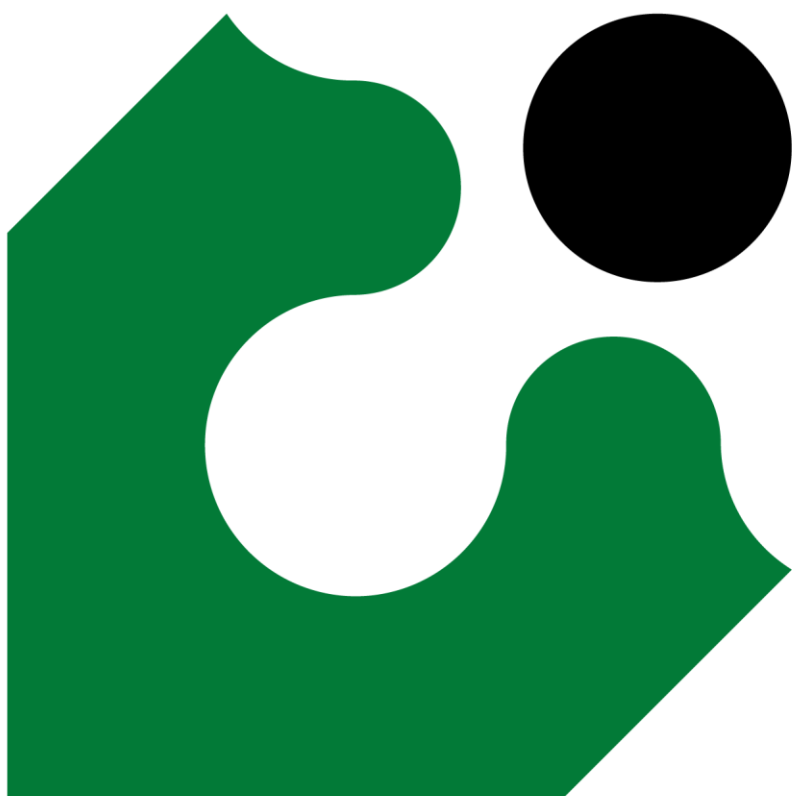


**COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI
UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI
UNA RSA**

SANTA TORRETTA

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2022 - 2023



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

UNIMI-DSC 2201/AE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

IL DOCENTE DI PROGETTO

Chiara Guglielmetti

Professore Associato, Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi
Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega

Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute
Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

INDICE

INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	9
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	10
METODOLOGIA ADOTTATA	11
DESCRIZIONE DEL PROGETTO	14
TEMPISTICHE DEL PROGETTO	15
ESEMPI TIPO DI CASI SEGNALATI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO	15
INDICATORI DI PROCESSO	17
INDICATORI DI RISULTATO	17
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	18
RISULTATI ATTESI	19
CONCLUSIONI	20
RIFERIMENTI NORMATIVI	21
BIBLIOGRAFIA	22
SITOGRAFIA	23

INTRODUZIONE

Nella pubblicazione della Commissione Tecnica sul rischio clinico pubblicata dal Ministero della Salute (2004) si legge: « Una cattiva comunicazione tra operatori può essere causa di errori perché l'informazione non viene passata e/o non è disponibile, con conseguenze importanti per i pazienti, che possono andare dalla somministrazione della terapia o di trattamenti scorretti, a ritardi, errori o omissioni nei trattamenti. Una cattiva comunicazione può verificarsi per cause diverse: cattiva organizzazione, mancanza di sistemi e flussi che garantiscano un buon passaggio di informazioni, mancanza di strumenti di comunicazione, cattivo clima di lavoro, personale non preparato o non abituato a lavorare in equipe, carichi di lavoro eccessivi. »¹.

L'alzheimer è una malattia degenerativa che colpisce soprattutto la popolazione anziana e causa forte decadimento cognitivo e comportamentale, si tratta di una patologia progressiva e invalidante e comincia con la perdita di memoria per poi progredire con difficoltà nella comunicazione, deficit cognitivi, deficit comportamentali e della personalità.

Il problema della comunicazione tra i membri di una equipe, soprattutto nelle sezioni di pazienti alzheimer di una RSA, diventa di cruciale importanza per l'assistenza degli ospiti con problematiche inerenti alla malattia.

Assistenza agli ospiti intesa anche come attenzione alla loro sicurezza, cercando di ridurre al minimo, se non eliminarli del tutto, errori, near miss ed eventi avversi.

Con l'evolversi del modello organizzativo, la cui complessità aumenta notevolmente nel sistema sanitario, il fattore umano acquista un'importanza fondamentale per il successo dell'organizzazione e il buon funzionamento dei suoi elementi strutturali, sia in base a una visione sociale sia individuale.

Se si considera infatti l'organizzazione come una rete, impostata sulle relazioni, la comunicazione interna diventa elemento strutturale indispensabile per il raggiungimento della mission e dei diversi obiettivi, nonché elemento cardine a sostegno della cultura organizzativa².

