

Università Telematica Pegaso



Master in
**Management per le funzioni di coordinamento nell'area delle
professioni sanitarie
(MA373-Edizione IV)**

**Progettazione organizzativa e
pianificazione strategica**

—

**L'impegno del Coordinatore nella
ricerca di una sicurezza responsabile**

RELATORE:
Prof.ssa Mazzoni Daniela

CANDIDATO:
Turrin Stefano

**Anno Accademico
2015-2016**

SOMMARIO

PARTE 1 - LA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA	2
Cosa Significa Organizzare	2
I Modelli Organizzativi di Mintzberg – Meccanismi di Coordinamento	2
Aree d’Intervento per la Progettazione	4
Le Parti dell’Organizzazione	5
Configurazioni di Base	7
PARTE 2 - LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA	8
Cosa Significa Pianificare	8
Pianificazione Strategica	9
Il Coordinatore delle Professioni Sanitarie e la Pianificazione	10
PARTE 3 - LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	13
Introduzione	13
Il Rischio Clinico	15
Concetto di Errore in Medicina	16
Strumenti per Identificazione, Analisi e Gestione del Rischio	17
La Root Cause Analysis (RCA) - Introduzione e breve storia	19
Root Cause Analysis	20
Root Cause Analysis - Metodo di Analisi	22
Root Cause Analysis - Le Fasi	24
Safety Walk Around (SWA) - Introduzione e Breve Storia	26
Safety Walk Around - Obiettivi	28
Safety Walk Around - Le Variabili	28
Safety Walk Around - Componenti del Gruppo	29
Safety Walk Around - Strumento della Valutazione del Rischio	30
Safety Walk Around - Risultati	31
PARTE 4 – ESPERIENZA DI TIROCINIO	33
Presentazione del Contesto di Tirocinio	33
Esperienza Diretta di Tirocinio – Attività svolte	35
Esperienza Diretta di Tirocinio - Gli Incontri Formali	38
Esperienza Diretta di Tirocinio - La Comunicazione	41
Esperienza Diretta di Tirocinio - Valutazione e riflessioni personali	45

PARTE 1 - LA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA

Cosa Significa Organizzare

La Progettazione Organizzativa è il complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti con la successiva realizzazione del coordinamento tra tali compiti.

L'organizzazione può essere vista come un aggregato di persone, di risorse materiali e immateriali, che devono essere deliberatamente connesse e coordinate tra loro.

Per tanto, per progettare qualsiasi forma di attività organizzata è necessario inizialmente compiere due passaggi essenziali:

1. frazionare il lavoro in singoli compiti da eseguire
2. pianificare il coordinamento di queste singole azioni

I Modelli Organizzativi di Mintzberg – Meccanismi di Coordinamento

Il teorico canadese Henry Mintzberg ha individuato cinque forme di coordinamento organizzativo, definendoli come cinque modelli complessi:

1. Adattamento reciproco o Adhocrazia
2. Supervisione diretta
3. Standardizzazione dei processi di lavoro
4. Standardizzazione degli output
5. Standardizzazione delle capacità dei lavoratori

L'Adattamento Reciproco è un meccanismo di coordinamento non gerarchico e di tipo orizzontale, dove la comunicazione interpersonale è informale e diretta.

Il controllo del lavoro rimane nelle mani di chi lo esegue.

La Supervisione Diretta è il meccanismo di coordinamento più elementare e proprio per questo viene utilizzato nelle organizzazioni di dimensioni ridotte. E' caratterizzato dalla presenza di un responsabile del lavoro che controlla e impartisce ordini ai subordinati.

Se questi due primi meccanismi soddisfano le necessità del coordinamento di organizzazioni piccole, quelle più grandi, quindi più complesse, hanno bisogno di ricorrere alla standardizzazione.

La Standardizzazione dei processi di lavoro è un meccanismo organizzativo mediante il quale i contenuti del lavoro vengono programmati dalla tecnostruttura, ovvero la struttura formata da tecnici che programmano, analizzano tempi e metodi e definiscono i processi di lavoro.

Questo meccanismo viene detto anche Burocrazia Meccanica, in quanto il lavoro consiste in mansioni ripetute.

I flussi comunicativi sono di tipo verticale.

Viene utilizzato nelle strutture semplici, dove le procedure sono standardizzate e ripetitive.

La Standardizzazione degli Output consiste invece nella specificazione del risultato del lavoro, chiamato appunto output. In questo caso il controllo si concentra sul prodotto finale, sia esso bene o servizio, e non sulle persone singole.

Viene utilizzato prevalentemente nelle strutture di grandi dimensioni con mercato eterogeneo.

Secondo Mintzberg questo meccanismo non rappresenta un'organizzazione completa ma un'organizzazione sovrapposta ad altre organizzazioni.

La Standardizzazione delle Capacità dei Lavoratori infine, specifica il tipo di formazione professionale richiesto agli operatori affinché possano eseguire il lavoro assegnato. In pratica si tratta di una standardizzazione degli input, ovvero delle capacità dei dipendenti.

In ogni tipo di organizzazione è richiesta una certa quota di Adattamento Reciproco e Supervisione Diretta, a prescindere da quanto si ricorra alla Standardizzazione.

Aree d'Intervento per la Progettazione

La Progettazione Organizzativa definisce due aree ben precise di intervento:

- Macrostruttura
- Microstruttura

La Macrostruttura identifica il livello generale dell'organizzazione. In quest'area vengono identificati tre livelli strutturali:

1. Dimensione Orizzontale
2. Dimensione Verticale
3. Profondità

La Dimensione Orizzontale esprime la specializzazione tra le diverse unità che consente di acquisire maggiore abilità nel compiere un'operazione specifica. La specializzazione può avvenire:

- per funzione
- per prodotto
- per progetto
- per mercato

- per relazione.

La Dimensione Verticale riguarda la scomposizione degli obiettivi in sotto-obiettivi assegnati a diversi organi collocati a diversi livelli gerarchici. Possono essere distinti organi Istituzionali, Direttivi e Operativi, questi ultimi sono subordinati ai direttivi senza avere superiorità gerarchica su altri organi.

In base alla loro partecipazione al processo decisionale gli organi si dividono ulteriormente in Linee e Staff.

La Profondità infine riguarda l'insieme di relazioni che mettono in comunicazione le diverse unità al di fuori dei rapporti gerarchici.

La Microstruttura rappresenta i Sistemi Operativi, ovvero i sottoinsiemi di compiti con le rispettive tecniche e modalità di svolgimento. In pratica comprende tutti i meccanismi che fanno funzionare operativamente il Sistema Organizzativo.

I Sistemi Operativi si distinguono in:

- Sistemi di determinazione degli obiettivi e di allocazione delle risorse, quindi aspetti che riguardano la Pianificazione, la Programmazione e il Controllo.
- Sistemi di gestione del personale, ovvero programmazione, reclutamento, selezione e inserimento.
- Sistemi connessi a processi decisionali, ovvero sistemi informativi di decisione e di gestione dei conflitti.

Le Parti dell'Organizzazione

La Progettazione Organizzativa deve necessariamente tener in considerazione il fatto che ogni struttura si può scomporre in cinque parti fondamentali:

1. Nucleo Operativo
2. Vertice Strategico
3. Linea Intermedia
4. Tecnostruttura
5. Staff di Supporto

Il Nucleo Operativo si potrebbe idealmente porre alla base di un ipotetico diagramma a piramide che rappresenti l'organizzazione. Esso comprende tutti gli operatori che svolgono l'attività fondamentale direttamente finalizzata all'ottenimento dei prodotti o dei servizi.

Tali operatori svolgono quattro funzioni principali:

- procurano input per la produzione
- trasformano input in output
- distribuiscono gli output
- forniscono supporto diretto a input, trasformazione e output

Il Vertice Strategico detiene le responsabilità globali dell'organizzazione e assicura che l'azienda assolva alla propria missione in maniera efficace.

La Linea Intermedia raggruppa tutti i manager che hanno il compito di fare da anello di congiunzione tra il Vertice Strategico e il Nucleo Operativo.

La Tecnostruttura è costituita da tutti gli analisti che possono progettare e pianificare il lavoro oppure addestrare il personale a svolgerlo ma che non eseguono materialmente il lavoro stesso.

Gli Staff di Supporto sono costituiti da unità specializzate che forniscono supporto esterno alle aziende.

Configurazioni di Base

Tutti gli aspetti analizzati finora, conducono a individuare delle Configurazioni di Base nelle quali ciascuna organizzazione si può identificare.

