

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN

Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione (snt-spec 4)

Anno Accademico 2007-2008

1° anno

Monografia

“La percezione del rischio nelle risorse umane del settore sanitario”

Prof. Gianluca Favero

Scienze demoetnoantropologiche

Studente

Marco Finelli

Alcune definizioni “cardine” per diminuire possibili “bias” d’intendimento linguistico-concettuale (da * a **):

***Antropologia** – per antropologia si intende lo studio della natura, della società e del passato dell’uomo (Greenwood e Stini, 1977).

E’ la disciplina che ha come scopo quello di descrivere, nei termini più ampi possibili il significato di essere “uomo” (G. Favero – slides corso laurea spec. a. a. 2007 -2008).

Cultura - “...è quell’insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l’arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dell’uomo dall’uomo come membro di una società” (Edward Burnett Tylor, 1871, *Primitive culture*).

La cultura è l’espressione di un modo di pensare collettivo, che riassume i bisogni e le aspirazioni di una collettività (G. Favero – slides corso laurea spec. a. a. 2007 -2008).

Percezione - la percezione è definibile come il processo psichico che opera la sintesi dei dati sensoriali in forme dotate di significato. Gli assunti allo studio della percezione variano a seconda delle teorie e dei momenti storici che si susseguono. È possibile operare una prima distinzione tra la sensazione, legata agli effetti immediati ed elementari del contatto dei recettori sensoriali con i segnali provenienti dall’esterno ed in grado di suscitare una risposta, e la percezione, la quale corrisponde all’organizzazione dei dati sensoriali in un’esperienza complessa, cioè al prodotto finale di un processo di elaborazione dell’informazione sensoriale da parte dell’intero organismo.

Le principali discipline che si sono occupate di percezione sono la psicologia e la medicina (definizione estratta da *Wikipedia, l’enciclopedia libera*, in data 19 marzo 2008).

Rischio - il rischio è un concetto connesso con le aspettative umane. Indica un potenziale effetto negativo su un bene che può derivare da determinati processi in corso o da determinati eventi futuri. Nel linguaggio comune, rischio è spesso usato come sinonimo di probabilità di una perdita o di un pericolo. Nella valutazione del rischio professionale il concetto di rischio combina la probabilità del verificarsi di un evento con l’impatto che questo evento potrebbe avere e con le sue differenti circostanze di accadimento. Secondo la teoria dei prezzi Black-Scholes quando si tratta di beni quotati sul mercato tutte le probabilità e gli impatti sono incorporati nel prezzo.

Ci sono molte definizioni di rischio; queste dipendono dalle applicazioni e dal contesto. Più in generale, ogni indicatore di rischio è proporzionale al danno atteso, il quale è in relazione alla sua probabilità di accadimento. Le denominazioni dipendono quindi dal contesto del danno e dal suo metodo di misura; ad esempio, nella perdita di una vita umana, il rischio è focalizzato sulla probabilità dell’evento, sulla sua frequenza e circostanza. Possiamo distinguere due tipi di

rischio: il primo basato su stime tecnico-scientifiche ed il secondo, denominato "rischio reale", dipendente dalla percezione umana del rischio. In pratica, queste due definizioni sono in continuo conflitto tra di loro (definizione estratta da *Wikipedia, l'enciclopedia libera*, in data 19 marzo 2008).**

Or dunque, iniziando, perché porsi un quesito inerente la percezione del rischio?

Forse perché il “capire” come viene percepito il rischio e soprattutto il “come” si manifesta tale percezione in un contesto socio-culturale, può risultare fondamentale per aver la possibilità di ragionare con coscienza di causa, una volta che si ritenga opportuno incidere su fattori che portino ad un cambiamento migliorativo di una situazione in essere.

In sintesi capire le ragioni profonde, quelle antropologico culturali, per avere un quadro ragionevolmente chiaro nel caso si operi per trasformare un comportamento che a sua volta potrà influire su una nuova sedimentazione culturale, il tutto, ben inteso, senza oltraggiare una cultura esistente bensì cercando sempre la condivisione in tale trasformazione.

