

*L'uomo – una creatura fatta a fine settimana  
quando Dio era stanco*

Mark Twain

### Introduzione

L'adozione di strategie per ridurre la probabilità di errore e creare un ambiente operativo più sicuro costituisce una priorità per tutti gli enti ed i professionisti sanitari. Al fine di scegliere le strategie più idonee, un approccio diffuso è quello di fare riferimento ai dati raccolti attraverso le segnalazioni degli eventi avversi e degli eventi mancati, oltre alle statistiche relative ai sinistri. I rapporti sulle cause di eventi avversi in sanità pubblicati a livello internazionale identificano tra le cause frequenti problemi nella comunicazione, nell'integrazione tra professionisti, nel processo di assunzione delle decisioni, nella leadership. I fattori connessi a tali cause sono legati alla struttura organizzativa (processi, distribuzione di ruoli e responsabilità, strumenti informativi ed informatici a disposizione), ma anche alle competenze dei professionisti. Si citano a livello esemplificativo alcuni lavori: Makary et al<sup>1</sup> hanno evidenziato come il lavoro di gruppo costituisca il fattore critico nelle sale operatorie degli Stati Uniti d'America; Rafferty et al<sup>2</sup> segnalano una correlazione positiva tra lavoro di gruppo e qualità; Reader et al<sup>3</sup> rilevano la carenza di comunicazione come causa di eventi avversi nelle unità operative di anestesia; Lingard et al<sup>4</sup> hanno identificato quattro tipi di errore nella comunicazione: tempestività, contenuto (insufficiente o inaccurato), scopo e destinatari (non tutti o non quelli appropriati). La presenza di errori si verifica nel 30% degli scambi nelle équipe assistenziali, con comunicazioni che avvengono troppo tardi o sono incomplete; un terzo di tali situazioni porta immediatamente a inefficienza e tensioni; Pronovost et al<sup>5</sup> hanno riscontrato che su 2075 eventi avversi in area critica il 57% era causato dalla comunicazione ed in particolare il 37% da comunicazione scritta o verbale al passaggio delle consegne, il 21% a difficoltà nell'équipe e nella sua conduzione, il 6% alla comunicazione durante le crisi.

In relazione alla constatazione di tali fattori nelle situazioni di rischio clinico, sono stati promossi alcuni studi, che hanno

consentito di verificare come siano particolarmente significative le competenze dei professionisti per la messa in atto dei processi organizzativi e produttivi necessari per migliorare la sicurezza. La ricerca ha identificato aree di competenze determinanti per la sicurezza e che tuttavia non vengono adeguatamente considerate nella formazione, nella gestione e nella valutazione del personale.

### Definizione

Per descrivere tali competenze, sembra utile in primo luogo richiamare il significato di abilità offerto dall'*Enciclopedia Treccani*, che la definisce come: a) capacità, acquisita dall'individuo sul fondamento di una disposizione innata, di svolgere una particolare forma di attività; b) capacità, acquisita con l'apprendimento, di esercitare determinate facoltà ed eseguire determinate operazioni raggiungendo obiettivi previsti; c) accortezza, destrezza.

Le abilità, denominate nel contesto scozzese *non technical skill*, sono quelle che vanno oltre l'atto medico, ma che sono necessarie per una sua corretta esecuzione a livello di singolo operatore e di équipe e comprendono abilità cognitive e relazionali. Tali abilità possono essere identificate attraverso marcatori comportamentali, ossia comportamenti considerati indicatore (segnalatore) di una abilità (o insieme di abilità). Essi sono osservabili e quindi rilevabili e servono per delineare

la competenza espressa dal professionista ed identificare i bisogni di formazione e costruire i relativi programmi di addestramento. I comportamenti considerati indicatori (segnalatori) di abilità vengono organizzati in sistemi gerarchici, ossia tassonomie. Per identificare i marcatori e le tassonomie possono essere utilizzati diversi metodi, quali: revisione della letteratura, analisi di incidenti ed eventi avversi, indagine di opinione ed interviste a testimoni privilegiati, osservazione diretta o in simulazione. Successivamente, a testimoni privilegiati (professionisti esperti) viene chiesto di attribuire valore alla categoria, rilevare come viene espletata l'attività e formulare un giudizio (espresso attribuendo un valore numerico su scala predefinita) sulla presenza ed esecuzione del marcatore comportamentale.

### Applicazioni

Negli ultimi anni, come in altri settori, quali l'aviazione ed i servizi, anche in sanità ha preso avvio la ricerca in tale ambito e sono state elaborate tassonomie specifiche ad alcune aree cliniche. Particolarmente produttivo in tale direzione è stato un gruppo dell'Università di Aberdeen, che ha elaborato tassonomie per alcuni ambiti assistenziali. Le abilità identificate hanno riguardato in primo luogo gli anestesisti, per i quali è stata elaborata nel 2003 la tassonomia cosiddetta ANTS "Modello Aberdeen per anestesisti"<sup>6</sup>, che si componeva di quattro categorie di competenze.

