

## Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

# Il modello per la sicurezza del paziente della ASL 2 Savonese: verso una organizzazione resiliente

Anna Apicella (ASL 2 Savonese, Italia)

Elio Garbarino (ASL 2 Savonese, Italia)

Lucia Tulumiero (ASL 2 Savonese, Italia)

**Abstract** ASL No 2 Savonese has defined and developed a clinical risk, accident prevention and management, through the integration of the System of Quality Management. Over the past two years, this paradigm has resulted in the identification of responsibilities, duties and functions of the role of the different actors, business methods and procedures introduced. First of all, the leadership (directors and coordinators) were also sensitized through training. Subsequently, they have been designated and trained two 'facilitators' for each structure and sector specific initiative; company procedures were prepared as a provision for adverse events for reporting arrangements, communication and management. The Risk Management acts as a result of the accident reports drawn up through various analysis tools, in order to overcome the culture of blame, to analyse the human, organizational and technological and plan corrective action and improvement. The members of the UGR (Unit Risk Management) have been trained on non-technical skills to manage adverse events. It has started an active collaboration with the Committee of complaints Management Company.

**Sommario** 1. Introduzione. – 2. L'esperienza della ASL 2 Savonese. – 3. Approccio culturale e strategia per la sicurezza. – 4. Dal singolo, al gruppo, al sistema in tempo di crisi. – 5. Il benessere organizzativo. – 6. La collaborazione resiliente. – 7. La valutazione dei primi risultati e le prospettive.

**Keywords** Quality Management System. Risk Management. Business methods.

## 1 Introduzione

Perché un modello aziendale per la gestione del rischio clinico? Il Ministero della salute definisce la gestione del rischio clinico (*Clinical Risk Management*) in questo modo:

Processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

La gestione del rischio clinico è uno degli strumenti del Governo Clinico. Per Governo Clinico si intende un approccio integrato per l'ammodernamento

mento del Servizio Sanitario Nazionale, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità (Ministero della Salute 2011).

Il Sistema Sanitario Nazionale ha quale obiettivo prioritario quello di offrire, responsabilmente, assistenza di alta qualità e in condizioni di massima sicurezza. Tra le funzioni del Ministero della Salute, quindi, assumono notevole rilievo la valutazione e il controllo dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) anche per gli aspetti della qualità e della sicurezza dei pazienti.

L'impegno continuo per la Sicurezza dei Pazienti e la gestione del Rischio clinico sono infatti fondamentali vettori per la realizzazione delle politiche di governo clinico e più in generale della qualità nei servizi sanitari, rendendo conto della rilevanza che tali tematiche hanno assunto nelle scelte sanitarie di molti Paesi e dei principali organismi internazionali, impegnati nella definizione di strategie e azioni in questo settore. È riconosciuto che la promozione della sicurezza dei pazienti si fonda su un approccio sistemico, che comprende lo studio degli eventi avversi, l'identificazione e il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente, la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti. In particolare, l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti rappresenta un momento complesso, ma essenziale, nella gestione del rischio clinico e ha lo scopo di identificare gli elementi che possono aver contribuito all'occorrenza dell'evento avverso, tramite l'applicazione di una metodologia di indagine orientata al sistema e ai processi. L'identificazione delle cause profonde è necessaria per individuare le soluzioni più appropriate e per prevenire l'accadimento di un evento analogo.

## **2 L'esperienza della ASL 2 Savonese**

Le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, sulla base delle indicazioni ministeriali, hanno dovuto adeguarsi e organizzarsi al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, normative, piani, ecc. in materia. Ogni Regione ha definito un proprio modello guida per le Aziende Sanitarie. In Regione Liguria nel 2006 è stata istituita la 'rete regionale del rischio clinico', costituita da:

- Commissione Regionale di Coordinamento, quale organo consultivo e propositivo della Giunta Regionale e quale strumento per promuovere la realizzazione di un approccio integrato alla gestione del rischio all'interno delle strutture sanitarie, per il conseguimento di adeguati livelli di sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- Unità di Gestione del Rischio (UGR) istituite a livello di ogni Azienda

Sanitaria, quale gruppo di lavoro multidisciplinare che garantisce l'integrazione delle competenze legali, tecniche, sanitarie, amministrative presenti nelle Aziende: contestualmente ne sono stati definiti obiettivi e compiti.

