

Publicazione

Sicurezza dei pazienti Svizzera

N° 8

Speak up

Quando tacere è pericoloso

Speak-up per più sicurezza
nella cura dei pazienti

Dott.ssa Katrin Gehring
Prof. dott. David Schwappach
(Ed.)



sicurezza dei pazienti svizzera

RINGRAZIAMENTO

Numerosi esperti hanno fornito un prezioso contributo alla presente pubblicazione attraverso colloqui o commenti. Desideriamo ringraziare in particolare il dott. Francis Ulmer, Christian Schnyder e Nicole Schumacher.

Ringraziamo altresì tutti gli infermieri e i medici che hanno partecipato al sondaggio o alle interviste, i cui risultati sono riportati al punto 2. Lo studio ha gettato le basi per lo sviluppo di questa pubblicazione. Esprimiamo la nostra gratitudine anche ai primari e ai servizi di cura dei reparti oncologici coinvolti per la disponibilità con la quale hanno sostenuto lo studio.

Infine, un enorme grazie ai finanziatori. L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha reso possibile la redazione e la pubblicazione del presente scritto. Lo studio di cui al punto 2 è stato finanziato in misura determinante dalla Ricerca svizzera contro il cancro (KFS-2974-08-2012).

LA FONDAZIONE SICUREZZA DEI PAZIENTI SVIZZERA

La somministrazione di un medicamento sbagliato, una garza dimenticata in una ferita durante un intervento chirurgico o il paziente scambiato: chi lavora può sbagliare. Tuttavia queste cose non devono succedere quando in gioco c'è la nostra salute. E qui scende in campo la Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. Collaborando con una rete molto estesa e ramificata di esperti e organizzazioni, il centro di competenza nazionale si impegna in tutti gli ambiti inerenti alla sicurezza dei pazienti.

Quando si tratta di ridurre gli errori evitabili nei servizi sanitari, la Fondazione funge da importante interlocutore per tutti i settori della sanità pubblica. Dalla farmacia alle strutture ambulatoriali e ospedaliere, fino alle case di cura e di riposo, l'obiettivo comune è quello di rendere più sicuri gli accertamenti medici, il trattamento e l'assistenza. L'organizzazione non profit riveste il ruolo di think tank nazionale e pone tematiche pionieristiche che già oggi intendono aiutare a evitare gli errori di domani.

Sicurezza dei pazienti svizzera è il centro nazionale di competenza per lo sviluppo e la promozione della sicurezza dei pazienti. Nell'ambito delle reti e cooperazioni con i fornitori di prestazioni, la Fondazione sviluppa progetti pilota e li attua in programmi nazionali, come il programma progress! Chirurgia sicura. Le attività della Fondazione si concentrano su quattro ambiti: ricerca e sviluppo, progetti e programmi, formazione, aggiornamento e perfezionamento, nonché consulenza ed expertise. In questo modo vengono elaborate nuove conoscenze scientifiche e vengono promossi l'apprendimento dagli errori oltre che la cultura della sicurezza nella sanità pubblica.

PREFAZIONE DEL PROF. DOTT. DIETER CONEN

Dal punto di vista della storia della medicina, il passaggio dal XX al XXI secolo ha segnato l'inizio di un cambio di mentalità: fino a quel momento, i danni ai pazienti erano considerati elementi inevitabili dell'assistenza medica moderna, dovuti non da ultimo alla formazione carente o al pessimo modo di lavorare dei collaboratori.¹ Che cosa intendiamo esattamente con il concetto di sicurezza dei pazienti nel settore sanitario? Si tratta effettivamente di un problema moderno di sanità pubblica?

Sull'urgenza di intervenire non hanno dubbi né i politici, né gli assicuratori, né tanto meno i fornitori di prestazioni. Lo dimostrano i progetti lanciati dall'Ufficio federale della sanità pubblica nell'ambito della strategia della qualità della Confederazione, come «Chirurgia sicura», «Sicurezza della farmacoterapia nei punti di interfaccia» e l'ultimo, che mira alla riduzione delle complicanze provocate dai cateteri vescicali.

«TRYING HARDER WILL NOT WORK»²

La maggior parte dei partecipanti è consapevole del fatto che la sicurezza dei pazienti non può essere aumentata lavorando ancora più duramente, svolgendo più attività o con maggiore attivismo. Qualità e sicurezza sono caratteristiche sistemiche che non possono essere migliorate durevolmente senza un cambiamento del sistema stesso.

Rispetto agli inizi del «movimento per la sicurezza dei pazienti» circa quattordici anni or sono, oggi abbiamo una visione diversa delle cause della cattiva qualità e delle carenze a livello di sicurezza dei pazienti. L'analisi approfondita della catena dei processi al termine della quale si verifica il danno, una procedura da tempo in uso in altri settori ad alto rischio, e il passaggio dalla colpevolizzazione del singolo al concetto di errore di sistema hanno contribuito a eliminare il tabù del riconoscimento di un danno provocato da un'azione medica.

Una comunicazione deficitaria in seno all'équipe, con altri reparti e gruppi professionali, uno spirito di squadra non sufficientemente diffuso tra tutti i membri, le interruzioni, le distrazioni e la mancanza di esercizio dell'équipe in quanto squadra sono nel frattempo stati identificati come fonti di errore, e anche come importanti cause di errori sistemici con potenziale di danno.

Una volta appurato che la sicurezza dei pazienti è una questione sistemica del settore sanitario, il sistema «settore sanitario» va organizzato in modo da mettere nelle condizioni di svolgere il proprio compito chi è chiamato a offrire ai pazienti una medicina sicura e a prevenire danni evitabili. Gli attori devono essere sempre consapevoli che gli errori possono capitare, ed essere pronti ad adottare i provvedimenti necessari a evitare ripercussioni negative o per lo meno a limitarne gli effetti nocivi.

Coscienti che i problemi di comunicazione rivestono un ruolo centrale nell'analisi delle cause di errori medici con danni al paziente, gli autori della presente pubblicazione della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera hanno deciso di approfondire un tema decisivo per la collaborazione interdisciplinare e interprofessionale: la comunicazione in seno all'équipe. Come mi comporto nell'équipe se noto un errore? Come sollevo la questione? Da un punto di vista opportunistico è forse meglio tacere? Pensando alla mia carriera, è meglio segnalare al mio superiore un possibile pericolo per il paziente determinato dalle modalità di lavoro? Queste e altre domande sorgono verosimilmente nella testa dei collaboratori che vivono questo genere di esperienza.

Il potenziale di miglioramento della sicurezza dei pazienti presente in una cultura che per qualsivoglia motivo ha sempre tabuizzato un simile approccio («speak-up») è messo in evidenza in modo impressionante dai due autori, i quali presentano anche le misure da adottare per introdurre una cultura della sicurezza. Con semplici esempi tratti dalla quotidianità professionale dimostrano che la comunicazione in seno all'équipe, con i superiori e con i colleghi è una capacità tutt'altro che scontata. Essa va esercitata, proprio come si fa con le tecniche operatorie, di rianimazione o altre attività centrali del settore sanitario.

Colgo l'occasione per congratularmi con gli autori per l'interessante pubblicazione, e ai lettori auguro di trarne preziosi impulsi per la pratica quotidiana.

Zurigo, novembre 2015

Prof. dott. med. Dieter Conen
Presidente Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

¹ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Ed.) *To Err Is Human. Building a safer health system.* Washington, DC: Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America; 1999.
² Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century.* Washington DC: National Academy Press; 2001.

PREFAZIONE DEL DOTT. MICHAEL ST. PIERRE

Nel 1999, il rapporto dello IOM (Institute of Medicine) «To Err is Human» introdusse il concetto di «gradiente di autorità» quale fattore di rischio nel vocabolario della sicurezza dei pazienti, sottolineando che laddove tale fattore fosse stato troppo marcato avrebbe ostacolato notevolmente il libero flusso di informazioni rilevanti per la sicurezza, con conseguente difficoltà da parte di infermieri e medici a esprimersi in caso di dubbi o preoccupazioni («speak-up»). Tale affermazione non suona sorprendente alle orecchie del personale sanitario dell'area tedescofona, dove la rilevanza di una marcata differenza di autorità è vissuta nel quotidiano. I settori sanitari in Svizzera, Austria e Germania sono infatti strutturati in modo molto gerarchico e, non di rado, il dialogo aperto in seno a un ospedale è ostacolato o reso impossibile dalla rigidità di tale struttura. Sovente, l'importanza di un'indicazione o di un avvertimento non dipende dalla logica dell'argomento, bensì dal gruppo professionale, dallo stato professionale o dalla posizione all'interno del nosocomio di chi lo esprime. In casi estremi, ciò genera un clima di lavoro in cui a interi gruppi professionali (p.es. il personale infermieristico) o livelli gerarchici (p.es. i medici assistenti) viene disconosciuta la competenza e l'autorizzazione a esprimere preoccupazioni sulla sicurezza o a formulare osservazioni sui rischi.

Se per molti collaboratori può già essere difficile mettere in discussione la procedura di un superiore o chiarire un conflitto sorto durante una misura operatoria quando ci sarebbe tutto il tempo per farlo, figuriamoci quando, in una situazione dinamica, c'è poco tempo per intervenire esprimendo le proprie preoccupazioni. In discipline mediche acute, come il pronto soccorso e le cure intensive o l'anestesiologia, la rilevanza di un mancato «speak-up» sta nel fatto che in pochissimo tempo può essere mancata probabilmente l'ultima possibilità di prevenire un danno al paziente.

Una cultura ospedaliera in cui i collaboratori si sentano invece autorizzati a formulare osservazioni e preoccupazioni e in cui i superiori siano sensibilizzati a riconoscerle come tali e a considerarle al momento di prendere una decisione costituirebbe un'efficace rete di sicurezza anche in situazioni acute. L'analisi dei motivi che ostacolano uno «speak-up» e l'adozione di strategie volte a integrarlo nella prassi quotidiana hanno un'importanza che non può essere sottovalutata.

Gli autori della presente pubblicazione della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera hanno il grande merito di aver approfondito per la prima volta questo tema fondamentale. Entrambi avevano già acquisito conoscenze al riguardo con una serie di pubblicazioni scientifiche e sono pertanto assolutamente qualificati a offrire ai lettori una panoramica ampia, solida e rilevante per la prassi, caratteristiche alle quali hanno contribuito con preziosi impulsi anche esponenti dei settori della psicologia e dell'aviazione.

Da apprezzare anche il formato della pubblicazione: gli autori si rivolgono direttamente ai lettori, invitandoli a continue prese di posizione personali. La lettura diventa così molto più di un'acquisizione passiva di informazioni: si confronta quanto letto con le proprie esperienze e si ponderano possibilità di cambiamento.

Auguro agli autori e agli editori che questa pubblicazione si diffonda rapidamente e che, ricca di suggerimenti com'è, venga letta da chiunque abbia a cuore il miglioramento della sicurezza dei pazienti. È altresì auspicabile che essa permetta di ravvivare la discussione sulle barriere a una comunicazione rilevante per la sicurezza (formulazione di un'osservazione importante, di timori personali, domande in caso di dubbio ecc.). Del resto, il fatto stesso che il concetto di «speak-up» non abbia una traduzione ufficialmente riconosciuta dimostra che gli sforzi volti a migliorare la situazione si trovano ancora nelle fasi iniziali.

Erlangen, novembre 2015

Dott. med. Michael St. Pierre, D.E.A.A.
Clinica anestesiologicala, Erlangen

IMPRONTA

Il presente testo è parte della vasta pubblicazione della Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti su numerosi aspetti della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio clinico. Trovate maggiori informazioni e potete ordinare tutti i documenti al sito www.securitedespatients.ch

Edizione: Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Grafica: schroeder.partners ag, Zurigo
Stampa: Druckfabrik, Zurigo
Correggi: Neidhart+Schön AG, Zurigo

Gennaio 2016
© Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti, Zurigo

Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Asylstrasse 77, CH – 8032 Zurigo
Telefono +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Sede della Fondazione
c/o Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche (ASSM), Basilea

Gli autori

Dott.ssa Katrin Gehring, collaboratrice scientifica
Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

Dott. med. Bastian Grande, capo clinica presso l'Istituto di anesthesiologia, corresponsabile medico del centro di simulazione, ospedale universitario Zurigo; medico d'emergenza Città di Zurigo

PD dott.ssa Michaela Kolbe, responsabile del centro di simulazione, ospedale universitario Zurigo; docente privata Politecnico Zurigo

Prof. dott. David Schwappach, MPH, responsabile scientifico Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera; professore presso l'Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Berna

INDICE

Definizione, obiettivi e contesto dello «speak-up» negli istituti sanitari: una classificazione per iniziare (Katrin Gehring, David Schwappach)	8
Che cosa devono aspettarsi i lettori? (Katrin Gehring)	11
PARTE I: CONOSCENZE, CONTESTO, ESPERIENZE	12
1 «Dirlo o non dirlo?» – il nostro dilemma quotidiano (Michaela Kolbe, Bastian Grande)	13
1.1 Che cos'è esattamente lo «speak-up» – il contrario di tacere?	13
1.2 Che cosa rende così difficile lo «speak-up»?	14
1.3 Che cosa agevola lo «speak-up»?	16
1.4 Perché vale la pena praticare lo «speak-up»?	19
2 Analisi dello «speak-up» in oncologia (David Schwappach)	20
2.1 L'oncologia – un settore ad alto rischio	20
2.2 Metodologia	20
2.3 Risultati	21
2.4 Conclusione	27
3 «Speak-up» in caso di preoccupazioni legate alla sicurezza – come si comporta l'aviazione militare? (Katrin Gehring)	28
PARTE II: «SPEAK-UP» – MA COME?	30
4 Prima di proseguire la lettura ... (Katrin Gehring)	32
4.1 Siete scettici all'idea di interpellare più frequentemente i colleghi in caso di preoccupazioni legate alla sicurezza o di dubbi?	32
4.2 E come valutate il vostro comportamento in termini di «speak-up» e quello della vostra équipe o del vostro reparto?	33
5 Creare una buona base (Katrin Gehring)	34
5.1 Comprensione comune dell'importanza e della necessità dello «speak-up»	34
5.2 Accordo sullo «speak-up» in seno all'équipe	35
5.3 Incoraggiare, corroborare e tutelare	36
5.4 Esempi positivi	37
5.5 Motivare e trasmettere le capacità necessarie	38
6 Quando si fa sul serio: lo «speak-up» in situazioni concrete (Katrin Gehring)	39
6.1 Assertività in qualità di avvocato dei pazienti – strategie di comunicazione del Crew Resource Management	40
6.2 Espressioni convenzionali: parole in codice e <i>concern statement</i>	42
6.3 Quando occorre decidere velocemente	43
6.4 Gesti	43
6.5 Sostegno da parte dei superiori	43
7 Dire qualcosa, anche dopo (Katrin Gehring)	44
7.1 Breve colloquio a quattr'occhi: fornire un riscontro personale	44
7.2 <i>Huddle</i> : riunirsi per discutere in modo breve e informale	45
8 Ogni momento è buono per iniziare (Katrin Gehring)	47
La «speak-up» Pocket Card (Katrin Gehring, David Schwappach)	48
Bibliografia	50

DEFINIZIONE, OBIETTIVI E CONTESTO DELLO «SPEAK UP» NEGLI ISTITUTI SANITARI: UNA CLASSIFICAZIONE PER INIZIARE

«SPEAK-UP» PER UNA MAGGIORE SICUREZZA DEI PAZIENTI – CHE SIGNIFICA ESATTAMENTE?

«Speak-up», in generale, significa manifestare le proprie preoccupazioni, esporre i problemi, formulare proposte e idee, ed esprimere opinioni per cambiare qualcosa e migliorare il lavoro di un gruppo o di un'organizzazione (1–3).

Se applicato al settore delle cure e della sicurezza dei pazienti, il concetto di «speak-up» indica la decisione di **reagire e di interpellare colleghi o superiori quando la sicurezza dei pazienti è minacciata o pare esserlo.**

In caso di dubbi o preoccupazioni in merito a un potenziale rischio per la sicurezza di un paziente, «speak-up» significa quindi segnalarsi vicendevolmente un pericolo imminente. Possono per esempio sorgere dubbi o preoccupazioni se una misura igienica non viene attuata correttamente oppure se viene omesso un controllo, presa una decisione rischiosa o documentata un'informazione che può dare adito a fraintendimenti.

In un colloquio, un'infermiera ha descritto la situazione seguente: «I medici visitano il paziente e toccano la ferita senza prima disinfettare le mani e indossare i guanti.» Il concetto di «speak-up» può essere adottato anche per processi poco chiari che, nonostante il loro potenziale di pericolo o il mancato rispetto delle direttive, si affermano nella pratica quotidiana, per esempio i cosiddetti work-around, ossia le «scorciatoie» procedurali volte a facilitare il lavoro.

Come dimostrano gli esempi, lo «speak-up» contribuisce attivamente a una maggiore sicurezza dei pazienti in quanto permette di evitare, prevenire e lenire eventi indesiderati o danni derivanti dal processo di cura (4).

Lo «speak-up» è una forma di comunicazione tra colleghi, gruppi professionali e livelli gerarchici che si declina in questi o simili comportamenti:

- esprimere preoccupazioni per la sicurezza;
- parlare ai colleghi di comportamenti rischiosi e di problemi per la sicurezza;
- manifestare dubbi o preoccupazioni in merito alla sicurezza di un paziente;
- porre domande;
- chiarire i dubbi;
- attirare l'attenzione dei colleghi se qualcosa non va come dovrebbe;
- formulare idee e proposte per ridurre un rischio per la sicurezza;
- utilizzare gesti per attirare l'attenzione su un'azione rischiosa o una situazione pericolosa.

Il concetto di «speak-up» non va confuso con la segnalazione di violazioni, con le notifiche CIRS, con un reclamo o con una denuncia. Lo «speak-up» persegue l'obiettivo di garantire la sicurezza dei pazienti in una situazione concreta. La segnalazione di una violazione, invece, comporta l'apertura di un processo formale (eventualmente giuridico), mentre le notifiche CIRS sono volte a mettere a disposizione, spesso anonimamente, informazioni su eventi critici accaduti in seno a un'organizzazione. Un reclamo esprime un'insoddisfazione e una denuncia, il cui operato è spesso legato a un interesse pubblico, interviene per arrestare uno stato di fatto negativo (3;5). Alla base di uno «speak-up» c'è sempre il riconoscimento di un rischio o di un'azione rischiosa. Se i pericoli non vengono visti, non sorgono preoccupazioni e non viene comunicato nulla. In questi casi, non si può parlare di silenzio intenzionale o di «speak-up» mancato.

Dubbi o preoccupazioni in merito alla sicurezza dei pazienti sorgono quando vengono notati azioni rischiose o palesi problemi di sicurezza, oppure in presenza di errori. Come definire gli errori? Un errore è un'azione o un'omissione all'origine della quale c'è una divergenza dal piano (errore di esecuzione), un piano errato o nessun piano (errore di pianificazione) (6;7). Gli errori possono, ma non devono, comportare danni al paziente in questione. Essi vengono commessi a più livelli: distinguiamo per esempio tra errori di attenzione e di memoria, errori basati su una regola o su una conoscenza (8).

I cosiddetti eventi indesiderati (adverse event) sono strettamente legati al concetto di errore. Si parla di evento indesiderato quando un paziente subisce un danno a causa della cura medica e non della sua patologia o della sua costituzione. Un evento indesiderato può, ma non deve, essere provocato da un errore (7).

«PARLARE O TACERE?» OPPURE: PERCHÉ LO «SPEAK-UP» È IMPORTANTE!

Se medici e infermieri notano un rischio per la sicurezza del paziente oppure se hanno dubbi sulla correttezza della procedura, secondo il nostro studio (9) si pongono spesso domande come queste:

- «Quanto è elevato il rischio per il paziente?»,
- «Qual è il modo migliore per dirlo?»,
- «Come reagirà la persona in questione?»,
- «È auspicato che io dica qualcosa in questa situazione?».