Le Configurazioni di Base sono l'espressione finale di un complesso meccanismo in cui l'organizzazione viene definita dalla congiunzione tra i Modelli Organizzativi enunciati da Mintzberg e le Parti dell'Organizzazione.

Esse sono:

1. **Struttura Semplice.** Caratterizza l'organizzazione basata sulla Supervisione Diretta, dove la parte essenziale è caratterizzato dal Vertice Strategico.
2. **Burocrazia Meccanica.** In questo secondo caso l'organizzazione si fonda sulla standardizzazione dei processi e la parte fondamentale è la Tecnostruttura.
3. **Burocrazia Professionale.** E' una configurazione che si fonda sulla standardizzazione delle capacità dei lavoratori e la parte fondamentale è quindi il Nucleo Operativo.
4. **Soluzione Divisionale.** Si fonda sulla standardizzazione degli output e la parte fondamentale è la linea intermedia.
5. **Adhocrasia.** Fondata sull'adattamento reciproco e la parte predominante è costituita dallo staff di supporto.

PARTE 2 - LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

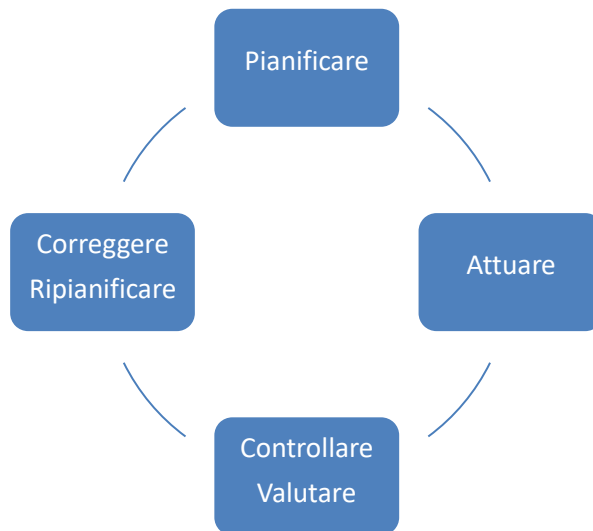
Cosa Significa Pianificare

Dopo avere evidenziato i concetti teorici riguardanti l'organizzazione e la sua progettazione, il passaggio successivo è approfondire gli aspetti riguardanti la Pianificazione Strategica.

Pianificare significa:

- Effettuare un lavoro concettuale per individuare gli obiettivi da raggiungere
- Analizzare e interpretare l'ambiente esterno alla propria organizzazione per individuare opportunità o minacce
- Valutare i propri punti di forza, i punti di debolezza e le risorse che si hanno a disposizione.
- Definire gli obiettivi e la loro realizzabilità
- Definire il modello organizzativo da adottare per il raggiungimento degli obiettivi
- Valutare le risorse necessarie e compararle con quelle presenti

Come viene spesso identificato in diverse circostanze della vita lavorativa, sia manageriale che operativa, la gestione di un processo è costituita da un ciclo che si ripete costantemente e riguarda:



Durante la pianificazione il Coordinatore e gli altri membri dello staff identificano gli obiettivi aziendali e successivamente questi vengono attuati. Il controllo e la valutazione entrano in diverse fasi del progetto, sia in itinere che alla fine. La rilevazione di errori, obiettivi non raggiungibili o cambiamenti esterni/interni all'organizzazione porta alla correzione e ripianificazione.

Il ciclo riparte.

Pianificazione Strategica

Il processo circolare indicato dal diagramma esposto precedentemente evidenzia come il primo obiettivo da raggiungere sia la Pianificazione Strategica.

Innanzitutto la Pianificazione può dirsi strategica se è a lungo termine, quindi 3-5 anni.

Pianificare Strategicamente significa attuare un processo che consenta di costruire e adattare continuamente le strategie, o grandi linee, per mezzo delle quali si intende condurre l'azienda.

La Pianificazione Strategica studia la situazione presente in tutti i suoi aspetti,

cercando, contemporaneamente di prevedere gli eventi futuri. Analizza i contesti, si pone degli obiettivi, li controlla, li valuta e li rimodula sulla base di cambiamenti esterni o interni all'azienda, in un ciclo continuo.

Il processo si sviluppa quindi in:

1. Analisi della situazione di partenza
2. Individuazione dei punti di forza e di debolezza dell'azienda
3. Definizione degli obiettivi da raggiungere
4. Formulazione delle strategie necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati
5. Predisposizione del piano
6. Approvazione, esecuzione e controllo

Il Coordinatore delle Professioni Sanitarie e la Pianificazione

All'interno di un organizzazione che si prefigge di pianificare strategicamente i propri obiettivi da raggiungere il Coordinatore delle Professioni Sanitarie, come membro dell'equipe multidisciplinare e multi professionale, è una figura manageriale importante, in quanto ha il compito di unire le figure che fanno parte del team di lavoro, tenendo le redini del processo e tracciando le linee verso i risultati da raggiungere.

Secondo Fayol il coordinatore deve possedere delle Funzioni Manageriali, quali:

- Programmazione
- Organizzazione
- Comando
- Coordinamento
- Controllo

Mintzberg invece individua nelle competenze del coordinatore tre macroaree di competenza che chiama Ruoli, queste a loro volta vengono suddivisi in diverse competenze:

1. Ruolo Interpersonale, nel quale vi sono competenze di Figura rappresentativa, Guida e Collegamento.
2. Ruolo Informativo, dove il coordinatore può essere Divulgatore, Portavoce e Collettore.
3. Ruolo Decisionale, dove può essere Imprenditore, Gestore di problemi, Collocatore di risorse e Negoziatore.

In altri termini il coordinatore può essere considerato come un gestore. Un gestore di informazioni, di persone e di azioni.

Il coordinatore deve creare Condizioni Organizzative, questo significa che per condurre al meglio i processi all'interno di una azienda egli deve esercitare una forma di potere e, avendo diverse connessioni (interne-esterne, superiori-inferiori,...), staccarsi dall'operatività diretta del "fare" per concentrarsi sull'attività più concettuale del "far fare".

Durante questo tipo di attività deve essere posta massima attenzione ad elementi cardine dell'operare, quali:

- Evidenze scientifiche
- Sicurezza dei pazienti
- Sicurezza dei collaboratori

Oltre a tutte le caratteristiche elencate fin ora, il Coordinatore delle professioni sanitarie deve essere competente nel pianificare e gestire altri aspetti, come:

- Gestione economica

- Valutazione risorse
- Formazione
- Sicurezza

La sicurezza degli utenti e dei collaboratori è un principio che ricorre spesso quando si elencano gli aspetti che un coordinatore è chiamato ad analizzare, pianificare e valutare. Sicurezza è un concetto moderno la cui gestione risulta avere sempre maggior importanza all'interno delle organizzazioni. Per questo motivo, è l'argomento che tra tutti quelli elencati si cercherà di approfondire in questa tesi.

PARTE 3 - LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Introduzione

Come evidenziato in conclusione del capitolo precedente, il ruolo del coordinatore delle professioni sanitarie si esplicita anche nell'analisi e negli approfondimenti che afferiscono alla sfera della sicurezza, sia dei pazienti che degli operatori.

Una struttura sanitaria, o socio-sanitaria, è un sistema complesso, dove si intersecano e interagiscono le competenze di professionisti diversi e vi è un'importante eterogeneità di processi.

Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi in maniera tale da rispondere in maniera efficiente ed efficace ai bisogni assistenziali dei pazienti ed assicurare le migliori prestazioni possibili.

La complessità di questi sistemi può condurre al verificarsi di errori, poiché, se da un lato il "fattore umano" che caratterizza le organizzazioni sanitarie (inteso come comportamenti, dinamiche e relazioni) deve essere considerato come una risorsa, dall'altro potrebbe diventare una criticità. Tutto ciò perché le dinamiche sono complesse, le performance individuali variabili e i risultati non sempre prevedibili o riproducibili.

Per questo motivo, nel corso degli ultimi decenni, gli studi di settore si sono concentrati su specifici modelli di controllo e gestione del Rischio Clinico.

Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei potenziali effetti dannosi, mirano alla sicurezza del paziente/utente e costituiscono il Sistema di Gestione del Rischio Clinico.

Definizioni

Prima di continuare con la spiegazione teorica dei concetti riguardanti la gestione del rischio clinico è necessario fare chiarezza con alcune definizioni dei termini che verranno utilizzati prese direttamente dal documento “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari” emanato dal Ministero della Salute.

