minuti prima stava bene e che ha iniziato a soffrire all'improvviso. All'esame obiettivo, G.* sembra stressato e nervoso. Il viso è gonfio, le labbra vistosamente ingrossate, non può quasi aprire gli occhi da quanto sono gonfi. Ha macchie rosse sulla pelle e si gratta su tutto il corpo. Respira ed il rumore non cessa.

Caso esempio: il caso può contenere indicazioni su come migliorare la Sicurezza del Paziente.

Un infermiere, un farmacista o uno studente in medicina nota alcune importanti informazioni che il medico ha trascurato. Il caso può descrivere l'infermiere (o altro professionista sanitario) come assertivo (senza paura di parlare contro il gradiente di autorità), il medico ricettivo verso l'infermiere e la cura del paziente migliorata come risultato.

Caso esempio: lo stesso caso scritto in modo da stimolare la discussione sull'errore medico, come pure le risposte alle domande di sopra

G. S.* è un ragazzo di 15 anni che arriva alla medicina generale con respirazione rumorosa e prurito. Suo padre dice che fino a 30 minuti prima stava bene e che ha iniziato a soffrire all'improvviso. All'esame obiettivo, G.* sembra stressato e nervoso. Il viso è gonfio, le labbra vistosamente ingrossate, non può quasi aprire gli occhi da quanto sono gonfi. Ha macchie rosse sulla pelle e si gratta su tutto il corpo. Respira ed il rumore non cessa.

Il padre di G.* riferisce che suo figlio aveva avuto in precedenza un episodio simile, dopo l'assunzione di un farmaco, la penicillina, che gli fu detto di non assumere più, perché avrebbe potuto ucciderlo. G.* è stato visto da un medico questa mattina poiché il naso colava ed aveva mal di gola e febbre. Il medico ha prescritto amoxicillina che G.* ha iniziato ad assumere questa stessa mattina. Il padre di G.* chiede se il figlio potrebbe essere allergico anche a questo nuovo farmaco.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Integrazione della Sicurezza del Paziente nel programma di addestramento relativo alle competenze procedurali

Molte procedure e trattamenti sono potenziali cause di danni per i pazienti. Ciò in particolare nel caso di coinvolgimento di studenti inesperti. Le procedure possono determinare danni attraverso complicazioni, dolore e stress emotivo ed, in primo luogo, perché non efficaci o non necessarie. Le conoscenze, le abilità ed i comportamenti della persona, che effettua la procedura, possono aiutare a ridurre alcuni dei rischi potenziali per i pazienti; integrare la formazione sulla Sicurezza del Paziente con l'addestramento alle competenze procedurali, già a livello universitario, potrà essere d'aiuto agli studenti per sviluppare la consapevolezza delle proprie responsabilità verso i pazienti durante l'esecuzione di procedure. Questa sezione fornisce alcuni suggerimenti su come integrare la formazione sulla Sicurezza del Paziente con l'addestramento nell'ambito delle competenze procedurali nella vostra realtà. Come punto di partenza, considerare le seguenti domande:

1. Quando, dove e come viene proposto l'insegnamento delle competenze procedurali nel vostro programma?
2. Quali sono le competenze oggetto di insegnamento?
3. Quando iniziano gli studenti ad eseguire procedure sui pazienti? L'ideale sarebbe che i messaggi sulla Sicurezza del Paziente precedessero o coincidessero con questo momento.

Argomenti di Sicurezza del Paziente da prendere in considerazione per l'implementazione dei programmi di addestramento alle competenze procedurali

Argomenti generali di Sicurezza del Paziente che sono rilevanti per tutte le procedure:

- la curva di apprendimento. Considerato che è più probabile che uno studente inesperto causi danni e/o fallisca nell'esecuzione della procedura, rispetto ad un professionista con esperienza, quali strategie possono essere utilizzate per ridurre al minimo il danno, pur consentendo l'apprendimento? Ad esempio, il ruolo di un'attenta preparazione e pianificazione, le conoscenze di base, l'osservazione del personale esperto mentre esegue la procedura, la simulazione, la supervisione, il feedback ed il follow-up dei pazienti (Argomenti 2, 5 e 6);
- le conoscenze di base che necessariamente un professionista sanitario deve acquisire relativamente ad una procedura prima di eseguirla (Argomenti 6 e 10);
- precauzioni riguardanti la sterilizzazione e l'asepsi (Argomento 11);
- comunicare il rischio (Argomenti 6 e 9);
- corretta identificazione del paziente, del sito e del lato (Argomento 10);
- follow-up (Argomenti 2, 6, 9 e 10).

L'apprendimento riguardo alla Sicurezza del Paziente e l'applicazione delle performance nello svolgimento di procedure specifiche:

- problemi comuni, rischi, risoluzione dei problemi (Argomenti 2 e 5);
- complicazioni frequenti, più o meno gravi, e le strategie per ridurle al minimo (Argomenti 1 e 5);
- consigli per i pazienti in materia di follow-up (Argomenti 6 e 9);
- familiarità con le attrezzature (Argomento 2);
- applicazioni specifiche dei grandi temi relativi alla Sicurezza del Paziente (tutti gli argomenti).

Esempio. Corretta identificazione del paziente al momento del prelievo.

Come etichettare le provette dei campioni per ridurre al minimo la possibilità di errori di identificazione:

- applicare l'etichetta al letto del paziente;
- controllare il nome del paziente con una domanda diretta aperta;
- assicurarsi che il nome del paziente corrisponda all'etichetta sulla provetta del campione e all'etichetta sul modulo di richiesta, cioè eseguire un "controllo a tre vie".

Per introdurre i temi generali di Sicurezza del Paziente, può essere utilizzata un'ampia varietà di metodi didattici che si applicano all'esecuzione di ogni procedura; ad esempio, lezioni frontali, letture individuali, discussioni di gruppo, esercitazioni ed attività online.

L'occasione migliore per favorire l'apprendimento dei contenuti di conoscenze e di abilità di un argomento relativo alla Sicurezza del Paziente è nello

stesso momento in cui si imparano le tappe delle procedure. Ciò può avvenire nel corso di un tirocinio pratico al letto del paziente, utilizzando un laboratorio di simulazione delle competenze, od un'osservazione partecipante. Gli studenti potrebbero essere invitati a leggere articoli o linee guida prima di partecipare al momento formativo specifico.

I seminari a piccoli gruppi su particolari procedure offrono un'ottima occasione per rinforzare l'apprendimento dei principi generali, per dettagliare le applicazioni pratiche della Sicurezza del Pazienti relative ad una particolare procedura e, per gli studenti, di esercitarsi praticamente sugli elementi di performance della Sicurezza del Paziente.

Ad esempio, se la vostra Scuola utilizza l'addestramento e la formazione attraverso simulazione con scenari già predisposti in ambito di gestione delle maxi-emergenze o di particolari procedure e trattamenti, vi è la possibilità di integrare nel programma la formazione sul team. I vantaggi di questi percorsi formativi integrati con contenuti di Sicurezza del Paziente sono rappresentati dalla concretezza delle situazioni che rispecchiano molte significative difficoltà della vita reale, riproducibili nello scenario. Ad esempio, sapere cosa fare in una situazione di emergenza è ben diverso dal farlo effettivamente, soprattutto in situazioni di lavoro in team; gli elementi realistici introdotti (la pressione del tempo, lo stress, il team, la comunicazione, la familiarità con le attrezzature, il processo decisionale, la conoscenza dell'ambiente) permettono di apprendere interagendo con contesti concreti. Così come per altre forme di apprendimento esperienziale, si creano in tal modo opportunità di mettere in pratica competenze orientate alle pratiche sicure.

Nota: L'insegnamento attraverso simulazione con scenari specificamente predisposti può essere una modalità di apprendimento efficace per gli studenti ma anche piuttosto impegnativa per gli stessi e non sempre agevole. Se si utilizza questo metodo, è fondamentale porre attenzione a ricreare ambienti di apprendimento sicuri e di supporto. Vedi la sezione sui principi educativi di base per maggiori dettagli sulla creazione di ambienti di apprendimento sicuri e di supporto.

Programmi di addestramento per l'acquisizione di abilità

L'addestramento per l'acquisizione di abilità (N.d.T. che non si limita all'ambito tecnico, ma ricopre anche le abilità non tecniche)* include: raccolta dell'anamnesi del paziente, eseguire un esame obiettivo appropriato, il ragionamento clinico, l'interpretazione dei risultati dei test, la preparazione dei farmaci, le abilità procedurali e di comunicazione, la trasmissione delle informazioni, il counselling, il consenso informato.

L'insegnamento delle principali abilità per i professionisti sanitari si giova di varie metodologie: come seminari al letto del paziente, la preparazione di farmaci nelle farmacie, la pratica con pazienti simulati o con colleghi, l'osservazione dei video di performance di esperti, la partecipazione alle attività in ambiente clinico e la presentazione di casi.

Verificate quando e come la vostra Scuola svolge il suo programma di addestramento per lo sviluppo delle abilità.

Un certo numero di argomenti di Sicurezza del Paziente potranno essere inclusi in qualsiasi programma, e, dal momento questo può offrire diverse opportunità di praticare gli elementi di performance di Sicurezza del Paziente, è importante che l'occasione di acquisire buone abitudini professionali sia offerta al più presto possibile. In particolare, i seminari al letto del paziente rappresentano significative opportunità per i tutor di svolgere il ruolo di esempio di pratica sicura, come nel caso della comunicazione centrata sul paziente, dell'igiene delle mani, dell'utilizzo di check-list e di protocolli.

L'addestramento per lo sviluppo delle abilità può offrire agli studenti l'opportunità di conoscere e praticare diversi elementi per la corretta implementazione della Sicurezza del Paziente:

- comunicazione del rischio;
- chiedere il consenso;
- accettare il rifiuto;
- onestà e trasparenza con i pazienti;
- empowerment dei pazienti: dare loro strumenti adeguati per la partecipazione attiva ai propri percorsi di cura;
- mantenere viva l'informazione di pazienti e famigliari;
- igiene delle mani;

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

- centralità del paziente durante l'anamnesi e l'esame obiettivo;
- ragionamento clinico ed errore diagnostico: esame del rapporto rischio beneficio di procedure, indagini e piani di gestione.

Come collaborare con i docenti dei reparti, dei poliambulatori, del territorio e con i docenti/tutor insegnanti dell'addestramento per lo sviluppo delle abilità professionali

Per realizzare la piena integrazione dei principi della Sicurezza del Paziente in tutto il programma formativo, i singoli docenti dovranno collaborare tra loro, in particolare se i percorsi formativi dello specifico tema saranno organizzati in piccoli i gruppi ed esercitazioni pratiche.

Come già accennato all'inizio di questa sezione, molti docenti verosimilmente non avranno familiarità con i concetti della Sicurezza del Paziente e, per essi, gli specifici contenuti teorici e pratici potrebbero essere del tutto nuovi. Può, ad esempio, succedere che gli studenti osservino gli operatori sanitari che, durante il loro lavoro, chiedono ai pazienti il nome in modo frettoloso e magari non rispettoso, che, attraverso scorciatoie, possono compromettere la Sicurezza del Paziente e che poi mostrino un atteggiamento di "colpa e vergogna" quando le cose precipitano. I tutor dovranno, in questo caso, riflettere sul proprio modo di lavorare e sull'effettiva possibilità di diventare efficaci insegnanti di Sicurezza del Paziente ed appropriati modelli di riferimento per i loro studenti.

Le strategie che seguono possono aiutare a coinvolgere i docenti nell'insegnamento della Sicurezza del Paziente:

- realizzare un workshop od una serie di lezioni sulla Sicurezza del Paziente per i docenti;
- invitare relatori di fama per promuovere la Sicurezza del Paziente;
- coinvolgere i docenti, appassionandoli all'argomento, nell'inserimento della Sicurezza del Paziente nei programmi;
- in parallelo, inserire la formazione sulla Sicurezza del Paziente nei programmi post laurea;
  indicare chiaramente gli obiettivi di apprendimento della Sicurezza del Paziente nelle linee guida per la didattica tutoriale;
- fornire indicazioni precise ai tutor sugli argomenti relativi alla Sicurezza del Paziente;
- valutare i contenuti delle verifiche d'esame, relativi alla Sicurezza del Paziente.

Utilizzare casi studio

Nel Manuale vengono forniti svariati casi studio per ogni argomento che possono essere utilizzati per dimostrare perché l'argomento è importante per la Sicurezza del Paziente. La modalità più efficace di utilizzo dei casi studio è quello di dare la possibilità agli studenti ed ai docenti di leggerlo in anticipo, per poi discuterne in piccoli gruppi, seguendo una serie di spunti di riflessione o rispondere a varie domande generate dalla lettura del caso. In alternativa, anche un seminario interattivo con gruppi più numerosi può dare risultati positivi. Alla fine di ogni caso studio, abbiamo incluso anche le domande da porre e/o i punti di discussione. L'obiettivo centrale delle domande è quello di aiutare gli studenti a concentrarsi sui fattori determinanti, piuttosto che sulle persone coinvolte.

Costruire casi studio relativi al contesto locale

I casi studio possono essere dimostrativi di come non fare qualcosa (apprendere dalle esperienze negative) o come fare qualcosa nel modo giusto (apprendere dalle esperienze positive). Ad esempio, se un caso studio è stato sviluppato sul tema "essere un componente efficace del team", il caso studio di contesto locale dovrebbe contenere elementi che riguardano i team familiari agli scenari assistenziali locali, ospedalieri e territoriali.

I seguenti passi aiuteranno nella costruzione di propri casi locali rilevanti che possano risultare interessanti per l'argomento oggetto di insegnamento:

- rivedere le sezioni relative ad ogni argomento nel Manuale delineando:
  - la rilevanza della tematica per lo specifico ambito di lavoro;
  - gli obiettivi di apprendimento per la tematica stessa.
- tenere conto delle attività descritte negli obiettivi;
- ottenere i casi studio dal Manuale, rielaborandoli, oppure chiedendo ai diversi professionisti di area sanitaria

(infermieri, ostetriche, dentisti, farmacisti, medici ed altri), sia ospedalieri che territoriali, di mettere a disposizione le proprie storie personali;
- sviluppare una storia, in forma di caso studio, che, in modo realistico, contenga gli elementi compresi negli obiettivi.

Il contesto del caso studio dovrebbe, però, essere familiare a studenti e professionisti. Per esempio, se non vi sono servizi di farmacia nella realtà locale, i casi studio dovrebbero tenere conto di questo aspetto, non coinvolgendo attivamente tale Servizio nel caso.

Come modificare i casi studio del Manuale
La maggior parte dei casi studio sono stati elaborati e scritti per illustrare un comportamento o un processo. Molti dei casi sono stati selezionati e quelli forniti dai componenti del gruppo di esperti dell'OMS si riferiscono a più di un argomento, come ad esempio gli errori di comprensione, comunicazione, lavoro in team e coinvolgimento dei pazienti. Abbiamo elencato, sotto ogni argomento, tutti i casi che riteniamo possano essere utilizzati per illustrare un obiettivo di apprendimento adeguato.

Sono stati utilizzati diversi tipi di casi che riguardano servizi sanitari che si basano molto sulle tecnologie e che, al contrario, hanno un accesso limitato alle stesse. In conseguenza di ciò, molti dei casi studio possono applicarsi alla maggior parte dei programmi di studio in ambito sanitario; in caso contrario, gli stessi casi studio possono essere adattati modificando il contesto in cui si svolgono. Il caso può anche essere reso contestuale sostituendo il professionista sanitario coinvolto, qualora quello identificato nel caso studio non esista nella realtà. Anche il tipo di paziente può subire modifiche, per esempio, da maschio a femmina o viceversa (se appropriato per ragioni culturali od altre motivazioni), così come la presenza o meno di membri della famiglia, provenienti da zone rurali o urbane. Dopo aver modificato un caso studio allo scopo di adattarlo a elementi locali, far leggere il caso ad un collega per la verifica della verosimiglianza e della rilevanza come argomento, ambientazione e contesto.

7. Concetti fondamentali sui principi formativi per l'insegnamento e l'apprendimento in ambito di Sicurezza del Paziente

La formazione in tema di Sicurezza del Paziente deve favorire l'acquisizione da parte degli studenti di una pratica sicura ed il miglioramento degli esiti delle cure prestate ai pazienti; perché questo accada, essa deve essere vissuta dagli studenti stessi come un ambito didattico significativamente concreto. Come con qualsiasi insegnamento, uno dei maggiori problemi è quello di garantire il trasferimento di ciò che si è appreso nei contesti di lavoro. Ma allora, cosa possono fare i docenti per incoraggiare gli studenti ad applicare concretamente ciò che hanno imparato nella pratica reale e quotidiana?

Le seguenti strategie possono essere di aiuto.

Il contesto è molto rilevante per l'insegnamento in ambito di Sicurezza del Paziente

Contestualizzare i principi di Sicurezza del Paziente

Occorre dimostrare la reale rilevanza dei principi della Sicurezza del Paziente per le attività quotidiane degli operatori sanitari. Lo scopo è quello di mostrare agli studenti come e quando applicare le loro conoscenze sulla Sicurezza del Paziente, obiettivo che si può raggiungere utilizzando esempi reali che gli studenti possono poi collegare alla pratica di tutti i giorni.

Utilizzare esempi che sono realistici per il vostro specifico ambito assistenziale

Pensate al tipo di lavoro che la maggior parte dei vostri studenti faranno dopo essersi laureati e tenete questo ben presente quando scegliete i contesti clinici in cui inserire la formazione sulla Sicurezza del Paziente. Un caso di malnutrizione, obesità patologica o malaria, per fare alcuni esempi, potrebbero non essere particolarmente utili se queste condizioni fossero particolarmente rare nella vostra realtà. Utilizzate, invece, casi, situazioni e modelli assistenziali che sono comuni e rilevanti per la maggior parte dei professionisti.

Identificare le applicazioni pratiche

Aiutate gli studenti ad identificare le situazioni in cui si possono applicare le loro conoscenze e abilità in ambito di Sicurezza del Paziente. In questo modo, loro saranno più propensi a riconoscere le opportunità per una pratica sicura nel contesto operativo in cui si vedono inseriti. Per esempio, l'identificazione corretta del paziente è importante nelle attività che prevedono:

- invio dei campioni di sangue;
- somministrazione di farmaci;
- etichettatura delle richieste di indagini radiologiche;
- compilazione delle cartelle cliniche dei pazienti;
- compilazione delle termografiche dei pazienti;
- esecuzione di procedure;
- lavoro con i pazienti che hanno difficoltà comunicative;
- comunicazione con la famiglia e con i parenti del paziente;
- invio del paziente ad altri operatori e contesti sanitari.

Utilizzare esempi che sono (o presto saranno) interessanti o rilevanti per gli studenti

Creare situazioni che gli studenti potranno ritrovare quando saranno diventati giovani operatori sanitari o studenti in tirocinio. Ad esempio, se il tema trattato è sull'essere garante della salute dei pazienti, è preferibile usare l'esempio di uno studente assertivo che si relaziona con un professionista esperto, piuttosto che il caso di un professionista esperto che deve essere assertivo nei confronti della direzione ospedaliera. In tal modo, agli occhi degli studenti la circostanza descritta risulterà più evidente, motivante e rilevante ed il

Caso studio

Durante la partecipazione come osservatore ad un intervento chirurgico, uno studente infermiere si accorge che il chirurgo sta suturando la ferita mentre è ancora presente del materiale all'interno del paziente. Lo studente è incerto sul fatto che il chirurgo sia o non sia consapevole della presenza del materiale e si chiede se sia il caso di parlare o meno.

messaggio formativo più efficace.

Dare agli studenti l'opportunità di applicare le loro conoscenze ed abilità riguardo alla Sicurezza del Paziente

Dare agli studenti l'opportunità di svolgere "una pratica sicura" favorisce l'acquisizione di comportamenti che è auspicabile, diventeranno abituali, così che gli studenti avranno una maggiore attitudine ad affrontare le diverse situazioni cliniche con un atteggiamento mentale basato sui principi della Sicurezza del Paziente.

Adottare pratiche sicure può trovare ambiti di applicazione non appena gli studenti iniziano il loro addestramento, ad esempio in:

- seminari o studio individuale: brainstorming di soluzioni per affrontare condizioni pericolose;
- in ambiente o in scenari di simulazione: esercitazioni, laboratori di simulazione, giochi di ruolo;
- ambiente clinico: l'igiene delle mani nella visita dei pazienti, l'identificazione corretta del paziente quando si esegue un prelievo di sangue;
- interazioni con il paziente: durante una visita o un consulto, gli studenti possono esercitarsi a incoraggiare i pazienti ad essere correttamente informati, a porre domande sul proprio processo assistenziale e ad essere proattivi per contribuire all'appropriatezza delle cure.

Creare un ambiente di apprendimento favorevole ed efficace

Anche gli aspetti relativi all'ambiente ed al contesto formativo possono avere un impatto sull'efficacia dell'insegnamento e dell'apprendimento. Contesti ed ambienti formativi ideali sono quelli che appaiono sicuri, solidali, stimolanti e coinvolgenti.

Ambienti di apprendimento sicuri e di sostegno

Un ambiente di apprendimento sicuro e di sostegno è quello in cui:

- gli studenti non si preoccupano di porre domande "stupide";
- segnalano di propria iniziativa ciò che non capiscono;
- condividono ciò che hanno capito in modo aperto e trasparente.

Gli studenti che si sentono sicuri e supportati tendono ad essere più aperti durante i processi di apprendimento, ad affrontare con atteggiamento positivo gli impegni e le sfide a cui sono esposti nonché a partecipare con maggiore disponibilità ed attivamente alla didattica.

Al contrario, se gli studenti si sentono insicuri e non sufficientemente sostenuti, tenderanno ad essere riluttanti a rivelare le proprie carenze formative e meno propensi ad impegnarsi attivamente, nel timore di trovarsi in imbarazzo o di essere umiliati davanti ai docenti ed ai colleghi. In questa situazione, l'obiettivo primario dello studente sarà più l'auto-difesa piuttosto che l'apprendimento. L'attenzione per la creazione di un ambiente di studio sicuro e di sostegno non solo rende più piacevole l'apprendimento ma anche, e soprattutto, più efficace. Ed i docenti hanno un ruolo fondamentale nel rendere l'ambiente, dove si svolge la formazione, un luogo confortevole per gli studenti.

Suggerimenti per contribuire a creare un ambiente di apprendimento sicuro e di supporto:

- Presentarsi agli studenti e chiedere agli studenti di presentarsi. Mostrare interesse per loro come individui e per il loro apprendimento.
- All'inizio, prima di entrare nell'argomento oggetto di insegnamento, spiegarne le modalità di svolgimento, permettendo in tal modo agli studenti di conoscere cosa dovranno aspettarsi, ma cosa ci si aspetta da loro.
- Orientare gli allievi nell'ambiente in cui si svolge l'insegnamento. Ciò è particolarmente importante se si tratta di un contesto assistenziale, di un ambiente clinico o di simulazione. Per gli studenti è necessario sapere quali sono le attese nei loro confronti nel contesto e nell'ambiente in cui si trovano e che per loro possono essere del tutto nuovi.
- Invitare gli studenti a porre domande e ad esprimere i propri dubbi. In questo caso il messaggio è che non sapere non deve essere colpevolizzante.
- Non criticare o umiliare uno studente per la mancanza di conoscenze o per scarsa efficacia. Piuttosto, le carenze e le criticità dovrebbero essere viste come opportunità di migliorare l'apprendimento.
- Se è necessaria la partecipazione attiva, chiedere se ci sono volontari, piuttosto che individuare le persone.

Simulazione

Gli ambienti di simulazione comprendono scenari e contesti reali e altri soltanto realistici che riproducono la realtà; per questo motivo essi possono presentarsi fuorvianti agli occhi degli studenti a cui viene richiesto di comportarsi come se anche la componente simulata ed i suoi aspetti fossero parte della realtà. Per evitare ogni tipo di disagio, occorre assicurarsi che gli allievi siano consapevoli del livello di immedesimazione richiesto per il gioco di ruolo e quanto realisticamente ci si aspetti da parte loro di affrontare le situazioni proposte. (N.d.T. E' fondamentale, per esempio, distinguere l'addestramento - imparare manovre od abilità tecniche - dalla formazione - affrontare situazioni critiche con abilità non tecniche - in simulazione)*: può essere molto imbarazzante per uno studente in infermieristica parlare con un arto utilizzato per la simulazione di tecniche di incannullamento venoso, come se avesse di fronte un vero paziente. Tipico caso in cui, in effetti, l'intenzione del docente e l'obiettivo della simulazione erano di favorire la pratica manuale della procedura.

- Considerate l'opportunità di mostrare come fare qualcosa in prima persona e solo dopo chiedere agli studenti di eseguirlo. Ad esempio, quando si insegna come creare un campo sterile prima di un'iniezione, è molto più efficace dimostrare come farlo correttamente all'inizio, piuttosto che un allievo lo faccia davanti ai suoi colleghi, prima di aver visto come si fa, e commettere errori che devono essere poi corretti.
- Quando si devono porre domande ad un gruppo di studenti, è meglio, prima fare il quesito, poi dare ad essi il tempo di riflettere e quindi stimolare qualcuno alla risposta. Mai individuare un allievo prima di porre la domanda: questo può creare difficoltà ed una relativa ansia chi non favoriscono la riflessione, quando un'intera classe è in attesa della risposta, per lo studente che, invece, dovrebbe pensare con chiarezza.
- Se, come docente, vi viene posta una domanda della quale non conoscete la risposta, non cercate di nasconderlo né scusatevi per questo, altrimenti il vostro messaggio sarà interpretato dagli studenti che non sapere sia inaccettabile. Una citazione utile da ricordare è "le tre parole più importanti in materia di formazione professionale sanitaria sono *Non lo so*" [1].
- Quando fornite un feedback sui risultati pratici (o in ambito di simulazione), favorite una conversazione bidirezionale. Chiedete agli studenti il loro parere, prima di dare il proprio, evidenziando gli aspetti di performance eseguiti in modo corretto ed anche le aree che richiedono ulteriore impegno e lavoro. Aiutate gli studenti a pianificare le azioni necessarie per affrontare e sviluppare le aree che richiedono maggiore attenzione.

Ambienti di apprendimento stimolanti e coinvolgenti

Gli studenti che vengono stimolati dal docente possono progredire con il loro apprendimento più rapidamente; un ambiente didattico stimolante è quello nel quale gli studenti sono incoraggiati a pensare e fare le cose in modo nuovo, favorendo ipotesi e sviluppando nuove competenze. Cosa che gli studenti apprezzano molto. E' importante sottolineare la differenza tra un ambiente formativo stimolante ed uno intimidatorio. Un ambiente formativo sicuro e che offre sostegno è, inoltre, prerequisito essenziale per gli studenti più difficili. Gli studenti che vengono messi nella condizione di sentirsi sicuri e supportati sono aperti alle sollecitazioni e, quando si trovano di fronte ad una sfida, saranno più inclini ad impegnarsi.

Altro aspetto fondamentale per un insegnamento efficace è quello di coinvolgere gli studenti, utilizzando attività formative che obblighino ad esercitare la mente, la parola e l'azione, non solo la funzione di ascolto. Cercate di evitare o limitare al minimo le attività in cui gli studenti sono semplicemente destinatari passivi di informazioni. Più attiva è la partecipazione alle fasi di apprendimento, più probabile che si abbia un impatto efficace e stabile sullo sviluppo di conoscenze ed abilità degli studenti.

Le attività di apprendimento pratico ed esperienziale, come intervistare un paziente, eseguire una procedura nel corso di una esercitazione od in un gioco di ruolo, sono di solito molto coinvolgenti, per il semplice motivo che richiedono agli studenti di fare le cose. Il lavoro in piccoli gruppi tende anch'esso ad essere coinvolgente a

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

causa della natura collaborativa delle attività, della prerogativa dei casi in esame di generare domande e della necessità di risolvere i problemi ad essi legati.

Può essere stimolante anche tenere lezioni frontali ma coinvolgenti. Può essere di aiuto:

- cercare di essere interattivi;
- porre domande agli studenti;
- fare in modo che gli studenti discutano un problema o condividano le loro esperienze a coppie;
- raccontare una storia per illustrare un punto;
- utilizzare esempi o problemi che gli studenti possano facilmente riconoscere negli obiettivi della lezione;
- mettere in relazione i concetti teorici con esempi concreti;
- chiedere agli studenti di analizzare criticamente un video, un caso, un'affermazione, un problema od una soluzione.

Anche attività come l'osservazione di pratiche assistenziali in ospedale o nel territorio, la lettura critica di un articolo o la presenza ad una procedura, possono essere rese più coinvolgenti se gli studenti hanno un proprio compito da svolgere come parte del processo. L'ideale sarebbe se il loro compito potesse contribuire a sviluppare capacità critiche e di riflessione. Per esempio, se è prevista la partecipazione ad audit o riunioni di peer review, gli studenti potrebbero avere delle domande predisposte a cui rispondere in base alle loro osservazioni.

Stili ed approcci all'insegnamento

Ogni docente tende a sviluppare ed adottare, per quanto possibile, un proprio stile di insegnamento ed un conseguente approccio ad esso [2]. La loro scelta da parte dei docenti è spesso determinata dalla combinazione di una serie di fattori: dai punti di vista dell'insegnante sulle migliori metodologie didattiche, dalle sue attitudini, dall'approccio didattico nel quale si sente più a suo agio.

Gli stili possono variare da un approccio "guidato dal docente", dove l'insegnante assume il ruolo centrale di esperto e presenta gli argomenti agli allievi, prevalentemente attraverso lezioni frontali e magistrali, o esegue dimostrazioni pratiche tramite modelli di ruolo e di funzioni, all'approccio "centrato sullo studente", in cui il docente può assumere il ruolo di facilitatore dell'auto apprendimento degli studenti, individuale o con i colleghi, in piccoli gruppi, come nel caso dei project work. I docenti che adottano l'approccio centrato sugli studenti, detengono anche funzioni di motivatori e di guida dei discenti mentre si concentrano sull'apprendimento in una specifica attività. Ai docenti si richiede di usare nel miglior modo possibile le proprie competenze nella formulazione e presentazione di attività di apprendimento coinvolgenti, nella facilitazione della discussione di gruppo e nella promozione del dibattito tra gli allievi, così che esprimano il proprio pensiero, pongano domande e provochino l'opportunità di un efficace feedback.

Ogni stile di insegnamento presenta vantaggi e svantaggi, diversi a seconda del contenuto dell'insegnamento, del numero di studenti, delle abitudini ed attitudini degli studenti che ne condizionano l'apprezzamento dell'uno o dell'altro approccio didattico, delle specifiche competenze e capacità del docente, del tempo e delle risorse a disposizione per il ciclo di lezioni/seminari. I vantaggi dello stile di approccio centrato sullo studente sono l'incoraggiamento della partecipazione e collaborazione, l'opportunità di sviluppare le capacità di comunicazione ed il problem-solving proattivo degli studenti: tutte esperienze assai utili nella prospettiva di diventare un'efficace componente del team futuro lavoro. E', però, altrettanto importante avere la consapevolezza che oltre al proprio stile di insegnamento di riferimento esistono anche altre modalità di approccio alla didattica, altrettanto o, addirittura, più efficaci in particolari circostanze. Di qui la raccomandazione ai docenti di sviluppare flessibilità, indispensabile, poi, qualora si debbano adattare i propri metodi per il disegno complessivo dei Corsi e del piano formativo generale.

Harden identifica sei ruoli essenziali del docente [3]:

- fornitore di conoscenze;
- modello;
- facilitatore;
- valutatore;
- pianificatore;

- produttore di risorse.

Come fornitore di conoscenze nel campo della Sicurezza del Paziente, è certamente fondamentale essere ben preparati sui principi di base, dall'importanza specifica che essa ha nei diversi ambiti clinici ed assistenziali, a quello che ogni operatore sanitario può fare per promuovere la sicurezza nel proprio contesto. Ma accanto al livello di preparazione, per i docenti è di grande aiuto dedicare quanto più tempo possibile ad analizzare e riflettere sulla propria pratica e sulle differenti modalità di approccio ai rischi nel proprio ambiente di lavoro; questo può essere veramente significativo nell'identificazione dei principali elementi da proporre agli studenti, mostrando loro come mettere in atto una pratica sicura. Quando ci si trova nei diversi ambienti assistenziali, in presenza dei pazienti, gli studenti potranno osservare come il docente:

- interagisce con i pazienti e le famiglie;
- rispetta la volontà dei pazienti e delle famiglie;
- informa i pazienti e le famiglie sugli eventuali rischi;
- considera il rapporto rischio-beneficio nello stabilire i piani di cura;
- stimola le domande dei pazienti e delle famiglie e ad esse risponde;
- cura l'igiene delle mani tra un paziente e l'altro;
- adotta un approccio appropriato al lavoro in team;
- apprezza i consigli dei colleghi;
- aderisce ai protocolli ed alle procedure standard della propria struttura;
- riconosce il valore dell'incertezza;
- riconosce i propri errori ed impara da questi e dagli errori degli altri [4];
- affronta e risolve i problemi con un approccio sistemico;
- ha cura di se stesso e dei colleghi.

Si può essere un efficacissimo insegnante di Sicurezza del Paziente semplicemente comportandosi come un professionista realmente preoccupato di garantire sicurezza, in presenza di studenti altrettanto desiderosi di imparare a farlo.

Prendere in considerazione il paziente nei percorsi di apprendimento della Sicurezza del Paziente

La formazione alla Sicurezza del Paziente può essere inserita in molti diversi contesti formativi, dagli ambienti assistenziali, all'aula, alla sala di esercitazione; occorre solo la conoscenza delle differenti opportunità di apprendimento e del come realizzarle.

Le seguenti domande incomplete possono dare un'idea su come creare un'occasione di apprendimento in ambito di Sicurezza del Paziente:

- Quali sono i rischi per il paziente in questo contesto ...
- Di che cosa dobbiamo essere consapevoli in questa situazione ...
- Come possiamo minimizzare i rischi …
- Che cosa renderebbe questa situazione più rischiosa per il paziente ...
- Che cosa dovremmo fare se X dovesse accadere ...
- Quale sarà il nostro piano B ...
- Che cosa dovremmo dire al paziente se si è verificato X ...
- Quali sono le nostre responsabilità ...
- Chi altro potrebbe aiutare in questa situazione ... altro personale sanitario? Il paziente?
- Che cosa è successo? Come possiamo impedire che questo accada in futuro ...
- Che cosa possiamo imparare da questa situazione ...
- Guardiamo il rapporto rischio-beneficio del piano previsto.

Gli studenti vedranno come il miglior insegnamento possa arrivare dai pazienti stessi. Il loro ruolo nella formazione in ambito sanitario ha una lunga storia, di solito in relazione alla descrizione della loro esperienza di una malattia od il loro punto di vista sulla malattia stessa. Tuttavia, essi possono anche insegnare agli studenti la comunicazione, l'informazione sul rischio, l'etica, le risposte agli eventi avversi ed altro ancora.

Una nota cautelativa

Ricordate che gli studenti possono perdere fiducia se vi è un'eccessiva enfasi sul rischio, sugli errori e sul danno al paziente. Un bravo docente di Sicurezza del Paziente sarà in grado di bilanciare queste problematiche, affrontando gli aspetti positivi della materia (come, ad esempio, le possibili soluzioni ai problemi ed i progressi in materia di Sicurezza del Paziente) e mettere gli studenti nelle condizioni di conoscere ed adottare strategie concrete

per migliorare la loro pratica clinica. E' importante anche fare sì che gli studenti abbiano sempre presenti e chiari i successi della gran parte dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali attuati sui pazienti. La Sicurezza del Paziente ha un obiettivo primario assolutamente positivo: migliorare i processi assistenziali.

Strumenti e bibliografia

Teaching on the run è stato sviluppato dai medici australiani ed è rilevante per la formazione dei professionisti sanitari nel proprio contesto lavorativo, dove vi è una consistente richiesta di docenti di ambito professionale sanitario. (http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/on-the-run/tips; visitato il 4 gennaio 2011).

National Center for Patient Safety of the US Department of Veterans Affairs (www.patientsafety.gov; visitato il 17 febbraio 2011).

Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, eds. *ABC of learning and teaching in medicine*, 2nd ed., London, British Medical Journal Publishing Group, 2010.

Sandars J, Cook G, eds. *ABC of patient safety*. Malden, MA, Blackwell Publishing Ltd, 2007.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Bibliografia

1. “I don’t know”: the three most important words in education. *British Medical Journal*, 1999, 318:A.
2. Vaughn L, Baker R. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods. *Medical Teacher*, 2001, 23:610–612.
3. Harden RM, Crosby J. Association for Medical Education in Europe Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 2000, 22:334–347.
4. Pilpel D, Schor R, Benbasset J. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching programme. *Medical education*, 1998, 32:3–7.

8. Attività per sostenere la comprensione della Sicurezza del Paziente

Introduzione

Gli studenti di area medica e delle professioni sanitarie vengono abituati, attraverso lo studio guidato, prima ad acquisire nuove conoscenze e, successivamente, ad impegnarsi nella loro applicazione, sviluppando adeguate abilità nella cura dei pazienti. Nel caso della Sicurezza del Paziente, il solo impegno, anche significativo, non sarà sufficiente [1]; dovrà, invece, essere data grande importanza e posta non poca attenzione ai tempi ed alle modalità di formazione.

Lo scopo di questo capitolo è delineare le varie strategie che possono essere utilizzate per favorire i processi di apprendimento delle tematiche proprie della Sicurezza del Paziente. Se da un lato l'approccio e la pianificazione didattica non sono diversi da quelli utilizzati per l'insegnamento di altri campi della sanità, nell'ambito della Sicurezza del Paziente, i docenti dovranno confrontarsi con la necessità di verificare se gli specifici contenuti didattici possono essere inseriti nelle attività teoriche e pratiche di insegnamento già esistenti. Se questo fosse possibile, eviterebbe che le tematiche relative alla Sicurezza del Paziente vengano viste come un'"aggiunta" (e quindi lavoro in più) piuttosto che, più semplicemente, come parte integrante di un approccio olistico alla formazione in ambito sanitario.

Un principio fondamentale, in linea con i principi di un insegnamento efficace, è che dovrebbero essere enfatizzate il più possibile le opportunità di "apprendimento attivo", nelle quali gli studenti si possano significativamente impegnare in prima persona nel processo di apprendimento, piuttosto che essere destinatari passivi di conoscenze.

L'apprendimento attivo può essere riassunto così [2]:

Non spiegare una cosa agli studenti quando gliela puoi mostrare e non mostrare loro quello che possono fare da soli

Lowman ha delineato alcune strategie didattiche per aumentare l'efficacia dell'apprendimento attivo, tra cui [3]:

- utilizzare informazioni che interessino veramente gli studenti e siano relative ad eventi reali;
- presentare materiale didattico che colpisca o provochi reazioni;
- dare riconoscimenti ai discenti;
- legare i temi insieme con quanti più argomenti possibile;
- richiamare le conoscenze già presenti, utilizzando pre-test, mappe concettuali e la verifica dei saperi minimi;
- mantenere alto il tenore di impegno degli studenti presentando, di volta in volta, argomenti più difficili;
- dare dimostrazioni pratiche dei comportamenti che si stanno promuovendo.

Lezioni frontali

In una lezione frontale [4], il docente, in linea generale, presenta un argomento ad un consistente gruppo di studenti. Questo avviene tradizionalmente in un'aula con la presenza fisica del docente, anche se, recentemente, alcune Università hanno iniziato ad offrire agli studenti la possibilità di seguire le lezioni online, tramite podcasting.

Le lezioni frontali dovrebbero presentare:

- lo scopo che indichi in modo chiaro e semplice il tema generale della lezione (…questa lezione vi farà conoscere il tema della Sicurezza del Paziente);
- gli obiettivi formativi realizzabili nell'arco della lezione (…alla fine di questa lezione sarete in grado di elencare tre grandi studi che evidenziano l'entità dei danni causati dall'assistenza sanitaria).

La durata delle lezioni frontali dovrebbe essere di 45 minuti; un tempo inferiore è in genere insufficiente a sviluppare in modo organico un tema ed una durata superiore può accompagnarsi ad un calo di concentrazione degli studenti. E' essenziale, pertanto, che i contributi didattici non contengano troppo materiale; per questo motivo è preferibile focalizzare al massimo quattro o cinque punti chiave.

Le lezioni frontali sono spesso strutturate in tre elementi principali (introduzione, corpo, chiusura):

- l'introduzione è la parte iniziale, nella quale il docente spiega perché l'argomento è importante e delinea gli obiettivi della lezione;
- il corpo è il contenuto principale della lezione che sviluppa i punti chiave;
- la conclusione dovrebbe rivedere gli obiettivi correlandoli ai punti chiave della presentazione.

Vantaggi delle lezioni frontali:
- si possono trasmettere informazioni ad un gran numero di studenti insieme e contemporaneamente;
- la loro utilità è notevole quando si devono fornire panoramiche generali di grandi temi, divulgare nozioni od introdurre concetti teorici;
- presentano conoscenze ed aggiornamenti non facilmente accessibili in testi o documenti o non ancora disponibili;
- spiegano ed approfondiscono concetti, idee e problemi complessi, di difficile approccio, ed il modo per affrontarli.

Nodi problematici:
- mantenere un gran numero di studenti attivamente impegnati;
- gli studenti più anziani ed i giovani operatori sanitari preferiscono in genere tecniche di formazione di tipo più esperienziale;
- capacità del docente di affrontare la presentazione degli argomenti;
- condizionamenti legati alla disponibilità ed all'utilizzo delle tecnologie audiovisive;
- specificità dei temi trattati (rischi e danni legati all'assistenza) che può risultare avvilente per gli allievi.

Esempi:
- Argomento 1: Che cos'è la Sicurezza del Paziente?
- Argomento 2: Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente.

L'apprendimento sul campo nell'ambito di stage e tirocinio clinico
Ricomprende tutte le occasioni in cui l'insegnamento si verifica nel contesto della pratica clinica ed assistenziale in ospedale, nelle strutture territoriali o al letto del malato.

Vantaggi:
- la formazione in reparto, ambulatorio e durante l'assistenza al paziente offre opportunità ideali per insegnare ed apprendere le competenze tecniche necessarie per eseguire una anamnesi od un esame obiettivo, ma anche le abilità non tecniche indispensabili per una corretta comunicazione ed un appropriato approccio alla relazione interpersonale; in tale contesto il docente può anche assumere il ruolo di modello di riferimento per gli ambiti della sicurezza, dell'etica e della pratica professionale;
- i problemi di Sicurezza del Paziente sono presenti ed utilizzabili come esempi ovunque nell'ambiente sanitario;
- è contestualizzata;
- è reale e pertanto assume grande importanza nei percorsi formativi;
- suscita indubbio interesse e spesso stimola il desiderio di imparare.

Nodi problematici:
- poca disponibilità di tempo a causa della pressione del lavoro;
- mancanza di conoscenze specifiche sulle modalità di inserimento dei temi della Sicurezza del Paziente nelle attività didattiche pratiche e professionalizzanti;
- si realizza in modo "opportunistico", cioè non programmabile ma legata alle opportunità (correlate alla natura dei problemi clinici ed assistenziali presenti nella struttura) e pertanto non prevedibile in un programma didattico pianificato.

Esempi:
- Argomento 9: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali (l'igiene delle mani).
- Argomento 10: Sicurezza del Paziente e procedure invasive (incluse le procedure di identificazione del paziente).

Strumenti e bibliografia
Teaching on the run è stato sviluppato dai medici australiani ed è rilevante per la formazione dei professionisti sanitari nel proprio contesto lavorativo, dove vi è una consistente richiesta di docenti di ambito professionale sanitario. (http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/on-the-run/tips; visitato il 4 gennaio 2011).

Attività formative in piccoli gruppi - apprendere in team
E' una modalità di auto apprendimento di gruppo, con o senza la guida di un tutor, o attraverso l'interazione degli studenti con un paziente; in questa tipologia, gli studenti si confrontano con un determinato problema

clinico o assistenziale con un loro coinvolgimento attivo, così da diventare essi stessi responsabili del proprio apprendimento. Un esempio è il project work.

Vantaggi:
- condivisione di storie vissute in prima persona;
- ascolto delle storie dei pazienti;
- apprendimento dai colleghi;
- molteplici prospettive che sviluppano una visione multidimensionale dei problemi;
- apprendimento delle caratteristiche del lavoro in team e delle competenze necessarie per una comunicazione efficace.

Nodi problematici:
- legati alle dinamiche di gruppo ed alle difficoltà di gestione dello stesso;
- condizionamenti derivanti dalle risorse e, soprattutto, dal tempo a disposizione del tutor;
- esperienza del tutor.

Esempi:
- Argomento 2: Perché il fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente (come nel caso dell'interazione tra le persone e le tecnologie di più frequente utilizzo).
- Argomento 4: Partecipare efficacemente al lavoro in team in ambito clinico.

Strumenti e bibliografia

Learning to use patient stories. NHS Evidence - innovation and improvement (http://www.library.nhs.uk/improvement/viewR eso urce.aspx?resID=384118; visitato il 4 gennaio 2011).

Beyea SC, Killen A, Knox GE. Learning from stories–a pathway to patient safety. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 2004, 79, 224-226.

Questo Manuale del percorso formativo:
- consente alle organizzazioni sanitarie ed ai loro team di implementare con successo una serie di interventi per migliorare la sicurezza e la qualità delle cure erogate ai pazienti;
- è basato soprattutto sulla raccolta e l'utilizzo di autentiche storie di pazienti; propone un metodo per la raccolta di storie utilizzabili, raccolte da diversi ambiti sociali, pazienti, caregiver ed operatori sanitari;
- mette chiaramente in evidenza come ognuno esprima una diversa, ma altrettanto preziosa, percezione della propria esperienza assistenziale.

Discussione di casi
- E' la discussione collegiale di un gruppo di studenti, più spesso con l'aiuto di un tutor, di un caso clinico.

Vantaggi:
- può utilizzare casi reali o di fantasia (ma comunque realistici) per illustrare i principi della Sicurezza del Paziente;
- è contestualizzata: conferisce ai concetti realismo e concreta rilevanza;
- favorisce l'apprendimento delle possibili soluzioni dei problemi che si presentano nel proprio contesto;
- favorisce il collegamento di concetti astratti alle situazioni reali.

Nodi problematici:
- la scelta e l'adattamento di casi reali utili per incoraggiare gli studenti ad impegnarsi attivamente nella discussione;
- solo se utilizzati in modo efficace, si stimola il pensiero e si genera apprendimento riflessivo;
- gli studenti vanno significativamente incoraggiati perché arrivino a generare essi stessi le soluzioni.

Strumenti e bibliografia

Analisi di eventi avversi dell'ospedale, poliambulatorio o posto di lavoro.

Agency for Healthcare Research and Quality weekly morbidity and mortality cases (http://webmm.ahrq.gov/; visitato il 4 gennaio 2011).

Giochi di ruolo (N.d.T. e serious games*)

Si tratta di attività che, in modo anche piacevole, favoriscono alcuni ambiti di apprendimento. (N.d.T. possono svolgersi in scenari reali (giochi di ruolo) o virtuali (serious games, avatar, simulazioni computerizzate)*).

Vantaggi:
- divertenti, piacevoli;
- stimolanti;
- possono sviluppare anche abilità non tecniche, come il lavoro in team e la comunicazione.

Nodi problematici:
- si dovrebbe sempre contestualizzarli nel proprio ambiente di lavoro;
- è indispensabile definire e descrivere preliminarmente con chiarezza gli scopi del gioco.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Strumenti e bibliografia

http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm; visitato il 4 gennaio 2011.

Studio individuale

Studio svolto in autonomia, anche in forma guidata, dallo studente, come nel caso di svolgimento di compiti o la stesura di saggi.

Vantaggi:

- ogni studente può procedere con i propri tempi e ritmi di lavoro;
- lo studente può meglio concentrare i propri sforzi sulle criticità della sua preparazione;
- favorisce l'opportunità di riflessione;
- è economico e facile da programmare;
- è flessibile per lo studente.

Nodi problematici:

- la motivazione;
- la mancanza di esposizione a stimoli esterni;
- basso grado di coinvolgimento;
- valutazioni impegnative da parte dei docenti e maggior tempo necessario per i loro feedback agli studenti.

Accompagnare un paziente che utilizza un servizio sanitario (in ospedale, in una struttura territoriale, in ambulatorio) nel suo percorso

Uno studente affianca il paziente durante il suo percorso, potendo in tal modo osservare e monitorare l'evoluzione clinica tappa per tappa, attraverso per tutte le indagini, i test e le procedure assistenziali.

Vantaggi:

- offre l'opportunità di venire a contatto con tutti i moduli delle Rete dell'Assistenza integrata e vederne le funzioni ed i modelli operativi*;
- aiuta a vedere l'assistenza dal punto di vista del paziente;
- permette di rendersi conto delle relazioni e dell'integrazione fra i diversi nodi della Rete assistenziale e delle modalità con cui essi interagiscono*.

Nodi problematici:

- difficoltà di programmazione ed organizzazione;
- concretizzare e maturare l'esperienza fatta in successivi esercizi di apprendimento;
- difficoltà di realizzare occasioni per gli studenti di condividere tra di loro l'apprendimento, ottenere feedback dai colleghi, valutazione da parte dei docenti/tutor.

Giochi di ruolo (GdR)

E' una metodologia formativa ormai largamente utilizzata che permette agli studenti, assieme eventualmente ad altri figuranti o agli stessi docenti, di interpretare il ruolo di un operatore sanitario in situazioni (*scenari*) particolari in cui:

- gli studenti improvvisano il dialogo e le azioni ritenute più appropriate allo scenario predeterminato;
- gli studenti "recitano" un vero e proprio copione nei ruoli diversi in una trasposizione scenica di un caso-studio.

(N.d.T. In alcuni casi è possibile utilizzare i GdR, con identica modalità, ma coinvolgendo nello scenario, in cui studenti, figuranti e docenti interpretano il proprio ruolo, altri (studenti od operatori) "ignari" di cui vengono valutate le abilità tecniche e non tecniche nell'affrontare le situazioni proposte.*)

Vantaggi:

- economico;
- richiede bassi livelli di formazione;
- sempre disponibile;
- interattivo: consente agli studenti di provare, in diversi scenari, "cosa succederebbe se…";
- esperienziale: introduce e mostra agli studenti i ruoli che pazienti, le loro famiglie, gli operatori sanitari e tutte le altre figure svolgono in situazioni che riguardano la Sicurezza del Paziente;
- consente agli allievi di calarsi in ruoli professionali di maggiore esperienza o in quello del paziente;
- mette in evidenza i punti di vista dei diversi "personaggi";
- ideale per analizzare i fattori che entrano in gioco nel lavoro in team, l'interazione e la comunicazione interprofessionale per il miglioramento della Sicurezza del Paziente.

Nodi problematici:

- scrivere scenari coerenti ed efficaci;
- sviluppare situazioni sufficientemente significative che consentano scelte, decisioni, attriti;
- richiede tempo;
- non tutti gli studenti sono coinvolti, alcuni sono solo spettatori passivi (N.d.T. o al massimo osservatori partecipanti ai

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

quali, tuttavia, opportunamente addestrati, può essere assegnata la funzione di valutatori nel debriefing)*;
- gli studenti possono andare fuori tema e il gioco di ruolo finisce in un “fiasco”.

Strumenti e bibliografia

Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628-630.

Simulazione

Nel contesto dell’assistenza sanitaria, la simulazione è definita come *"una tecnica formativa che permette l’interattività, ma anche il coinvolgimento attivo, ricreando in tutto o in parte un'esperienza clinica senza esporre i pazienti ai rischi associati"* [5]. (N.d.T. La definizione introduce i concetti di *addestramento in simulazione* per lo sviluppo di abilità tecniche nell’esecuzione di procedure e di *formazione in simulazione* finalizzata all’apprendimento di abilità non tecniche (leadership, lavoro in team, comportamenti appropriati, risposta a situazioni inattese, ecc.)*). E’ auspicabile e probabile che, in un prossimo futuro, sia dato maggiore spazio alle diverse forme di addestramento e formazione in simulazione, in risposta al crescente bisogno etico di evitare danni al paziente [6].

Sono disponibili differenti modalità di simulazione; tra le principali e più diffuse:

- simulatori informatici “in rete”, simili ai giochi di ruolo on line;
- modelli fisici e meccanici a bassa tecnologia o manichini interi o parziali utilizzati per praticare semplici manovre;
- pazienti simulati (N.d.T. con l’utilizzo di attori che interpretano il paziente, non di rado tutor che conoscono bene i sintomi della patologia ed il comportamento del malato)*;
- sofisticati manichini a corpo intero computerizzati, robot ed avatar del malato ("realistici")*;
- dispositivi di realtà virtuale, scenari, contesti ed avatar dell’operatore sanitario*.

Vantaggi

- nessun rischio per i pazienti;
- possono essere presentati molti scenari, comprese, in particolare, le situazioni meno comuni, ma ad elevata criticità, in cui è necessaria una risposta rapida;
- i partecipanti possono vedere nell’immediato (N.d.T. ma anche in debriefing)* i risultati delle loro decisioni ed azioni; gli errori possono essere previsti e permessi, anche con la possibilità di portare fino alla loro conclusione ed agli esiti (nella vita reale un medico più esperto deve intervenire per impedirlo); (N.d.T. da notare che di norma si impedisce di giungere alla morte del ”paziente”, allo scopo di evitare reazioni negative dello studente/praticante sul piano psicologico)*;
- scenari identici possono essere presentati sia ai singoli professionisti sia ai team;
- le cause alla base della situazione clinica e dello scenario generale sono note (N.d.T. in diverse modalità di simulazione, anche predeterminabili e modificabili dal *Master* (tutor che dirige la simulazione)*);
- con simulatori che utilizzano manichini più sofisticati (N.d.T. robot, avatar)* gli operatori possono utilizzare apparecchiature reali, realizzando le condizioni concrete di interferenza nell'interfaccia uomo-macchina;
- la scenografia integrale degli ambienti clinici reali permette di affrontare e verificare le interazioni interpersonali ed interprofessionali con altro personale sanitario e di realizzare le migliori condizioni per la formazione sul lavoro in team, la leadership e la comunicazione; può (N.d.T. e dovrebbe sempre)* essere realizzata la registrazione audio-video integrale (N.d.T. e da più prospettive)* della sessione di simulazione; non essendovi problemi di riservatezza dei pazienti ed eventualmente acquisito il consenso dei partecipanti, le registrazioni possono essere conservate per la ricerca, la valutazione della performance e l'accreditamento dei corsi (N.d.T. e dei corsisti)* [7].

Nodi problematici

- alcune modalità di simulazione sono molto costose, soprattutto in relazione alle tecnologie;
- sono necessarie specifiche competenze specialistiche per l'insegnamento, per l’utilizzo e per la manutenzione di alcuni simulatori più complessi e sofisticati.

Progetti di miglioramento

Il miglioramento della qualità è un ciclo continuo di pianificazione, attuazione delle

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

strategie, valutazione della loro efficacia e verifica degli ulteriori miglioramenti che possono essere implementati. I progetti di miglioramento della qualità sono tipicamente descritti in termini di ciclo pianificare-fare-valutare-agire (PDSA plan-do-study-act) [8]:

- ***P***, pianificare il cambiamento, basandosi sulla consapevolezza di essere capaci di migliorare un processo;
- ***D***, implementare il cambiamento;
- ***S***, analizzare e valutare i risultati del cambiamento;
- ***A***, agire per l'ulteriore e continuo miglioramento del processo.

L'approccio del ciclo PDSA incoraggia gli operatori sanitari ad impegnarsi attivamente nello sviluppo delle strategie di miglioramento e promuove la valutazione continua dei cambiamenti una volta introdotti, risultando, così, molto utile per coinvolgere gli studenti sul campo, come parte integrante di un team multidisciplinare per la Sicurezza del Paziente. La maggior parte dei progetti di miglioramento della qualità, per la loro stessa natura, contengono sempre almeno un elemento proprio della Sicurezza del Paziente.

Vantaggi:

- motiva;
- arricchisce cultura e competenze in ambito organizzativo;
- forma sui temi della gestione del cambiamento;
- insegna l'approccio proattivo ai problemi;
- aiuta nella loro risoluzione.

Nodi problematici:

- occorre sostenere l'entusiasmo e la motivazione;
- richiede impegno in termini di tempo.

Esempio:
L'igiene delle mani in ambito assistenziale.

Strumenti e bibliografia

Bingham JW. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2005, 31:98–105.

US Agency for Healthcare Research and Quality mortality and morbidity web site (http://www.webmm.ahrq.gov/; visitato il 17 febbraio 2011).

Bibliografia

1. Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-Drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628–630.
2. Davis BG. *Tools for teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
3. Lowman J. *Mastering the techniques of teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1995.
4. Dent JA, Harden, RM. *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh, Elsevier, 2005.
5. Maran NJ, Glavin RJ. Low- to high-fidelity simulation a continuum of medical education? *Medical Education*, 2003, 37(Suppl. 1):S22–S28.
6. Ziv A, Small SD, Glick S. Simulation based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine*, 2003, 78:783–788.
7. Gaba, DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in healthcare. *British Medical Journal*, 2000, 320:785–788.
8. Cleghorn GD, Headrick L. The PDSA cycle at the core of learning in health professions education. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1996, 22:206–212.

9. Come valutare nell'ambito della Sicurezza del Paziente

Gli obiettivi della valutazione

La valutazione è parte integrante di qualsiasi programma formativo, i suoi contenuti e le modalità di verifica dell'apprendimento possono influenzare significativamente i comportamenti degli studenti nello studio e nei risultati del processo di formazione. È essenziale che le valutazioni supportino gli obiettivi dell'apprendimento, oltre a fornire motivazione e guida appropriata agli studenti. Le valutazioni devono essere rilevanti ed appropriate così a garanzia della qualità dei Corsi per chi li pianifica, vi insegna, degli stakeholder esterni, come gli Enti di accreditamento ed i responsabili delle strutture in cui in futuro prenderanno servizio gli studenti. Newble e Cannon [1] sottolineano come sia estremamente importante la chiarezza dello scopo della valutazione. Essi elencano una serie di obiettivi della valutazione; tra questi, quelli evidenziati in grassetto rappresentano la chiave di volta dell'apprendimento in ambito di Sicurezza del Paziente:

- giudicare la padronanza delle competenze e delle abilità tecniche (N.d.T. e non tecniche)* essenziali;
- ordinare gli studenti secondo una scala di valori;
- misurare il miglioramento nel tempo;
- diagnosticare le difficoltà degli studenti;
- **fornire un feedback agli studenti**;
- valutare l'efficacia di un corso;
- **motivare gli studenti allo studio**;
- definire standard;
- controllare la qualità per stakeholder esterni.

Nell'ambito della Sicurezza del Paziente, è spesso più difficile essere di aiuto agli studenti nei processi di apprendimento e di sviluppo di abilità che progettare strumenti adeguati di valutazione delle capacità dimostrate in una determinata attività. Tenendo presente che molti operatori sanitari non sono ancora compiutamente competenti in materia di Sicurezza del Paziente, l'attenzione alla valutazione nello specifico dovrebbe essere più che altro rivolta al sostegno costante dello sviluppo delle conoscenze e delle abilità da parte degli studenti in tema di sicurezza. A nessuno studente dovrebbe essere impedito di proseguire nel Corso a causa di un fallimento nell'area della Sicurezza del Paziente se non proprio grave (N.d.T. ma è veramente difficile che accada)* o intenzionalmente pericoloso. La Sicurezza del Paziente non è un settore che si presta allo studio individuale; essa dipende da una serie complessa di fattori: il lavoro con il team giusto, lo svolgimento di attività in un servizio sanitario che è stato progettato per ridurre al minimo i fallimenti ed il sostegno attivo delle iniziative per la Sicurezza del Paziente da parte dell'organizzazione e del management. Gli studenti, inesperti come sono, possiedono conoscenze ed abilità appena sufficienti e, con il tempo, la frequentazione di modelli e mentori adeguati e l'esperienza di lavoro in team efficaci, diventeranno più preparati ad affrontare i molteplici fattori di contesto che rendono la cura del paziente non sicura. Partendo da questi presupposti circa le modalità di apprendimento degli studenti nella Sicurezza del Paziente, l'obiettivo della valutazione dovrebbe essere principalmente quello di fornire feedback e motivare gli studenti ad impegnarsi sempre più nella ricerca e nella pratica della sicurezza e questo dovrebbe riflettersi in ogni momento di verifica.

Coinvolgere gli studenti nel processo di valutazione

Uno dei problemi più sentiti nelle istituzioni che fanno formazione è quello di reperire professionisti sanitari in grado di assumere un efficace ruolo di istruttori nell'insegnamento della Sicurezza del Paziente sul campo. Una possibile soluzione è attuare un programma di studi centrato sugli studenti e di prevederne il coinvolgimento attivo. La vera ragione (N.d.T. non la giustificazione)* di avere studenti impegnati nelle attività di Sicurezza del Paziente è però che "apprendere facendo" è un metodo didattico sicuramente molto efficace. Presso la Scuola di Medicina dell'Università di Sydney (Australia), gli studenti sono tenuti a svolgere attività relative alla Sicurezza del Paziente nei loro ultimi due anni di studio, durante i loro tirocini in ospedale. Ad essi vengono messi a disposizione strumenti didattici per le basi

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

teoriche di Formazione A Distanza (FAD), specificamente progettate per favorire un processo di apprendimento rapido e comodo. Gli argomenti dell'OMS possono essere opportunamente modificati e resi disponibili on line per uno studio opportunamente tempestivo da parte degli studenti, cioè prima che arrivino a praticare le attività connesse agli argomenti. Gli studenti valutano e registrano le proprie esperienze didattiche rispondendo alle domande poste per una particolare attività della sezione. Alla fine, gli studenti si incontrano in piccoli gruppi con i loro tutor per discutere le loro esperienze ed osservazioni. I tutor o supervisori sono tenuti a verificare mediante firma che degli studenti abbiano completato la valutazione obbligatoria dei livelli raggiunti per lo specifico argomento. Di seguito è riportato un esempio di una tematica (3) tratta da questo programma formativo e le attività indispensabili che gli studenti saranno chiamati a svolgere, come pure i requisiti di valutazione.

Figura A.9.1. Contenuto dell'Argomento 3, Università di Sydney, Australia

Argomento 3	Attività	Valutazione
Comprendere i sistemi ed il loro impatto sulla complessità delle cure	Leggere l'argomento on line	Il tutor conferma la partecipazione soddisfacente degli studenti e le performance nella sessione frontale "vis à vis" (o conferma il completamento dell'attività in caso di assenza di tale sessione).
	Seguire un paziente dal momento in cui entra in ospedale fino alla dimissione o ad un esito chiaro e definito	
	Utilizzare il modello per prendere nota delle osservazioni sulle attività di cui sopra	

La figura A.9.2 rappresenta il modello che gli studenti utilizzano per le annotazioni mentre osservano il paziente nel suo percorso assistenziale (ospedale e/o territorio).

Figura A.9.2. Esempio di modello per il report degli studenti riguardo l'Argomento 3, Università di Sydney, Australia

Livello 3 (NdT nel nostro percorso del CdS in Medicina e Chirurgia si potrebbe collocare verso il 5° e 6° anno)

Argomento 3: Comprendere i sistemi

.....

Nome dello studente .....

Matricola .....

Data dell'attività .....

Riassunto del percorso del paziente:

3 osservazioni principali:

3 cose più importanti che hai appreso:

Qualifica del Tutor che conferma il completamento dell'attività

Nome (stampatello) .....

Firma.....

Qualifica.....

Data.....

Per altre attività, come la sicurezza nella somministrazione dei farmaci o nelle procedure invasive, gli studenti sono tenuti ad avere un professionista esperto che li osserva mentre partecipano attivamente alla procedura (ad esempio la riconciliazione terapeutica, le preparazioni galeniche, il giro del reparto con un farmacista,

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

l'osservazione del processo di verifica prima di una procedura). L'osservatore deve confermare il completamento del compito assegnato da parte dello studente, certificandolo in una apposita modulistica.

Nella seconda parte, allegato 1, sono presentati altri esempi di valutazione dell'apprendimento degli studenti.

Uno dei vantaggi dei programmi formativi centrati sugli studenti è il potenziale effetto di cambiamento culturale nei contesti assistenziali. Quando gli studenti chiedono al personale l'autorizzazione ad osservare o partecipare ad una particolare attività e le ragioni per cui lo devono fare, si offre una opportunità di discussione sul programma di Sicurezza del Paziente e molti argomenti possono essere sviluppati in funzione degli studenti.

Il ruolo della misurazione nella valutazione
Quattro variabili caratterizzano l'appropriatezza delle misure di valutazione: la *validità* (il metodo di valutazione fornisce informazioni concrete?); l'*affidabilità* (la valutazione produce sempre risultati coerenti con gli obiettivi della valutazione?); la *praticità* (quanto tempo e quali risorse richiede?); l'*impatto positivo sull'apprendimento* (funziona dal punto di vista dello studente?) [1].

Per approfondire ulteriormente la misurazione nell'ambito della valutazione, possono essere utili i seguenti libri.

Brown S, Glasner A, eds. *Assessment matters in higher education: choosing and using diverse approaches*. Buckingham, Society for Research into Higher Education and Open University Press, 1999.

Miller A, Imrie B, Cox K. *Student assessment in higher education: a handbook for assessing performance*. London, Kogan Page Ltd, 1998.

Le valutazioni formative (N.d.T. sul modello dei bilanci di competenza)*
Le valutazioni formative sono una ulteriore opportunità, vivace e integrativa, del processo di apprendimento per gli studenti, che si presta bene al contesto della Sicurezza del Paziente. Sono molte le attività di valutazione di questo tipo, disponibili per tutti gli ambiti di qualsiasi programma formativo sanitario. L'autovalutazione è la capacità, in questo caso degli studenti, di valutare i propri bisogni formativi e di scegliere i Corsi ed i contributi didattici elettivi che soddisfano queste esigenze. (La maggior parte delle evidenze disponibili suggerisce però che gli studenti – a meno che non siano specificamente addestrati - hanno una limitata capacità di auto-valutarsi con precisione e quindi possono aver bisogno di fare maggiore affidamento alla valutazione esterna).

Le valutazioni formative devono essere continuative e fornire un feedback agli studenti circa le loro performance. L'obiettivo di questo tipo di valutazione è quello di ottenere dagli studenti di esaminare e riportare le loro osservazioni e le esperienze pratiche in ambito assistenziale, liberi di rivelare serenamente le loro criticità e debolezze. Questo deve essere l'obiettivo; un approccio sanzionatorio, al contrario, porterà gli studenti a nascondere il loro vero livello di conoscenze ed abilità. Essi possono essere naturalmente riluttanti a parlare delle loro osservazioni e criticità, in particolar modo quando si riferiscono a cure o pratiche non sicure.

La valutazione complessiva
Tutti i passaggi di valutazione che gli studenti devono attraversare o superare prima della progressione da una parte all'altra del corso, sono considerati complessivi e, in generale, sono di due tipi: esami di fine corso e valutazioni *in itinere*.

L'esempio precedente dall'Università di Sydney è un caso di valutazione complessiva obbligatoria. Gli studenti sono tenuti a svolgere le attività e sono valutati attraverso una discussione frontale con il docente/tutor od una osservazione del valutatore. Gli studenti hanno un semestre per completare tutti i compiti oggetto delle valutazioni complessive. Queste, in genere, sono programmate alla fine di un blocco di otto settimane, al termine del semestre, dell'anno o a conclusione del programma. Il cuore di questo capitolo è dedicato ai requisiti delle valutazioni di fine corso.

Valutazioni complessive durante il corso
Esistono svariate tipologie di valutazione dello studente durante il corso che possono essere agevolmente introdotte nel programma formativo sulla Sicurezza del Paziente e diversi Corsi di ambito sanitario potrebbero inserire questi elementi in portfolio già esistenti o nei libretti e diari che riportano il curriculum formativo degli

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

studenti.

Alcune caratteristiche delle "migliori pratiche di valutazione" in materia di Sicurezza del Paziente

Alcuni principi generali in tema di valutazione si applicano particolarmente bene agli obiettivi di un programma formativo sulla Sicurezza del Paziente. Le valutazioni dovrebbero:

- guidare l'apprendimento nella direzione di raggiungere il risultato formativo e di creare un professionista neolaureato in grado di erogare cure sicure ai pazienti;
- avere una forte componente formativa, con regolari opportunità di ripresa e di integrazione, durante tutto il corso;
- essere integrate con le competenze cliniche e non essere proposte come verifiche di specifico contenuto disciplinare;
- essere presenti negli esami di area clinica, tecnica e professionale in tutte le fasi del corso;
- essere presenti negli esami delle scienze di base, ad esempio integrandole nelle scienze umane o nei corsi di epidemiologia e Sanità pubblica, in tutte le fasi del corso;
- avere uno svolgimento progressivo nei corsi, garantendo che elementi trattati negli anni precedenti siano inclusi e sviluppati in esami successivi;
- avere chiaro l'obiettivo di una concreta aspettativa di raggiungere standard di qualità;
- richiedere equità coinvolgendo gli studenti ed il personale nel processo di sviluppo;
- essere motivanti con precise indicazioni di ciò che serve realmente agli studenti in termini di obiettivi di apprendimento per una pratica clinica ed assistenziale sicura;
- essere fattibili ed accettabili sia per i docenti che per gli studenti.

Definire cosa deve essere valutato

Definire la gamma di competenze da valutare (un piano di valutazione)

Gli studenti, in ogni parte del mondo, sono preoccupati per la quantità di materiale didattico che devono imparare nell'ambito dei programmi formativi, e le loro ansie sono alimentate dall'incertezza di ciò su cui saranno valutati. I docenti dovrebbero sempre specificare il ventaglio di competenze e conoscenze su cui saranno incentrate le valutazioni, normalmente deducibili dagli obiettivi di apprendimento all'interno del programma stesso. E' importante garantire che, poi, le valutazioni previste ricomprendano adeguatamente la serie di conoscenze/competenze entro la fine del Corso.

Alcune competenze devono essere valutate sistematicamente per garantire che gli studenti costruiscano i propri profili, integrandole via via nelle diverse dimensioni della professionalità (N.d.T.: tecnica, scientifica e organizzativa / comportamentale)*. La Tabella A.9.1 mostra diversi argomenti di Sicurezza del Paziente che potrebbero essere utilizzati per le valutazioni finali di un Corso di Studio in ambito sanitario (N.d.T. Nel caso specifico della durata di quattro anni, ma applicabile, modificato, anche nei nostri modelli

Tabella A.9.1. Progetto che mostra le valutazioni finali su argomenti del programma formativo sulla Sicurezza del Paziente

Risultato valutabile di apprendimento	Anno di prima valutazione degli argomenti in un programma formativo tipico			
	Primo anno*	Anno intermedio*	Anno intermedio*	Anno finale*
Che cos'è la Sicurezza del Paziente?				
Sistemi di assistenza sanitaria				
Comunicazione				
Cure sicure Coinvolgere i pazienti Lavoro in team				
Miglioramento della qualità Errori assistenziali Sicurezza dei farmaci				

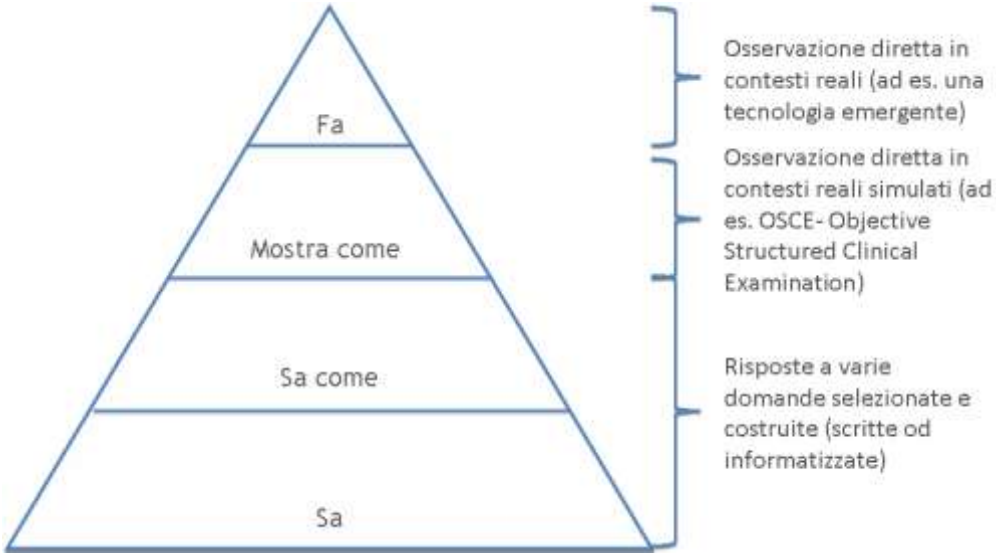
organizzativi dei Corsi triennali, a ciclo unico, o magistrali)*.

Selezionare le metodologie di valutazione appropriate

Preliminarmente occorre sottolineare che la valutazione nell'ambito della Sicurezza del Paziente deve essere in linea con gli obiettivi formativi previsti. È improbabile che una particolare metodologia di valutazione sia adeguata per ogni ambito; è invece opportuno considerare l'insieme dei metodi di valutazione ed effettuare una scelta sulla base dei loro punti di forza e dei loro limiti. Ad esempio "valutare le conoscenze riguardo agli eventi avversi", deve, in questo caso, orientare la scelta su una modalità di verifica scritta basata su una situazione clinica in evoluzione di un paziente in cura (MEQ-modified essay question) od un test con domande a scelta multipla (MCQ-multiple choice question).

La preparazione sui metodi di miglioramento della qualità può essere meglio valutata attraverso un progetto elaborato dagli studenti. Esistono diversi modelli concettuali che tengono conto degli elementi fondamentali della valutazione per aiutare nella scelta della tipologia più appropriata di verifica di apprendimento. Uno dei più noti è il triangolo di Miller, che suggerisce che le performance di uno studente sono strutturate in quattro livelli (vedi Figura A.9.3):

Figura A.9.3. Il triangolo di Miller



Fonte: Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/ performance. *Academic Medicine*,1990 [2].

- sa;
- sa come;
- mostra come;
- fa.

Il "mostrare come" è legato al possesso di capacità specifiche appropriato al livello di competenza richiesto allo studente. Queste possono essere esaminate, ad esempio, attraverso modalità di valutazione strutturata delle competenze cliniche e delle abilità tecniche e comunicative (OSCE).

Ancora una volta, guardando la figura 3, si può vedere invece come la conoscenza ("sa") possa essere valutata ad esempio con un test MCQ.

Metodologie tipiche di valutazione all'interno di una Scuola di Medicina possono includere:

Scritte:

- saggio;
- risposte a scelta multipla (1 risposta esatta su 4/5);
- questionari a risposta multipla per valutare la conoscenza in profondità (EMQ - Extended Matching Questions);
- domande a risposta strutturata breve;
- valutazione scritta basata su una situazione in evoluzione relativa ad un paziente in cura (MEQ);

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

- lavoro scritto esteso (stesura o analisi di un progetto, poster);
- portfolio/logbook/(N.d.T. libretto-diario formativo)*.

Performance in test pratici:
- esami con i partecipanti alternando i ruoli di studenti, docenti e pazienti;
- osservazione diretta delle performance (ad es. derivanti dall'osservazione prolungata di un caso oppure da un mini-CEX - Mini Clinical Evaluation Exercise);
- valutazione collegiale e multidimensionale formulata dai colleghi del contesto di lavoro di un operatore (MSF);
- report strutturati (ad es. valutazioni dei tutor allegate alla documentazione dello studente);
- presentazioni o discussioni orali (ad es. progetti, discussione di casi);
- auto-valutazione;
- esami orali strutturati.

Tutte queste metodologie presentano punti di forza e limiti che devono essere considerati quando si sceglie la valutazione più appropriata per un particolare obiettivo di apprendimento all'interno di un programma formativo sulla Sicurezza del Paziente.

Scritto

Saggio

Tradizionalmente il saggio, nella sua accezione classica, è usato in alcune realtà: esso ha il grande pregio di permettere agli studenti di dimostrare le loro capacità di pensiero critico, ragionamento e di ricerca di soluzioni ai problemi. Se, da un lato, è invitante assegnare saggi che permettano agli studenti di esprimere i propri pensieri, è un metodo di valutazione che richiede molto tempo per l'esame dei risultati ed è condizionato dalla variabilità soggettiva dei diversi docenti. La chiave del successo della valutazione dei saggi è però la qualità del feedback agli studenti: una semplice valutazione senza alcun commento è sempre deludente per gli studenti che vogliono invece conoscere il pensiero dell'esaminatore riguardo ai loro elaborati. Alcuni argomenti si prestano a valutazioni attraverso saggi ma, a meno che la Scuola non abbia la disponibilità di risorse adeguate per fornire un feedback appropriato, questo metodo non dovrebbe essere scelto.

Domande a risposta multipla (MCQ) e Domande a risposta multipla per valutare la conoscenza in profondità (EMQ)

MCQ ed EMQ sono modalità di valutazione molto interessanti che possono testare gran parte del programma formativo; i test possono essere corretti in automatico e fornire punteggi affidabili a misura delle abilità dello studente. Tuttavia, il loro svantaggio principale nelle valutazioni in tema di Sicurezza del Paziente è che tendono a testare solo la conoscenza. Così, se questo metodo può essere utilizzato per verificare se uno studente conosce le caratteristiche per il successo del lavoro in team, non potrà invece essere usato per la valutazione dell'applicazione pratica ed effettiva di queste conoscenze da parte dello studente. L'EMQ è stato progettato per affrontare la questione delle risposte esatte, ma solo perché indovinate, nei test a scelta multipla. Per un esempio di MCQ, vedi l'Allegato 2 della Seconda parte.

La valutazione scritta basata su domande riguardo una situazione in evoluzione di un paziente in cura (MEQ)/risposte brevi sulle caratteristiche fondamentali del caso

La MEQ, che prevede risposte brevi sulle caratteristiche fondamentali di un caso, è stata progettata per rispondere in 5-10 minuti e serve a stimolare un'analisi sintetica in specifici ed appropriati scenari. Mettere a disposizione un modello di risposta ed un relativo schema di valutazione aiuta gli esaminatori a mantenersi nei limiti di una certa standardizzazione valutativa. Diverse MEQ riguardanti un certo numero di tematiche possono essere completati nel tempo necessario per scrivere un breve saggio riguardante una parte del programma formativo. Per un esempio inerente alla professione infermieristica, vedi l'Allegato 2 della Seconda parte.

Portfolio/logbook/(N.d.T. libretto-diario formativo)*

Rappresentano un insieme di metodologie di valutazione che possono essere facilmente collegate ai risultati di apprendimento fondamentali, con un'ampia gamma di possibilità: un registro delle attività professionalizzanti realizzate, la registrazione dei risultati raggiunti durante una parte del programma, la documentazione di supporto ai tirocini, la valutazione annuale globale dei piani

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

formativi. Un elemento particolarmente utile del portfolio è l'incidente critico. Agli studenti può essere richiesto di analizzare e di descrivere, in modo strutturato, situazioni che hanno osservato, relative ad un problema legato alla Sicurezza del Paziente. Gli studenti consegnano poi il loro portfolio (logbook/libretto diario) per la valutazione da parte di un tutor competente.

Clinica/pratica assistenziale
Sono ormai moltissime le evidenze che indicano come l'integrazione di più punti di vista di diversi osservatori migliori la precisione della verifica delle competenze. E' molto importante che le valutazioni concernenti la Sicurezza del Paziente siano incluse nelle griglie di valutazione, nella formazione degli esaminatori e nei feedback di ciascuna verifica effettuata nel contesto professionale sanitario. Se gli argomenti in ambito di Sicurezza del Paziente vengono esaminati separatamente, lo studente considererà il suo apprendimento come qualcosa di aggiuntivo, piuttosto che vedere la sicurezza come parte integrante di ogni ambito delle cure e dell'assistenza del paziente.

OSCE - Objective Structured Clinical Examination
L'OSCE, strumento di valutazione oggettiva e strutturata delle competenze cliniche, è un circuito, articolato in "stazioni" in cui gli allievi ruotano, di brevi casi clinici simulati, valutati da diverse tipologie di esaminatori. La Sicurezza del Paziente può essere inserita con almeno un elemento di valutazione all'interno della checklist per ogni prova o scenario simulato. In alternativa, un singolo caso può essere interamente dedicato alla Sicurezza del Paziente, come la comunicazione di un evento avverso ad un paziente simulato a cui è stato somministrato il farmaco errato. Le prove in cui si richiede allo studente di esaminare le termografiche, piuttosto che i risultati dei test di laboratorio, delle indagini radiologiche o di altri esami, sono a volte definite "stazioni statiche", in quanto non richiedono l'osservazione attiva dello studente. Questo permette, ad esempio, la simulazione di errori di prescrizione e di registrare le reazioni degli studenti. Per un esempio di OSCE vedere l'Allegato 2 della Seconda parte.

Valutazione collegiale e multidimensionale formulata dai colleghi del contesto di lavoro di un operatore (MSF)
Le MSF sono raccolte di valutazioni, provenienti da una serie di operatori del settore sanitario o da colleghi, che inquadrano il profilo dello studente nell'ambiente della sua formazione. L'ideale sarebbe che le checklist per la Sicurezza del Paziente e la comunicazione efficace fossero incluse nella scheda di valutazione.

Mini-CEX, esercizio breve di valutazione clinica
Un mini-CEX è quella forma di breve esercizio di analisi clinica (10-20 minuti) nella quale il supervisore o l'istruttore osservano uno studente mentre raccoglie l'anamnesi, esegue un esame obiettivo, si esercita nella comunicazione con un paziente reale e ne valuta le abilità (N.d.T. tecniche e non tecniche)* in diversi ambiti di competenza, assegnando punteggi, successivamente aggregati, a diverse prove. Ancora una volta, è importante garantire che gli elementi di Sicurezza del Paziente e siano inclusi nel modulo di valutazione. E' particolarmente importante in un mini-CEX avere una buona preparazione dei valutatori e assicurarsi che includano a priori riferimenti alla Sicurezza del Paziente nelle sessioni di addestramento.

Valutazioni di fine tirocinio clinico/Scale di valutazione complessiva
Questa valutazione ha lo scopo di fornire un'immagine oggettiva circa i progressi di uno studente, effettuata direttamente dal docente o dal supervisore, sulla base della conoscenza personale o previa consultazione con i colleghi. I criteri di valutazione delle competenze relative alla Sicurezza del Paziente devono essere inclusi nella relazione.

Discussione di casi (CBD case-based discussion)
La CBD è una discussione strutturata di casi condotta dal docente / supervisore e avendo come punto focale il ragionamento professionale-clinico ed il processo decisionale. Prende in esame i casi reali in cui è stato coinvolto lo studente. Questa è una tecnica, relativamente poco esplorata per la valutazione dell'approccio alle questioni relative alla Sicurezza del Paziente riferito ai casi reali.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

L'abbinamento della valutazione ai risultati di apprendimento attesi

E' sempre importante abbinare le valutazioni al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti. La maggior parte dei programmi di studio prevedono tali obiettivi ed i relativi risultati attesi, alcuni più dettagliati degli altri. Nella Tabella A.9.2 viene presentato l'elenco completo dei risultati ottenibili nell'apprendimento delle competenze relative alla Sicurezza del Paziente che possono essere facilmente abbinati ad appropriate metodologie di valutazione.

Strumenti e bibliografia

Newble M et al. Guidelines for assessing clinical competence. *Teaching and Learning in Medicine*, 1994, 6:213–220.

Roberts C et al. Assuring the quality of high stakes undergraduate assessments of clinical competence. *Medical Teacher*, 2006, 28:535–543.

Walton M et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality and Safety in Health Care* 2006 15:437-42.

Van Der Vleuten CP. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Advances in Health Science Education*, 1996, 1:41–67.

Discussione di casi

Southgate L et al. The General Medical Council's performance procedures: peer review of performance in the workplace. *Medical Education*, 2001, 35 (Suppl. 1):S9–S19.

Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Suppl. 9):S63–S67.

Esercizio breve di valutazione clinica

Norcini J. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *The Clinical Teacher*, 2005, 2:25–30.

Norcini J. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:476–481.

Valutazione collegiale e multidimensionale formulata dai colleghi del contesto di lavoro di un operatore

Archer J, Norcini J, Davies H. Use of SPRAT for peer review of paediatricians in training. *British Medical Journal*, 2005, 330:1251–1253.

Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *British Medical Journal*, 2003, 326:546–548.

Domande a risposta multipla

Case SM, Swanson DB. *Constructing written test questions for the basic and clinical sciences*. Philadelphia, National Board of Medical Examiners, 2001.

Objective Structured Clinical Examination

Newble DI. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Medical Education*, 2004, 35:199–203.

Portfolio

Wilkinson T et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Medical Education*, 2002, 36:918–924.

Bibliografia

1. Newble D, Cannon R. *A handbook for medical teachers*, 4th ed. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.
2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Suppl. 9):S63-S67.

Tabella A.9.2. Schema di obiettivi finali di apprendimento di competenze nel programma formativo per la Sicurezza del Paziente e relativi modelli di valutazione.

Competenze	Modalità di valutazione
Sicurezza del paziente: i sistemi	
Comprendere l'interazione complessa tra l'ambiente sanitario, i professionisti ed il paziente	Saggio, valutazione formativa confermata dall'istruttore o dal supervisore che dimostra che lo studente abbia accompagnato il paziente nel percorso assistenziale, seguita da una discussione in piccoli gruppi
Consapevolezza dei meccanismi che riducono il rischio di errore, ad es. checklist, percorsi clinici	Valutazione formativa confermata dall'istruttore o dal supervisore che dimostra che lo studente ha partecipato alle attività.
Sicurezza delle cure erogate al paziente: rischio e prevenzione	MCQ/MEQ
Conoscenza delle principali cause di errore e dei rischi nell'ambiente sanitario	Saggio/MEQ
Comprendere in quale misura i limiti personali contribuiscono al rischio	Esame orale/portfolio
Promuovere la consapevolezza riguardante i rischi nell'ambiente di lavoro, attraverso l'identificazione e la segnalazione dei potenziali rischi per i pazienti e lo staff	Portfolio
Sicurezza del paziente: eventi, eventi avversi e quasi eventi (near miss)	
Comprendere i danni causati da errori e fallimenti del sistema	Saggio/MEQ
Consapevolezza dei principi che stanno alla base della segnalazione degli eventi avversi, secondo i sistemi locali di segnalazione	MEQ
Comprendere i principi di gestione degli eventi avversi e quasi eventi (near miss)	MEQ
Comprendere i problemi fondamentali di salute della propria comunità	MCQ
Consapevolezza delle procedure di segnalazione delle malattie soggette a notifica	MCQ
Comprendere i principi di gestione delle epidemie	MEQ
Sicurezza del paziente: controllo delle infezioni	
Comprendere i criteri di scelta ragionata di antibiotici e antivirali	MCQ
Eseguire in modo corretto il lavaggio delle mani e le tecniche di asepsi ed antisepsi	OSCE
Utilizzo sistematico delle pratiche di controllo e prevenzione della trasmissione crociata di infezioni	OSCE
Conoscere i rischi associati all'esposizione ad indagini e procedure radiologiche	MCQ/MEQ
Conoscere le tecniche di prescrizione appropriata di indagini e procedure radiologiche	MEQ
Sicurezza del paziente: la somministrazione sicura dei farmaci	
Conoscere i farmaci più comunemente coinvolti negli errori, la loro prescrizione e somministrazione	MCQ
Conoscere le modalità di prescrizione e somministrazione in sicurezza della terapia farmacologica	OSCE
Conoscere le procedure per segnalare gli errori, gli eventi ed i quasi eventi (near miss) legati alla somministrazione dei farmaci, secondo le normative presenti a livello locale	Portfolio
Comunicazione	
Interazione con il paziente: contesto	
Comprendere l'impatto dell'ambiente sulla comunicazione, ad es. privacy, setting	MEQ
Utilizzare una buona comunicazione e conoscere il suo ruolo nelle relazioni in sanità	OSCE
Sviluppare le strategie per gestire il paziente difficile o vulnerabile	OSCE
Interazione con il paziente: rispetto	
Trattare i pazienti in modo cortese, con rispetto, mostrando consapevolezza e sensibilità nei confronti delle diverse culture e dei contesti sociali	OSCE/mini-CEX

Mantenere la privacy e la confidenzialità	
Fornire informazioni chiare ed oneste ai pazienti e rispettare le loro scelte di trattamento	OSCE/mini-CEX
Interazione con il paziente: fornire le informazioni	
Comprendere i principi di una buona comunicazione	OSCE/mini-CEX
Comunicare con pazienti e caregiver in un modo a loro comprensibile	OSCE
Coinvolgere i pazienti nelle discussioni a proposito delle proprie cure	Portfolio
Interazione con il paziente: incontri con familiari e caregiver	
Comprendere l'impatto delle dinamiche familiari sulla comunicazione	Portfolio
Garantire che vengano inclusi nel modo appropriato i familiari/caregiver di riferimento negli incontri e nei processi decisionali	Portfolio
Rispettare il ruolo delle famiglie nell'assistenza al paziente	MEQ/Portfolio
Interazione con il paziente: comunicare cattive notizie	
Comprendere la perdita ed il lutto	MEQ
Partecipare alla comunicazione di cattive notizie a pazienti e caregiver	OSCE
Mostrare empatia e compassione	OSCE
Interazione con il paziente: divulgazione aperta	
Comprendere i principi della divulgazione aperta	MEQ
Garantire il supporto e la cura dei pazienti dopo un evento avverso	OSCE
Mostrare comprensione verso i pazienti dopo un evento avverso	OSCE
Interazione con il paziente: reclami	
Comprendere i fattori che verosimilmente portano ad un reclamo	MEQ/Portfolio
Rispondere in modo appropriato ai reclami secondo le procedure locali	OSCE
Adottare comportamenti idonei per prevenire i reclami	OSCE

10. Come valutare i programmi formativi sulla Sicurezza del Paziente

Introduzione

In questa sezione abbiamo riassunto alcuni principi generali riguardo alla valutazione. Dopo la pubblicazione di questo documento, l'OMS prevede di mettere a disposizione strumenti di valutazione standard per questo programma formativo.

La valutazione è parte integrante della nostra vita quotidiana: cosa mangiare, quali vestiti indossare, quanto era interessante quel film. La valutazione è una componente importante di qualsiasi programma formativo e dovrebbe essere inclusa nelle strategie di implementazione della formazione sulla Sicurezza del Paziente nella vostra Istituzione, ospedale o corso. La valutazione può essere semplice, come avere gli studenti che completano un questionario dopo avere seguito una lezione sulla Sicurezza del Paziente per raccoglierne i pareri, o complessa, come un riesame generale di tutto il programma di studi (che può comportare sondaggi e focus group con gli studenti e con i docenti), l'osservazione delle attività di insegnamento ed altri metodi di verifica.

La valutazione prevede tre tappe principali:

- lo sviluppo di un piano di valutazione;
- la raccolta e l'analisi delle informazioni;
- la diffusione dei risultati agli stakeholder coinvolti per implementare le opportune azioni di miglioramento.

In che modo la "valutazione" differisce dalla "*valutazione*"

Le informazioni a proposito della valutazione possono essere fonte di confusione legata all'utilizzo, in alcuni Paesi, dello stesso termine in ambiti diversi. Il modo più semplice per ricordare la differenza è che una valutazione (quella di cui si era parlato nel capitolo precedente) riguarda la misurazione delle performance degli studenti, mentre la *valutazione* di cui si parla in questo capitolo riguarda l'analisi di come e cosa insegniamo. Nella prima valutazione, i dati sono relativi ad un unico elemento, lo studente, mentre nella seconda, i dati possono derivare da più fonti (studenti, pazienti, insegnanti ed altri stakeholder).

Valutazione = performance dello studente

Valutazione = qualità dei corsi/programmi, qualità dell'insegnamento

Prima tappa: Sviluppare un piano di *valutazione*

Cosa si deve valutare?
Un primo passo fondamentale nello sviluppo di un piano di valutazione è identificarne l'oggetto: una specifica lezione sulla Sicurezza del Paziente? L'intero programma formativo? Le capacità dei docenti di svilupparlo? Le performance dei docenti? Gli oggetti della valutazione possono essere classificati in generale come politica, programma, prodotto o individuo [1] e tutto ciò può essere applicato in ambito formativo.

Chi sono gli stakeholder?
Nella maggior parte dei casi sono molti i soggetti coinvolti nella valutazione della formazione sulla Sicurezza del Paziente. Per tale motivo, è importante identificare un destinatario principale che avrà poi un maggiore impatto sulla domanda alla quale rispondere con la vostra valutazione. Il destinatario principale può essere l'Università, i docenti della Scuola, il management dell'ospedale, gli insegnanti, gli studenti o i pazienti ed i cittadini. Se sei un docente, il destinatario principale, ad esempio, potresti essere tu stesso, interessato a conoscere come gli studenti rispondono all'introduzione della formazione sulla Sicurezza del Paziente nel tuo corso.

Qual è l'obiettivo della valutazione?
Identificato il destinatario-stakeholder principale, il passo successivo è decidere cosa si vuole ottenere dalla valutazione. A quale domanda stai cercando risposte? Questa domanda può essere diversa in relazione al tuo ruolo nella formazione sulla Sicurezza del Paziente. La Tabella A.10.1 fornisce esempi di domande che potrebbero essere poste a seconda dello stakeholder principale.

Quale modalità di valutazione è più appropriata?
Le tipologie e le modalità di valutazione possono essere suddivise in: proattive, di

Tabella A.10.1. Esempi di domande a seconda dello stakeholder

Stakeholder	Possibili domande per la valutazione
Management dell'ospedale/staff clinico	La formazione sulla Sicurezza del Paziente ha determinato una riduzione del numero di eventi avversi, quasi eventi?
Docenti universitari	Come potrebbe essere implementato al meglio questo programma formativo nella nostra istituzione?
Insegnanti individuali	Sto erogando il programma formativo in modo efficace? Gli studenti sono coinvolti nell'apprendimento riguardo alla Sicurezza del Paziente? Stanno applicando i principi della Sicurezza del Paziente nella loro pratica?

chiarimento, interattive, di monitoraggio e di impatto [2]. Le tipologie si differenziano a seconda dello scopo principale della valutazione, della fase di implementazione del programma formativo in cui ci si trova, del tipo di domande che vengono poste e delle modalità di approccio necessarie. La Tabella A.10.2 fornisce una sintesi di ogni modulo di valutazione.

Seconda tappa: Raccogliere ed analizzare le informazioni

Raccolta

Vi sono numerose fonti di dati e relative

Tabella A.10.2. Tipologie di *valutazione*

Obiettivo	Proattiva	Di chiarimento	Interattiva	Di monitoraggio	Di impatto
Orientamento	Sintesi	Chiarimento	Miglioramento	Motivazione	Motivazione
				Aggiustamento finale	Di responsabilità
Focus principale	Contesto del programma formativo	Tutti gli elementi	Erogazione	Erogazione	Erogazione
				Risultati	Risultati
Stadio del programma formativo	Nessuno (non ancora implementa-to)	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo	Definito	Definito
				Implementato	Implementato
Momento rispetto all'implementa-zione	Prima	Dopo	Dopo	Dopo	Dopo
Approccio necessario	Necessità di valutazione	Valutazione	Risposta immediata	Analisi dei componenti	Basato sugli obiettivi
			Ricerca delle azioni		Basato sui bisogni
		Sviluppo logico	Di sviluppo	Valutazione della performance trasferita	Libera da ogni scopo
	Revisione della letteratura		Empowerment		Risultato del processo
		Accreditamento	Revisione di qualità	Analisi sistemica	Realistica
					Audit sulla performance
Raccolta dati	Revisione dei documenti, database	Combinazione tra analisi documentale, intervista ed osservazione	Osservazioni in loco	Un approccio sistemico richiede la disponibilità di sistemi di gestione delle informazioni	Progettazione pre-ordinata della ricerca
			Questionari		Gruppi caso-controllo laddove possibile
	Visite in loco, Focus group,	I risultati includono la	Interviste	l'utilizzo di indicatori e	Osservazione

Raccolta dati (continua)	tecnica del gruppo nominale	pianificazione e le implicazioni per l'organizzazione (può creare miglioramento del "clima organizzativo")	Il grado di strutturazione dei dati dipende dall'approccio	utilizzo significativo delle informazioni relative alla performance	Testa altri dati quantitativi
	Metodo Delphi		Può coinvolgere erogatori (docenti) e partecipanti (studenti)		Ottenere dati riguardo tutti gli outcome, richiede l'utilizzo di tecniche ed evidenze qualitative
Tipologie di domande	Il programma è necessario?	Quali sono i risultati attesi e come è stato progettato il programma per raggiungerli?	Cosa cerca di realizzare il programma?	Il programma raggiunge il suo target?	Il programma è stato implementato come pianificato?
			Come sta andando?	L'incontro per l'implementazione ha definito obiettivi e standard di riferimento?	Gli obiettivi dichiarati sono stati raggiunti?
		Qual è la logica che sta alla base del programma?	L'erogazione funziona?	Come sta andando l'implementazione nei vari ambiti?	Sono stati soddisfatti i bisogni di studenti, docenti ed altri componenti del programma?
	Cosa sappiamo sul problema affrontato dal programma?	Quali sono gli elementi che devono essere modificati per ottimizzare i risultati?	L'erogazione è coerente con la pianificazione del programma?	Com'è l'implementazione oggi rispetto a 1 mese/6 mesi/1 anno prima?	Quali sono i risultati indesiderati?
		Il programma è verosimile?	Come può essere modificata l'erogazione per farla diventare più efficace?	I costi stanno salendo o calando?	Come impattano sui risultati del programma le differenze nell'implementazione?
	Esistono delle "migliori pratiche" riconosciute?	Quali aspetti del programma sono adatti al successivo monitoraggio per la valutazione dell'impatto?	Come può essere cambiata l'organizzazione per farla diventare più efficace?	Come possiamo ritoccare il programma per farlo diventare più efficiente? Più efficace?	Il programma è più efficace per alcuni partecipanti rispetto agli altri?
				Vi sono altri ambiti del programma che necessitano di particolare attenzione per garantire una sua erogazione più efficace?	Il programma ha un rapporto positivo costo-efficacia?

Fonte: Adattata da Owen J. *Program evaluation: forms and approaches,* 2006 [1].

metodologie di raccolta da considerare in una valutazione dei programmi formativi sulla Sicurezza del Paziente, come per qualsiasi altro oggetto di valutazione. Quante e quali di queste utilizzare dipenderà da scopo, forma, portata e dimensione della vostra valutazione. Le potenziali fonti di dati ricomprendono:

- gli studenti (per una valutazione prospettica, trasversale, retrospettiva, dai ritirati);
- l'auto-valutazione (riflessione personale);
- i colleghi (partner didattici, tutor, docenti esterni);
- gli esperti nella disciplina o nella progettazione didattica;
- gli staff impegnati nello sviluppo professionale;
- i professionisti già laureati e responsabili delle strutture assistenziali;
- documenti e registri (ad es. materiale didattico, registri di valutazione).

I dati possono essere raccolti da tali fonti in molti modi: auto-riflessione, questionari, focus group, interviste individuali, osservazione, documenti ed informazioni strutturate.

La riflessione personale

La riflessione personale è un'attività importante per tutti i docenti e ha un peso rilevante nella valutazione. Un metodo efficace per la riflessione comporta:

- prendere nota della vostra esperienza di insegnamento (in questo caso, la formazione sulla Sicurezza del Paziente) e dei feedback ricevuti da altri;
- descrivere le vostre reazioni all'auto-valutazione ed ai feedback, e se i risultati vi hanno sorpreso;
- rivalutare la vostra esperienza nel contesto dei vostri presupposti di base [3]:
    - Erano presupposti validi? Perché o perché no?

Impegnarsi nella riflessione personale consentirà lo sviluppo di nuove prospettive, nuovi presupposti e di un maggiore impegno ad agire in termini di miglioramento del programma formativo e / o dell'insegnamento.

Questionari

I questionari sono indubbiamente il metodo più comune di raccolta dei dati che fornisce informazioni su conoscenze, opinioni, atteggiamenti e comportamenti delle persone [4]. Se siete interessati alla ricerca ed alla pubblicazione dei risultati della valutazione, potrebbe essere fondamentale disporre di un questionario già validato ed utilizzato in letteratura. Questo vi farà risparmiare tempo e risorse e vi permetterà di confrontare i risultati con quelli di altri studi che presentano lo stesso strumento. È sempre utile, come primo passo, eseguire una ricerca bibliografica su quanto è presente in letteratura.

Più spesso, però, i docenti, le Scuole o le Università scelgono di sviluppare ed utilizzare propri questionari. Essi possono essere strutturati in domande aperte e/o chiuse e possono assumere una varietà di forme, come le categorie da scegliere con un contrassegno, le scale di valutazione o il testo libero. Una buona progettazione del questionario è parte integrante della raccolta di dati di qualità e vi sono molte pubblicazioni sull'importanza del layout e su come costruire gli item appropriati [5]. È possibile consultare una delle risorse o voci bibliografiche fornite, prima di sviluppare il questionario per la valutazione del programma formativo sulla Sicurezza del Paziente.

Focus group

I focus group sono utili come metodo esplorativo e come strumento per evidenziare le prospettive degli studenti o dei docenti/tutor [6]; assai spesso forniscono informazioni più approfondite dei questionari e permettono una maggiore flessibilità, analisi interattiva di atteggiamenti nei confronti del programma formativo e di esperienze rispetto al cambiamento dello stesso. Possono essere usati in combinazione con questionari o altri metodi di raccolta dei dati, come mezzo di verifica o triangolazione dei risultati e possono variare in termini di struttura e di svolgimento, dalla conversazione flessibile a quella rigorosamente disciplinata e formale. A seconda delle risorse disponibili e del livello di analisi necessario, è possibile registrare il file audio o video del focus group in aggiunta od in alternativa alla verbalizzazione.

Interviste individuali

Le interviste individuali forniscono l'opportunità di un'esplorazione più approfondita degli atteggiamenti verso il potenziale cambiamento del programma formativo e delle esperienze in merito allo

stesso, una volta che è stato implementato. Come il focus group, le interviste possono essere strutturate, semi-strutturate, o non strutturate. Sebbene forniscano informazioni su una limitata gamma di esperienze rispetto al focus group, le interviste individuali permettono all'intervistatore di analizzare più a fondo i punti di vista e le esperienze di un particolare individuo. Le interviste vis à vis possono essere un metodo utile per ottenere dati di valutazione dai colleghi, dagli istruttori e supervisori, dai docenti e dai responsabili gestionali.

Osservazione
Per alcune forme di valutazione può essere molto utile l'osservazione partecipante di specifiche attività formative sulla Sicurezza del Paziente per una conoscenza diretta ed approfondita delle modalità in cui è svolta l'attività didattica e la sua efficacia. Le osservazioni dovrebbero prevedere l'utilizzo di una griglia per fornire una struttura di riferimento; l'osservazione partecipante può tuttavia essere relativamente non strutturata (utilizzando ad esempio un semplice foglio per gli appunti) od altamente strutturata (ad esempio, gli osservatori valutano sulla base di una griglia che contiene una serie di dimensioni prestabilite e per ognuna di esse vengono riportati i commenti).

Documenti/registri
Come parte della vostra valutazione, si può anche desiderare di esaminare documenti o dati statistici, come pure i materiali didattici utilizzati o i dati raccolti sulle performance degli studenti. Altre informazioni, come i dati ospedalieri sugli eventi avversi, possono essere utili, a seconda dell'oggetto della valutazione e del quesito a cui si cerca risposta.

Analisi
La raccolta dei dati può essere realizzata con uno o più dei metodi sopra elencati, in entrambi i casi, per la loro analisi occorre tenere presenti tre aspetti [1]:

- la rappresentazione dei dati, l'ordinamento e l'organizzazione delle informazioni raccolte, in modo significativo;
- la sintesi dei dati, semplificando e trasformando le informazioni grezze in un formato più facile da analizzare ed utilizzare;
- le conclusioni, tratte attraverso la costruzione di concreti significati dai dati, in relazione agli obiettivi della valutazione.

Terza tappa: Diffondere i risultati ed intraprendere le azioni di miglioramento

Troppo spesso accade che alle conclusioni ed alle raccomandazioni delle valutazioni non seguano adeguate azioni migliorative; il primo passo per evitare ciò è quello di garantire che queste preziose informazioni vengano significativamente diffuse a tutti gli stakeholder. Se la valutazione riguarda la qualità dell'insegnamento sulla Sicurezza del Paziente, allora i risultati (da questionari somministrati agli studenti, da osservazioni tra pari delle sessioni di insegnamento) devono essere comunicati non solo all'amministrazione, ma anche ai docenti e poi discussi con tutti. Brinko [7] ha fornito un'eccellente revisione delle migliori pratiche del processo di feedback, sia agli studenti che ai colleghi. E' essenziale che qualsiasi feedback sia ricevuto in modo da incoraggiare il miglioramento e la crescita; se la valutazione si concentra sull'efficacia del programma formativo sulla Sicurezza del Paziente, le conclusioni e le raccomandazioni per il miglioramento devono essere comunicate a tutto il personale che ha partecipato all'attuazione del programma (all'istituzione, ai docenti, ai professionisti supervisori ed agli studenti). Anche il format della relazione che viene diffuso è importante ai fini di una sua significativa rilevanza. Una comunicazione efficace dei risultati della valutazione, delle conclusioni e delle raccomandazioni è un catalizzatore fondamentale per il miglioramento dell'insegnamento e della progettazione del programma formativo sulla Sicurezza del Paziente.

Strumenti e bibliografia

Le seguenti risorse possono essere utili per le varie fasi di pianificazione e di attuazione della valutazione:

DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education*, 2006, 40:314–321.

Neuman WL. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*, 6th ed. Boston, Pearson Educational Inc, Allyn and Bacon, 2006.

Payne DA. *Designing educational project and program evaluations: a practical overview based on research and experience*. Boston, Kluwer Academic Publishers, 1994.

University of Wisconsin-Extension. *Program development and evaluation*, 2008 (http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/; visitato il 17 febbraio 2010).

Wilkes M, Bligh J. Evaluating educational interventions. *British Medical Journal*, 1999, 318:1269–1272.

Bibliografia

1. Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 3rd ed. Sydney, Allen & Unwin, 2006.
2. Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection, turning experience into learning*. London, Kogan Page Ltd, 1985.
3. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, 2004, 328:1312–1315.
4. Leung WC. How to design a questionnaire. *Student British Medical Journal*, 2001, 9:187–189.
5. Taylor-Powell E. *Questionnaire design: asking questions with a purpose*. University of Wisconsin- Extension, 1998 (http://learningstore.uwex.edu/pdf/G36582.pdf; visitato il 17 febbraio 2011).
6. Barbour RS. Making sense of focus groups. *Medical Education*, 2005, 39:742–750.
7. Brinko K. The practice of giving feedback to improve teaching: what is effective? *Journal of Higher Education*, 1993, 64:574–593.

11. Strumenti e risorse del web

Ogni argomento ha una serie di strumenti che sono stati selezionati dal World Wide Web e che sono finalizzati ad assistere gli operatori sanitari e gli studenti nel miglioramento delle cure offerte ai pazienti. Abbiamo incluso solo gli strumenti che sono disponibili gratuitamente su Internet. Tutti i siti sono accessibili a partire da gennaio 2011.

Inclusi nell'elenco vi sono esempi di linee guida, checklist, siti web, banche dati, report e schede informative. Pochissimi strumenti sono stati sottoposti ad un processo di validazione rigoroso. La maggior parte delle misure di qualità riguarda i processi di cura o piccoli gruppi di pazienti in ambienti altamente contestualizzati [1], come ad esempio un reparto, un'unità di riabilitazione od un poliambulatorio.

La maggior parte delle iniziative per la Sicurezza del Paziente richiede ai professionisti sanitari di misurare le tappe del processo di cura. In questo modo, sarete in grado di dire se le modifiche previste sono state in grado di fare la differenza per le cure ed i processi assistenziali dei pazienti e per i loro esiti. Concentrarsi sulla misurazione e sulla valutazione è un passo necessario ed importante nell'insegnamento di Sicurezza del Paziente; se non si valuta, come si può sapere se vi è stato un miglioramento? Anche se gli studenti non sono tenuti a misurare i propri risultati prima dell'ingresso nel mondo del lavoro, dovrebbero però sviluppare familiarità con il ciclo PDSA che rappresenta la base delle misurazioni. Molti degli strumenti su Internet contengono il ciclo PDSA.

Bibliografia

1. Pronovost PJ, Miller MR, Wacher RM. Tracking progress in patient safety: an elusive target. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 6:696–699.

12. Come promuovere un approccio internazionale alla formazione sulla Sicurezza del Paziente

La Sicurezza del Paziente è fondamentale in tutti i Paesi

Nel 2002, gli Stati membri dell'OMS hanno adottato una risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità sulla Sicurezza del Paziente riconoscendo la necessità di ridurre i danni e la sofferenza dei pazienti e delle loro famiglie, come pure i benefici economici del miglioramento della Sicurezza del Paziente. L'entità del danno al paziente determinato dall'assistenza sanitaria era stato già evidenziato dalla pubblicazione di studi internazionali di numerosi Paesi, tra cui Australia, Canada, Danimarca, Nuova Zelanda, Regno Unito e Stati Uniti d'America. Le preoccupazioni riguardo la Sicurezza del Paziente sono ormai diffuse ed è ampiamente riconosciuto che gli eventi avversi sono considerevolmente sotto-segnalati. Mentre la maggior parte della ricerca in tale ambito è stata condotta in Australia, Regno Unito e Stati Uniti ed in una serie di Paesi europei, i sostenitori della Sicurezza del Paziente vogliono vederne l'applicazione in tutto il mondo, non solo in quei Paesi che hanno avuto le risorse per studiare e rendere pubbliche le proprie iniziative in merito. In quest'ottica, però, l'internazionalizzazione della Sicurezza del Pazienti richiede nuovi approcci alla formazione dei futuri medici e operatori sanitari.

Globalizzazione

La mobilità internazionale di infermieri, medici ed altri professionisti sanitari ha creato molte opportunità per migliorare la formazione e l'addestramento post-laurea in sanità. La mobilità degli studenti e dei docenti, la collaborazione di esperti internazionali nella progettazione di programmi formativi, metodologie didattiche e di valutazione, poi comunemente adottati nei contesti didattici e clinici locali, hanno portato ad un diffuso accordo su ciò che costituisce una buona formazione in sanità [1].

L'OMS ha segnalato la carenza globale di 4,3 milioni di operatori sanitari. La "fuga di cervelli" di ambito sanitario acuisce la crisi nei Paesi in via di sviluppo. Vi sono prove che questi, dopo aver investito nella formazione delle future generazioni di operatori sanitari, hanno visto questo patrimonio impoverito dalle predazioni dei sistemi sanitari dei Paesi con economie in transizione o avanzate, durante i loro periodi di carenza di personale [2].

