

Peter Lachman

Obiettivi di apprendimento

- Comprendere le sfide future per la sicurezza dei pazienti
- Descrivere come la sicurezza psicologica è essenziale per la sicurezza
- Elencare i determinanti sociali della sicurezza del paziente
- Comprendere i concetti di co-produzione della sicurezza
- Elencare i fattori facilitanti e i rischi per la sicurezza delle nuove tecnologie

4.1 Introduzione

In questo capitolo tratterò le questioni che dobbiamo affrontare mentre procediamo nel viaggio verso la sicurezza. Questo comprenderà riflessioni sui valori che hanno portato al sistema sanitario che abbiamo creato. È importante considerare le questioni reali di pianificazione e valutare se dobbiamo cambiare tutti gli aspetti dell'erogazione delle cure, se vogliamo davvero essere al sicuro. È chiaro che il rapido progresso della scienza medica nell'ultimo secolo ha portato benefici immensi per tutti. Foucault [1] ha descritto la progressiva affermazione come sviluppo dello "sguardo clinico", per cui la persona è diventata un paziente con una malattia, quindi non è più una persona, ma piuttosto una "diagnosi clinica" soggetta a test e interventi. Di conseguenza, i bisogni della persona sono

cambiati, e la narrazione non era così importante come gli esami e le indagini cliniche. Ci sono stati molti benefici nello sviluppo della medicina moderna e della scienza che è stata creata per produrre interventi di successo. Le persone trasformate in pazienti sono state curate e sono diventate longeve. Questo a sua volta ha portato alla nascita di nuove malattie croniche e all'invecchiamento della popolazione [2]. Purtroppo, in molte società ci sono sia antichi problemi di infezioni e di trattamento ritardato di malattie, sia nuovi problemi di invecchiamento e di cronicità. Inoltre, le scelte economiche e politiche hanno posto una grande sfida per garantire l'assistenza sanitaria nelle situazioni di povertà con scarsi risultati.

Assieme al progresso tecnologico, vi è la perdita della componente compassionevole della guarigione, che ha avuto un grande impatto sulla sicurezza psicologica degli operatori sanitari e delle persone che ricevono cure. Il miglioramento dei risultati in termini di gestione delle malattie è stato accompagnato da livelli crescenti di eventi avversi e di danni. Lo sviluppo negli ultimi 20 anni del movimento per la sicurezza dei pazienti è il riflesso dei progressi nella sanità e della consapevolezza che con il successo è arrivato il nuovo problema di danni non volontari. Riflettendoci bene, l'erogazione dell'assistenza sanitaria

*P. Lachman
International Society for Quality in Health Care
(ISQua), Dublin, Ireland*

traduzione dall'inglese di Giovanni Bauleo

non è stata pianificata per essere sicura.

Guardando al futuro, il settore sanitario si trova in un momento critico. Il rapido sviluppo di teorie su come erogare cure sicure e centrate sulla persona significa che non possiamo più contare sulla scusa che “l’assistenza sanitaria è diversa” da altri settori, e dunque non può essere affidabile e sicura. Le persone chiedono ora sicurezza e affidabilità nelle cure che ricevono e vogliono essere trattate come persone che si ammalano, piuttosto che come un numero o una malattia. Attualmente, è per caso, piuttosto che per pianificazione, che si ricevono cure altamente affidabili, centrate sulla persona e sicure. Eppure continuiamo a costruire la stessa tipologia di ospedali, a formare i futuri infermieri e medici come abbiamo sempre fatto, a lavorare in un sistema gerarchico che disincentiva le persone, anziché dare la possibilità alle persone di stare in salute.