La ASL 2 Savonese nel 2007 ha istituito la UGR aziendale con l'obiettivo di implementare l'elaborazione di percorsi, protocolli operativi clinici, terapeutici e assistenziali al fine di garantire una maggiore sicurezza del paziente e degli operatori, monitorare in modo sistemico gli eventi avversi nonché promuovere, sviluppare e monitorare le iniziative formative per la gestione del rischio clinico. Nel 2008 la Azienda Ospedaliera S. Corona di Pietra Ligure è confluita nella ASL 2 Savonese e, considerata l'ampiezza e la dislocazione provinciale dei 4 ospedali e dei servizi territoriali, la direzione ha istituito, nel 2009, due gruppi operativi di Ponente e Levante della UGR aziendale, affidandone il coordinamento a due dei componenti. In tale occasione è stato effettuato un confronto fra le iniziative formative e i progetti realizzati per una nuova progettazione con scadenza biennale. Ogni anno l'UGR predispone un piano formativo aziendale sulla base della valutazione dei risultati degli eventi formativi precedenti e dei progetti realizzati. Successivamente, nel 2010, la Direzione Sanitaria Aziendale ha chiesto al suo staff di definire un modello di prevenzione e gestione del rischio clinico che si integrasse con il Sistema Gestione Qualità Aziendale, già attivo da molti anni, e che fosse rispondente agli obblighi ministeriali e regionali e soprattutto che si integrasse con la prevenzione e gestione dei sinistri. Tenendo conto della Legge della Regione Liguria del 2011, che istituiva la gestione diretta delle richieste di risarcimento danni e il Comitato gestione sinistri regionale. L'incarico di definire il modello fu affidato al Responsabile della struttura SSD (Struttura Semplice Dipartimentale) Qualità e Governo Clinico, che incaricò il responsabile dell'Ufficio Qualità di Savona. Per raggiungere tale obiettivo fu effettuato uno studio preliminare relativo all'organizzazione aziendale, ai suoi organi e funzioni così da identificare nell'organigramma e nei livelli organizzativi i flussi di comunicazione e conseguenti azioni necessarie allo scopo prefissato. Fu utilizzato il tempo protetto e il luogo appropriato della formazione interna allo staff della Direzione Sanitaria Aziendale per elaborare e definire il progetto. Fu realizzato un evento formativo dal titolo *La comunicazione strategica aziendale*, che ebbe un'articolazione biennale e permise di identificare i soggetti strategici aziendali da coinvolgere nella prevenzione e gestione del rischio clinico e soprattutto di definire quali ruoli e funzioni dovevano essere affidati a ciascuno. Si sottolineò che la comunicazione strategica era la chiave da presidiare per l'efficacia del modello. Si utilizzarono strumenti tipici della ricerca sociologica: focus group, questionari, analisi di documenti (es. verbali di riunioni di Dipartimento), simulazioni di riunioni, role playing.

Al termine dell'analisi e del proficuo confronto all'interno dello staff, fu presentato alla Direzione Generale il modello di prevenzione e gestione del rischio clinico, integrato con il Sistema Gestione Qualità, e di gestione sinistri. Furono elaborati il piano biennale 2012-2013 e il piano della formazione strategica, che fu approvato e deliberato. Tale piano definiva i soggetti, i ruoli e le funzioni ai diversi livelli aziendali, a partire dallo staff della Direzione Sanitaria, ovvero dei servizi afferenti quali: le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero; la Direzione delle professioni sanitarie e di assistente sociale; la SSD Qualità e Governo Clinico; gli Uffici Qualità. Furono definiti i compiti e i flussi comunicativi in caso di «evento sentinella», con obbligo di segnalazione al Ministero, e di «quasi eventi ed eventi avversi», con la raccolta da parte degli Uffici Qualità - in quanto funzione delegata della UGR - e inserimento dati nel flusso regionale. In particolare, fu redatta e diffusa una procedura dal titolo *Segnalazione/Comunicazione e gestione degli venti avversi, Rev. 0 del 16.10.2012*. L'AHQRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), l'Agenzia federale degli Stati Uniti per la ricerca e la qualità in ambito sanitario, ha definito la sicurezza dei pazienti come

l'assenza del potenziale per, o l'occorrenza di danni ai pazienti associati all'assistenza sanitaria, che origina dall'evitare errori nella pratica clinica e dall'adoperarsi al fine che gli errori non causino danno (Hines, S.; Luna, K; Lofthus, J. et al. 2008).

Negli ultimi dieci anni, gli studi internazionali hanno evidenziato potenzialità e limiti di diversi metodi di identificazione del rischio (Naessens et al. 2005; Olsen et al. 2007) che devono essere diversificati in relazione a scopi specifici, al contesto socioculturale e organizzativo, allo stato di avanzamento della cultura della sicurezza. Per sviluppare un sistema di gestione del rischio clinico si possono individuare alcune **precondizioni organizzative** (WHO 2005; Vincent et al. 2012):

- impegno del management (Ovretveit 2006; Vincent 2006) come elemento chiave del governo aziendale;
- supporto di sistemi informativi.

