

## CURARE LE INTERAZIONI IN OSPEDALE CI FARÀ CURARE MEGLIO I NOSTRI PAZIENTI?

CURE INTERACTIONS AT THE HOSPITAL WILL MAKE US BETTER TREAT OUR PATIENTS?

Rossella Giunti<sup>1</sup>

Dalla relazione “Le interazioni sicure: l’esperienza dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi” - tenutasi in occasione del congresso “La corretta informazione sanitaria in rete - Dr. Google opportunità e rischi”, Exposanità, Bologna Fiere, 19 aprile 2018.

<sup>1</sup> Azienda Ospedaliera  
Universitaria Careggi di  
Firenze, Dipartimento  
professioni sanitarie sviluppo  
processi di miglioramento

### ABSTRACT

Per gestire i rischi derivanti dall’uso di informazioni sanitarie errate o fuorvianti negli ospedali è opportuno curare le interazioni, oltre che i nostri pazienti.

Le interazioni tra le varie componenti del sistema istituiscono scambio, partecipazione; in particolare quelle tra la doppia componente umana (professionista sanitario e paziente) sono da attenzionare per un dovere etico, a garanzia della personalizzazione delle cure, a promozione del knowledge management.

Iniziative orientate ad una comunicazione ed informazione adeguata conducono a performance sicure e di qualità, attraverso sviluppo dell’affidabilità e una costante auto valutazione del personale sanitario.

In order to manage the risks deriving from the use of incorrect or misleading health information in hospitals, interactions should be taken care of, as well as our patients.

The interactions between the various components of the system establish exchanges, participation; in particular those between the double liveware components (health professional and patient) are to be taken into consideration not only because of ethical duty but also for guaranteeing the personalization of the cures and promoting the knowledge management.

Initiative oriented towards informing and communicate adequately lead to safer healthcare and quality performances, through the development of system reliability and constant self-assessment of health personnel.

**Parole chiave:**  
informazione sanitaria di  
qualità, interazioni sicure per  
l’affidabilità del sistema,  
etica della comunicazione,  
partecipazione dei cittadini.

**Keywords:**  
quality health information,  
secure interactions for the  
reliability of the system,  
ethics of communication,  
citizen participation.

This article was published on  
September 20, 2018,  
at SIMEDET.EU.

doi.org/10.30459/2018-10  
Copyright © 2018 SIMEDET.

**BACKGROUND** **E**xposanità e Simedet ci hanno offerto quest'anno uno spazio di approfondimento sul tema delle informazioni sanitarie in rete, fornendo ai partecipanti i criteri proposti dalla comunità scientifica per selezionare quelle di qualità e condividendo una priorità: come gestire in un ambito critico come quello sanitario i rischi derivanti dall'uso di informazioni sanitarie errate o fuorvianti?

Propongo di curare le interazioni in ospedale, oltre che i nostri pazienti.

**DISCUSSIONE** **I**l concetto di interazione comprende l'idea di azione bidirezionale, ovvero si attua quando due sistemi agiscono uno sull'altro, istituiscono tra loro una dipendenza, influenzandosi reciprocamente.

L'interazione va oltre la comunicazione, che nell'atto della trasmissione istituisce comunque scambio, partecipazione, unilaterale o reciproca che siano.

La letteratura identifica il "sistema ospedale" come sistema a rischio dal punto di vista della sicurezza, per la sua intrinseca complessità, organizzativa e tecnologica, e la stessa tipologia delle prestazioni erogate.

L'ospedale è un sistema interattivo nel quale la doppia componente umana presente, il paziente ed il professionista sanitario, si influenzano reciprocamente; le persone sono l'anello principale dell'organizzazione.

Le iniziative promosse per potenziare la sicurezza del sistema, in prima istanza quelle di gestione del rischio clinico, adottate e diffuse in termini di prevenzione e

ottimizzazione degli standard di qualità assistenziale, nonché di analisi e mitigazione dei rischi, accettano per definizione che un certo livello di rischio sia connaturato, ineliminabile, in un sistema così dinamico che si genera dalla relazione tra persone.

Considerando le interazioni dal punto di vista dell'ergonomia<sup>(1)</sup>, abbiamo necessità di comprendere i rapporti tra fattore umano, tecnico, organizzativo, all'interno di un ambiente di riferimento<sup>(2)</sup>.