- a) **Gestione del compito (mandato):** gestione delle risorse ed organizzazione del lavoro per conseguire l'obiettivo, sia per il piano di assistenza che per la programmazione a lungo termine. Elementi costitutivi: pianificazione e preparazione, assegnazione delle priorità, fornitura e mantenimento degli standard, identificazione e utilizzo delle risorse.
- b) **Lavoro in gruppo:** lavorare con gli altri in un contesto di gruppo, in ogni ruolo, per assicurare il completamento del lavoro comune e la soddisfazione, focalizzarsi sul gruppo piuttosto che sul compito. Elementi: scambio di

informazioni, stabilire una comprensione condivisa, coordinare le attività di gruppo. Un esempio di messa in pratica di quest'ultimo elemento comprende le seguenti azioni, che costituiscono quindi i marcatori comportamentali da rilevare: confermare i ruoli e le responsabilità di ciascun membro, discutere il caso con il chirurgo ed i colleghi, considerare le esigenze degli altri prima di agire, cooperare con gli altri per perseguire gli obiettivi.

- c) **Consapevolezza della situazione:** sviluppo e mantenimento della consapevolezza sulla situazione, per percepire tempestivamente tutti gli elementi della situazione: paziente, équipe, tempo, display, attrezzature, comprendendone il significato e prevedendo cosa potrebbe accadere. Elementi: raccolta di informazioni, riconoscimento e comprensione, anticipazione delle possibili evoluzioni future.
- d) **Assunzione delle decisioni:** assumere decisioni per pervenire ad un giudizio o diagnosi su una situazione o per scegliere le azioni da svolgere, sulla base dell'esperienza o di nuove informazioni, sia in situazione normale che di crisi sotto pressione. Elementi: identificare le opzioni, bilanciare i rischi e selezionare le opzioni, ri-verificare.





Successivamente sono state identificate le competenze in medicina d'emergenza<sup>7</sup>, dove è stata enfatizzata in particolare l'abilità di lavorare in squadra.

È stata quindi messa a punto la tassonomia delle abilità dei chirurghi: *Non technical skills for surgeons*<sup>8</sup> (NOTSS), composta da cinque categorie.

- i) **Consapevolezza della situazione:** riguarda lo sviluppo ed il mantenimento della consapevolezza evolutiva della situazione in sala operatoria, comprendendo i seguenti elementi: raccolta di informazioni, comprensione delle informazioni, proiezione ed anticipazione di evoluzioni future.
- ii) **Assunzione delle decisioni:** valutare la situazione e pervenire ad un giudizio per scegliere le azioni da svolgere. Elementi: considerare le opzioni, selezionare e comunicare le opzioni, implementare e verificare le decisioni.
- iii) **Gestione del compito (mandato):** valutare la situazione e pervenire ad un giudizio per scegliere le azioni da svolgere. Elementi: considerare le opzioni, selezionare e comunicare le opzioni, implementare e verificare le decisioni.
- iv) **Leadership:** fornire un orientamento quando necessario, dimostrare standard clinici e di assistenza, considerare i bisogni di ciascun membro dell'équipe. Elementi: fissare e mantenere gli standard, gestire la pressione, fornire sostegno agli altri.

- v) **Comunicazione e lavoro di gruppo:** assicurarsi che ciascuno abbia un quadro chiaro della situazione e possa adempiere efficacemente al proprio mandato. Elementi: scambio di informazioni, stabilire una comprensione condivisa, coordinare attività di gruppo.

Nel dicembre 2007 il Centro Veneto trapianti ha promosso un corso di aggiornamento all'interno del quale introdurre il tema dell'applicazione delle *non technical skill* al profilo complesso trapianti. In quella sede è stata avanzata da Poletti<sup>9</sup> la proposta di una specifica tassonomia. Quest'ultima è stata sviluppata considerando la specificità del contesto in cui si sviluppa il profilo complesso trapianto, caratterizzato da: urgenza e pressione, incertezza, criticità, molteplicità di servizi e unità operative, presenza di molteplici soggetti con differenti aspettative ed atteggiamenti quali pazienti, familiari, associazioni, professionisti caratterizzati da multidisciplinarietà, alta emotività. In relazione alle caratteristiche del contesto sembrava inoltre importante scegliere un modello coerente per il processo decisionale a cui fare riferimento per lo sviluppo della specifica categoria. Il modello di riferimento considerato è quello naturalistico, che è peculiare alle situazioni caratterizzate da: alto grado di incertezza, dove gli esperti possiedono conoscenze ed esperienze tali da consentire di basarsi sulla prima opzione, l'impiego della simulazione mentale piuttosto che la valutazione dei singoli attributi, accertamento della situazione piuttosto che valutazione delle opzioni, ricerca della soluzione soddisfacente piuttosto che di quella ottimale, valutazione seriale delle opzioni, azione immediata, impossibilità di effettuare una ricognizione accurata delle opzioni. La ricerca evidenzia che tale modello<sup>10</sup> si presta a contesti con problemi mal strutturati, ambiente incerto e dinamico, cambi frequenti, obiettivi poco definiti o in competizione, azione/cicli di feedback, pressione (di tempo), interessi elevati, molteplici soggetti, obiettivi/regole dell'organizzazione. Tali caratteristiche sembrano coerenti con quelle sopra descritte del contesto qui considerato e quindi il modello sembra essere il più idoneo. La tassonomia proposta da Poletti si basa su cinque categorie.