Oltre alla Direzione Strategica (direttore generale, sanitario e amministrativo) che aveva approvato e deliberato il piano biennale, furono individuati come figure strategiche i direttori dei Dipartimenti e i direttori delle strutture complesse insieme ai coordinatori infermieristici e tecnici sanitari tutti. Si decise di partire da queste figure per rafforzare il ruolo di management, in particolare nell'area di cui parliamo, attraverso la formazione. Fu organizzato e tenuto il primo corso nel 2012 e in quella stessa occasione si utilizzò la swot analysis per coinvolgere i direttori stessi su possibili e realistiche strategie aziendali di prevenzione e gestione rischi. L'evento formativo era stato articolato in brevi relazioni con spazio per

la discussione che affrontavano il tema da punto di vista giuridico, documentale, psicologico e organizzativo. Al termine degli incontri fu elaborata un'ulteriore proposta emersa, ovvero quella di individuare in ogni struttura complessa la figura del 'facilitatore', uno o due operatori che, dopo adeguata formazione, assumono il compito di promuovere la cultura della segnalazione degli incidenti, favorirne l'analisi interna utilizzando i metodi e gli strumenti appresi del risk management. Attualmente si contano circa 2.000 operatori formati con corso base per la prevenzione e gestione del rischio clinico (su 3.488 dipendenti dell'Azienda); 180 operatori formati con la qualifica di 'facilitatori', presenti in tutti i 13 Dipartimenti sanitari. Nel 2014 è stato realizzato il secondo corso per direttori, durante il quale oltre agli aggiornamenti sul tema sono stati presentati i dati relativi alle attività svolte e i significativi risultati in termini di aumento di fiducia nello strumento di segnalazione spontanea nell'incident reporting: siamo passati da 13 segnalazioni spontanee nel 2009, a 22 nel 2010, a 30 nel 2011, a 62 nel 2012 a 130 nel 2013. Sono stati presentati i dati relativi alla formazione realizzata a livello trasversale e nei singoli Dipartimenti, i risultati dei principali progetti realizzati. L'aggiornamento ha previsto la partecipazione di un comandante dell'aeronautica, che ha portato la sua esperienza di formatore e illustrato i parallelismi con la prevenzione dell'errore in sanità, quella di un avvocato e un magistrato, che hanno rappresentato il punto di vista della giurisprudenza; un particolare accenno è stato fatto alla documentazione sanitaria elettronica e alle sue implicazioni nel rischio clinico. Il piano della formazione successivo, 2014, è stato elaborato per Dipartimenti e ha previsto l'assunzione in qualità di docenti dei 'facilitatori'; in particolare i temi affrontati sono stati quelli maggiormente segnalati nell'incident reporting: l'identificazione paziente, sito e lato, nelle procedure diagnostiche, terapeutiche, chirurgiche, nella compatibilità trasfusionale ABO, nella caduta dei pazienti, nella prevenzione delle infezioni ospedaliere, ecc. I componenti della UGR hanno svolto e svolgono il ruolo di 'metodologi' nella promozione e diffusione della cultura della sicurezza dei pazienti, attraverso la gestione dei casi. I risultati sono costantemente monitorati con indicatori specifici in ciascun progetto.

### 3 Approccio culturale e strategia per la sicurezza

In un interessante testo del dr. John Ovretveit, direttore della Research Karolinska Institute MMC di Stoccolma e professore di Health Policy and Management presso la Berger University Faculty of Medicine, in Norvegia, dal titolo *Quali interventi sono efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti?* Una revisione della ricerca sulle prove di efficacia, del 2006, vengono riassunte le ultime prove accertate dalle attività di ricerca sugli interventi più efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti a livello cli-

nico, organizzativo e delle politiche dei governi. In questo rapporto sono stati segnalati gli interventi efficaci o solo promettenti, perché ancora privi di prove conclusive. Alcuni studi di casi descrivono le strategie per la sicurezza degli ospedali o di sistemi sanitari, ma sembra mai sia stata fatta una valutazione indipendente e sistematica a lungo termine. Una delle migliori esperienze è la strategia in otto mosse per sviluppare una cultura della sicurezza, attivata al John Hopkins, ospedale universitario degli USA, che dapprima è iniziata in due reparti di Terapia Intensiva e poi si è diffusa in tutto l'ospedale. Questo non è un rapporto indipendente ma sono presentate prove e risultati (Pronovost, Holtzmuller 2004). Riportiamo in sintesi i risultati di questa esperienza significativa che conferma la necessità per le organizzazioni sanitarie di affrontare i problemi della strategia per la sicurezza con un approccio culturale e sottolinea l'importanza di sviluppare le competenze non tecniche degli operatori, in particolare relative al 'lavoro di squadra'.