Sono un Collaboratore Professionale Sanitario Esperto laureato in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro ed ho operato sul fronte della vigilanza nei luoghi di lavoro ed, attualmente, in forza presso il servizio di Prevenzione e Protezione di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico nel settore sanitario, per tanto, ritengo opportuno ed appropriato restringere questa breve monografia sulla percezione del rischio, alle risorse umane impegnate in tale settore ed in particolare agli infermieri.

Data la mia ignoranza, intesa nel senso nobile del termine, sul tema, svolgerò questo lavoro utilizzando materiale di altri autori cercando di approfondire laddove sia la mia cultura esperienziale che quanto appreso durante le lezioni, potranno concedermi l'opportunità di contribuire a dar forma ad un ragionamento accettabile o meglio, condivisibile, per trovare una risposta al quesito iniziale.

Per entrare nel vivo della comprensione, ritengo sia opportuno esaminare uno studio sulla percezione del rischio pubblicato il 19/12/2007 da U. Fiandra (medico), I.M. Raciti (medico), R. Mosso (biologo), G. Calipari (medico frequentatore), M. Repellino (direttore SCDO Qualità e Risk Management Ospedaliero S. Giovanni Battista Molinette, Torino. Coordinatore Gruppo di Lavoro Rischio Clinico Regione Piemonte), scaricato dal sito <http://88.54.140.50/bloodtransfusion/articolosing.aspx?id=000004> che in abstract riporta (da * ad **):

***Introduzione.** Il Nuovo Zingarelli, Vocabolario della Lingua Italiana, definisce il rischio come *“la possibilità di conseguenze dannose o negative a seguito di circostanze non sempre prevedibili”*.

La definizione di tipo statistico-epidemiologico è distante dalla concezione sociale e psicologica che la collettività attribuisce al rischio di un danno. È legata a processi interiori e reazioni emotive. Le informazioni sul rischio interagiscono con conoscenze, valori personali, convinzioni e producono un atto soggettivo che è la percezione.

Materiali e metodi. A due anni dall'istituzione della Struttura Complessa Qualità e Risk Management Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Giovanni Battista Molinette di Torino si è resa evidente la necessità di rilevare la percezione del rischio clinico-assistenziale nel personale infermieristico per cui è stato messo in atto un progetto cui sono stati invitati a partecipare 6 dipartimenti che comprendevano i team infermieristici di 8 Strutture Complesse.

Risultati. Hanno completato il progetto 4 team infermieristici composti da 4 Collaboratori Professionali Sanitari Esperti (referenti di progetto) e 45 Infermieri Professionali. Gli obiettivi sono stati compresi dai 4 gruppi, 3 hanno partecipato con interesse, 1 solo in parte. Tre gruppi hanno ritenuto utile continuare il progetto, 1 gruppo non ha discusso questo punto.

Conclusioni. Il progetto sulla percezione del rischio clinico-assistenziale da parte del personale infermieristico ha evidenziato che l'errata identificazione del paziente, l'errore durante la somministrazione della terapia e la difficoltà di comunicazione tra colleghi, con i medici e con i pazienti sono risultati i rischi di errore percepiti come prioritari da parte degli infermieri. I carichi di lavoro elevati, la carenza di personale, i problemi tecnico strutturali e le lacune nelle conoscenze professionali sono stati identificati come fattori correlati al verificarsi degli eventi avversi. Questi dati si discostavano dalla percezione delle Direzioni perché da questi team infermieristici non erano mai giunte schede di incident reporting.**

Da questo studio svolto “sul campo”, senza entrare nel merito dell'effettiva rappresentatività statistico-campionaria, si può evincere che esistono due macro categorie concettuali di rischio percepito dalle coscienze degli operatori coinvolti:

- un concetto di rischio riferito alla propria prestazione professionale rispetto ai pazienti ovvero quello **clinico-assistenziale** cioè il rischio di sbagliarsi nell'identificazione del paziente, nella somministrazione della corretta terapia, nel comunicare durante il passaggio di consegne e così via;

- un concetto di rischio rivolto verso l'infermiere stesso ovvero quello da **esposizione lavorativa** cioè il rischio connesso all'elevato carico assistenziale, alla carenza di personale, ai problemi tecnico-strutturali e così via.