Dopo varie ponderazioni di pro e contro, tutto di solito si riduce alla domanda: «**Parlare o tacere?**» Benché ci siano numerosi e anche comprensibili motivi per i quali in determinate situazioni si preferisce tacere, a tale domanda non si può rispondere altro che: sì, occorre parlare ai colleghi in caso di preoccupazioni legate alla sicurezza. Solo in questo modo è possibile proteggere i pazienti da potenziali rischi. Ma lo «speak-up» preserva anche i colleghi da un possibile grave errore e getta le basi per l'apprendimento comune e per la soluzione di problemi. Lo «speak-up» è una misura di sicurezza che tutti possono adottare, che non necessita di maggiori risorse finanziarie e di cui beneficiano indistintamente pazienti, collaboratori e l'intera organizzazione. Meglio dunque attuarla una volta di più che una volta di meno.

Eppure, nonostante il potenziale di miglioramento per la sicurezza dei pazienti, lo «speak-up» non è sempre scontato nel settore sanitario e resta una risorsa lungi dall'essere sfruttata appieno. I risultati di uno studio svolto negli Stati Uniti, analoghi a quelli di altre ricerche (vedi punti 1 e 2), lo dimostrano:

- oltre la metà dei medici e degli infermieri interpellati ha osservato occasionalmente errori, violazioni di regole, comportamenti incompetenti ecc., ma solo uno su dieci ha espresso le sue preoccupazioni nei confronti del collega in questione (10);
- secondo il sondaggio tra il personale infermieristico del settore chirurgico, in situazioni rilevanti per la sicurezza solo un terzo scarso degli interpellati ha espresso le proprie preoccupazioni nei confronti dei colleghi che ricorrevano per esempio a «scorciatoie» processuali (11).

CHE IMPORTANZA HA LO «SPEAK-UP» IN UN ISTITUTO SANITARIO ORIENTATO ALLA SICUREZZA?

Rendere attenti i colleghi e reagire quando la sicurezza dei pazienti è in pericolo è una delle numerose possibilità per fare in modo che gli istituti sanitari siano più sicuri. Fattori e misure a più livelli contribuiscono ad aumentare la sicurezza del paziente:

- soluzioni tecniche (p.es. braccialetto del paziente, cartella medica informatizzata, armadio farmaci elettronico, confezioni inequivocabili, illuminazione);
- processi (p.es. standardizzazioni, checklist, regole, controlli);
- cultura (p.es. cultura dell'errore, cultura della sicurezza, cultura dell'apprendimento);
- contesto istituzionale (p.es. obiettivi aziendali, sistemi di segnalazione, risorse);
- comunicazione e collaborazione (p.es. accordi, deleghe, «speak-up»);
- conoscenze e capacità (p.es. nozioni specialistiche, competenze ed esperienze a livello individuale);

Lo «speak-up» è uno dei tanti elementi che contribuiscono a garantire la sicurezza delle cure. Esso non è indipendente dalle altre misure di sicurezza, anzi, in parte dispiega i suoi effetti interagendo con queste ultime. Lo «speak-up» risulta infatti più facile se esistono determinati standard e regole ai quali fare riferimento. È per esempio più semplice rendere attenti i colleghi su una misura igienica non rispettata se è stato violato uno standard di sicurezza vincolante per tutti, che non quando regna il dubbio su quali situazioni esigano il ricorso alla mascherina protettiva. Se determinati standard di sicurezza non sono definiti, un comportamento divergente può non essere percepito come tale e, quindi, non affrontato.

Lo «speak-up» può contribuire a che altre misure di sicurezza vengano adottate meglio o in modo più completo, per esempio se prima di un intervento la checklist dell'OMS non viene passata in rassegna nella sua totalità. In questa situazione, lo «speak-up» (ossia l'indicazione di un collega che la checklist non è stata elaborata correttamente e l'esortazione a farlo) consente alla checklist di raggiungere il suo scopo.

Lo «speak-up» diventa pertanto un'ultima barriera di sicurezza se vengono meno le altre misure (12). Esempio: in sala operatoria, poco prima dell'incisione a una collaboratrice sorge improvvisamente il dubbio che non si tratti dell'impianto corretto. Se esprime chiaramente la sua preoccupazione e viene effettuato un nuovo controllo, lo «speak-up» avrà consentito di arrestare l'azione e di evitare un possibile danno al paziente.

Il solo «speak-up» dei collaboratori non basta tuttavia a rendere sicura un'organizzazione sanitaria e sarebbe folle affidarsi solo a quello. Ciò non toglie però che, in collaborazione con altri provvedimenti, esso può fornire un contributo decisivo.

Riepilogo: come in un ingranaggio complesso, molte misure interagiscono tra loro per rendere più sicuri gli istituti sanitari e proteggere i pazienti da inutili inconvenienti, se non addirittura da danni (figura 1). Lo «speak-up» è una ruota di questo ingranaggio, nel quale riveste un ruolo centrale. Esso è di per sé un'importante risorsa di sicurezza qualora nella cura qualcosa non dovesse andare come dovrebbe, ed è possibile farvi ricorso anche se altri provvedimenti, per esempio a livello di processi, di tecnica ecc., fallissero o si rivelassero inefficaci. In tutti questi casi, esprimere una preoccupazione e rendere attenti gli altri su potenziali pericoli o problemi legati alla sicurezza consente di evitare o di interrompere un'azione rischiosa. Lo «speak-up» contribuisce pertanto a:

- proteggere i pazienti da pericoli;
- evitare che colleghi commettano un errore;
- apprendere e non ripetere l'errore con altri pazienti.

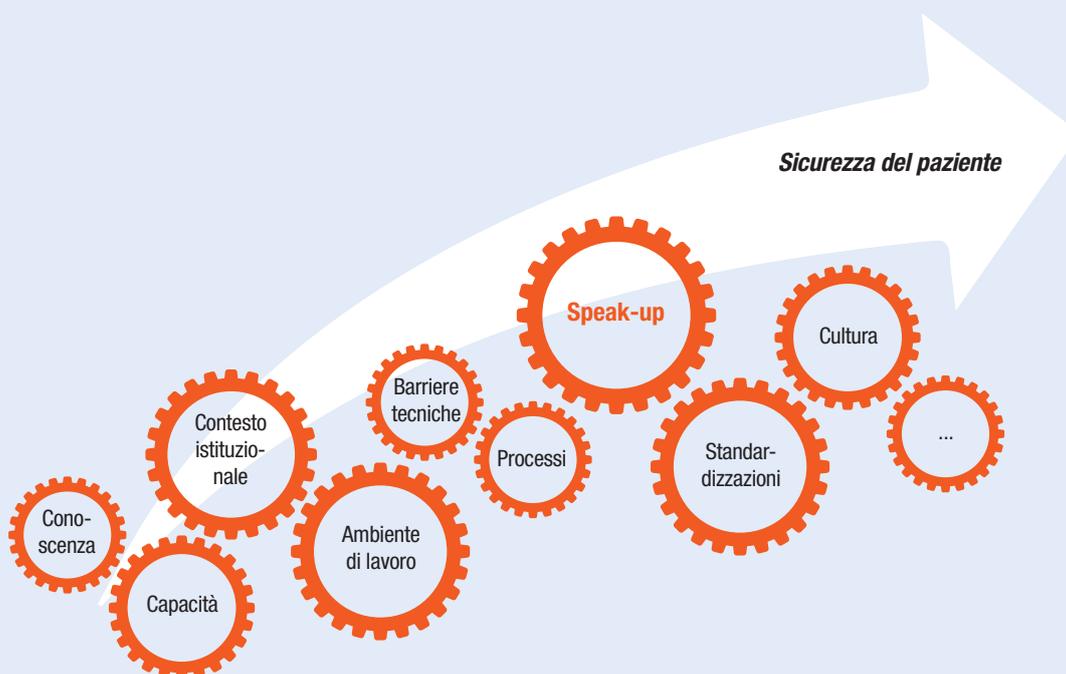


Figura 1. Lo «speak-up» nel contesto di fattori efficaci per la sicurezza.

CHE COSA DEVONO ASPETTARSI I LETTORI?

La presente pubblicazione illustra un approccio orientato alla pratica al tema «speak-up» nel contesto della sicurezza dei pazienti: che cosa si intende con «speak-up» e quale importanza riveste? Che cosa si sa dalla letteratura specializzata e dagli studi effettuati? Come mai sovente non è facile esprimere una preoccupazione legata alla sicurezza? Come sostenere lo «speak-up» ai vari livelli di un istituto sanitario? E come reagire nel caso concreto (che fare quando si presenta la situazione)?

Rispondendo a queste e ad altre domande, gli autori intendono mettere a disposizione conoscenze e informazioni sul tema dello «speak-up» (parte 1), nonché fornire idee e sostegno per il rafforzamento di una cultura interna dello «speak-up» (parte 2).

Dagli esempi scelti traspare che il gruppo mirato della pubblicazione è il personale medico e infermieristico degli ospedali. Ciò non significa tuttavia che i contenuti non possano essere di interesse anche per altri gruppi professionali o istituti sanitari.

PANORAMICA DEI CONTENUTI

La prima parte (punti 1–3) funge da introduzione al tema.

Ostacoli e aiuti allo «speak-up» nel lavoro quotidiano (punto 1)

Dopo aver risposto alla domanda «Che cos'è lo speak-up, che cos'è il silenzio?», il punto 1 presenta conoscenze tratte dalla letteratura specializzata. Il punto di partenza è costituito da altre due domande: come mai spesso è difficile parlare? Come fare per agevolare lo «speak-up»?

Lo «speak-up» nell'oncologia in Svizzera (punto 2)

Il punto 2 è dedicato a uno studio che approfondisce il tema dello «speak-up» nei reparti oncologici svizzeri. Vi vengono presentati risultati di interviste e di un sondaggio scritto, e discusse proposte di soluzione e misure.

Uno sguardo ad altri settori: lo «speak-up» nell'aviazione militare (punto 3)

Il punto 3 ospita un esperto di aviazione militare, il quale spiega come viene affrontato il tema dello «speak-up» nel suo settore e illustra le esperienze acquisite al riguardo.

La seconda parte (punti 4–8) approfondisce il comportamento concreto e le attività negli istituti.

Invito a riflettere brevemente su possibili obiezioni e sul concetto di «speak-up» al proprio posto di lavoro (punto 4)

Molti colloqui hanno dimostrato che le preoccupazioni sono quasi sempre le stesse quando si tocca il tema dello «speak-up». Al punto 4 forniamo le nostre risposte a tale proposito.

Invitiamo inoltre i lettori a una breve riflessione su come vivono il proprio comportamento in termini di «speak-up» e quello della loro équipe.

Quali condizioni agevolano lo «speak-up» negli istituti sanitari? (punto 5)

Aspetti di varia natura contribuiscono a creare in seno a un'équipe o a un istituto una buona base per poter esprimere preoccupazioni legate alla sicurezza, per esempio una comprensione comune del problema. Il punto 5 è dedicato a questi fattori.

Che cosa fare in caso di preoccupazioni legate alla sicurezza? Lo «speak-up» in situazioni concrete (punto 6)

Il punto 6 presenta diverse tecniche, strategie di comunicazione e procedure per esprimere preoccupazioni legate alla sicurezza o rendere attenti su possibili rischi (p.es. parole in codice, capacità assertive o gesti) in situazioni concrete.

Non è mai troppo tardi (punto 7)

Se una situazione rilevante per la sicurezza si chiude e non è stato detto nulla, vale comunque sempre la pena di affrontare il problema in un secondo tempo. L'importanza di un colloquio successivo – a due o in gruppo – è illustrata al punto 7.

Ogni momento è buono per iniziare (punto 8)

Il punto 8 esorta i lettori a compiere subito il primo passo e a mettere in pratica qualcosa di ciò che hanno letto. A tale scopo, vengono formulate diverse proposte.

La Speak-Up Pocket Card

In coda alla pubblicazione, presentiamo una Pocket Card che funge da promemoria nel lavoro quotidiano.

Publicazione Sicurezza
dei pazienti Svizzera

Parte I

Speak
up

conoscenze
contesto
esperienze

- 1 «DIRLO O NON DIRLO?» – IL NOSTRO DILEMMA QUOTIDIANO
- 2 ANALISI DELLO «SPEAK-UP» IN ONCOLOGIA
- 3 «SPEAK-UP» IN CASO DI PREOCCUPAZIONI LEGATE ALLA SICUREZZA – COME SI COMPORTA L'AVIAZIONE MILITARE?

«DIRLO O NON DIRLO?» – IL NOSTRO DILEMMA QUOTIDIANO

CHE COS'È LO «SPEAK-UP», COME MAI È COSÌ DIFFICILE ESERCITARLO E CHE FARE PER AGEVOLARLO?

Con il concetto di «speak-up» si intende l'esprimere un'idea, un'opinione personale o una preoccupazione e il chiedere in caso di dubbi (13;14). Se per esempio durante un'operazione un medico assistente nota che il primario ha toccato qualcosa di non sterile con il camice sterile, deve essere in grado di farglielo notare per evitare una possibile infezione. Il contenuto di uno «speak-up» può variare dalla semplice formulazione di un'idea (p.es. proporre un altro anestetico) alla messa in guardia di fronte a un pericolo imminente (p.es. attirare l'attenzione su una garza mancante al termine dell'intervento per evitare che rimanga nel corpo del paziente). Ma come mai tanta insistenza, e addirittura un'intera pubblicazione della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera, su un tema apparentemente così scontato? Semplice: tutti noi abbiamo sovente preoccupazioni che preferiamo non esprimere (15–17). Ciò ci impedisce di risolvere problemi a livello di cura dei pazienti, di condividere idee e soluzioni innovative, e di prevenire errori (18).

Negli ultimi anni, diversi studi sono stati dedicati alle difficoltà dello «speak-up», in particolare nella medicina, nella psicologia e nella gestione. Dopo una definizione del termine, in questa parte spiegheremo, sulla scorta dell'attuale stato delle ricerche, delle nostre esperienze personali tratte dalla quotidianità clinica e da simulazioni, come mai lo «speak-up» viene praticato così di rado e che cosa si può fare per agevolarlo. Ognuno di noi si trova

regolarmente di fronte al dilemma «Dirlo o non dirlo?» e anche ai livelli gerarchici più alti si decide di tacere (17;19).

1.1 CHE COS'È ESATTAMENTE LO «SPEAK-UP» – IL CONTRARIO DI TACERE?

In generale, con il concetto di «speak-up» si intende l'esprimere un'idea, un'opinione personale o una preoccupazione e il chiedere in caso di dubbi, di regola al cospetto di superiori, ma anche di colleghi (13;14;20). In campo medico, lo «speak-up» è una comunicazione mirata (richiesta, informazione, formulazione di un'opinione) che esige un'azione immediata finché la situazione non è risolta (9). Se tale comunicazione verte su nuove idee o proposte, si parla di «*speak-up*» orientato alla soluzione (13;21). Se invece lo scopo è di attirare l'attenzione su un problema o evitare un errore, si parla di «*speak-up*» preventivo (cfr. tabella 1) (13;21). Nel contesto dello «speak-up», il *tacere* (silence) va oltre il semplice non parlare. Tacere significa non dire nulla pur nella consapevolezza di tenere per sé importanti informazioni, preoccupazioni, proposte o domande (13;22). Proprio come lo «speak-up» viene praticato per diversi motivi, anche la decisione di tacere può essere ricondotta a diverse cause (22).

Tabella 1. Riepilogo dei concetti di «speak-up» e tacere (13;21–23)

	SPEAK UP / VOICE (esprimere qualcosa)		SILENCE (tacere)	
Tipi	Definizione	Esempio	Definizione	Esempio
	Comunicazione libera e informale di idee, proposte, preoccupazioni, informazioni rilevanti od opinioni allo scopo di migliorare o cambiare una situazione.	Nelle conferenze standardizzate sulla morbidità e la mortalità, i casi di pazienti vengono discussi in modo strutturato. Ognuno ha la possibilità di illustrare la situazione dal suo punto di vista, in una sorta di «speak-up» istituzionalizzato.	Omissione di informazioni od opinioni potenzialmente importanti; mancata formulazione di proposte, preoccupazioni, informazioni od opinioni che potrebbero essere utili.	Dopo un'operazione, la radiografia rivela lo scarso risultato ottenuto dal superiore. Il medico assistente se ne accorge ma non dice nulla perché teme che ciò potrebbe nuocere alla sua carriera.

Distinzione secondo i contenuti

	SPEAK UP / VOICE (esprimere qualcosa)		SILENCE (tacere)	
Tipi	Definizione	Esempio	Definizione	Esempio
<i>Promotive/suggestion-focused voice</i> (intervento propositivo/orientato alla soluzione)	Formulazione di idee su come fare altrimenti determinate cose.	Nelle operazioni precedenti, si sono sovente verificate emorragie nella stessa parte anatomica. Il medico assistente formula una proposta su come evitare queste emorragie.		
<i>Prohibitive/problem-focused voice</i> (intervento preventivo/orientato al problema)	Messa in guardia di fronte a problemi gravi o potenzialmente gravi.	L'infermiere distribuisce il pranzo, ma confonde una dieta speciale con il pasto diabetico. La persona in formazione nota i vassoi mancanti nel carrello e lo ferma con uno «STOP!».		

1.2 CHE COSA RENDE COSÌ DIFFICILE LO «SPEAK-UP»?

Lo «speak-up» viene praticato troppo raramente. Si tratta di un'affermazione solo all'apparenza banale, dato che l'assenza di «speak-up», in quanto assenza di un comportamento, è difficilmente osservabile. Ci si affida pertanto a studi che, mediante la simulazione, creano in modo mirato determinati casi clinici che dovrebbero comportare uno «speak-up». Ebbene, queste ricerche hanno rilevato che solo il 30–40% dei partecipanti è intervenuto quando sarebbe stato auspicabile (24;25). Queste percentuali variano secondo la natura dello «speak-up» e il suo destinatario. In una simulazione, per esempio, il 73% degli anestesisti esperti partecipanti è intervenuto nei confronti di una chirurga talmente stanca da non riuscire a tenere gli occhi aperti e da lasciar cadere uno strumento, ma solo il 14% nei confronti di un'infermiera che, con il paziente desto, ha trasmesso alla sala operatoria tramite un altoparlante un riscontro patologico, e solo il 24% nei confronti di un superiore che aveva prescritto una cura errata (17). Di 137 capidipartimento medici e chirurgici interpellati, quasi il 70% ha ammesso che i problemi non vengono affrontati, benché tutti ne siano a conoscenza (26). In altre discipline (p.es. gestione, aviazione), la situazione non è diversa (27;28).

Ma perché è così? La difficoltà di rendere attento un collega su un potenziale errore pare molto diffusa e normale. I motivi non sono tanto riconducibili a un'incapacità individuale a praticare uno «speak-up», quanto più alla percezione personale del contesto sociale e alle reazioni allo «speak-up». Ciò significa che alla base della nostra decisione a favore o contro lo «speak-up» c'è una ponderazione dell'utilità presunta e dei rischi temuti. Quanto sarà efficace lo «speak-up» e quale rischio personale comporta il praticarlo (1;2;9;13;29)? Spesso, il rischio è percepito come più immediato del possibile effetto positivo sull'organizzazione (30). A questa ponderazione consapevole di utilità e rischi si aggiungono processi inconsapevoli e in parte evolutivisti, per esempio paure che comportano un automatico ritiro in sé stessi (13;31). Riepilogando, gli ostacoli allo «speak-up» sono di tre livelli: 1) nelle organizzazioni (p.es. ospedale, clinica, reparto), nei contesti e nelle situazioni (p.es. contenuto del compito) in cui lavoriamo; 2) nelle relazioni interpersonali sul posto di lavoro (p.es. esperienze precedenti con determinate persone, stereotipi); 3) in noi stessi (p.es. paure). Di seguito, descriviamo più dettagliatamente questi ostacoli.

Barriere organizzative e situazionali

A livello organizzativo (clinica, istituto, reparto), un'apertura carente alla cultura del dialogo e un'eccessivo spirito sanzionatorio contribuiscono a erigere una barriera molto alta.