Ciò significa studiare i processi interni con un approccio sistemico, poiché le interazioni tra le varie componenti del sistema sono costanti e caratterizzate da attriti, difficili connessioni.

Weick sosteneva che "il problema degli errori in medicina non è rappresentato dalla mancanza di competenze tecniche individuali, piuttosto risiede nell'organizzare e connettere le attività", ed ancora comprendiamo intuitivamente come l'elemento umano sia da considerarsi come fulcro dell'insieme di relazioni che coesistono nel sistema, data l'importanza di promuovere la centralità del paziente nelle nostre organizzazioni sanitarie.

Poniamo attenzione dunque alle interazioni tra esseri umani, ovvero alle connessioni *liveware - liveware*: queste avvengono attraverso il dialogo ed il confronto tra professionista sanitario e paziente, nei vari momenti di accoglienza e presa in carico, erogazione di prestazioni tecnico-assistenziali- riabilitative, somministrazione di interventi informativi ed educativi utili al percorso di cura e alla fase di dimissione.

Perché curare le interazioni nel sistema a doppio essere umano dovrebbe prefigurarsi come un dovere dei professionisti sanitari e delle intere organizzazioni?

(1) L'ergonomia si definisce secondo quella scienza che si occupa dell'interazione tra gli elementi di un sistema (umani e d'altro tipo) e la funzione per cui vengono progettati (nonché la teoria, i principi, i dati e i metodi che vengono applicati nella progettazione), allo scopo di migliorare la soddisfazione dell'utente e l'insieme delle prestazioni del sistema ( IEA *International Ergonomics Association*).

(2) Si veda il Modello organizzativo di interpretazione degli incidenti denominato SHELL, elaborato dal prof. Edwards nel 1972, che affronta l'analisi dei sistemi come interazioni tra gli elementi Software, Hardware, Environment, Liveware.

### 1. Dal punto di vista etico e deontologico:

Offrire la massima informazione e partecipazione del paziente ci conduce al rispetto di uno dei principi della bioetica che è l'autonomia: l'individuo che è libero potrà compiere scelte consapevoli.

Certamente le comunicazioni reali che stanno adesso avvenendo all'interno dei nostri reparti ospedalieri sono molto diverse da quelle desiderate o immaginate consultando i nostri Codici etici e deontologici; notiamo che la recente e sentita discussione in materia di consenso informato ha portato ad esprimere all'interno del proprio disegno legislativo come "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" <sup>(3)</sup>.

### 2. Nel riconoscimento della singolarità dell'altro:

Poiché il generale e condiviso obiettivo di recupero della maggiore autonomia possibile per quell'individuo richiede personalizzazione dell'intervento sanitario, passando da una presa in carico multidimensionale ad una caratterizzazione individuale delle azioni sanitarie erogate.

Curiamo le interazioni poiché sono proprio i pazienti a decretare il successo o meno del nostro servizio, che è a tutti gli effetti un processo sociale, ovvero anch'esso a carattere fortemente interattivo, e che richiede un contatto diretto nel processo di produzione/erogazione.

Negli ospedali si promuove infatti la partecipazione dei cittadini all'interno dei percorsi formativi, dei processi decisionali dell'organizzazione, della creazione di percorsi clinico-assistenziali-terapeutici.

### 3. Per esigenza organizzativa:

Il percorso di cura, se condiviso tra professionisti, procede caratterizzato da continuità delle informazioni assistenziali, elemento che garantisce

alti standard di qualità e sicurezza in un sistema organizzato su vari livelli di complessità ed intensità di cura, quindi anche efficienza.

Se spostiamo la lente sui bisogni dei professionisti, essi vogliono un vero sistema di gestione condivisa delle conoscenze, una comunicazione che da statica divenga dinamica e partecipativa, al fine di condividere obiettivi e risultati, vedere valorizzato il proprio ruolo attivo nelle aziende e nei contesti organizzativi, promuovere la cultura professionale.

Un livello manageriale che implementi azioni comunicative e pedagogiche stimola i processi che producono valore e controlla le interconnessioni.