L’analisi del movimento per la sicurezza del paziente ci permette di capire dove dobbiamo andare e come pianificare il futuro. Con un po’ di immaginazione, possiamo riprogettare i processi di cura perché siano compassionevoli e sicuri. Bates e Singh [3] notano che ci sono stati molti progressi dalla pubblicazione di *To Err is Human* [5]. Abbiamo appreso molti metodi per migliorare la qualità, e la sicurezza del paziente - come una scienza - ha numerose teorie, metodologie e strumenti che, se implementati, possono ridurre il danno: “*Da allora sono stati sviluppati e adottati interventi altamente efficaci contro le infezioni ospedaliere e per la*

sicurezza dei farmaci, anche se l’impatto di questi interventi è diverso, a causa di una attuazione e una pratica incoerente. I passi avanti nell’affrontare altri eventi avversi rilevati in ospedale sono stati variabili” [3].

Amalbert e Vincent [5] hanno ritenuto che il sistema di erogazione delle cure contenga un rischio intrinseco e che l’attenzione alla sicurezza del paziente debba essere focalizzata sulla gestione proattiva di tale rischio. Questo vale per qualsiasi sistema adattivo complesso, che rende difficile essere sempre sicuri [6]. Tuttavia, il sistema sanitario non è stato progettato con la sicurezza come funzione principale. Dato che sappiamo che c’è una maggiore complessità, forse una totale riprogettazione del sistema è la strada che dobbiamo percorrere per andare verso il futuro. Sebbene l’erogazione dell’assistenza sanitaria sia complessa, è possibile superare la complessità e fornire un’assistenza che sia di altissimo livello in tutti i domini della qualità. Per ottenere un sistema sicuro, dovremo risolvere alcuni problemi sostanziali che abbiamo accettato come fossero la regola.

4.2 Una visione sul futuro

Una visione sul futuro si riflette spesso nel concetto di *Zero Harm* (danno zero). Ci sono movimenti per applicare alla medicina gli standard che accettiamo in altri settori. L’argomento a favore e contro il danno zero è convincente. Se non puntiamo a zero, qual è il numero a cui dobbiamo puntare? Può darsi che miriamo a zero in alcune aree specifiche, accettando che, all’interno della complessità dello zero sanitario, lo zero totale sia un

miraggio, un miraggio a cui dobbiamo puntare ma che non raggiungeremo mai. È stato sostenuto che l'ideale di *Zero Harm* sia irrealistico [7], che dobbiamo accettare il rischio intrinseco nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e quindi adottare attivamente iniziative per la sicurezza dei pazienti, per migliorare i risultati e minimizzare i rischi. Inoltre, dobbiamo accettare le condizioni di stress dei sistemi sanitari nell'erogazione delle cure, siano esse legate alla domanda, al finanziamento o alla fiducia.

4.3 Le sfide da superare per promuovere la sicurezza

La ricerca di un sistema sanitario sicuro richiederà coraggio, poiché l'attuale struttura di potere non favorisce un'assistenza sicura. Il potere della professione medica, dell'industria farmaceutica e dell'organizzazione di supporto si basa sul modello attuale di assistenza, con le sue gerarchie e strutture. Concettualmente, gli ospedali hanno acquisito potere nell'ultimo secolo e si sono sviluppati per le malattie che abbiamo affrontato, di conseguenza il prossimo stadio è integrare questo potere con la comunità sanitaria più in generale. Questo porterà a cambiare lo squilibrio di potere che c'è nel sistema e a riconoscere che il disegno di un sistema sanitario con l'ospedale al centro può essere sostituito con l'ospedale come facilitatore di salute all'interno di un sistema di erogazione delle cure più vicino al domicilio delle persone. Questo richiederà una riallocazione delle risorse verso le cure primarie e una trasformazione dell'assistenza sanitaria in direzione della salute. C'è

una strada da percorrere per affrontare questi temi chiave e la speranza che con il tempo l'erogazione dell'assistenza sanitaria e la promozione della salute siano sicure, con la riduzione al minimo dei rischi. Le persone continueranno a subire danni, ma l'entità del danno sarà diversa rispetto alla situazione attuale. Nel ridisegnare i servizi per essere in futuro più sicuri, avremo bisogno di una visione che vada oltre le sfide attuali pianificando un servizio sanitario integrato centrato sulla salute piuttosto che sulla malattia (Box 4.1).

