



CONGRESSO REGIONALE
FADOI ANÍMO CALABRIA

CATANZARO LIDO
HOTEL PERLA DEL PORTO

FADOI 4-5 NOVEMBRE 2016
ANÍMO 4 NOVEMBRE 2016

STRUMENTI PER RIDURRE IL RISCHIO CLINICO

**Formazione: sviluppo delle
competenze e sicurezza delle cure**

Pentella Giovanna



Il sottoscritto Pentella Giovanna

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009,

dichiara

che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

**La sicurezza delle cure è stata
definita come un prerequisito della
qualità.**

(International Society for Quality Assurance, Parigi, novembre 2002)

“Primum non nocere”



Quality

Sicurezza del paziente



Patient Safety

Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che **garantisce**, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, **la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi** che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti

30 % delle attività sanitarie può andare naturalmente incontro ad eventi avversi per la naturale complessità della medicina e delle condizioni dei pazienti stessi

< 10% di questi eventi avversi è dovuto ai singoli operatori

90% al sistema organizzativo

(Ovretveit, 2004)

Efficacia **Quality**



High quality

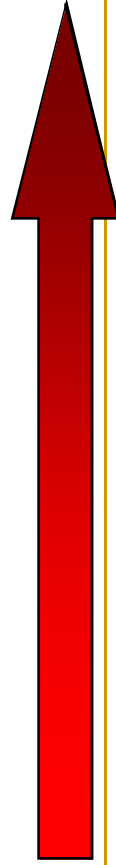
Low quality



Low risk

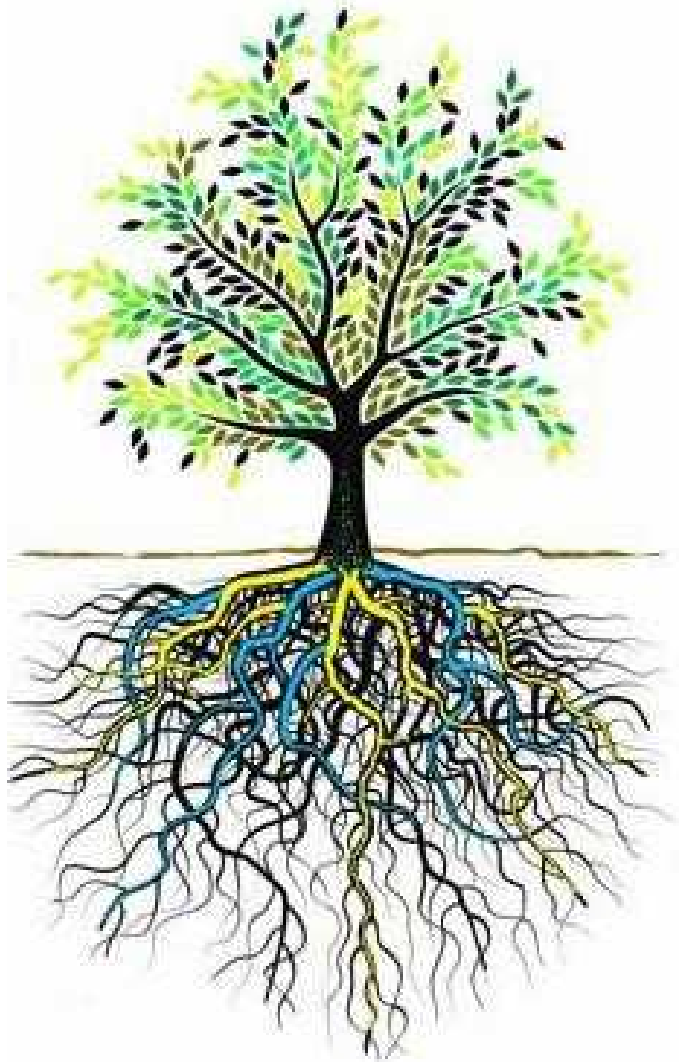
High risk

Sicurezza



Risk

Governo clinico

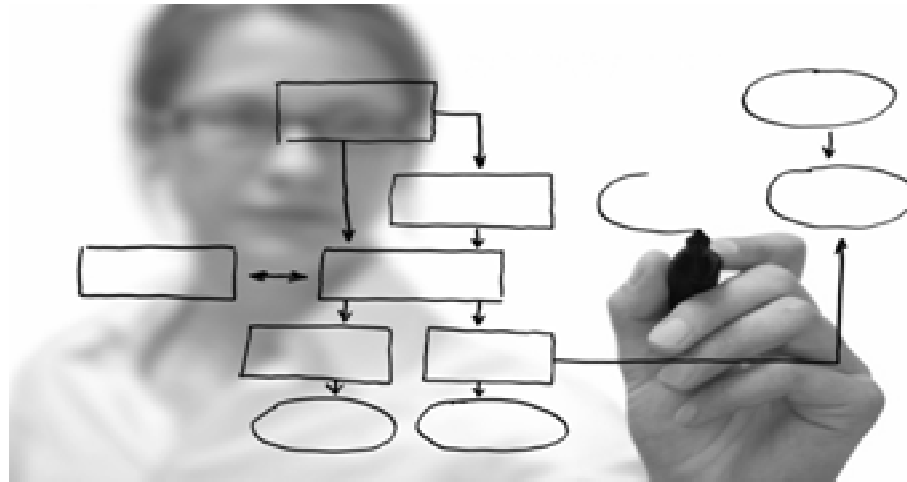


un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali **creando le condizioni ottimali** nelle quali viene favorita **l'eccellenza clinica**

Donaldson, 1998

L'importanza della cultura

Studiare un'organizzazione equivale a studiare la sua cultura che è
“ciò che ella ha assimilato come unità sociale nel corso della sua storia”



Cultura organizzativa

*“lo **schema di assunti** fondamentali che un certo gruppo ha inventato, scoperto o sviluppato mentre imparava ad affrontare i problemi legati al suo adattamento esterno o alla sua integrazione interna e che hanno funzionato in modo tale da essere **considerati validi** e quindi degni di essere insegnati ai nuovi membri, come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a tali problemi*

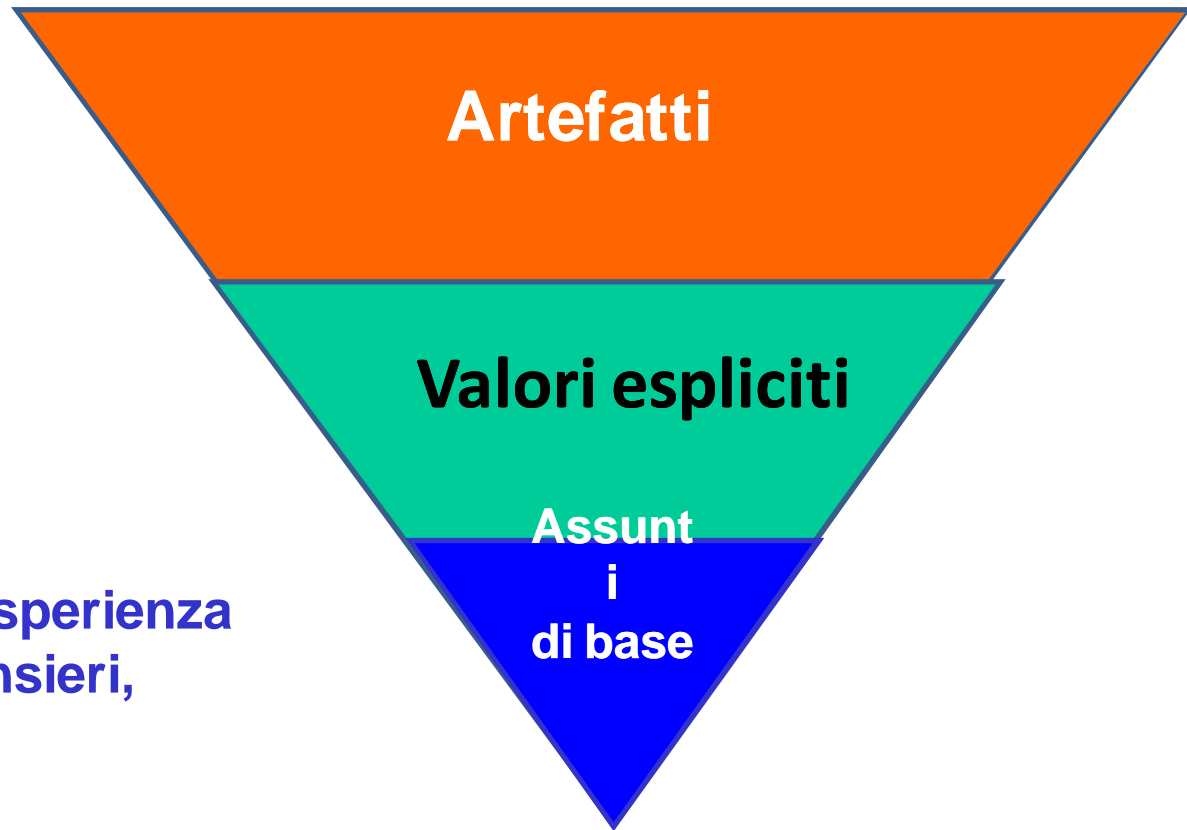
I tre livelli della cultura organizzativa