- Danno: Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore)
- Errore: Fallimento nella pianificazione e/o nell’esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell’obiettivo desiderato.
- Evento (Incident): Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine a un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.
- Evento Avverso (Adverse Event): Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili, se l’evento è attribuibile a un errore è da considerarsi prevenibile.
- Evento Evitato (Near Miss): Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che però non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze sul paziente.
- Evento Sentinella (Sentinel Event): Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema che

può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio. Per la loro gravità è sufficiente che si verifichino una sola volta affinché da parte dell'organizzazione si renda opportuno:

- a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito
 - b) l'implementazione delle adeguate misure collettive.
- Governo Clinico (Clinical Governance): Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali venga favorita l'eccellenza clinica (Sally G., Donaldson LJ., BMJ, 04 July 1998).
 - Rischio (Risk): Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, in grado di modificare l'esito del processo stesso. Si misura in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue.

Il Rischio Clinico

Il Rischio Clinico può essere definito come la possibilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ovvero subisca un qualsiasi danno o disagio, imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche e ai trattamenti assistenziali prestati durante il periodo di degenza.

Le conseguenze cui il paziente potrebbe andare incontro, per esempio, vanno dal prolungamento delle degenze al peggioramento delle condizioni di salute fino ad

arrivare alla morte.

Praticamente si tratta dell'eventualità di subire un danno che sia direttamente conseguenza di un errore.

Concetto di Errore in Medicina

In letteratura esistono molte definizioni di errore.

L'errore può essere considerato come un'insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate.

È un'azione non sicura o un'omissione con potenziali conseguenze negative nel processo assistenziale e curativo.

Basandosi sul modello proposto da Rasmussen nel 1987, James Reason nel 1990 distingue tra Errori di esecuzione e Azioni compiute secondo le intenzioni, arrivando così a definire tre diverse tipologie di errore:

- Errori di esecuzione che si verificano a livello di abilità
- Errori di esecuzione provocati da un fallimento della memoria (Lapses)
- Errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione (Mistakes)

Ancora Reason nel 2000-2001 distingue tra errori umani ed errori latenti, dando vita al primo approccio sistemico allo studio degli errori.

Il presupposto di questa teoria risiede nella convinzione che gli incidenti che si verificano siano solo la punta dell'iceberg e che per ogni incidente avvenuto ce ne siano molti altri non accaduti per qualche motivo, i cosiddetti Near Miss Events.

Uno dei concetti teorici più importanti da tenere in considerazione durante l'analisi e lo studio degli errori è la distinzione tra:

- Errore Attivo, maggiormente influenzato dalle scelte personali del

professionista/operatore, quindi operatore dipendente.

- Errore Latente, legato a falle del sistema organizzativo.

Un semplice e chiaro esempio riportato spesso in letteratura è quello del “formaggio svizzero”, che spiega come una concatenazione di falle di sistema possa condurre all’errore. Nello specifico un errore latente.

L’errore può causare un Evento Avverso, ovvero un evento indesiderato che comporta un danno al paziente non dovuto alle proprie condizioni cliniche ma correlato al processo clinico-assistenziale.

L’Evento Avverso risulta quindi essere per sua natura indesiderabile, non intenzionale e dannoso per il paziente.

L’Evento Avverso però, derivando da un errore, è per sua natura prevedibile. Per questo motivo, ai fini dell’identificazione delle misure di prevenzione da attuare per la sicurezza dei pazienti, riveste notevole importanza l’analisi degli Eventi Avversi ma anche quella dei quasi eventi o Near Miss.

Strumenti per Identificazione, Analisi e Gestione del Rischio

Individuare le cause che hanno portato al verificarsi di un evento avverso permette di mettere in atto comportamenti tali per cui l’errore che ha scatenato il disagio non si ripeta.

Per questo motivo, in particolare nei paesi anglosassoni, sono stati sviluppati metodi e strumenti per analizzare gli errori e creare idonee barriere protettive.

Tali strumenti si basano fondamentalmente su due tipi di approcci:

- Approccio Proattivo. Revisione dei processi e delle procedure esistenti per individuare criticità intrinseca.

- Approccio Reattivo. Partendo da un evento avverso si procede a ritroso con la ricostruzione delle sequenze che hanno portato all'errore per identificare i fattori che lo hanno causato.

Per quanto riguarda l'identificazione del rischio si possono elencare alcuni strumenti per l'identificazione:

1. Sistemi di segnalazione (Reporting)
2. Briefing sulla sicurezza
3. Safety walk Around
4. Focus group
5. Revisione di cartelle cliniche
6. Screening
7. Osservazione

Un programma di gestione del rischio clinico utilizza diverse tipologie di strumenti per analizzare il rischio. Come già detto in precedenza si possono analizzare gli eventi, quando accaduti, con metodologie di tipo Reattivo o si utilizzano metodologie di tipo Proattivo analizzando i processi per prevenire eventi avversi.

Se l'obiettivo è quello di realizzare un processo sanitario sicuro è preferibile utilizzare uno strumento di tipo Proattivo, come per esempio il Safety Walk Around, associato a strumenti di tipo Reattivo, come la Root Cause Analysis (RCA).

La Root Cause Analysis (RCA) - Introduzione e breve storia

La Root Cause Analysis nasce come uno strumento per un approccio sistemico nell'affrontare Eventi Avversi in contesti che hanno in comune la necessità di sviluppare in maniera reattiva e immediata strategie volte a gestire l'incidente critico e ad eliminare, per quanto possibile, tutte le condizioni che hanno permesso l'accadimento.

Dal punto di vista tecnico la RCA è uno strumento rigoroso e strutturato che permette l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti al verificarsi di un evento avverso, al fine di comprimere il rischio di accadimento. L'analisi prevede un approccio causa-effetto e gli strumenti di sintesi sono rappresentati dai diagrammi di causa-effetto.

Nei paesi anglosassoni la tecnica della RCA viene utilizzata almeno da un paio di decenni. All'interno di questi contesti è diventato un sistema di analisi consolidato e sono stati elaborati diversi percorsi e manuali sulla metodologia di procedimento.

Negli USA il National Center for Patient Safety (NCPS) del Department of Veterans Affairs (VA) ha lavorato a lungo nello sviluppo della RCA per produrre miglioramenti sui sistemi. La divulgazione dei risultati ottenuti dagli studi ha permesso la condivisione con l'intera comunità scientifica, offrendo una valida base di esperienza e di discussione.

In Canada il Canadian Council per l'accreditamento dei servizi sanitari (CCHSA) da anni ritiene la sicurezza del paziente una priorità per le organizzazioni sanitarie e la RCA è tra i metodi suggeriti per analizzare gli eventi sentinella.

Anche in Australia e Nuova Zelanda RCA è lo strumento per analizzare in primo luogo gli Eventi Sentinella ma poi anche gli E. Avversi e i Near Miss.

In Inghilterra fu creata la National Patient Safety Agency (NPSA) per coordinare gli sforzi di tutti coloro che erano coinvolti nell'assistenza sanitaria, con la finalità di

imparare dagli errori accaduti e di implementare la sicurezza dei pazienti. La NPSA definisce la RCA come “una revisione retrospettiva degli eventi avversi occorsi ai pazienti, al fine di identificare cosa, come e perché sono accaduti e le dinamiche del loro accadimento”.

Root Cause Analysis

La RCA è un'analisi dettagliata degli eventi avversi. Essa include:

- Identificazione dei fattori profondi e contribuenti
- Determinazione delle strategie di riduzione del rischio
- Sviluppo di un piano di azione di miglioramento e successivi sistemi di misurazione per valutare l'efficacia.

Inoltre è costruita sulla premessa che vi siano molti soggetti coinvolti e tutti giocano un ruolo nel miglioramento del sistema, pertanto essa richiede un approccio multidimensionale, multidisciplinare e basato su un clima di collaborazione.

Nel luglio 2006 il “Glossario Rischio Clinico” del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, riporta alcune definizioni di RCA.

La Root Cause Analysis è un metodo che permette agli operatori e alle organizzazioni di conoscere le cause e i fattori che contribuiscono a un evento avverso, offrendo inoltre la possibilità di sviluppare efficaci raccomandazioni per l'implementazione di azioni utili al miglioramento del sistema.

In definitiva la RCA è una metodologia di indagine sistematica per la ricerca ed identificazione dei fattori primari che causano variazioni delle performance o che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso. Serve ad indagare le radici di un problema al fine di identificare le soluzioni maggiormente appropriate.

