

BEST PRACTICE

Ospedali, metodo-sicurezza

Buone strategie per evitare infezioni e infortuni in corsia

La sicurezza sul lavoro, anche quello in corsia, è il risultato di una strategia e non può essere improvvisata. Il metodo per essere efficace dev'essere evidence based, come lo è la B-bs strategy, che può essere applicata anche alla sanità. Ogni anno, sono circa un milione i pazienti infettati in corsia. I

comportamenti di prevenzione fanno la differenza e non in astratto, ma con evidenze documentate come nelle sperimentazioni al Cro di Aviano e non solo. Anche [Anmi] sostiene l'ingresso di queste metodologie in tutti i contesti di lavoro.

TOSOLIN A PAG. 10-11



SICUREZZA/ Evitare infezioni e infortuni in corsia con metodologie evidence-based

I comportamenti che salvano

I dati della sperimentazione al Cro di Aviano e alla S. Mundi di Roma

In Italia, ogni anno, i pazienti ricoverati negli ospedali contraggono dalle 450 alle 700mila infezioni. Un dato allarmante, se si considera che la gravità delle infezioni contratte non accenna a diminuire, a causa della sviluppata resistenza dei batteri a cure antibiotiche. A ciò si aggiunge il problema più generale degli errori medici, che porta il numero di pazienti danneggiati da comportamenti inadeguati del personale medico, infermieristico o tecnico, a livelli impressionanti, con ben più d'un milione di degenti colpiti ogni anno.

Oltre a portare alla luce un problema urgente, le evidenze mettono il personale sanitario e, soprattutto i medici, in una posizione difficile, a causa dell'aumento di contestazioni e richieste di risarcimento, la cui diretta conseguenza è il crescente ricorso alla cosiddetta medicina difensiva: 8 medici su 10 dichiarano di prescrivere ricoveri, visite e farmaci in eccesso per tutelarsi da eventuali provvedimenti giudiziari portati avanti da pazienti danneggiati o che si ritengono tali.

L'approccio formativo-reattivo. La linea d'azione attualmente adottata dalle direzioni sanitarie delle strutture mediche si basa in gran parte sul garantire il rispetto, da parte del personale, di tutti gli iter di formazione e informazione per quanto riguarda le best practice in tema di igiene e sicurezza. Dimostrare che i corsi siano stati seguiti dal personale sanitario serve però più a proteggere da possibili ripercu-

ussioni di natura giudiziaria che a ridurre le infezioni correlate all'assistenza (Ica) e gli errori medici. Ma, nonostante l'adozione crescente di precauzioni dal punto di vista formativo/informativo, infatti, il problema di fondo permane, con un enorme numero di eventi avversi, fatali o no, che continuano a verificarsi.

Fallendo nel tutelare sia il paziente che il medico, è dunque evidente come tale approccio reattivo risulti doppiamente perdente. Informare il personale sanitario dei rischi connessi a una condotta pericolosa non garantisce l'adozione di una condotta sicura. La conoscenza delle procedure di sicurezza è condizione necessaria, ma non sufficiente alla messa in atto dei comportamenti prescritti. Anni di ricerche e studi degli scienziati del comportamento umano indicano che la chiave va ricercata altrove. Più precisamente, nella motivazione.

L'approccio preventivo. A partire dagli anni '70, negli Stati Uniti, tre scienziati americani di diverse università (Bill Hopkins, Beth Sulzer Azaroff e Judith Komaki) hanno messo a punto un metodo strutturato, evidence-based, chiamato Behavior-Based Safety (B-BS). La B-BS, una sotto-disciplina che si colloca nell'alveo della *Behavior Analysis*, la scienza del Comportamento, rappresenta oggi la scelta di elezione e l'unico metodo evidence-based per la sicurezza e per la riduzione del rischio clinico. Caratteristica distintiva del metodo è il ricorso esclusivo a protocolli

evidence-based, dall'efficacia documentata in centri di ricerca indipendenti attraverso studi randomizzati e controllati (Rct), e meta-analisi comparative. In Italia i protocolli di B-BS costituiscono da oltre 10 anni oggetto di studio obbligatorio al Corso di Laurea magistrale di Ingegneria della prevenzione e della sicurezza nell'industria di processo del Politecnico di Milano, con una ricca produzione di studi e ricerche sul tema.

Il Congresso internazionale annuale di B-BS istituito dalla società scientifica della Behavior Analysis in Italia (Aarba) è da 12 anni il più importante evento scientifico del mondo, dopo quello degli Stati Uniti e, dopo la diffusione nelle maggiori imprese produttive, è iniziata, con l'accordo tra Aarba e Inail, la diffusione del protocollo negli ospedali italiani.

L'applicazione. La B-BS interviene sugli stimoli di controllo del comportamento, cioè sugli stimoli che precedono (antecedenti) e che seguono immediatamente (conseguenti) gli atti potenzialmente a rischio, modificandone la frequenza di emissione, la durata, la latenza o l'inten-

sità fisica, fino a ricondurre i quattro parametri ai valori ottimali. È facilmente comprensibile come all'aumento della percentuale di lavaggi corretti delle mani corrisponda una riduzione delle infezioni, e come ciò valga in perfetta analogia per ogni altro atto in sanità: dal controllo di checklist in chirurgia al trasporto di pazienti in degenza, all'uso della visiera nel prelievo di sangue. Vengono così aumentati tutti i parametri di comportamento alla base di tutti gli eventi avversi relativi a infezioni ed errori medici. E questa la ragione per cui ove sia in atto un processo di B-BS la frequenza dei comportamenti corretti è superiore anche di decine di volte alla frequenza di quei comportamenti in strutture prive del processo, con riduzioni d'infezioni crociate e altri eventi avversi direttamente proporzionali. Tra gli studi italiani in ambito sanitario, spiccano quelli effettuati presso strutture di eccellenza come il Centro di riferimento oncologico (Cro) di Aviano, il Salvator Mundi international hospital di Roma e l'Istituto ortopedico Galeazzi di Milano, prima applicazione sperimentale della B-BS in ambito



sanitario in Italia.

