



## Tra la necessità di cambiare e la paura di disonestare

# Riorganizzazione, umanizzazione ed economizzazione dei sistemi

**Gianfranco Cecinati**

A volte accade di percepire qualcosa, un'emozione distinta, che non si riesce però a ricollegare ad un evento specifico. Le dinamiche economiche e sociali che stanno animando la prima parte di questo secolo evidenziano nel settore sanità la necessità di riflessioni e approfondimenti. Sicuramente questa sensazione è determinata dal momento storico e dal contesto in cui si vive, dalle persone che si frequentano, dagli eventi che ci accadono.

*C'è crisi...* questo il luogo comune che alimenta numerosi dibattiti che trattano temi trasversali e che contribuiscono ad elevare il coefficiente d'ansia che riempie le giornate dei nostri cittadini.

E per qualche individuo *la crisi* costituisce un buon motivo per pensare nuove forme di arricchimento o più semplicemente per consolidare il proprio potere a danno di opportunità di cambiamento alimentando la fragilità dei sistemi.

*Se fai le cose che hai sempre fatto arriverai dove sei già arrivato* citava la chiusura di un incontro formativo centrato sul cambiamento politico pro-

fessionale a supporto di un'organizzazione in continuo divenire ed oggi a distanza di cinque anni dalla riflessione su questa citazione m'interrogo: cosa abbiamo cambiato nel nostro modo di agire per propiziare l'orientamento su nuove rotte?

I modelli assistenziali effettivamente hanno interiorizzato una consapevolezza diversa rispetto ad elementi di complessità che hanno orientato fortemente l'evoluzione nella pianificazione dell'assistenza infermieristica e la tempesta delle competenze ha travolto e sta travolgendo chi, nel nome dell'antichità delle proprie radici, si auto-etichetta come *vecchio* in uno scenario che mette al centro l'anziano, ma spazza via l'obsoleto.

La criticità è proprio a questo livello: la naturale evoluzione delle cose chiede fortemente la ricollocazione della risorsa infermieristica, l'inserimento di numerose figure tecnico - assistenziali che non arrivano, e l'orientamento alla salute è dettato più dalla paura di una perdita di potere della classe medica che di quella che ogni giorno muore al letto del paziente.

Qualcuno sostiene, reinterpretando una normativa che per prima supporta la managerialità infermieristica, che è opinabile il ruolo di direttore infermieristico a pieno titolo inserito nello staff di direzione generale con i vari dirigenti infermieristici responsabili, per la loro competenza, dei vari dipartimenti. Fotografiamo questo scenario nella provincia di Firenze: - in due aziende c'è una reale percezione dell'intellettualità e del valore professionale dell'infermiere e le responsabilità di queste figure dirigenziali si collocano a vari livelli della filiera aziendale; nelle altre due, magari anche universitarie, questo non avviene. Quasi come se la sorte dell'infermiere fosse intimamente legata ad una sorta di barometro politico-territoriale. Con la stessa variabilità si collocano risorse nei livelli d'intensità di cura, fun-

**Segreteria IPASVI Firenze**

**Orario invernale**

**Lunedì 12.00-15.00**

**Mercoledì 14.00-17.00**

**Venerdì 9.30-12.30**

segreteria@ipasvifi.it

certificata@pec.ipasvifi.org

zionali sul piano teorico, meno se impoveriti da un'allocazione obbligata della scarsa risorsa professionale e professionistica.

Questo contribuisce a evidenziare una realtà che vede l'infermiere stanco, demoralizzato e arrabbiato; impegnato più a difendere il proprio spazio operativo che ad assecondare il progresso scientifico ed il processo di arricchimento deontologico dell'atto assistenziale.

L'attività di coordinamento è fortemente minacciata da questo trend demoralizzante che pone in modo ostinato ancora l'infermiere coordinatore all'obsoleto modello di caposala che oggi non può più esistere: medici che coordinano medici, infermieri coordinatori che coordinano infermieri ed OSS, professionisti sanitari che coordinano professionisti sanitari in una logica integrata di confronto e lontano da paure che richiama ad un senso di psicabilità e schizofrenia che sinceramente è impensabile possa caratterizzare un professionista.

Oggi l'Ente Regolatore della Professione è stanco di come vivono gli infermieri nei luoghi di cura; una realtà ingessata da logiche che non gli appartengono e intende fortemente supportare un cambiamento vero vitalizzante per la missione della disciplina infermieristica. In questo senso stanchi non siamo, anzi ogni giorno rinnoviamo una tenacia ed uno spirito probabili vere cause di quella paura che provano i nostri colleghi quando decidiamo di "alzare la voce". Quello che percepisco, nonostante tutto, come presidente del Collegio, nel contatto quasi quotidiano con gli

infermieri o studenti infermieri, è comunque: consapevolezza e impegno, tenacia e fatica.