Con mancanza di una cultura aperta del dialogo e dell'apprendimento si intende in questo caso l'assenza di *sicurezza psicologica*. La sicurezza psicologica consente di correre un rischio interpersonale affrontando temi e problemi delicati e di chiedere l'aiuto di qualcuno senza essere derisi, discriminati o sanzionati (32). La mancanza di sicurezza psicologica è una barriera per lo «speak-up», soprattutto per quello *preventivo*, ossia la formulazione di preoccupazioni e la messa in guardia da errori (18;21). Un'altra barriera è rappresentata da un ambiente di lavoro fortemente gerarchico (33).

Lo stesso vale per la mancanza di *regole istituzionali e di riconoscimento* in materia di «speak-up» (34), in particolare per i collaboratori ai minimi livelli gerarchici. I superiori tendono infatti ad apprezzare solo lo «speak-up» dei collaboratori di più alto livello (35). Infine, anche le sanzioni comminate a chi ha praticato lo «speak-up» (p.es. misure disciplinari) sono evidentemente un freno.

A queste barriere vanno ad aggiungersi *fattori situazionali o contestuali*, come il contenuto dello «speak-up». Secondo l'ospedale, la clinica, il reparto o la disciplina, sembrano esserci temi più o meno «affrontabili». In oncologia, per esempio, quelli dell'igiene, dell'isolamento e degli interventi invasivi paiono tabù, al contrario di quello della somministrazione di farmaci (29;36). Più un tema è «inaffrontabile», meno saremo indotti a parlarne con un superiore o un collega.

Barriere interpersonali

Anche a livello interpersonale ci sono numerose barriere per lo «speak-up». Sono di importanza centrale per esempio *la relazione con il superiore e la gerarchia* vissuta. I collaboratori ammettono infatti che la percezione di una forte differenza gerarchica li trattiene dall'esprimersi (15;17;37-39). Vi contribuiscono probabilmente le nostre tendenze all'obbedienza e al conformismo (40;41).

Ciò non significa tuttavia che lo «speak-up» risulti facile ai collaboratori più in alto nelle gerarchie. La difficoltà di praticarlo non è affatto un'esclusiva di chi sta più in basso sulla scala gerarchica. Il timore di scatenare scontri, di mettere a repentaglio la *relazione professionale*, di essere respinti dai colleghi o di impelagarsi in conflitti e situazioni spiacevoli è una barriera difficilmente sormontabile (17;34;38).

Lo stesso vale per *esperienze precedenti* spiacevoli con la persona in questione (17;38). Le esperienze negative possono avere conseguenze a lungo termine e provocare sentimenti talmente avversi da generare un *silenzio abituale*: si decide cioè in automatico di non praticare lo «speak-up» benché non ci sia più il rischio di conseguenze negative (31). Lo stesso effetto negativo è causato dall'osservazione di colleghi puniti per aver praticato lo «speak-up» (42). Le esperienze negative possono slegarsi dal contesto e contribuire a creare stereotipi e pregiudizi nei confronti di determinati gruppi professionali: si decreta che al cospetto di persone appartenenti a tale gruppo conviene tacere perché uno «speak-up» sarebbe in ogni caso del tutto inutile (17). Se si parte dal presupposto che l'interlocutore non ci ascolterà e non può o vuole capirci, lo «speak-up» diventa superfluo. Parallelamente, è importante anche la nostra percezione in qualità di destinatari dello «speak-up». Lo «speak-up» viene spesso confuso con la prepotenza (43), il che comporta l'idea che i nostri colleghi vogliano soltanto profilarsi e non contribuire a evitare errori e all'apprendimento da essi.

Pure il timore di trasmettere con lo «speak-up» un'immagine negativa del collega (p.es. incompetenza, supponenza, pecora nera, individualismo) può indurre a tacere (28;34;38). Allo stesso modo, anche la percezione dello «speak-up» del collega e la nostra valutazione della sua responsabilità può condurre al conformismo e alla delega di responsabilità: confidiamo che qualcun altro prenda la parola (44;45).

Altre barriere interpersonali sono il rispetto del territorio (p.es. il chirurgo non indica al medico anestesista che la pressione è bassa) e il rispetto dell'autonomia medica (p.es. se oggi dico al collega che gestirei diversamente l'emostasi in quanto il paziente assume anticoagulanti, lui domani verrà a insegnarmi il mestiere?) (45). Valutazioni diverse a livello interprofessionale di potenziali pericoli possono infine provocare conflitti in materia di «speak-up». Uno studio ha infatti rilevato che il personale infermieristico tende ad avere una soglia più bassa dei pericoli rispetto a quello medico (46).

Barriere individuali

Oltre alle emozioni sin qui descritte, legate in prevalenza al contesto interpersonale, le barriere allo «speak-up» possono essere determinate da sentimenti personali, come la *paura* – di una valutazione, di una punizione, della perdita di immagine, delle altrui reazioni o di avere torto (17;31;47).

Un'altra barriera, particolarmente alta in campo medico, è l'*insicurezza* sulla situazione e il pressante desiderio di avere ragione con lo «speak-up». Il timore che la segnalazione si riveli errata o fuori luogo può indurre a tacere la «sensazione che qualcosa non va» e a parlare solo quando si è in possesso di una solida base di dati (17;28;38).

Anche scarse *capacità di comunicazione* e di imporsi, nonché un debole senso di appartenenza al reparto o alla clinica possono frenare lo «speak-up» (21;24;36). In questi casi, subentra la nostra *norma soggettiva*: lo «speak-up» appartiene all'immagine che ho di me (38)? Quando sento la responsabilità di avviare dei cambiamenti (17;21;34)? Quale importanza attribuisco al buon funzionamento del mio reparto/della mia clinica (p.es. nessuno «speak-up» quando si è appena arrivati in un'équipe, mai criticare il capo di fronte ad altri) (28)?

Analogamente alle barriere, anche gli aiuti allo «speak-up» sono suddivisibili in tre livelli: 1) *organizzazione e contesto* (p.es. reparto con un'elevata sicurezza psicologica, riflessione istituzionalizzata ed esercitazioni dello «speak-up»); 2) *creazione e percezione delle nostre relazioni interpersonali* sul posto di lavoro (p.es. conduzione che favorisce lo «speak-up»); 3) *sé stessi* (p.es. competenze nel campo della comunicazione e del controllo delle emozioni). Di seguito, descriviamo più dettagliatamente questi aiuti.

1.3 CHE COSA AGEVOLA LO «SPEAK-UP»?

Aiuti organizzativi e situazionali

A livello organizzativo, un ambiente contraddistinto da *sicurezza psicologica* favorisce lo «speak-up» ed è una condizione essenziale per l'efficacia di altri interventi (p.es. esercitazioni dello «speak-up») (32;48;49) (cfr. punto 5.3). La sicurezza psicologica è fondamentale quando lo «speak-up» è rivolto a una persona più in alto sulla scala gerarchica (50), ma pure in seno alla propria équipe, anche se lo «speak-up» è destinato a membri di altre équipe (p.es. anestesista → chirurgo) (51). L'instaurazione della sicurezza psicologica richiede sovente un cambiamento culturale all'interno della clinica/del reparto: la preoccupazione legata all'immediato costo personale deve diventare consapevolezza dei futuri effetti positivi per l'organizzazione (30). La sicurezza psicologica può essere favorita da esercitazioni basate su simulazioni o anche da semplici esercitazioni delle proprie capacità (ossia una formazione puramente tecnica) in cui si parli di collaborazione in seno all'équipe e di fattori umani (52;53).

Le *esercitazioni mirate dello «speak-up»* sono utili al cospetto di scarse capacità di comunicazione e di atteggiamenti che ne ostacolano la pratica. Questo genere di formazione denota tuttavia forti limiti. Salvo eccezioni (54), come competenze specifiche di feedback (55), finora sono rari i concetti di esercitazione davvero efficaci (17;56). A tale proposito, è stata constatata un'efficacia diversa secondo il gruppo professionale: sono per esempio di aiuto per il personale infermieristico, ma non per quello medico (57). Gli scarsi risultati ottenuti finora dalle esercitazioni dello «speak-up» sono probabilmente riconducibili al loro orientamento unilaterale alle competenze di comunicazione. Come spiegato in precedenza, i motivi di un mancato «speak-up» sono invece numerosi, complessi e soprattutto legati alle interazioni sociali. Un'esercitazione rivolta a una singola persona trasmette poco sulla circolarità dei comportamenti e, di conseguenza, su possibilità di cambiamento decisive (58). È quindi importante allenare la reazione allo «speak-up» (59), ma anche promuoverlo a livello sistemico allo scopo di intervenire su complessi modelli di interazione e sulle relative dinamiche, e non solo su competenze individuali. Gli istruttori possono per esempio aiutare i partecipanti all'esercitazione a riconoscere come si influenzano vicendevolmente i comportamenti e di che cosa hanno bisogno dagli altri per lo «speak-up» (58).

Anche brevi *briefing e debriefing*, rispettivamente colloqui preliminari e successivi sono un'ottima opportunità di favorire sistematicamente lo «speak-up» (tabella 2) (58). Analogamente ai briefing nell'aviazione, i superiori hanno la possibilità di invitare esplicitamente i colleghi allo «speak-up» e di definirne le regole (60–62). I debriefing in comune servono poi a riflettere sul ruolo dello «speak-up» (63–66).

I vari aiuti organizzativi sono naturalmente efficaci a lungo termine solo se vengono attuati continuamente e sistematicamente, e se coinvolgono tutti i gruppi professionali e i livelli gerarchici, nel caso ideale già a partire dai praticanti e dalle persone in formazione (67;68).

Tabella 2. Definizioni di briefing e debriefing, e possibilità di attuazione (60–65;69;70).

Termine	Definizione	Esempio di promozione dello «speak-up»
Briefing	Colloquio preliminare in seno all'équipe su collaborazione e accertamento dei ruoli	Durante il team time out prima dell'inizio dell'operazione, il chirurgo invita i presenti allo «speak-up» durante l'intervento. In occasione del rapporto giornaliero del mattino in reparto, a tutti i collaboratori è data l'opportunità di formulare le loro preoccupazioni, per esempio in merito alla collaborazione.
Debriefing	Discussione in seno all'équipe in merito alle azioni e ai modelli mentali dopo un evento, allo scopo di capire le interazioni e di migliorare i risultati clinici.	Durante i colloqui successivi a rianimazioni o parti difficili, ogni membro dell'équipe può illustrare i punti critici. In una conferenza sulla morbilità e la mortalità, a tutti i collaboratori è concesso di formulare le loro riflessioni su un determinato caso. In occasione della discussione di un caso alla fine del turno nel reparto di cure intensive, l'équipe che si è presa cura del paziente discute i risultati della giornata. Tutti sono invitati a dire che cosa passa loro per la testa.

Aiuti interpersonali

La *conduzione* offre numerose possibilità di promuovere lo «speak-up». Percepire i superiori come aperti allo «speak-up» agevola senz'altro le cose (2;71). Concretamente, essi possono dimostrare la loro disponibilità sfatando i *miti* legati allo «speak-up», invitando esplicitamente a praticarlo (p.es. durante un briefing), ascoltando e mostrando apprezzamento verso chi lo pratica (30;60; 60;62;72). L'importanza di una conduzione all'insegna dell'apertura non sarà mai ribadita abbastanza: benché i superiori sperino, e talvolta siano convinti, di essere persone «con le quali si può parlare» e che i collaboratori non

abbiano dunque problemi a formulare idee e proposte, ciò è spesso illusorio (13;73). I timori dei collaboratori sono radicati nel sistema e sovente ereditati dai superiori precedenti (73). Ecco perché è fondamentale essere consapevoli dei *segnali gerarchici trasmessi inconsciamente*, i quali ostacolano una comunicazione aperta con i collaboratori (73). Occorre inoltre creare attivamente e consapevolmente nuove opportunità di comunicare apertamente e dimostrare di saper accogliere i suggerimenti. A tale scopo, i superiori devono essere esplicitamente riconosciuti dall'organizzazione (59).

Per me, essere un leader significa dare l'esempio e supportare i collaboratori, affinché abbiano il coraggio di segnalare situazioni rilevanti per la sicurezza dei pazienti.

Nicole Schumacher

Responsabile infermieristico Anestesia, Ospedale cantonale Grigioni

1.0

Questo *stile di conduzione inclusivo* può essere integrato nella comunicazione quotidiana. Un recente studio basato sulla simulazione di situazioni critiche in campo anestesio-logico ha dimostrato che i membri di un'equipe sono più disposti allo «speak-up» se il superiore si esprime al «noi» (74). Oltre alla relazione tra superiori e collaboratori, riveste un ruolo essenziale anche la comunicazione tra i collaboratori. Maggiori sono *l'apprezzamento e la gratitudine* ricevuti, più si è motivati a praticare lo «speak-up» (75).

Aiuti individuali

Oltre agli aiuti organizzativi e interpersonali, ci sono cose che possiamo fare individualmente per agevolare lo «speak-up». Possiamo per esempio riprogrammare il nostro *atteggiamento*. Invece di dare per scontato che gli altri commettano errori in modo più o meno spensierato, vale la pena partire dal *presupposto di fondo* che i colleghi facciano del loro meglio, siano interessati a una buona collaborazione, siano degni di fiducia e desiderino fornire l'assistenza migliore possibile. Ragionando così, lo «speak-up» risulterà più semplice (17;76). È normale che non sia facile al cospetto di persone con le quali ci sono stati dei conflitti, è per questo che lo «speak-up», con tutti i suoi ostacoli, è considerato un investimento rischioso nella collaborazione (77). Una volta acquisita un'esperienza positiva, abbiamo l'opportunità di sviluppare una cosiddetta *voce efficace*, ossia la percezione che lo «speak-up» è efficace (31). La percezione dell'efficacia sembra importante in particolare per lo «speak-up»

orientato alla soluzione, mentre quello *preventivo* pare incentrato più sulla percezione della sicurezza (23). Un altro atteggiamento che possiamo controllare attivamente riguarda il conflitto tra la volontà di fare la cosa giusta e l'ambizione personale: una maggiore inclinazione a *voler fare la cosa giusta* sembra favorire lo «speak-up» (17;78).

Oltre che sull'atteggiamento, possiamo intervenire sulle nostre *capacità*, per esempio migliorando il *controllo delle emozioni*, così da conferire il giusto tono allo «speak-up» (77;79). Anche la formulazione dello «speak-up» può influenzarne l'efficacia: si consiglia per esempio di optare per formulazioni *costruttive* (proporre soluzioni concrete invece di limitarsi a segnalare il problema), di intervenire *tempestivamente* invece di attendere a lungo e di *documentarsi* sull'argomento (76). Un efficace *algoritmo di comunicazione* prevede: a) la menzione di quanto osservato o sentito; b) la formulazione del proprio punto di vista; c) la richiesta dell'altrui opinione (54;80–82) (cfr. punto 6.1). Non guasta infine essere dotati di una certa capacità di imporsi, la quale può essere esercitata (24;83).

Consigli paradossali sullo «speak-up»

Consigli faceti (84) per ciò che va assolutamente evitato: tacere invece di praticare lo «speak-up»

1. Non dite ciò che vi preoccupa, fate in modo che ve lo si legga in faccia.
2. Partite dal presupposto che in ogni caso gli altri non vi capiranno.
3. Non pregate mai i vostri colleghi di dirvi la loro opinione. Se fosse importante, lo farebbero spontaneamente.
4. Spegnete sul nascere le domande dei soliti scettici, ostacolano il flusso del lavoro.
5. Se qualcuno vi segnala un errore che avreste commesso, mostratevi offesi, e a giusta ragione!
6. Se qualcuno vi critica, ignoratelo, soprattutto se non siete certi di quel che avete fatto. (Del resto, dove finiremmo se tutti dicessero la loro?)
7. Mettete subito in chiaro che non volete essere disturbati durante il lavoro.
8. Escludete dall'equipe i soliti sapientoni.
9. Se qualcuno continua imperterrito a voler praticare lo «speak-up», punitelo esemplarmente. Punirne uno per educarne cento!
10. Chiarite immediatamente la gerarchia del vostro reparto: chi può dire qualcosa e chi no.

1.4 PERCHÉ VALE LA PENA PRATICARE LO «SPEAK-UP»?

Lo «speak-up», in particolare la segnalazione di potenziali errori o il chiarimento di dubbi, è importantissimo, soprattutto in medicina, per prevenire errori o correggerli più rapidamente. Per la sicurezza dei pazienti è addirittura essenziale (15). Oltre agli innumerevoli studi retrospettivi giunti alla conclusione che lo «speak-up» avrebbe permesso di evitare degli errori (15;85;86), una simulazione prospettica svolta in campo anestesiológico ha dimostrato che gli «speak-up» di infermieri durante l'induzione dell'anestesia comportano poi migliori prestazioni dell'équipe (20).

Lo «speak-up» è prezioso anche per la risoluzione comune di problemi e l'apprendimento in seno a organizzazioni come gli ospedali. Conoscenze, idee e suggerimenti possono essere presi in considerazione per la risoluzione di problemi solo se i membri di un'équipe sono in grado di esprimerli. A quel punto, si sfrutta appieno il potenziale sinergico di una squadra e i problemi vengono risolti a lungo termine, senza limitarsi a mettere una pezza temporanea (18;87;88). La diffusione e accettazione progressive dello «speak-up» inducono a lungo termine i collaboratori di un ospedale ad affrontare dialoghi complessi e, di conseguenza, ad apprendere vicendevolmente (89).

Conclusione: «Speak-up»! Ma correttamente.

L'instaurazione di una cultura della comunicazione ed esercitazioni sistematiche dello «speak-up» aiutano i pazienti, l'intera équipe di cura e i rispettivi reparti.

ANALISI DELLO «SPEAK-UP» IN ONCOLOGIA

QUALI ESPERIENZE FANNO I COLLABORATORI? DOVE CI SONO BARRIERE E IN CHE MODO LO «SPEAK-UP» PUÒ ESSERE SOSTENUTO? QUALI SPUNTI PER OPERARE CAMBIAMENTI POSSONO ESSERE TRATTI DALLE CONOSCENZE ACQUISITE?

2.1 L'ONCOLOGIA – UN SETTORE AD ALTO RISCHIO

Come in tutti i settori della medicina, anche nell'oncologia gli eventi indesiderati rappresentano un pericolo per i pazienti (90–94). Gli errori legati alla farmacoterapia costituiscono un notevole rischio sia tra i pazienti adulti, sia tra quelli pediatrici. L'oncologia è un settore multiprofessionale ed estremamente complesso, in cui il singolo errore può comportare danni gravissimi. Vi interagiscono diverse discipline mediche (oncologia medica, chirurgia oncologica, radio-oncologia ecc.) e gruppi professionali non medici. Molti pazienti necessitano di vari tipi di assistenza (p.es. stazionaria, ambulatoriale), le terapie sono sovente complesse con procedure e intervalli di tempo precisi (p.es. schemi chemioterapici moderni), e i farmaci hanno spesso un margine terapeutico ristretto e un elevato potenziale di rischio in caso di somministrazione errata. Il gruppo di pazienti è inoltre molto vulnerabile e dispone di risorse fisiche e psichiche limitate per far fronte a ulteriori difficoltà. Questo abbinamento di complessità e rischio elevato rende la collaborazione orientata alla sicurezza in seno all'équipe una condizione essenziale per un'assistenza sicura e la prevenzione di eventi indesiderati. Il tumor board multidisciplinari e le équipe di cura partono proprio dall'assunto che diversi gruppi professionali, discipline e perizie contribuiscano a una qualità e una sicurezza maggiori (95;96). A tale scopo, però, una comunicazione aperta, chiara ed efficace tra tutti i partecipanti è imprescindibile, soprattutto nelle situazioni in cui la sicurezza dei pazienti è a repentaglio. La comunicazione in seno alle équipe oncologiche e l'eventuale decisione dei collaboratori di formulare le proprie preoccupazioni e di segnalare una violazione delle regole di sicurezza sono caratteristiche fondamentali di una cultura della sicurezza avanzata. Questo genere di «speak-up» può essere descritto come una comunicazione vincolante di preoccupazioni legate alla sicurezza mediante informazioni, domande, valutazioni od opinioni in situazioni contraddistinte da un'acuta necessità di intervento onde prevenire un possibile danno al paziente (34). Le ricerche dimostrano tuttavia che, in simili situazioni critiche, i collaboratori spesso tacciono e tengono per sé le preoccupazioni e i dubbi. Ciò manda in fumo un enorme potenziale di protezione dei pazienti. È quindi importantissimo capire quali fattori e condizioni possano indurre medici e infermieri a esprimere le loro preoccupazioni ai colleghi.