Essendo il rischio un concetto che implica una conseguenza dannosa rispetto al verificarsi di un evento, allora occorre, focalizzandosi su queste due macro categorie concettuali, distinguere anche secondo il danno potenziale, rispettivamente, verso il paziente o verso l'infermiere stesso.

Se sulla macro categoria di rischio clinico-assistenziale si può incidere a livello organizzativo, procedurale, assicurativo, ovvero con strumenti che definirò *freddi*, sulla macro categoria di rischio da esposizione lavorativa si può incidere con strumenti che definirò *caldi* e che, a mio modesto avviso, devono prendere in considerazione gli aspetti culturali pregnanti dell'infermiere inteso come persona che ha un corpo ed assiste un'altra persona che ha, parimenti un corpo, anzi, un'altra tipologia di corpo: un corpo in difetto, malato, sofferente.

Davanti alla sofferenza di un malato, magari un poco sovrappeso, che chiede di essere aggiustato nel letto di degenza, a cosa darà priorità un infermiere? All'immediatezza assistenziale per alleviare una sofferenza oppure alla sua schiena, posticipando l'aiuto a seguito dell'utilizzo di un solleva pazienti meccanico? Queste domande dovrebbero far riflettere perché, se da un lato la legislazione vigente impone la salvaguardia del lavoratore con tutti i mezzi tecnici e tecnologici, dall'altro l'applicazione di tali mezzi implica un cambiamento profondo del rapporto che si instaura tra *l'uomo infermiere* e *l'uomo paziente*.

Nella cultura occidentale questo "rapporto umano" che si crea tra chi assiste e chi è assistito ritengo che sia parte essenziale della cura perché, con gli occhi del sofferente, quel contatto umano, non *mediato* da fredde apparecchiature, fa sì che non si rompa quella percezione con la normalità o meglio quel rappresentarsi ancora il proprio corpo nella normalità e nella convivialità del mondo.

Questa visione pratica dell'assistenza ritengo contempra una profondità d'animo, che a fronte della genesi di un contrasto decisionale tra lo stato di salute dell'infermiere e lo stato di malattia del paziente, *sceglie la priorità del malato*, con una carica affettiva impressionante che non isola il corpo del sofferente da un corpo più grande (un corpo psichicamente concepito e percepito attraverso l'abbraccio dell'infermiere) bensì si stringe a difesa, quasi in una volontà di comunione e comprensione di destino.

E come non congetturare che, su questo comportamento, non incida profondamente la morale collettiva o meglio ancora il clima etico-religioso che "aleggia" in una società e spesso

permea nel profondo degli animi (dall'io collettivo, direbbe probabilmente Jung, permea nell'io individuale influenzando nella scelta delle azioni).

Questa struttura percettiva che induce ad un determinato tipo di valutazione del rischio, ritengo si sia sviluppata e rafforzata nel tempo sedimentando una cultura *dominante* che si è avvalsa del consenso sociale anche attraverso la miscellanea fra tre strutture (motori) principali: la religione, il diritto e la scienza.

Essendo le patologie muscolo-scheletriche ed osseomiotendinee, dovute ad esposizione lavorativa, di comparsa non immediata, al netto degli strappi muscolari, la percezione del rischio viene "nascosta" alla coscienza dell'infermiere rispetto alla "evidenza" della sofferenza altrui.

Questa dicotomia evidente-certo (paziente che soffre – rischio cogente) e non evidente-incerto (solo probabile patologia muscolo scheletrica – stima di rischio differito) farà sì che la scelta di rischiare la propria schiena (esposizione) risulterà più probabile rispetto ad un atteggiamento conservativo (protezione) dell'infermiere stesso ed a maggior ragione se questo tipo di comportamento è condiviso ed implicitamente richiesto dal *modus operandi* dalla propria tribù ovvero dal proprio gruppo di riferimento.

Le limitazioni d'idoneità alla piena mansione dell'infermiere, che annualmente vengono riportate dai medici Competenti delle varie Aziende Sanitarie, sono la testimonianza indiretta che questo tipo di valutazione del rischio non è avulso dalla effettiva realtà.