La consapevolezza riferita al proprio essere professionisti, alla specificità del proprio ruolo, alla necessità di sentirsi protagonisti, di partecipare, di dare un contributo personale e chiaramente distinguibile da quello fornito da altri.

L'impegno allora si concretizza nell'attività quotidiana, sia essa assistenziale, didattica (a partire dall'affiancamento che ogni giorno tanti colleghi garantiscono agli studenti, e per i quali rappresentano inevitabilmente un modello con cui confrontarsi), di ricerca (si pensi alla ricerca bibliografica che ognuno di noi ha imparato o sta imparando ad effettuare, spesso con i propri mezzi), o sia invece l'impegno profuso nell'ambito delle associazioni e dei Collegi.

Perché parlare di tenacia e fatica?

Perché la nostra attività professionale è già complessa ed impegnativa di per sé, anche quando, per usare l'espressione di un collega *puoi smarcare il cartellino* al termine dell'orario di lavoro.

Aggiungervi lo studio, le riunioni, le lezioni, i lavori di gruppo, la stesura di un articolo o di un protocollo, ecc. Significa aumentare l'impegno, e la tenacia diviene indispensabile per riuscire a raggiungere gli obiettivi. Anche perché gli incentivi a questa forte motivazione, nella maggior parte dei casi, non sono né di tipo economico né legati al prestigio o allo status.

Perciò, quando incontro colleghi professionalmente maturi che ritornano sui banchi di scuola ed hanno il coraggio di rimettersi in gioco, per sen-

tirsi adeguati al ruolo che svolgono, anche se già lo sono perfettamente; altri che impiegano il loro tempo libero nella e per la professione; quando nei panni di "cliente" ricevo prestazioni assistenziali di qualità; quando tocco con mano l'orgoglio dei ragazzi per la professione che hanno scelto di svolgere; quando nel confronto con colleghi stranieri emerge un substrato comune e la qualità di ciò che facciamo; allora sento che, nonostante tutto stiamo vivendo un momento particolare dell'infermieristica.

Un momento in cui si può provare ammirazione e stima per ciò che siamo e per come lo siamo.

Non so quanti vivano questa percezione, credo però che il solo fatto di esserne sfiorati risvegli le energie, faccia guardare oltre, spinga a fare, senza aspettare aiuti o sollecitazioni esterne.

Ritornano alla mente le parole di H. Mintzberg: *se cambiamenti devono esserci, in ambito professionale, essi possono verificarsi solo lentamente, con la graduale sostituzione dei professionisti: ma il processo deve partire a monte, nel momento in cui i professionisti scelgono l'ambiente in cui svolgeranno la loro professione e anche prima, quando i futuri professionisti entrano all'università, apprendono le norme, ma anche le competenze tecniche che miglioreranno poi con l'esperienza (1989).*

Noi non abbiamo aspettato di essere sostituiti, lo stiamo facendo attraverso noi stessi, attraverso quel cambiamento che solo la motivazione, la consapevolezza, l'impegno, la formazione, la tenacia e il coraggio ci aiutano a compiere.

## Pagamento on-line dell'iscrizione al Collegio

Comodamente dal computer, evitando di recarsi all'ufficio postale oppure in banca eliminando code e perdite di tempo. Questa operazione è possibile direttamente dal sito internet di Poste Italiane, seguendo la procedura di seguito indicata:

1. Collegarsi al sito di Poste Italiane [www.poste.it](http://www.poste.it);
2. Effettuare la registrazione cliccando su «**Non sei ancora registrato?**» e seguire le indicazioni di poste italiane; oppure se già registrati al sito inserire le proprie credenziali di accesso;
3. Una volta attivata la registrazione ed effettuato l'accesso nella propria area denominata «**MyPoste**»; all'interno della sezione «**Banco Posta**» selezionare in ordine, «**Paga un bollettino**» dopodiché «**Compila un bollettino**» ed infine selezionare, «**Bollettino premarcato**»;
4. Nella schermata che appare, verrà visualizzato il prospetto del bollettino postale. Qui è necessario riempire tutti i campi richiesti come indicato nella maschera del bollettino e al termine selezionare «**Continua**»;
5. In questa ultima schermata selezionare le modalità di pagamento tra le opzioni proposte.



# A ciascuno il proprio livello di efficienza

**Annalisa Silvestro**

Più di dieci anni sono ormai trascorsi da quando, con la legge 42/1999, il nostro Paese ha formalmente riconosciuto il lungo e impegnativo cammino compiuto dagli infermieri italiani per qualificare l'assistenza infermieristica e definirne la struttura professionale coerentemente con i criteri e i paradigmi scientifici comunemente utilizzati in ambito europeo e internazionale.