- 1) **Gestire la situazione/il contesto e assumere decisioni:** analisi della situazione, assunzione di decisioni, allerta nel cogliere e prevedere variazioni, controllo. Elementi: raccolta dei dati, interpretazione delle informazioni, proiezione ed anticipazione di evoluzioni future, assunzione delle

decisioni, implementazione e verifica di impatto delle decisioni, controllo.

- 2) **Gestire il compito (mandato):** organizzare le risorse, il personale e le attività per raggiungere gli obiettivi posti. Elementi: pianificazione, preparazione, flessibilità/risposta al cambiamento ed a situazioni emergenti.
- 3) **Autogestione:** attivare e organizzare le proprie risorse personali per una efficace gestione delle situazioni, consapevoli dei propri bisogni e limiti. Elementi: riconoscere i propri bisogni, identificare le proprie risorse ed abilità ed attivarle nella specifica situazione, adottare strategie di gestione della propria emotività a fronte di fattori di distress e situazioni di emergenza, apprendere dalle situazioni ed alimentare la propria competenza.
- 4) **Comunicare e gestire la relazione:** comunicare efficacemente con pazienti, familiari e altri soggetti e all'interno dell'équipe. Elementi: scegliere contenuti, destinatari, contesto, tempi e modi della comunicazione, verificando livelli di comprensione della lingua, scambiare informazioni, condurre colloqui, registrare ed acquisire dati ed informazioni.
- 5) **Condurre, coordinare e partecipare al gruppo:** fornire un orientamento quando necessario, proponendo standard clinici e di assistenza; assicurarsi che ciascuno abbia un quadro chiaro della situazione e possa adempiere efficacemente al proprio mandato, considerando i bisogni di ciascuno, garantire sinergia di azione e tempo. Elementi: scambio di informazioni, fissazione e mantenimento degli standard, coordinamento delle attività di gruppo con metodi e strumenti, confronto e condivisione, gestione di situazioni di tensione e conflitto dovute alla urgenza/pressione, sostegno agli altri.

### Sviluppi

Le *non technical skill* debbono essere identificate ed utilizzate per rendere consapevoli i professionisti al fine di:

- a) migliorare la propria competenza;
- b) migliorare l'organizzazione ed il lavoro in équipe;
- c) identificare i bisogni di formazione permanente;
- d) aumentare la sicurezza per il paziente/riduzione del rischio clinico;
- e) fornire una formazione completa agli studenti che frequentano l'università.

Sembra quindi urgente diffondere le conoscenze sulle *non technical skill* ed introdurle nella formazione, sia nelle

università che nei corsi di aggiornamento. Nei contesti organizzativi si rende necessaria una coerente revisione dei processi, al fine di introdurre specifici strumenti utili per migliorare l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza. La ricerca sulle *non technical skill* sta procedendo a livello internazionale e l'auspicio è che venga sviluppata anche nel nostro Paese, al fine di verificare anche eventuali specificità.

### Piera Poletti

Responsabile CEREF Centro Ricerca e Formazione Padova  
Membro Direttivi ESQH (European Society for Quality in Healthcare) e SIQuAS VRQ (Società Italiana per la Qualità sanitaria); Docente Università degli Studi di Padova

### BIBLIOGRAFIA

1. Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA et al  
**Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder**  
*J Am Coll Surg* 2006; 202 (5): 746-752
2. Rafferty AM, Ball J, Aiken LH  
**Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?**  
*Qual Health Care* 2001; 10: ii32-ii37
3. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH  
**Interdisciplinary communication in the intensive care unit**  
*Br J Anaesth* 2007; 98 (3): 347-352
4. Lingard L, Espin S, Whyte S et al  
**Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects**  
*Quality Saf Health Care* 2004; 13: 330-334
5. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Dorman T  
**Improving communications in the ICU using daily goals**  
*J Crit Care* 2003; 18: 71-75
6. Fletcher G, Flin R, McGeorge P et al  
**Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system**  
*Br J Anaesth* 2003; 90 (5): 580-588
7. Flin R, Maran N  
**Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine**  
*Quality Saf Health Care* 2004; 13 (1): 80-84
8. Flin R, Yule S  
**Advances in patient safety: non-technical skills in surgery report on the University of Aberdeen's non-technical skill for surgeons project**  
*Surgeonsnews* 2005; 4 (3): 83-85.
9. Poletti P  
**Proposta avanzata nell'ambito del corso sperimentale "Rischio clinico e non technical skills nel processo di donazione di organi e tessuti"**  
10 dicembre 2007
10. Orasanu, J, Connolly T  
**The reinvention of decision making**  
In: Klein GA, Orasanu J, Calderwood R, Zsombok CE (a cura di)  
*Decision making in action: models and methods*  
Norwood, NJ: Ablex Publishing, 1993, pp. 3-20