Il nostro studio si è soffermato sulle esperienze, le barriere e i fattori coadiuvanti che, nelle situazioni concrete, influenzano l'approccio dei collaboratori alla sicurezza dei pazienti. Abbiamo cercato di capire con quale frequenza medici e infermieri oncologici hanno preoccupazioni legate alla sicurezza, se e come rendono attenti i colleghi a potenziali errori, se segnalano comportamenti a rischio e quali fattori spiegano il loro comportamento. L'obiettivo era di analizzare e capire il concetto di «silenzio» in un settore non invasivo della medicina, e di trarne possibili soluzioni e misure.

2.2 METODOLOGIA

Lo studio esplorativo si è basato su una combinazione, tipica per questo genere di ricerca, tra procedura qualitativa e quantitativa. Esso prevedeva interviste qualitative (modulo 1) con medici e infermieri attivi in ambito oncologico, e un sondaggio scritto (modulo 2), al quale hanno partecipato nove reparti oncologici di nosocomi svizzerotedeschi, tra cui ospedali universitari, cantonali e regionali, reparti di cure stazionarie e ambulatoriali, e cliniche oncologiche pediatriche.

Modulo 1: interviste qualitative

Le interviste individuali e semistrutturate hanno coinvolto specialisti di diversi gruppi professionali e livelli gerarchici, interrogati sulle loro esperienze personali. È stato rilevato in quali situazioni sono sorte preoccupazioni legate alla sicurezza, come questi specialisti sono giunti a una decisione, come si sono comportati, se e come hanno espresso i loro dubbi e quali reazioni hanno avuto colleghi e superiori. Uno degli obiettivi principali delle interviste era quello di descrivere la molteplicità delle situazioni concrete in cui lo «speak-up» risulta particolarmente complicato o, al contrario, agevole. In totale, sono state condotte e trascritte 32 interviste con infermieri e medici di reparti e ambulatori oncologici. In seguito, sono state sottoposte a due esperti indipendenti l'uno dall'altro, che le hanno codificate con un metodo analitico-contenutistico (codifica aperta). Sulla scorta dei risultati così acquisiti, è stato sviluppato un modello teorico e sono state formulate ipotesi, poi testate in un sondaggio quantitativo.

Modulo 2: sondaggio scritto

Il questionario si rivolgeva a tutti i collaboratori dei reparti partecipanti. A tale scopo, è stato concepito uno strumento composto di due parti: la prima, generale e basata su 34 item, si è avvalsa della «employee silence scale» (97) adattata per il settore sanitario ed era volta a rilevare la frequenza delle preoccupazioni legate alla sicurezza, il proprio comportamento e atteggiamento, le norme, il sostegno sociale e la sicurezza psicologica sul posto di lavoro.

Nella seconda parte, sono state mostrate quattro vignette (esempi concreti) e gli interpellati erano chiamati a valutarle rispondendo a diverse domande. Le vignette, ispirate dalle interviste condotte nella prima fase dello studio, raffiguravano situazioni ipotetiche in cui un collega commetteva un errore o violava una regola di sicurezza: (a) un errore di prescrizione sfuggito; (b) l'omissione della disinfezione delle mani prima di visitare una ferita; (c) l'omissione di un doppio controllo dei farmaci; (d) l'esecuzione di una puntura lombare su un paziente in chemioterapia senza numero di trombociti e coagulogramma aggiornati. Nelle quattro scene erano inseriti dettagli («fattori») sistematicamente manipolati e modificati: in un caso, per esempio, l'errore era commesso da un direttore medico, in un altro da un medico assistente. Tutti i partecipanti allo studio hanno ricevuto quattro vignette a caso, una per ogni situazione rappresentata, e le hanno valutate sulla base di un set di domande, vertenti per esempio sulla stima del potenziale di danno per il paziente e sul loro ipotetico comportamento se si fossero trovati lì. Il vantaggio di questa procedura sta nel fatto di poter estrarre, mediante il corrispondente processo statistico, l'influenza dei fattori integrati. È per esempio possibile quantificare il peso del livello gerarchico delle persone descritte sulla valutazione della situazione. Al sondaggio scritto hanno partecipato 1013 medici e infermieri.

2.3 RISULTATI

Occasione per praticare lo «speak-up»: preoccupazioni legate alla sicurezza nella quotidianità ospedaliera

Nella quotidianità ospedaliera, i collaboratori vivono spesso situazioni che generano preoccupazioni legate alla sicurezza. Nel nostro sondaggio scritto, molti medici e infermieri hanno dichiarato di, almeno occasionalmente, aver

- avuto preoccupazioni concrete per la sicurezza di un paziente nel loro reparto (53%, di cui il 3% molto spesso);
- osservato un errore potenzialmente pericoloso per il paziente, per esempio una prescrizione imprecisa (54%, di cui il 4% molto spesso);
- osservato colleghi che, consapevolmente o inconsapevolmente, hanno violato regole importanti per la sicurezza dei pazienti, come doppi controlli o direttive per l'igiene (43%, di cui il 4% molto spesso).

Le preoccupazioni legate alla sicurezza sono sorte più spesso a infermieri (rispetto ai medici), a collaboratori in reparto (rispetto ai collaboratori nell'ambulatorio oncologico) e a persone senza funzioni di conduzione (rispetto a persone con funzioni di conduzione). Durante le interviste, sono state menzionate numerose situazioni quotidiane fonte di preoccupazioni per i collaboratori (vedi tabella 3) (36).

Tabella 3: preoccupazioni spesso menzionate nelle interviste

Preoccupazioni frequenti legate alla sicurezza	
Processo farmacologico nel suo complesso	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrizione di un dosaggio errato - Premedicazione omessa o errata - Velocità di infusione errata - Compilazione errata delle prescrizioni - Documento mancante per la prescrizione della terapia intratecale
Igiene/isolamento	<ul style="list-style-type: none"> - Niente guanti/disinfezione delle mani - Procedure non consentite in isolamento - Utilizzo di materiale non sterile
Decisioni in merito alle cure	<ul style="list-style-type: none"> - Decisione di intervenire chirurgicamente - Trasferimento (o mancato trasferimento) alle cure intensive
Procedure invasive	<ul style="list-style-type: none"> - Puntura lombare senza coagulogramma - Puntura lombare senza mascherina/guanti

2.0

Lo spettro di circostanze ed eventi menzionati era molto vasto, ma numerose situazioni concernevano l'intero processo farmacologico e l'ambito dell'igiene. In questi settori, sono state riportate violazioni continue e radicate di regole (normalization of deviance), per esempio prescrizioni che sistematicamente non contenevano determinate indicazioni o compilate in modo errato, oppure direttive sull'igiene sistematicamente ignorate.

Abbiamo un capo clinica che effettua punture lombari senza mascherina o senza guanti sterili, e tutt'attorno c'è un sacco di gente che non dice nulla. Penso faccia così da anni. Qualcuno ha già provato a passargli la mascherina e i guanti, ma dice di non averne bisogno. Finora, non è mai capitato nulla, ma se un giorno un bambino dovesse prendersi un'infezione di sicuro bisognerà affrontare la questione. (un'infermiera)

Quando si fa l'abitudine a questo genere di violazioni, spesso non vengono nemmeno più percepite come «deviazioni» e diventa sempre più difficile affrontarle in modo costruttivo.

Nascondere le preoccupazioni e tacere

La maggior parte degli interpellati ha vissuto situazioni in cui ha taciuto dubbi e preoccupazioni inerenti alla sicurezza dei pazienti. Le risposte sulla «employee silence scale» dimostrano inequivocabilmente che il riserbo in merito a proposte di miglioramento e preoccupazioni concrete non è un comportamento raro o eccezionale (vedi tabella 4).

Affrontare problemi legati alla sicurezza risulta più facile per alcuni temi che non per altri. Quasi tutti gli episodi in cui si è preferito tacere riguardavano misure igieniche, azioni su pazienti in isolamento e procedure invasive. Al contrario, in oncologia i dubbi e le riflessioni concernenti la sicurezza della farmacoterapia tendono a essere comunicati, in quanto considerati meno «personali» e più facilmente affrontabili in modo professionale.

Le situazioni in cui specialisti hanno taciuto le loro preoccupazioni hanno per lo più caratteristiche comuni. Il contesto tipico è quello in cui sono presenti più persone (p.es. durante una visita) e ci sono differenze gerarchiche o di gruppo professionale. In pochi casi, invece, tutti i presenti erano infermieri o medici di pari grado. Sono stati menzionati anche contesti più complessi e meno consueti, per esempio medici che hanno taciuto le loro preoccupazioni al cospetto di infermieri. I risultati del sondaggio scritto confermano però che la posizione gerarchica è legata a doppio filo alla decisione di tacere una preoccupazione: più alto è il proprio rango professionale, più frequentemente vengono poste domande critiche, espresse preoccupazioni e sollecitato il rispetto di regole rilevanti per la sicurezza.

Tabella 4: mancata formulazione di preoccupazioni («employee silence scale», adattata secondo (97))

Con quale frequenza ...	Mai	Raramente	Talvolta	(Molto) spesso
... ha deciso di non esprimere le sue preoccupazioni per la sicurezza di un paziente?	30%	39%	24%	8%
... ha tenuto per sé riflessioni o idee volte a migliorare la sicurezza dei pazienti nel suo reparto?	32%	39%	19%	10%
... ha constatato potenziali problemi per la sicurezza nel suo reparto ma non ne ha parlato ad altre persone?	50%	32%	14%	5%
... le sono sorte domande sulla sicurezza dei pazienti nel suo reparto ma ha preferito non porle?	48%	34%	9%	9%
... ha taciuto benché il suo intervento avrebbe forse potuto ridurre un pericolo corso da un paziente?	63%	31%	5%	1%

La difficile ponderazione tra tacere e parlare

Per molti specialisti è difficile decidere se esprimere le proprie preoccupazioni legate alla sicurezza o tenerle per sé (tabella 6, domanda 17). La decisione è sovente il risultato di un processo complesso (9). Non a caso, nelle interviste sono stati spesso menzionati concetti come «ponderazione», «decisione», «valutazione di rischi e benefici» ecc. In questi casi, la forte motivazione a proteggere i pazienti da potenziali danni è posta di fronte alla preoccupazione di incappare in situazioni difficili o di rovinare buone relazioni con i colleghi (tabella 5). Un elemento sul quale viene riflettuto è il rischio per il paziente («che rischio corre il paziente se non interveggo?»). Il 17% degli interpellati ha indicato che, se il rischio per il paziente è limitato, un errore non andrebbe segnalato (tabella 6, domanda 13). Questo processo di ponderazione si complica quando le parti in causa non si conoscono bene ed è dunque difficile prevedere la reazione della persona in questione. A tale proposito, durante le interviste sono state menzionate situazioni con medici consulenti o assistenti a rotazione. Se la protezione di un paziente già ricoverato assume una grande importanza al momento di prendere una decisione a favore o contro lo «speak-up», lo stesso non vale per pazienti futuri, ancora sconosciuti. La volontà di evitare il ripetersi di una situazione pericolosa, quindi l'apprendimento dagli errori commessi e la prevenzione di errori futuri, non è presente nel processo decisionale. Questa imprevidenza è un problema centrale. Le difficoltà a esprimere le proprie preoccupazioni sono nel presente (p.es. reazione diretta della persona interpellata), mentre il potenziale beneficio è nel futuro.

Strategie diffuse: come esprimere l'indicibile?

Per molti specialisti, non è facile trovare le parole giuste per esprimere le proprie preoccupazioni (tabella 6, domanda 12). Il 69% degli interpellati ritiene che ci voglia una sensibilità particolare per rendere attento un superiore a un possibile errore o a una situazione delicata (tabella 6, domanda 4). Nel corso delle interviste, gli specialisti hanno dichiarato di utilizzare diverse modalità di comunicazione, molte delle quali non verbali, per esprimere le proprie preoccupazioni. Una persona su due ha ammesso di ricorrere ai gesti e alla mimica facciale per segnalare ai colleghi informazioni legate alla sicurezza, soprattutto se si tratta di regole igieniche e se il paziente è presente. In questi casi, l'intento era quello di non far fare una figuraccia al collega. La maggior parte degli interpellati è dell'opinione che non si dovrebbe mai segnalare un errore commesso da un collega o da un superiore in presenza del paziente o dei suoi familiari (tabella 6, domanda 25). I collaboratori dell'oncologia pediatrica, per esempio, hanno spesso cercato di comunicare in modo discreto dubbi o preoccupazioni (p.es. schiarendosi la voce) per non allarmare i genitori dei piccoli pazienti.

*Più che indossare anche noi la mascherina e vedere se reagisce o magari porgergliela ... Del resto, le direttive e le linee guida ci sarebbero pure ...
(un medico assistente)*

In situazioni acute, questa ricerca delle parole giuste impedisce sovente di reagire per tempo, in quanto una volta trovata una formulazione sufficientemente diplomatica il treno è già passato. I collaboratori scelgono le parole in base al proprio interlocutore, adottano registri diplomatici

Tabella 5: motivazioni e barriere della decisione in merito allo «speak-up»

Motivazioni	Barriere
Proteggere il paziente da danni	Ponderazione: rischio non sufficientemente elevato
Proteggere i colleghi da un errore	Volontà di evitare una brutta figura al collega
	Volontà di non rendere insicuro il paziente
	Reazione della persona in questione non prevedibile
	Gerarchia, norme
	Paura di conseguenze negative (per le relazioni sociali, la propria immagine)
	Rassegnazione, frustrazione

e talvolta tattiche di comunicazione ben ponderate, soprattutto al cospetto di un superiore. Anche quando convinti del potenziale di pericolo di una situazione, per esempio, i medici assistenti mascherano i loro dubbi con una domanda per condurre il superiore ad accorgersi da solo del possibile errore. Strategie analoghe sono state adottate spesso anche da infermieri. Sovente, le preoccupazioni devono essere ripetute, affinché colpiscano nel segno (tabella 6, domanda 24). Il 38% degli interpellati ha per esempio dichiarato che talvolta serve molta perseveranza per riuscire a far passare il messaggio legato a una preoccupazione per la sicurezza di un paziente. Rassegnazione e frustrazione sono molto diffuse (tabella 6, domande 10 e 16).

Fattori che influiscono sulla decisione di tacere

Per concepire misure efficaci di promozione dello «speak-up», è importante capire quali condizioni ostacolano la formulazione di preoccupazioni e favoriscono la decisione di tacere. Un'analisi di regressione basata sui risultati del sondaggio ha dimostrato che una forte sicurezza psicologica sul posto di lavoro (sentirsi sostenuti e trattati correttamente da colleghi e superiori) e un elevato grado di motivazione a garantire la sicurezza dei pazienti (sentirsi portavoce della sicurezza dei pazienti) favoriscono lo «speak-up» (98). La maggior parte degli interpellati ritiene che siano necessarie ottime capacità interpersonali, comunicative e di coping per esprimere preoccupazioni e dubbi. Ai più non riesce facilmente. Nel nostro campione, abbiamo constatato notevoli differenze nella percezione della sicurezza psicologica tra i reparti,

un fattore che nell'oncologia pediatrica è rimasto il più importante anche aggiustando le caratteristiche dei collaboratori. Qui, sembra più facile instaurare una cultura e uno stile di comunicazione che agevolino l'approccio a comportamenti discutibili.

Esperienze con lo «speak-up»

Benché la difficoltà di affrontare comportamenti scorretti, violazioni di regole ed errori sia notevole, molti collaboratori hanno fatto esperienze e ricevuto riscontri positivi una volta optato per lo «speak-up». Il timore di reazioni negative non rispecchia dunque necessariamente le esperienze fatte nella quotidianità, anzi. Nella maggior parte dei casi, il destinatario dello «speak-up» ha reagito in modo costruttivo, si è dimostrato grato dell'intervento e ha corretto il suo comportamento. Tra medici e infermieri sono state osservate anche percezioni diverse di quanto può essere considerato un effettivo problema per la sicurezza, e quanto invece va classificato come pedanteria e precisione esagerata. Questa differenza esiste per esempio nel campo dell'igiene, ma anche quando si tratta di pesare il paziente per calcolare il dosaggio per la chemioterapia o di compilare una prescrizione.

Tabella 6: risultati su item selezionati del questionario

Item questionario	Approvazione in %
F13 Se il rischio per il paziente è limitato, un errore non andrebbe segnalato.	17%
F4 Ci vuole una sensibilità particolare per rendere attento un superiore a un possibile errore o a una situazione delicata.	69%
F12 È difficile trovare il modo giusto di esprimere le proprie preoccupazioni legate alla sicurezza.	49%
F17 Talvolta è molto difficile decidere se segnalare un possibile errore a un collega esperto.	54%
F25 Non si dovrebbe mai segnalare un errore commesso da un collega o da un superiore in presenza del paziente o dei suoi familiari.	71%
F24 Talvolta serve molta perseveranza per riuscire a far passare il messaggio legato a una preoccupazione per la sicurezza di un paziente.	38%
F10 È frustrante dover continuamente ricordare la stessa regola di sicurezza.	52%
F16 Ogni tanto lascio perdere perché esprimere le proprie preoccupazioni sulla sicurezza del paziente non serve a nulla.	26%

Ci sono colonne per la chemioterapia e colonne per la farmacoterapia accompagnatoria. Può capitare di inserire gli steroidi nella colonna per la chemioterapia e che l'errore venga segnalato. Va bene, anche se non credo sia 'sto gran problema. Se dimenticassi la prescrizione, quello sì, sarebbe un problema, ma se lo scrivo di qua o di là ... Ci sono dieci pazienti che aspettano e discutiamo dove scrivere una cosa, ammetto che tendo a innervosirmi.
(un primario)

In alcuni casi, la comunicazione di preoccupazioni legate alla sicurezza ha scatenato reazioni negative o conflitti in seno all'équipe. Tra le reazioni negative allo «speak-up», le più frequenti sono state l'ignorare completamente l'indicazione e la conseguente, mancata correzione del comportamento o dell'errore in questione. Questo «speak-up» improduttivo e inefficace nel suo risultato, soprattutto se ripetuto, fa insorgere sentimenti di frustrazione e rassegnazione, i quali riducono la probabilità che in futuro si decida di nuovo di esprimere le proprie preoccupazioni.

Con il tempo, decidi semplicemente di tacere. D'altronde, che cos'altro vuoi fare?
(un'infermiera)

L'importanza del contesto clinico e sociale

Le interviste hanno dimostrato che le persone che in alcune situazioni preferiscono tacere, in altre esprimono in modo chiaro e veemente le loro preoccupazioni. Ciò dipende dal contesto concreto, determinato da aspetti clinici (p.es. il pericolo per il paziente, lo stato di salute ecc.) e dalle condizioni quadro sociali (p.es. gerarchia dei presenti, numero di «osservatori» ecc.). Secondo queste caratteristiche, vengono ponderati i rischi per il paziente (se si decide di tacere) e per la persona in questione (in caso di «speak-up»). L'importanza dei fattori contestuali è stata approfondita nel questionario con esempi concreti (vignette) sottoposti alla valutazione degli specialisti (figura 2; vedi capitolo «Metodologia» per maggiori dettagli).