Il cambiamento, da più parti definito profondo e significativo, ha impegnato l'intera compagine professionale che ha trovato costante motivazione nell'obiettivo, coralmemente perseguito, di delineare il proprio contributo nei processi di cura e assistenza e uno specifico ruolo all'interno del sistema salute.

La riflessione e l'approfondimento professionale si sono sviluppati, da una parte nella definizione delle migliori modalità per garantire una qualificata collaborazione agli altri professionisti sanitari impegnati nelle équipes assistenziali (... «l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche» - art. 1, com. 3 punto d. Dm739/1994), dall'altra nella ricerca di peculiari metodi e strumenti per pianificare e correttamente gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico [...] rimarcato in maniera sempre più evidente le potenzialità e il "nuovo" ruolo che veniva assumendo un infermiere sempre più lontano dalla esecutività aprioristica e dall'ausiliarità professionale.

Il confronto con i modelli organizzativo-assistenziali utilizzati negli altri Paesi (Inghilterra in primis) e la necessità di trovare nuove modalità di risposta all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie cronico-degenerative, hanno indotto diverse aziende sanitarie a sperimentare modelli organizzativi impostati sulla razionalità ed efficienza dei percorsi, attenti ai costi di sistema e coerenti con la diffusa aspettativa di un'assistenza personalizzata, ef-

## Il punto di vista dell'IPASVI

*Come ricorderete, gli articoli apparsi sul sole24sanità del 3 agosto scorso misero a nudo tutta la conflittualità, tuttora in atto, sorta attorno all'istituzione del see&treat, che vede da una parte le associazioni dei medici che mirano a screditare le competenze infermieristiche sentendosi defraudati di un terreno operativo che ritengono inespugnabile, e dall'altra le istituzioni rappresentative e legali dei professionisti infermieri che rivendicano il consolidamento d'autonomia professionale che ogni giorno viene rimessa in discussione nonostante la normativa.*

*In queste pagine il pensiero di Annalisa Silvestro, Presidente Nazionale dei Collegi IPASVI, pubblicato sul sole24oresanità il 3 agosto 2010.*

ficace e appropriata; si sono sviluppate così diverse sperimentazioni nell'ambito delle strutture di pronto soccorso e dell'emergenza, delle strutture residenziali, degli hospices e dell'assistenza domiciliare [...] preteso la ridefinizione delle competenze, il ridisegno delle attività e la riformulazione delle responsabilità [...] nei processi di cura e assistenza.

Ma tutto questo ha contemporaneamente e inevitabilmente prodotto una forte turbolenza nelle relazioni tra i diversi operatori che dopo decenni di staticità hanno dovuto riposizionarsi e ridefinirsi su criteri e paradigmi professionali nuovi che, inevitabilmente, non potevano ulteriormente misconoscere il radicamento di nuove competenze nel "fare", nel "decidere" e nel responsabilmente "rispondere".

Il riconoscimento e l'utilizzo formale di nuovi modelli di organizzazione del lavoro e la ridefinizione pragmatica delle figure professionali da coinvolgere (gli ospedali organizzati per intensità di cura e complessità assistenziale, le nursing home, i punti unici d'accesso, i percorsi per pazienti fragili, il «see&treat», la definizione del fabbisogno di medici e infermieri nelle degenze in relazione al grado di complessità degli assistiti o nei blocchi operatori in relazione al grado di complessità degli interventi chirurgici e anestesiológicos, gli ambulatori infermieristici, le unità di valutazione multi-professionale, il case management

infermieristico, la presa in carico globale dell'assistito, la definizione dei piani personalizzati di assistenza domiciliare, le procedure richieste dal risk management, i percorsi di qualità, la definizione budgetaria di obiettivi da raggiungere e delle correlate risorse, la valutazione degli esiti clinico-assistenziali...) hanno innescato il dibattito fra l'organizzazione e i professionisti e fra le diverse famiglie professionali. Un dibattito che però negli ultimi mesi, e soprattutto fra medici e infermieri, non pare connotarsi come metodo positivo per la ricerca di nuovi equilibri relazionali; ha assunto infatti toni che rischiano di esasperare gli animi e allontanare ancora di più le diverse posizioni senz'altro, invece, confrontabili. Credo si possa affermare che gli infermieri italiani, nella loro parte prevalente, si sentono giuridicamente sereni, professionalmente impegnati e sono pienamente consapevoli del rilevante e insostituibile ruolo che hanno assunto nella collettività nazionale e tra gli assistiti. Credo anche si possa affermare che gli infermieri italiani non vogliono fare inutili "guerre" oltretutto foriere di ingravescenti difficoltà per i cittadini e per l'intero sistema sanitario, ma rendersi disponibili a un aperto confronto sui contenuti di un progetto assistenziale di sistema. Un progetto che definisca il "da farsi" e le diverse competenze e responsabilità da utilizzare nei diversi setting assistenziali ospedalieri e territoriali e che sia scevro