Essa comprende;

- la determinazione di fattori umani, tecnologici e infrastrutturali
- la determinazione dei processi e sistemi correlati
- l'analisi, attraverso una serie di Perché, dei sottostanti sistemi di causa-effetto
- l'identificazione dei rischi e dei loro determinanti
- la determinazione dei potenziali miglioramenti nei processi e nei sistemi

Per essere affidabile questo tipo di analisi deve:

- prevedere la partecipazione dei dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti direttamente nei processi
- essere coerente in tutte le fasi
- fare riferimento alla letteratura

Nell'effettuazione dell'analisi vanno tenute in considerazione le 5 regole seguenti:

1. devono essere chiare le relazioni di causa ed effetto
2. non devono essere usati, nelle descrizioni, attributi negativi che non spieghino adeguatamente i fenomeni (per es. inadeguato, povero,...)
3. ogni errore umano deve essere associato alla relativa causa
4. ogni deviazione dalle procedure deve essere associata alla relativa causa
5. devono essere considerate nell'analisi solo le azioni formalmente previste.

La RCA può essere applicata in qualsiasi contesto organizzativo. È indispensabile tuttavia definire a quali eventi non è opportuno applicare questa tecnica di analisi. Nel nostro paese si ritiene opportuno escludere dall'analisi con RCA gli eventi risultanti da atto criminale, quelli dovuti ad azioni commesse volontariamente per provocare danno e quelli correlati ad abuso di alcol o droghe da parte degli operatori.

Root Cause Analysis - Metodo di Analisi

La Root Cause Analysis prevede il coinvolgimento di tutti coloro che conoscono i processi e vi operano. Il contesto deve consentire agli operatori coinvolti di poter condividere informazioni in modo sicuro e protetto.

Per l'analisi è importante definire in maniera univoca il ruolo e le responsabilità di ciascun membro del team:

- Facilitatore. Può farlo qualsiasi figura professionale con adeguata formazione sulla metodica perché deve condurre l'analisi dal punto di vista metodologico.
- Leader/Coordinatore. Deve essere un professionista esperto del settore dove è accaduto l'evento, con definite e chiare responsabilità all'interno dell'azienda. Promuove la discussione tra i partecipanti indirizzandola verso le criticità specifiche del settore interessato.
- Operatori. Coloro che hanno avuto un ruolo nel processo di cura correlato.
- Esperti o altro personale. Figure coinvolte nel caso vi sia necessità di peculiari conoscenze del sistema sottoposto a revisione.

I singoli componenti vengono di solito coinvolti a seconda della fase della RCA, sulla base delle competenze e dei ruoli e quindi del contributo che possono fornire. Non è richiesta la contemporanea presenza di tutti.

Dopo aver identificato i componenti del gruppo si deve procedere con la Pianificazione degli Incontri. A tal fine sono possibili due percorsi con egual efficacia:

- a) Opzione ad Incontro Unico. Il Facilitatore raccoglie le informazioni per le attività della RCA e quindi si fissa una data per la riunione con l'intero gruppo. Questa opzione è preferibile nel caso di eventi avversi che

coinvolgano operatori che appartengono ad una sola specialità o che abbiano interessato aree di media-bassa complessità assistenziale, con degenze di breve durata e scarsa documentazione clinica.

- b) Opzione ad Incontri Multipli. Il lavoro di analisi viene condotto attraverso una serie di incontri plenari. È preferibile in caso di eventi avversi che coinvolgano operatori appartenenti a più specialità oppure siano interessate aree di elevata complessità assistenziale, con lunga durata di degenza, abbondante documentazione clinica e trasferimenti all'interno dell'azienda.

Nella metodologia di organizzazione della RCA risultano essere importanti anche aspetti come la scelta del luogo e delle modalità comportamentali.

Gli incontri devono svolgersi in ambienti confortevoli con spazi e servizi adeguati.

Il Coordinatore ha il compito di contestualizzare l'incontro delineando chiaramente il mandato del gruppo. Inoltre egli deve sottolineare che l'analisi è indirizzata verso i problemi legati all'organizzazione e non sulle capacità professionali di ciascun singolo operatore.

Durante una RCA si deve continuamente enfatizzare il principio di confidenzialità, ovvero che le informazioni ricevute non possono essere utilizzate né trasferite al di fuori della RCA.

In Italia è specificatamente normato il divieto di diffondere dati sanitari sensibili.

Root Cause Analysis - Le Fasi

Dopo aver individuato le figure professionali coinvolte ed evidenziato la metodologia da seguire per lo svolgimento dell'analisi, si passa a indicare quelle che sono le Fasi della Root Cause Analysis. Vengono identificate 5 fasi:

1. Raccolta informazioni e spiegazione iniziale dell'evento
2. Definizione della sequenza temporale e spiegazione finale
3. Identificazione dei fattori contribuenti e delle cause profonde
4. Azioni di miglioramento
5. Rapporto finale

La prima attività del gruppo di lavoro è quindi la raccolta delle informazioni riguardanti l'evento. Come detto precedentemente le informazioni possono essere raccolte da una persona del gruppo e poi condivise o da tutti gli elementi. Qualunque sia l'approccio scelto i componenti del team devono garantire che la raccolta sia accurata e credibile.

In questa fase viene elaborata una sommaria spiegazione iniziale dell'evento.

Nella seconda fase il gruppo di lavoro deve organizzare le informazioni raccolte in modo da comporre la sequenza temporale degli eventi e predisporre, quindi, la spiegazione finale dell'accaduto. Le informazioni raccolte possono essere organizzate nella spiegazione finale utilizzando strumenti di tipo diverso:

- Descrizione cronologica
- Linee del tempo
- Tabelle del tempo o sequenza temporale descrittiva
- Diagramma di flusso

Durante la terza fase del processo l'attenzione è concentrata sulla ricerca di tutte

le insufficienze del sistema che potrebbero aver contribuito all'evento avverso. Se i fattori contribuenti e le cause profonde non sono precisamente identificati e analizzati le raccomandazioni prodotte risulteranno poi non essere efficaci. In questa fase l'utilizzo dei diagrammi di causa-effetto (per es. diagramma di Ishikawa) risulta utile al gruppo per la comprensione dei nessi di causalità.

David Marx ha sviluppato 7 regole di causalità, 5 delle quali sono direttamente applicabili al mondo sanitario e sono ampiamente accettate:

1. Mostrare in maniera chiara le relazioni di causa ed effetto
2. Descrivere in modo specifico e accurato cosa è accaduto evitando termini negativi o vaghi
3. Identificare le cause che precedono l'errore umano
4. Identificare le cause che precedono la violazione delle procedure
5. Il non agire è causale solo se vi è il dovere di agire

Ulteriori strumenti che si possono utilizzare sono la Tecnica dei 5 Perché, il Brainstorming, l'Analisi del cambiamento, l'Analisi delle barriere e la Tecnica del gruppo nominale.

Nella quarta fase il gruppo, sulla base delle cause profonde identificate, è chiamato a definire gli interventi di miglioramento. Tutte le azioni da intraprendere devono essere condivise con la Direzione e possono essere classificate come Azioni Forti, Intermedie o Deboli a seconda del grado di efficacia. Questo perché se non possono essere programmati interventi volti a eliminare la causa si devono identificare misure volte a ridurre la probabilità di ricorrenza dell'evento avverso o a mitigarne gli effetti negativi. Il successo finale di ogni processo di RCA dipende dalle azioni intraprese dall'organizzazione in risposta alle raccomandazioni del gruppo di lavoro,

ovvero del Piano di Azione. Le azioni devono essere registrate, verificate e monitorate da un responsabile, poi valutate dal gruppo.

Il processo della RCA si completa con l'elaborazione di un rapporto da sottoporre alla Direzione (quinta e ultima fase). Tale rapporto deve riflettere solo le conclusioni a cui è giunto il gruppo, inoltre deve riportare anche informazioni sulla sicurezza che potranno essere ritenute utili. Nel rapporto finale devono essere contenute tutte le azioni ritenute efficaci e sostenibili, utili a correggere le principali cause degli eventi e la Direzione potrà decidere l'implementazione delle raccomandazioni e delle azioni secondo una logica di priorità.

Safety Walk Around (SWA) - Introduzione e Breve Storia

Come visto precedentemente la Root Cause Analysis è uno strumento metodologico che viene utilizzato quando si è in presenza di un Evento Avverso, ovvero di un problema che si è verificato e che deve essere analizzato per trovare le misure correttive adeguate.

Se una azienda o un organizzazione vogliono puntare a prevenire possibili Eventi Avversi devono avvalersi di un altro strumento Proattivo, come il Safety Walk Around.

Il Safety Walk Around (SWA) è una tecnica di risk assessment, che prevede visite ed interviste da parte di esponenti della dirigenza agli operatori e dirigenti di unità operative e servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità.