La globalizzazione dei processi assistenziali sanitari ha costretto i docenti di ambito sanitario a riconoscere la sfida di preparare tutti gli studenti delle professioni di ambito sanitario non solo a lavorare nel Paese in cui si sono formati, ma anche nei sistemi sanitari del resto del mondo. Harden [3] ha descritto un modello tridimensionale di formazione medica, comune a tutte le professioni in ambito sanitario, basato su:

- studente (locale o internazionale);
- docente (locale o internazionale);
- programma formativo (locale, importato o internazionale).

Nell'approccio tradizionale all'insegnamento ed all'apprendimento della Sicurezza del Paziente, gli studenti ed i docenti utilizzano un programma formativo locale. Nel modello di laurea internazionale, con studenti provenienti dall'estero, gli studenti provenienti da un Paese seguono, in un Paese diverso, un percorso formativo sviluppato da docenti di un terzo Paese. Nel modello di filiale dei campus universitari, gli studenti, di solito locali, hanno un curriculum importato da altri Paesi, insegnato congiuntamente da docenti internazionali e locali.

Una seconda considerazione importante per l'internazionalizzazione della formazione in sanità riguarda l'accessibilità economica delle tecnologie di e-learning (FAD) che consentono una interconnessione globale nel caso in cui il fornitore di una risorsa didattica, il docente di quella risorsa e lo studente non devono essere insieme presenti nel campus, nell'ospedale o nella stessa comunità.

Il vecchio stile di programma formativo sottolinea la mobilità degli studenti, dei docenti e del programma stesso fra Paesi confinanti grazie a specifici accordi, con una certa aspettativa che il Paese in cui lo studente andrà a svolgere la sua attività,

fornirà poi molte opportunità di formazione continua post laurea.

Nel nuovo modello di internazionalizzazione, la formazione sulla Sicurezza del Paziente è integrata ed inserita all'interno di un programma di studio e prevede la collaborazione tra un certo numero di Scuole di Paesi diversi. Con questo approccio, i principi della Sicurezza del Paziente vengono insegnati in un contesto globale, piuttosto che nell'ambito di un singolo Paese.

Questo modello presenta una considerevole quantità di sfide e di opportunità per la collaborazione internazionale in materia di formazione sulla Sicurezza del Paziente. Questo Manuale del Percorso Formativo può rappresentare un'ottima base di partenza a tale riguardo. Occorre però che gli standard delle istituzioni formative internazionali di area sanitaria siano sottoposti a revisione allo scopo di garantire l'inserimento nei corsi dei principi formativi della Sicurezza del Paziente, personalizzandone ed adattandone strumenti e materiali alla realtà locale del Paese. Un buon esempio di approccio internazionale alla formazione in sanità è l'esperienza della Scuola di medicina virtuale [4], alla cui costituzione hanno collaborato diverse Università internazionali per creare una scuola virtuale mirata a migliorare l'insegnamento e l'apprendimento. Questo modello potrebbe essere importato anche nella Sicurezza del Paziente. People's Open Access Education Initiative (l'Iniziativa di Libero Accesso delle Persone alla Formazione): Peoples-UNI (http://www.peoples-uni.org/; visitato il 17 febbraio 2011) ha creato sul Web un programma di studio sulla Sicurezza del Paziente per gli operatori sanitari che non sono in grado di accedere a corsi post lauream più costosi.

Le componenti comuni di un programma formativo virtuale sulla Sicurezza del Paziente potrebbero essere:

- una biblioteca on line che fornisca l'accesso a risorse aggiornate, a strumenti ed attività di apprendimento, e l'accesso alla letteratura internazionale riguardo alla Sicurezza del Paziente;
- una sezione "l'esperto risponde" con accesso online ad esperti di Sicurezza del Paziente di diversi Paesi;
- una banca dati contenente casi virtuali e storie riguardanti la Sicurezza del Paziente, con particolare attenzione ai problemi etici, alla divulgazione, alle liberatorie ed alle scuse nei confronti di eventuali terzi coinvolti nelle storie;
- un approccio alla Sicurezza del Paziente culturalmente consapevole e rispettoso delle competenze;
- una banca di valutazione degli argomenti di Sicurezza del Paziente da condividere (ad esempio, il Consorzio Internazionale di Hong Kong di Condivisione delle Banche dati di Valutazione degli Studenti è un gruppo di Scuole mediche internazionali che raccoglie in una banca dati cumulativa di elementi di valutazione in tutte le aree dei corsi di medicina).

Gli esperti di Sicurezza del Paziente che operano nella formazione e quelli che si occupano di progettazione didattica, pochi e distanti tra loro, lavorano spesso in modo isolato. Ciò impedisce la condivisione di informazioni, innovazione e sviluppo, con il frequente effetto di inutili duplicazioni delle attività formative e conseguente spreco di risorse. Un approccio internazionale alla formazione sulla Sicurezza del Paziente dovrebbe garantire in tutto il mondo un reale e diffuso sviluppo delle capacità formative e di addestramento alla Sicurezza del Paziente, permettendo in tal modo ai Paesi con economie più avanzate di condividere le proprie risorse formative con i Paesi meno sviluppati.

Bibliografia

1. Schwarz MR, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competency oriented medical education. *Medical Teacher*, 2002, 24:125–129.
2. World Health Organization, *Working together for Health*, The World Health Report 2006 (http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf; accessed 15 June 2011).
3. Harden RM. International medical education and future directions: a global perspective. *Academic Medicine*, 2006, 81 (Suppl.):S22–S29.
4. Harden RM, Hart IR. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education? *Medical Teacher*.

Seconda parte
Gli Argomenti del programma formativo

Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente:

Edizione multidisciplinare

Definizioni dei concetti chiave

The WHO Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (v.1.1). Final Technical Report 2009 (*Il quadro concettuale dell'OMS per la Classificazione Internazionale nella Sicurezza del Paziente (v.1.1). Report Tecnico Finale 2009*)

1. **Agente**: una sostanza, un oggetto o un sistema che agisce per produrre un cambiamento.
2. **Assistenza sanitaria**: servizi ricevuti dagli individui o dalla comunità, per promuovere, mantenere, monitorare o ripristinare lo stato di **salute**.
3. **Attributi**: qualità, proprietà od elementi di una persona o di un oggetto.
4. **Caratteristiche dell'evento**: gli **attributi** selezionati di un **evento**.
5. **Caratteristiche del paziente**: i **significati** specifici di un **paziente**.
6. **Circostanza**: situazione o fattore che può influenzare **eventi**, **agenti** o persone.
7. **Circostanza attenuante**: un'azione o **circostanza** che impedisce o riduce la progressione di un **evento** verso un danno al **paziente**.
8. **Circostanza pericolosa**: situazione in cui era presente un significativo potenziale di danno, ma nella quale non si è verificato alcun incidente.
9. **Classe**: gruppo o serie di elementi simili.
10. **Classificazione:** disposizione di **concetti** in **classi** e loro suddivisioni, collegati in modo da esprimere le **relazioni semantiche** tra loro.
11. **Concetto**: un portatore di un significato.
12. **Danno**: alterazione organica o funzionale e/o qualsiasi effetto nocivo derivante da essa. Il concetto di danno include la **malattia**, l'**infortunio**, la sofferenza, la **disabilità** e la morte.
13. **Danno associato all'assistenza sanitaria**: **danno** conseguente o associato alla pianificazione od all'esecuzione di pratiche assistenziali sanitarie, piuttosto che alla **malattia** di base od alle **lesioni** preesistenti.
14. **Disabilità**: qualsiasi tipo di deficit organico o funzionale causa di limitazione e/o restrizione delle attività sociali, associati a **danni** passati o presenti.
15. **Effetto collaterale**: effetto conosciuto, diverso da quello atteso e desiderato, legato alle proprietà farmacologiche di un farmaco.
16. **Errore**: fallimento nell'esecuzione di un'azione pianificata in modo corretto (appropriata) o applicazione corretta di un piano errato (inappropriato).
17. **Evento**: qualcosa che accade e coinvolge un **paziente**.
18. **Evento correlato alla Sicurezza del Paziente**: un **evento** o **circostanza** che avrebbe potuto determinare, o ha determinato, un **danno** ingiustificato al **paziente**.
19. **Evento nocivo** (evento avverso): un **evento** che ha determinato un **danno** al paziente.
20. **Evento senza danno**: un **evento** che ha raggiunto un paziente ma che non ha determinato alcun danno rilevabile.
21. **Fattore contribuente**: **circostanza**, azione od interazione che si ritiene possa aver avuto un ruolo nell'origine o nello sviluppo di un **evento** o nell'aumentarne il **rischio** di accadimento.
22. **Lesioni**: danni ai tessuti causati da un **agente** o **evento**.
23. **Livello di danno**: gravità, durata del danno ed eventuale necessità di trattamento che derivano da un **evento**.
24. **Malattia**: disfunzione fisiologica o psicologica.
25. **Outcome (esito) del paziente**: l'impatto sul paziente attribuibile in tutto o in parte ad un **evento**.
26. **Paziente**: persona destinataria dell'**assistenza sanitaria**.
27. **Prevenibile**: comunemente ritenuto evitabile, in un particolare insieme di circostanze.
28. **Quasi evento (near miss)**: un evento che non ha raggiunto il paziente.

29. **Reazione avversa**: danno inatteso derivante da un'azione giustificata in cui è stata seguita la procedura corretta per l'ambito in cui si è verificato l'evento.
30. **Relazione semantica**: modalità di associazione tra **classi** o **concetti** sulla base del loro significato.
31. **Rilevazione**: un'azione o una **circostanza** che porta alla scoperta di un **evento**.
32. **Rischio**: una **circostanza**, un **agente** o un'azione, potenziali cause di danni.
33. **Rischio**: probabilità che si verifichi un **evento**.
34. **Salute**: stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non semplicemente assenza di **malattia** o infermità.
35. **Sicurezza**: riduzione del rischio di **danni** ingiustificati al valore minimo accettabile.
36. **Sicurezza del paziente**: riduzione del rischio di **danni** ingiustificati associati all'**assistenza sanitaria** al valore minimo accettabile.
37. **Sofferenza**: condizione di diversa natura soggettivamente spiacevole.
38. **Tipologia di evento**: un termine descrittivo per una categoria composta da eventi di natura comune, raggruppati a causa di caratteristiche condivise.
39. **Violazione**: deviazione deliberatamente pianificata da procedure operative, standard o regole.

Fonte: *WHO conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/patientsafety/en/; visitato l'11 marzo 2011).

Definizioni da altre fonti

1. **Infezioni correlate a pratiche assistenziali**: un'infezione che non era presente né in incubazione al momento del ricovero del paziente, e che di solito si manifesta dopo oltre 72 ore dal ricovero [1].
2. **Cultura della sicurezza**: una cultura caratterizzata da cinque attributi significativi che i professionisti sanitari si sforzano di rendere operativa attraverso l'implementazione di solidi sistemi di gestione della sicurezza, una cultura: (1) nella quale tutti gli operatori sanitari (compreso gli operatori a diretto contatto con i pazienti, i medici ed il management) accettano la responsabilità per la sicurezza propria, dei loro colleghi, dei pazienti e dei visitatori; (2) che conferisce priorità alla sicurezza, al di sopra degli obiettivi finanziari ed operativi; (3) che incoraggia e premia l'identificazione, la comunicazione e la risoluzione dei problemi relativi alla sicurezza; (4) che sostiene l'apprendimento organizzativo dagli incidenti; (5) che fornisce risorse, strutture e responsabilità adeguate per mantenere efficaci i sistemi di sicurezza [2].

Bibliografia

1. National Audit Office. Department of Health. *A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety*. London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). 3 November 2005.
2. Forum and End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.

Guida alla lettura degli Argomenti*

Numero della diapositiva: il numero della diapositiva è riportato tra parentesi accanto al titolo o al paragrafo di riferimento

Numero dell'argomento: il numero ed il nome dell'argomento correlato è specificato tra parentesi all'interno del paragrafo

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Introduzione agli argomenti del Manuale del Percorso Formativo

Centralità del paziente

Questo Percorso formativo centrato sul paziente, è specificatamente progettato per lo studente di ambito sanitario e pone pazienti, utenti e caregiver al centro dell'apprendimento e dell'erogazione dei servizi in sanità. Le conoscenze di base ed applicate e l'indispensabile dimostrazione delle performance previste da questi argomenti richiedono a studenti ed operatori di pensare a come integrare i concetti ed i principi di Sicurezza del Pazienti nella pratica giornaliera.

In tutti i Paesi, i pazienti e, in senso più ampio, le comunità sono prevalentemente osservatori passivi dei significativi cambiamenti avvenuti in ambito sanitario. Molti pazienti ancora non partecipano pienamente alle decisioni riguardanti la propria assistenza, né sono coinvolti nelle discussioni sul modo migliore di erogare servizi sanitari e questi, nella maggior parte dei casi, continuano ancora oggi a mettere al centro delle cure i professionisti della salute. I modelli assistenziali sanitari focalizzati sulla malattia sottolineano il ruolo dei professionisti e del management nelle organizzazioni, senza adeguata considerazione dei pazienti che sono, di fatto, i destinatari ultimi delle cure. I pazienti devono, al contrario, essere al centro dell'assistenza e non semplice oggetto passivo della stessa.

Esistono significative evidenze che i pazienti auto-gestiscono in modo efficace le loro condizioni se adeguatamente sostenuti. Un ridimensionamento dell'attenzione verso l'ospedale ed un maggior orientamento verso trattamenti erogati in molteplici setting assistenziali, richiede agli operatori sanitari di porre gli interessi del paziente in primo piano, di cercare e fornire informazioni complete, di essere rispettosi delle differenze culturali e religiose dei pazienti, di chiedere non solo l'autorizzazione al trattamento ma anche la loro collaborazione, di comportarsi con onestà quando le cose vanno male o quando l'esito delle cure non è ottimale, concentrando i servizi di assistenza sanitaria sulla prevenzione e la massima riduzione possibile dei rischi e dei danni.

La prospettiva della comunità

La prospettiva della comunità in materia di sanità riflette le mutevoli esigenze di cura durante tutto il ciclo di vita di un individuo, associate a mantenere e migliorare lo stato di salute, convivere con la malattia o la disabilità ed accettare la morte.
L'evoluzione degli scenari e dei contesti sanitari (nuovi modelli assistenziali per il trattamento di condizioni acute e croniche, il progressivo sviluppo delle prove di efficacia e delle innovazioni tecnologiche, la crescente complessità delle cure erogate da team di diversi professionisti sanitari e l'altrettanto complesso impegno relazionale con pazienti e caregiver) ha creato nuove esigenze per gli operatori della sanità. In questo programma formativo si riconosce la continua evoluzione di questo scenario, proponendosi di illustrare un'ampia varietà di pazienti trattati in diverse situazioni, differenti setting di cura e da più operatori sanitari.

Perché gli studenti di area sanitaria dovrebbero apprendere la Sicurezza del Paziente?

La sanità moderna e le sue scoperte scientifiche hanno portato ad evidenti miglioramenti degli outcome per i pazienti e, tuttavia, studi condotti in diversi Paesi hanno dimostrato come tali benefici siano stati accompagnati da significativi rischi per la Sicurezza del Paziente. La presa di coscienza di tale situazione ha determinato lo sviluppo della Sicurezza del Paziente come disciplina specialistica: non materia a sé stante, secondo una visione tradizionale, ma insieme di argomenti che possano e debbano essere integrati in tutti i settori della sanità.

In quanto futuri professionisti e leader nel settore dell'assistenza sanitaria, gli studenti non possono mancare di conoscere la Sicurezza del Paziente, l'impatto dei sistemi su di essa e sulla qualità delle cure ed il modo in cui la scarsa o inefficace comunicazione possa essere causa di eventi avversi. Gli studenti devono acquisire le competenze necessarie per affrontare queste sfide, sviluppare strategie per la prevenzione e la gestione degli errori e delle

complicanze e valutare i risultati per il miglioramento continuo della performance.

L'obiettivo del programma sulla Sicurezza del Paziente dell'OMS è quello di migliorare la sicurezza delle cure in tutto il Mondo. La Sicurezza del Paziente è un problema di tutti: professionisti e manager, amministratori ed utenti, cittadini e politici, partner esterni della sanità (come i servizi esternalizzati di ristorazione, pulizia, ecc.). In qualità di futuri leader della sanità, è essenziale che gli studenti possiedano le conoscenze e le abilità necessarie per una corretta applicazione dei principi e dei concetti della Sicurezza del Paziente. Questo Manuale ne fornisce agli studenti le conoscenze essenziali e descrive le abilità (N.d.T. tecniche e non tecniche) che li aiuteranno a svolgere le loro attività professionali in modo sicuro.

Il momento migliore per sviluppare le conoscenze degli studenti sulla Sicurezza del Paziente è proprio all'inizio dei loro programmi di formazione; essi dovranno poi essere pronti a mettere in pratica abilità e comportamenti coerenti con tali conoscenze non appena entrati in ospedale, ambulatorio o domicilio del paziente. A questo scopo, sarà necessario assicurare agli studenti, per quanto possibile, l'opportunità di affrontare i problemi di sicurezza in ambiente simulato, prima di esercitare la professione nel mondo reale.

Infine, dare la possibilità agli studenti di concentrarsi su ogni singolo caso, trattando ogni paziente come persona unica ed irripetibile e di applicare conoscenze ed abilità a suo beneficio, può fare in modo che gli studenti stessi possano rappresentare un modello per altri professionisti già operanti nel sistema sanitario. La maggior parte degli studenti di area sanitaria entrano nei loro programmi di studio con grandi aspettative ed aspirazioni ma il loro ottimismo viene, a volte, messo a dura prova entrando a contatto con la cruda realtà del sistema sanitario. Noi vogliamo, invece, che gli studenti possano mantenere il loro entusiasmo e crediamo che possano veramente fare la differenza sia per i pazienti che per il sistema sanitario.

Come insegnare la Sicurezza del Paziente: gestire le barriere

L'efficacia dei processi di apprendimento degli studenti dipende dai docenti e dagli istruttori che utilizzano una serie di metodologie didattiche, tutte di fondamentale importanza nella formazione sulla Sicurezza del Paziente: dalla spiegazione dei principi tecnici e la dimostrazione pratica delle abilità necessarie, alla progressiva consapevolezza dei corretti atteggiamenti. Per l'insegnamento della Sicurezza del Paziente, i docenti utilizzano l'approccio didattico basato sui problemi (facilitato in piccoli gruppi), l'apprendimento basato sulla simulazione (N.d.T. situazionale, virtuale, giochi di ruolo)*, la trasmissione delle conoscenze attraverso lezioni (frontali/interattive/seminariali), come pure il tutoraggio e l'addestramento (N.d.T. su modelli virtuali, manichini, avatar, o con modelli comportamentali e di ruolo).

I pazienti giudicano chi li assiste non sulla base delle conoscenze ma delle capacità assistenziali. Il progresso degli studenti nel contesto clinico e nel loro lavoro è caratterizzato dall'impegno nell'applicare le conoscenze scientifiche generali allo specifico paziente, superando così il livello di ciò che hanno appreso in classe, a "come applicare le conoscenze apprese". Eseguire: questa è la modalità di apprendimento migliore per gli studenti; a loro viene richiesto di agire in sicurezza mettendo in atto le migliori pratiche di Sicurezza del Paziente: verificare l'identità, cercare informazioni sui farmaci, porre domande. Il modo migliore di apprendere i principi e gli strumenti per la Sicurezza del Paziente è quello che si realizza attraverso l'esperienza clinico-assistenziale o la pratica in ambienti simulati. Agli studenti servono esperti nell'addestramento pratico molto più delle lezioni frontali sulle teorie alla base della pratica clinica. Attraverso la verifica delle performance degli studenti da parte dei docenti ed il loro successivo feedback, gli studenti potranno migliorare continuamente fino al pieno possesso di tutte le principali competenze per la Sicurezza del Paziente.

Il tutoraggio e l'addestramento sono particolarmente rilevanti anche per la formazione sulla Sicurezza del Paziente; per gli studenti è naturale cercare di imitare il comportamento dei professionisti, loro docenti e tutor, ed ispirarsi ad essi come modelli comportamentali. Il modo in cui essi si comportano avrà una grande influenza su come lo studente interpreterà e svolgerà la

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

propria professione una volta completati gli studi. La maggior parte degli studenti si accosta al mondo dell'assistenza sanitaria con grandi ideali: essere capaci di guarire, mostrare compassione ed essere un professionista della salute, competente e rispettoso dell'etica professionale. Ciò che gli studenti si troveranno di fronte sarà però, più spesso, un quadro di cure frettolose, scarsa educazione dei colleghi dei colleghi ed interessi personali prevalenti; così, a poco a poco, i loro grandi ideali saranno compromessi, per poi svanire, nella ricerca di adattamento alla cultura ed al clima organizzativo del contesto circostante.

La formazione sulla Sicurezza del Paziente - e questo Manuale - riconoscono la presenza di queste forti influenze e dei fattori ad esse correlati in alcuni ambienti della sanità. Noi crediamo, tuttavia, che tali aspetti negativi possano essere limitati ed il loro impatto ridotto a livelli minimi, affrontando con gli studenti i temi della cultura prevalente nell'ambiente di lavoro e dell'impatto di tale cultura sulla qualità e sulla sicurezza delle cure. Mettere in evidenza le barriere nella Sicurezza del Paziente e discuterne con gli studenti permetterà ad essi di percepire il Sistema come possibile problema (in contrapposizione alla percezione della persona come possibile causa di problemi all'interno del Sistema). In tal modo, gli studenti potranno vedere come cambiando il Sistema sia possibile migliorare la Sicurezza del Paziente; e come per un tale obiettivo valga la pena battersi. Le barriere non sono le stesse in tutti i Paesi e nelle diverse culture, ma nemmeno in diversi setting clinici all'interno della stessa area geografica. Le barriere legate al Paese potrebbero derivare da leggi e regolamenti che disciplinano il sistema sanitario, norme che possono impedire o ritardare l'implementazione di alcune pratiche di Sicurezza del Paziente. Le diverse culture hanno differenti approcci alle gerarchie, agli errori e alla risoluzione dei conflitti. La misura in cui gli studenti saranno incoraggiati ad essere assertivi in presenza di docenti e/o professionisti anziani - in particolar modo nei casi in cui un paziente potrebbe essere esposto a rischi e danni -, dipenderà dalla situazione e dalla disponibilità al cambiamento della cultura professionale locale. In alcune Società, i concetti di Sicurezza del Paziente potrebbero non essere in sintonia con prassi ed assetti culturali. Le barriere che appartengono a tale categoria sono esplorate in modo più approfondito verso la fine di questo argomento (vedi la sezione *Affrontare il mondo reale: aiutare gli studenti a diventare leader in Sicurezza del Paziente*).

Le barriere che più facilmente appaiono agli occhi degli studenti sono quelle che emergono durante i tirocini professionali nei vari setting assistenziali e si riferiscono principalmente agli istruttori e supervisori od ai professionisti sanitari anziani che non sono in grado di adattarsi alle nuove sfide della sanità o che reagiscono negativamente a qualsiasi cambiamento in risposta ad esse. Il loro comportamento può trasformare uno studente da paladino della Sicurezza del Paziente in lettore passivo di libri di testo. Il modo in cui diversi operatori sanitari (infermieri, farmacisti, odontoiatri, medici, ecc.) si chiudono nella sfera delle proprie culture professionali, con l'effetto di isolarsi in un approccio solipsistico alle cure ed all'assistenza, rappresenta un'altra significativa barriera. Il fallimento dei processi di comunicazione ed integrazione fra discipline può portare ad errori in sanità; al contrario, un approccio interdisciplinare è molto più efficace nel ridurne l'incidenza, nel migliorare la comunicazione interpersonale e nel promuovere un ambiente di lavoro più favorevole.

Quando gli istruttori ed i supervisori prenderanno familiarità con questo programma formativo, si renderanno presto conto delle potenziali difficoltà di apprendimento per gli studenti. (N.d.T. Potrebbe essere di difficile, se non impossibile, applicazione nelle realtà dei contesti, fino all'impossibilità di arrivare ad apprendere)*. Alcuni operatori sanitari potrebbero addirittura arrivare a ritenere che insegnare la Sicurezza del Paziente a studenti di area sanitaria sia un obiettivo irraggiungibile, a causa delle tante barriere esistenti. Tuttavia, una volta identificate e discusse, le barriere diventano meno preoccupanti Anche le discussioni fra gruppi di studenti circa le realtà e le barriere possono sviluppare informazione ed insegnamenti; nella peggiore delle ipotesi possono comunque permettere una critica costruttiva del sistema ed una (mesta) riflessione su come vanno le cose.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

In che modo sono correlati gli argomenti del Manuale del Percorso Formativo alla pratica assistenziale

La Tabella B.I.1 mostra come sono integrati gli argomenti di questo Manuale nella pratica assistenziale, utilizzando l'igiene delle mani come un esempio. Molti principi di Sicurezza del Paziente si applicano a tutto l'ambito dell'assistenza sanitaria, come, ad esempio, il lavoro in team, la sicurezza nella somministrazione dei farmaci ed il coinvolgimento del paziente. Utilizziamo l'esempio dell'igiene delle mani perché minimizzare la trasmissione delle infezioni può essere un obiettivo raggiungibile attraverso il semplice lavaggio delle mani degli operatori sanitari eseguito nel modo giusto ed al momento giusto: risultato che può sembrare del tutto ovvio e semplice. Ma, nonostante le centinaia di campagne di formazione ed educazione degli operatori sanitari, dei docenti, degli studenti e del personale in genere sulle precauzioni standard ed universali, non sembra che sia stata raggiunta la soluzione del problema ed i tassi di infezioni correlate a pratiche assistenziali (ICPA) sono ancora in crescita in tutto il mondo. Ogni argomento del programma formativo contiene importanti elementi di apprendimento per gli studenti di ambito sanitario rivolti ad ogni specifica professione. Nel loro insieme, gli argomenti forniscono le conoscenze di base e preparano gli studenti a mantenere le tecniche corrette di igiene delle mani, nonché ad individuare ed intraprendere percorsi di miglioramento di ampio respiro.

Gli argomenti del Manuale del Percorso Formativo ed i loro rapporti con la Sicurezza del Paziente

Se, da un lato, i diversi argomenti sono indipendenti, la Tabella B.I.1 dimostra, dall'altro, come essi siano necessariamente correlati per lo sviluppo di un comportamento corretto dei professionisti in sanità. Utilizzando l'igiene delle mani come esempio, viene pertanto illustrato come sia indispensabile l'apprendimento di ogni ambito tematico per raggiungere e mantenere un'assistenza sanitaria sicura.

Tabella B.I.1. Come sono interconnessi gli argomenti: l'esempio del lavaggio delle mani

Area del problema: ridurre al massimo la diffusione delle infezioni	Argomento del Manuale e sua rilevanza per la pratica clinica
Problemi causati da insufficiente controllo delle infezioni.	**L'argomento 1 "Che cos'è la Sicurezza del Paziente?"** illustra i risultati degli studi sui danni e sulle sofferenze causate da eventi avversi. Gli studenti, appresi i contenuti delle tematiche proprie della Sicurezza del Paziente e compreso il proprio ruolo nella prevenzione degli eventi avversi e nella riduzione del loro impatto, saranno in grado di apprezzare appieno l'importanza dei propri comportamenti, come l'utilizzo di adeguate tecniche di igiene delle mani, nell'ambito del controllo delle infezioni correlate all'assistenza.
Gli operatori sanitari sono consapevoli del problema rappresentato dalle ICPA, ma tale consapevolezza, di per sé, non sembra essere sufficiente per un reale cambiamento delle pratiche; le persone tendono ad utilizzare per un certo tempo corrette tecniche di igiene delle mani per poi progressivamente dimenticarle.	**L'argomento 2 "Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente"** spiega le motivazioni del modo di lavorare delle persone e degli errori che commettono. La comprensione del fattore umano aiuterà ad identificare le circostanze e le modalità di errore, agevolando l'apprendimento, da parte degli studenti, dei possibili mezzi per evitare o significativamente ridurre gli errori. Comprendere i fattori e le cause profonde coinvolti nelle dinamiche degli errori aiuterà gli studenti ad imparare a contestualizzare le proprie azioni. Chiedere alle persone un maggiore impegno, per esempio nel lavaggio corretto delle mani, non porta ad alcun cambiamento; è invece necessario che tutti vedano le proprie azioni nel contesto dell'ambiente in cui lavorano e con le attrezzature che utilizzano. Se e quando gli operatori sanitari potranno avere la consapevolezza che l'infezione di un paziente sia stata causata dalle proprie azioni, saranno certamente più propensi a cambiare il loro modo di lavorare ed a utilizzare le precauzioni standard.

Gli operatori sanitari sono convintamente intenzionati a mantenere adeguate procedure di prevenzione e controllo delle infezioni, ma il costante rispetto di una corretta igiene delle mani sembra fortemente limitato dai troppi pazienti da assistere e dal poco tempo a disposizione.	**L'argomento 3 "Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sull'assistenza al paziente"** mette in evidenza come i processi assistenziali e di cura comprendano numerose fasi e molteplici relazioni. I pazienti dipendono da operatori sanitari capaci di interagire con loro nel modo giusto, ma, allo stesso tempo, da un Sistema assistenziale che richiede un lavoro in team; questo gli studenti devono saperlo. Essi hanno bisogno di comprendere che l'igiene delle mani non è una pratica facoltativa, ma una fase importante del processo assistenziale. Capire come le azioni di ogni persona e di ogni singolo componente dei percorsi di cura si intrecciano in un processo continuo che può dare buoni risultati (il paziente migliora) ma anche esiti negativi (il paziente subisce un evento avverso), è un'importante lezione di Sicurezza del Paziente. Una volta compreso come le azioni di una sola persona del team possano condizionare gli obiettivi del trattamento di un paziente, gli studenti vedranno il proprio lavoro in un'ottica diversa: quella della Sicurezza del Paziente.
Nei reparti mancano le soluzioni alcoliche per l'igiene delle mani: la segretaria ha dimenticato di ordinarli.	**L'argomento 4: "Essere un'efficace componente del team"** spiega l'importanza del lavoro in team dei professionisti sanitari. Se le soluzioni alcoliche non sono disponibili, spetta a tutti i membri del team di informare la persona appropriata per garantirne la disponibilità. Le recriminazioni perché qualcuno ha dimenticato di ordinare il prodotto per l'igiene delle mani non aiuta certo i pazienti a migliorare. Tenere un comportamento consapevole nel proprio contesto di lavoro e ricercare ogni opportunità per essere di aiuto ai pazienti ed al team sono requisiti essenziali dell'essere professionista ed efficace componente di un gruppo di lavoro. Gli eventi avversi sono spesso causati da una serie di numerosi fattori apparentemente di scarso rilievo: igiene delle mani non effettuata, mancata disponibilità delle termografiche, arrivo in ritardo di un medico… Ricordare a chi di dovere di ordinare le soluzioni alcoliche non è banale o poco importante, farlo può prevenire un'infezione.
Un chirurgo ha lasciato momentaneamente la sala operatoria per rispondere al cellulare. Poi è tornato in sala ed ha ripreso l'intervento indossando gli stessi guanti. Il paziente ha subito un'infezione della ferita chirurgica.	**L'argomento 5: "Imparare dagli errori per evitare eventi avversi"** dimostra che la ricerca dei colpevoli non ha alcun effetto e che, se le persone temono di essere accusate di negligenza o colpevolizzate, cesseranno di segnalare e, di conseguenza, di apprendere dagli eventi avversi. Un approccio sistemico agli errori si propone di individuarne le cause e di garantire, in tal modo, che essi non si ripetano. Un'analisi delle cause dell'infezione potrebbe dimostrare che il chirurgo ha lasciato la sala operatoria senza utilizzare le appropriate tecniche sterili al suo ritorno, ma incolpare una persona non porterà lontano. Un'analisi più approfondita potrebbe invece evidenziare che tanto il chirurgo che l'intero team hanno sempre violato le linee guida per il controllo delle infezioni, non vedendo queste ultime come un problema. Non disponendo di informazioni, si sono abbandonati ad un falso senso di sicurezza.
Il paziente coinvolto nell'evento avverso ha poi presentato una denuncia scritta all'ospedale in merito all'esito della cura.	**L'argomento 6: "Comprendere e gestire il rischio clinico"** mostra agli studenti l'importanza di porre in atto sistemi adeguati per identificare i rischi e risolvere potenziali problemi ancor prima che si verifichino. I reclami possono suggerire al personale medico o comunque responsabile che possono esistere particolari problemi. La lettera di denuncia del paziente relativa al suo evento infettivo potrebbe essere la decima nello stesso mese e questo potrebbe segnalare all'ospedale la possibile esistenza di una falla nel controllo delle infezioni. La segnalazione di quasi eventi e di eventi avversi rappresenta una modalità sistematica di raccolta delle informazioni sulla sicurezza e sulla qualità delle cure.

Nell'ospedale prende forma la consapevolezza dell'esistenza di un problema di infezioni in una determinata sala operatoria e si vuole sapere di più sul problema.	**L'argomento 7: "Utilizzare le metodologie della qualità per migliorare le cure"** fornisce esempi di metodologie di misurazione e di miglioramento dell'assistenza sanitaria. Gli studenti devono sapere come misurare i processi di cura, al fine di stabilire se le modifiche hanno portato o meno a dei miglioramenti.
L'ospedale ora è a conoscenza del fatto che in una delle sale operatorie vi è un tasso di infezione superiore alle altre. I pazienti si lamentano ed il problema delle infezioni in ospedale fa la sua comparsa sulla stampa.	**L'argomento 8: "Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver"** mostra agli studenti l'importanza della comunicazione trasparente con i pazienti dopo un evento avverso e la rilevanza di fornire ad essi un'informazione completa sul loro profilo di cure. Coinvolgere i pazienti è indispensabile per mantenere la fiducia della comunità nei confronti del servizio sanitario.
Le infezioni vengono ora percepite in ospedale come un problema serio e si decide che vi è necessario ricordare, a tutti gli operatori, l'importanza di rispettare le precauzioni standard.	**L'argomento 9: "Prevenzione e controllo delle infezioni"** descrive le principali tipologie e cause di infezioni. Esso contiene anche i passaggi indispensabili ed i protocolli più rilevanti nel ridurre al minimo le infezioni.
L'ospedale stabilisce di procedere ad una revisione del processo di controllo delle infezioni nelle sale operatorie avendo dimostrato che le infezioni del sito chirurgico rappresentano una percentuale significativa degli eventi avversi segnalati dal personale.	**L'argomento 10: "Sicurezza del Paziente e procedure invasive"** dimostra agli studenti che i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, come ad altre procedure invasive, sono più a rischio di infezione o di errori di trattamento. Gli studenti troveranno molto utile, ai fini di una migliore comprensione dei molteplici fattori coinvolti nella chirurgia, capire la natura dei fallimenti causati da scarsa comunicazione, mancanza di leadership, insufficiente attenzione ai processi, mancato rispetto delle linee guida e lavoro eccessivo.
Sono state esaminate le cartelle cliniche del reparto di chirurgia utilizzando principi e metodi di miglioramento della qualità (quelli che si chiedono "che cosa è successo?" invece di domandare "chi è stato?"), allo scopo di fornire al team azioni potenzialmente utili a ridurre il tasso di infezione. Il team ha adesso imparato che la somministrazione appropriata e tempestiva della profilassi antibiotica può aiutare a prevenire le infezioni. Questa pratica richiede però la disponibilità di un'anamnesi farmacologica completa per ogni paziente allo scopo di evitare interazioni con altri farmaci eventualmente prescritti.	**L'argomento 11: "Migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci"** è importante perché gli errori terapeutici sono causa di una significativa percentuale di eventi avversi. Il peso e l'impatto degli errori legati all'uso dei farmaci sono considerevoli e gli studenti devono saperne identificare i fattori di rischio e conoscere le misure utili per la prevenzione. La sicurezza nelle procedure per l'utilizzo dei farmaci prevede che gli studenti conoscano il potenziale di reazioni avverse ai farmaci e che considerino tutti i fattori rilevanti durante tutte le fasi del loro utilizzo: la prescrizione, l'approvvigionamento, la somministrazione ed il monitoraggio degli effetti ad essi correlati.

Soluzioni per il mondo reale: aiutare gli studenti a diventare leader della Sicurezza del Paziente

Una delle più impegnative sfide per la riforma della Sicurezza del Paziente è quella di favorire la disponibilità al cambiamento dell'ambiente di lavoro di fronte ai nuovi modelli di erogazione dell'assistenza.

Cambiare può essere molto difficile per le organizzazioni e per gli operatori sanitari, abituati a trattare in modo diverso i pazienti e che, non vedendo cosa vi possa essere di sbagliato in ciò, non sono convinti della necessità di cambiare. Possono sentirsi messi in discussione o alle strette quando qualcuno, in particolar modo un membro più giovane nello staff, ha un punto di vista diverso su un problema o quando, addirittura, esegue una procedura in modo diverso. In una tale circostanza, a meno che gli studenti non siano supportati da un tutoraggio positivo e abbiano avuto la possibilità di discutere le loro esperienze, gran parte degli insegnamenti e dell'apprendimento in ambito di Sicurezza del Paziente sarà compromessa.

Gli studenti imparano molto rapidamente i comportamenti dei rappresentanti della loro professione sanitaria e le attese nei loro confronti; perciò trovandosi in una condizione di noviziato, sono impazienti di adattarsi a questi modelli. In tal modo, gli studenti delle professioni sanitarie, spesso, risultano molto dipendenti dalle informazioni e dal supporto professionale degli istruttori e dei supervisori.

Per gli studenti, mantenere la fiducia di un istruttore o supervisore è fondamentale; la loro progressione nei corsi dipende dai report favorevoli, formali ed informali, dei loro insegnanti e dalle valutazioni soggettive ed oggettive che certificano la loro competenza ed il loro impegno. La Sicurezza del Paziente richiede agli operatori sanitari di parlare apertamente dei propri errori e di apprendere da essi, ma nella mente degli studenti può insinuarsi il timore che rendere noti i propri errori o, peggio ancora, quelli di un professionista istruttore o supervisore anziano possa avere ripercussioni negative su di loro o sulle persone coinvolte. Un eccesso di fiducia nei confronti dei docenti e dei tutor incontrati nelle attività sul campo, per il loro insegnamento e la loro valutazione, può incoraggiare gli studenti a nascondere i propri errori e ad eseguire le attività assegnate anche nella consapevolezza della loro incapacità a svolgerle. Gli studenti possono così diventare riluttanti a parlare di Sicurezza del Paziente o ad esprimere le proprie preoccupazioni di natura etica con il personale anziano, temere report sfavorevoli o giudizi come "privi di impegno" o "con atteggiamento negativo". Agli studenti può apparire rischioso, parlare a nome di un paziente o rivelare errori, ritenendo che ciò, in modo fondato o infondato, possa dar luogo a valutazioni negative, riduzione delle opportunità di lavoro e/o delle possibilità di accedere a programmi di formazione avanzata.

Le discussioni sugli errori in sanità sono difficili per tutti gli operatori ed in ogni cultura. L'apertura ad apprendere dagli errori dipende spesso dalla personalità dei professionisti anziani coinvolti. In alcune culture ed organizzazioni, la trasparenza riguardo agli errori può essere del tutto nuova e, quindi, molto difficile per i docenti. In questi casi, può essere opportuno per gli studenti parlare di errori soltanto in sede didattica. In alcuni modelli organizzativi, queste discussioni si svolgono a porte chiuse mentre, nei contesti formativi più avanzati, i team possono parlare apertamente degli errori ed attuano diverse politiche per guidare i professionisti sulla giusta via quando coinvolti in un errore. Prima o poi, tuttavia, ogni cultura si troverà a doversi confrontare con i dolorosi effetti sulle persone, conseguenti agli errori; e sarà ben difficile mantenere le cose come stanno, evitando i cambiamenti, quando la sofferenza dovuta ad eventi avversi sarà riconosciuta apertamente dagli operatori sanitari ovunque essi lavorino, in ospedale o nel territorio. Saranno adottati approcci diversi alle gerarchie ed ai servizi assistenziali offerti al paziente; come quelli che vedono il team come principale strumento di erogazione dell’assistenza, con struttura organizzativa piatta nella quale ogni componente è messo nella condizione di fornire i contributi assistenziali più appropriati.

Può anche essere d’aiuto agli studenti, capire il motivo per cui le aspettative e gli atteggiamenti di alcuni professionisti e docenti anziani sembrano essere in contrasto con ciò che hanno appreso sulla Sicurezza del Paziente. L'assistenza sanitaria non è stata progettata tenendo presente la Sicurezza del Paziente; evolvendo nel tempo, gran parte delle cure e dei processi assistenziali sono stati improntati prevalentemente ad una visione tradizionale piuttosto che all’attenzione esplicita nei confronti della sicurezza, dell'efficienza e dell'efficacia in un’ottica moderna. Molti

atteggiamenti all'interno della sanità sono profondamente radicati in una cultura professionale che ha avuto origine in un momento in cui, nella società, le strutture gerarchiche erano la norma: l'assistenza sanitaria era una vocazione di vita ed i professionisti, in particolar modo i medici, erano considerati infallibili. All'interno di un simile quadro concettuale, gli operatori sanitari erano considerati incapaci di commettere errori, la loro formazione avveniva attraverso l'apprendistato e gli esiti a carico dei pazienti (positivi o negativi) erano attribuiti alle competenze del singolo professionista, non a quelle del team. Gli operatori, dal punto di vista professionale, non dovevano rendere conto a nessuno, se non a loro stessi; in alcuni contesti assistenziali e culturali, i pazienti non paganti erano perfino considerati principalmente come casi da utilizzare a scopo didattico. Anche se molto è cambiato, alcuni residui della vecchia cultura si sono mantenuti, influenzando l'atteggiamento di professionisti sanitari formati e cresciuti in questo ambiente culturale.

Le Società moderne richiedono, invece, un'assistenza sanitaria sicura e di qualità, erogata da professionisti sanitari che lavorano in ambienti ad elevata cultura della sicurezza; questa, diffondendosi negli ambienti sanitari, in tutto il mondo, sviluppa un positivo clima di sicurezza ed oggi gli studenti possono incontrare nei contesti sanitari sia atteggiamenti tradizionali, sia comportamenti improntati alla cultura della sicurezza. Così, tutti gli studenti, a prescindere da nazionalità, cultura o disciplina, devono impegnarsi a praticare un'assistenza sanitaria sicura, anche in contesti nei quali altre persone, intorno a loro, non lo fanno.

E' utile, a tal proposito, essere in grado di distinguere tra alcuni vecchi approcci che possono influenzare negativamente la qualità delle cure ed altre, nuove, pratiche che, al contrario, favoriscono la centralità del paziente. Occorre, tuttavia, rilevare l'importanza di alcuni vincoli potenzialmente legati a questo cambiamento culturale ed, in particolare, il disagio o le tensioni per lo studente od il tirocinante che, desideroso di svolgere la sua attività tenendo presente i principi della sicurezza, ha però a che fare con un diretto superiore che non conosce o non riconosce tali principi e, di conseguenza, i nuovi approcci assistenziali ad essi legati. Perciò è sostanziale che gli studenti parlino con i loro supervisori prima di iniziare ad applicare i principi, le tecniche ed i nuovi approcci assistenziali che hanno appreso.

Ovviamente nessuno si aspetta che gli studenti mettano a rischio se stessi o le proprie carriere nel tentativo di cambiare il sistema, ma vogliamo incoraggiarli a pensare a come potrebbero affrontare la propria formazione, mantenendo, allo stesso tempo, la prospettiva della sicurezza del paziente. La tabella B.I.2 fornisce un quadro di riferimento di gestione dei conflitti che possono verificarsi mentre gli studenti si trovano in un ambiente di lavoro per la loro formazione.

Tabella B.I.2. Gestire i conflitti: vecchio e nuovo approccio

Area o situazione	Esempio	Vecchio approccio	Nuovo approccio
Gerarchie in sanità: Igiene delle mani	Un professionista sanitario anziano non si lava le mani tra un paziente e l'altro.	Lo studente non dice nulla e adotta le pratiche inappropriate, imitando il professionista anziano.	(1) Lo studente chiede chiarimenti su "quando e come" dovrebbe essere eseguita l'igiene delle mani allo stesso professionista o ad un altro componente anziano del team. (2) Non dice nulla, ma utilizza le tecniche sicure di igiene delle mani. (3) Dice qualcosa in modo rispettoso al professionista e continua ad utilizzare le tecniche sicure di igiene delle mani.

Gerarchie in sanità: Sito chirurgico	Il chirurgo non partecipa al controllo del sito corretto da operare od alla verifica dell'identità del paziente. Il chirurgo si è sentito offeso dall'introduzione del protocollo di controllo pre-operatorio, ritenendo che fosse una perdita di tempo e mette sotto pressione il resto del team, chiedendo di fare in fretta.	Lo studente adotta l'approccio del chirurgo anziano e non partecipa al controllo: decide che il controllo sia un compito non qualificante.	(1) Lo studente aiuta attivamente il resto del team a completare il protocollo di controllo.
Gerarchie in sanità: Somministrazione di farmaci	Lo studente è consapevole del fatto che un paziente ha una grave allergia alla penicillina, precedentemente nota, ed osserva un infermiere anziano che sta per somministrarla.	Lo studente non dice nulla, temendo di essere giudicato in disaccordo con la decisione di un professionista anziano. Dà per scontato che l'infermiere sappia quello che sta facendo.	(1) Lo studente condivide immediatamente la sua preoccupazione riguardo alll'allergia con l'infermiere, considerando il proprio comportamento come una dimostrazione del sentirsi un componente utile del team e, per quanto di sua competenza, responsabile della tutela del paziente.
Paternalismo: Consenso informato	Allo studente viene chiesto di ottenere il consenso di un paziente ad un trattamento di cui lo studente non ha mai sentito parlare.	Lo studente accetta il compito. Non informa lo staff anziano della sua ignoranza circa il trattamento. Comunica al paziente le informazioni in modo vago e superficiale per avere la sua firma sul modulo di consenso.	(1) Lo studente declina la proposta di svolgere il compito e suggerisce che un medico con maggiore familiarità con il trattamento sarebbe più appropriato per questo compito. (2) Lo studente accetta il compito, ma spiega di sapere poco circa il trattamento e di aver bisogno di alcune informazioni al riguardo; richiede, inoltre, che uno dei tutor lo accompagni per aiutarlo e supervisionarlo.
Paternalismo: Ruolo dei pazienti nella gestione delle proprie cure	I pazienti vengono ignorati durante il giro del reparto e non coinvolti nelle discussioni riguardanti i piani di cura ed assistenziali che li riguardano. Ai familiari viene chiesto di lasciare la stanza durante il giro medico.	Lo studente accetta la situazione e resta passivo immaginando che questo sia il modo giusto di fare le cose; adotta i comportamenti che non includono o coinvolgono i pazienti e le loro famiglie.	(1) Lo studente prende l'iniziativa di salutare ogni paziente: "Buongiorno Signor R.*, stiamo rivedendo tutti i nostri pazienti questa mattina. Come si sente oggi?". (2) Se vi è poco tempo per farlo al momento, dice al paziente ed alla sua famiglia "Tornerò a parlare con voi dopo il giro del reparto".

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Paternalismo: Ruolo dei pazienti nella gestione delle proprie cure (continua)			(3) Chiede prima quali siano le preoccupazioni del paziente e le discute con i clinici durante il giro, quando si trovano al letto del paziente, ad esempio, "Il signor C.* spera di evitare l'intervento chirurgico, questa è una possibile opzione?". (4) Invita ed incoraggia i pazienti a parlare durante il giro del reparto. (5) Chiede al proprio supervisore se pensa che i pazienti ed i loro parenti possano aggiungere valore alle discussioni durante il giro, migliorando, in tal modo, l'efficacia del reparto.
Infallibilità dei professionisti sanitari: Ore di lavoro	Un giovane membro dello staff del reparto annuncia con orgoglio che ha lavorato ininterrottamente nelle ultime 36 ore.	Lo studente ammira il collega per la sua resistenza e l'impegno nel lavoro.	(1) Lo studente chiede al giovane membro dello staff come si senta e se sia saggio o addirittura responsabile lavorare ancora. (2) Chiede quando prevede di interrompere il lavoro e come ha intenzione di tornare a casa. E' sicuro di poter guidare? (3) Offre alcuni suggerimenti utili: "C'è qualcuno che può accompagnarti in auto in modo da poter andare a casa e riposare?" Oppure: "Non pensavo che al personale fosse permesso lavorare così a lungo, dovresti dire e fare qualcosa per i tuoi turni".
Infallibilità dei professionisti sanitari: Atteggiamento nei confronti degli errori	Gli errori sono commessi solo da persone incompetenti o prive di scrupoli. Gli operatori sanitari capaci non commettono errori.	Lo studente fa propria la cultura che sostiene che i professionisti della salute che commettono errori siano "privi di scrupoli" o "incompetenti". Si impegna molto allo scopo di evitare errori. Tace o va in cerca di qualcuno o qualcosa da biasimare quando commette un errore. Guarda gli errori degli altri e dice a se stesso "non sarò mai così balordo".	(1) Lo studente è consapevole del fatto che tutti possono commettere errori in un determinato scenario e che le cause di errori sono multifattoriali, coinvolgendo fattori latenti non immediatamente evidenti al momento dell'accadimento dell'errore. In caso di errore, si preoccupa dei suoi pazienti, di se stesso e dei colleghi e promuove attivamente l'importanza di apprendere da errori.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Infallibilità dei professionisti sanitari: Commettere errori	Un professionista sanitario anziano commette un errore e comunica al paziente che si trattava di una complicanza attesa. Il team non parla degli errori nelle occasioni di debriefing.	Lo studente accetta che il modo giusto di gestire un errore è quello di considerarlo come un problema legato al paziente piuttosto che all'assistenza. Impara in fretta la prassi consolidata che il personale anziano non comunichi gli errori ai pazienti od ai colleghi e, inevitabilmente, adotta il loro comportamento.	(1) Lo studente parla con un docente/tutor dell'opportunità di una comunicazione aperta e chiede se l'ospedale abbia prodotto una procedura su come fornire informazioni ai pazienti in seguito ad eventi avversi. (2) Chiede al paziente se ha bisogno di maggiori informazioni circa la propria cura e, in caso affermativo, ne porta a conoscenza il medico. (3) Informa il supervisore o il leader del team quando commette un errore e chiede come fare per evitarlo in futuro. (4) Compila il modulo di incident reporting, se disponibile.
Infallibilità dei professionisti sanitari: Onniscienza	Un operatore sanitario agisce "come una divinità" e volge in basso il suo sguardo, severo, agli altri professionisti, più o meno giovani, e, benevolo, ai pazienti.	Lo studente aspira ad essere come "LUI" ed è ammaliato da come tutti si inchinino davanti a "LUI". (N.d.T. …o "LEI", ovviamente)*	(1) Lo studente riconosce l'arroganza di questi atteggiamenti e, adottando i corretti comportamenti del personale che lavora in team, condivide conoscenze e responsabilità.
Colpa/vergogna	Un professionista sanitario che ha commesso un errore è denigrato ed umiliato dal direttore. L'ospedale procede con un provvedimento disciplinare nei suoi confronti.	Lo studente non apre bocca; adotta il comportamento degli altri componenti dello staff che denigrano il professionista coinvolto nell'evento.	(1) Lo studente offre il suo sostegno e la sua comprensione (N.d.T. NON COMPASSIONE)* al collega coinvolto in un evento avverso. (2) Parla con i colleghi e con il supervisore sul miglior modo di affrontare gli errori, cercando in ogni modo di andare oltre alla semplice colpevolizzazione della persona coinvolta. (3) Si focalizza sull'errore. Chiede «che cosa è successo?" piuttosto che "chi è stato?". Cerca di aprire una discussione all'interno del team sui differenti fattori che potrebbero essere stati alla base dell'evento.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Lavoro in team: Il mio team è questo… (medico / infermieristico / ostetrico / farmacistico / tecnico/odontoiatrico / altro)	Gli studenti ed i giovani medici identificano (N.d.T. e si identificano) prevalentemente con gli altri medici della stessa specialità come parte del team. I medici del reparto fanno il giro senza la presenza di altri operatori di diversa professione sanitaria.	Lo studente sarà il riflesso del comportamento degli altri medici e si identificherà solo con gli appartenenti alla propria professione.	(1) Lo studente è consapevole che, nell'ottica della centralità del paziente, il team è composto da tutti coloro che, con competenze diverse e complementari, se ne prendono cura: infermieri, personale di reparto e altri operatori sanitari, così come pure il paziente stesso ed i suoi familiari. (2) Suggerisce sempre di coinvolgere gli altri componenti del team assistenziale nelle discussioni che hanno come oggetto la cura e l'assistenza di un paziente. (3) Riconosce e ricerca attivamente il beneficio di un team interprofessionale.

I racconti dei pazienti

L'utilizzo di narrazioni in ambito sanitario è stato un efficace strumento di apprendimento per generazioni di operatori. Storie di colleghi più o meno capaci, di bravi e meno bravi docenti, di istruttori e supervisori con i loro suggerimenti sul come sopravvivere a turni e rotazioni, sono solo alcuni esempi. Queste storie hanno per lo più al centro la prospettiva dello studente; quello che manca nel messaggio narrativo sono le storie dei pazienti. Le loro esperienze non sono meno rilevanti dei punti di vista del team assistenziale ed anche essi hanno qualcosa da offrire. I racconti dei pazienti, contenuti in ciascun argomento di apprendimento, sono progettati per sottolineare l'importanza della prospettiva del paziente riguardo lo specifico argomento e per portare il programma formativo nella realtà concreta, dando alcuni esempi di ciò che può avere esiti indesiderati nei processi di cura, in assenza di un approccio centrato sul paziente.

Per la maggior parte dei racconti dei pazienti, sono stati utilizzati nomi fittizi (N.d.T. abbiamo utilizzato le iniziali fittizie originali, che, naturalmente potranno essere opportunamente "italianizzate" se volete) ad eccezione dei casi in cui il permesso è stato concesso dalla famiglia, ad esempio nel caso di Caroline Anderson. Queste storie vere di pazienti sono tratte dal quadro concettuale australiano per la formazione sulla sicurezza del paziente (APSEF) 2005.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Argomento 1

Che cos'è la Sicurezza del Paziente?

La storia di Carolina

Il 10 aprile del 2001, Carolina, di 37 anni, è stata ricoverata in un ospedale della città e ha dato alla luce il suo terzo figlio con un parto cesareo senza complicazioni. Il ginecologo era il Dott. A e l'anestesista, il Dott. B che ha posizionato il catetere epidurale. L'11 aprile, Carolina ha riferito un forte dolore a livello della spina dorsale e che aveva accidentalmente urtato il sito epidurale la notte prima della rimozione del catetere. Durante tutto il ricovero, Carolina ha lamentato ripetutamente dolore e tensione nella regione lombare. Il Dott. B l'ha visitata, ponendo la diagnosi di dolore "muscolare". Sempre dolorante e zoppicante, Carolina è stata dimessa dall'ospedale il 17 aprile.

Per i successivi sette giorni, Carolina è rimasta a casa, in campagna. Dopo una telefonata al Dott. A, per febbre, brividi, lombalgia intensa e mal di testa, il 24 aprile, il medico curante, il Dott. C, ha visitato Carolina ed il suo bambino e ha consigliato per entrambi il ricovero nell'ospedale distrettuale per mal di schiena, lei, ed ittero, il bambino.

Il medico che la ricovera presso l'ospedale distrettuale, il Dott. D, annota che il mal di schiena di Carolina sembra essere situato a livello della vertebra S1 anziché al sito epidurale. Il 26 aprile, l'ittero del neonato migliora, ma Carolina ancora non è stata visitata dal medico di medicina generale, il Dott. E, che ha poi riconosciuto di essersene dimenticato. Il medico in formazione, il Dott. F, visita Carolina e le diagnostica una sacro-ileite. La dimette con prescrizioni per oxycodone cloridrato, paracetamolo e diclofenac sodico. Informa, inoltre, il ginecologo di Carolina, il Dott. A, della sua diagnosi.

Il dolore di Carolina è stato controllato con i farmaci fino al 2 maggio, quando la sua condizione peggiora. Il marito la porta nell'ospedale locale in stato di delirio. Poco dopo il suo arrivo in ospedale, il 3 maggio, iniziano le convulsioni ed il borbottare parole incoerenti. Il Dott. C annota nella cartella clinica "Probabile uso eccessivo di oppiacei, sacro-ileite?". Le condizioni permangono critiche e la donna viene portata in ambulanza all'ospedale distrettuale.

All'arrivo, Carolina non è più risvegliabile e necessita di intubazione. Le pupille sono dilatate e fisse, come risulta dalla documentazione clinica. Le condizioni non migliorano ed il 4 maggio viene trasferita in ambulanza in un altro ospedale della città. All'una e 30 minuti di sabato 5 maggio, viene fatta la diagnosi di morte cerebrale e viene sospeso il supporto delle funzioni vitali.

L'autopsia rivela un ascesso epidurale e meningite che coinvolgono il midollo spinale dalla regione lombare alla base del cervello, con culture di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA). I danni a fegato, cuore e milza risultano tutti compatibili con una diagnosi di setticemia.

L'inchiesta del medico legale ha poi concluso che l'ascesso di Carolina avrebbe potuto e dovuto essere diagnosticato prima. I punti salienti del rapporto del coroner sulla morte di Carolina Anderson mettono in evidenza molte delle questioni affrontate in questa edizione multi-professionale del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente dell'OMS.

Fonte: *Inchiesta sul decesso di Caroline Barbara Anderson, Tribunale del coroner*, Westmead, Sydney, Australia, 9 marzo 2004. (Al professor Merrilyn Walton è stato concesso il permesso scritto della famiglia di Carolina ad utilizzare la sua storia per insegnare agli studenti ed aiutarli a conoscere la Sicurezza del Paziente dal punto di vista dei pazienti e delle loro famiglie).

Discussione

L'osservazione che è emersa più volte in questa storia è stata l'inadeguatezza e l'incompletezza delle registrazioni nel diario clinico e la regolare frequenza con cui venivano perse le registrazioni. L'anestesista, il Dott. B, era così preoccupato per il dolore insolito di Carolina che ha consultato la biblioteca medica, ma non ha registrato questo nei suoi diari clinici. Egli ha anche omesso di comunicare a Carolina il rischio di quello che ora ritiene essere stato dolore "neuropatico" e di garantire che lei fosse sottoposta ad indagini esaustive prima della dimissione. Emergono, inoltre, preoccupazioni riguardo al rispetto delle linee guida EBM per quanto riguarda il lavaggio delle mani del Dott. B prima dell'inserimento del catetere epidurale, visto che un esperto indipendente ha concluso che i batteri causa dell'ascesso provenivano con elevata probabilità dalle mani del personale piuttosto che dall'ambiente ospedaliero.

Era chiaro che Carolina sarebbe stata seguita da altri professionisti, dopo la sua dimissione. Tuttavia, lei non è stata coinvolta come partner nella sua assistenza sanitaria; non le sono state date istruzioni circa la necessità di rivolgersi al medico se il suo mal di schiena fosse peggiorato. Allo stesso modo, nessuna lettera di dimissione o telefonata è stata fatta al suo medico curante, il Dott. C.

Il parere del medico legale è stato quello che ogni medico che ha visitato Carolina dopo il suo ritorno a casa si era affrettato a giungere ad una diagnosi, credendo erroneamente che qualsiasi altro specifico problema sarebbe stato evidenziato da qualcun altro, in altro momento, in altri step, nel percorso assistenziale. Il Dott. C ha effettuato solo un esame molto superficiale di Carolina, visto che sapeva che lei era stata ricoverata nell'ospedale distrettuale. Il medico che l'ha ricoverata, il Dott. D, pensava che ci fosse una probabilità del 30% che Carolina avesse un ascesso epidurale, ma non lo ha registrato nelle note perché credeva che sarebbe stato ovvio per i colleghi. Deviando dalla prassi consolidata, il Dott. E ha accettato di visitare Carolina ma poi si è semplicemente dimenticato di lei.

L'ultimo medico ad esaminare Carolina nell'ospedale distrettuale è stato il medico in formazione, il Dott. F., che la dimette con la prescrizione di potenti analgesici, senza indagare a fondo sulla sua diagnosi provvisoria di sacro-ileite che pensava avrebbe potuto essere postoperatoria o di origine infettiva. Per quanto riguarda la sicurezza nella somministrazione die farmaci, le note scritte a mano dal Dott. F. a Carolina sono state considerate vaghe ed ambigue nell'istruirla ad aumentare la dose di oxycodone se il dolore fosse aumentato, monitorando al contempo i cambiamenti successivi. Le annotazioni del Dott. F su un pezzo di carta riguardo al dettaglio del suo esame e l'eventuale necessità di risonanza magnetica (RM) non sono mai state ritrovate.

L'unico professionista che il medico legale ha ritenuto avrebbe potuto assumere la responsabilità in senso globale nelle cure di Carolina è il suo ginecologo, il Dott. A. Lui ricevette almeno tre telefonate dopo la dimissione che riferivano il perdurare di dolore ed altri problemi, ma non fu in grado di comprendere la gravità delle condizioni.

Dalla nascita del suo bambino alla sua morte, 25 giorni più tardi, Carolina fu ricoverata in quattro diversi ospedali. Vi era un'evidente necessità di un'adeguata continuità assistenziale nel passaggio di consegne e responsabilità, da uno staff medico e infermieristico all'altro. Il fallimento nell'annotare in modo adeguato le informazioni cliniche (dalla diagnosi provvisoria e differenziale, alle indagini necessarie, alla lettera di dimissione e di invio in ospedale) fu causa di ritardo nella diagnosi di un pericoloso ascesso e, in ultima analisi, della morte di Carolina.

Introduzione - Perché la Sicurezza del Paziente è fondamentale per l'assistenza sanitaria? (Slide 1)

Esistono ormai prove inconfutabili che un numero significativo di pazienti viene danneggiato dalle cure, con conseguenti lesioni permanenti, ricoveri ospedalieri, aumento della durata della degenza in ospedale ed anche la morte. Negli ultimi dieci anni, abbiamo imparato che gli eventi avversi non si verificano per comportamenti intenzionali che danneggiano i pazienti, ma piuttosto a causa della complessità degli attuali sistemi sanitari, nei quali il successo

e l'esito del trattamento di ogni paziente dipendono da una svariata gamma di fattori che si sommano alla specifica competenza di ogni singolo operatore sanitario.

Il coinvolgimento di tanti diversi professionisti (medici, ostetriche, odontoiatri, chirurghi, infermieri, farmacisti, assistenti sociali, dietisti ed altri operatori), può rendere molto difficile garantire un'assistenza sicura, a meno che il sistema non sia stato progettato per facilitare lo scambio tempestivo e completo di informazioni fra tutti gli attori coinvolti nella cura del paziente.

La sicurezza del paziente rappresenta un problema in tutti i Paesi ed in tutte le strutture che forniscono servizi sanitari, siano esse pubbliche o private. I pazienti non sono danneggiati solo dal sotto-utilizzo della tecnologia ma anche dall'inefficace comunicazione tra i diversi operatori sanitari, o da ritardi nel ricevere il trattamento; per non dire dell'inadeguato riconoscimento di un paziente, della prescrizione di antibiotici senza porre attenzione alle condizioni di base del paziente, o la somministrazione di più farmaci potenzialmente incompatibili.

La situazione della sanità nei Paesi in via di sviluppo merita particolare attenzione. Il cattivo stato delle infrastrutture e apparecchiature, la fornitura inaffidabile e la qualità dei farmaci, le carenze nel controllo delle infezioni e la gestione dei rifiuti, lo scarso rendimento del personale per scarsa motivazione o per inadeguate competenze ed il grave sotto-finanziamento dei servizi sanitari, aumenta la probabilità di eventi avversi rispetto ai Paesi più sviluppati. I maggiori problemi di Sicurezza del Paziente sono legati alle infezioni correlate a pratiche assistenziali, alle lesioni dovute ad errori chirurgici ed anestesiologici, alla somministrazione dei farmaci, alle lesioni conseguenti all'utilizzo di dispositivi medici, alle pratiche iniettive ed agli emoderivati non sicuri ed, infine, in particolare, all'assistenza alle donne in gravidanza ed ai neonati. In molti ospedali, il problema delle infezioni correlate a pratiche assistenziali è estremamente diffuso, con misure di controllo delle infezioni praticamente inesistenti. Questo è il risultato della combinazione di numerosi fattori sfavorevoli relativi alla scarsa igiene e pulizia. Inoltre, un contesto socio-economico sfavorevole e la presenza di pazienti affetti da malnutrizione e da malattie infettive e degenerative concomitanti contribuiscono ad aumentare il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.

Diversi studi hanno dimostrato che il rischio di sviluppare infezioni del sito chirurgico nei Paesi in via di sviluppo è significativamente più alto rispetto a quelli sviluppati, con tassi compresi tra il 19% ed il 31% nei diversi ospedali e Paesi [1]. I dati dell'OMS riguardo ai farmaci non sicuri dimostrano che circa il 25% di tutti i farmaci consumati nei Paesi in via di sviluppo, sono probabilmente contraffatti, contribuendo così a mettere a rischio la salute. Un'indagine dell'OMS sulla sicurezza dei farmaci e la contraffazione degli stessi, condotta in 20 Paesi, ha rilevato che il 60% dei casi coinvolgenti farmaci contraffatti si è verificato nei Paesi in via di sviluppo ed il 40% nei Paesi industrializzati [2]. Un altro studio dell'OMS ha mostrato che almeno la metà di tutte le attrezzature sanitarie ospedaliere, nei Paesi in via di sviluppo, è inutilizzabile o solo parzialmente utilizzabile al bisogno [3]. In alcuni Paesi, circa il 40% dei letti ospedalieri è situato in strutture costruite originariamente per altri scopi. Questo rende la realizzazione di ambienti per la radioprotezione o per il controllo delle infezioni estremamente difficile, con il risultato che tali ambienti e servizi sono spesso di dubbia affidabilità o assenti [4]. Anche sulla base di limitate prove di efficacia o solo loro stime provenienti dai Paesi in via di sviluppo, è probabile che una combinazione di sforzi specificamente legati alla formazione ed all'addestramento degli operatori sanitari possa essere molto utile se non indispensabile.

La sicurezza dei pazienti in tutti i Paesi, sviluppati ed in via di sviluppo, è un argomento molto vasto che potrebbe rivolgersi alle ultime tecnologie disponibili, come la prescrizione elettronica e la riprogettazione dei setting assistenziali per pazienti esterni, ma anche al corretto lavaggio delle mani ed al saper essere un'efficace membro del team. Molte delle caratteristiche dei programmi di sicurezza del paziente non comportano un grosso impegno di risorse finanziarie, ma piuttosto quello degli individui a svolgere la propria professione in modo sicuro. I singoli

operatori sanitari possono migliorare la sicurezza dei pazienti, coinvolgendo essi e le loro famiglie in un modo che dimostri rispetto, eseguendo le procedure di verifica, imparando dagli errori e comunicando efficacemente con gli altri membri del team. Tali attività possono anche aiutare a minimizzare i costi, perché riducono al minimo i danni causati ai pazienti. La segnalazione e l'analisi degli errori possono aiutare ad identificare i principali fattori contribuenti e comprendere i fattori alla base degli errori è fondamentale per pensare ai cambiamenti che ne migliorano la prevenzione.

Parole chiave
Sicurezza del Paziente, teoria dei sistemi, colpa, cultura della colpa, fallimenti di sistema, approccio basato sulla persona, violazioni, modelli di Sicurezza del Paziente, interdisciplinarietà, centralità del paziente.

Obiettivi di apprendimento (Slide 2)

Gli studenti dovrebbero comprendere la disciplina della Sicurezza del Paziente ed il suo ruolo nella riduzione dell'incidenza e dell'impatto degli eventi avversi, così come nel favorire i meccanismi di resilienza a seguito di essi.

Risultati di apprendimento: conoscenze e abilità

Le conoscenze e le abilità (N.d.T. tecniche e non tecniche) nell'ambito della Sicurezza del Paziente coprono molti settori, tra cui il lavoro efficace in team, la comunicazione precisa e tempestiva, la sicurezza nella somministrazione dei farmaci, l'igiene delle mani e le abilità procedurali e chirurgiche. Gli argomenti di questo Manuale sono stati selezionati sulla base della loro comprovata pertinenza ed efficacia. In questo argomento, viene presentata una panoramica della Sicurezza del Paziente e poste le basi per l'apprendimento più approfondito di alcune delle aree sopra elencate. Ad esempio, si introduce qui il termine di *evento sentinella*, ma una discussione più approfondita del suo significato e rilevanza per la Sicurezza del Pazienti verrà presentata negli Argomenti 5 (*Imparare dagli errori per evitare eventi avversi*) e 6 (*Comprendere e gestire il rischio clinico*).

Conoscenze richieste (Slide 3)
Gli studenti dovrebbero conoscere:

- il danno causato da errori sanitari e da fallimenti del sistema;
- le lezioni su errori e fallimenti del sistema provenienti da altri settori;
- la storia della Sicurezza del paziente e le origini della cultura della colpa;
- la differenza tra fallimenti di sistema, violazioni ed errori;
- un modello per la Sicurezza del Paziente.

Abilità richieste (Slide 4)
Gli studenti hanno bisogno di applicare le logiche e le proprie competenze nel garantire la Sicurezza del Paziente in ogni ambito di cure ed assistenza.

Il danno causato da errori in sanità ed i fallimenti del sistema (Slide 5)

Anche se l'entità degli eventi avversi nel sistema sanitario è da tempo nota [5-12], il livello con cui questi eventi vengono riconosciuti e gestiti varia notevolmente tra i diversi sistemi e le differenti professioni sanitarie. La scarsità di dati ed informazioni approfondite circa l'entità dei danni conseguenti ad errori ed il fatto che nella maggior parte dei casi questi non causano alcun danno, spiegano perché la Sicurezza del Paziente ha impiegato così tanto tempo prima di essere vista come una priorità. Inoltre, gli errori interessano ogni volta un solo paziente e, salvo casi particolari, il personale operante in una specifica un'area del sistema sanitario raramente può incorrere in un evento avverso od avere la possibilità osservarlo. Gli errori ed i fallimenti del sistema non avvengono contemporaneamente o nello stesso luogo e questo può mascherare la loro vera entità.

La raccolta e la pubblicazione dei dati relativi agli esiti sui pazienti non è ancora entrata nella routine di tutti gli ospedali e, soprattutto, dei percorsi assistenziali extra-ospedalieri. Una significativa serie di studi che presentano i dati di esito [11,13,14] dimostra, tuttavia, come molti eventi avversi siano prevenibili. Leape et al. [14], in uno studio di riferimento, hanno rilevato che, nel loro campione, più di due terzi degli eventi avversi erano prevenibili, il 28% era dovuto alla negligenza di un operatore sanitario ed il 42% a fattori diversi da questa, concludendo che molti pazienti sono stati danneggiati a causa di inappropriata

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

gestione sanitaria e da inadeguati standard di cure.

Bates et al. [15], a loro volta, hanno evidenziato quanto comuni fossero gli eventi avversi legati alla terapia farmacologica e come gravi eventi avversi da farmaci fossero spesso prevenibili. Nei loro dati, la terapia farmacologica risultava causa di danni in circa 6,5 pazienti su 100 ricoveri in grandi ospedali universitari degli Stati Uniti. Sebbene la maggior parte di questi eventi fosse determinata da errori nelle fasi di prescrizione e di distribuzione, molti si erano verificati anche nella fase di somministrazione. Gli Autori di questo studio suggeriscono come le strategie di prevenzione dovrebbero riguardare tutte le fasi del processo di gestione della terapia farmacologica. La loro ricerca, basata sulla segnalazione solo da parte di infermieri e farmacisti e la revisione giornaliera delle termografiche, è però una stima in difetto, perché in molti casi sono i medici che non segnalano sistematicamente gli errori terapeutici.

Molti studi confermano i dati sulla frequenza degli errori nei nostri sistemi sanitari ed i notevoli costi che essi generano. In Australia [16], gli errori si traducono in ben 18.000 morti evitabili ed in più di 50.000 pazienti portatori di conseguenti disabilità. Negli Stati Uniti [17], gli errori in sanità causano almeno 44.000 (ma forse molti di più, fino a 98.000) decessi ogni anno, ma sono alla base, anche, di un milione di danni che non portano al decesso del paziente.

Nel 2002, gli Stati Membri dell'OMS hanno adottato una risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità sulla Sicurezza del Paziente, riconoscendo, da un lato, la necessità di ridurre danni e sofferenze ai pazienti ed alle loro famiglie e, dall'altro, la comprovata e convincente opportunità di benefici economici conseguenti al miglioramento della Sicurezza del Paziente in Sanità. Gli studi dimostrano che le giornate aggiuntive di ricovero, le spese processuali, le infezioni contratte in ospedale, la perdita di reddito, la disabilità e le spese sanitarie hanno inciso, in alcuni Paesi, per cifre comprese tra 6 e 29 miliardi di dollari l'anno [17, 18].

L'entità del danno da cure sanitarie ai pazienti è illustrata dalla pubblicazione che riporta i risultati di studi internazionali, elencati nella Tabella B.1.1. Essi confermano i grandi numeri relativi ai pazienti coinvolti e mostrano il tasso di eventi avversi in quattro Paesi.

Gli studi riportati nella Tabella B.1.1 hanno utilizzato la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche per calcolare l'entità del danno ai pazienti come risultato delle cure sanitarie [20-23]. Da allora, il Canada,

Tabella B.1.1. Dati sugli eventi avversi negli ospedali per acuti in Australia, Danimarca, Gran Bretagna e Stati Uniti d'America

Studio	Anno di raccolta dati	Numero ricoveri	Numero di eventi avversi	Tasso di eventi avversi (%)
1. Stati Uniti (Harvard Medical Practice Study)	1984	30.195	1.133	3.8
2. Stati Uniti (Utah-Colorado Study)	1992	14.565	475	3.2
3. Stati Uniti (Utah-Colorado Study)[a]	1992	14.565	787	5.4
4. Australia (Quality in Australian Health Care Study)	1992	14.179	2.353	16.6
5. Australia (Quality in Australian Health Care Study)[b]	1992	14.179	1.499	10.6
6. Gran Bretagna	1999-2000	1.014	119	11.7
7. Danimarca	1998	1.097	176	9.0

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, Consiglio Esecutivo seduta 109, programma provvisorio item 3.4, 5. 2001, EB 109/9 [19].
[a] Revisione con la stessa metodologia del Quality in Australian Health Care Study (armonizzando le quattro differenze metodologiche tra i due studi).
[b] Revisione con la stessa metodologia dell'Utah-Colorado Study (armonizzando le quattro differenze metodologiche tra i due studi).
Gli studi 3 e 5 presentano i dati più direttamente comparabili per il Quality in Australian Health Care Study e per l'Utah-Colorado Study.

l'Inghilterra e la Nuova Zelanda hanno pubblicato dati di eventi avversi simili [24]. Mentre i tassi di eventi avversi differiscono tra i Paesi che hanno pubblicato i dati, vi è un accordo unanime sul fatto che il danno subito è di rilevante impatto. I casi più impressionanti di decesso che vengono riportati dai media, terribili per le famiglie e gli operatori sanitari coinvolti, non sono tuttavia rappresentativi della maggior parte degli eventi avversi in sanità. I pazienti hanno maggiori probabilità di essere vittime di eventi meno gravi, ma comunque causa di rilevanti negativi effetti sulla salute, come infezioni della ferita chirurgica, piaghe da decubito e fallimenti nel corso di interventi chirurgici sulla colonna vertebrale [24]; in questo scenario i pazienti di ambito chirurgico risultano essere più a rischio degli altri [25].

Per agevolare la gestione degli eventi avversi, molti sistemi sanitari li suddividono per livello di gravità. Gli eventi avversi più gravi, che causano pesanti lesioni o la morte, sono definiti *eventi sentinella* - in alcuni casi, sono anche chiamati eventi che "*non dovrebbero mai accadere*" – e, ad oggi, molti Paesi hanno messo in atto sistemi di segnalazione ed analisi degli eventi avversi ed, in particolare, degli eventi sentinella, o li stanno predisponendo. Per garantire ulteriormente il miglioramento a lungo termine delle cure, alcuni Stati hanno anche reso obbligatoria la segnalazione degli eventi sentinella, accompagnata dall'analisi delle cause profonde (o Root Cause Analysis - RCA) per determinare l'origine di ogni evento. La principale ragione di classificare gli eventi avversi è di garantire che quelli più gravi e che potrebbero ripetersi, vengano analizzati con le metodologie proprie del miglioramento della qualità, così che si possano accertare e rimuovere le cause del problema adottando misure correttive per prevenire incidenti simili nel futuro. Questi metodi sono presentati nell'Argomento 7.

Costi umani ed economici

Agli eventi avversi si associano considerevoli costi umani ed economici. La Fondazione Australiana per la Sicurezza del Paziente (Australian Patient Safety Foundation) ha

Tabella B.1.2. Alcuni eventi sentinella segnalati in Australia negli Stati Uniti [19]

Tipologia di evento sentinella	Stati Uniti (% su 1.579 eventi totali)	Australia (% su 175 eventi totali)
Suicidio di paziente durante il ricovero o a 72 ore dalla dimissione	29	13
Intervento chirurgico sul paziente o sul lato errato	29	47
Errore di somministrazione del farmaco che ha determinato il decesso	3	7
Rapina/aggressione/omicidio in un reparto ospedaliero	8	N/A
Trasfusione di sangue incompatibile	6	1
Morte materna (travaglio, parto)	3	12
Rapimento/consegna alla famiglia errata di nuovo nato	1	-
Ritenzione di materiale in seguito ad intervento chirurgico	1	21
Decesso inatteso di neonato a termine	-	N/A
Iperbilirubinemia neonatale grave	-	N/A
Fluoroscopia prolungata	-	N/A
Embolia gassosa endovascolare	N/A	-

Fonte: Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 2007 [24]. N/A indica che questa categoria non è presente nella lista ufficiale degli eventi sentinella di quel Paese.

stimato che i costi delle richieste di risarcimento e dei premi assicurativi per le grandi cause civili e penali in tema di negligenza medica nello stato del South Australia siano di circa 18 milioni di dollari australiani per gli anni 1997-1998 [26].

Il Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito paga circa 400 milioni di sterline ogni anno per liquidare le richieste di risarcimento per negligenza in ambito clinico ogni anno [14]. Nel dicembre 1999, l'Agenzia per la Ricerca e la Qualità in Sanità statunitense (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) ha riferito che prevenire gli errori medici ha il potenziale di far risparmiare circa 8,8 miliardi di dollari l'anno. Sempre nel 1999, l'Istituto di Medicina (Institute of Medicine - IOM), nel suo fondamentale report *Errare è umano* (To Err is Human) stimava che tra 44.000 e 98.000 persone muoiono ogni anno per errori medici solo negli ospedali, rendendo così l'errore in sanità l'ottava causa di morte negli Stati Uniti d'America. Il rapporto IOM stimava anche che solo gli errori evitabili generano ogni anno agli Stati Uniti circa 17 miliardi di dollari di costi diretti ed indiretti.

I costi umani in dolore e sofferenza includono la perdita di autosufficienza e produttività, sia per i pazienti che per le loro famiglie (per i caregiver non sono stati calcolati). Mentre intensi dibattiti [27-31] all'interno della professione medica circa i metodi utilizzati per determinare i tassi di danno ed i loro costi per il sistema sanitario continuano, molti Paesi hanno nel frattempo accettato che la sicurezza del sistema sanitario rappresenta un settore prioritario di revisione e riforma.

Lezioni sull'errore e sui fallimenti del sistema che arrivano da altri settori (Slide 6)

I grandi disastri industriali e tecnologici che hanno coinvolto veicoli spaziali, traghetti, piattaforme petrolifere, reti ferroviarie, centrali nucleari ed impianti chimici hanno portato, nel 1980, allo sviluppo di strutture organizzative per la sicurezza sul lavoro e la promozione della cultura dell'organizzazione e della sicurezza. Gli sforzi centrati sul miglioramento della sicurezza in questi settori si basano sulla constatazione che gli incidenti sono determinati non da cause singole ed isolate ma dall'interazione di molteplici fattori. Gli specifici elementi situazionali, le condizioni di lavoro, i fattori organizzativi latenti e le decisioni del management sono tra quelli più comunemente coinvolti. Le analisi di questi disastri hanno anche dimostrato che più complessa è l'organizzazione, più elevato è il potenziale per un maggior numero di errori di sistema.

Turner, un sociologo che ha esaminato i fallimenti organizzativi degli anni '70, fu il primo a comprendere che tracciare la "catena degli eventi" è il punto critico per capire le cause che stanno alla base di un incidente [32,33]. Il lavoro di Reason sulla teoria cognitiva dei difetti latenti e dei fallimenti attivi e dei rischi associati ad incidenti organizzativi ha contribuito a sviluppare quest'ambito di ricerca [34, 35]. Egli ha analizzato le caratteristiche di molti disastri di vasta scala che si verificarono negli anni '80 e ha rilevato che gli errori latenti erano molto più significativi di quelli attivi e tecnici. Lui osservò che, anche nei casi in cui erano presenti attrezzature o componenti difettose, l'intervento delle persone avrebbe potuto evitare il disastro od attenuarne gli esiti negativi.

L'analisi della catastrofe di Chernobyl [36] ha dimostrato che gli errori organizzativi e le violazioni delle procedure operative, visti in generale come prova di una scarsa "cultura della sicurezza" [37], nella centrale di Chernobyl erano i veri e propri elementi organizzativi che avevano contribuito all'incidente. La lezione appresa dall'indagine di Chernobyl sta tutta nella fondamentale importanza del livello di tolleranza che una cultura organizzativa dominante applica alle violazioni delle regole e delle procedure; caratteristica peraltro comune agli eventi che hanno preceduto anche l'incidente di 'Challenger' [38]. Anche in questo caso, l'indagine ha dimostrato come le violazioni fossero diventate la regola piuttosto che l'eccezione (seppure la Commissione d'inchiesta trovò anche difetti nella progettazione della navetta e mise in evidenza i difetti di comunicazione come fattori che contribuirono all'incidente). Vaughan ne ha analizzato le risultanze ed ha potuto descrivere le violazioni come il prodotto dei continui compromessi tra le soluzioni proposte dagli esperti nella continua ricerca di quella ideale ma in un ambiente incerto e

con conoscenze incomplete. Vaughan ha suggerito che il processo di identificazione e di negoziazione dei fattori di rischio abbia portato alla standardizzazione della valutazione del rischio.

Tavola B.1.1. L'incidente di 'Challenger'

Le violazioni che avrebbero potuto portare all'incidente di 'Challenger'

Per quasi un anno, prima dell'ultima missione del Challenger, gli ingegneri hanno discusso riguardo ad un difetto di progettazione nelle articolazioni. Sono stati fatti molti sforzi per riprogettare una soluzione al problema, ma, prima di ogni missione, i funzionari di entrambe NASA e Thiokol (la società che ha progettato e costruito i booster) certificavano che i booster a propellente solido erano sicuri di volare. (Vedere: McConnell M. *Challenger: a major malfunction*. London, Simon & Schuster, 1987:7). Il Challenger ha completato nove precedenti missioni prima del suo incidente mortale.

Reason [39] ha utilizzato tutte queste lezioni derivanti da altri settori per dare un senso all'elevato numero di eventi avversi in sanità. Egli ha affermato che solo un approccio sistemico (in contrasto con il più comune approccio mirato alla persona, basato sull'attribuzione di responsabilità ai singoli) potrà creare una cultura della sicurezza in sanità, perché è più facile modificare le condizioni in cui lavorano le persone che tentare di cambiare il comportamento umano. Per descrivere l'approccio sistemico, egli ha utilizzato esempi industriali che mostrano i benefici delle difese, delle salvaguardie e delle barriere presenti nel sistema. Quando un sistema fallisce, la domanda da porsi immediatamente dovrebbe essere perché ha fallito (ad esempio: quali misure di difesa sono state superate?) e non chi ha causato il fallimento. Per spiegare come i fallimenti che interessano più livelli del sistema possano portare ad incidenti/errori/eventi, Reason ha creato il modello dell'Emmenthal svizzero [40].

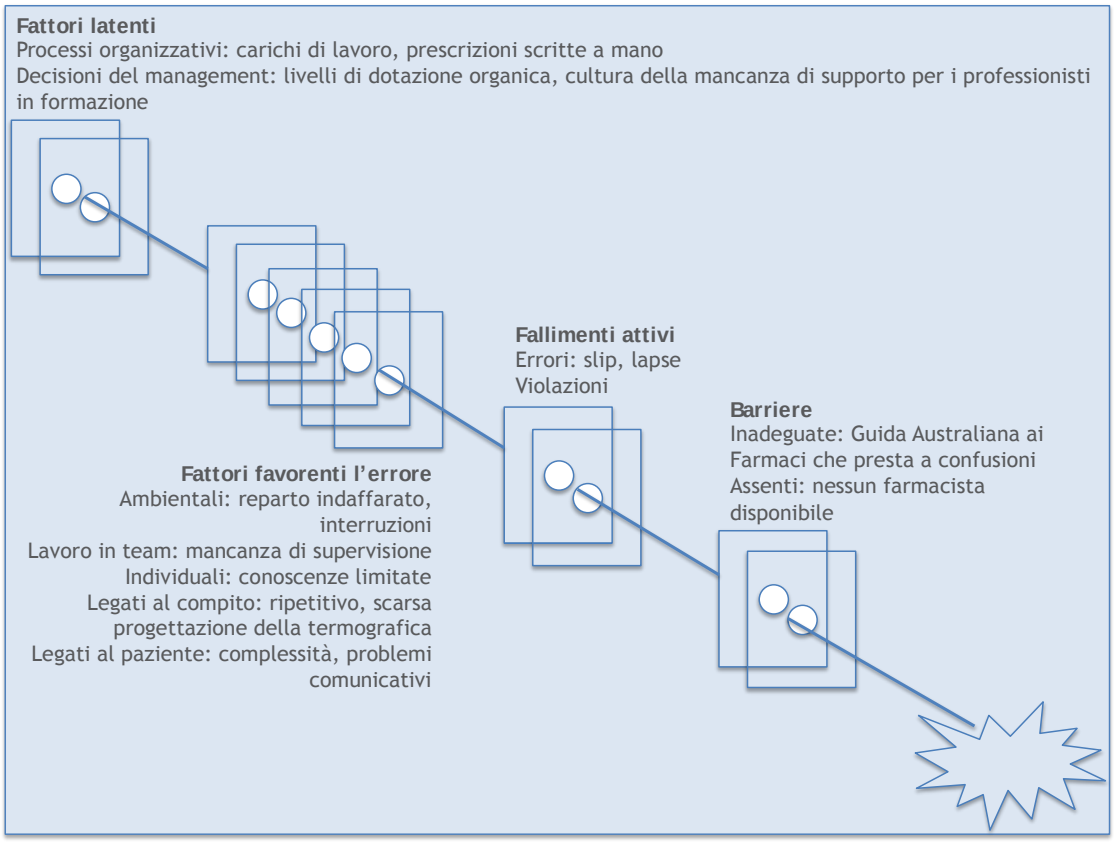
Il modello di Reason (Emmenthal svizzero) riportato nella Figura B.1.1, descrive i diversi tipi di fattori (latenti, scatenanti l'errore, attivi e difese) associati ad eventi avversi.

Il diagramma mostra come un fallimento presente in un solo livello dell'organizzazione di solito non è sufficiente per causare un evento avverso. Questi, nel mondo reale, si verificano di solito quando una serie di difetti e malfunzionamenti sono presenti in un certo numero di diversi strati (ad es. violazioni delle regole, risorse inadeguate, supervisione inadeguata ed inesperienza) e, momentaneamente, si allineano creando una traiettoria utile che da all'incidente l'opportunità di verificarsi. Per combattere gli errori nella parte tosta del modello, quella più esposta ai problemi, Reason ha invocato il principio di "difesa in profondità" [41], secondo la quale successivi strati di protezione (comprensione, consapevolezza, allarmi e avvisi, ripristino dei sistemi, barriere di sicurezza, contenimento, eliminazione, evacuazione, fuga e soccorso) sono progettati per evitare il fallimento dello strato sottostante; come nel caso di un giovane medico in procinto di commettere un errore terapeutico che viene evitato dal tempestivo ed adeguato intervento del supervisore. L'organizzazione è progettata per anticipare il fallimento, riducendo così al massimo i fattori latenti che permettono agli errori "attivi" di produrre l'evento ed i danni che ad esso conseguono.

Storia della Sicurezza del Paziente e le origini della cultura della colpevolizzazione (Slide 8 e 9)

Il modo in cui abbiamo tradizionalmente gestito fallimenti ed errori in sanità, si è basato sull'approccio basato sulla persona: identificare i soggetti direttamente coinvolti nella cura del paziente al momento dell'incidente e ritenerli responsabili. Questo atto di "colpevolizzazione" chiamato in sanità, "cultura del biasimo o della colpevolizzazione", è stato un modo comune per risolvere i problemi. Dal 2000, vi è stato un drammatico aumento dei riferimenti alla cultura della colpevolizzazione, nella letteratura di ambito sanitario [42], e ciò può essere dovuto alla consapevolezza che i miglioramenti di sistema non possono essere apportati fino a quando non smettiamo di concentrarci sulla colpa del singolo. Questa volontà di assegnare la colpa, è considerata come uno dei principali ostacoli alla capacità del sistema sanitario di gestire i rischi [40, 43-46] e migliorare l'assistenza.

Figura B.1.1. Il modello dell'Emmenthal svizzero: tappe e fattori associati con gli eventi avversi (Slide 7)



Fonte: Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008 (Adapted from Reason's model of accident causation) [41].

Ad esempio, se ad un paziente è stato somministrato il farmaco errato e ha avuto di seguito una reazione allergica, cerchiamo il singolo studente, il farmacista, l'infermiere o il medico che ha prescritto, distribuito o somministrato il farmaco errato. Gli individui che sono identificati come responsabili, vengono anche disonorati (gettati nella vergogna) e possono dover sottoporsi ad un addestramento aggiuntivo, ad un colloquio disciplinare e si sentono dire di non farlo più. Sappiamo che, semplicemente richiedere con insistenza agli operatori del settore sanitario di impegnarsi di più, non funziona. Possiamo anche modificare linee guida e procedure per aiutare gli operatori sanitari ad evitare reazioni allergiche ai pazienti. Tuttavia, il focus è sempre sul singolo membro dello staff, piuttosto che sul fallimento del sistema nel riuscire a proteggere il paziente ed evitare la somministrazione del farmaco errato.

Perché tendiamo a colpevolizzare?

Una richiesta di risposte sul perché si è verificato l'evento avverso non è comune. E' la natura umana che vuole attribuire la colpa a qualcuno, ed è molto più soddisfacente da un punto di vista emotivo per tutte le persone coinvolte nell'analisi di un evento, se c'è qualcuno da biasimare. Gli psicologi sociali hanno studiato il modo in cui le persone prendono decisioni riguardo a ciò che ha causato un determinato evento, chiamandola la teoria di attribuzione. La premessa di questa teoria è che la gente naturalmente vuole dare un senso al mondo. Così, quando accadono eventi inattesi, si inizia automaticamente di cercare a capire la loro causa.

Alla base del nostro bisogno di colpevolizzare, sta la convinzione che l'azione punitiva invia un messaggio forte agli altri che gli errori sono inaccettabili e che quelli che li commettono, saranno puniti. Il problema di questa convinzione è che si basa sulla fiducia che l'autore del reato in qualche modo ha scelto di fare l'errore piuttosto che adottare la procedura corretta: che la persona aveva l'intenzione di fare la cosa sbagliata. Poiché gli individui sono addestrati e/o hanno uno status professionale/organizzativo, ci siamo convinti che "avrebbero dovuto sapere di più" [47]. Le nostre nozioni di responsabilità personale giocano un ruolo nella ricerca del

colpevole. I professionisti si assumono la responsabilità delle proprie azioni come parte della loro formazione e di codice di condotta. E' più facile attribuire la responsabilità legale, per un evento avverso, agli errori o alle mancanze di chi detiene il controllo diretto del trattamento, rispetto a quelli che coprono il livello manageriale [47].

Nel 1984, Perrow [48] è stato uno dei primi a scrivere sulla necessità di smettere di "puntare il dito", quando ha osservato che tra il 60% e l'80% dei fallimenti di sistema sono stati attribuiti a "errori dell'operatore" [5]. A quel tempo, la risposta culturale prevalente agli errori era di punire gli individui, piuttosto che affrontare i problemi relativi di sistema che possono aver contribuito all'errore. Alla base di questa pratica, vi è la convinzione che, dal momento che gli individui sono stati addestrati per eseguire determinate operazioni, un fallimento di un compito deve riguardare il fallimento della performance individuale, che deve essere punito. Perrow ritiene che questi problemi socio-tecnici, siano una conseguenza naturale dei sistemi tecnologici complessi [31]. Altri studiosi, [49] hanno arricchito questa teoria con il ruolo del fattore umano, sia a livello individuale sia istituzionale.

Reason [40], sulla base del precedente lavoro di Perrow [48] e Turner [33], ha fornito la seguente logica doppia per l'errore umano. In primo luogo, le azioni umane sono, quasi sempre, limitate e governate da fattori oltre il controllo immediato del singolo. Ad esempio, gli studenti infermieri devono seguire le linee guida e le procedure sviluppate dal personale infermieristico. In secondo luogo, le persone non possono evitare facilmente azioni che non intendono svolgere. Ad esempio, uno studente di odontoiatria che aveva l'intenzione di ottenere il consenso di un paziente ad un intervento, avrebbe potuto non essere a conoscenza delle regole del consenso informato. Uno studente infermiere può non aver capito l'importanza di controllare, per assicurarsi che il modulo firmato del consenso sia inserito nella cartella clinica prima di una procedura. Oppure, il paziente può aver indicato ad uno studente che lui non ha capito che cosa ha dovuto firmare e lo studente può non aver comunicato questo al medico.

Gli errori hanno molteplici cause: personali, legate ai compiti, situazionali e organizzativi. Ad esempio, se uno studente in odontoiatria, medicina o scienze infermieristiche entra in una zona sterile, senza eseguire il lavaggio chirurgico in modo corretto, è possibile che allo studente non sia mai stato mostrato il modo corretto o che abbia visto gli altri operatori non applicare le linee guida di lavaggio delle mani. E' anche possibile che la soluzione antisettica sia esaurita o che lo studente si affrettasse a rispondere ad una chiamata per un'emergenza. Anche all'interno di uno staff competente, con esperienza e ben intenzionato, le situazioni sono più suscettibili al miglioramento rispetto alle persone. Ad esempio, se al personale fosse impedito di entrare nel blocco operatorio prima di eseguire il lavaggio chirurgico delle mani, allora il rischio di infezione sarebbe diminuito.

Reason ci ha messo in guardia contro il pericolo di sembrare saggi quando si esamina un evento accaduto, il cosiddetto "senno di poi", perché maggior parte delle persone coinvolte in gravi incidenti non intendeva fare qualcosa di male e generalmente fa quello che sembra la cosa giusta al momento, anche se "può essere cieca alle conseguenze delle proprie azioni" [35].

Oggi, la maggior parte dei manager delle industrie complesse/ad alta tecnologia, si rende conto che una cultura della colpevolizzazione non farà emergere i problemi di sicurezza [50]. Mentre molti sistemi sanitari stanno iniziando a riconoscere ciò, non ci siamo ancora allontanati dall'approccio basato sulla persona, nel quale "puntare il dito" e gli "insabbiamenti" sono comuni, per orientarsi verso una cultura aperta in cui vi sono processi in atto per individuare fallimenti o brecce nelle "difese". Le organizzazioni che tengono in considerazione la sicurezza, di routine esaminano tutti gli aspetti del loro sistema in caso di esito negativo, compresa la progettazione delle attrezzature, le procedure, l'addestramento e le altre caratteristiche organizzative [51].

Violazioni

L'utilizzo di un approccio sistemico nell'analisi degli errori e dei fallimenti non implica una cultura senza colpevolizzazione. In tutte le culture, ai singoli professionisti

della salute viene richiesto di essere responsabili delle proprie azioni, di mantenere la propria competenza e di svolgere la propria professione rispettando i principi etici. Nell'apprendere l'approccio sistemico, gli studenti dovrebbero comprendere che, in qualità di operatori sanitari affidabili, sono tenuti ad agire in modo responsabile e sono responsabili delle proprie azioni [44]. Parte del problema sta nel fatto che molti operatori sanitari infrangono le regole professionali, quotidianamente, come l'utilizzo di tecniche di igiene delle mani non corretto o lasciando operatori giovani ed inesperti a lavorare, senza un'adeguata supervisione. Gli studenti possono vedere gli operatori sanitari dei reparti o del territorio che prendono scorciatoie e pensare che questo sia il modo in cui fare le cose. Tali comportamenti non sono accettabili. Reason, ha studiato il ruolo delle violazioni nei sistemi e ha sostenuto che, assieme all'approccio sistemico nella gestione degli errori, abbiamo bisogno di regolamentazioni efficaci con normative, risorse e strumenti adeguati per poter sanzionare il comportamento clinico non sicuro [40].

Reason ha definito una violazione come una deviazione dalle procedure operative, standard o norme di sicurezza [40]. Egli ha collegato le categorie di violazioni routinarie e di ottimizzazione del compito alle caratteristiche personali e le violazioni necessarie ai fallimenti organizzativi.

Violazioni di routine
Professionisti che non riescono a praticare l'igiene delle mani tra un paziente e l'altro perché si ritengono troppo occupati, sono un esempio di violazione di routine. Reason ha affermato che queste violazioni sono molto comuni e spesso tollerate. Altri esempi in sanità potrebbero essere: lo scambio inadeguato di informazioni tra personale al cambio di turno o di setting assistenziale, il mancato rispetto di un protocollo e non rispondere alle chiamate durante i turni di guardia.

Violazioni di ottimizzazione del compito
I professionisti anziani che lasciano gli studenti ad eseguire una procedura senza un'adeguata supervisione perché impegnati con i loro pazienti privati, sono un esempio di violazione di ottimizzazione del compito. Questa categoria comporta violazioni in cui una persona è motivata da obiettivi personali, come l'avidità o l'emozione di assumersi rischi, le performance in trattamenti sperimentali e l'esecuzione di procedure non necessarie.

Le violazioni necessarie
Gli infermieri con poco tempo a disposizione ed i medici che consapevolmente saltano i passaggi importanti nella somministrazione (o prescrizione) dei farmaci, o un'ostetrica che non riesce a registrare la progressione di un parto per mancanza di tempo, sono esempi di violazioni necessarie. Una persona che deliberatamente fa qualcosa che sa essere pericoloso o nocivo, non necessariamente intende ottenere un cattivo risultato, ma la scarsa conoscenza degli obblighi professionali ed una debole infrastruttura per gestire un comportamento non professionale forniscono terreno fertile per il prosperarsi dei comportamenti aberranti.

Applicando un approccio sistemico agli errori ed ai fallimenti, possiamo garantire che, quando si verifica un evento del genere, non ci precipitiamo automaticamente a biasimare le persone più vicine all'errore, ma esaminiamo l'intero sistema delle cure per scoprire cosa è successo, piuttosto di chi lo ha fatto. Solo dopo un'attenta considerazione dei molteplici fattori associati ad un evento avverso, vi può essere una valutazione del fatto che una sola persona ne sia responsabile o meno.

Un modello per la Sicurezza del Paziente (Slide 10)

La necessità della Sicurezza del Paziente è stata sollevata più di dieci anni fa, quando l'Institute of Medicine degli Stati Uniti, ha convocato la Tavola Rotonda Nazionale sulla Qualità in Sanità. Da allora, il dibattito e la discussione sulla Sicurezza del Paziente in tutto il mondo sono stati alimentati da lezioni apprese da altri settori, dall'applicazione di metodi della qualità per misurare e migliorare l'assistenza sanitaria e dallo sviluppo di strumenti e strategie per ridurre al minimo gli errori ed i fallimenti. Tutta questa conoscenza ha rafforzato la posizione della scienza della sicurezza nel contesto dei servizi sanitari. La necessità di migliorare l'assistenza attraverso la riprogettazione dei processi di cura è stata riconosciuta dall'OMS e dei Paesi rappresentativi, oltre che dalla maggior

parte delle professioni sanitarie.

L'emergere della Sicurezza del Paziente come disciplina a sé stante, è stato reso possibile grazie ad altre discipline, come la psicologia cognitiva, la psicologia organizzativa, l'ingegneria e la sociologia. L'applicazione delle conoscenze teoriche di queste discipline ha portato allo sviluppo di corsi post-laurea sulla qualità e la sicurezza, come pure della formazione sulla Sicurezza del Paziente nei programmi pre-universitari e universitari delle professioni sanitarie.

L'applicazione dei principi e dei concetti di Sicurezza del Paziente nell'ambiente di lavoro non richiede operatori sanitari con qualifiche formali in ambito di qualità e sicurezza. Piuttosto, richiede agli stessi operatori di applicare una serie di abilità e di essere consapevoli dei problemi di Sicurezza del Paziente in ogni situazione, riconoscendo che le cose possono andar storte. I professionisti della salute dovrebbero prendere l'abitudine di condividere le loro esperienze riguardo agli eventi avversi. Oggi, maggiore enfasi viene posta sull'essere un membro efficace del team, visto quello che si è appreso sul ruolo della comunicazione accurata e tempestiva nella Sicurezza del Paziente.
L'addestramento per diventare un eccellente membro del team, inizia nel percorso formativo professionale. Imparare a sostituire i ruoli altrui e ad apprezzare un diverso punto di vista è fondamentale per un lavoro efficace in team.

I leader della Sicurezza del Paziente l'hanno definita come:
"Una disciplina, del settore sanitario, che applica metodi scientifici di sicurezza, per raggiungere l'obiettivo di un sistema affidabile di erogazione delle cure. La Sicurezza del Paziente è un attributo dei sistemi sanitari; riduce l'incidenza e l'impatto e aumenta la ripresa da eventi avversi "[52].

Questa definizione fornisce l'obiettivo del modello concettuale della Sicurezza del Paziente. Emanuel et al. [47] hanno progettato un semplice modello che divide i sistemi sanitari nei seguenti quattro settori principali:

1. coloro che lavorano nel settore sanitario;
2. coloro che ricevono l'assistenza sanitaria o hanno un interesse nella sua disponibilità;
3. le infrastrutture di sistemi per interventi terapeutici (processi di erogazione delle cure);
4. le metodologie di feedback e di miglioramento continuo.

Questo modello (Slide 11) comprende caratteristiche di altri modelli di progettazione nella qualità [53], tra cui: la comprensione del sistema di assistenza sanitaria, riconoscendo che le prestazioni variano tra servizi e strutture; la comprensione dei metodi di miglioramento, come implementare e misurare il cambiamento; la cognizione delle persone che lavorano nel sistema e delle loro relazioni e con l'organizzazione.

Come applicare le conoscenze di Sicurezza del Paziente in tutte le attività sanitarie

Vi sono molte opportunità per gli studenti di integrare nel proprio lavoro clinico e professionale le conoscenze di Sicurezza del Paziente.

Stabilire relazioni con i pazienti (Slide 12)
Tutti, compresi gli studenti delle professioni della salute, devono relazionarsi e comunicare con i singoli pazienti come esseri umani unici ed irripetibili, con la loro esperienza riguardo alla propria malattia. La mera applicazione delle conoscenze e delle abilità apprese, da sola non si tradurrà necessariamente in migliori outcome per i pazienti. Gli studenti hanno anche bisogno di parlare con i pazienti su come vedono la propria condizione o malattia ed il suo impatto su di loro e sulle loro famiglie. Una cura sicura ed efficace dipende dalle rilevazioni dei pazienti riguardo le proprie esperienze di malattia, condizioni sociali, atteggiamenti nei confronti dei rischi connessi e valori e preferenze per il modo in cui desiderano essere trattati.

Gli studenti ed i loro istruttori devono garantire che i pazienti capiscano che gli studenti non sono operatori sanitari qualificati. Quando vengono presentati ai pazienti e alle loro famiglie, gli studenti dovrebbero sempre essere descritti come "studenti". E' importante non descrivere gli studenti come "giovani odontoiatri" o "giovani infermieri", "studenti medici", "giovani farmacisti", "assistenti" o "colleghi" perché questo può portare il paziente a pensare che lo studente sia qualificato.

L'onestà è molto importante per la Sicurezza del Paziente. E' importante che gli studenti informino i pazienti sulla loro posizione corretta, anche se questo significa correggere ciò che il loro supervisore o istruttore ha detto.

A volte, gli istruttori introducono gli studenti in un modo che infonde fiducia nello studente stesso e nel paziente, senza rendersi conto che, in tal modo, stanno "mascherando" la verità. Siccome, a quel punto, può essere scomodo correggere ciò che l'istruttore ha detto, è una buona idea verificare con l'istruttore come introduce di solito gli studenti ai pazienti, soprattutto se è per la prima volta che si lavora insieme. Gli studenti devono spiegare chiaramente ai pazienti e alle loro famiglie che solo in realtà studenti.

Comprendere i molteplici fattori coinvolti nei fallimenti (Slide 13)

Gli studenti dovrebbero guardare di là di un errore o fallimento nelle cure e capire che vi possono essere molti fattori associati con un evento avverso. Ciò comporterà per gli studenti porre domande circa le cause radice ed incoraggiare gli altri ad analizzare un errore dal punto di vista sistemico. Ad esempio, loro potrebbero, in una riunione del team o in una discussione di gruppo, porre domande sulle possibili cause degli errori utilizzando la frase "che cosa è successo?", piuttosto di "chi è stato coinvolto?". I cinque "perché" (continuare a chiedere il motivo per cui è successo qualcosa quando viene data una risposta) è un metodo utilizzato per tenere discussioni incentrate sulle cause e focalizzate sul sistema piuttosto che sulle persone coinvolte.

Tabella B.1.2. I cinque "perché"

I cinque "perché"
Affermazione: L'infermiere ha somministrato il farmaco errato. Perché?
Affermazione: Perché non ha capito bene il nome del farmaco prescritto dal medico. Perché?
Affermazione: Perché il medico era stanco, era mezzanotte e l'infermiere non ha voluto chiedergli di ripetere il nome. Perché?
Affermazione: Perché sapeva che il medico aveva un caratterino e gli avrebbe sparato. Perché?
Affermazione: Perché era molto stanco e aveva operato per 16 ore filate. Perché? Perché...

Evitare di colpevolizzare quando accade un errore

E' importante che gli studenti si sostengano a vicenda anche con i colleghi delle altre professioni sanitarie quando sono coinvolti in un evento avverso. Se gli studenti non sono aperti, riguardo agli errori, vi sarà poca opportunità di imparare da essi. Tuttavia, gli studenti sono spesso esclusi dalle riunioni in cui si svolgono discussioni sugli eventi avversi. Inoltre, alcune scuole, ospedali e setting territoriali possono non tenere tali riunioni. Questo non significa necessariamente che i medici vogliano nascondere i propri errori; può significare che non abbiano familiarità con le strategie di Sicurezza del Paziente per imparare dagli stessi. Essi possono anche avere paure medico-legali e preoccuparsi di possibili interferenze da parte degli amministratori. Fortunatamente, man mano che i concetti di Sicurezza del Paziente diventano più ampiamente conosciuti e discussi nella sanità, più opportunità emergono per rivedere le cure e apportare i miglioramenti necessari per ridurre al minimo gli errori. Gli studenti possono chiedere ai propri supervisori se la loro organizzazione conduce riunioni o altri incontri tra pari, come incontri di audit di morbosità e mortalità, in cui vengono rivisti gli eventi avversi. Gli studenti, a prescindere dal loro livello di formazione e di addestramento, devono apprezzare l'importanza di riferire i propri errori ai loro supervisori.

Erogare cure basate sulle prove di efficacia

Gli studenti devono imparare ad applicare le cure basate su prove di efficacia. Essi devono essere consapevoli del ruolo delle linee guida ed apprezzare quanto sia importante seguirle. Quando uno studente si trova in un ambiente assistenziale, dovrebbe cercare informazioni sulle linee guida e sui protocolli comuni che vengono utilizzati. Queste linee guida e protocolli devono essere basate su prove di efficacia, laddove possibile.

Garantire la continuità delle cure ai pazienti
Il sistema sanitario è costituito da molte parti che interagiscono tra di loro per produrre un continuum di cura per i pazienti e le loro famiglie. Comprendere il viaggio dei pazienti attraverso il sistema sanitario è necessario per capire come il sistema possa fallire. Informazioni importanti possono mancare, possono essere obsolete o non corrette. Questo può portare a cure inadeguate o ad errori. In questo caso, la catena della continuità assistenziale si rompe, lasciando il paziente vulnerabile ad una prognosi sfavorevole.

Essere consapevoli dell'importanza di curare se stessi
Gli studenti dovrebbero essere responsabili del benessere proprio e di quello dei loro colleghi; dovrebbero essere incoraggiati ad avere i propri medici e diventare consapevoli del proprio stato di salute. Se uno studente è in difficoltà (malattia mentale o problemi droga o alcool-correlati), dovrebbe essere incoraggiato a cercare un aiuto professionale.

Svolgere la propria professione in modo etico ogni giorno
Imparare ad essere un bravo operatore sanitario richiede l'osservazione di professionisti anziani rispettati, come pure l'esperienza clinica pratica riguardo ai pazienti. Uno dei privilegi che hanno gli studenti di ambito sanitario, è la possibilità di imparare trattando pazienti reali. La maggior parte dei pazienti capisce che gli studenti devono imparare e che il futuro dell'assistenza sanitaria dipende dal loro addestramento. Tuttavia, è importante che gli studenti ricordino che la loro opportunità di intervistare, visitare e trattare i pazienti è un privilegio che deve essere concesso. Nella maggior parte dei casi, i pazienti non possono essere visitati da uno studente se non hanno dato il loro consenso. Gli studenti dovrebbero sempre chiedere il permesso ad ogni singolo paziente prima di toccarlo o chiedergli informazioni personali. Essi dovrebbero anche essere consapevoli del fatto che i pazienti possono ritirare questo privilegio in qualsiasi momento e chiedere che lo studente smetta di fare quello che sta facendo.

Anche in un ospedale universitario, è importante che i docenti di area clinica informino i pazienti che la loro collaborazione nelle attività formative è del tutto volontaria. Docenti e studenti devono ottenere il consenso verbale dai pazienti prima dell'intervista o dell'esame da parte degli studenti. Quando ai pazienti viene richiesto di consentire allo studente di visitarli, gli dovrebbe essere comunicato che questo avviene principalmente per scopi educativi. Un esempio di tale richiesta potrebbe essere "Le dispiace se questi studenti le chiedono informazioni e/o la visitano, in modo che possano imparare di più sulla sua malattia?".