La comunicazione diventa quindi non più strumento di controllo per implementare piani predefiniti, ma di partecipazione ed è l'elemento che contribuisce al successo e alla determinazione di organizzazioni efficienti, grazie a una totale coerenza tra le due.

Analizzando meglio il concetto di comunicazione in quanto tale, questa può essere definita come « uno scambio interattivo tra due o più partecipanti dotato di intenzionalità reciproca e di un certo livello di consapevolezza in grado di far condividere un determinato significato sulla base di sistemi simbolici e convenzionali e di segnalazione secondo la cultura di riferimento »³. Dall'enunciato di Watzlawick sopra riportato, si potrebbe interpretare la comunicazione come un processo sociale dinamico e complesso d'interazione tra gli individui coinvolti, in cui è presente uno scambio reciproco di elementi cognitivi, emotivi e relazionali.

Il messaggio trasmesso con la comunicazione può essere elaborato o modificato nel suo contenuto dal ricevente, dando origine in tal modo ad una relazione.

¹ Ministero della salute (2004), Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, *Risk Management in Sanità : Il Problema degli Errori (Allegato 5)*.

² Invernizzi E. (1996). *La comunicazione organizzativa : teorie, modelli e metodi*.

³ Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967). (trad. It. *Pragmatica della comunicazione umana*).

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

Applicando l'enunciato di Watzlawick alla relazione medico-paziente Alzheimer, resa ancora più complessa e delicata a causa delle numerose problematiche inerenti alla malattia e che potrebbero, in quanto tali, costituire una barriera allo scambio reciproco, diventa ancora più importante stabilire un processo di comunicazione interna di qualità, efficace ed efficiente, che si rifletta con le medesime caratteristiche in una comunicazione esterna trasparente e onesta anche degli eventi che si verificano, che abbia alla base il rispetto e la considerazione, nonché il coinvolgimento, per quanto possibile, del paziente.

In ogni organizzazione agire in termini di qualità significa agire in termini di risultato e, essendo l'elemento umano strutturalmente essenziale per il successo in un'azienda sociosanitaria in una moderna visione sistematica contingente, il modo migliore per farlo è lavorare attraverso gruppi multiprofessionali e interdipendenti, data la naturale tendenza dell'essere umano a creare gruppi quando condividono un destino comune⁴.

Comunicare efficacemente è di fondamentale importanza nei modelli di lavoro di gruppo, perchè consente di valorizzare il contributo di tutti i singoli al risultato di insieme⁵.

Intendendo quindi come gruppo un insieme di persone dinamico con individui che si percepiscono interdipendenti per uno o più aspetti, il gruppo esiste quando gli individui diventano consapevoli che, in qualche modo, il loro destino è collegato a quello del gruppo, la cosiddetta "interdipendenza del destino", secondo Lewin (1951) ; quando cioè esiste un obiettivo da raggiungere, un compito da assolvere, tale che i risultati di ciascun membro hanno implicazioni per i risultati degli altri.

Questa interdipendenza può essere definita "positiva", quando dà luogo all'instaurarsi di sentimenti di cooperazione e coesione tra i membri, favorendo una migliore prestazione del gruppo; oppure "negativa", quando prevale la competizione che conduce a insicurezza, riduzione della coesione e peggioramento della prestazione complessiva (interdipendenza del compito)⁶.

Per attivare un gruppo di lavoro e perseguire gli obiettivi del progetto, è dunque necessario che i componenti del gruppo sappiano in anticipo quale sia il compito e che ci sia un commitment formale⁷. I cambiamenti degli ultimi anni hanno infatti portato a una riprogettazione del sistema organizzativo, passando da procedure rigide e standard, alla responsabilizzazione non solo dei vertici, ma anche dei singoli collaboratori.

Da qui la necessità di sviluppare una comunicazione e un modello organizzativo non più verticale, ma orizzontale, prevedendo la creazione di un processo di interazione continuo e costante, alla base di ogni gruppo efficiente ed efficace.

La creazione di un piano di comunicazione interna si rifletterà di conseguenza in una più chiara ed efficiente comunicazione esterna, intendendo per esterna la comunicazione rivolta in questo caso all'ospite della struttura, a cui va garantito il diritto a ricevere una comunicazione trasparente e onesta degli eventi, grazie a una condivisione di intenti e lavori per una partecipazione attiva dello stesso nella prevenzione.

In una struttura R.S.A., con ospiti affetti da malattia di Alzheimer e altre patologie geriatriche, il percorso per lo sviluppo e l'implementazione di un piano di comunicazione efficace, potrebbe essere

⁴ Rebora G. (1998). *Organizzazione Aziendale : Teorie e Strumenti per l'Analisi e la Progettazione*.