Esempio vignetta (B-8, set 1)

Lei si trova in visita a una paziente oncologica con diversi altri medici e infermieri. La capoclinica desidera esaminare la ferita appena operata. La paziente e i genitori seguono tutto con la massima attenzione. La capoclinica non indossa i guanti e non ha disinfettato le mani.

Figura 2: esempio di vignetta dal sondaggio. Le sottolineature segnalano i fattori modificati a titolo sperimentale, per esempio in altre vignette «capo clinica» è stato sostituito da «infermiere responsabile».

I partecipanti dovevano immaginare di osservare la situazione descritta nelle vignette e

- valutare il potenziale di danno per il paziente in questione;
- indicare quanto sarebbe stato difficile per loro rendere attento il collega al potenziale rischio (valutazione emotiva);
- stimare la probabilità che avrebbero detto qualcosa al collega e descrivere la difficoltà di prendere tale decisione.

La maggior parte dei partecipanti ha dichiarato che avrebbe segnalato il rischio, rispettivamente la violazione della regola al collega. Questa disponibilità variava però notevolmente tra un esempio e l'altro, quindi in funzione delle condizioni quadro e dei diversi dettagli della vignetta (p.es. gruppo professionale delle persone coinvolte, recidiva dell'evento ecc.) (37). Secondo i dettagli della vignetta,

- il 74–96% segnalerebbe a un superiore medico la mancata presa di conoscenza di un errore di prescrizione;
- il 45–81% segnalerebbe a un collega (medico o infermiere) che ha dimenticato di disinfettare le mani prima di controllare la ferita;
- l'82–94% segnalerebbe a un infermiere l'omissione volontaria del doppio controllo dei farmaci;
- il 59–92% metterebbe in discussione in modo critico il comportamento di un collega che non rispetta le direttive di sicurezza al momento di effettuare una puntura lombare.

In media, la disponibilità a esprimere le proprie preoccupazioni legate alla sicurezza variava del 25% secondo la descrizione della situazione. Il sondaggio ha consentito altresì di accertare che molti specialisti si sentono a disagio a comunicare ai colleghi le proprie preoccupazioni. Indipendentemente dalla vignetta mostrata, infatti, il 31% degli interpellati ha dichiarato che sarebbe in difficoltà a segnalare un potenziale pericolo a un collega. Nel caso dell'omissione della disinfezione delle mani, questa percentuale sale al 42%.

Non è facile segnalare un errore a un collega, soprattutto se di un livello gerarchico superiore. Un esempio è l'omissione della disinfezione delle mani, una delle principali misure preventive nella medicina odierna. La soluzione più agevole è fare riferimento ai «5 momenti dell'igiene delle mani», le indicazioni emanate dall'OMS, e segnalare che uno di questi passaggi è stato ignorato. Tacere equivarrebbe a mancare un'opportunità di garantire la sicurezza dei nostri pazienti. Sono pronto a sostenere qualsiasi collaboratore che osi dire qualcosa in una situazione del genere.

PD dott. med. Jonas Marschall

Responsabile Igiene ospedaliera, Clinica universitaria di Infeksiologia, Inselspital Berna

Nelle valutazioni degli esempi concreti e nelle anticipazioni del proprio ipotetico comportamento si constatano notevoli differenze tra persone con e senza funzioni di conduzione, un indicatore del livello gerarchico in seno al reparto (figura 3): gli interpellati senza funzione di conduzione hanno dichiarato molto meno spesso che nella situazione illustrata avrebbero espresso le loro preoccupazioni (simboli verdi: in parte grandi differenze secondo la funzione) e troverebbero decisamente più sgradevole l'ipotesi di farlo (simboli gialli: grandi differenze secondo la funzione). I quadri dovrebbero quindi essere consapevoli del fatto che, se a loro non pesa particolarmente fornire riscontri critici, ai colleghi di livello gerarchico inferiore potrebbe risultare più difficile. Analogamente, le persone senza funzione di conduzione hanno trovato più ardua la decisione sul comportamento da tenere (simboli blu: grandi differenze tra i gruppi). È interessante notare come il potenziale di danno per l'ipotetico paziente è stato valutato più o meno allo stesso modo da persone con e senza funzione di conduzione e appartenenti a diversi gruppi professionali (simboli rossi: nessuna differenza tra persone con e senza funzione di conduzione). Se dunque persone di livello gerarchico inferiore decidono di tacere le loro preoccupazioni, non è perché non riconoscono il potenziale pericolo, il che sarebbe spiegabile con la loro minore esperienza clinica. La minore disponibilità a intervenire delle persone senza funzione di conduzione è pertanto riconducibile in primis al timore di generare conflitti o di rovinare le relazioni tra colleghi.

Il principale predittore nel nostro modello di regressione per la formulazione delle proprie preoccupazioni è la valutazione del potenziale di danni per l'ipotetico paziente: più la situazione viene considerata pericolosa, più gli interpellati sono disposti a esporsi personalmente e a prendere la parola. La presenza di molte persone riduce la probabilità che i collaboratori si esprimano. Lo hanno confermato le interviste, in cui gli specialisti hanno dichiarato di evitare i «fori pubblici» e di preferire un incontro a porte chiuse per formulare le loro preoccupazioni. Il manifestarsi ripetuto di una violazione di una regola ha ridotto la disponibilità a segnalare al collega in questione. Quando la vignetta presentava una situazione in cui l'omissione di un doppio controllo della farmacologia si era già verificata ed era già stata discussa in passato, i collaboratori hanno deciso molto meno sovente di intervenire. Evidentemente, gli interpellati tendono a convincersi in fretta che lo «speak-up» è inefficace e che il santo non vale la candela. Ciò illustra alla perfezione come la normalizzazione di una violazione diventi uno standard, agevolato da una cultura del silenzio. Dalle interviste e dalle valutazioni delle vignette emerge una situazione particolarmente difficile per gli specialisti: essere testimoni di un'azione rischiosa in presenza di altri specialisti e del paziente cosciente genera un grave conflitto decisionale tra la necessità di proteggere il paziente da possibili danni, la volontà di non allarmarlo e il desiderio di non mettere a repentaglio le relazioni in seno all'équipe. Un dilemma dal quale è difficile uscire. Nelle situazioni in cui occorre decidere velocemente, spesso si decide di rimanere in silenzio.

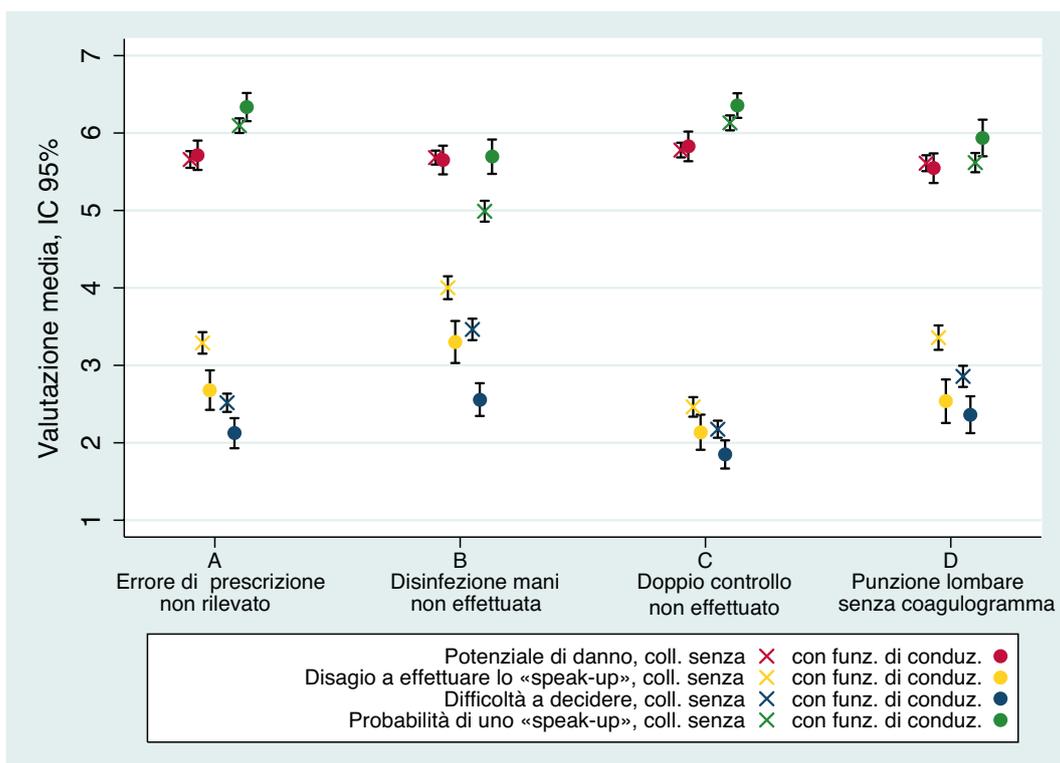


Figura 3: valutazioni delle vignette

2.4 CONCLUSIONE

Il nostro studio dimostra che molti collaboratori nell'attività quotidiana vivono preoccupazioni legate alla sicurezza, per esempio quando osservano situazioni e comportamenti rilevanti in questo senso. Essi costituiscono dunque un potenziale centrale per la sicurezza dei pazienti. I dati rivelano che tacere le proprie preoccupazioni è un fenomeno diffuso, anche in oncologia, un settore della medicina non invasiva nel quale la comunicazione e la collaborazione interprofessionale sono essenziali. La maggior parte dei medici e degli infermieri interpellati ha già vissuto entrambe le esperienze: sia esprimere sia tacere le proprie preoccupazioni e i propri dubbi. Il silenzio è spiegabile con fattori individuali (età, funzione, personalità), organizzativi (sicurezza psicologica, gerarchia) e soprattutto contestuali (tema, persone coinvolte, pazienti, valutazione del rischio).

I collaboratori ricorrono spesso ai gesti e alla mimica facciale per lo «speak-up». Una comunicazione non verbale è considerata meno invasiva da chi la utilizza, e spesso anche dal destinatario. Tali messaggi possono

tuttavia essere facilmente ignorati in modo consapevole o inconsapevole, e di conseguenza non sono sempre efficaci. Proteggere i pazienti da danni evitabili è la principale motivazione dei collaboratori che decidono di esporsi a situazioni potenzialmente spiacevoli e, dal punto di vista personale, rischiose. Il problema è che ciò avviene ancora molto raramente. Lo «speak-up» non viene ancora percepito come opportunità di apprendimento o di miglioramento. I collaboratori di un ospedale, soprattutto quelli dei livelli gerarchici più bassi, necessitano di chiari segnali dall'alto che uno «speak-up» è auspicato e benvenuto. Considerato che le situazioni rilevanti per la sicurezza si sviluppano sovente in modo molto rapido e non c'è il tempo di «trovare le parole giuste», in seno a un reparto può essere utile convenire formulazioni, gesti e parole chiave non percepiti da alcuno dei presenti come offensivi o aggressivi. Solo segnalando in modo trasparente e sistematico errori, preoccupazioni e comportamenti a rischio è possibile prevenire la normalizzazione di violazioni e migliorare la sicurezza dei pazienti.

«SPEAK-UP» IN CASO DI PREOCCUPAZIONI LEGATE ALLA SICUREZZA – COME SI COMPORTA L'AVIAZIONE MILITARE?

A COLLOQUIO CON IL TENENTE COLONNELLO SCHNYDER, PILOTA MILITARE PROFESSIONISTA DI ELICOTTERI PRESSO L'AVIAZIONE SVIZZERA E RESPONSABILE DEL SERVIZIO SICUREZZA AEREA E FORMAZIONE

«Speak-up» e aviazione militare: qual è la prima cosa che le viene in mente?

Nel nostro campo, la base per lo «speak-up» è posta sin dalla prima ora di volo. Ogni ora di volo segue uno schema preciso, composto di briefing, volo e debriefing. Il debriefing è particolarmente importante per la nostra cultura dello «speak-up». La sua struttura è chiaramente predefinita e coinvolge tutte le persone che hanno partecipato al volo. Si tratta di rispondere alle domande seguenti: che cosa ha funzionato? Dove sono stati commessi errori? Quali lezioni possono essere tratte dalla missione? Lo svolgimento del debriefing viene esercitato intensamente durante la formazione. Occorre per esempio imparare a cercare senza timore la causa di un errore. La cultura del debriefing è caratterizzata dalla fiducia: non devo avere paura di ricevere un rimprovero se dico qualcosa.

Gerarchia e «speak-up»: è un problema nell'aviazione?

A bordo dell'elicottero, cerchiamo nella misura del possibile di comunicare allo stesso livello, ma evidentemente non è possibile annullare del tutto le differenze gerarchiche, per esempio tra capo delle operazioni di carico e pilota. In questi casi, spetta al pilota venire incontro agli altri. Il capitano deve invitare gli altri a parlare, per esempio dicendo: «Senti Max, oggi voliamo insieme. Per me è importantissimo che tu mi dica se hai la sensazione che qualcosa non vada, anche se pensi che noi qui davanti abbiamo tutto sotto controllo. Non è detto, potrei non aver notato qualcosa.» Il gesto, l'incoraggiamento a esprimere le proprie preoccupazioni deve venire sempre dalla persona più alta di grado. Nel cockpit è la stessa cosa. Anche se sediamo entrambi nella cabina di pilotaggio, non significa che siamo dello stesso grado gerarchico. Quando per esempio ero un giovane tenente e volavo con un maggiore, avevo molto rispetto di lui, ma sapevo che avrei sempre potuto dire qualcosa. Allo stesso modo, quando oggi volo con un ex allievo che ora fa parte dell'equipaggio, cerco di incoraggiarlo sin dall'inizio a esprimere i suoi dubbi.

Anche il debriefing dipende molto dal capitano o dal leader della missione, il quale ne determina la sistematicità ed è responsabile che tutti siano invitati a prendere la parola.

Come ci si rivolge a persone di altre squadre?

Collaboriamo sovente con partner esterni e ci rendiamo conto che siamo molto più abituati di loro a svolgere debriefing. Conoscere o no l'altra persona fa una bella differenza. Se la si conosce, c'è una sorta di fiducia, si sa, attraverso l'esperienza comune, che ciò che viene detto non verrà preso sul personale. In poche parole, grazie al percorso già fatto insieme sappiamo entrambi che determinate cose vanno affrontate senza timore. Bisogna comunque anche fare attenzione a non sopravvalutare la conoscenza reciproca.

Parlare ai colleghi – quando e come?

Un aspetto importante che approfondiamo nella formazione e che cerchiamo di mettere in pratica è il fatto di fornire un riscontro: come si dà e come si riceve un riscontro? Come fornire il proprio parere evitando che il proprio interlocutore faccia una brutta figura? A tale proposito, cerchiamo di far capire che la classica sensazione di pancia va interpretata come red flag, ossia come segnale che occorre parlare. È il caso quando percepisco un senso di disagio oppure quando mi viene da pensare: «Avranno sicuramente tutto sotto controllo». L'esempio seguente può far capire che cosa intendo con riscontro: sono seduto nel cockpit con un pilota esperto. Il tempo cambia e vengo assalito da un progressivo senso di disagio. «Il mio collega ha sicuramente tutto sotto controllo, con l'esperienza che ha», penso. In un caso del genere, come posso esprimere in modo ottimale la mia preoccupazione? È difficilissimo. Non può essere una critica diretta, tipo: «Ora hai esagerato». Ci si potrebbe per esempio avvicinare pian piano all'argomento e incominciare a parlare del tempo, per esempio: «Come valuti il tempo?». Lo scopo è anche quello di personalizzare il messaggio: «Non mi sento tanto tranquillo, pensi che dovremmo ridurre la velocità?» Come detto in precedenza, spetta alla persona di livello gerarchico superiore invitare l'altra a fornire il proprio riscontro. Io, per esempio, faccio così: «Cerco naturalmente di fare del mio meglio, ma potrebbero esserci cose che mi sfuggono.

Conosco situazioni in cui è difficile dire qualcosa.

Colonnello Christian Snyder

Responsabile del servizio Sicurezza aerea e formazione e pilota militare professionista di elicotteri, Forze aeree svizzere

Vi prego di aiutarmi, se notate qualcosa, ditelo. Siamo una squadra.» Mi è già capitato di ricevere un riscontro che ha fatto scattare qualcosa in me. È una sensazione strana, una cosa che ti fa pensare. Lo sa anche l'altra persona e vuole evitarlo. Questo è forse uno dei motivi per i quali si preferisce tacere.

Le è già capitato che si decidesse di tacere?

Con la maggior parte delle persone si può parlare senza problemi e fornire il proprio riscontro. Naturalmente, però, ci sono anche pochi individui con i quali è molto difficile, perché prendono sul personale il riscontro e si mettono sulla difensiva. In questi casi, si tende a tacere per non alimentare conflitti. La ragione del silenzio è dunque spesso il quieto vivere, anche perché se si trattasse della propria sicurezza, immagino che non si esiterebbe un attimo a intervenire. Ma quando si ha la sensazione che un determinato parere espresso durante il debriefing rischi di provocare solo malumore senza ottenere l'effetto sperato, si preferisce tenerlo per sé. La percezione del pericolo ha un ruolo importante nella decisione di parlare o di tacere. Se per esempio noto una divergenza dallo standard, la valutazione personale del rischio dipende molto dall'esperienza. Se la ritengo poco rischiosa e decido di non intervenire, contribuisco al perpetuarsi della situazione e, in futuro, sarà sempre più difficile dire qualcosa. Il fatto che nell'aviazione si verifichino situazioni in cui si rischia la vita agevola senza dubbio lo «speak-up». Evidentemente, in questi casi chiunque reagirebbe diversamente che non in situazioni senza potenziali ripercussioni sulla propria persona.

Che cosa serve affinché lo «speak-up» funzioni?

Le persone di maggiore livello gerarchico o più esperte devono creare un'atmosfera propizia allo «speak-up». Devono essere consapevoli dell'influenza positiva o negativa delle loro azioni. In un contesto di rispetto e fiducia reciproci, è più facile dire qualcosa. È inoltre importante che il superiore gerarchico dia l'esempio avviando lo «speak-up». Come già detto in precedenza, è spesso più facile esprimersi se ci si conosce e regna fiducia reciproca. La conoscenza può però anche costituire un problema e far aumentare la soglia di inibizione. In questi casi, è bene parlarne apertamente. È fondamentale che il tema rimanga sempre di attualità, per esempio riproponendo regolarmente le formazioni al riguardo. Indicazioni del tipo «Durante la prossima missione prestate di nuovo molta attenzione a ...» possono fungere da spinta nella giusta direzione.

Un'altra condizione per la riuscita dello «speak-up» è senz'altro la comprensione comune: tutti devono essere in chiaro su come e perché si pratica lo «speak-up» e si forniscono riscontri. I collaboratori devono essere coscienti di essere supportati dal sistema quando decidono di esprimere le loro preoccupazioni. L'impegno a parlare deve essere presente dall'alto in basso della scala gerarchica. Ciò può per esempio essere ufficializzato da una politica di sicurezza la quale segnali che lo «speak-up» è un obiettivo attivamente perseguito a lungo termine. Se guardiamo al nostro caso, siamo un'organizzazione in continua fase di apprendimento, le cose possono sempre essere fatte un po' meglio. Se uniamo questo ragionamento al fatto che siamo un'organizzazione ad alto rischio, in cui gli errori sono sempre dietro l'angolo, capiamo l'assoluta necessità di apprendere dagli errori, che dunque non devono essere puniti.

Dal nostro punto di vista, è essenziale coinvolgere i quadri medi e accertarci che a quel livello lo «speak-up» sia vissuto e praticato. Queste persone sono i moltiplicatori centrali, il loro esempio, nel bene e nel male, si diffonde agli altri collaboratori.

Parte II

Speak up

«speak-up» – ma come?

- 4 PRIMA DI PROSEGUIRE LA LETTURA ...
- 5 CREARE UNA BUONA BASE
- 6 QUANDO SI FA SUL SERIO:
LO «SPEAK-UP» IN SITUAZIONI CONCRETE
- 7 DIRE QUALCOSA, ANCHE DOPO
- 8 OGNI MOMENTO È BUONO PER INIZIARE

«SPEAK-UP» – MA COME?