Scopo dell'esperienza era sviluppare un programma complessivo per la sicurezza dei pazienti che potesse essere applicato in sequenza in tutte le strutture, migliorasse la cultura della sicurezza, consentisse al personale di fissare l'attenzione sui problemi specifici delle loro strutture e lo aiutasse nell'attivare iniziative per la sicurezza dell'intero sistema, comprendesse una raccolta rigorosa di dati, sia per identificare problemi che per misurare i risultati dei cambiamenti.

Le fasi del progetto furono: valutare la cultura della sicurezza nella struttura; formare il personale, identificare le principali preoccupazione; far adottare il programma dai *leaders* anziani coinvolgendoli nell'attenzione alla sicurezza; attivare i miglioramenti per la sicurezza; documentare i risultati derivanti dagli interventi migliorativi; raccontarsi le storie e le lezioni apprese; rivalutare la cultura della qualità della struttura.

La Terapia Intensiva fu il primo reparto coinvolto utilizzando tre principi, tratti dalla teoria della sicurezza e dall'esperienza di altre industrie:

1. creare una cultura della sicurezza;
2. standardizzare le cure, specificare quello che viene fatto e quando viene fatto (basandosi sulle migliori evidenze);
3. automatizzare.

Il report descrive come l'ospedale ha applicato queste idee. Il programma ha insegnato al personale a standardizzare i processi, trovando modi per ridurre la complessità diminuendo il numero dei passaggi.

Un esempio è illustrato in relazione al metodo per ridurre le infezioni da catetere venoso centrale. Dalle osservazioni effettuate risultava che, quando i medici si preparavano per l'inserzione del catetere centrale, la loro compliance con le barriere protettive era scadente. Solo il 30% usava una sterilizzazione appropriata: lavarsi le mani, indossare cuffia, camice, mascherina e panni di barriera completi. E i necessari presidi erano in nove posti diversi.

Standardizzare ha voluto dire fornire un luogo unico di stoccaggio con tutto l'occorrente per soddisfare le linee guida orientate all'EBM (Evidence Based Medicine, medicina basata sulle prove di efficacia) e il risultato fu una compliance molto più alta. La creazione di 'ridondanze indipendenti' coinvolse le infermiere che assistevano all'inserzione del catetere centrale che utilizzavano una check-list per verificare se il medico osservava i processi noti per ridurre le infezioni da catetere.

All'infermiera venne conferito il potere di fermare il medico e correggere i suoi difetti. Inoltre, durante i giri quotidiani di reparto, al personale infermieristico veniva sempre richiesto se il catetere poteva essere rimosso. All'inizio, le infermiere dissero di non essere loro le poliziotte dei medici e i medici non furono per nulla entusiasti di ricevere correzioni. L'approccio fu quello di 'lavorare in squadra' per ridurre ogni possibile danno ai pazienti, con l'infermiera come avvocato del paziente.

Questo è uno dei molti esempi di come sia necessario affrontare con un approccio culturale i problemi della strategia per la sicurezza.

#### 4 Dal singolo, al gruppo, al sistema in tempo di crisi

Spesso durante i nostri incontri con gli operatori abbiamo sentito molte affermazioni che fanno riferimento alla scarsa motivazione su cui poter fare leva per un cambiamento organizzativo, considerando il contesto nazionale e locale di crisi economica, che il nostro Paese attraversa e si respira ogni giorno girando per i reparti e servizi dell'Azienda. Le possibilità di errore sono, a detta degli stessi operatori, da attribuirsi alle condizioni di lavoro sempre più stressanti, ai doppi turni e alla riduzione di risorse di ogni tipo.

Pertanto, prendendo a riferimento la letteratura e l'esperienza di altri Paesi in materia di sicurezza dei pazienti, abbiamo studiato le strategie che permettono di coinvolgere i singoli e spostare l'attenzione al gruppo e dal gruppo al sistema.

Abbiamo compreso che non è sufficiente far leva sulle competenze tecnico-professionali, anzi, al contrario, sono proprio le **competenze non tecniche** a non dover essere sviluppate.

È l'organizzazione a dover trovare nelle risorse umane la leva del cambiamento e sono soprattutto coloro che hanno responsabilità di direzione e coordinamento di strutture e gruppi professionali a dover assumere il ruolo di leader, mostrandosi capaci di fare squadra e trainare i loro team verso gli obiettivi prefissati.