⁵ Ministero della Salute (2011), *Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità*

⁶ Lewin K. (1951). (trad. It. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*.

⁷ Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A. (2008). *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*.

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

reso ancora più tortuoso dall' eventuale presenza di esperti sanitari di origine multi-etnica e magari perfino dipendenti delle Cooperative.

Questi aspetti, incluse notevoli barriere dal punto di vista linguistico, portano nel tempo a uno svolgimento non corretto dell'intero processo di comunicazione e all'adozione di modelli rigidi che, uniti a un eccesso di carico di lavoro, potrebbero diventare cause di errore e portare a un peggioramento nella qualità della comunicazione con conseguenza di minor/peggior attenzione e assistenza all'ospite preso in cura.

« Gli esseri umani, in tutte le loro espressioni lavorative, commettono errori. Gli errori possono essere prevenuti attraverso la strutturazione di sistemi che rendano difficile compiere azioni sbagliate e che invece rendano semplice compiere azioni corrette. In Sanità, costruire un sistema più sicuro significa strutturare processi di cura che salvaguardino i pazienti da danni accidentali. Una volta concordato un trattamento medico, i pazienti dovrebbero avere la assicurazione che lo stesso proceda correttamente ed in sicurezza, in modo tale da garantire loro la più elevata chance, per quanto sia ragionevolmente possibile, di raggiungere l'esito desiderato. Tanto più complessi diventano i sistemi che garantiscono l'erogazione delle cure sanitarie, tanto maggiori sono le occasioni nelle quali gli errori si possono manifestare. La correzione di tale tendenza richiede uno sforzo comune e concertato che coinvolga professionisti, organizzazioni sanitarie, cittadini utenti, organismi regolatori e legislatori. I rigidi confini rappresentati dalla tradizione clinica e dalla cultura della colpa devono essere abbattuti; ma, cosa ancora più importante, è necessario introdurre in maniera sistematica il tema della sicurezza all'interno di ciascun processo di cura »⁸.

Da quanto sopra riportato dalla citazione del Committee on Quality of Health Care in America, la grande complessità di un'organizzazione sanitaria fa sì che il rischio di accadimento di un errore sia insito e inalienabile ; ed un errore può venire definito come un danno causato dalla gestione clinica piuttosto che dalla malattia o dalla condizione di base del paziente.

Una parte considerevole delle segnalazioni di incident reporting sono il risultato di errori ; un evento avverso attribuibile ad un errore, è un evento prevedibile, e l'errore può essere definito come un fallimento di un'azione pianificata non completata come previsto, o l'uso di un piano sbagliato per raggiungere un determinato scopo⁹.

È riconosciuto che la promozione della sicurezza degli ospiti si fonda su un approccio sistemico degli errori, che comprende lo studio degli eventi avversi e dei near miss, l'identificazione ed il controllo delle circostanze, dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

Momento essenziale nella gestione degli errori è l'analisi delle cause e dei fattori che possono aver contribuito all'evento, al fine di trovare soluzioni alle problematiche riguardanti tali eventi, tramite una comunicazione alla dirigenza della sezione, tempestiva, aperta e onesta, che possa concorrere al miglioramento della qualità delle cure, della sicurezza degli ospiti e di tutto il personale, impegnando

⁸ *Committee on Quality of Health Care in America (2000), To err is human : Building a safer health system Institute of Medicine.*

⁹ *Reason J. (1990). Human Error.*

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

tutta l'organizzazione ad adottare un comportamento corretto, per ridurre i disagi e la sofferenza degli ospiti, dei familiari e di tutto il personale.

Si possono riconoscere due modalità di approccio al problema degli errori anche in sanità : la prima si focalizza sul comportamento umano come fonte di errore, attribuendo l'incidente ad un comportamento anomalo, dove la prevenzione dell'evento si affida alla formazione individuale.

La seconda modalità si focalizza sulle condizioni nelle quali l'evento accade, visto come risultato di un fallimento del sistema, inteso come insieme di elementi umani, razionali e tecnologici¹⁰.

Da questa visione sistemica, nasce l'idea che il verificarsi di un incidente sia frutto di una concatenazione d'eventi che hanno superato tutte le tutele che erano state messe in atto.

Come potrebbe avvenire infatti in una struttura, per esempio con 25 ospiti per reparto, se ogni ospite ricoverato assumesse almeno 5 tipi di farmaci diversi che devono essere somministrati da un solo infermiere, quell'infermiere dovrebbe distribuire ben 125 farmaci almeno.

È evidente che somministrando almeno 125 farmaci, le possibilità d'errore da parte dell'infermiere sono elevate.

Se un infermiere che sta per somministrare un farmaco all'ospite sbagliato se ne accorge, non lo somministra e lo sostituisce con il giusto farmaco, questo è un quasi evento avverso, un near miss.