da ideologie, oltre che lontano da schemi obsoleti e da supposte, primazie professionali e sociali. [...] L'assistenza sanitaria non si struttura unicamente in un insieme di processi diagnostici e terapeutici (peraltro resi concreti in cospicua parte dall'infermiere), ma anche nella rilevazione e nella risposta appropriata ai molteplici bisogni che il paziente evidenzia o che l'infermiere autonomamente rileva nell'esercizio della sua quotidianità professionalità. La questione "relazione professionale infermiere-medico" non si risolve "in punta giuridica", ma con il confronto aperto e trasparente, il riconoscimento

reciproco e la costruzione integrata e flessibile di nuovi perimetri professionali. Non so quanto possa essere utile in questa fase storica rincorrere l'idea di poter dare una definizione sostenibile e non giuridicamente conflittuale di che cosa può essere effettuato da un operatore sotto la responsabilità di altri (magari lontani) oppure di riuscire a definire puntualmente l'atto medico ovvero l'atto infermieristico senza cadere in rigide e inagibili strettoie professionali. Sono i singoli infermieri e i singoli medici che devono cambiare, crescere, convincersi, maturare e deporre le armi dello scontro per impegnare le proprie energie su obiettivi e processi assistenziali orientati ai cittadini e non a vetero rivendicazioni conseguenti a supposti torti, vecchie diatribe e insostenibili primazie professionali. Altri, gli esperti esterni alle due famiglie professionali, possono essere di supporto nella definizione e strutturazione di metodi e strumenti per facilitare il confronto, ma non certo nella declinazione dei contenuti paradigmatici e disciplinari dell'infermieristica e della medicina, che rimangono appannaggio esclusivo di infermieri e medici.

Infermieri e medici che amano la loro professione, vogliono davvero renderla "servizio al cittadino"; essi sono ben consapevoli che l'insita - e probabilmente fisiologica - conflittualità sottesa all'evolversi delle competenze e degli ambiti di esercizio professionale non può che essere superata con l'impegno che non rifugge il complesso confronto dialettico, con l'onestà intellettuale e con il prendere atto e l'accettare che i migliori risultati vengono raggiunti con l'integrazione dei diversi saperi e attraverso il lavoro di squadra.

# La comunicazione dell'errore

Paola Poggiali

Quando si verifica un evento avverso, l'approccio nei confronti dei pazienti deve essere aperto e trasparente.

La comunicazione dell'errore costituisce uno dei cardini della gestione del rischio clinico come fondamentale processo di comunicazione nel quale l'operatore sanitario si "gioca" ampia parte della fiducia dell'utente. Tutto ciò ha notevole importanza nel prevenire azioni rivendicative, soprattutto qualora si verificasse un evento avverso.

La comunicazione ricopre un ruolo centrale nell'eziologia, nell'aggravamento e nel contenimento degli effetti degli errori in sanità. In particolare, la comunicazione con l'utente è centrale per l'efficacia dei processi di cura e per promuovere un rapporto di fiducia tra l'utente e l'equipe assistenziale. Oltre a ragioni etiche e deontologiche, una comunicazione trasparente ed onesta degli errori e degli eventi avversi è essenziale per promuovere e rafforzare la relazione operatore sanitario-utente-équipe, per coinvolgere in modo consapevole l'utente stesso nelle eventuali modifiche del piano assistenziale.

Negli ultimi anni a livello internazionale è notevolmente aumentata la letteratura relativa alla comunicazione nella gestione del rischio clinico in corrispondenza alla crescente rilevanza della problematica. Documenti istituzionali di particolare impatto sono stati adottati in alcuni paesi, tra cui ad esempio in Australia il documento "Open Disclosure Standard" del 2003, che enfatizzava, tra l'altro, l'esigenza di comunicazione tra operatori sanitari e non dell'Azienda Sanitaria, e tra operatori, pazienti e parenti.

In Inghilterra la National Patient Safety ha lanciato nel 2005 la campagna "Being Open", che assumeva alla base i seguenti dieci principi: 1) Il principio della ammissione dell'evento avverso; 2) Il principio della verità, tempestività e chiarezza della comunicazione; 3) il principio dello scusarsi; 4) il principio del riconoscimento delle aspettative del paziente e/o dei suoi parenti; 5) il principio del supporto professionale; 6) Il principio del sistema di gestione del rischio e del miglioramento del sistema; 7) il principio della responsabilità multidisciplinare; 8) il principio del governo clinico; 9) il principio della riservatezza; 10) il principio della continuità della cura.



## La comunicazione degli eventi avversi

Quando si verifica un evento avverso, l'approccio nei confronti dei pazienti deve essere aperto e trasparente; debbono essere fornite le informazioni sull'evento accaduto, anche per prevenire e ridurre il numero di contenziosi medico legali derivanti da errori sanitari e mitigarne le conseguenze.