Le interviste, a singoli o a gruppi, sono finalizzate ad identificare i rischi attuali o potenziali che possono portare ad eventi avversi per i pazienti e le misure che, secondo i diversi stakeholders, potrebbero essere utilmente introdotte per prevenire l'accadimento

e garantire la sicurezza del paziente. (Safety Walk Around- Manuale, aprile 2012).

Rispetto alla RCA quindi, il SWA è uno strumento di analisi maggiormente proiettato sull'identificazione del rischio. Consente la valutazione delle vulnerabilità del sistema e l'adozione, anche in tempi brevi, di misure preventive e, nello stesso tempo, favorisce il reciproco impegno degli operatori e dei dirigenti nell'attuare miglioramenti per lo sviluppo di una cultura della sicurezza responsabile.

Negli ultimi anni la letteratura ha fornito diversi riferimenti per quanto riguarda questo modello. Nel 2003, per esempio, Frankel afferma che il SWA permette di raccogliere le criticità organizzative che possono mettere a rischio il paziente e suggerisce di analizzare dette criticità sia in termini di frequenza e di gravità, individuando una priorità di intervento, che in termini di tassonomia mediante le categorie dei Fattori Contribuenti di Vincent (che verranno evidenziati successivamente).

Donnelly nel 2008 scriveva che il SWA è una componente importante del programma per la sicurezza e aiuta a facilitare il miglioramento della stessa, la qualità delle cure, la soddisfazione dei pazienti e dei familiari.

Il SWA può favorire lo sviluppo della segnalazione (Incident Reporting) nell'ambito di una cultura delle responsabilità (Feitelberg 2006) e di un clima di reciproca fiducia (Gandhi 2005), essenziale per rendere tutti consapevoli che la sicurezza del paziente non può che essere il risultato di un impegno condiviso a tutti i livelli e in tutte le fasi del processo di cura.

Safety Walk Around - Obiettivi

I principali obiettivi del SWA sono i seguenti:

- Identificare situazioni di rischio e vulnerabilità del sistema
- Inquadrare le criticità nella tassonomia dei fattori contribuenti di Vincent
- Individuare e adottare misure correttive per aumentare la sicurezza dei pazienti partendo dalla classificazione delle risposte ottenute
- Monitorare l'implementazione delle suddette misure
- Incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori

Il raggiungimento degli obiettivi comporta un'ampia sinergia tra le varie componenti della struttura, un forte commitment della dirigenza, una rilevante politica di risk management al fine di svolgere la doppia azione di rilevare le criticità e implementare le attività di miglioramenti dandone un feedback agli operatori, i quali devono sentirsi protagonisti nella ricerca della sicurezza.

Safety Walk Around - Le Variabili

Nell'ambito della realizzazione del SWA è possibile venire in contatto con numerosi aspetti dell'organizzazione e dell'attività clinico-assistenziale, sia della singola unità operativa-reparto-nucleo che della struttura nel suo complesso, che definiamo Variabili nel senso di peculiarità di ogni singolo ambito. Queste variabili possono essere:

1. Variabili di Contesto.

Queste riguardano: Caratteristiche del contesto, della dirigenza e degli operatori.

2. Variabili di Esito.

Sono situazioni e fattori di rischio, eventi avversi ed eventi avversi evitati, condizioni ambientali a sostegno della sicurezza e ad ostacolo della stessa, ruoli e responsabilità rispetto alla sicurezza così come previsti e messi in atto, misure adottate per la sicurezza del paziente nell'organizzazione, proposte di misure e strategie a livello di sistema/dipartimento/unità operativa, livello di impegno per la sicurezza dei singoli, del gruppo di unità operativa/dipartimento, livello di impegno per la sicurezza della direzione e sua percezione da parte del personale.

Safety Walk Around - Componenti del Gruppo

Il gruppo dirigente che partecipa al Safety Walk Around comprende membri della direzione strategica e/o componenti degli uffici di staff della stessa. In merito in letteratura sono citati numerosi esempi provenienti dai paesi anglosassoni.

Nell'ambito della sanità italiana, caratterizzata da diversità organizzative e di ruoli fra le regioni e le strutture sanitarie, in base alle esperienze fatte da gruppi di studio, si propone che facciano parte del gruppo almeno un componente della direzione strategica/sanitaria dell'azienda ospedale, il risk manager responsabile del rischio clinico, il coordinatore delle professioni sanitarie e un segretario per la registrazione dei dati.

Per quanto riguarda invece il numero di soggetti da intervistare la letteratura riporta varie esperienze. Levati nel 2009 propone di intervistare 4 o 5 operatori in gruppo, Cambell e Thompson nel 2007 parlano di un gruppo di 8-10 persone e Graham ne individua 5 nel 2005.

Studi italiani, come il Safety Walk Around – Manuale proposto nel 2007 dalla

fondazione IRCCS, propongono che venga intervistato un gruppo multi professionale composto da almeno 4-5 soggetti attivi nell'unità operativa: dirigenti medici, infermieri, OSS o altri operatori scelti in base alla tipologia di unità operativa.

Safety Walk Around - Strumento della Valutazione del Rischio

Attraverso le interviste agli operatori si rilevano situazioni a rischio e si raccolgono suggerimenti per introdurre miglioramenti che aumentino la sicurezza del paziente. Di qui la necessità di definire a priori le domande da rivolgere agli intervistati e le modalità per documentare quanto emerso dalle interviste.

Il progetto di ricerca deve comprendere domande validate per la loro efficacia nel sollecitare le risposte degli operatori e tutti gli operatori dell'unità operativa coinvolta devono rispondere ad una identica serie di domande.

Durante le interviste si raccolgono tantissime informazioni che ad un primo esame possono apparire dispersive (opinioni, commenti, lamentele, segnalazioni,...). Questo aspetto pone la necessità di analizzare le criticità rilevate, andando al cuore e al significato di ogni risposta, e di riordinare questa massa di informazioni in aree di cause e fattori contribuenti al fine di fornire ai responsabili delle unità operative e alla dirigenza una documentazione chiara e di facile consultazione.

È opportuno che le criticità evidenziate durante il SWA siano classificate sulla base dei fattori causali e contribuenti, per esempio utilizzando il modello di Vincent già citato precedentemente. Sarebbe auspicabile inoltre riuscire a classificare l'evento/criticità in ordine alla frequenza di accadimento e alla gravità del potenziale danno per definire una priorità di intervento.

L'aggregazione dei dati in base al punteggio di priorità e alla classificazione dei

fattori contribuenti permette di mettere in evidenza i problemi che costituiscono le cause profonde delle vulnerabilità di sistema evidenziate.

Tabella con i fattori Contribuenti di Vincent

1 – Fattori organizzativi e gestionali	2 – Ambiente di lavoro	3 – Team
Struttura organizzativa (gerarchia)	Gestione – facilità di conduzione e revisione della gestione complessiva	Comunicazione verbale
Politica aziendale, standard, obiettivi – Mission e obiettivi	Struttura e progettazione – manutenzione	Comunicazione scritta
Diffusione e implicazione dei rischi	Controllo di eventi ambientali (Temp., illuminazione.)	Supervisione e richiesta di aiuto
Cultura della Safety	Disponibilità e manutenzione delle attrezzature	Congruenza coerenza nella definizione dei compiti
Risorse e vincoli finanziari	Risorse umane – indisponibilità	Direzione e responsabilità
	Formazione e addestramento	Reazione del personale agli incidenti
	Carichi di lavoro e turnazione	
	Tempistiche – ritardi	
4 – Fattori individuali	5 – Compiti e processi	6 – Caratteristiche dei pazienti
Verifiche delle competenze	Disponibilità di protocolli e procedure per rivederli	Condizioni – complessità
Conoscenze e abilità	Accuratezza e disponibilità esami diagnostici	Lingua e comunicazione
Fattori stressanti fisici e mentali	Strumenti per le decisioni	Trattamento – rischi della cura
	Progettazione del compito	Caratteristiche personali
		Relazione personale – paziente

Safety Walk Around - Risultati

Attraverso l’elaborazione dei dati raccolti tramite le interviste effettuate è possibile individuare delle criticità che possono essere catalogate in database seguendo specifici percorsi (per es. i fattori contribuenti di Vincent). Lo stesso sistema di raggruppamento può essere utilizzato per catalogare gli interventi che si ritiene opportuno adottare.

Ne consegue che il team di lavoro assieme alla Direzione elabora un documento condiviso che ha la finalità di correggere eventuali criticità e prevenirne altre. Tale documento può riguardare temi come: l’ambiente di lavoro, le attrezzature, la

formazione, integrazione e la comunicazione tra team di lavoro diversi o anche nello stesso gruppo e molti altri.