Se l'infermiere non si accorge che sta somministrando un farmaco all'ospite sbagliato provocando un qualsiasi evento che va trattato con altri farmaci, questo è un evento avverso correlato al processo assistenziale, che comporta un danno all'ospite non intenzionale e indesiderabile.

Se poi il trattamento farmacologico non ha successo e porta al decesso dell'ospite, questo è un evento avverso grave.

Se gli eventi sopra descritti vengono esaminati alla rovescia, partendo dall'evento avverso grave arrivando a near miss, cioè dall'evento che ha causato tutte le conseguenze sino al decesso dell'ospite, si evince che all'origine di un evento grave c'è sempre un near miss.

Non conta cosa ha indotto l'infermiere a prendere dal carrello dei medicinali il farmaco sbagliato (stanchezza, distrazione, il farmaco non era al suo solito posto, et altri), all'origine c'è sempre un near miss: cioè a volte, un evento avverso grave potrebbe essere preceduto da una serie near miss¹¹.

La teoria di Reason chiarisce e illustra la prevenzione degli errori ; cioè quando si allineano carenze nel sistema organizzativo, si verificano situazioni che favoriscono errori, eventi avversi e near miss¹².

¹⁰ Reason J. (1990). *Human Error*.

¹¹ Nashef S. (2003). *What is a near miss?*.

¹² Reason J. (2012). *Patient Safety, Human Error, and Swiss Cheese*.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Obiettivo primario e finale del progetto sarebbe quello di ridurre gli errori e i near miss determinati da problemi comunicativi nella R.S.A. attraverso l'istituzione di gruppi che avranno il compito di migliorare la qualità dei dati raccolti, analizzando la dinamica degli eventi, introducendo azioni di miglioramento, migliorando la qualità delle relazioni tra personale, ospiti e loro famigliari.

La comunicazione all'interno/esterno dei gruppi di lavoro multiprofessionali è efficace quando è chiara, carismatica, credibile e persuasiva ; pertanto, assertività, ascolto attivo ed empatia saranno da me considerati come punti cardine per una efficace comunicazione al fine di raggiungere l'obiettivo prestabilito.

Non meno importante sarebbe un utilizzo appropriato della procedura di incident reporting al fine di avere una stima accurata di errori e near miss, nonché la possibilità di utilizzare strumenti di analisi adeguati a comprenderne le cause e evitarne il ripetersi.

Il fine principale dell'attività sanitaria rimarrebbe comunque il miglioramento dello stato di salute dell'ospite o il mantenimento dello stesso livello, unitamente all'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi critici.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I destinatari/beneficiari del progetto sono tutte le figure sanitarie che operano nell' R.S.A. e che concorrono alla sicurezza dell'ospite.

Destinatari /beneficiari del progetto saranno anche gli ospiti, a cui va garantito il diritto a ricevere una comunicazione trasparente e onesta dell'evento accaduto, oltre alla formazione dell'ospite stesso (dove è possibile) relativa ai rischi, specialmente riguardanti le cadute, per una partecipazione attiva dello stesso nella prevenzione.

METODOLOGIA ADOTTATA

Sono previsti due tipologie di gruppo :

1. Un gruppo promotore, composto dal medico referente, dalla coordinatrice infermieristica e dal responsabile della Cooperativa.
Questo primo gruppo, promotore dell'iniziativa formativa, ha il compito di raccogliere le segnalazioni delle criticità, di classificarle in evento avverso o near miss, di condividerle con i componenti del gruppo di miglioramento attivandolo, organizzandolo e coordinandolo.
2. Gruppo di miglioramento, che ha come componente stabile la coordinatrice infermieristica come leader, e 1 persona a rotazione per ciascuna categoria professionale.
Il gruppo di miglioramento ha il compito di analizzare le criticità emerse e di proporre soluzioni, al fine di ridurre errori, eventi avversi e near miss.

Da qui la necessità di sviluppare una comunicazione e un modello organizzativo non più verticale, ma orizzontale, in cui almeno un componente del gruppo promotore (la coordinatrice infermieristica) faccia parte in maniera stabile del gruppo di miglioramento, trasmettendo ad esso tutte le problematiche emerse.

La comunicazione pertanto non deve essere il mezzo per raggiungere l'obiettivo finale, l'aumento di segnalazioni di incident reporting, ma l'intero processo alla base di una cultura organizzativa che, se ben gestita, riduce la negatività e migliora la gestione dei bisogni.

L'idea è quella di coinvolgere il maggior numero di persone all'interno dei gruppi di miglioramento perché sentano di essere responsabili delle analisi e soluzioni proposte e della condivisione delle corrispondenti azioni migliorative.

Ogni incontro dei gruppi di miglioramento dovrà prevedere la presentazione di una criticità (errori, near miss osservati, situazioni che hanno creato problemi senza essere veri e propri esempi di negligenza) che diventa il tema dell'incontro.