Box 4.1: Cambiamenti per il futuro

1. **Sviluppare il linguaggio e la cultura della sicurezza**
 - Utilizzare il linguaggio giusto in materia di sicurezza
 - I leader fanno le domande giuste sulla sicurezza
 - Educare le persone alla sicurezza
2. **Promuovere la sicurezza psicologica**
 - Prendersi cura della sicurezza fisica e psicologica delle persone
 - Dare ai servizi di cura e di assistenza un significato nel lavoro
 - Assicurare che gli erogatori di assistenza abbiano senso di appartenenza
 - Ascoltare e sentire storie di persone
3. **Pianificare per la sicurezza**
 - Investire nella salute piuttosto che nella sanità
 - Co-produrre sicurezza con persone non con pazienti
 - Dare alle persone la responsabilità della salute, non della malattia
 - Utilizzare i fattori umani per affrontare la complessità

4. Determinanti sociali per la sicurezza del paziente

- Riconoscere l'importanza dei determinanti sociali della salute e il loro impatto sulla sicurezza
- La cura è soggetta alla cultura e promuove sicurezza

5. Utilizzare la tecnologia per il futuro

- Salute digitale per la sicurezza
- Dare potere alle persone con la tecnologia

4.4 Sviluppare il linguaggio e la cultura della sicurezza

- Uso di un linguaggio che aumenta la sicurezza
- I leader pongono le domande giuste sulla sicurezza
- Educare le persone alla sicurezza

Proprio come la sanità è un sistema complesso, lo è la cultura che si manifesta dentro qualsiasi organizzazione. La cultura definisce i nostri sistemi di valori e, a loro volta, i nostri comportamenti. Tutto ciò è complesso in ogni organizzazione, con culture della sicurezza differenti [8]. Nel linguaggio che usiamo la cultura che ci rappresenta è evidente. L'attuale terminologia è *sicurezza del paziente* e, man mano che passiamo a un approccio più centrato sulle persone, il linguaggio che usiamo si evolverà fino a diventare centrato sulla persona piuttosto che sul paziente. Il linguaggio riflette la cultura, quindi se vogliamo sviluppare una cultura della sicurezza, dovremo analizzare criticamente la terminologia che usiamo. *Assistenza sanitaria* è un termine improprio in quanto si concentra sulla gestione delle malattie, mentre noi dobbiamo

concentrarci sulla salute e sul mantenimento del benessere fisico e mentale. I pazienti saranno protetti se li consideriamo come persone con una malattia, con una vita al di fuori della malattia, piuttosto che come pazienti con una malattia. Tutto ciò si traduce in una perdita di potere e di controllo sulla propria vita e la mancanza di potere può essere causa di un danno. La *sicurezza del paziente* è la dottrina generale, la *gestione del rischio* è stato il primo intervento sviluppato nel percorso della sicurezza. In sostanza, non si trattava di gestire il rischio, ma piuttosto della gestione degli incidenti che si erano verificati. Pur se essenziale, questo non ha portato a una riduzione del danno e la conoscenza derivata non è stata così grande come doveva essere. Il passaggio dall'analisi alla conoscenza è stato una delle più grandi sfide che abbiamo affrontato. Se intendiamo integrare nell'approccio al *risk management* l'ingegnerizzazione della resilienza, allora l'analisi dell'incidente diventerà uno studio sul lavoro in quanto davvero legato al percorso e non all'incidente. Ora dobbiamo entrare nell'idea di prendere in considerazione il percorso del paziente e in che modo gli viene garantita salute, in modo che la persona sia protetta in tutte le fasi del percorso [9]. La gestione del rischio è un'attività proattiva ed è quello che dovrebbe accadere in ogni momento, non solo quando c'è un incidente. Ciò implica l'accettazione del rischio anziché che il desiderio di eliminare il rischio, e una costante mitigazione diminuirà il potenziale di danno. Un altro esempio di ambiguità linguistica è il termine "*near misses*",