Abbiamo quindi introdotto questi temi nei piani formativi e sensibilizzato le figure di direzione e coordinamento, organizzando seminari e incontri.

L'approccio alla prevenzione e gestione dei rischi per salute e sicurezza sul lavoro e delle situazioni di emergenza basato sulle competenze non tecniche è in grado di superare i limiti della concezione solo tecnica e normativa

della sicurezza o limitatamente comportamentista del fattore umano (Flinn O'Connor, Crichton 2008). Possiamo dire che tali competenze non tecniche sono ciò che facilita la risonanza virtuosa, perché aiutano le persone nella circolazione lungo la matrice della resilienza (Bracco 2013). Definiamo Non-Technical Skill (NTS) le competenze necessarie ad agire nei sistemi organizzativi con consapevolezza della rilevanza per la prevenzione e gestione dei rischi; ovvero le seguenti competenze:

1. **consapevolezza situazionale:** è la capacità di cogliere elementi significativi nel proprio ambiente, di comprenderli in quadro coerente di significato e di saperli proiettare nell'immediato futuro (Endsley, Garland 2000);
2. **comunicazione:** le competenze comunicative nel gruppo di lavoro sono fondamentali per poter condividere le informazioni rispetto a segnali deboli di rischio o anomalie; occorrono ascolto empatico, sospensione del giudizio, valorizzazione delle differenze, capacità di fornire feedback facilitanti. L' 'impotenza appresa' (si veda in seguito), che nasce da una comunicazione disfunzionale, porta tre forme di ritiro: motivazionale (le persone perdono la spinta a fare il loro lavoro, non cercano di migliorarsi), emozionale (le persone sono impaurite, bloccate, impotenti, sole e inermi) e cognitivo (le persone non usano le proprie risorse in modo efficace, non credono più in ciò che fanno, operano in modo approssimativo e rudimentale, perché hanno esaurito forze e spinte interne);
3. **lavorare in gruppo:** aiuta i membri a sentirsi attivi sensori di varietà nella normale attività, da cui possono sorgere errori e incidenti, ma ci vogliono fiducia, obiettivi condivisi, capacità di condividere aspettative e bisogni. Il gruppo è la dimensione intermedia tra individuo e sistema. Il gruppo protegge e motiva.
4. **leadership;**
5. **presa di decisione;**
6. **gestione dello stress e del carico di lavoro:** in questa fase le persone rischiano di restare bloccate dagli automatismi. Sotto stress, le risorse mentali e fisiche sono limitate e quindi è naturale tendere a utilizzare modalità automatiche di comportamento, anche quando non sarebbero opportune;
7. **gestione della fatica.**

L'impegno per apprendere una competenza non superficiale in queste aree richiede il riconoscimento della necessità di superare la visione meccanica e lineare dei fenomeni organizzativi (tra i quali la prevenzione e gestione dei rischi).

Per questo motivo, occorre aggiungere a queste aree di competenza non tecnica anche una competenza relativa al riconoscimento e alla comprensione dei sistemi complessi.

In particolare il Dipartimento di Patologia Clinica, nell'aprile del 2014, ha organizzato un seminario aperto sul tema, *La gestione del cambiamento in tempo di crisi: quale leadership?*.

Il dr. Fabrizio Bracco, ricercatore in Psicologia Generale dell'Università di Genova, sostiene che questo percorso dovrebbe essere affrontato in ogni ambiente di lavoro, dai corsi per operatori a quelli per dirigenti. Quando un'azienda decide di tagliare un reparto, o un ufficio, le scelte ricadono a cascata sino al singolo lavoratore, che spesso non ne capisce il senso, ma ne subisce e basta gli effetti, insieme magari al taglio dello stipendio. Ed ecco che nascono guerre interne, cinismo, individualismo. È qui che entra in gioco il valore di un leader, di un capo reparto, che deve imparare a curare il suo gruppo, spiegare le ragioni dei tagli, motivare a procedere per un obiettivo comune. Deve fare riunioni per favorire l'emergere dei problemi, anche dal basso, non temendo di alimentare il confronto. Così il lavoratore, ad esempio sanitario, si identificherà con il gruppo di lavoro, piuttosto che con l'ospedale o l'intero sistema sanitario, e sarà più motivato.

Per quanto possa sembrare specifica del livello organizzativo, la leadership potrebbe essere vista come il motore che avvia e sostiene la circolazione delle informazioni.