Le basi scientifiche della B-BS. La B-BS si sviluppa nell'alveo di una scienza naturale, la Behavior Analysis, che si fonda in gran parte su principi, leggi e paradigmi, con particolare riferimento al cosiddetto "Three Contingencies Model" di BF Skinner, lo studioso di Harvard che nella prima metà del '900 ha descritto il cosiddetto paradigma del condizionamento operante, A-B-C, in cui il comportamento B (Behavior) viene evocato dallo stimolo che lo precede immediatamente (Antecedent) ed è seguito dallo stimolo che lo segue (Consequence).

A - Antecedent → il medico prima di entrare in sala operatoria è davanti al lavandino insieme a un collega;

B - Behavior → il medico si lava le mani nella maniera corretta/scorretta;

C - Consequence → il medico viene lodato/rimproverato dal collega.

Concentrandoci su C, appare evidente come il comportamento messo in atto sarà rinforzato o inibito dalle conseguenze (o feedback) che il medico percepirà a livello ambientale. Nella stessa situazione, in futuro, andrà quindi a rispettare la procedura corretta se prontamente elogiato dal collega per la professionalità, mentre andrà a eseguire un comportamento a rischio qualora schernito per la durata del comportamento. In altre parole, il comportamento umano risulterà essere funzione delle

sue conseguenze e del modo in cui queste sono strutturate. In sostanza la B-BS consiste nell'osservare con una frequenza programmata e in modo strutturato i comportamenti responsabili degli eventi avversi per tutto il personale medico-sanitario della struttura e nel fornire immediatamente a valle di questi comportamenti conseguenze di minima entità, ma di elevatissima frequenza, modificandone di conseguenza enormemente la probabilità di emissione e dunque riducendo proporzionalmente la probabilità dei relativi eventi avversi.

Le fasi della B-BS. La realizzazione di un processo di sicurezza si articola in fasi distinte. In estrema sintesi:

- **assessment:** disamina degli eventi avversi pregressi e analisi dei comportamenti di sicurezza in atto (effettuata con campionamento a tempo in modo da ottenere serie storiche rappresentative) nei diversi reparti;

- **pinpointing:** identificazione dei comportamenti alla base di infezioni, errori terapeutici, eventi avversi più frequenti e/o più gravi;

- **analisi funzionale:** individuazione degli antecedenti in atto e delle conseguenze responsabili dei comportamenti oggetto di modifica;

- **osservazione e misura** tramite checklist usate dal personale stesso (nessun ispettore è richiesto) per la misurazione dei comportamenti dei colleghi/dottori;

- **erogazione** di feedback

contestuale all'osservazione, per tutto il personale della struttura, in tutti i giorni dell'anno;

- **riunioni periodiche** di 10-12 minuti in piccoli gruppi di lavoro (e.g. equipe chirurgica) per analisi delle serie temporali e sviluppo di valori e cultura (oltre ai comportamenti).

Chi realizza il processo.

Le attività quotidiane previste nel processo di B-BS possono essere affidate con vantaggio agli operatori stessi, con il coinvolgimento attivo della direzione sanitaria. Gli studi sperimentali e i case report di 40 anni d'applicazione indicano chiaramente che a) il ROI di un intervento di BBS è altamente positivo per la struttura (200-800k dollari ogni 200K ore lavorate) e b) il grado di apprezzamento e la motivazione degli operatori sono più elevati se checklist, feedback e safety meeting sono gestiti direttamente dai dipendenti della struttura, senza necessità di personale aggiuntivo. L'affermazione non deve generare sorpresa se si considera che il tempo necessario alla gestione è di pochi minuti/settimana per reparto o gruppo di lavoro e non interferisce dunque con la routine lavorativa di persone che hanno tempi morti per raggiungere il luogo dell'osservazione.

La realizzazione del piano generale, la progettazione e la supervisione del processo in itinere devono invece essere affidate esclusivamente a esperti tecnologici del compor-

tamento, con laurea (bachelor) in Behavior Analysis e formazione accademica specialistica (post graduate master) in Obm/B-BS o dottorato (PhD in Aba, Obm/B-BS), comunemente denominati Behavior analysts.

Le università che hanno in essere corsi di laurea accreditati in Behavior Analysis sono oggi 32. L'elenco è disponibile sui siti web della società scientifica di Behavior analysis (Aba International), oltre che sul sito della società scientifica italiana Aarba, Associate Chapter di Abai. Come in tutte le professioni basate su discipline scientifiche, è imprescindibile che almeno il responsabile o supervisore del processo possano anche documentare una buona esperienza pratica e dunque un certo numero di realizzazioni autonome di successo.

È oggi possibile garantirsi di avere in essere un vero ed efficace processo di B-BS ottenendo l'accreditamento dal Ccbs (Cambridge Centre for Behavior Analysis, del Massachusetts) o dal Rina in Italia, il solo ente di certificazione nazionale ad avere adottato i severi standard di risultato - non soltanto di processo - dettati dal Ccbs e dalla società scientifica italiana della B-BS, Aarba di Milano.

Fabio Tosolin

presidente Aarba, association for the advancement of radical behavior analysis

© RIPRODUZIONE RISERVATA