che viene usato per indicare quando si sta per fare del male a una persona, ma poi per l'azione di un individuo o per caso la persona non viene danneggiata. Questo è davvero un colpo mancato e se fosse definito così, forse faremmo più attenzione al problema. La *leadership* per la sicurezza sarà il fondamento del futuro lavoro per la sicurezza dei pazienti. Nel campo della sanità ci sono leader a tutti i livelli del sistema, perché deve esserci un focus particolare in ogni micro-sistema come anche nelle *leadership de facto* a livello esecutivo. Questo comprende stimare l'incertezza, integrare informazioni provenienti da diverse fonti e definire obiettivi che permetteranno lo sviluppo di sistemi sicuri. La *leadership*, quindi, deve essere incoraggiata a tutti i livelli dell'organizzazione, con lo sviluppo e la facilitazione di una *leadership* locale all'interfaccia con il paziente, come chiave per assicurare che ci sia un ambiente sicuro. Il cambiamento richiederà leader che comprendano cosa sia realmente la qualità e la sicurezza delle cure centrate sulla persona, con una profonda comprensione della Teoria dei Sistemi e dei Fattori Umani, oltre a sapere come riallineare il *budget* per facilitare il cambiamento. Ciò richiede una visione che indichi la direzione, richiede la speranza che aiuti in tempi difficili, il rispetto per ciò che viene cambiato e per il lavoro che viene fatto e il coraggio di fare cambiamenti nonostante la resistenza che le logiche passate manifesteranno. A livello di politica sanitaria, una più ampia implicazione della totale riprogettazione del sistema richiederà la volontà politica di consentire il ri-

allineamento e la reingegnerizzazione verso un sistema sanitario in cui tutte le politiche siano rivolte alla salute a lungo termine della comunità. I politici devono investire nella salute e nel finanziamento della sanità.

Tutto questo cambiamento richiederà coraggio e immaginazione, visione e speranza. Ma, cosa ancora più importante, richiederà una co-produzione con tutte le persone coinvolte, in particolare con le persone che ricevono le cure. Il movimento per la sicurezza dei pazienti ha avuto la tendenza ad applicare strumenti e metodi alle persone, piuttosto che a progettarli con loro. Questo implica la necessità di essere aperti e trasparenti con i pazienti e le loro famiglie.

Il personale sanitario avrà bisogno di un sistema sanitario che permetta di fornire assistenza sanitaria e di gestire le malattie in modo sicuro. Ciò richiederà una comprensione delle teorie della Scienza della Complessità, della Teoria dei Sistemi, della Scienza della Sicurezza del Paziente e dei Fattori Umani. I *curricula* medici devono essere messi in discussione e modificati per formare i medici di cui abbiamo bisogno in futuro [10].

4.5 Promuovere la sicurezza psicologica

- Prendersi cura della sicurezza fisica e psicologica delle persone
- Promuovere gli erogatori di assistenza e dare significato al loro lavoro
- Fare in modo che gli erogatori di assistenza abbiano senso di appartenenza
- Affrontare la sfida del *burnout* clinico

La sicurezza psicologica è la base per fornire un'assistenza sicura alle persone. Il lavoro di Edmondson ha portato a comprendere che, per fornire un'assistenza sicura, dobbiamo generare nelle persone "sicurezza psicologica" in un ambiente di lavoro sano, in modo che esse siano a loro volta parte della cultura generale della sicurezza. Edmondson definisce la sicurezza psicologica come "*la convinzione, condivisa dai membri di un team, che il team sia sicuro per assumersi rischi interpersonali*" [11-13].

Il movimento per la sicurezza ha chiesto alle organizzazioni di promuovere la cultura della sicurezza, in base alla quale gli individui hanno la responsabilità della loro sicurezza e di svolgere il lavoro in modo da ridurre i rischi. Questo, data la complessità del lavoro che si svolge in sanità, è difficile da realizzare all'interno degli attuali costrutti organizzativi della maggior parte delle organizzazioni sanitarie.