In una situazione concreta, non è sempre facile chiedere in caso di dubbi, formulare le proprie preoccupazioni o esprimere le proprie idee, anche se il rischio per il paziente è palese. Lo sanno bene infermieri e medici, collaboratori di comprovata esperienza e giovani colleghi. I motivi per i quali spesso si decide di tacere sono molteplici.

Come dimostra quanto detto in precedenza, lo «speak-up» è ostacolato da barriere e favorito da fattori propizi a diversi livelli. Aspetti individuali, collettivi, contestuali e organizzativi influenzano la decisione di esprimere o no una preoccupazione legata alla sicurezza.

In questa seconda parte, desideriamo riprendere e approfondire gli ausili allo «speak-up» di cui abbiamo già parlato al punto 1, fornendo proposte, indicazioni e idee concrete per agevolarlo nella quotidianità professio-

nale. La base è costituita da esperienze, studi ed esempi tratti dalla letteratura «grigia» e da colloqui con specialisti.

Non si tratta né di un compendio esaustivo, né di un concetto globale buono per tutti gli usi e per tutte le situazioni. Non tutti gli aspetti risulteranno attuabili per tutti i lettori.

Il nostro scopo è di presentare una serie di possibilità e di indicazioni di cui possono beneficiare, secondo le funzioni e le necessità, singoli collaboratori e intere équipe.

I contenuti della seconda parte illustrano chiaramente che, praticando lo «speak-up», i collaboratori del settore sanitario possono fornire a diversi livelli, con tempistiche e modalità diverse un contributo decisivo alla sicurezza dei pazienti.

Non dimenticherò mai il giorno in cui, durante il mio praticantato in chirurgia pediatrica, ho assistito il mio capo per un'orchidopessia. Avevo partecipato a quel tipo di intervento una dozzina di volte, ma quella volta era tutto diverso. Avevo come la sensazione che il mio capo non fosse «presente», quasi pensasse ad altro durante la preparazione del funicolo spermatico. Fatto sta che osservavo come il tessuto diventava sempre più fine, come non avevo mai visto prima. Mi è sembrato strano, ma non ho detto nulla. E poi, improvvisamente, quel momento terribile in cui il funicolo spermatico è stato reciso e il testicolo è rimasto tra le mani del chirurgo ...

Ricordo come fosse ieri il malessere che ho provato, e che provo tutt'ora, dopo tutti questi anni. Avevo visto arrivare la sciagura, ma sono stato troppo timido, rispettoso o timoroso per intervenire. Se avessi detto qualcosa, avrei potuto evitare una tragedia a un ragazzino e alla sua famiglia, e certo anche un sacco di problemi al mio capo. Ma, semplicemente, non ho osato.

Oggi, sono convinto che, se allora fossi stato incoraggiato attivamente a farlo, avrei espresso la mia preoccupazione. In altre parole, se avessi percepito una cultura nella quale anche un giovane praticante può permettersi di segnalare un potenziale pericolo, quel dramma sarebbe stato evitato.

Dott. med. Claude Oppikofer

Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, FMH, Montreux

PRIMA DI PROSEGUIRE LA LETTURA ...

... VI INVITIAMO A RIFLETTERE SU DUE DOMANDE

4.1 SIETE SCETTICI ALL'IDEA DI INTERPELLARE PIÙ FREQUENTEMENTE I COLLEGI IN CASO DI PREOCCUPAZIONI LEGATE ALLA SICUREZZA O DI DUBBI?

Quando si tocca il tema dello «speak-up», le obiezioni sono quasi sempre le stesse, per esempio: «Poi ci toccherà ricominciare a discutere ...» oppure «Se proprio devo prendere la parola, tanto vale farlo solo quando il paziente è davvero a rischio». Queste obiezioni sono assolutamente comprensibili e magari vi è capitato di formularne di analoghe.

Questa parte della pubblicazione è dedicata alle varie obiezioni udite nel corso di colloqui con collaboratori di istituti sanitari, alle quali cerchiamo di rispondere.

«Poi ci toccherà ricominciare a discutere – e chi si occupa del lavoro?»

- Sappiamo che nel settore sanitario la pressione è notevole e non c'è tempo per lunghi dibattiti. Di regola, però, uno «speak-up» è breve. Passare il disinfettante a un collega è una questione di qualche secondo, porre una domanda importante e ottenere una risposta richiede forse un minuto. E anche se fosse necessario più tempo, sono minuti investiti molto bene se consentono di prevenire un danno a un paziente, senza contare che correggere degli errori o risolvere dei problemi a posteriori rischia di far perdere ancora più tempo.

«Così corriamo il rischio di mettere tutto in discussione e di dover giustificare ogni cosa.»

- Lo «speak-up» riguarda momenti nei quali la sicurezza di un paziente è davvero a repentaglio, per esempio in caso di violazione di determinate regole. Non significa mettere in discussione o dover motivare ogni procedura, ogni attività, ogni direttiva. Se così fosse, vorrebbe dire che regna grande incertezza sulle regole e gli standard in vigore, e questo si richiederebbe un accertamento approfondito.

«Più facile a dirsi che a farsi.»

- È vero. È proprio per questo che nella seconda parte della presente pubblicazione illustriamo possibilità e idee per agevolare lo «speak-up» nella quotidianità professionale. Desideriamo inoltre incoraggiarvi a provare: come in qualsiasi altro ambito della vita esercitarsi è essenziale.

«Non sono sicuro che gli altri, per esempio i nostri capi, la prenderebbero bene.»

- Ci permettiamo di rispondere con una domanda: quante volte vi è capitato di avere problemi con colleghi o superiori per aver espresso le vostre preoccupazioni? Non sono ben più frequenti le volte in cui il vostro interlocutore ha reagito in modo costruttivo? Questa sembra essere l'esperienza vissuta dai partecipanti al nostro studio (cfr. punto 2).

«Se proprio devo prendere la parola, tanto vale farlo solo quando il paziente è davvero a rischio.»

- Questa dichiarazione parte dal presupposto che è sempre possibile valutare se il paziente sia a rischio e la portata di tale rischio. In realtà, è davvero sempre possibile? Siamo in grado di decretare nello spazio di qualche secondo se per esempio la mancata adozione di una misura di sicurezza comporterà conseguenze anche indirette per il paziente? Ed è auspicabile basare la decisione se esprimere o tacere i propri dubbi su una valutazione del rischio effettuata in pochi secondi?

«Non sarebbe meglio preferire soluzioni tecniche, piuttosto che affidarsi allo «speak-up» di una persona?»

- Naturalmente barriere di sicurezza tecniche, per esempio un armadio per i farmaci che ne autorizza il prelievo solo in base alla prescrizione elettronica, sono molto efficaci e in grado di prevenire determinati errori. Tali soluzioni, però, non possono essere implementate per ogni problema legato alla sicurezza e non consentono quindi di evitare del tutto i comportamenti a rischio. In più, alcune soluzioni tecniche sono facilmente aggirabili con semplici astuzie. In caso di dubbio o preoccupazione, lo «speak-up» resta un'importante misura di sicurezza per ridurre i rischi per i pazienti.

4.2 E COME VALUTATE IL VOSTRO COMPORTAMENTO IN TERMINI DI «SPEAK-UP» E QUELLO DELLA VOSTRA ÉQUIPE O DEL VOSTRO REPARTO?

	Come rispondete alle domande seguenti?	Possibili risposte
A	<p>Capita a volte che osservate un comportamento a rischio, una decisione problematica o una violazione delle regole di sicurezza, ma che non esprimiate le vostre preoccupazioni al cospetto di un collega?</p>	<p>«Sì. Capita spesso che non dica nulla, per esempio in presenza del paziente o quando ho la sensazione che non verrebbe la pena rovinare l'ambiente per una cosa del genere.»</p>
B	<p>Domanda ai medici con funzioni di conduzione: I vostri colleghi intervengono quando hanno la sensazione che il vostro comportamento o una vostra decisione possa mettere a repentaglio la sicurezza di un paziente?</p> <p><i>Esperimento mentale</i> Che cosa capiterebbe se per controllare la ferita di un paziente appena operato non indossaste i guanti e dimenticaste di disinfettare le mani? Credete che qualcuno ve lo farebbe notare?</p> <p>Domanda a infermieri molto esperti o con funzioni di conduzione: I vostri colleghi di reparto vi dicono qualcosa se osservano qualcosa nel vostro modo di lavorare che potrebbe mettere a repentaglio la sicurezza di un paziente?</p> <p><i>Esperimento mentale</i> Che cosa capiterebbe se entraste senza mascherina nella camera di un paziente in isolamento per sospetto di norovirus al fine di discutere velocemente qualcosa con lui? I vostri colleghi ve lo farebbero notare?</p>	<p>«Sinceramente, non sono così sicuro che mi direbbero qualcosa.»</p>
C	<p>Voi e i vostri colleghi optate talvolta per soluzioni alternative per esprimere dubbi o preoccupazioni legati alla sicurezza, invece di parlarne direttamente? Ricorrete per esempio alle notifiche CIRS?</p>	<p>«Nel CIRS si trovano spesso notifiche che in realtà sono segnalazioni rivolte a persone specifiche.»</p>

> Queste e altre risposte dimostrano che lo «speak-up» potrebbe essere maggiormente sfruttato come risorsa di sicurezza.

CREARE UNA BUONA BASE

DIVERSI ASPETTI CONTRIBUISCONO A CREARE IN SENO A UN'ORGANIZZAZIONE O A UN'ÉQUIPE UNA BUONA BASE PER LA FORMULAZIONE DI PREOCCUPAZIONI LEGATE ALLA SICUREZZA E DI DUBBI, E DUNQUE I PRESUPPOSTI PER PRATICARE LO «SPEAK-UP» IN UN OSPEDALE. OLTRE AD ANNETTERE LA MASSIMA PRIORITÀ ALLA SICUREZZA DEI PAZIENTI, SI TRATTA DI:

- sviluppare una comprensione comune dell'importanza e della necessità dello «speak-up»;
- accordarsi in seno all'équipe o al reparto su quando e come comunicare dubbi e preoccupazioni;
- sentirsi sicuri – in termini di sicurezza psicologica – nell'esprimere apertamente le proprie preoccupazioni;
- avere buoni esempi da seguire;
- essere motivati e in grado di praticare lo «speak-up».

5.1 COMPrensione comune dell'importanza e della necessità dello «SPEAK-UP»

Per incoraggiare i collaboratori degli ospedali a esprimere liberamente i propri dubbi e le proprie preoccupazioni, tale comportamento dovrebbe essere sostenuto e auspicato dal maggior numero possibile di persone a tutti i livelli dell'organizzazione. Occorre cioè sviluppare una comprensione comune dell'importanza e della necessità di parlare (99). Lo «speak-up» dovrebbe essere inteso come un'opportunità di apprendere, non come l'espressione di una critica o di un reclamo (5). Una volta affermatasi questa comprensione e acquisite le prime esperienze positive con l'espressione di preoccupazioni e la formulazione di idee, con il tempo si instaura una cultura dello «speak-up» in tutti i reparti.

Al contrario, tacere può condurre alla tolleranza e alla normalizzazione (*normalization of deviance*) di violazioni

di regole e di standard di sicurezza (100;101). Se poi lo «speak-up» tende costantemente a non dare i frutti sperati, è facile che subentri la rassegnazione, che a sua volta favorisce il silenzio (cfr. punto 2).

Esistono diversi strumenti e sistemi applicabili a vari livelli organizzativi per creare una comprensione comune e conferire peso al tema in seno all'istituto.

- **Campagna:** con l'ausilio di manifesti, eventi, informazioni in intranet o contributi per la rivista interna, si dà visibilità all'importanza dello «speak-up». Oltre all'importanza dello «speak-up» come risorsa di sicurezza, una campagna può soffermarsi sugli svantaggi a corto termine (p.es. forza di volontà, colleghi irritati) e sui vantaggi a lungo termine (p.es. riduzione dei rischi per i pazienti, potenziale di apprendimento per situazioni future). È possibile presentare anche esperienze personali di colleghi dell'ospedale (p.es. un medico racconta un caso concreto di un danno a un paziente evitato grazie allo «speak-up» di una collega infermiera).
- **Strategia aziendale:** il tema dello «speak-up» assume ancora più importanza se viene integrato nella strategia aziendale o nei manuali. Ne possono risultare diverse misure interne (p.es. una campagna o una nuova offerta di perfezionamento). Un nosocomio statunitense ha introdotto la direttiva seguente nella propria politica aziendale: «Any Red Flag, or potentially unsafe or non-standard situations shall be brought to the attention of the team and team leader in a respectful but assertive manner» (102). La strategia aziendale può inoltre prevedere la protezione dei collaboratori che praticano lo «speak-up».

Da tempo, ci impegniamo a incoraggiare i collaboratori a notificare nel CIRS gli eventi indesiderati. Ciò ha avviato un cambiamento culturale. Ora, l'istituto è pronto a compiere il passo successivo, quello cioè di incoraggiare i collaboratori a intervenire se la sicurezza dei pazienti è o potrebbe essere a rischio, così da prevenire gli eventi indesiderati o critici.

Prof. dott. med. Jean-Blaise Wasserfallen

Direttore sanitario, CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

- **Leader d'opinione:** le persone ascoltate e rispettate da molti collaboratori possono fungere da leader d'opinione e da ambasciatori del tema in diversi contesti (p.es. perfezionamenti, eventi, contributi scritti).
- **Informazioni ai nuovi collaboratori:** in occasione dell'introduzione di nuovi collaboratori, oltre ai consueti principi interni vale la pena di illustrare l'importanza dello «speak-up», affinché gli ultimi arrivati capiscano sin dall'inizio che in quell'ospedale è auspicato esprimere le proprie preoccupazioni legate alla sicurezza.
- **Sondaggio tra i collaboratori sullo «speak-up»:** un sondaggio interno può consentire di affrontare diverse questioni inerenti allo «speak-up» (103) e di fare il punto della situazione. Esso permette per esempio di rilevare quanto i collaboratori si sentano incoraggiati e motivati a esprimere le proprie preoccupazioni. Se l'inchiesta viene ripetuta più volte, può fungere da monitoraggio della cultura dello «speak-up» in seno all'ospedale e porre in risalto eventuali cambiamenti conseguenti alle misure adottate. Un sondaggio evidenzia inoltre l'importanza dello «speak-up» per un'organizzazione e costituisce un primo approccio a livello di sensibilizzazione sul tema.

5.2 ACCORDO SULLO «SPEAK-UP» IN SENO ALL'ÉQUIPE

Lo «speak-up» risulta meno complicato se i partecipanti partono dalla stessa base di conoscenze e di assunzioni, ossia se tutti i membri dell'équipe sono d'accordo su come e quando esprimere le proprie preoccupazioni legate alla sicurezza e i propri dubbi (104). Tale approccio comune a una situazione o a un compito è chiamato anche «team mental model» o «shared mental model» (105). Per lo sviluppo del «team mental model» è essenziale lo scambio tra membri dell'équipe sul tema in questione.

Nell'ottica dello «speak-up», ciò significa che i collaboratori di un reparto si accordano per esempio su come e in quali situazioni sia appropriato esprimere le proprie preoccupazioni, e quando invece sia raccomandabile farlo a posteriori (104) (cfr. i punti 6 e 7).

Se in seno a un'équipe esistono accordi di questo genere, è più facile per tutti sapere quando e a quale scopo adottare una determinata strategia di comunicazione (6), per esempio le tecniche menzionate al punto 6. Tale approccio presuppone ovviamente la consapevolezza comune che lo «speak-up» viene praticato per il bene del paziente e che

non si tratta di criticare o di mettere in dubbio il rispetto e la fiducia nel lavoro altrui.

Una comprensione reciproca su come e quando decidere di parlare può essere sviluppata all'interno di un piccolo gruppo di persone, per esempio l'équipe medica di un reparto.

- Esempio: l'équipe concorda una determinata formulazione da utilizzare quando, in presenza del paziente o di familiari, è necessario appartarsi per un breve colloquio senza dare troppo nell'occhio.

Ma anche gruppi più grandi di persone dovrebbero accordarsi su un comportamento comune in materia di «speak-up», soprattutto se lavorano regolarmente in quella formazione.

- Esempio: l'igiene carente delle mani è un problema ricorrente in occasione delle visite mediche. La direzione del reparto ha dunque discusso con il responsabile medico e deciso che, d'ora innanzi, gli infermieri dovranno passare automaticamente un disinfettante ai medici qualora questi ultimi si dimentichino di disinfettare le mani, per esempio prima di controllare una ferita. Affinché tale procedura funzioni, tutti – infermieri e medici – devono esserne al corrente.

Un colloquio su situazioni rilevanti per uno «speak-up» e sul comportamento auspicato consente di regola di individuare rapidamente i dubbi e le insicurezze concernenti le regole, gli standard o le diverse valutazioni, nonché eventuali opinioni o conoscenze divergenti in merito a determinate procedure. Più gli standard riguardanti determinate situazioni e procedure sono confusi, più è difficile per i collaboratori esprimere le proprie preoccupazioni. Chiarire eventuali dubbi contribuisce quindi in modo preponderante alla creazione di una comprensione comune e ad agevolare lo «speak-up» in seno all'équipe.

- Esempio: se viene introdotta una direttiva interna che vieta le prescrizioni trasmesse telefonicamente, per un'infermiera sarà più semplice chiederne una scritta al primario.

5.3 INCORAGGIARE, CORROBORARE E TUTELARE

Studi dimostrano che i collaboratori che sul posto di lavoro vivono una sensazione di sicurezza psicologica sono più propensi a esprimere le proprie preoccupazioni (14;98;106) (cfr. punto 1.3). Sicurezza psicologica (*psychological safety*) significa che, nel suo ambiente di lavoro, il collaboratore si sente sicuro a esprimere le sue preoccupazioni e ad ammettere gli errori senza timore di essere punito o di scatenare altre reazioni negative (p.es. essere ridicolizzato o rimproverato) (32). Questa sensazione di sicurezza deriva per esempio da superiori che dimostrano quanto siano importanti le segnalazioni dei collaboratori e che da esse non risultano conseguenze negative (107). Anche l'insistenza da parte dei superiori sull'importanza dello «speak-up» o il sostegno al collaboratore coinvolto in uno «speak-up» delicato agevolano la decisione di intervenire (30;108).

Ma come procedere nella quotidianità professionale? Gli esempi seguenti presentano alcune possibilità.

- Esempio: situazione a rischio che esige uno «speak-up»
Prima di incominciare l'operazione, il chirurgo invita la sua équipe a segnalare situazioni critiche e rischi: «Lo sapete già, ma preferisco ripeterlo: sono contento se intervenite se notate qualcosa che non va per il verso giusto. Può capitare a tutti che sfugga qualcosa, quindi, mi raccomando, ditelo».
- Esempio: nuovi colleghi, rappresentanza o gruppo consiliare
Un jolly arriva in reparto e dice subito: «Sono nuovo, non conosco tutte le regole e le abitudini di questo reparto (p.es. quando bisogna indossare una mascherina). Non abbiate problemi a segnalarmelo se mi sfugge o se notate qualcosa».

- Esempio: tutela da parte del superiore
Un primario si rivolge alla sua équipe in un ospedale pediatrico: «Lo so, talvolta si creano situazioni difficili quando segnalate a un medico consulente le regole igieniche che vigono per pazienti isolati. Ditemi se posso sostenervi affinché il messaggio passi al collega».

Un caporeparto si rivolge alla sua équipe: «So che non è semplice abituarsi alla continua rotazione di assistenti. Quando non si conosce ancora bene una persona, si preferisce andarci piano con la segnalazione di preoccupazioni legate alla sicurezza. Ciò nonostante, è importante farlo. Fatemi sapere se ci sono difficoltà, posso parlare anch'io al nuovo assistente».