In conclusione il SWA offre molteplici vantaggi, alcuni immediati, nel momento in cui consente di identificare rischi e di agire rispetto agli stessi, altri più estesi nel tempo in quanto concorre allo sviluppo della cultura istituzionale della sicurezza del paziente.

La diffusione della cultura della sicurezza, come insegnano i sistemi ad alta affidabilità, rende gli operatori partecipi al progetto di contenimento del rischio e responsabilizzati in prima persona sul concetto che la sicurezza del paziente dipende dall'azione di ciascuno.

Esso stesso può quindi essere considerato uno strumento di formazione di cultura del rischio.

PARTE 4 – ESPERIENZA DI TIROCINIO

Presentazione del Contesto di Tirocinio

La Residenza Santa Margherita è una struttura privata convenzionata con l'ASL 4 "Veneto Orientale" con tutti i posti letto accreditati dalla Regione Veneto. I 140 posti, suddivisi in nuclei specifici in base alle problematiche cliniche, ospitano anziani auto e non autosufficienti, malati di Alzheimer e pazienti in stato vegetativo, con questa ripartizione:

- Nucleo Alzheimer. Costituito da 14 posti letto in ambiente protesico, sicuro e specifico per pazienti affetti da demenza senile e con importanti disturbi comportamentali
- Piano Rialzato. Ospita 36 pazienti anziani auto e non autosufficienti, generalmente orientati sotto il profilo spazio temporale.
- Ala Rosa. Costituito da 32 posti letto per pazienti con compromissione della mobilità, dipendenti sotto il profilo delle Attività di Vita Quotidiana ma generalmente non affetti da demenza senile
- Ala Verde. Reparto di 20 posti letto per pazienti con demenza senile, senza importanti disturbi comportamentali e con compromissione della mobilità.
- Bosco Azzurro. 28 Pazienti gravemente dipendenti e con sindrome da allettamento, portatori di SNG, PEG e CV.
- Stato Vegetativo. Costituito da 10 posti letto per pazienti in stato vegetativo permanente.

La Direzione si avvale della collaborazione di 130 dipendenti, la maggior parte dei quali Operatori Socio Sanitari.

La Residenza Santa (RSM) è stata scelta come sede di tirocinio per l'impegno ed i risultati ottenuti investendo su tematiche come la Qualità e la Sicurezza.

Oltre alla doppia certificazione ISO 9001 e OHSAS 18001, infatti, la struttura è stata premiata nel 2013 ricevendo da Confindustria il Premio Award al concorso "Premio Imprese per la Sicurezza".

E' in grado di garantire servizi basati su decisioni prese collegialmente da diversi professionisti. Tale multiprofessionalità e multidisciplinarietà si esprime in particolare nelle Unità Operative Interne, per la stesura dei Piani Assistenziali Individuali di ogni singolo paziente, e, elemento di notevole interesse per questa tesi, nello svolgimento di incontri finalizzati alla prevenzione dei rischi e nell'elaborazione di interventi concernenti la sicurezza, come il Safety Walk Around o la Route Cause Analysis .

La RSM è dotata di sistemi informatici per la gestione delle attività ed il governo dei processi:

- Qualibus: programma informatico per guidare e tenere sotto controllo il Sistema di Gestione Integrato per la Qualità, Sicurezza, Etica, Ambiente e Rischio Clinico.
- Cartella Utente: programma gestionale che permette l'informatizzazione del percorso del paziente all'interno della struttura: dall'ammissibilità, all'inserimento fino alla dimissione.
- Winsarp: programma per la gestione dei turni del personale

Dal punto di vista organizzativo la residenza segue uno schema classico in cui alla base si trova un Nucleo Operativo, formato dal personale subordinato che svolge praticamente le attività programmate per gli utenti, un Vertice Strategico, composto da consiglio di amministrazione e direzione che detiene la responsabilità globale del

sistema, una Linea Intermedia, costituita da coordinatori e responsabili che fungono da anello di congiunzione tra direzione e nucleo operativo, una Tecnostruttura, costituita da manager e coordinatori che programmano il lavoro e lo pianificano e infine uno Staff di Supporto che è formato da consulenti e analisti esterni all'organizzazione.

In base ai Modelli Organizzativi di Mintzberg l'azienda prevede un sistema organizzativo risultante dall'incontro tra Supervisione Diretta, poiché ci sono una direzione e dei coordinatore/responsabili che organizzano e controllano il lavoro dei subordinati, Standardizzazione delle Capacità dei Lavoratori, poiché sono definiti mansionari e competenze per specifica occupazione, ed anche Standardizzazione dei Processi in quanto la componente dirigenziale definisce le procedure di lavoro fornendo indicazioni per tempi e modi di esecuzione.

Come Configurazione di Base l'organizzazione potrebbe essere considerata una Burocrazia Professionale, cioè con standardizzazione basata sulle capacità dei professionisti e dei lavoratori, con una componente di Burocrazia Meccanica, poiché ci si basa anche sulla standardizzazione dei processi da parte della componente tecnocratica.

Esperienza Diretta di Tirocinio – Attività svolte

All'interno dell'organizzazione in oggetto assume notevole importanza il ruolo del coordinatore.

La pianificazione delle attività, la loro programmazione e controllo sono svolte in accordo con le altre figure dirigenziali, secondo il criterio di multidisciplinarietà, tenendo conto che il Coordinatore è il professionista che mantiene il legame con la direzione.

In egual misura la multi professionalità consente di avere una visione olistica di

quelli che sono gli aspetti peculiari di ogni singolo professionista e ciascuno è chiamato a mettere al servizio del gruppo e del sistema le proprie conoscenze.

La figura del coordinatore quindi non è tenuta alla conoscenza diretta di ogni aspetto, ma si arricchisce del sapere dei collaboratori. La vera forza dell'organizzazione risiede nel team e non nel singolo.

L'esperienza di tirocinio è stata professionalmente formativa per numerosi aspetti che verranno di seguito elencati.

Il coordinatore è tenuto alla programmazione dei turni del personale. Questo compito, oltre che essere meramente tecnico, ovvero decidere "chi fa che cosa e quando", risulta essere importante sotto il profilo comunicativo e disciplinare. Dimostrare di essere al di sopra delle parti, equidistante da tutti i collaboratori ed equilibrato nel prendere decisioni permette di porsi in maniera autorevole verso i dipendenti in modo tale da figurare come leader riconosciuto.

In collaborazione con le altre figure il responsabile organizza, pianifica e gestisce i Programmi di Lavoro. Questi sono ciclicamente soggetti a discussione e revisione per essere costantemente migliorati, sia per quanto riguarda il benessere e la sicurezza degli operatori e dei pazienti, sia per ciò che concerne la gestione delle risorse economiche a disposizione. Al giorno d'oggi il coordinatore deve curare in maniera particolare questo aspetto poiché i budget messi a disposizione dalla direzione dell'azienda devono essere gestiti con efficienza ed efficacia. Il target da raggiungere prevede il mantenimento di standard qualitativi ottimali, per poter essere attrattivi verso pazienti/utenti/clienti, associato al contemporaneo utilizzo adeguato delle risorse.

Il ruolo di gestore di risorse economiche da parte del coordinatore emerge anche nelle attività di approvvigionamento di farmaci, presidi e materiale. Come per le

esigenze di personale anche in questo compito la gestione viene condizionata necessariamente da efficienza ed efficacia, da costo e beneficio.

Il responsabile del coordinamento si deve occupare dei neoassunti. La gestione dei colloqui per l'assunzione, l'inserimento e la formazione del nuovo professionista sono elementi da pianificare e valutare con scrupolo e attenzione.

La figura del coordinatore è fortemente contraddistinta da capacità riguardanti la sfera della comunicazione.

Il passaggio delle informazioni, il rapporto con i collaboratori e quello con i familiari dei pazienti devono essere curati, approfonditi e arricchiti quotidianamente.

Ci sono situazioni in cui i rapporti con la direzione, i colleghi o i collaboratori o subordinati assumono aspetti più formali, per esempio nel caso di eventi come le Unità Operative Interne, incontri di Safety Walk Around o riunioni di staff, dove il coordinatore è chiamato spesso a mettere in campo le proprie competenze comunicative per essere un moderatore diplomatico piuttosto che colui che governa l'evento.

Tali incontri prevedono spiccata capacità di ascolto tali da fare sentire il personale parte attiva dell'organizzazione. Chi si sente coinvolto nel progetto riesce ad impegnarsi con maggiore consapevolezza e con più costanza per il benessere del paziente e dell'organizzazione.