È dal potere del gruppo di lavoro come base che nasce la sicurezza. La leadership facilita la cultura della sicurezza, stimolando una cultura dell'apprendimento, della flessibilità e del reporting, una cultura orientata alla condivisione delle informazioni, che è consapevole delle differenze tra lavoro progettato e lavoro realmente eseguito. Sa dove si spinge il sistema, sa quali derive si stanno subendo e cerca di controllarle. Si tratta quindi di una leadership non autoritaria, ma nemmeno passiva, che è capace di proporre con fermezza la sicurezza come impegno di tutti e dare a tutti un posto in questa ricerca di risonanza virtuosa. Essa inoltre facilita il sistema verso la resilienza, sa adottare quel tanto di immaginazione necessario, si mette in discussione e accetta punti di vista scomodi.

È la leadership di chi pensa al sistema, ma vede le persone, di chi si fa carico di dare un senso alle attività. Si preoccupa che il senso attribuito alle attività sia funzionale al disegno dell'organizzazione, dove la sicurezza non sia un orpello aggiunto per legge, ma un **valore** imprescindibile, un modo di essere. È la leadership di chi è convinto che la sicurezza nei sistemi complessi sia una questione altrettanto complessa e possa nascere solo da strategie complesse, che vedono coinvolti tutti gli elementi del sistema, valorizzati nelle rispettive competenze, perché questo non-evento dinamico possa emergere dall'interazione virtuosa dei suoi componenti. È una leadership che ha capito che la sicurezza non si vede, non si installa né si misura, ma si promuove dall'interno.

## 5 Il benessere organizzativo

Altro tema collaterale, ma non meno importante, è quello del **benessere organizzativo** che, come noto, incide sull'efficacia del lavoro e, inevitabilmente, sulle cure e l'assistenza resa a pazienti.

Da questa consapevolezza sono nate alcune iniziative specifiche di ricerca in alcuni Dipartimenti e Servizi, anche oggetto di tesi di laurea. Inoltre, il tema è stato affrontato anche all'interno dello staff della Direzione Sanitaria ed eventi formativi specifici sono stati richiesti in maniera crescente sulle competenze non tecniche.

Presso il Dipartimento di Patologia Clinica dell'Azienda è stata realizzata un'interessante ricerca-azione, *Strumenti e risorse per migliorare il benessere organizzativo* (Modafferi et al. 2014), che ha visto coinvolti 76 operatori, i quali hanno compilato in modo volontario una batteria di questionari anonimi.

Le caratteristiche culturali e organizzative del lavoro acquistano crescente significatività per l'interpretazione del rapporto ambiente-individuo, nell'emergere delle criticità legate al **benessere organizzativo**, che maggiormente possono impattare sull'efficienza dei sistemi di cura moderni.

Oggi, di fronte alla crisi economica e sociale, occorre affrontare e analizzare le ricadute provocate sui sistemi sanitari e sui cittadini, sia in termini di equità che di umanizzazione delle cure in epoca di web society. In primis, agli operatori viene oggi chiesto di aumentare la qualità produttività, a fronte della contrazione delle risorse disponibili; essi hanno bisogno di motivazioni per fronteggiare quella che viene definita **'impotenza appresa'**, ovvero la rassegnazione di chi subisce *spending review*, tagli di stipendi, riorganizzazioni aziendali e alla fine, assuefatto dal disagio, non è più capace di rialzarsi e dare il meglio, scappare dalla 'gabbia' della crisi anche quando tale gabbia inizia a riaprirsi (Bracco 2013). Va contrastato anche l'insorgere tra i lavoratori di cinismo organizzativo, conflitto e individualismo, frustrazione, disfattismo, impoverimento emotivo e relazionale, che compromettono ulteriormente la qualità del lavoro e la produttività, in un circolo vizioso senza uscita. Il malessere porta alla chiusura, al ritiro motivazionale, alla limitazione delle proprie attività a ciò che è obbligatorio fare, senza concedere nulla di più a un sistema che sembra mosso da logiche estranee alla persona, anche a scapito della sicurezza, fino all'evento avverso (Bracco 2013). Non è possibile promuovere la resilienza se prima non si ha cura del benessere delle persone.

## 6 La collaborazione resiliente

Negli ultimi anni, l'attenzione delle organizzazioni sanitarie si è spostata, dalla misurazione degli eventi avversi e dall'analisi delle cause che li hanno generati al fine di anticipare il rischio, all'analisi delle capacità dei sistemi complessi di far fronte all'evento avverso assorbendone le conseguenze in maniera da limitare i rischi (Hollnagel et al. 2008).

Uno dei concetti cardine della teoria delle organizzazioni ad alta affidabilità è quello della resilienza (Bracco 2013). Il termine deriva dal latino *resalio* e significa rimbalzare, è stato usato per descrivere le proprietà di un materiale di assorbire l'energia, quando sottoposto a una sollecitazione, e di riprendere la sua forma originaria.