Come presentando nell'introduzione, la visione sistemica, con il relativo approccio organizzativo, è quella che meglio si adatta al sistema sociosanitario per la cooperazione e l'integrazione delle funzioni, la necessità di empatia e la promozione di una metodologia adatta, basata su teorie motivazionali e di appartenenza, che abbia la qualità tra i suoi obiettivi.

Qualità intesa non solo come efficienza, ma anche come continuità nella relazione con il personale, con il paziente ed i suoi famigliari in termini di empatia.

Una buona qualità organizzativa porta a una migliore gestione delle criticità, perché efficacia ed efficienza favoriscono le opportunità di incontro nell'analizzare le problematiche emerse, al fine di proporre iniziative di miglioramento.

Pertanto, il gruppo promotore avrà il compito di aumentare il grado di motivazione di tutto il personale, attraverso i gruppi di miglioramento, provvedendo direttamente a raccogliere suggerimenti e favorire l'analisi delle criticità attraverso discussioni in apposite riunioni.

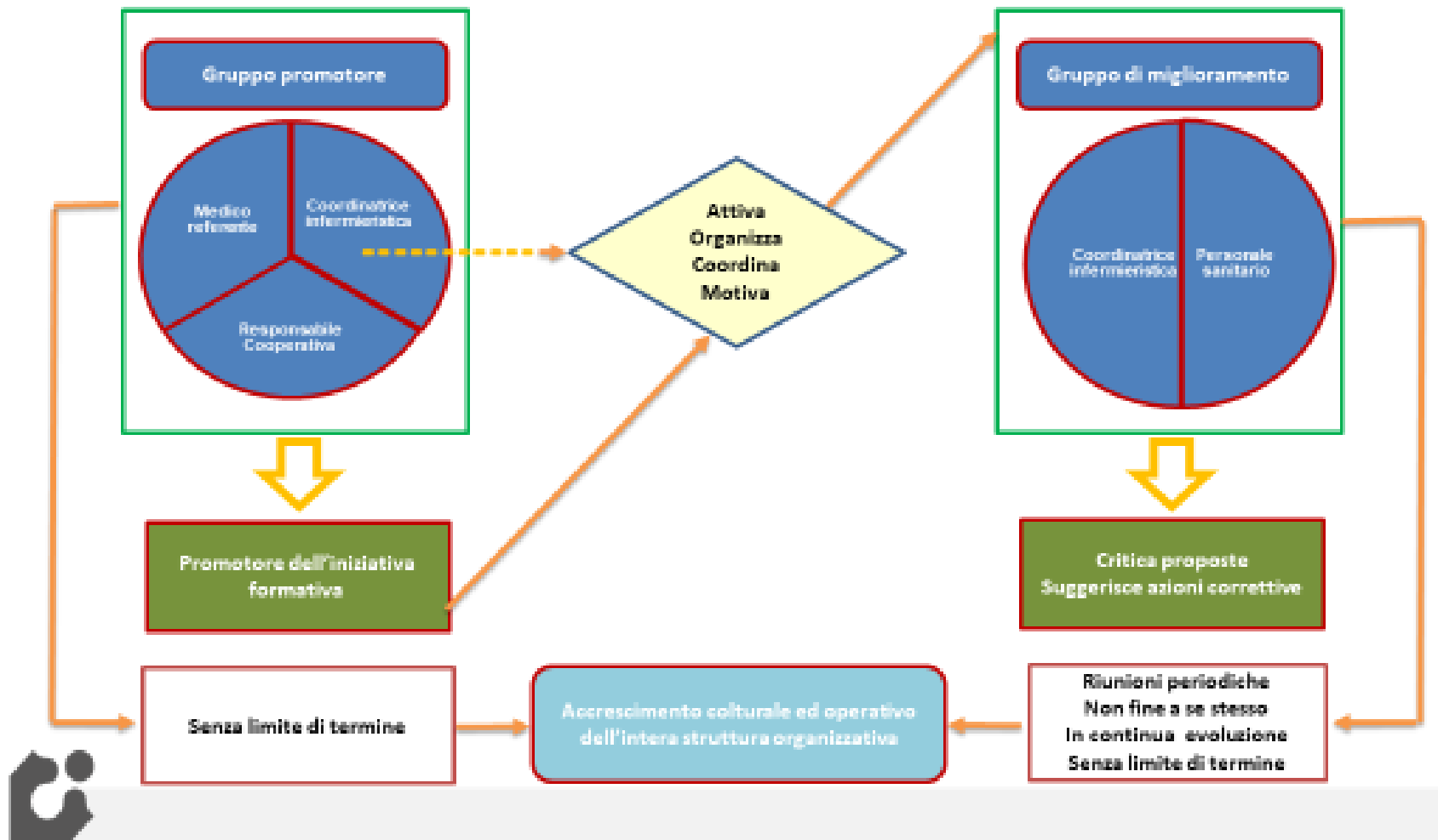
Verrà applicato un metodo di osservazione longitudinale con orientamento prospettico, dove verranno seguite ed osservate ripetutamente nel tempo le dinamiche delle criticità con l'obiettivo di implementare in itinere azioni « correttive » o di miglioramento anche attraverso meccanismi di

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

condivisione e gestione dei feedback con modalità dirette e indirette, ed un metodo di osservazione con orientamento retrospettivo, ricostruendo a posteriori le dinamiche di criticità.