Può essere utile: spiegare al paziente l'incidente, seguendo le raccomandazioni illustrate nel seguito; avviare una immediata analisi dell'accaduto; fornire supporto fisico e psicologico.

Nella tabella 1 (adattata da Fallowfield e Fleissig, 2003), vengono riportate alcune raccomandazioni per la comunicazione dell'errore.

I contenuti della comunicazione a cui fare riferimento sono: A) descrizione chiara dell'incidente e probabile esito; B) esplicita e sincera dichiarazione di scusa e rincrescimento per l'evento accaduto; C) assicurazione di ogni altro intervento diagnostico terapeutico o riabilitativo per evitare o mitigare le conseguenze; D) attuazione di misure per prevenire il verificarsi dell'evento; E) disponibilità per ogni ulteriore chiarimen-

to; F) procedure e contatti per il risarcimento; G) informazioni e contatti per assicurare il supporto psicologico; H) dettagli sull'inchiesta; I) chiusura del colloquio

## Quali incidenti comunicare e chi deve comunicare l'evento avverso

Per la comunicazione di un evento avverso vanno considerati almeno i seguenti aspetti:

le circostanze specifiche ed in particolare la natura e la gravità del danno; la possibilità di recupero; il fabbisogno di cure aggiuntive; il rischio di contenzioso legale.

In generale vi è accordo sul fatto che debbano essere comunicati ai pazienti gli eventi avversi, mentre nel caso in cui un paziente non subisse gravi danni e fosse inconsapevole di quanto accaduto, va fatta in équipe una valutazione sulle possibili conseguenze dell'una o dell'altra scelta, sulla base anche delle indicazioni del protocollo aziendale. Analoga analisi di opportunità va fatta per i *quasi eventi* (*near miss*), che per definizione non provocano danni.

Nelle situazioni controverse, per esempio quando non vi è una chiara asso-

ciazione tra l'errore e l'esito, la decisione deve essere stabilita sulla base di eventuali protocolli regionali e/o aziendali. L'operatore sanitario che è stato coinvolto in un evento avverso deve comunicare l'accaduto al referente per la gestione del rischio clinico, laddove previsto, al Direttore di Dipartimento e alla Direzione Generale e/o Sanitaria, che stabiliranno chi dovrà comunicare quanto accaduto al paziente e/o ai familiari, sulla base non solo del ruolo ricoperto ma anche del rapporto stabilito dai membri dell'équipe assistenziale con il paziente durante la degenza.

Infatti, anche se dalla letteratura internazionale emerge un generale accordo sulla opportunità che sia l'operatore responsabile dell'errore a comunicare quanto accaduto al paziente ed ai familiari, con il supporto del direttore di unità operativa, può essere utile considerare l'opportunità che tale colloquio venga gestito dalla persona con cui il paziente ha instaurato un rapporto di fiducia. È estremamente importante che gli operatori assumano un comportamento omogeneo ed a tal fine sarebbe utile fossero disponibili linee guida aziendali sulle modalità di comunicazione specifica degli eventi avversi e la gestione delle relative conseguenze. Se l'evento avverso ha provocato conseguenze gravissime o la morte, i familiari dovranno essere informati tempestivamente sulle cause e la natura dell'incidente.

## Quando deve avvenire la comunicazione

In generale, la descrizione dell'evento avverso e del probabile esito, e gli interventi riparatori, dovrebbero essere comunicate prima possibile, non appena il paziente è clinicamente stabile ed è in grado di accogliere quanto verrà comunicato. Un ritardo può suscitare l'impressione che vi sia reticenza. La comunicazione deve essere gestita con molta attenzione, perché tutti coloro che sono a vario titolo coinvolti hanno un'alterazione dello stato emotivo.

## Azioni da compiere prima dell'incontro ufficiale di comunicazione del danno

Prima dell'incontro è utile: recuperare e mettere a disposizione di chi con-

Tabella 1 – Raccomandazioni per la comunicazione di un evento in rapporto agli esiti.