- Esempio: indicazioni in seno all'équipe (p.es. rapporto, seduta, consegna)
Il primario si rivolge ai presenti (medici, infermieri, terapisti) all'inizio della discussione interprofessionale di un caso: «È importante che tutti intervengano se sorgono dubbi in merito a una decisione sulla procedura. Ogni segnalazione è preziosa e vi sarei grata se intervenissero tutti, infermieri, medici assistenti e terapisti».

Il caporeparto in occasione di una seduta dell'équipe: «La settimana scorsa, una paziente a rischio caduta è stata riaccompagnata a letto, ma la collega è uscita dalla camera senza attivare il materasso a sensori. Un'altra collega era presente e l'ha notato. Dopo aver collegato il materasso, l'ha segnalato all'altra. È fondamentale che ci si segnali a vicenda se qualcosa non va, può capitare a tutti di dimenticare qualcosa. Quindi, mi raccomando, parliamo se qualcosa non va come dovrebbe. Per quella paziente una caduta avrebbe potuto avere gravi conseguenze».

Per i medici assistenti è spesso difficile imporsi nei confronti di superiori di altri settori o di altri gruppi professionali. In tali situazioni, può essere utile segnalargli che possono sempre rivolgersi al loro superiore diretto. Dobbiamo dimostrare di essere al loro fianco e assumere la nostra responsabilità di superiori.

Dott.ssa med. Agnes Genewein

Capo clinica Neonatologia, ospedale pediatrico universitario Basilea Città e Campagna

5.4 ESEMPI POSITIVI

Nel mondo professionale, l'istruzione e la socializzazione, per esempio di persone in formazione in un'azienda, avviene sovente in forma non verbale, attraverso l'osservazione, l'imitazione e l'esercitazione. L'esempio e la collaborazione contribuiscono implicitamente al trasferimento di conoscenze, abitudini, comportamenti, norme e regole (109;110). L'importanza degli esempi positivi è nota anche in ambito sanitario. Un primario che si disinfetta le mani prima di entrare nella camera del paziente, per esempio, induce i colleghi a emularlo. Lo stesso accade con un esempio negativo (111).

L'esperimento seguente, svolto con passanti in fila all'ingresso di un cinema, dimostra l'influenza di un modello sullo «speak-up» (112).

Tornata 1 (senza modello)

Uno studente viene pregato di inserirsi tra la gente saltando alcune posizioni della fila.

Risultato: nessuno dice nulla.

Tornata 2 (modello negativo)

Uno studente si inserisce nella fila davanti a un complice, il quale lo guarda arrabbiato e dice: «Smettila di fare il furbo!». Lo studente si mette in coda. Dopo un minuto, un secondo studente compie la stessa operazione, inserendosi davanti ad altre persone in attesa.

Risultato: nessuno dice nulla, nonostante le persone in attesa abbiano assistito allo «speak-up» di una di loro.

Tornata 3 (modello positivo)

Uno studente salta di nuovo un po' di fila. Un suo complice reagisce in modo diplomatico dicendo: «Mi scusi, forse non ha notato, ma qui siamo già in coda da un quarto d'ora». Lo studente si scusa e si mette in coda. Un minuto dopo, un altro studente compie la stessa operazione e passa davanti a persone che, nel frattempo, hanno assistito all'intervento del modello positivo.

Risultato: oltre l'80% delle persone in attesa che hanno osservato lo «speak-up» positivo dicono qualcosa ricorrendo alle stesse formulazioni cordiali.

Nell'ottica del radicamento di una politica dello «speak-up» in ospedale, da questo esperimento si possono trarre le conclusioni seguenti: gli esempi positivi forniscono l'opportunità di apprendere nuovi comportamenti (cfr. anche studio sull'igiene delle mani). Se nella prassi quotidiana osservano «speak-up» riusciti (p.es. buone formulazioni o gesti utili nell'ambito di una visita o di un rapporto), i collaboratori sono indotti, in altre situazioni, a esprimere le proprie preoccupazioni o i propri dubbi in modo analogo. Se in più l'esempio è rappresentato da persone con funzioni di conduzione, la portata del messaggio e dei gesti è ulteriormente amplificata.

Determinate condizioni devono beninteso essere rispettate. Tanto per cominciare, solo le buone formulazioni e i comportamenti costruttivi possono servire da esempi positivi. Un esempio positivo ha inoltre l'effetto sperato solo se altri assistono all'espressione di preoccupazioni legate alla sicurezza, ossia se sono presenti altre persone.

Un esempio può essere anche meno positivo. Se i rischi per la sicurezza vengono regolarmente taciuti e la reazione osservata al cospetto di comportamenti a rischio è spesso il silenzio, tale comportamento rischia di infiltrarsi in seno al resto dell'équipe e, a lungo termine, consolidarsi in una sorta di silenzio collettivo (organizational silence) (113).

Se in seno a un'organizzazione regna un clima di silenzio come reazione a comportamenti a rischio o a violazioni di regole, questi ultimi tendono a essere tollerati e a radicarsi come abitudine nel corso del tempo. Si assiste pertanto alla normalizzazione di devianze (normalization of deviance) (100;114). La violazione delle regole può diventare la norma. Una cultura dello «speak-up» sostenuta e rappresentata da esempi positivi può opporsi a tale deriva.

5.0

5.5 MOTIVARE E TRASMETTERE LE CAPACITÀ NECESSARIE

Quando si tratta di promuovere lo «speak-up» nel lavoro quotidiano, due dimensioni sono rilevanti: aumentare la motivazione a praticarlo e rafforzare le capacità necessarie (*skills*) (11;99;115).

La motivazione a svolgere lo «speak-up» può essere alimentata da resoconti di esperienze fatte da colleghi dell'équipe o dell'ospedale, legate per esempio alla prevenzione di un danno a un paziente grazie alla formulazione delle proprie preoccupazioni oppure alla riuscita introduzione di una cultura dello «speak-up» nonostante lo scetticismo iniziale. Anche il sostegno da parte della direzione e dei superiori nel lavoro quotidiano e l'apprezzamento rivolto a chi pratica lo «speak-up» contribuiscono a favorire la scelta di parlare.

Perfezionamenti, workshop ed esercitazioni aiutano a trasmettere le conoscenze e a rafforzare le capacità necessarie per esprimere le proprie preoccupazioni nella quotidianità professionale o per segnalare comportamenti a rischio. Nell'ambito di perfezionamenti e workshop, si possono approfondire ed esercitare determinati comportamenti, e accordarsi su strategie di comunicazione, parole in codice, cosiddetti *concern statement* ecc. (vedi punto 6). In questo senso, tuttavia, il settore sanitario non è diverso da altri: la semplice trasmissione teorica di conoscenze e informazioni non basta se determinati comportamenti non vengono provati ed esercitati.

L'offerta di perfezionamenti può essere rivolta a tutto l'istituto, a singole équipe, a diversi gruppi di professioni o di funzioni ecc. La scelta dipende dalle esigenze: un corso per persone con funzioni di conduzione, per esempio, può essere incentrato sul loro contributo alla sicurezza psicologica dei collaboratori o sulle possibilità di fungere da esempio per il radicamento di una cultura dello «speak-up».

I workshop o i perfezionamenti in équipe (interdisciplinari) possono essere molto utili, anche se non è facile, se non addirittura impossibile, riunire l'équipe al completo. È però possibile trasmettere un quadro complessivo del concetto di «speak-up» e accordarsi su alcuni gesti o comportamenti convenzionali da applicare in seno al reparto.

Recentemente, constatai che la chemioterapia 24 ore non funzionava, andava solo la soluzione di lavaggio. Ne parlai nell'ufficio infermieristico del reparto, domandando alla mia collega se ci fosse un motivo e insieme controllammo all'ora le infusioni e scoprimmo che quella della chemioterapia non era aperta.

La mia collega era felice che lene avessi parlato. Se non lo avessi fatto, dando per scontato che ci fosse un motivo perché era così, sarebbe passato ancora più tempo prima che l'errore venisse scoperto.

Marlen Schläpfer

Infermiera dipl., studio post-diploma oncologia, Inselspital Berna

QUANDO SI FA SUL SERIO: LO «SPEAK-UP» IN SITUAZIONI CONCRETE

Situazione

- Immaginate di essere pazienti dell'ospedale. Nell'ambito di un intervento chirurgico, il primario viola una disposizione igienica. Che cosa vi aspettereste dagli altri medici e infermieri che osservano l'accaduto?
- Oppure immaginate che a voi stia capitando di non accorgervi di qualcosa di importante. Sareste contenti, o addirittura vi aspettereste, che un collega ve lo segnali?

Le situazioni in cui si tratta di segnalare a colleghi in modo diretto e possibilmente rapido («speak-up» preventivo o «speak-up» orientato al problema, cfr. punto 1.1) un comportamento a rischio o un errore oppure addirittura di interrompere un'azione rischiosa per non mettere a repentaglio il benessere del paziente sono molto frequenti. Spesso, sono circostanze complesse, in cui è necessario farsi forza e superare le proprie inibizioni per riuscire a dire qualcosa.

In queste situazioni, non dovrebbero essere preponderanti gli svantaggi personali a corto termine di uno «speak-up» (p.es. le inibizioni individuali, le possibili reazioni dei colleghi), bensì l'utilità generale risultante dalla formulazione delle proprie preoccupazioni.

Diversi aspetti consentono di superare l'incapacità di parlare in contesti difficili e rilevanti per la sicurezza. Oltre alle già menzionate buone basi per uno «speak-up» in seno all'équipe e all'istituto (p.es. sostegno da parte dei superiori, comprensione comune, esempi positivi), possono tornare utili determinate procedure e strategie di comunicazione. Questa parte si concentra sui fattori seguenti:

- strategie di comunicazione sulla base delle tecniche di assertività ai sensi del Crew Resource Management;
- accordi verbali (p.es. parole in codice);
- gestione di situazioni nelle quali tutto deve procedere spedito;
- gesti come forma non verbale dello «speak-up»;
- sostegno da parte di superiori in situazioni in cui si pratica lo «speak-up».

Prima di presentare strategie e comportamenti concreti, è necessario formulare alcune osservazioni di carattere generale.

Non tutte le situazioni sono uguali

Capita di continuo di dover interrompere seduta stante un'azione per evitare danni a un paziente (p.es. un farmaco somministrato per via intravenosa invece che intramuscolare).

Altre volte, invece, c'è tempo a sufficienza per attendere e verificare se un'azione rischiosa si riveli effettivamente tale (p.es. in occasione di una discussione interdisciplinare è possibile osservare l'evolversi della situazione ed eventualmente intervenire se viene presa una decisione problematica).

Non ogni strategia di comunicazione è adatta a ogni situazione

In presenza di pazienti o familiari, servono sovente altri sistemi di comunicazione e strategie. Non è il caso di parlare direttamente di certe cose, è meglio ricorrere per esempio a una parola in codice per far capire al collega di allontanarsi un attimo dal letto per discutere.

L'impiego di parole in codice, però, ha evidentemente senso solo se tutte le parti coinvolte ne conoscono il significato. Se per esempio si tratta di segnalare qualcosa a un medico consiliare che per la prima volta si trova in quel reparto, una parola in codice pattuita internamente è del tutto inutile.

La comunicazione necessita di due persone: l'emittente e il destinatario

Della qualità e della riuscita di una comunicazione non è responsabile solo chi parla (emittente), bensì anche la persona a cui è rivolto il messaggio (destinatario) (116;117). Il diffuso modello di comunicazione di Schultz von Thun (117) prevede quattro elementi di un messaggio (contenuto, rivelazione di sé, relazione, appello) che devono sempre essere trasmessi dall'emittente e percepiti dal destinatario. I malintesi tra emittente e destinatario sono possibili in tutti i quattro settori e, di conseguenza, numerosi.

Ciò significa che per lo «speak-up» non è importante solo come tali preoccupazioni vengono espresse, ma anche come la persona interpellata le percepisce e vi reagisce (p.es. ringraziando per la segnalazione).

6.0

Trovare un linguaggio comune

Una volta instaurata una comprensione comune su come esprimere vicendevolmente dubbi e preoccupazioni, quindi una volta trovato un linguaggio comune, lo «speak-up» risulta più semplice ed efficace, e malintesi e tensioni tra emittente e destinatario si riducono. Se per esempio ci si è accordati su una formulazione che per tutti significa «questo è uno «speak-up» (cfr. punto 6.2), al destinatario risulta più facile capire che si tratta, appunto, di uno «speak-up» e non di mettere in discussione le sue competenze.

6.1 ASSERTIVITÀ IN QUALITÀ DI AVVOCATO DEI PAZIENTI – STRATEGIE DI COMUNICAZIONE DEL CREW RESOURCE MANAGEMENT

Nel campo dell'aviazione, è stato sviluppato il concetto di Crew Resource Management (CRM) al fine di migliorare il lavoro di squadra e la comunicazione. L'obiettivo era quello di riconoscere ed eliminare gli errori, e aumentare la sicurezza e l'efficacia a bordo (118). Nell'ambito del CRM, sono state sviluppate tecniche di comunicazione per formulare preoccupazioni legate alla sicurezza. Anche se finora i dati empirici non collegano inequivocabilmente l'introduzione di tale concetto a una maggiore sicurezza aerea, il CRM è ampiamente diffuso e i collaboratori delle compagnie aeree di tutto il mondo vengono istruiti in modo sistematico al riguardo (119).

In campo medico, sono stati creati diversi strumenti CRM e strategie per la formulazione di dubbi e preoccupazioni considerati utili per i collaboratori degli ospedali (104; 120–122) in situazioni come la seguente:

In questa situazione, mi spremerei talmente il cervello per trovare le parole giuste per dirglielo che alla fine sarebbe troppo tardi. Oppure mi ritroverei in un bagno di sudore ... (estratto di un'intervista a un medico assistente ...)

Di seguito, presentiamo tre di queste tecniche, in quanto ci sembrano particolarmente utili. Le diverse strategie hanno caratteristiche comuni. Vengono descritte essenzialmente osservazioni o percezioni individuali, quindi espresse in prima, e non in terza persona singolare. In questo modo, è più difficile che il destinatario si senta aggredito o giudicato. Le preoccupazioni o i dubbi non vengono espressi vagamente o mimetizzati in segnalazioni da «speriamo in bene», bensì formulati con parole chiare e concrete.

Le analogie tra le varie strategie sono palesi, in quanto il CRM formula principi di comunicazione fondamentali che si ritrovano nelle varie tecniche, tra cui *l'assertiveness* (assertività), *l'advocacy* (patrocinio del paziente) e *l'inquiry* (indagine).

L'assertività è la capacità di segnalare in modo chiaro un problema osservato e di risolverlo (123) senza aggredire l'interlocutore. Si tratta insomma di parlare in modo adeguato e rispettoso, di esporre in modo chiaro la propria opinione, e di accertarsi che in futuro l'informazione rilevante per la sicurezza venga tenuta in considerazione e che il problema venga risolto.

Impegnarsi per i pazienti e la loro sicurezza, quindi assumere il loro patrocinio (*advocacy*) esprimendo i propri dubbi e le proprie preoccupazioni, dovrebbe essere automatico anche se vanno messe in conto resistenze o se occorre rivolgersi a superiori in grado (122).

Indagare (*inquiry*) significa scoprire il punto di vista dell'altra persona ponendo domande, tenerne conto e confrontarlo con il proprio parere.

Lo «speak-up» spesso ti coglie alla sprovvista. Una reazione spontanea, adeguata e costruttiva può dunque essere una sfida anche nel ruolo di superiore.

Dott. med. Martin Wernli

Primario, Direttore Centro oncologico Mittelland, Ospedale cantonale Aarau

a) Assertive statement
(*esternazione assertiva*)

Con l'ausilio di questa tecnica di comunicazione a più livelli, indicazioni e informazioni vengono formulate in modo rispettoso, presentando una proposta concreta di soluzione e considerando il punto di vista della persona interpellata (120;122–124).

Introdurre il discorso e ottenere attenzione

- Rivolgersi all'interlocutore chiamandolo per nome.
- Instaurare un contatto visivo.

P.es.: «Mi scusi, signor Rossi ...»; «Brigitte ...»

Esprimere la preoccupazione o il dubbio

- Parlare in prima persona.
- Utilizzare un linguaggio chiaro e diretto.
- Esprimere le proprie preoccupazioni.
- Eventualmente ricorrere a cosiddetti concern statement (vedi anche punto 6.2).

P.es.: «Mi preoccupa il fatto che ...»; «Temo che potrebbe verificarsi un problema ...»; «Credo di aver visto qualcosa di inconsueto ...»

Descrivere il problema secondo il proprio punto di vista

- Il problema può sussistere effettivamente o essere percepito come tale.
- Spiegare in modo breve e conciso.
- Evitare formulazioni da «speriamo in bene», ossia frasi vaghe nella speranza che chi deve capire capisca.

P.es.: «Credo che abbiamo bisogno di aiuto.»; «Da quello che vedo ...»; «Non ne sono sicuro, ma qui potrebbe ...»

Proporre una soluzione

- Presentare un piano concreto o formulare una proposta di soluzione.
- Non porre domande da sì o no.
- Se non è possibile proporre una soluzione, esporre di nuovo il problema e appellarsi allo spirito di squadra.
- Agire secondo le competenze dettate dal proprio ruolo professionale.

P.es.: «Propongo di ...»; «Analizziamo di nuovo la soluzione ...»; «Parliamone ancora di fuori ...»; «Dovremmo parlarne di nuovo durante il briefing prima di incominciare l'intervento ...»; «Propongo di trasferire il paziente in cure intensive ...»; «Dovremmo informare il primario ...»

Ottenere comprensione, rispettivamente una presa di posizione

- Considerare il punto di vista dell'interlocutore.
- Ricevere conferma che quanto esposto è stato recepito.

P.es.: «Che cosa ne pensa?»; «Sei d'accordo?»; «Che cosa ti pare?»

- Esempio: Prima di un intervento, il chirurgo decide di accorciare il team time out, adducendo il fatto che si tratta di una semplice operazione di routine. L'anestesista reagisce affermando: «Dott. Bianchi, temo che se non svolgessimo completamente il team time out potrebbe sfuggirci qualcosa di importante, pur trattandosi di un intervento di poca cosa. Dovremmo concludere completamente il processo, prima di iniziare. È d'accordo?».

b) «Advocacy and inquiry »
(*patrocinio e indagine*)

Questa tecnica comprende due elementi. In una prima fase, la persona che prende la parola descrive l'osservazione di un'azione o di una situazione rilevante per la sicurezza, impegnandosi di fatto a favore del benessere del paziente (advocacy). È importante che esprima la sua percezione personale e il suo punto di vista, senza porsi in contrapposizione con l'interlocutore. Le preoccupazioni dovrebbero essere formulate senza dare segni di rabbia o nervosismo, ma nemmeno di imbarazzo (104).

In una seconda fase, si tratta di acquisire il punto di vista dell'interlocutore (inquiry), il quale viene invitato a esprimersi al riguardo. Ciò consente di confrontare le prospettive di entrambe le parti.

L'obiettivo di questa strategia di comunicazione è quello di favorire la comprensione reciproca e di consentire l'apprendimento comune (125;126), ragione per la quale tale procedura viene sovente utilizzata nell'ambito di simulazioni, durante il debriefing di un'esercitazione (82).

- Esempio: Un'infermiera si rivolge alla sua collega nella camera del paziente: «Vedo adesso che l'infusione della signora Rossi è terminata e non è ancora stata sostituita. Ho paura che ciò possa provocare problemi nel port-à-cath. Dovremmo sostituirla immediatamente, che ne dici?».
- Esempio: Un medico assistente si rivolge al capo clinica: «Ho notato che la prescrizione per il signor Bianchi contiene un'indicazione inconsueta in ml. Temo che possa causare incertezze al momento del dosaggio; dovremmo forse cambiarla. Sei d'accordo?».

6.0

c) Tecnica CUS

Un'altra possibilità per esprimere preoccupazioni e dubbi è la cosiddetta tecnica CUS. Il nome deriva dal climax ascendente su cui si basa la strategia di comunicazione.

I am concerned.
Sono preoccupato.

I am uncomfortable.
Sono inquieto.