Sebbene una qualche struttura organizzativa sia essenziale, la capacità di assumersi dei rischi e di sentirsi in grado di affrontare sfide, per promuovere pratiche sicure, è una delle principali sfide che dovremo in futuro affrontare. Le indagini sugli incidenti clinici di solito identificano problemi di comunicazione per cui l'organizzazione impedisce la comunicazione del rischio potenziale, il lavoro di squadra è problematico e il biasimo è presente. Il concetto di sicurezza psicologica è ora centrale per lo sviluppo di sistemi sicuri, ed è quindi importante quanto lo sviluppo di strumenti e metodi per promuovere

cure sicure. Gran parte dei concetti di costruzione della resilienza nelle organizzazioni sanitarie richiederanno attenzione al modo in cui sosteniamo tutti i componenti dello staff affinché siano parte di team dotati di senso di appartenenza, nei quali il significato del lavoro includa la sicurezza degli individui, sostenuti per far fronte alle sfide e in grado di apprendere in tempo reale.

I concetti di sicurezza devono costruire la resilienza tramite anche la comprensione di ciò che funziona all'interno della complessità delle cure, per farsi carico del benessere dei clinici [14]. Nello sviluppo di un ambiente sicuro sarà previsto un programma attivo per prevenire il *burnout* dello staff clinico, perché ha un impatto negativo sia sul loro benessere che sulla sicurezza dei pazienti. La prevenzione del *burnout* non fa parte degli interventi tradizionali per la sicurezza dei pazienti, eppure i medici stressati non sono in grado di fornire cure sicure.

Dal momento che adottiamo un approccio alla sicurezza dei pazienti basato sui sistemi e sui fattori umani, una parte di questo approccio consisterà nella gestione del *burnout*, che tenga conto delle sue cause multifattoriali collegate con formazione, strutture organizzative, tecnologia e design generale del servizio [15].

I progressi compiuti nello sviluppo degli interventi saranno ora accompagnati dall'idea che la erogazione dell'assistenza sanitaria richiede che la sicurezza del paziente sia il nostro *core business* e che tutto quello che dobbiamo fare sia focalizzato sulla sicurezza. Pertanto, tutte le persone

che lavorano nel settore sanitario devono essere sostenute per essere sicure e lavorare in modo proattivo per la propria sicurezza dal punto di vista psicologico e fisico. La sicurezza delle persone di cui si prendono cura seguirà subito dopo.

4.6 Progettare per la salute e la sicurezza

- Investire nella salute piuttosto che nell'assistenza sanitaria
- Co-produrre sicurezza con le persone, non con i pazienti
- Responsabilizzare le persone riguardo la salute, non la malattia
- Utilizzare i fattori umani e l'ergonomia per affrontare la complessità

Il movimento per la sicurezza dei pazienti si è concentrato sull'assistenza sanitaria, il che significa che si preoccupa degli impatti negativi della gestione delle malattie. Il futuro del movimento trascenderà la malattia e si concentrerà sul mantenimento della salute delle persone, anche quando hanno una malattia. Questo approccio implica che la persona con una malattia deve avere protetta la propria salute fisica e mentale in ogni momento, indipendentemente dalla malattia, attraverso la riduzione al minimo del rischio di danni. Per raggiungere questo obiettivo, dobbiamo passare a un nuovo paradigma e cambiare il disegno attuale del nostro sistema sanitario, che si concentra sugli apparati biologici piuttosto che sulla persona nella sua interezza. Questo implica un cambiamento nei sistemi che abbiamo creato, che dal punto di vista medico sono settoriali. Non significa che distruggiamo tutto ciò

che abbiamo, ma piuttosto che esaminiamo i flussi del paziente, i fattori umani e la sicurezza attraverso occhi della persona che riceve le cure.