Livello	Descrizione	Evento	Comunicazione
1	Evento che non interessa il paziente	Prescrizione dose scorretta, ma non somministrata	Discrezionale, una relazione alla Direzione
2	Evento che interessa il paziente, ma che non causa danno	Ritardo di somministrazione di medicinali	A, B, D, E
2b	Evento che può causare danno	Riutilizzo di strumentazione usata in paziente	A, B, C, D, E, G
3	Evento che ha causato un danno transitorio, comportando esami o controlli aggiuntivi	Mancata somministrazione di farmaci che comporta controlli e aggiustamenti delle dosi successive	A, B, C, D, E
3b	Evento che ha causato un danno transitorio, comportando trattamenti aggiuntivi o ospedalizzazione	Malfunzionamento della pompa e.v. con overdose di analgici o reazione allergiche a farmaci	A, B, C, D, E, F
4	Evento che ha causato un danno permanente o grave pericolo di vita	Anafilassi per errore di somministrazione di farmaci, mancata diagnosi di neoplasia ad uno stadio curabile, rimozione di organo per errore di diagnosi	A, B, C, D, E, F, G, H
5	Evento che causa morte	Errore trasfusionale, danno ad un organo vitale durante intervento chirurgico, errore nella somministrazione e.v. di farmaci	A, B, C, D, E, F, G, H

durrà il colloquio tutti gli elementi informativi che riguardano la situazione clinica del paziente ed ogni altra informazione importante sull'accaduto; acquisire informazioni sulle caratteristiche demografiche e socio-culturali ed etniche del paziente per poter tarare e gestire con attenzione e sensibilità il colloquio; prevedere eventualmente la disponibilità di persone di sostegno, un interprete, un mediatore culturale, uno psicologo; verificare se il paziente desidera la presenza di congiunti o altre persone ed invitarle a partecipare; scegliere un luogo confortevole, nel quale sia possibile parlare senza interferenze.

### **Conduzione del colloquio (o della riunione)**

Il colloquio (o la riunione) deve essere gestito con molta attenzione, perché tutti coloro che sono a vario titolo coinvolti hanno uno stato emotivo alterato. Durante il colloquio va stabilito un rapporto empatico con il paziente, basato su onestà, trasparenza, partecipazione e solidarietà.

Durante l'incontro è utile: descrivere i fatti avvenuti chiaramente senza ambiguità e le relative cause, con spiegazione dei termini medici. Evitare rassicurazioni poco credibili, non vere o premature; fornire informazioni circa l'indagine intrapresa o realizzata per la ricostruzione dell'accaduto e la identificazione delle relative motivazioni, indicando anche chi è responsabile di tale inchiesta e come il paziente verrà informato sull'andamento della stessa e dei suoi risultati; fornire tutte le informazioni sull'iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo avviato o da seguire per risolvere la situazione o contenere i danni e favorire il recupero, assicurando che verrà fornito tutto quanto necessario per limitare e mitigare le conseguenze. Se possibile accompagnare le spiegazioni orali con documentazione illustrativa, che il paziente o i familiari potranno tenere e consultare anche in momenti successivi; lasciare al paziente ed ai familiari un tempo sufficiente per assimilare le informazioni e porre domande. Far esprimere al paziente (ed ai familiari) tutte le conoscenze che possiede rispetto all'evento ed il suo vissuto, in modo da condurre in forma mirata ed efficace il colloquio. Accogliere con empatia

tutte le reazioni emotive; nel caso siano necessarie decisioni da parte del paziente rispetto a possibili alternative terapeutiche, seguire le tappe per la migliore effettuazione della decisione condivisa e la raccolta del consenso informato; indicare a chi rivolgersi e le modalità per avere ulteriori chiarimenti, anche in momenti successivi; programmare se utili o richiesti successivi incontri con gli interessati. Dare un riferimento preciso ai familiari (nome e numero di telefono) di una persona a cui rivolgersi per assicurare un contatto certo per ogni ulteriore necessità; impegnarsi ad attuare misure nella struttura per prevenire il ripetersi dell'evento avverso; prendere nota di tutte le richieste di chiarimento e delle domande emerse, per le quali è necessario fornire ulteriori informazioni.

### **Fornire scuse esplicite ed esprimere sincero rincrescimento**

Coloro che devono porgere le scuse a nome dell'Azienda sanitaria devono essere preparati a gestire una gamma di reazioni emotive, quali la rabbia, le lacrime e la disperazione. È utile: non attribuire colpe ad altri operatori, a meno che l'errore sia chiaramente attribuibile; chiarire che tutti gli operatori coinvolti sono sinceramente dispiaciuti di quanto avvenuto; fornire al paziente e/o ai familiari informazioni sulle procedure per la eventuale richiesta di risarcimento.

### **Misure per prevenire ulteriori errori**

A questo scopo è utile: Illustrare le misure adottate nella struttura per evitare l'accadere dell'evento e che cosa è stato inoltre intrapreso per prevenire il ripetersi in futuro; essere preparati a rispondere a domande se simili eventi siano già avvenuti nell'ospedale o a pazienti curati da operatori coinvolti nel caso in questione.

### **Opportunità per ulteriori approfondimenti**

Più incontri sono utili: nel caso di eventi avversi molto gravi nei quali la condizione clinica del paziente sia instabile o quando tutte le circostanze non siano ancora chiare; se vengono fornite molte informazioni o se il paziente ed i familiari dimostrano di essere

in difficoltà; anche se l'evento non è serio ed il paziente ha subito un danno lieve o nessun danno, può essere utile offrire l'opportunità di effettuare ulteriori incontri. Contattare, se desiderato dal paziente, un familiare o un'altra persona di riferimento per successivi rapporti; fornire un riferimento preciso (nome e numero di telefono) per ulteriori necessità.