La cura degli aspetti comunicativi, inoltre, richiede un impegno continuo nella gestione di piccole problematiche quotidiane, meno formali rispetto agli incontri programmati ma non per questo meno significative per la corretta gestione del sistema. Nel confronto quotidiano pazienti e familiari devono percepire attenzione verso le loro necessità ed esigenze; il coordinatore diventa la figura di riferimento nella ricerca delle varie soluzioni dimostrando flessibilità.

Esperienza Diretta di Tirocinio - Gli Incontri Formali

Come citato in precedenza il ruolo del coordinatore prevede la partecipazione a incontri/riunioni formali, programmati e calendarizzati, finalizzati alla progettazione e pianificazione strategica di aspetti riguardanti il governo dell'azienda.

Durante il periodo trascorso in tirocinio ho potuto partecipare attivamente ad alcune di queste.

L'Unità Operativa Interna (UOI) è un incontro Multiprofessionale e Multidisciplinare incentrato sul benessere del paziente e sull'individuazione di obiettivi specifici che lo riguardano, in modo tale da creare un percorso clinico-assistenziale focalizzato sulla persona.

Seguendo l'andamento circolare che è stato evidenziato in precedenza parlando di pianificazione, il team di lavoro è chiamato, in sede di UOI, a individuare le problematiche che riguardano il paziente, porsi degli obiettivi e pianificare gli interventi utili e infine controllare e verificare l'esecuzione degli interventi valutandone l'efficacia nel tempo.

Gli obiettivi che il gruppo di lavoro ritiene necessari per il paziente vengono poi riportati nel Piano Assistenziale Individuale o PAI. Il PAI è l'elemento cardine per la gestione del paziente all'interno di una struttura socio-sanitaria. È il risultato di quello che viene deciso in UOI dai professionisti con le indicazioni per ciò che si ritiene sia il miglior percorso clinico, educativo e sociale per il paziente, secondo le evidenze scientifiche.

A titolo di esempio pratico ho potuto partecipare all'incontro per il sig. F.G., nuovo paziente della struttura. Al termine di un breve periodo di osservazione e raccolta dati, i professionisti sono stati convocati in Unità Operativa Interna (UOI). Una delle

prime problematiche rilevate è stata la sindrome da allettamento con relativo rischio di insorgenza di lesioni da decubito. Il team ha individuato come obiettivo la prevenzione del rischio di comparsa di ulcere da pressione e, quindi, sono state identificate le azioni preventive. Gli interventi sono stati assegnati specificatamente ad ogni gruppo di lavoro: ai fisioterapisti è stata attribuita la mobilizzazione passiva del paziente, agli infermieri il controllo di alimentazione, cute, presidi, ecc. mentre agli OSS l'effettuazione dei cambi posturali e l'igiene accurata.

Al termine sono stati fissati anche i tempi di controllo, monitoraggio e valutazione del processo mediante appositi indicatori.

Ho avuto modo di partecipare anche ad un incontro Safety Walk Around. Lo strumento, visto in precedenza, è utilizzato dalla struttura come uno dei metodi atti a perseguire la politica per la gestione della sicurezza. Vengono individuati obiettivi verso i quali i professionisti devono convergere per migliorare la sicurezza all'interno della struttura e per prevenire eventuali eventi avversi.

L'incontro prevede la partecipazione di un rappresentante di tutte le figure professionali coinvolte nei processi clinico-assistenziali e alberghieri: direttore, ufficio qualità-sicurezza, medico, coordinatore infermieristico, responsabili attività assistenziali, fisioterapisti, educatori e altri.

Ciascuno mediante un questionario, precedentemente consegnatogli e debitamente compilato, individua quelli che, secondo la propria esperienza lavorativa quotidiana, sono elementi che possono essere analizzati dal team di lavoro e quindi presi in considerazione nell'ottica della prevenzione del rischio.

Dal punto di vista comunicativo, durante l'incontro, ognuno è libero di esprimere la propria opinione, le proposte vengono condivise e discusse in assenza di giudizio,

soprattutto da parte della direzione.

Ovviamente non è sempre possibile che tutte le idee vengano accolte, ma ogni figura, quindi ogni gruppo di lavoro, è messa nella condizione di sentirsi ascoltata, coinvolta e responsabilizzata. Il confronto permette la condivisione delle scelte e delle priorità d'intervento.

La conclusione della SWA comporta la realizzazione di un documento che prevede l'individuazione di obiettivi collettivi e l'assegnazione di compiti individuali o di gruppo per la risoluzione o prevenzione delle problematiche emerse.

Per esempio durante il SWA al quale ho partecipato il MMG ha rilevato ed esposto al team riunito la seguente problematica: i pazienti sottoposti a terapia anticoagulante orale (TAO) devono assumere i farmaci in orari definiti e lontano dai pasti, a prescindere dal programma di lavoro degli infermieri. Il mancato soddisfacimento di tale presupposto clinico potrebbe condurre ad uno squilibrio nella coagulazione ematica tale per cui la sicurezza del paziente sarebbe a rischio.

Come evidenziato precedentemente negli aspetti teorici della tesi, in questo caso, non si sono verificati Eventi Avversi, ma l'incontro è servito per attivarsi mettendo in atto azioni per prevenire il rischio, come, per esempio, la revisione del programma di lavoro e degli orari di somministrazione dei farmaci da parte del Coordinatore.

Durante il tirocinio ho potuto partecipare anche ad un incontro di Root Cause Analysis, strumento necessario al fine di indagare le cause profonde che hanno generato un Evento Avverso di grave entità o di particolare rilevanza per la direzione. L'equipe si riunisce analizzando nel dettaglio i fattori che hanno determinato l'episodio con l'obiettivo di migliorare l'organizzazione.

In occasione della caduta della signora P.P., che ha determinato la rottura del

femore con conseguente intervento chirurgico e degenza ospedaliera, il team di lavoro riunito ha ritenuto opportuno indicare le seguenti azioni correttive: ridisposizione del mobilio della camera, definizione di un punto di sosta lungo il corridoio.

A seguito delle decisioni concordate sono stati indetti nei reparti, da parte del coordinatore, degli incontri di staff per rendere edotti gli operatori su quanto deciso.

Esperienza Diretta di Tirocinio - La Comunicazione

Come accennato in precedenza l'esperienza di tirocinio intrapresa è risultata essere professionalmente formativa anche per ciò che riguarda gli aspetti della comunicazione, che caratterizzano in maniera preponderante le funzioni del coordinatore.

A livello generale le organizzazioni sanitarie spesso non favoriscono la pubblicazione e la discussione sull'analisi degli eventi avversi avendo retaggi culturali impostati alla riservatezza. Tutto ciò potrebbe essere svantaggioso ai fini della sicurezza del paziente, perché i sistemi sanitari più sicuri scaturiscono dalla circolazione delle informazioni.

Accettare la fallibilità umana e favorire la partecipazione attiva di tutti gli attori in gioco pone l'organizzazione nella condizione di essere maggiormente protesa verso il raggiungimento di un efficace impianto di gestione dei rischi.

Un aspetto critico emerso durante il tirocinio è la carenza di comunicazione tra strutture con tipologia di pazienti simili.

A livello regionale, per lo meno, sarebbe interessante creare una rete di connessioni tra le organizzazioni finalizzata alla condivisione degli eventi avversi e degli interventi mirati e non conformità.

In rare occasioni i vecchi adagi popolari non forniscono soluzioni ottimali, ma in questioni quali la sicurezza delle persone sarebbe opportuno che i “panni sporchi” non venissero lavati in casa ma valutati e discussi in comunità.

La calendarizzazione di appuntamenti e momenti di incontro tra strutture sanitarie o socio-sanitarie che accolgono pazienti con percorsi clinico-assistenziali simili è un aspetto che potrebbe essere preso seriamente in considerazione e approfondito nell’ottica della Gestione del Rischio Clinico e del miglioramento continuo.

All’interno di un sistema impostato in questo modo chi detiene posizioni dirigenziali o di coordinamento avrebbe la possibilità di trovare spunto per la risoluzione di problematiche che sono già state trattate precedentemente da altri, o comunque avrebbe a sua volta la possibilità di fornire la propria esperienza al servizio dell’interlocutore.

Gli operatori e collaboratori subordinati dovrebbero mostrarsi interessati all’interazione con i colleghi di altre strutture, per lo scambio di nozioni, metodologie di lavoro e di intervento.

Un’ulteriore riflessione scaturisce dalla gestione della comunicazione all’interno delle strutture stesse. La struttura sede di tirocinio possiede un efficiente rete per la gestione e lo scambio delle informazioni tra diversi reparti e tra le diverse figure professionali. Oltre ai programmi informatici precedentemente elencati vale la pena menzionare l’utilizzo di:

- Rete Intranet
- Incontri Informali
- Casella di posta elettronica aziendale-personale

Generalmente nelle strutture sanitarie, nonostante ci si adoperi costantemente per

migliorare, permangono delle situazioni in cui le informazioni non riescono a compiere il loro percorso nella maniera più fluida.