Nel movimento per le cure centrate sulla persona, l'idea di impegnarsi con le persone che ricevono cure è diventata centrale. L'approccio cura centrata sulla persona è molto più che fare domande sul grado di soddisfazione e sull'esperienza vissuta, ma vuol dire piuttosto condividere la responsabilità per la salute e diventare partner nell'erogazione di assistenza sanitaria. La consapevolezza che non possiamo essere sicuri senza il coinvolgimento, nella pianificazione e nella progettazione dei servizi, delle persone di cui ci prendiamo cura ha portato al concetto di coproduzione, in cui le persone sono parte della soluzione piuttosto che parte del problema [16-18]. Questo approccio implica un ripensamento radicale di come definiamo gli eventi avversi, come guardiamo al danno dal punto di vista della famiglia e della persona danneggiata e come indaghiamo gli incidenti riguardanti la sicurezza considerando il paziente come persona e non come paziente. Ciò richiederà una rivalutazione del rischio clinico, un cambiamento nello squilibrio di potere e una reale consultazione con il pubblico sul rischio di un intervento e sul relativo beneficio. La co-produzione implica anche che co-progettiamo la sicurezza non solo con le persone che chiamiamo pazienti, ma anche con gli erogatori delle cure che devono essere sicuri in ogni momento, nonostante il rischio intrinseco dei processi clinici, soprattutto in situazioni complesse.

Per ottenere la sicurezza all'interno dei processi clinici sarà necessario integrare la pianificazione della sicurezza nelle attività quotidiane. I fattori umani e l'ergonomia (HFE) sono stati un argomento marginale nella sanità, approfonditi da appassionati piuttosto che essere il fulcro dei programmi che gestiamo. In altri capitoli sono presentate le teorie HFE. L'HFE sarà parte integrante della formazione medica come l'anatomia e la fisiologia, in modo da essere il filo conduttore che attraversa tutto il nostro pensiero [19].

4.7 Determinanti sociali della sicurezza del paziente

- Definire l'importanza dei determinanti sociali della sicurezza del paziente
- Pianificare cure che siano culturalmente sensibili e promuovano sicurezza

Negli anni recenti, l'importanza dei determinanti degli esiti sanitari è stata evidenziata attraverso studi che segnalano che le persone economicamente meno abbienti, appartenenti a minoranze etniche o a gruppi emarginati hanno peggiori esiti di salute. La povertà, l'alloggio, l'istruzione, l'alfabetizzazione e la nutrizione sono alcuni dei fattori che interagiscono per causare manifestazioni cliniche, nonché gli esiti del trattamento, sia esso dovuto a ridotto accesso alle cure, alla scarsa alfabetizzazione sanitaria o a pregiudizi istituzionalizzati [20]. Gli esiti sanitari possono essere predetti in base ai condizionamenti dei determinanti sociali. Più si è poveri, peggiore è l'esito clinico. La po-

vertà condiziona l'aspettativa di vita, il tipo di malattie di cui si morirà, l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza sanitaria [21]. Il movimento per la sicurezza dei pazienti non ha tradizionalmente studiato l'impatto dei determinanti sociali di salute sul rischio di danni, sia per gli individui che per le comunità [22].

È logico aspettarsi che persone povere, con scarsa alfabetizzazione sanitaria e minor accesso al sistema sanitario, siano probabilmente a rischio di danni a causa dell'immensa differenza di potere e della discriminazione istituzionalizzata che subiscono. Se si aggiunge l'etnia, il sesso, la lingua e lo status, ad esempio di rifugiato o di senzatetto, è probabile che il risultato sia ancora peggiore. La sfida del movimento per la sicurezza dei pazienti è riconoscere l'iniquità e ridurla nella pianificazione dei programmi. Dobbiamo misurarci con questa prospettiva della sicurezza dei pazienti per consentire lo sviluppo di interventi che diano potere alle persone e affrontino l'impatto che la povertà e lo svantaggio hanno sulla sicurezza.

Da una prospettiva globale, il lavoro della Commissione Lancet sul maggior rischio per le persone nelle nazioni più povere dei Paesi a basso e medio reddito indica che avremo bisogno di qualcosa di più delle metodologie per la sicurezza dei pazienti al fine di proteggere in quei Paesi le persone dai danni [23]. In futuro, i Determinanti Sociali della Sicurezza del Paziente (SDPS) saranno importanti per capire come prevenire il danno quanto lo sono i metodi e gli interventi che utilizziamo per ridurre gli eventi avversi.