Visibili

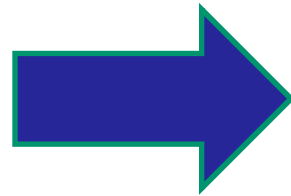
- Tecnologia
- Architettura Arredamento
- Modo di comportarsi
(gergo, abbigliamento, mimica, simboli, rituali)

- Strategie
- Obiettivi
- Filosofie

Campo universale dell'esperienza umana che influenza pensieri, percezioni, sentimenti e comportamenti



Sistema di
convinzioni



Modi di
lavorare,
di
comunicare,
di valutare
il proprio
operato, ecc.

Fondamentale è la **coerenza interna** tra gli
assunti di base

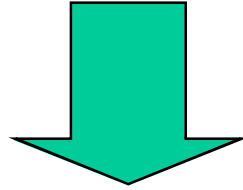
E la **coerenza con gli altri livelli della
cultura** (valori espliciti e artefatti)

In caso contrario (contraddizioni, incoerenze)



Tensioni, sfiducia, scetticismo, ecc.

Cultura della sicurezza



Clima della sicurezza

L'insieme degli atteggiamenti e delle percezioni degli individui in un determinato momento” (Gaba et al., 2003; Colla, 2005).

**Un clima della sicurezza positivo correla
con un innalzamento della sicurezza del paziente**

(Singer et al., 2009; Mazzocco et al., 2009; Brewer, 2006; Haynes, 2011)





Leducazione

è l'arma più potente

che si può usare

per cambiare

il mondo

Nelson Mandela

La formazione è l'arma della sicurezza

L'addestramento e la competenza
professionale



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio III ex D.G.PROG.



DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio III ex D.G.PROG.

Manuale di formazione per il governo clinico:

la sicurezza dei pazienti e degli operatori

Gennaio 2012



LA FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO

Aprile 2013



Il sostanziale cambiamento culturale nel contesto del SSN

- Condivisione multidisciplinare e interprofessionale
- Pratiche basate sulla evidenza
- Formazione basata sull'evidenza
- Imparare dall'esperienza
- Responsabilizzazione
- Accountability
- Sviluppo professionale

Motivo
conduttore dei
processi formativi..

Responsabilizzazione

La “responsabilizzazione” è intesa come necessario corollario alla partecipazione”

Costruzione del percorso di apprendimento

- Analisi dei bisogni
- Contrattazione degli obiettivi formativi
- Disponibilità ad operare il monitoraggio
- delle proprie prestazioni

Consolidare nella pratica di lavoro quotidiana le competenze acquisite o di perfezionare le competenze ai fini dello svolgimento del compito.



CLIMA DI FIDUCIA

Apprendimento degli adulti

Le conoscenze acquisite ricercando soluzioni a problemi reali si integrano in maniera definitiva nei processi cognitivi per cui l'informazione si trasforma in conoscenza

(Brook, 2010)

Self directed life-long learning

I professionisti devono sviluppare l'attitudine a identificare dalla pratica clinica quotidiana i propri gap di conoscenza, a sviluppare adeguati quesiti, a ricercare nuove conoscenze, a Interpretarle e ad applicarle alla pratica professionale

(Davis e Davis, 2010)

La qualità e la sicurezza della pratica clinica e dei processi assistenziali si fondano sulla **competenza** non tanto e non solo del singolo operatore, quanto, piuttosto, dei team clinici e del loro grado di coordinamento ed integrazione, con il supporto di un ambiente organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi



La cooperazione e la collaborazione tra le diverse figure professionali sanitarie rappresenterebbe l'elemento cardine per incrementare la sicurezza del paziente.

(SAQ)(Sexton et al., 2006)

Le organizzazioni con una cultura positiva della sicurezza sono caratterizzate da una **comunicazione** “fondata sulla fiducia reciproca e sull’efficacia delle misure di prevenzione”
(ACSNI, 1993).