E' importante che tutti i pazienti comprendano che la loro partecipazione è volontaria e che la decisione di non partecipare non comprometterà la loro cura. Il consenso verbale è sufficiente per la maggior parte delle attività didattiche, ma ci saranno momenti in cui è richiesto il consenso scritto. Gli studenti sono tenuti ad informarsi se sono in dubbio sul tipo di consenso adatto.

Particolare attenzione dovrebbe essere posta quando si coinvolgono pazienti in attività didattiche, perché il beneficio per il paziente è secondario alle esigenze formative degli studenti: le loro cure ed il loro trattamento di solito non sono dipendenti dal coinvolgimento degli studenti.

La presenza di linee guida esplicite per insegnanti e studenti di ambito sanitario forniscono utili protezioni a tutti. Se non esistono linee guida, una buona idea sarebbe quella di chiedere che la Scuola sviluppi una linea di indirizzo, riguardo alle relazioni tra studenti e pazienti che sono autorizzati a trattare. Correttamente le linee guida saranno progettate per proteggere i pazienti, promuovere elevati standard etici ed aiutare tutti ad evitare malintesi.

La maggior parte delle Scuole di ambito sanitario sono consapevoli del problema della "formazione nascosta" in ambito sanitario. Gli studi dimostrano che gli studenti durante gli stage clinici si sono sentiti spinti ad agire in modo non etico [54] e riferiscono che queste situazioni sono difficili da risolvere. Potenzialmente tutti gli studenti ed i tirocinanti affrontano dilemmi etici simili. Nelle rare occasioni in cui un supervisore clinico indirizza gli studenti a partecipare nella gestione del paziente in un modo che viene percepito come poco etico o

fuorviante per il paziente, i docenti dovrebbero affrontare questo aspetto. Molti studenti possono non essere abbastanza sicuri di sollevare tali questioni con i loro supervisori e sono spesso incerti sul modo migliore di agire. Sollevare questa questione nella formazione sulla Sicurezza del Paziente diventa molto importante. Questa confusione può comportare stress per lo studente ed avere un impatto negativo sul morale e sullo sviluppo della sua professionalità. Può anche mettere i pazienti a rischio. Imparare come segnalare preoccupazioni riguardo cure non sicure o non etiche è fondamentale per la Sicurezza del Paziente e si riferisce alla capacità del sistema di sostenere l'incident reporting.

Gli studenti dovrebbero essere consapevoli dei loro obblighi legali ed etici, di mettere prima di tutto l'interesse dei pazienti [12]. Questo può comportare il rifiuto di attenersi ad un'indicazione o ad una disposizione inadeguata. Il modo migliore per risolvere tale conflitto per lo studente (o almeno avere una prospettiva diversa) è parlare privatamente con l'operatore sanitario o con il responsabile interessato. Il paziente non dovrebbe mai essere incluso in questa discussione. Lo studente dovrebbe spiegare il problema e perché non è in grado di rispettare l'indicazione o la disposizione ricevuta. Se il professionista o il responsabile del personale ignora le questioni sollevate e continua a richiedere di procedere, lo studente dovrebbe utilizzare tutto il suo discernimento sia per procedere sia per ritirarsi. Se ha deciso di continuare, deve essere ottenuto il consenso del paziente. Se il paziente non acconsente, lo studente deve fermarsi.

Se un paziente non è cosciente o è sotto anestesia ed il supervisore chiede allo studente di visitare il paziente, egli dovrebbe spiegare perché non può procedere, a meno che il paziente non abbia fornito il consenso preliminarmente. Può essere appropriato, in tali circostanze, discutere la situazione con un'altra persona dello staff docente o clinico. Se gli studenti sono incerti circa l'appropriatezza del comportamento di qualsiasi persona coinvolta nelle cure, dovrebbero discutere la questione con un docente anziano.

Tutti gli studenti che sentono di essere stati sottoposti a un trattamento ingiusto a causa del loro rifiuto di fare qualcosa che sembrava essere sbagliato, dovrebbero chiedere il parere dei supervisori senior.

Riconoscere il ruolo della Sicurezza del Paziente nell'erogazione di un'assistenza sicura (Slide 14)

I tempi di entrata di uno studente nell'ambiente clinico o sul posto di lavoro variano nei programmi di formazione. Prima di entrare in un ambiente clinico, gli studenti dovrebbero fare domande riguardo alle altre parti del sistema sanitario a disposizione del paziente e chiedere informazioni sui processi in atto per identificare gli eventi avversi.

Porre domande riguardo alle altre parti del sistema sanitario a disposizione del paziente.
Il successo della cura e del trattamento di un paziente dipende dalla comprensione di tutto il sistema sanitario a disposizione per quel paziente. Se un paziente proviene da una zona in cui non esistono frigoriferi, inviare a casa quel paziente in trattamento con insulina che deve essere refrigerata, non aiuterà il paziente. La comprensione dei sistemi (Argomento 3) aiuterà lo studente ad apprezzare come le diverse parti del sistema sanitario sono collegate e come la continuità delle cure al paziente dipende dalla comunicazione efficace e tempestiva tra tutte le parti del sistema.

Richiedere informazioni sui processi in atto per identificare gli eventi avversi.
La maggior parte degli ospedali e delle strutture territoriali ha un sistema di incident reporting per identificare gli eventi avversi. E' importante che gli studenti siano consapevoli di questi eventi e capiscano come vengono gestiti in quel contesto. Se non vi sono particolari obblighi di segnalazione in atto, lo studente può chiedere ai professionisti del proprio ambiente di lavoro come vengono gestiti tali eventi. Per lo meno, questo può generare un certo interesse per l'argomento. (La segnalazione e la gestione degli eventi avversi è trattata negli Argomenti 3, 4 e 6).

Strategie e modalità di insegnamento

I dati di prevalenza utilizzati all'inizio di questo argomento, sono stati pubblicati nella letteratura e si riferiscono ad un certo numero di Paesi diversi. Alcuni docenti

potrebbero desiderare di illustrare la Sicurezza del Paziente utilizzando i dati di prevalenza del proprio Paese, ma se non sono disponibili nella letteratura di specialità, se ne possono ricavare tramite database gestiti dal servizio sanitario locale. Ad esempio, vi sono molti trigger tool disponibili sul web, per misurare gli eventi avversi, progettati per aiutare i professionisti sanitari ad ottenere i propri tassi di eventi avversi. Se non vi sono dati generali disponibili per un determinato Paese o istituzione, i docenti potrebbero cercare i dati relativi ad un'area di cura, quali i tassi di infezione che potrebbero essere disponibili. Questo dato può essere utilizzato per dimostrare l'entità del fenomeno delle infezioni trasmissibili potenzialmente prevenibili. Vi può essere anche letteratura sugli eventi avversi nella propria professione specifica ed è opportuno utilizzare questi dati per l'insegnamento.

Questo argomento può essere suddiviso in sezioni da inserire nei programmi esistenti. Può essere insegnato in piccoli gruppi o come una lezione frontale indipendente. In quest'ultimo caso, le diapositive alla fine dell'argomento possono essere utili per presentare le informazioni.

La prima parte del Manuale presenta una vasta gamma di metodi di insegnamento in ambito di Sicurezza del Paziente, dal momento che le lezioni frontali non sono sempre l'approccio migliore.

Discussione in piccoli gruppi
I docenti potrebbero voler usare una delle attività sotto elencate per stimolare la discussione riguardo la Sicurezza del Paziente. Un altro approccio è quello di avere uno o più studenti che preparano un seminario sul tema, utilizzando le informazioni presentate in questo argomento. I docenti potrebbero poi condurre una discussione sulle tematiche presentate nell'argomento. Gli studenti potrebbero seguire le indicazioni sotto riportate ed utilizzare qualsiasi tipologia di attività per presentare il materiale. Il tutor che facilita questa sessione dovrebbe avere familiarità con il contesto, in modo che le informazioni possano essere calate nel sistema sanitario e nell'ambiente locale.

Modi per insegnare riguardo a danni causati da eventi avversi e da fallimenti del sistema:
- utilizzare esempi dai media (giornali e televisione);
- utilizzare esempi di casi resi anonimi dai propri ospedali e strutture territoriali;
- utilizzare un caso studio per costruire un diagramma di flusso del viaggio di un paziente;
- utilizzare un caso studio per identificare tutte le cose che sono andate storte ed i momenti in cui una particolare azione potrebbe aver prevenuto l'esito negativo;
- invitare un paziente che ha sperimentato un evento avverso a parlare con gli studenti.

Modi per insegnare le differenze tra errori di sistema, violazioni ed errori individuali:
- utilizzare un caso studio per analizzare le diverse modalità di gestione di un evento avverso;
- chiedere agli studenti di partecipare od osservare un'analisi delle cause profonde;
- chiedere agli studenti di descrivere il risultato del mancato utilizzo dell'approccio interdisciplinare.

Una sessione didattica/interattiva
Invitare un professionista anziano della salute della propria istituzione o Paese a parlare di errori sanitari. Se nessuno è disponibile, utilizzare un video di un professionista influente e rispettato che parla degli errori e di come il sistema di assistenza sanitaria espone tutti ad errore. Video clip di discorsi tenuti dai leader della Sicurezza del Paziente sono disponibili su Internet. Ascoltare qualcuno parlare di errori e del loro impatto su pazienti e staff rappresenta una forte introduzione alla Sicurezza del Paziente. Gli studenti possono essere incoraggiati ad intervenire. Il docente può poi completare con le informazioni presentate all'interno di questo argomento per dimostrare agli studenti come e perché l'attenzione alla Sicurezza del Paziente sia essenziale per una pratica assistenziale sicura, utilizzando le diapositive di PowerPoint. Si potrebbe anche iniziare la sessione con un caso studio e poi chiedere agli studenti di identificare alcuni dei temi presentati in quello scenario.

Utilizzare le diapositive che accompagnano la fine di questo argomento come guida. Altri modi per presentare diverse sezioni di questa tematica vengono elencati di seguito.

Lezioni sull'errore e sui fallimenti del sistema da altri settori

- Invitare un professionista di altra disciplina, come l'ingegneria o la psicologia, per parlare dei fallimenti di sistema, della cultura della sicurezza e del ruolo della segnalazione degli errori.
- Invitare qualcuno del settore aeronautico per parlare della risposta agli errori umani.

Storia della Sicurezza del Paziente e le origini della cultura della colpevolizzazione

- Invitare un medico anziano e rispettato per parlare dei danni causati dalla colpevolizzazione.
  Invitare un responsabile della qualità e della sicurezza per presentare i sistemi in atto per ridurre al minimo gli errori e gestire gli eventi avversi.

Simulazione

Si possono sviluppare diversi scenari per quanto riguarda gli eventi avversi e la necessità di segnalare ed analizzare gli errori. Per ogni scenario, sono gli studenti ad identificare dove è fallito il sistema, come sarebbe potuto essere evitato il problema e le misure che dovrebbero essere prese se si verifica un tal errore nel futuro.

Altre attività di insegnamento e di apprendimento

Vi sono molte altre opportunità per gli studenti di apprendere sulla Sicurezza del Paziente. I seguenti sono esempi di attività che gli studenti possono svolgere, da soli o in coppia:

- seguire un paziente nel suo viaggio attraverso il servizio sanitario;
- trascorrere una giornata con un professionista della salute di diversa disciplina ed identificare il ruolo principale e le funzioni di questa professione;
- cercare sistematicamente informazioni sulla malattia o la condizione dal punto di vista del paziente, mentre si interagisce con il paziente stesso;
- verificare se la Scuola o il servizio dispone di processi o di team di analisi e di segnalazione degli eventi avversi. Se possibile, chiedere agli studenti di ottenere l'autorizzazione dal loro principale supervisore per osservare o partecipare a queste attività;
- scoprire se la Scuola conduce audit di mortalità e di morbosità o altre forme di incontri alla pari, in cui vengono rivisti gli eventi avversi e/o riunioni di miglioramento della qualità;
- discutere gli errori clinici che gli studenti abbiano osservato con un approccio senza colpevolizzazione;
- chiedere informazioni sul più importante protocollo utilizzato dal personale nell'ambiente clinico in cui sono stati collocati. Gli studenti dovrebbero chiedere com'è stato scritto il protocollo e come il personale sia venuto a conoscenza della sua esistenza, del suo utilizzo e di come deviare da quanto in esso indicato.

Casi studio

La storia di Carolina è stata presentata all'inizio di questo argomento. Questo caso illustra l'importanza della continuità delle cure e di come può fallire seriamente un sistema di cura.

Dalla nascita del suo bambino alla sua morte 25 giorni più tardi, Carolina è stata ricoverata in quattro ospedali diversi e, quindi, ci sarebbe stato bisogno di un'adeguata continuità assistenziale nei vari passaggi di consegne delle responsabilità tra i vari staff medici e infermieristici. Il fallimento di annotare in modo adeguato la diagnosi provvisoria/differenziale, le indagini necessarie e le lettere di dimissione ha portato ad un ritardo nella diagnosi di un ascesso pericoloso e, in ultima analisi, alla morte di Carolina.

Chiedere agli studenti di leggere il caso e di identificare alcuni dei fattori basilari che possono essere stati presenti durante la sua cura e trattamento.

Studente di odontoiatria sotto pressione

Questo caso illustra come una catena di eventi possa portare ad un danno non intenzionale. In questo caso, il numero di otturazioni, la vicinanza delle carie alla polpa e molteplici occasioni mancate dal personale sanitario di controllare la pressione sanguigna del paziente hanno contribuito all'evento avverso.

P.*, un uomo di 63 anni con una storia di ipertensione e infarto, è stato programmato per avere svariate otturazioni dentali. La mattina del suo appuntamento presso la clinica odontoiatrica ha preso i suoi soliti farmaci antipertensivi e anticoagulanti.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Al suo arrivo alla clinica, P.* viene accolto dallo studente che si mise a fare le otturazioni. Lo studente chiese il permesso del suo supervisore di somministrare l'anestesia locale a P.*, ma non controllò i suoi segni vitali prima di somministrare l'anestetico. Somministrò due dosi di lidocaina al 2% con 1:100 000 di epinefrina e procedette a rimuovere le carie dei due denti superiori. In uno di questi denti, la carie si rivelò molto vicine alla polpa e, per tale motivo, una terza capsula venne somministrata prima della pausa pranzo.

P.* tornò nel pomeriggio per fare ulteriori otturazioni. Lo studente chiese il permesso del suo supervisore ad effettuare l'anestesia mandibolare, ma ancora una volta non controllò i segni vitali del paziente. In tutto, il paziente ricevete cinque dosi (siringhe pre-riempite) di anestetico (1,8 ml ciascuna) per un totale di 180 mg di lidocaina e 0,09 mg di epinefrina nell'arco di sei ore. Alle 3 del pomeriggio, P.* cominciò a sentirsi a disagio, era arrossato e diaforetico (pieno di sudore). La sua pressione sanguigna era di 240/140 e il suo polso era 88. Lo studente contattò il suo supervisore, insieme chiamarono un'ambulanza. I paramedici arrivarono e portarono P.* al Pronto Soccorso del più vicino ospedale, per il trattamento della sua crisi ipertensiva.

Domande

— Quali fattori possono aver impedito allo studente di odontoiatria di controllare i segni vitali di P.* in qualsiasi momento durante il giorno?

— Lo studente ha raccontato al supervisore la storia medica di P.*? E' diventata routine saltare il controllo dei parametri vitali in quella clinica?

— Quali sistemi potrebbero essere messi in atto per evitare questo tipo di incidenti in futuro?

Fonte: Caso offerto da Shan Ellahi, Consulente per la Sicurezza del Paziente, Servizi di Comunità di Ealing e Harrow, Servizio Sanitario Nazionale, Londra, Gran Bretagna.

La Sicurezza del Paziente nel contesto ostetrico

Questo caso si occupa della realtà pratica e delle conseguenze di trascurare risultati importanti.

M.* era una donna alla sua 26ª settimana di gravidanza e aveva appena iniziato i corsi di preparazione al parto. Stava prendendo integratori di ferro per la sua anemia lieve che le avevano causato una stitichezza occasionale. Questo era stato trattato da M.* con un cambiamento della sua dieta. Aveva avuto anche diverse infezioni vaginali durante la gravidanza, ma niente di grave.

All'inizio della sua 27ª settimana, i crampi addominali di M.* peggiorarono, costringendola a chiamare la sua ostetrica. L'ostetrica eseguì un esame vaginale e stabilì che la cervice era di moderata consistenza, in posizione centrale, chiusa e di circa 1 cm di lunghezza, ma non fece domande per capire da quanto tempo aveva i crampi. Fece una diagnosi e disse a M.* che aveva le contrazioni di Braxton-Hicks. L'ostetrica le fissò un altro appuntamento entro due giorni.

Due giorni dopo, alla visita, M.* disse che i crampi addominali si erano fermati, ma che aveva avuto qualche emorragia e si sentiva molto stanca. L'ostetrica disse a M.* che una piccola emorragia era normale dopo un esame vaginale e che avrebbe dovuto riposarsi di più.

Quattro giorni dopo la sua ultima visita, M.* notò un aumento delle secrezioni vaginali. Aveva crampi sporadici e così contattò nuovamente la sua ostetrica per telefono che la rassicurò di nuovo che i crampi erano dovuti alla stitichezza e le spiegò che un aumento delle secrezioni vaginali è normale durante la gravidanza. Poche ore dopo, M.* cominciò a presentare contrazioni uterine più forti e regolari e fu portata nell'ospedale materno-infantile per parto pretermine, dando alla luce una bambina prematura.

Dodici ore dopo la nascita, alla bambina fu diagnosticata una polmonite, causata da *Streptococcus agalactiae* (streptococco di gruppo B), diagnosticata anche nei tamponi vaginali della madre, prelevati poco prima della nascita, al momento del ricovero in ospedale.

Domande

— Quali fattori che possono essere stati presenti hanno spinto l'ostetrica a mantenere la sua diagnosi iniziale?

— Quali sono stati i fattori contribuenti sistemici che possono aver portato alla nascita di una bambina prematura con polmonite?

Fonte: Caso offerto da Teja Zaksek, Professore

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Associato e Direttore dell'Insegnamento e dell'Apprendimento, Dipartimento Ostetrico, Facoltà delle Scienze per la Salute, Università di Ljubljana, Slovenia.

Strumenti e bibliografia

Finkelman A, Kenner C. *Teaching IOM: implementing Institute of Medicine reports in nursing education*, 2nd ed. Silver Spring, MD, American Nurses Association, 2009.

Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.

Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: A guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Vincent C. *Patient safety*. Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.

Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999 (http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1579; visitato il 21 febbraio 2011).

Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 2001.

Valutare la conoscenza di questo argomento

Una vasta gamma di metodi di valutazione sono disponibili per questo argomento, tra cui saggi, domande a scelta multipla (MCQ), migliori risposte brevi alle domande (BAQ), discussione di casi (CBD) e auto-valutazione. Logbook e giornali di bordo possono essere anch'essi utilizzati. Incoraggiare gli studenti a sviluppare un approccio di portfolio per conoscere la Sicurezza del Paziente: ha il vantaggio che, alla fine del programma di formazione, ogni studente avrà una raccolta delle proprie attività di Sicurezza del Paziente che potrà utilizzare per ottenere un lavoro e nella sua futura carriera.

La valutazione della conoscenza del potenziale danno per i pazienti, le lezioni da altri settori, le violazioni, l'approccio senza colpevolizzazione ed i modelli per pensare alla Sicurezza del Paziente possono essere tutti valutati utilizzando uno dei seguenti metodi:

- portfolio
- discussioni di caso
- esame obiettivo strutturato (OSCE)
- osservazioni scritte sul sistema sanitario e sulla possibilità di errore (in generale).

Gli studenti possono anche essere invitati a scrivere valutazioni riflessive sugli argomenti, ad esempio:

- Effetti degli eventi negativi sulla fiducia dei pazienti nell'assistenza sanitaria;
- La risposta della comunità a casi comparsi sui media circa il danno al paziente e la negligenza medica;
- Il ruolo professionisti sanitari nel tutoraggio degli studenti ed il ruolo dei pazienti nel sistema sanitario.

La valutazione, sia formativa che complessiva, può variare da soddisfacente/insoddisfacente per dare un voto. Si prega di fare riferimento alla sezione della Guida per il docente (Prima parte) per la tipologia di valutazione adatta a temi della Sicurezza del Paziente. Esempi di alcuni di questi metodi sono presentati anche nell'Allegato 2 della Seconda parte.

Valutare l'insegnamento di questo argomento

La valutazione è importante in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per il docente (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Bibliografia

1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, *The burden of Health care-associated infection*, 2009; 6-7. 2.
2. World Health Organization Fact sheet NÆ275: *Substandard and counterfeit medicines*, 2003.
3. Issakov A, *Health care equipment: a WHO perspective*. In van Grutting CWG ed. Medical devices: International perspectives on health and safety. Elsevier, 1994.

4. Schultz DS, Rafferty MP, Soviet health care and Perestroika, *American Journal of Public Health*, 1990, Feb; 80(2):193-197.

5. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical practice service at a university hospital. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:638–642.

6. Schimmel E. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 1964, 60:10–110.

7. United States Congress House Sub-Committee on Oversight and Investigation. *Cost and quality of health care: unnecessary surgery*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1976.

8. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy – the price we pay. *Journal of American Medical Association*, 1956, 159:1452–1456.

9. Couch NP et al. The high cost of low-frequency events: the anatomy and economics of surgical mishaps. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:634–637.

10. Friedman M. Iatrogenic disease: Addressing a growing epidemic. *Postgraduate Medicine*, 1982, 71:123–129.

11. Dubois R, Brook R. Preventable deaths: who, how often, and why? *Annals of Internal Medicine*, 1988, 109:582–589.

12. McLamb J, Huntley R. The hazards of hospitalization. *Southern Medical Association Journal*, 1967, 60:469–472.

13. Bedell S et al. Incidence and characteristics of preventable iatrogenic cardiac arrests. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:2815–2820.

14. Leape L et al. Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin*, 1993, 8:144–149.

15. Bates DW et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:29–34.

16. Weingart SN et al. Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, 2000, 320:774–777.

17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

18. Expert group on learning from adverse events in the NHS. *An organisation with a memory*. London, Department of Health, London, United Kingdom, 2000.

19. World Health Organization, Executive Board 109th session, provisional agenda item 3.4, 5 December 2001, EB 109/9.

20. Davis P et al. *Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey*. Occasional Paper 3. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2001.

21. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:270–276.

22. Wilson RM et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163:458–471.

23. Baker GR et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journa*l 2004, 170:1678–1686.

24. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. London, Ashgate Publishers Ltd, 2007.

25. Andrews LB et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, 1997, 349:309–313.

26. Runciman W. *Iatrogenic injury in Australia: a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation*. Adelaide, Australian Patient Safety Foundation, 2001. (http://www.apsf.net.au/; visitato il 23 febbraio 2011).

27. Eisenberg JM. *Statement on medical errors.* Before the Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health and Human Services and Education. Washington, DC, 13 December,1999.

28. Thomas E, Brennan T. Errors and adverse events in medicine: an overview. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. London, BMJ Books, 2002.

29. Haywood R, Hofer T. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:415–420.

30. Thomas E, Studdert D, Brennan T. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:812–816.

31. McDonald C, Weiner M, Sui H. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 248:93–95.

32. Turner BA. The organizational and inter

organisational development of disasters. *Administrative Science Quarterly*, 1976, 21:378–397.

33. Turner BA. *Man-made disasters*. London, Wykeham Science Press, 1978.
34. Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B Biological Sciences*, 1990, 327:475–484.
35. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.
36. Pidgeon N. *Safety culture: transferring theory and evidence from major hazards industries*. Department of Transport Behavioural Research in Road Safety, 10th Seminar, London, 2001.
37. International Atomic Energy Agency. *The Chernobyl accident: updating of INSAG1*. INSAG7: International Nuclear Safety Group (INSAG), 1992:24.
38. Vaughan D. *The Challenger launch decision: risky technology, culture and deviance at NASA*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
39. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.
40. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
41. Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008, 188:89–94.
42. Gault WG. *Experimental exploration of implicit blame attribution in the NHS*. Edinburgh, Grampian University Hospitals NHS Trust, 2004.
43. Millenson ML. Breaking bad news. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:206–207.
44. Gault W. Blame to aim, risk management in the NHS. *Risk Management Bulletin*, 2002, 7:6–11.
45. Berwick D M. Improvement, trust and the health care workforce. *Quality and Safety in Health Care*, 2003, 12 (Suppl. 1):i2i6.
46. Walton M. Creating a 'no blame' culture: Have we got the balance right? *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:163–164.
47. Maurino DE, Reason J, Johnson N, Lee RB. *Beyond aviation human factors*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1995.
48. Perrow C. Normal accidents: living with high-*technologies*, 2nd ed. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1999.
49. Douglas M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London, Routledge, 1992.
50. Helmreich RL, Merritt AC. *Culture at work in aviation and medicine*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 1998.
51. Strauch B. Normal accidents–yesterday and today. In: Hohnson CW, ed. *Investigating and reporting of accidents*. Washington, DC, National Transportation Safety Board, 2002.
52. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles J B, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.
53. Vincent C. *Patient safety*, 2nd ed. London, Blackwell, 2010.
54. Hicks LK et al. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: Questionnaire survey and focus group study. *British Medical Journal*, 2001, 322:709–710.

Le diapositive per l'argomento 1: Che cos'è la Sicurezza del Paziente?

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una delle modalità per generare una discussione di gruppo. Un'altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell'assistenza sanitaria che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento, come la cultura della colpevolizzazione, la natura dell'errore e la gestione degli errori in altri settori.

Le diapositive per l'Argomento 1 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per adattarsi all'ambiente e alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

Tutti i nomi dei farmaci utilizzati sono secondo *Il Nomenclatore Internazionale dell'OMS dei Nomi Generici dei Prodotti Farmaceutici* (http://www.who.int/medicines/services/inn/en/; visitato il 24 marzo 2011)

Argomento 2

Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente

Un divaricatore scomparso

L'anamnesi di S.* includeva quattro parti cesarei in un periodo di 10 anni, il secondo ed il terzo presso l'ospedale B ed il quarto nell'ospedale C. Due mesi dopo il suo quarto cesareo, S.* si presentò nell'ospedale C per un dolore anale severo.

Un medico eseguì una dilatazione anale in anestesia generale e recuperò un divaricatore chirurgico dal retto di 15 centimetri di lunghezza e 2 cm di larghezza, con estremità ricurve. Era un tipo comunemente utilizzato dagli ospedali della zona e le iniziali incise lo indicavano come proveniente dall'ospedale B. Il medico pensò che il divaricatore fosse stato lasciato all'interno di S.*, dopo uno dei suoi parti cesarei e si era fatto strada piano-piano attraverso il peritoneo fino al retto.

Durante il suo quarto cesareo, il chirurgo aveva rilevato la presenza di importanti aderenze, o cicatrici, a livello del peritoneo, mentre nessuna cicatrice era stata segnalata dal medico che aveva eseguito il terzo cesareo, due anni prima. Anche se non si sa con certezza che cosa era accaduto, era più probabile che lo strumento sia stato lasciato all'interno di S.* durante il suo terzo cesareo e vi rimase per più di due anni.

Fonte: *Il Rapporto Annuale 1999-2000, della Commissione per i Reclami in Sanità,* Governo del New South Wales (Australia), 2001:58.

Introduzione - Perché applicare il fattore umano è importante (Slide 1)

Lo studio dei fattori umani esamina la relazione tra persone ed i sistemi con cui interagiscono [1], concentrandosi sul miglioramento dell'efficienza, della creatività, della produttività e della soddisfazione sul lavoro, con l'obiettivo di ridurre al minimo gli errori. La mancata applicazione dei principi del fattore umano è un aspetto fondamentale nella maggior parte degli eventi avversi (danni ai pazienti) nell'assistenza sanitaria; pertanto, tutti gli operatori sanitari ne devono possedere una conoscenza di base. Gli operatori sanitari che non comprendono le basi del fattore umano, sono come i professionisti del controllo delle infezioni che non capiscono la microbiologia.

Parole chiave

Fattore umano, ergonomia, sistemi, performance umana.

Obiettivi di apprendimento (Slide 2)

Gli studenti dovrebbero comprendere la relazione tra il fattore umano e la Sicurezza del Paziente ed applicare queste conoscenze in ambito clinico/professionale.

Risultati di apprendimento: conoscenze e performance

Conoscenze richieste (Slide 3)

Gli studenti devono conoscere il significato del termine fattore umano e comprendere la sua relazione con la Sicurezza del Paziente.

Abilità richieste (Slide 4)

Gli studenti devono applicare le proprie conoscenze riguardo al fattore umano nel proprio ambiente di lavoro.

La Tabella B.2.1, di seguito riportata, pubblicata dalla Commissione australiana per la Sicurezza e la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, risponde ad alcune domande fondamentali sul fattore umano e la sua relazione con l'assistenza sanitaria.

Fattore umano ed ergonomia (Slide 5)

I termini *fattore umano* ed *ergonomia* sono utilizzati per descrivere le interazioni tra le persone con il lavoro, il compito da svolgere ed il posto di lavoro. Questi termini possono essere usati in modo interscambiabile.

Lo studio del fattore umano è una scienza consolidata, che utilizza molte discipline (quali, l'anatomia, la fisiologia, la fisica e la biomeccanica), per comprendere come le persone svolgono una determinata attività in circostanze diverse. Definiamo il fattore umano come: *lo studio di tutti i fattori che rendono più facile lavorare nel modo corretto.*

Un'altra definizione del fattore umano è lo studio della correlazione tra persone, strumenti ed attrezzature utilizzate sul

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Tabella B.2.1. Domande fondamentali riguardo al fattore umano nell'assistenza sanitaria

D. Che cosa vuol dire "fattore umano"?
R. Il fattore umano si applica ovunque lavorano le persone; esso riconosce la natura universale della fallibilità umana. L'approccio tradizionale all'errore umano potrebbe essere chiamato il modello "perfezionista", che parte dalla premessa che se i lavoratori stanno abbastanza attenti, lavorano assai duro e sono sufficientemente addestrati, gli errori saranno evitati. La nostra esperienza e quella degli esperti internazionali ci dicono che questo atteggiamento è controproducente e non funziona.

D. Che cosa comporta lo studio del fattore umano?
R. La disciplina del fattore umano cerca di ottimizzare il rapporto tra tecnologia e persona, attraverso l'applicazione di informazioni sul comportamento, sulle abilità, sulle limitazioni ed altre caratteristiche umane, per la progettazione di strumenti, macchine, sistemi, compiti, attività ed ambienti di lavoro, per un efficace, produttivo, sicuro e comodo utilizzo da parte degli esseri umani.

D. Perché è importante la questione del fattore umano nell'assistenza sanitaria?
R. I problemi legati al fattore umano sono tra i principali fattori contribuenti ad eventi avversi in ambito sanitario. Nell'assistenza sanitaria e negli altri settori ad alto rischio, come l'industria aeronautica, il fattore umano può avere conseguenze gravi e, talvolta, fatali. Tuttavia, il sistema sanitario può essere reso più sicuro, riconoscendo il potenziale di errore ed attraverso lo sviluppo di sistemi e strategie per imparare dagli errori, in modo da minimizzare la loro probabilità e gravità.

D. E' possibile gestire il fattore umano?
R. Sì, la gestione del fattore umano comporta l'applicazione di tecniche proattive, volte a minimizzare ed imparare dagli errori o dai quasi eventi (near miss). Una cultura organizzativa, che incoraggia la segnalazione di eventi avversi e quasi eventi, consente al sistema sanitario ed alla Sicurezza del Paziente di migliorare.

L'aviazione è un buon esempio di industria che ha abbracciato lo studio del fattore umano, come approccio per migliorare la sicurezza. Dalla metà degli anni '80, l'aviazione ha accettato la fallibilità umana come inevitabile ed, invece di esigere la perfezione costante, che non è sostenibile, e punire pubblicamente l'errore, questa industria ha progettato sistemi per ridurre al minimo l'impatto dell'errore umano. Il record di sicurezza dell'aeronautica appresenta una testimonianza di questo approccio: dal 1965, nonostante una media di 10 milioni di decolli e atterraggi ogni anno, vi sono stati meno di 10 incidenti fatali all'anno, in tutto il mondo, nell'aviazione commerciale, e molti di questi si sono verificati nelle nazioni in via di sviluppo.

Fonte: *Human factors in health care*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/ $File/humanfact.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

posto di lavoro e l'ambiente in cui operano [1].

Applicazione della conoscenza riguardo al fattore umano

Si può applicare la conoscenza riguardo al fattore umano ovunque lavorano esseri umani. Nel settore sanitario, la conoscenza dei suoi effetti può aiutare a progettare processi che rendono più facile agli operatori sanitari svolgere il loro lavoro correttamente. L'applicazione dei principi del fattore umano è fondamentale per la Sicurezza del Paziente perché alla base della disciplina dell'ingegneria del fattore umano, stanno le scienze di base della sicurezza. I principi del fattore umano possono aiutarci a garantire di utilizzare le pratiche sicure di prescrizione e distribuzione, di comunicare bene all'interno del team e di condividere efficacemente le informazioni con gli altri operatori sanitari e con i pazienti. Questi compiti, una volta ritenuti basilari, sono diventati molto complicati, a causa della crescente complessità dei sistemi sanitari. Gran parte dell'assistenza sanitaria dipende dai professionisti che forniscono le cure. Gli esperti del fattore umano ritengono che gli errori possano essere ridotti, concentrandosi

sul personale di assistenza sanitaria e studiando come esso interagisce con, e come parte del proprio ambiente. L'applicazione dei principi del fattore umano può rendere, per operatori sanitari, più facile la cura dei pazienti.

I principi del fattore umano (Slide 6) possono essere applicati in qualsiasi ambiente e industria, quali, aviazione, manifatturiera ed esercito; questi settori hanno applicato la conoscenza del fattore umano per migliorare sistemi e servizi per molti anni [2].

Lezioni ed esempi provenienti da altre industrie (Slide 7) mostrano che, applicando i principi del fattore umano, possiamo migliorare i processi produttivi in sanità. Ad esempio, le cause primarie di molti eventi avversi sono correlate a problemi di comunicazione tra le persone nel sistema ed alle loro azioni. Molte persone pensano che le difficoltà di comunicazione tra i membri dei team sanitari siano legate al fatto che ogni persona ha una serie di compiti che devono essere effettuati in un determinato momento. La ricerca dell'ingegneria del fattore umano mostra che quello che è importante non è il numero di attività che devono essere completate, ma la natura di tali compiti. Un professionista può essere in grado di spiegare le tappe di una procedura semplice ad uno studente, mentre esegue tale procedura, ma, in un caso complicato, potrebbe non essere in grado di farlo, pur concentrandosi sul compito che ha di fronte. La comprensione del fattore umano e l'adesione ai principi del fattore umano sono fondamentali nella disciplina della Sicurezza del Paziente [3].

Gli esperti del fattore umano (Slide 8), contribuiscono a rendere più facile, per la più ampia gamma di operatori sanitari, svolgere al meglio le cure per i pazienti. Questo è importante (Slide 9) perché l'obiettivo di una buona progettazione del fattore umano è quello di soddisfare tutte le persone che utilizzano ed interagiscono con il sistema. Questo significa pensare ai problemi di progettazione del sistema, non solo in termini di vulnerabilità dei pazienti, di famigliari ansiosi e di medici tranquilli, riposati ed esperti ma in termini di operatori sanitari inesperti che potrebbero essere stressati, stanchi e di fretta.

Gli esperti del fattore umano utilizzano linee guida e principi basati su prove di efficacia di progettazione (Slide 10, 11, 12 3 13), per rendere più facile eseguire in modo sicuro ed efficiente attività quali: (i) prescrizione e distribuzione dei farmaci; (ii) passaggi di consegna delle informazioni; (iii) movimentazione dei pazienti; (iv) compilazione della termografica e di altre prescrizioni elettroniche; e (v) preparazione di farmaci. Se queste operazioni vengono rese più facili per gli operatori sanitari, loro saranno in grado di fornire un'assistenza sanitaria più sicura. Queste attività richiedono soluzioni di progettazione che includono software (sistemi di prescrizione informatizzata e di supporto per la distribuzione dei farmaci), hardware (pompe di infusione), strumenti (bisturi, siringhe, letti) ed il layout fisico appropriato delle aree di lavoro, compresa l'illuminazione adeguata. La rivoluzione tecnologica in sanità ha aumentato la rilevanza del fattore umano, perché il potenziale di danno è maggiore quando tecnologia e dispositivi non sono utilizzati nel modo corretto [3]. La conoscenza del fattore umano permette, anche, una migliore comprensione dell'impatto della fatica sulle persone. I professionisti sanitari stanchi sono più inclini a vuoti di memoria ed errori, perché la stanchezza può compromettere la loro performance e produrre sbalzi d'umore, d'ansia, rabbia e depressione [4, 5]. Se un infermiere deve lavorare un turno in più, a causa della mancanza di personale, si potrebbe prevedere che egli sarà in carenza di sonno e più incline ad errori.

Nel suo senso più ampio, lo studio del fattore umano (Slide 14 e 15) incorpora le interazioni persona-macchina (compresa la progettazione delle attrezzature), così come le interazioni persona-persona, come la comunicazione, il lavoro in team e la cultura organizzativa. L'ingegneria del fattore umano cerca di identificare e promuovere la soluzione migliore tra persone e l'ambiente in cui vivono e lavorano, soprattutto in relazione alla tecnologia ed alle caratteristiche fisiche presenti nel loro ambiente di lavoro.

Quest'ambito riconosce che il posto di lavoro deve essere progettato ed organizzato per minimizzare la probabilità di errori e l'impatto degli stessi, quando si verificano. Anche se non possiamo eliminare la fallibilità umana, possiamo agire per ridurre e limitare i rischi.

Si noti che lo studio del fattore umano non si riferisce *direttamente* agli esseri umani come il nome potrebbe suggerire. Tuttavia, riguarda la comprensione dei limiti umani e la progettazione del posto di lavoro e delle attrezzature che utilizziamo, per consentire la variabilità tra gli esseri umani e le loro attività.

Sapere come stanchezza, stress, scarsa comunicazione, interruzioni e conoscenze e abilità inadeguate (Slide 16 e 17) influenzano i professionisti sanitari è fondamentale, perché aiuta a capire le caratteristiche predisponenti che possono essere associate con eventi avversi ed errori. La base fondamentale dello studio del fattore umano riguarda la processazione delle informazioni da parte degli esseri umani. Noi acquisiamo informazioni dal mondo che ci circonda, le interpretiamo e le diamo un senso per poi rispondere ad esse. Gli errori possono verificarsi in ogni fase di questo processo (vedi l'Argomento 5).

Gli esseri umani non sono macchine; le macchine, quando mantenute correttamente, sono, nella maggior parte, altamente prevedibili ed affidabili. In realtà, rispetto alle macchine, gli esseri umani sono imprevedibili e inaffidabili, e la nostra capacità di elaborare le informazioni è limitata, a causa della capienza della nostra memoria a breve termine. Tuttavia, gli esseri umani sono molto creativi, consapevoli di sé, fantasiosi e flessibili nel loro pensiero [6].

Gli esseri umani sono anche distraibili e questo è sia un punto di forza, sia una debolezza. La distraibilità ci aiuta a notare quando qualcosa di insolito sta accadendo. Siamo molto bravi a riconoscere e reagire rapidamente alle situazioni e di adattarci a nuove situazioni e nuove informazioni. Tuttavia, la nostra capacità di essere distratti ci predispone anche ad errori perché, quando siamo distratti, non possiamo prestare attenzione agli aspetti più importanti di una situazione o compito. Si consideri uno studente di ambito sanitario che deve raccogliere un campione di sangue da un paziente. Mentre lo studente è impegnato nel processo di pulizia, dopo il prelievo del campione di sangue, un paziente del letto vicino chiama per assistenza. Lo studente smette di fare quello che sta facendo, va ad aiutare quel paziente e dimentica che le provette di sangue non sono etichettate. Oppure, considerare un farmacista che sta prendendo una prescrizione di farmaco al telefono e viene interrotto da una domanda di un collega. In una tale situazione, il farmacista può capire male la persona all'altra estremità della linea o non controllare il farmaco o dosaggio come conseguenza della distrazione.

Il nostro cervello può anche farci degli "scherzi" (Slide 18, 19 e 20) come farci percepire nel modo errato la situazione, contribuendo in tal modo al verificarsi di errori.

Il fatto che siamo in grado di percepire nel modo errato una situazione (Slide 21, 22 e 23), nonostante le migliori intenzioni, è uno dei motivi principali per cui le nostre decisioni e azioni possano essere imperfette, con il risultato di errori "stupidi" e questo indipendente dal livello di esperienza, intelligenza, motivazione o vigilanza. Nell'ambito sanitario, queste situazioni vengono descritte come errori e questi errori possono avere conseguenze per i pazienti.

Queste sono importanti considerazioni da fare (Slide 24 e 25), perché ci ricordano che commettere errori non è tanto sbagliato, quanto *inevitabile*. In termini semplici, l'errore è il lato negativo del possedere un cervello. Reason [6] ha descritto l'*errore* come il fallimento di un'azione pianificata nel raggiungere l'esito previsto, o la differenza tra ciò che è stato effettivamente fatto e quello che avrebbe dovuto essere fatto.

La relazione tra fattore umano e Sicurezza del Paziente (Slide 28)

E' molto importante che tutti gli operatori sanitari siano consapevoli delle situazioni che aumentano la probabilità di errore [7]. Ciò è particolarmente importante per gli studenti e per lo staff giovane ed inesperto.

Un certo numero di fattori individuali (Slide 27 e 28) influisce sulla performance umana, così predisponendo le persone ad errare. I fattori con impatto maggiore sono la stanchezza e lo stress. Vi sono forti evidenze scientifiche che mostrano come fatica e ridotta performance rappresentino noti fattori di rischio per la Sicurezza del Paziente [8]. E' stato dimostrato che il lavoro prolungato produce lo stesso deterioramento della performance di

un'alcolemia di 0,05 mmol/l, valore che renderebbe illegale guidare un'auto in molti Paesi [9].

La relazione tra stress e performance (Slide 20 e 30) è stata, anch'essa, confermata dalla ricerca. Mentre livelli elevati di stress rappresentano un aspetto ben conosciuto da tutti, è importante riconoscere che anche livelli bassi sono controproducenti, in quanto possono portare alla noia ed al fallimento nello svolgimento di un'attività con adeguata vigilanza.

L'industria aeronautica richiede ai singoli piloti di utilizzare un numero di checklist personali, per monitorare le proprie performance, un approccio che gli operatori sanitari possono facilmente adottare. Tutti gli operatori sanitari dovrebbero considerare l'utilizzo di una serie di strategie di riduzione degli errori personali, al fine di garantire che essi svolgano in modo ottimale il proprio lavoro.

L'acronimo IM SAFE (Slide 31) (*illness*-malattia, *medication*-farmaci, stress, alcool, *fatigue*-stanchezza, emozione) che è stato sviluppato nel settore dell'aeronautica, è utile come tecnica di auto-valutazione, per determinare se una persona è sicura di svolgere la propria attività, quando accede al posto di lavoro ogni giorno. (Questo strumento è discusso ulteriormente nell'Argomento 5).

Applicare le conoscenze sul fattore umano nella pratica (Slide 32)

Vi sono numerose modalità in cui gli studenti possono applicare le proprie conoscenze sul fattore umano nella pratica di tutti i giorni.

Applicare le conoscenze riguardo al fattore umano all'ambiente di lavoro [10]
Gli studenti possono applicare le conoscenze riguardo al fattore umano, non appena entrano in un ambiente clinico di insegnamento. Inoltre, i seguenti suggerimenti sono ben conosciuti come limitanti il potenziale di errore umano.

Evitare di fare affidamento sulla memoria
Per avere successo agli esami, gli studenti devono ricordare un grande quantitativo di fatti ed informazioni. Questo va bene per gli esami ma, quando si tratta di curare i pazienti, basandosi solamente sulla memoria è pericoloso, in particolare quando il risultato possa essere un paziente trattato con un dosaggio o farmaco errato. Gli studenti dovrebbero cercare immagini e diagrammi delle fasi del processo o della procedura di trattamento. Controllare le proprie azioni, rispetto ad una foto o diagramma, può ridurre il peso sulla memoria temporanea, permettendo allo studente di concentrarsi sul compito da eseguire, come raccogliere un'anamnesi o somministrare un farmaco appropriato.

Questa è una delle ragioni principali per cui i protocolli sono così importanti nell'assistenza sanitaria: perché riducono l'affidamento sulla memoria. D'altra parte, avere troppi protocolli è inutile, soprattutto se non vengono aggiornati in maniera tempestiva o non si basano su prove di efficacia. Gli studenti dovrebbero chiedere i principali protocolli utilizzati nel contesto in cui stanno lavorando, in modo che possano prenderne confidenza. E' importante controllare il momento della loro ultima revisione. Scoprire di più circa il processo attraverso il quale i protocolli vengono aggiornati, rafforza il punto importante che, per essere efficace, un protocollo deve essere un documento vivo.

Rendere le cose visibili
Gli studenti potranno osservare che molti reparti e altri setting assistenziali hanno attrezzature necessarie per la diagnosi, il trattamento ed il follow-up dei pazienti (ad es. unità a raggi X, pompe di infusione, bisturi elettrici, tubi di ossigeno). Molti studenti saranno tenuti ad utilizzare tali apparecchiature. Anche in questo caso, l'utilizzo di immagini e avvisi, circa i passi necessari per l'accensione e lo spegnimento di questi dispositivi e la lettura del display, aiuterà lo studente a padroneggiare le abilità coinvolte. Un altro buon esempio di utilizzo di richiami visivi è l'uso di promemoria, disegnate per il personale e per i pazienti, riguardo all'igiene delle mani.

Rivedere e semplificare i processi
Semplice è meglio: questa dichiarazione si applica a tutti gli ambiti della vita, tra cui l'assistenza sanitaria. Alcuni compiti in sanità sono diventati così complessi, da essere una ricetta per l'errore, ad esempio, i passaggi di consegne ed i processi di dimissione. Rendere i passaggi di consegne semplici, mediante l'attuazione di strategie di comunicazione che sono propositive, meno lunghe e coinvolgono il paziente, ridurrà gli errori. Gli studenti possono

contribuire a semplificare i processi di comunicazione, ripetendo le istruzioni ricevute e garantendo di comprendere tutti i protocolli in atto. Se non c'è un protocollo per il passaggio di consegne, ad esempio, lo studente potrebbe chiedere come garantiscono i diversi operatori sanitari che le informazioni, che stanno cercando di comunicare vengano accolte e comprese correttamente e come si rassicurano che il paziente sia stato trattato correttamente, oltre ad essere sicuri che egli, o il suo accompagnatore, abbia ricevuto informazioni precise e tempestive.

Altri esempi di semplificazione dei processi potrebbero includere: (i) limitare la gamma di farmaci disponibili per prescrizione; (ii) limitare il numero di preparazioni di diverso dosaggio dei farmaci disponibili; e (iii) il mantenimento di scorte di farmaci frequentemente somministrati.

Standardizzare i processi e le procedure comuni
Anche gli studenti che lavoreranno in una sola struttura, potranno osservare ogni reparto o sezione a fare determinate cose in modo diverso. Questo significa che essi dovranno reimparare come fare le stesse cose quando si spostano in ogni nuova area. Le strutture sanitarie che hanno standardizzato il modo in cui si devono fare le cose (se del caso), aiutano il personale nel ridurre la sua dipendenza dalla memoria e, quindi, a migliorare l'efficienza e risparmiare tempo. Le lettere di dimissione, le modalità di prescrizione e le tipologie di apparecchiature possono essere standardizzati all'interno di un ospedale, di una regione o anche di un intero Paese.

Utilizzare checklist di routine
L'utilizzo di checklist è stato applicato con successo in molti settori di attività, come ad es. studiare per gli esami, viaggiare e fare shopping. Dopo la recente pubblicazione dei risultati di una ricerca commissionata dall'OMS al *New England Journal of Medicine* riguardo all'utilizzo della checklist di sicurezza in sala operatoria [11], l'utilizzo delle varie checklist si è diffuso in molte attività di assistenza sanitaria. Gli studenti dovrebbero prendere l'abitudine di usare checklist nella propria pratica, in particolar modo quando vi è una modalità di selezione ed implementazione del trattamento basato su prove di efficacia.

Ridurre l'affidamento sulla vigilanza
Gli esseri umani si distraggono rapidamente e si annoiano se non succede qualcosa di interessante. Gli studenti dovrebbero fare attenzione alla possibilità di errore, quando sono coinvolti in attività ripetitive e lunghe. In tali situazioni, la maggior parte di noi starà meno attenta al compito da svolgere, soprattutto se si diventa stanchi. I nostri sforzi per rimanere concentrati falliranno ad un certo punto.

Riassunto (Slide 33 e 34)
In sintesi, lo studio del fattore umano, proveniente da altri settori di attività, è rilevante per la Sicurezza del Pazienti, in tutti gli ambienti assistenziali. Ciò include la comprensione delle interazioni e le interrelazioni tra le persone e gli strumenti e le attrezzature che essi utilizzano. Comprendere l'inevitabilità dell'errore e la gamma di possibilità umane e di risposte in qualsiasi determinata situazione è essenziale per sapere come l'applicazione dei principi del fattore umano possa migliorare l'assistenza sanitaria.

Strategie e modalità di insegnamento

Quest'argomento è probabile che sia innovativo per la maggior parte delle persone, quindi è probabilmente una buona idea presentarlo in un primo momento come un argomento a sé stante. Esso offre l'opportunità per l'insegnamento immaginativo e creativo in ambiente clinico ed è idealmente presentato con esercitazioni pratiche, piuttosto che con lezioni frontali. Molti docenti non avranno molta familiariarità con questo settore e potrebbero voler coinvolgere insegnanti provenienti da altre facoltà, come l'ingegneria o la psicologia, che possono avere esperti di fattore umano, in grado di fare una lezione introduttiva sui principi di quest'argomento.

Lezione frontale per l'introduzione generale
Poiché quest'argomento rappresenterà una nuova conoscenza per gli studenti, può essere opportuno invitare un esperto di fattore umano per illustrare i principi fondamentali attraverso una lezione frontale. Gli esperti di fattore umano appartengono di solito alle discipline di ingegneria o di psicologia. Alcune di queste discipline hanno incorporato l'assistenza

sanitaria nel loro campo. Vi può essere anche un clinico che abbia studiato il fattore umano ed applicato tali conoscenze nella propria pratica. Invitare una persona idonea a tenere una lezione frontale sulle conoscenze di base, utilizzando, però, casi studio di ambito assistenziale nella presentazione.

Attività individuali ed in piccoli gruppi
Gli istruttori possono scegliere di utilizzare esercitazioni pratiche che esplorano le considerazioni dal punto di vista del fattore umano, riguardo alle apparecchiature di uso clinico comune. Buoni e cattivi esempi che illustrano i principi del fattore umano si possono trovare in ogni e qualsiasi ambiente clinico. Inoltre, gli istruttori possono chiedere agli studenti di prendere in considerazione l'impatto del fattore umano nelle aree non cliniche, come la loro vita personale, le relazioni a scuola ed i lavori passati.

Esempi:

1. Richiedere agli studenti di esaminare le apparecchiature in vari settori della struttura in cui stanno lavorando (ad es. unità di riabilitazione, Pronto Soccorso, ambulatori, Terapia Intensiva (UTI), Radiologia, Farmacia, odontostomatologia).
    - Quale area ha più apparecchiature? Quali sono i rischi associati all'utilizzo di un solo dispositivo per il trattamento di più pazienti? L'apparecchiatura ha una buona manutenzione? Come influenza il fattore umano, il funzionamento efficace e sicuro delle apparecchiature?
    - Per le varie tipologie di attrezzature che esamineranno, considerare quanto segue:
        - Quanto è facile trovare l'interruttore di accensione/spegnimento?
        - Quanto è facile capire come funziona l'apparecchiatura?
        - Vi sono studenti, non alle prime armi, docenti e tecnici che lottano per capire come utilizzare l'attrezzatura?
2. Considerare l'utilizzo pratico degli allarmi.
    - Quanto spesso si spengono gli allarmi su diversi tipi di apparecchiature?
    - Quanto spesso vengono ignorati gli allarmi?
    - Cosa succede quando l'allarme viene sospeso ed è chiaro per quanto tempo sia stato sospeso?
    - Rendere silenzioso l'allarme è una risposta "automatica", o vi è un approccio sistematico per trovare la sua causa?
3. Considerare come la progettazione di una tipologia di attrezzatura sia legata alla sicurezza. Ad esempio, quant'è facile da programmare correttamente una particolare pompa per infusione?
    - Quali rischi sono associati con avere più di un tipo di pompa di infusione nella stessa area di lavoro / struttura?
3. Progettare una checklist per l'esecuzione di una procedura clinica urgente.

Utilizzare l'analisi di un evento avverso per rivedere le questioni legate al fattore umano (vedi Argomento 5: *Imparare dagli errori per prevenire eventi avversi*).

Casi studio

I seguenti casi illustrano come la stanchezza possa compromettere la sicurezza delle cure fornite dagli operatori sanitari.

Infermiere: Troppo stanco per essere sicuro?

Martedì 20 luglio, 2004

Le notizie. Ciò che è vero per i medici, lo è anche per gli infermieri: coloro che abitualmente lavorano per lunghe, spesso imprevedibili ore, come, ad esempio, i turni che superano le 12 ore, fanno più errori rispetto a quelli che lavorano meno.

Questa è la conclusione di uno studio finanziato dal governo federale e presentato nel numero di luglio / agosto della rivista *Health Affairs*. Lo studio è uno dei primi ad esaminare la relazione tra gli errori medici e la stanchezza tra infermieri che forniscono la maggior parte delle cure dirette ai pazienti dell'ospedale.

Lo studio. Ann Rogers, professore associato presso la Scuola di Scienze Infermieristiche dell'Università della Pennsylvania, ed i suoi colleghi hanno studiato 393 infermieri che hanno lavorato a tempo pieno negli ospedali

di tutto il Paese. Quasi tutti erano di sesso femminile e la maggior parte erano bianchi, di mezza età, alle dipendenze di grandi ospedali urbani e con più di un decennio di esperienza.

Per due settimane, ogni infermiere ha tenuto un registro dettagliato delle sue ore, pause ed errori. Nel complesso, sono stati rilevati, di solito dagli stessi infermieri, 199 errori e 213 quasi errori. La maggior parte degli errori o quasi errori riguardava la terapia farmacologica, compreso il farmaco errato, il dosaggio errato, il paziente errato, la via errata di somministrazione, il momento errato od il fallimento di tutto l'insieme.

Gli errori ed i quasi errori aumentavano se i turni degli infermieri superavano 12 ore al giorno, se la settimana lavorativa superava 40 ore, o se facevano straordinari non programmati alla fine di un turno normale. "Gli infermieri non sono diversi, rispetto ad altri gruppi professionali" ha detto Rogers. "Se lavorano più ore, il rischio di errori sale".

L'impatto sui Pazienti. Come precedenti studi sui medici in formazione, questo non ha cercato di collegare gli errori direttamente al danno del paziente. Uno studio precedente, condotto in Pennsylvania, ha scoperto che l'aggiunta di un paziente chirurgico in più al carico di lavoro di un infermiere aumenta la probabilità per i suoi pazienti di morire o di subire una grave complicanza.

E, più in generale. La preoccupazione per la prevalenza di errori medici e gli effetti della stanchezza per i medici in formazione hanno portato a nuove regole, in alcune specialità, che limitano le loro settimane di lavoro a 80 ore ed i turni a massimo 24 ore. Alcuni Stati stanno considerando di imporre limiti ai turni degli infermieri, che sono stati allungati negli ultimi dieci anni, a causa della riduzione del personale da parte degli ospedali e della carenza infermieristica a livello nazionale.

Fonte: Goodman SG. *Nurses: too tired to be safe?* Washington Post. Tuesday, 20 July 2004. © 2004 The Washington Post Company.

Attività

— Chiedere agli studenti di leggere l'articolo pubblicato dal *Washington Post* e riflettere sui possibili fattori che possono essere associati con la stanchezza negli infermieri.

Operatore sanitario deprivato dal sonno
Dopo aver completato il suo turno di lavoro di 36 ore, in un grande centro medico universitario, uno specializzando al primo anno di medicina interna, salì in automobile, per andare a casa. Lungo il tragitto, lo specializzando si addormentò al volante della sua auto e colpì una macchina guidata da una donna di 23 anni, che riportò una ferita alla testa che la lasciò disabile per sempre.

La donna ferita (querelante) ha presentato una querela per negligenza contro il centro medico, sostenendo che esso *"sapeva, o avrebbe dovuto sapere, che lo specializzando aveva lavorato 34 delle 36 ore di servizio e che conosceva, o avrebbe dovuto conoscere, che uno specializzando poteva essere stanco per l'eccessivo numero di ore lavorate e lasciare l'ospedale con il giudizio alterato perché privato del sonno"*.

Domande

- Avete incontrato una situazione simile con uno dei vostri coetanei o colleghi lavoratori?
- Se si verifica una situazione simile, cosa consiglieresti allo specializzando alla fine del turno di lavoro di 36 ore?
- Sei d'accordo che il centro medico sia responsabile per i danni subiti dalla donna?
- Quali misure suggeriresti per evitare che simili incidenti si verifichino?

Fonte: Caso offerto dal Professor Armando C. Crisostomo, Divisione di Chirurgia Colo-rettale, Dipartimento di Chirurgia, Scuola di Medicina / Ospedale Universitario delle Filippine, Università di Manila, Filippine.

Un tampone dimenticato dopo un'episiotomia
Questo caso illustra un errore nei protocolli di controllo nelle sale operatorie.

S.*, una donna di 28 anni, chiama il suo ginecologo, lamentando una storia di tre giorni di perdite vaginali maleodoranti. S.* ha dato alla luce un bambino, 10 giorni prima. Durante il parto, si è resa necessaria

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

un'episiotomia. Il ginecologo sospetta un'infezione delle vie urinarie e prescrive un ciclo di antibiotico di cinque giorni.

S.* ritorna dal ginecologo, una settimana più tardi, con gli stessi sintomi, dopo aver completato il ciclo di antibiotici. L'esame vaginale rivela indolenzimento al livello dell'episiotomia e un po' di gonfiore. Il ginecologo rilegge la cartella di S.* in dettaglio, guardando in particolare alle annotazioni relative al parto ed al conteggio dei tamponi. Il conteggio è stato documentato nelle note cliniche ed era stato verificato da un secondo infermiere. Prescrive, quindi, un ulteriore ciclo di antibiotici.

Poiché i sintomi persistevano, S.* decise di chiedere un secondo parere e andò a parlare con un altro ginecologo, che la ricovera per un esame in anestesia e dilatazione con raschiamento. Il secondo ginecologo telefonò al primo, dopo aver trovato un tampone lasciato in sede, durante la chiusura dell'episiotomia.

Attività

— Se insegnate agli studenti di scienze infermieristiche, chiedete loro del ruolo dell'infermiere in sala operatoria, in particolare in relazione al tampone lasciato in sede, durante la procedura originale. Chiedete riguardo al processo per evidenziare i fattori sottostanti che possono essere associati con l'evento avverso.

Fonte: Consensus del gruppo di esperti sul Manuale del Programma Formativo sulla Sicurezza del Paziente dell'OMS per le Scuole Mediche. Caso fornito da Ranjit De Alwis, Professore Associato, Università Internazionale di Medicina, Kuala Lumpur, Malesia.

Cambiamento nelle pratiche di routine, senza avvisare il team di assistenza
Questo caso illustra l'effetto del fattore umano sulla Sicurezza del Paziente. Questo evento riflette la mancanza di comunicazione all'interno del team di assistenza ed il fallimento nel seguire i protocolli di trattamento concordati, che hanno portato alla compromissione delle cure al paziente.

M.* è un odontoiatra specializzato in trattamenti canalari. Di solito, esegue l'intera procedura di trattamento in una sessione, il che è un fatto ben noto al suo team odontoiatrico.

Un giorno, M.* si sentì male, durante l'esecuzione di una procedura di trattamento canalare sul molare superiore di un paziente. Poiché non si sentiva bene, decise di non riempire i canali radicolari del dente, e di lasciare questo compito ad un altro appuntamento. M.* non spiegò la situazione all'assistente dentale. Allo stesso tempo, l'assistente dentale non annotò la necessità di una nuova sessione di trattamento canalare.

M.* dimenticò il caso. Il paziente perseguì il suo trattamento odontoiatrico con altri dentisti e, dal momento che la storia non era stata adeguatamente documentata, nessun altro dentista si preoccupò in modo particolare per la cura canalare incompiuta. Successivamente, un altro dentista riempì la cavità del dente, senza accorgersi che i canali radicolari erano vacanti.

Tre mesi più tardi, il paziente ritornò, con una lesione significativa nei pressi della radice dentale e con infiammazione. Fu necessario prescrivere un trattamento antibiotico prima di estrarre il molare malato.

Domande

- Elencate alcuni fattori che possono aver contribuito alla documentazione incompleta del trattamento non finito.
- Quali fattori possono essere stati presenti e hanno portato gli altri dentisti dei successivi appuntamenti di follow-up a non riuscire a valutare i canali radicolari non riempiti del dente?
- Discutere le responsabilità dei diversi membri del team (nella propria area di pratica) che si riferiscono alla tenuta delle cartelle cliniche ed alla documentazione nelle stesse.

Fonte: Caso offerto da Shan Ellahi, Consulente per la Sicurezza del Paziente, Servizi di Comunità di Ealing e Harrow, Servizio Sanitario Nazionale, Londra, Gran Bretagna.

Valutare la conoscenza di questo argomento

Una vasta gamma di metodi di valutazione sono disponibili per questo argomento, tra cui domande a scelta multipla (MCQ), saggi, migliori risposte brevi alle domande (BAQ), discussione di casi (CBD) ed auto-valutazione. Stimolare lo studente o più studenti ad una discussione in piccolo

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

gruppo sulla problematica del fattore umano nell'area clinica, rappresenta una modalità efficace di suscitare la comprensione. Se gli studenti sono già nell'ambiente clinico, chiedere loro di osservare come viene utilizzata la tecnologia e quali sono le misure preparatorie per addestrare gli operatori sanitari all'utilizzo.

Valutare l'insegnamento di questo argomento

La valutazione è importante in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per il docente (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Strumenti e bibliografia

Sicurezza del Paziente

National Patient Safety Education Framework, sections 4.2 and 4.5 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Il gruppo del fattore umano in ambito clinico

http://www.chfg.org; visitato il 18 gennaio 2011. Questo sito contiene una presentazione di PowerPoint che spiega chiaramente il fattore umano.

Human factors in health care. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Gosbee J. Human factors engineering and patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:352-354. Questo articolo è disponibile gratuitamente sul Web e fornisce una spiegazione di base del fattore umano e della sua rilevanza per la Sicurezza del Paziente.

La progettazione "a prova di errore"

Grout J. *Mistake-proofing the design of health care processes* (prepared under an IPA with Berry College). AHRQ publication no. 070020. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2007 (http://www.ahrq.gov/qual/mistakeproof/mistakeproofing.pdf; visitato il 18 gennaio 2011).

Stanchezza degli operatori

Berlin L. Liability of the sleep deprived resident. *American Journal of Roentgenology*, 2008; 190:845-851.

Bibliografia

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
2. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Malden, MA, Blackwell, 2006.
3. *National Patient Safety Education Framework*, sections 4.2 and 4.5 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571 C600835DBB/$File/framework0705.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).
4. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis. *Sleep*, 1996, 19:318-26.
5. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 287:955-7.
6. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 2007.
7. Vincent C. *Clinical risk management-enhancing patient safety*. London, British Medical Journal Books, 2001.
8. Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235-237.
10. Carayon P. *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 2007.
11. Haynes AB et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

Le diapositive per l'Argomento 2: Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente

Le lezioni frontali non sono di solito il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del paziente ma questo particolare argomento ha alcuni principi teorici con cui

gli studenti devono acquisire familiarità. Invitare un ingegnere o psicologo, che sono esperti nel fattore umano, per fornire una panoramica in merito. Se viene presa in considerazione una lezione frontale, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio, è uno dei modi per generare una discussione di gruppo. Gli ingegneri possono dare esempi da altri settori, come l'aviazione ed i trasporti. Se si utilizzano questi esempi, fornire anche un esempio rilevante per l'assistenza sanitaria, in modo da mostrare agli studenti come si applica la teoria. Un altro modo è quello di porre agli studenti domande sui diversi aspetti della sanità che porteranno ad aspetti presentati in questo argomento.

Le diapositive per l'Argomento 2 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per adattarsi all'ambiente ed alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

Argomento 3

Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sull'assistenza al paziente

Somministrazione della sostanza errata al paziente

J.* è stata sottoposta ad una procedura esplorativa chiamata colangio-pancreatografia endoscopica retrograda (ERCP), in un grande ospedale universitario, per una sospetta malattia della sua cistifellea. Sotto anestesia generale, un endoscopio è stato inserito nella bocca e guidato, attraverso l'esofago, nel duodeno. Delle cannule sono state inserite attraverso l'endoscopio nel dotto biliare comune ed un mezzo di contrasto iniettato, per poter eseguire una radiografia.

Due mesi più tardi, a J.* è stato detto che era uno dei 28 pazienti, ai quali era stato iniettato un mezzo di contrasto contenente una sostanza corrosiva, il fenolo. La Farmacia normalmente ordinava fiale di 20 ml di Conray 280. Tuttavia, per un periodo di circa cinque mesi, essa ha erroneamente ordinato, e fornito al blocco operatorio, fiale di 5 ml, contenenti 60% Conray 280 e 10% fenolo, con l'etichetta che indicava chiaramente "usare sotto stretto controllo: sostanza caustica" e "flaconcino monodose". Un infermiere si è, finalmente, reso conto dell'errore, non identificato dalla Farmacia e da molti team di blocco operatorio.

Il modo in cui i farmaci vengono ordinati, stoccati, consegnati alle sale operatorie ed il metodo per garantire che i farmaci corretti vengano somministrati ai pazienti, coinvolge più tappe, con molte opportunità di errore. La comprensione della complessità del sistema è necessaria per capire dove e come i vari componenti si incastrano.

Fonte: *Rapporto di inchiesta sugli incidenti nel blocco operatorio all'Ospedale Canterbury 8 febbraio - 7 giugno 1999,* Commissione sui reclami in Sanità, Sydney, New South Wales, Australia. Settembre 1999:1–37 (http://www.hccc.nsw.gov.au/Publications/Reports/default.aspx; visitato il 18 gennaio 2011).

Introduzione - Perché il pensiero sistemico è importante per la Sicurezza del Paziente (Slide 1)

L'assistenza sanitaria è raramente erogata da singoli professionisti. Le cure sicure ed efficaci dipendono, non solo dalle conoscenze, dalle abilità e dai comportamenti dei professionisti a contatto con il paziente ma, anche, da come loro cooperano e comunicano nell'ambiente di lavoro, ambiente che, a sua volta, è, di solito, parte di un'organizzazione più grande. In altre parole, i pazienti dipendono da tante persone che stanno facendo la cosa giusta al momento giusto. Cioè, essi dipendono da un sistema di cure [1]. Essere un professionista sanitario sicuro, richiede la comprensione delle complesse interazioni e relazioni che si verificano nella sanità. Tale consapevolezza, ad esempio, può aiutare gli operatori ad identificare le opportunità di errore, che possono danneggiare i pazienti e gli utenti ed adottare le adeguate misure per prevenirle. Questo argomento riguarda il sistema sanitario; come ridurre gli errori, è illustrato in dettaglio nell'Argomento 5.

Parole chiave
Sistema, sistema complesso, organizzazioni ad alta affidabilità (HRO).

Obiettivo di apprendimento (Slide 2)

Comprendere come il pensiero sistemico sia in grado di migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre al minimo gli eventi avversi.

Risultati di apprendimento: conoscenze e abilità

Conoscenze richieste (Slide 3)

Gli studenti dovrebbero essere in grado di spiegare i termini *sistema* e *sistema complesso,* come essi sono collegati all'assistenza sanitaria e perché un approccio sistemico alla Sicurezza del Paziente sia superiore all'approccio tradizionale.

Abilità richieste (Slide 4)

Gli studenti dovrebbero essere in grado di descrivere gli elementi di un sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria sicuro.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Che cosa dovrebbero sapere gli studenti sui sistemi in sanità: spiegare che cosa significano i termini *sistema* e *sistema complesso* ed il modo in cui sono correlati all'assistenza sanitaria

Che cos'è un sistema? (Slide 5)

La parola *sistema* è un termine ampio, che viene utilizzato per descrivere qualsiasi insieme di due o più parti, che interagiscono fra di loro, o "un gruppo interdipendente di elementi che formano un insieme unitario" [2].

Gli studenti di area sanitaria avranno familiarità con il concetto nel contesto dei sistemi biologici, intesi come qualcosa di piccolo, come una singola cellula fino ad organismi più complessi o intere popolazioni. Questi sistemi sono in uno stato continuo di scambio di informazioni, sia internamente che esternamente. Il processo continuo di input, trasformazione interna, output e feedback sono una caratteristica di questi sistemi. Le stesse caratteristiche si applicano ai molteplici sistemi che compongono l'assistenza sanitaria, nonché al sistema delle cure nel suo complesso.

I sistemi complessi

Quando gli studenti entrano per la prima volta in una grande struttura sanitaria, sono spesso sopraffatti dalla sua complessità: il gran numero di operatori sanitari, di professionisti correlati e di specialità cliniche, la diversità di pazienti dei differenti reparti, gli svariati odori, ecc. Essi vedono e reagiscono alla struttura sanitaria come sistema: sembra caotico ed imprevedibile e si chiedono come, e se, si adatteranno all'ambiente. Alla fine, vengono assegnati a diversi reparti, dipartimenti, setting e familiarizzano con il funzionamento della loro particolare area o disciplina. Essi possono, quindi, dimenticare facilmente il resto del sistema.

Un sistema complesso (Slide 6, 7 e 8) è quello in cui vi sono tante parti interagenti che diventa difficile, se non impossibile, prevedere il comportamento del sistema partendo dalla conoscenza dei suoi componenti [3]. L'erogazione delle cure sanitarie si inserisce in questa definizione di sistema complesso, soprattutto nelle strutture più grandi, generalmente costituite da molte parti interagenti, tra cui persone (pazienti e staff), infrastrutture, tecnologia e agenti terapeutici. Le varie modalità in cui le parti del sistema interagiscono fra di loro ed il modo in cui agiscono collettivamente sono molto complesse e variabili [3].

Tutti i professionisti sanitari devono avere una comprensione della natura della complessità dell'assistenza sanitaria, in quanto questo è importante per la prevenzione degli eventi avversi, ed utile in termini di analisi di situazioni in cui le cose sono andate male. (Questo è descritto in modo più dettagliato nell'Argomento 5.) Altrimenti, vi può essere una tendenza a colpevolizzare le persone direttamente coinvolte in una situazione, senza rendersene conto che, di solito, vi sono molti altri fattori contribuenti. L'assistenza sanitaria è complessa a causa di [3]:

- la diversità dei compiti coinvolti nell'erogazione delle cure al paziente;
- la dipendenza dei professionisti sanitari l'uno dall'altro;
- la diversità di pazienti, medici ed altro personale;
- il numero enorme di relazioni tra pazienti, caregiver, operatori sanitari, personale di supporto, amministrativi, famiglie e membri della comunità;
- la vulnerabilità dei pazienti;
- le variazioni nel layout fisico degli ambienti assistenziali;
- la variabilità o la mancanza di regolamenti;
- l'implementazione di nuove tecnologie;
- la diversità dei percorsi di cura e delle organizzazioni coinvolte;
- la maggiore specializzazione dei professionisti che, da una parte, permette una più ampia gamma di trattamenti e servizi ai pazienti, mentre dall'altra, fornisce anche più opportunità perché le cose vadano male e si commettano errori.

Gli studenti, che lavorano con i pazienti, comprendono rapidamente che ogni singolo paziente richiede cure e trattamenti su misura, per la sua propria condizione specifica e le sue circostanze. Uno studente può vedere subito che, quando tutti i servizi sanitari individualizzati vengono combinati, formando un sistema di cure.

Molti servizi sanitari si presentano come un unico sistema: edifici, persone, processi, scrivanie, attrezzature, telefoni ma, a meno che le persone coinvolte non ne comprendano lo scopo e l'obiettivo comune, il sistema non funzionerà in un modo

unificato. Le persone sono il collante che lega e mantiene unito il sistema.

La comprensione del sistema sanitario richiede agli studenti di pensare oltre la loro professione futura. Perché il sistema funzioni in modo efficace, medici, infermieri, farmacisti, ostetriche ed altri professionisti sanitari devono comprendere reciprocamente ruoli e responsabilità. Il funzionamento del sistema richiede anche la loro comprensione dell'effetto della complessità sulla cura del paziente e del fatto che le organizzazioni complesse, come i servizi sanitari, siano prone ad errore. Ad esempio, fino a poco tempo fa, abbiamo visto gli innumerevoli servizi forniti ai pazienti in un ospedale come distinti e separati. Il lavoro dei medici era visto come separato da quello degli infermieri, farmacisti e fisioterapisti. Reparti e dipartimenti erano anch'essi visti come entità distinte.

Se il Pronto Soccorso non è stato in grado di vedere i pazienti abbastanza velocemente, abbiamo pensato che concentrandoci sul problema apparente, il Pronto Soccorso, senza alcuna attenzione ad altri servizi che sono ad esso correlati, potrebbe risolvere il problema. Ma, forse, il Pronto Soccorso non è stato in grado di trasferire i pazienti ai reparti in modo tempestivo, perché non c'erano posti letto disponibili. Il personale può aver avuto troppe priorità contrastanti, che influivano sulla sua capacità di rispondere ai bisogni dei pazienti.

Anche se gli operatori sanitari affrontano molte sfide nei propri ambienti di lavoro, ogni giorno, e possono anche comprendere i molteplici componenti e relazioni, inclini al malfunzionamento, spesso hanno difficoltà a pensare in termini di sistema, perché, in genere, non sono stati addestrati a pensare ai concetti o nel linguaggio della teoria dei sistemi, né utilizzano i propri strumenti per dare un senso ai sistemi in cui lavorano.

La conoscenza della complessità dell'assistenza sanitaria permetterà agli operatori sanitari di capire come la struttura organizzativa ed i processi lavorativi possano contribuire alla qualità complessiva delle cure al paziente. Gran parte della conoscenza riguardo le organizzazioni complesse proviene da altre discipline, come la psicologia delle organizzazioni. In uno studio pubblicato nel 2000, l'Institute of Medicine statunitense ha sottolineato che i processi organizzativi, come la semplificazione e la standardizzazione, riconosciuti come principi di sicurezza, sono raramente applicati nei sistemi di erogazione delle cure esaminati [4].

Un approccio sistemico impone di considerare l'assistenza sanitaria come un intero sistema, con tutta la sua complessità e l'interdipendenza, spostando l'attenzione dal singolo all'organizzazione. Costringe di spostarsi da una cultura del biasimo verso un approccio sistemico. Utilizzando un tale approccio, un professionista sanitario sarà in grado di raccontare al richiedente principale che vi può essere un problema nel compilare un ordine immediatamente, a causa di altre richieste concorrenti. Il richiedente principale ed il professionista sanitario potrebbero, quindi, lavorare per trovare una soluzione al problema insieme, in tal modo anticipando ed evitando un problema in seguito.

In sintesi, un approccio sistemico consente di esaminare i fattori organizzativi che stanno alla base delle cure malfunzionanti e degli incidenti / errori (processi scarsi, scarsa progettazione, scarso lavoro di gruppo, restrizioni finanziarie e fattori istituzionali), piuttosto che concentrarsi sulle persone associate con, o incolpate di, questi eventi. Questo tipo di approccio aiuta, anche, ad allontanarsi dalla colpevolizzazione e spostarsi verso la comprensione ed il miglioramento della trasparenza dei processi di cura, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sul singolo atto assistenziale.

L'approccio tradizionale quando le cose vanno male: colpevolizzazione e coprire di vergogna (Slide 9 e 10)

In un contesto così complesso, non è sorprendente che molte cose vadano male regolarmente. Quando qualcosa va storto, l'approccio tradizionale è quello di colpevolizzare l'operatore sanitario più direttamente coinvolto nelle cure al paziente, spesso uno studente o altro membro del personale più giovane. Mentre la tendenza di colpevolizzare un individuo (approccio personale) [5] è forte e molto, naturale, è inutile e, in realtà, controproducente per una serie di motivi.

Qualunque sia stato il ruolo dell'operatore

Sanitario, nell'evoluzione della vicenda, è molto improbabile che la sua linea d'azione sia stata volontaria, in termini di danno al paziente. (Un'azione volontaria è chiamata violazione.) Vedi l'Argomento 5: *Imparare dagli errori per prevenire eventi avversi* e l'Argomento 6: *Comprendere e gestire il rischio clinico*.

La maggior parte degli operatori sanitari coinvolti in un evento avverso (Slide 11 e 12) sono molto turbati dalla prospettiva che la loro azione (o mancanza di azione) possa essere stata in qualche modo contribuente. L'ultima cosa di cui hanno bisogno è una punizione.

Wu ha descritto l'operatore sanitario come la "seconda vittima" in tali circostanze [6]. La tendenza naturale in queste situazioni è quella di limitare la segnalazione. I lavoratori saranno riluttanti a segnalare gli incidenti, se credono che saranno poi accusati di qualcosa di negativo che può essere successo. Se ad una tale cultura della colpa è permesso di persistere, un'organizzazione sanitaria avrà grandi difficoltà nel ridurre il rischio di eventi avversi di natura analoga, che si verificheranno nel futuro (vedi l'Argomento 5: *Imparare dagli errori per prevenire eventi avversi*).

Sfortunatamente, molti professionisti sanitari, compresi i manager, e molti altri, nella più ampia comunità, condividono una visione diversa, che sostiene l'idea che un individuo dovrebbe essere punito. Ciò rappresenta una grande sfida, soprattutto per il personale giovane (vedi l'Introduzione della Seconda Parte - Argomenti).

Utilizzare un approccio sistemico non significa che gli operatori sanitari non debbano essere responsabili e rendere conto delle proprie azioni. Esso richiede che comprendiamo tutti i fattori sottostanti, che hanno contribuito alla genesi dell'evento; concentrarsi solo sulla persona non aiuterà ad individuare le cause principali e, quindi, lo stesso incidente è probabile che si ripresenti.

Responsabilità

Tutti i professionisti sanitari hanno responsabilità etiche e legali, di cui devono rendere conto. Anche se questi requisiti possono variare da professione a professione e da Paese a Paese, in genere mirano a rendere la comunità fiduciosa nelle conoscenze, abilità e comportamenti del professionista sanitario, stabiliti da un organismo professionale competente. Queste responsabilità etiche e legali sono spesso fraintese dagli stessi operatori sanitari, e molti rimangono incerti circa la differenza tra le azioni negligenti, non basate sui principi etici e gli errori. Nella tabella B.3.1.

Tabella B.3.1. Definizioni dei termini medico-legali

Tipologia di comportamento medico-legale	Definizioni	Commenti
Negligenza	1. Il fallimento nell'esercitare le abilità, le cure e l'apprendimento attesi da un professionista sanitario ragionevolmente prudente [7]. 2. L'assistenza fornita non è riuscita a soddisfare lo standard di cura ragionevolmente prevedibile di un professionista medio, qualificato per la cura del paziente in questione (SP-SQS 2005), o che è sotto lo standard atteso dai medici nella propria comunità [8]. 3. Il fallimento nell'utilizzo di tali cure che una persona ragionevolmente prudente e attenta avrebbe usato in circostanze analoghe [9]. 4. Il fallimento (in genere da parte di un medico o altro operatore sanitario) di erogare le cure ordinarie, ragionevoli, usuali o previste, la prudenza o l'abilità (esercitate di solito o abitualmente da altri medici rispettabili che curano pazienti simili) nelle prestazioni di un obbligo legalmente riconosciuto, con conseguente prevedibile danno, lesione o perdita cagionate ad un terzo; la negligenza può essere un	I componenti della negligenza sono determinati dal Paese in cui si svolge l'azione.

Negligenza (continua)	atto di omissione (cioè non intenzionale) o commissione (cioè intenzionale), caratterizzato da disattenzione, imprudenza, svista, sbadataggine o promiscuità; nella sanità, la negligenza implica una deviazione sotto il livello dello "standard della pratica medica" che sarebbe esercitata da un simile professionista qualificato, in circostanze simili [10].	
La colpa professionale	(Nella definizione per negligenza.) La colpa professionale o l'irragionevole mancanza di abilità nell'esecuzione di un atto professionale, un termine che può essere applicato a medici, avvocati e commercialisti [10]. La colpa professionale è separata dalla negligenza e si riferisce a tutti gli operatori sanitari. Essa è definita in modo diverso nei differenti Paesi. La cattiva condotta professionale di solito si riferisce a una deviazione significativa dallo standard di assistenza previsto per un professionista sanitario.	Ogni Paese avrà un proprio sistema di registrazione delle diverse professioni sanitarie e di gestione delle denunce riguardo alla competenza e la condotta professionale.
Errori	1. Un'azione che può attenersi esattamente al piano, ma il piano non è quello adeguato per raggiungere l'esito previsto [11]. 2. Un errore rule-based o knowledge-based che ha le sue radici nel ragionamento conscio. Gli errori rule-based si verificano di solito durante la risoluzione dei problemi quando viene scelta la regola errata: o a causa di un'errata percezione della situazione, o a causa dell'errata applicazione di una regola, di solito forte (utilizzata frequentemente) e che sembra essere adeguata. Gli errori knowledge-based sorgono a causa di una mancanza di conoscenze o dell'interpretazione errata del problema [12]. 3. Una carenza o un fallimento nel giudizio e / o nei processi inferenziali coinvolti nella scelta di un obiettivo o nella specificazione dei mezzi per raggiungerlo, a prescindere dal fatto che le azioni siano o meno dirette da questo percorso decisionale secondo i piani; errori del ragionamento conscio... compresi gli errori rule-based che si verificano durante la risoluzione dei problemi, quando si sceglie una regola errata, e gli errori knowledge-based che sorgono a causa della mancanza di conoscenze o dell'interpretazione errata del problema [13].	Il fallimento nell'essere onesti riguardo agli errori può costituire una violazione dei doveri professionali in alcuni Paesi. In alcuni Paesi, gli errori potrebbero essere punibili. E' importante sapere come gestisce gli errori sanitari il Paese in cui si sta studiando.

sono indicate le differenze di base tra questi principi.

Un approccio sistemico significa, anche, che gli studenti e gli operatori sanitari sono tenuti ad essere professionalmente responsabili delle proprie azioni. Se uno studente di odontoiatria somministra il farmaco errato ad un paziente, perché ha fallito nel seguire il protocollo per il controllo di farmaci, lo studente dovrebbe essere ritenuto responsabile? Un'analisi di tale caso, con un approccio sistemico, esaminerebbe i fattori che hanno contribuito al mancato controllo del farmaco da parte dello studente: se lo studente fosse nuovo nella clinica odontoiatrica e non era supervisionato?; se non conoscesse le tappe necessarie?; se non sapesse che esisteva una procedura per garantire che il farmaco corretto venga somministrato al paziente corretto?; se non fosse sicuro, ma non c'era nessuno in giro con cui controllare, e ha temuto di avere problemi per un ritardo nella somministrazione del farmaco? Il pensiero sistemico suggerisce che questo studente non era preparato per tali incarichi. Ma se lo fosse, ed era sotto la supervisione di un odontoiatra e consapevole delle procedure, ma non ha controllato il farmaco perché era pigro o sciatto, o voleva

finire presto il lavoro, allora lo studente sarebbe responsabile dell'errore. Gli operatori sanitari inesperti potrebbero non essere sempre supervisionati; in tali circostanze, dovrebbero chiedere il parere di un collega anziano, nonostante la pressione del tempo e del carico di lavoro.

La maggior parte delle circostanze degli eventi avversi sono complesse, quindi è meglio utilizzare un approccio sistemico per capire cosa è successo e perché, prima di prendere decisioni sulle responsabilità personali. E' importante ricordare che questa cultura senza colpevolizzazione non si applica solo agli studenti, ma anche all'altro personale, anche a coloro che esercitano la loro professione da molto tempo e hanno molti anni di esperienza.

La responsabilità è un dovere professionale e nessuno pensa che le persone non dovrebbero essere ritenute responsabili. Tuttavia, oltre alla responsabilità personale, c'è anche la responsabilità del sistema che richiede che il sistema esamini se stesso. Per troppo tempo, i sistemi sanitari hanno spostato la responsabilità per gli errori del sistema sui singoli operatori sanitari.

Le migliori organizzazioni sanitarie comprendono la differenza tra violazioni ed errori e hanno attuato meccanismi di responsabilità, che sono equi, trasparenti e prevedibili, in quanto il personale è consapevole delle problematiche per le quali sarà ritenuto personalmente responsabile.

I pazienti sono, anch'essi, parte del sistema e quando si presta poca attenzione al loro livello di alfabetizzazione o al loro background culturale, sono a rischio di ricevere cure e trattamenti subottimali. E' poco probabile che questi pazienti denuncino o sollevino questioni in merito ai professionisti sanitari. I pazienti, come gruppo, di solito hanno meno voce in capitolo su come un servizio sanitario dovrebbe operare; le viene spesso richiesto di subire disagi, cure e trattamenti inadeguati ed informazioni insufficienti. I pazienti accettano cure insoddisfacenti, perché capiscono, spesso, le pressioni sugli operatori sanitari e non vogliono offenderli. Molto spesso, i pazienti non comprendono la propria condizione, o apprezzano l'importanza di aderire ad un protocollo terapeutico, ad esempio, seguire una terapia così come prescritta. E, spesso, quando si sentono meglio, interrompono il trattamento, senza riferirlo ad un professionista sanitario. Ecco perché diventa importante che gli operatori sanitari passino del tempo per spiegare i protocolli di trattamento e le conseguenze della mancata compliance ai pazienti.

Il nuovo approccio (Slide 6)

Gli esperti di sicurezza ritengono che, sebbene sia difficile cambiare gli aspetti dei sistemi complessi, è molto più difficile cambiare il comportamento ed il giudizio delle persone ed il loro contributo agli errori [5]. Per tale motivo, la risposta principale ad un errore dovrebbe essere quella di provare a cambiare il sistema, utilizzando un *approccio sistemico* [5]. Un tale approccio agli errori in sanità richiede la comprensione dei molteplici fattori coinvolti, in ognuna delle aree che compongono il sistema sanitario. I professionisti sanitari sono parte del sistema. Le analisi di eventi avversi in altri settori indicano che, raramente, se non mai, vi è soltanto una sola causa responsabile di un incidente. Piuttosto, gli errori di sistema derivano da un'ampia gamma di fattori. L'intenzione di un approccio sistemico di analisi degli eventi è quella di migliorare la progettazione del sistema, per evitare che si verifichino errori in futuro e / o per ridurne le conseguenze.

Reason ha delineato molti elementi del sistema, che dovrebbero essere considerati come parte di un approccio di "pensiero sistemico" all'analisi degli incidenti, suddividendoli nelle seguenti categorie [14].

Fattori del paziente e del professionista sanitario
Queste sono le caratteristiche delle persone coinvolte, compreso il paziente. È importante ricordare che operatori sanitari, studenti e pazienti sono tutti parte del sistema.

Fattori legati al compito
Queste sono caratteristiche dei compiti svolti dagli operatori sanitari, compresi i compiti stessi, così come fattori quali il flusso di lavoro, la pressione del tempo, il controllo del lavoro ed il carico di lavoro.

Fattori tecnologici e delle attrezzature
I fattori tecnologici si riferiscono alla quantità ed alla qualità delle tecnologie nell'organizzazione. Tali fattori includono il

numero e le tipologie di tecnologie e la loro disponibilità, usabilità e posizione. La progettazione delle attrezzature e delle tecnologie, compresa la loro integrazione con altre tecnologie disponibili, la formazione degli utilizzatori, la propensione a guasti o incidenti, la reattività e le altre caratteristiche di progettazione sarebbero incluse in questa categoria.

Fattori legati al team
Gran parte dell'assistenza sanitaria è fornita da team multidisciplinari. Fattori come la comunicazione all'interno del team, la chiarezza dei ruoli e la gestione del team hanno dimostrato di essere importanti in altri settori, e la loro importanza nell'assistenza sanitaria diventa sempre più riconosciuta [15].

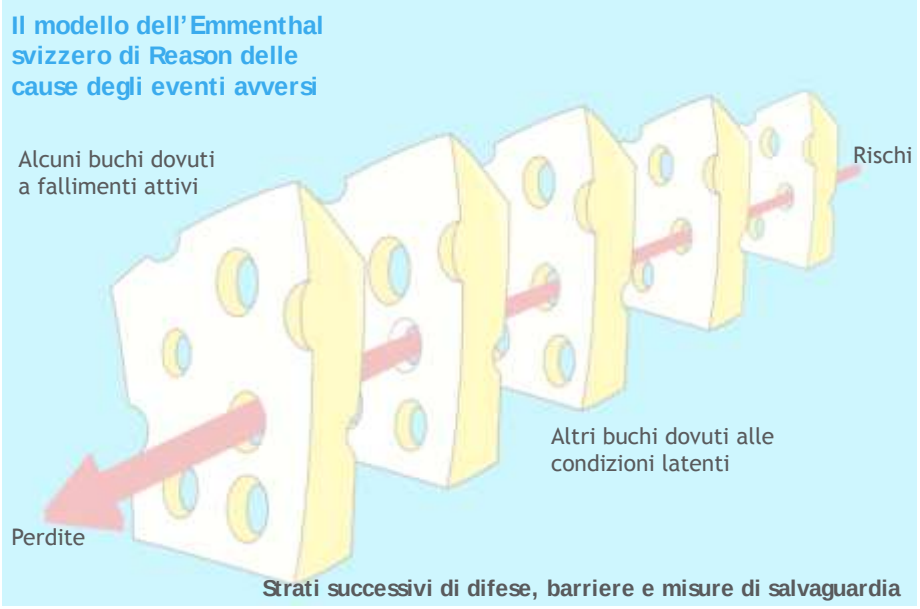
Fattori ambientali
Queste sono le caratteristiche dell'ambiente in cui operano i professionisti sanitari. Questi aspetti includono l'illuminazione, il rumore, lo spazio fisico e il layout.

Fattori organizzativi
Queste sono le caratteristiche strutturali, culturali e quelle correlate alle politiche dell'organizzazione. Gli esempi includono caratteristiche della leadership, cultura, regolamenti e politiche, livelli di gerarchia e l'ampiezza del controllo dei supervisori.

Il modello dell'Emmenthal svizzero (Slide 14)
Guardare l'assistenza sanitaria da questa serie di ampie prospettive evidenzia la natura multifattoriale di ogni singolo incidente od evento riguardante la Sicurezza del Paziente. Questo è il motivo per cui gli studenti di ambito sanitario devono stare attenti: per evitare di biasimare un professionista coinvolto in un evento avverso, e, invece, per prendere in considerazione le problematiche sistemiche associate. La maggior parte degli eventi avversi coinvolge entrambi i fattori: sistemici ed umani. Reason ha utilizzato il termine *fallimenti attivi* per descrivere gli errori commessi dagli operatori, che producono effetti negativi immediati. Egli ha anche descritto un secondo prerequisito essenziale per il verificarsi di un evento negativo, vale a dire la presenza di una o più *condizioni latenti*. Le condizioni latenti sono, di solito, il risultato di uno scarso processo decisionale, di una scarsa progettazione e di scarsi protocolli, sviluppati da persone diverse da coloro a diretto contatto con il paziente. Queste condizioni sono, spesso, in atto, molto prima della comparsa dell'evento in questione. Esempi di condizioni latenti per il personale sanitario comprendono l'affaticamento, la dotazione organica inadeguata, la presenza di apparecchiature difettose e la formazione e la supervisione inadeguate [16].

Reason ha creato il modello dell'Emmenthal svizzero, per spiegare come difetti nei diversi strati di un sistema portano ad incidenti [5], ma, anche, come un fallimento in uno strato del sistema di cure, di solito, non è sufficiente a causare un incidente (vedere la Figura B.3.1). Gli eventi avversi si

Figura B.3.1. Difese, barriere e misure di salvaguardia

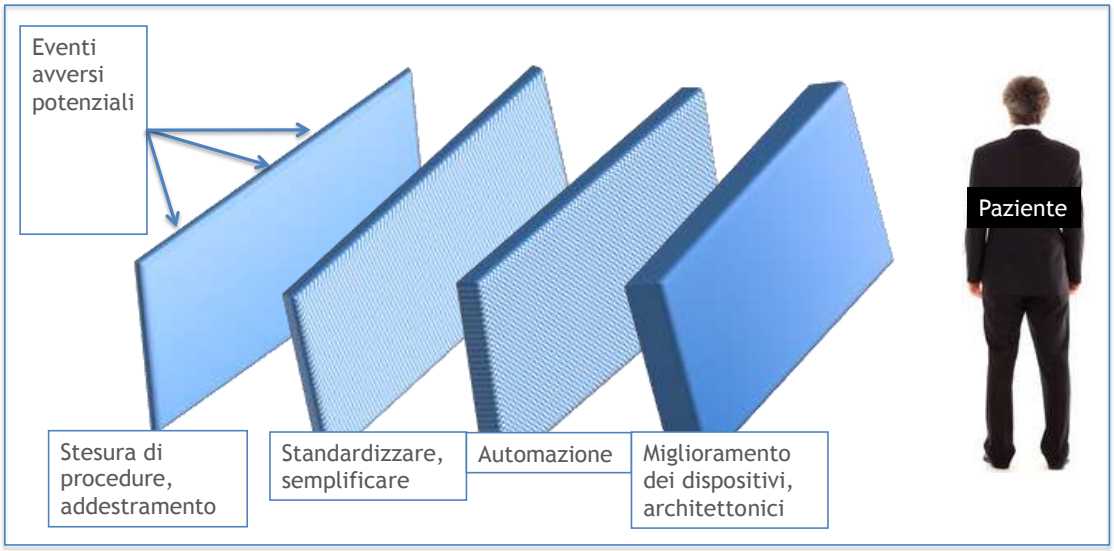


Fonte: Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 1997 [14].

verificano, di solito, quando un certo numero di fallimenti in un determinato numero di strati (ad esempio, operatori stanchi, più procedure inadeguate, più apparecchiature difettose), momentaneamente si allineano, per permettere una "traiettoria" di opportunità dell'incidente (indicato dalla freccia nella Figura B.3.1).

Per evitare che questi eventi avversi si verifichino, Reason ha proposto l'utilizzo di molteplici difese, sotto forma di strati successivi di protezione (comprensione, consapevolezza, allarmi e avvisi, ripristino

Figura B.3.2. Strati di difese



Fonte: US National Center for Patient Safety http://www.patientsafety.gov/ [17].

dei sistemi, barriere di sicurezza, contenimento, eliminazione, evacuazione, fuga e soccorso), progettate per evitare il fallimento dello strato sottostante (vedi Figura B.3.2).

Il vantaggio dell'approccio sistemico, nell'analisi delle situazioni, è rappresentato dal fatto che considera tutti gli strati, per verificare se vi sia la possibilità di migliorarli.

In che modo gli studenti possono applicare queste conoscenze (Slide 16, 17 e 18)

Comprendere il termine di *organizzazioni ad alta affidabilità* (HRO)

Il termine HRO [18] si riferisce alle organizzazioni che operano in condizioni di pericolo, ma riescono a funzionare in un modo che è quasi completamente "libero di fallimenti", cioè, vi sono pochi eventi avversi. Queste organizzazioni includono i sistemi di controllo del traffico aereo, le centrali nucleari e le navi portaerei. Mentre vi sono molte differenze tra queste industrie e l'assistenza sanitaria, il messaggio per quest'ultima è che è possibile ottenere prestazioni sempre sicure ed efficaci, nonostante gli elevati livelli di complessità ed imprevedibilità presenti nell'ambiente di lavoro. Queste HRO dimostrano alle organizzazioni sanitarie che anche loro possono migliorare la sicurezza, concentrandosi sui sistemi coinvolti.

Le differenze sopra descritte tra le HRO e le organizzazioni sanitarie sono significative e stanno alla base dei problemi esistenti. Come operatori sanitari, di routine non pensiamo che l'assistenza sanitaria possa fallire. Il fallimento non è parte della mentalità professionale, a meno che non abbia a che fare con trattamenti specifici. Dato che forniamo assistenza, in genere non siamo consapevoli che gli operatori sanitari possano comunicare in modo non appropriato o che un chirurgo possa essere estremamente stanco dopo aver lavorato tutta la notte, o che la calligrafia di un medico possa essere illeggibile e far sì che un farmacista possa erogare la dose errata ed un infermiere somministrare poi questo farmaco. Ognuno di questi può essere un fattore contribuente di un evento avverso. I professionisti sanitari sono abituati a parlare con i singoli pazienti, circa i rischi legati ai noti effetti collaterali ed alle complicanze, ma non applicano lo stesso ragionamento per il trattamento erogato dal sistema nel

suo complesso. Il pensiero sistemico richiede agli operatori sanitari di prendere in considerazione entrambi i tipi di rischio potenziale: i rischi del trattamento ed i rischi di sistema.

Le HRO sono note anche per la loro resilienza, cioè la capacità di anticipare i fallimenti e di adottare misure per prevenirli. I pazienti sono la componente più resiliente del nostro sistema sanitario, e molti eventi avversi sono evitati, a causa della loro resilienza. Essi vanno meglio, nonostante la somministrazione del farmaco o trattamento errato.

Noi non abbiamo ancora una cultura della sicurezza in sanità. Le HRO hanno fatto grandi sforzi per stabilire e mantenere la cultura della sicurezza ed offrire incentivi e ricompense per i lavoratori. In una HRO, le persone sono ricompensate se ammettono un errore, perché l'ammissione e le conseguenti azioni per prevenire futuri simili errori salvano il tempo ed il denaro dell'organizzazione. Immaginate un sistema sanitario, in cui il personale può liberamente ammettere i propri errori, e nel quale abbiamo la capacità di adottare / installare funzionalità e risorse, per evitare o ridurre al minimo errori simili. Il tasso di eventi avversi diminuirebbe significativamente, salvando molte vite, riducendo la sofferenza e migliorando il morale dello staff.

Conoscere le caratteristiche delle organizzazioni ad alta affidabilità [18]
Le HRO condividono le seguenti caratteristiche:

- *preoccupazione per il fallimento*: riconoscono e pianificano in vista della possibilità di un fallimento, a causa del rischio elevato e della natura soggetta ad errori delle loro attività;
- *impegno per la resilienza*: in modo proattivo, cercano minacce inattese e le contengono prima che possano causare danni;
- *sensibilità alle operazioni*: prestano attenzione ai problemi che devono affrontare i lavoratori in prima linea;
- *cultura della sicurezza*, in cui gli individui si sentono sicuri di prestare attenzione ai pericoli o fallimenti potenziali, senza il timore di subire critiche da parte dello staff anziano.

Applicare le lezioni imparate dalle HRO all'assistenza sanitaria (Slide 19)
Le organizzazioni sanitarie possono imparare dalle altre HRO. Siamo in grado di esaminare i loro successi e studiare quali fattori favoriscono il loro funzionamento. Possiamo anche imparare dai loro errori, in particolare come si verificano i disastri e quali fattori sono tipicamente coinvolti.

Il ruolo della regolamentazione
A causa della natura del loro lavoro, l'operato dei professionisti sanitari è regolamentato in molti Paesi. La regolamentazione professionale protegge il pubblico, richiedendo ai professionisti di raggiungere le competenze necessarie per esercitare la professione e fissando e facendo rispettare gli standard di pratica. Essa stabilisce i criteri per essere iscritti negli albi e per mantenere l'abilitazione alla professione. Il ruolo delle regolamentazioni comprende il ricevere, l'esaminare le denunce contro i singoli professionisti della salute e l'intraprendere i provvedimenti del caso, se necessario, come la sospensione, cancellazione o le condizioni poste sulla loro pratica.

Riassunto (Slide 20)
Un approccio sistemico ci aiuta a comprendere ed analizzare i molteplici fattori che stanno alla base degli eventi avversi. Per valutare la situazione, l'utilizzo di un approccio sistemico, in quanto opposto all'approccio basato sulla persona, avrà maggior successo di portare a strategie efficaci che riducono la probabilità di riaccadimento.

Casi studio

L'importanza della comunicazione interdisciplinare
In molti casi evitabili di morte materna, identificati dall'Inchiesta Confidenziale britannica, le cure sono state ostacolate da una serie di problemi di collaborazione e comunicazione interdisciplinare all'interno dell'intera organizzazione, compresa la scarsa o inesistente collaborazione tra i membri del team, le consultazioni telefoniche inadeguate o insufficienti, il fallimento nel condividere informazioni pertinenti tra i professionisti della salute, compresi i medici di medicina generale ed il team di assistenza della maternità, e le scarse abilità interpersonali. Questo studio

ha anche individuato un altro problema in materia di assistenza ostetrica, che ruota attorno ad un fallimento nel riconoscere deviazioni dal normale, che ha portato al mancato invio delle donne ad un'adeguata valutazione medica. Il seguente caso studio evidenzia l'importanza di tali problematiche.

Una giovane rifugiata, non di lingua italiana* e sottopeso, che aveva anche un livello basso di emoglobina, è stata prenotata per le cure ostetriche. Suo marito, anch'esso con scarse conoscenze di lingua italiana*, faceva l'interprete. La paziente era stata ricoverata in ospedale in una fase avanzata della gravidanza, con perdite ematiche e dolore addominale. Era stata diagnosticata la stitichezza e, nonostante l'alterazione dei test di funzionalità epatica, era stata mandata a casa sotto cure ostetriche. E' stata riammessa qualche settimana dopo, sempre in fase avanzata della gravidanza, con dolore addominale e, nonostante un esame del sangue ancora più anomalo, non è stato chiesto nessun parere ad un medico più anziano ed è stata di nuovo dimessa. Alcuni giorni più tardi, è stata ammessa *in extremis*, con insufficienza epatica e multi-organo, con il bambino deceduto in utero. Nonostante la gravità della sua condizione, le sue cure sono state ancora una volta non coordinate e, anche se visitata da un responsabile anziano della rianimazione, rimase nel reparto di Ostetricia. La donna è morta due giorni dopo, per coagulazione intravascolare disseminata, correlata a problemi di fegato grasso della gravidanza.

Domanda

- Utilizzando un approccio sistemico, descrivere i fattori che possono essere stati associati con questo esito catastrofico e come simili eventi avversi possano essere evitati nel futuro.

Fonte: L'inchiesta confidenziale sulla salute materno-infantile (CEMACH). Salviamo la vita delle Mamme 2005-2008, Londra, 2007 (www.cemach.org.uk/; visitato il 21 febbraio 2011).

Un fallimento nel somministrare l'antibioticoprofilassi perioperatoria in modo tempestivo, secondo il protocollo.
Questo esempio mette in evidenza come i servizi sanitari abbiano difficoltà nel rispondere ai cambiamenti dell'ultimo minuto.

L'anestesista ed il chirurgo avevano discusso riguardo agli antibiotici preoperatori, necessari per il paziente che stava per essere sottoposto ad una colecistectomia laparoscopica. L'anestesista aveva informato il chirurgo riguardo all'allergia del paziente alla penicillina, ed il chirurgo aveva suggerito la clindamicina come un'alternativa per l'antibioticoprofilassi. L'anestesista era andato nel deposito sterile per recuperare l'antibiotico ma, poi, era ritornato per spiegare all'infermiera di sala che non era riuscito a trovare nessun antibiotico adatto. L'infermiera di sala prese il telefono per richiedere gli antibiotici preoperatori. L'anestesista (guardando all'interno di una cartella di moduli) aveva spiegato che non poteva prescriverli, perché non vi erano moduli per la prescrizione. L'infermiera di sala confermò che gli antibiotici richiesti "stavano arrivando".

Venne eseguita l'incisione chirurgica. Sei minuti più tardi, gli antibiotici vennero consegnati alla sala operatoria ed immediatamente somministrati al paziente, dopo l'incisione, in contrasto con il protocollo che richiede la somministrazione dell'antibioticoprofilassi prima dell'incisione, per evitare infezioni del sito chirurgico.

Domande

- Che cosa si potrebbe fare per garantire che questo incidente non si ripeta?
- In che modo questo caso illustra la necessità di una comunicazione interdisciplinare?
- Chi può fermare una procedura in caso di problemi?

Fonte: Il gruppo di esperti del Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente per le Scuole Mediche dell'OMS. Caso offerto da Lorelei Lingard, Professore Associato, Università di Toronto, Canada.

Un fallimento di sistema, con conseguente decesso
Questo esempio mette in luce come ambienti sotto pressione possano non riuscire a fornire standard minimi di cure.

La signora B.* era un'assistente amministrativa di 50 anni e in sovrappeso, che lavorava nel dipartimento approvvigionamenti di un ospedale. Scivolò nel suo giardino, mentre prendeva il giornale, e colpì con la gamba il rubinetto dell'acqua. Subì una frattura del perone e fu

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

ricoverata in ospedale perché l'arto era gonfio e dolorante e vi era necessaria la riduzione. Il procedimento è stato ritardato, perché la sala operatoria era occupata ed il suo infortunio era relativamente minore. Il reparto di ortopedia era pieno e, così, lei è stata appoggiata in un reparto di medicina. Due giorni dopo, la frattura è stata ridotta e la gamba ingessata. Quando si alzò per andare a casa, crollò e morì. All'autopsia è stato accertato che aveva subito un'embolia polmonare massiccia. In nessuna fase è stata prescritta l'eparina per la prevenzione della trombosi venosa profonda o qualsiasi altra misura di prevenzione. Al marito è stato detto che era morta per un coagulo nel polmone, che si era formato nella gamba a causa del gonfiore e del trauma. La mancanza di misure preventive non è stata menzionata.

Attività

- Costruire un diagramma di flusso del ricovero della signora B.*, dal suo infortunio al suo decesso.
- Identificare tutti i professionisti sanitari che possono essere stati coinvolti nella sua cura e trattamento.
- Quali sono i possibili fattori che possono aver contribuito alla sua morte?

Fonte: Caso studio tratto da Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008:78.

Catena di errori con conseguente chirurgia maxillo-facciale al dente errato
Questo caso illustra come i problemi latenti del sistema possano portare ad errori al letto del paziente.

Un chirurgo maxillo-facciale stava eseguendo una rimozione chirurgica del terzo molare inferiore, che era completamente incluso. Nessun altro terzo molare (su entrambi i lati) era visibile.

Secondo la cartella clinica, doveva essere estratto il terzo molare a destra. I raggi X sembravano dimostrare che era il terzo molare inferiore quello incluso, mentre il terzo molare inferiore sinistro era assente.

Il chirurgo maxillo-facciale fece l'incisione, sollevò la gengiva ed iniziò l'osteotomia. Il molare incluso non comparì, quindi il chirurgo ampliò l'osteotomia. Poi, finalmente, capì che il terzo molare destro non c'era e che aveva commesso un errore quando, precedentemente, aveva esaminato la cartella clinica e pianificato l'intervento. Inoltre, l'assistente dentale aveva messo la radiografia in posizione errata, invertendo i lati sinistro e destro della bocca.

Domande

- Quali fattori possono essere stati presenti e hanno determinato la scelta del dente errato da parte del chirurgo?
- Che cosa può aver spinto l'assistente a mettere la radiografia nella posizione sbagliata?
- Che cosa avrebbe potuto evitare questo errore?

Fonte: Caso offerto da Shan Ellahi, Consulente per la Sicurezza del Paziente, Servizi di Comunità di Ealing e Harrow, Servizio Sanitario Nazionale, Londra, Gran Bretagna.

Strumenti e risorse

Strumenti di valutazione dei micro-sistemi clinici
Batalden PB et al. Microsystems in health care: part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2003, 29:575–585 (http://clinicalmicrosystem.org/materials/publicatio ns/JQIPart9.pdf; visitato il 20 febbraio 2011).

Imparare a migliorare i sistemi complessi di cura
Headrick LA. Learning to improve complex systems of care. In: *Collaborative education to ensure patient safety*. Washington, DC, Health Resources and Services Administration/Bureau of Health Professions, 2000: 75–88.

Strategia organizzativa
Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Strategie e modalità di insegnamento

DVD Interattivo
Il workshop dell'OMS *Imparare dall'errore* include un DVD o un file scaricabile (www.who.int/patientsafety/education) riguardo alla vincristina intratecale, che presenta un caso di somministrazione

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

intratecale di vincristina e le problematiche presenti nel sistema che hanno contribuito all'evoluzione di questo evento. Gli obiettivi del workshop sono: migliorare la consapevolezza dei rischi della somministrazione di vincristina; sviluppare la comprensione della necessità di una nuova enfasi sulla Sicurezza del Paziente negli ospedali; dotare i partecipanti con le abilità necessarie per contribuire alla Sicurezza del Paziente e per identificare politiche e procedure locali volte a rendere il luogo di lavoro più sicuro. (Questo workshop potrebbe essere utile per la maggior parte degli argomenti di questo Manuale).

Lezioni frontali su sistemi e complessità

Discussioni in piccolo gruppo

Le discussioni in piccolo gruppo potrebbero riguardare vari livelli del sistema nel proprio ambiente di lavoro. Il gruppo potrebbe anche discutere riguardo ad un rilevante articolo di specialità, come, ad esempio, *Il paziente errato* [19], con la guida di un tutor. In alternativa, il gruppo può selezionare uno dei casi sopra riportati, per analizzarlo, utilizzando una prospettiva sistemica. Come parte di questo esercizio, il gruppo potrebbe discutere i ruoli dei vari membri del team.

Altre attività per gli studenti

- Seguire un paziente, dal momento in cui entra in una struttura sanitaria al momento in cui viene dimesso, ed identificare tutte le fasi e le tipologie di operatori sanitari coinvolti nel trattamento di quel paziente.
- Programmare degli incontri in piccoli gruppi per gli studenti, alla presenza di un tutor, per discutere i loro risultati e osservazioni.
- Discutere i ruoli e le funzioni delle persone provenienti da diverse parti del sistema sanitario.
- Visitare parti sconosciute dell'organizzazione.
- Partecipare od osservare un'analisi delle cause profonde.

Valutare le conoscenze di questo argomento

Ad ogni studente, potrebbe essere chiesto di scrivere un resoconto dell'esperienza di un paziente da lui seguito durante tutto il corso del suo trattamento.

Una vasta gamma di metodi di valutazione sono disponibili per questo argomento, tra cui MCQ, saggi, BAQ breve, CBD e l'autovalutazione. Stimolare uno studente o più studenti ad una discussione in piccolo gruppo sui vari livelli del sistema, presenti nel proprio ambiente di lavoro, è un modo utile per suscitare comprensione.