Ritengo che il dilemma da affrontare sia: «come riuscire a trasformare questo comportamento culturale degl'infermieri in modo da ridurre significativamente le inidoneità professionali ed al contempo non imporre con violenza agli animi della *tribù* degli infermieri l'utilizzo di strumenti *freddi* che potrebbero incrinare quell'immagine e quella percezione individuale e sociale del ruolo degl'infermieri stessi? »

Ritengo che esistano strumenti *caldi* capaci di creare condivisione ed accettazione culturale da parte del professionista infermiere che non rompano quell'ancestrale sodalizio umano anzi, che costruiscano una *cultura ponte* tra i sani ed i malati nel rispetto delle normative sociali che desiderano tutelare tutti, senza distinzioni.

Come primo step di percorso occorre potenziare quegli strumenti di comunicazione extra-corporei che sono patrimonio trasversale di ogni cultura conosciuta (i simboli, il porsi ecc.) che comunque rappresentano un robusto segno d'unione, come, ad esempio non esaustivo:

- il rispetto delle usanze del paziente sia comunitario che non, attraverso lo studio preventivo della sua cultura e l'ascolto mirato attraverso una anamnesi accurata che

sforzi, con delicatezza, anche questioni complementari alla mera malattia che possono aiutare per *personalizzare* l'assistenza;

- la flessibilità dell'organizzazione e della struttura che permetta al professionista infermiere di attuare quel rapporto extra-corporeo che costruisce con il paziente e che gli permetterà di utilizzare e di trasformare da freddi a caldi quegli strumenti capaci di tutelargli la schiena senza offendergli l'animo;
- la formazione complementare sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro attraverso azioni mirate e specifiche che contemplino l'utilizzo di esperti di discipline non tradizionali quali ad esempio l'antropologia e la psicologia generale e dinamica;
- un sostegno psicologico all'infermiere sul campo, capace di fronteggiare i rischi dovuti al coinvolgimento emotivo che, nel medio-lungo termine, possono condurre a forme di disagio psichico quali il burn out;
- un auto monitoraggio da parte delle varie tribù di infermieri attraverso confronti esperienziali ed incontri collettivi.

Come secondo step, una volta costruito quel ponte extra-corporeo che mantenga vivo il rapporto empatico, agire sul processo comunicativo cercando di far partecipe il malato della necessità di utilizzare apparecchiature che ausiliano l'opera dell'infermiere, magari cercando di umanizzarle e renderle sempre più utilizzabili in modo autonomo da parte del paziente stesso.

Come terzo step comunicare agli organi Istituzionali gli esiti di un nuovo approccio antropologico-assistenziale attraverso studi e pubblicazioni per cominciare a sedimentare nel tessuto sociale l'evoluzione del concetto pratico di malattia e magari cominciare a far avvicinare, attraverso la comprensione delle diversità, le diverse culture che sempre più sono chiamate a convivere ed a condividere le strutture collettive pubbliche e private.

Dopo questo breve lavoro d'analisi, specificando che:

- la terminologia utilizzata di uomo è da intendersi in senso estensivo includendo sia il genere femminile che maschile;
- la terminologia di tribù non vuole essere dispregiativa bensì pregnante di tutte quelle dinamiche antropologiche che permeano un gruppo sociale o di categoria professionale;
- la categoria professionale anzi, il corpo sociale degli infermieri, è un *bene fondamentale* di una società;

vorrei concludere che, tutto sommato, la strada da percorrere per comprendere l'essere umano mi sembra ancora piuttosto lunghetta, soprattutto nelle complesse interazioni che

nascono da profonde, radicate e quanto mai giustificabili esigenze e dinamiche, rispettivamente: la sopravvivenza sia corporea che dell'anima, l'inerzia conservativa culturale.

Siccome mi ritengo ancora nella fase di crescita culturale sia come persona che come professionista nel settore sanitario vorrei inserire una, a mio modo d'intendere, simpatica immagine che desta la percezione del rischio richiamando alcuni simboli ancestrali ed alcuni simboli legati alla nostra evoluzione tecnico produttiva:



Bologna, 25 marzo 2008

lo studente: *Marco Finelli*