### **Procedure di risarcimento**

Fornire al paziente ed ai familiari informazioni sulle procedure per la richiesta di risarcimento.

### **Supporto psicologico**

Fondamentale è il supporto psicologico al paziente e/o ai familiari al momento della comunicazione dell'evento per consentire la "elaborazione" dell'accaduto ed offrire un sostegno nella prevenzione di ulteriori disagi. Vanno quindi fornite informazioni sul supporto psicologico disponibile all'interno ed all'esterno della struttura.

Se la situazione lo richiede è utile segnalare la possibilità di avere un incontro con uno psicologo e, nel caso di problematiche assistenziali, con un assistente sociale che peraltro può aiutare nello svolgimento delle pratiche successive al ricovero.

### **Indagini interne**

Il paziente ed i familiari devono sapere chi sarà il responsabile dell'indagine sull'evento avverso, come e quando verrà condotta; spiegare le modalità con cui saranno informati sull'andamento dell'indagine.

### **Conclusione dell'incontro**

Al termine dell'incontro dare spazio per domande e richieste di ulteriori chiarimenti; ribadire le scuse per quanto accaduto e ringraziare per la partecipazione all'incontro; redigere un verbale del colloquio, da mettere a disposizione anche del paziente.

### **La comunicazione interna**

Per comunicazione interna si intende la comunicazione intercorrente tra: i professionisti all'interno del gruppo di lavoro; il gruppo di lavoro e la dirigenza ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria; diverse unità operative; diverse strutture sanitarie.

La comunicazione tra professionisti è vitale all'interno delle strutture sanitarie. Non è raro riscontrare nella realtà lavorativa ospedaliera situazioni di grave conflitto tra i colleghi, che danneggiano il morale di chi lavora e la sicurezza dei pazienti.

Una delle aree critiche in cui c'è bisogno di sviluppare la comunicazione interna è proprio la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. L'errore può divenire una straordinaria occasione di apprendimento se viene comunicato e condiviso all'interno dei gruppi di lavoro. Quando avviene un errore, si è abituati a ricercare immediatamente un colpevole, piuttosto che le condizioni che lo hanno favorito. È necessario quindi un cambiamento culturale per riconsiderare l'errore come un'occasione di apprendimento anziché come una colpa, creando così i presupposti per la segnalazione spontanea e l'analisi degli eventi avversi. La maggiore difficoltà si riscontra nel segnalare ai colleghi, all'interno del gruppo di lavoro, che la propria performance

ha comportato o avrebbe potuto comportare un danno per il paziente.

L'introduzione del briefing come metodologia organizzativa per lo sviluppo della cultura della promozione della sicurezza e strumento per la prevenzione degli eventi avversi costituisce una occasione importante di comunicazione interna.

La comunicazione degli eventi avversi può avvenire in forma scritta, tramite un'apposita scheda di segnalazione secondo le procedure indicate dalla direzione aziendale, laddove presenti. Nell'ambito del sistema di gestione del rischio clinico, è inoltre auspicabile integrare le diverse fonti informative per l'identificazione ed il monitoraggio dei rischi. Nelle Aziende Sanitarie, esistono infatti dei flussi di dati che sono utili per la gestione del rischio clinico, come i reclami e le richieste di risarcimenti. Tali informazioni, adeguatamente filtrate e classificate dai rispettivi uffici di riferimento, possono diventare oggetto di approfondimento da parte dello staff per

la gestione del rischio clinico. Nell'esecuzione di procedure diagnosticoterapeutiche ci sono fattori che possono influire negativamente sulla qualità della comunicazione nei gruppi di lavoro, tra cui si segnalano la tendenza alla conferma e la deferenza verso l'autorità.

La *tendenza alla conferma* è un bias cognitivo che spinge gli individui a ricercare le informazioni che confermano le decisioni già prese e più in generale le proprie abitudini ed a evitare tutte quelle informazioni che potrebbero mettere in discussione i modi di fare e di pensare consolidati.

La *deferenza verso l'autorità* può indurre le persone ad autocensurarsi per evitare di contraddire la posizione del superiore. Nell'ambito delle attività sanitarie, questo atteggiamento può essere particolarmente pericoloso, perché se un clinico (o un operatore) si rende conto che il proprio superiore sta commettendo un errore, è necessario lo faccia presente, con le dovute modalità.

## Il potere degli anni storie di anziani e di chi li assiste

Ho avuto il piacere di leggere in anteprima il libro scritto dal nostro collega Bernardo Franco, un libro con storie di anziani con la loro cultura e di chi li assiste.