### 4. Per il knowledge management:

Potenziare la comunicazione quale elemento soft dell'organizzazione significa mettere a disposizione un adeguato flusso delle informazioni che garantisca rete, decentramento, integrazione dei servizi, gestione della complessità e conoscenza organizzativa.

La letteratura conferma che avere interazioni attente garantisce performance sicure e di qualità, attraverso sviluppo dell'affidabilità<sup>(4)</sup>, elemento che limita la vulnerabilità del sistema. Scommettiamo sulla creazione di consapevolezza, tramite una riflessione costante degli operatori sanitari sulle proprie azioni quotidiane, generativa di una naturale genesi di barriere ai rischi e di una diffusa propensione al miglioramento. Non a caso le iniziative in materia di gestione del rischio clinico originano nella sensibilizzazione e promozione della cultura della sicurezza, affinché l'aderenza a buone pratiche, raccomandazioni scientifiche, diventi consuetudine nel lavoro quotidiano.

Concludendo il nostro rationale, prestare attenzione alle interazioni significa studiarle con approccio

<sup>(3)</sup>Disegno di legge n. 2801 del 20/04/2017 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (articolo 1, punto 8).

<sup>(4)</sup>Approccio dell'analisi dell'affidabilità umana e dei sistemi, dall'inglese HRA, Human and System Reliability Analysis (Kirwan e Ainsworth, 1993), secondo il quale l'affidabilità si definisce la capacità di reagire in modo costante alle variabili condizioni del sistema.

sistemico, renderle evidenti, governarle e trattarne i rischi derivanti, in ultima analisi garantire qualità e sicurezza delle cure.

In sanità, superato nel tempo l'atteggiamento paternalistico ed abbracciata una nuova cultura basata sui limiti fisici e cognitivi dell'uomo (dunque anche del professionista sanitario), anche l'atteggiamento dei nostri pazienti è cambiato: essi accedono ad informazione sanitaria anche attraverso canali non istituzionali, esponendo il sistema alla necessità di gestire un alto rischio di informazioni sanitarie fuorvianti.

La disinformazione intesa come errata, incompleta, è fenomeno diffuso, facilitato dalla enorme quantità di dati in rete, che circolano velocemente e scarsamente gestiti, con la conseguente ricerca di risposte immediate, a pronta conferma dei nostri dubbi e dilemmi; se poi consideriamo la fragilità del paziente di fronte a un dubbio diagnostico, un quadro patologico neo-compreso, la fame di informazioni è giustificata dalla ricerca di sicurezza, assertività, conoscenza, con una forte componente emotiva.

Noi professionisti sanitari, quali l'altra componente umana del sistema, siamo chiamati ad adottare strumenti specifici, professionali, per interpretare e condurre tali informazioni in un preciso e condiviso quadro diagnostico-terapeutico-assistenziale, ed ancora a curare le interazioni difficili rendendo le informazioni sicure, chiare, assertive, adeguate alla capacità di comprensione e all'emotività del paziente.

Non è superfluo valorizzare la relazione stessa tra professionisti, promuovendo l'adozione di processi comunicativi standardizzati che assicurino adeguato passaggio delle informazioni a garanzia della continuità delle cure assistenziali rivolte ai nostri pazienti lungo i percorsi di cura che affrontano.

Un'ultima riflessione è da dedicarsi ad uno dei principali strumenti di anticipazione e controllo del rischio clinico, ovvero le Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti (PSP), da anni adottate in Regione Toscana con grande impatto nel servizio sanitario.

Se lo scopo delle PSP è proprio quello di raccontare sinteticamente standard per la sicurezza del paziente e raccomandazioni per raggiungere i vari livelli di applicazione attesi, esse hanno un valore talmente banale ma imprescindibile: rendere facile fare le cose giuste e difficile fare le cose sbagliate, e possiamo affermare che tutte le Pratiche sono attuabili attraverso un processo di interazione con il paziente.

Pensiamo al dolore, che si definisce tutto ciò che il paziente ci riferisce come tale, e richiede una interazione costante nella sua valutazione in termini di rilevazione dell'intensità e riscontro di efficacia del trattamento; ancora citiamo la prevenzione del rischio di caduta nei setting assistenziali, che si attua tramite interventi informativi ed educativi da rivolgersi al malato ed ai caregiver.