Valutare l'insegnamento di questo argomento

La valutazione è importante in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per il docente (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Bibliografia

1. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, Center for Health Sciences, 2005.
2. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National Patient Safety Education Framework*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1990.
6. Wu AW. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 2000, 320:726–727.
7. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM). Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives. Prepared by David Marx. New York: Columbia University, 2001.
8. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine* 1991; 324:370-376.

9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, editor. Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Health Organizations; 1998.

10. Segen JC. *Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon*. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995.

11. Reason JT. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershof, UK: Ashgate, 1997.

12. Leape LL. Error in medicine. In: Rosenthal MM. Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. *Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle*. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20-38.

13. Committee of Experts on management of Safety and Quality in Health care, Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms. Council of Europe. 2005.

14. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.

15. Flin R, O'Connor P. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.

16. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Oxford, Blackwell Publishing, 2006.

17. Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety (http://www.patientsafety.gov/; visitato il 24 maggio 2011).

18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *High reliability organization strategy*. Rockville, MD, AHRQ, 2005.

19. Chassin MR. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826–833.

Diapositive per l'Argomento 3: Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sulle cure al paziente

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una delle modalità per generare una discussione di gruppo. Un'altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell'assistenza sanitaria, che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento, come, ad esempio, il pensiero sistemico, come esso migliora l'assistenza sanitaria e contribuisce a ridurre gli errori*.

Le diapositive per l'Argomento 3 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per adattarsi all'ambiente ed alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

Argomento 4

Essere un'efficace componente del team

Mancanza di comunicazione fra i team assistenziali

S.*, un maschio di 18 anni, è giunto in ospedale con l'ambulanza. Coinvolto in una rissa, ha subito un grave trauma cranico, sbattendo la testa sul marciapiede. Il personale dell'ambulanza, essendo molto occupato, non ha avuto il tempo di discutere il caso con gli operatori sanitari del Pronto Soccorso. Sia durante il triage infermieristico che in occasione della visita medica, S.* non è stato in grado di dire il suo nome, né di esprimersi in modo chiaro. Il medico curante, un tirocinante, si era laureato solo poche settimane prima. Quella notte non aveva un supervisore e, né lui, né il personale infermieristico si resero conto della gravità del trauma cranico di S.*

S.* aveva bevuto ed il medico tirocinante concluse che fosse semplicemente ubriaco: una diagnosi supportata dal comportamento irrequieto e aggressivo di S*. Tuttavia, tale comportamento può, anche, essere indicativo di un grave trauma cranico. A S.* fu prescritto un antiemetico e fu posto in osservazione. In più occasioni, gli infermieri ed il medico tirocinante valutarono separatamente le risposte verbali e motorie del paziente.

Col passare del tempo, gli infermieri documentarono in cartella il deterioramento delle condizioni di S.*, ma non ne diedero comunicazione diretta al medico. Purtroppo, quest'ultimo fece affidamento sulle comunicazioni verbali e non prestò sufficiente attenzione alle note scritte. S.* morì quattro ore e mezzo dopo l'ingresso in ospedale.

Fonte: National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005.

Introduzione – Perché il lavoro in team rappresenta un elemento fondamentale della Sicurezza del Paziente (Slide 1)

Nell'erogazione delle cure sanitarie, il lavoro efficace in team può avere un impatto immediato e positivo sulla Sicurezza del Paziente [1]. L'importanza dei team efficaci in sanità sta crescendo, a causa di fattori, quali: (i) la maggiore incidenza di complessità e specializzazione delle cure; (ii) l'aumento delle comorbilità; (iii) la crescente incidenza delle malattie croniche; (iv) la carenza globale di personale; e (v) le iniziative a favore della sicurezza nella programmazione dei turni di lavoro.

Un tipico esempio di cure complesse che coinvolgono molteplici team è rappresentato dal trattamento di una donna incinta, con diabete, che sviluppi un'embolia polmonare. Il suo team assistenziale potrebbe includere infermieri, un'ostetrica, un ginecologo, un endocrinologo, uno pneumologo e la paziente stessa. Inoltre, gli operatori sanitari che si occuperebbero di lei durante il giorno non sarebbero gli stessi che se ne prenderebbero cura durante la notte ed il fine settimana. In un grande ospedale universitario, ci aspettiamo di trovare team di medici per ogni area specialistica e professione, i quali avranno bisogno di coordinarsi nelle cure fra loro, con il personale infermieristico, con i farmacisti, con gli altri operatori sanitari e con il team di assistenza primaria della paziente. In una realtà con risorse limitate, il team potrebbe, invece, essere costituito solo da un infermiere, un'ostetrica, un medico e dalla donna incinta ma, è altrettanto importante che essi agiscano in modo coordinato, mantenendo costante fra loro un buon livello di comunicazione.

Molti studenti avranno familiarità con il team clinico comunemente associato ai grandi ospedali. I team medici sono gerarchici e includono dai medici più anziani ai più giovani. Dal punto di vista del paziente, il team è un concetto più ampio del solo team medico. Esso comprende anche gli infermieri, altri operatori sanitari ed il personale di reparto che si prende cura del paziente.

Questo argomento sottolinea come sia poco probabile che gli studenti, all'inizio del loro programma formativo, abbiano già lavorato in prima persona, in qualità di membri di un team sanitario e come, spesso, abbiano una scarsa capacità di comprendere le modalità

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

di costituzione e funzionamento efficace dei team stessi. L'obiettivo di questo argomento è attingere dalle esperienze passate di lavoro in team degli studenti e guardare alle equipe alle quali parteciperanno via via, sempre di più, come studenti anziani e medici strutturati nel sistema sanitario.

Parole chiave
Team, valori, convinzioni, ruoli e responsabilità, stili di apprendimento, capacità di ascolto, risoluzione dei conflitti, leadership, comunicazione efficace.

Obiettivi di apprendimento (Slide 2)

Gli studenti dovrebbero comprendere l'importanza del lavoro in team in sanità e saper essere efficaci componenti del team stesso, riconoscendo che, come studenti, saranno membri di numerosi team assistenziali.

Obiettivi di apprendimento: conoscenze e abilità

Conoscenze richieste (Slide 3 e 4)

Le conoscenze acquisite con questo argomento includono l'apprendimento generale delle diverse tipologie di team assistenziali, di come i team migliorino le cure rivolte al paziente, di come essi si formino e sviluppino le caratteristiche di equipe e leadership efficace, le tecniche di comunicazione per i team assistenziali, le tecniche per la risoluzione dei disaccordi e dei conflitti, le barriere al lavoro efficace in team e come valutare le prestazioni del team.

Abilità richieste (Slide 5)

L'applicazione dei seguenti principi di lavoro in team promuoverà un'assistenza sanitaria efficace:

- Essere consapevoli di come i propri valori e le proprie convinzioni influenzino le interazioni con gli altri. Ciò diventa particolarmente importante quando i pazienti ed il personale provengono da diversi contesti culturali.
- Essere consapevoli degli altri membri del team e di come i fattori psicosociali influenzino le interazioni all'interno del team stesso.
- Essere consapevoli dell'impatto del cambiamento sui team.
- Includere il paziente nel team, così come la sua famiglia, quando opportuno.
- Utilizzare tecniche appropriate di comunicazione.
- Utilizzare tecniche di supporto reciproco.
- Risolvere i conflitti.
- Essere aperti al cambiamento ed al rispetto dei comportamenti.

Introduzione ai team assistenziali

Che cos'è un team? (Slide 6)

La natura dei team è varia e complessa. In sanità, il team più efficace, dal punto di vista del paziente, è quello multidisciplinare ma, i team possono originare anche da un unico gruppo professionale. I membri del team possono lavorare a stretto contatto, in uno stesso luogo, o essere dislocati in un'area geografica estesa. Alcuni team hanno una composizione costante, in altri i membri possono cambiare frequentemente. Esempi di team includono cori, squadre sportive, unità militari, equipaggi di aerei ed equipe di pronto intervento. Nel settore sanitario, i pazienti sono trattati in una varietà di setting assistenziali: domicilio, poliambulatori, piccoli ospedali e grandi ospedali universitari. In ognuno di questi, il modo in cui il team comunica con gli altri team e con il paziente determinerà l'efficacia della cura e del trattamento, così come la percezione soggettiva dei membri del team riguardo al proprio lavoro.

Indipendentemente dalla loro natura, si può dire che i team assistenziali condividono alcune caratteristiche. Queste includono il fatto che i membri del team:

- conoscano il loro ruolo ed il ruolo degli altri nel team e interagiscano tra di loro per raggiungere un obiettivo comune [2];
- prendano decisioni [3];
- siano in possesso di conoscenze e abilità specialistiche e, spesso, operino in condizioni di alti carichi di lavoro [4,5]; agiscano come unità collettiva, come risultato dell'interdipendenza dei compiti svolti dai collaboratori [6]. Un team non è paragonabile ad alcuni altri piccoli gruppi, come ad esempio ad un comitato i cui componenti provengono da contesti diversi e si uniscono per uno scopo specifico, di solito non associato alla cura diretta del paziente.

Salas ha definito un team come (Slide 7):

- un gruppo distinguibile di due o più persone che interagiscono in modo

dinamico, interdipendente e adattivo, per un obiettivo comune ed uno scopo/obiettivo/missione di valore, al quale sono stati assegnati specifici ruoli o funzioni da svolgere, e la cui permanenza nel team ha una durata limitata nel tempo [7].

Agli operatori sanitari viene richiesto di far parte di molti comitati, istituiti per supportare la gestione con la risoluzione di problemi o con esercizi di pianificazione; questi non sono team.

Le diverse tipologie di team nell'assistenza sanitaria (Slide 8)

Vi sono molte tipologie di team in ambito sanitario. Queste includono setting assistenziali rurali, dipartimenti materno-infantili, reparti di Ostetricia, Terapie Intensive, reparti di medicina, team di assistenza primaria che lavorano nella comunità, equipe assemblate per un compito specifico, come le squadre di pronto intervento, ed i team multi-professionali, come quelli multidisciplinari di cure oncologiche, che si riuniscono per pianificare e coordinare la cura di un paziente.

I team possono essere situati nella stessa area geografica, come in un setting territoriale od in un ospedale, oppure i membri del team possono essere dislocati su più sedi, come i componenti delle equipe multidisciplinari di cure oncologiche, od i team di cure primarie. Essi possono includere professionisti appartenenti ad una singola disciplina, o coinvolgere operatori di diverse discipline, compreso il personale amministrativo; il paziente deve sempre essere considerato come parte del team. I ruoli ricoperti da questi professionisti sono variabili all'interno del team e tra team in tempi diversi. Inoltre, sono spesso flessibili e opportunistici. Ad esempio, la leadership può cambiare a seconda delle competenze necessarie.

A sostegno delle cure centrate sul paziente e della Sicurezza del Paziente, i pazienti ed i loro caregiver sono considerati sempre più componenti attivi del team sanitario. Oltre ad essere importante per la condivisione del processo decisionale e per il consenso informato, coinvolgere il paziente come membro del team può migliorare la sicurezza e la qualità delle cure, essendo egli una fonte preziosa di informazioni, in quanto unico membro del team presente in ogni momento delle proprie cure. I pazienti sono anche i membri con maggior competenza riguardo all'esperienza della propria malattia o condizione.

Il programma TeamSTEPPS [8] (Slide 9), sviluppato negli Stati Uniti, identifica un certo numero di team diversi, ma interconnessi, che supportano e forniscono assistenza sanitaria.

I nuclei operativi
I nuclei operativi sono costituiti da team leader e membri che sono direttamente coinvolti nella cura del paziente, comprendendo fornitori diretti di assistenza, come infermieri, farmacisti, medici, odontoiatri, altri operatori sanitari e, naturalmente, il paziente od il loro caregiver. Questi membri operano nel setting assistenziale territoriale, o nel reparto ospedaliero. I membri del nucleo operativo comprendono anche gli operatori di continuità assistenziale, cioè coloro che gestiscono il paziente dalla valutazione alla dimissione, ad esempio i case manager. Il nucleo operativo può cambiare spesso, ma, di solito, comprende un medico ed un infermiere e, a seconda del settore sanitario, potrebbe anche includere un fisioterapista, un odontoiatra e/o un farmacista.

I team di coordinamento
Il team di coordinamento è il gruppo responsabile della gestione operativa, giorno per giorno, e delle funzioni di coordinamento e di gestione delle risorse per il nucleo operativo. Negli ospedali, le funzioni di coordinamento sono spesso ricoperte dagli infermieri. In ambito territoriale, il team di coordinamento può comprendere manager dei servizi sanitari, infermieri, medici, od altri operatori sanitari.

I team di pronto intervento
I team di pronto intervento vengono formati per far fronte ad emergenze specifiche (ad esempio, squadre di emergenza per arresto cardiaco, squadre di risposta in caso di catastrofi, di emergenza ostetrica e squadre di risposta rapida). I membri del team di emergenza provengono da molteplici nuclei operativi.

I servizi ausiliari
I team dei servizi ausiliari sono costituiti da

individui, quali personale di supporto, od altro personale, che fornisce cure dirette ai pazienti, basate su compiti specifici e limitate nel tempo, oppure servizi di supporto che facilitano la cura del paziente. I membri di questi team spesso non si trovano nel luogo in cui i pazienti ricevono le cure routinarie.

I team dei servizi ausiliari sono, in primo luogo, equipe che offrono servizi e la cui missione è quella di supportare l'attività dei nuclei operativi. Questo non significa che essi non debbano condividere gli stessi obiettivi. Il buon esito di un intervento chirurgico su un paziente richiede informazioni precise su ristorazione ospedaliera ed indicazioni di "Digiuno", affinché il paziente stesso non riceva inavvertitamente un pasto che possa comportare un rischio di soffocamento. In generale, i team dei servizi ausiliari funzionano in modo indipendente. Tuttavia, in alcune situazioni dovrebbero essere considerati parte del nucleo operativo.

I servizi di supporto
I team dei servizi di supporto sono costituiti da persone che forniscono servizi indiretti, basati su compiti specifici, in una struttura sanitaria. I membri di questi team contribuiscono a far sì che l'esperienza vissuta dai pazienti e dalle loro famiglie, con l'assistenza sanitaria, sia ottimale. I loro ruoli sono integrati, in ragion del fatto che, all'interno di una struttura, gestiscono ambiente, attività e logistica. I servizi di supporto sono rappresentati principalmente da un team la cui missione è quella di creare un ambiente sanitario efficiente, sicuro, confortevole e pulito, che condiziona l'attività del team di cura, la percezione del mercato, l'efficienza operativa e la Sicurezza del Paziente.

Amministrazione
L'amministrazione comprende la leadership esecutiva di un reparto o di una struttura e ha la responsabilità, 24 ore su 24, della funzione generale e della gestione dell'organizzazione. L'amministrazione modella e stimola il clima e la cultura di un sistema operativo, stabilendo e comunicando la vision, sviluppando e rafforzando le politiche e mettendo a disposizione le risorse necessarie per la loro corretta attuazione, stabilendo le aspettative per lo staff (ruoli e responsabilità), rendendo i team responsabili delle loro prestazioni ed impostando la cultura dell'organizzazione.

In che modo l'utilizzo dei team migliora le cure del paziente (Slide 10)
Nella visione tradizionale dell'assistenza sanitaria, il singolo clinico era considerato l'unico responsabile delle cure e del trattamento di un paziente. Tuttavia, oggi, i pazienti sono raramente curati da un solo professionista sanitario. La Sicurezza del Paziente, nel contesto di un sistema sanitario complesso, riconosce che il lavoro efficace in team è essenziale per ridurre al minimo gli eventi avversi causati da problemi di comunicazione con gli altri attori coinvolti nelle cure del paziente e dalle incomprensioni riguardo ruoli e responsabilità. I pazienti hanno un interesse legittimo nelle proprie cure e devono essere inclusi nel flusso comunicativo; è stato dimostrato che il loro coinvolgimento riduce al minimo errori e potenziali eventi avversi.

Il legame tra le abilità non tecniche, come ad esempio, il lavoro in team e gli eventi avversi è ormai ben consolidato [9,10], come lo è il crescente peso delle malattie croniche, delle comorbilità e dell'invecchiamento della popolazione. Queste sfide richiedono un approccio coordinato e multidisciplinare alle cure [11].

In una revisione della letteratura sulla formazione in team, Baker et al. [1] affermano che la formazione degli operatori sanitari come team "*costituisce una strategia efficace, pragmatica per migliorare la Sicurezza del Paziente e ridurre gli errori medici*".

Il lavoro in team è stato associato ad un miglioramento degli outcome in settori come le cure primarie [12] e le cure oncologiche [13]. Esso è stato anche correlato alla riduzione degli errori medici [14, 15]. Come riassunto, nella Tabella B.4.1, migliorando il lavoro in team, si possono ottenere benefici che vanno al di là del miglioramento degli outcome e della Sicurezza del Paziente, compresi i benefici per i singoli professionisti del team e per il team nel suo complesso, così come per l'organizzazione a cui esso appartiene [11].

Come si formano e si sviluppano i team (Slide 11)
Una considerevole ricerca sul modo in cui si formano e si sviluppano i team è stata condotta in altri settori ad alto rischio.

Tabella B.4.1. Misure di un efficace lavoro in team

Risultati misurabili del lavoro efficace in team			
		Individuali	
Benefici organizzativi	*Benefici del team*	*Paziente*	*Membri del team*
Riduzione della durata della degenza e dei costi	Miglioramento del coordinamento delle cure	Aumento della soddisfazione riguardo alle cure	Aumento della soddisfazione riguardo al lavoro
Riduzione dei ricoveri non programmati	Utilizzo efficiente dei servizi sanitari	Compliance con il trattamento	Migliore chiarezza dei ruoli
Migliore accessibilità per i pazienti	Miglioramento della comunicazione e dell'eterogeneità professionale	Miglioramento degli outcome e della qualità delle cure Riduzione degli errori medici	Miglior benessere

Fonte: Adattato da Mickan SM, Rodger SA. *Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions.* Journal of Interprofessional Care, 2005 [16].

Come indicato nella Tabella B.4.2, vi sono quattro fasi nell'evoluzione del team: di composizione, di assalto, di regolamentazione e di esecuzione [17].

Come accade in altri settori, molti team assistenziali, quali le squadre di emergenza o quelle chirurgiche, sono tenuti a lavorare assieme e ad essere completamente

Tabella B.4.2. Fasi di sviluppo del team

Fase	Definizione
Composizione	Fase caratterizzata, in genere, da ambiguità e confusione. I membri del team possono non aver scelto di lavorare insieme, e possono comunicare in maniera circospetta, superficiale e impersonale. Il compito assegnato può essere poco chiaro.
Assalto	Fase difficile, nella quale vi può essere conflitto tra i membri del team e qualche ribellione nei confronti dei compiti assegnati. I membri del team possono tentare manovre per detenere posizioni di potere, e può essere presente la frustrazione dovuta alla mancanza di progressi nel compito.
Regolamentazione	Viene stabilita una comunicazione aperta tra i membri del team, e l'equipe inizia a confrontarsi con il compito da svolgere. Vengono stabilite procedure, generalmente accettate, e pattern di comunicazione.
Esecuzione	Il team focalizza tutta la sua attenzione sul raggiungimento degli obiettivi. Esso è ormai coeso e solidale, aperto e fiducioso, pieno di risorse ed efficace.

Fonte: Modificato da Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*, 2008 [18].

funzionanti, pur senza aver avuto il tempo necessario a stabilire relazioni interpersonali ed a percorrere le fasi di composizione e regolamentazione sopra descritte [18]. Per questo motivo, è importante che gli operatori sanitari sappiano essere efficaci membri del team, prima ancora del loro ingresso nello stesso. La sezione seguente descrive le caratteristiche dei team efficaci.

Caratteristiche dei team di successo (Slide 12)

Vi sono molti modelli per descrivere un lavoro efficace in team. Storicamente, questi provengono da altri settori, come il crew resource management dell'aviazione (CRM). La figura B.4.1 illustra le principali caratteristiche del CRM, sviluppate nel settore dell'aeronautica.

I team assistenziali sono svariati; alcuni sono

Figura B.4.1. Riassunto del Crew Resource Management

L'applicazione del CRM in sanità

Il CRM è stato sviluppato dall'industria aeronautica, per migliorare le comunicazioni nella cabina di pilotaggio ed attuare sistemi decisionali centrati sul team. Il CRM è definito come "utilizzare tutte le fonti disponibili: informazioni, apparecchiature e persone, per raggiungere operazioni di volo sicure ed efficienti." (Commissione Nazionale statunitense per la Sicurezza dei Trasporti). Il CRM è stato utilizzato nell'assistenza sanitaria, per migliorare il lavoro in team e la comunicazione e per favorire altri processi sicuri.

molto stabili, altri molto instabili, con frequenti cambiamenti nella loro composizione. Ogni membro del team avrà differenti livelli di conoscenze e abilità, che dovranno essere integrate. Mickan e Roger [16] hanno descritto il seguente elenco di semplici caratteristiche che stanno alla base dei team assistenziali efficaci, indipendentemente dalla loro stabilità o instabilità.

Scopo comune
I membri del team creano uno scopo comune e ben definito, che comprende gli interessi collettivi e sottende ad una responsabilità condivisa.

Obiettivi misurabili
I team impostano obiettivi misurabili e focalizzati sul compito della squadra.

Una leadership efficace
I team richiedono una leadership efficace, che imposti e mantenga la struttura, gestisca i conflitti, ascolti, si fidi e offra supporto ai membri. Gli autori hanno anche messo in evidenza l'importanza dell'accordo e della condivisione delle funzioni di leadership da parte dei membri del team.

Una comunicazione efficace
I team assistenziali efficaci condividono idee ed informazioni in modo rapido e regolarmente, tengono registrazioni scritte e riservano del tempo per la riflessione in team. Alcune delle più approfondite analisi sulla comunicazione interprofessionale in team (trasversali a discipline diverse e non solo a specialità mediche) si sono concentrate sui team negli ambienti ad alto rischio, come, ad esempio, quelli chirurgici [19, 20].

Una buona coesione
I team coesi hanno un unico ed identificabile spirito ed impegno di squadra e possiedono una maggiore longevità, perché i membri del team vogliono continuare a lavorare assieme.

Il rispetto reciproco
I team efficaci hanno membri che rispettano i talenti e le convinzioni degli altri, oltre che i loro contributi professionali; inoltre, accettano ed incoraggiano la diversità di opinioni.

Requisiti aggiuntivi
I requisiti aggiuntivi per i team efficaci comprendono [8, 18, 21]:

- competenza individuale riguardo al compito da svolgere (N.d.T. sia in termini di abilità tecniche personali che di lavoro in team)*;
- motivazione riguardo al compito;
- flessibilità;
- abilità nel monitorare le proprie prestazioni;
- efficace risoluzione ed apprendimento dai conflitti;
- impegno a monitorare la situazione.

Leadership (Slide 13 e 14)
Una leadership efficace è una caratteristica fondamentale di un team ben funzionante. I leader efficaci del team facilitano, addestrano e coordinano le attività degli altri membri attraverso:

- l'accettazione del ruolo di leader;
- la richiesta di aiuto, quando appropriato;
- il monitoraggio costante della situazione;
- lo stabilire delle priorità e la presa di decisioni;
- l'utilizzo delle risorse per aumentare le prestazioni;
- la risoluzione dei conflitti del team;
- il bilanciamento del carico di lavoro all'interno del team;
- la delega di compiti o incarichi;
- la conduzione di briefing, riunioni veloci e debriefing;
- la facilitazione dei membri del team a parlare liberamente e porre domande;
- l'organizzazione di attività di miglioramento e di addestramento per il team;
- lo spronare gli altri membri del team ed il mantenimento di una cultura di gruppo positiva;
- la garanzia che il team si rimetta in pista

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

e raggiunga i risultati attesi.

Considerare il paziente come un membro del team assistenziale è un concetto relativamente nuovo. Tradizionalmente, il ruolo del paziente è stato quello di passivo destinatario delle cure sanitarie. Ora, tuttavia, sappiamo che i pazienti posseggono un bagaglio di competenze e conoscenze circa la loro condizione e malattia. Gli studenti possono iniziare a dimostrare leadership in questo settore, cercando di coinvolgere quanto più possibile i pazienti e le loro famiglie. Stabilire il contatto visivo con i pazienti, controllare e confermare le informazioni e ricercarne di ulteriori, può essere fatto nel contesto di un giro di reparto, o di una consultazione clinica. Il paziente va coinvolto nei controlli di sicurezza, per garantire che informazioni corrette e complete siano disponibili a tutto il team.

Tecniche di comunicazione per i team di assistenza sanitaria (Slide 15)

Lo scrittore irlandese George Bernard Shaw è l'autore del famoso detto "Il problema più grande con la comunicazione è l'illusione che sia stata eseguita con successo". Una buona capacità di comunicare è fondamentale per la Sicurezza del Paziente e per il lavoro efficace in team. Le seguenti strategie possono aiutare i membri del team a condividere con precisione le informazioni ed a garantire che l'attenzione sia rivolta all'informazione scambiata. E' stato recentemente dimostrato che l'utilizzo di uno strumento chiamato ISBAR (**I**ntroduzione, **S**ituazione, Contesto - **B**ackground, Valutazione - **A**ssessment, **R**accomandazione) migliora le comunicazioni telefoniche effettuate dagli studenti di medicina in un ambiente simulato [22].

La descrizione e gli esempi seguenti sono stati presi dal programma TeamSTEPPS [8]

ISBAR

ISBAR è una tecnica per comunicare informazioni critiche riguardo alla situazione di un paziente, che richiede immediata attenzione ed azione. La tecnica ha lo scopo di garantire che le informazioni corrette ed il livello di preoccupazione vengano comunicati nello scambio che intercorre tra i professionisti della salute.

Introduzione

"Il mio nome è M. S.* e sono l'infermiera che ha in cura la signora J.*, che si trova in corsia 4, nel letto 5."

Situazione

Che cosa sta succedendo al paziente? "Chiamo per la signora J.* della stanza 251. Il problema principale è la difficoltà respiratoria di nuova insorgenza."

Contesto

Qual è il contesto clinico? "La paziente è una donna, di 62 anni, nel primo giorno post-intervento di chirurgia addominale. Nessuna precedente storia di malattia cardiaca o polmonare."

Valutazione

Quale penso sia il problema? "I rumori respiratori sono diminuiti sul lato destro con comparsa di dolore. Sarebbe utile escludere uno pneumotorace."

Raccomandazione

Cosa dovrei fare per risolvere la situazione? "Credo fortemente che la paziente dovrebbe essere valutata ora. Potrebbe venire subito?"

Se il membro del team assistenziale non è soddisfatto della risposta alla sua richiesta di intervento immediato, dovrebbe richiedere assistenza ad un altro professionista più anziano.

Call-out

Il Call-out è una strategia per comunicare informazioni importanti o fondamentali, per aggiornare tutti i membri del team, contemporaneamente, in situazioni di emergenza. Questa tecnica aiuta i componenti del team ad anticipare le tappe successive e trasferisce la responsabilità ad uno specifico individuo, incaricato di eseguire quel compito. Di seguito viene riportato un esempio di scambio call-out tra un team leader ed un medico in formazione specialistica.

Leader: *Situazione delle vie respiratorie?*
Medico in formazione specialistica: *Vie respiratorie pervie.*
Leader: *Rumori respiratori?*
Medico in formazione specialistica: *Rumori respiratori diminuiti a destra.*
Leader: *Pressione sanguigna?*
Medico in formazione specialistica: *Pressione sanguigna di 96/92.*

Check-back (N.d.T. Read-back)*

Si tratta di una semplice tecnica per garantire che le informazioni veicolate dal mittente siano state comprese dal destinatario, come voluto [23]:

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Prima fase: Il mittente inizia il messaggio.
Fase due: Il destinatario accetta il messaggio e fornisce un feedback.
Fase tre: Il mittente esegue un doppio controllo, per garantire che il messaggio sia stato compreso.

Medico: *Somministrare 25 mg di Benadryl EV in bollo.*
Infermiera: *25 mg di Benadryl EV in bollo?*
Medico: *Esatto.*

Passaggio di consegne (Hand-over o hand-off)
Il passaggio di consegne è un momento fondamentale per lo scambio accurato di informazioni. Errori nella comunicazione possono determinare un trattamento errato ai pazienti e portare ad un esito sfavorevole. I passaggi di consegne in sanità riguardano il trasferimento della responsabilità professionale e di tutti gli aspetti di cura di un paziente, o di un gruppo di pazienti, ad un'altra persona o gruppo professionale, su base temporanea, o permanente. "Io passo la staffetta" (*"I pass the baton")* è una strategia per realizzare un passaggio di consegne tempestivo ed accurato.

I	Introduzione	Introdurre se stessi, il proprio ruolo e professione, ed il paziente
P	Paziente	Nome, identificativi, sesso, età e locazione
A	Valutazione	Presentare il problema principale, segni vitali, sintomi e diagnosi
S	Situazione	Situazione/circostanze correnti, compreso il codice di severità, livello di (in)certezza, cambiamenti recenti e risposta al trattamento
S	Preoccupazioni riguardo alla sicurezza	Valori/referti di laboratorio critici, fattori socioeconomici, allergie ed allarmi (cadute, isolamento, ecc.)
The		
B	Contesto	Co-morbosità, episodi precedenti, terapia corrente ed anamnesi famigliare
A	Azioni	Quali azioni sono state intraprese o sono necessarie? Spiegare la ragione
T	Tempistica	Livello di urgenza e tempistica esplicita e priorità delle azioni
O	Responsabilità	Identificare il responsabile (persona/team), compreso paziente/famiglia
N	Passi successivi	Che cosa succederà poi? Anticipazione dei cambiamenti? Qual è il piano? Vi sono piani alternativi?

Risoluzione del disaccordo e dei conflitti (Slide 16)

L'abilità di risolvere i conflitti o i disaccordi all'interno del team è fondamentale per un lavoro di squadra di successo. Questo può essere particolarmente difficile per i membri più giovani del team, come gli studenti, o in squadre con una natura altamente gerarchica.

Tuttavia, è importante per tutti i membri del team percepire di poter parlare, quando ravvisano qualcosa che pensano possa avere un impatto sulla Sicurezza del Paziente.

I seguenti protocolli sono stati sviluppati per aiutare i membri di un team ad esprimere la loro preoccupazione in maniera graduale.

Sicurezza psicologica
Esprime quanto l'ambiente di lavoro viene percepito dalle persone che vi lavorano come favorevole, per potersi assumere questi rischi interpersonali [24].

La regola delle due sfide
La regola delle due sfide è progettata per far sentire autorizzati tutti i membri del team ad interrompere un'attività, se sentono o scoprono una violazione essenziale della sicurezza. Vi possono essere delle volte in cui l'interruzione è rivolta ad un membro del team, ma viene ignorata o non ascoltata, senza alcuna considerazione. Ciò comporta che qualcuno esprima le sue preoccupazioni,

ribadendole almeno due volte, se la prima volta vengono ignorate (da qui il nome "regola delle due sfide"). Questi due tentativi possono provenire dalla stessa persona, o da due membri diversi del team.

La prima richiesta deve essere posta sotto forma di domanda.
Infermiere: *Sono preoccupato per la signora J.* del letto 23. Non sta bene e suoi sintomi sono diversi da quelli che normalmente presenta. Potrebbe darle un'occhiata?*

La seconda dovrebbe dare enfasi alla preoccupazione del membro del team.
Infermiere: *Sono molto preoccupato per la signora J.* I suoi sintomi mi preoccupano. Penso che abbia bisogno di essere vista immediatamente.*

Ricordate, si tratta di difendere il paziente. La tattica delle due sfide garantisce che una preoccupazione espressa venga ascoltata, compresa e riconosciuta.

Il membro del team messo in discussione deve riconoscere la preoccupazione.
Medico: *Da quello che hai detto, sembri abbastanza preoccupato per la signora J.* La vedo subito.*

Se ciò non si traduce in un cambiamento o viene ancora ignorata, allora la persona che ha espresso la preoccupazione dovrebbe intervenire in maniera più incisiva, parlando ad un supervisore o alla persona immediatamente superiore nella gerarchia.

CUS
CUS è un semplice processo a tre fasi, per aiutare le persone a fermare un'attività problematica.

Sono	Preoccupato (**C**oncerned)
Mi sento	A disagio (**U**ncomfortable)
Questo è	Un problema di **S**icurezza

DESC
DESC rappresenta un processo costruttivo, per risolvere i conflitti. L'obiettivo è raggiungere un consenso.

Descrivere la situazione o un comportamento specifico e fornirne prove concrete o dati.
Esprimere come ti fa sentire la situazione e quali sono le tue preoccupazioni.
Suggere altre alternative e ricercare un accordo.
Le **C**onseguenze devono essere espresse in termini di effetto sugli obiettivi stabiliti dal team o sulla Sicurezza del Paziente.

Sfide per un lavoro efficace di team (Slide 17)

Esistono diversi ostacoli specifici nello stabilire e mantenere un efficace lavoro di squadra nell'assistenza sanitaria. Alcuni di questi sono descritti di seguito.

Scambiarsi i ruoli
In molti ambienti sanitari sono considerevoli i cambiamenti e le sovrapposizioni nei ruoli svolti dai diversi professionisti sanitari. Esempi includono i cambiamenti nel ruolo delle ostetriche, dei tecnici di radiologia quando leggono le immagini radiografiche, degli infermieri quando svolgono colonscopie, dei terapisti dentali quando svolgono estrazioni e semplici procedure di ricostruzione dentale e degli infermieri e dei farmacisti che prescrivono farmaci. Questi ruoli in cambiamento possono rappresentare delle sfide per i team, in termini di definizione e riconoscimento dei ruoli stessi. Inoltre, vi possono essere membri del team che non hanno alcuna qualifica particolare, come l'assistente dentale o l'operatore sanitario di supporto. Queste persone sono membri importanti del team e devono essere addestrati e sostenuti come qualsiasi altro membro. In alcuni casi, può essere richiesto loro di svolgere mansioni per le quali non sono stati addestrati. In tal caso, dovrebbero essere preparati e supportati in modo appropriato.

Cambiamento dei setting
La modalità dell'assistenza sanitaria sta cambiando in molti modi, tra cui il potenziamento dell'assistenza per le condizioni croniche nei setting territoriali ed il trasferimento di molte procedure chirurgiche nei servizi ambulatoriali. Questi cambiamenti richiedono lo sviluppo di nuovi team e la modifica di quelli esistenti.

Gerarchie in sanità
L'assistenza sanitaria è, di fondo, fortemente gerarchica, cosa che può essere controproducente per il funzionamento efficace del team che dovrebbe poter considerare i punti di vista di tutti i suoi membri; il team leader non deve essere necessariamente un medico. Mentre vi è stato un crescente riconoscimento dell'importanza del lavoro in team nelle cure sanitarie, questo non si è tradotto in un cambiamento effettivo, soprattutto nei Paesi nei quali gli aspetti culturali della comunicazione possono non portare in modo naturale a lavorare in team.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

La natura individualistica dell'assistenza sanitaria
Molte professioni sanitarie, come ad esempio l'assistenza infermieristica, l'odontoiatria e la medicina, si basano sulla relazione autonoma "uno a uno" tra operatore e paziente. Anche se questo rapporto mantiene un valore fondamentale, viene messo in discussione da molti concetti propri del lavoro in team e della condivisione delle cure. Ciò può essere osservato a molti livelli, dai medici poco propensi a condividere la cura dei loro pazienti, fino alle implicazioni medico-legali delle cure erogate da team.

Instabilità dei team
Come discusso in precedenza, i team sanitari sono spesso di natura transitoria, formandosi per un compito o evento specifico (ad es., le squadre di emergenza per arresto cardiaco). La loro natura transitoria pone grande enfasi sulla qualità dell'addestramento dei membri del team, che pone particolari problemi nell'assistenza sanitaria, nella quale alla formazione e all'addestramento non viene spesso prestata sufficiente attenzione, in quanto gli operatori si concentrano sulla fornitura di servizi.

Incidenti in altri settori (Slide 18)
La revisione di incidenti di alto impatto, come i disastri aerei, ha individuato tre principali tipologie fattori contribuenti al fallimento del lavoro in team, in particolare, la definizione non chiara dei ruoli, la mancanza di coordinamento esplicito e problemi di comunicazione [18,25].

Valutare le prestazioni del team (Slide 19)
Valutare le prestazioni di un team rappresenta un passo importante per poterle migliorare. Vi sono disponibili varie modalità per valutare il lavoro in team [18, 26, 27]. I team possono essere valutati mediante la simulazione, attraverso l'osservazione diretta della loro pratica effettiva, o attraverso l'utilizzo di esercizi di lavoro in team, come quelli descritti nelle sezioni seguenti sull'insegnamento del lavoro in team.

I team possono essere valutati sia a livello di prestazioni individuali all'interno del team, sia a livello dell'intero team. Le valutazioni possono essere eseguite da un esperto, o attraverso la valutazione tra pari delle prestazioni.

Dopo la valutazione delle prestazioni del team, può essere utile un'analisi degli stili di apprendimento o delle abilità di problem solving che il singolo porta all'interno del team stesso [28].

Sintesi delle conoscenze richieste (Slide 20)
Il lavoro efficace in team non accade per caso. Esso richiede la conoscenza delle caratteristiche dei team di successo, così come quella relativa al funzionamento dei team e delle modalità per mantenerne l'efficacia. Vi sono una varietà di strumenti, che sono stati sviluppati per migliorare la comunicazione e le prestazioni del team, tra cui ISBAR, call-out, read-back e "Io passo la staffetta".

Cosa devono fare gli studenti per applicare i principi del lavoro in team (Slide 21, 22, 23)

Gli studenti possono applicare i principi del lavoro in team, non appena iniziano il loro tirocinio. Molti corsi di laurea di ambito sanitario utilizzano l'apprendimento basato su problemi (PBL), o coinvolgono discussioni in piccoli gruppi, che richiedono agli studenti di lavorare in gruppo, per costruire conoscenze e risolvere problemi. Attraverso queste attività, gli studenti possono cominciare a comprendere come funzionano i team e ciò che rende un gruppo di apprendimento efficace. Imparare a condividere informazioni, libri di testo e dispense è un precursore della condivisione delle informazioni riguardo pazienti o utenti.

Essere consapevoli di come i propri valori e supposizioni influenzano le interazioni con gli altri membri del team
Gli studenti imparano, osservando come i diversi professionisti sanitari interagiscono tra di loro. Si renderanno conto che, anche se un team può essere costituito da molte personalità e modalità di pratica clinica, questo non necessariamente renderà la squadra meno efficace. Piuttosto, la complementarietà dei punti di forza e di debolezza dei diversi membri del team può facilitare l'erogazione di cure sicure e di alta qualità.

Essere consapevoli del ruolo dei membri del team e di come i fattori psicosociali influenzano le interazioni, e riconoscere gli effetti del cambiamento sui membri del team

Spesso può essere difficile per gli studenti (e anche per i medici strutturati) apprezzare i differenti ruoli che i professionisti sanitari giocano nei team, o di come i team rispondono a cambiamenti o a fattori psicosociali. Gli studenti possono essere incoraggiati ad osservare i team, ad esaminare i ruoli che i diversi individui giocano e come l'assegnazione di questi ruoli si riferisce sia a caratteristiche personali che professionali dei singoli membri del team. Gli studenti possono essere incoraggiati a parlare con diversi membri riguardo alle loro esperienze di lavoro in team. Le Scuole di ambito sanitario possono garantire che gli studenti possano far parte di un team, e che vengano loro assegnati ruoli, in modo tale da poter osservare questi processi dall'interno. E' fondamentale che tutti i membri del team comprendano il ruolo e le funzioni delle diverse professioni, in modo da garantire ai pazienti l'assistenza ed il trattamento appropriato.

Includere il paziente come membro del team

Nell'intervistare i pazienti, nel raccogliere l'anamnesi, nell'eseguire una procedura, o nel fornire assistenza, gli studenti dovrebbero prendersi del tempo per comunicare e coinvolgere il paziente. Ciò può includere parlare con i pazienti di quello che stanno facendo, o di eventuali ansie o preoccupazioni degli stessi pazienti o dei loro caregiver. Un metodo che gli studenti possono utilizzare per coinvolgere attivamente i pazienti nei setting territoriali e nei giri di reparto è invitarli a prendervi parte, o discutere con il team le loro modalità di inclusione in tali discussioni.

Utilizzare tecniche di supporto reciproco, risolvere i conflitti, utilizzare tecniche di comunicazione appropriate, cambiare e osservare i comportamenti

Gli studenti possono esercitarsi su queste competenze sia con i loro coetanei, all'interno di gruppi di studio, che nell'ambito dei team assistenziali, durante il loro percorso formativo ed il loro progressivo coinvolgimento nelle cure del paziente. Come illustrato di seguito, vi sono molti esercizi sul lavoro in team da utilizzare con gruppi di studenti e di professionisti per analizzare gli stili di leadership, le tecniche di risoluzione dei conflitti e le abilità comunicative. Il grado di sperimentazione o di osservazione di tali attività, raggiunto dagli studenti, dipenderà da quanto gli operatori sanitari si sentiranno tranquilli nel sollevare questioni o problemi con il team, o con il leader.

Per migliorare le proprie abilità comunicative, gli studenti possono contare su numerosi consigli pratici: cominciare a praticare il lavoro in team all'inizio della propria formazione; utilizzare una comunicazione chiara e rispettosa come base per una buona squadra; presentarsi sempre al paziente ed al team, o ai colleghi con cui si sta lavorando, anche per collaborazioni di pochi minuti; imparare e utilizzare i nomi dei membri del team. Alcuni non si preoccupano di imparare i nomi dei membri del team meno presenti, come ad esempio gli altri operatori sanitari, ritenendolo poco importante. Tuttavia, chiamare per nome, anziché utilizzare il ruolo professionale ricoperto, ad esempio "infermiere" o "assistente", migliora le relazioni interpersonali all'interno del team. Nel delegare dei compiti a qualcuno, osservare e verificare sempre che abbia le informazioni necessarie a svolgerli. "Parlare in aria" non è sicuro, perché può non risultare chiaro a chi ci si stia rivolgendo. Utilizzare un linguaggio oggettivo, non soggettivo.

Utilizzare il read-back e chiudere sempre il cerchio della comunicazione relativo alle informazioni sulla cura del paziente. Affermare l'ovvio per evitare fraintendimenti.
Infermiere: *Il signor B.* deve fare una radiografia*.
Studente: *Sì, portiamo il signor B.* a fare una radiografia ora*.

Chiedere chiarimenti se qualcosa non ha senso. Fare domande e chiarire continuamente. Chiarire il proprio ruolo in situazioni diverse.

Infermiere: *Il signor B.* deve fare una radiografia*.
Studente: *Sì, portiamo il signor B.* a fare una radiografia ora*.
Infermiere: *Sì*.
Studente: *Chi deve portare il signor B.* a fare la radiografia?*

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Essere assertivi, quando necessario. Questo risulta difficile a tutti, ma se un paziente rischia di subire un danno grave, i professionisti sanitari, compresi gli studenti, sono tenuti a farlo presente chiaramente. A posteriori, i medici strutturati saranno riconoscenti che sia stato evitato ad un loro paziente un evento avverso grave. In caso di conflitto, concentrarsi su "cosa" è giusto per il paziente, non su "chi" abbia torto o ragione.

Fare sempre un briefing con il team, prima di intraprendere un'attività, ed un debriefing al termine. Ciò incoraggia ciascun membro del team a contribuire alla discussione su come sono andate le cose e su cosa fare diversamente, o meglio la prossima volta.

Casi studio

Comunicazione fallita all'interno del team
Questo caso studio evidenzia come un mediocre lavoro in team possa contribuire a danneggiare il paziente.

Un medico stava per finire la sua prima settimana di lavoro in Pronto Soccorso. Il suo turno era terminato da un'ora, ma il reparto era pieno ed il suo supervisore gli aveva chiesto di visitare un ultimo paziente. Il paziente era un maschio di 18 anni. Giungeva accompagnato dai genitori, sicuri che avesse preso una dose eccessiva di un farmaco. Sua madre aveva trovato una scatola di paracetamolo vuota, che era piena il giorno prima. Il ragazzo aveva già assunto dosi eccessive di farmaci in passato ed era in cura da uno psichiatra. Il paziente, tuttavia, era fermamente convinto di aver preso solo un paio di compresse, per il mal di testa. Sosteneva, anche, di aver gettato via le compresse rimanenti, perché erano cadute sul pavimento. I genitori riferivano di aver trovato la scatola vuota sei ore prima, ed erano sicuri che il figlio non avesse potuto prendere il paracetamolo più di quattro ore prima che loro la trovassero vuota (cioè 10 ore prima).

Il medico spiegò che una lavanda gastrica non sarebbe stata utile. Ordinò un esame del sangue per valutare i livelli di paracetamolo e di salicilati. Chiese al laboratorio di comunicare i risultati al Pronto Soccorso, nel più breve tempo possibile. Quando telefonò il tecnico di laboratorio, a rispondere al telefono c'era uno studente infermiere. Questi scrisse i risultati nel quaderno delle consegne. Il livello di salicilato era negativo.

Quando arrivò il risultato del paracetamolo, il tecnico disse "due", pausa e poi: "uno tre." "Due punto uno tre", ripeté l'infermiere e mise giù il telefono scrivendo "2.13" nel quaderno. Il tecnico non aveva riferito se questo livello fosse tossico e non aveva verificato se l'infermiere avesse compreso. Quando il medico si avvicinò alla scrivania, l'infermiere lesse i risultati. Il medico controllò un grafico che aveva appeso in precedenza alla bacheca e che mostrava come trattare un'overdose.

In bacheca era presente anche un protocollo per la gestione del sovradosaggio di paracetamolo, ma era stato coperto da una nota. Il grafico mostrava che 2.13 era di gran lunga al di sotto del livello di trattamento. Il medico pensò di fare una breve verifica con il supervisore che, tuttavia, sembrava molto occupato, quindi disse all'infermiere che il paziente avrebbe avuto bisogno di essere ricoverato per la notte, in modo che lo psichiatra lo potesse rivedere il giorno dopo. Poi smontò il turno, prima che arrivasse il referto dal laboratorio. Il referto riportava "livello di paracetamolo: 213". L'errore non venne riconosciuto per due giorni, durante i quali il paziente iniziò a sperimentare i sintomi di un'irreversibile insufficienza epatica. Non avendo trovato un donatore di fegato per il trapianto, il paziente morì, una settimana dopo. Se fosse stato trattato al suo arrivo al Pronto Soccorso, probabilmente non sarebbe deceduto.

Al medico fu raccontato l'accaduto, il lunedì successivo, all'iniziò del suo turno, dal suo supervisore, ed, ancora sotto shock, spiegò di aver agito in base a quello che pensava fosse il risultato corretto. Non si era reso conto, ammise, che i livelli di paracetamolo non vengono mai segnalati con un punto decimale. Non avendo visto il protocollo, non aveva neanche considerato che sarebbe stato opportuno iniziare il trattamento, prima dell'arrivo dei risultati del livello di paracetamolo, in considerazione del fatto che l'anamnesi, anche se contraddittoria, suggeriva che il paziente avrebbe potuto assumere un notevole quantitativo di compresse. Sarebbe ingiusto dare la colpa al medico, all'infermiera, o al tecnico individualmente. La vera debolezza è stata la mancanza di controlli di sicurezza, nel sistema di comunicazione dei risultati del

test. Almeno tre persone hanno commesso una serie di piccoli errori ed il sistema non è riuscito ad identificarli.

Attività

- Disegnare un diagramma di flusso delle informazioni scambiate tra i professionisti sanitari in questo caso studio, ed evidenziare i punti in cui la comunicazione è fallita.
- Discutere di come il medico e lo studente infermiere possano essersi sentiti e come aiutarli attraverso un debriefing, senza colpevolizzarli.

Fonte: Agenzia Nazionale per la Sicurezza del Paziente (NPSA). Londra, Dipartimento della Sanità, 2005. Il copyright ed altri diritti di proprietà intellettuale di questo materiale appartengono alla NPSA, e tutti i diritti sono riservati. La NPSA autorizza le organizzazioni sanitarie a riprodurre questo materiale a scopi educativi e non commerciali.

Un fallimento nella trasmissione delle informazioni tra il personale e nella conferma delle ipotesi, con conseguente outcome negativo per il paziente

Questo esempio mette in luce come le dinamiche fra chirurghi in formazione e staff ed il movimento del personale, dentro e fuori dalla sala operatoria, possa determinare eventi avversi.

Prima di portare in sala operatoria un paziente per un bypass gastrico di routine, un infermiere ha riferito ad un secondo infermiere che il paziente era allergico a "morfina e punti chirurgici". Questa informazione è stata nuovamente ripetuta, al chirurgo e all'anestesista, prima dell'inizio della procedura.

Poiché l'intervento stava per concludersi, il primo chirurgo strutturato abbandonò la sala operatoria, lasciando un collega e due medici in formazione specialistica a completare la procedura. Anche il secondo chirurgo abbandonò la sala operatoria, lasciando i due medici in formazione a chiudere l'incisione. I due medici pinzarono l'incisione, lungo l'intero addome del paziente. Pinzarono anche le tre incisioni laparoscopiche. All'inizio della pinzatura, uno studente in medicina rimosse un foglio di carta dalla cartella del paziente e si diresse verso gli specializzandi. Scosse leggermente la spalla di uno di questi, alzò il foglio davanti ai suoi occhi per fargliela leggere, e disse che il paziente era allergico ai punti chirurgici. Il medico guardò il foglio e disse: "Non si può essere allergici ai punti".

Il chirurgo strutturato ritornò in sala operatoria, mentre i medici stavano completando la pinzatura. Vide che gli specializzandi avevano spillato le incisioni e gli informò che il paziente non voleva punti metallici. Disse loro che avrebbero dovuto rimuovere tutti i punti e suturare l'incisione. Si scusò per aver trascurato di informarli di questa allergia. Uno dei medici in formazione chiese se si poteva essere allergici ai punti ed il chirurgo strutturato disse: "Non importa. Il paziente è convinto di esserlo". Ripeté che avrebbero dovuto rimuovere tutti i punti metallici e suturare le incisioni. Questo portò via altri 30 minuti.

Discussione

- Discutere di come questo caso sottolinei l'importanza di una comunicazione chiara fra tutti i membri del team, così come delle richieste, dei bisogni e delle preferenze del paziente.

Fonte: Manuale del Corso di Formazione per le Scuole Mediche dell'OMS. Caso offerto da Lorelei Lingard, Professore Associato, Università di Toronto, Canada.

La rianimazione di emergenza richiede un lavoro in gruppo

Questo caso illustra l'importanza di un team, preparato ad effettuare un efficace soccorso di un codice di rianimazione blu o di emergenza.

S.*, un medico, era in mensa a pranzo, sul tardi. A metà del suo pasto, attraverso il sistema di filodiffusione, venne dato un annuncio di arresto cardiaco. Corse per prendere l'ascensore fino al reparto del quinto piano, dove c'era l'emergenza. Era l'ora di punta e gli ascensori erano occupati. Quando raggiunse il paziente, un'infermiera aveva già portato nella stanza il carrello delle emergenze ed un'altra aveva posizionato una maschera di ossigeno sul viso del paziente.

"Pressione arteriosa, polso, frequenza cardiaca?» gridò il dottore.

Un'infermiera afferrò il misuratore della pressione arteriosa e cominciò a gonfiare. L'infermiera che teneva la maschera di ossigeno, cercò di trovare il polso del paziente. Il medico chiese a gran voce un monitor per il monitoraggio cardiaco, da

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

posizionare al paziente, e gridò di abbassare la testa del letto. Le infermiere cercarono di eseguire i suoi ordini; una smise di misurare la pressione sanguigna e abbassò il letto. Ciò fece cadere la maschera di ossigeno, ed il tubo scivolò attraverso i pannelli laterali del letto.

S.* divenne agitato. Non aveva idea di quali fossero i valori della frequenza cardiaca o del polso. Il paziente sembrava non respirare. Il monitor cardiaco fu messo in funzione e mostrò una fibrillazione ventricolare.

"Barella e 50 joule", gridò S.*
Le infermiere lo guardarono e dissero:
"Cosa?"
"Barrella e 50 joule, immediatamente!" rispose S.*
"Chiamate un medico, qualsiasi medico, per venire ad assistermi ora!" urlò.
Non riuscirono a salvare il paziente.

Attività

— Descrivere questo caso confuso in modo chiaro. Identificare i fattori chiave e gli outcome.

Fonte: Manuale del Corso di Formazione per le Scuole Mediche dell'OMS. Caso offerto da Ranjit De Alwis, Professore Associato, Università Internazionale di Medicina, Kuala Lumpur, Malesia.

Tutti contano nel team
Questo è un esempio di come un'iniziativa, come il briefing preoperatorio, sia in grado di fornire, ai singoli membri del team operatorio, l'opportunità di dare informazioni che influenzano l'outcome di un paziente. Un briefing preoperatorio è un breve incontro che coinvolge infermieri, chirurghi ed anestesisti, prima di un intervento chirurgico, con l'obiettivo di discutere importanti questioni relative al paziente e problematiche rilevanti per la procedura.

In preparazione per una resezione anteriore bassa con ileostomia, il team interprofessionale si incontrò per il briefing. Il chirurgo chiese all'infermiere se avesse qualcosa da aggiungere. L'infermiere riferì che il paziente era preoccupato per la sua ernia. In risposta a ciò, il chirurgo chiese al paziente (che era ancora sveglio) dell'ernia. Poi, spiegò al team di sala operatoria come avrebbe proceduto intorno all'ernia e che avrebbe potuto utilizzare la rete.

Domande

— Era questo il luogo adatto per discutere con un paziente che, molto probabilmente, aveva già assunto i farmaci preoperatori?

— Che tipo di consenso informato è stato in grado di fornire il paziente? Cosa si intende per "il paziente era preoccupato per la sua ernia"?

— L'infermiera avrebbe dovuto fornire questa informazione prima dell'arrivo del paziente in sala operatoria?

— L'episodio dovrebbe essere documentato nella cartella clinica e avere un follow-up?

Fonte: Manuale del Corso di Formazione per le Scuole Mediche dell'OMS. Caso offerto da Lorelei Lingard, Professore Associato, Università di Toronto, Canada.

Emergenza in uno studio odontoiatrico
Questo caso studio illustra l'importanza che tutti i membri del team siano preparati a lavorare assieme in caso di emergenza.

Durante l'estrazione di un molare, il paziente cominciò a sudare e divenne pallido. Chiese al medico di interrompere il trattamento, perché si sentiva male.

L'odontoiatra si fermò e stese il paziente, alzandogli le gambe. Quindi, prese il polso e richiese il carrello delle emergenze.

L'assistente dentale lavorava da poco tempo nel centro. Nessuno le aveva detto dove si trovava il carrello delle emergenze. Uscì dallo studio, lasciando l'odontoiatra solo con il paziente, per cercare il carrello delle emergenze.

Le condizioni cliniche del paziente continuavano a peggiorare rapidamente. L'odontoiatra, da solo nello studio e senza alcun dispositivo per le emergenze, andò a chiedere aiuto.

Due minuti più tardi, ritornò con l'assistente dentale (che nel frattempo aveva trovato il carrello delle emergenze) e con altri due colleghi.

A quel punto, il paziente non sembrava respirare. Gli odontoiatri cominciarono la rianimazione cardiopolmonare (RCP). L'assistente dentale chiamò un'ambulanza.

Il team non riuscì a salvare il paziente.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Domande

— Quali fattori sono associati con questo incidente?

— In che modo il miglioramento della comunicazione tra i membri del team avrebbe potuto impedire questo decesso?

Fonte: Caso offerto da Shan Ellahi, Consulente per la Sicurezza del Paziente, Servizi di Comunità di Ealing e Harrow, Servizio Sanitario Nazionale, Londra, Gran Bretagna.

Strategie e modalità di insegnamento

Questo argomento comprende una serie di strategie, per apprendere ed esercitare il lavoro in team. I team efficaci non si creano per caso, bensì esiste un numero consistente di principi fondamentali da insegnare adeguatamente, in maniera didattica. Le conoscenze sopra elencate possono costituire la base per le presentazioni didattiche.

Dato che uno dei modi più efficaci per apprendere il lavoro in team è quello di prendervi parte, includiamo una serie di attività che possono essere facilmente eseguite in piccoli gruppi di studenti, anche con risorse limitate. Considerato che, spesso, gli studenti hanno poca esperienza di partecipazione diretta a team assistenziali, inseriamo anche attività in cui gli studenti possano riflettere sulle proprie esperienze di lavoro in equipe, non correlate a cure sanitarie.

Per aiutare gli studenti a familiarizzare con i team assistenziali reali, abbiamo incluso anche attività che anticipano le tipologie di team che gli studenti stessi incontreranno sempre più frequentemente, man mano che procederanno nel loro percorso formativo e nella loro carriera.

Da una recente revisione sistematica della letteratura sull'addestramento al lavoro in team, sviluppata per gli studenti di medicina e per i giovani medici, è emerso che insegnare tali tematiche, è moderatamente efficace nel breve periodo, ma sembra esserlo maggiormente, se più principi sul lavoro in team vengono affrontati nell'ambito del programma formativo [29].

Qualsiasi programma di formazione e addestramento di team deve tenere in considerazione l'atteggiamento considerato culturalmente accettabile in quell'ambiente, in riferimento al parlare apertamente all'interno del team ed alla natura delle gerarchie in un determinato Paese.

Concludiamo questa sezione con una discussione sulla formazione interprofessionale, che può rappresentare o meno un'opzione, da tener presente all'interno del tuo programma formativo.

Formazione sul lavoro in team durante tutto il percorso formativo

Nel corso di un programma di formazione, vi sono varie opportunità di stratificare l'insegnamento e l'apprendimento sul lavoro in team. Ad esempio, un programma potrebbe essere strutturato come di seguito:

Primo(i) anno(i)

Presentazioni didattiche su:

- Le basi del lavoro in team e stili di apprendimento;
- Diverse tipologie di team nell'assistenza sanitaria;
- Diversi stili di apprendimento.

Attività in piccoli gruppi che si concentrino su:

- Costruire abilità fondamentali di team;
- Apprezzare diversi stili di apprendimento e di problem-solving;
- Riflettere sulle esperienze in team al di fuori dell'assistenza sanitaria;
- Ruoli dei vari team in sanità.

Anni intermedi e finali

Presentazioni didattiche su:

- Ruoli e responsabilità dei diversi operatori sanitari nei team;
- Le caratteristiche dei team efficaci;
- Strategie per il superamento delle barriere al lavoro efficace in team.

Attività in piccoli gruppi che includano:

- Partecipazione interprofessionale;
- Riflessioni sull'esperienza di partecipazione, in qualità di studenti, a team assistenziali;
- Simulazione del lavoro in team in un contesto sanitario (fedeltà alta o bassa).

Attività di insegnamento

Coinvolgere modelli

Dato che il lavoro in team non è sempre riconosciuto o apprezzato negli ambienti sanitari che frequentano gli studenti, è

importante inserire modelli clinici nell'erogazione della formazione sul lavoro in team. Se possibile, identificare, come modelli, medici con una riconosciuta esperienza di lavoro in team multidisciplinari. Idealmente, questi modelli dovrebbero presentare i diversi aspetti, alla base della teoria del lavoro in team, e fornire esempi tratti dalla propria esperienza. Quando possibile, i modelli dovrebbero essere rappresentativi di più professioni sanitarie.

Attività di riflessione sulle esperienze di lavoro in team

Un modo semplice per introdurre gli studenti ai principi del lavoro in team è quello di farli riflettere sui team ai quali possono aver partecipato durante la scuola o l'università, ad esempio squadre sportive, gruppi di lavoro, cori, ecc. Gli esercizi di riflessione possono includere la creazione di sondaggi semplici, da utilizzare per far emergere temi riguardanti il lavoro di squadra.

Gli esercizi di riflessione possono essere costruiti anche su esempi di fallimenti o successi di squadra, anche di attualità all'interno della comunità locale. Ciò comprende lo sviluppo di quiz o discussioni di gruppo su articoli di giornali, che descrivono fallimenti di squadre sportive associati a problemi di lavoro in team, o esempi di errori clinici clamorosi, determinati da fallimenti nel lavoro di squadra. I casi studio presentati in questo argomento potrebbero essere utilizzati per riflettere sui fallimenti nel lavoro di squadra.

Nell'insegnamento dei principi del lavoro in team, sono spesso utilizzati esempi di casi clamorosi di fallimento o successo del lavoro in squadra, non riguardanti l'assistenza sanitaria, quali incidenti aerei o nelle centrali nucleari. Alcuni di questi sono descritti in dettaglio da Flin et al. [18].

Attività di team-building

Una vasta gamma di attività può contribuire a promuovere la comprensione delle dinamiche di gruppo e dei diversi stili di apprendimento. Una semplice ricerca in Internet fornisce molti esempi, utili per qualsiasi partecipante ad un team, che non richiedono alcuna conoscenza preliminare dell'assistenza sanitaria o del lavoro di squadra. Questi esercizi possono essere divertenti, e spesso sortiscono l'effetto collaterale positivo di unire gruppi di studenti.

Ricordate: una delle parti più importanti di qualsiasi esercizio di team-building è il debriefing al termine dell'esercizio. Lo scopo del debriefing è quello di riflettere su ciò che ha funzionato bene per la squadra, di modo che i comportamenti efficaci siano rinforzati. Il gruppo dovrebbe, anche, riflettere sulle difficoltà e sulle sfide che ha affrontato. Le strategie per gestire le sfide devono essere esplorate e poi applicate nelle sessioni successive.

Costruire torri di carta: un esempio di esercizio di team-building

Questo è un esempio di un esercizio interattivo, che non richiede contatto fisico, e che può essere modificato, a seconda delle dimensioni del gruppo, delle dinamiche e del tempo a disposizione.

Per iniziare, suddividere gli studenti in gruppi di 2-6 persone. Fornire a ciascun gruppo un numero uguale di fogli di giornale (meno sono, più difficile è l'esercizio; 20-30 fogli vanno bene per un esercizio di 10-15 minuti) e un rotolo di nastro adesivo. Il compito è quello di costruire la torre indipendente più alta, fatta solo di giornale e nastro adesivo, nel tempo assegnato. L'obiettivo dell'esercizio è quello di dimostrare l'importanza della pianificazione (tempo, metodo di costruzione, creatività) e l'effetto motivazionale di un compito di squadra. Le istruzioni devono essere molto chiare. Ad esempio, la torre deve essere indipendente o può essere rinforzata? Non importa la scelta; è importante solo chiarire i problemi che potrebbero influire sul risultato.

È possibile distribuire il numero di fogli che si desidera, a seconda dello scopo principale dell'esercizio e, in qualche misura, della quantità di tempo a disposizione e del numero di individui di ogni squadra. Come regola generale, utilizzare meno fogli in presenza di team più piccoli e di meno tempo a disposizione per l'esercizio. Poco tempo, squadre numerose e un sacco di fogli portano al caos. Questa può essere l'occasione ideale per dimostrare la necessità di una leadership e di una gestione. A meno che il vostro obiettivo non sia la leadership e la gestione della fase di progettazione, evitare di associare pochi fogli e squadre numerose. Le squadre poco

numerose non hanno bisogno di un sacco di fogli, a meno che non si stabilisca la regola che tutto il materiale deve essere utilizzato, al fine di mettere pressione sulla fase di progettazione e design.

Ambienti sanitari simulati
La simulazione è sempre più utilizzata per imparare e praticare il lavoro in team nell'assistenza sanitaria. Gli ambienti simulati sono ideali per l'apprendimento, in quanto combinano sicurezza (non vi è alcun paziente reale) e possibilità di aumentare o diminuire la velocità di evoluzione degli scenari, soprattutto se si usano tecniche di simulazione sul manichino. Vista l'importanza di un solido lavoro in team, specie in situazioni di emergenza, questo è l'ideale per gli esercizi di squadra. Inoltre, viene offerta agli studenti l'occasione per sperimentare cosa significhi gestire una situazione in tempo reale.

Idealmente, gli ambienti simulati possono essere utilizzati per analizzare il lavoro in team in gruppi misti di operatori sanitari. Quando si analizza il lavoro di squadra, l'attenzione non deve mai essere posta sulle competenze tecniche degli studenti, bensì sulla loro interazione e comunicazione reciproca. Il modo migliore per garantire che questo rimanga il focus dell'esercizio è quello di permettere agli studenti di imparare e di esercitarsi assieme sugli aspetti tecnici dello scenario in anticipo, di solito attraverso un workshop procedurale iniziale. Se il team incontra delle difficoltà riguardo alle conoscenze e le competenze di base, la possibilità di discutere il lavoro di squadra può andar persa, a scapito delle molte importanti questioni cliniche e tecniche da trattare. Tuttavia, se gli studenti sono informati in anticipo riguardo agli aspetti tecnici dello scenario, la sfida è di mettere in atto ciò che conoscono, come team. La simulazione diventa, quindi, una grande opportunità di approfondimento degli aspetti non tecnici dello scenario, vale a dire il lavoro in team, la leadership e la comunicazione che emergono man-mano che lo scenario si svolge [18].

Come per gli altri esercizi di team-building sopra illustrati, è fondamentale condurre un debriefing strutturato sul modo in cui hanno agito le squadre durante l'esercizio: cosa ha funzionato bene e perché, che cosa è risultato difficile e perché e come si potrebbe fare per migliorare le prestazioni in occasioni successive. Se diversi studenti di ambito sanitario stanno lavorando assieme nella simulazione, durante il debriefing possono essere discussi i differenti ruoli, prospettive e sfide di ogni professione.

Il maggior vincolo associato agli esercizi di simulazione è il costo, specie se viene utilizzato un manichino computerizzato e / o si tenta di rendere l'ambiente di insegnamento simile ad uno clinico.

Partecipare ai team assistenziali
Gli studenti, in particolare al termine dei loro programmi di formazione, dovrebbero essere incoraggiati a partecipare, quanto più possibile, a diverse tipologie di team assistenziali. Il fatto che i medici, provenienti da un determinato reparto o setting territoriale, mantengano un approccio tradizionale, non multidisciplinare, alle cure sanitarie, non dovrebbe impedire agli studenti di lavorare con altri professionisti della salute, come parte di una squadra.

Le Scuole dovrebbero individuare i team nei quali gli studenti saranno accolti e, idealmente, assegnar loro un ruolo. Questi team possono includere gruppi multidisciplinari consolidati di pianificazione delle cure, come, ad esempio, quelli di salute mentale o di oncologia, o meno consolidati, come, ad esempio, quelli del Pronto Soccorso. Possono inoltre comprendere i team di assistenza primaria nella comunità.

E' importante che gli studenti riflettano sulle proprie esperienze in ambito sanitario, basate sulla partecipazione al team, e che le condividano con i loro coetanei e con i docenti. Questo permetterà la discussione sia degli aspetti positivi, che negativi delle loro esperienze. Gli studenti dovrebbero essere invitati ad individuare i team migliori ed a spiegare perché pensano che possano essere considerati come tali. Inoltre, dovrebbero essere incoraggiati a porre domande quali:

- Quali sono stati i punti di forza del team?
- Quali professioni erano rappresentate nel team e quali erano i loro ruoli?
- Il team aveva obiettivi chiari?
- C'era un leader riconosciuto?
- Era permesso a tutti membri del team di partecipare?
- Come hanno fatto i membri del team a

comunicare fra di loro?

- Secondo lo studente, come potrebbe migliorare il team?
- Il paziente faceva parte del team?
- Quali sono stati gli outcome; sono stati efficaci?

Gli studenti dovrebbero essere invitati ad analizzare ed a riflettere sulle aree del lavoro in team, notoriamente più soggette ad errori, quali la comunicazione tra fornitori di cure primarie e secondarie, o durante il passaggio di consegne.

Gli studenti potrebbero, inoltre, partecipare ad una tavola rotonda con un team multidisciplinare efficace, per discutere come lo stesso funzioni e lavori in squadra.

Formazione interprofessionale
Non si può parlare del lavoro in team in sanità, senza menzionare l'importante ruolo della formazione interprofessionale (IPE) nei corsi di laurea di ambito sanitario.

Obiettivo dell'IPE è la preparazione dei futuri professionisti ad un efficace lavoro in equipe, riunendo, durante la loro formazione universitaria, studenti provenienti da diverse discipline, affinché imparino gli uni dagli altri. In tal modo, gli studenti imparano ad apprezzare ed a rispettare i diversi ruoli dei professionisti della salute, prima di aderire agli specifici gruppi professionali.

Nonostante vi sia la convinzione diffusa che l'IPE durante i corsi di laurea migliori il successivo lavoro in team, non vi sono ancora prove a sostegno di questa tesi.

Le Scuole di ambito sanitario hanno adottato approcci diversi per introdurre l'IPE nei loro programmi formativi, a seconda delle risorse disponibili, dei corsi di laurea e del grado di sostegno da parte delle direzioni. Questi approcci variano da una completa riprogettazione e allineamento di tutti i programmi formativi di ambito sanitario, attraverso l'aggiunta di moduli e attività IPE, all'integrazione dei programmi esistenti.

Le risorse e le attività incluse in questo manuale sono state progettate per essere utili all'insegnamento rivolto a studenti di uno specifico settore professionale, così come a gruppi multi-professionali di studenti.

Un elenco di ulteriori letture sull'IPE e link alle università che lo hanno introdotto nei loro programmi formativi, è fornito di seguito.

Strumenti e bibliografia (IPE)

Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academies Press, 2003.

Almgren G et al. *Best practices in patient safety education: module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences Interprofessional Education, 2004.

Le università che hanno introdotto importanti iniziative nell'IPE includono:

- Facoltà di Scienze della Salute, Università di Linkoping, Svezia. (http://www.hu.liu.se/?l=en; visitato il 20 febbraio 2011)
- College di Discipline della Salute, Università del British Columbia, Canada. (http://www.chd.ubc.ca/; visitato il 20 febbraio 2011)

Esercizi gratuiti di team building sono disponibili al seguente sito web: http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm; visitato il 20 febbraio 2011.

Riassunto
In sintesi, la formazione in team degli studenti di ambito sanitario si basa su una varietà di tecniche, molte delle quali possono essere insegnate in classe, o in ambienti simulati a bassa fedeltà.

Idealmente, gli studenti dovrebbero far parte di team reali, ed imparare attraverso l'esperienza e la riflessione guidata; la formazione in team dovrebbe concentrarsi sul maggior numero di principi possibili di lavoro efficace in team.

Strumenti e bibliografia (IPE)

TeamSTEPPS™: Strategie e strumenti per migliorare le prestazioni e la Sicurezza del Paziente. Il Dipartimento della Difesa statunitense, in collaborazione con l'Agenzia per la Ricerca e la Qualità in Sanità (AHRQ) (http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm; visitato il 20 febbraio 2011). TeamSTEPPS™ include anche l'accesso gratuito ad una serie di video.

La cassetta degli attrezzi SBAR è disponibile sul sito web del TeamSTEPPS™ sopra menzionato (http://www.ahrq.gov/teamsteppstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.htm#sbarsl9; visitato il 14 novembre 2010).

Valutare la conoscenza di questo argomento

Possono essere utilizzate varie modalità per valutare il lavoro in team. MCQ può essere utilizzato per analizzare i componenti della conoscenza. Per registrare e riflettere sulle attività di squadra incontrate nel corso del programma di formazione, si può utilizzare il portfolio.

I compiti da svolgere possono essere specificamente progettati, per richiedere agli studenti un lavoro di team. Possono includere la scelta volontaria da parte degli studenti di sviluppare un progetto correlato o meno all'ambito sanitario, o il suggerimento da parte dei docenti di un progetto, quale ad esempio la pianificazione dello sviluppo di un appartamento per un disabile, o di un programma di sensibilizzazione rurale sulla salute orale. Nello svolgimento del compito, l'accento non va posto tanto sui risultati del progetto, quanto sul lavoro di squadra degli studenti.

Le valutazioni successive possono essere più complesse. Gli studenti possono rivedere l'attività di un team con cui hanno lavorato, e sviluppare raccomandazioni per migliorarla.

Un compito scritto potrebbe comprendere il tracciare le funzioni del team, seguendo un paziente durante la sua degenza ospedaliera per un determinato periodo di tempo, od osservando un operatore sanitario, per andare a vedere con quanti team questo venga in contatto e quali ruoli ricopra in ciascuno.

Ai team potrebbe essere chiesto di individuare un problema di sicurezza, raccogliere dati in merito, analizzarli e descrivere gli interventi per prevenire o ridurre il problema stesso.

A seconda delle risorse disponibili, gli esercizi di simulazione possono essere utilizzati anche per efficaci valutazioni formative e complessive di lavoro in team in sanità.

Idealmente, alcune valutazioni potrebbero richiedere agli studenti di diverse professioni sanitarie di lavorare assieme.

Valutazione dell'insegnamento di questo argomento

Come per qualsiasi procedura di valutazione, devono essere considerate una serie di fasi. Queste includono:

- Un'analisi dei bisogni (o valutazione prospettica), per giudicare la quantità di formazione sul lavoro in team esistente e necessaria;
- Una valutazione di processo, durante lo svolgimento di qualsiasi programma, al fine di massimizzarne l'efficacia;
- Una valutazione di risultato, per monitorare l'impatto del programma sulle conoscenze e le abilità acquisite.

Vedere la Guida per il docente (Prima parte) per ulteriori informazioni sulla valutazione.

Bibliografia

1. Baker DP et al. *Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. Literature review*. AHRQ Publication No. 050053. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 (http://www.ahrq.gov/qual/medteam/; visitato il 20 febbraio 2011).
2. Salas E, Dickinson TL, Converse SA. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance*. Norwood, NJ, Ablex, 1992:3–29.
3. Orasanu JM, Salas E. Team decision making in complex environments. In: Klein GA et al, eds. *Decision making in action: models and methods*. Norwood, NJ, Ablex, 1993:327–345.
4. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum SI, Salas E. Defining competencies and establishing team training requirements. In: Guzzo RA et al., eds. *Team effectiveness and decision-making in organizations*. San Francisco, Jossey-Bass, 1995:333–380.
5. Bowers CA, Braun CC, Morgan BB. Team workload: its meaning and measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:85–108.
6. Brannick MT, Prince C. An overview of team performance measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:3–16.
7. Salas E et al. Toward an understanding of team performance and training. In: Sweeney RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance*. Norwood, NJ, Ablex, 1992.
8. Agency for Health Care Quality and Research. *TeamSTEPPS™: strategies and tools to enhance performance and patient safety*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Quality and Research, 2007.

9. Bogner M. *Misadventures in health care*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 2004.

10. Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:330–334.

11. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, 29:211–217.

12. Stevenson K et al. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Family Practice*, 2001, 18:21–26.

13. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. *British Journal of Cancer*, 1994, 70:363–370.

14. Morey JC, Simon R, Jay GD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 2002, 37:1553–1581.

15. Risser DT et al. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:373–383.

16. Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19:358–370.

17. Tuckman BW. Development sequence in small groups. *Psychological Review*, 1965, 63:384–399.

18. Flin RH, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.

19. Lingard L et al. A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Quality and Safety in Health Care*, 2006, 15:422–426.

20. Lingard L et al. Perceptions of operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. *Academic Medicine*, 2005, 80 (Suppl. 10): S75–S79.

21. West M. *Effective teamwork: practical lessons from organisational research*. Leicester, Blackwell Publishing, 2004.

22. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18:137–140.

23. Barenfanger J et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *American Journal of Clinical Patholology*, 2004, 121:801-803.

24. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:ii3-ii9.

25. Rouse WB, Cannon Bowers J, Salas E. The role of mental models in team performance in complex systems. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics*, 1992, 22:1295–1308.

26. Stanton N et al. *Human factors methods: a practical guide for engineering and design*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2005.

27. Salas E et al. Markers for enhancing team cognition in complex environments: the power of team performance diagnosis. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 2007, 78:5(Suppl. Sect. 11):B77–B85.

28. Honey P, Mumford A. *A manual of learning styles*. Maidenhead, Peter Honey, 1986.

29. Chakraborti C et al. A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23:846–853.

Diapositive per l'argomento 4: Essere un efficace componente del team

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una delle modalità per generare una discussione di gruppo. Un'altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell'assistenza sanitaria che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento.

Le diapositive per l'Argomento 4 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per adattarsi all'ambiente e alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

Argomento 5

Imparare dagli errori per prevenire eventi avversi

Le distrazioni possono portare a conseguenze disastrose

Un bambino di 3 anni, alla sua prima visita, era stato visitato da un odontoiatra che, non avendo trovato carie dentali, lo aveva indirizzato ad un'igienista dentale, per la pulizia di routine dei denti. Dopo la pulizia dei denti, l'igienista dentale aveva usato un tampone per diffondere un gel fluoruro stannoso sui denti, come misura preventiva anti-carie.

Secondo la madre, l'igienista era assorto in una conversazione mentre lavorava sul bambino e, dopo avergli offerto una tazza di acqua, non era riuscito a istruirlo a sciacquarsi la bocca e sputare la soluzione. Alla mamma aveva detto che il bambino aveva bevuto l'acqua.

Il bambino aveva cominciato a vomitare, a sudare ed a lamentare mal di testa e vertigini. Alla madre, l'odontoiatra, subito chiamato, aveva detto che al bambino era stato fatto solo un trattamento di routine. Tuttavia, la madre, non soddisfatta della risposta, aveva ottenuto che il figlio fosse inviato all'ambulatorio di pediatria, nello stesso edificio. Durante un'attesa di circa due ore e mezzo, nonostante le richieste di aiuto, il bambino era peggiorato progressivamente, per poi cadere in quello che sembrava sonno, ma era, in realtà, coma.

Alla fine, il ragazzo era stato visto da un medico che aveva chiamato il suo supervisore. Al bambino era stata somministrata un'iniezione di adrenalina direttamente nel cuore, nel tentativo di rianimarlo; poi, il bambino era stato trasferito in ambulanza in ospedale, a cinque minuti di distanza.

Dopo l'arrivo in ospedale, la madre ed il figlio avevano atteso per più di un'ora e, a quel punto, il bambino era di nuovo caduto in coma. Nonostante i tentativi dei sanitari di procedere ad una lavanda gastrica, il ragazzo era entrato in arresto cardiaco per poi morire. Secondo il tossicologo della Contea, il bambino aveva ingerito 40 ml di soluzione di fluoruro stannoso al 2%; il triplo della quantità sufficiente per determinare effetti letali.

Fonte: Caso offerto da un partecipante al Comitato degli Esperti dell'OMS, Parigi, ottobre 2010.

Introduzione - Comprendere gli errori in sanità (Slide 1)

Questo caso studio mette in luce i fattori che hanno determinato la tragica morte di un bambino di 3 anni. Dalla sua analisi, possiamo vedere come molti errori che hanno contribuito al tragico risultato fossero prevenibili ed, allo stesso tempo, identificare le azioni potenzialmente efficaci per evitarne il ripetersi. L'aspetto più importante, quando si analizzano gli errori, è, infatti, quello di scoprire cosa è successo e come evitare che si verifichi ancora; a tale scopo, è fondamentale che tutti gli studenti di ambito sanitario abbiano una conoscenza di base della natura dell'errore. Analogamente, anche tutti gli operatori sanitari devono essere in grado di comprendere i diversi tipi di errore ed il modo in cui essi si verificano; questo è essenziale per l'elaborazione di strategie per la prevenzione degli errori ed il loro controllo, al fine di impedire che siano causa di danni ai pazienti.

Un aspetto altrettanto importante è imparare dagli errori: i propri ma anche quelli degli altri. E' solo attraverso l'analisi di errori e condizioni che favoriscono gli errori che possono essere attuati i miglioramenti nella progettazione e gestione del sistema sanitario, nella speranza di diminuire la frequenza e l'impatto dell'errore in medicina. (Questo è ulteriormente approfondito nell'Argomento 3: *Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sull'assistenza al paziente*)

Parole chiave

Errore, violazione, quasi eventi o near miss, hindsight bias, root cause analysis.

Obiettivi di apprendimento (Slide 2)

Comprendere la natura degli errori e come

gli operatori sanitari possono apprendere da essi per migliorare la Sicurezza del Paziente.

Risultati di apprendimento: conoscenze e abilità

Conoscenze richieste (Slide 3)

Le conoscenze connesse a questo argomento riguardano l'acquisizione da parte degli studenti del come si può imparare dagli errori; altro obiettivo fondamentale è la comprensione dei termini *errore, slip, lapse, violazione, quasi evento o near miss e hindsight bias o il senno di poi*.

Abilità richieste (Slide 4)

Alla fine del corso, gli studenti dovrebbero essere in grado di:

- Identificare i fattori situazionali ed individuali associati all'aumento del rischio di errore;
- Partecipare alle analisi di eventi avversi ed implementare strategie per ridurre gli errori.

Errori (Slide 5)

In termini semplici, si verifica un errore "quando qualcuno sta cercando di fare la cosa giusta, ma, in realtà, fa la cosa sbagliata" [1]. In altre parole, vi è una deviazione non intenzionale dall'obiettivo desiderato. Lo psicologo cognitivo James Reason ha espresso questo accadimento più formalmente, definendo gli errori come "sequenze programmate di attività mentali o fisiche, che non riescono a raggiungere i risultati previsti, quando questi errori non possono essere attribuibili all'intervento di qualche causa fortuita" [2]. Gli errori possono verificarsi quando viene eseguita l'azione errata (commissione) o quando l'azione giusta non viene eseguita (omissione).

Una violazione (Slide 6) è qualcosa di diverso rispetto agli errori causati dal sistema. Le violazioni sono errori legati alla deviazione intenzionale da parte di un individuo da un protocollo accettato o da uno standard di cura.

Gli errori e gli esiti non sono indissolubilmente legati (Slide 7). Gli studenti, spesso, osserveranno pazienti con esiti sfavorevoli, in assenza di qualsiasi errore umano. Alcuni trattamenti presentano delle complicanze ben note che possono verificarsi anche con la migliore performance e nelle circostanze più favorevoli. In altre situazioni, errori di diversa natura potrebbero non portare ad esiti negativi, purché riconosciuti in tempo, così da poter adottare misure adeguate per contrastare i danni che avrebbero potuto causare. A volte, come menzionato nell'Argomento 3, i pazienti stessi sono più resilienti e possono avere esiti positivi, anche a seguito di errori, perché fisicamente e biologicamente resistenti al trattamento errato.

È importante sottolineare che non vi è alcun cenno alla natura dell'esito nella definizione di errore, anche se la presenza di un esito (solitamente non favorevole) è, spesso, quello che attira l'attenzione sul fatto che un errore si è verificato. In effetti, la maggior parte degli errori in campo sanitario non portano a danni per i pazienti, perché vengono riconosciuti prima che la situazione precipiti. Non vi è alcun dubbio che la natura dell'esito, solitamente, influenzi la nostra percezione dell'errore, spesso a causa del fenomeno di "hindsight bias, o *il senno di poi*", secondo il quale la conoscenza del risultato di una situazione influenza la nostra percezione (solitamente sfavorevole) riguardo allo standard di cura, prima e durante l'evento in questione [2].

Basti considerare l'ultimo "stupido errore" di qualcuno nella vita di tutti i giorni (Slide 8, 9 e 10), per ricordare l'inevitabilità dell'errore, come elemento sostanziale della vita stessa (vedi l'Argomento 2: *Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente*).

La reale difficoltà per gli operatori sanitari è che gli stessi processi mentali che ci portano a commettere "errori stupidi" nella vita di tutti i giorni, sono anche in gioco nel loro lavoro, il cui contesto, tuttavia, rende le conseguenze molto diverse.

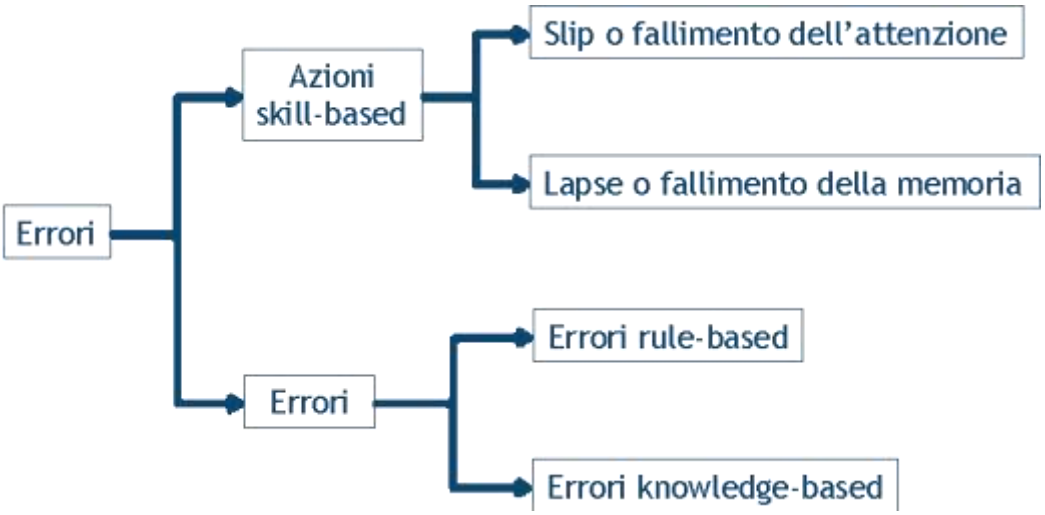
I termini di *errore medico* o *errore sanitario* sono un po' fuorvianti, in quanto possono dare l'impressione che le tipologie di errore che si verificano in sanità, siano esclusivamente caratterizzanti il contesto assistenziale, mentre questo non è assolutamente vero. Questo non è il caso. Le tipologie di errore che si verificano nelle strutture sanitarie non sono affatto diverse da quelle riguardanti problemi e situazioni che esistono in altri contesti. Quello che rende l'assistenza sanitaria diversa è la permanenza di una cultura dell'infallibilità,

che nega la possibilità di errare. Un'altra caratteristica unica degli errori associati all'assistenza sanitaria è che, quando si verifica un fallimento (omissione o commissione), è il paziente a subirne le conseguenze.

Gli errori si verificano a causa di una delle due tipologie principali di fallimenti: o le azioni non si svolgono come previsto, o l'azione prevista è quella sbagliata [3]. La prima situazione è un cosiddetto errore di esecuzione, e può essere ulteriormente descritto sia come uno *slip*, se l'azione è osservabile, sia come un *lapse*, se non lo è. Un esempio di slip è quando viene premuto accidentalmente il tasto sbagliato di un'apparecchiatura. Un esempio di lapse è un fallimento della memoria, come dimenticare di somministrare un farmaco.

Un fallimento che si verifica quando l'azione prevista è, in realtà, sbagliata viene chiamato *errore*. L'errore è un fallimento nella programmazione (cioè il piano è sbagliato) che può essere *rule-based*, quando viene applicata la regola sbagliata, o *knowledge-based*, quando un professionista non prende la decisone corretta. Un esempio di un errore rule-based sarebbe arrivare alla diagnosi sbagliata e, così, intraprendere un piano di trattamento inappropriato. Gli errori knowledge-based si verificano, invece, quando gli operatori sanitari si trovano ad affrontare situazioni cliniche non familiari

Figura B.5.1. Le principali tipologie di errore (Slide 11)



Fonte: Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000 [4].

(vedi Figura B.5.1).

Slip, lapse ed errori sono tutti importanti e, potenzialmente, tutti causa di danni ai pazienti. L'effettivo potenziale di danno dipende dal contesto in cui si verifica l'errore.

Le situazioni che aumentano la probabilità di errore, nonché le strategie di riduzione degli errori personali, sono descritte nell'Argomento 2: *Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente*. Alcuni altri principi generali di riduzione dell'errore vengono descritti di seguito. Reason ha anche promosso il concetto di "errore di saggezza" [4] per gli operatori a diretto contatto con il paziente, come strumento per valutare il rischio presente in contesti differenti, a seconda dello stato della persona interessata, della natura del contesto e del potenziale di errore della procedura da eseguire.

Situazioni associate con alto rischio di errore (Slide 12)

Sappiamo da diversi studi che gli studenti ed i giovani medici sono particolarmente vulnerabili ad errori in determinate circostanze.

Inesperienza

È molto importante che gli studenti non eseguano una procedura su un paziente, o somministrino un trattamento per la prima volta, senza una preparazione adeguata. Gli studenti devono prima capire che cosa stanno facendo, ed eseguirlo in ambiente simulato, su manichini, avatar od altra apparecchiatura. Se è la sua prima volta, lo studente deve essere adeguatamente supervisionato ed osservato mentre esegue

la procedura o somministra il trattamento.

Gli studenti si trovano in una posizione in un certo senso privilegiata: i pazienti non si aspettano che gli studenti sappiano molto ed apprezzano, al contrario, che stiano imparando. Per questo motivo, è molto importante che gli studenti non pensino o lascino pensare agli altri di avere più esperienza, di quanto, in realtà, ne posseggono.

Carenza di tempo
La pressione del tempo spinge le persone a fare il minimo indispensabile ed a "prendere scorciatoie" quando non dovrebbero. La corretta igiene delle mani ne è un esempio; un altro ancora, il farmacista che non dedica il tempo necessario per fornire le indicazioni corrette a chi deve seguire una terapia, o l'ostetrica che non informa correttamente una donna sulle diverse fasi del parto.

Controllo insufficiente
La semplice azione del controllo consente di risparmiare a migliaia di pazienti di ricevere farmaci errati. I farmacisti controllano regolarmente i farmaci, e forniscono assistenza ai componenti del team assistenziali, per far sì che ogni paziente riceva il dosaggio corretto del farmaco e la sua somministrazione per la via appropriata. Gli studenti dovrebbero impegnarsi a stabilire buoni rapporti con i farmacisti e gli infermieri, che hanno definito ed abitualmente adottano sistemi di controllo, come parte integrante della loro attività professionale. Il controllo è una pratica semplice che gli studenti possano iniziare ad utilizzare, non appena vengono inseriti in un ambiente clinico od in un ambito di assistenza territoriale.

Procedure carenti
Questo ambito può coinvolgere numerosi fattori: inadeguata preparazione, insufficiente dotazione organica, scarsa attenzione al singolo paziente ed altro ancora. Agli studenti può essere chiesto di utilizzare attrezzature di cui non conoscono appieno la funzione o l'utilizzo; in questo caso, soprattutto se si tratta della prima volta, gli studenti dovrebbero impararne le caratteristiche e l'uso appropriato, osservando una persona esperta che lo fa e poi, e questo è molto istruttivo, parlando con essa della procedura per cui l'apparecchiatura viene utilizzata.

Informazioni inadeguate
La qualità continua dell'assistenza sanitaria, in generale, ed, in particolare, dei processi di cura, è assicurata, soprattutto, dall'attenzione e dalla precisione con cui ogni operatore sanitario registra i dati dei pazienti, tempestivamente ed in modo leggibile, nella documentazione sanitaria (cartella clinica, termografica od altro metodo utilizzato per raccogliere le informazioni sul paziente). E' fondamentale che gli studenti controllino abitualmente le informazioni che vengono registrate, e garantiscano che quelle che scrivono in prima persona siano leggibili, accurate ed aggiornate. L'informazione errata o inadeguata sono spesso fattori contribuenti alla genesi di eventi avversi. La trasmissione verbale accurata delle informazioni è, anch'essa, fondamentale. Con così numerosi operatori sanitari coinvolti nella cura dei pazienti, diventa indispensabile che le comunicazioni verbali e scritte vengano controllate, e siano il più possibile accurate.

Fattori individuali che predispongono gli studenti (e gli altri operatori sanitari) ad errori (Slide 13)

Oltre alle situazioni favorenti, esistono anche fattori individuali che predispongono all'errore.

Capacità di memoria limitata
Il modo in cui studenti percepiscono se stessi nella professione sanitaria scelta e le gerarchie presenti nell'ambiente di lavoro possono influenzarne la fiducia e la volontà di chiedere aiuto. Sarebbe da aspettarsi che tutti gli studenti chiedano aiuto ma, in realtà, molti di loro ancora trovano questo molto difficile, cosa che, a sua volta, può influenzare la loro capacità di riconoscere i propri limiti. La mancanza di fiducia può essere un fattore significativo nel determinare gli studenti a chiedere aiuto, per padroneggiare una nuova abilità, prima mai sperimentata. Se gli studenti non vogliono, o non se la sentono di chiedere aiuto per attività semplici, cosa faranno quando saranno veramente in difficoltà?

Imparare a chiedere aiuto rappresenta una dote essenziale per tutti gli studenti ed i giovani professionisti sanitari. Alcuni ricercatori hanno esaminato il grado di preparazione degli studenti in medicina e scienze infermieristiche, per quanto

riguarda la pratica assistenziale. I loro studi hanno rivelato che molti neo laureati in medicina, nei loro primi anni di lavoro, hanno carenze nelle abilità cliniche di base. Anche il primo anno di pratica per gli infermieri è un momento caratterizzato da competenze inadeguate e stress. Ciò può essere legato, anche, ad una certa riluttanza a chiedere aiuto da parte degli studenti. La comprensione inadeguata dei segni fondamentali di una malattia acuta, dell'ostruzione delle vie aeree, del benessere fetale e materno e del supporto vitale di base sono esempi di settori specifici in cui i nuovi medici hanno mostrato conoscenze ed abilità inadeguate.

Molti studenti pensano che, se sono in grado di ripetere meccanicamente tutte le informazioni tecniche dei libri di testo, possano essere dei buoni professionisti del settore sanitario. Sfortunatamente, o fortunatamente, non è così. La quantità di informazioni che molti operatori sanitari sono tenuti a conoscere, oggi, va ben oltre a quello che può essere memorizzato nel loro cervello che è, al contrario, in grado di ricordare solo una quantità limitata di informazioni. Gli studenti non dovrebbero fare affidamento sulla memoria, in particolare quando ci si trova di fronte ad una serie di passaggi, coinvolti nelle procedure. Le linee guida ed i protocolli sono stati sviluppati per aiutare i professionisti sanitari a garantire un'assistenza basata sulle migliori evidenze disponibili. Gli studenti dovrebbero essere messi nelle condizioni di abituarsi ad usare checklist e non fare affidamento sulla memoria.

Stanchezza
La memoria è, tra l'altro, influenzata dalla stanchezza, fattore di cui è ben nota l'importanza, negli errori che coinvolgono operatori sanitari. Riconoscendo i problemi causati dalla stanchezza, molti Paesi hanno già affrontato, o lo stanno facendo, il tema delle troppe ore lavorative dei medici ed, in generale, del personale [5]. Il collegamento tra la privazione del sonno dei medici, a causa di lunghi turni, e di interruzione del ritmo circadiano, ed il loro benessere, è stato evidenziato circa trent'anni fa, ma solo recentemente i Governi e le Autorità legislative hanno preso in seria considerazione il problema. Lo studio del 2004 di Landrigan et al. [6] è stato uno dei primi, nel suo genere, a misurare gli effetti della privazione del sonno sugli errori medici. Nello studio si legge che i medici della Terapia Intensiva, generale e coronarica, dell'Ospedale Brigham and Womens' (Boston, MA, Stati Uniti) avevano commesso errori sostanzialmente più gravi dopo turni frequenti di 24 ore o più, rispetto a quando lavoravano in turni più brevi. Altri studi mostrano che la privazione del sonno può avere sintomi simili all'intossicazione da alcol [7-9]. Problemi con gli infermieri che lavorano per turni di 12 ore ed il ricorso al lavoro straordinario obbligatorio, così come la conseguenza che queste pratiche possano portare ad un aumento degli errori, sono stati documentati nella letteratura di molte specialità.

Lo stress, la fame e la malattia
Quando gli studenti sono stressati, affamati o malati, non saranno in grado di operare allo stesso modo di quando non presentano nessuno di questi problemi. Diventa molto importante, per gli studenti, controllare il proprio status, e curare il benessere della propria persona. Gli studenti dovrebbero essere consapevoli del fatto che, se si sentono male o sono stressati, sono più propensi a commettere errori. Tra gli infermieri di nuova assunzione, il burnout ha portato sovente ad errori ed al successivo abbandono della professione, e stress e burnout sono correlati.

Vi sono molti metodi mnemonici per aiutare gli studenti a monitorare se stessi. HALT è uno di questi aiuti.

Prestare attenzione se si è (Slide 14):
H Affamato (**H**ungry)
A **A**rrabbiato
L In ritardo (**L**ate) o
T Stanco (**T**ired)

Un altro strumento mnemonico per l'auto-monitoraggio è IM SAFE (Slide 15).
I Malattia (**I**llness)
M Farmaci (**M**edication - prescrizione e altro)
S **S**tress
A **A**lcol
F **S**tanchezza (Fatigue)
E **E**mozione

Fattori linguistici o culturali
Il potenziale di errori di comunicazione determinati da fattori linguistici e culturali è ovvio, ma vi sono molte interazioni tra pazienti e loro sanitari, che si verificano senza l'aiuto di un interprete o mediatore

culturale e di un linguaggio comune. Gli studenti dovrebbero considerare i problemi causati dalle barriere linguistiche e dalle incomprensioni dettate da caratteristiche culturali. L'alfabetizzazione è un altro aspetto importante da tenere presente. Gli operatori sanitari devono essere consapevoli di quanto i pazienti ed i loro caregiver abbiano compreso le istruzioni scritte e le informazioni verbali.

Atteggiamenti pericolosi
Gli studenti che eseguono procedure od interventi sui pazienti, senza supervisione, potrebbero essere considerati la personificazione dell'atteggiamento pericoloso. Questi studenti possono essere più interessati ad acquisire abilità od esperienza che garantire il benessere del paziente. Gli studenti dovrebbero sempre avere presente che il contatto con i pazienti è un privilegio che non dovrebbe mai essere dato per scontato.

Come si impara dagli errori (Slide 16, 17 e 18)

Incident reporting
La segnalazione ed il monitoraggio degli eventi coinvolgono la raccolta e l'analisi delle informazioni riguardo ogni evento, che avrebbe potuto danneggiare o ha danneggiato un paziente, in un ambiente od organizzazione sanitari. Il sistema di incident reporting è una componente fondamentale della capacità di un'organizzazione di imparare dall'errore. Le lezioni apprese, attraverso l'utilizzo di tali procedure, consentono all'organizzazione di identificare ed eliminare "trappole di errore". (Maggiori informazioni sulla responsabilità organizzativa riguardo il monitoraggio degli eventi sono presentate nell'Argomento 6: *Comprendere e gestire il rischio clinico*).

Gli eventi sono tradizionalmente sotto-notificati, spesso perché l'approccio basato sulla persona all'analisi degli incidenti è ancora diffuso in ambito sanitario, per cui gli operatori a diretto contatto con il paziente (a qualunque professione appartengano), quelli stessi che segnalano gli eventi, vengono additati per il loro ruolo nell'evoluzione dell'evento stesso. Come accennato in precedenza, questa situazione è, spesso, aggravata dal fenomeno di hindsight bias (senno di poi). L'approccio alla gestione degli eventi, basato sulla persona, è, di fatto, controproducente a più livelli. (Vedere l'Argomento 3: *Comprendere i sistemi e l'effetto della complessità sull'assistenza al paziente*).

La frequenza con cui vengono segnalati ed il modo in cui sono analizzati gli eventi, sia con l'utilizzo di un approccio di sistema che basato sulla persona, sono fortemente dipendenti dalla leadership e dalla cultura dell'organizzazione. Negli ultimi anni, maggiore attenzione è stata dedicata all'importanza della cultura organizzativa nell'assistenza sanitaria [10], che riflette le lezioni apprese in altri settori in materia di sicurezza del sistema. E' assai probabile che vi sia una correlazione tra la cultura dell'organizzazione di una struttura sanitaria, il clima organizzativo conseguente e la sicurezza dei pazienti di quella struttura.

La cultura di un'organizzazione rispecchia i valori e le convinzioni condivisi che interagiscono con la struttura dell'organizzazione stessa ed i sistemi di controllo per la produzione di norme comportamentali [11]. Le organizzazioni con una forte cultura della segnalazione (Slide 19) sono in grado di imparare dagli errori, perché i membri dello staff si sentono liberi di segnalare problemi reali o potenziali, senza il timore di essere derisi o rimproverati. Gli studenti ed i giovani medici sono parte della cultura organizzativa (Slide 20); essi possono ritenere di non avere il potere di modificare od influenzare alcunché nell'ambiente di lavoro, mentre anche loro possono trovare modalità di miglioramento del sistema. Questo può essere fatto in modo semplice, come essere rispettosi con gli altri membri del team, compresi i pazienti, nelle discussioni sulle cure, o gentili, come chiedere se qualcuno desideri una tazza di caffè se la si sta preparando per sé. Astenersi di puntare il dito contro le persone coinvolte in un evento avverso, è un altro modo in cui gli studenti possono contribuire a cambiare la cultura. Se uno studente sente il personale parlare di un particolare membro dello staff che ha commesso un errore, potrebbe sforzarsi di spostare l'attenzione da lui per discutere dei fattori profondi che possono essere coinvolti.

Altre strategie di successo, in termini di segnalazione e monitoraggio degli eventi,

includono [7] (Slide 21): l'anonimato, il feedback tempestivo, il riconoscimento trasparente dei successi derivanti dalla segnalazione di eventi e quasi eventi. La segnalazione dei quasi eventi è utile, per apprendere lezioni "gratuite", cioè quelle che non presentano i "costi" di danni provocati ai pazienti; il miglioramento del sistema può essere intrapreso ancora meglio, forse, a seguito dell'analisi di near miss che in realtà non solo non si accompagnano a danni ai pazienti ma che, di fatto, sono eventi che non sono arrivati a compimento.

Analisi delle cause profonde (Root Cause Analysis-RCA) (Slide 22)
Vedi anche l'Argomento 7: *Utilizzare le metodologie della qualità per migliorare le cure*.

E' stato sviluppato un certo numero di tecniche utilizzando i principi dell'analisi delle cause profonde (RCA). Uno di questi, chiamato *il Protocollo di Londra*, è stato sviluppato da Charles Vincent e colleghi. Questa è una tecnica di facile comprensione, che guida il team attraverso ciascuna delle tappe di un'indagine clinica. Vedi la Figura B.5.1 per una descrizione dei passaggi coinvolti.

Tavola B.5.1. Il Protocollo Londra

Dettagli del processo di analisi	
Quali eventi dovrebbero essere analizzati?	condotte in modo scrupoloso, la relazione e le implicazioni dell'evento dovrebbero emergere in modo relativamente chiaro. Quando l'analisi è stata completata, vi dovrebbe essere una chiara sintesi del problema e delle circostanze che hanno portato all'evento, ed i difetti nel processo di cura dovrebbero essere chiaramente identificabili. La sezione finale della relazione esaminerà le implicazioni dell'evento per il reparto o per l'organizzazione e le raccomandazioni per azioni correttive.
Rivedere la documentazione clinica	
Inquadrare il problema	
Intervistare il personale	
Com'è successo? - Individuare i problemi di gestione delle cure	
Perché è successo? - Individuare i fattori contribuenti	
Analisi del caso. Se il protocollo è seguito in modo sistematico e le interviste e l'analisi	

Fonte: Vincent C et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *British Medical Journal*, 2000, 320: 777–781.

Il Centro Nazionale per la Sicurezza del Paziente del Dipartimento statunitense del Veterans Affairs (VA) ha sviluppato un'altra tecnica, che utilizza sempre un approccio strutturato di RCA (Slide 23 e 24), per valutare ed analizzare eventi avversi gravi e sviluppare miglioramenti di sistema per prevenirne il ripetersi [12]. Tutti i modelli di analisi retrospettiva implicano la seguente serie di domande [1]:

- Cosa è successo?
- Chi è stato coinvolto?
- Quando è successo?
- Dove è successo?
- Quanto è grave il danno reale o potenziale?
- Qual è la probabilità di un nuovo accadimento?
- Quali sono state le conseguenze?

La RCA si concentra sul sistema, non sul singolo professionista, e parte dalla premessa che l'evento avverso, che ha danneggiato un paziente, è stato determinato da un fallimento di sistema. Il sistema del Veterans Affairs, quello australiano ed altri sistemi utilizzati altrove, si basano sulla valutazione della gravità, per aiutare ad attribuire una priorità agli eventi segnalati, per garantire che quelli che rappresentano rischi più gravi siano affrontati prima.

Il modello RCA si focalizza sulla prevenzione, non sull'attribuzione di colpe o punizioni (altri processi vengono utilizzati quando l'obiettivo è quello di rendere le persone responsabili delle loro azioni). L'obiettivo di questo tipo di analisi è la vulnerabilità a livello di sistema, rispetto alle competenze individuali. Il modello prende in esame molteplici fattori, come la comunicazione, la formazione, la stanchezza, la pianificazione di compiti ed attività e del personale, l'ambiente, le attrezzature, le regole, le politiche e le

barriere.

Le caratteristiche che definiscono l'analisi delle cause sono [13]:
- revisione da parte di un team interprofessionale che conosce i processi coinvolti nell'evento;
- analisi dei sistemi e dei processi, piuttosto che le competenze individuali;
- analisi delle cause profonde, utilizzando domande tipo "cosa" e "perché", fino a quando tutti gli aspetti del processo siano stati rivisti ed i fattori contribuenti individuati;
- identificazione di potenziali cambiamenti che potrebbero essere apportati ai sistemi od ai processi, per migliorare le prestazioni e ridurre il rischio di eventi avversi o quasi eventi simili nel futuro.

Strategie per ridurre gli errori (Slide 25 e 26)
Gli studenti possono immediatamente iniziare ad applicare comportamenti che riducano gli errori, anche solo prestando attenzione alla propria salute. Gli studenti dovrebbero:
- Essere consapevoli quando sono stanchi;
- Acquisire familiarità con l'ambiente in cui operano;
- Essere preparati per l'abituale, sapendo che le cose inusuali possono sempre accadere.

Siamo consapevoli dell'impossibilità per un individuo di conoscere tutto, quindi è importante che gli studenti si abituino a fare domande, ogni qualvolta non conoscano qualcosa di rilevante per i pazienti. Ecco alcune strategie per gli studenti per la riduzione degli errori personali:
- prendersi cura di se stessi (mangiare e dormire in modo appropriato ed occuparsi di se stessi);
- conoscere il proprio ambiente;
- conoscere i propri compiti;
- preparare e pianificare (*cosa succederebbe se* ...);
- inserire controlli nella propria routine;
- chiedere quando non si conosce.

Gli studenti dovrebbero partire dalla premessa che gli errori si verificheranno. Questo sarà un cambiamento per molti perché, in alcune culture, vi è ancora la convinzione che solo i professionisti mediocri od incompetenti commettono errori. Gli studenti dovrebbero, invece, essere consapevoli che gli errori saranno commessi e prepararsi a questo, compresa l'identificazione di quelle circostanze che più probabilmente porteranno ad errori (ad es. momenti ad alto rischio).

La ricerca ha individuato le situazioni ad alto rischio, in cui la probabilità di errore da parte degli studenti infermieri che somministrano i farmaci aumenta [14]; esse riguardano:
- Dosaggi e / o tempi di somministrazione prescritti non standardizzati;
- Documentazione non standardizzata o non corretta;
- Mancata disponibilità delle termografiche;
- Somministrazione parziale del farmaco prescritto;
- Terapie interrotte o discontinue;
- Problemi di monitoraggio, per esempio la necessità che lo studente controlli i segni vitali prima di somministrare del farmaco;
- L'utilizzo di fluidi per uso orale, da somministrare per via parenterale.

E' importante avere piani alternativi, immediatamente disponibili, per far fronte ai problemi, alle interruzioni ed alle distrazioni. Gli studenti dovrebbero sempre provare mentalmente procedure complesse o qualsiasi attività che coinvolge i pazienti, quando le stanno per eseguire per la prima volta.

Riassunto (Slide 27)
L'errore medico è una problematica complessa, ma è anche una parte inevitabile dell'essere umano. Questi suggerimenti sono noti per la loro efficacia nel limitare i potenziali errori umani [15]:
- Evitare di affidarsi alla memoria
- Semplificare i processi
- Standardizzare i processi e le procedure comuni
- Utilizzare checklist di routine
- Diminuire l'affidamento sulla vigilanza.

Vedi anche la discussione nell'Argomento 2: *Perché l'applicazione del fattore umano è importante per la Sicurezza del Paziente*.

Imparare dagli errori può realizzarsi sia a livello individuale che organizzativo, attraverso l'incident reporting e l'analisi degli eventi. Le barriere all'apprendimento dagli errori includono la cultura del biasimo, che si basa sull'approccio centrato sulla persona nelle analisi, come il fenomeno del

hindsight bias (il senno di poi). È necessario un approccio sistemico di ampio respiro per l'apprendimento organizzativo e la possibilità di cambiare, migliorandolo, il sistema.

La Root Cause Analysis (RCA) è un approccio sistemico altamente strutturato all'analisi degli eventi, generalmente riservato per gli episodi più gravi di danno al paziente. Gli studenti possono avere poche opportunità di partecipare o di osservare un processo di analisi delle cause, ma, una volta preso servizio negli ospedali o nei servizi sanitari territoriali, gli operatori sanitari di nuova assunzione dovrebbero cercare tutte le opportunità di partecipare ad un processo di RCA.

Modalità e strategie di insegnamento

Esercizi di simulazione

Diversi scenari possono essere sviluppati in ambiente simulato per quanto riguarda gli eventi avversi e la necessità di segnalare ed analizzare gli errori. Le esercitazioni pratiche che mostrano come possono essere evitati gli errori sono anch'esse utili, e gli studenti dovrebbero essere incoraggiati a provare le strategie per la gestione degli errori.

Una lezione interattiva / frontale

Utilizzare le diapositive che accompagnano questo argomento, come guida per presentare l'intero contenuto. Le diapositive di PowerPoint possono essere utilizzate come tali o convertite in formati adatti ad un proiettore. Iniziare la lezione con una storia tratta dalla Banca dei casi studio o chiedere agli studenti di individuare alcuni errori commessi di recente.

Discussione in piccoli gruppi

Una discussione in piccoli gruppi potrebbe concentrarsi sugli errori più comuni negli ambienti assistenziali. Uno o più studenti potrebbero essere chiamati a condurre la discussione sulle aree contemplate in questo argomento. Gli studenti potrebbero seguire le sezioni così come sopra descritte e presentare il materiale. Il tutor che facilita questa modalità didattica dovrebbe avere familiarità con il contesto, in modo da aggiungere informazioni riguardanti il sistema sanitario e l'ambiente clinico locale.