Di seguito il diagramma di flusso che descrive la metodologia da adottare.

Metodologia da adottare



DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto verrà proposto all'interno di una struttura R.S.A., con ospiti affetti da malattia di Alzheimer e altre patologie geriatriche.

Se l'R.S.A. in questione avesse 125 posti letto, il personale dovrebbe essere composto da almeno 3 medici, 1 coordinatrice infermieristica, 12 infermieri e 40 operatori socio sanitari, che garantiscano una copertura completa nelle ventiquattro ore.

La formazione dei gruppi multiprofessionali, dovrebbe essere costituita da un limitato numero di persone.

Gruppo promotore – componenti: il medico responsabile della struttura, la coordinatrice infermieristica, il responsabile della Cooperativa.

Il gruppo promotore, coordinato dal medico responsabile di struttura, dovrà riunirsi periodicamente, almeno tre volte al mese ed in maniera snella.

Le riunioni dovranno durare dai 30 ai 60 minuti e finalizzate a definire i processi di comunicazione interna in grado di garantire che i principi, gli obiettivi e le modalità organizzative siano condivisi attraverso il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza di tutte le figure professionali presenti in struttura.

Il gruppo promotore dovrà inoltre valutare ed analizzare la gravità delle segnalazioni incident reporting, l'impatto organizzativo, le problematiche emergenti, e proporre soluzioni da condividere con il gruppo di miglioramento.

Il gruppo promotore, per seguire le dinamiche delle criticità, applicherà metodi di osservazione longitudinale, come riportato nel capitolo metodologia adottata.

Gruppo di miglioramento – componenti: la coordinatrice infermieristica come componente stabile, ed una persona per ciascuna categoria professionale.

La coordinatrice infermieristica dovrà stabilire appropriate modalità di comunicazione interna, in modo orizzontale, che favoriscano i rapporti tra le diverse categorie professionali, trasferire ai membri del gruppo di miglioramento le criticità emerse dalle riunioni del gruppo promotore, non tralasciando istruzioni formative.

Il gruppo di miglioramento inoltre dovrà analizzare in maniera critica le proposte del gruppo promotore con fine di suggerire azioni correttive condivise ed appropriate, prima di porle in essere dal punto di vista pratico.

I gruppi di miglioramento dovranno riunirsi periodicamente, l'ideale sarebbe a cadenza settimanale, dovranno non essere formati sempre dalle stesse persone, e il personale tutto dovrà considerare il gruppo non come fine a sé stesso, ma come accrescimento culturale ed operativo dell'intera struttura organizzativa.

I gruppi non hanno limiti di termine; sarà una metodologia formativa standard.

Si costruirebbe quindi un'identità unica, ma allo stesso tempo separata, con un progetto alla base, e non azioni comunicative isolate, che prevedano meccanismi di coordinamento e attività di comunicazione interna basati su: miglioramento continuo, coinvolgimento, rimozione delle barriere organizzative, motivazione e formazione.

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

Stabilendo canali di comunicazione formali per ascoltare le diverse aspettative e definendo un piano di comunicazione chiaro (che comprenda strumenti offline, ma anche digitali come rete intranet, blog, tutorial) per veicolare le scelte e le decisioni aziendali, sarà possibile implementare un modello di miglioramento continuo, che coinvolgerebbe il gruppo promotore per attività di direzione e standardizzazione dei processi, di pianificazione, di erogazione del servizio, di misurazioni e di miglioramento.

Allo stesso modo si riterebbe necessario intervenire attraverso attività di comunicazione bottom up, per loro natura più informali, quali attività di team building per favorire una maggiore integrazione fra i diversi gruppi all'interno degli stessi, come si riterrebbe necessario promuovere i valori della cultura organizzativa al di fuori del mero ambiente lavorativo.

L'aumento delle segnalazioni e l'implementazione di un piano di gestione e anticipazione degli errori all'interno della struttura diventerebbero quindi più che un obiettivo una conseguenza generata dalle iniziative sviluppate dai due gruppi coinvolti che, motivati, formati ed implicati nei processi quotidianamente, non si sentono più elemento esterno di un sistema, ma parte integrante e fondamentale per il suo successo.

Tempistiche del progetto

Il progetto inizierà a seguito della costituzione dei gruppi.