Sviluppare, oltre alle competenze tecnico-specifiche, le meta-competenze che consentono un agire comune delle diverse professioni basata sull'evidenza (Evidence-based training)

I cinque “ingredienti” per arrivare a una sensibile diminuzione degli errori nelle strutture sanitarie

- 1) L'entusiasmo da parte della dirigenza
- 2) Lo sviluppo di una cultura positiva che vede nell'errore un'occasione per migliorare
- 3) La capacità di creare una cultura della sicurezza
- 4) La diffusione di procedure per evitare l'errore
- 5) La comprensione che l'errore costa (un singolo danno da farmaci evitato permette un risparmio di 2 mila dollari alla struttura ospedaliera)

— l'Institute for Healthcare Improvement di Boston e la National Coalition on HealthCare hanno “Reducing Medical Errors and Improving Patient, 2000 Safety”

La cultura della sicurezza

*“La qualità delle cure è la
sicurezza dei cittadini”*

OMS 2003

L'assistenza infermieristica richiede grandi abilità, conoscenze ed esperienza

Per fornire un'assistenza sicura, efficiente e umana, ci vuole un infermiere il cui sguardo, debitamente formato, si posa sul paziente per un tempo sufficiente per prevenire infezioni, complicanze e ricadute. L'assistenza infermieristica diminuisce il rischio di incidenti, malattia e morte dei pazienti.

Susanne Gordon

SOLO UN INFERMIERE

Sono “solo un infermiere”. faccio solo la differenza tra la vita e la morte.

Ho solo le conoscenze che mi permettono di prevenire errori clinici, complicanze e altri problemi.

Sono solo un ricercatore che aiuta infermieri e medici a offrire un’assistenza migliore, più sicura ed efficace.

Lavoro solo in un ospedale universitario dove curo e assisto pazienti che ricevono trattamenti sperimentali d’avanguardia.

Spiego solo ai pazienti e ai loro familiari come mantenersi in buona salute.

faccio solo la differenza tra restare nella propria casa e andare in una casa di riposo.

Sono solo un insegnante di Scienze infermieristiche che forma le future generazioni d’infermieri.

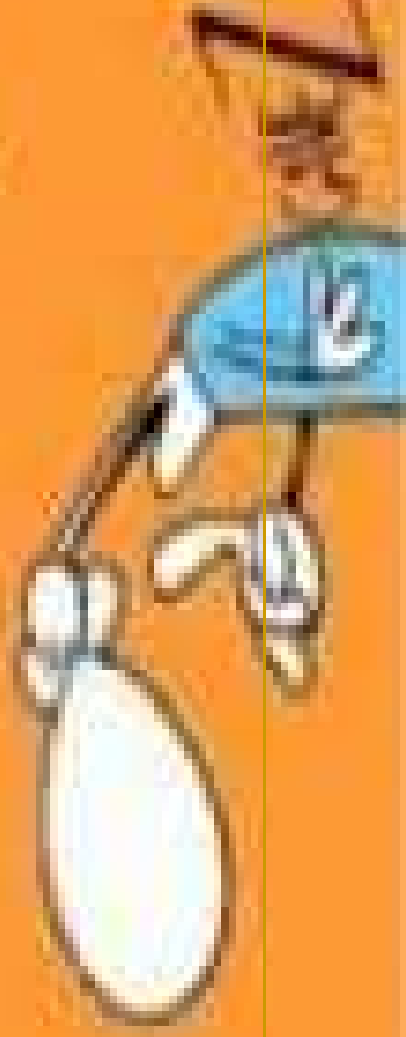
faccio solo la differenza tra morire nella sofferenza e morire serenamente e con dignità.

Sono solo un pilastro fondamentale dell’assistenza sanitaria.

Vuoi essere anche tu *solo* un infermiere?

GLI ERRORI FATTI
MI HANNO INSEGNATO
MOLTO.

SARÀ MEGLIO
CHE NE FACCIAMO
DEGLI ALTRI!



Bibliografia

- Ministero della salute “LA FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO”2013
- Ministero della salute “Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori” 2012
- A.Cartabellotta “La formazione continua in medicina nell’era della clinical governance: opportunità e criticità” Rivista formazione For n.87 2011
- Davis D. and Davis N. Selecting educational interventions for knowledge translation. CMAJ, 182,2: E89-93 2010
- Brook R.H. Continuing medical education: let the guessing begin. JAMA, 303, 4: 359-60 2010
- Schein E. H., Culture d’Impresa, Raffaello Cortina Editore, 2000
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Cravera A., La guida del Sole 24 Ore ai Classici del Management nell’era della complessità, Gruppo 24 ore, 2012.
-