Altre attività didattiche

Diverse metodologie per generare la discussione sulle aree presentate in questo argomento sono:

- chiedere agli studenti di tenere un diario in cui scrivere circa un errore o un quasi errore osservato (cosa è successo, tipologia di errore, formulare raccomandazioni su ciò che potrebbe essere fatto per evitare che una cosa simile accada di nuovo);
- selezionare un caso studio tra quelli di seguito illustrati, che pone le basi per una discussione sugli errori più comuni nei processi di cura;
- utilizzare esempi pubblicati o trasmessi dai media;
- utilizzare esempi pratici dalla propria esperienza clinica, resi anonimi;
- utilizzare un caso studio, per incoraggiare gli studenti a riflettere sui possibili errori e fattori associati;
- considerare esempi di lezioni sull'errore e fallimento del sistema da altri settori, diversi dalla sanità;
- invitare un professionista da un'altra disciplina, come l'ingegneria o la psicologia, per discutere i meccanismi di produzione degli errori, la cultura della sicurezza ed il ruolo della segnalazione degli errori nella sicurezza;
- invitare un rispettato professionista sanitario di alto livello a parlare degli errori da lui commessi;
- chiedere alla persona responsabile del miglioramento della qualità in un ospedale di parlare agli studenti circa la raccolta dei dati, l'analisi ed i risultati, nonché dei ruoli dei diversi membri dello staff nel processo di miglioramento della qualità;
- invitare un responsabile della qualità e della sicurezza a parlare dei sistemi in atto, per ridurre al minimo gli errori e gestire gli eventi avversi, in una particolare struttura od organizzazione;
- discutere la differenza tra errori di sistema, violazioni ed errori individuali (vedi l'Argomento 4);
- utilizzare un caso studio per analizzare le diverse prospettive di gestione di un evento avverso;
- partecipare ad una RCA od osservarne lo svolgimento.

Attività per gli studenti nel proprio ambiente di lavoro o negli stage assistenziali

Gli studenti potrebbero essere invitati a:

- partecipare ad una RCA;
- verificare se la loro struttura sanitaria conduce incontri su mortalità e morbosità o ha altri audit tra pari, nei quali vengono rivisti gli eventi avversi;
- discutere con gli altri colleghi sugli errori rilevati nell'ambiente di lavoro, con un approccio non colpevolizzante. Chiedere agli studenti di identificare non solo gli errori, ma anche le possibili strategie per la loro prevenzione;
- selezionare un reparto od un ambito assistenziale, nel quale devono transitare durante la loro formazione, ed informarsi sulle principali tipologie di errori in quell'area, sulle misure intraprese per ridurle al minimo e per imparare da esse.

Casi studio

Allarme sulla somministrazione di Vincristina

I seguenti casi studio riguardano la somministrazione del farmaco vincristina e gli eventi avversi che ne possono derivare.

Hong Kong, 7 luglio 2007

Una donna, di 21 anni, è deceduta in seguito alla somministrazione accidentale di vincristina, per via intratecale, per errore. Un'inchiesta è in corso. Vincristina (ed altri alcaloidi della vinca) devono essere somministrati solo per via endovenosa. Vincristina, un agente chemioterapico ampiamente utilizzato, deve essere somministrato solo per via endovenosa e mai per altre vie. Molti pazienti che ricevono vincristina per via endovenosa, ricevono anche altri farmaci attraverso una via spinale, come parte del loro protocollo di trattamento. Ciò ha portato ad errori in cui la vincristina è stata somministrata attraverso la via spinale. Dal 1968, questo errore è stato segnalato 55 volte, in una varietà di contesti internazionali. Vi sono stati ripetuti avvertimenti nel tempo e severi requisiti di etichettatura e standard. Tuttavia, gli errori legati alla somministrazione accidentale di vincristina attraverso la via spinale continuano a verificarsi.

Altri decessi recenti e quasi eventi:

Stati Uniti, novembre 2005

Un maschio, di 21 anni, era in trattamento per un linfoma non-Hodgkin. Una siringa contenente vincristina per un altro paziente era stata accidentalmente consegnata al letto del paziente. Un medico ha somministrato vincristina attraverso la via spinale, credendo che fosse un farmaco diverso. L'errore non è stato riconosciuto ed il paziente è deceduto tre giorni dopo.

Spagna, ottobre 2005

Una donna, di 58 anni, era in trattamento per un linfoma non-Hodgkin. La vincristina era stata preparata in una siringa da 20 ml, e consegnata in una confezione, contenente altri due farmaci, compreso il metotrexate. La via di somministrazione non era indicata sulle soluzioni. Il trattamento è stato somministrato per via intratecale, a mezzogiorno. L'ematologo era particolarmente impegnato, e ha chiesto l'aiuto di un altro medico che non aveva eseguito di recente procedure intratecali. Il farmaco è stato consegnato nella stanza del paziente. L'infermiera che assisteva non aveva esperienza nelle procedure intratecali. La siringa da 20 ml con vincristina è stata passata al medico, che ha iniziato a iniettarla. Dopo la somministrazione di circa 2 ml, il medico ha notato la dimensione della siringa, cessando immediatamente la somministrazione, resosi conto dell'errore. La paziente è deceduta circa 100 giorni dopo.

Australia, 2004

Un maschio, di 28 anni, con il linfoma di Burkitt, doveva ricevere metotrexate attraverso la via spinale. Il medico scrisse che "la vincristina ed il metotrexate [sono stati] forniti per via intratecale, come richiesto". L'etichetta di avvertimento sulla vincristina era incompleta, scritta con caratteri piccoli, e letta in una stanza buia. L'errore non è stato riconosciuto fino a cinque giorni più tardi, dopo la comparsa della paralisi degli arti inferiori. Il paziente è deceduto dopo 28 giorni.

Domande

- Quali fattori possono essere stati presenti e determinare l'errore negli esempi sopra riportati?
- Quali iniziative potrebbe intraprendere

l'organizzazione per garantire che tali eventi terribili non si ripetano?

— Se tu fossi il direttore dell'ospedale, cosa penseresti di fare in ciascuno di questi casi?

Fonte: Organizzazione Mondiale della Salute, SM/MC/IEA.115 (http://www.who.int/patientsafety/highlights/PS_alert_115_vincristine.pdf; visitato il 20 febbraio 2011).

Un infermiere parla, per evitare ulteriori errori e proteggere il paziente da un esito sfavorevole

Questo caso illustra l'importanza di parlare se vi sono preoccupazioni per la Sicurezza del Paziente.

Mentre il briefing preoperatorio (discussione di équipe prima di un intervento chirurgico) stava volgendo al termine, un infermiere parlò riferendo che "Il paziente ha una lente a contatto nell'occhio sinistro."

L'anestesista chiese se fosse permanente e l'infermiere verificò che si trattava di una lente monouso. L'anestesista chiese al paziente perché avesse messo la lente a contatto, ma il paziente era stato sedato e non molto coerente, quando tentò di rispondere. L'infermiere spiegò che il paziente non era in grado di vedere senza la lente a contatto. L'anestesista spiegò al team di sala operatoria che il paziente non poteva tenere la lente a contatto durante l'anestesia, e che non sarebbe dovuto essere sedato in quella condizione. Uno dei membri del team chiese all'anestesista se voleva che venisse tolta la lente a contatto e l'anestesista rispose: "Beh, non posso fare l'anestesia con essa".

Il medico chirurgo in formazione specialistica aiutò il paziente a togliere la lente a contatto. Il paziente chiese qualcosa per riporla, e la lente a contatto fu inserita in un piccolo contenitore di soluzione salina.

Domanda

— Quali potrebbero essere le implicazioni per le cure preoperatorie in questo caso? Che cosa si potrebbe fare per evitare che simili incidenti si verifichino in futuro?

Fonte: Il gruppo di lavoro per il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente per le Scuole Mediche dell'OMS. Caso offerto da Lorelei Lingard, Professore Associato, Università di Toronto, Canada.

Farmaco sbagliato in sala parto

Il seguente caso studio mostra come molteplici fattori possono culminare in un danno al paziente.

Una primipara, di 25 anni, a 32 settimane di gestazione, arriva in Pronto Soccorso con forti dolori alla schiena; sottoposta a triage, viene inviata alla sala parto, molto impegnata e a corto di personale. La cardiotocografia mostra contrazioni ogni 8-10 minuti. Il ginecologo visita la paziente e consiglia un'infusione continua con farmaci tocolitici, per diminuire l'attività uterina ed evitare la nascita pretermine del bambino.

Tutte le ostetriche sono impegnate con altre partorienti e viene chiesto ad una studentessa ostetrica di preparare l'infusione. Lei non conosce il caso e ha paura di chiedere al suo tutor. Nonostante la donna sia ovviamente incinta a 32 settimane, la studentessa non è in grado di valutare l'altezza dell'utero. Prepara e somministra un'infusione con ossitocina (per stimolare il parto), al posto del farmaco tocolitico. L'errore non viene riconosciuto per ore ed, il giorno successivo, la paziente dà alla luce un bambino pretermine, che deve essere trasferito in Terapia Intensiva Neonatale, a causa di gravi problemi respiratori.

Discussione

— Discutere questo caso esaminando i seguenti fattori: della studentessa; della paziente; del tutor; organizzativi; ambientali.

— Come poteva essere evitato questo evento avverso?

Fonte: Caso offerto da Andrea Stiefel, MSc, Università di Scienze Applicate di Zurigo, Winterthur, Svizzera.

Morte di un bambino

Leggi il caso studio nell'introduzione di questo argomento e chiedi agli studenti di rispondere alle seguenti domande.

— Utilizzando un approccio di sistema, considerare che cosa si sarebbe potuto fare diversamente nei differenti punti di questa storia: nello studio dentistico, nel poliambulatorio e nell'ospedale.

— Come poteva essere realizzato in modo diverso il trasferimento (ed il passaggio di consegne) tra il poliambulatorio e l'ospedale, per garantire che il paziente

si potesse trattare con maggiore tempestività?

— Quali sono le precauzioni che possono essere adottate in ambito clinico per evitare avvelenamenti accidentali dei bambini?

Fonte: Caso offerto da Shan Ellahi, Consulente per la Sicurezza del Paziente, Servizi di Comunità di Ealing e Harrow, Servizio Sanitario Nazionale, Londra, Gran Bretagna.

Strumenti e risorse

Una vasta gamma di risorse riguardanti l'errore medico e gli argomenti correlati si possono trovare sul sito web dell'Agenzia statunitense per la Ricerca e la Qualità in Sanità, New York Medical College, Stati Uniti d'America (http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm; visitato il 21 febbraio 2011).

Valutare la conoscenza di questo argomento

Numerose strategie di valutazione sono adatte per questo argomento, tra cui MCQ, saggi, brevi BAQ, CBD ed auto-valutazioni. Avere uno studente od un gruppo di studenti che conducano un'analisi di evento avverso, o anche una finta analisi delle cause profonde, è un modo molto coinvolgente per favorire l'apprendimento.

Valutare l'insegnamento di questo argomento

La valutazione è importante in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per il docente (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Bibliografia

3. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1990.
5. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.
6. Reason JT. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:28–33.
1. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
2. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.
7. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
8. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.
9. Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing medical harm from a systems perspective: a medical director's personal reflections. *Academic Medicine*, 2002, 77:993–1000.
10. Flin R et al. Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 2006.
11. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 3rd ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2000.
12. *Root cause analysis*. Washington, DC, Veterans Affairs National Center for Patient Safety, United States Department of Veterans Affairs (http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index. html; visitato il 20 febbraio 2011).
13. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences, 2005.
14. Institute for Safe Medication Practices. Error-prone conditions can lead to student nurse-related medication mistakes. *Medical News Today*, 20 October 2007 (http://www.medicalnewstoday.com/articles /869 83.php; visitato il 20 febbraio 2011).
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Ulteriori approfondimenti

Symon A. *Obstetric litigation from A-Z*. Salisbury, UK, Quay Books, Mark Allen Publishing, 2001.

Wilson JH, Symon A. eds. *Clinical risk management in midwifery: the right to a perfect baby*, Oxford, UK, Elsevier Science Limited, 2002.

Diapositive per l'Argomento 5: Imparare dagli errori per prevenire eventi avversi

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una delle modalità per generare una discussione di gruppo. Un'altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell'assistenza sanitaria che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento, come, ad esempio, la natura dell'errore e come apprendere dagli errori per migliorare la Sicurezza del Paziente*.

Le diapositive per l'Argomento 5 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per meglio adattarsi all'ambiente ed alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Argomento 6

Comprendere e gestire il rischio clinico

Un outcome non previsto per scarsa attenzione ad un piede fasciato

Un venerdì sera, un padre portò sua figlia di 2 anni, H.*, al Pronto Soccorso di un ospedale di rilevanza regionale. H.* aveva avuto un episodio recente di raffreddore con tosse produttiva, ed era già stata vista in un ambulatorio. Un medico ricoverò H.* per il trattamento della polmonite. Fu posizionato un ago cannula nella parte anteriore del piede sinistro, e fu fissato con una benda. Poi, H.* fu trasferita per il fine settimana nel reparto, dove era in cura ad un team di infermieri e ad un medico gettonista. Il bendaggio al piede non fu rimosso fino alla domenica, nel tardo pomeriggio (quasi 48 ore più tardi), nonostante il danno alla cute sia un fattore di rischio ben conosciuto nei bambini che si verifica tra le 8-12 ore. Sul tallone sinistro c'era un'area di necrosi e, successivamente, si svilupparono ulcere cutanee anche sulla parte anteriore del piede sinistro. Dopo la dimissione ed il trattamento ambulatoriale delle piaghe, H.* fu finalmente ricoverata in uno dei principali ospedali pediatrici, per il proseguimento delle cure. Come conseguenza di tale esperienza, sviluppò anche problemi comportamentali.

Fonte: Casi studio – inchieste, *Rapporto Annuale della Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario, 1999-2000*:59, Sydney, New South Wales, Australia.

Introduzione - Perché il rischio clinico è rilevante per la Sicurezza del Paziente (Slide 1 e 2)

La gestione del rischio è una prassi di routine, nella maggior parte dei settori industriali, ed è stata tradizionalmente associata con la riduzione dei contenziosi. Nel settore sanitario, essa è, di solito, associata alle azioni legali dei pazienti nei confronti di un professionista sanitario o dell'ospedale, relativamente ad un danno, conseguenza delle cure o trattamenti ricevuti. Molte aziende implementano strategie per cercare di evitare le perdite finanziarie, le frodi od il mancato rispetto delle aspettative di produzione. Per evitare problemi, come quelli descritti nel caso sopra riportato, gli ospedali e le organizzazioni sanitarie utilizzano una varietà di metodi per gestire i rischi. Tuttavia, il successo di un programma di gestione del rischio dipende dalla creazione e dal mantenimento di sistemi sicuri di cura, progettati per ridurre gli eventi avversi e migliorare le performance umane [1]. Molti ospedali, setting territoriali e servizi sanitari hanno sistemi ben consolidati già in atto, come la segnalazione delle cadute accidentali, degli errori terapeutici, delle garze dimenticate in sede di intervento chirurgico e degli errori di identificazione dei pazienti. Ciò nonostante, la maggior parte dei servizi sanitari ha appena iniziato a concentrarsi su tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria, nel tentativo di ridurre i rischi per i pazienti.

Gli studenti, come tutti gli altri operatori che lavorano in una struttura sanitaria, quando individuano una situazione o delle circostanze pericolose, hanno la responsabilità di intraprendere l'adeguata azione correttiva. L'adozione di misure, per garantire che un pavimento umido e scivoloso venga asciugato per prevenire la caduta di un paziente, è altrettanto importante, quanto garantire che il farmaco assunto da un paziente sia quello corretto. Nel caso in cui un paziente cade su un pavimento scivoloso o riceve il farmaco errato, è importante che gli studenti segnalino l'incidente, in modo che possano essere intraprese misure adeguate, per evitare incidenti simili in futuro. Mentre gli infermieri, da lungo tempo, hanno iniziato a segnalare alcuni tipi di eventi, oggigiorno, tutti i professionisti sanitari sono tenuti a segnalare gli eventi ed imparare da essi. Anche se gli studenti osservano alcuni membri anziani dello staff che non segnalano, dovrebbero essere consapevoli che un servizio sanitario con la cultura del "reporting" è più sicuro di quello in cui non si verifica alcuna segnalazione. La leadership degli operatori sanitari anziani mostrerà agli studenti il valore di una cultura di segnalazione e apprendimento.

Un'efficace gestione del rischio coinvolge

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

tutti i livelli del servizio sanitario. Per questo motivo, è essenziale che tutti gli operatori sanitari comprendano la gestione dei rischi e gli obiettivi delle strategie di gestione del rischio, nonché la loro rilevanza nel proprio ambiente di lavoro. Purtroppo, anche se un ospedale od una struttura territoriale possono disporre di sistemi di reporting degli eventi, come gli errori terapeutici e le cadute, l'effettiva segnalazione di questi eventi è spesso sporadica. Alcuni infermieri sono diligenti nel segnalare, mentre i medici dello stesso reparto possono essere scettici, riguardo al beneficio del reporting, perché non vedono alcun miglioramento. Gli studenti possono cominciare a segnalare, parlando con il team di assistenza sanitaria sui rischi legati a pratiche assistenziali, sugli errori e sulle strategie in atto per gestirli ed evitarli.

Il ruolo del "informatore" (una persona che solleva una preoccupazione per qualcosa che presumibilmente sta andando male in un'organizzazione) nell'assistenza sanitaria non ha avuto un grande successo, nonostante l'evidenza che la maggior parte degli informatori ha generalmente cercato di risolvere i problemi attraverso i canali standard. Il rifiuto o l'incapacità di un'organizzazione nel risolvere un problema costringe la persona interessata a portare la questione alle autorità superiori. Non tutti i Paesi hanno leggi che proteggono gli informatori. Anche se gli operatori sanitari non sono tenuti ad essere eroici informatori, essi hanno il dovere di proteggere i pazienti di cui si prendono cura. La ricerca mostra che gli infermieri sono più abituati a segnalare eventi di tutti gli altri operatori sanitari. Una segnalazione inadeguata può essere determinata dalla cultura del biasimo che, nell'assistenza sanitaria, rappresenta un forte deterrente alla segnalazione. Oggi, la maggior parte dei programmi di gestione del rischio mira a migliorare la sicurezza e la qualità, oltre che a minimizzare il rischio di contenzioso e di altre perdite (il morale del personale, la perdita di personale e di reputazione). Tuttavia, il successo di questi programmi dipende da molti fattori.

La gestione del rischio clinico (Slide 3) riguarda specificamente il miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi sanitari, mediante l'identificazione delle circostanze e delle situazioni che espongono i pazienti al rischio di danno e le azioni intraprese per prevenire o controllare tali rischi. Il seguente processo, molto semplice, in quattro fasi, viene comunemente utilizzato per gestire i rischi clinici:

1. identificare il rischio;
2. valutare la frequenza e la gravità del rischio;
3. ridurre od eliminare il rischio;
4. valutare i costi risparmiati grazie alla riduzione del rischio od il costo della sua mancata gestione.

Gli studenti, insieme a tutti gli altri operatori sanitari, saranno preoccupati principalmente dei rischi per i pazienti. L'Argomento 1 di questo Manuale delinea l'entità dei danni determinati dall'assistenza sanitaria. E' in questo contesto che le organizzazioni hanno iniziato a preoccuparsi della gestione del rischio clinico, che consente l'identificazione di potenziali errori. L'assistenza sanitaria è intrinsecamente rischiosa e, anche se è impossibile eliminare tutti i rischi, vi sono molte attività ed azioni che possono essere introdotte, per ridurre al minimo le opportunità di errore. La gestione del rischio clinico è rilevante per gli studenti, perché riconosce che le cure e, più in generale, l'assistenza sanitaria, sono rischiose e che gli eventi negativi possano sempre verificarsi. Gli studenti (come pure tutti gli altri operatori sanitari) devono pesare attivamente i rischi previsti ed i benefici di ciascuna situazione clinica e, solo allora, prendere provvedimenti. Questo include il riconoscimento dei propri limiti e della mancanza di esperienza e l'astenersi da qualsiasi cura e trattamento senza l'adeguata supervisione. Gli studenti dovrebbero cercare informazioni sui rischi passati e partecipare attivamente agli sforzi per prevenire il loro ripetersi. Ad esempio, gli studenti possono cercare informazioni in merito all'adesione ai protocolli di igiene delle mani, al fine di ridurre al minimo la diffusione delle infezioni. In questo modo, gli studenti possono agire proattivamente per evitare problemi, invece di reagire solo quando compaiono i problemi.

Parole chiave

Rischio clinico, segnalazione dei quasi eventi, segnalazione degli errori, valutazione del rischio, evento, monitoraggio degli eventi.

Obiettivi di apprendimento (Slide 4)

Sapere come applicare i principi di gestione del rischio per individuare, valutare e segnalare i pericoli ed i rischi potenziali presenti nell'ambiente di lavoro.

Risultati di apprendimento: conoscenze e abilità

Conoscenze richieste (Slide 5)

Gli studenti necessitano di:

- saper raccogliere informazioni sui rischi;
- comprendere i requisiti di idoneità lavorativa per la propria professione e la responsabilità personale nella gestione del rischio clinico;
- sapere come segnalare rischi o pericoli sul posto di lavoro;
- sapere quando e come chiedere aiuto da un istruttore, supervisore, operatore sanitario anziano od altro professionista sanitario.

Abilità richieste (Slide 6)

Gli studenti necessitano di:

- tenere una documentazione sanitaria accurata e completa;
- partecipare agli incontri volti a discutere la gestione dei rischi e la Sicurezza del Paziente;
- gestire in modo appropriato i pazienti e le famiglie dopo un evento avverso;
- rispondere in modo adeguato ai reclami;
- mantenere la propria salute ed il benessere.

Raccogliere informazioni sui rischi (Slide 7)

Non sempre gli studenti sono, sin da subito, informati di un programma di gestione del rischio nel loro ospedale, setting territoriale o ambiente di lavoro. Tuttavia, le strutture sanitarie, in molti Paesi, utilizzano una serie di meccanismi per misurare il danno causato a pazienti e personale, come pure per evitare problemi noti. Alcuni Paesi hanno raggiunto un buon sviluppo al riguardo, e detengono un set di dati nazionali inerenti agli eventi. In Australia, il sistema avanzato di gestione degli eventi (Advanced Incident Management System) è un approccio completo per la segnalazione e l'analisi degli errori. Negli Stati Uniti, il Dipartimento VA ha istituito un Centro Nazionale per la Sicurezza del Paziente, che utilizza un approccio strutturato chiamato *root cause analysis* (RCA) per valutare, analizzare e trattare questi tipi di problemi. (Per informazioni sulla RCA, vedere gli Argomenti 5 e 7).

Il principio a sostegno della RCA è che la causa effettiva (root) di un determinato problema di rado è immediatamente riconoscibile al momento dell'errore o dell'evento. Una valutazione superficiale e parziale di qualsiasi problema, di solito non risolve il problema stesso, ed eventi successivi tendono a verificarsi di nuovo, in situazioni simili.

Una parte essenziale di qualsiasi RCA è l'implementazione dei risultati delle analisi. Molti setting territoriali, ospedali e organizzazioni non riescono a completare il processo o perché le raccomandazioni riguardano risorse che non sono disponibili, o perché non vi è alcun impegno da parte della direzione di portare a termine le raccomandazioni.

Alcune organizzazioni sanitarie che hanno reso la segnalazione degli eventi obbligatoria, possono diventare così sovraccariche di segnalazioni che molti eventi rimangono non analizzati, a causa di risorse inadeguate. Per risolvere questo problema, molte di esse hanno introdotto una matrice di valutazione della gravità, per aiutare a identificare gli incidenti più a rischio. Tuttavia, anche l'introduzione di un sistema di "triage" per identificare gli eventi più gravi, in alcuni sistemi, non ha risolto questo problema.

Alcune attività comunemente utilizzate per la gestione del rischio clinico sono descritte di seguito.

Monitoraggio degli eventi

La segnalazione degli eventi esiste da decenni. Molti Paesi, attualmente, hanno banche dati nazionali di eventi avversi, relativi a diverse specialità, come la chirurgia, l'anestesia e l'ambito materno-infantile. L'OMS definisce un incidente come un evento o circostanza che poteva comportare, o ha comportato, un danno non intenzionale e / o evitabile ad una persona, e / o un disagio, una perdita od una lesione. Il vantaggio principale della segnalazione degli eventi sta nella raccolta di informazioni utili per la prevenzione di simili situazioni in futuro. Altri metodi quantitativi sono necessari per le analisi delle frequenze

di questi eventi.

L'incident reporting si riferisce ai meccanismi per l'identificazione, l'elaborazione, l'analisi e la segnalazione degli eventi, al fine di prevenirne il ripetersi [2]. La chiave per un sistema di reporting efficace è che il personale segnali regolarmente eventi e quasi eventi. Tuttavia, i membri dello staff tendono ad essere riluttanti a segnalare tali episodi, a meno che non abbiano fiducia che l'organizzazione utilizzerà le informazioni come strumento di miglioramento e non per colpevolizzare i singoli individui. Avere fiducia include anche la convinzione che l'organizzazione metterà in atto delle azioni sulla base delle informazioni ricevute. Se gli studenti devono segnalare un evento ad un istruttore, supervisore o altro professionista sanitario, che non apprezza il loro sforzo, saranno meno propensi a completare report successivi. Anche quando questo accade, gli studenti dovrebbero essere incoraggiati dai docenti a continuare a segnalare gli eventi, perché gli studenti di oggi diventeranno i professionisti sanitari di domani, le cui azioni influenzeranno notevolmente quelle dei colleghi più giovani e dei futuri studenti.

L'incident reporting è un processo di identificazione ed analisi di un grande numero di eventi, al fine di apportare miglioramenti alle cure. Questo tipo di monitoraggio è un'attività continuativa del team sanitario e coinvolge le seguenti azioni:

- la discussione sugli eventi come ordine del giorno permanente alle riunioni settimanali del personale;
- una revisione settimanale delle aree in cui si sa che gli errori si verificano;
- una discussione dettagliata con il team sugli aspetti di un evento e sulle azioni di follow-up richieste; questa discussione dovrebbe essere formativa, piuttosto che concentrarsi sull'attribuzione delle colpe;
- individuazione dei problemi relativi al sistema, in modo che possano essere affrontati ed altri membri dello staff possano essere resi consapevoli delle potenziali difficoltà.

Oltre alla segnalazione degli eventi veri e propri, alcune organizzazioni incoraggiano la segnalazione dei quasi incidenti, a fronte del valore di tale reporting per l'individuazione di nuovi problemi, dei fattori che portano al loro estrinsecarsi e per la possibilità di attuare azioni preventive, prima che determinino un grave danno al paziente. Un quasi evento è un incidente che è stato evitato*. Alcune persone chiamano questi quasi incidenti "eventi evitati" perché potevano causare un evento avverso, ma sono state adottate azioni preventive in maniera tempestiva o sono stati intercettati per caso*. In alcuni ambienti, in cui vi è una forte cultura del biasimo, parlare dei quasi eventi può essere più facile che parlare di eventi con esito negativo, perché non vi è un "colpevole" da biasimare, in quanto non vi è stato alcun effetto sul paziente. Ad esempio, potrebbe essere più facile per un farmacista discutere un quasi errore di distribuzione del farmaco sbagliato, intercettato dal sistema di controllo. In questi casi, gli errori non hanno determinato un esito, ma avrebbero potuto, in assenza di sistemi per identificarli e prevenirli*. Vedi Tabella B.6.1 per un'analisi più dettagliata riguardo il monitoraggio degli eventi.

Eventi sentinella (Slide 8)

Un evento sentinella è un "evento avverso che non dovrebbe mai accadere" [3] e, di solito, è inatteso e coinvolge il decesso del paziente o gravi lesioni fisiche o psicologiche. La tendenza attuale, in molti Paesi, nell'analisi di eventi avversi è quella di classificare la gravità dell'evento; il termine *evento sentinella* è la denominazione utilizzata per gli eventi più gravi.

Molte strutture sanitarie hanno reso obbligatoria la segnalazione di queste tipologie di eventi, a causa dei rischi significativi connessi con il loro riaccadimento. Questi eventi sono spesso classificati in categorie (ad es., intervento chirurgico sul sito o sul lato errato, trasfusione di sangue incompatibile, errore farmacologico che porta al decesso, rimozione del dente errato, distribuzione del farmaco errato, consegna del neonato alla madre errata, ecc). Gli eventi che non rientrano nelle categorie stabilite sono indicati come "altri eventi catastrofici", che rappresentano la metà di tutti gli eventi sentinella segnalati negli Stati Uniti e più di due terzi di quelli riportati in Australia [3]. Le cause di un evento sentinella possono essere multeplici e, se non analizzate, possono determinare esiti catastrofici per il

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Tabella B.6.1. Tipologie di problematiche identificate dal monitoraggio degli eventi

Tipologia di evento	% di segnalazioni[a]
Cadute	29
Altri danni, eccetto cadute (ad es., ustioni, lesioni cutanee, aggressioni fisiche, auto-lesioni)	13
Errori da somministrazione dei farmaci (ad es., omissione, sovra-dosaggio, sotto-dosaggio, via errata, farmaco errato)	12
Problemi nei processi clinici (ad es., diagnosi errata, trattamento non appropriato, cure di scarsa qualità)	10
Problemi con le attrezzature (ad es., non disponibili, non appropriate, scarsa progettazione, utilizzo non appropriato, fallimento, malfunzionamento)	8
Problemi con la documentazione (ad es., inadeguata, incorretta, incompleta, non aggiornata)	8
Ambiente rischioso (ad es., contaminazione, pulizia o sterilizzazione inadeguata)	7
Risorse non adeguate (ad es., staff assente, non disponibile, senza esperienza, con problemi di orientamento nell'ambiente di lavoro)	5
Problemi logistici (ad es., problemi con il ricovero, trattamento, trasporto, risposta alle emergenze)	4
Problemi amministrativi (ad es., inadeguata supervisione, assenza di risorse, decisioni gestionali inappropriate)	2
Problemi con i farmaci in infusione (ad es., omissione, via errata)	1
Problemi legati alle infrastrutture (ad es., alimentazione elettrica, letti insufficienti)	1
Problemi con la nutrizione (ad es., nutrizione dei pazienti a digiuno, alimenti errati, contaminazione del cibo, problemi con la prenotazione dei pasti)	1
Problemi con i colloidi o derivati del sangue (ad es., omissione, sotto-dosaggio, sovra-dosaggio, problemi di stoccaggio)	1
Problemi con la somministrazione di ossigeno (ad es., omissione, sotto-dosaggio, sovra-dosaggio, interruzione prematura, fallimento nell'erogazione)	1

[a] Un evento può essere assegnato a più di una categoria. Fonte: Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 2007 [3].

paziente.

Il ruolo dei reclami nel miglioramento delle cure (Slide 9)

Un reclamo viene definito come un'espressione di insoddisfazione di un paziente, famigliare o caregiver riguardo all'assistenza sanitaria ricevuta. Dato che anche gli studenti tratteranno i pazienti, anche se in formazione o sotto supervisione, potranno essere nominati in un reclamo o denuncia riguardo alle cure o al trattamento. Uno studente può sentirsi vulnerabile quando questo accade e preoccupato di essere colpevolizzato o che questo possa incidere sulla carriera futura.

Gli studenti, come tutti gli altri operatori sanitari, possono sentirsi in imbarazzo, tormentati dai rimorsi, arrabbiati o sulla difensiva se sono nominati in un reclamo o denuncia, e ritengono che questo sia ingiustificato. Mentre può essere spiacevole affrontare i reclami o le denunce di pazienti o delle loro famiglie, questi rappresentano al contempo, un'ottima opportunità per migliorare la pratica professionale e per ripristinare un rapporto di fiducia tra paziente, famiglia del paziente ed il team di assistenza sanitaria [4]. I reclami evidenziano spesso problemi che devono essere affrontati, come la scarsa comunicazione od il processo decisionale non ottimale. I problemi di comunicazione sono le cause più comuni di reclami o denunce, in quanto riguardano problemi con il trattamento e la diagnosi. I reclami

possono essere evitati se lo studente od il professionista sanitario garantisce che le aspettative dei propri pazienti non saranno mai disattese, ignorate o in alcun modo sminuite.

Gli studenti, all'inizio della loro carriera di professionisti sanitari, imparano a conoscere il processo decisionale clinico e la gestione del paziente, ed iniziano a comprendere quanto complesse possono essere queste attività e che, quindi, non sia sorprendente che, a volte, possano verificarsi una cattiva comunicazione o delle cure non proprio ottimali. I reclami e le denunce dei pazienti aiutano ad identificare gli ambiti di cura che possono essere migliorati. Essi possono, inoltre, portare ad una migliore formazione o supervisione degli studenti in un particolare setting assistenziale. Le informazioni provenienti da reclami o denunce possono essere utilizzate anche per educare ed informare gli operatori sanitari sulle aree problematiche.

Oltre ai vantaggi sopra descritti, i reclami [4]:

- aiutano a mantenere standard elevati;
- riducono la frequenza delle denunce;
- contribuiscono a mantenere la fiducia nella professione;
- incoraggiano l'auto-valutazione;
- proteggono il pubblico.

Gli studenti devono essere consapevoli che la maggior parte degli operatori sanitari riceveranno reclami nel corso della loro carriera, e che questo non rappresenta un segnale di incompetenza o dell'essere mediocri. Anche gli operatori sanitari più coscienziosi e abili possono commettere errori. A volte, i pazienti possono avere aspettative non realistiche riguardo l'assistenza sanitaria. L'errore in sanità è un sottoinsieme degli errori umani; tutti gli esseri umani commettono errori.

Se uno studente viene coinvolto in un reclamo o ne riceve uno mentre lavorava come professionista sanitario, dovrebbe essere trasparente e disposto a discutere il reclamo con la persona che lo ha fatto. E' una buona idea avere una persona più anziana presente durante queste discussioni.

Se l'organizzazione sanitaria richiede ad uno studente di fornire una dichiarazione scritta riguardo le proprie azioni, è importante che questa si attenga ai fatti e si riferisca direttamente al suo coinvolgimento. Se si riceve un reclamo scritto e viene richiesta una dichiarazione, è importante confrontarsi sempre con un istruttore o supervisore. E' molto probabile che la struttura sanitaria abbia una politica in atto per la gestione dei reclami.

Reclami e preoccupazioni riguardo la responsabilità individuale

Dal punto di vista del paziente, ogni singolo paziente dovrebbe poter vedere che le proprie preoccupazioni vengono valutate per stabilire se vi è stata una deviazione dagli standard di pratica clinica. Dopo l'esame o l'indagine, può diventare chiaro che al cuore del problema vi sono criticità correlate al sistema, ma anche il singolo professionista o il team di assistenza possono aver contribuito all'outcome sfavorevole, ad esempio, prendendo scorciatoie o violando i protocolli uniformemente accettati. Lo standard di cura può essere stato scarso, portando a cure non ottimali. Possono non venir seguite le linee guida o essere disattese le regole della struttura.

Ad esempio, il fallimento di un operatore nell'utilizzare un'appropriata igiene delle mani può comportare la trasmissione di infezioni da un paziente all'altro. Mentre l'approccio iniziale all'analisi di questo problema dovrebbe essere di tipo sistemico, è importante ricordare che anche gli individui sono tenuti a rispondere delle proprie responsabilità professionali. Può essere che l'operatore in causa sia veramente responsabile del fallimento nell'adesione agli standard accettabili di cura.

Indagini medico-legali

La maggior parte dei Paesi ha qualche sistema in atto per stabilire la causa della morte. In particolare, le persone incaricate, chiamati "coroner" in molti Paesi (N.d.T. medici legali), sono responsabili per indagare i decessi nelle situazioni in cui la causa della morte è incerta o si pensa sia dovuta ad un'attività non etica o illegale. I medici legali, o i coroner, spesso hanno poteri più ampi di una corte di giustizia e, dopo aver riportato i fatti, faranno delle raccomandazioni per affrontare eventuali problemi di natura sistemica.

Requisiti di abilitazione professionale (Slide 10)

Gli studenti, come pure tutti gli altri

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

operatori sanitari, sono responsabili delle proprie azioni e del comportamento tenuto nell'ambiente lavorativo. Essi sono responsabili delle proprie azioni, a seconda delle circostanze in cui si trovano. Correlato alla responsabilità è il concetto di *abilitazione professionale*. Perché l'abilitazione professionale è una componente importante della Sicurezza del Paziente?

Tra i molti fattori alla base di eventi avversi, uno riguarda la competenza dei professionisti sanitari. Molti errori che portano a eventi avversi sono associati con l'abilitazione professionale. Sono competenti? Stanno praticando oltre il loro livello di esperienza e di competenza? Sono malati, stressati o soffrono di qualche disturbo? La maggior parte dei Paesi dispone di sistemi di registrazione delle diverse tipologie di professionisti sanitari che hanno avuto a che fare con i reclami e con l'aderenza agli standard. E' importante che gli studenti capiscano perché è fondamentale vigilare sulla loro abilitazione e quella dei loro colleghi. Le professioni sanitarie hanno posto doveri ed obblighi per gli operatori, con l'obiettivo di mantenere la sicurezza dei pazienti.

Selezionare gli studenti adatti a ricevere una formazione in ambito sanitario è il primo passo nel fare in modo che le persone che vengono formate per lavorare in questi ambiti abbiano le caratteristiche necessarie per una pratica sicura ed etica. Molti programmi di formazione utilizzano oggi i processi di tipo OSCE (Esame Obiettivo Clinico Strutturato), per aiutare ad identificare gli studenti che, al di là dei risultati degli esami, abbiano anche l'attitudine ed i comportamenti idonei per lavorare nella sanità. Caratteristiche come la capacità di partecipazione emotiva, l'empatia ed un'aspirazione professionale a fornire benefici per la società sono le qualità richieste.

E' importante che gli operatori sanitari si impegnino in attività di apprendimento per tutta la durata della loro carriera, al fine di mantenere ad un livello adeguato le proprie abilità e di rimanere aggiornati con gli sviluppi nel loro settore di competenza. Man mano che gli studenti diventano più esperti sui concetti ed i principi descritti in questo Manuale del Percorso Formativo, essi svilupperanno un livello di comprensione più profondo e diventeranno più abili e competenti nello svolgere la propria attività in modo sicuro.

I doveri di un professionista sanitario (e anche degli studenti) comprendono la segnalazione di un collega che è pericoloso, a causa della sua incompetenza o di un comportamento non professionale o non etico. Alcuni Paesi richiedono la segnalazione obbligatoria di medici non idonei, mentre altri, in tal senso, si affidano alla coscienza delle persone.

Le organizzazioni sanitarie hanno l'obbligo di garantire che gli operatori sanitari, che partecipano nella cura e nel trattamento del paziente, abbiano le qualifiche appropriate e siano competenti. I servizi sanitari sono tenuti a verificare se un professionista sanitario abbia le giuste qualifiche e l'esperienza per svolgere la professione in un determinato ambito. Per fare ciò, vengono utilizzati i processi descritti di seguito.

Possesso delle qualifiche
Il Consiglio australiano sugli Standard dell'Assistenza Sanitaria definisce il possesso delle qualifiche come il processo di valutazione e di conferimento dell'approvazione dell'idoneità di una persona a fornire servizi specifici di cura e trattamento dei pazienti / cittadini, entro limiti definiti, sulla base delle autorizzazioni, della formazione, dell'addestramento, dell'esperienza e della competenza personale. Molti ospedali, setting territoriali e servizi sanitari hanno processi di qualifica in atto, per controllare se un professionista abbia le abilità e le conoscenze necessarie per svolgere procedure o trattamenti specifici. Sulla base di queste valutazioni, le strutture limiteranno le tipologie di procedure da loro garantite, se non vi sia del personale qualificato o se le risorse non siano disponibili o appropriate per la specifica condizione o trattamento.

Accreditamento
L'accreditamento è un processo formale per garantire l'erogazione di cure sicure e di alta qualità, basate su standard e processi ideati e sviluppati da personale specializzato per i servizi sanitari. Si riferisce anche al riconoscimento pubblico di rispondenza di un'organizzazione di assistenza sanitaria ai requisiti delle norme nazionali di ambito sanitario.

Registrazione (rilascio di autorizzazioni)
La maggior parte dei Paesi richiede agli operatori sanitari di essere registrati presso un'autorità governativa o nell'ambito di uno strumento governativo, come l'Agenzia di Registrazione Australiana dei Professionisti Sanitari, che è responsabile del censimento della maggior parte delle professioni sanitarie. Lo scopo principale di un'autorità di registrazione è quello di proteggere la salute e la sicurezza del pubblico, attraverso meccanismi volti a garantire che gli operatori sanitari siano idonei a svolgere la propria attività. Essa realizza questo, garantendo che solo i professionisti adeguatamente addestrati siano registrati, e che i professionisti iscritti mantengano adeguati standard di condotta e di competenza. La corretta registrazione / autorizzazione è una parte importante dei processi di possesso delle qualifiche e dell'accreditamento sopra descritti.

La responsabilità personale nella gestione del rischio
La maggior parte degli studenti, negli ultimi anni del loro programma di studio, quando passano più tempo negli ambienti sanitari e nel lavoro con i pazienti, comincerà ad avere ruoli e responsabilità chiari come membri del team di assistenza sanitaria. Prima del completamento della loro formazione, molti saranno tenuti a dimostrare la competenza in una serie di operazioni tecniche di base. Le seguenti attività non sono esaustive o, addirittura, prescrittive. Sono elencate per potersi fare un'idea delle competenze che gli studenti devono avere nel momento in cui finiscono gli studi e iniziano a lavorare nel settore prescelto.

Gli studenti devono:

- Imparare come organizzare un invio od una richiesta di consulenza ad un altro professionista sanitario. Queste abilità includono l'utilizzo di procedure di identificazione corretta ed il fornire una sintesi accurata della storia personale del paziente, dei problemi di salute / benessere correnti, dei risultati di eventuali indagini. E' importante includere solo le informazioni pertinenti e necessarie per l'invio o la richiesta di consulenza, e scrivere in modo leggibile.
- Imparare a fare una telefonata ad un medico di medicina generale o ad un altro membro del team di assistenza sanitaria. Inizialmente, gli studenti dovrebbero assicurarsi che siano supervisionati od osservati da una persona esperta durante questa attività. Essi dovrebbero imparare a fornire informazioni accurate sul paziente, pronunciando correttamente la terminologia pertinente, utilizzando tecniche per garantire che la persona con cui stanno parlando abbia capito quanto le è stato detto, dovrebbero richiedere attivamente di eventuali dubbi e scrivere una sintesi della conversazione telefonica nella cartella clinica del paziente. Alcune di queste tecniche sono descritte nell'argomento 4: *Essere un'efficace componente del team*.
- Imparare a scrivere la lettera di dimissione/trasferimento, quando la cura di un paziente viene trasferita ad un'altra organizzazione o team di assistenza sanitaria. La lettera deve contenere le informazioni necessarie ad identificare il paziente, la data di ricovero e dimissione / trattamento ed il nome dei professionisti responsabili di tale trattamento, una sintesi accurata del trattamento eseguito, la diagnosi finale, le indagini chiave, il motivo del trattamento e lo stato clinico attuale del paziente. Descrivere il trattamento e gli interventi eseguiti, l'esito, le modalità di follow-up e le indagini in sospeso. La lettera dovrebbe contenere un elenco accurato e completo dei farmaci, tra cui la dose, la via e la durata prevista della terapia. E' molto importante che questa lettera sia completamente leggibile e firmata dal responsabile.
- Sapere chi sono i professionisti leader in qualsiasi specifica situazione.

Il ruolo della stanchezza ed i requisiti di abilitazione professionale (Slide 11)
Vi è una forte evidenza scientifica che collega la stanchezza con la performance. Gli studenti devono essere consapevoli che, quando sono stanchi, saranno meno vigili ed in grado di svolgere normalmente una varietà di compiti psicomotori.

Gli studi condotti in Irlanda e nel Regno Unito hanno dimostrato che la stanchezza può influenzare il benessere mentale dei medici in formazione specialistica (depressione, ansia, rabbia e confusione) [5]. Studi controllati recenti hanno confermato che la privazione di sonno può

influire negativamente sulle prestazioni cliniche [6]. La fatica è stata anche collegata ad un aumentato rischio di errori [7-8] ed incidenti automobilistici. Lo studio del 2004 di Landrigan et al. [8] è stato uno dei primi a misurare gli effetti della privazione di sonno sugli errori medici. Questo studio ha trovato che i medici che lavorano nella Terapia Intensiva internistica e coronarica dell'Ospedale Brigham and Women's (Boston, MA, Stati Uniti) commettevano, sostanzialmente, errori più gravi quando lavoravano frequentemente in turni di 24 ore o più, rispetto a quando lavoravano in turni più brevi. Altri studi hanno dimostrato che la privazione di sonno può avere sintomi simili a quelli dell'intossicazione alcolica [9].

Studi riguardo alle ore di lavoro degli infermieri mostrano come i rischi di commettere un errore fossero significativamente più alti quando i turni di lavoro superavano le dodici ore, quando gli infermieri avevano fatto ore straordinarie, o quando avevano lavorato più di 40 ore alla settimana [10].

Allo stesso modo, i farmacisti hanno identificato i principali fattori che contribuiscono agli errori di distribuzione: elevati volumi di prescrizioni, stanchezza del farmacista, lavoro eccessivo del farmacista, interruzioni durante la distribuzione e nomi di farmaci simili o che possono facilmente essere confusi [11].

Gli studenti devono conoscere i loro diritti in materia di orari di lavoro e di riposo. Le organizzazioni per cui lavorano hanno il dovere di garantire che essi non lavorino più ore di quanto consentito, a meno che non vi siano circostanze attenuanti o il permesso dell'organizzazione stessa.

Lo stress ed i problemi di salute mentale
Gli studenti sono anche soggetti a stress da esami, lavoro a tempo parziale e preoccupazioni riguardanti la famiglia ed il posto di lavoro. Esistono sempre più evidenze che i medici sono soggetti a problemi di salute mentale [12], in particolar modo a depressione, nei loro primi anni post-laurea, così come negli anni successivi. Gli studenti soffrono anche di stress e di problemi di salute associati, che portano con loro da quando iniziano a praticare la professione. Nell'ambito sanitario, non è inatteso che il personale risulti stressato o di umore deflesso, perché, mentre cura malati e persone vulnerabili, lavora normalmente con altri colleghi oberati di lavoro e ha molteplici attività da svolgere su base oraria.

Mentre i tassi di depressione ed i problemi di salute mentale tra i medici sono superiori a quelli della popolazione generale, la letteratura mostra che quando i medici, compresi quelli in formazione specialistica, sono supportati da superiori e medici anziani e fanno parte di team ben funzionanti, è meno probabile che si sentano isolati e soffrano di stress.

La performance è anch'essa influenzata dallo stress. Vi è una forte evidenza che dimostra che il sonno insufficiente contribuisce allo stress e alla depressione, in modo maggiore rispetto al numero di ore lavorate. Altri fattori di stress individuati nella letteratura includono la situazione finanziaria, il debito formativo e l'assegnazione assistenziale, nonché le pressioni emotive causate dalle richieste dei pazienti, dalla pressione del tempo e dall'interferenza con la propria vita sociale.

Ambiente di lavoro ed organizzazione
Le strutture sanitarie possono essere luoghi molto stressanti per i nuovi arrivati. Le pratiche di lavoro non familiari possono essere molto difficili nella fase iniziale di un nuovo lavoro. Inoltre, le lunghe ore di lavoro provocano affaticamento.

Alcuni fattori e la suddivisione degli orari, come ad esempio il lavoro a turni, il lavoro straordinario, il cambio di turno, le notti ed i fine settimana, sono associati ad un aumento del numero di errori. I fattori alla base di questi errori possono variare dalla mancanza di supervisione e controllo, alla stanchezza. Gli studenti dovrebbero essere più vigili in questi momenti.

Istruzione e supervisione
Una buona istruzione o supervisione è essenziale per ogni studente, e la qualità dell'istruzione o della supervisione determinerà, in larga misura, quanto facilmente lo studente si integrerà e si adatterà all'ambiente ospedaliero o di assistenza sanitaria. La mancanza, da parte dei professionisti sanitari, di istruzioni o supervisione adeguate per gli studenti, li renderà più vulnerabili a commettere errori, sia per omissione (omettendo di fare qualcosa) che per commissione (fare la cosa

sbagliata). Gli studenti dovrebbero sempre chiedere che una persona più esperta possa essere presente, se è la prima volta che si cimentano con un'attività od una procedura sul paziente. Essi dovrebbero anche avvisare il paziente che sono studenti, e chiedere loro il permesso di procedere per trattarli od eseguire la procedura.

Scarse relazioni interpersonali tra gli studenti, con gli altri operatori sanitari, il personale giovane e gli istruttori o supervisori sono anche fattori che contribuiscono agli errori. Se uno studente ha un problema con un istruttore o supervisore, dovrebbe cercare l'aiuto di un altro docente, che possa mediare o aiutare lo studente con strategie per migliorare il rapporto. La letteratura mostra, anche, che gli studenti che hanno problemi con l'acquisizione di competenze inadeguate, hanno ricevuto una scarsa supervisione. Molti operatori sanitari che hanno imparato ad eseguire procedure senza supervisione, sono stati poi giudicati dai supervisori come in possesso di scarse abilità tecniche e padronanza insufficiente di tali procedure. Gli studenti non dovrebbero mai eseguire una procedura, o effettuare manovre, o visitare un paziente, senza preparazione e istruzione sufficienti.

Problemi comunicativi
La maggior parte degli operatori sanitari, come infermieri, ostetriche, medici, odontoiatri, farmacisti, radiologi, sono tutti tenuti a fare una registrazione accurata delle loro comunicazioni nella documentazione sanitaria, incluso qualsiasi contatto con il personale di laboratorio. Il trasferimento delle informazioni, verbalmente e per iscritto, è un processo complesso e non di facile realizzazione. Poche strutture sanitarie hanno modi standardizzati per tali comunicazioni. Il ruolo di una buona comunicazione nell'erogazione di assistenza sanitaria di qualità ed il ruolo che la scarsa comunicazione gioca nelle cure al dì sotto degli standard sono entrambi ben documentati. Quanto adeguatamente vengono trattati i pazienti, dipende spesso dalle comunicazioni informali tra il personale e dalla loro comprensione dell'ambiente di lavoro [13]. Errori del trattamento dovuti a problemi di comunicazione o all'assenza o inadeguata comunicazione si verificano quotidianamente, in tutte le strutture sanitarie. Le checklist, i protocolli ed i piani di assistenza, progettati per particolari categorie di pazienti, sono modi efficaci per comunicare le indicazioni assistenziali.

Inoltre, la qualità della comunicazione tra pazienti e operatori sanitari che gli hanno in cura è fortemente correlata con gli outcome del trattamento.

Come comprendere e gestire i rischi clinici (Slide 12)

Sapere come segnalare rischi o pericoli conosciuti nell'ambiente di lavoro
Gli studenti dovrebbero essere informati sul sistema di segnalazione degli eventi, utilizzato nella struttura dove stanno facendo il tirocinio. Vi sarà solitamente un metodo specifico per la segnalazione, cartaceo o informatizzato. Gli studenti dovrebbero acquisire conoscenze sul funzionamento del sistema e chiedere informazioni su come segnalare gli eventi.

Tenere documenti sanitari accurati e completi
Un documento sanitario (cartella clinica, termografica, ecc.) è un documento che contiene diverse tipologie di informazioni riguardo ad un paziente. Gli studenti devono essere consapevoli che documenti di buona qualità sono essenziali per la cura ed il trattamento dei pazienti. I documenti sanitari saranno soggetti ad una serie di requisiti governativi ed istituzionali / di struttura, che definiscono chi può avere accesso ad essi, chi può scrivere all'interno e dove sono conservati e per quanto tempo.

Gli studenti hanno l'obbligo etico e giuridico di registrare accuratamente le loro osservazioni e conclusioni, per garantire una buona cura del paziente. Quando scrivono nei documenti sanitari, gli studenti (e tutti gli altri operatori sanitari) devono:

- fornire informazioni sufficienti per identificare il paziente al quale si riferisce il documento, in modo che gli altri membri del team sanitario possano continuare la cura per il paziente;
- annotare tutte le informazioni utili per la diagnosi od il trattamento e gli outcome sul paziente;
- assicurarsi che i documenti siano aggiornati e scritti il più vicino possibile al momento dell'evento;

— annotare qualsiasi informazione o consulenza fornita al paziente.

Sapere quando e come chiedere aiuto ad un istruttore, supervisore o professionista sanitario anziano appropriato
Molti studenti temono che, ammettendo di non sapere qualcosa, i loro insegnanti li considereranno come mediocri e si occuperanno meno di loro. E' importante, per gli studenti, riconoscere i limiti legati alla loro mancanza di conoscenze e di esperienza e l'importanza della ricerca di aiuto e di chiedere informazioni: i pazienti possono essere danneggiati da operatori sanitari inesperti. Gli studenti dovrebbero comprendere chiaramente a chi far riferimento nel contesto lavorativo, e quando e come possono contattare la persona individuata. Questa persona sarà in grado di aiutarli, se si troveranno in situazioni che vanno oltre le loro conoscenze e competenze attuali. E' essenziale che gli studenti chiedano aiuto, anche se si sentono a disagio nel farlo. Tutti i professionisti sanitari comprendono che gli studenti sono all'inizio della loro carriera, e che hanno conoscenze e competenze limitate. Non si aspettano che gli studenti od i nuovi operatori sanitari abbiano accumulato tutte le conoscenze approfondite richieste per trattare in modo indipendente i pazienti. Si aspettano che gli studenti chiedano aiuto. Ma può essere molto difficile avere un istruttore o un supervisore che sia raramente disponibile. Se questo è il caso, lo studente dovrebbe cercare un'altra persona appropriata che sia presente in maniera regolare. Questo può essere discusso con il supervisore, in modo che sia a conoscenza dell'accordo.

Partecipare alle riunioni per discutere la gestione del rischio e la Sicurezza del Paziente
In un primo momento, potrebbe non essere evidente quali siano i programmi di gestione del rischio in una determinata struttura sanitaria. Gli studenti possono chiedere agli operatori sanitari anziani od ai dirigenti riguardo ai programmi di gestione del rischio in atto, e se è possibile partecipare ad una riunione per vedere come funziona il sistema che protegge i pazienti dai rischi.

Rispondere in modo appropriato ai pazienti e alle famiglie dopo un evento avverso
Gli studenti non saranno tenuti ad assumersi la responsabilità di comunicare gli eventi avversi ai pazienti e alle loro famiglie. Se si chiede loro di farlo, dovrebbero cercare immediatamente l'assistenza di un docente o istruttore anziano. Molte organizzazioni sanitarie stanno introducendo linee guida di comunicazione aperta e trasparente (linee guida per aiutare la comunicazione onesta con un paziente dopo un evento avverso). E' indispensabile che qualsiasi processo di divulgazione aperta non sia affrettato, sia trasparente e coinvolga l'applicazione di provvedimenti per fare in modo che eventuali errori commessi non si ripetano.

Rispondere in modo appropriato ai reclami
Tutti gli studenti che sono coinvolti in un reclamo dovrebbero scrivere relazioni complete e basate sui fatti riguardo a quello che è successo. Essi dovrebbero essere onesti circa il loro ruolo o le proprie azioni, riducendo al minimo dichiarazioni soggettive od emotive.

Riassunto (Slide 13)
Gli operatori sanitari sono responsabili del trattamento, delle cure e degli outcome clinici dei propri pazienti. Questa responsabilità riguarda tutti i membri del team, non solo la persona più anziana. La responsabilità personale è importante, visto che qualsiasi operatore nella catena assistenziale potrebbe esporre il paziente al rischio. Un modo per i professionisti, per aiutare a prevenire gli eventi avversi, è quello di individuare le aree soggette ad errori.

L'intervento proattivo, di un approccio sistemico, per ridurre al minimo la possibilità di errore, può prevenire gli eventi avversi. Le persone possono anche contribuire a mantenere un ambiente di lavoro sicuro, monitorando la propria salute e rispondendo adeguatamente alle preoccupazioni dei pazienti e colleghi.

Strategie e modalità di insegnamento

Una lezione interattiva/frontale
Utilizzare le diapositive allegate come guida per coprire l'intero argomento. Le diapositive di PowerPoint possono essere utilizzate come tali o possono essere convertite per essere proiettate con una lavagna luminosa. Iniziare la sessione con un caso studio e chiedere agli studenti di identificare alcuni dei temi presentati.

Tavole rotonde
Invitare un gruppo di professionisti sanitari a presentare una sintesi dei loro sforzi per migliorare la Sicurezza del Paziente. Se sono studenti in farmacia, invitare farmacisti anziani per discutere le loro esperienze e le pratiche sarebbe appropriato, analogamente per le ostetriche e gli odontoiatri. Ma mantenere il gruppo multidisciplinare è molto istruttivo e mette in evidenza i problemi comuni a tutte le professioni sanitarie. Invitare un paziente a partecipare è importante, in quanto mantiene il focus sul potenziale danno a loro carico se non vi sono strategie di gestione del rischio in atto. Gli studenti possono anche avere un elenco di domande sulla prevenzione e gestione degli eventi avversi, e potrebbe essere dedicato del tempo per rispondere alle loro domande. Gli esperti in materia di gestione del rischio in altri ambiti professionali possono essere invitati a parlare dei principi generali alla base del loro lavoro.

Una sessione di discussione in piccoli gruppi
La classe può essere suddivisa in piccoli gruppi ed a tre studenti di ogni gruppo può essere chiesto di condurre una discussione su una delle tipologie di eventi descritti nella Tabella B.6.1. Alcuni studenti possono concentrarsi sugli strumenti e le tecniche disponibili per ridurre al minimo le opportunità di errore, mentre altri, sul ruolo delle riunioni di mortalità e morbosità.

Il tutor che facilita questa sessione dovrebbe conoscere il contesto, in modo da aggiungere informazioni riguardo all'ambiente e l'assistenza sanitaria locale.

Esercizi di simulazione
Diversi scenari potrebbero essere sviluppati per quanto riguarda gli eventi avversi e le tecniche per ridurre al minimo le opportunità di errore, come, ad esempio, il briefing, il debriefing e l'assertività per migliorare la comunicazione. Inoltre, gli studenti possono simulare una riunione di revisione tra pari od un incontro di mortalità e morbosità, con un approccio centrato sulla persona e, quindi, un approccio di sistema. Altre attività di role play potrebbero essere basate su situazioni in cui uno studente nota qualcosa di sbagliato e lo deve comunicare.

Altre attività didattiche

- Gli studenti possono osservare un incontro di gestione del rischio od incontrarsi con le persone che gestiscono i reclami nel reparto o nella struttura sanitaria. Parte dell'esercizio sarebbe quella di chiedere informazioni sulla politica della struttura nei confronti dei reclami e cosa accade di solito quando si riceve un reclamo. In alternativa, gli studenti possono prendere parte ad un processo di divulgazione aperta.
- Dopo queste attività, gli studenti dovrebbero essere invitati ad incontrarsi in coppie od in piccoli gruppi e discutere con un tutor od istruttore cosa hanno osservato e se le caratteristiche o le strategie studiate erano usate o meno e se le strategie impiegate erano efficaci.

Casi studio

Inadeguatezza nel sistema di gestione delle cure di un chirurgo ortopedico
Le registrazioni accurate e leggibili sono essenziali per mantenere la continuità delle cure.

B.* era in trattamento da un nuovo specialista e aveva bisogno della sua documentazione sanitaria dal chirurgo ortopedico che lo aveva operato al ginocchio due anni prima. Quando finalmente arrivò la documentazione, il nuovo medico di B.* lo informò che "lasciava a desiderare".

La documentazione era scarsa, mancavano informazioni significative in merito alla discussione del consenso per l'intervento chirurgico di B.* Vi erano, anche, lacune nelle informazioni registrate nell'atto operatorio e non vi era nessuna documentazione riguardo all'informazione verbale del chirurgo ortopedico in merito ai rischi e le complicazioni dell'intervento. B.* fu costernato nello scoprire che il chirurgo non aveva nemmeno assistito ad una revisione tra pari del caso.

Domanda

- Quali fattori possono essere stati presenti e hanno portato alla scarsa documentazione della prima operazione di B.*?

Fonte: Caso adattato da: Payne S. Case study: managing risk in practice. *United Journal*, 2003, Spring:19.

Riconoscimento di un errore di assistenza sanitaria
Questo caso mostra il valore della comunicazione aperta.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

F.* è un ospite di una struttura per anziani. Una notte, un infermiere erroneamente somministrò a F.* l'insulina, anche se non aveva il diabete. L'infermiere riconobbe subito il suo errore, e lo sottopose all'attenzione di tutto il personale, che, a sua volta, informò F.* e la sua famiglia. La struttura intraprese misure immediate per aiutare F.* e dispose il suo trasferimento in un ospedale, dove è stato ricoverato ed osservato, prima di essere reinviato alla struttura per anziani. L'infermiere fu elogiato per aver rivelato immediatamente ed in modo esaustivo la somministrazione errata di insulina. In seguito a questo incidente, l'infermiere ha dovuto seguire una formazione specifica sui farmaci, per ridurre al minimo la possibilità che un errore simile si verifichi in futuro.

Domanda
Le possibili cause dell'errore non sono chiare. L'ipotesi sembra essere che l'infermiere abbia fatto o non abbia fatto qualcosa e questo ha portato all'errore. In questo tipo di casi, è importante utilizzare un approccio di sistema per saperne di più su ciò che è realmente accaduto.

— Quali sono i fattori ambientali ed organizzativi che potrebbero aver favorito una cultura in cui l'infermiere si sentiva a proprio agio nel rivelare l'errore di somministrazione del farmaco?

Fonte: Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, 2003, 1:16–18.

Studi delle Cure Primarie sotto gli standard
Questo caso dimostra l'importanza dei reclami nel migliorare l'assistenza sanitaria.

Quando D.* si recò dal suo medico di medicina generale, fu scioccata nel vedere che lo studio non era così in ordine come si aspettava. Era rimasta così impressionata che si lamentò con il Dipartimento della Salute del New South Wales. Un ispettore sanitario osservò che il cloro xilenolo (un disinfettante liquido) era immagazzinato in un contenitore per bevande, i farmaci erano conservati oltre la data di scadenza, non c'era l'adrenalina per il trattamento di un arresto cardiaco, nonostante venissero fatti piccoli interventi chirurgici, i pazienti a volte avevano accesso, senza controllo, alla borsa del medico, contenente narcotici iniettabili ed un ricettario, la carta sul letto di visita non veniva cambiata tra i pazienti ed il medico non si lavava le mani dopo aver visitato i pazienti. Non vi erano nemmeno lavandini negli ambulatori.

La Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario ha richiesto una consulenza da parte del Consiglio Medico del New South Wales ed una visita in loco per informare il personale delle linee guida del Dipartimento della Salute sul controllo delle infezioni, ed assicurarsi che fossero intraprese le misure adeguate per proteggere la salute pubblica. D.* fu contenta di sapere che il centro aveva fatto dei miglioramenti a seguito del suo reclamo.

Discussione

— Chiedere agli studenti di identificare le tipologie di reclami che vengono ricevute nel loro ambiente di lavoro (ospedale, setting territoriale, farmacia) e discutere le modalità di gestione di tali reclami.

Fonte: Revisione dei risultati delle investigazioni. Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario, Sydney, New South Wales. Rapporto Annuale 1998–1999:39–40.

Gestione inadeguata dei reclami
Questo caso dimostra l'importanza di una tempestiva attenzione ai reclami.

A.* aveva visto uno psicologo che svolgeva la sua attività in un ospedale privato. Durante sia la prima che la seconda consultazione, lo psicologo aveva violato la privacy dei suoi assistiti, rivelando, alla paziente, dettagli personali di altri pazienti da lui seguiti. A.* trovò tutto ciò allarmante e decise che doveva esprimere le sue preoccupazioni a qualcuno in ospedale. Partecipò ad una riunione con i rappresentanti dell'ospedale e presentò una serie di preoccupazioni riguardo all'ospedale, comprese quelle legate allo psicologo. Passarono molti mesi senza ricevere alcuna risposta scritta dall'ospedale riguardo alle azioni che aveva promesso di intraprendere. Con l'aiuto dell'Ufficio di Supporto dei Pazienti, A.* partecipò ad un incontro con l'amministratore delegato e con il vice direttore generale dell'ospedale. L'ospedale si scusò con A.* e si impegnò a formare il personale sulla gestione dei reclami, su base continua. Incoraggiarono anche A.* a presentare una denuncia formale presso la Commissione di Registrazione degli Psicologi riguardo al comportamento dello psicologo.

Attività

— Utilizzare un approccio di sistema per

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

identificare ciò che poteva essere fatto in modo diverso in questo caso e quello che l'ospedale può fare per aiutare a prevenire incidenti simili nel futuro.

Fonte: Servizio di Supporto per i Pazienti, Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario, Sydney, New South Wales. Rapporto Annuale 1999–2000:37–46.

Un infermiere compromesso
Questo caso mostra perché gli operatori sanitari hanno bisogno dei requisiti di abilitazione.

Durante l'intervento di A.*, un infermiere sostituì consapevolmente il fentanil, un antidolorifico che era stato ordinato per il trattamento, con acqua. Questo infermiere mise A.* in pericolo fisico, a causa del suo disperato bisogno di ottenere un farmaco oppiaceo, per soddisfare la sua tossicodipendenza.

Questa non era la prima volta che l'infermiere rubava un farmaco con restrizioni, ai fini dell'auto-somministrazione. Aveva già avuto un certo numero di denunce, mentre stava lavorando in un altro ospedale, tra cui violazioni dei doveri professionali, inadeguatezza a causa della tossicodipendenza e cattiva reputazione, rendendolo inadatto a svolgere attività assistenziale.

Domande

— Quali misure potrebbero intraprendere gli operatori sanitari per assistere l'infermiere in difficoltà?

— Quali politiche dovrebbe avere il servizio sanitario per proteggere i pazienti da professionisti sanitari tossicodipendenti o inadeguati?

Fonte: Swain D. The difficulties and dangers of drug prescribing by health practitioners. *Health Investigator*, 1998, 1:14–18.

Mancato controllo dello stato di gravidanza
Questo caso ipotetico illustra perché l'evenienza di una gravidanza debba essere considerata in tutti i pazienti di sesso femminile, prima di qualsiasi intervento chirurgico, che potrebbe comportare rischi per la madre o il feto. Le politiche preoperatorie locali dovrebbero essere riviste, per garantire che lo stato di gravidanza venga controllato nel periodo preoperatorio. Il controllo deve essere registrato nella documentazione preoperatoria utilizzata dal personale che effettua i controlli clinici e di identificazione del paziente, prima dell'intervento chirurgico.

H.*, una donna di 28 anni, aveva avuto una storia di dolore addominale ricorrente ed era stata in lista d'attesa per diversi mesi per una laparoscopia diagnostica. Alla fine, fu regolarmente ammessa e sottoposta a chirurgia laparoscopica in anestesia generale. Prima della dimissione, H.* presentò crampi severi e sanguinamento vaginale. L'infermiera di turno riconobbe che stava avendo un aborto spontaneo.

Domanda

— Quali fattori possono essere stati presenti e aver portato alla mancata diagnosi della sua gravidanza?

Contesto e fonte: tra ottobre 2003 e novembre 2009, l'Agenzia Nazionale britannica per la Sicurezza del Paziente del Servizio Sanitario Nazionale ha ricevuto 42 segnalazioni di pazienti sottoposte ad una procedura programmata, senza aver ricevuto un controllo dello stato di gravidanza nel periodo pre-operatorio. Sono stati segnalati tre casi di aborto spontaneo in seguito a queste procedure (Dipartimento di Salute riferimento NPSA / 2010 / RRR011. Data di emissione 28 aprile 2010. Informazioni aggiornate si possono trovare al http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=73838; visitato il 21 febbraio 2011)

La somministrazione di farmaci ad un neonato
Come mostrato in questo caso studio ipotetico, è necessario garantire l'uso sicuro di gentamicina per via endovenosa nei neonati. Sono stati riportati eventi legati alla Sicurezza del Paziente riguardo la somministrazione di gentamicina nel momento errato, con errori di prescrizione e problematiche relative al monitoraggio del livello ematico.

Ad E.*, un neonato pretermine con distress respiratorio, che richiedeva ventilazione, era stata prescritta la gentamicina per via endovenosa, per una grave infezione. L'infermiere di Terapia Intensiva ed il pediatra erano molto indaffarati, a causa della gestione di una coppia di gemelli pre-termine. Il farmaco è stato somministrato 90 minuti più tardi di quanto prescritto.

Discussione

— Identificare tutti i possibili fattori che possono aver contribuito all'evento.

— Questo evento dovrebbe essere

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

segnalato?

— Discutere le diverse metodologie per segnalare gli eventi.

Contesto: una revisione degli eventi da farmaci nei neonati, segnalati al Sistema Nazionale britannico di Segnalazione ed Apprendimento (NRLS) tra aprile 2008 ed aprile 2009, ha individuato 507 problemi per la Sicurezza del Paziente connessi con l'utilizzo di gentamicina per via endovenosa. Questi incidenti rappresentavano il 15% di tutti gli eventi coinvolgenti farmaci nei neonati, segnalati in questo periodo.

Scarsa comunicazione

Questo caso è l'esempio di un errore comune, in cui al paziente è stato prescritto un antibiotico ed è stato erroneamente fornito un farmaco anti-diabetico, portando a shock ipoglicemico.

Un medico prescrisse ad un paziente un antibiotico ed analgesici, che dovevano essere assunti dopo la rimozione di un dente. L'antibiotico prescritto era l'amoxicillina. Il nome del farmaco è stato scritto male sulla prescrizione ed è stato interpretato dal farmacista come glibenclamide, un farmaco anti-diabetico, che, quindi, è stato consegnato al paziente.

Quella notte, il paziente dovette essere ricoverato al Pronto Soccorso per il trattamento dello shock ipoglicemico.

Domande

— Quali sono stati i fattori che hanno contribuito a causare il danno a questo paziente?

— A chi dovrebbe essere segnalato questo errore?

— Chi deve fare la segnalazione?

— Come dovrebbe essere utilizzata l'informazione, una volta ricevuta?

Fonte: Caso offerto da Shan Ellahi, Consulente per la Sicurezza del Paziente, Servizi di Comunità di Ealing e Harrow, Servizio Sanitario Nazionale, Londra, Gran Bretagna.

Strumenti e bibliografia

'Essere trasparenti'

Un pacchetto e-learning dall'Agenzia Nazionale britannica per la Sicurezza del Paziente del Servizio Sanitario Nazionale, 2009. *Being open, communicating with patients, their families and carers following a patient safety incident*. Data di emissione 19 Novembre 2009.

a patient safety incident. Data di emissione 19 Novembre 2009. (http://www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts/?entryid45=65077; visitato il 21 febbraio 2011).

Eventi sentinella

Un glossario utile di termini riguardanti gli eventi sentinella può essere trovato al: http://en.wikipedia.org/wiki/Sentinel_event; visitato il 21 febbraio 2011.

Altre risorse

Better practice guidelines on complaints management for health care services. Australian Commission for Safety and Quality, 2006 (http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/$File/guidecomplnts.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Complaint or concern about a clinician: principles for action. Department of Health, New South Wales, 2006. (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2006/GL2006_002.html; visitato il 21 febbraio 2011).

Johnstone M, Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185–191.

Safer use of gentamicin for neonates. National Health Service, National Patient Safety Agency. Patient safety alert no. NPSA/2010/PSA001. Issue date, 30 March 2010. (http://www.dhsspsni.gov.uk/hsc_sqsd_4_10.pdf ; visitato il 21 febbraio 2011).

Valutare la conoscenza di questo argomento

Una vasta gamma di metodologie di valutazione è adatta per valutare questo argomento, compresi i report di osservazione, relazioni riguardo agli errori chirurgici, saggi, domande a scelta multipla, brevi domande a risposta migliore, discussioni di casi ed auto-valutazioni. Gli studenti possono essere incoraggiati a sviluppare un portfoglio di apprendimento della Sicurezza del Paziente. Il vantaggio di questo approccio è che, alla fine del loro percorso formativo, gli studenti avranno una raccolta di tutte le loro attività di Sicurezza del Paziente che potranno utilizzare come supporto nelle domande di lavoro e nelle loro future carriere.

Le conoscenze riguardo alla gestione del rischio clinico possono essere valutate utilizzando uno dei seguenti metodi:

— portfolio;

— discussione di casi, osservazioni scritte in

merito ad attività di gestione del rischio, come, ad esempio, il processo di divulgazione aperta od il sistema di monitoraggio degli eventi;

— gli studenti possono anche essere invitati a scrivere relazioni su come vengono gestiti i reclami nell'ospedale o nel setting assistenziale, sui sistemi esistenti di segnalazione degli errori sanitari o su come i medici imparano da errori.

La valutazione può essere sia formativa che complessiva e le classifiche andare da soddisfacente ad insoddisfacente. Per maggiori dettagli, vedere gli esempi nell'Allegato 2 della Seconda Parte.

Valutare l'insegnamento di questo argomento

La valutazione è importante in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per il docente (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Bibliografia

1. Reason JT. Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management*. London, British Medical Journal Books, 2001:9–14.
2. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from nonmedical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 2000, 320:759–763.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Walton M. Why complaining is good for medicine. *Journal of Internal Medicine*, 2001, 31:75–76.
5. Samkoff JS. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Academic Medicine*, 1991, 66:687–693.
6. Deary IJ, Tait R. Effects of sleep disruption on cognitive performance and mood in medical house officers. *British Medical Journal*, 1987, 295:1513–1516.
7. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.
8. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in Intensive Care Units. *The New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.
9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
10. Rogers AE et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 2004, 23: 202-212.
11. Peterson GM, Wu MS, Bergin JK. Pharmacist's attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1999, 24:57–71.
12. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, 10:154–165.
13. Spath PL, ed. *Error reduction in health care: systems approach to improving patient safety*. San Francisco, Jossey-Bass, 1999.

Le dispositive per l'Argomento 6: Comprendere e gestire il rischio clinico

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una delle modalità per generare una discussione di gruppo. Un'altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell'assistenza sanitaria che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento, come raccogliere informazioni sui rischi, come segnalare eventi avversi e quasi eventi e come e quando chiedere aiuto*.

Le diapositive per l'Argomento 6 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per adattarsi all'ambiente e alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

Tutti i nomi dei farmaci utilizzati sono conformi al *Nomenclatore dell'OMS dei farmaci generici* (http://www.who.int/medicines/services/inn/en/; visitato il 24 marzo 2011)

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Argomento 7

Utilizzare le metodologie della qualità per migliorare le cure

Introduzione - Perché gli studenti hanno bisogno di conoscere le metodologie di riduzione dei danni e di miglioramento delle cure? (Slide 1)

Dai primi studi sull'entità del danno causato ai pazienti, la Sicurezza del Paziente si è sviluppata come disciplina con basi teoriche e metodologie scientifiche di sicurezza, progettate per misurare gli eventi avversi ed apportare miglioramenti significativi e sostenibili, per evitare che eventi simili si verifichino in futuro [1]. Non è sufficiente riconoscere che gli eventi avversi si verificano, dobbiamo anche comprenderne le cause ed apportare le modifiche necessarie per prevenire ulteriori danni. Emmanuel et al. descrivono la *scienza della sicurezza*, come l'insieme di metodi con cui le conoscenze riguardo alla sicurezza vengono acquisite ed applicate per creare sistemi altamente affidabili. Le organizzazioni ad alta affidabilità gestiscono gli errori mediante la progettazione e gestione di sistemi operativi che sono "a prova di fallimento". Un'ampia gamma di metodologie è stata sviluppata a tale scopo, gran parte proviene da ambiti esterni all'assistenza sanitaria, quali l'ingegneria, la psicologia, la fisiologia umana ed il management.

La maggior parte degli studenti sarà a conoscenza del termine *pratiche basate su prove di efficacia*, come pure degli studi clinici controllati randomizzati, che consentono ai ricercatori di stabilire se un particolare trattamento è convalidato da prove di efficacia o, semplicemente, si basa sulla convinzione dei professionisti. Metodi di ricerca scientifica, come, ad esempio, i trial randomizzati controllati, sono utilizzati per misurare l'efficacia clinica; il trial randomizzato controllato è il gold standard della ricerca clinica. La ricerca per il miglioramento della qualità utilizza metodologie che sono progettate per misurare le caratteristiche peculiari associate ad un evento avverso, i componenti del contesto o del processo di cura, che possono determinare un evento avverso, e lo sviluppo e la sperimentazione di soluzioni appropriate. Questo è più che contare la frequenza di un determinato evento. Quando un problema diventa evidente, ed i pazienti devono essere curati per la sua comparsa, deve essere risolto o gestito appena possibile. Non si possono controllare gli eventi come negli studi sperimentali. Per capire cosa è successo e perché, bisogna studiare ed analizzare l'evento specifico. Queste osservazioni e conclusioni possono, poi, essere utilizzate per la progettazione di sistemi più sicuri. Più avanti in questo argomento, verranno descritte le differenze di misurazione nei processi di ricerca e di miglioramento.

I metodi di miglioramento della qualità sono stati utilizzati per decenni in altri settori. Al contrario, gli studenti delle professioni sanitarie possono essere meno familiari con lo scopo di un sistema di miglioramento della qualità delle cure, che implica un cambiamento del modo in cui operano i professionisti sanitari e funzionano i sistemi, al fine di ottenere migliori outcome per i pazienti [2].

La Sicurezza del Paziente richiede una profonda conoscenza dei processi di cura del paziente, come pure della possibilità di misurare gli outcome dei pazienti e verificare se gli interventi utilizzati per risolvere un problema siano stati efficaci. Se gli outcome di cura del paziente non vengono misurati, è difficile sapere se le misure adottate da operatori sanitari per risolvere un problema, in realtà, migliorino la situazione. La sola implementazione di un protocollo potrebbe non risolvere un problema; vi possono essere stati altri fattori, che contribuiscono al problema, diversi da quello del personale che non segue la procedura corretta. Comprendere le molteplici cause degli eventi avversi richiede l'utilizzo di metodi creati per far emergere tutte le cause probabili. La scienza della sicurezza comprende misure volte a prevenire che gli eventi avversi accadano. I metodi di ricerca scientifica, focalizzati sul miglioramento, possono includere una vasta gamma di metodologie e, di solito, prendono in considerazione il contesto e la complessità del cambiamento sociale [1].

L'attuazione della maggior parte dei metodi di miglioramento qualitativo coinvolge gruppi di persone che lavorano insieme, utilizzando un processo condiviso per correggere o prevenire un determinato problema. Ma, prima di tutto, i membri del team devono essere d'accordo che la questione esistente sia un problema degno di essere affrontato. Gli studenti dovrebbero informarsi se la struttura sanitaria in cui si trovano per la formazione ha un programma di miglioramento della qualità, e se essi possano osservare od unirsi ad un gruppo dedicato ad un'attività di miglioramento.

Gli studenti possono cominciare a capire il ruolo del miglioramento della qualità:

- chiedendo ed apprendendo sugli strumenti che possono essere utilizzati per migliorare la Sicurezza del Paziente;
- riconoscendo che le buone idee possono venire da chiunque;
- essendo consapevoli che l'ambiente locale è un fattore chiave nel processo di miglioramento;
- essendo consapevoli che i modi in cui, nel sistema, le persone pensano e reagiscono sono importanti quanto le strutture ed i processi in atto;
- rendendosi conto che la diffusione di pratiche innovative è il risultato delle persone che adottano nuovi processi;
- comprendendo che sono necessarie misure di outcome del paziente per la progettazione di strategie appropriate e per valutare il miglioramento.

Il principio centrale su cui si basa il miglioramento nella sanità è che la qualità delle cure non è un qualcosa, controllato alla fine della "catena di produzione", ma durante l'intero processo di lavoro. Questa sezione descrive alcune delle teorie principali che stanno alla base di questo principio.

I tentativi tradizionali per convincere e portare i professionisti della salute a cambiare il proprio comportamento, come, ad esempio, garantire la compliance con un protocollo o promuovere programmi di vigilanza in materia di interazioni farmacologiche, sono stati difficili da raggiungere per molte professioni sanitarie, come medicina, odontoiatria e scienze infermieristiche, ma altre, come farmacia, hanno avuto più successo. Vi sono state migliaia di raccomandazioni da centinaia di comitati e gruppi di professionisti alla pari per migliorare la sicurezza e la qualità delle cure del paziente negli ultimi decenni ma si è visto che la pubblicazione delle evidenze nelle riviste mediche, di per sé, non porta i medici a cambiare la propria pratica clinica [3].

Una serie di metodi di miglioramento sono stati progettati per tentare di risolvere questa lacuna e fornire agli operatori sanitari gli strumenti per: (i) identificare un problema; (ii) misurare il problema; (iii) sviluppare una serie di interventi volti a risolvere il problema; e (iv) verificare se gli interventi siano stati efficaci.

L'identificazione e l'analisi di ogni tappa nell'erogazione dell'assistenza sanitaria rappresenta la base dei metodi di miglioramento. Quando ogni fase del processo viene analizzata, si comincia a capire come i diversi fattori sono collegati ed interagiscono, e come possono essere misurati. La misurazione è fondamentale per il miglioramento della sicurezza.

Parole chiave
Miglioramento della qualità, ciclo PDSA, concetto di cambiamento, variazione, metodi di miglioramento della qualità, strumenti di miglioramento, diagrammi di flusso, diagramma causa ed effetto (Ishikawa/a spina di pesce), diagramma di Pareto, istogrammi, grafici a linee.

Obiettivo di apprendimento (Slide 2)

Descrivere i principi del processo di miglioramento, i metodi di base e gli strumenti utilizzati per misurare il miglioramento nella Sicurezza del Paziente.

Risultati di apprendimento: conoscenze ed abilità

E' importante che gli studenti capiscano le informazioni presentate in questo argomento, perché il miglioramento si raggiunge e si mantiene solo attraverso la misurazione continua. Tuttavia, questo argomento sarà, anche, uno dei più difficili da insegnare, perché molte organizzazioni sanitarie non hanno le risorse o le conoscenze per misurare particolari aspetti della sanità. Un modo efficace per gli studenti, per comprendere i vantaggi dell'utilizzo dei metodi di miglioramento, è quello di osservare o partecipare ad

un’attività di miglioramento in una struttura sanitaria. Gli studenti possono, inoltre, applicare i principi e gli strumenti presentati in questo argomento ai propri progetti di auto-miglioramento, quali l’ottimizzazione delle abitudini di studio, lo sviluppo di un regime di esercizio fisico regolare, o passare più tempo con la famiglia o gli amici.

Conoscenze richieste (Slide 3)
Gli studenti dovrebbero essere in grado di descrivere:

- la scienza del miglioramento;
- i concetti di base del cambiamento;
- i principi di miglioramento;
- il ruolo della misurazione nel miglioramento.

Abilità richieste (Slide 4)

- Identificare le opportunità di utilizzo della scienza della sicurezza per analizzare gli errori.
- Riconoscere la gamma di metodi di miglioramento disponibili per ridurre i danni ai pazienti.
- Applicare almeno uno strumento di miglioramento in un particolare contesto clinico.
- Partecipare ad un’attività di miglioramento (se possibile).

La scienza del miglioramento (Slide 5)

La scienza del miglioramento ha le sue origini nel lavoro di W. Edwards Deming, il padre della teoria del miglioramento. Egli ha descritto le seguenti quattro componenti di base della scienza del miglioramento [4]: la valutazione del sistema, la comprensione della variazione, la teoria della conoscenza e la psicologia.

Deming ha affermato che non abbiamo bisogno di comprendere profondamente questi componenti per applicare la scienza del miglioramento [5]. Un'analogia utilizzata dai leader del miglioramento è che possiamo guidare una macchina senza comprendere come funziona [4, 6]. Gli studenti che iniziano la loro carriera nell’assistenza sanitaria hanno solo bisogno di una conoscenza di base della scienza del miglioramento. La cosa più importante è che sappiano che vi sono metodi per migliorare i processi di cura [7].

Valutazione del sistema
Nell’applicazione dei concetti di Deming all'assistenza sanitaria, dobbiamo ricordare che la maggior parte degli outcome assistenziali o dei servizi riguardano sistemi complessi di interazione tra operatori sanitari, procedure ed attrezzature, cultura organizzativa e pazienti. Pertanto, è importante che gli studenti comprendano le interdipendenze e le relazioni tra tutti questi componenti (medici, odontoiatri, farmacisti, ostetriche, infermieri, altri operatori sanitari, pazienti, trattamenti, attrezzature, procedure, blocchi operatori, e così via), aumentando in tal modo la precisione di qualsiasi previsione fatta per stimare l'impatto di ogni cambiamento sul sistema.

Comprendere la variazione
La variazione è la differenza tra due o più aspetti paragonabili, come diverse percentuali di successo per le appendicectomie, eseguite in due diverse regioni di un Paese, o diversi tassi di carie in due differenti regioni. Nella sanità, vi è un'ampia variazione, e gli outcome del paziente possono differire da un reparto all'altro, da un ospedale all'altro, da una regione all'altra e da un Paese all'altro. Tuttavia, dobbiamo tener presente che la variazione è una caratteristica della maggior parte dei sistemi. La carenza di personale, attrezzature, farmaci o letti possono portare a variazioni nelle cure. Gli studenti possono prendere l'abitudine di chiedere ai loro insegnanti e supervisori informazioni in merito ai risultati attesi di un particolare trattamento o procedura. Tre donne trasferite in un ospedale, dopo aver partorito in un setting rurale, testimoniano un problema con il processo del parto per tale setting? L'infermiere che fa gli straordinari fa anche la differenza nelle cure del paziente? Il malposizionamento di una protesi dentaria può essere indice di un problema nel processo? C'erano meno errori terapeutici quando il farmacista si univa al team durante i giri del reparto? La capacità di rispondere a queste domande, e ad altre simili, è parte dell'obiettivo dell’attività di miglioramento.

Teoria della conoscenza
Deming afferma che la teoria della conoscenza ci impone di prevedere che i cambiamenti che facciamo porteranno a risultati migliori. Prevedere i risultati di un cambiamento rappresenta un passo necessario nel processo di progettazione

preliminare. Molti studenti avranno esperienza con previsioni del genere, avendo scritto dei programmi di studio per prevedere quali informazioni dovevano apprendere al fine di superare un esame. Le persone con esperienze specifiche possono fare previsioni mirate migliori. Ad esempio, gli operatori sanitari che lavorano in un particolare ambiente sanitario, come un ospedale rurale, possono essere più in grado di predire i risultati di un cambiamento in quel particolare ambiente, perché hanno più conoscenze riguardo al contesto e le modalità di funzionamento (o di come dovrebbe funzionare) e quindi, possono meglio prevedere il modo in cui un particolare cambiamento interesserà i pazienti e le loro famiglie. Quando gli operatori sanitari hanno esperienza e conoscenza dell'area che desiderano migliorare, i cambiamenti che essi propongono sono più suscettibili di portare a veri miglioramenti. Confrontare i risultati con quanto era stato previsto è un'importante attività di apprendimento. Acquisire conoscenze apportando cambiamenti e poi misurare i risultati od osservare le differenze rilevate rappresentano il fondamento della scienza del miglioramento.

Psicologia

L'ultima componente è l'importanza di comprendere la psicologia di come interagiscono le persone tra loro e con il sistema. Ogni cambiamento, grande o piccolo, avrà un impatto e la conoscenza della psicologia può aiutarci a comprendere come la gente potrebbe reagire e perché potrebbero essere resistenti al cambiamento. Un reparto di medicina in un ospedale, ad esempio, include un certo numero di persone che varieranno enormemente nelle loro reazioni ad un evento simile, come ad esempio l'introduzione di un sistema di incident reporting per tenere traccia degli eventi avversi. Le reazioni potenzialmente differenti devono essere prese in considerazione quando viene introdotto un cambiamento.

Questi quattro elementi costituiscono il sistema di conoscenze che sta alla base del miglioramento. Secondo Deming, è impossibile che il miglioramento avvenga senza le seguenti azioni: sviluppo, sperimentazione e attuazione dei cambiamenti.

Concetti di base del cambiamento (Slide 5)

Nolan e Schall [6] hanno definito un concetto di cambiamento come un'idea generale, di provato valore e con una solida base scientifica o logica, che può stimolare intuizioni specifiche di mutamento, che portano ad un miglioramento. Essi hanno identificato una serie di modi per pensare a possibili cambiamenti che possono generarsi ovunque: pensiero critico riguardo al sistema attuale, pensiero creativo, osservare il processo, un'idea dalla letteratura, un suggerimento di un paziente, o un'intuizione acquisita da una situazione o area completamente diversa.

Molte persone usano intuitivamente i concetti di cambiamento nella loro vita quotidiana, chiedendo quali modifiche possono essere apportate per migliorare una situazione particolare, ad esempio, cattive abitudini di studio, tensione con un membro della famiglia o difficoltà sul posto di lavoro. Si chiedono "cosa posso fare per rendere la situazione migliore, per apportare un miglioramento?".

Un team di assistenza sanitaria che vuole migliorare la cura del paziente, può partire da un concetto astratto e tentare di applicarlo nell'ambiente locale, in una particolare situazione o attività che sta cercando di migliorare. Tale processo dovrà tener conto degli aspetti propri della situazione locale. Questo è una caratteristica importante perché coinvolge il team locale nel processo di miglioramento. I membri del team che prendono parte a

Tavola B.7.1. Esempio di applicazione di un concetto di cambiamento

Un team di assistenza sanitaria vuole aderire alle raccomandazioni delle *Linee Guida dell'OMS per l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria*. Essi credono che sia una buona idea, soprattutto perché queste *Linee guida* si basano su evidenze disponibili nella letteratura scientifica e sul parere degli esperti. Si potrebbe prevedere che, se vengono utilizzate queste *Linee guida*, vi sarebbe un ulteriore miglioramento, cioè una diminuzione della trasmissione delle infezioni attraverso le mani degli operatori sanitari.

questa fase del processo saranno più impegnati nel progetto di miglioramento.

Una linea guida è un esempio di un concetto astratto. Il team dovrebbe poi fare dei progetti più specifici per l'implementazione della linea guida sul posto di lavoro. Cioè, essi applicano il concetto astratto al fine pratico di ridurre le infezioni all'interno del loro contesto lavorativo. Dal momento che il concetto di cambiamento è astratto e tutt'altro che pratico, dovrebbe essere supportato dalla letteratura e dalle prove di efficacia.

Man mano che il concetto diventa più locale e pratico (applicato), dovrebbe diventare sempre più concreto, logicamente collegato e sensibile alla situazione locale.

Principi che stanno alla base dei modelli di miglioramento

Il miglioramento della qualità comprende qualsiasi processo o strumento volto a ridurre una lacuna nella qualità nelle funzioni sistemiche od organizzative. I principi fondamentali del miglioramento della qualità sono abbastanza intuitivi: focus sul paziente / utente, una forte leadership, coinvolgimento di tutti i membri del team, l'utilizzo di un approccio per processi, l'utilizzo di un approccio di gestione sistemico, il miglioramento continuo, un approccio al processo decisionale basato sui fatti e le relazioni reciprocamente vantaggiose per tutte le parti.

Il miglioramento implica sia la costruzione che l'applicazione delle conoscenze. La maggior parte dei modelli di miglioramento implicano una fase di esame, seguita dal ciclo PDSA descritto da Deming (vedere la Figura B.7.1).

Le domande chiave in qualsiasi processo di miglioramento sono:

1. cosa stiamo cercando di realizzare?
2. come sapremo se un cambiamento rappresenta o comporta un miglioramento?

Non è insolito utilizzare un approccio per tentativo ed errore negli sforzi di fare un cambiamento che porti ad un miglioramento. Questo stesso approccio è alla base del processo di PDSA utilizzato per fare qualsiasi tipologia di miglioramento, sia grande che piccolo.

Figura B.7.1. Modello di miglioramento (Slide 7 e 8)

Fonte: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

1. Cosa stiamo cercando di realizzare?
Questa domanda aiuta a focalizzare il team sanitario sulle aree che si sta cercando di migliorare o di correggere. E' importante che tutto il team sia d'accordo che esiste un problema e che vale la pena di cercare di risolverlo. Alcuni esempi sono:

(a) Siamo tutti d'accordo che il tasso di infezione nei pazienti sottoposti ad intervento al ginocchio è troppo alto?

(b) Siamo tutti d'accordo che abbiamo bisogno di un sistema di prenotazione migliore per i pazienti ambulatoriali?

(c) Siamo tutti d'accordo che il modo in cui i farmaci sono conservati presso la clinica odontoiatrica è inadeguato?

La conferma che vi è un problema richiede che vi siano delle evidenze (qualitative o quantitative) che definiscono l'entità del problema. Ad esempio, rispetto agli esempi riportati sopra:

(a) Abbiamo i dati relativi al tasso di infezione?

(b) Vi sono reclami riguardanti il sistema di prenotazione attualmente utilizzato?

(c) Vi sono stati farmaci, tra quelli conservati presso la clinica odontoiatrica, che si sono deteriorati nell'ultimo mese?

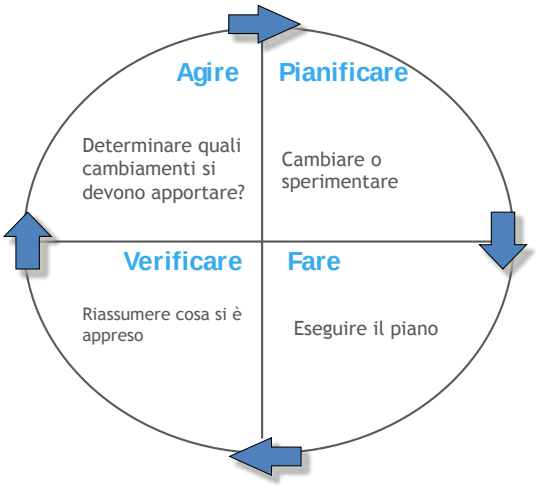
Non è una buona idea fare tanta fatica per risolvere un quesito che solo una persona pensa che sia un problema.

Molti Paesi avranno banche dati, nazionali e internazionali, di indicatori per specifiche

patologie. Questi database sono molto utili, in particolare per il benchmarking, e perché i dati contenuti permettono al team di concentrare i suoi sforzi nella giusta direzione. In alcuni casi, potrebbero non esserci molti dati disponibili. Tuttavia, indipendentemente dalla portata delle informazioni disponibili, bisogna cercare di introdurre i cambiamenti più semplici possibili.

2. Come sapremo se il cambiamento rappresenta un miglioramento?
Gli operatori sanitari e gli studenti dovranno misurare i risultati / i parametri in questione, prima e dopo l'introduzione del cambiamento, per vedere se le azioni intraprese dal team hanno fatto la differenza. Il miglioramento può essere confermato quando i dati raccolti mostrano che la situazione è migliorata nel tempo. I miglioramenti devono poter essere mantenuti prima che il team possa essere certo che il cambiamento sia stato efficace. Ciò comporta che il team testi i vari interventi che ha progettato e realizzato. Il ciclo PDSA, mostrato nello schema seguente, descrive un metodo utilizzato come modello per testare una gamma di modalità volte a valutare se un intervento sia stato efficace.

Figura B.7.2. Il ciclo plan-do-study-act (Slide 9)



Fonte: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Il ciclo inizia con un piano / programma e si conclude con un'azione. La fase di verifica viene condotta per far emergere nuove informazioni e conoscenze. Questo è un passo importante nella scienza del miglioramento, perché le nuove informazioni permettono migliori previsioni riguardo agli effetti del cambiamento. L'applicazione del modello PDSA può essere semplice o complessa, formale o informale. Esempi pratici di situazioni in cui può essere utilizzato il ciclo PDSA comprendono: il miglioramento dei tempi di attesa in un ambulatorio territoriale, la riduzione dei tassi di infezione chirurgica nel blocco operatorio, la riduzione della durata del ricovero dopo l'intervento chirurgico, la riduzione al minimo degli eventi in odontoiatria, la riduzione del numero di risultati di test inviati alla persona errata, il miglioramento dell'esperienza del parto per le mamme. Un'attività formale di miglioramento può richiedere una documentazione dettagliata, strumenti più complessi per l'analisi dei dati o più tempo per la discussione e per gli incontri del team. Il modello PDSA prevede una struttura che ripete le quattro fasi più e più volte, fino a quando il miglioramento sia stato realizzato e mantenuto.

Aspetti da considerare quando si inizia un progetto di miglioramento

I seguenti aspetti devono essere presi in considerazione quando si stabilisce di utilizzare un metodo di miglioramento.

Deve essere costituito un team
Includere le persone giuste in un team di miglioramento è fondamentale per garantire il successo del progetto. I team variano secondo dimensione e composizione ed ogni organizzazione costituisce i team secondo le proprie necessità. Ad esempio, se l'obiettivo del progetto è quello di migliorare la pianificazione della dimissione, il team dovrebbe includere persone che conoscono il processo di dimissione: infermieri, medici di medicina generale, farmacisti, odontoiatri e ostetriche (a seconda dei pazienti in questione) e pazienti.

Il team ha bisogno di definire lo scopo e gli obiettivi del processo di miglioramento
Un miglioramento richiede la definizione di scopo e obiettivi. Gli obiettivi devono essere misurabili, con specificato l'intervallo di tempo necessario per raggiungerli, e dovrebbero anche definire la popolazione specifica di pazienti che saranno coinvolti. Questo aiuta a mantenere il team ed i suoi sforzi concentrati sull'obiettivo da

raggiungere.

Il team ha bisogno di decidere come andrà a misurare i cambiamenti
I team devono utilizzare misure quantitative per determinare se una modifica, di fatto, porta ad un miglioramento.

Il team avrà bisogno di selezionare i cambiamenti da apportare
Tutti i miglioramenti richiedono un cambiamento, ma non tutti i cambiamenti risultano in un miglioramento. Le organizzazioni, pertanto, devono identificare i cambiamenti che hanno più probabilità di determinare un miglioramento.

Il team ha bisogno di sperimentare i cambiamenti
Il ciclo di PDSA è un modo rapido per testare un cambiamento nell'ambiente di lavoro reale, compresa la pianificazione del cambiamento, la sperimentazione, l'osservazione dei risultati e l'azione sulla base di ciò che è stato appreso. Rappresenta un esempio di metodo scientifico.

Il team ha bisogno di implementare i cambiamenti
Dopo aver sperimentato il cambiamento su scala ridotta, imparando da ogni ciclo di implementazione e perfezionandolo attraverso diversi cicli PDSA, il team può attuare il cambiamento, ad esempio, su una scala più ampia, sull'intera popolazione o in tutta la struttura sanitaria.

Il team ha bisogno di diffondere i cambiamenti
Il successo di un cambiamento o di un insieme di cambiamenti, in una popolazione pilota od in un intero reparto, può permettere al team o ai manager di diffondere, in un secondo, tempo i cambiamenti in altre parti dell'organizzazione od in altre organizzazioni.

Il ruolo della misurazione nel miglioramento
Le attività di miglioramento della qualità richiedono ai professionisti sanitari di raccogliere ed analizzare i dati generati dai processi di assistenza sanitaria. Ad esempio, gli studenti non possono studiare un cambiamento nelle loro abitudini di studio, senza ottenere alcune informazioni sulle loro abitudini attuali di studio e l'ambiente in cui vivono e studiano. In primo luogo, hanno bisogno di esaminare i dati per vedere se vi è un problema riguardo le loro abitudini di studio. Poi, hanno bisogno di decidere quali sono le informazioni necessarie per misurare se sono stati fatti dei miglioramenti.

In questa analogia, l'obiettivo del progetto di miglioramento è quello apportare un cambiamento alle abitudini di studio degli studenti, portando ad un loro miglior successo agli esami, piuttosto che semplicemente identificare gli studenti con cattive abitudini di studio.

La misurazione è una componente essenziale del miglioramento, perché costringe le persone a guardare quello che fanno e come lo fanno. Tutti i metodi di miglioramento si basano sulla misurazione. La maggior parte delle attività nel settore sanitario si possono misurare, anche se, abitualmente, non vengono misurate. Vi è una forte evidenza che dimostra che, quando le persone utilizzano gli strumenti adeguati per misurare il cambiamento, possono essere apportati miglioramenti significativi. Gli studenti, nel nostro esempio sopra riportato, sapranno se hanno migliorato le loro abitudini di studio solo misurando prima e dopo la situazione. La Tabella B.7.1 (Slide 10) illustra alcune differenze nella misurazione per la ricerca e per il miglioramento.

Vi sono tre principali tipologie di misure utilizzate in miglioramento (Slide 11): misure di esito (outcome), misure di processo e misure di bilanciamento.

Le misure di outcome
Esempi di misure di outcome includono la frequenza degli eventi avversi, il numero di decessi inattesi, le indagini sulla soddisfazione dei pazienti ed altri processi che catturano le esperienze dei pazienti e delle loro famiglie. Questi includono questionari, revisioni di cartelle cliniche ed altri metodi, come ad esempio le interviste, che cercano di misurare l'incidenza di eventi avversi, le percezioni delle persone o le attitudini verso un servizio, od il loro livello di soddisfazione riguardo alla struttura sanitaria.

Alcuni esempi specifici includono:

- accessibilità: il tempo di attesa per gli appuntamenti e le visite;
- cure intensive: il numero di decessi nel dipartimento di emergenza od il numero di decessi / quasi eventi a causa di

Tabella B.7.1. Diverse misure per obiettivi differenti

	Misurazione per la ricerca	Misurazione per l'apprendimento e per il miglioramento dei processi
Obiettivo	Scoprire nuove conoscenze	Applicare nuove conoscenze nella pratica odierna
Sperimentazione	Una sola sperimentazione ampia in "doppio cieco"	Più sperimentazioni sequenziali, osservabili
Bias	Controllo per più bias possibili	Stabilizzare i bias da una sperimentazione all'altra
Dati	Ottenere più dati possibili "non si sa mai"	Ottenere dati sufficienti per apprendere e completare un altro ciclo
Durata	Può aver bisogno di lunghi periodi di tempo per ottenere risultati	Piccole sperimentazioni dei cambiamenti significativi accelerano il miglioramento

Fonte: Institute for Healthcare Improvement (http://www.ihi.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/ [8].

emorragia post-partum o eclampsia;

- sistemi inerenti alla terapia farmacologica: il numero di errori di dosaggio dei farmaci o di somministrazione che si sono verificati e / o sono stati rilevati.

Nelle revisioni di cartelle cliniche, vengono utilizzati dei *flag* rossi per identificare e misurare la frequenza di eventi avversi.

Misure di processo

Le misure di processo si riferiscono alla valutazione quantitativa del funzionamento di un sistema. Queste misure si concentrano sugli aspetti di un sistema, associati ad un particolare esito negativo, piuttosto che sull'incidenza dell'evento stesso. Queste misure sono, di solito, utilizzate quando un professionista sanitario anziano od un manager vuole sapere se funziona in modo appropriato una parte o un aspetto di un servizio sanitario o di un sistema.

Alcuni esempi specifici:

- cure chirurgiche: il numero di volte in cui è stato completato il conteggio delle garze;
- somministrazione dei farmaci: ritardi, tenendo conto di fattori che riguardano la prescrizione, la distribuzione e la somministrazione del farmaco;
- ritardi nel trasferimento nelle sale parto;
- accessibilità: numero di giorni in cui la Terapia Intensiva è piena e non ha posti letto.

Misure di bilanciamento

Queste misure sono utilizzate per garantire che qualsiasi cambiamento non crei ulteriori problemi. Esse sono impiegate per esaminare il servizio o l'organizzazione da una prospettiva diversa. Ad esempio, se gli studenti cambiano le loro abitudini di studio, in un modo che non lascia loro tempo per vedere gli amici, vi può essere un effetto negativo sul loro benessere. Un esempio di misura di bilanciamento in un contesto sanitario potrebbe essere quella di fare in modo che gli sforzi per ridurre la durata del ricovero in ospedale per un particolare gruppo di pazienti non porti ad un aumento dei tassi di riammissione dei pazienti non in grado di prendersi cura di se stessi in modo appropriato.

Esempi di metodi di miglioramento (Slide 12 e 13)

Vi sono molti esempi di metodi di miglioramento nel settore sanitario. Molti studenti potranno acquisire conoscenze riguardo ai metodi utilizzati nei rispettivi luoghi di lavoro, mentre progrediscono nella loro carriera. Dr. Brent James (USA) [9] ha portato significative migliorie nella sanità con un metodo chiamato miglioramento della pratica clinica (Clinical Practice Improvement, CPI). Altri due metodi comunemente utilizzati in molti Paesi sono la Root Cause Analysis (RCA) e l'analisi dei modi di guasto/errore e dei loro effetti (FMEA). Questi tre modelli di miglioramento sono brevemente descritti di seguito.

Il miglioramento della pratica clinica (Clinical Practice Improvement)

La metodologia CPI viene utilizzata dal personale sanitario per migliorare la qualità

e la sicurezza dell'assistenza sanitaria, attraverso un esame dettagliato dei processi e degli outcome delle cure. Il successo di un progetto CPI dipende dal team coinvolto in ognuna delle seguenti cinque fasi.

Fase di progettazione
I membri del team devono chiedersi che cosa vogliono correggere o realizzare. Possono farlo sviluppando una dichiarazione di intenti, od un obiettivo che descrive in poche frasi cosa vogliono ottenere. I pazienti dovrebbero sempre essere considerati come membri del team. In questa fase, il team dovrebbe prendere in considerazione la tipologia di misure che possono essere utilizzate.

Fase di diagnosi
Alcuni problemi sono abbastanza fastidiosi, ma non vale la pena correggerli, a causa dei minimi benefici associati al loro rimedio. Pertanto, il team ha bisogno di chiedersi se il problema che ha identificato merita di essere risolto. Il team dovrebbe stabilire la reale entità del problema, raccogliendo quante più informazioni possibili, riguardo al problema stesso. Il team ha anche bisogno di comprendere le aspettative dei partecipanti. Un esercizio di brainstorming del team può far emergere possibili cambiamenti che potrebbero portare ad un miglioramento. Una decisione in merito alla misurazione di qualsiasi miglioramento deve essere presa durante questa fase.

Fase di intervento (Slide 14, 15, 16 e 17)
Ormai, il team avrà stabilito quali sono i problemi e considerato le possibili soluzioni. Ciascuna delle soluzioni proposte dovrà essere sperimentata attraverso un processo di tentativo ed errore, utilizzando i cicli PDSA per testare i cambiamenti, osservare i risultati di questi cambiamenti e mantenere quelli che funzionano.

Fase di impatto ed implementazione (Slide 18)
Questa fase serve per misurare e registrare i risultati degli interventi testati. Gli interventi fanno la differenza?

Gli effetti di tutti i cambiamenti devono essere misurati, in modo che si possa dire che il cambiamento ha fatto la differenza. Altrimenti, non possiamo escludere la possibilità che eventuali sviluppi positivi siano il risultato di una coincidenza o di eventi che accadono una sola volta. L'obiettivo è quello di introdurre un cambiamento che si traduce in miglioramento continuo. I dati che mostrano i risultati del cambiamento vengono visualizzati utilizzando grafici a linee e metodi statistici appropriati. Utilizzando, come esempio, le abitudini di studio degli studenti, possiamo dire che gli studenti hanno migliorato le loro abitudini di studio se hanno mantenuto le nuove abitudini di studio per un periodo di alcuni mesi e non sono tornati alle vecchie.

Fase di mantenimento e miglioramento (Slide 19)
La fase finale richiede al team di sviluppare e concordare un processo di monitoraggio e di pianificazione per il miglioramento continuo. I miglioramenti apportati oggi diventeranno fallimenti nel futuro se non vi sono piani su come mantenerli.

Questa fase può comportare la standardizzazione dei processi e dei sistemi, per le attività di lavoro esistenti, nonché la documentazione di linee di condotta pertinenti, di procedure, protocolli e linee guida. Questa fase può coinvolgere, anch'essa, misurazioni e revisioni, al fine di rendere il cambiamento, una pratica di routine, come pure formazione ed addestramento del personale.

Un esempio di progetto CPI
Il seguente esempio di progetto CPI aiuterà gli studenti a comprendere questo strumento e come viene utilizzato nel processo di miglioramento. Il caso sotto descritto presenta un progetto intrapreso nel corso del programma CPI, condotto dal Centro Nord per il Miglioramento nell'Assistenza Sanitaria (Sydney, New South Wales, Australia). Il nome dell'ospedale ed i nomi dei partecipanti sono stati rimossi. Il titolo del progetto è *Convalescenza più rapida dopo intervento di colectomia*.

La prima cosa che ha fatto il team è stata quella di identificare esattamente che cosa era necessario cambiare. La durata del ricovero dei pazienti sottoposti ad intervento di colectomia è più lunga di quanto dovrebbe essere? E' stata concordata la seguente dichiarazione di intenti:

Ridurre la durata del ricovero dei pazienti sottoposti ad intervento di colectomia da 13 giorni a 4 giorni, entro sei mesi, nell'ospedale pilota.

Il passo successivo nel processo è stato quello di selezionare il team adatto per

realizzare questo progetto. I membri del team devono avere le conoscenze fondamentali necessarie per il compito da svolgere.

I membri del team di orientamento:

— responsabile della struttura sanitaria;
— responsabile dell'ospedale;
— responsabile del servizio professioni sanitarie;
— infermiere consulente dell'area specifica (gestione del dolore);
— chirurgo.

I membri del team di progetto:

— infermiere consulente della specifica area della gestione del dolore (team leader);
— chirurgo generale;
— anestesista;
— infermiere dell'area gestione del dolore acuto;
— area perioperatoria;
— infermiere del reparto di chirurgia;
— farmacista;
— fisioterapista;
— dietista;
— paziente.

Torneremo a questo esempio più avanti in questo capitolo.

Root cause analysis o analisi delle cause profonde

Molti ospedali e servizi sanitari utilizzano oggi un processo chiamato *root cause analysis* (RCA), per identificare le cause degli eventi avversi. La RCA è stata sviluppata nel settore ingegneristico e poi mutuata in molti settori, tra cui anche l'assistenza sanitaria. Una RCA viene utilizzata dopo l'accadimento di un evento avverso o quasi evento, per scoprire le cause che lo hanno determinato. Per tale motivo, essa si concentra sull'evento in causa e sulle circostanze che lo hanno favorito. Sono molte le lezioni che si possono trarre da questo processo di analisi retrospettiva che può evitare il ripetersi di simili incidenti in futuro.

Una RCA è un processo ben definito, che cerca di esplorare tutti i possibili fattori associati con un incidente, chiedendo cosa è successo, perché e cosa si può fare per evitare che un simile evento accada di nuovo.

E' necessaria una formazione degli operatori sanitari per poter applicare al meglio questa metodologia, come per l'utilizzo del CPI. Molti Paesi hanno introdotto specifici programmi di formazione per aiutare i professionisti sanitari a sviluppare le competenze nella conduzione di una RCA. Il VA statunitense e gli ospedali australiani hanno adattato la tecnica RCA per l'analisi di eventi avversi. Il modello VA è diventato un prototipo per le organizzazioni sanitarie di tutto il mondo.

E' difficile per un team di operatori sanitari condurre una RCA senza il supporto della propria organizzazione, compresa la disponibilità di personale, tempo e sostegno da parte di manager, medici e della direzione della struttura.

Il VA ha sviluppato una guida per il personale sulle possibili aree e le domande da porre per scoprire i possibili fattori coinvolti in un incidente.