Esempi tipo di casi segnalabili e azioni di miglioramento

Come riportato nel capitolo introduzione, se il personale sanitario è di origine multietnica con difficoltà alla comprensione della lingua italiana, potrebbe succedere che si verifichino gravi errori di comunicazione tra medico e personale sanitario, alterando lo stato emotivo dell'ospite.

Al limite, potrebbe succedere che venga comunicato telefonicamente un'informazione di decesso al parente di un altro ospite.

In caso di errori dovuti alla barriera linguistica il gruppo promotore, in condivisione con il gruppo di miglioramento, per evitare che tale errore si ripetano interverrà introducendo azioni di miglioramento sulle procedure scrivendole in lingua italiana, inglese e spagnola.

Di seguito sono descritti esempi di indicazioni correttive da riportare sulle procedure riguardanti errori comunicativi medico-parente-ospite ed errori per mancata somministrazione della terapia, in lingua italiana, inglese e spagnola.

Procedura per ridurre il rischio di errore comunicativo per scambio nominativi :

- doppio controllo con almeno due figure tra medico, coordinatore infermieristico, infermiere, verificando nome dell'ospite e controllo di eventuale omonimia all'interno del reparto;
- verificare il numero telefonico con doppio controllo con almeno due figure tra medico, coordinatore infermieristico, infermiere.

Corrective action on medical communication error relative of the guest:

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

- double check with at least two professional figures including a doctor, nursing coordinator, nurse, verifying the guest's name and checking for any homonyms within the ward.
- Verify the telephone number with double check with at least two professional figures including doctor, nursing coordinator, nurse.

Acción correctiva sobre error de comunicación medico-familiar equivocado del paciente:

- doble control con al menos dos figuras sanitarias entre las cuales médico, coordinador de enfermería y enfermero(a) verificando nombre del paciente y control de eventual homonimia en el servicio.
- Efectuar doble control del número telefonico del familiar incluyendo al menos dos figuras sanitarias entre las cuales médico, coordinador de enfermería y/o enfermero(a).

Azione correttiva sulla mancata somministrazione della terapia:

- doppio controllo tra Foglio Unico di Terapia (digitale) con foglio unico di terapia cartaceo.

Corrective action on non-administration of therapy:

- double check between Single Therapy Sheet (digital) with single paper therapy sheet.

Acción correctiva sobre terapia no suministrada:

- doble control entre el registro digital de terapia y el registro manual.

Un ulteriore esempio tipo di segnalazione di incident reporting su cui i gruppi di miglioramento potranno lavorare al fine di identificare eventuali azioni correttive e procedure che portino alla riduzione del rischio di ripetizione dello stesso errore/evento critico è il seguente:

l'ospite affetto da Alzheimer, cercando di alzarsi dalla carrozina cade accidentalmente a terra senza riportare conseguenze; l'ospite da prescrizione medica dovrebbe far uso di posizionamento di cintura pelvica in carrozina, per rischio caduta.

Il gruppo promotore dovrà valutare ed analizzare la gravità della segnalazione incident reporting e condividerla con il gruppo di miglioramento che a sua volta dovrà ulteriormente esaminarla per determinare come e perché è successo l'evento, e proporre azioni di miglioramento.

Se la caduta è dovuta al mancato posizionamento della cintura pelvica, alla mancata osservazione dell'ospite durante i trasferimenti posturali letto-carrozina e, soprattutto alla mancata comunicazione tra operatori sanitari al posizionamento dei mezzi di protezione all'ospite, dovuti ad insufficiente addestramento dell'operatore sanitario, si interverrà con specifica formazione agli operatori sanitari sulla sorveglianza attiva e sul monitoraggio delle attività assistenziali agli ospiti.

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

Per evitare questo tipo di errori, oltre all'attività formativa, prima di iniziare l'attività lavorativa, si dovrà comunicare agli operatori sanitari i nominativi degli ospiti che necessitano di mezzi di protezione.

Questa comunicazione dovrà essere trasmessa agli operatori dalla coordinatrice infermieristica.

Indicatori di processo

Saranno applicati i seguenti indicatori :

Numero di segnalazioni di eventi avversi e near miss / totale giornate di degenza nel periodo considerato (x1000 gdg).

Numero schede valutate dai gruppi di miglioramento.

Indicatori di risultato

Le rilevazioni verranno effettuate ogni quadrimestre, per un periodo non inferiore ai 365 giorni, valutando i dati degli indicatori di processo quadrimestralmente.

Verrà applicato un metodo di osservazione longitudinale con orientamento prospettico, ed un metodo di osservazione longitudinale con orientamento retrospettivo, come descritto nel capitolo metodologia adottata.

Il numero di schede valutate dai gruppi di miglioramento è misura indiretta della riduzione del rischio di errori, eventi avversi e near miss.