Weick e Sutcliffe fanno riferimento alla capacità del sistema di recuperare la sua funzionalità dopo un evento avverso. La loro visione riprende sia la capacità di un sistema di recuperare la sua stabilità dopo una perturbazione in modo reattivo sia quella di anticipare eventi avversi futuri (Hollnagel, Woods, Leveson 2006). Ciò che accomuna reattività e proattività è il tipo di eventi, che sono in genere inattesi e quindi non facilmente prevedibili.

La resilienza non è una proprietà, quanto piuttosto una capacità di riconoscere quando il sistema sta andando troppo alla deriva, verso i margini oltre i quali emerge un incidente.

Si tratta, quindi, della capacità di monitorare e tenere traccia degli aggiustamenti, degli adattamenti locali, capendo come e quando possono portare a eventi avversi.

Il contesto sanitario è un contesto complesso: quotidianamente professionisti che appartengono a diversi profili professionali si relazionano con persone che portano bisogni più o meno complessi di salute, accompagnati da amici o parenti preoccupati. Il livello di ansia che si vive è altissimo.

L'agire dei professionisti non è il risultato di una sommatoria di azioni, ma di diversi contributi interconnessi in una prospettiva di corresponsabilità alla riuscita dell'esito finale di un problema di salute.

Pertanto, l'accento è posto sul valore e sul ruolo delle risorse umane, ovvero delle persone e delle loro azioni, del loro agire dentro l'organizzazione.

Nell'esperienza presentata da Stefano Tomelleri e Giovanna Artioli (2013), realizzata nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma attraverso una ricerca-azione sviluppata nell'arco di quattro anni (dal 2009 al 2012), sono stati posti in evidenza la rilevanza delle variabili organizzative e relazionali sui processi di cura e il ruolo delle persone nelle organizzazioni dove è diffuso il preconcetto di considerare la medicina e l'atto di cura come essenzialmente tecnico.

La prospettiva in cui si è sviluppato il lavoro è quella di una collaborazione interdisciplinare che sa tener conto di diverse famiglie professiona-

li, guardando alla collaborazione come soluzione di problemi, attraverso decisioni e responsabilità condivise, coordinamento di azioni individuali e specialistiche per il raggiungimento degli obiettivi. Nel lavoro la collaborazione emerge come vera expertise, viene intesa come abilità sociale che richiede un suo immaginario e una ritualità che può andare dalle più semplici forme di cortesia ai modelli complessi di relazione, diplomazia e negoziazione finalizzati a obiettivi condivisi e basati sulla complementarità dei punti di vista.

La collaborazione non può essere intesa come un diktat, ma il suo valore risiede nell'essere una proposta, un invito a scoprire e valorizzare le soluzioni inedite che i soggetti condividono.

Tuttavia la crescente complessità dei servizi sanitari e l'eterogeneità dei profili professionali impegnati a diverso titolo nei processi di cura hanno reso il tema della collaborazione intra e interprofessionale sempre più centrale nelle strategie di governance delle organizzazioni sanitarie.

La collaborazione deve diventare una proprietà dell'organizzazione, che ne permette il funzionamento, sebbene all'interno delle stesse mura possano persistere sacche di non collaborazione.

Il lavoro ha portato a individuare delle priorità tra le criticità e a progettare azioni di miglioramento, tenendo in considerazione le potenzialità del proprio contesto.

L'unica provvisoria conclusione degli autori è che dobbiamo cambiare il nostro punto di vista sulla collaborazione.

Il loro testo conclude che

in un momento storico come quello attuale, non possiamo considerare la collaborazione, nelle nostre organizzazioni (ma forse anche nei contesti sociali più ampi), semplicemente un accessorio. Non può essere lasciata 'alle migliori intenzioni' dei singoli e alle loro buone maniere, ma dobbiamo pensarla, progettarela e agirla come elemento essenziale per la tenuta di un'organizzazione (Tomelleri, Artioli 2013).

## **7 La valutazione dei primi risultati e le prospettive**

Si può ritenere che la spendibilità operativa dell'esperienza realizzata fin qui nella ASL 2 Savonese si concretizzi nell'implementazione di un modello aziendale per la prevenzione e la gestione del rischio clinico, integrato con il Sistema Gestione Qualità e la gestione dei sinistri, che nell'arco degli ultimi due anni ha visto crescere la fiducia nel reporting da parte del personale, che sta attraversando un'epoca di profonda crisi. Il modello contrasta il sentimento di rassegnazione, ovvero di 'impotenza appresa' e interviene sul piano sistemico della interazione fra i componenti per sviluppare l'organizzazione resiliente.