— *Comunicazione*: Il paziente è stato correttamente identificato? Le informazioni derivanti dalle valutazioni del paziente sono state condivise tra i membri del team di assistenza in modo tempestivo?
— *Ambiente*: L'ambiente di lavoro era stato progettato appositamente per la sua funzione? Vi era stata eseguita una valutazione del rischio ambientale?
— *Attrezzature*: Le attrezzature erano state progettate per gli scopi per cui venivano utilizzate? Era stata eseguita una revisione riguardo alla sicurezza delle apparecchiature ed era stata documentata?
— *Barriere*: Quali barriere e controlli sono stati coinvolti in questo incidente? Erano stati progettati per proteggere i pazienti, il personale, le attrezzature o gli ambienti?
— *Regole, politiche e procedure*: Vi era presente un piano di gestione globale per affrontare i rischi; erano state assegnate le responsabilità in merito? Era stato realizzato un precedente audit per analizzare un evento simile? In caso affermativo, erano state identificate le cause dello stesso ed erano state sviluppate ed attuate in modo tempestivo strategie di intervento efficaci?
— *Stanchezza e pianificazione*: Le condizioni ambientali (ad es. i livelli di

vibrazione, rumore ed altri aspetti) erano adeguate? Il personale aveva avuto adeguato tempo di recupero?

Tutte le raccomandazioni dovrebbero affrontare le cause principali del problema ed essere specifiche, concrete e di facile comprensione; dovrebbero essere, inoltre, realistiche, cioè la loro attuazione dovrebbe essere possibile. In aggiunta, dovrebbero essere chiaramente definiti ruoli e responsabilità per la loro attuazione, nonché le tempistiche della loro implementazione.

L'analisi dei modi di guasto/errore e dei loro effetti

Contesto

L'obiettivo della FMEA è quello di prevenire i problemi correlati ai processi assistenziali, prima che si verifichino. La FMEA ha le sue origini nel settore militare statunitense, come procedura militare MIL-P-1629, ora presente come standard militare 1629A - Procedura per lo svolgimento dell'analisi critica dei modi di guasto/errore e dei loro effetti [10]. Al suo livello più elementare, la FMEA cerca di identificare l'effetto del fallimento di un componente. Dal momento che questi fallimenti non si sono ancora verificati, essi sono espressi in un'accezione probabilistica di accadimento del rischio e dell'entità del suo impatto. I team utilizzano, quindi, queste informazioni, per introdurre miglioramenti della qualità all'interno delle rispettive organizzazioni. L'implementazione di miglioramenti della qualità, utilizzando la FMEA, nell'ambito dell'assistenza sanitaria, è iniziata nei primi anni '90. Da allora, l'utilizzo della FMEA è stato ampliato, soprattutto nel contesto ospedaliero, in gran parte per il fatto che viene richiesto dagli standard delle organizzazioni che accreditano gli ospedali ma, anche, perché il linguaggio ingegneristico della FMEA è stato tradotto in uno più accessibile ai professionisti del settore sanitario.

FMEA: Il quadro generale

La FMEA è un approccio che cerca di trovare ed identificare potenziali fallimenti nel sistema e mettere in atto strategie per prevenire questi fallimenti. La FMEA è, di solito, un componente della più ampia gamma di sforzi di miglioramento della qualità intrapresi da un'organizzazione sanitaria e si basa su un processo suddiviso in tre fasi:

1. Valutazione del rischio
   (a) L'identificazione dei rischi - comporta la valutazione delle evidenze che indicano che il processo in questione può comportare dei danni.
   (b) Analisi sistemica - comporta la rappresentazione grafica dell'intero processo di cura e la valutazione di ogni rischio di potenziale danno ad esso associato. Questa è la fase che caratterizza maggiormente la FMEA.
   (c) Caratterizzazione dei rischi - integra i risultati delle prime due tappe. In questa fase, le ipotesi, i dubbi e le valutazioni vengono presentati e, sulla base dei consensi, viene sviluppato un elenco di azioni da intraprendere per ridurre il rischio.
2. Implementazione
3. Valutazione.

Conoscenze e abilità di base

Per comprendere le basi della FMEA, gli studenti hanno bisogno di conoscere il concetto di mappatura dei processi ed il ruolo del lavoro in team.

La *mappatura dei processi* è utilizzata in tutti i settori di produzione ma, in ambito sanitario, essa si riferisce semplicemente all'identificazione di tutte le tappe necessarie per fornire l'assistenza ed ottenere una fotografia chiara del modo in cui essa è organizzata e gestita.

L'obiettivo *del team di problem-solving* è quello di pensare a tutti i modi in cui le diverse tappe specifiche di un processo di cura possano fallire. Una caratteristica particolare della FMEA è che i team possono poi quantificare i modi di guasto/errore, attraverso l'attribuzione dei punteggi di gravità, probabilità e rilevabilità ed il calcolo dell'indice di priorità dei rischi. Ognuna delle dimensioni del rischio viene tipicamente valutata su una scala da 1 a 10. L'indice di priorità dei rischi ne facilita la loro prioritizzazione, per supportare i team di problem solving a dirigere i loro sforzi verso quei componenti del processo che devono essere affrontati per primi.

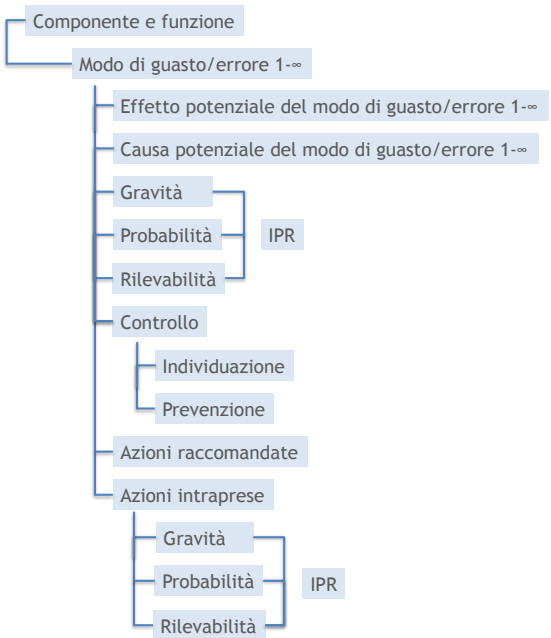
Costruire una FMEA è un'attività gestita da un team che può richiedere l'impiego di più incontri e molte ore di attività. Un elemento cruciale di questo metodo (ma anche di altri) è che la risoluzione dei problemi si verifica all'interno di team composti da persone con una vasta gamma di

competenze, provenienti da vari contesti e con svariate competenze professionali. I gruppi risolvono meglio i problemi, rispetto ai singoli individui, in particolar modo quando le attività sono complesse e richiedono la considerazione e l'integrazione di molti componenti. Inoltre, le decisioni congiunte del team, raggiunte attraverso la condivisione ed il rispetto reciproco, sono decisamente superiori alle scelte individuali o di gruppi che operano secondo la regola della maggioranza [11].

La definizione del problema inizia con la fase di analisi, seguita dalla valutazione del problema da parte del team. Infine, viene presa una decisione, sulla base dell'accordo raggiunto, in merito all'azione da intraprendere. I team di problem-solving efficaci formulano l'obiettivo del loro lavoro, agevolano la discussione trasparente delle differenze di opinione ed analisi ed il confronto delle differenze e delle possibili alternative. I membri di un team efficace si ascoltano e si sostengono reciprocamente.

Vi sono molti modelli e formati disponibili per la FMEA, ma tutti seguono la stessa struttura di base mostrata nella Figura B.7.3.

Figura B.7.3. Componenti e funzionalità della FMEA



Fonte: Sito web FMEA http://www.fmea-fmeca.com/index.html [12].

L'*indice di priorità del rischio* (IPR) è una misura, utilizzata in sede di valutazione del rischio, per aiutare ad identificare i modi di guasto/errore critici, associati al progetto o al processo in esame. I valori dell'IPR oscillano tra 1 (il migliore in assoluto) e 1000 (il peggiore in assoluto). L'IPR della FMEA è comunemente utilizzato nel settore automobilistico ed è, in qualche modo, simile agli indici di criticità utilizzati nella Mil-Std-1629A (standard militare statunitense per eseguire la FMEA). Il grafico B.7.3. presenta i fattori che compongono l'IPR e come questo viene calcolato per ciascun tipo di guasto/errore [12].

Strumenti per la valutazione dei problemi sottostanti e dell'avanzamento

I seguenti strumenti per l'organizzazione e l'analisi dei dati, relativamente semplici da utilizzare, sono comunemente impiegati nelle attività di miglioramento della qualità nell'assistenza sanitaria. Molti ambiti assistenziali, come gli ospedali ed i setting territoriali, raccolgono ed utilizzano di routine dati sui servizi offerti, ed analizzano statisticamente tali dati per presentare i risultati alle autorità sanitarie locali o al direttore del servizio. I seguenti strumenti sono comunemente utilizzati nelle attività di miglioramento della qualità: diagrammi di flusso, diagrammi causa ed effetto (conosciuti anche come diagramma Ishikawa o a spina di pesce), grafici Pareto e grafici a linee. Una breve descrizione di ognuno di questi strumenti è fornita di seguito.

Diagrammi di flusso (Slide 20)

I diagrammi di flusso consentono al team di comprendere le tappe coinvolte nell'erogazione dei vari servizi di assistenza sanitaria, come, ad es., quelli dei pazienti sottoposti ad un particolare trattamento o procedura. Un diagramma di flusso è una metodologia grafica di rappresentazione di tutte le fasi o di parti di un processo. I sistemi sanitari sono molto complessi e, prima di poter risolvere un problema, è necessario comprendere come funzionano congiuntamente le diverse parti del sistema in questione. I diagrammi di flusso diventano più precisi se svariate professionalità contribuiscono alla sua costruzione e sviluppo. Sarebbe molto difficile per un singolo operatore costruire un diagramma di flusso preciso, perché può non avere familiarità con la vasta gamma di azioni che si verificano in una situazione particolare o non avere accesso a tutta la documentazione inerente ai servizi forniti. Quando più membri del team sono coinvolti nella loro costruzione, i diagrammi di flusso

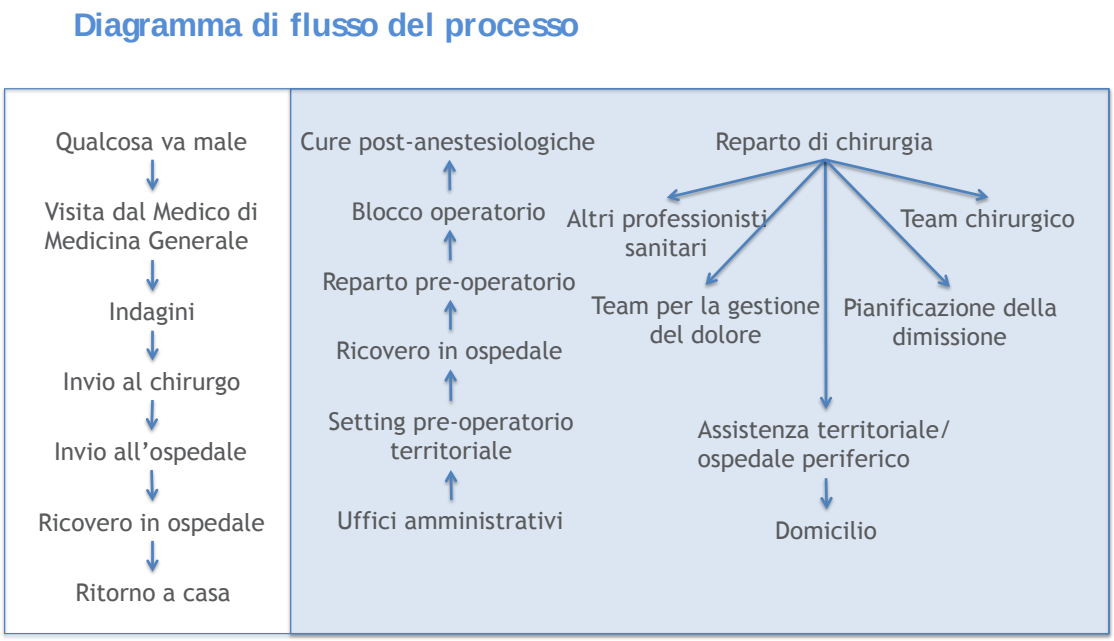
sono un buon modo per rappresentare ciò che effettivamente fanno le persone, piuttosto che quello che gli altri pensano che facciano.

Anche se le azioni descritte dai membri del team possono differire dalla descrizione ufficiale dell'organizzazione, è importante che il diagramma di flusso descriva ciò che effettivamente accade, perché possa fornire un punto di riferimento ed un linguaggio comune condiviso da tutti i membri del team. La corretta costruzione di un diagramma di flusso consente di avere una fotografia accurata del processo, di cosa esso sia in realtà, piuttosto che ciò che gli altri vogliono che sia.

Vi sono due tipi di diagrammi di flusso: diagrammi di flusso di alto livello e diagrammi di flusso dettagliati, ed entrambi hanno una serie di vantaggi: possono essere utilizzati per spiegare i processi coinvolti nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, possono essere utilizzati per identificare tutte le tappe che non aggiungono valore al processo (ad es. ritardi, fallimenti nella comunicazione, scorte e trasporti inutili, tappe inutili, doppioni ed altri sprechi), possono aiutare, inoltre, gli operatori sanitari a sviluppare una visione condivisa del processo ed utilizzare questa conoscenza per raccogliere dati, identificare i problemi, indirizzare le discussioni ed identificare le risorse. Infine, questi grafici possono servire come base di partenza per la progettazione di nuove modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria, aiutando, inoltre, gli operatori sanitari che documentano il processo in questione ad ottenere una migliore comprensione dei rispettivi ruoli e funzioni.

Non tutti i diagrammi di flusso hanno lo stesso aspetto. La figura B.7.4 mostra il diagramma di flusso sviluppato dal team che intende ridurre la durata della degenza in ospedale dei pazienti sottoposti ad intervento di colectomia da 13 giorni a 4 giorni entro sei mesi.

Figura B.7.4. Esempio di diagramma di flusso



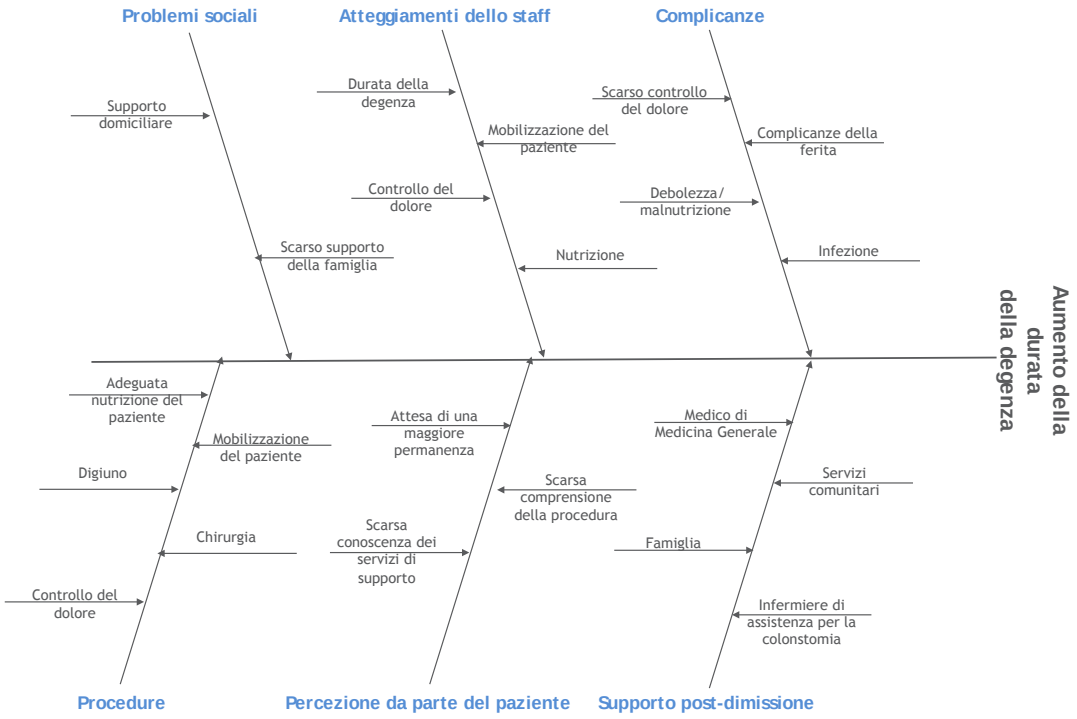
Fonte: Esempio di diagramma di flusso tratto da: Ripresa accelerata dopo l'intervento di colectomia (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

Diagrammi causa ed effetto (Slide 21)
I diagrammi causa ed effetto sono utilizzati per esplorare e visualizzare tutte le possibili cause di un determinato effetto. Questo tipo di diagramma è chiamato anche Ishikawa o grafico a spina di pesce. Un diagramma causa ed effetto visualizza graficamente la relazione delle cause tra di loro e con l'effetto. Esso può essere utilizzato per identificare i molteplici fattori che possono contribuire ad un effetto, aiutando un team a focalizzarsi sulle aree di miglioramento. Il contenuto di ciascun braccio (spina) del diagramma viene generato dai membri del team in seguito alla raccolta delle idee sulle possibili cause. Il diagramma a spina di

diagramma a spina di pesce mostrato nella Figura B.7.5 è il risultato del brainstorming del team di operatori sanitari che lavorano per ridurre la permanenza in ospedale dei pazienti sottoposti ad intervento di colectomia.

Continuando con il progetto CPI condotto dal team che cerca di ridurre il tempo di ricovero in ospedale necessario ai pazienti sottoposti ad intervento di colectomia, è stato utilizzato un diagramma causa ed effetto per identificare i fattori considerati dai membri del team come contribuenti alla durata della degenza in ospedale.

Figura B.7.5. Esempio di diagramma causa ed effetto



Fonte: Esempio di diagramma causa ed effetto tratto da: Ripresa accelerata dopo l'intervento di colectomia (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

Grafici Pareto (Slide 22)

Nel 1950, il Dr. Joseph Juran [13] ha utilizzato il termine *principio di Pareto* per descrivere una grande fetta di problemi di qualità, determinati da un ridotto numero di cause. Il principio che alcuni dei fattori contribuiscono a determinare la maggior parte di un effetto viene utilizzato per indirizzare gli sforzi del team di problem solving. Questo viene fatto per dare una priorità ai problemi, mettendo in evidenza il fatto che la maggior parte dei problemi è influenzata da pochi fattori, ed identificando i problemi da risolvere e in quale ordine affrontarli.

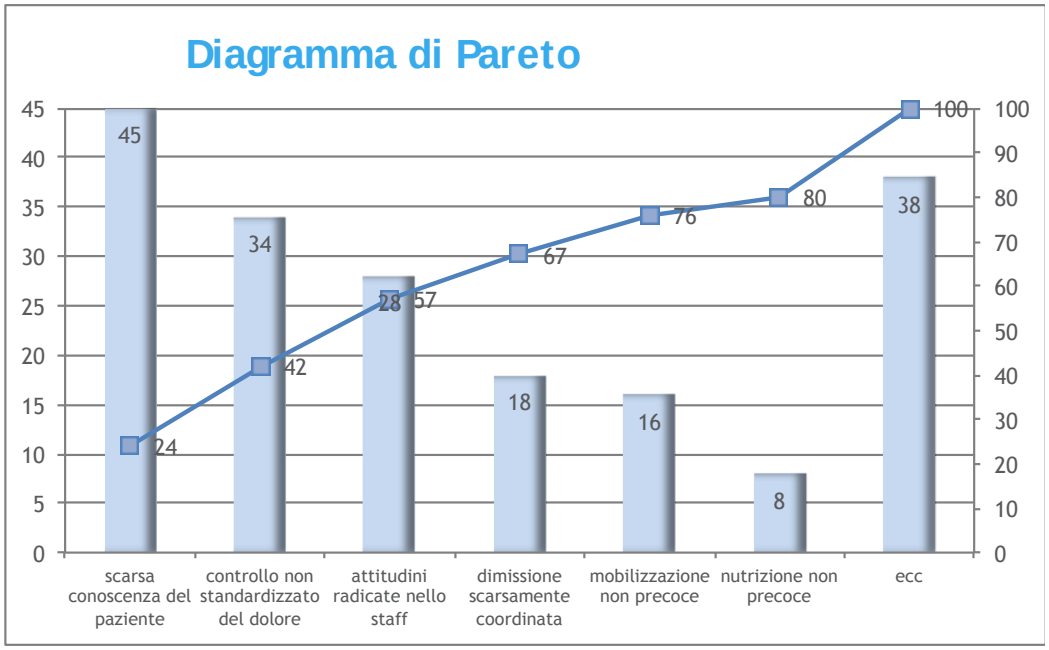
Un diagramma di Pareto è un grafico a barre in cui i molteplici fattori che contribuiscono all'effetto complessivo sono disposti in ordine decrescente, secondo l'entità relativa del loro effetto. L'ordine dei fattori è un passo importante perché aiuta il team a concentrare i suoi sforzi su quei fattori che hanno l'impatto maggiore, aiutandolo anche a spiegare le ragioni del perché concentrarsi su particolari aree.

Grafici a linee (Slide 23)

La Figura B.7.7 mostra un grafico a linee prodotto da un team ospedaliero che registra i miglioramenti nel tempo. I grafici a linee (*run chart* o *time plot*) sono diagrammi che rappresentano dati raccolti nel corso del tempo, che possono aiutare il team a determinare se un cambiamento ha portato ad un miglioramento nel tempo o se i risultati osservati rappresentano soltanto una fluttuazione casuale (che potrebbe essere erroneamente interpretato come un miglioramento significativo). I grafici a linee aiutano ad identificare se vi è un trend, e cioè una serie di punti consecutivi in continua discesa o salita.

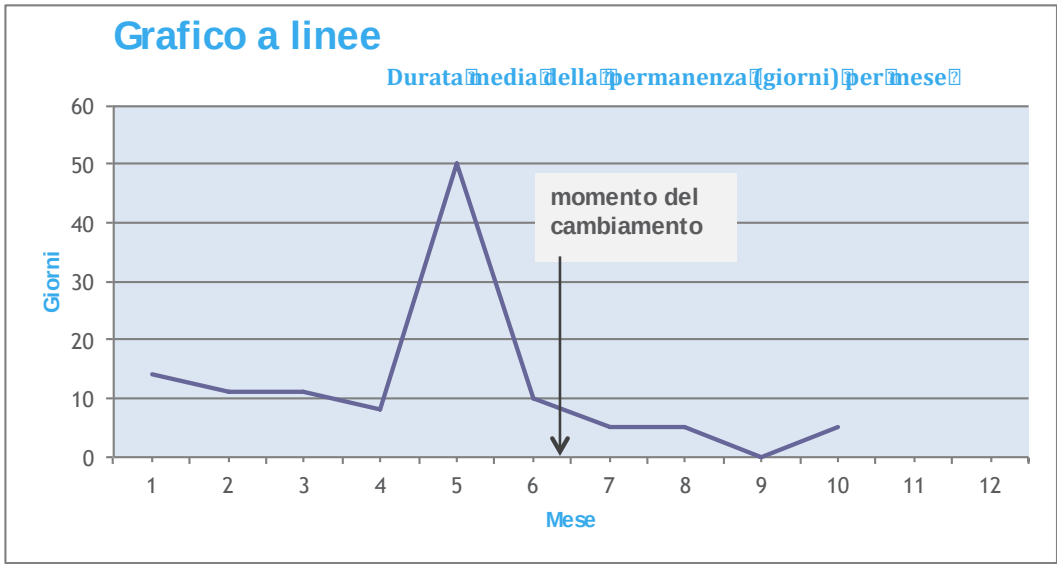
I grafici a linee possono aiutare i team a giudicare come si svolge un determinato

Figura B.7.6. Esempio di grafico Pareto



Fonte: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4]

Figura B.7.7. Esempio di grafico a linee



Fonte: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4]

processo ed identificare quando un cambiamento ha portato ad un vero miglioramento.

Istogrammi
Gli istogrammi sono un tipo di diagramma a barre, una rappresentazione grafica della distribuzione di probabilità di una variabile, che mostra la distribuzione di frequenza dei dati all'interno di aree discrete.

Strategie per sostenere i miglioramenti (Slide 24)
Implementare un miglioramento non è la fine del processo; il miglioramento deve essere mantenuto nel tempo. Ciò significa misurazione ed aggiustamenti continui attraverso cicli PDSA. Di seguito si riportano le strategie che sono state identificate dal team impegnato nel ridurre la durata della degenza nei pazienti sottoposti ad intervento di colectomia:

- documentare la durata della degenza in ospedale per ogni paziente;
- calcolare la durata media della degenza mensilmente;
- apporre mensilmente un grafico a linee aggiornato nelle sale operatorie;
- tenere riunioni di gruppo bimestrali per

discutere gli sviluppi positivi e negativi;
- perfezionare continuamente i percorsi clinici;
- segnalare gli esiti al gruppo locale di governo clinico;
- diffondere queste pratiche a tutti i team chirurgici in ospedale ed in tutta la regione.

Attraverso l'implementazione di queste strategie, il team ha ridotto con successo la durata della degenza nei pazienti sottoposti ad intervento di colectomia nel suo ospedale, migliorando in tal modo la qualità delle cure per i pazienti, riducendo in modo significativo i rischi di infezione e accelerando il recupero. Si è registrato anche un vantaggio costo-beneficio. Anche in questo caso, il team deve poter mantenere questi miglioramenti, attraverso il monitoraggio continuo della durata della degenza di questi pazienti e l'analisi mensile di questi dati.

Riassunto
Numerose evidenze mostrano che si assiste ad un miglioramento della cura del paziente e ad una riduzione degli errori, quando gli operatori sanitari utilizzano metodi e strumenti di miglioramento della qualità, ed i loro sforzi vengono ricompensati da reali e significativi miglioramenti nella sanità. Questo argomento descrive i metodi per il miglioramento della qualità ed illustra una serie di strumenti che vengono utilizzati nel miglioramento di qualità. Questi strumenti possono essere applicati con facilità in qualsiasi ambiente, da una remota struttura rurale ad una sala operatoria indaffarata di un grande ospedale cittadino.

Strategie e modalità di insegnamento

Insegnare le metodologie di miglioramento della qualità agli studenti può essere impegnativo, perché richiede professionisti sanitari che abbiano avuto un'esperienza reale con l'utilizzo di tali strumenti e familiarità con i benefici associati al loro uso. Il modo migliore per insegnare questo argomento è quello di far utilizzare agli studenti gli strumenti di miglioramento della qualità, organizzando il loro addestramento individuale su tali aspetti. Gli studenti dovrebbero essere incoraggiati a partecipare a progetti esistenti, per poter sperimentare il lavoro in team, necessario per portare a termine questi progetti e comprendere come migliorano significativamente gli outcome quando si utilizzano questi metodi.

Questo argomento può essere insegnato in vari modi.

Una lezione frontale/interattiva
Questo argomento contiene molte informazioni teoriche e pratiche, adatte per una lezione didattica interattiva. Utilizzare le diapositive di accompagnamento che si possono trovare sul sito web dell'OMS come guida per la presentazione di tutto l'argomento. Le diapositive di PowerPoint possono essere utilizzate come tali o convertite per l'utilizzo con una lavagna luminosa.

Tavole rotonde
Invitare un gruppo di professionisti sanitari che utilizzano uno dei metodi di miglioramento (CPI, RCA o FMEA) per parlare del processo di miglioramento e di come l'implementazione di queste metodologie ha permesso loro di acquisire una visione che altrimenti non avrebbero potuto avere. I pazienti devono anch'essi essere inclusi nella tavola rotonda per chiudere il cerchio con la loro prospettiva. Alcune organizzazioni stanno includendo i pazienti nei processi RCA e CPI visto che possono portare contributi unici.

Discussione in piccoli gruppi
La classe può essere suddivisa in piccoli gruppi. A tre studenti di ogni gruppo può essere quindi richiesto di condurre una discussione sul miglioramento della qualità in generale, nonché sui vantaggi dei metodi di miglioramento di qualità e di quando questi potrebbero essere utilizzati.

Esercizi di simulazione
Diversi scenari possono essere sviluppati per gli studenti, tra cui praticare le tecniche di brainstorming e / o la rappresentazione di un grafico a linee, di un diagramma causa ed effetto o di un istogramma.

Altre attività didattiche e di apprendimento
Questo argomento viene meglio insegnato ed appreso quando gli studenti applicano gli strumenti e le tecniche di miglioramento della qualità nei propri progetti di auto-miglioramento, come, ad esempio:
- sviluppare migliori abitudini di studio;
- passare più tempo con la famiglia;
- smettere di fumare;
- perdere o acquistare peso;

— eseguire più lavori domestici.

Gli studenti possono implementare il ciclo PDSA, per migliorare la loro situazione personale ed ottenere una migliore comprensione del processo. I principi e le metodologie utilizzate saranno rilevanti nel loro futuro lavoro professionale. Gli studenti possono cominciare a sperimentare sin da subito gli strumenti, per comprendere come utilizzarli e valutare il loro contributo nei vari progetti.

Il miglior apprendimento si verifica quando gli studenti sono in grado di partecipare o di osservare un vero e proprio processo di miglioramento della qualità. Questo richiede agli studenti di chiedere ai loro istruttori, supervisori od altri operatori sanitari se la struttura sanitaria intraprende progetti di miglioramento della qualità regolari. Potrebbero anche cercare i dirigenti di una struttura sanitaria e chiedere se possono osservare un'attività di miglioramento della qualità.

Dopo queste attività, gli studenti dovrebbero essere invitati a riunirsi in coppie od in piccoli gruppi e discutere con un tutor o professionista sanitario cosa hanno osservato, se le caratteristiche o le tecniche che hanno appreso erano utilizzate o meno e se erano efficaci.

Insegnare l'analisi dei modi di guasto/errore e dei loro effetti

Prima di apprendere la FMEA, gli studenti devono aver acquisito competenze di base nella costruzione di diagrammi di flusso. La parte relativa alla FMEA di questo argomento è stata progettata per essere insegnata in due parti. La prima parte è una lezione frontale. Gli obiettivi del docente, durante questa lezione, sono quelli di introdurre gli studenti ai principi fondamentali della FMEA. La lezione dovrebbe mostrare come costruire un prospetto FMEA basilare, sulla base di un semplice diagramma di flusso, nonché sottolineare come identificare molteplici potenziali modi di guasto/errore e le loro cause per ogni componente o funzione. Dovrebbero essere presentati esempi di scale per determinare la gravità e la probabilità di accadimento.

La seconda parte della lezione è un esempio reale. Gli studenti dovrebbero essere suddivisi in gruppi di non meno di quattro persone; sarebbe meglio disporre di gruppi più numerosi, perché includono punti di vista più vari e gli studenti dovranno lavorare di più per raggiungere un consenso. Il caso studio utilizzato deve essere rilevante per il gruppo professionale. L'obiettivo di ogni gruppo di studenti è di costruire una FMEA basata sul caso. Questo non dovrebbe durare più di 30 minuti. L'obiettivo non è il completamento del processo ma, piuttosto, applicare ciò che hanno imparato. Ogni gruppo presenta poi la propria FMEA, con i problemi ordinati sulla base dell'IPR, dal più significativo al meno significativo.

Strumenti e bibliografia

Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.

Reid PP et al,eds. *Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership*. Washington, DC, National Academies Press, 2005 (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11378; visitato il 21 febbraio 2011).

Bonnabry P et al. Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006; 18: 9-16.

Root cause analysis

Root cause analysis. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety, 2010 (http://www.va.gov/NCPS/rca.html; visitato il 21 febbraio 2011).

Clinical improvement guide

Easy guide to clinical practice improvement: a guide for health professionals. New South Wales Health Department, 2002 (http://www.health.nsw.gov.au/resources/quality/pdf/cpi_easyguide.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Mozena JP, Anderson A. *Quality improvement handbook for health-care professionals*. Milwaukee, WI, ASQC Quality Press, 1993.

Daly M, Kermode S, Reilly D Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 2009, 31:98-107.

Failure mode effects analysis

McDermott RE, Mikulak RJ, Beauregard MR. *The basics of FMEA*, 3rd ed. New York, CRC Press, 2009.

Valutare la conoscenza di questo argomento

Un'ampia gamma di metodi di valutazione è disponibile per valutare la conoscenza di questo argomento. Gli studenti potrebbero essere invitati a completare un progetto di auto-miglioramento ed una relazione scritta sulla propria esperienza, oppure scrivere una relazione riflessiva riguardo ad un'attività di miglioramento che hanno osservato o alla quale hanno partecipato.

Valutare l'insegnamento di questo argomento

La valutazione è importante in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per il docente (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Bibliografia

1. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K et al, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008;219-235.
2. Davidoff F, Batalden P. Toward stronger evidence on quality improvement: draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. *Quality & Safety in Heath Care*, 2005, 14:319–325.
3. Lundberg G, Wennberg JA. JAMA theme issue on quality in care: a new proposal and a call to action. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1615–1618.
4. Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Nolan TW et al. *Reducing delays and waiting times throughout the health-care system*, 1st ed. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 1996.
7. Walton, M. *The Deming management method*. New York, Penguin Group, 1986.
8. Source: Institute for Healthcare Improvement (http://www.ihi.org/IHI/Topics/Improvement/Impr ovementMethods/Measures/; visitato il 21 febbraio 2011).
9. White SV, James B. Brent James on reducing harm to patients and improving quality. *Healthcare Quality*, 2007, 29:35-44.
10. Military standard procedures for performing a failure mode, effects and criticality analysis (http://goes-r.gov/procurement/antenna_docs/reference/MIL- STD-1629A.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).
11. Bales, RF, Strodtbeck FL. Phases in group problem-solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1951, 46, 485-495.
12. FMEA [web site] (http://www.fmea-fmeca.com/index.html; visitato il 18 novembre 2010).
13. Juran J. *Managerial breakthrough*. New York, McGraw-Hill, 1964.

Diapositive per l'argomento 7: Introduzione alle metodologie di miglioramento della qualità

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una delle modalità per generare una discussione di gruppo. Un'altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell'assistenza sanitaria che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento, come i principi di gestione del cambiamento e l'importanza della misurazione.

Le diapositive per l'Argomento 7 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Esse possono essere modificate per adattarsi all'ambiente e alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

Argomento 8

Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver

Una donna affetta da rottura di gravidanza ectopica

S.* era incinta di sei settimane e mezzo (per inseminazione da donatore), quando fu indirizzata dal suo medico generico per un'ecografia urgente. L'ecografia addominale e trans-vaginale individuarono una gravidanza ectopica destra. Durante la procedura, il radiologo chiese a S.* quando avrebbe consultato la sua ostetrica ed il suo medico di base. Lei disse che l'avrebbe fatto a mezzogiorno del giorno seguente. La sola discussione che seguì fu se avrebbe preso lei i referti o se si sarebbero dovuti spedire al suo medico generico. Fu finalmente deciso che li avrebbe presi con sé.

I referti furono consegnati a S.* in una busta sigillata contrassegnata: "Da aprirsi solo da parte del medico di riferimento". In nessun momento lei fu avvisata della gravità delle sue condizioni o consigliata di rivolgersi immediatamente ad un ginecologo. Quando S.* arrivò a casa, decise di aprire la busta e di leggere il referto dell'ecografia. Lei capì immediatamente la gravità della sua situazione e chiamò urgentemente un medico, che le disse che doveva essere immediatamente ricoverata in ospedale.

Alle 21:00 fu ricoverata in ospedale e sottoposta ad un intervento di chirurgia addominale maggiore per rottura di gravidanza. Questa storia evidenzia l'importanza di coinvolgere pienamente i pazienti e la necessità di comunicare sempre con loro.

Fonte: Casi studio-investigazioni. Rapporto Annuale della Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario 1999-2000:60. Sydney, New South Wales, Australia.

Un caregiver risolve le problematiche insorte nel corso del trattamento di sua madre

M.*, 82 anni, subì una frattura minore all'anca dopo una caduta a casa, e fu ricoverata in ospedale. Fino a quel momento, M.* era stata attiva e curata a domicilio dal suo figlio, N.* Dopo due giorni dal ricovero, M.* venne rivalutata ed a seguito di tale valutazione fu considerata non idonea per la riabilitazione. M.* parlava poco l'inglese e non vi era un interprete che le spiegasse l'esito della valutazione dell'ospedale riguardo alla sua situazione. M.* perse rapidamente la fiducia nell'organizzazione. N.* pensò che fosse troppo presto per fare previsioni in merito al recupero di sua madre, e si irritò nel vedere che l'ospedale si rifiutava di fornire una copia del referto dei raggi X al suo medico di base. N.* contattò un'associazione per la tutela dei pazienti, quando apprese che l'ospedale aveva deciso di cercare un tutore legale, al fine di facilitare il trasferimento di M.* in una Casa di Riposo.

Fu pianificato un incontro tra l'operatore dell'associazione per la tutela dei pazienti, N.* ed il personale di riferimento del team terapeutico. Fu deciso di fare un tentativo per vedere se M.* avrebbe risposto alla riabilitazione. Il team consentì anche di rilasciare il referto dei raggi. M.* fu trasferita all'unità di riabilitazione, ed intraprese con successo la terapia, dopo di che fu dimessa al domicilio sotto le cure di N.* e con il supporto dei servizi territoriali. Non ci sarebbe stata questa bella conclusione senza il coinvolgimento di N.* e di sua madre nella discussione in merito al suo trattamento.

Fonte: Casi studio. Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario, 2003, 1 11 Sydney, New South Wales, Australia.

Introduzione - Perché è importante coinvolgere il paziente e la famiglia (Slide 1)

L'attuale assistenza sanitaria necessita di essere centrata sul paziente ma, la realtà per molti pazienti è molto lontana da questa visione. Pareri radicati per quanto riguarda il livello di coinvolgimento che i pazienti dovrebbero avere nella propria cura, sono il maggior ostacolo per loro e per l'utenza in generale. La corrente sta cambiando e, in molti Paesi del mondo, la voce dei consumatori nell'assistenza sanitaria viene non solo ascoltata ma anche tenuta in ampia

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

considerazione dai governi e dai fornitori di assistenza sanitaria.

Qualsiasi intervento di assistenza sanitaria porta con sé l'incertezza riguardo alla riuscita nel migliorare lo stato di salute del paziente. Ogni persona ha il diritto di ricevere informazioni utili in merito alla qualità delle cure che riceverà, specialmente quando si deve subire un qualunque tipo di intervento invasivo. Se il paziente acconsente, anche i membri della famiglia od i *caregiver* dovrebbero essere coinvolti nello scambio di informazioni. Il consenso informato permette ai pazienti / utenti, in collaborazione con i professionisti sanitari, di prendere decisioni sugli interventi e riguardo ai rischi ad essi associati. Tali interventi potrebbero includere un ciclo di terapia od una procedura invasiva.

Se la maggior parte dei trattamenti e degli interventi di assistenza sanitaria raggiunge buoni risultati, o almeno non provocano danni, possono, però, verificarsi anche risultati insoddisfacenti, spesso associati a errori casuali o sistematici; quasi tutti coinvolgono persone. La qualità di un sistema sanitario può essere giudicata dal modo in cui gestisce questi errori. Il successo delle organizzazioni ad alta affidabilità può essere misurato in termini di quanto bene esse siano organizzate per gestire gli errori. Quando le organizzazioni sanitarie non riescono a coinvolgere il paziente nella gestione del rischio sistemico, esse non possono accedere ad importanti conoscenze proprie del paziente che non possono essere acquisite da nessun'altra fonte.

La *comunicazione aperta* è un termine usato per descrivere l'onesta comunicazione con i pazienti ed i *caregiver* dopo che essi hanno subito un danno. L'utilizzo di processi di comunicazione aperta, in molte strutture sanitarie, riflette l'importanza della professionalità e dell'onestà nel comunicare con i pazienti ed i loro caregiver. Questo, a sua volta, ha incrementato le opportunità di partnership con i pazienti.

Molte organizzazioni dei pazienti stanno ora volgendo la loro attenzione ad attività organizzative che promuovano o sostengano la sicurezza del paziente. L'iniziativa dell'OMS "Pazienti per la sicurezza del paziente" (*Patients for patient safety*) [1] è diretta ai cittadini e si focalizza sull'educazione in merito al tema della Sicurezza del Paziente ed al ruolo del sistema sanitario come fattore che contribuisce all'occorrenza di eventi avversi. Quando i professionisti sanitari invitano i pazienti ed i *caregiver* ad essere loro partner nell'assistenza sanitaria, l'atto stesso di fare ciò cambia la natura dell'assistenza per quelle persone e per l'esperienza dei professionisti sanitari. Intraprendere insieme il percorso di cura, migliora l'esperienza del paziente e riduce la differenza tra le cure ed il trattamento forniti e l'effettiva esperienza del paziente. E' meno probabile che si verifichino eventi avversi e, quando ciò accade, è più probabile che i pazienti ed i *caregiver* ne comprendano le cause sottostanti.

Molti pazienti sottoposti a trattamento, in particolare quando sono ospedalizzati, si trovano in uno stato psicologico vulnerabile, anche quando il loro trattamento va secondo i piani. Sintomi simili ai disordini da stress post-traumatico possono verificarsi, anche seguendo le procedure che i medici considerano di routine. Quando un paziente sperimenta un evento avverso prevenibile, il trauma emotivo può essere particolarmente grave. Inoltre, il trauma che nasce da come il paziente e la famiglia ricevono le informazioni e le comunicazioni che seguono un evento avverso può, a volte, essere più dannoso dell'evento stesso. Questo capitolo fornirà una panoramica delle opportunità di coinvolgimento del paziente che si possono naturalmente dividere in due dimensioni: (1) opportunità di apprendimento e guarigione dopo che è accaduto un evento avverso (2) coinvolgimento dei pazienti nel prevenire un danno.

Parole chiave
Evento avverso, comunicazione aperta, scuse, comunicazione, denunce, norme culturali, comunicazione aperta, educazione, errore, paura, decisioni informate, responsabilità, paziente e famiglia, centralità del paziente, empowerment del paziente, coinvolgimento del paziente, diritti del paziente, partnership, segnalazione, domande.

Obiettivi di apprendimento (Slide 2)

L'obiettivo di questo capitolo è far conoscere e comprendere agli studenti i

modi in cui i pazienti ed i *caregiver* possono lavorare come partner nell'assistenza sanitaria, sia per prevenire il danno che per imparare dagli eventi avversi.

Risultati di apprendimento: conoscenze e abilità

Conoscenze richieste (Slide 3)

Gli studenti devono comprendere le tecniche della comunicazione di base, le procedure del consenso/scelta informati ed i principi della comunicazione aperta.

Abilità richieste (Slide 4)

E' necessario che gli studenti:

- incoraggino attivamente i pazienti ed i caregiver a condividere le informazioni;
- condividano attivamente le informazioni con i pazienti ed i caregiver;
- dimostrino empatia, onestà e rispetto per i pazienti ed i caregiver;
- comunichino efficacemente;
- informino in modo appropriato i pazienti ed ottengano il consenso informato per trattamenti ed interventi, e sostengano i pazienti nell'operare scelte informate;
- dimostrino rispetto per ogni diversità del paziente, di natura religiosa, culturale, delle convinzioni personali e delle necessità individuali;
- descrivano e comprendano le tappe principali di un processo di comunicazione aperta;
- vengano incontro ai reclami dei pazienti con rispetto e chiarezza;
- applichino il coinvolgimento del paziente in tutte le attività cliniche;
- dimostrino abilità nel riconoscere l'importanza del coinvolgimento del paziente e del caregiver, per una buona pratica clinica.

Tecniche di comunicazione di base

Revisione dei principi per una buona comunicazione

Prima di entrare nei dettagli della comunicazione aperta, è utile rivedere brevemente i principi di una buona comunicazione e del consenso informato, se questi non sono già stati affrontati nel programma formativo.

Consenso informato

Sono poche le situazioni in cui il consenso non costituisce un aspetto importante della relazione tra un professionista sanitario ed un paziente o utente. L'atto di dare consigli, prescrivere farmaci od effettuare un intervento solleva il concetto di *rispetto per l'autonomia*. Il rispetto per l'autonomia si riferisce al diritto di una persona di attuare scelte ed azioni, in accordo con il proprio sistema di valori e credenze. Questo significa che è immorale per un professionista sanitario interferire nelle scelte che i pazienti fanno, a meno che la persona non sia incosciente o in una situazione di pericolo di vita. Il processo del consenso è un buon barometro per giudicare quanto un paziente sia coinvolto ed impegnato nel suo trattamento. Gran parte dell'assistenza sanitaria viene fornita basandosi sul consenso verbale, piuttosto che sul consenso scritto, che viene generalmente riservato per trattamenti e procedure perlopiù erogate in ospedale. Ma anche il consenso verbale richiede un completo ed accurato scambio di informazioni con il paziente. Alcuni studenti e professionisti sanitari ritengono che i requisiti del consenso siano soddisfatti con l'iniziale introduzione degli stessi o con la firma di un modulo ma, il consenso è molto più di una semplice firma o di una discussione frettolosa.

Il processo del consenso permette ai pazienti (o ai loro caregiver) di prendere in considerazione tutte le opzioni inerenti la loro cura e trattamento, incluse le alternative al percorso di trattamento proposto. Poiché questo è un processo così importante, sono state sviluppate delle linee guida, per permettere ai professionisti sanitari di assolvere in modo competente a questo compito. Sfortunatamente, i tempi ristretti e, talvolta, gli atteggiamenti verso i pazienti accorciano questo processo. Il processo di consenso è stato sviluppato col tempo, ponendo attenzione a leggi locali. Essenzialmente, esso comprende due componenti principali [2]: l'informazione del paziente ed il processo decisionale da parte del paziente. Gli aspetti di informazione del paziente includono tutte le spiegazioni fornite dai medici e la loro comprensione da parte del paziente. Gli aspetti che permettono al paziente di prendere una decisione includono: il tempo per assimilare l'informazione fornita e, magari, per consultarsi con i famigliari/caregiver, l'opportunità di compiere una scelta libera e volontaria e la competenza di coloro che erogano le cure.

Gli studenti avranno modo di osservare il processo del consenso informato in molti diversi setting, quando saranno assegnati ad ospedali, a studi odontoiatrici, farmacie od unità operative. Alcuni osserveranno eccellenti esempi di professionisti e pazienti, che discutono le opzioni di trattamento e pazienti che acconsentono o rifiutano l'intervento od il trattamento ma, molti vedranno anche pazienti che danno il consenso dopo aver ricevuto solo minime informazioni in merito alla procedura od al trattamento proposti. Non è insolito per i pazienti discutere con i farmacisti, gli infermieri ed altri operatori sanitari, prima o dopo aver parlato con il loro dentista o medico. Gli infermieri dovrebbero condividere qualsiasi preoccupazione espressa dai pazienti in merito al trattamento, per garantire che la comunicazione sia aperta e che le necessità dei pazienti siano effettivamente soddisfatte. La persona responsabile dell'esecuzione della procedura o del trattamento dovrebbe assicurarsi che il paziente ne comprenda pienamente la natura e che sia adeguatamente informato sui rischi e sui benefici associati.

Molti studenti potrebbero essere preoccupati per quanto riguarda la quantità e la tipologia di informazioni che dovrebbero essere condivise e quanto a fondo debbano essere comprese, prima che si possa dire che il paziente sia stato appropriatamente informato. Come può un medico sapere che la decisione del paziente sia stata presa nel pieno delle proprie facoltà intellettive e volontaria, così come libera da pressioni interne (stress, dolore) ed esterne (soldi, minacce)?

Le considerazioni finanziarie sono estremamente importanti per i pazienti che non hanno assicurazioni sulla salute od altre risorse finanziarie da dedicare a tale scopo.

Ciò che i pazienti dovrebbero sapere (Slide 5)

I professionisti sanitari sono fortemente incoraggiati ad utilizzare un'assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia. Per molti trattamenti, abbiamo evidenze inerenti alla probabilità di successo, così come sulla probabilità di danno. Se l'informazione è disponibile, è importante che sia comunicata ai pazienti, di modo che essi possano comprenderla. Quando esistono informazioni scritte per aiutare a prendere decisioni, queste dovrebbero essere utilizzate. Prima che i pazienti possano decidere se accettare o meno una cura od un trattamento, dovrebbero essere informati circa i problemi che ne possono derivare.

La diagnosi del problema principale

Include risultati di test e procedure. Senza una diagnosi ed una valutazione del problema, è difficile per un paziente decidere se il trattamento o le soluzioni proposti saranno utili. Se il trattamento è sperimentale, questa informazione deve essere chiara per il paziente.

Il grado di incertezza nella diagnosi o nel problema

Le cure sanitarie sono, intrinsecamente, soggette ad errori. Quanti più sono i sintomi e quante più informazioni vengono fornite, tanto più una diagnosi può essere confermata o cambiata od un problema riformulato. Condividere le incertezze è essenziale.

Rischi inerenti al trattamento o la soluzione proposta

Per poter prendere decisioni adatte a se stessi, i pazienti devono conoscere gli effetti collaterali o le complicazioni associate col trattamento o la procedura, così come qualsiasi potenziale risultato (outcome), che potrebbe interferire con il loro benessere psicofisico. I pazienti devono conoscere la natura di ogni rischio inerente al trattamento o la soluzione proposta, così come le probabili conseguenze del non ricevere tale trattamento.

Un modo per comunicare rischi e benefici di un trattamento è partire da informazioni di carattere generale, fino ad arrivare a specifici dettagli, circa i rischi conosciuti ed i benefici (e le incertezze) associati con lo specifico trattamento o procedura, e poi rispondere alle preoccupazioni ed al bisogno di informazioni del paziente o del caregiver.

I pazienti devono conoscere tutta la gamma delle opzioni, non solo quella preferita dal medico. In particolare, dovrebbero conoscere:

- il trattamento proposto;
- i benefici attesi;
- quando dovrebbe iniziare il trattamento;
- la durata dello stesso;
- i costi previsti;
- se c'è una valida alternativa al trattamento;
- i benefici del trattamento ed

i rischi del non ricevere il trattamento.

E' meglio ricevere alcuni trattamenti, anche se associati a rischi certi, che non avere alcun trattamento, a causa delle probabili conseguenze del non intraprendere queste azioni.

Informazioni sui tempi di recupero attesi
Il tipo di trattamento o la decisione di procedere con un trattamento o procedura possono essere influenzati da altri fattori nella vita del paziente, come l'occupazione, le responsabilità famigliari, le preoccupazioni finanziarie e la sede del trattamento.

Nome, posizione, qualifiche ed esperienze dei professionisti sanitari che forniscono la cura o il trattamento
I pazienti hanno il diritto di conoscere il livello di formazione e le esperienze dei professionisti sanitari che li seguono. Se un medico è inesperto, la supervisione diventa un aspetto importante e l'informazione su di essa può divenire parte delle informazioni scambiate.

Disponibilità e costi di ogni prestazione o terapia necessari
I pazienti possono richiedere la consulenza di altri professionisti sanitari. In alcuni casi, i pazienti possono necessitare di assistenza non medica durante il periodo di recupero, cha va dall'andare casa dopo un trattamento ambulatoriale con anestesia, all'ottenere le terapie oppure l'aiuto nelle attività quotidiane, se sono convalescenti da un intervento di chirurgia maggiore. Certi trattamenti possono anche richiedere una serie di trattamenti di follow up.

Uno strumento per una buona comunicazione (Slide 6)
Sono stati sviluppati parecchi strumenti per migliorare la comunicazione. Uno di questi è il quadro SEGUE sviluppato dalla Northwestern University (Chicago, IL, USA) [3]:

Set the stage (introdurre il contesto);
Elicit information (ottenere le informazioni);
Give information (fornire le informazioni);
Understand the patient's perspective (comprendere la prospettiva del paziente);
End the encounter (concludere l'incontro).

Competenze culturali (Slide 7)
Il Quadro di riferimento australiano per la Formazione sulla Sicurezza del Paziente (ASPEF) definisce il significato del termine *competenza culturale* come le conoscenze, le abilità e le attitudini che deve avere un professionista sanitario, per fornire assistenza adeguata ed appropriata a tutte le persone, in un modo che rispetti e tenga in considerazione le loro possibilità di comprensione, in base alle diverse culture ed approcci alla salute ed alla malattia [4].

Cultura è un termine ampio che include la lingua, le usanze, i valori, le credenze, i comportamenti, le pratiche, le istituzioni ed i modi in cui le persone comunicano. Gli studenti possono osservare diversi approcci nel vestire e nelle abitudini alimentari tra i loro compagni di classe, che possono essere correlate alla cultura o alla religione. Meno ovvii saranno, per loro, i sottostanti sistemi di credenze ai quali i loro compagni aderiscono.

In molti Paesi del mondo, le organizzazioni sanitarie ed i pazienti stanno appena iniziando a pensare alla Sicurezza del Paziente ed al loro coinvolgimento nelle cure. Vi sono molti dibattiti su come questa trasformazione inciderà sui servizi di assistenza sanitaria. Mentre i professionisti sanitari dovrebbero essere culturalmente competenti, si dovrebbe anche riconoscere che, in molti Paesi, il movimento per la Sicurezza del Paziente rappresenta di per sé un cambiamento culturale nel sistema sanitario.

Essere competente dal punto di vista culturale, quando si fornisce assistenza sanitaria, significa per gli studenti [5]:

- essere consapevoli di, ed accettare le differenze culturali;
- essere consapevoli dei propri valori culturali;
- riconoscere che le persone con diversi contesti culturali hanno diversi modi di comunicare, di comportarsi, di interpretare informazioni e di risolvere problemi;
- riconoscere che le credenze culturali influiscono sul modo in cui i pazienti percepiscono la loro salute, cercano aiuto, interagiscono con i medici o aderiscono ai trattamenti o ai piani di assistenza;
- essere consapevoli del grado di *alfabetizzazione sanitaria* del paziente;
- essere in grado e disposti a cambiare il modo di lavorare, per adattarsi al contesto etnico e culturale del paziente, al fine di fornirgli un'ottima assistenza;

- avere la consapevolezza che essere competenti dal punto di vista culturale implica dover coinvolgere anche persone di basso livello socio-economico ed emarginate, che tendono ad essere più passive e riluttanti a dar voce alle loro opinioni e preferenze, e possono essere meno disposte a fidarsi del proprio giudizio.

Coinvolgimento del paziente e del caregiver (Slide 8)

Paragonati con i professionisti sanitari ed altri operatori sanitari, i pazienti sono gli *stakeholder* meno rappresentati, per quanto riguarda agli sforzi per aumentare la sicurezza e migliorare la qualità dell'assistenza. Tenendo conto del fatto che il paziente e la famiglia sono presenti lungo l'intero continuum di cura, e possono vedere l'intero processo attraverso una lente diversa, l'assenza di un loro coinvolgimento può privare l'assistenza sanitaria di una ricca risorsa di dati e di esperienze di vita reali, che possono rivelare il divario tra le misure disponibili per la Sicurezza del Paziente ed i livelli di sicurezza effettivamente sperimentati dai pazienti.

Poiché i pazienti ed i loro familiari non sono organizzati come altri *stakeholder*, i loro interessi e necessità non sono stati ben rappresentati od integrati in attività di ricerca, nello sviluppo di politiche, nei programmi formativi di Sicurezza del Paziente, nell'educazione del paziente o nei sistemi di reporting di errori e near miss. Recentemente, i leader per la Sicurezza del Paziente hanno osservato che la mancanza di progresso in quest'area può essere dovuta, almeno in parte, al fallimento nel coinvolgere i cittadini come partner per garantire la sicurezza delle cure.

Effetti del coinvolgimento del paziente

Mentre, da un punto di vista strettamente etico, è ben affermata l'importanza di creare una partnership col paziente, vi sono, ancora, poche evidenze sull'entità dell'effetto di tale partnership sull'incidenza di errori. Uno studio di Gallagher et al. [6] indicò una forte volontà da parte dei pazienti ospedalizzati (91%) di essere coinvolti nelle attività di prevenzione dell'errore. Il livello di comfort differiva a seconda delle diverse problematiche: a proprio agio (85%) nel chiedere lo scopo di un trattamento, mentre circa la metà (46%) era molto a disagio nel chiedere ai professionisti sanitari se si fossero lavati le mani.

In un articolo del 2005 di Gallagher e Lucas [7], inerente alla comunicazione aperta di un errore al paziente, gli autori trovarono sette studi che avevano valutato la prospettiva del paziente di fronte a tale comunicazione. Questi studi riportarono un divario tra le preferenze dei pazienti e la paura da parte dei professionisti sanitari di azioni medico-legali in seguito alla condivisione delle informazioni. Fortunatamente, sono stati fatti molti sforzi per sviluppare politiche di comunicazione aperta e, dal 2005, molti ospedali le hanno istituite politica, senza effetti negativi.

Come possono essere coinvolti i pazienti nelle proprie cure

Il paziente e la famiglia sono presenti lungo tutto il continuum della cura, mentre una varietà di professionisti è presente solo in modo occasionale, offrendo e praticando la loro particolare competenza. Sappiamo che può verificarsi una mancanza di integrazione dei vari interventi e piani di cura, con il risultato che l'obiettivo della continuità assistenziale non viene sempre raggiunto. La presenza continua del paziente, insieme al suo riconoscimento come depositario di informazioni e come preziosa risorsa per il piano di cura, sono argomenti avvincenti a favore del coinvolgimento del paziente e della famiglia nel garantire un'assistenza sicura.

Continuità delle cure

La maggior parte dei professionisti sanitari vengono in contatto con i pazienti quando viene prestata loro assistenza nel luogo di lavoro del professionista – il reparto, farmacia, lo studio del dentista, il poliambulatorio. Ma i pazienti si spostano attraverso molti contesti, dal loro domicilio, agli ospedali, agli ambulatori, agli studi medici. Gli studenti in ambito sanitario devono comprendere quanto una scarsa comunicazione ed uno scarso lavoro di team possano influire sulla continuità della cura dei pazienti. Un'informazione imprecisa ed incompleta può portare il paziente ad essere trattato in modo errato, sia perché l'informazione non era disponibile, sia perché l'informazione fornita era errata. I pazienti sono i soli sempre presenti anche nei punti di transizione da un professionista

ad un altro e da un ambiente ad un altro. Coinvolgere ogni volta il paziente nello scambio di informazioni, migliorerà la precisione di queste comunicazioni. Un'informazione accurata è sempre importante ma, particolarmente, durante i passaggi di consegne ed i cambi di turno.

Al fine di migliorare la qualità nei passaggi dei pazienti da un professionista ad un altro, agli studenti viene richiesto di:

- fornire informazioni alla persona giusta, nel momento giusto, per assicurarsi che i pazienti ricevano cure e trattamenti continuativi;
- annotare le informazioni in modo chiaro e leggibile;
- aggiornare le cartelle dei pazienti, al fine di documentarne i cambiamenti;
- trasmettere in modo accurato le informazioni sullo status del paziente e sul piano di cura al membro di un altro team o al team di assistenza;
- comunicare chiaramente i risultati delle indagini agli altri membri del team;
- passare le consegne sulla cura di un paziente ai professionisti sanitari che si susseguono nell'assistenza al paziente;
- assicurare il coordinamento della continuità delle cure per tutti i pazienti;
- gestire in modo efficace la terapia farmacologica.

Le storie dei pazienti sono stimolanti

Esperti di fattore umano hanno espresso notevole cautela nell'assegnare responsabilità al paziente od alla famiglia, senza prima aver compreso quale ruolo essi abbiano nel prevenire gli eventi avversi. Dobbiamo ancora documentarci seriamente sul ruolo dei pazienti nel ridurre al minimo gli errori o, anche, se esiste un tale ruolo per essi in questo processo. Tuttavia, molte storie, raccontate da pazienti che hanno subito eventi avversi, fanno pensare che, se i professionisti sanitari avessero ascoltato le loro preoccupazioni, gli eventi avversi sarebbero potuto essere evitati. Queste storie trasmettono messaggi importanti ai professionisti sanitari. Gli studenti non possono non farsi coinvolgere da esse, riflettere sulle esperienze di questi pazienti ed aggiungere nuove conoscenze alla loro pratica professionale. Le storie dei pazienti possono anche costituire un potente strumento per integrare e rafforzare il materiale proveniente da libri di testo e lezioni frontali.

Le esperienze dei pazienti possono essere istruttive

Tradizionalmente, l'esperienza del paziente non viene considerata come fonte di apprendimento per gli studenti. E' sempre più evidente che le storie dei pazienti e le loro esperienze riguardo alla malattia, o le loro condizioni cliniche, insegnino molto agli studenti ed ai professionisti, compresi i ruoli chiave che i pazienti possono svolgere: (i) nell'aiutare con la diagnosi, (ii) nel decidere i trattamenti appropriati, (iii) nello scegliere un professionista esperto e affidabile, (iv) nell'assicurarsi che i trattamenti siano somministrati appropriatamente e (v) nell'identificare eventi avversi e darne tempestiva comunicazione non appena possibile [8].

Molti studenti ricordano ciò che imparano dai pazienti, per l'autenticità delle loro testimonianze e del loro ruolo nel promuovere la cura centrata sul paziente. Esiste anche del materiale aneddotico che evidenzia come preoccupazioni e domande non ascoltate dei pazienti sono risultate in eventi avversi.

Attualmente, il sistema sanitario sottovaluta il contributo che la competenza dei pazienti può portare al team sanitario. Oltre a conoscere i propri sintomi, le proprie preferenze e atteggiamenti nei confronti del rischio, forniscono un ulteriore paio di occhi se accade qualcosa di inaspettato [9].

Che cos'è la comunicazione aperta e cosa deve essere comunicato? (Slide 9)

Comunicazione aperta è un termine utilizzato per descrivere il processo di informazione dei pazienti e dei loro familiari in merito agli esiti indesiderati del trattamento, da considerarsi distinti dagli esiti infausti legati all'evoluzione naturale dalla malattia o della lesione da trattare. Esistono diverse definizioni, risultato della discussione sviluppatasi in molti Paesi, in merito a come debbano essere sviluppate e implementate le linee guida per una comunicazione aperta.
In Australia, la comunicazione aperta è:

Il processo di attuazione di un approccio comunicativo aperto e coerente con il paziente e con il caregiver, a seguito di un evento avverso che ha coinvolto il paziente.

Il processo include esprimere rammarico per quanto accaduto, tenere il paziente informato e fornire feedback sugli accertamenti messi in atto, incluse le azioni compiute per prevenire che un simile incidente possa accadere in futuro. Consiste anche nel fornire qualsiasi informazione rilevante sull'incidente o sull'analisi dello stesso, che possa comportare un cambiamento nell'organizzazione, finalizzato a migliorare la sicurezza del paziente [10].

La divulgazione aperta consiste in una comunicazione onesta con i pazienti e/o i loro famigliari dopo un evento avverso; non ha a che fare con l'attribuzione di colpe. Il requisito di essere onesti è un obbligo etico, ed è documentato nella maggior parte dei codici etici della pratica clinica. Tuttavia, molti Paesi devono ancora sviluppare linee guida per sostenere i professionisti sanitari nel condurre una comunicazione aperta. Le questioni di base che le linee guida dovrebbero affrontare includono: *"Cos'è giusto fare in questa situazione?"* e *"Cosa mi aspetterei in una simile situazione?"* e *"Che cosa vorrei vedere e sentire se una persona cara subisse un evento avverso?"*.

I pazienti vogliono che vengano loro rilevati eventi avversi o errori causa di near miss?

Uno studio fondamentale di Vincent et al., pubblicato nel 1994 [11], esaminò l'impatto di un danno correlato alle cure sui pazienti e sui loro familiari, e le loro ragioni nell'intraprendere azioni legali dopo tali incidenti. I risultati di questo studio diedero impulso a tenere in considerazione il ruolo ed i vissuti del paziente. Queste indagini intervistarono 227 pazienti (da una popolazione campione di 466, il 48,7%) ed i loro parenti, che stavano intraprendendo un'azione legale (nel 1992), attraverso cinque studi di avvocati che si occupano di cause di negligenza medica. Essi scoprirono che oltre il 70% dei partecipanti allo studio erano stati profondamente scossi dagli incidenti che li avevano portati a fare causa, con conseguenze a lungo termine sul loro lavoro, vita sociale e rapporti con la famiglia. I risultati del sondaggio dimostrarono che questi eventi avevano suscitato intense emozioni, che persistettero a lungo. La decisione ad intraprendere un'azione legale trovava fondamento nel danno originariamente subito, ed era influenzata dall'aver ricevuto, dopo l'evento, un trattamento insensibile e scarsa comunicazione. Quando furono date loro delle spiegazioni, meno del 15% le avevano considerate soddisfacenti.

Dall'analisi emersero quattro temi principali dei motivi di contenzioso [11]:

- preoccupazioni inerenti agli standard di cura: sia pazienti che familiari volevano prevenire il ripetersi di simili incidenti in futuro;
- bisogno di una spiegazione: sapere come si è verificato l'evento avverso e perché;
- risarcimento per le perdite subite, per il dolore, per la sofferenza o per l'assistenza futura ad una persona lesa;
- responsabilità: la convinzione che lo staff o l'organizzazione devono assumersi la responsabilità del loro operato; i pazienti reclamavano una maggiore onestà, considerazione per la gravità del trauma che essi avevano subito e garanzie che si fosse imparato dalle loro esperienze.

Dopo un evento avverso, i pazienti esigono una spiegazione di quanto accaduto, un'ammissione di responsabilità, scuse, la rassicurazione che si prevenga che simili eventi possano colpire altre persone in futuro e, in molti casi, punizione e risarcimento.

Barriere comuni ad una comunicazione aperta con i pazienti dopo un evento avverso

I professionisti sanitari intenzionati a fornire ai pazienti informazioni accurate e tempestive in merito ad un evento avverso, temono però che tale comunicazione possa portare ad un'azione legale o, quanto meno, al confronto con un paziente, od un membro della famiglia, adirati. Un insegnamento mirato al processo della comunicazione aperta deve poter preparare al meglio i professionisti sanitari a simili eventualità.

I professionisti sanitari possono anche provare vergogna e/o temere di causare maggiore stress nei pazienti, così come di perdere la reputazione, il lavoro e/o la copertura assicurativa. La comunicazione non consiste nell'assumersi o ripartire colpe ma nell'essere onesti e professionali.

Principi chiave della comunicazione aperta (Slide 10)

I principi chiave per una comunicazione aperta sono [12]:

- chiarezza e tempestività della

comunicazione;
- riconoscimento dell'evento;
- espressione di rammarico/scusa;
- riconoscimento delle ragionevoli aspettative del paziente e del caregiver;
- supporto per il personale;
- riservatezza.

Il processo della comunicazione aperta include molti passaggi (Slide 11 e 12). I professionisti sanitari più anziani sono responsabili del processo e gli studenti non dovrebbero mai essere lasciati da soli, con la responsabilità di comunicare un evento avverso ai pazienti ed ai loro familiari. Essi dovrebbero poter osservare ed assistere ai colloqui, per imparare come si svolge e che valore assume per i pazienti e per le loro famiglie. La figura B.8.1. rappresenta un diagramma di flusso del processo di comunicazione aperta usato nel New South Wales (Australia) dal 2007.

Quadro concettuale Harvard per la comunicazione aperta [13] (Slide 13)
Include sette passaggi: preparazione, avvio della conversazione, presentazione dei fatti, ascolto attivo, riconoscimento di ciò che è stato detto, conclusione della conversazione, documentazione della conversazione. Prima di una comunicazione aperta, è importante rivedere tutti i fatti attinenti. Devono essere identificati e coinvolti i partecipanti adatti per la comunicazione, e dovrebbe essere scelto un ambiente idoneo.

All'inizio della comunicazione, è importante accertare la disponibilità del paziente e/o della famiglia a partecipare, il loro livello di alfabetizzazione sanitaria ed il loro livello generale di comprensione. Il professionista sanitario che conduce la discussione dovrebbe fornire una descrizione di quanto accaduto, evitando un linguaggio tecnico e medico. E' importante evitare sia subissare il paziente od il suo caregiver con troppe informazioni, sia semplificare eccessivamente le cose. Il professionista sanitario dovrebbe stare attento a parlare lentamente e chiaramente ed essere consapevole del linguaggio non verbale. Una volta che si sono esposti i fatti, è importante spiegare ciò che allo stato attuale si sa in merito ai possibili esiti e descrivere le azioni successive che si intende intraprendere. Il professionista sanitario dovrebbe mostrare sincera comprensione per la sofferenza del paziente e della famiglia.

E' importante che il professionista sanitario ascolti attentamente e rispettosamente il paziente e la sua famiglia. Dovrebbe stare attento a non monopolizzare la conversazione, lasciando il tempo e l'opportunità al paziente ed alla sua famiglia di porre domande e di ottenere risposte, le più complete possibili.

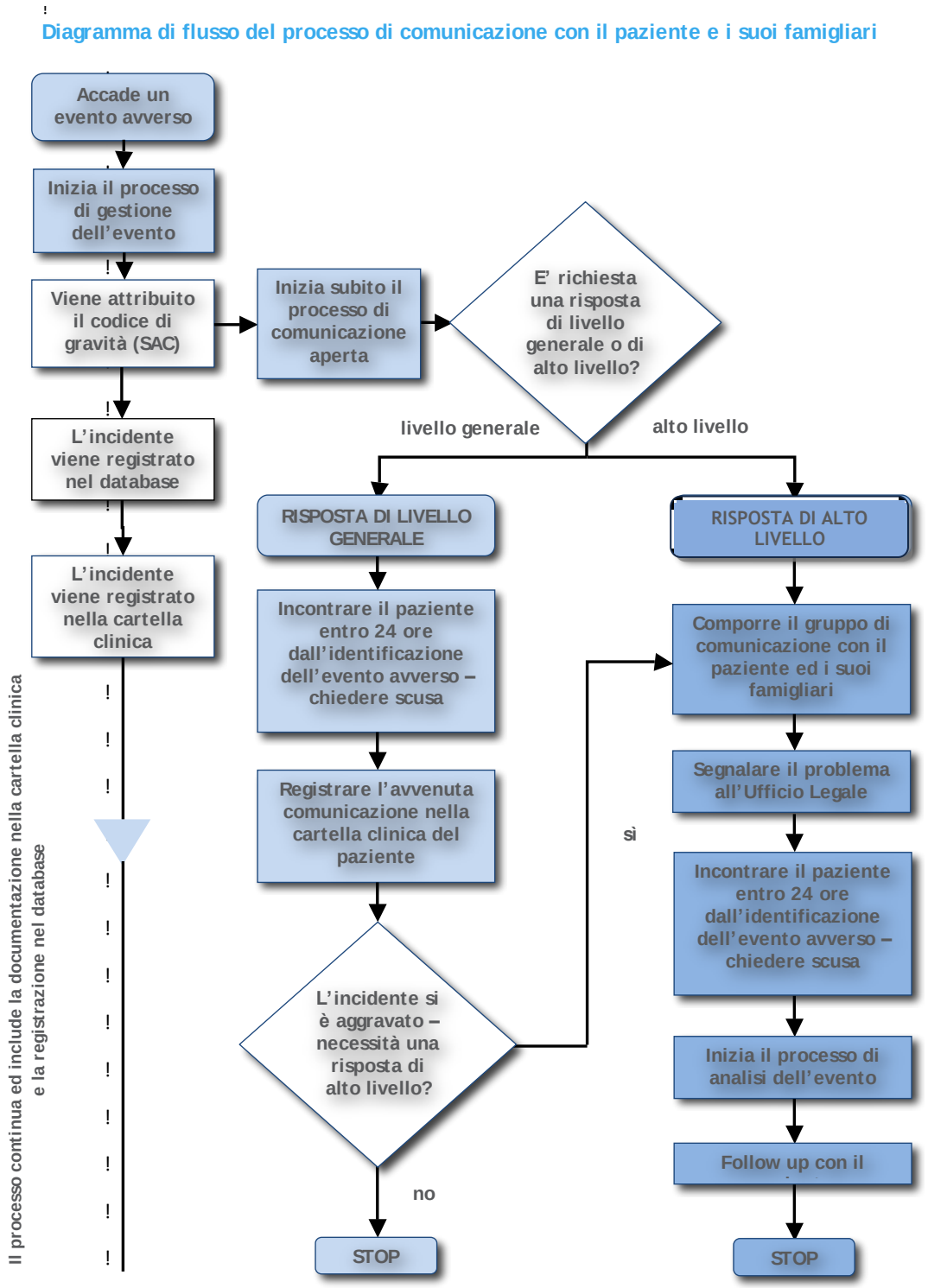
Al termine dell'incontro, la conversazione dovrebbe essere riassunta e gli argomenti chiave emersi ribaditi. A quel punto, dovrebbe essere stabilito un piano di follow up. Dopo di che, la comunicazione e gli eventi che hanno condotto ad essa dovrebbero essere adeguatamente documentati.

Tecniche avanzate di comunicazione aperta
E' importante notare che, in occasione di un evento avverso, è sempre presente un contesto emotivo molto intenso. I pazienti hanno spesso paura e possono sentirsi vulnerabili, arrabbiati e frustrati. Gli studenti devono poter sviluppare competenze comunicative di base, al fine di acquisire sicurezza nell'affrontare situazioni cariche da un punto di vista emotivo.

Esistono molti strumenti e programmi di formazione per aiutare studenti e professionisti sanitari nella comunicazione con i pazienti ed i loro caregiver. Le sessioni didattiche di comunicazione, spesso, includono insegnamenti per gli studenti al fine di porre le domande giuste, evitando di essere troppo sulla difensiva, e di far capire ai pazienti quanto le loro preoccupazioni siano state ascoltate e comprese.

Modalità per coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver
Quando gli studenti si occupano dei pazienti dovrebbero:
- incoraggiarli attivamente a condividere informazioni;
- dimostrare verso di loro empatia, onestà e rispetto;
- comunicare efficacemente;
- ottenere in modo appropriato il consenso informato;
- ricordare che lo scambio di informazioni è un processo non un evento; gli studenti dovrebbero lasciare sempre aperta l'opportunità per i pazienti di fare ulteriori domande, in un secondo momento;
- mostrare rispetto per le differenze di

Figura B.8.1. Il processo di comunicazione aperta, New South Wales, Australia



Fonte: Adattata dal diagramma di flusso del processo di comunicazione aperta http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf [12]

ogni paziente, per le credenze religiose e culturali e per le necessità individuali;

- comprendere e descrivere i passaggi essenziali in una comunicazione aperta;
- ricorrere al coinvolgimento del paziente in tutte le attività cliniche;
- dimostrare abilità nel riconoscere il ruolo del coinvolgimento di pazienti e caregiver per una buona pratica clinica.

SPIKES: uno strumento comunicativo (Slide 14)

Lo strumento comunicativo "Setting, Perception, Information, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary" (Luogo, Percezione, Informazione, Conoscenza, Empatia, Strategia e Riassunto) (SPIKES) [14] viene utilizzato per aiutare i professionisti della salute nel comunicare cattive notizie, in situazioni in cui vi siano pazienti

terminali. Ma SPIKES può essere usato più generalmente per aiutare la comunicazione con i pazienti ed i loro caregiver in un'ampia gamma di situazioni: con pazienti anziani, difficili o di diversa estrazione socio-culturale. Gli studenti possono iniziare a fare pratica con alcune o con tutte le tecniche di seguito elencate. Inoltre, possono riflettere e chiedersi: " E' questo il modo in cui vorrei venisse gestito un mio familiare?".

Tappa 1: Setting (S) (Luogo)

Privacy

Gli studenti constateranno che, in molti ospedali, studi dentistici, farmacie ed altri luoghi di cura, gli aspetti inerenti, la privacy del trattamento o della cura di un paziente possono non essere ottimali. L'ambiente è importante se si deve discutere di un argomento sensibile. Il paziente deve poter ascoltare e porre domande con il minimo disturbo. E' molto importante che il professionista sanitario ed il paziente siano, entrambi, pienamente coinvolti. Ad esempio, se la televisione o la radio sono accese, educatamente chiedete al paziente di spegnerle. Questo aiuterà tutti a concentrarsi sulla discussione in corso.

Coinvolgere altre persone di riferimento

Ai pazienti dovrebbe essere sempre chiesto se vogliono avere un membro della famiglia presente per supportarli ed aiutarli con le informazioni. Alcuni pazienti, in particolare quelli fragili e vulnerabili, possono aver bisogno di una persona che li aiuti a dare un senso all'informazione. E' particolarmente importante che i pazienti sappiano che, se lo desiderano, possono avere qualcuno presente.

Sedersi

Gli studenti sono spesso messi in guardia per quanto riguarda i problemi causati dallo stare in piedi o seduti dietro una scrivania e, spesso, ne parleranno all'inizio della loro formazione. Tuttavia, col tempo, ammetteranno che questo è di routine e fa parte di come si svolgono le cose. Gli studenti dovrebbero fare pratica chiedendo al paziente il permesso di sedersi prima di iniziare. I pazienti apprezzano che il medico si sieda, perché permette una comunicazione diretta e fa capire che la persona non sta per andarsene.

E' importante apparire sempre calmi e mantenere il contatto con lo sguardo, se questo è culturalmente accettato. Alle volte, se un paziente sta piangendo, è meglio distogliere lo sguardo e permettergli di ricomporsi.

Saper ascoltare

Una parte importante del ruolo del professionista sanitario è ascoltare i pazienti e non interromperli, quando stanno parlando. Mantenere il contatto con lo sguardo e rimanere tranquilli è un buon modo per dimostrare al paziente sollecitudine ed interesse.

Tappa 2: Perception (P) (Percezione)

E', spesso, utile iniziare chiedendo al paziente quali cose pensa stiano per succedere. Questo può aiutare a capire quanto comprenda della sua situazione.

Tappa 3: Information (I) (Informazione)

Molti studenti si preoccupano di quante informazioni dovrebbero rivelare al paziente. I diversi Paesi avranno regole differenti per questo processo. Una regola generale, che probabilmente si applica nella maggior parte dei Paesi e delle culture, è concentrarsi sul bisogno di informazione di ogni singolo paziente. I pazienti sono molto diversi uno dall'altro e differiscono per quanto riguarda il tipo di informazione che vogliono o possono affrontare. Gli studenti dovrebbero essere guidati dai loro supervisori in questo aspetto. Diversi insegnanti o supervisori forniranno più o meno informazioni. Osservare gli approcci di differenti professionisti sanitari è una buona opportunità per lo studente di osservare cosa può andar bene per diverse tipologie di pazienti. Ricordare che il paziente è la persona più importante; gli studenti devono concentrarsi su ognuno di essi per scoprire ciò che essi vogliono sapere e quanto vogliono essere informati. Gli studenti non devono partire dalla premessa (sbagliata) che i pazienti non vogliano sapere.

Le informazioni di cui i pazienti hanno bisogno sono diverse. Se un paziente ha una storia familiare di insufficienza cardiaca, il medico può dedicare più tempo a parlare dei rischi correlati a particolari trattamenti, prestando attenzione alle preoccupazioni del paziente.

Una semplice regola da ricordare, per quanto riguarda i rischi, è che tutti i pazienti dovrebbero essere informati in merito ai trattamenti, ogni volta in cui vi sia l'eventualità di un danno significativo,

anche se il rischio è minimo, e ogni qualvolta si possano verificare effetti collaterali, anche se di piccola entità. L'applicazione di questa regola aiuterà la maggior parte dei medici a bilanciare la quantità di informazioni fornite ed il bisogno di informazione del paziente. Questo approccio, favorendo la discussione, aumenta il grado comunicazione tra il paziente ed il professionista sanitario.

Gli studenti osserveranno, anche, che troppe informazioni, tutte insieme, possono confondere il paziente. La trasmissione di informazioni dovrebbe essere accuratamente misurata ed adattata alla situazione del singolo paziente. Il sovraccarico di informazione può essere evitato, rivolgendo alcune semplici domande o facendo delle semplici affermazioni all'inizio del colloquio, ad esempio:

Verificherò con lei per essere sicuro di averle fornito sufficienti informazioni sulla sua diagnosi e/o trattamento.

Oppure: *Se, ad un certo momento, sente di essere stato sufficientemente informato, per favore me lo dica.*

Gli studenti impareranno presto che i pazienti non riterranno importante un'informazione, data in un momento di elevata ansia, in particolar modo se riguarda una diagnosi difficile per il paziente. Alcuni pazienti possono non volere troppe informazioni, o dover prendere decisioni in merito alla terapia. Tuttavia, poter parlare, dare spiegazioni e fornire risposte alle domande sono comunque essenziali per garantire il rispetto per l'autonomia del paziente. Alcuni pazienti possono avere una serie di problemi dei quali discutere con i professionisti sanitari. Gli studenti non dovrebbero sentirsi minacciati da questo e dovrebbero affrontare ognuno di questi problemi, preferibilmente in presenza di un supervisore. Se non è possibile, avvisate il paziente che vi consulterete con il vostro supervisore in merito alle varie questioni.

Tappa 4: Knowledge (K) (Conoscenza)
Comunicare efficacemente una cattiva notizia prevede che il paziente venga sempre precedentemente avvisato che nel corso del colloquio devono essere date informazioni poco piacevoli. Questo offre al paziente il tempo di prepararsi, anche se solo per pochi momenti, ad esempio: *Sig. S.*, sfortunatamente non ho buone notizie da darle.*

Tappa 5: Empathy (E) (Empatia)
I seguenti quattro passaggi aiuteranno gli studenti a porre attenzione ai bisogni emotivi dei loro pazienti.

- Ascoltare e riconoscere le emozioni del paziente. Se siete incerti su quali sono le emozioni provate dal paziente, ponete domande tipo: *Come si sente adesso?*
- Riconoscere la causa che ha suscitato l'emozione.
  "Questa è una notizia difficile. Vuole parlare di ciò che sta provando? Se preferisce, posso tornare più tardi e possiamo parlarne ancora, quando avrà avuto la possibilità di assimilare tutto quello che le ho detto. Farò del mio meglio per rispondere a qualsiasi domanda possa avere".
- Fare in modo che il paziente capisca che comprendete come si sente e perché si sente in quel modo.
- Restare in silenzio; talvolta è importante semplicemente restare lì e lasciare che il paziente assimili l'informazione e dargli la possibilità di porre qualsiasi domanda.

E' inevitabile che vi siano alcuni pazienti più difficili da gestire di altri. Gli studenti noteranno che alcuni pazienti e familiari hanno più facilità nel comunicare degli altri, più esigenti e più difficili. Questo potrebbe essere dovuto a precedenti esperienze negative riguardanti le cure ed a conseguente rabbia. Potrebbero essere frustrati, perché hanno dovuto aspettare per ricevere un trattamento. Possono essere sotto l'effetto di farmaci o dell'alcol, o avere un disturbo mentale. Quando gli studenti incontrano tali pazienti, dovrebbero cercare di ricordare i pericoli dell'usare stereotipi o dell'essere giudicanti.

Non è insolito che determinati gruppi siano discriminati. Quando il team di assistenza sanitaria ha dei pregiudizi verso un paziente od un gruppo di pazienti (per esempio coloro che fanno uso di droghe), è importante che gli studenti siano consapevoli di come i propri pregiudizi o preferenze possono interferire con la loro obiettività e con il processo decisionale. Anzi, è necessaria molta più attenzione in questi casi, perché le opinioni personali e le proprie predisposizioni possono offuscare un giudizio clinico obiettivo, esitando in errori nel trattamento o nella diagnosi.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Tappa 6: Strategy and Summary (S) (Strategia e Riassunto)
E' sempre utile, alla fine di un colloquio, riassumere quanto si è detto. I pazienti potrebbero dover fare ulteriori domande o ricordarsi qualcosa di importante. Se, all'ultimo minuto, emergono nuovi dubbi, trovare il tempo per un altro incontro.

Gli studenti dovrebbero essere incoraggiati a mettere in pratica tali attività, al più presto, dopo che iniziano a lavorare con i pazienti. Raccogliere l'anamnesi di un paziente o porre domande sulle sue principali preoccupazioni sono opportunità fondamentali per coinvolgere attivamente il paziente praticando l'ascolto, ponendo domande aperte e chiuse e chiedendo ai pazienti se hanno capito qual è la loro situazione. Incoraggiare i pazienti a porre domande è un primo passo.

Promuovere il coinvolgimento dei pazienti nelle proprie cure
I pazienti, che giocano un ruolo attivo nella gestione delle loro patologie croniche, sembrano beneficiare di risultati migliori di quelli più passivi [15-17]. I pazienti ed i loro familiari possono essere informati sulle opportunità di essere coinvolti nella prevenzione di eventi avversi, attraverso l'attività di sensibilizzazione ed educazione sui rischi di danni prevenibili. Essi dovrebbero essere incoraggiati ad esternare le loro preoccupazioni inerenti alla sicurezza.

Strategie e modalità di insegnamento

Questo argomento può essere suddiviso in sezioni, per essere incluso nei programmi esistenti, o può essere insegnato come attività a sé stante. Se l'argomento viene inteso come una sessione a sé stante, può essere insegnato in un certo numero di modalità, elencate di seguito.

Lezione frontale didattica/interattiva
Utilizzare le diapositive di accompagnamento come guida per coprire tutti gli argomenti. Le diapositive di Power Point possono essere utilizzate come tali, o convertite per essere utilizzate con una lavagna luminosa. Inizia la sessione con uno dei casi studio e richiedi agli studenti di identificare alcuni dei problemi inerenti al caso.

Discussione in piccoli gruppi
Ad uno o più studenti potrebbe essere presentato l'argomento e richiesto loro di condurre una discussione circa i temi trattati. Gli studenti potrebbero seguire i vari temi, nell'ordine sopra presentato, ed esporre il materiale. Il tutor che guida la sessione dovrebbe anche avere familiarità con il contesto, così potrà aggiungere informazioni sul sistema sanitario locale e sul contesto clinico.

Esercizi di simulazione
Potrebbero essere preparati diversi scenari sugli eventi avversi e la necessità di segnalare ed analizzare gli errori. I role play che riproducono discussioni tra pazienti e studenti, in diverse situazioni, potrebbero includere condizioni in cui si abbia un conflitto nello scambio di informazioni, in cui gli studenti non detengono le notizie che il paziente vorrebbe conoscere, oppure situazioni in cui un paziente si lamenti di uno studente. I role play potrebbero anche essere imperniati sul debriefing di uno studente che ha ricevuto una lamentela.

Altre modalità di insegnamento
Esiste un numero di metodi differenti per incentivare una discussione inerente agli argomenti di questo capitolo. E' estremamente importante che un paziente parli con gli studenti delle sue esperienze con il sistema sanitario, soprattutto se connesse agli specifici argomenti trattati in questo Manuale del Percorso Formativo. Altre modalità di insegnamento, centrate su specifici argomenti discussi in questo capitolo, sono elencate di seguito.

Apprendere riguardo agli aspetti etici e legali associati con la comunicazione aperta di un evento avverso
La maggior parte degli esempi in questo Manuale del Percorso Formativo proviene dall'Australia, dal Regno Unito e dagli Stati Uniti. Tuttavia, le leggi e le aspettative culturali, riguardo alla comunicazione di un evento avverso, possono variare da Paese a Paese.

- Consulta i principi etici nazionali inerenti la tua Associazione Professionale. Cosa dicono della comunicazione di eventi avversi? Confronta quanto riportato con la posizione dei vostri Ordini o Associazioni Professionali.
- Informati sugli organi di rappresentanza dei malati/pazienti nel tuo Paese.
- Cerca, a livello locale, storie di pazienti

che difendono i loro diritti.
- Invita un rappresentante di un'agenzia assicurativa in ambito sanitario, per parlare degli errori più comuni e delle strategie per ridurli.

Imparare le procedure per rispondere ai reclami dei pazienti. (Vedi l'Argomento 6)
- Invita medici esperti e rispettati, per parlare di come vengono gestiti i reclami nella propria pratica clinica.
- Utilizzando i casi di questo argomento, o casi reali accaduti nel vostro settore, chiedere agli studenti di scrivere una lettera di scuse.
- Prendere uno dei casi. Valutare i possibili costi per il risarcimento del paziente che ha subito il danno (o della sua famiglia). Ad esempio, per la perdita del posto di lavoro, per i trattamenti necessari o perfino per il decesso.
- Chiedere in via informale ai professionisti sanitari cosa pensano dei pazienti che vengono aiutati nel fare denunce. Discutere di tali aspetti con uno studente, approfondendo perché ascoltare la voce dell'utente possa essere utile.
- Invitare pazienti che hanno esposto un reclamo a parlare delle proprie esperienze.

Apprendere come comunicare un evento avverso
Far lavorare gli studenti in coppia od a piccoli gruppi e scegline uno che giochi la parte del paziente, in un caso di grave errore. Far fare ad un altro studente la parte del medico, che deve comunicare apertamente l'errore. Dopo questo role play, chiedere agli studenti come si sono sentiti e cosa hanno imparato. Un altro approccio consiste nel chiedere agli studenti esempi di coinvolgimento di pazienti o caregiver che loro od i loro familiari hanno sperimentato. Un metodo di insegnamento efficace implica che un paziente o un membro della famiglia, coinvolti in un evento avverso, parlino con gli studenti. I pazienti sono insegnanti molto validi per quanto riguarda la Sicurezza del Paziente.

Imparare a realizzare l'empowerment del paziente
Chiedere agli studenti, in coppia o a piccoli gruppi, di raccogliere informazioni dai pazienti, sugli aspetti delle proprie cure che li fanno sentire sicuri e, al contrario, quali li fanno sentire insicuri. In alternativa, coppie di studenti potrebbero parlare con i pazienti dei modi in cui sentono di poter contribuire propria sicurezza (ad es. controllo dei farmaci). Lasciare che gli studenti ritornino nel gruppo e presentino le loro conclusioni.

Apprendere la competenza culturale
Chiedere agli studenti, in piccoli gruppi, di considerare come i professionisti sanitari dovrebbero comunicare con pazienti di differenti culture. Presentare l'esempio di una situazione in cui un paziente soffra di una malattia terminale (ad es. un tumore). Discutere con gli studenti su come differenze culturali potrebbero influire su ciò che dovrebbe essere detto al paziente.

Ripetere l'esercitazione nella quale un paziente sperimenta un evento avverso. Discutere con gli studenti se esistano differenze culturali nel modo in cui i pazienti potrebbero reagire a tal evento.

Attività per gli studenti nella loro sede di tirocinio
- Seguire un paziente nel suo percorso di cure nel sistema sanitario.
- Seguire un professionista sanitario che sta raccogliendo il consenso informato per una procedura chirurgica e riflettere su quanto osservato, considerando il quadro di riferimento per il consenso informato.
- Chiedere agli studenti di trascorrere una giornata con un altro professionista sanitario (medico, infermiere, psicoterapista, dentista, assistente sociale, dietista, mediatore culturale) ed analizzare insieme alcuni dei modi in cui quei particolari professionisti coinvolgono pazienti e caregiver.
- Chiedere agli studenti, che interagiscono con i pazienti, di cercare sempre di ottenere informazioni sul punto di vista del paziente, in merito alla malattia o alle sue condizioni cliniche.
- Chiedere agli studenti che interagiscono con i pazienti di domandare sempre: *Quali sono le tre cose più utili e le tre che cambierebbe in relazione alla cura ricevuta o che sta ricevendo*?
- Chiedere agli studenti di indagare se, nell'organizzazione dove fanno tirocinio, vi sono procedure o gruppi di lavoro per l'identificazione e l'analisi di eventi avversi. Ove possibile, chiedere agli studenti di richiedere l'autorizzazione al proprio supervisore di osservare o prendere parte a queste attività.

- Chiedere agli studenti di indagare se l'organizzazione effettua revisioni di mortalità e morbosità od utilizza altri strumenti di revisione degli eventi avversi.
- Richiedere agli studenti di parlare tra di loro sugli errori osservati nella struttura sanitaria, utilizzando un approccio non punitivo.
- Chiedere agli studenti di informarsi sul principale protocollo, usato dallo staff, nel setting terapeutico in cui stanno lavorando. Gli studenti devono chiedere come sono state scritte le linee guida e se i membri dello staff le conoscono, sanno come utilizzarle e sono consapevoli quando si discostano da esse.
- Chiedere agli studenti di scrivere un saggio riflessivo sull'impatto degli eventi avversi sui pazienti.

Casi studio

Riconoscimento di un errore di assistenza sanitaria

Questo caso descrive la gestione di un errore di terapia in una struttura di assistenza per anziani. (Vedi Capitolo 6)

F.* è un ospite di una struttura per anziani. Una notte, un infermiere erroneamente somministrò a F.* l'insulina, anche se non aveva il diabete. L'infermiere riconobbe subito il suo errore e lo sottopose all'attenzione di tutto il personale che, a sua volta, informò F.* e la sua famiglia. La struttura intraprese misure immediate per aiutare F.* e dispose il suo trasferimento in un ospedale, dove è stato ricoverato e osservato prima di essere reinviato alla struttura per anziani. L'infermiere fu elogiato per aver rivelato, immediatamente e in modo esaustivo, la somministrazione errata di insulina. In seguito a questo incidente, l'infermiere ha dovuto seguire una formazione specifica sui farmaci, per ridurre al minimo la possibilità che un errore simile si verifichi in futuro.

Discussione

- Chiedere agli studenti di leggere il caso e di discutere i benefici dell'onestà dell'infermiere dal punto di vista del paziente e della sua famiglia, della struttura sanitaria per anziani, dell'infermiere coinvolto e della direzione.

Fonte: La divulgazione aperta. Casi studio.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario; 2003; 1:16-18 Sidney, New South Wales, Australia.

L'importanza di ascoltare una madre

Questo caso illustra l'importanza di curare ogni paziente come un caso a sé, e di ascoltare le preoccupazioni del paziente e dei suoi familiari.

R.*, ragazza madre, diede alla luce il suo primo figlio, un neonato sano, a 37 settimane di gestazione e 2700 grammi di peso. Il parto fu normale ed, un'ora dopo, la madre ed il bambino erano stazionari. Fu informata dall'infermiere che tutto stava andando bene per entrambi.

Sei ore dopo il parto, ebbe inizio l'allattamento al seno. L'infermiera riferì verbalmente al dottore che c'erano difficoltà con l'allattamento al seno, e che il bambino sembrava troppo addormentato. Le regole dell'ospedale prevedevano che le madri fossero dimesse 36 ore dopo la nascita, così R.* fu preparata per le dimissioni.

A R.* fu detto dal Dottor A.* che tutto andava bene e che il bambino aveva un lieve ittero, che sarebbe scomparso in un paio di giorni, perché non c'era incompatibilità tra il gruppo sanguigno della madre e del bambino. Il Dottor A.* disse a R.* che, in questo "bambino sano", l'allattamento al seno sarebbe migliorato dopo pochi giorni.

Un altro dottore (B.*) le consigliò di tornare all'ospedale dopo una settimana. Mentre era a casa, le difficoltà di allattamento continuarono, ed i sintomi di ittero del bambino si aggravarono. R.*, spaventata, portò al Pronto Soccorso il bambino, che ora aveva 72 ore di vita. Il medico del Pronto Soccorso non controllò il peso ma richiese un test del livello di bilirubina del bambino. Risultò 13,5 mg/dl (231 µmol/l). Il medico disse che era abbastanza alto per un bambino di 3 giorni ma che non c'era nulla di cui preoccuparsi. Avvisò R.* di tornare dopo una settimana e le disse sorridendo: "Il suo bambino sta bene, non si preoccupi. So cosa sto dicendo, sono un medico".

Nei giorni seguenti, il bambino richiedeva il latte ogni ora e mezza ed il seno di R.* sembrava svuotato. I suoi amici, che non avevano bambini, le dissero: "Se il medico ti ha detto che va tutto bene, allora vuol dire che va tutto bene. Non preoccuparti".

Quando il bambino compì dieci giorni, R.* lo portò all'ospedale, come le era stato detto dal Dottor B.* A quel punto, il suo peso era calato del 20% ed il suo test della bilirubina era 35 mg/dl. Durante l'esame clinico, il bambino presentava chiari segni di encefalopatia da bilirubina.

Il comitato consultivo dell'ospedale cercò di capire come si fosse sviluppata questa situazione prevenibile.

Discussione

- Chiedere agli studenti di analizzare questo caso. Cos'era accaduto ed in quale momento? Cosa si sarebbe potuto fare per prevenire il danno e quando?

Ascoltare le preoccupazioni dei pazienti e dei loro familiari, anche quando non espresse verbalmente in modo chiaro, è una competenza chiave che si deve saper padroneggiare. I pazienti ed i loro familiari possono essere, a volte, etichettati come super ansiosi. Tuttavia, non dovremmo mai ignorare o non prendere in considerazione le loro preoccupazioni; anzi, dovremmo sempre considerarle con serietà. Non dovremmo mai far sentire al paziente che le sue preoccupazioni sono inappropriate.

Fonte: Gruppo di lavoro del Manuale del Programma Formativo sulla Sicurezza del Paziente dell'OMS per le Scuole Mediche. Caso fornito da Professor Jorge Martinez, Leader di progetto ed Analista funzionale, Università di Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Una lettera da un paziente

Questa lettera presenta il punto di vista di una paziente sulla propria esperienza in ospedale.

Sono A.*, ho 25 anni. Ho avuto dolori addominali per sei giorni ed ero molto spaventata perché, un anno fa, mia sorella ebbe sintomi simili ed ora ha un tumore all'intestino e sta subendo un trattamento molto invasivo.

Decisi di recarmi da sola in ospedale per non spaventare l'intera famiglia. Arrivai la mattina presto. Non sapevo esattamente cosa fare o chi dovevo vedere, era la mia prima esperienza in un ospedale. Tutti sembravano avere fretta e non erano molto amichevoli. Qualcuno era spaventato quanto me.

Trassi un respiro profondo e chiesi ad una giovane donna, che mi guardò e sorrise, se sapeva dove si trovasse il reparto di Gastroenterologia. Lei sorrise e rispose: "Sono una studentessa ed anch'io mi sono persa. Cerchiamolo insieme. Devo andare nello stesso posto. Perché non andiamo all'ufficio informazioni?".

Pensai che fosse una buona idea e, tutto ad un tratto, cominciai a sentirmi, in qualche modo, protetta. Una persona che ritenevo fosse una professionista sanitaria era con me.

Arrivammo all'ufficio informazioni e lo trovammo affollato di persone che urlavano, alcune arrabbiate. C'era solo una persona che forniva informazioni e L.*, la studentessa, disse: " Non credo che andremo da qualche parte se cerchiamo di avere un'informazione qui." Suggerii di seguire le indicazioni che avevo visto all'ingresso principale.

Dopo aver camminato in mezzo alla folla, arrivammo all'ingresso principale e, finalmente, al reparto di Gastroenterologia. L.* esclamò: "Oh sì, è questo il posto, chieda all'infermiera laggiù. Io dovrei andare a lezione, buona fortuna.".

L'infermiera mi disse che non sarei dovuto andare direttamente al reparto di Gastroenterologia ma al Pronto Soccorso, dove avrebbero valutato la mia condizione. Così, dovetti tornare al Pronto Soccorso. Quando arrivai, un sacco di persone stava aspettando, e mi fu detto che avrei dovuto attendere anch'io. "sarebbe dovuto venire prima, " disse l'infermiera. (Io ero arrivata prima!!!).

Un medico mi visitò e mi ordinò i raggi X e le analisi di laboratorio. Nessuno mi disse niente o mi diede spiegazioni. Ero più impaurita di quando mi ero svegliata con i dolori.

Rimasi all'ospedale tutto il giorno, vagando da un posto all'altro. Verso sera, venne un dottore e mi disse, con poche parole, che andava tutto bene, che non avevo nulla di cui preoccuparmi e cominciai a "respirare" di nuovo.

Vorrei dire alla Direzione Sanitaria che dovrebbe considerare che qualsiasi persona venga in ospedale, anche se non soffre di una malattia importante, si sente stressata e, spesso, non sta bene. Abbiamo bisogno di persone amichevoli, che si prendano cura di noi, cerchino di comprendere la nostra storia e perché ci sentiamo così male.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Abbiamo bisogno di una comunicazione chiara con gli operatori sanitari. Abbiamo bisogno di chiarezza su come utilizzare le strutture ospedaliere. Capisco che, sfortunatamente, non possiate prendervi cura di tutti, non siete divinità, ma sono sicura che possiate dimostrarvi più amichevoli con i pazienti. I dottori e gli infermieri hanno l'incredibile potere di poter far sentire il paziente, con le loro parole, comportamenti e comprensione della situazione, sicuro e sollevato.

Per favore non dimenticate questo potere, che è incredibilmente utile per tutte le persone che entrano in ospedale.

Con tutto il mio rispetto

A*.

Discussione

- Chiedere agli studenti di discutere su come avrebbero gestito le preoccupazioni della paziente.

Fonte: Gruppo di lavoro del Manuale del Programma Formativo sulla Sicurezza del Paziente dell'OMS per le Scuole Mediche. Caso fornito da Professor Jorge Martinez, Leader di progetto ed Analista funzionale, Università di Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Barriere linguistiche

Questo caso riguarda le barriere linguistiche in uno studio dentistico. In questo esempio, la scarsa comunicazione tra il medico ed il paziente (a causa di una barriera linguistica) è fonte di stress emotivo per il paziente.

Un ragazzo, di 18 anni, era andato con la madre dal dentista, per effettuare l'otturazione di una carie. Il dentista diagnosticò che il primo molare dell'arcata inferiore di destra era troppo cariato e, dopo aver esaminato i raggi X, disse al paziente, in italiano*, che il dente necessitava di un trattamento canalare.

Il dentista avviò la procedura di accesso alla cavità, per individuare l'esatta posizione del canale. A quanto pare, il paziente aveva capito che avrebbe fatto il semplice riempimento della cavitazione. Non appena il dentista raggiunse il tessuto della polpa dentale, altamente sensibile, il paziente sobbalzò dal dolore. Il paziente accusò quindi il dentista di trattarlo male; rifiutò ogni ulteriore trattamento e lasciò l'ambulatorio per sporgere una denuncia formale con l'amministrazione della struttura. Si è poi scoperto che il paziente non parlava italiano*, a parte poche parole come "OK" e "Grazie".

Il paziente e sua madre hanno continuato a denunciare la mancanza di comunicazione efficace da parte del dentista, che non aveva spiegato in modo chiaro la procedura.

Domande

- Quali aspetti possono aver impedito al dentista di stabilire se il paziente capiva l'italiano*?
- Quali fattori hanno impedito al paziente ed a sua madre di parlare, prima che la procedura iniziasse?

Fonte: Questo caso è stato offerto da Shan Ellahi, Consulente per la Sicurezza del Paziente, Servizi di Comunità di Ealing e Harrow, Servizio Sanitario Nazionale, Londra, Gran Bretagna.

Partorire a casa

Questo caso tratta il coinvolgimento dei membri importanti della famiglia nelle decisioni inerenti alla salute.

M.* era incinta del suo secondo figlio. Il suo primo figlio era nato in un ospedale locale, senza complicazioni. Durante questa gravidanza, l'assistenza prenatale era stata fornita da un'ostetrica. Tutti i controlli indicavano una gravidanza sana e, a 36 settimane, M.* e la sua ostetrica parlarono di come pianificare il parto. M.* disse che voleva partorire in casa ma il marito non ne era convinto. La sua ostetrica spiegò che il parto in casa poteva essere un'opzione, dal momento che la gravidanza andava bene e M.* aveva avuto un precedente parto senza complicazioni.

Quando M.* raggiunse le 39 settimane di gravidanza, iniziarono le contrazioni e chiamò l'ostetrica, che andò a casa a visitarla. La nascita progrediva in fretta e, entro due ore, il collo era completamente dilatato. Quando M.* iniziò a spingere, l'ostetrica sentì che la frequenza cardiaca del bambino era in calo. Mise M.* sul lato sinistro e le chiese di non spingere. Nel giro di cinque minuti, la frequenza cardiaca era migliorata e la testa del bambino stava uscendo. Un minuto più tardi, nacque una bambina sana. Madre e figlia stavano andando bene nelle prime ore dopo la nascita.

Il giorno successivo, l'ostetrica andò a trovare M.* e suo marito a casa. Parlarono del parto. Il marito di M.* disse di aver visto

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

che l'ostetrica era molto esperta, ma era ancora scosso da quello che era successo con la frequenza cardiaca del bambino. Lui non aveva voluto un parto in casa.

Domande

- Come poteva l'ostetrica assicurarsi e verificare che M.* fosse ben informata in merito al parto in casa?
- Come possono essere coinvolti i familiari (in questo caso il marito) nelle scelte e nelle decisioni?
- Quale sarebbe stato un buon modo con cui l'ostetrica avrebbe potuto valutare le preoccupazioni del marito?

Fonte: Caso offerto da Marianne Nieuwenhuijze, ostetrica MPH, Direttore, Dipartimento della Ricerca, Scienze Ostetriche, Facoltà di Educazione e Formazione Ostetrica, Università Zuyd, Maastricht, Olanda.

Strumenti e bibliografia

Farrell C, Towle A, Godolphin W. *Where's the patients' voice in health professional education?* Vancouver, Division of Healthcare Communication, University of British Columbia, 2006 (http://www.chd.ubc.ca/dhcc/sites/default/files/documents/PtsVoiceReportbook.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Workshop sulla Sicurezza del Paziente

Building the future for patient safety: developing consumer champions-a workshop and resource guide. Chicago, IL, Consumers Advancing Patient Safety. Funded by the Agency for Healthcare Research and Quality (http://patientsafety.org/page/102503/; visitato il 21 febbraio 2011).

Cura centrata sul paziente

Agency for Healthcare Research and Quality. Expanding patient-centred care to empower patients and assist providers. Research in Action. 2002, issue 5, (http://www.ahrq.gov/qual/ptcareria.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Leape et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qualty & Safety in Health Care*, 2009, 18:424–428.

Errori medici

Talking about harmful medical errors with patients. Seattle, University of Washington School of Medicine (http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Tools/TalkingaboutHarmfulMedicalErrorswithPatients.htm; visitato il 21 febbraio 2011).

Comunicazione aperta

Open disclosure education and organisational support package. Open Disclosure Project 2002–2003, Australian Council for Safety and Quality in Health Care (http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/$File/OD-LiteratureReview.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Open Disclosure. Australian Commission for Safety and Quality, 2 December 2010 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/PriorityProgram-02; visitato il 21 febbraio 2011).

Open disclosure guidelines. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Valutare la conoscenza di questo argomento

Dettagli sulla valutazione della formazione sulla Sicurezza del Paziente sono forniti nella Guida per il docente (Prima parte). Tuttavia, per la valutazione di questo argomento, è disponibile una vasta gamma di metodologie di valutazione, inclusi saggi, domande a risposta multipla, discussione di casi clinici ed auto-valutazione. Incoraggiare gli studenti a sviluppare un approccio di portfolio per conoscere la Sicurezza del Paziente: ha il vantaggio che, alla fine del programma di formazione, ogni studente avrà una raccolta delle proprie attività di Sicurezza del Paziente che potrà utilizzare per ottenere un lavoro e nella sua futura carriera.

La valutazione delle conoscenze in merito al coinvolgimento del paziente e la comunicazione aperta possono includere l'utilizzo di:

- portfolio;
- discussione di casi clinici;
- OSCE;
- osservazioni scritte in merito al sistema sanitario (in generale) ed ai potenziali errori;
- considerazioni sul ruolo svolto dai pazienti all'interno degli ospedali o degli altri setting assistenziali, sulle conseguenze del paternalismo, sul ruolo dei medici più anziani rispetto ai processi di comunicazione aperta e/o sul ruolo dei pazienti come insegnati.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

La valutazione può essere formativa o complessiva; il punteggio può variare tra soddisfacente ed insoddisfacente. (Vedere i vari moduli nell'Allegato 2 della Seconda parte).

Sarebbe importante includere un rappresentante dei pazienti nel team di valutazione.

Valutare l'insegnamento dell'argomento

La valutazione è importante, in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per il docente (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Bibliografia

1. *Patients for patient safety: statement of case*. Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/en/index.html; visitato il 21 febbraio 2011).
2. Kerridge I, Lowe M, McPhee J. *Ethics and law for the health professions*, 2nd ed. Annandale, NSW, Federation Press, 2005:216–235.
3. Emmanuel L et al, eds. *The patient safety education project (PSEP) core curriculum*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
4. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework*. Commonwealth of Australia, 2007.
5. Genao I et al. Building the case for cultural competence. *The American Journal of Medical Sciences*, 2003, 326:136–140.
6. Gallagher TH et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:1001–1007.
7. Gallagher TH, Lucas MH. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2005, 12:253–259.
8. Davis RE et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 2007, 10:259–267.
9. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76–80.
10. *Open disclosure health care professionals' handbook: a handbook for health care professionals to assist with the implementation of the open disclosure standard*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Commonwealth of Australia, 2003 (www.health.gov.au/internet/safety/.../hlthcareprofhbk.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).
11. Vincent CA, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? *Lancet*, 1994, 343:1609–1613.
12. *Open disclosure guidelines*. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).
13. Harvard Hospitals. *When things go wrong, responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals*. Cambridge, MA, Harvard University, 2006.
14. Developed by Robert Buckman, MD, Associate Professor of Medical Oncology, University of Toronto, Toronto, Canada. Modified from: Sandrick K. Codified principles enhance physician/patient communication. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1998, 83:13–17.
15. Bower P et al. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2001, 51:838–845
16. Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51–62.
17. Montgomery P et al. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006, 1:CD002206.

Diapositive per l'argomento 8: Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una delle modalità per generare una discussione di

gruppo. Un’altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell’assistenza sanitaria che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento, come, ad esempio, i modi in cui pazienti e caregiver possono lavorare come partner nelle cure, come possono aiutare a prevenire danni ed imparare dagli eventi avversi*.

Le diapositive per l’Argomento 8 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per adattarsi all'ambiente ed alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Introduzione agli Argomenti 9-11

Mettere in pratica le conoscenze: il controllo delle infezioni, le procedure invasive e la sicurezza nella somministrazione dei farmaci

L'apprendimento dei prossimi tre argomenti avviene più efficacemente mentre gli studenti stanno effettuando il loro tirocinio pratico, ad esempio in ospedale, in un poliambulatorio od in un setting territoriale.

La maggior parte di questo Manuale del Percorso Formativo conterrà dei concetti teorici nuovi per gli studenti. Tuttavia, pochi saranno i cambiamenti nella qualità dell'assistenza sanitaria fornita dagli studenti e dai professionisti sanitari e ricevuta dai pazienti, se tali concetti non vengono messi in pratica nel setting assistenziale. Gli studenti devono poter esercitarsi ad implementare le strategie ed i comportamenti descritti in questo Manuale. I prossimi tre argomenti sul controllo delle infezioni, sulle procedure invasive e sulla sicurezza della terapia farmacologica, sono stati sviluppati, tenendo conto della prospettiva del paziente e delle più recenti linee guida. Gli Argomenti sono stati strutturati, al fine di massimizzare le capacità degli studenti nell'applicare i principi ed i concetti inerenti alla sicurezza nel proprio contesto lavorativo, mentre sono nel territorio, in ospedale, in un poliambulatorio od in altri setting assistenziali. Prima di procedere con l'insegnamento di questi Argomenti sarebbe utile per gli studenti avere un'infarinatura sui concetti presentati negli Argomenti precedenti, in particolare riguardanti il lavoro in team, il pensiero sistemico e gli errori.