4.8 Utilizzare il potere della tecnologia per il futuro

- Salute digitale per la sicurezza
- Dare potere alle persone utilizzando la tecnologia
- Comprendere le opportunità e i rischi dell'Intelligenza Artificiale

La sfida che dobbiamo affrontare nel movimento per la sicurezza dei pazienti è come sfruttare il grande potenziale della digitalizzazione della salute e dell'introduzione dell'Intelligenza Artificiale nella erogazione dei servizi sanitari. È notevole la potenzialità di utilizzare le nuove tecnologie per pianificare l'uscita dall'errore medico umano e dai danni che ne derivano. Tuttavia, non è necessariamente la soluzione alla sfida della sicurezza del paziente, ma piuttosto un aiuto per cure più sicure [24, 25]. Si devono ancora comprendere le potenzialità dei registri sanitari elettronici, dei sistemi elettronici di prescrizione e di ordini mediante computer per affrontare le sfide della comunicazione e della trascrizione nella sicurezza. Non hanno superato i problemi di comunicazione, ma ci offrono l'opportunità di avere una migliore comunicazione e percorsi più facili, se l'implementazione ha successo. La sfida non è quella di sostituire vecchi errori con nuovi [26]. Poiché la maggior parte dell'implementazione è stata realizzata nei paesi ad elevato reddito, la diffusione nel mondo delle soluzioni digitali dovrà essere considerata con attenzione per assicurare che le lezioni apprese siano applicate con al centro la sicurezza dei pazienti. Per le persone che ricevono assisten-

za, l'uso della tecnologia degli *smartphone* può consentire loro di gestire le cure con un pronto accesso alle informazioni, alle cartelle cliniche, ai risultati dei test e al controllo dei propri dati. Ciò richiederà un attento sviluppo, con la cessione di poteri dai professionisti alle persone che ricevono assistenza. La co-produzione di soluzioni di sicurezza sarà una parte essenziale della realizzazione del potenziale della tecnologia.

L'Intelligenza Artificiale (IA) ha le potenzialità per cambiare radicalmente il modo in cui ci prendiamo cura delle persone e per migliorare la sicurezza delle cure. Tuttavia, lo sviluppo e l'implementazione futura dovranno affrontare numerose sfide, come l'affidabilità delle previsioni fatte con i nuovi sistemi sviluppati di *machine learning*, la trasferibilità delle informazioni e il modo in cui i dati si abbinino alla complessità dei diversi sistemi sanitari e come noi clinici interagiamo con la nuova tecnologia [27]. Mentre siamo ancora agli inizi dello sviluppo di soluzioni di IA che possono aiutarci nel nostro percorso per la sicurezza, nel campo della sicurezza del paziente dobbiamo unirici agli sviluppatori di IA per sfruttare in futuro le potenzialità della modellazione predittiva. Il movimento per la sicurezza dovrà essere parte integrante dello sviluppo di soluzioni di IA e garantire che ci sia in futuro un sistema più sicuro [28].

4.9 Conclusioni

Abbiamo fatto molta strada nel movimento per la sicurezza dei pazienti. In passato gli standard assistenziali erano focalizzati sui processi di cura,

ora devono essere ridisegnati dalle persone che ricevono le cure. Questo sposterà l'attenzione dalla misurazione del processo a una raffinata valutazione delle esperienze delle persone e dei risultati desiderati. In futuro, la sicurezza dei pazienti non riguarderà i necessari interventi, ma piuttosto le persone che lavorano nel sistema, le persone che ricevono le cure e come possiamo progettare sistemi che li supportino nell'erogazione di cure affidabili e sicure.

Se vogliamo davvero puntare a *Zero Harm* come concetto, dovremo allora riprogettare i nostri sistemi di assistenza attraverso la co-produzione e la collaborazione, e affrontare le sfide dei determinanti sociali, delle culture organizzative e delle opportunità della tecnologia.