In particolari circostanze alcuni dati da considerare importanti, a titolo di esempio gli interventi per un paziente pianificati durante l'Unità Operativa Interna, vengono condivisi tra responsabili e referenti, ma faticano a raggiungere gli operatori che devono attuare in reparto durante la loro attività le iniziative in oggetto.

A volte chi non è direttamente coinvolto in questo processo di pianificazione, dalla rilevazione delle problematiche fino all'individuazione degli obiettivi e quindi degli interventi, sottovaluta l'importanza della lettura e comprensione di questi documenti, e pone in essere una sorta di resistenza al cambiamento, tendendo a fossilizzare il proprio operato quotidiano su interventi routinari e stereotipati. Tale atteggiamento contrasta con il concetto di individualità dell'assistenza e del trattamento clinico.

Un efficace ed efficiente sistema di comunicazione dovrebbe permettere a tutti gli operatori la fruibilità delle informazioni in maniera semplice e rapida, al fine di ottenere l'applicazione collettiva degli interventi pianificati.

Una completo controllo e valutazione di quanto si applica può essere ottenuto solo se tutte le figure professionali coinvolte si muovono nella stessa direzione in un determinato periodo di tempo.

L'attenzione e l'interesse verso le attività pianificate deve essere stimolato e implementato attraverso il coinvolgimento del personale, non solo per ciò che riguarda le azioni da intraprendere ma a cominciare dalle problematiche da individuare e sulle quali costruire il percorso clinico assistenziale del paziente.

In questo senso la partecipazione attiva del personale subordinato a incontri come

Unità Operative Interne, Rout Cause Analysis e Safety Walk Around, per citare quelle approfondite nella tesi, può essere l'esempio di un'organizzazione che si muove con interesse verso il miglioramento continuo e l'ottenimento di uno standard qualitativo assistenziale elevato.

Il benessere dei pazienti e la loro sicurezza passa necessariamente attraverso il benessere e la sicurezza degli operatori.

Questo è un principio che le organizzazioni non devono considerare come spesa ma come investimento.

Oltretutto, in sede di tirocinio, ho potuto verificare l'importanza di riuscire a creare una collaborazione con i familiari dei pazienti, che risultano essere un'ottima risorsa. Tale alleanza terapeutica risulta essere assai efficace per il benessere dell'organizzazione e per riuscire a mettere in pratica gli interventi pianificati senza incorrere in resistenze.

La Residenza Santa Margherita, per esempio, propone dei momenti di incontro tra i professionisti e i familiari, all'interno dei quali essi possono esprimere le loro preferenze, preoccupazioni, perplessità o necessità.

Nei luoghi di lungodegenza in maniera più significativa l'ascolto e il coinvolgimento dei familiari risultano essere un'arma vincente.

La partecipazione può essere espressa anche mediante invito a presenziare alle Unità Operative Interne.

Questa strategia organizzativa è in grado di creare:

- Benessere e serenità del paziente
- Benessere e tranquillità del familiare
- Minore resistenza per l'applicazione del PAI

- Sistema organizzativo e passaggio delle informazioni più fluido
- Rapporto di fiducia

Esperienza Diretta di Tirocinio - Valutazione e riflessioni personali

A seguito dell'esperienza maturata, ciò che emerge in maniera piuttosto chiara è l'eterogeneità degli ambiti d'azione che possono interessare la figura del Coordinatore delle Professioni Sanitarie. La funzione del coordinatore può non essere facilmente inquadrabile all'interno di un mansionario comune a tutte le diverse tipologie di strutture sanitarie e socio-sanitarie nelle quali egli può operare.

Il ruolo assume sfumature diverse in base alla realtà nella quale ci si trova, è un ruolo poliedrico. Tuttavia possono essere evidenziate competenze universalmente trasversali, come quelle che riguardano: Programmazione e Pianificazione; Comunicazione; Comando; Controllo; Organizzazione; Formazione; Gestione e Valutazione di risorse; Attenzione agli aspetti della Sicurezza.

Le competenze richieste, quindi, vengono collegate tra loro per dare luogo ad una figura professionale che sia allo stesso tempo capace di rispondere in maniera puntuale a problematiche sempre diverse.

Il coordinatore deve essere Collega, poiché chi è responsabile di un gruppo di lavoro deve conoscere le problematiche tecnico/operative del lavoro, a partire dall'esecuzione di procedure clinico-assistenziali fino ad arrivare alla consapevolezza dei disagi del lavoro a turno.

Deve essere Guida, perchè deve assumere un'autorevolezza tale da essere riconosciuto dal team di lavoro come leader e contemporaneamente deve essere visto dalla direzione come figura rappresentativa e interlocutore principale.

Diventa Collegamento, in quanto rappresenta l'anello di congiunzione tra la direzione strategica e gli operatori, tra il vertice e la base, tra programmazione ed esecuzione. È la figura che attiva, valuta e controlla il corretto passaggio delle informazioni tra le varie figure.

Il concetto di Coordinamento come Collegamento, infatti, si esprime anche attraverso l'attività di divulgatore e portavoce, verso gli altri professionisti, collaboratori e verso l'esterno, di quelle che sono la mission e la vision definite dall'azienda.

Un ulteriore importante ruolo è quello del Formatore, egli è il primo promotore del “sapere, saper fare e saper essere”, concetti fondamentali su cui basare l'azione quotidiana del professionista. Gli aggiornamenti professionali teorici e pratici, verso i quali far propendere i propri collaboratori, devono basarsi primariamente sulle evidenze scientifiche e solo successivamente sull'esperienza maturata.

A titolo d'esempio, in base alla mia esperienza lavorativa, la professione infermieristica rimane ancora caratterizzata dal saper eseguire manualmente attività tecniche dirette al paziente (posizionare un accesso venoso, un sondino naso-gastrico, un catetere vescicale, ecc.). Tale manualità deve essere necessariamente supportata da una corposa componente teorica da apprendere e aggiornare costantemente. Essere riconosciuti come guida o leader dal gruppo di lavoro passa anche attraverso la conoscenza di questi aspetti teorici e tecnici.

Il ruolo di formatore prevede anche la capacità di riconoscere quali siano le reali necessità formative del team analizzando la situazione e basandosi su problematiche evidenziate dai singoli, emerse durante il lavoro, oppure su Eventi Avversi. Dopo aver rilevato le necessità formative deve essere in grado di pianificare, programmare e valutare, assieme alla direzione, la formazione adeguata.

Un grado elevato di multi professionalità e la multidisciplinarietà presente all'interno di una struttura è sinonimo di qualità ed è contemporaneamente una risorsa importante per dare una risposta puntuale ed esauriente al paziente e al proprio bisogno clinico-assistenziale. Calato in un contesto così eterogeneo il coordinatore assume un ruolo di Mediatore-Negoziatore tra le diverse figure. Egli funge ancora una volta da anello di congiunzione tra professionisti, facendo in modo che non si verifichino prevaricazioni ma tutti possano essere coinvolti e utili al progetto.

Il coordinatore, inoltre, deve prestare attenzione agli aspetti legati alla sicurezza dei lavoratori e dei pazienti. La tematica della sicurezza, approfondita nella tesi esposta, è un concetto molto moderno e per il quale le varie organizzazioni possono fare molto.

La sensibilizzazione verso questo tema deve necessariamente passare attraverso le capacità del coordinatore di coinvolgere le persone, fino a farle diventare garanti della propria sicurezza e di quella degli assistiti.

La vera sfida non è porre barriere o imporre sanzioni al personale ma consiste nella capacità di creare consapevolezza delle proprie azioni e delle conseguenze a cui queste possono condurre se vengono sottovalutati i rischi.

Oltre a tutte le altre competenze, un coordinatore delle professioni sanitarie completo e moderno, deve possedere conoscenze specifiche in materia di Gestione del Rischio Clinico, deve saper usare gli strumenti atti a far fronte a potenziali Eventi Avversi o errori accaduti e deve conoscere gli strumenti da utilizzare per prevenire le problematiche e valutarne i rischi.

In definitiva, dopo l'esperienza maturata in tirocinio e dopo aver evidenziato parte di quanto emerso in letteratura, è possibile affermare che il Coordinatore delle Professioni Sanitarie sia innanzitutto un Gestore.

Un gestore di informazioni, di persone e di azioni: quotidianamente egli si trova a dover affrontare e cercare di risolvere problemi emergenti che possono riguardare una di queste tre macroaree.