L'Argomento 4: *Essere un'efficace componente del team* è essenziale per poter apprendere ciascuno degli Argomenti che seguono. Le risposte adeguate ai problemi, presentati in ognuno di questi argomenti, dipendono da quanto ogni membro del team di assistenza sanitaria (compresi gli studenti) sia consapevole della rilevanza e dell'importanza di un'accurata e completa comunicazione scritta e verbale con gli altri, inclusi i pazienti ed i loro famigliari. Gli studenti, durante il tempo passato con i pazienti e le loro famiglie, dovrebbero acquisire familiarità con tecniche quali, il controllo, le checklist, il briefing ed il debriefing, il feedback ed un tempestivo passaggio di consegne. Quando gli studenti si renderanno conto dell'importanza di tali tecniche, è molto più probabile che le utilizzino.

I tre argomenti seguenti fanno molto affidamento sull'implementazione di linee guida appropriate e riconosciute. Nel momento in cui gli studenti comprendono il ruolo delle linee guida e perché sono importanti per l'assistenza sanitaria, si renderanno, anche, conto di quanto un esito favorevole per il paziente dipenda dal fatto che tutti i membri del team di assistenza sanitaria seguano lo stesso piano terapeutico. Le linee guida sono progettate per favorire una gestione del paziente basata sulle migliori prove di efficacia disponibili, per diminuire le variazioni nella pratica clinica e ridurre i rischi per i pazienti. Molte evidenze mostrano come un appropriato uso delle linee guida possa minimizzare l'occorrenza di eventi avversi [1, 2].

Bibliografia

1. *Clinical evidence* [web site]. London, British Medical Journal Publishing Group Ltd, 2008 (http://www.clinicalevidence.bmj.com; visitato il 26 novembre 2008).
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.

Argomento 9

Prevenzione e controllo delle infezioni

Questo capitolo segue l'iniziativa lanciata dall'OMS all'interno della Prima sfida globale per la Sicurezza del Paziente: cure pulite sono cure più sicure, Ginevra, Svizzera.

Epatite C: riutilizzo degli aghi

Questo caso ci fa capire la facilità con cui, inavvertitamente, si può riutilizzare una siringa.

S.*, un uomo di 42 anni, era stato programmato in una struttura sanitaria locale per l'esecuzione di un'endoscopia. Prima di iniziare la procedura, egli ricevette la sedazione. Dopo qualche minuto, tuttavia, l'infermiera notò che S.* non sembrava essersi rilassato e che necessitava di ulteriore sedazione. La donna utilizzò la stessa siringa, la inserì nella via iniettiva usata per la sedazione e reinfuse il farmaco; la procedura continuò quindi nella normalità. Molti mesi dopo, S.* iniziò a presentare ingrossamento del fegato, mal di stomaco, debolezza ed ittero e gli venne diagnosticata l'epatite C.

Il *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) era stato contattato per altri 84 casi di malattia epatica, tutti connessi alla stessa struttura ospedaliera. Causa di queste infezioni fu ritenuta essere la via di infusione utilizzata per la sedazione, che sarebbe stata contaminata dal reflusso della siringa, consentendo così la trasmissione del virus. Molti operatori sanitari sostenerono che il riutilizzo della siringa nello stesso paziente (e pertanto l'inserzione della stessa nella via iniettiva) era pratica comune.

Fonte: Sonner S. *CDC: syringe reuse linked to hepatitis C outbreak*. Reno, NV, The Associated Press, 16 May 2008.

Introduzione-Il controllo delle infezioni è importante per garantire la sicurezza del paziente (Slide 1)

Le malattie infettive sono un fenomeno dinamico, che tende ad emergere e riemergere di volta in volta. Oggigiorno, l'attenzione al controllo delle infezioni è aumentata, anche a causa di condizioni gravi come quelle causate dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e dell'epatite B, C, D. In passato, il controllo delle infezioni era maggiormente indirizzato a tutelare i pazienti, specie in ambito chirurgico ma, ora è altrettanto dirimente, garantire la protezione degli operatori sanitari e degli individui nella comunità. La diffusione delle infezioni in ambito sanitario affligge centinaia di milioni di persone in tutto il mondo: esse si concentrano soprattutto nei pazienti ricoverati e possono prolungare la durata della degenza. Molti dei pazienti colpiti vanno incontro a disabilità permanenti ed un numero considerevole, anche alla morte. Un numero sempre più crescente di infezioni è causato da microrganismi resistenti alle terapie tradizionali. Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA), inoltre, portano ad un aumento dei costi per i pazienti e per gli ospedali: degenze ospedaliere più prolungate e necessità di livelli più elevati di assistenza, che rappresentano un problema economico importante per il sistema sanitario. Questo trend preoccupante ha spinto gli operatori sanitari, i dirigenti, le istituzioni ed i governi a concentrare i loro sforzi sulla prevenzione delle infezioni.

L'OMS [1] definisce l'ICPA (precedentemente chiamata *infezione nosocomiale*) un'infezione acquisita in ospedale che si verifica in un paziente ricoverato per altri motivi e/o un'infezione [2] che insorge in un paziente in ospedale od in un'altra struttura sanitaria, che non era presente, né in fase di incubazione, al momento del ricovero stesso. La definizione comprende anche le infezioni che compaiono solo dopo la dimissione, come pure le infezioni occupazionali che colpiscono lo staff della struttura sanitaria.

Il riquadro sottostante racchiude alcuni dati dell'OMS, relativi all'incidenza delle ICPA nel mondo. Ognuno, dai professionisti ai pazienti ed a tutte le persone della comunità, detiene la responsabilità nel ridurre le occasioni in cui può avvenire una contaminazione delle mani e delle attrezzature/dispositivi. Gli studenti di medicina e delle altre professioni sanitarie devono conoscere i metodi di sterilizzazione

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

e le tecnologie che garantiscono la sicurezza degli strumenti utilizzati sui pazienti. La prevenzione delle infezioni deve, sempre, rappresentare una priorità per tutti gli operatori sanitari e, in quanto tale, è una componente chiave all'interno dei piani strategici finalizzati a promuovere la Sicurezza del Paziente. Questo capitolo illustra le aree principali, dove avviene la trasmissione crociata delle infezioni, identificando le attività ed i comportamenti da mettere in atto nella routine quotidiana per ridurre l'incidenza delle ICPA.

Tavola B.9.1. Infezioni correlate a pratiche assistenziali: entità e costi

- Nei Paesi sviluppati, le ICPA riguardano il 5-15% dei pazienti ospedalizzati e colpiscono il 9-37% dei pazienti ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) [3].
- Si stima che, in Europa, le ICPA negli ospedali per acuti siano circa 5 milioni all'anno, portando ad un aumento della durata della degenza pari a 25 milioni di giorni supplementari [3].
- In Inghilterra, ogni anno avvengono più di 100.000 casi di ICPA, responsabili di oltre 5.000 decessi attribuibili direttamente alle infezioni [3].
- Negli Stati Uniti, il tasso stimato di incidenza delle ICPA nel 2002 era pari al 4,5%; i decessi dovuti alle ICPA erano a pari a 100.000 [3].
- Non sono disponibili dati complessivi per i Paesi in via di sviluppo, dove il tasso ICPA è in continuo aumento. I dati provenienti da alcuni studi condotti negli ospedali mostrano una prevalenza di ICPA pari al 15,5%, corrispondente a 47,9 per 1000 giorni-paziente nelle Terapie Intensive per adulti [4].
- Il tasso di infezioni del sito chirurgico (ISC) nei Paesi in via di sviluppo è significativamente più alto rispetto a quello dei Paesi Occidentali. L'incidenza cumulativa di ISC è di 5,6 su 100 procedure chirurgiche, che costituisce la tipologia di infezione più frequente negli ospedali [4].
- I dati europei mostrano che le ICPA rappresentano un costo per la Sanità di 13-24 miliardi di Euro all'anno [3].
- Il costo delle ICPA negli Stati Uniti è stato pari a 6,5 miliardi di dollari nel 2004 [3].

Parole chiave
Prevenzione e controllo delle infezioni, igiene delle mani, trasmissione, trasmissione crociata, infezioni correlate a pratiche assistenziali (ICPA), resistenza agli antimicrobici (AMR), microrganismi multiresistenti, infezioni sostenute da MRSA (*Staphylococcus aureus* meticillino-resistenti), asepsi, precauzioni standard.

Obiettivi di apprendimento (Slide 2)

La dimostrazione degli effetti drammatici causati dalla mancanza di controllo e di prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie si rivela utile per spiegare agli studenti come, da singoli componenti dello staff sanitario, possono ridurre i rischi di contaminazione e di infezione, al fine di migliorare la Sicurezza del Paziente.

Risultati di apprendimento: conoscenze e abilità

La prevenzione ed il controllo delle infezioni rappresentano l'applicazione della microbiologia nella pratica clinica ed il suo successo si basa su una solida conoscenza delle pratiche cliniche sicure e della prescrizione razionale degli antibiotici.

Conoscenze richieste (Slide 3)
Gli studenti dovrebbero apprendere:

- le dimensioni del problema;
- le cause maggiori e le tipologie di ICPA;
- le modalità di trasmissione delle infezioni negli ambienti sanitari;
- i principi e le strategie principali di prevenzione e controllo delle ICPA.

Abilità richieste [slide 4 - 5]
Gli studenti hanno bisogno di:

- applicare precauzioni standard;
- verificare l'aderenza alla prevenzione delle infezioni ed alle misure di controllo necessarie;
- applicare i principi dell'asepsi;
- vaccinarsi contro l'epatite B;
- utilizzare e smaltire in modo appropriato gli indumenti ed i dispositivi di protezione;
- sapere cosa fare in caso di esposizione a sangue od altri fluidi corporei;
- utilizzare e smaltire correttamente i taglienti;
- svolgere un ruolo di riferimento per gli altri operatori dello staff sanitario;
- educare le persone della comunità su come comportarsi per aiutare a prevenire le infezioni;

- promuovere l'utilizzo delle precauzioni standard;
- riflettere sui potenziali costi sociali, economici ed umani delle ICPA nei confronti dei pazienti ed intervenire di conseguenza;
- discutere delle ICPA con i pazienti ed i famigliari, parlando con sensibilità e chiarezza.

Le dimensioni del problema

L'emergenza ICPA (Slide 6)

Come descritto in precedenza, le ICPA rappresentano, a livello mondiale, una grave minaccia per la Sicurezza del Paziente, avendo un impatto considerevole nei confronti delle famiglie, della società e dei sistemi sanitari. I tassi delle ICPA rimangono elevati, nonostante stiano aumentando la consapevolezza ed i piani di azione finalizzati a ridurre questo problema. Tali infezioni sono, spesso, provocate da diversi tipi di microrganismi, tra cui quelli della tubercolosi, miceti e virus (ad esempio l'HIV, l'epatite B). L'aumento del tasso delle ICPA che si è osservato negli ultimi 20 anni, sia per quanto riguarda i Paesi in via di sviluppo che in quelli industrializzati, ha posto nuovi problemi per l'assistenza sanitaria moderna. Oggi, gli antibiotici sono spesso inefficaci e più del 70% delle ICPA batteriche sono resistenti ad almeno uno dei farmaci comunemente usati per il loro trattamento. Negli ambienti ospedalieri, è facile riscontrare un certo numero di microrganismi AMR, come gli MRSA e gli *Enterococcus* vancomicino-resistenti (VRE), i quali sono estremamente difficili da eradicare. Questo equivale a dire che un numeroso gruppo di pazienti colpiti rimane in ospedale più a lungo e viene curato con farmaci meno efficaci, più tossici e/o più costosi. Alcuni dei soggetti affetti dalle ICPA non recuperano, mentre altri sviluppano complicanze a lungo termine, a causa di una terapia non corretta, od iniziata troppo tardi. Non è ancora completamente noto quale sia peso complessivo di tale problema ma esso è, indubbiamente, molto elevato.

I batteri multi-resistenti della tubercolosi (TBC) rappresentano un problema significativo, dal momento in cui i farmaci standard che vengono utilizzati per questa malattia hanno perso ormai efficacia. Le ICPA rappresentano un problema anche per le cure primarie e per i setting territoriali. Esistono diverse soluzioni pratiche, molte delle quali andrebbero utilizzate per evitare i problemi di contaminazione, per eliminare i microrganismi da attrezzature e da ambienti e prevenire la trasmissione crociata. L'utilizzo combinato di alcuni di questi metodi si rivela necessario, per garantire in maniera efficace la prevenzione ed il controllo delle ICPA. L'aumento della complessità degli interventi di assistenza sanitaria rappresenta, tuttavia, un problema per il controllo delle infezioni.

L'attenzione degli operatori sanitari deve essere sempre concentrata a mettere in pratica un insieme di metodi di prevenzione, volti a controllare svariati patogeni, in tutti gli ambienti sanitari, non solo all'interno di quelli ospedalieri. Quando gli studenti svolgono attività nei reparti, visitano una struttura o fanno una visita a domicilio, essi possono trasmettere un'infezione, con la stessa probabilità di tutti gli altri operatori sanitari. Sebbene i germi AMR si riscontrino principalmente nei setting assistenziali per acuti, questi microrganismi possono emergere indifferentemente, o essere trasmessi in qualsiasi ambiente dove i pazienti vengono curati.

L'associazione tra l'igiene delle mani e la diffusione delle malattie è stata definita circa 200 anni fa. Diverse sono le evidenze che hanno dimostrato come il lavaggio delle mani si rivela essere un metodo semplice ed efficace, che può contribuire alla riduzione delle ICPA.

Il peso economico

I costi dovuti alla cura ed al trattamento dei pazienti colpiti da ICPA hanno un peso elevatissimo e gravano in maniera sostanziale sui bilanci dei sistemi sanitari di tutti i Paesi, ma anche sulle tasche dei pazienti e delle famiglie. Nel 2004, è stato stimato che l'impatto economico delle ICPA negli Stati Uniti fosse di circa 6,5 miliardi di dollari all'anno [5]. La spesa economica legata alle sepsi catetere-correlate (CR-BSI), alle infezioni del sito chirurgico ed alle polmoniti associate a ventilazione assistita è stimata essere di oltre i 5500 dollari per caso. Una singola CR-BSI da MRSA può costare fino a 38.000 dollari [6]. Gli studi evidenziano come ad ogni sterlina spesa per eseguire la frizione alcolica delle mani, corrispondi un risparmio di 9-20 sterline che si potrebbero spendere per la teicoplanina [7]. Questi costi possono rappresentare, per

un Paese, una voce significativa all'interno del budget complessivo per l'assistenza sanitaria, ed, ancora una volta, sono probabilmente più elevati per i Paesi in via di sviluppo [4].

La risposta globale (Slide 7)
In risposta a questo problema mondiale, l'OMS ha lanciato la campagna SAVE LIVES: *Clean Your Hands* (SALVA VITE: *Lavati le mani*), per fronteggiare i tassi elevati di ICPA a livello globale. L'obiettivo principale di questa campagna è quello di migliorare l'igiene delle mani in tutte le tipologie di assistenza sanitaria del mondo, attraverso la promozione delle raccomandazioni dell'OMS *"Linee guida per l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria"* [1]. L'OMS ha elaborato diversi altri materiali, che offrono suggerimenti pratici per agevolare l'applicazione di queste raccomandazioni.

I CDC di Atlanta stanno promuovendo una campagna, finalizzata a prevenire lo sviluppo degli AMR nei diversi setting assistenziali: l'iniziativa prevede l'applicazione di una serie di strategie, volte a prevenire la trasmissione delle infezioni, fare la diagnosi ed impostare una terapia, mediante l'utilizzo corretto degli antimicrobici. La campagna si rivolge agli specialisti che si occupano di categorie particolari di pazienti, come quelli ospedalizzati, dializzati, i soggetti sottoposti ad intervento chirurgico, i pazienti pediatrici e quelli in lungodegenza [8].

La Campagna dell'Institute for Healthcare Improvement (IHI), *5 milioni di vite* [9], ha avuto l'obiettivo di ridurre le infezioni da MRSA, attraverso l'implementazione di cinque principali strategie di intervento:
1. igiene delle mani;
2. decontaminazione degli ambienti assistenziali e delle attrezzature;
3. sorveglianza attiva delle colture;
4. precauzioni da contatto per i pazienti infetti e quelli colonizzati;
5. l'aderenza ai protocolli per l'utilizzo appropriato dei cateteri venosi centrali ed ai bundle per la ventilazione meccanica.

Nel giugno 2011, 124 Paesi hanno firmato una dichiarazione con l'OMS, impegnandosi ad affrontare le ICPA [10] ed, in diversi Paesi, sono state avviate 43 campagne nazionali e locali di igiene delle mani, per adottare le misure di prevenzione delle ICPA [11].

Precauzioni
Il CDC ha pubblicato le *precauzioni universali* per il sangue ed i fluidi corporei, per proteggere gli operatori sanitari dal rischio di esposizione all'HIV. Questa raccolta di precauzioni è stata elaborata per prevenire la trasmissione del virus dell'HIV, dell'epatite B (HBV) e di altri agenti patogeni trasmissibili per via ematica durante le attività di primo soccorso o di assistenza. Il sangue ed alcuni fluidi corporei provenienti dai pazienti sono, infatti, considerati a rischio di potenziale trasmissione di tali microrganismi [12]. Tra queste precauzioni rientrano l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI), quali guanti, maschera, sovracamice e occhiali protettivi, adeguati al tipo di rischio previsto, e l'igiene delle mani, nonché le precauzioni volte ad evitare le lesioni provocate da taglienti, sia nei pazienti che negli operatori sanitari.

Le raccomandazioni più recenti includono due livelli di precauzioni: quelle standard e quelle basate sulla via di trasmissione.

Le precauzioni standard
Le precauzioni standard trovano applicazione in tutti i setting assistenziali, indipendentemente dal sospetto o dalla diagnosi di malattia infettiva. Tali precauzioni costituiscono la strategia principale di prevenzione delle infezioni, basandosi sul principio che sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni (ad eccezione della perspirazione) possono rappresentare una via di trasmissione per gli agenti patogeni. Esse comprendono l'igiene delle mani, l'utilizzo dei DPI (guanti, camici, mascherine, occhiali protettivi, schermi facciali), differenziati secondo il tipo di esposizione prevista, e le pratiche sicure per le iniezioni. Anche la strumentazione e gli oggetti, che si trovano attorno al paziente e sono a rischio di contaminazione da parte di fluidi corporei infetti, devono essere maneggiati con cura per prevenire la trasmissione degli agenti patogeni. Delle precauzioni standard fa parte, inoltre, l'igiene respiratoria/cough etiquette (come descriveremo più avanti).

Precauzioni basate sulla via di trasmissione
Le precauzioni basate sulla via di trasmissione sono rivolte ai pazienti riconosciuti con sospetta o accertata

infezione o colonizzazione da parte di agenti patogeni. In queste condizioni, si rendono necessarie misure di controllo addizionali, per prevenire la trasmissione in modo efficace. Poiché al momento del ricovero del paziente in una struttura sanitaria, non è ancora noto l'agente infettivo in causa, queste precauzioni vengono applicate in relazione al quadro clinico ed agli agenti eziologici più probabili, per poi modificarle in base ai risultati dei test. Le precauzioni basate sulle vie di trasmissione comprendono tre categorie: le precauzioni da contatto, le precauzioni per goccioline (droplet) e le precauzioni per via aerea. Ciascuna di esse verrà discussa in dettaglio nelle sezioni seguenti di questo capitolo.

Le infezioni correlate all'assistenza: cause e vie di trasmissione (Slide 8)
Le ICPA sono provocate da batteri, virus e miceti, i quali possono provenire dall'uomo o dall'ambiente. Nel primo caso, possono fungere da fonti di ICPA i pazienti, gli operatori sanitari ed i visitatori: essi possono essere individui che hanno un'infezione attiva, asintomatica o nella fase di incubazione, oppure una colonizzazione da parte di alcuni tipi di microorganismi. La stessa flora endogena dei pazienti può essere causa di ICPA. Tra le fonti ambientali rientrano gli alimenti contaminati, l'acqua od i farmaci (ad esempio, i fluidi EV); anziché coinvolgere pochi individui, esse sono, spesso, causa di epidemie.

Perché un'infezione abbia origine, i microrganismi devono trasferirsi da una fonte ad una porta di ingresso di un ospite suscettibile, all'interno del quale possono moltiplicarsi, per poi colonizzare o causare la malattia.

Trasmissione per contatto diretto
La trasmissione da persona a persona si verifica quando i microrganismi presenti nel sangue od in altri fluidi corporei di un paziente giungono ad un operatore (o viceversa), mediante il contatto con una mucosa o con soluzioni di continuo della cute (tagli, abrasioni).

Trasmissione indiretta
Le infezioni si trasmettono indirettamente mediante strumenti, quali termometri od altre attrezzature non adeguatamente decontaminate, dispositivi medici o giocattoli, che gli operatori sanitari passano da un paziente all'altro. Tale modalità di trasmissione è probabilmente la più frequente negli ambienti sanitari.

Trasmissione per goccioline (droplet)
Quando un soggetto con infezione tossisce, starnutisce o parla semplicemente, così come durante alcune procedure quali, quelle di aspirazione e di intubazione endotracheale, si generano delle goccioline respiratorie che possono trasportare agenti patogeni. Questi droplet migrano direttamente dalle vie respiratorie di un individuo infetto alle membrane mucose di un destinatario suscettibile, se egli si trova a breve distanza. Le maschere facciali possono impedire questo tipo di trasmissione.

Trasmissione per via aerea
La trasmissione degli agenti infettivi per via aerea avviene mediante la disseminazione dei nuclei di goccioline sospese nell'aria (le particelle in sospensione derivanti dall'essiccazione di goccioline), o di piccole particelle che possono essere respirate, le quali contengono germi che restano infettivi nel tempo, ed anche a distanza (ad esempio le spore di *Aspergillus* spp. e del *Mycobacterium tuberculosis*). Tali particelle possono venire disperse dalle correnti d'aria per lunghe distanze, per essere poi inalate da altre persone che non hanno avuto contatto diretto con la sorgente.

Esposizione percutanea
L'esposizione percutanea avviene attraverso taglienti contaminati.

Gruppi di pazienti particolarmente suscettibili alle infezioni correlate alle pratiche assistenziali
I pazienti particolarmente suscettibili alla colonizzazione ed alle infezioni riguardano quelli affetti da patologie severe, che hanno avuto un intervento chirurgico recente o che sono portatori di dispositivi medici invasivi, quali cateteri urinari o tubi endotracheali.

L'80% delle ICPA è rappresentato da quattro tipologie di infezione (Slide 9 e 10): infezioni delle vie urinarie (solitamente correlate a cateteri vescicali), infezioni del sito chirurgico, infezioni ematiche associate a dispositivi intravascolari e polmoniti da ventilazione meccanica. Le prime sono le più frequenti e costituiscono, da sole, circa il 36% delle ICPA [13]. Le infezioni del sito chirurgico sono al secondo posto come frequenza e rappresentano circa il 20% delle ICPA. A seguire, le infezioni ematiche associate a dispositivi intravascolari e le

polmoniti da ventilazione meccanica che equivalgono, ciascuna, all'11% delle ICPA.

Le evidenze dimostrano che possono essere diminuiti i tassi di infezione se vi è aderenza da parte degli operatori alle linee guida per la prevenzione ed il controllo delle infezioni e se vengono effettuate le dimissioni dei pazienti il più presto possibile. Molti pazienti affetti da ICPA (circa il 25%) sono ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva ed, in più del 70% di questi, sono coinvolti microrganismi resistenti ad uno o più antibiotici [13].

Prevenire le infezioni correlate a pratiche assistenziali: le cinque principali aree di formazione per gli studenti
Durante la loro formazione, gli studenti prestano attività in molti ambienti sanitari, dove esiste un rischio di trasmissione delle infezioni. Essi devono imparare a gestire ogni situazione, come se fosse a rischio di infezione per i pazienti e gli operatori (compresi loro stessi). Dovranno, quindi, applicare regolarmente tutte le misure volte a prevenirne l'insorgenza, come l'utilizzo corretto delle tecniche di igiene delle mani e dei DPI (guanti e camici, ad esempio), verificando che gli strumenti ed i dispositivi vengano, di volta in volta, sottoposti alle procedure di sterilizzazione ed aderendo alle pratiche e alle raccomandazioni finalizzate a prevenire le infezioni in situazioni specifiche, come l'uso corretto delle tecniche di asepsi e le pratiche di gestione sicura dei rifiuti (in particolar modo lo smaltimento dei taglienti).

Le aree di intervento prioritarie, su cui tutti gli operatori sanitari, compresi gli studenti, si devono concentrare, sono descritte di seguito.

Pulizia degli ambienti (Slide 11)
La pulizia degli ambienti ospedalieri è fondamentale per ridurre al minimo le infezioni: una struttura sanitaria dovrebbe sempre essere visibilmente pulita. A maggior ragione, tale pratica va rafforzata quando vi sono focolai di infezione, che traggono origine da fonti ambientali. La scelta del tipo di pulizia e disinfezione dipende da molti fattori ed, in ogni struttura, dovrebbero essere applicati diversi metodi e procedure inerenti a queste problematiche. Gli studenti dovrebbero conoscere le procedure per le operazioni di bonifica degli spargimenti accidentali e di decontaminazione da vomito, urine, ecc. E' importante che essi richiedano ai farmacisti, od alle altre figure professionali, tutte le informazioni ed i consigli utili riguardo all'utilizzo appropriato dei diversi disinfettanti.

Sterilizzazione/disinfezione delle attrezzature, dispositivi e strumenti
Le attrezzature, i dispositivi e gli strumenti devono essere opportunamente sterilizzati/disinfettati, seguendo rigorosamente le raccomandazioni. Gli studenti dovrebbero acquisire i principi base di queste procedure e le modalità con cui verificarne l'applicazione sugli strumenti da loro utilizzati per l'assistenza del paziente.

I dispositivi medici con la denominazione "monouso"
I dispositivi, etichettati come "monouso", sono strumenti progettati per non essere riutilizzati. Le siringhe monouso per le iniezioni, ad esempio, non devono mai essere riutilizzate, considerato il rischio molto elevato di infezione. I dati provenienti dai Paesi in via di sviluppo rivelano che il riutilizzo delle siringhe/aghi è una delle principali sorgenti di infezione da HIV e da epatite [14].

Le iniezioni rappresentano la procedura sanitaria più comune, utilizzata in tutto il mondo, e gli studenti dovrebbero conoscere che l'utilizzo dei dispositivi di iniezione monouso sia un passaggio critico per l'assistenza del paziente. Tra essi sono compresi le siringhe ipodermiche sterili, gli aghi ipodermici sterili, le siringhe utilizzate per le vaccinazioni e quelle dotate di dispositivi di sicurezza, che ne prevengano il riutilizzo ed, allo stesso tempo, prevengano le punture accidentali. Gli studenti dovrebbero conoscere i regolamenti e le raccomandazioni sui dispositivi di iniezione monouso promosse dall'OMS [14, 15].

L'igiene delle mani (Slide 12)
Tutti coloro che lavorano in ambiente sanitario, in ospedale, in strutture locali o al domicilio del paziente, devono essere consapevoli della necessità di praticare l'igiene delle mani: essa è l'intervento più importante che ogni operatore debba mettere in pratica per prevenire le ICPA. Gli operatori devono far comprendere l'importanza di questa pratica ai pazienti ed ai loro famigliari e permettere loro di ricordarlo al personale. Allo stesso modo, lo

staff e gli studenti non devono sentirsi minacciati, qualora un familiare o un paziente ricordassero loro di lavarsi le mani.

Che cosa devono sapere gli studenti riguardo l'igiene delle mani
Gli studenti devono conoscere:

- il motivo per cui è necessario eseguire l'igiene delle mani;
- le indicazioni per l'igiene delle mani, basate sulle raccomandazioni dell'OMS;
- i metodi da utilizzare per eseguire l'igiene delle mani in diverse situazioni;
- le tecniche per l'igiene delle mani;
- come proteggere le mani dagli effetti dannosi;
- come promuovere l'adesione alle raccomandazioni ed alle linee guida sull'igiene delle mani.

Le istituzioni dovrebbero fornire le soluzioni su base alcolica al letto del paziente. Il frizionamento delle mani con questo gel neutralizza rapidamente gli agenti patogeni ed ha scarsi effetti collaterali per il personale. Tale pratica non sostituisce però il lavaggio tradizionale con acqua e sapone, quando le mani sono visibilmente sporche; per tale ragione, le istituzioni dovrebbero disporre di infrastrutture per poter effettuare agevolmente il lavaggio delle mani.

Perché praticare l'igiene delle mani?
Molti studi hanno confermato come gli agenti patogeni implicati nelle ICPA possano essere facilmente isolati sulla cute intatta delle mani. Essi possono far parte della flora residente della pelle, che sopravvive a lungo termine sotto le cellule superficiali dell'epidermide. Più comunemente, tali germi appartengono alla flora microbica transitoria della cute, come batteri, virus e miceti, che si acquisisce mediante il contatto diretto con la pelle o con le superfici ambientali contaminate. Essi possono essere trasmessi facilmente dalle mani del personale sanitario ai pazienti o all'ambiente ma sono facilmente rimovibili attraverso il lavaggio con acqua e sapone. Vi sono evidenze che dimostrano che l'igiene delle mani può interrompere la catena di trasmissione degli agenti patogeni nelle strutture sanitarie e può ridurre l'incidenza delle infezioni nosocomiali, così come il tasso di colonizzazione.

Quando effettuare l'igiene delle mani?
Lo scopo principale dell'igiene delle mani è quello di prevenire le colonizzazioni e le infezioni nei pazienti e negli operatori sanitari, così come la contaminazione dell'ambiente. Vi è, pertanto, un'indicazione ad eseguire il lavaggio delle mani ogni qual volta esiste la possibilità che vi sia un passaggio dei microorganismi dalle mani o dalle superfici ad un altro substrato.

Per meglio identificare le occasioni in cui effettuare tale pratica, l'OMS ha sviluppato il modello *"I miei 5 momenti per l'igiene delle mani"* [16]. Questi momenti sono:

1. prima del contatto con il paziente;
2. prima di una manovra asettica;
3. dopo un'esposizione ad un liquido corporeo;
4. dopo il contatto con il paziente;
5. dopo il contatto con l'ambiente circostante il paziente.

Frizionamento o lavaggio delle mani?
La frizione delle mani su base alcolica è il metodo maggiormente indicato nelle situazioni di routine. L'alcol, infatti, agisce più rapidamente del sapone nell'inattivare i microrganismi, il suo effetto dura più a lungo e la procedura di esecuzione richiede meno tempo. Essendone richiesto l'utilizzo ripetuto nelle strutture sanitarie, gli effetti negativi, quali, essiccazione e desquamazione, sono meno severi se si utilizzano prodotti con formulazione corretta, rispetto al lavaggio ripetuto con acqua e sapone. Un altro vantaggio delle soluzioni alcoliche è che esse vengono più facilmente adoperate al letto del paziente, poiché non necessitano di acqua pulita, sapone e asciugamani. Esistono, tuttavia, delle indicazioni specifiche, in cui si raccomanda di effettuare il lavaggio delle mani con acqua e sapone.

Le linee Guida OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria
Le raccomandazioni presenti nelle linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria [2] sono le seguenti: prima di iniziare un'attività di routine, è necessario rimuovere bracciali ed anelli e coprire tagli e abrasioni con medicazioni impermeabili. Le unghie devono essere tenute corte e non si devono indossare unghie artificiali.

Viene raccomandato di lavare le mani con acqua e sapone, ogni volta che esse sono visibilmente sporche o contaminate da sangue o altri fluidi corporei e dopo

l'utilizzo dei servizi igienici. Va adoperata tale procedura anche quando vi sia il sospetto o la certezza di esposizione alle spore di agenti patogeni e nei casi di epidemie da *Clostridium difficile*.

Si consiglia, invece, di utilizzare le soluzioni su base alcolica come metodo preferito per eseguire l'antisepsi delle mani, se esse non sono visibilmente sporche. Qualora questo non fosse possibile, le mani devono essere lavate con acqua e sapone.

La promozione delle buone pratiche costituisce un vantaggio per tutti. Gli studenti sono invitati a consultare le Linee guida dell'OMS per l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria, in particolare le raccomandazioni che si trovano alle pagine 152-154, e ad applicarle nella pratica quotidiana, incentivando i colleghi a fare altrettanto.

Le tecniche di igiene delle mani
L'efficacia delle tecniche di igiene delle mani è resa possibile solo aderendo alle modalità raccomandate, le quali indicano la quantità di prodotto da utilizzare, le parti della mano da pulire e la durata del lavaggio o dello sfregamento. Non viene consigliato l'utilizzo combinato del sapone e delle soluzioni alcoliche.

Frizionamento delle mani
Si deve applicare sulla mano un quantitativo di gel e strofinare, distribuendo il prodotto su tutte le superfici, fino alla sua asciugatura. Le illustrazioni relative a questa tecnica sono contenute nell'opuscolo pubblicato dall'OMS *"Igiene delle mani: perché, come e quando"*, disponibile anche on line [17].

Il lavaggio delle mani
Il lavaggio delle mani si esegue bagnando le stesse con acqua ed applicando la quantità di sapone necessaria a creare una soluzione che copra tutte le superfici. Le mani vanno risciacquate con l'acqua e, quindi, asciugate accuratamente, utilizzando un asciugamano monouso. Va evitato l'uso dell'acqua calda, poiché un suo utilizzo prolungato può aumentare il rischio di dermatiti. Il rubinetto del lavello va chiuso con l'asciugamano. Le illustrazioni su questa tecnica sono disponibili all'interno della brochure *"Igiene delle mani: perché, come e quando"* [17].

Dal momento che le mani bagnate possono facilmente acquisire e trasmettere i microrganismi, è fondamentale che esse vengano asciugate correttamente e che gli asciugamani non vengano utilizzati molte volte o da più persone. Occorre prestare molta attenzione a non ricontaminarsi mentre si asciugano le mani o si chiude il rubinetto. Sono validi i saponi in forma liquida, solida, in fogli o in polvere. Quando si utilizza il sapone solido, sono da preferire i formati piccoli ed i porta-sapone che ne facilitano l'asciugatura.

Come proteggere la cute
Le mani con pelle secca o con screpolature sono una porta di ingresso per i batteri. I problemi di irritazione e secchezza, associati all'igiene delle mani, possono essere evitati scegliendo una soluzione contenente emollienti, il cui utilizzo si è dimostrato essere ben tollerato dagli operatori sanitari. La necessità e l'utilizzo di prodotti idratanti per la cura della pelle con dermatite possono cambiare secondo le strutture sanitarie, i Paesi e le condizioni climatiche. Alcune pratiche eseguite su mani bagnate, come l'utilizzo dei guanti o la frizione delle mani con soluzione alcolica, possono favorire l'insorgenza di irritazioni [18].

L'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (Slide 13)
I dispositivi di protezione individuale (DPI) comprendono camici, sovracamici, guanti, occhiali, sovrascarpe e maschere facciali. Il loro utilizzo va valutato in base al rischio di trasmissione di un microrganismo da un paziente ad un caregiver e viceversa. Le divise degli studenti devono essere lavate prestando attenzione all'igiene personale.

Guanti
I guanti fanno parte della pratica quotidiana e sono un elemento importante, compreso nelle precauzioni standard. Le tipologie di guanto sono: chirurgici, da esplorazione monouso, da lavoro e guanti pesanti.

L'uso appropriato dei guanti è essenziale per mantenere l'igiene delle mani. I pazienti sono a rischio di infezione se i guanti non vengono cambiati tra un'attività e l'altra o tra un paziente e l'altro (le linee guida dell'OMS per l'utilizzo dei guanti sono illustrate nella tabella B.9.1.).

Esistono due principali indicazioni all'uso dei guanti nella pratica clinica: la protezione delle mani dalla contaminazione con sostanze organiche e con microrganismi e la riduzione del rischio infettivo nei pazienti,

nel personale e nelle altre persone.

L'utilizzo dei guanti non sostituisce l'indicazione ad eseguire l'igiene delle mani. I guanti possono presentare difetti e lacerazioni e gli studi dimostrano come le mani possono contaminarsi, anche facendone uso. Se un guanto si rompe, o viene in qualche modo danneggiato o presenta perdite, esso deve essere rimosso, va effettuata l'igiene delle mani e, quindi, indossati guanti nuovi. I guanti devono essere eliminati opportunamente (nei corretti contenitori per i rifiuti), dopo ogni attività, e le mani devono essere pulite. Tale operazione va eseguita in ragione del fatto che i guanti devono essere utilizzati una sola volta, poiché possono trasportare microrganismi sulla loro superficie.

In ogni situazione, gli operatori sanitari devono valutare se i guanti sono necessari: essi devono essere indossati nelle procedure invasive, nelle situazioni che richiedono assoluta sterilità o implicano un contatto con la cute o con le membrane non intatte, nelle attività in cui esiste un rischio di esposizione a sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni (ma non alla perspirazione), e/o nelle procedure di gestione dei taglienti o degli strumenti contaminati. I guanti devono essere indossati solo una volta ed immediatamente prima di iniziare le attività di assistenza, vanno rimossi subito dopo tali attività e cambiati tra un paziente e l'altro o tra un'assistenza e un'altra. Essi devono essere smaltiti come gli altri rifiuti sanitari, procedendo all'igiene delle mani dopo la loro rimozione.

Può essere raccomandato l'utilizzo dei guanti anche in altri situazioni. Ad esempio, nei casi in cui può esserci un'interazione con i pazienti colonizzati od infetti da agenti patogeni trasmessi mediante contatto fisico diretto (ad esempio VRE, MRSA), i guanti sono ritenuti necessari. Gli studenti devono conoscere che esistono queste raccomandazioni specifiche per tipo di infezione e possono esserne richieste di nuove, sulla base delle modifiche delle condizioni esistenti.

Sono disponibili diverse tipologie di guanto. I guanti sterili sono necessari nelle procedure invasive ed in ogni altra procedura che richiede condizioni di sterilità. Negli altri casi, i guanti da esplorazione possono essere sufficienti. I guanti da lavoro od i guanti pesanti vanno indossati quando si maneggiano i rifiuti taglienti e quelli contaminati.

L'opuscolo informativo dell'OMS sull'uso dei guanti raccomanda l'adozione dei seguenti comportamenti [19]:

- L'utilizzo dei guanti non esime dalla necessità di eseguire l'igiene delle mani, mediante frizionamento con le soluzioni a base alcolica o lavaggio con acqua e sapone.
- I guanti vanno indossati quando, presumibilmente, si prevede il contatto con sangue od altri materiali potenzialmente infetti, o con le mucose o la cute non integre.
- I guanti devono essere rimossi dopo l'assistenza al paziente e non vanno tenuti per più di un paziente.
- I guanti vanno cambiati o rimossi, se l'assistenza comporta uno spostamento da una parte del corpo, infetta ad un'altra parte del corpo (compresi pelle non integra, mucose o dispositivo medico) dello stesso paziente o dell'ambiente.
- Il riutilizzo dei guanti è sconsigliato. Nel caso si intenda comunque utilizzarli una seconda volta, essi devono essere sottoposti a ritrattamento sicuro.

Camici e maschere facciali

I camici e le maschere facciali fanno parte delle precauzioni standard e delle precauzioni basate sulle vie di trasmissione e proteggono parti del corpo dell'operatore che altrimenti verrebbero esposte. I camici prevengono la contaminazione degli abiti con sangue, fluidi corporei ed altro materiale potenzialmente infetto. La scelta della tipologia di camice è basata sull'interazione che si ha con il paziente. E' importante lasciarsi guidare dalle direttive vigenti nell'ambiente di lavoro e dagli istruttori competenti per un corretto utilizzo.

Le linee guida suggeriscono ai professionisti sanitari e agli studenti di:

- indossare grembiuli di plastica monouso, quando sono a stretto contatto con i pazienti, con i materiali o con le attrezzature o quando esiste un rischio di contaminazione per il vestiario;
- smaltire i grembiuli di plastica dopo che è stata prestata l'assistenza o dopo ogni procedura. Il vestiario protettivo non

Tabella B.9.1. Linee guida dell'OMS sull'utilizzo dei guanti

Indicazione ai guanti sterili	Qualsiasi intervento chirurgico, parto vaginale, indagini radiologiche invasive, procedure di posizionamento degli accessi vascolari (es. accesso centrale), preparazione della nutrizione parenterale totale e degli agenti chemioterapici.
Indicazione ai guanti puliti	Situazioni in cui si viene a contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni, escrezioni ed oggetti visibilmente contaminati da fluidi corporei. *Esposizione diretta al paziente:* contatto con sangue, mucose e cute non integra; potenziale presenza di un microorganismo altamente contagioso e pericoloso; situazioni di emergenza e di epidemia; inserimento e rimozione EV; prelievo di sangue; interruzione di un accesso venoso; esami pelvici e vaginali, sistemi di aspirazione non chiusi con tubi endotracheali. *Indiretta esposizione del paziente:* svuotamento di padelle; manipolazione/pulizia di strumenti; gestione dei rifiuti, pulizia di spandimenti accidentali.
Non indicazione ai guanti (ad eccezione delle precauzioni da contatto)	*Esposizione diretta al paziente:* misurazione della pressione arteriosa, della temperatura e del polso; esecuzione di iniezione sottocutanea ed intramuscolare; bagno e vestizione del paziente; trasporto del paziente; pulizia degli occhi e delle orecchie (che non comporti la pulizia da secrezioni); gestione di qualsiasi accesso vascolare in assenza di perdite di sangue. *Esposizione indiretta al paziente*: uso del telefono; compilazione della documentazione sanitaria; somministrazione di terapia orale; distribuzione o raccolta dei vassoi alimentari; rimozione e sostituzione della biancheria per il letto; posizionamento dei sistemi di ventilazione non invasiva e della cannula dell'ossigeno; spostamento del mobilio. Nessun rischio di esposizione a sangue o fluidi corporei o all'ambiente contaminato. I guanti devono essere indossati secondo le precauzioni standard e quelle da contatto. L'igiene delle mani dovrebbe essere effettuata, quando appropriata, indipendentemente dalle indicazioni all'utilizzo dei guanti.

Fonte: *Glove use information leaflet*. World Health Organization, 2009 [20].

monouso deve essere inviato al lavaggio;

- indossare camici idrorepellenti, quando esiste il rischio di essere contaminati da schizzi di sangue, fluidi corporei, secrezioni od escrezioni (ad esempio, nel blocco operatorio, in traumatologia, in ostetricia). Nei casi in cui siano previsti schizzi di sangue o di liquido (ad es., in sala parto durante il travaglio) andrebbero indossati anche i sovrascarpe;
- le maschere facciali e le visiere devono essere indossate quando c'è il rischio che sangue, liquidi corporei, secrezioni e/o escrezioni vengano a contatto con viso ed occhi.

Tappe nell'igiene respiratoria (cough etiquette)

Un soggetto con segni e sintomi di infezione respiratoria, indipendentemente dalla causa, dovrebbe seguire od essere informato riguardo alle seguenti raccomandazioni di igiene respiratoria:

- coprire naso e bocca se tossisce o starnutisce;
- utilizzare fazzoletti per contenere le secrezioni respiratorie;
- smaltire gli stessi, dopo l'utilizzo, nei contenitori più vicini per rifiuti;
- se i fazzoletti non sono disponibili, coprire bocca e naso con l'interno del gomito, piuttosto che con la mano;

- eseguire l'igiene delle mani dopo che si è avuto il contatto con le secrezioni respiratorie e gli oggetti/materiali contaminati.

L'utilizzo e lo smaltimento sicuro dei dispositivi taglienti (Slide 14)
Gli studenti devono essere consapevoli dell'importante problema delle punture accidentali tra gli operatori sanitari. La loro prevalenza è simile a quella dei traumi da caduta e da esposizione a sostanze pericolose. Molti operatori sanitari contraggono continuamente infezioni da parte dei virus trasmessi per via ematica, sebbene queste possano essere in gran parte evitate mediante l'adozione delle seguenti pratiche:

- maneggiare il meno possibile i dispositivi taglienti;
- evitare di rincappucciare, piegare o rompere gli aghi dopo l'uso;
- gettare ogni ago direttamente in un contenitore per dispositivi taglienti (box rigido) dopo l'utilizzo (*Portarlo sempre vicino al paziente per facilitare questa pratica*);
- non sovraccaricare il contenitore se questo è pieno;
- non lasciare il contenitore per i taglienti in luoghi dove possono accedere i bambini;
- gli aghi provenienti dai pazienti devono essere raccolti in un apposito contenitore, posizionato all'interno di un secondo imballaggio di sicurezza per ridurre al minimo il rischio di puntura;
- segnalare tutte le punture accidentali, secondo le direttive locali.

Chi utilizza dispositivi taglienti deve essere responsabile dello smaltimento degli stessi in condizioni di sicurezza. Queste misure sono ricordate di seguito nella checklist delle precauzioni standard.

La tubercolosi (TBC)
La TBC può diffondersi all'interno delle strutture sanitarie attraverso la tosse, gli starnuti o la semplice conversazione, che portano alla disseminazione dei bacilli TB nell'aria. Le persone possono poi inalare tali bacilli dispersi: alcuni non sviluppano la malattia, aiutati dal sistema immunitario, che è in grado di contenere l'agente patogeno alla forma quiescente. In altri soggetti, con deficit del sistema immunitario, la malattia può invece manifestarsi, e la persona colpita può divenire infettiva. Gli studenti dovrebbero applicare le precauzioni standard in ogni momento. Esse verranno descritte più avanti, nel corso del capitolo. Se la TBC rappresenta un problema importante nel tuo Paese, è opportuno recuperare ulteriori informazioni riguardo la sua prevalenza e le strategie finalizzate a contenere la sua diffusione nei setting assistenziali. Il sito web dell'OMS contiene numerosi report che descrivono la prevalenza della TBC, gli effetti devastanti e le sofferenze che causa questa malattia infettiva.

L'utilizzo delle procedure di sterilizzazione efficace
I CDC di Atlanta evidenziano che "i dispositivi medici riutilizzabili o gli strumenti adoperati per l'assistenza del paziente, che entrano in contatto con i tessuti normalmente sterili o con il sistema vascolare, dovrebbero essere sterilizzati prima del loro impiego".

Per sterilizzazione si intende quel processo in grado di distruggere con mezzi chimici o fisici ogni forma microbica, comprese le endospore batteriche altamente resistenti. Gli studenti di ambito sanitario dovrebbero imparare come utilizzare i vari metodi e le tecnologie di sterilizzazione degli strumenti, che li rendono sicuri per il loro impiego sul paziente [21].

Profilassi antibiotica
Gli studenti avranno osservato che, ad alcuni pazienti, vengano prescritti antibiotici per profilassi, prima di essere sottoposti ad intervento chirurgico od odontoiatrico. L'utilizzo appropriato degli antimicrobici è finalizzato a prevenire le infezioni chirurgiche o dentali nel postoperatorio, ma l'uso non corretto degli stessi può essere causa di danno. In una percentuale non trascurabile di casi, essi vengono somministrati nel momento sbagliato, con frequenza eccessiva, oppure in dosi scarse o poco appropriate. Una profilassi antibiotica non corretta o eccessivamente lunga aumenta le probabilità di sviluppo di microrganismi resistenti agli antibiotici.

Cosa devono fare gli studenti (Slide 15)

Gli studenti hanno la responsabilità di fare tutto ciò che è possibile per minimizzare la diffusione delle infezioni e per incentivare i pazienti e gli altri operatori ad impegnarsi attivamente nelle pratiche che prevengono

le infezioni sia in comunità che negli ospedali o nelle strutture sanitarie.

Gli studenti devono:

- mettere in atto le precauzioni standard, come l'igiene delle mani;
- essere immunizzati per l'epatite B;
- sapere come comportarsi in caso di puntura accidentale, o se sono stati esposti al contatto con sangue, fluidi corporei o ad altri potenziali patogeni;
- seguire le precauzioni più appropriate in caso di malattia, per non contagiare i pazienti e/o contaminare l'ambiente lavorativo;
- essere dei modelli di comportamento per la buona pratica clinica e per la Sicurezza del Paziente ed incentivare gli altri a fare lo stesso;
- essere abili nell'utilizzo dei differenti strumenti, metodi e tecnologie di sterilizzazione.

Mettere in atto le precauzioni standard, come l'igiene delle mani

Nel mettere in atto le precauzioni standard, gli studenti stessi non devono esporsi a rischi. L'effettuazione dell'igiene delle mani, pertanto, presuppone che essi siano attenti a segnalare e a farsi curare qualsiasi affezione cutanea, in particolare se colpisce le loro mani. Tale pratica (sia il lavaggio con acqua e sapone che l'uso dei prodotti a base alcolica), non può essere effettuata se sono presenti alcune patologie cutanee (ad esempio, dermatite o eczema), poiché tale condizione pone il lavoratore sanitario ed i pazienti a rischio di acquisire infezione. I guanti non rappresentano un'alternativa in queste circostanze e qualsiasi studente con una patologia cutanea dovrebbe essere inviato al Medico Competente, per essere trattato, ed eseguire attività che non comportano il contatto con il paziente, fino alla risoluzione della situazione.

Igiene delle mani prima del contatto con il paziente

Essa è importante per proteggere il paziente dai microrganismi che sono veicolati dalle mani. Gli studenti possono contaminarsi toccando superfici contaminate, altri pazienti o colleghi.

Igiene delle mani prima di una procedura pulita/asettica

E' essenziale che gli studenti mettano in atto l'igiene delle mani immediatamente prima di effettuare qualsiasi compito che richieda asepsi, compresa la preparazione delle terapie sterili. Questo è necessario per evitare che i microrganismi, compresi quelli residenti del paziente, portino ad infezione. Gli studenti devono proteggersi in tutti i casi in cui vi può essere trasmissione da contatto con le mucose, come durante l'igiene orale/ dentale o durante la somministrazione di colliri e contatto con le secrezioni in corso di broncoaspirazione. Qualsiasi contatto con la cute non integra, comprese la cura delle lesioni cutanee, la medicazione delle ferite e qualsiasi tipo di iniezione, rappresenta un'opportunità di trasmissione. Il contatto con dispositivi, come l'inserimento di un catetere o il reperimento di un accesso vascolare, o il posizionamento di un drenaggio, deve essere fatto con preparazione accurata, poiché questi dispositivi sono ben noti per ospitare microrganismi potenzialmente dannosi. Gli studenti dovrebbero essere diligenti anche nel mettere in atto l'igiene delle mani quando si preparano alimenti, farmaci e medicazioni.

Alcuni studenti verranno inevitabilmente a contatto con le superfici mucose o con la cute non integra. Comprendere attentamente i rischi correlati, li aiuterà a garantire un'assistenza sanitaria più sicura. Essi potrebbero anche entrare in contatto con dispositivi o campioni biologici, ad esempio durante il prelievo o la manipolazione di qualsiasi campione di fluidi biologici, durante il lavaggio di un drenaggio, nel rimuovere un tubo endotracheale o nelle manovre di aspirazione.

Igiene delle mani dopo il rischio di esposizione a fluidi corporei

Gli studenti dovrebbero abitualmente pulirsi le mani, subito dopo aver avuto un rischio di esposizione ai fluidi corporei e dopo la rimozione dei guanti. Questa procedura è essenziale per limitare la possibilità di contrarre l'infezione ed è altrettanto necessaria per il mantenimento di un ambiente sanitario sicuro. Anche i guanti si sono rivelati essere responsabili di casi di trasmissione.

Agli studenti può venire richiesto, talvolta, di pulire un paziente sporco di urina, feci o vomito, di occuparsi dei rifiuti (bende, assorbenti, pannoloni) o di lavare materiali visibilmente sporchi (padelle, strumenti).

Essi devono essere consapevoli dell'importanza che riveste l'igiene delle mani, effettuata subito dopo tali attività, nonché dell'importanza che hanno i metodi più adeguati per lo smaltimento dei rifiuti.

Igiene delle mani dopo il contatto con un paziente
Tutti gli studenti dovrebbero eseguire l'igiene delle mani dopo il contatto con un paziente. Le attività che coinvolgono il contatto fisico diretto, in aggiunta a quelle sopra menzionate, includono la movimentazione del paziente, il lavaggio o il massaggio. L'esame clinico, come la misurazione del polso o della pressione sanguigna, l'auscultazione del cuore e la palpazione addominale, rappresentano opportunità per la trasmissione di microrganismi patogeni.

Igiene delle mani dopo il contatto con l'ambiente che circonda il paziente
E' ormai noto come i microrganismi possano sopravvivere anche su oggetti inanimati. Per questo motivo è importante, nel lasciare il paziente, pulirsi le mani, dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobilio presente nelle immediate vicinanze del paziente, anche se non si è toccato direttamente il paziente stesso. Gli studenti possono aiutare altri membri dello staff nel cambiare la biancheria, regolare la velocità di un'infusione, controllare un allarme, manovrare la sponda del letto o spostare gli oggetti posti su un comodino. Dopo qualunque di queste attività, le mani devono essere igienizzate.

Dimenticarsi tale pratica può portare alla colonizzazione o all'infezione dei pazienti e degli studenti e ad una maggiore probabilità di diffusione dei microrganismi nell'ambiente.

Strategie di protezione individuale
Gli studenti dovrebbero:

- seguire le linee guida ed effettuare un addestramento sull'utilizzo dei dispositivi e delle procedure di protezione individuale;
- utilizzare i guanti quando entrano in contatto con fluidi corporei, cute non integra e superfici mucose;
- indossare la maschera facciale, la protezione per gli occhi, le sovrascarpe ed il camice, se si è esposti al rischio di schizzi di sangue o di altri fluidi corporei;
- fare in modo che le persone adeguate sappiano se stanno finendo le scorte di materiali / DPI;
- prendere come modello per la loro pratica i professionisti sanitari più anziani che sono stimati e che lavorano in modo sicuro;
- effettuare regolari autovalutazioni del proprio utilizzo dei DPI ed annotare se ne è stato fatto qualche uso improprio;
- coprire qualunque taglio o abrasione;
- pulire sempre le gocce di sangue o di altri fluidi corporei, seguendo le adeguate raccomandazioni;
- essere consapevoli di come funziona il sistema di smaltimento dei rifiuti nel proprio luogo di lavoro.

Essere immunizzati contro l'epatite B
Gli studenti, come tutte le altre professioni sanitarie, sono a rischio di contrarre l'infezione da virus a trasmissione ematica. Il rischio di infezione, sia per il personale che per i pazienti, dipende dalla prevalenza della malattia nella popolazione e della frequenza di esposizione. Gli studenti dovrebbero essere vaccinati, appena iniziano ad entrare in contatto con i pazienti nelle strutture sanitarie, nei poliambulatori o nei setting territoriali, compreso quello domiciliare, e devono effettuare, quando possibile, un test post-vaccinazione.

Sapere che cosa fare in caso di esposizione
Se uno studente si trova, inavvertitamente, esposto o viene infetto da un patogeno a trasmissione parenterale, dovrebbe immediatamente informare lo staff nella sede di tirocinio o pratica, così come il supervisore. E' importante che gli studenti ricevano le cure mediche appropriate il più presto possibile.

Sapere che cosa fare in caso di sintomi quali nausea, vomito o diarrea
Gli studenti devono riferire gli episodi di diarrea e vomito, soprattutto se ne sono affetti loro stessi. Piccole epidemie di diarrea e vomito (norovirus) sono comuni negli ospedali e possono perpetuarsi a causa del personale che lavora nel periodo sintomatico. Gli studenti devono essere consapevoli che se sono sintomatici, l'infezione può essere trasmessa ai pazienti vulnerabili e ad altri membri dello staff e, quindi, per tutta la durata della malattia non dovrebbero prestare attività. Essi devono aderire alle politiche locali.

Aderire ad altre misure per il controllo e la prevenzione di altre infezioni, come richiesto
Gli studenti dovrebbero assicurarsi che gli strumenti ed i dispositivi da loro utilizzati sono stati appropriatamente disinfettati/ sterilizzati. Dovrebbero, anche, garantire il rispetto delle linee guida delle specifiche procedure, ad esempio, per l'inserimento di un catetere urinario.

Promuovere la partecipazione degli altri nel controllo delle infezioni (Slide 16)
Gli studenti possono promuovere l'utilizzo corretto delle tecniche di igiene delle mani seguendole loro stessi: in tal senso, essi possono rappresentare dei modelli di comportamento e dei leader in tale ambito. A volte, si ha solo bisogno di essere "scossi" da ciò che crea un falso senso di sicurezza.

Gli studenti possono anche insegnare ai pazienti l'importanza di lavarsi le mani, dal momento che, spesso, passano più tempo con loro, rispetto ai colleghi che già hanno concluso l'iter formativo. Questa è una buona occasione per educare i pazienti sulla prevenzione ed il controllo delle infezioni nell'assistenza sanitaria. Gli studenti possono, anche, avere l'opportunità di formare altri membri della comunità (quali i familiari del paziente ed i visitatori) su come possono essere d'aiuto per prevenire e controllare le infezioni attraverso un'appropriata igiene delle mani.

Influenzare il comportamento dei professionisti sanitari
Gli studenti possono trovarsi a lavorare in un ambiente nel quale i professionisti sanitari non seguono le linee guida istituzionali o professionali per la prevenzione ed il controllo delle infezioni. Potrebbero, perfino, notare che i membri più anziani dello staff omettono di lavarsi le mani o non garantiscono le condizioni di sterilità nell'ambiente. Può essere molto difficile per gli studenti far capire questi aspetti in situazioni come queste, così come, culturalmente, può essere difficile per un membro giovane dello staff contestare un membro più anziano. Ciò, in realtà, può essere possibile: gli studenti possono discuterne con il team locale o con il personale che ha più esperienza riguardo alla prevenzione delle infezioni per trarne consiglio.

Gli studenti potrebbero notare che lo staff non rispetta l'igiene delle mani
Come uno studente affronta questo tipo di situazione, dipende dal rapporto che egli ha con i membri dello staff, dalla cultura di quel determinato setting assistenziale e dalla cultura nella società in cui vive. Potrebbe essere utile analizzare e comprendere le possibili ragioni della mancata adesione all'igiene delle mani: un motivo potrebbe essere legato al fatto che gli operatori sanitari sono così indaffarati, tanto da dimenticarsi di lavare le mani. Se gli studenti sanno che quella persona è, in realtà, molto attenta, può rivelarsi appropriato discutere di questo problema direttamente con essa, o prestare aiuto, mettendole a disposizione le soluzioni alcoliche od altri detergenti in uso.

Gli studenti potrebbero notare che lo staff ignora le procedure per il controllo delle infezioni
Un'idea è chiedere al supervisore o al team leader di programmare un incontro per discutere del problema della prevenzione e del controllo delle infezioni. In alternativa, si potrebbe chiedere al direttore di dipartimento o di unità operativa l'intervento di un esperto, che faccia capire allo staff l'importanza delle linee guida per il controllo delle infezioni.

Riassunto (Slide 17)
Per ridurre al minimo l'incidenza delle ICPA, è necessario:

- conoscere le principali linee guida di ogni ambiente sanitario in cui si lavora;
- essere responsabili nel ridurre al minimo le opportunità di trasmissione dell'infezione;
- applicare le precauzioni standard e quelle basate sulle vie di trasmissione;
- comunicare al personale se le forniture sono poco adeguate o insufficienti;
- educare pazienti e familiari, riguardo all'igiene delle mani e la trasmissione delle infezioni.

Alcune di queste azioni, come l'avviso del personale riguardo alla carenza di forniture, possono essere difficili da implementare negli ambienti dove vi sono poche risorse disponibili e le forniture sono generalmente scarse. Alcune politiche ospedaliere possono anche escludere l'approvvigionamento con DPI degli studenti durante le attività pratiche in ospedale. In questi casi, gli studenti dovrebbero chiedere il consiglio dei

loro supervisori.

Strategie e modalità di insegnamento

Questo argomento può essere illustrato in diverse modalità, ma la strategia più efficace per insegnare tale tematica è quella di organizzare, per gli studenti, delle attività pratiche sulle tecniche di controllo e di prevenzione delle infezioni all'interno di ambienti di simulazione.

Esercizi di simulazione

E' possibile scrivere diversi scenari che mettano in rilievo i principi della prevenzione e del controllo delle infezioni. Gli studenti che frequentano il Centro Israeliano di Simulazione in Medicina, ad esempio, fanno pratica sul lavaggio delle mani e vengono poi invitati a coprirle con uno speciale gel blu, per poi posizionarle sotto una luce ultravioletta, che rivela le aree delle mani che non sono state adeguatamente lavate, con grande sorpresa per gli studenti.

Possono essere sviluppati svariati scenari per mettere in evidenza i componenti educativi della prevenzione e del controllo delle infezioni. Ad esempio, gli studenti possono praticare le tecniche di assertività in diverse situazioni, come:

- le interazioni paziente-professionista, in cui quest'ultimo non effettua l'igiene delle mani;
- le interazioni studente-paziente dove è lo studente a non compiere l'igiene delle mani;
- le interazioni studente-supervisore dove è il supervisore che non esegue l'igiene delle mani.

All'interno di questi scenari, gli studenti possono svolgere role play, utilizzando un approccio centrato sulla persona e poi un approccio sistemico, in risposta ad una violazione dei protocolli sulle infezioni (questi approcci sono descritti in dettaglio nell'Argomento 3).

Lezione didattica/interattiva

Utilizzare le diapositive allegate come guida per coprire l'intero argomento. Le diapositive PowerPoint possono essere utilizzate come tali, oppure adattarle per la proiezione con una lavagna luminosa. Ideale è iniziare la sessione con un caso studio ed invitare gli studenti ad individuare quali sono i temi messi in luce dal racconto.

Tavola rotonda

Invitare un panel di professionisti competenti che spieghino in sintesi quali sono gli sforzi da loro compiuti per ridurre al minimo la trasmissione delle infezioni. Gli studenti potrebbero portare una lista di domande, già preparate, riguardo alla prevenzione ed alla gestione delle infezioni.

Apprendimento per problemi

Diversi aspetti di questo argomento possono essere analizzati seguendo un approccio di apprendimento per problemi (problem-based learning). Ad esempio, un paziente che ha sviluppato un'infezione del sito chirurgico può essere utilizzato come caso da risolvere.

Discussione in piccoli gruppi

La classe può essere divisa in piccoli gruppi ed a tre studenti di ogni gruppo può essere chiesto di condurre una discussione sulle cause e le tipologie di infezione. Un altro studente del gruppo potrebbe focalizzarsi sulle ragioni per cui alcune strutture sanitarie promuovono maggiormente l'igiene delle mani rispetto alle altre.

Il tutor di questa sessione dovrebbe conoscere bene il contesto, in modo da apportare informazioni ed esempi provenienti dal sistema locale e dall'ambiente di lavoro.

Altre attività didattiche

Questo argomento offre molte opportunità per elaborare attività integrate per gli studenti che sono in tirocinio in un particolare contesto, fin dai primi anni:

- Gli studenti possono visitare un paziente che ha contratto un'infezione durante le cure ricevute in una struttura sanitaria e discutere sull'impatto che ha avuto l'infezione sulla sua salute e sul suo benessere. L'intervista non dovrebbe essere orientata a capire il come o il perché il paziente ha avuto l'infezione, ma ad evidenziare il peso che essa ha avuto sul paziente.
- Gli studenti possono partecipare ad un meeting avente come oggetto, la prevenzione ed il controllo delle infezioni, per poi osservare e registrare quali sono le attività intraprese dal team per verificare l'aderenza degli operatori alle linee guida.
- Gli studenti possono osservare un team che si occupa di pazienti che hanno contratto un'ICPA.

— Gli studenti possono seguire un paziente nelle procedure peri-operatorie ed osservare le attività messe in atto per minimizzare la trasmissione delle infezioni.
— Gli studenti possono esaminare e commentare il protocollo utilizzato per la prevenzione ed il controllo delle infezioni per una specifica procedura, includendo le loro osservazioni sulle conoscenze del team ed il rispetto del protocollo.
— Gli studenti di farmacia possono organizzare degli incontri con i pazienti come parte del loro tirocinio pratico in ambito clinico.
— Dopo aver eseguito queste attività, gli studenti dovrebbero incontrarsi a coppie od in piccoli gruppi per discutere con un tutor o con un medico quello che hanno osservato, se i principi e le tecniche che a loro sono stati spiegati erano effettivamente applicati o meno e, in caso positivo, se essi erano efficaci.

Casi studio

Un bracciale insanguinato

Questo caso ci indica l'importanza dell'adesione alle linee guida per il controllo delle infezioni. Illustra, inoltre, il motivo per cui i professionisti dovrebbero sempre seguire tali procedure, alla luce della possibilità di trasmissione di malattie.

J.*, 28 anni, e S.*, 24 anni, furono coinvolti in un grave incidente d'auto, nel quale la macchina del ragazzo era finita contro un pilastro di cemento. Essi furono trasportati in Pronto Soccorso: J.* aveva subito lesioni molto gravi, mentre S.* era stata ferita severamente nella parte superiore del corpo dai pezzi di vetro della macchina. Il ragazzo riportava emorragie massiccie quando venne posizionato in sala traumi. Venne misurata la pressione sanguigna, ma il bracciale (in nylon e tessuto) si riempì completamente di sangue, tanto che non fu più possibile gonfiarlo. J.* venne portato in sala operatoria ma ben presto morì.

S.*, che riportava ferite da taglio nella parte superiore del corpo, venne posta nella stessa sala traumi dove era stato posizionato J.* Venne adoperato lo stesso bracciale, sporco e intriso di sangue, che era stato utilizzato sul braccio del ragazzo.

Un infermiere fece notare che il bracciale era stato utilizzato su entrambi i pazienti ma gli altri operatori alzarono le spalle.

Il referto del medico legale, ricevuto settimane più tardi, rivelò che J.* era positivo per HIV e HBV, e che l'incidente fosse stato un suicidio.

Discussione

- Utilizzare il caso studio per aprire una discussione riguardo alle implicazioni di questo incidente ed identificare i processi che avrebbero potuto prevenire il riutilizzo del bracciale per la pressione sanguigna.

Fonte: Agenzia americana per la Ricerca e la Qualità in Sanità. Web M&M: serie di discussioni sulla mortalità e morbilità sul web (http://www.webmm.ahrq.gov/caseArchive.aspx a; visitato il 3 marzo 2011).

Il mancato controllo degli accessi venosi di un bambino

Questo caso illustra le conseguenze che può avere sui pazienti un'infezione correlata alle pratiche assistenziali.

Un venerdì sera, un padre portò la figlia di due anni, C.*, al Pronto Soccorso di un ospedale locale. C.* aveva una storia recente di "bronchite" ed era già stata vista in ambulatorio. Il medico ricoverò la bambina per polmonite. Venne inserita una cannula EV nella parte superiore del piede di sinistra e fu, quindi, applicata una benda. All'interno del reparto, C.* era assistita dallo staff infermieristico, da un medico di medicina generale e da un medico gettonista, durante il fine settimana.

La cannula EV non fu controllata fino alle prime ore della sera di domenica (quasi 48 ore più tardi), sebbene le lesioni della pelle siano un fattore di rischio noto per i pazienti pediatrici e possano verificarsi tra le 8 e le 12 ore. Venne notata un'area di necrosi sul tallone sinistro ed alcune ulcere comparvero, successivamente, nella parte superiore del piede di sinistra. Dopo la dimissione e le cure ambulatoriali, C.* venne ricoverata nuovamente, in un ospedale pediatrico importante, dove fu sottoposta ad un ulteriore trattamento. A seguito di questa esperienza, la bambina sviluppò disturbi del comportamento.

Discussione

- Utilizzare il caso studio per aprire una discussione riguardo alle infezioni degli accessi venosi e come esse possono essere evitate.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Fonte: Casi studio-inchieste. Sydney, New South Wales, Australia, Rapporto della Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario, 1999-2000: 59.

Strumenti e bibliografia

Igiene delle mani

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a summary. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf; visitato il 21 Febbraio 2011).

Hand hygiene: why, how & when. Geneva, World Health Organization, August 2009 (http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf; visitato il 21 febbraio 2011)

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (in collaborazione con Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology and the Society of Healthcare Epidemiology of America). *How-to guide: improving hand hygiene*. Boston, MA, IHI, 2006 (http://www.ihi.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Tools/HowtoGuideImprovingHandHygiene.htm; visitato il 21 febbraio 2011).

Boyce JM et al. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51(RR16):1-45.

Linee guida di isolamento

Siegel JD et al. and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Public Health Service and United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2007 (http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html; visitato il 21 febbraio 2011).

Prevenzione e controllo delle infezioni

Clean care is safer care: tools and resources. Geneva,World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html; visitato il 21 febbraio 2011).

Ducel G et al. *Prevention of hospital-acquired Infections: a practical guide*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whocdscsreph200212.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Infection control, prevention of health care-associated infection in primary and community care. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, UK, 2010 (http://guidance.nice.org.uk/CG2; visitato il 21 febbraio 2011).

AIDE-MEMOIRE: standard precautions in health care. Epidemic and Pandemic Alert and Response, Geneva, World Health Organization, October 2007 (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Policy on TB infection in health-care facilities, congregate settings and households. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323eng.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Infezioni del sito chirurgico

Prevent surgical site infections. 5 Million Lives campaign. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2001. (http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign/SSI.htm; visitato il 21 febbraio 2011).

Tools. Surgical site infections. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2006 (http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/SurgicalSiteInfections/Tools/; visitato il 21 febbraio 2011).

Strategia nazionale

National strategy to address health care-associated infections operational template. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, June 2005 (www.health.gov.au/internet/safety/publishing../a ddprecautionsjun05.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Risorse aggiuntive

Allegranzi B et al. Burden of endemic health care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2011, 377:228-241.

Pratt RJ et al. Epic 2: national evidence-based guidelines for preventing health care-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 2007, 65 (Suppl.):S1-S64.

Burke JP. *Patient safety: infection control, a problem for patient safety*. New England Journal of Medicine, 2003, 348:651-656.

Valutare la conoscenza di questo argomento

Le conoscenze degli studenti riguardo al controllo delle infezioni possono essere valutate utilizzando uno dei seguenti metodi:

- portfolio;
- discussione di casi;
- OSCE;
- osservazioni scritte riguardo a come una struttura sanitaria mette in pratica la

prevenzione ed il controllo delle infezioni;
- MCQ, saggio e/o SBA;
- osservazioni delle seguenti attività:
  - esecuzione dell'igiene delle mani sulla base delle linee guida OMS (5* momenti);
  - utilizzo dei guanti monouso per indagini;
  - utilizzo dei guanti sterili per l'esecuzione di procedure (ad es. chirurgiche).

La valutazione delle conoscenze richieste potrebbe essere effettuata anche chiedendo agli studenti di elaborare un resoconto scritto, in cui riflettere sul modo in cui una struttura sanitaria formi il suo staff riguardo alla prevenzione ed al controllo delle infezioni, sul come la gerarchia dell'ambiente di lavoro influenzi tali pratiche, sui sistemi in vigore per la segnalazione del mancato rispetto delle politiche a riguardo e sul ruolo che hanno i pazienti nel minimizzare la trasmissione delle infezioni e/o l'efficacia delle linee guida nella prevenzione ed il controllo delle infezioni.

La valutazione, sia formativa che complessiva, può variare da soddisfacente/insoddisfacente per dare un voto. (Vedi esempi nell'Allegato 2 della Seconda Parte).

Valutare l'insegnamento di questo argomento

La valutazione è importante in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per l'insegnante (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Bibliografia

1. Ducel G et al. *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide*. 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
2. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/978 9241597906_eng.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).
3. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, World Health Organization, 2009:6-7 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789 241597906_eng.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).
4. Allegranzi B et al. Burden of endemic health care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2011, 377:228–241.
4. Stone PW, Braccia D, Larson E. Systematic review of economic analyses of health care-associated infections. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:501-509.
5. Stone PW et al. The economic impact of infection control: making the business case for increased infection control resources. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:542-547.
6. MacDonald A et al. Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 56:56-63.
7. *Centers for Disease Control and Prevention campaign to prevent antimicrobial resistance in healthcare settings*. Atlanta, GA, CDC, 2003 (http://www.cdc.gov/drugresistance/healthcare/; visitato il 21 febbraio 2011).
8. Institute for Healthcare Improvement (IHI). *The Five Million Lives campaign*. Boston, MA, IHI, 2006 (http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign/; visitato il 21 febbraio 2011).
9. *Countries or areas committed to address health care-associated infection*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/gpsc/statements/countries/ en/index.html; visitato il 16 marzo 2011).
10. *WHO CleanHandsNet*. Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/gpsc/national_campaigns/en/; visitato il 16 marzo 2011).
11. Centers for Disease Control and Prevention. *Universal precautions for prevention of transmission of HIV and other bloodborne infections*. Atlanta, GA, CDC, 1996 (http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/universal.html; visitato il 21 febbraio 2011).
12. Burke J. Infection control: a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651–656.
13. *Medical device regulations: global overview and guiding principles*. Geneva, World Health Organization, 2003;29–30.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

(www.who.int/entity/medical_devices/publications/en/MD_Regulations.pdf; visitato il 11 marzo 2011).

14. *Guiding principles to ensure injection device security*. Geneva, World Health Organization, 2003 (www.who.int/entity/injection_safety/WHOGuidP rinciplesInjEquipFinal.pdf; visitato il 11 marzo 2011).
15. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, World Health Organization, 2009:122–123 (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html; visitato il 21 febbraio 2011).
16. *Hand hygiene: why, how and when*. Geneva, World Health Organization, August 2009 (http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_ Why_How_and_When_Brochure.pdf; accessed visitato il 21 febbraio 2011).
17. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, World Health Organization, 2009:61–63 (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.h tml; visitato il 21 febbraio 2011).
18. *Glove Use Information Leaflet (revised August 2009) on the appropriate use of gloves with respect to hand hygien*. Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH _en.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).
19. *Glove use information leaflet*. Geneva, World Health Organization, 2009:3 (http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Infor mation_Leaflet.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).
20. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008*. Atlanta, GA, CDC, 2008 (http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection_Steriliza tion/3_0disinfectEquipment.html; visitato il 21 febbraio 2011).

Diapositive per l'argomento 9: Prevenzione e controllo delle infezioni

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una delle modalità per generare una discussione di gruppo. Un'altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell'assistenza sanitaria che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento, come, ad esempio, le cause e le tipologie di infezioni correlate a pratiche assistenziali, le modalità di trasmissione ed i principi e le strategie di prevenzione e controllo*.

Le diapositive per l'Argomento 9 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per adattarsi all'ambiente e alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Argomento 10

Sicurezza del Paziente e procedure invasive

Artroscopia eseguita sul ginocchio sbagliato

B.* è stato inviato a visita ortopedica dal suo medico curante, per un trauma al ginocchio sinistro, occorso mentre si esercitava. L'ortopedico raccolse il consenso per fare un'artroscopia esplorativa al ginocchio sinistro, da effettuarsi sotto anestesia, in regime di Day Surgery. Due infermiere confermarono che il modulo del consenso era stato regolarmente firmato dal paziente, come parte delle normali procedure pre-operatorie. Prima di entrare in sala operatoria, l'ortopedico parlò a B.*, ma non chiese conferma di quale ginocchio dovesse essere operato. B.* fu accompagnato in sala operatoria e anestetizzato. L'infermiera di sale vide il laccio emostatico poggiato sopra la gamba destra e lo applicò. La stessa infermiera, con un altro membro dello staff, applicarono delle bende per contenere il sanguinamento. L'infermiera addetta controllò sulla lista operatoria il lato da operare, così da poter procedere con la preparazione. Quando vide l'ortopedico preparare la gamba destra fece presente che riteneva fosse l'altra gamba quella prevista per l'operazione. Il dottore dissentì e procedette con operando il ginocchio sbagliato (destro).

Fonte: Casi studio-Comitati per gli standard professionali. *Rapporto Annuale della Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario* 1999-2000:64. Sydney, New South Wales, Australia.

Introduzione - Sicurezza del Paziente e procedure invasive (Slide 1)

Ogni anno, in tutto il mondo, vengono effettuate oltre 230 milioni di operazioni di chirurgia maggiore [1]. Le evidenze mostrano che, nello 0,4-0,8% dei casi, i pazienti muoiono come conseguenza diretta della procedura chirurgica e che, nel 3-16% dei casi, manifestano complicazioni legate alle suddette procedure. Tali dati corrispondono ad 1 milione di morti e 6 milioni di casi di disabilità nel mondo, ogni anno [2-5]. E questo non perché i chirurghi responsabili delle procedure o gli operatori sanitari siano negligenti od incompetenti ma perché le numerose tappe che compongono tali procedure offrono, di fatto, numerose occasioni di errore. Inoltre, le problematiche causate dalle infezioni del sito chirurgico rendono conto di una significativa proporzione di tutte le infezioni correlate a pratiche assistenziali (ICPA). Questo capitolo vuole aiutare gli studenti a comprendere come i principi sottesi ad un approccio mirato alla Sicurezza del Paziente possano contribuire a minimizzare gli eventi avversi associati a procedure invasive. Attualmente, vi sono a disposizione molti strumenti validati per supportare il lavoro dei team sanitari nell'erogare cure chirurgiche sicure. Tra questi, la Checklist di Sala Operatoria redatta dall'OMS (*WHO Surgical Safety Checklist*) che, attualmente, è diffusa a livello mondiale [6]. A parte gli studenti di medicina e infermieristica, gli studenti di altre professioni sanitarie potrebbero non avere tante opportunità di mettere in pratica, durante i loro tirocini, molti di questi strumenti, volti a migliorare gli outcome chirurgici. Ciò nonostante, possono osservare come comunicano tra di loro i professionisti sanitari e quali tecniche utilizzano, per essere sicuri che stiano trattando la giusta persona, nel modo giusto, o mettendo in atto la procedura sul lato corretto del corpo. Potrebbero, anche, vedere cosa succede quanto i professionisti sanitari non seguono un protocollo.

Parole chiave

Infezioni del sito chirurgico, errori in chirurgia/procedurali, linee guida, fallimenti comunicativi, processi di verifica, lavoro in team.

Obiettivi di apprendimento (Slide 2)

Comprendere le principali cause di eventi avversi in chirurgia e nell'ambito delle procedure invasive e come l'utilizzo di linee guida, processi di controllo ed il lavoro in team possono aiutare a garantire che il paziente giusto riceva il trattamento giusto nei tempi e nel setting appropriati.

Sebbene i principi descritti in questo capitolo siano importanti sia per la chirurgia sia per le altre procedure invasive, la maggior parte delle evidenze disponibili in letteratura riguarda la chirurgia.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Risultati di apprendimento: conoscenze e abilità

Conoscenze richieste (Slide 3)

Gli studenti devono acquisire conoscenze riguardo alle diverse tipologie di eventi avversi, associati alle procedure invasive, ed avere familiarità con i processi di verifica che possono essere utilizzati per migliorare le cure in chirurgia e per le procedure invasive.

Abilità richieste (Slide 4)

Gli studenti devono dimostrare le loro abilità nel:

- Applicare i processi di verifica, al fine di evitare errori riguardo al paziente, sito e procedura (es. la checklist chirurgica);
- Mettere in atto tecniche che riducono i rischi e gli errori (es. tecnica del "time-out", briefing, debriefing, esternare le preoccupazioni);
- Partecipare ad un processo di revisione di mortalità e morbilità;
- Avere un ruolo di partecipazione attiva come membro di un team;
- Impegnarsi sempre attivamente con i pazienti.

Cause di eventi avversi associati alla chirurgia e ad altre procedure invasive (Slide 5)

Gli studenti devono conoscere le diverse tipologie di eventi avversi associati alla chirurgia ed alla pratica invasiva. Generalmente, si riconducono gli eventi avversi, associati a chirurgia e ad altre procedure invasive, alle abilità del chirurgo o della persona che attua la procedura e all'età ed alle condizioni fisiche del paziente. Vincent et al. [4] sostengono che gli eventi avversi chirurgici (o collegati a procedure) sono associati a molti altri fattori, quali l'organizzazione del lavoro e la sua interfaccia con le persone che vi lavorano, il lavoro in team e la cultura organizzativa (vedi Argomento 3). Gli studenti possono apprendere l'utilizzo di un approccio di sistema nell'Argomento 3, così come sono di particolare rilevanza per la presente tematica le competenze descritte nel capitolo sul lavoro in team e sul controllo delle infezioni.

Una chirurgia sicura richiede un lavoro in team efficace; il che significa che i medici, gli infermieri e gli altri membri dello staff hanno, tutti, ruoli e responsabilità ben definiti e che ogni membro del team è a conoscenza dei ruoli degli altri membri.

Un approccio di sistema agli eventi avversi in chirurgia e durante le procedure chirurgiche ci richiede di esaminare sia i fattori latenti, quali il lavoro in team e la leadership inadeguati, che i fattori al punto di contatto con il paziente, quali la comunicazione nel passaggio di consegne ed una scarsa raccolta anamnestica. (Vedi l'Argomento 4).

Le tre principali cause di eventi avversi nell'ambito delle procedure chirurgiche sono descritte di seguito.

Scarso controllo delle infezioni

L'Harvard Medical Practice Study II [5] ha trovato che l'infezione della ferita chirurgica costituisce la seconda più rappresentata categoria di evento avverso ed ha confermato la radicata convinzione che le infezioni ospedaliere da *Stafilococco* costituiscano un grande rischio per i pazienti ospedalizzati, particolarmente per quelli che ricevono cure chirurgiche. L'implementazione di migliori pratiche per il controllo delle infezioni, quali la somministrazione di un'appropriata profilassi antibiotica, ha ridotto l'incidenza delle infezioni post-operatorie. Inoltre, gli sforzi volti ad aumentare la consapevolezza e l'attenzione ai rischi di trasmissione, mostrano ai professionisti sanitari come possono minimizzare il rischio di infezioni crociate.

Ognuno ha la responsabilità di diminuire le opportunità di contaminazione di divise, mani e dispositivi associate alla trasmissione di patogeni. (Il controllo delle infezioni è discusso in maggior dettaglio nell'Argomento 9).

Nel corso del loro tirocinio, molti studenti saranno presenti ad un'operazione o ad una procedura invasiva o staranno vicino a pazienti vulnerabili alle infezioni. Essi devono costantemente aderire alle linee guida per il controllo delle infezioni e mettere in atto le precauzioni standard. I team efficaci incoraggiano tutti i membri, indipendentemente dalla loro professione o livello di esperienza, a farsi responsabili di pratiche sicure; lo fanno autorizzando i singoli membri a condividere eventuali preoccupazioni in merito alla sicurezza, anche quando si tratta dei membri più giovani del team.

Inadeguata gestione del paziente
Il setting della sala operatoria ospita attività estremamente complesse che coinvolgono una serie di professionisti sanitari e che dovrebbero sempre includere anche il paziente, quando cosciente. Questo spiega perché siano molti gli eventi avversi associati alle specialità chirurgiche, rispetto ad altri dipartimenti ospedalieri.

I principali eventi avversi associati alle cure chirurgiche includono: infezioni e sepsi post operatorie, complicanze cardiovascolari, respiratorie e tromboemboliche. Quando questi eventi sono stati analizzati, si sono identificate una serie di condizioni pre-esistenti (fattori latenti). Questi includono:

- Inadeguata implementazione di protocolli o linee guida;
- Leadership carente;
- Scarso lavoro in team;
- Conflitti tra differenti dipartimenti/gruppi all'interno dell'organizzazione;
- Addestramento e preparazione dello staff inadeguati;
- Risorse inadeguate;
- Mancanza di pratiche basate su prove di efficacia;
- Scarsa cultura organizzativa;
- Sovraccarico di lavoro;
- Mancanza di un sistema di gestione delle performance.

In aggiunta ai fattori latenti, gli individui che lavorano a stretto contatto con il paziente nelle cure perioperatorie sono soggetti ai seguenti tipi di errori, causa di eventi avversi:

- Mancanza di precauzioni, atte a prevenire le lesioni accidentali;
- Ritardi evitabili nel trattamento;
- Mancanza di un'adeguata raccolta anamnestica o dell'esame obiettivo;
- Mancato utilizzo di test appropriati;
- Mancanza di azioni basate sui risultati dei test;
- Pratica al di fuori dell'area di competenza (es. non richiedere una consulenza, non rimandare allo specialista, mancata richiesta di assistenza, mancato trasferimento);
- Fallimenti comunicativi.

I fallimenti comunicativi includono situazioni nelle quali l'informazione viene data troppo tardi, per essere efficace, od è incoerente o inesatta, dove le persone chiave non ricevono le informazioni necessarie, così come situazioni in cui vi sono all'interno del team questioni sospese. Includere il paziente quale parte del team è essenziale; i professionisti sanitari, dove possibile, dovrebbero continuamente scambiare e verificare con i pazienti le informazioni. Inoltre, gli studenti devono verificare che ciascuno dei propri pazienti comprenda le informazioni ricevute chiedendo loro di ripeterle all'operatore sanitario.

Inadeguata comunicazione tra gli operatori sanitari prima, durante e dopo la procedura.
Gli errori di comunicazione sono uno dei più grandi problemi dell'ambiente chirurgico, responsabili di interventi sul paziente errato, interventi sul lato sbagliato e di errori di procedura. Anche la mancata comunicazione di cambiamenti nelle condizioni del paziente e la mancata somministrazione della profilassi antibiotica sono causa di eventi avversi. Inoltre, sono stati documentati disaccordi riguardo all'interruzione delle procedure ed incidenti, nei quali gli errori non erano stati adeguatamente segnalati.

In sala operatoria, ai professionisti sanitari è spesso richiesto di dover gestire molti compiti concomitanti. Un team chirurgico, che comprende medici e infermieri, è visto dalla maggior parte dei tirocinanti e studenti come un team molto impegnato. Oltre ai carichi di lavoro elevati, l'ambiente perioperatorio è caratterizzato da uno staff con diversi livelli di esperienza e abilità. Questa combinazione di fattori può intaccare seriamente l'abilità del team di comunicare in modo accurato e tempestivo. Problemi comunicativi si verificano in tutte le fasi ma, sono particolarmente problematici, se si verificano quando il paziente deve essere trasferito da un livello di cura ad un altro. Ulteriore complessità si aggiunge quando un paziente subisce un evento avverso durante una procedura od il trattamento. E' importante non dimenticarsi del bisogno del paziente di essere ben informato su quanto è successo e su come verrà gestito l'evento. Un paziente potrebbe aver bisogno di parlare in merito a tal esperienza. Subito dopo un evento avverso, lo staff potrebbe essere riluttante a sedersi ed ascoltare un tale paziente ma è importante che lo faccia. L'impatto degli eventi avversi è ulteriormente trattato

nell'Argomento 8: *Coinvolgere i pazienti ed i loro caregiver*.

Attualmente, molti Paesi raccolgono dati su procedure invasive effettuate sul paziente errato. E' stato stabilito che uno dei modi migliori per ridurre gli errori di identificazione è utilizzare le linee guida, al fine di garantire che il giusto paziente riceva il giusto trattamento. Le evidenze dimostrano in modo convincente che, quando gli operatori sanitari seguono linee guida condivise e hanno familiarità con i principi sottostanti a sostegno di un approccio uniforme al trattamento e la cura dei pazienti, gli outcome del paziente migliorano significativamente.

La complessità del setting chirurgico è un fattore importante per il verificarsi di errori di comunicazione e questi errori avvengono a tutti i livelli. Uno studio di Lingard et al. [7] descrive diversi tipi di errori comunicativi riguardanti i medici. In questo studio, il 36% dei fallimenti comunicativi produce un effetto visibile, quale tensione nel team, inefficienza, spreco di risorse, errori procedurali e disagi ai pazienti (Esempi di diverse tipologie di fallimenti comunicativi sono presentati nella Tabella B.10.1).

Tabella B.10.1. Tipologie di fallimenti comunicativi riguardanti lo staff medico: esempi e note.

Tipo di fallimento	Definizione	Esempi e breve analisi in corsivo
Di contesto	Problemi relativi alla situazione od al contesto dell'evento comunicativo	Il chirurgo chiede all'anestesista se sono stati somministrati gli antibiotici. A questo punto, l'intervento era iniziato da oltre un'ora. *Dal momento che gli antibiotici hanno un'efficacia ottimale, se somministrati entro 30 minuti dall'incisione, la tempistica di questa domanda è inefficace, sia nell'immediato che come doppio check, per incrementare il livello di sicurezza.*
Di contenuto	Insufficiente o apparentemente inaccurato passaggio di informazioni	Mentre si stanno preparando per l'intervento, i colleghi anestesisti chiedono al chirurgo se è stato riservato per il paziente un letto in Terapia Intensiva. Il chirurgo risponde che "il letto non è probabilmente necessario e, in ogni caso, è difficile che ve ne sia uno disponibile, quindi l'unica soluzione è andare avanti". *Mancano informazioni rilevanti ed i dubbi non vengono chiariti: è stato richiesto un letto nella Terapia Intensiva e come verrà gestita l'eventualità che il paziente abbia bisogno di cure intensive e non fosse disponibile il letto? (Nota: questo esempio è classificato sia come fallimento di contenuto che di intenzione).*
Di gruppo	Inadeguata composizione del gruppo coinvolto nella comunicazione	L'infermiere e l'anestesista discutono di come debba essere posizionato il paziente per l'intervento, senza interpellare il chirurgo. *I chirurghi hanno bisogno di posizionare il paziente in diversi modi e, quindi, dovrebbero poter partecipare a discussioni come questa. Decisioni prese in assenza del chirurgo potrebbero comportare la necessità di un riposizionamento.*
Di intenzione	Scambi comunicativi nei quali il proposito non è chiaro, non viene raggiunto, od è inappropriato	Durante una resezione di fegato da donatore vivente, due infermieri discutono se sia necessario il ghiaccio nel contenitore che stanno preparando per il fegato. Nessuno ne ha idea. Non segue alcuna ulteriore discussione. *Lo scopo della comunicazione - capire se il ghiaccio sia necessario - non viene raggiunto. Non viene intrapresa alcuna azione per ottenere tale informazione.*

Fonte: Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 2004 [7].

Processi di verifica per migliorare le prestazioni chirurgiche: linee guida, protocolli e checklist (Slide 6)
Metodi efficaci per migliorare la cura del paziente includono l'implementazione di linee guida basate su prove di efficacia, protocolli o checklist. Sebbene tutti e tre questi strumenti supportino il professionista sanitario nel gestire la maggior parte delle situazioni, si possono rilevare tra loro delle sottili differenze. Una linea guida fornisce raccomandazioni su un determinato aspetto delle cure, mentre un protocollo è una sequenza di azioni che dovrebbero essere intraprese, in un preciso ordine, al fine di consentire che il compito venga portato a termine. L'intento di una checklist è di essere sicuri che non vengano dimenticati alcuni passaggi irrinunciabili. Questi strumenti, basati su prove di efficacia, sono spesso sviluppati da gruppi multidisciplinari di esperti, che utilizzano le più recenti evidenze, e possono essere approvati a livello nazionale o internazionale.

Le linee guida efficaci sono facilmente diffuse e messe a punto per influenzare la pratica professionale su larga scala. Esse condividono alcune caratteristiche: definiscono le più importanti questioni riguardo alla pratica in un particolare campo e cercano di identificare tutte le decisioni possibili e le conseguenze note di queste decisioni; identificano ciascun aspetto decisionale seguito dal corrispondente corso di azioni da intraprendere, in accordo con i ragionamenti, le opinioni e l'esperienza degli operatori sanitari. Tali linee guida sono basate su valori che favoriscono l'identificazione dell'intervento meno invasivo/rischioso, che sia appropriato per le circostanze, e favoriscono il rispetto delle scelte del paziente, quando vi sono diverse opzioni (ad es. il paziente è un partner nel processo decisionale). Le linee guida dovrebbero essere revisionate e riviste, se necessario, o almeno ogni tre anni.

Il grado di variabilità nella pratica clinica è stato identificato dall'Institute of Medicine (IOM) come un problema rilevante [8]. Variazioni determinate da un sovra-utilizzo, sotto-utilizzo o cattivo utilizzo dell'assistenza sanitaria possono essere affrontate dalla pratica basata su prove di efficacia, che utilizza le migliori evidenze disponibili, con l'obiettivo di diminuire la variazione e ridurre il rischio per i pazienti.

Gli operatori sanitari che lavorano negli ospedali e nei setting territoriali non hanno tempo, risorse o competenze a disposizione perché ciascuno sviluppi le proprie linee guida. Essi vengono invece incoraggiati ad utilizzare linee guida già definite e modificarle, al fine di adattarsi alla propria pratica clinica ed al proprio contesto locale.

Le linee guida sono necessarie perché la complessità dell'assistenza ed il livello di specializzazione, insieme con la vasta gamma di professionisti sanitari coinvolti, hanno reso le opinioni personali o le preferenze soggettive, in termini di professionalità ed organizzazione, ridondanti e poco sicure. Attualmente, vi sono centinaia di linee guida validate per aiutare i professionisti sanitari ad esercitare in sicurezza, prevenire errori di lato, di procedura o di paziente, così come le infezioni legate a procedure chirurgiche.

Non sempre gli studenti vengono informati in merito alle linee guida utilizzate in un particolare ambito di cura. Tuttavia, essi devono essere consapevoli che, in molti ambiti della pratica clinica, in particolare quelli associati con la gestione di malattie croniche, esistono linee guida stabilite che identificano il modo migliore per curare i pazienti. Alcune linee guida potrebbero non essere accessibili al team che ha necessità di usarle; il team potrebbe anche non sapere che vi sono. Non è inusuale per un'organizzazione sanitaria pubblicare una linea guida, ma questo non garantisce che tutti ne siano a conoscenza. A volte, con tante linee guida da seguire, le persone perdono la concentrazione e non ne riconoscono più la rilevanza o l'importanza. Educare gli studenti ad essere consapevoli dell'importanza di utilizzare appropriate linee guida è un primo passo perché si abituino a chiederle e ad usarle. Le linee guida più efficaci tengono conto del contesto locale e del profilo dei pazienti e le loro raccomandazioni possono essere facilmente adattate al singolo contesto lavorativo. Esistono linee guida basate sulle prove di efficacia per la maggior parte delle procedure che comportano rischi significativi, come per l'utilizzo sicuro di prodotti ematici. Il fallimento nell'utilizzare prodotti ematici sicuri o l'incapacità nel garantire che il paziente riceva la giusta trasfusione possono essere catastrofiche per i pazienti.

Un'assistenza sicura richiede che tutti i membri del team conoscano cosa ci si aspetta da loro nell'implementare una linea guida. Linee guida, protocolli o checklist devono essere accessibili. (Sono disponibili in versione cartacea o online?). Devono anche essere applicabili nel contesto lavorativo in cui devono essere utilizzate. (Tengono conto delle differenze nelle risorse e nei professionisti sanitari a disposizione nell'immediato?). Affinché uno strumento sia efficace, il personale deve conoscerlo, averne fiducia, essere in grado di reperirlo facilmente e di implementarlo.

Per varie ragioni inerenti le risorse, le condizioni locali e la tipologia di pazienti, alcune tappe in un particolare processo di verifica possono essere, in una determinata situazione, impraticabili o inappropriate. In questi casi, il team multidisciplinare potrebbe dover adattare lo strumento, così che risulti idoneo per il contesto o le circostanze locali. Quando si verifica ciò, tutti devono poter conoscere i cambiamenti attuati, in modo da poterli applicare.

Se uno strumento non viene utilizzato in modo costante dall'intero team, o se le persone saltano in modo routinario delle tappe, esso non proteggerà i pazienti da eventi avversi; per questo motivo è importante che tutti, compresi gli studenti, rispettino lo strumento. Per l'implementazione di una linea guida, di un protocollo o di una checklist è necessario l'impegno del leader ma anche dell'intero team.

Alcuni medici possono mettere in dubbio il valore di un processo di verifica, in particolare quando ritengono possa venire compromessa o messa in discussione la loro autonomia professionale. Quando viene introdotto un approccio basato sul team, possono anche sentire che il loro potere decisionale venga annullato. Condividere le conoscenze e le informazioni e mostrare apertura ai contributi offerti da altri membri del team, è indispensabile per la continuità delle cure, per un processo decisionale sicuro e per raggiungere i migliori risultati per i pazienti.

Uno studio globale innovativo è stato effettuato nel 2007/2008, per studiare gli effetti di una semplice checklist chirurgica, in otto Paesi diversi. Indipendentemente dalle risorse disponibili, si è osservata, quando la checklist veniva utilizzata, una riduzione delle complicanze postoperatorie e dei decessi, di oltre un terzo [9]. L'aspetto centrale dell'esito positivo delle checklist è il miglioramento della comunicazione, che garantisce che la persona giusta riceva la giusta procedura nel posto giusto e che la procedura venga eseguita dall'appropriato staff di assistenza.

Una revisione rapida dei processi inerenti alla chirurgia mostra i numerosi passaggi che richiedono un attivo scambio comunicativo a vis a vis, in particolare per ottenere il consenso e per marcare il sito e/o identificare i farmaci ed i dispositivi da utilizzare. Tutti i componenti del team di sala operatoria (chirurghi, assistenti, anestesisti, ferristi, assistenti di sala, fisioterapisti respiratori, ostetriche - a seconda dei casi - ed altri membri dello staff) devono essere a conoscenza del tipo di procedura prevista, in modo che tutti siano consapevoli delle modalità di gestione richieste, di cosa ci si può aspettare dai diversi membri del team e dei risultati attesi per il paziente. Per tale motivo, le "pause" programmate che si svolgono nella sala operatoria nella quale verrà eseguita la procedura, appena prima che la stessa abbia inizio, sono parte integrante della checklist chirurgica [6].

Una chirurgia sicura richiede che ogni membro del team chirurgico conosca la checklist o il protocollo maggiormente usato in un determinato ambito clinico. Se nessun processo di verifica è stato implementato, allora un membro del team potrebbe richiedere una riunione di equipe, volta a valutare se un protocollo od una checklist possano essere implementati.

E' universalmente accettato che il migliore approccio, per ridurre gli errori causati dall'errata identificazione dei pazienti, è l'implementazione di strumenti di buona prassi, atti a garantire che il corretto paziente riceva il trattamento corretto. Diversi protocolli e checklist sono stati messi a punto per gestire questo aspetto.

Cosa devono fare gli studenti

Seguire un processo di verifica per eliminare gli incidenti da errata identificazione del paziente, errato sito chirurgico ed errata procedura

Gli studenti, in alcuni contesti, avranno

Tavola B.10.1. OMS: Chirurgia sicura salva la vita

Dieci obiettivi essenziali per una chirurgia sicura	
Obiettivo 1	Il team opera il corretto paziente, al corretto sito chirurgico.
Obiettivo 2	Il team utilizza metodologie note per prevenire il danno legato alla somministrazione dell'anestesia e, nel contempo, protegge il paziente dal dolore.
Obiettivo 3	Il team è preparato nel gestire efficacemente un'insufficienza respiratoria o pericolosa per la vita.
Obiettivo 4	Il team è preparato nel gestire gravi perdite ematiche.
Obiettivo 5	Il team previene le reazioni allergiche o gli eventi avversi da farmaco, che sono noti costituire un rischio importante per il paziente.
Obiettivo 6	Il team utilizza sempre tutti i metodi atti a minimizzare il rischio di infezione del sito chirurgico.
Obiettivo 7	Il team previene la ritenzione accidentale di garze o strumenti all'interno del sito chirurgico.
Obiettivo 8	Il team identifica e raccoglie in sicurezza tutti i campioni biologici.
Obiettivo 9	Il team comunica efficacemente e assicura lo scambio di informazioni riguardo al paziente, cruciali per condurre in sicurezza l'operazione.
Obiettivo 10	Gli ospedali ed il sistema sanitario garantiscono il continuo monitoraggio delle performance, dei volumi di attività e dei risultati ottenuti in ambito chirurgico.

Fonte: *WHO Guidelines for Safe Surgery*, 2009
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html [10]

l'opportunità di frequentare le sale operatorie e osservare come lavora l'equipe chirurgica. Essi potranno, anche, osservare come il team gestisce il processo prima, durante e dopo l'intervento chirurgico. Durante lo stage o il tirocinio in chirurgia, gli studenti dovrebbero:

- Individuare i principali protocolli e le checklist, utilizzati in una determinata unità di chirurgia o di trattamento;
- Condividere e controllare le informazioni con il paziente o il caregiver;
- Capire come i protocolli/le checklist in uso sono stati sviluppati e vedere se sono in linea con la pratica basata su prove di efficacia;
- Capire perché il protocollo/la checklist sono necessari;
- Essere in grado di individuare i passaggi del processo di verifica, compresa l'identificazione del paziente corretto, del sito corretto e della procedura corretta;
- Essere in grado di individuare le varie tappe della checklist per la sicurezza in sala operatoria dell'OMS;
- Conoscere il ruolo di ogni membro del team;
- Identificare come vengono risolti i conflitti all'interno del team (Vedi l'Argomento 4).

Praticare tecniche predisposte per la sala operatoria che riducono il rischio di errori (time-out /pause, briefing, debriefing, esternare le preoccupazioni) (Slide 7)
L'Argomento 4 sul lavoro in team fornisce un'analisi dettagliata di come team efficaci lavorino insieme e le azioni che i membri del team possano intraprendere, per contribuire in modo efficace a migliorare la performance e la sicurezza. Nel setting chirurgico, alcune caratteristiche e azioni sono note per migliorare il lavoro di squadra. Se gli studenti non sono in grado di partecipare direttamente ad attività di team, possono almeno osservare come funziona. Gli studenti dovrebbero cercare attivamente di diventare parte del team. Possono, con discrezione, chiedere al team leader se possono far parte del team, anche se non hanno alcuna funzione o ruolo specifico. Essere parte del team permette agli studenti di osservare meglio e sentire come i membri comunicano l'uno con l'altro. Se possibile, gli studenti dovrebbero poter partecipare ai briefing e ai debriefing. Durante questi incontri, dovrebbero osservare e prendere nota di come i professionisti sanitari partecipano ai processi volti a garantire la Sicurezza del

Figura B.10.1. OMS: Checklist per la sicurezza in sala operatoria

Checklist per la sicurezza in chirurgia

World Health Organization | Patient Safety — A World Alliance for Safer Health Care

Prima di indurre l'anestesia →	Prima dell'incisione →	Prima che il paziente lasci la sala operatoria
(con almeno l'infermiere e l'anestesista)	(con l'infermiere, l'anestesista ed il chirurgo)	(con l'infermiere, l'anestesista ed il chirurgo)
Il paziente ha confermato la propria identità, il sito chirurgico, la procedura ed il consenso? ❑ Sì	❑ Confermare che tutti membri del team si siano presentati con il loro nome e ruolo	**L'infermiere conferma verbalmente:** ❑ Il nome della procedura ❑ Il conteggio di tutti i ferri, garze ed aghi
Il sito è stato marcato? ❑ Sì ❑ Non applicabile	❑ Confermare il nome del paziente, la procedura e dove l'incisione verrà fatta	❑ L'etichettatura dei campioni biologici (legge l'etichetta dei campioni a voce alta, incluso il nome del paziente)
E' stata effettuata una verifica delle attrezzature e dei farmaci per l'anestesia? ❑ Sì	E' stata somministrata la profilassi antibiotica negli ultimi 60 minuti? ❑ Sì ❑ Non applicabile	❑ Se occorre affrontare qualche problema inerente l'attrezzatura
E' stato applicato il pulsossimetro ed è stato verificato che sia funzionante? ❑ Sì	Anticipare le possibili criticità **Per il chirurgo:** ❑ Quali sono le tappe critiche o non di routine?	**Per il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere:** ❑ Quali sono le principali preoccupazioni per la guarigione e la gestione del paziente?
Il paziente ha allergie note? ❑ Sì ❑ No	□ Quanto durerà l'intervento?	
	□ Qual è la perdita ematica prevista?	
Vie aeree difficili o rischi di aspirazione? ❑ No ❑ Sì e l'attrezzatura/assistenza è disponibile	**Per l'anestesista:** ❑ Vi sono particolari preoccupazioni riguardo al paziente?	
Rischio di perdite ematiche > 500 ml (7 ml/Kg nei bambini)? ❑ No ❑ Sì e sono stati pianificati due accessi intravenosi/centrali ed i liquidi necessari	**Per il team infermieristico:** ❑ E' confermata la sterilità (incluso il risultato degli indicatori)? ❑ Vi sono problemi inerenti le attrezzature o altre preoccupazioni?	
	Vengono visualizzati i referti radiologici essenziali? ❑ Sì ❑ Non applicabile	

Questa checklist non intende essere esaustiva. Aggiunte e modifiche per adattarla al contesto locale sono auspicabili.

Revisione 1/2009 OMS

Fonte: *WHO Safe Surgery Saves Lives*, 2006
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html [6]

Paziente. Ad esempio, fanno uso della chekclist?

Gli studenti dovrebbero valutare il loro contributo alle riunioni di equipe sulla situazione del paziente, inclusa l'identificazione del paziente, del sito chirurgico, delle condizioni del paziente e delle azioni predisposte per il suo recupero.

Gli studenti hanno bisogno di imparare come condividere le informazioni in modo appropriato. È molto importante che tutte le informazioni, che riguardano la valutazione ed il trattamento del paziente, vengano condivise verbalmente con tutti i membri del team. Gli studenti dovrebbero conoscere le caratteristiche principali delle procedure e delle azioni da mettere in atto per la cura del paziente, inclusi i protocolli più rilevanti.

Gli studenti dovrebbero fare attivamente domande ai membri del team, in modo appropriato e rispettoso, e valutare quando è più opportuno porre tali domande. Gli

studenti dovrebbero partecipare e cogliere l'occasione per porre domande quando il team si riunisce per rivedere la procedura prevista. Se lo studente pensa che qualcosa non vada, dovrebbe sollevare la questione con il tutor o con il supervisore assegnatogli.

E' importante che gli studenti imparino ad esprimere la loro opinione e ad essere assertivi in modo appropriato. Gli studenti dovrebbero essere in grado di esprimere o chiedere un parere a qualsiasi membro del team, nei momenti di criticità, attraverso domande o esprimendo affermazioni. Gli studenti dovrebbero capire che essere assertivi *non* riguarda comunicazioni o domande sulla frequenza cardiaca di un paziente, il tono, il colore, o la respirazione (queste fanno parte delle informazioni di routine da condividere). Gli studenti devono imparare, quando diventano professionisti, come parlare apertamente "contro il gradiente di autorità", in particolare se un paziente potrebbe essere danneggiato da un potenziale errore. Ad esempio, un infermiere può sentirsi intimidito nel ricordare ad un chirurgo di controllare qualcosa (ad esempio, se il paziente corretto sta per ricevere la procedura prevista). Se il chirurgo non prende in considerazione il "richiamo" dell'infermiere, l'organizzazione dovrebbe sostenerlo nel momento in cui parla "contro il gradiente di autorità".

Gli studenti dovrebbero condividere le informazioni sulle intenzioni dei membri del team e cercare il feedback, prima di deviare dalla norma. Questo è importante perché avvisa il resto del team sulle azioni programmate che non sono di routine.

Gli studenti devono essere consapevoli che l'insegnamento è una parte integrante dell'assistenza chirurgica. L'insegnamento può avvenire in una serie di modalità: brevi o informali scambi di informazioni, così come l'apprendimento pratico sotto supervisione. Gli studenti devono essere preparati ad imparare da ciascuno dei diversi membri del team e dovrebbero rendersi conto che le attività sono distribuite tra i membri del team, secondo le loro competenze professionali, il livello di conoscenza e le loro abilità.

Partecipare ad un percorso formativo per la revisione di mortalità e morbilità

Gli studenti di ambito sanitario dovrebbero chiedere alla struttura sanitaria se esiste un sistema di revisione tra pari per la discussione dei casi, in modo che le lezioni possano essere apprese e condivise. Molti ospedali terranno riunioni per la revisione di casi chirurgici, spesso chiamati *revisioni di mortalità e morbilità*. Questi sono incontri ben definiti, per discutere incidenti e casi difficili, e sono il principale metodo di revisione tra pari per migliorare, nel tempo, l'assistenza sanitaria del paziente. Tali riunioni, di solito, costituiscono delle occasioni di incontro confidenziali, per effettuare degli audit sulle complicanze in chirurgia e sono necessari per migliorare la pratica all'interno di un dipartimento chirurgico. Queste riunioni possono essere tenute settimanalmente, ogni quindici giorni o mensilmente e rappresentano una buona opportunità per imparare dagli errori in chirurgia. Dal momento che la Sicurezza del Paziente è una disciplina relativamente nuova, in molti di questi incontri si deve ancora implementare un approccio non punitivo per discutere gli errori. Al contrario, alcuni si focalizzano sulla persona che ha commesso un errore ed utilizzano un approccio punitivo per discutere degli eventi avversi. Quando tali meeting adottano un approccio centrato sull'individuo per discutere degli errori, sono spesso chiusi ad altri membri del team operatorio, come, ad esempio, i giovani medici, gli infermieri, i fisioterapisti respiratori e gli studenti, essendo riservati solo ai chirurghi.

Nonostante il potenziale problema inerente alla cultura punitiva, le revisioni di mortalità e morbilità sono eccellenti occasioni per imparare dagli errori e discutere come prevenirli in futuro. Gli studenti dovrebbero informarsi se la struttura sanitaria, in cui essi sono in formazione, organizza incontri del genere e chiedere al più indicato tra i professionisti più anziani se possono partecipare in qualità di osservatore. Se questo è possibile, gli studenti dovrebbero valutare se vengono rispettati i seguenti principi di base inerenti alla Sicurezza del Paziente:

- L'incontro è strutturato in modo che il focus della discussione siano le criticità sottostanti all'evento avverso ed i fattori ad esso associati piuttosto che gli individui coinvolti?
- Viene posta enfasi sull'imparare ed il comprendere piuttosto che sul "cercare un capro espiatorio"?

- L'obiettivo dell'incontro è prevenire che simili eventi si ripetano nel futuro? Questo richiede una tempestiva discussione in merito all'evento quando i ricordi sono ancora freschi.
- Questi incontri sono considerati una delle attività principali per l'intero team chirurgico, inclusi i tecnici, la dirigenza, così come per i clinici (medici, infermieri, farmacisti, altri operatori sanitari)?
- Hanno l'opportunità di partecipare a questi incontri tutti coloro che hanno avuto un qualche coinvolgimento nell'incidente/nell'unità operativa?
- I più giovani, inclusi gli studenti, vengono invitati ad assistere ed a partecipare? Queste sessioni offrono un'eccellente opportunità per gli studenti di imparare dagli errori ed in merito ai processi di miglioramento per specifici trattamenti e procedure;
- Vengono identificati e discussi tutti i decessi inerenti ad una procedura chirurgica che avvengono presso la struttura?
- Viene fatta una sintesi scritta dell'incontro, compresa qualunque raccomandazione intrapresa per migliorare o per attuare una revisione?