Bibliografia

Visione d'insieme

1. Foucault M. The birth of the clinic. An archaeology of medical perception. Paris: Vintage; 1994.
2. Amalberti R, Vincent C, Nicklin W, Braithwaite J. Coping with more people with more illness. Part 1: the nature of the challenge and the implications for safety and quality. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(2):154–8.
3. Bates DW, Singh H. Two decades since to err is human: an assessment of progress and emerging priorities in patient safety. *Health Aff*. 2018;37(11):1736–43.
4. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academies Press; 2000.
5. Amalberti R, Vincent C. Managing risk in hazardous conditions: improvisation is not enough. *BMJ Qual Saf*. 2020;29:60–3.
6. The Health Foundation. Research scan: complex adaptive systems. 2010. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/ComplexAdaptiveSystems.pdf>. Accessed 27 Dec 2019.

7. Thomas EJ. The harms of promoting 'Zero Harm'. *BMJ Qual Saf*. 2020;29:4–6.
 8. Sviluppare il linguaggio e la cultura della sicurezza
 9. Mannion R, Davies H. Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*. 2018;363:k4907.
 10. Trbovich P, Vincent C. From incident reporting to the analysis of the patient journey. *BMJ Qual Saf*. 2019;28:169–71.
 11. Vosper H, Hignett S, Bowie P. Twelve tips for embedding human factors and ergonomics principles in healthcare education. *Med Teach*. 2017;40(4):357–63.
- Sicurezza e benessere psicologici
12. Edmundson AC, Lei Z. Psychological safety: the history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav*. 2014;1:23–43.
 13. Edmundson AC, Higgins M, Singer S, Weiner W. Understanding psychological safety in health care and education organizations: a comparative perspective. *Res Hum Dev*. 2016;13(1):65–83.
 14. Edmundson AC. The fearless organization: creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth. New York: Wiley; 2018.
 15. Smaggus A. Safety-I, safety-II and burnout: how complexity science can help clinician wellness. *BMJ Qual Saf*. 2019;28:667–71.
 16. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Taking action against clinician burnout: a systems approach to professional well-being. Washington, DC: The National Academies Press; 2019. <https://doi.org/10.17226/25521>.

Design per la sicurezza

17. Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opipari-Arrigan L, Hartung H. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:509–17.
18. Batalden P. Getting more health from healthcare: quality improvement must acknowledge patient coproduction—an essay by Paul Batalden. *BMJ*. 2018;362:k3617.
19. Elwyn G, Nelson E, Hager A, Price A. Coproduction: when users define quality. *BMJ Qual Saf*. 2019. 25. Published Online First; <https://doi.org/10.1136/>

- bmjqs-2019-009830.
20. Hignett S, Lang A, Pickup L, Ives C, Fray M, 26. McKeown C, Tapley S, Woodward M, Bowie B. More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England? *Ergonomics*. 2018;61(1):5–14.
 21. Determinanti sociali per la sicurezza del paziente
 22. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–104.
 23. Okoroh JS, Uribe EF, Weingart S. Racial and ethnic disparities in patient safety. *J Patient Saf*. 2017;13(3):153–61.
 24. Boozary AS, Shojania KG. Pathology of poverty: the need for quality improvement efforts to address social determinants of health. *BMJ Qual Saf*. 2018;27:421–4.
 25. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the sustainable development goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196–e252.
- Salute digitale e sicurezza del paziente
26. Agboola SO, Bates DW, Kvedar JC. Digital health and patient safety. *JAMA*. 2016;315(16):1697–8. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2402>.
 27. Sheikh A. Realising the potential of health information technology to enhance medication safety. *BMJ Qual Saf*. 2020;29:7–9.
 28. Sujan M, Scott P, Cresswell K. Health and patient safety: technology is not a magic wand. *Health Informatics J*. 2019:1–5. <https://doi.org/10.1177/1460458219876183>.
 29. Macrae C. Governing the safety of artificial intelligence in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2019;28:495–8.
 30. Challen R, Denny J, Pitt M, Gompels L, Edwards T, Tsaneva-Atanasova K. Artificial intelligence, bias and clinical safety. *BMJ Qual Saf*. 2019;28:231–7.