Degno di nota ciò che il Centro Regionale Rischio Clinico attuò per implementare il lavaggio delle mani, la prima storica PSP, attraverso la distribuzione di spillette e materiale informativo che funzionassero da remind inducendo i pazienti a chiedere al medico e agli infermieri "ti sei lavato le mani?", in ottica di massima diffusione capillare della cultura della sicurezza, fino alla recente scelta di proiettare nelle sale di attesa dei contesti ospedalieri filmati per la sensibilizzazione alla sicurezza.

Alcune Pratiche trattano proprio la comunicazione: la gestione della comunicazione difficile con l'assistito ed i familiari in caso di eventi avversi; la pratica dell'handover, che promuove la strutturazione di un set condiviso di informazioni sanitarie da adottarsi in caso di passaggio di consegne per la comunicazione interna od esterna.

L'azienda ospedaliero universitaria nella quale presto servizio sta adottando varie iniziative di promozione degli standard di qualità e sicurezza in risposta al mandato regionale di accreditamento istituzionale, che attraverso un sistema di requisiti di qualità e sicurezza, quindi una politica di qualità e per la qualità, stimola i professionisti della salute, a tutti i livelli di un'organizzazione, ad auto-valutarsi rispetto all'aderenza agli standard attesi e richiesti<sup>(5)</sup>.

Tra i molti requisiti inerenti la comunicazione e l'informazione sanitaria, possiamo citare la "Comunicazione adeguata da parte dei sanitari" a promozione di un linguaggio adeguato e comprensibile da usare con il paziente ed i familiari, nonché la valutazione della concordanza delle informazioni loro fornite.

Ancora il requisito "Percezione adeguatezza informazioni sulla salute", che attraverso le interviste ai pazienti indagherà la percezione rispetto alla ricezione di informazioni adeguate sulle condizioni di salute, sul piano terapeutico finalizzate anche alla partecipazione attiva dell'assistito.

Molta attenzione è posta anche alla riservatezza dei colloqui, agli interventi educativi, alla condivisione delle tappe principali del percorso di cura.

Si stanno quindi attuando in azienda iniziative formative rivolte non solo ai professionisti ma anche ai cittadini, nell'ottica futura di abbracciare i bisogni degli stakeholder e rilevare gli outcome come riportati dai nostri pazienti in modo soggettivo.

**CONCLUSIONI** L'informazione adeguata è interazione sicura, dunque costruite ambiti di comunicazione educativa e di confronto, in cui la conoscenza si scambia e si condivide, e vi conduca ad una presa in carico dell'altro che è crescita e arricchimento reciproco, nonché promozione della qualità e sicurezza delle cure!

## BIBLIOGRAFIA

- Bagnara S, Parlangei O, Tartaglia R. Are hospitals becoming high reliability organizations? *Applied Ergonomics* 2010 Jan 25. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20106470.
- Bagnara S, Tartaglia R, Editorial of "Patient safety: an old and a new issue". *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 2007; 8(5) 365-372).
- Hawkins, F.H., & Orlandy, H.W. (Ed.). (1993). *Human factors in flight* (2nd ed.). England: Avebury Technical, 1993
- Hollnagel E. (2005), *Barriers and accidents prevention*. London, Ashgate Publishing Company
- Kirwan B., Ainsworth L.K. (1993), *A guide to task analysis*. London, Taylor&Francis.
- Kirwan B. (1994), *A guide to practical human reliability assessment*. London, Taylor and Francis.
- Vincent C. *Patient safety*. Edizione italiana a cura di: T. Bellandi, G. Romano, P. Diana, R. Tartaglia. Edizione Esseditrice Panorama Sanità 2007.
- Wooldridge A. R., Carayon P. et al., *SEIPS-based process modeling in primary care*, *Applied Ergonomics* 60 (2017) 240e254.
- Legge Regione Toscana n.51 del 5 agosto 2009 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e approvazione del relativo regolamento di attuazione n.79/R del 17 novembre 2016, in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

<sup>(5)</sup> Si parla di qualità "embedded", ovvero incastonata a raggiungere sia i livelli direzionali che quelli periferici dell'organizzazione.