Riassunto (Slide 9)
Questo argomento mette in evidenza il valore delle linee guida nel ridurre gli errori e minimizzare gli eventi avversi. Ma una linea guida è utile solo se le persone che la utilizzano ne hanno fiducia e capiscono che la sua implementazione porta ad una migliore cura del paziente. I protocolli possono prevenire che il paziente errato riceva il trattamento errato, nonché facilitare una migliore comunicazione tra i membri del team, incluso il paziente.

Strategie e modalità di insegnamento

Una lezione interattiva/didattica
Utilizzare le diapositive di accompagnamento come guida per coprire tutte le tematiche. Le diapositive di PowerPoint possono essere utilizzate come tali o convertite per essere usate con una lavagna luminosa. Iniziare la sessione con uno dei casi studio e richiedere agli studenti di identificare alcuni dei problemi inerenti al caso.

Tavola rotonda
Seleziona un gruppo di operatori sanitari, appropriati per l'ambito di interesse, affinché presentino una sintesi dei loro sforzi per migliorare la Sicurezza del Paziente e discutano dei loro ruoli e responsabilità. Questo può aiutare gli studenti a rendersi conto del ruolo del lavoro in team nell'esecuzione delle procedure. Gli studenti possono anche disporre di una lista di domande, preparata in precedenza sul prevenire e gestire gli eventi avversi, con del tempo previsto per tali domande.

Discussione in piccoli gruppi
La classe può essere divisa in piccoli gruppi e tre studenti di ogni gruppo dovranno condurre una discussione su una delle categorie di eventi avversi associati alle procedure. Un altro studente può focalizzarsi sugli strumenti e le tecniche disponibili per ridurre al minimo le opportunità di errore ed un altro potrebbe occuparsi del ruolo delle revisioni di mortalità e morbilità. Tenere queste sessioni con studenti di varie discipline aggiunge un'importante prospettiva reale e aiuta ciascun professionista nel comprendere e rispettare gli altri.

Il tutor che conduce questa sessione dovrebbe avere familiarità con il contesto in modo che possano essere aggiunte informazioni sul sistema sanitario locale e sul contesto clinico.

Esercizi di simulazione
Si possono preparare diversi scenari sugli eventi avversi, in particolare inerenti ai trattamenti o le procedure, quali l'intervento sul paziente errato o l'errata modalità di somministrazione di un farmaco, e sulle tecniche per minimizzare le possibilità di errore. Queste ultime potrebbero includere situazioni in cui le giovani leve devono parlare con il personale più anziano, altri operatori della salute od infermieri che devono parlare ad un medico per evitare un incidente, od un farmacista che parla ad un medico anziano o ad un infermiere.

Diversi scenari potrebbero essere preparati per gli studenti. Gli studenti possono esercitarsi sul briefing, debriefing e sull'assertività per migliorare la comunicazione nelle sale operatorie, mediante l'utilizzo di un sistema strutturato

per condividere informazioni rilevanti del paziente (come ad esempio l'ISBAR) in situazioni di urgenza quali i trasferimenti. Anche il role play è uno strumento prezioso. Gli studenti potrebbero esercitarsi in revisioni di mortalità e morbilità, utilizzando un approccio centrato sulla persona e poi un approccio di sistema, od in uno scenario ambientato in sala operatoria in cui uno studente nota qualcosa che non va e deve comunicarlo.

Le attività della sala operatoria e del reparto

Questo argomento offre molte opportunità per attività integrate, nel periodo in cui gli studenti hanno l'opportunità di osservare le procedure che vengono messe in atto. Questo, generalmente, accade verso la fine del loro programma di formazione. Tuttavia, non vi è alcuna ragione per cui gli studenti non possano partecipare a queste attività sin dal loro primo anno di studi. Gli studenti potrebbero:

- partecipare ad un intervento ed osservare e registrare le attività intraprese dal gruppo per garantire che il paziente che viene operato o sottoposto ad una procedura è il paziente corretto e che si sta eseguendo la procedura corretta, nel momento giusto;
- osservare un team chirurgico, identificare i membri del team, comprendere come funziona e come interagiscono i componenti tra di loro e con il paziente;
- partecipare ad una revisione di mortalità e morbilità e scrivere una breve relazione che descrive se i principi base per la Sicurezza del Paziente sono stati applicati durante l'incontro, utilizzando un approccio di sistema piuttosto che uno punitivo;
- seguire un paziente lungo il percorso perioperatorio ed osservare le attività od i compiti inerenti alla Sicurezza del Paziente;
- esaminare e valutare il protocollo/ checklist utilizzati per il processo di verifica del paziente, comprese le osservazioni sul grado di conoscenza del protocollo/checklist da parte del team e l'adesione ad esso;
- osservare come le informazioni inerenti al paziente vengono scambiate tra il reparto e la sala operatoria e viceversa.

Dopo queste attività, agli studenti dovrebbe essere richiesto di incontrarsi in coppie od in piccoli gruppi e discutere con un tutor od un professionista sanitario che cosa hanno osservato e se i requisiti o le abilità oggetto dell'osservazione erano presenti o assenti e se erano efficaci. Fare questo con un gruppo interdisciplinare di studenti rappresenta un valore aggiunto per l'apprendimento dei ruoli di ciascun ambito professionale e per l'acquisizione di rispetto per le altre professionalità.

Casi studio

Un'operazione di routine esitata in un evento avverso

Il caso illustra i rischi legati agli anestetici.

Ad una donna di 37 anni in buona salute era stato fissato un intervento programmato di chirurgia del setto, in anestesia generale. Il consulente anestesista aveva 16 anni di esperienza, l'otorinolaringoiatra aveva 30 anni di esperienza e tre dei quattro infermieri di sala erano, anch'essi, molto esperti. La sala operatoria era molto ben attrezzata.

L'anestesia è stata indotta a 8:35, ma non fu possibile inserire la maschera laringea. Due minuti più tardi, l'ossigenazione della paziente ha cominciato a peggiorare e comparve cianosi (colorazione blu della pelle). La sua saturazione di ossigeno in quel momento scese al 75% (qualunque valore inferiore al 90% è significativamente basso) ed il suo battito cardiaco divenne accelerato.

Entro le 8:39, la sua saturazione di ossigeno era ulteriormente scesa al 40% (un livello molto basso). I tentativi di ventilare i polmoni con ossigeno al 100%, attraverso una maschera facciale, si rivelarono estremamente difficili. L'anestesista, raggiunto da un collega, provò, senza successo, un'intubazione tracheale, al fine di aggirare il problema con le vie aeree. Alle 08:45, la paziente non era ancora stata intubata e si era in presenza di una situazione chiamata "non è possibile intubare, non è possibile ventilare", un'emergenza nota nella pratica anestesiologica, per la quale sono disponibili linee guida. Le infermiere presenti sembravano essere consapevoli della gravità della situazione; una di loro portò il carrello per la tracheotomia ed un altra fece

richiesta per un letto in Terapia Intensiva.

I medici continuarono con i tentativi di intubazione utilizzando diversi laringoscopi ma tutti questi tentativi fallirono, fino a quando decisero di interrompere la procedura e trasferire la paziente nella sala risveglio. La sua saturazione di ossigeno era rimasta inferiore al 40% per 20 minuti. Nonostante sia stata successivamente trasferita in Terapia Intensiva, non riprese mai conoscenza e morì 13 giorni dopo, a causa di gravi danni cerebrali.

Domande

- Quali tecniche potevano essere utilizzate dal team prima che alla paziente venisse somministrata l'anestesia generale?
- Quali sono i benefici dell'uso della checklist?

Fonte: Bromiley M. Have you ever made a mistake? *Bulletin of the Royal College of Anaesthetists*, 2008, 48:2442–2445. DVD disponibile sul sito web del Gruppo Fattore Umano Clinico (www.chfg.org; visitato il 21 febbraio 2011).

Asportazione del rene sbagliato nonostante l'avvertimento da parte di uno studente

Questo caso illustra l'importanza di utilizzare un protocollo per garantire la corretta identificazione del paziente, del sito e della procedura. Essa dimostra anche l'importanza del "parlare contro il gradiente di autorità". Deve esserci l'accordo che, quando si ha a che fare con la sicurezza, tutti i membri di un team sono importanti, anche gli studenti.

Un paziente di sesso maschile di 69 anni venne ricoverato per rimuovere il rene destro (nefrectomia), affetto da malattia cronica. A causa di un errore amministrativo, sulla proposta di ricovero era segnato "sinistro". La lista operatoria era stata trascritta dalla proposta di ricovero. Il paziente dormiva e non venne svegliato, per verificare il lato corretto, durante il giro preoperatorio. Il lato non venne verificato né dalla cartella clinica né dal modulo di consenso. L'errore fu portato avanti in sala operatoria, quando il paziente venne posizionato per una nefrectomia sinistra, ed il consulente chirurgo mise sulla lavagna luminosa, per visualizzarle, le radiografie, etichettate correttamente, al contrario. Il chirurgo anziano incominciò a rimuovere il rene sinistro.

Uno studente di medicina, che osservava l'intervento, suggerì al chirurgo che stava rimuovendo il rene sbagliato, ma fu ignorato. L'errore non fu scoperto fino a due ore dopo l'operazione, quando il paziente non aveva ancora urinato. In seguito morì.

Domande

- Identificare le opportunità mancate per l'identificazione del corretto sito chirurgico.
- A tuo parere perché il chirurgo ignorò lo studente?
- Valuta se il comportamento del chirurgo è una violazione o un errore di sistema.

Fonte: Dyer O. Doctor suspended for removing wrong kidney. *British Medical Journal*, 2004, 328, 246.

Un fallimento nel somministrare l'antibioticoprofilassi perioperatoria in modo tempestivo, secondo il protocollo.

Questo caso illustra l'importanza dei processi di preparazione e verifica prima di una procedura e come l'utilizzo di protocolli possa minimizzare il rischio di infezione.

L'anestesista ed il chirurgo avevano discusso riguardo agli antibiotici preoperatori, necessari per il paziente che stava per essere sottoposto ad una colecistectomia laparoscopica. L'anestesista aveva informato il chirurgo riguardo all'allergia del paziente alla penicillina, ed il chirurgo aveva suggerito la clindamicina come un'alternativa per l'antibioticoprofilassi. L'anestesista era andato nel deposito sterile per recuperare l'antibiotico ma, poi, era ritornato per spiegare all'infermiera di sala che non era riuscito a trovare nessun antibiotico adatto. L'infermiera di sala prese il telefono per richiedere gli antibiotici preoperatori. L'anestesista (guardando all'interno di una cartella di moduli) aveva spiegato che non poteva prescriverli, perché non vi erano moduli per la prescrizione. L'infermiera di sala confermò che gli antibiotici richiesti "stavano arrivando".

Venne eseguita l'incisione chirurgica. Sei minuti più tardi, gli antibiotici vennero consegnati alla sala operatoria ed immediatamente somministrati al paziente, dopo l'incisione, in contrasto con il protocollo che richiede la somministrazione dell'antibioticoprofilassi prima dell'incisione, per evitare infezioni del sito chirurgico. Successivamente, un infermiere

espresse le sue preoccupazioni, che portarono ad un cambiamento del programma operatorio.

Domande

- Quali fattori possono aver contribuito al ritardo nella somministrazione degli antibiotici?
- Che cosa potrebbe fare il team per evitare che questo accada di nuovo?

Fonte: Gruppo di lavoro del Manuale dell'OMS del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente per le Scuole Mediche. Caso offerto da Lorelei Lingard, Professore Associato, Università di Toronto, Canada.

Un caso di estrazione di dente e di cisti dentaria sul lato errato

Questo caso illustra come un intervento chirurgico sul lato errato intrapreso senza la supervisione di un medico più anziano o di un chirurgo maxillo facciale, sia risultato in dolore ed ansia per il paziente.

Una donna di 38 anni, con un problema di vecchia data di stomatite del terzo molare, associata a dolore sul lato sinistro, si recò dal medico di medicina generale. Il dolore era associato ad una secrezione di gusto salato dal lato infetto. Le radiografie mostrarono un dente compromesso ed una cisti.

La paziente fu inviata ad un chirurgo maxillo facciale, che raccomandò l'estrazione del dente infetto e della cisti, in anestesia generale. Il giorno dell'intervento, il chirurgo maxillo facciale di turno stava discutendo la procedura con un medico in formazione specialistica anziano ed uno giovane. I chirurghi non erano a conoscenza che le ortopantomografie erano state visionate al contrario.

Il medico in formazione specialistica giovane iniziò la procedura, sul lato destro, senza rivedere le annotazioni mediche. Nel frattempo, lo specializzando più anziano lasciò la sala ed il chirurgo fu richiamato per un'emergenza. Lo specializzando giovane continuò a rimuovere il lembo ed estrasse il dente sul lato destro. Stava cercando di localizzare la cisti da rimuovere, quando rientrò il chirurgo e notò che lo specializzando giovane stava operando il lato sbagliato e non veniva supervisionato.

Il chirurgo e lo specializzando chiusero la ferita sul lato destro e incisero ed estrassero il dente e la cisti, sul lato sinistro.

Subito dopo l'intervento chirurgico, la paziente iniziò a riferire dolore sul lato destro della bocca. Il chirurgo informò la paziente che l'avevano operata su entrambi i lati. La paziente chiese se il novo sintomo fosse correlato all'operazione ed il chirurgo minimizzò tale eventualità. La paziente si recò all'ambulatorio chirurgico due volte dopo l'intervento a causa del dolore postoperatorio, ma non fu soddisfatta dalla risposta del chirurgo.

La paziente richiese un risarcimento, affermando che il chirurgo ed i due medici in formazione specialistica avevano eseguito l'intervento in modo improprio.

Domande

- Quali sono i fattori che hanno portato all'errore e come potevano essere prevenuti?
- Quali potrebbero essere le conseguenze, per la paziente e per il chirurgo, per non aver parlato apertamente dell'errore e delle cause del dolore?

Fonte: Caso offerto da Shan Ellahi, Consulente per la Sicurezza del Paziente, Servizi di Comunità di Ealing e Harrow, Servizio Sanitario Nazionale, Londra, Gran Bretagna.

Comunicazione in merito alla somministrazione di ossitocina

Questo caso mette in evidenza i problemi comunicativi e la necessità di una procedura per la somministrazione sicura di un farmaco, potenzialmente pericoloso.

Un'ostetrica stava supervisionando uno studente durante la sutura di una lacerazione di secondo grado, dopo un parto. Un'infermiera entrò nella stanza per chiedere all'ostetrica se poteva aumentare l'ossitocina per un'altra donna, la signora M.*, perché le contrazioni uterine, pur venendo ogni due o tre minuti, non sembravano molto forti; la dilatazione era ferma a 4 cm nelle ultime 3 ore. L'infermiera affermò che l'ossitocina stava andando a 10 mu/min e non era stata aumentata nelle ultime due ore. L'ostetrica rispose che la richiesta sembrava ragionevole.

Dopo che l'infermiera se ne andò, lo studente, inesperto, concentrato sulla sutura, chiese all'ostetrica che cosa voleva l'infermiera. Lei rispose che voleva aumentare l'ossitocina della signora M.*, a causa dell'inadeguata intensità delle contrazioni e della mancanza di dilatazione

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

cervicale. Lo studente disse: "Oh, ho controllato la signora M.* subito prima di questo parto e la dilatazione era progredita a 6 cm ma, siccome ho dovuto correre per questo parto, non ho fatto in tempo a scriverlo". Tuttavia, l'ostetrica diede fiducia al giudizio dell'infermiera e rimase con lo studente a finire di suturare e gestire la paziente.

Quando andarono a vedere la signora M.*, 30 minuti più tardi, un medico e due infermiere erano in camera e la frequenza cardiaca fetale era di 70 bpm. L'ostetrica guardò la pompa di infusione e vide che stava andando a 20 mu/min, invece dei 12 mu/min che lei si aspettava di vedere. Le manovre per aumentare la frequenza cardiaca fetale non ebbero successo e la signora M.* subì un taglio cesareo di emergenza. Il bambino nacque con un punteggio Apgar di 3 al primo minuto, di 6 a cinque minuti e di 8 a dieci minuti.

Domande

- Quali sono gli errori di sistema che hanno portato questa donna a subire un cesareo evitabile?
- L'utilizzo routinario di una checklist/protocollo per aumentare l'ossitocina avrebbe eliminato molti di questi errori?
- Se sì, quali elementi chiave dovrebbero far parte di una checklist per l'infusione di ossitocina?

Ulteriori referenze

Clark S et al. Implementation of a conservative checklist-based protocol for oxytocin administration: maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007, 197:480e1-e5.

Fonte: Questo caso è stato offerto da Mary Barger, Assistente Universitario, Dipartimento di Nursing nell'Assistenza Sanitaria alle Famiglie, Università della California, San Francisco, CA, USA.

Strumenti e bibliografia

WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery saves lives. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf; visitato il 21 febbraio 2011).

Protocollo universale per prevenire la chirurgia sul lato errato, l'errato intervento ed il paziente errato™ Carayon P, Schultz K, Hundt AS. Righting wrong-site surgery. *Journal on Quality & Safety*, 2004, 30:405–10.

Esempi reali di come gli errori possano accadere nelle procedure chirurgiche http://www.gapscenter.va.gov/stories/WilleDesc.asp; visitato il 21 febbraio 2011.

La "cassetta degli attrezzi" per la chirurgia sul sito corretto Associazione degli Infermieri di Sala Operatoria (AORN) (http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/CorrectSiteSurgeryToolKit/; visitato il 21 febbraio 2011).

La "cassetta degli attrezzi" per il trasferimento del paziente nel Blocco Operatorio Associazione degli Infermieri di Sala Operatoria (AORN) ed il Programma per la Sicurezza del Paziente del Dipartimento statunitense della Difesa (http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/PatientHandOffToolKit/; visitato il 21 febbraio 2011).

OMS La Chirurgia Sicura Salva Vite La Seconda Sfida Globale per la Sicurezza del Paziente (http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html; visitato il 21 febbraio 2011).

Haynes AB et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

Ulteriori risorse

Calland JF et al. Systems approach to surgical safety. *Surgical Endoscopy*, 2002, 16:1005–1014.

Cuschieri A. Nature of human error: implications for surgical practice. *Annals of Surgery*, 2006, 244:642–648.

Valutare le conoscenze di questo argomento

Una vasta gamma di metodologie è a disposizione per valutare la comprensione dell'argomento da parte degli studenti, inclusi report di osservazione, valutazioni riflessive sugli errori in chirurgia, saggi, domande a risposta multipla, domande a risposta breve, discussione di casi clinici, autovalutazione. Gli studenti possono essere incoraggiati a sviluppare un portfolio sull'apprendimento in materia di Sicurezza del Paziente. Il vantaggio di questo approccio è che, alla fine del loro percorso

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

formativo, gli studenti avranno una raccolta di tutte le loro attività di Sicurezza del Paziente che potranno utilizzare come supporto nelle domande di lavoro e nelle loro future carriere.

La valutazione delle conoscenze in merito alle procedure chirurgiche ed al potenziale danno arrecato al paziente, l'utilizzo di un approccio sistemico per migliorare gli outcome e di tecniche per minimizzare le opportunità di errori chirurgici ed inerenti alle procedure possono tutti essere valutati mediante una delle seguenti metodologie:

- portfolio;
- CBD;
- OSCE;
- osservazioni scritte in merito all'ambiente perioperatorio ed i potenziali errori.

Agli studenti potrebbe anche essere richiesto di scrivere commenti e riflessioni in merito alla sala operatoria ed al ruolo del lavoro in team nel minimizzare gli errori, al ruolo della gerarchia nella sala operatoria e ai suoi effetti sulla Sicurezza del Paziente, ai sistemi di incident reporting in uso, al ruolo del paziente nei processi chirurgici, all'efficacia delle revisioni di mortalità e morbilità e/o ai metodi comunicativi che contribuiscono ad una cura sicura.

La valutazione, sia formativa che complessiva, può variare da soddisfacente/insoddisfacente per dare un voto. Vedi esempi nell'Allegato 2 della Seconda parte.

Valutare l'insegnamento di questo argomento

La valutazione è importante in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per l'insegnante (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Bibliografia

1. Weiser TG et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 2008, 372:139–144.
2. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 1999, 126:66–75.
3. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:269–276.
4. Vincent C et al. Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 2004, 239:475–482.
5. Leape L et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991, 323:377–384.
6. *WHO surgical safety checklist*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/97 89241598590_eng_Checklist.pdf; visitato il 18 gennaio 2010).
7. Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care,* 2004, 13:330–334.
8. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.
9. Haynes et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491–499.
10. *WHO Guidelines for Safe Surgery*, 2009, 10 (http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html; visitato il 24 maggio 2011).

Diapositive per l'Argomento 10: Sicurezza del Paziente e procedure invasive

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una delle modalità per generare una discussione di gruppo. Un'altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell'assistenza sanitaria che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento, come, ad esempio, le principali cause di eventi avversi in chirurgia ed il ruolo delle line guida, dei processi di controllo e del lavoro in team nella loro prevenzione*.

Le diapositive per l'Argomento 10 sono state progettate per aiutare il docente a

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per adattarsi all'ambiente e alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

Argomento 11

Migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci

Una terapia inappropriata ad un bambino con nausea

Era un giorno di vacanza quando J.*, la figlia di H.* di 8 anni, si sentì indisposta e iniziò a vomitare. H.* la portò in una struttura sanitaria territoriale, dove un medico le spiegò che la figlia soffriva di asma e che necessitava di un nebulizzatore. Il medico diagnosticò nausea associata all'infezione all'orecchio e le prescrisse un antibiotico. Egli iniettò clorpromazina, metoclopramide e atropina per risolvere la nausea.
J.*, più tardi, perse coscienza e fu ricoverata in un piccolo ospedale della zona. Venne in seguito trasferita in un ospedale più grande, a causa dei sintomi respiratori. Il medico pensò di aver fatto la cosa giusta, avendo imparato come somministrare questo cocktail di farmaci durante il suo tirocinio formativo. I farmaci non erano, tuttavia, i più appropriati a curare la nausea della bambina, a causa dei potenziali eventi avversi e delle difficoltà nel monitorare in questi le condizioni susseguenti. Il medico non aveva, inoltre, fornito a H.* le informazioni adeguate riguardo ai farmaci.

Fonte: Walton M. *Well being: how to get the best treatment from your doctor*. Sydney, New South Wales, Australia, Pluto Press, 2002:51.

Overdose di metadone

Quando M.* si presentò alla clinica per il metadone, c'erano tre infermieri in turno. Due di esse non identificarono M.* correttamente e somministrarono metadone, senza prestare la giusta attenzione al dosaggio. Il dosaggio di metadone assegnato fu di 150 mg, anziché 40 mg come avrebbe dovuto essere. Resisi conto della dose eccessiva, gli infermieri non segnalarono l'accaduto al medico curante. Essi, inoltre, incaricarono il terzo infermiere di consegnare a M.* un dosaggio da portare a casa, pari a 20 mg, sebbene fossero consapevoli che la quantità era eccessiva e che non avessero ricevuto l'autorizzazione del medico. M.* morì nelle prime ore del mattino per avvelenamento da metadone.

Fonte: Casi studio. *Rapporto Annuale della Commissione per i Reclami in Ambito Sanitario* 1995–1996:38. Sydney, New South Wales, Australia.

Introduzione - Perché dedicare attenzione alla terapia farmacologica (Slide 1 e 2)

E' stato dimostrato il reale beneficio che hanno le terapie farmacologiche nel curare e prevenire le malattie. Tale successo ha portato, nel corso del tempo, ad una crescita drammatica del loro utilizzo che, però, ha comportato anche un incremento dei rischi, degli errori e degli eventi avversi correlati all'utilizzo dei farmaci.

Diverse sono le ragioni per cui la terapia farmacologica è divenuta una tematica sempre più complessa. Il numero e la varietà dei farmaci disponibili sono in continuo aumento. Essi hanno ormai varie indicazioni e diversa durata di azione (a lunga o a breve durata). Talvolta, la stessa formulazione di un particolare farmaco viene venduta sotto forma di più nomi commerciali e questo può generare confusione in merito.

Nonostante oggi siano disponibili le migliori cure per le malattie croniche, un numero sempre più crescente di persone sta assumendo più di un farmaco e vi sono sempre più pazienti affetti da multiple comorbilità. Questo fenomeno aumenta la probabilità delle interazioni tra farmaci, degli effetti collaterali e degli errori correlati alla loro somministrazione.

Il processo di somministrazione dei farmaci coinvolge, spesso, un'ampia gamma di professionisti sanitari. Una comunicazione insufficiente può portare ad alcuni problemi nella continuità del processo di cura. Gli operatori sanitari prescrivono una varietà di farmaci sempre più ampia, tanto che sono sempre di più le medicine con cui occorre avere familiarità. Le informazioni da ricordare sono così tante che per un professionista è impossibile non fare ricorso ai documenti di riferimento. Infermieri, farmacisti, odontoiatri e medici si prendono cura dei pazienti che stanno assumendo farmaci, spesso prescritti da altri professionisti (frequentemente da specialisti) e non possono, pertanto, essere

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

a conoscenza di tutti i loro effetti.

Accanto ai farmacisti, i professionisti, che eseguono prescrizioni mediche, svolgono il ruolo più importante. Tale ruolo riguarda la prescrizione e la somministrazione dei farmaci, il monitoraggio degli effetti collaterali e, al contempo, lavorare in team. Gli operatori sanitari detengono la leadership all'interno di questo processo nel proprio ambiente di lavoro, in relazione all'utilizzo dei farmaci ed al miglioramento delle cure del paziente.

Quali futuri professionisti della salute, gli studenti hanno bisogno di comprendere che cos'è l'errore in terapia ed imparare quali sono i rischi connessi all'utilizzo dei farmaci e che cosa può essere fatto per rendere le cure più sicure. Farmacisti, medici ed infermieri giocano un ruolo primario nel contribuire a ridurre gli errori legati alla terapia farmacologica ma, ogni professionista sanitario coinvolto in tale processo si può ritenere responsabile nel lavorare assieme gli altri, al fine di ridurre al minimo i danni che i farmaci possono arrecare al paziente.

Parole chiave
Effetto collaterale, reazione avversa, errore, evento avverso, evento avverso da farmaco, errore in terapia, prescrizione, somministrazione e monitoraggio.

Obiettivi di apprendimento (Slide 3)

Questo argomento fornisce una panoramica della sicurezza della terapia farmacologica. Esso è stato ideato con l'intento di promuovere negli studenti l'apprendimento continuo e l'applicazione delle strategie che portino ad un miglioramento della sicurezza delle cure farmacologiche.

Risultati di apprendimento: conoscenze e abilità

Conoscenze richieste (Slide 4)
Gli studenti dovrebbero apprendere:

- l'entità degli errori in terapia farmacologica;
- che l'utilizzo dei farmaci è associato a rischi;
- le più comuni cause di errore;
- le fasi del processo in cui può verificarsi l'errore;
- le responsabilità legate alla prescrizione ed alla somministrazione della terapia farmacologica;
- come riconoscere le situazioni rischiose più comuni;
- le strategie per rendere più sicure le cure farmacologiche;
- i vantaggi di un approccio multidisciplinare alla sicurezza della terapia farmacologica.

Abilità richieste (Slide 5)
La sicurezza delle cure farmacologiche è un argomento molto vasto. Il professionista sanitario, che comprende i problemi e i rischi legati all'utilizzo dei farmaci:

- utilizzerà il nome del generico;
- prescriverà una terapia a misura di ciascun paziente;
- farà pratica nel raccogliere l'anamnesi farmacologica;
- saprà quali sono le terapie farmacologiche ad alto rischio;
- avrà molta familiarità con i farmaci che prescrive e somministra;
- utilizzerà dei "promemoria";
- comunicherà con chiarezza;
- svilupperà un'attitudine volta a controllare ogni tappa del processo;
- coinvolgerà attivamente i pazienti nel processo di cura;
- segnalerà ed imparerà dagli errori;
- comprenderà ed applicherà il corretto dosaggio dei farmaci, compresi gli aggiustamenti necessari sulla base dei parametri clinici (es. clearance renale);
- individuerà le interazioni potenziali/reali farmaco-farmaco e farmaco-alimenti.

Definizioni (Slide 6 e 7)

Effetto collaterale
Un effetto collaterale è un effetto noto, oltre a quello originariamente ricercato, associato alle proprietà farmacologiche di un farmaco [1]. Ad esempio, un effetto collaterale comune degli analgesici oppioidi è la nausea.

Reazione avversa
Una reazione avversa si verifica quando un danno inatteso deriva da una prescrizione adeguata e quando è stato seguito correttamente il processo per il contesto in cui è stato utilizzato il farmaco [1]. Un esempio potrebbe essere una reazione allergica inattesa in un paziente che assume il farmaco per la prima volta.

Errore
Un errore è un fallimento che porta al mancato raggiungimento di un'azione, così come pianificata, o l'applicazione di un piano non corretto [1].

Evento avverso
Evento che determina un danno al paziente [1].

Evento avverso correlato a terapia
Un evento avverso, che si verifica durante una terapia farmacologica, il quale può essere prevenibile (ad es. la conseguenza di un errore) o non prevenibile (ad es. una reazione allergica inattesa, che compare in un paziente che sta assumendo un farmaco per la prima volta).

Reazione avversa da farmaco
Qualsiasi risposta nociva e indesiderata ad un farmaco. Nella definizione dell'OMS sono inclusi gli eventi avversi determinati dal farmaco ed esclusi quelli dovuti all'errore nella terapia farmacologica.

Errore in terapia
Qualsiasi evento prevenibile, che si verifica durante una terapia farmacologica, che può portare ad una terapia inappropriata o ad un danno nel paziente, quando la terapia è sotto il controllo del professionista sanitario, del paziente o del cittadino [2]. Questi eventi possono essere correlati alla pratica clinica, ai prodotti sanitari, a procedure ed a processi quali: prescrizione; trasmissione degli ordini, etichettatura dei farmaci, confezionamento e nomenclatura, composizione, distribuzione, somministrazione, formazione, monitoraggio ed utilizzo.

Prescrizione
La *prescrizione* è una fase in cui viene assegnata una terapia farmacologica.
In molti Paesi, chi prescrive ha la responsabilità legale delle cure, nonché un ruolo fondamentale nel monitoraggio dell'efficacia e della sicurezza del/i farmaco/i. La prescrizione di una terapia farmacologica richiede un processo decisionale da parte del professionista sanitario riguardo al farmaco, al regime farmacologico, alla registrazione del farmaco sulla cartella clinica ed alla richiesta. Il professionista sanitario che prescrive una terapia farmacologica è supportato dalla pratica basata su prove di efficacia per garantire che il farmaco giusto venga somministrato al paziente giusto, in modo appropriato. Ma, oltre a questo, ai professionisti sanitari viene richiesto di prendere in considerazione le preferenze del paziente, i suoi valori e gli aspetti economici. In alcuni contesti, vi possono essere difficoltà legate alle risorse limitate ed a restrizioni riguardo a ciò che può essere fornito o meno al paziente.

Gli errori in terapia sono noti per la loro tendenza a verificarsi soprattutto nella fase di prescrizione e sono spesso associati all'inesperienza del professionista, alla scarsa conoscenza della terapia farmacologia, alla mancata aderenza ai protocolli condivisi, o ad altri fattori, quali stanchezza o dimenticanza.

Oltre alle terapie prescritte, i pazienti ricorrono spesso all'auto-prescrizione di farmaci da banco. A volte, queste medicine possono provocare eventi avversi, specie quando assunti assieme ad altre terapie. I pazienti dovrebbero sempre affidarsi al consiglio del farmacista, qualora intendano combinare farmaci da banco con altre terapie prescritte.

L'errore in terapia
Un errore in terapia può essere causa di:
- un evento avverso, nel quale il paziente subisce un danno;
- un near miss, nel quale un paziente è vicino al verificarsi di un danno;
- nessun danno reale o potenziale.

L'errore in terapia è una causa frequente di danno prevenibile per il paziente. L'IOM stima che, solo negli USA, si verifichi, ogni giorno, un errore di terapia in ogni paziente ospedalizzato [3], mentre gli eventi avversi da farmaco prevenibili sarebbero 1.500.000 ogni anno [3], con 7.000 decessi dovuti ad errore medico negli ospedali statunitensi [4].

Altri studi che sono stati condotti, al fine di determinare l'incidenza dell'errore in terapia e degli eventi avversi, hanno riportato dati drammaticamente simili negli altri Paesi [5]. Gli errori di prescrizione raggiungono il paziente soltanto nel 15% dei casi; gli altri vengono intercettati in tempo dai farmacisti o dagli altri operatori sanitari. Questo dato sottolinea l'importanza del lavoro di team: lavorando insieme, gli operatori sanitari possono prevenire molti eventi avversi.

Produzione, distribuzione e marketing
Prima dell'utilizzo sull'uomo, i farmaci devono essere testati, per verificarne la sicurezza. Lo sviluppo e la produzione dei farmaci sono sottoposti, in molti Paesi, ad un regolamento molto severo.

Le fasi della terapia farmacologica (Slide 8)

La terapia farmacologica è composta da diverse fasi; prescrizione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio sono le più importanti. All'interno di questo processo, giocano un ruolo i medici, i farmacisti, i pazienti ed altri professionisti sanitari. Alcuni pazienti, ad esempio, possono auto-prescriversi i farmaci da banco e somministrarli in autonomia, per poi monitorarne gli effetti alla ricerca di un effetto terapeutico. Un esempio alternativo riguarda il contesto ospedaliero, nel quale un medico prescrive una terapia farmacologica, che è erogata da un farmacista e somministrata da un infermiere, mentre un secondo infermiere e un secondo medico concludono questo processo monitorando i progressi clinici del paziente e prendendo decisioni riguardo al regime farmacologico in atto.

Ciascuna delle quattro fasi verrà descritta nelle sezioni seguenti.

Prescrizione (Slide 9)
Il professionista sanitario che prescrive ha il compito di scegliere la terapia farmacologica più appropriata per la condizione clinica del paziente, tenendo in considerazione molti altri fattori come le eventuali allergie. Il "prescrittore", inoltre, sceglierà la via di somministrazione, il dosaggio, gli intervalli di assunzione ed il regime più appropriati. Il piano terapeutico dovrà essere trasmesso a chiunque somministrerà la terapia (mediante comunicazione scritta, orale od in entrambe le forme) e deve essere opportunamente documentato.

Distribuzione
Un farmacista ricopia la prescrizione scritta dal professionista e la controlla. Procederà, quindi, a prendere il farmaco, controllarlo di nuovo rispetto alla prescrizione ed a documentare tale attività.

Somministrazione
Somministrare una terapia equivale ad ottenerla e renderla disponibile nella forma pronta per l'utilizzo. Questa fase può includere il calcolo della dose, la miscelazione, l'etichettatura o qualunque altra preparazione del farmaco. Chiunque somministri un farmaco dovrà, in ogni caso, controllare che non vi siano presenti eventuali allergie e che venga somministrato il giusto dosaggio del farmaco giusto al paziente giusto, mediante la via di somministrazione giusta ed all'orario giusto. L'operatore che somministra la terapia deve sempre documentare questa fase.

Monitoraggio
Il monitoraggio della terapia comporta l'osservazione del paziente, al fine di valutarne l'efficacia, il corretto utilizzo e l'eventuale insorgenza di eventi avversi. Le attività di monitoraggio devono essere documentate, così come tutte le altre fasi della terapia farmacologica.

Esiste la possibilità che avvengano errori in ogni fase del processo ed essi possono verificarsi secondo diverse modalità.

La terapia farmacologica comporta dei rischi (Slide 10, 11, 12 e 13)

La gestione della terapia farmacologica implica alcuni rischi ed opportunità di errore, che sono associati alle diverse fasi che compongono il processo.

Prescrizione
Una conoscenza inadeguata delle indicazioni del farmaco, delle sue controindicazioni e delle interazioni farmacologiche può essere causa di errori di prescrizione. Tale problema sta assumendo dimensioni sempre più crescenti, considerato l'aumento del consumo di farmaci. Non sempre il professionista ha la possibilità di ricordare tutti i dettagli essenziali a garantire la sicurezza della prescrizione, senza l'aiuto dei documenti di riferimento. Per reperire le informazioni relative ad un farmaco, spesso, è necessario ricorrere a mezzi alternativi alle fonti ufficiali. Altra fonte di errore è rappresentata da una scarsa valutazione degli aspetti fisici, psicologici, emotivi e sociali che potrebbero richiedere una modifica della terapia, quali, allergia, gravidanza, comorbilità, evidenze della letteratura scientifica ed altri farmaci che il paziente potrebbe già assumere.

Gli errori nella fase di prescrizione possono

riguardare il paziente errato, il dosaggio errato, il farmaco errato, la via od il momento di somministrazione errati. Tali errori sono, talvolta, dovuti ad una scarsa conoscenza ma, più comunemente, sono il risultato di uno "stupido sbaglio" o di un "semplice errore", legati ad una svista o ad una dimenticanza. Questi sono gli errori che si verificano, più probabilmente, alle 04.00 del mattino, o se il medico prescrittore è di fretta, annoiato o stanco e non focalizza attentamente l'attenzione sul compito che sta eseguendo.

La comunicazione inadeguata è un altro motivo di errore di prescrizione: talvolta, informazioni ambigue possono essere mal interpretate (ad es. alcune abbreviazioni). La scrittura poco leggibile od un semplice fraintendimento possono essere fonti di errore nella comunicazione orale.

Altri esempi di errore sono quelli di tipo matematico, che vengono commessi nel calcolo del dosaggio. Questi errori possono essere associati a disattenzione o a stanchezza, ma anche ad un insufficiente addestramento e scarsa familiarità nell'adoperare volumi, quantità, concentrazioni e unità e/o alla difficoltà di accesso ai parametri più aggiornati. Gli errori di calcolo riguardanti i farmaci che hanno un range terapeutico ristretto sono, spesso, causa di eventi avversi, anche gravi. Non di rado, un errore di calcolo può verificarsi nelle conversioni delle unità di misura (ad esempio da microgrammi a milligrammi) e dare esito ad un evento 1.000 volte più grave. La competenza tecnica nel calcolo dei dosaggi è particolarmente importante in pediatria, dove la maggior parte delle dosi viene stabilita secondo il peso del bambino.

Distribuzione
Uno studio del 2007 ha dimostrato che un aumento del carico di lavoro in farmacia, definito come il numero di prescrizioni erogate dal farmacista per ore di attività, porta ad un incremento del rischio di consegna di un farmaco potenzialmente pericoloso. Le seguenti indicazioni [6] possono essere d'aiuto per il farmacista, al fine di ridurre il rischio di errore nella fase di distribuzione del farmaco:

- accertarsi del corretto inserimento della prescrizione;
- verificare che la prescrizione sia compilata in maniera completa e corretta;
- prestare attenzione ai medicinali che hanno un aspetto o un nome simile ("look-alike, sound-alike") (i farmaci con nomi simili sono la causa di un terzo di tutti gli errori di terapia);
- prestare attenzione ai decimali ed alle abbreviazioni;
- riorganizzare l'ambiente di lavoro;
- ridurre le distrazioni, quando possibile;
- promuovere la riduzione dello stress e la ridistribuzione dei carichi di lavoro;
- dedicare tempo allo stoccaggio corretto dei farmaci;
- controllare accuratamente tutte le prescrizioni;
- fornire al paziente una consulenza adeguata.

Somministrazione (Slide 14, 15, 16 e 17)
Gli errori più comuni nella fase di somministrazione sono quelli associati al farmaco o al dosaggio errato, al paziente errato, alla via o all'orario di somministrazione errati. La mancata somministrazione di un farmaco prescritto è un altro esempio di errore tipico di questa fase. Questi errori sono, spesso, legati a più fattori contribuenti, che, spesso, possono combinarsi tra loro, quali la comunicazione carente, le sviste o le dimenticanze, lo scarso controllo delle procedure, la mancata vigilanza e gli errori di calcolo, nonché l'ambiente di lavoro non ottimale e il design dell'imballaggio dei medicinali.

Gli errori di somministrazione possono essere causati anche da una documentazione insufficiente. Ad esempio, è il caso del farmaco che viene somministrato ma non registrato in cartella e che può essere somministrato nuovamente da un altro operatore, non consapevole che esso sia già stato dato al paziente.

Gli errori di calcolo per quanto riguarda la terapia endovena (es. gocce/h o gocce/min., ml/h o ml/min.) sono un altro esempio di errore di somministrazione.

Monitoraggio (Slide 18, 19 e 20)
Gli errori che si verificano in questa fase riguardano uno scarso monitoraggio degli effetti collaterali, la mancata interruzione della terapia una volta concluso il ciclo, o quando è evidente che non è di aiuto per il paziente, od il mancato completamento del ciclo di terapia prescritto. Errori di monitoraggio si verificano quando i livelli

del farmaco o non vengono misurati, o non vengono controllati, o non si agisce di conseguenza.

Questi errori sono spesso associati a fallimenti nella comunicazione nel passaggio da un fornitore di assistenza all'altro, come, ad esempio, quando il paziente viene trasferito dall'ospedale verso un setting territoriale e viceversa.

Fattori contribuenti al verificarsi degli errori in terapia
Gli eventi avversi associati alla terapia hanno, frequentemente, un'origine multifattoriale. Spesso, si verifica una combinazione di eventi che determinano, insieme, la comparsa di un danno per il paziente. E' fondamentale sottolineare questo punto per svariate ragioni. Se proviamo a comprendere perché un errore si è verificato, si devono ricercare tutti i fattori contribuenti, piuttosto che la causa più ovvia, o la tappa finale del processo. Le strategie che devono essere adoperate, al fine di migliorare la sicurezza della terapia farmacologica, devono, quindi, concentrarsi su molteplici punti del processo.

Fattori legati al paziente (Slide 21)
Per alcuni pazienti, esiste un rischio maggiore di subire un errore da terapia farmacologica, ad esempio, pazienti con condizioni particolari (gravidanza, disfunzioni renali ecc.), pazienti che assumono più farmaci, specie se prescritti da più specialisti, pazienti con più patologie e pazienti non interessati a ricevere informazioni sul proprio stato di salute e sulla terapia. Il rischio di errore è particolarmente alto anche per i pazienti con disturbi della memoria (ad es. Alzheimer) e con difficoltà di comunicazione, quali soggetti non coscienti, neonati e bambini e coloro che parlano una lingua diversa da quella dello staff. Bambini e neonati possono, più frequentemente, subire errori legati al calcolo del dosaggio.

Fattori legati allo staff (Slide 22)
Tra i fattori legati allo staff, che aumentano il rischio di commettere errori, rientrano la scarsa esperienza del personale, la fretta, specie nelle situazioni di emergenza, l'esecuzione di più attività in contemporanea, le interruzioni, l'affaticamento, la noia e la scarsa attenzione. La scarsa abitudine al controllo ed al doppio controllo o la tendenza a delegare il controllo a più persone possono essere cause di errore, così come lo scarso lavoro in team, la scarsa comunicazione tra colleghi ed il sottoutilizzo dei "promemoria".

Fattori legati alla progettazione dell'ambiente di lavoro (Slide 23)
I fattori legati alla progettazione dell'ambiente di lavoro possono contribuire all'insorgenza degli errori in terapia, compresa la scarsa cultura della sicurezza. Questo è reso evidente dalla mancanza dei sistemi di segnalazione e dal fallimento dell'apprendimento da quasi errori ("near miss") e da eventi avversi. Tra gli altri fattori legati alla progettazione dell'ambiente di lavoro, sono da citare la mancanza di promemoria prontamente disponibili per lo staff e/o altre informazioni sui singoli farmaci, la difficoltà di accesso alla documentazione clinica per lo staff della farmacia, lo stoccaggio inappropriato dei farmaci (ad es. farmaci con nomi simili che vengono conservati insieme, o medicinali non conservati nella forma pronta all'uso, o non stoccati nel posto abituale). Una non adeguata dotazione organica è un altro fattore legato alla progettazione dell'ambiente di lavoro che può incrementare il rischio di commettere errori.

Confezionamento dei farmaci (Slide 24)
Anche i fattori legati al design dei farmaci possono aumentare il rischio di errore in terapia. Alcuni farmaci possono essere facilmente confusi tra loro, come le pillole che hanno un aspetto apparentemente uguale (ad es. colore, forma). Di facile confondimento possono essere anche i medicinali con nome simile: farmaci come celecoxib (un antinfiammatorio), fosfenitoina (un anticonvulsivo) e citalopram idrobromide (un antidepressivo), ad esempio, possono essere scambiati per il loro nome commerciale (Celebrex, Cerebryx e Celexa); lo stesso dicasi per efedrina ed epinefrina. Anche le etichette ambigue possono essere motivo di confusione. Un farmaco che ha preparazioni o dosaggi differenti può avere nomi o imballaggi simili. Ad esempio, il fitomenadione da 1 mg e quello da 10 mg hanno aspetto molto simile. Alcune forme a rilascio modificato possono essere distinte da quelle ad azione normale grazie all'aiuto di un suffisso. Purtroppo, vengono utilizzati molti suffissi

diversi per indicare proprietà simili, come quelli ad azione lenta, a rilascio modificato o a lunga durata di azione (es. LA, XL, XR, CC, CD, ER, SA, CR, XT e SR).

Alcuni problemi di design dei farmaci possono essere motivo di errore da somministrazione, come un'etichetta troppo piccola da poter essere letta, o difficile da leggere, come il dosaggio scritto sulle fiale. Un'altra difficoltà è legata alla carenza di strumenti di misurazione (es. cucchiai per sciroppo).

Altri aspetti tecnici
Altri aspetti tecnici possono contribuire all'insorgenza di errore in terapia. I connettori utilizzati per i cateteri EV possono essere identici a quelli per i cateteri intratecali, permettendo così l'infusione dei farmaci secondo una via di somministrazione non corretta.

Alcune strategie per rendere la terapia più sicura (Slide 25)

Utilizzare i nomi generici dei farmaci (Slide 26)
Un farmaco può avere sia il nome commerciale (marchio registrato), sia il nome generico (principio attivo). La stessa formulazione può essere distribuita da diverse case farmaceutiche sotto differenti nomi commerciali. Il marchio del medicinale, di norma, compare a lettere grandi sulla scatola o sul flacone, mentre il nome generico appare in formato più piccolo. Non è facile familiarizzare con tutti i farmaci generici in uso e può rivelarsi quasi impossibile ricordarne i nomi commerciali associati. Risulta, pertanto, più agevole per gli operatori utilizzare soltanto i nomi generici, per ridurre al minimo il rischio di creare confusione e rendere più chiara la comunicazione. E' fondamentale tenere presente, in ogni caso, che, spesso, i pazienti utilizzano i nomi commerciali, che sono più facilmente leggibili sulle confezioni e tale situazione può essere motivo di facile confondimento per lo staff e per gli stessi pazienti. Si consideri, ad esempio, un paziente che sta per essere dimesso dall'ospedale con la prescrizione dello stesso farmaco che utilizza abitualmente ma con un nome commerciale differente. Egli può non rendersi conto che il farmaco prescritto alla dimissione è lo stesso che assumeva prima del ricovero e, pertanto, può continuare ad assumerli entrambi, perché nessuno gli ha detto di interromperlo o che i due farmaci sono gli stessi.

E' fondamentale che i medici e gli altri professionisti prescrivano i farmaci con il nome generico. Ai pazienti va, inoltre, comunicato di fare una lista con i medicinali che stanno assumendo e che comprenda sia il nome commerciale che quello generico per ogni farmaco.

Prescrivere una terapia a misura di ciascun paziente (Slide 27)
Prima di fare una prescrizione, fermati e pensa, "c'è qualcosa in questo paziente che potrebbe modificare la scelta di questo farmaco?". Tra i fattori da considerare vi sono allergie, gravidanza, allattamento, comorbilità, altri farmaci in terapia, altezza e peso del paziente.

Imparare ed acquisire abilità nel raccogliere l'anamnesi farmacologica (Slide 28)
I professionisti ed i farmacisti dovrebbero, entrambi, raccogliere sempre l'anamnesi farmacologica. A tal fine, si dovrebbero seguire le seguenti linee guida.

- Documentare nome, dosaggio, via di somministrazione, frequenza e durata della terapia, per ogni farmaco che il paziente sta assumendo.
- Chiedere al paziente se ha concluso una terapia di recente.
- Chiedere se sta assumendo anche farmaci da banco, integratori alimentari o fa uso di terapie alternative.
- Chiedere al paziente se vi sono farmaci che gli sono stati consigliati ma che non sta assumendo.
- Accertarsi che ciò che effettivamente sta assumendo il paziente corrisponda al vostro elenco. Prestare, sempre, particolare attenzione nei passaggi da un setting assistenziale all'altro. Eseguire la riconciliazione farmacologica al ricovero ed alla dimissione dall'ospedale, poiché queste fasi sono ad alto rischio di errori [7], dovuti a incomprensioni, anamnesi non adeguate e scarsa comunicazione.
- Documentarsi su ogni farmaco che non si conosce: recuperare informazioni attendibili e basate su prove di efficacia e/o contattare gli altri colleghi professionisti (es. farmacisti).
- Considerare le interazioni farmaco-farmaco e farmaco-alimenti, i farmaci che si possono interrompere e quelli che

possono causare effetti collaterali.
- Includere sempre un'anamnesi allergologica completa: ricordare che un'allergia potenzialmente grave ad un farmaco che viene prescritto è una situazione ad alto rischio. Avvertire il paziente ed anche tutto lo staff.

Conoscere quali dei farmaci utilizzati nel proprio ambiente di lavoro sono associati ad un alto rischio di eventi avversi (Slide 29)
Alcuni farmaci sono noti per provocare eventi avversi. Questo rischio può essere dovuto ad un range terapeutico ristretto, ad una farmacodinamica o farmacocinetica particolare od alla complessità del dosaggio e del monitoraggio. Alcuni esempi riguardano l'insulina, gli anticoagulanti orali, i farmaci bloccanti neuromuscolari, la digossina, i chemioterapici, il potassio EV e gli antibiotici aminoglicosidici. Potrebbe essere utile chiedere ad un farmacista, o ad altri operatori pertinenti, quali farmaci sono quelli più frequentemente implicati nell'insorgenza degli eventi avversi (gli istruttori potrebbero dedicare del tempo per fornire spiegazioni in merito a questi farmaci).

Prescrivere solo i farmaci ben conosciuti (Slide 30)
Non prescrivere mai un farmaco che non si conosce bene. Incoraggiare gli studenti a documentarsi sui farmaci più frequentemente utilizzati durante la loro pratica: essi, infatti, dovrebbero conoscere la farmacologia, le indicazioni, le controindicazioni, gli effetti collaterali, le precauzioni particolari, i dosaggi ed il regime terapeutico raccomandato per questi farmaci. Se si deve prescrivere un farmaco poco conosciuto, ricercarne prima le informazioni e preparare il materiale di riferimento, in modo che sia pronto e disponibile nel posto di lavoro. Risulta, infatti, più vantaggioso prescrivere pochi farmaci ma ben noti, piuttosto che molti conosciuti solo in modo superficiale: uno specialista potrebbe, infatti, prescrivere soltanto un antinfiammatorio non steroideo di cui si conoscono i dettagli anziché cinque farmaci analoghi. I farmacisti, d'altra parte dovrebbero conoscere molti più farmaci.

Utilizzare i promemoria (Slide 31)
In passato era più facile sapere quasi tutto riguardo ai principali farmaci in uso. Con l'aumento della gamma dei farmaci disponibili e della complessità delle terapie, affidarsi alla memoria può rivelarsi non più sufficiente.

Gli studenti dovrebbero essere incoraggiati a controllare le cose. Essi dovrebbero diventare familiari con la scelta di promemoria indipendenti e basati su prove di efficacia ed utilizzarli. Gli studenti dovrebbero fare affidamento ai promemoria, come esempio di pratiche sicure, piuttosto che dei semplici segni che indicano la loro scarsa conoscenza. Alcuni esempi di promemoria sono: manuali, prontuari tascabili e strumenti tecnologici come pacchetti software (supporto per la decisione/approvvigionamento) ed assistenti personali digitali. Un altro semplice esempio è una scheda che contiene i nomi ed i dosaggi dei farmaci salvavita, da utilizzare in caso di arresto cardiaco; essa può essere tenuta a portata di mano ed utilizzata durante un'emergenza, quando non c'è tempo a sufficienza per consultare un testo od il computer per ricercare il dosaggio di un farmaco (considerare che i promemoria siano chiamati anche supporti cognitivi).

Ricordare le 5 G quando si prescrive e somministra un farmaco (Slide 32)
In molti Paesi, sono stati organizzati dei programmi formativi che enfatizzano l'importanza del controllo delle 5G (N. d. T. in inglese le 5 R*) prima della distribuzione e della somministrazione di un farmaco. Esse corrispondono a: giusto farmaco, giusta via di somministrazione, giusto orario, giusta dose e giusto paziente. Queste linee guida riguardano tutti i professionisti che prescrivono o somministrano farmaci. Altre due G che si potrebbero aggiungere sono la giusta registrazione ed il giusto dovere di un operatore sanitario, paziente o caregiver di porre domande riguardo alla prescrizione.

Comunicare con chiarezza (Slide 33)
L'utilizzo sicuro dei farmaci presuppone un'attività in team, di cui il paziente stesso ne fa parte integrante. Comunicare con chiarezza, in modo non ambiguo, aiuta a minimizzare i rischi di errore legati al farmaco. Un consiglio prezioso da tener presente quando si comunicano informazioni riguardo ai farmaci è quello di *"affermare l'ovvio"*, poiché ciò che il medico o il farmacista dà per scontato, può non esserlo per il paziente o per l'infermiere e viceversa.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Una scrittura poco leggibile può portare ad errori di distribuzione: gli operatori hanno il compito di scrivere in modo chiaro e leggibile, includendo sempre il loro nominativo ed i dettagli per poter essere eventualmente contattati dal farmacista, che è in difficoltà ad interpretare la scrittura, per verificarne i dettagli.

L'utilizzo delle 5 G (come descritto sopra) è una strategia utile per tenere presente gli aspetti più importanti da comunicare riguardo ad una terapia farmacologica. Nel caso di una situazione di emergenza, un medico può richiedere a voce un farmaco ad un infermiere dicendogli "puoi dare al paziente 0,3 ml di epinefrina diluita 1:1000 al più presto per favore? " anziché "Avanti, dagli un po' di adrenalina".

Un'altra strategia utile per comunicare efficacemente è *chiudere il cerchio*, in modo da ridurre le possibilità di incomprensione. Nel nostro esempio, l'infermiera potrebbe concludere, dicendo, "D'accordo, darò al paziente 0,3 ml di adrenalina diluita 1:1000 al più presto".

Sviluppare l'abitudine di controllare (Slide 34 e 35)
Risulta molto vantaggioso sviluppare l'abitudine al controllo, fin dai primi passi nella propria carriera lavorativa: a tal fine, questa abilità dovrebbe essere insegnata durante gli studi universitari. Un esempio è quello di leggere sempre l'etichetta sulla fiala, prima di redigere una terapia. Se il controllo inizia a diventare un'abitudine, esso diverrà per l'operatore un'operazione automatica ed involontaria.

Il controllo dovrebbe essere parte integrante della prescrizione, della distribuzione e della somministrazione della terapia. Ognuno è responsabile di tutte le prescrizioni che esegue e di ogni farmaco che consegna e fa somministrare. Controllare sempre le 5 G e che non siano presenti allergie. I farmaci ed altre situazioni ad alto rischio richiedono un'attenzione maggiore, mediante un controllo più accurato ed un doppio controllo, ad esempio nel caso in cui si utilizzino farmaci d'emergenza molto potenti in un paziente critico. Le operazioni di doppio controllo delle proprie azioni e di quelle dei colleghi contribuiscono ad un effettivo lavoro in team e forniscono un'ulteriore barriera di sicurezza. (E', tuttavia, fondamentale che ognuno controlli, prima di tutto, la propria attività, poiché delegare il controllo ad altri può portare ad errori).

Ricordare che la prescrizione computerizzata non esime dalla necessità di controllo. I sistemi computerizzati consentono di bypassare alcune difficoltà (ad es. scrittura a mano illeggibile, confondimento tra farmaci generici e commerciali, interazioni farmacologiche) ma presentano, a loro volta, una serie di rischi [8].

Alcuni consigli riguardo ai controlli:
- i farmaci senza etichetta vanno nei rifiuti;
- non somministrare mai un farmaco di cui tu non sia sicuro al 100%.

Incentivare i pazienti a divenire parte integrante del proprio percorso di cura e di terapia (Slide 36): educarli riguardo ai farmaci che devono assumere ed eventuali rischi associati e spiegare i piani terapeutici con chiarezza. Ricordare che i pazienti ed i familiari hanno una forte motivazione nel prevenire i problemi. Se diventano consapevoli del loro ruolo che possono svolgere all'interno della gestione della terapia, contribuiranno in modo significativo a migliorare la sicurezza nell'utilizzo dei farmaci. E' possibile trasmettere loro tutte le informazioni, sia verbalmente che in forma scritta, riguardo ai seguenti aspetti:
- nome del farmaco generico;
- indicazione ed azione farmacologica;
- dosaggio, via ed orari di somministrazione;
- istruzioni, indicazioni e precauzioni particolari;
- effetti collaterali più comuni ed interazioni;
- modalità di monitoraggio del farmaco (ad es. efficacia, effetti collaterali, ecc.).

Invitare i pazienti a tenere un promemoria scritto, contenente l'elenco di tutti farmaci che stanno assumendo, assieme alle eventuali allergie od ai problemi accusati in passato con le terapie. Questo foglio dovrebbe essere presentato ogni volta che essi interagiscono con il sistema sanitario.

Segnalare ed imparare dagli errori in terapia (Slide 37)
Comprendere come e perché si verificano gli errori nell'uso dei farmaci, è fondamentale per migliorare la sicurezza della terapia.

Ogniqualvolta accade un evento avverso o un near miss, si crea una nuova opportunità per apprendere e migliorare la qualità delle cure. E' fondamentale che gli studenti comprendano l'importanza di saper parlare apertamente degli errori commessi e di essere consapevoli dei processi in atto, durante tutto il loro percorso formativo e nelle strutture in cui praticano, per imparare dall'errore e migliorare continuamente la sicurezza delle terapie.

La segnalazione degli errori è favorita se tra gli operatori sanitari esiste un clima di fiducia e rispetto reciproco. Per i farmacisti, ad esempio, sarà più agevole segnalare e spiegare i quasi errori se si crea un dialogo aperto e sereno con i professionisti prescrittori.

Le abilità necessarie agli studenti per una pratica sicura (Slide 38)

Anche se agli studenti, di norma, non viene permesso di fare prescrizioni o di somministrare farmaci in modo indipendente fin dopo il conseguimento della laurea, essi possono già iniziare a studiare e mettere in pratica i diversi accorgimenti per migliorare la sicurezza della terapia farmacologica. Il seguente elenco di attività può auspicabilmente essere applicato durante tutto il percorso formativo dello studente. Ognuna di queste può rappresentare, da sola, un argomento rilevante di offerta formativa (lezione frontale, workshop, seminario con tutoraggio) che va oltre il semplice discorso introduttivo sulla sicurezza dei farmaci.

Comprendere quali sono i rischi intrinseci all'utilizzo dei farmaci, diventa rilevante per molte attività quotidiane di un medico. Riportiamo di seguito le istruzioni su come egli dovrà comportarsi per svolgere la sua attività in sicurezza.

Prescrizione
Tener presente le 5 G, conoscere i farmaci da prescrivere e definire una terapia personalizzata per ogni paziente. Tenere conto di tutti i fattori del paziente, che possono influenzare la scelta o il dosaggio dei farmaci, evitare l'utilizzo di farmaci non necessari e valutare sempre il rapporto di rischio-beneficio.

Registrazione
Tutti i documenti devono essere chiari, leggibili e precisi. Se possibile, ad esempio, per chi ha difficoltà a scrivere in modo leggibile, utilizzare la prescrizione informatizzata. La prescrizione deve sempre contenere il nome del paziente, il nome del farmaco, la dose, la via di somministrazione, l'orario e la durata. E' altrettanto importante includere i contatti del medico che ha eseguito la prescrizione, per facilitare la comunicazione con il farmacista.

Utilizzare promemoria
Controllare sempre le cose, imparare a scegliere i promemoria più appropriati ed utilizzare supporti tecnologici, se disponibili.

Il lavoro in team e la comunicazione, laddove si utilizzano farmaci
Ricordare che l'utilizzo dei farmaci presuppone un'attività in team. Comunicare con le altre persone coinvolte nella gestione della terapia ed assicurarsi che vengano assunti i farmaci. Prestare attenzione agli errori e motivare tutto lo staff a restare vigile riguardo alle proprie attività ed a quelle degli altri operatori.

La somministrazione dei farmaci
Conoscere i rischi e le precauzioni di sicurezza relative ai farmaci, qualora essi vengano somministrati per differenti vie, come quella orale, sublinguale, inalatoria, per aerosol, transdermica, sottocutanea, intramuscolare, intravenosa, intratecale, rettale o vaginale. Controllare le 5 G quando si somministra un farmaco.

Incentivare ed educare i pazienti riguardo alla terapia
Sfruttare tutte le opportunità e le occasioni per aiutare pazienti e caregiver a ridurre gli errori. Ascoltare con attenzione quello che hanno da dire.

Imparare ed acquistare l'abilità di dosare i farmaci
Imparare a maneggiare le unità e ad aggiustare volumi, concentrazioni e dosaggi. Imparare a calcolare gli aggiustamenti, necessari sulla base dei parametri clinici. Nelle condizioni di stress elevato e/o ad alto rischio, prendere in considerazione tutte le possibilità, per ridurre le probabilità di errore di calcolo, ad esempio, utilizzando una calcolatrice o qualsiasi altro supporto tecnologico disponibile, anziché fare i calcoli mentalmente (piuttosto utilizza carta e penna) e chiedere ad un

collega di ripetere lo stesso calcolo per verificarne il risultato. E' fondamentale effettuare un controllo del dosaggio calcolato quando si distribuiscono i farmaci.

Raccogliere l'anamnesi farmacologica
Raccogliere sempre un'anamnesi farmacologica accurata, prima di fare una prescrizione, controllare regolarmente l'elenco dei farmaci, soprattutto in caso di terapie complesse, e sospendere i farmaci non necessari. Considerare sempre i farmaci come possibile causa sintomatologica nel percorso diagnostico. Se per un paziente non è possibile ricostruire l'anamnesi farmacologica (ad es. se è incosciente), è utile consultare il medico di famiglia od il farmacista; in alcuni casi, quest'ultimo può fornire l'anamnesi già prima che il paziente venga visto dal medico.

Individuare e ridurre al minimo le eventuali interazioni e/o le controindicazioni

Raccogliere l'anamnesi allergologica
Chiedere sempre al paziente se soffre di allergie, prima di prescrivere qualsiasi farmaco. Se egli è a rischio di sviluppare una reazione allergica grave ad un farmaco, fermarsi e riflettere sulla possibilità che qualcun altro possa prescrivergli quel farmaco. Se, ad esempio, un medico di medicina generale invia in ospedale un soggetto con sospetta appendicite, e questi ha un'anamnesi positiva per allergia alla penicillina, potrà capitare che al paziente venga somministrato questo antibiotico. A tal proposito, risulta essenziale segnalare chiaramente questo tipo di allergia a tutto lo staff ospedaliero, spiegare al paziente che la terapia standard per l'appendicite preveda l'uso delle penicilline ed incoraggiarlo a controllare i farmaci che gli vengono prescritti, allertando il personale nel caso si tratti di penicillina. Va menzionato anche il rischio di reazione allergica crociata. E' importante che anche i professionisti sanitari facciano domande riguardo alle allergie prima di somministrare una terapia.

Monitoraggio degli effetti collaterali
Cercare di imparare quali sono gli effetti collaterali dei farmaci che si intende prescrivere/consegnare/somministrare e impegnarsi nell'individuarli, educando il paziente per riconoscerli ed intraprendere le azioni più appropriate in quel caso. Prendere in considerazione sempre gli effetti collaterali dei farmaci nella diagnosi differenziale in un paziente con sintomatologia vaga ed aspecifica.

Imparare dagli errori e dai near miss che si verificano in terapia
Imparare dagli errori attraverso la ricerca ed il problem-solving. Se un errore si verifica una volta, esso potrà capitare di nuovo: valutare le strategie per prevenirne l'incidenza, sia nella pratica individuale che a livello organizzativo. Imparare come segnalare gli errori, le reazioni avverse e gli eventi avversi associati alla terapia. E' utile organizzare incontri multidisciplinari con i farmacisti per discutere degli errori più comuni e dei metodi e delle procedure da applicare per prevenirne l'insorgenza (es. l'esclusione dei farmaci con nome simile dal prontuario ospedaliero).

Riassunto (Slide 39)
L'utilizzo dei farmaci può portare ad un netto miglioramento delle condizioni di salute, se questi vengono somministrati con accortezza e scrupolosità. Gli errori in terapia sono, purtroppo, un problema comune, causa di sofferenze umane prevenibili e costi economici elevati. Ricordare che l'utilizzo dei farmaci non è un'attività priva di rischi: ognuno è responsabile e deve impegnarsi per garantire ai pazienti una terapia più sicura.

Strategie e modalità di insegnamento (Slide 40, 41 e 42)

Diverse sono le modalità con cui si può insegnare agli studenti la sicurezza della terapia; una combinazione dei vari approcci rappresenta la strategia più efficace.

Tali opzioni comprendono: lezioni interattive, discussione in piccoli gruppi, apprendimento per problemi, workshop, seminari con tutoraggio, project work, compresa l'esecuzione di compiti nell'ambiente di lavoro ed al letto del paziente, FAD, lettura ed analisi di casi.

Presentazione in lezioni frontali e/o discussioni in gruppo
La presentazione Power Point che accompagna questo argomento si presta all'utilizzo in una lezione frontale introduttiva ed interattiva sulla sicurezza nella terapia farmacologica o per guidare

delle discussioni in piccoli gruppi. Essa può essere adattata per renderla più o meno interattiva e riflettere il contesto lavorativo, mediante l'utilizzo di esempi legati alla realtà locale ed alle sue problematiche. All'interno della presentazione, si interfaccia una serie di quesiti che permettono agli studenti di entrare in confidenza con l'argomento ed alcuni brevi casi con domande e risposte, da presentare all'interno della lezione o assegnare agli studenti come esercizio a parte.

Nei paragrafi sottostanti sono elencate altre strategie formative e spunti didattici da utilizzare per insegnare la sicurezza in terapia.

Apprendimento per problemi
Utilizzare i casi in cui sono emersi i problemi più rilevanti per la sicurezza della terapia. Agli studenti può venire richiesto di rispondere alle domande di riflessione dopo la lettura del caso, od, in alternativa, di risolvere una serie di problemi di calcolo di dosaggio dei farmaci.

Attività di insegnamento ed apprendimento aggiuntive
– *Workshop pratici*
Gli studenti possono mettere in pratica le loro abilità nelle simulazioni di emergenza. Gli argomenti che noi suggeriamo per queste attività, sono la somministrazione dei farmaci, la prescrizione ed il calcolo dei dosaggi.

– *Project work*
Tra i progetti possibili che gli studenti possono realizzare:

- intervistare i farmacisti per comprendere quali sono gli errori più frequentemente riscontrati;
- affiancare gli infermieri durante la somministrazione della terapia;
- intervistare gli infermieri ed i medici che gestiscono molte terapie (es. anestesisti) con domande relative alla loro conoscenza e all'esperienza riguardo all'errore in terapia ed alle strategie da loro adoperate per ridurre il rischio;
- cercare un farmaco noto per essere causa di eventi avversi e presentarlo agli altri studenti;
- preparare un formulario personale di farmaci che sono più comunemente prescritti nei primi anni dopo la laurea;
- costruire un esempio di anamnesi farmacologica in un paziente con più farmaci in terapia. Apprendere il più possibile riguardo a questi farmaci, considerare gli effetti collaterali potenziali, le interazioni farmacologiche e se vi siano farmaci che potrebbero essere interrotti. Discutere con un farmacista od un medico e condividere quanto imparato con gli altri studenti.
- ricercare il significato del termine *riconciliazione farmacologica* e parlarne con lo staff dell'ospedale per capire come viene eseguita nella struttura. Osservare e partecipare alle procedure che vengono effettuate durante il ricovero e la dimissione di un paziente e ricercare eventuali problemi in questi processi, individuando dove si può intervenire per prevenire l'errore.

Esercitazioni di role playing
Le esercitazioni con giochi di ruolo sono un altro strumento valido per spiegare agli studenti il concetto di sicurezza in terapia.

Primo Scenario: La somministrazione errata di farmaci

Descrizione dell'evento
Alle prime ore del turno del mattino, l'infermiere incaricato somministrò, per via sottocutanea, 100 unità di insulina regolare, anziché 10 unità, come prescritto dal medico. L'errore fu causato dalla cattiva scrittura del medico.

Il paziente, affetto da demenza, non era collaborante e sembrava dormire. Durante il normale controllo, l'infermiere scoprì che egli non era responsivo. Un esame del sangue confermò lo stato di shock ipoglicemico. Fu contattato il medico e l'errore venne scoperto.

Il paziente ricevette un'infusione di glucosio 50% per EV e venne portato in stanza il carrello di emergenza, in modo che fosse pronto in caso di necessità. Il paziente si riprese in pochi minuti, si svegliò ed iniziò a muoversi normalmente.

Role play
Nelle ore seguenti arrivò il figlio del paziente, un avvocato, per far visita al padre. Con fare preoccupato, chiese all'infermiere: "Che cosa è successo a mio papà?". Il compagno di stanza gli aveva, infatti, raccontato che era successo un problema e diverse persone si erano riunite attorno al letto del padre quella mattina. L'infermiere che aveva dato l'insulina fu

chiamato per parlare con il figlio.

Una volta che l'infermiere spiega al figlio la catena degli eventi, ammettendo di aver commesso l'errore, è assai probabile che si scateni in lui una reazione di rabbia con affermazioni del tipo "E' questo il livello di assistenza che state dando a mio padre?", "Che tipo di infermieri lavorano in questo reparto?", "Questo non lo accetto. Prenderò provvedimenti!", "Voglio parlare subito con il primario!", "Voglio che questo incidente venga segnalato!". Se l'infermiere non spiega quello che è successo nel dettaglio, è molto probabile che il figlio non accetti di sentire ulteriori spiegazioni perché sconvolto dall'accaduto.

Un medico, passando vicino, sente la conversazione. Egli entra nella stanza, se richiesto dall'attore. In caso contrario, il medico entra dopo circa 8 minuti, chiedendo cos'è accaduto. L'infermiere lo aggiorna riguardo agli eventi della mattina ed alla conversazione in corso con il figlio del paziente (in sua presenza o meno, a seconda del medico e dell'infermiere).

Descrizione del personaggio
Il figlio, 45 anni, è un avvocato di bell'aspetto. Egli fa visita al padre, quando possibile, e si dimostra interessato a tutto ciò che succede intorno a lui, ma ha qualche difficoltà ad accettare la nuova condizione clinica del padre e, pertanto, si sente confuso, trascurato e un po' afflitto. Vorrebbe veramente dare una mano ma non ne ha le competenze. Da un colloquio con l'assistente sociale emerge che, in passato, il padre non aveva bisogno di aiuto ma a seguito della caduta della madre, che le costò una frattura ad una gamba, e con il peggioramento delle condizioni del padre, il peso della loro assistenza gravava sulle sue spalle.

Suggerimenti per l'attore
L'attore presenta al primario denuncia di occultamento ed omissioni dei fatti e minaccia pubblicità negativa (alla stampa) (ad es. "L'avete quasi ammazzato!" "Siete stati fortunati che non è andata così!").

Secondo Scenario: Un decesso dovuto ad errore medico

Descrizione dell'evento
S.*, una donna di 42 anni, fu ricoverata per un intervento di resezione del duodeno, colpito da tumore maligno localizzato e non metastatico.

La donna godeva di buona salute e non aveva familiarità per neoplasie. Aveva dato il consenso all'intervento chirurgico ed a qualsiasi altro trattamento che si sarebbe ritenuto necessario sulla base dei risultati.

La mattina dell'intervento, la paziente salutò il marito ed i suoi due bambini (di età 8 e 13 anni). Venne asportata interamente una piccola massa localizzata, inviata in anatomia patologica per la diagnosi. Nell'arco di due ore, la saturazione diminuì e la donna accusò tachicardia ed ipotensione. Alla paziente vennero infusi fluidi EV, mentre il chirurgo ricontrollò il sito di resezione, alla ricerca di eventuali complicanze, quali emorragia, lacerazione o tromboembolia. Non avendo trovato alcun segno, egli procedette alla sutura del sito, secondo il protocollo.

Al ritorno in reparto, la paziente sviluppò rapidamente febbre alta, che rimase invariata per una settimana. La prescrizione degli antibiotici fu la seguente:

Gentamicina EV 80 mg x 3 P/D

L'infermiere copiò la seguente dicitura: Gentamicina EV 80 mg x 3 P/DOSE.

Egli aveva interpretato la lettera "D" come "dose", mentre per il medico della prescrizione si trattava di "Day" (giorno). Nei 10 giorni seguenti, la paziente ricevette 240 mg di gentamicina, 3 volte al die.

Nel frattempo, la paziente iniziò a mostrare segni di insufficienza renale e compromissione dell'udito. L'errore venne scoperto il decimo giorno di terapia, mentre il coordinatore delle professioni sanitarie stava facendo il punto sulle terapie somministrate. Il trattamento fu subito sospeso ma le condizioni generali della paziente peggiorarono verso l'insufficienza renale. La paziente morì dieci giorni dopo, per insufficienza multiorgano.

La famiglia del paziente fu molto critica con lo staff infermieristico, che venne accusato da negligenza: di fronte al coordinatore delle professioni sanitarie ed al direttore, i parenti reagirono con molta rabbia.

Dopo la morte della paziente, il marito chiese di poter parlare con la caposala. Egli accusò gli infermieri di aver commesso lo sbaglio e di essere stati responsabili di negligenza, elementi che avevano portato la moglie al decesso. L'uomo dichiarò di aver scoperto chi era stato l'infermiere che

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

aveva mal interpretato la prescrizione e di averlo minacciato di querela.

Descrizione del personaggio
Il marito della paziente è un solerte lavoratore che svolge la sua attività in un negozio. L'uomo ha difficoltà a provvedere alla famiglia, dovendo faticare continuamente per arrivare a fine mese. Egli è adirato ed irrequieto per la diagnosi di tumore della moglie; il suo sentimento di rabbia colpisce chiunque gli sta attorno, soprattutto lo staff infermieristico, avendo appreso dalla moglie che essa aveva assunto "troppi antibiotici perché l'infermiere non era capace di fare i calcoli". L'intenzione era quella di capire che cosa aveva ucciso sua moglie e chi era il colpevole che doveva pagare per questo. L'uomo esige l'intervento della direzione ospedaliera e l'aiuto per i suoi bambini. E' molto sconvolto e grida in continuazione.

Terzo Scenario: La comunicazione paziente - operatore sanitario

Descrizione dell'evento
K.*, 54 anni, viene ricoverato in ospedale per dolore toracico acuto. Egli era già stato in UTI in precedenza per sindrome coronarica acuta ma, in questa occasione, i test preliminari erano risultati inconcludenti ed il dolore non sembrava essere intenso. Il medico aveva ordinato il riposo totale ed il monitoraggio cardiaco per 48 ore. Grande fumatore ed in sovrappeso, K.* non stava prendendo i farmaci che gli erano stati prescritti per ridurre la pressione e i livelli di colesterolo.

Il paziente richiede di essere dimesso subito, preoccupato che il ricovero ospedaliero gli possa costare la perdita del lavoro in una fabbrica di automobili.

La sua rabbia è rivolta, soprattutto, contro l'infermiere del turno serale, lamentandosi perché gli è stato promesso che sarebbe tornato presto a casa e non avrebbe avuto più bisogno di monitoraggio, né di completo riposo. L'uomo non è collaborante e ha già convinto un altro infermiere di permettergli di lasciare il reparto per un breve periodo. Le richieste di dimissioni sono continue ed egli rifiuta di restare in stanza, chiedendo di fumare e gridando furioso nell'area di lavoro degli infermieri.

Su insistenza dell'infermiere di turno affinché l'uomo resti in reparto, il paziente accusa la donna di essere insensibile e pretende la presenza dell'altro infermiere, molto più empatico e comprensivo. Il medico di guardia, che si trova nelle vicinanze, ascolta, ma non interviene e continua ad occuparsi degli altri pazienti (alcuni dei quali non stanno lontani dall'evento in corso).

Descrizione del personaggio
K.* è un uomo in sovrappeso ed un grande fumatore. Egli trova piacere nell'attirare attenzione con urla e grida ma è molto preoccupato di essere licenziato perché non più in grado di lavorare. Un'altra grande preoccupazione è per la chirurgia, visto che il suo migliore amico era morto 2 anni prima sul tavolo operatorio dello stesso ospedale.

Fonte: Queste sceneggiature sono fornite da Amitai Ziv, il Centro Israeliano per la Simulazione in Medicina, Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israele.

Casi studio

Un errore di prescrizione (Slide 43, 44, 45 e 46)
Questo caso studio ci spiega quanto è importante costruire un'anamnesi farmacologica completa ed accurata.

Un uomo di 74 anni si recò dal suo medico, per curare l'angina stabile di nuova insorgenza. Il medico non aveva mai visto prima il paziente e raccolse la sua storia, compresa l'anamnesi farmacologica: l'uomo era sempre stato in salute in precedenza e prendeva solo medicine per il mal di testa, di cui non sapeva dirne il nome. Il medico ritenette si trattasse di analgesici che il paziente prendeva al bisogno. Tale farmaco era, in realtà, un beta bloccante utilizzato per l'emicrania, che era stato prescritto da un altro specialista. Il medico assegnò al paziente l'aspirina ed un altro beta bloccante per l'angina. Con la nuova terapia, il paziente iniziò a sviluppare bradicardia e ipotensione posturale. Tre giorni dopo, cadde sfortunatamente per vertigine posturale, riportando frattura all'anca.

Domande
- Con che frequenza accadono gli errori in terapia?
- Come possiamo prevenire il verificarsi degli errori?
- Possono avere un ruolo i pazienti nel prevenire gli errori?

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Fonte: Il Manuale dell'OMS del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente per le Scuole Mediche. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2009:242-243.

Un errore di somministrazione (Slide 47, 48, 49 e 50)

Questo caso sottolinea l'importanza che andrebbe riposta nel controllo delle procedure, quando si somministrano i farmaci, e nella comunicazione efficace tra gli operatori di un team. Da questo episodio risulta altrettanto fondamentale la buona organizzazione dei materiali all'interno dei contenitori accuratamente etichettati.

Una donna di 38 anni giunse in ospedale, accusando la comparsa di rash cutaneo pruriginoso e di colore rosso intenso e di gonfiore al viso. La paziente aveva un'anamnesi positiva per precedenti reazioni allergiche di grado severo. Un'infermiera preparò 10 ml di adrenalina (epinefrina) con diluizione 1:10.000, in una siringa da 10 ml (1 mg nel complesso) e la lasciò vicino al letto della paziente, pronta all'uso, nel caso il medico avesse fatto richiesta. Nel frattempo, quest'ultimo inserì l'ago cannula EV, vide la siringa con del liquido chiaro che l'infermiere aveva preparato, pensando che si trattasse di normale soluzione idrosalina. Non ci fu alcuna comunicazione tra medico e paziente in quel momento.

Il medico iniettò, quindi, i 10 ml di adrenalina (epinefrina) attraverso l'ago cannula EV, ritenendo fosse appunto soluzione idrosalina per il lavaggio della linea. La paziente si sentì malissimo e andò in ansia improvvisamente; in breve tempo sviluppò tachicardia e cadde in stato di incoscienza priva di polso. La diagnosi fu di tachicardia ventricolare e la paziente venne rianimata, fortunatamente con una buona ripresa delle condizioni. La dose raccomandata di adrenalina (epinefrina) per l'anafilassi è di 0,3-0,5 mg IM. La donna ne aveva ricevuto 1 mg EV.

Discussione

- Quali sono i fattori associati all'evento avverso?
- Definisci in che modo il team avrebbe funzionato meglio.

Fonte: Il Manuale dell'OMS del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente per le Scuole Mediche. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2009:242-243.

Errore di monitoraggio (Slide 51, 52, 53, 54 e 55)

L'argomento di questo caso riguarda, invece, la comunicazione con il paziente sull'utilizzo dei farmaci. E' fondamentale che egli venga sempre informato riguardo alla durata della terapia. L'episodio evidenzia, inoltre, l'importanza di un'anamnesi farmacologica accurata, la cui raccolta è essenziale per ridurre gli esiti negativi.

In un paziente ricoverato, venne impostata una terapia anticoagulante orale, per il trattamento della trombosi venosa profonda, provocata da una frattura d'anca. La durata della cura venne stabilita essere compresa tra i tre ed i sei mesi. Tuttavia, né il paziente né il medico di famiglia vennero a conoscenza della durata prevista del trattamento. L'uomo continuò ad assumere i farmaci per anni, essendo inutilmente esposto ad un maggior rischio di sanguinamento a causa di questa terapia. Un giorno, al paziente venne prescritto un antibiotico, per curare un'infezione dentale. Nove giorni dopo l'inizio dell'antibiotico, il paziente accusò malessere, dolore alla schiena e abbassamento della pressione, a causa di un'emorragia spontanea insorta a livello retroperitoneale, che richiese necessario il ricovero ospedaliero ed una trasfusione di sangue. Un test di coagulazione del sangue rivelò risultati estremamente elevati; l'antibiotico aveva incrementato l'effetto anticoagulante della terapia.

Domande

- Quali sono i fattori associati all'evento avverso?
- In che modo l'evento avverso poteva essere prevenuto?

Fonte: Il Manuale dell'OMS del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente per le Scuole Mediche. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2009:242-243.

L'errore di prescrizione porta ad effetti avversi

In questo caso, un dentista ha sottovalutato la condizione di immunodeficienza del paziente ed, in tal modo, non ha preso misure adeguate per prevenire gli effetti avversi degli antibiotici dati per via sistemica.

Un uomo di 42 anni, sieropositivo, si recò dal dentista per effettuare delle cure

odontoiatriche che includevano un trattamento canalare, un trattamento della malattia gengivale e l'estrazione di un dente gravemente danneggiato.

Dopo aver raccolto l'anamnesi medica ed odontoiatrica, concluse che le condizioni cliniche del paziente erano stabili e prescrisse un ciclo di antibiotici, come profilassi preoperatoria. Nella seconda visita, durante l'ispezione orale, il dentista notò che il paziente presentava lesioni orali simili ad un'infezione fungina (*Candida*).

Quando l'odontoiatra valutò le condizioni sistemiche del paziente, realizzò di non essersi concentrato sul rischio maggiore per i soggetti con HIV/AIDS di sviluppare infezioni fungine durante l'assunzione di antibiotici sistemici e di non aver prescritto i farmaci antifungini appropriati in associazione, per prevenire l'insorgenza di queste lesioni. Egli si rese conto, inoltre, di aver considerato come stabili le condizioni del paziente senza aver consultato prima il medico del paziente.

Avendo sottovalutato lo status di immunodeficienza, il dentista inviò il paziente dal medico, affinché questi ricevette il trattamento necessario per le lesioni fungine. Le cure odontoiatriche furono, così, rinviate, fino a quando le condizioni generali e del cavo orale non si ritennero appropriate.

Domande

- Quali fattori possono aver influenzato le decisioni del dentista, in merito al piano di trattamento odontoiatrico, senza tener conto dell'opinione degli altri medici?
- Quali fattori hanno portato il dentista a non tener conto dello stato di immunodeficienza del paziente?
- Quali fattori hanno distolto il dentista dallo prescrivere i farmaci antifungini assieme agli antibiotici sistemici per il paziente HIV positivo?

Fonte: Caso fornito da Nermin Yamalik, Professore, Dipartimento di Parodontologia, Facoltà di Odontoiatria, Università Hacettepe, Ankara, Turkey.

La comunicazione tra professionisti sanitari e paziente è fondamentale

In questo caso, un farmacista si dedica alla spiegazione ad un paziente dei farmaci che egli sta prendendo e dell'utilizzo più appropriato, non avendo questi capito come loro interagiscono.

M.* è una donna di 81 anni, che soffre di dolore cronico alla schiena. La signora è affetta da osteoporosi, malattia coronarica acuta e depressione, che le aggravano la sofferenza e le fanno perdere fiducia nella terapia che sta assumendo. I farmaci che la donna assume sono stati prescritti da più specialisti, tra cui il neurologo, l'endocrinologo, due medici di medicina generale ed un reumatologo, per un totale di 18 medicinali: molti di essi sono antidolorifici. Vista l'alta frequenza con cui M.* deve assumere i farmaci (FANS), la donna soffre anche di gastrite (infiammazione delle pareti dello stomaco), motivo per il quale deve periodicamente cambiare tipo di analgesici. M.* è stata in diverse farmacie per comprare vari antidolorifici (paracetamolo, ibuprofene, ecc.).

M.* è preoccupata per la gastrotossicità di questi farmaci; a volte li prende tutti, compresi quelli "da banco", acquistati in farmacia. La donna, tuttavia, non si sente meglio. E' preoccupata, anche, delle reazioni avverse del tramadolo e non lo sta usando con regolarità. Per il dolore più intenso, M.* utilizza il paracetamolo, ma con scarsi risultati. Allo stesso modo, non notando miglioramenti nella depressione dopo una settimana di trattamento con citalopram, decise di assumerlo solo occasionalmente. Il riquadro B.11.1 elenca tutti i farmaci che M.* sta prendendo.

Un farmacista realizza che la donna non ha ben chiaro come questi farmaci interagiscono e decide di dedicarle del tempo, per spiegare queste medicine e definirne l'utilizzo più appropriato. La combinazione dei FANS non era, infatti, adeguata e, in particolare:

- utilizzo appropriato del metamizolo con paracetamolo ad alti dosaggi, se non vi sono problemi epatici;
- valutazione del citalopram un mese dopo il suo inizio;
- contatto del medico per l'aggiornamento sulle terapie e per il decorso dei sintomi;
- necessità di valutare le interazioni farmacologiche per ridurre al minimo i rischi di evento avverso da farmaco;
- necessità di rivedere le controindicazioni e l'utilizzo più appropriato dei farmaci da banco.

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Alla seconda visita, M.* rimase soddisfatta dal miglioramento del dolore.

Domande

- Quali errori di comunicazione possono aver portato la signora a fare abuso di farmaci?
- Quali problemi sono associati alle informazioni incomplete o non adeguate condivise dai professionisti?
- Tutti i pazienti dovrebbero essere informati riguardo ai farmaci che assumono?
- Quali sono i sistemi che possono essere adoperati per permettere al professionista di essere sempre al corrente dei farmaci che vengono prescritti ed utilizzati dai pazienti?
- Quale responsabilità ha il professionista che prescrive e somministra farmaci ai pazienti?
- Quale responsabilità hanno i farmacisti nel dare indicazioni sull'utilizzo dei farmaci da banco? Quale algoritmo potrebbe essere adoperato per ampliare l'effetto terapeutico di questi farmaci e minimizzare i potenziali rischi?

Tavola B.11.1. Lista dei farmaci assunti dalla paziente

Neurologo: gabapentin tramadolo + paracetamolo (per il dolore) acido tiaprofenico Farmaci da banco con paracetamolo (per il dolore) Endocrinologo: levotiroxina omeprazolo colecalciferolo + Ca+Zn+Mn atorvastatina ranelato di stronzio diclofenac (per il dolore)	Medici di base: citalopram bromazepam (per i disturbi d'ansia) nimesulide (per il dolore) tramadolo (per il dolore) metamizolo (per il dolore) metoprololo indobufene Reumatologo: meloxicam (per il dolore)

Fonte: Jiri Vlcek, Professore di Farmacologia Clinica e Cura Farmacologica. Farmacista clinico nel dipartimento internistico nell'ospedale universitario Hradec Kralove, Università Charles, Praga, Facoltà di Farmacia, Dipartimento di Farmacia Sociale e Clinica.

Strumenti e bibliografia

Le soluzioni dell'OMS relative alla sicurezza del paziente

Esistono documenti di sintesi contenenti diversi suggerimenti riguardo ai problemi di Sicurezza del Paziente, alcuni dei quali riguardano la terapia farmacologica.

Soluzione 1 – Farmaci con aspetto simile o nome simile ("look-alike, sound-alike").
Soluzione 5 – Controllo delle soluzioni elettrolitiche concentrate.
Soluzione 6 – Garantire l'accuratezza della terapia farmacologica nei trasferimenti da un livello di assistenza ad un altro.
Soluzione 7 – Ridurre i rischi di connessione errata tra i cateteri e i dispositivi.
Solution 8 – Dispositivi per infusione.
Questi documenti sono disponibili al sito web http://www.who.int/patientsafety/solutions/en/; visitato il 21 febbraio 2011.

Altri riferimenti via web

L'Agenzia per la Ricerca e la Qualità in Sanità (Dipartimento statunitense per i Servizi Sanitari e Sociali, Rockville, MD) detiene online un archivio di casi che possono essere utilizzati come esempi di studio e di insegnamento (http://www.webmm.ahrq.gov). Altri riferimenti utili sono i siti web dell'Istituto per le Pratiche Sicure di Somministrazione dei Farmaci (Horsham, PA) (http://www.ismp.org) e l'Agenzia Nazionale britannica per la Sicurezza del Paziente (http://www.npsa.nhs.uk).

DVD formativi

Documentario *Al dì la della Colpa*. Questo DVD, in soli 10 minuti, illustra efficacemente il tema della sicurezza in terapia. In questo filmato un medico, un infermiere ed un farmacista discutono riguardo agli errori più gravi in cui sono stati coinvolti. Questo DVD è disponibile all'acquisto presso l'Istituto per le Pratiche Sicure di Somministrazione dei Farmaci (http://www.ismp.org visitato il 21 febbraio 2011).

Il Workshop *Imparare dall'Errore* dell'OMS include nel DVD una descrizione di errore di

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

terapia: la somministrazione della vincristina per via intratecale, illustrando l'origine multifattoriale dell'errore.

Libri di testo

Vicente K. The human factor. London, Routledge, 2004:195–229.

Cooper N, Forrest K, Cramp P. Essential guide to generic skills. Oxford, Blackwell Publishing Ltd, 2008.

Institute of Medicine. Preventing medication errors: quality chasm series. Washington, DC, National Academies Press, 2006 (http://www.iom.edu/?id=35961; visitato il 21 febbraio 2011).

Valutare la conoscenza di questo argomento

Un'ampia gamma di metodologie può essere utilizzata per valutare la conoscenza e l'abilità nell'ambito della sicurezza della terapia farmacologica, tra cui:

- MCQ;
- quiz sul calcolo dei dosaggi;
- domande a risposta breve;
- riflessione scritta su un caso di errore in terapia farmacologica, in cui vanno individuati i fattori contribuenti e le strategie da adoperare per prevenirne il riaccadimento;
- project work con riflessione sugli obiettivi di apprendimento;
- OSCE.

L'OSCE può comprendere esercizi di prescrizione/distribuzione/ somministrazione, utilizzati per: valutare le capacità degli studenti nel raccogliere un'anamnesi farmacologica ed allergologica, applicare la regola delle 5 G e controllare la presenza di allergie, educare un paziente riguardo ad una nuova terapia.

Tener presente che molte di queste metodologie di valutazione non sono comprese in dettaglio nella presentazione PowerPoint allegata. Essi sono stati inclusi in questo argomento come esempi di valutazione riguardo alla sicurezza nella terapia farmacologica, nel presupposto che gli studenti possano aver ricevuto informazioni ulteriori su tale argomento.

Valutare l'insegnamento di questo Argomento

La valutazione è importante in quanto permette la revisione di com'è andata una sessione di insegnamento e quali miglioramenti possono essere fatti. Vedere la Guida per il docente (Prima parte) per una sintesi dei principi di base della valutazione.

Bibliografia

1. *The conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva, World Health Organization Patient Safety Programme, 2009 (http://www.who.int/patientsafety/en/; visitato il 21 febbraio 2011).
2. Cousins DD. Developing a uniform reporting system for preventable adverse drug events. *Clin Therap* 1998; 20 (suppl C): C45-C59.
3. Institute of Medicine. *Preventing medication errors. Report brief*. Washington, DC, National Academies Press, 2006.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Runciman WB et al. Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49–S59.
6. Nair RP, Kappil D, Woods TM. 10 strategies for minimizing dispensing errors. *Pharmacy Times*, 20 January 2010 (http://www.pharmacytimes.com/issue/pharmacy/2010/January2010/P2PDispensingErrors-0110; visitato il 21 febbraio 2011).
7. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:122–126.
8. Koppel R, Metlay JP, Cohen A. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:1197–1203.

Diapositive per l'Argomento 11: Migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci

Le lezioni frontali di solito non sono il modo migliore per insegnare agli studenti la Sicurezza del Paziente. Tuttavia, se una tale lezione viene presa in considerazione, è una buona idea pianificare l'interazione e la discussione degli studenti durante la lezione. Utilizzare un caso studio è una

delle modalità per generare una discussione di gruppo. Un'altra modalità è quella di porre agli studenti domande su diversi aspetti dell'assistenza sanitaria che faranno emergere le problematiche contenute in questo argomento, come, ad esempio, le cause di errore nella somministrazione di farmaci, le responsabilità associate alla prescrizione e somministrazione e le strategie per rendere il processo di gestione della terapia più sicuro*.

Le diapositive per l'Argomento 11 sono state progettate per aiutare il docente a presentare il contenuto di questo argomento. Le diapositive possono essere modificate per adattarsi all'ambiente e alla cultura locale. I docenti non devono utilizzare tutte le diapositive ed è meglio adattarle alle aree che vengono coperte nella sessione didattica.

Tutti i nomi dei farmaci sono stati utilizzati in accordo con il *Nomenclatore Internazionale dell'OMS dei Nomi Generici dei Prodotti Farmaceutici* (http://www.who.int/medicines/services/inn/en/; visitato il 24 marzo 2011).

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Allegati

Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente:

Edizione multidisciplinare

Allegato 1

Collegamento alla Cornice concettuale australiana per la Formazione sulla Sicurezza del Paziente

La Cornice concettuale australiana per la Formazione sulla Sicurezza del Paziente contiene un volume separato di letteratura, che è stata utilizzata per la sua costruzione. La bibliografia è disponibile gratuitamente ed aiuterà i docenti a sviluppare i propri programmi formativi nonché la ricerca sulla Sicurezza del Paziente.

La bibliografia può essere visualizzata on line all'indirizzo:

http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/60134B7E120C2213CA257483000D8460/$File/framewkbibli0705.pdf; visitato il 14 marzo 2011.

Allegato 2

Esempi di valutazione

Esempio 1. Valutazione scritta riguardo ad una situazione in evoluzione di un paziente (MEQ)
Un incidente (Argomenti 6 e 8)

Istruzioni per lo studente
Un ragazzo di 20 anni perde il controllo della sua biciletta e, caduto a terra, viene colpito da una macchina che non si ferma. E' cosciente ma non in grado di parlare coerentemente. Potrebbe essere in stato di shock. Tu (in quanto studente nell'ambito dell'assistenza sanitaria) rallenti non appena ti avvicini alla scena dell'incidente; un passante ti fa dei gesti per richiedere il tuo aiuto.

Quali sono i 3 problemi etici più importanti nel gestire un paziente durante un'emergenza?

Delinea le responsabilità legali/professionali legate al fornire assistenza in emergenza.

Delinea le componenti del consenso in caso di paziente cosciente ed incosciente.

Sintetizza le difficoltà nel prendere la leadership di una simile situazione clinica.

Esempio 2. Domanda a risposta multipla (Argomenti 4 e 8)

Come studente, ti è stata data la possibilità di osservare un intervento di protesi di ginocchio in una donna anziana. Il giorno prima dell'operazione, avevi parlato con la paziente e ti ricordi che ti aveva riferito che i problemi al ginocchio sinistro le rendevano impossibile camminare e che non vedeva l'ora di fare l'intervento. Nella sala operatoria, senti il chirurgo dire al suo assistente che devono operare il ginocchio destro.

Che cosa dovresti fare a questo punto come studente?

a) Niente, perché potresti aver confuso questa paziente con un'altra.
b) Trovare e rivedere la cartella clinica per confermare il lato della protesi di ginocchio.
c) Non dire nulla perché non hai richiesto ad altri l'autorizzazione di parlare della situazione della paziente.
d) Non dire nulla perché l'ospedale non fa mai errori e probabilmente lo studente ha capito male.
e) Dire al chirurgo che a te sembrava che la paziente dovesse effettuare l'intervento sul lato sinistro.
f) Restare in silenzio perché è probabile che il chirurgo sappia cosa sta facendo.

Commenti: Ognuno ha un ruolo nella Sicurezza del Paziente. Ogni individuo ha l'obbligo di parlare quando ritiene che un potenziale errore possa danneggiare un paziente. I membri più giovani dei team assistenziali sono "occhi e orecchie" importanti per il team ed il loro contributo può ridurre il numero di errori nel sistema. Gli errori del sito chirurgico rappresentano una tipologia importante di eventi avversi. La maggior parte dei Paesi ha accesso a linee guida clinicamente approvate per aiutare nell'identificazione corretta del paziente e del sito chirurgico. Queste linee guida richiedono che i membri più giovani del team siano opportunamente assertivi.

Esempio 3. Stazioni OSCE riguardo alla Sicurezza del Paziente (Argomenti 8 e 6)

Stazione n.
La comunicazione con il paziente: un evento avverso

Istruzioni per lo studente

Il paziente ha appena terminato un'operazione di routine per un'ernia inguinale. Durante l'operazione, il tirocinante chirurgo ha avuto qualche difficoltà nel portare avanti la procedura. Il chirurgo supervisore ha preso il suo posto e l'operazione si è conclusa con esito positivo. Tuttavia, è presente un'ampia ecchimosi intorno alla ferita. Ti è stato chiesto di parlare con il paziente in merito alle sue preoccupazioni.

NB: Per favore ricorda di dare la tua targhetta identificativa all'esaminatore.

Continua l’esempio 3. Stazioni OSCE riguardo alla Sicurezza del Paziente

Stazione n.
La comunicazione con il paziente: un evento avverso

Istruzioni per la persona che interpreta il paziente
Per favore legga queste istruzioni con attenzione prima di iniziare l’esame.

Sei andato in ospedale per un’appendicectomia in urgenza. Prima eri in forma e stavi bene; lavoravi come idraulico. Mentre ti stavi riprendendo dall’anestesia, l’infermiere di sala operatoria ti spiega che il medico in formazione specialistica aveva trovato più difficile del previsto eseguire l’operazione mediante una piccola incisione. Il chirurgo strutturato ha, quindi, preso il suo posto e, durante la laparotomia, le cose sono andate lisce. La ferita è più grande di quanto ti aspettavi ed è dolorante ma ti sono stati somministrati degli antidolorifici che ti danno sollievo. Desideri avere maggiori dettagli su cosa è successo durante l’intervento. All’inizio ti mostri propenso a fare un reclamo formale in merito alle cure ricevute.

Continua l’esempio 3. Stazioni OSCE riguardo alla Sicurezza del Paziente

Stazione n.
La comunicazione con il paziente: un evento avverso

Istruzioni per l’esaminatore
Per favore legga attentamente le istruzioni per lo studente e per il paziente simulato.

Accogli lo studente e consegnagli le istruzioni scritte per la sua parte.

Osserva l’interazione tra lo studente ed il paziente simulato e compila il foglio di valutazione.

Per favore, non interagire con lo studente o con il paziente simulato durante o dopo aver completato il compito.

Lo scopo di questo caso è valutare l’abilità dello studente nel parlare di un evento avverso con un paziente.

Continua l'esempio 3. Stazioni OSCE riguardo alla Sicurezza del Paziente

Stazione n.

MODULO DI VALUTAZIONE
La comunicazione con il paziente: un evento avverso

Nome dello studente

……
……

Nome dell'esaminatore

……
……

Accogli lo studente e consegnagli le istruzioni scritte per la sua parte.

Ricorda di chiedere allo studente la sua targhetta identificativa e apponi l'etichetta nella parte alta del modulo di valutazione

Per favore, segni il punteggio appropriato per ciascun criterio.

In questo esempio, lo standard atteso è quello di uno studente dell'ultimo anno di medicina o di un infermiere diplomato.

Per favore segna il punteggio appropriato per ciascun criterio

	Eseguito in modo competente	Eseguito ma non in modo proprio competente	Non eseguito o non competente
Approccio iniziale al paziente (presentarsi, spiegare cosa è venuto a fare)	2	1	0
Comunica con i pazienti ed i loro caregiver in modo comprensibile	2	1	0
Applica i principi della "comunicazione aperta"	2	1	0
Si assicura che i pazienti vengano supportati e ricevano assistenza dopo un evento avverso	2	1	0
Mostra comprensione per i pazienti ai quali è successo un evento avverso	2	1	0
Gestisce i fattori che più probabilmente possano portare ad un reclamo/richiesta di risarcimento	2	1	0
Totale			

Risultato finale per la stazione OSCE	Superato	Borderline	Non superato

Esempio 4. Domande a risposta breve

Le seguenti domande sono parte di una valutazione per infermieri ed ostetriche, ma si possono applicare a studenti in medicina e odontoiatria.

Un paziente deve sottoporsi ad un intervento chirurgico; il caso studio è parte dell'esame.

Mentre stai preparando la sig.ra M.D.* per l'intervento, noti che il suo modulo di consenso non è stato firmato

D1
Spiega il tuo ruolo nel garantire che il consenso per la sig.ra M.D.* venga firmato.

D2
Elenca gli elementi che caratterizzano un consenso valido.

D3
Identifica i modi in cui si può rilasciare un consenso legalmente valido.

D4
La sig.ra M.D.* non sa riferire con certezza quando ha mangiato l'ultima volta. Spiega i rischi associati al non rispetto del digiuno prima di un intervento.

Più tardi, quello stesso pomeriggio, la sig.ra M.D.* viene trasferita nuovamente nel tuo reparto, nel post operatorio. L'intervento è andato bene. Sopra la ferita ha un semplice cerotto adesivo.

D5
Elenca tre (3) valutazioni infermieristiche postoperatorie che tu effettueresti sulla sig.ra M.D.* e spiega, per ciascuna, la motivazione.

D6
Quale misura di controllo delle infezioni potrebbe essere appropriata per la sig.ra M.D.*?

* adattato da WHO *Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition*, 2011

Ringraziamenti

Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente:

Edizione multidisciplinare

Ringraziamenti

Collaboratori elencati in ordine alfabetico in ciascuna sezione

Team centrale, Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente

Bruce Barraclough
Leader Esperto, Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente
Melbourne, Australia

Benjamin Ellis*
Consulente del Programma OMS sulla Sicurezza del Paziente
Londra, Regno Unito

Agnès Leotsakos
Programma OMS sulla Sicurezza del Paziente
Ginevra, Svizzera

Merrilyn Walton
Leader Autore, Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente
Scuola di Sanità Pubblica, Università di Sydney, Australia

Contributi importanti per i contenuti

Associazioni professionali

FDI Federazione Internazionale degli Odontoiatri

Nermin Yamalik
Dipartimento di Parodontologia
Università Hacettepe
Ankara, Turchia

Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM)

Mary Barger
Dipartimento di Nursing nell'Assistenza della Famiglia
Università della California
San Francisco, Stati Uniti d'America

Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN)

Jean Barry
Nursing e Politiche Sanitarie
Consiglio Internazionale degli Infermieri
Ginevra, Svizzera

Federazione Internazionale dei Farmacisti (FIP)

Marja Airaksinen
Divisione di Farmacologia Sociale
Facoltà di Farmacia
Università di Helsinki
Helsinki, Finlandia

Organizzazione per la Sicurezza, Asepsi e Prevenzione (OSAP)

Enrique Acosta-Gio
Scuola di Odontoiatria
Università Nazionale del Messico (UNAM)
Città del Messico D.F., Messico

Associazioni studentesche

Rappresentanti delle quattro associazioni studentesche:

Satyanarayana Murthy Chittoory

Federazione Internazionale degli Studenti in Farmacia (IPSF)

Associazione Internazionale degli Studenti in Odontoiatria (IADS)

Rete degli Studenti – Associazione Internazionale degli Infermieri (ICN-SN)

Federazione Internazionale delle Associazioni di Studenti in Medicina (IFMSA)

Associazione Internazionale dei Medici (WMA)

Julia Rohe
Agencia per la Qualità in Medicina (AQuMed)
Berlino, Germania

Leader Esterni, Pazienti per la Sicurezza del Paziente, OMS

Margaret Murphy
Programma OMS Pazienti per la Sicurezza del Paziente
Cork, Irlanda

Esperti, Regioni OMS

Armando Crisostomo
Rappresentante della Regione Pacifico dell'Ovest
Facoltà di Medicina-Ospedale Generale delle Philippine
Università delle Filippine
Manila, Filippine

Mohammed-Ali Hamandi
Rappresentante della Regione Mediterranea dell'Est
Ospedale Generale Makassed
Beirut, Libano

Taimi Nauiseb
Rappresentante della Regione Africana
Facoltà di Scienze della Salute & Mediche
Università della Namibia
Windhoek, Namibia

Roswhita Sitompul
Rappresentante della Regione Asia del Sud-Est
Scuola di Nursing
Università Pelita Harapan (UPH)
Jakarta, Indonesia

Jiri Vlcek
Rappresentante Della Regione Europea
Dipartmento di Farmacia Sociale e Clinica
Università Charles
Heyrovskeho, Repubblica Ceca

Esperti, Programma per la Sicurezza del Paziente dell'OMS

Carmen Audera-Lopez
Gerald Dziekan
Cyrus Engineer°
Felix Greaves*
Ed Kelley
Claire Kilpatrick
Itziar Larizgoitia
Claire Lemer*
Elizabeth Mathai
Douglas Noble*

Programma per la Sicurezza del Paziente dell'OMS
Ginevra, Svizzera

Consulenti, Programma per la Sicurezza del Paziente dell'OMS

Donna Farley
Analista delle Politiche Sanitarie Senior e Consulente
Personale a contratto della RAND Corporation
McMinnville, Stati Uniti d'America

Rona Patey
Università di Aberdeen
Scozia, Regno Unito

Hao Zheng
Programma per la Sicurezza del Paziente dell'OMS
Ginevra, Svizzera

Collaboratore, casi studio

Shan Ellahi
Servizi di Comunità di Ealing e Harrow
Servizio Sanitario Nazionale
Londra, Gran Bretagna

Peer review

FDI Federazione Internazionale degli Odontoiatri (FDI)

Julian Fisher
Formazione e Relazioni Scientifiche
FDI Federazione Internazionale degli Odontoiatri
Ginevra, Svizzera

Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM)

Ans Luyben
Commissione Permanente per la Formazione
Università di Scienze Applicate di Bern BFH
Bern, Svizzera

Recensori, Comitato per la Formazione ICM

Marie Berg, Università di Gothenburg, Svezia
Manus Chiai, Hamdard Najar, New Delhi, India
Geri McLoughlin, University College Cork, Irlanda
Angelo Morese, Università di Firenze, Italia
Marianne Nieuwenhuijze, Università di Zuyd Maastricht, Olanda
Elma Paxton, Caledonian University di Glasgow, Regno Unito
Jane Sandall, King's College Londra, Regno Unito
Bobbi Soderstrom, Associazione delle Ostetriche di Ontario, Toronto, Canada
Andrea Stiefel, Università di Scienze Applicate di Zurigo, Winterthur, Svizzera
Joeri Vermeulen, Erasmus University College, Bruxelles, Belgio
Teja Zaksek, Università di Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN)

Jean Barry
Nursing e Politiche Sanitarie
Consiglio Internazionale degli Infermieri
Ginevra, Svizzera

Federazione Internazionale dei Farmacisti (FIP)

Luc Besancon
Relazioni Scientifiche e Professionali

Xuanhao Chan
Partnership in Sanità Pubblica

Federazione Internazionale dei Farmacisti
L'Aia, Olanda

Associazione Internazionale dei Medici (WMA)

Julia Seyer
Associazione Internazionale dei Medici
Ferney-Voltaire, Francia

Editori

Rebecca Bierman
Editore freelance
Gerusalemme, Israele

Rosalind Ievins
Programma per la Sicurezza del Paziente dell'OMS
Ginevra, Svizzera

Rosemary Sudan
Editore freelance
Ginevra, Svizzera

Supervisore editoriale

Agnès Leotsakos
Programma per la Sicurezza del Paziente dell'OMS
Ginevra, Svizzera

Consulente per la produzione

Eirini Rousi
Programma per la Sicurezza del Paziente dell'OMS
Ginevra, Svizzera

Contributi amministrativi

Esther Adeyemi
Caroline Ann Nakandi
Laura Pearson

Programma per la Sicurezza del Paziente dell'OMS
Ginevra, Svizzera

Ringraziamenti speciali

L'Edizione multidisciplinare del Manuale del Percorso Formativo per la Sicurezza del Paziente si basa sul Manuale del Percorso Formativo per la Sicurezza del Paziente per le Scule Mediche del 2009. Speciali ringraziamenti vanno a tutti quelli che ne hanno contribuito ai contenuti e con I loro preziosi commenti all'edizione del 2009: Mohamed Saad, Ali-Moamary, Riyad, Arabia Saudita; Stewart Barnet, New South Wales, Australia; Ranjit De Alwis, Kuala Lumpur, Malesia; Anas Eid, Gerusalemme, Palestina; Brendan Flanagan, Victoria, Australia; Rhona Flin, Scozia, Regno Unito; Julia Harrison, Victoria, Australia; Pierre Claver Kariyo, Harare, Zimbabwe; Young- Mee Lee, Seul, Corea del Sud; Lorelei Lingard, Toronto, Canada; Jorge César Martinez, Buenos Aires, Argentina; Rona Patey, Scozia, Regno Unito; Chris Robert, New South Wales, Australia; Tim Shaw, New South Wales, Australia; Chit Soe, Yangon, Birmania; Samantha Van Staalduinen, New South Wales, Australia; Mingming Zhang, Chengdu, Cina; Amitai Ziv, Tel Hashomer, Israele

◦ *Progetto OMS sulla Sicurezza del Paziente alla Scuola di Medicina dell'Università Johns Hopkins*

* *Questi esperti sono precedentemente stati Consulenti Clinici per il Programma OMS sulla Sicurezza del Paziente*

Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente
Ospedale “G. Fracastoro” – Azienda ULSS 20 di Verona
Via Circonvallazione, 1
San Bonifacio, VR 37047

http://dmo.ulss20.verona.it/home