Possiamo ritenere risultati significativi e misurabili i seguenti:

- incremento delle segnalazioni spontanee da 13 del 2009 a 130 del 2013; 85 nei primi sei mesi del 2014;
- in aggiunta agli 800 operatori formati con corso base gestione rischio tra il 2008 e il 2011, sono stati formati altri 190 direttori e coordinatori infermieristici/tecnici e altri con corso obbligatorio; 180 facilitatori afferenti a diverse professionalità in tutti i 13 dipartimenti sanitari;
- 20 cambiamenti effettuati/azioni di miglioramento (es. introduzione braccialetto, cambiamenti organizzativi vari, cartella clinica elettronica e integrazione applicativi, ecc.);
- attivazione di 15 gruppi di lavoro;
- documentazione prodotta o revisionata: 263 informative e consensi informati; 15 procedure/istruzioni/manuali cui implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;
- 6 buone pratiche inviate all'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali). Ogni progetto viene monitorato con indicatori.

Pensiamo che i temi da approfondire nei prossimi anni siano questi: le competenze non tecniche, anche in collaborazione con l'Associazione Nazionale delle NTS (AINTS), che ha recentemente aperto una sezione in Liguria raccogliendo l'interesse di molti operatori e dirigenti del settore sanitario e non; il benessere organizzativo; l'analisi e le strategie di sviluppo dell'affidabilità organizzativa.

## Bibliografia

- Bracco, F. (2013). *Promuovere la sicurezza: La gestione dei rischi nelle organizzazioni complesse*. Roma: Carocci editore.
- Dekker, S. (2012). *Sicurezza e pensiero sistemico: La gestione della sicurezza nelle organizzazioni di oggi richiede di passare dalla caccia alle componenti rotte alla comprensione dei sistemi complessi*. Milano: Hirelia Edizioni.
- Flinn, R.; O' Connor, P.; Crichton, M. (2008). *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-technical Skills*. London: Ashgate.
- Hines, S.; Luna, K; Lofthus, J. et al. (2008). *Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders* [online]. Prepared by the Lewin Group under Contract No. 290-04-0011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponibile all'indirizzo <http://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/hroadvice/hroadvice.pdf> (2015-07-30).
- Ministero della Salute (2011). *Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità*. Dipartimento della Qualità, Direzione Generale

- della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Roma: s.n. Giugno.
- Modafferi, C.; Piccinno, T.; Bracco, F.; Chiorri, C. (2014). *Fostering Personal Resilience in Healthcare Workers: Efficacy and Profiles of Change*. Talk given at Cognitive Science Arena for beginners (Brixen, 28 February-1 March 2014).
- Nemeth, C.; Wears, R.; Wood, D.; Hollnagel, E.; Cook, R. (2008). «Minding the Gaps: Creating Resilience in Health Care». In: Henriksen, K; Battles, J.B.; Keyes, M.A.; Grady, M.L. (eds.), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, vol. 3, *Performance and Tools*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ovretveit, J. (2004). *The Leader's Role in Quality and Safety Improvement: A Review of Research and Guidance*. Karolinska Institute Medical Management Center and The Swedish Association of County Councils (Lanstingsförbundet). Stockholm: s.n.
- Ovretveit, J. (2006). *Quali interventi sono efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti? Una revisione della ricerca sulle prove di efficacia* [online]. Trad. di A. Gardini. S.l.: Karolinska Institutet, Centro per il Management sanitario. Disponibile all'indirizzo <http://buonepratiche.agenas.it/documents/Ovretveit2005it.pdf> (2015-07-30).
- Reason, J. (2010). *The Human Contribution: Errori, Incidenti e Recupero Eroici: Una nuova prospettiva su sicurezza e affidabilità nelle organizzazioni*. Milano: Hirelia Edizioni.
- Tomelleri, S.; Artioli, G. (a cura di) (2013). *Scoprire la collaborazione resiliente: Una ricerca-azione sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria*. Milano: FrancoAngeli.
- Vincent, C. (2006). *Patient Safety*. Trad. di T. Bellandi, D. Pascu, G. Romano, R. Tartaglia. Roma: Esseditrice.
- Woods, D.D.; Dekker, S.; Cook, R.; Johannesen, L.; Starter, N. (2012). *Dietro l'errore umano: Comprendere i fattori per cui le persone compiono 'errori' consente di migliorare la sicurezza nelle organizzazioni*. Milano: Hirelia Edizioni.
- Zolli, A.; Healy, A.M. (2014). *Resilienza, la scienza di adattarsi ai cambiamenti*. Milano: Rizzoli