Quando penso al fenomeno dell'invecchiamento ed ai trend che caratterizzano lo scenario attuale mi pongo innumerevoli interrogativi che invadono le mie dimensioni più profonde.

I paesi occidentali o quelli più industrializzati affrontano il tema della cronicità in modo estremamente organizzato, sia dal punto di vista manageriale, applicando modelli evoluti di ingegnerizzazione dei sistemi che producono benessere e salute, che dal punto di vista clinico, implementando le ultime evidenze e mantenendo aggiornato il personale coinvolto nei processi.

I pensieri si accavallano fino a intersecarsi con l'esperienza che inesorabilmente condiziona posizioni di carattere più generale offuscando la mia obiettività. L'interrogativo etico mi spinge a pensare al concetto di vita e non vita, a cento anni e in modo distaccato rifletto sul fatto che in altri paesi la speranza di vita alla nascita è del 50% rispetto all'Italia. Ma è giusto vivere così tanto afflitti da cronicità e magari in una casa di riposo?

Le risposte si trovano in questo libro ric-

## Recensione



co di passione per l'assistenza, per niente stucchevole od eccessivamente sdolcinato per un argomento che nella sua trattazione può portare effettivamente a banalizzare il concetto di fragilità. L'autore ha risposto ai quesiti della mia mente con perfetta puntualità alle contraddizioni inerenti la qualità della vita in una residenza per anziani, ai rapporti con i familiari e gli operatori che ogni giorno accettano la sfida

dell'invecchiamento con nuove certezze. Le storie raccontate dall'autore aiutano il lettore a comprendere quando il vecchio concetto di "ricovero", od "ospizio", sia stato spazzato via dal concetto di Azienda di Servizi alla persona inteso come propensione olistica e quindi globale, profonda ed individualizzata. Certo un libro di poesia ed amore professionale, ma anche un importante riferimento informativo per tutti coloro che hanno una persona anziana a casa.

Parlo di esperienza che talvolta condiziona, ma anche supporta il pensiero distaccato e più obiettivo. Mia madre ha compiuto cento anni e da qualche anno vive l'esperienza della casa di riposo: è proprio così, la premura degli operatori e la passione nell'accudimento compensano ogni giorno i difetti di un sistema che non può essere perfetto, ma che aspira ogni giorno al miglioramento aderendo ai più attuali principi di qualità.

Ho ancora in mente il suo viso davanti a quelle candeline, la sua mano che cerca la mia con un sorriso che intravedo anche tra le righe del libro che ho appena terminato di leggere e sospirando soddisfatto non posso che sorridere di rimando.

Grazie per questo contributo da un infermiere al quale non posso che augurare una carriera luminosa nel settore che più gli si addice.

Gianfranco Cecinati

# COLLEGIO IPASVI - FIRENZE

## CONVOCAZIONE ASSEMBLEA

Firenze, 19 ottobre 2010

Prot. n. 2010/0004877/II.01

Agli iscritti al Collegio IPASVI  
della provincia di Firenze  
Loro indirizzi

Oggetto: *convocazione Assemblea degli iscritti dicembre 2010*

Egregio collega, in osservanza degli art. 23 e seg. del D.P.R. 5 aprile 1950, è indetta l'Assemblea ordinaria degli iscritti per sabato 11 dicembre 2010 alle ore 6.00 in prima convocazione c/o la sede del Collegio IPASVI di Firenze e per **mercoledì 15 dicembre 2010 ore 15.00 in seconda convocazione presso la sede del Collegio IPASVI di Firenze - via P. da Palestrina, 11 - Firenze** con il seguente O.d.G:

- 1) Relazione Presidente
- 2) Approvazione bilancio di previsione anno 2011
- 3) Approvazione Assestamenti di Bilancio Preventivo anno 2010

Per quanto riguarda l'Assemblea degli iscritti al Collegio IPASVI di Firenze si ricorda che è consentita la delega ad uno degli iscritti. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe. La delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione in possesso del delegante e va consegnata al momento della registrazione. Non sono accettate deleghe consegnate in altro modo.

Si invita a compilare il fac-simile pubblicato per il conferimento della delega. Si rammenta che la sola compilazione della delega, nell'impossibilità a partecipare, rappresenta pur sempre un atto di sensibilità verso i problemi della categoria.

IL PRESIDENTE  
*F. to Gianfranco Cecinati*

da fotocopiare

### Delega per l'Assemblea degli iscritti al Collegio IPASVI della provincia di Firenze

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

**Delego** \_\_\_\_\_

*(scrivere il nome e cognome in stampatello della persona che si delega)*

a rappresentarmi a tutti gli effetti all'Assemblea ordinaria del 15 dicembre 2010

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: non sono accettate cancellazioni sulla delega