Si potrebbero utilizzare anche metodi di analisi statistica, applicando test di verifica d'ipotesi, come ad esempio il chi quadrato (X^2), per valutare se vi siano differenze significative tra gli « eventi » accaduti, considerati in determinati periodi di tempo (esempio : c'è differenza significativa tra il numero delle segnalazioni nei mesi estivi rispetto alle segnalazioni nei mesi invernali ? Se sì, è probabile che il personale sanitario pensi alle vacanze estive ormai vicine, con conseguente minor attenzione all'applicazione delle specifiche procedure).

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Non sono previsti costi economici aggiuntivi per le attività di comunicazione interna formali, perchè le attività saranno sempre effettuate in orario di servizio e con piattaforme di proprietà della struttura.

RISULTATI ATTESI

Attraverso una comunicazione e un modello organizzativo efficace, efficiente ed empatico, ci si aspetterebbe che tutto il personale della struttura senta di essere responsabile delle analisi e delle soluzioni proposte.

Ci si attende di conseguenza, un aumento delle segnalazione di eventi avversi e near miss, una diminuzione significativa della percentuale dell'incidenza di errori, e conseguente diminuzione di errori/giornate di degenza.

Con l'introduzione di azioni correttive riguardanti errori dovuti all'incomprensione linguistica, e precisamente procedure scritte in lingua italiana, inglese e spagnola, per quanto possibile, ci si aspetta l'annullamento degli errori di questo genere.

CONCLUSIONI

In ogni organizzazione agire in termini di qualità significa agire in termini di risultato, e il modo migliore per farlo all'interno di una struttura sanitaria R.S.A. è lavorare attraverso gruppi multiprofessionali e interdipendenti, e comunicare efficacemente è di fondamentale importanza nei modelli di lavoro di gruppo, perchè consente di valorizzare il contributo di tutti i singoli al risultato di insieme.

I cambiamenti degli ultimi anni hanno portato a una riprogettazione del sistema organizzativo, passando da procedure rigide e standard, alla responsabilizzazione non solo dei vertici, ma anche dei singoli collaboratori.

Da qui la necessità di sviluppare una comunicazione e un modello organizzativo non più verticale, ma orizzontale, prevedendo la creazione di un processo di interazione continuo e costante, che abbia tra gli obiettivi la riduzione del numero di errori.

Obiettivo primario del progetto è istituire gruppi di lavoro multiprofessionali, con scopo finale la riduzione degli errori, attraverso l'aumento del numero delle segnalazioni di eventi avversi e near miss, migliorando la qualità dei dati raccolti, analizzando la dinamica degli eventi, introducendo azioni di miglioramento, migliorando la qualità delle relazioni tra il personale, gli ospiti e i loro familiari.

Stabilendo quindi canali di comunicazione formali per ascoltare le diverse aspettative e definendo un piano di comunicazione chiaro per veicolare le scelte e le decisioni aziendali, è possibile implementare un modello di miglioramento continuo, che coinvolgerebbe il gruppo promotore per attività di direzione e standardizzazione dei processi, a cui seguiranno la pianificazione, l'erogazione del servizio, le misurazioni ed il miglioramento.

Ci si attenderebbe quindi un calo sensibile non solo del numero di errori, di eventi avversi e near miss, ma anche della loro gravità, con un conseguente miglioramento del clima aziendale.

Il miglioramento dello stato di salute dell'ospite o il mantenimento dello stesso livello rimarrebbe comunque il fine principale dell'attività sanitaria.

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 8 marzo 2017, n° 24 – Legge Gelli

BIBLIOGRAFIA

Committee on Quality of Health Care in America (2000), *To err is human : Building a safer health system* Institute of Medicine, Washington, D.C. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>

Invernizzi E. (1996). *La comunicazione organizzativa : teorie, modelli e metodi*. Giuffè Editore.

Lewin K. (1951). (trad. It. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna, 1972).

Ministero della salute (2004), *Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, Risk Management in Sanità : Il Problema degli Errori (Allegato 5)*, Roma. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583

Ministero della Salute (2011), *Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità*, Roma. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563

Nashef S. (2003). What is a near miss ? *Lancet*. 361 : 180-181

Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A. (2008). *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*. Raffaello Cortina Editore.

Rebora G. (1998). *Organizzazione Aziendale : Teorie e Strumenti per l'Analisi e la Progettazione*. Carocci.

Reason J. (1990). *Human Error*. Cambridge University Press, Cambridge.

Reason J. (2012). Patient Safety, Human Error, and Swiss Cheese. Interview by Karolina Peltromaa and Duncan Neuhauser. *Quality Management Health Care*. 21 : 59-63

Watzlawik P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967). (trad. It. *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma, 1978).

COMUNICARE EFFICACEMENTE IN UN'EQUIPE DI UNITÀ OPERATIVA SEMPLICE, SEZIONE ALZHEIMER, DI UNA RSA

SITOGRAFIA

Ministero della Salute. (n.d.). Linee Guida e Raccomandazioni del Ministero. Disponibile da : <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/lineequida>