This is a safety issue.
Abbiamo un problema di sicurezza.

Le tre frasi descrivono l'aumento dell'intensità della preoccupazione o del dubbio. Ai livelli U ed S – in particolare la menzione di un problema di sicurezza (S) – si giunge solo se al livello C non si è trovata una soluzione (104;122).

- Esempio: Un medico assistente si rivolge al capo clinica: «Mi preoccupa la situazione del signor Bianchi. Mi inquieta tenerlo qui in reparto, il suo stato è instabile».

6.2 ESPRESSIONI CONVENZIONALI: PAROLE IN CODICE E CONCERN STATEMENT

Il ricorso a determinate formulazioni convenute in seno all'équipe è un'altra possibilità di esprimere preoccupazioni e dubbi. Le cosiddette parole in codice sono per esempio adatte quando pazienti e/o familiari sono presenti o nelle vicinanze e si desidera evitare che si allarmino inutilmente o perdano fiducia nelle cure dell'ospedale (104).

*È difficile quando il paziente è presente, trovo sia una situazione delicata ...
(estratto di un'intervista a un'infermiera ...)*

Affinché queste formulazioni convenzionali siano efficaci, tutte le persone coinvolte devono essere al corrente sul «come» e il «quando». Serve dunque sviluppare una comprensione comune in seno all'équipe

- su quali formulazioni utilizzare e che cosa significano;
- su quando utilizzarle e quando invece non è il caso (p.es. situazioni in cui è meglio discutere in un secondo tempo).

Esempi di parole in codice (104;127)

- Chiarezza: «Ho bisogno di maggiore chiarezza. Possiamo parlarne brevemente?»
- Aggiornamento: «Possiamo uscire un attimo per un aggiornamento?»

È possibile anche accordarsi su frasi complete, per esempio:

- «Dobbiamo parlarne brevemente».
- «Ho una questione importante da porre. Possiamo parlarne al volo?»

Nell'aviazione, la formulazione «*Below Ten Thousand*» significa che il pilota necessita di assoluta concentrazione e vanno dunque evitate le distrazioni, in quanto l'apparecchio si trova a un'altitudine inferiore ai 10 000 piedi. Questa parola chiave è stata trasferita in ambito chirurgico e viene utilizzata dalle équipes per indicare una fase in cui serve la massima concentrazione (128).

Come dimostra questo esempio, è possibile introdurre formulazioni convenzionali di diversa natura. L'importante è che ogni équipe ne scelga una adatta ai suoi membri, possibilmente semplice da pronunciare e che non abbia doppi sensi o suoni aggressiva.

Anche i cosiddetti *concern statement*, parte di diverse strategie di comunicazione menzionate in precedenza, possono essere pattuiti in seno a un'équipe. Se contengono determinati elementi noti a tutti e ripetutamente utilizzati, permettono di far capire subito ai presenti che si tratta di uno «speak-up» (127).

Esempi di *concern statement*:

- «Mi preoccupa che ...»
- «Temo che ...»
- «Penso che potremmo avere un problema ...»
- «Mi provoca inquietudine il fatto che ...»

Capita spesso che preoccupazioni e dubbi vengono formulati senza però ottenere alcun effetto, non perché l'interlocutore ignori volutamente quanto segnalato, ma perché nelle situazioni più concitate può accadere che si dia un'importanza secondaria a queste informazioni. Se si ha la sensazione di non riuscire a ottenere l'attenzione del proprio interlocutore, si può tentare con un «Mi senti?». Anche queste formulazioni potrebbero essere convenute tra i membri dell'équipe.

6.3 QUANDO OCCORRE DECIDERE VELOCEMENTE

Quando una situazione esige una reazione molto rapida per prevenire un'azione errata o rischiosa, l'utilizzo di parole in codice può essere una possibilità. Esse, infatti, al contrario delle strategie descritte in precedenza (p.es. assertive statement, advocacy e inquiry) non si basano su una successione di passaggi che richiede un certo tempo. Le parole in codice permettono di comunicare in modo rapido e conciso, di essere riconosciute e capite come tali dal proprio interlocutore («Questa persona vuole esprimere un dubbio o una preoccupazione»), e di generare dunque la necessaria reazione.

L'avevo notato e mi sono chiesta, che cosa dire? Il tempo era troppo poco per riflettere ... saranno stati dieci secondi. (estratto di un'intervista a un'infermiera ...)

6.4 GESTI

In alcune situazioni, i gesti sono più rapidi delle parole. Un esempio tipico, più volte menzionato nelle interviste condotte nell'ambito del nostro studio, è il gesto di passare il disinfettante per far capire a un collega di rispettare le norme igieniche (cfr. punto 2.3).

Si, molte cose si riducono a una questione di velocità. Ho visto che voleva dare ancora un'occhiata alla ferita e gli ho dato il disinfettante che tengo sempre nella tasca del camice. (estratto di un'intervista a un medico assistente ...)

I gesti sono una valida alternativa quando il tempo scarseggia, ma anche quando si tratta di segnalare un comportamento a rischio mantenendo una certa discrezione, per esempio in presenza di colleghi e pazienti. Infermieri e medici ricorrono sovente ai gesti quando temono che un intervento verbale possa esporre un collega a una brutta figura o allarmare il paziente oppure quando la differenza di gerarchia o di esperienza è importante (cfr. punto 2.3).

Faccio fatica a dire a qualcuno con molta esperienza: «Deve indossare un camice». Ma ho notato che funziona limitarsi a indicare lì c'è un camice, lì c'è un disinfettante. (estratto di un'intervista a un capo clinica ...)

Tra infermieri e infermieri si è tra colleghi, ma con i medici è un'altra cosa. Con un medico assistente ancora ancora... ma più aumenta il grado gerarchico più è dura. In questi casi, al posto di parlare mi limito per esempio a passargli i guanti. (estratto di un'intervista a un'infermiera ...)

Nella maggior parte dei casi, mi limito a passare i guanti, ma di sicuro non lo dico in presenza del paziente. Alla fine, i guanti li prendono. (estratto di un'intervista a un'infermiera ...)

6.5 SOSTEGNO DA PARTE DEI SUPERIORI

Come già descritto, le persone con funzioni di conduzione possono aiutare i collaboratori a sentirsi sicuri e a esprimere preoccupazioni legate alla sicurezza dei pazienti. Vale la pena annettere la necessaria importanza al tema (cfr. punto 5.3), ma anche, nel caso concreto, dimostrare il proprio sostegno alla persona che ha praticato lo «speak-up».

Se per esempio un primario ringrazia nel proprio rapporto un medico assistente per la preziosa indicazione oppure sottolinea in occasione di una visita l'importanza dell'intervento di un'infermiera che ha ricordato una norma igienica, la persona in questione, sentendosi protetta da reazioni inadeguate dei presenti, sarà incoraggiata a praticare di nuovo lo «speak-up» dovesse riproporsi l'occasione.

DIRE QUALCOSA, ANCHE DOPO

CAPITA DI CONTINUO CHE PREOCCUPAZIONI E DUBBI NON VENGONO ESPRESSI. IL SILENZIO PUÒ AVERE MOLTEPLICI MOTIVAZIONI: È ANDATO TUTTO TROPPO VELOCE, SONO MANCATE LE PAROLE GIUSTE, NON SI HA VOLUTO ALLARMARE IL PAZIENTE O ESPORRE UN COLLEGA A UNA BRUTTA FIGURA.

*È difficile dire qualcosa, tutto va velocissimo.
(estratto di un'intervista a un capo clinica ...)*

*Non credo si possa affrontare la questione al letto del paziente, però si può aspettare di uscire e domandare: «Posso parlarle di qualcosa che si è verificato in camera?». Io non l'ho fatto, ma effettivamente sarebbe stata una possibilità.
(estratto di un'intervista, primario ...)*

Anche se non si ha avuto il tempo o la possibilità di intervenire formulando le proprie preoccupazioni od osservazioni, vale comunque la pena di farlo a posteriori. Condividere i propri dubbi e timori, anche successivamente, significa condividere le proprie conoscenze e apprendere l'uno dall'altro nell'ottica di un possibile riverificarsi di una determinata situazione. Ciò consente di ...

... proteggere altri pazienti da un potenziale pericolo, evitando che un comportamento rischioso si ripeta in futuro;

... tutelare i colleghi dal reiterare un comportamento rischioso o un errore da potenziali gravi conseguenze;

... contribuire a ribadire l'importanza di regole e standard di sicurezza e a sviluppare una comprensione comune sull'inaccettabilità di una violazione delle misure di sicurezza.

Un colloquio a posteriori permette inoltre di ottenere o di fornire un riscontro su come è stato vissuto lo «speak-up» e di concordare come gestire meglio in futuro situazioni analoghe. In questo modo, il tema dello «speak-up» resta per così dire all'ordine del giorno, il che favorisce lo sviluppo di una comprensione comune in seno all'équipe su come e quando esprimere le proprie preoccupazioni. Il colloquio non è astratto e ipotetico, ma basato su situazioni concrete vissute nel lavoro quotidiano. Se in seno a un'équipe o a un reparto la segnalazione di dubbi e preoccupazioni è consueta, accettata e auspicata, risulterà più agevole praticare lo «speak-up» o, al limite, chiedere un colloquio successivo (cfr. punto 5.2).

Lo **stile costruttivo** di un colloquio è essenziale. A tale riguardo, si può fare riferimento ai principi del riscontro costruttivo (129;130). La formulazione di una preoccupazione legata alla sicurezza dovrebbe essere oggettiva e descrittiva, e non alterata da generalizzazioni, interpretazioni, se non addirittura da rimproveri e accenni alle caratteristiche delle persone in questione. È bene ricorrere a frasi in prima persona e parlare delle proprie osservazioni e impressioni, non per sentito dire.

E ricordate: **emittente e destinatario** forniscono entrambi il loro contributo alla riuscita del colloquio (cfr. punto 6). Conta dunque come i riscontri vengono formulati, ma anche come essi vengono accolti. Si consiglia per esempio di lasciar finire di parlare il proprio interlocutore e di ringraziarlo se ci ha segnalato un rischio per la sicurezza. Ci sono diversi modi per affrontare a posteriori situazioni rilevanti per la sicurezza. È possibile per esempio parlarne a quattr'occhi, per fornire un riscontro personale, oppure in gruppo. Entrambe le varianti sono attuabili in modo semplice e rapido dopo il verificarsi di una determinata situazione, e sono applicabili indipendentemente da eventuali differenze gerarchiche.

7.1 BREVE COLLOQUIO A QUATTR'OCCHI: FORNIRE UN RISCONTRO PERSONALE

I riscontri personali non necessitano di un contesto formale. Bastano uno–due minuti a quattr'occhi per

- discutere preoccupazioni legate alla sicurezza che al verificarsi della situazione non erano state formulate. In questo caso, è possibile ricorrere alle strategie di comunicazione descritte in precedenza (cfr. punto 6);
- tornare su una situazione in cui si è praticato lo «speak-up». Un breve colloquio a due consente per esempio di ringraziare un collega per un'importante segnalazione o, in qualità di superiore, di sottolineare l'importanza della decisione del collaboratore di intervenire.

7.2 «HUDDLE»: RIUNIRSI PER DISCUTERE IN MODO BREVE E INFORMALE

Che cosa sono gli *huddle*?

Gli *huddle* sono brevi incontri di più persone volti a scambiare informazioni oppure a discutere eventi e problemi (131). Essi possono essere sfruttati per affrontare problemi esistenti o imminenti legati alla sicurezza oppure per esprimere le proprie preoccupazioni (*safety huddle*) (132;133). Gli *huddle* possono essere programmati e organizzati a orari fissi se si riferiscono a situazioni chiaramente definite, una sorta di briefing prima di un'operazione o di debriefing dopo l'intervento (cfr. punto 1.3). In alternativa, però, possono essere tenuti spontaneamente in seguito a un determinato evento o a un'osservazione. Questi *huddle* ad hoc vengono per esempio avviati da collaboratori di uno specifico reparto/gruppo, indipendentemente dalla loro funzione e dai loro compiti, e possono coinvolgere colleghi di altri reparti, se erano presenti nella situazione di cui occorre discutere (134). Gli *huddle* non sono sedute o rapporti, richiedono solo pochi minuti, sono informali e possono essere integrati nella routine (quotidiana). Il loro formato consente un'organizzazione spontanea, dato che le procedure di lavoro vengono interrotte solo brevemente (135).

Pur considerando l'enorme varietà di contesti e formati, a grandi linee lo svolgimento di un *safety huddle* ad hoc può essere descritto come segue:

- si verifica, rispettivamente viene osservata una situazione rilevante per la sicurezza;
- uno dei presenti ritiene che tale situazione necessiti di un *huddle* e riunisce le persone coinvolte, senza evidentemente trascurare l'assistenza urgente ai pazienti;
- le persone in questione si riuniscono brevemente, se possibile in un posto tranquillo;
- la persona che ha convocato l'*huddle* apre il colloquio esprimendo la sua preoccupazione;
- il gruppo discute brevemente la situazione o il problema;
- tutti tornano alle loro mansioni.

Quale utilità hanno gli *huddle* per la sicurezza dei pazienti?

Osservato un rischio rilevante per la sicurezza, verificatasi una situazione rischiosa o delineatosi un potenziale problema, tutte le persone coinvolte possono essere convocate per un *huddle*. Ciò permette di contenere i problemi o di identificare i rischi prima che diventino problemi.

Gli *huddle* sono inoltre un'opportunità di apprendere vicendevolmente. L'incontro di più persone che hanno assistito alla situazione, compresi collaboratori di altri reparti che in quel momento erano presenti, favorisce lo scambio di informazioni e di conoscenze. Gli *huddle* riuniscono quindi membri di gruppi professionali e reparti diversi e con esperienze diverse, il che sostiene lo sviluppo di una comprensione comune della sicurezza e dell'approccio alle preoccupazioni legate alla sicurezza. Partecipando a un *huddle*, i nuovi collaboratori (p.es. medici assistenti, persone in formazione) acquisiscono più velocemente nozioni importanti sul lavoro in un determinato reparto (135) (cfr. punto 5.2). La grande differenza con un riscontro personale a quattr'occhi sta proprio in questo: un *huddle* permette a un intero gruppo – nel contesto di una situazione concreta – di apprendere e di condividere valori, valutazioni e impressioni.

Come sfruttare gli *huddle* per esprimere preoccupazioni quando una situazione rilevante per la sicurezza si è già verificata?

Un *huddle* è la riunione di un gruppo ed è dunque praticabile solo quando più persone erano presenti in una determinata situazione oppure più persone ne possono beneficiare.

a) «*Speak-up*» a posteriori dopo che una situazione si è conclusa senza aver formulato le proprie preoccupazioni o aver segnalato qualcosa di rilevante

In questo caso, l'*huddle* serve a recuperare uno «*speak-up*». Lo scambio consente di rinfrescare le conoscenze dei collaboratori e di sensibilizzarli sul tema della sicurezza. Se sono presenti nuovi colleghi o persone in formazione, per esempio, questa sensibilizzazione dovrebbe permettere di evitare che acquisiscano da altri abitudini rischiose.

Le strategie di comunicazione *advocacy* e *inquiry* descritte al punto 6.1 potrebbero rappresentare uno stile di colloquio adeguato alla bisogna.

- Esempio: Un medico assistente e due infermieri accompagnano un paziente critico che deve essere trasportato molto velocemente nelle cure intensive. Mentre il paziente viene spinto nell'ascensore, la responsabile del reparto nota da lontano che il tubo esterno del drenaggio toracico è stato posizionato sul letto vicino alla testa del paziente. Quando i tre colleghi fanno ritorno in reparto, la responsabile li riunisce insieme a due persone in formazione e, prendendo spunto da quanto osservato, discute i rischi di un trasporto di questo genere e come effettuarlo correttamente.

7.0

b) Discussione successiva di uno «speak-up»: riscontro positivo o riflessione critica

Se l'intervento di un collega ha permesso di evitare che un paziente vivesse una situazione a rischio, un breve *huddle* consente di ribadire ai partecipanti l'importanza e l'utilità di esprimere le proprie preoccupazioni legate alla sicurezza. I superiori possono inoltre cogliere l'occasione di riformulare il loro auspicio che tutti i collaboratori facciano lo stesso. Un *huddle* può però anche servire a discutere uno «speak-up» non andato a buon fine.

- Esempio: Dopo la visita, il primario chiede a tutti i presenti di fermarsi brevemente e li riunisce in un punto tranquillo del corridoio del reparto. Il primario ritorna sulla visita appena conclusa e ringrazia il medico assistente per avergli ricordato un'intolleranza di un paziente che a lui era sfuggita al momento di adeguare la farmacoterapia.
- Esempio: Durante una visita invasiva, a un direttore sanitario viene segnalata l'omissione di una misura igienica ma, a causa dello stress, reagisce malamente. Una volta riportato il paziente in reparto, riunisce i presenti, ritorna su quanto accaduto, si scusa e ribadisce il suo auspicio che anche altri membri dell'équipe intervengano se notano qualcosa che non va.

Raccomandazioni per l'introduzione e lo svolgimento degli *huddle* in ospedale

Lo studio di Provost et al. (135) e l'Institute for Healthcare Improvement (136) esprime le seguenti raccomandazioni:

- l'idea e l'obiettivo di nuovi *huddle* devono essere discussi e spiegati in seno all'équipe. Dovrebbe dunque essere chiaro per tutti in quali situazioni e in merito a quali temi venga convocato un *huddle*, da chi e come;
- gli *huddle*, che di regola si svolgono in piedi, dovrebbero tenersi in un luogo adeguato e ben accessibile a tutti;
- gli *huddle* sono brevi, non dovrebbero richiedere più di qualche minuto;
- gli *huddle* dovrebbero tenersi regolarmente affinché non restino un evento straordinario, bensì diventino un'abitudine.

OGNI MOMENTO È BUONO PER INIZIARE

NELLE PARTI PRECEDENTI, ABBIAMO DESCRITTO DIVERSE POSSIBILITÀ E PROCEDURE PER PRATICARE E FAVORIRE LO «SPEAK-UP» NELLA QUOTIDIANITÀ DI UN OSPEDALE, PRESENTATO PUNTI DI VISTA CHE CONTRIBUISCONO A CREARE UNA BUONA BASE PER LO «SPEAK-UP», MOSTRATO COME ESPRIMERE PRE-OCCUPAZIONI, PROBLEMI O DUBBI E ILLUSTRATO COME AFFRONTARE A POSTERIORI UNA SITUAZIONE RILEVANTE.

Ora, vorremmo invitarvi a mettere in pratica quanto letto.

1. Concretizzare l'esperienza mentale

All'inizio della seconda parte della pubblicazione (punto 4.2), abbiamo presentato due esperimenti mentali, che ora potrebbero essere attuati nella pratica. Verificate se i vostri colleghi intervengono qualora eseguite un'azione rischiosa.

Esempio: dimenticate di disinfettare le mani al letto di un paziente e fate in modo che i vostri colleghi lo notino.

Variante A: un collega lo nota e ve lo segnala oppure vi passa il disinfettante. Lo ringraziate per l'indicazione e vi disinfettate le mani prima di procedere con la visita.

Variante B: nessuno interviene. Prima di procedere con la visita, prendete il disinfettante e disinfettatevi le mani. In un secondo tempo, riunite i colleghi e tematizzate brevemente l'accaduto: «Ho quasi commesso un errore, la prossima volta vi prego di avvertirmi».

2. Cogliere al volo la prima opportunità di praticare lo «speak-up»

La prossima volta che osservate un comportamento rischioso o una violazione delle misure di sicurezza, prefiggetevi di parlarne con il collega in questione.

A tale scopo, può essere utile formulare cosiddette *implementation intention* (intenzioni di attuazione), del tipo: «Se si presenta la situazione X, faccio Y». Questo modo di procedere agevola di regola la concretizzazione delle intenzioni e l'automatizzazione dei processi (137).

Nell'ottica della formulazione di preoccupazioni legate alla sicurezza o di problemi, ciò significa pensare a una situazione familiare e nella quale è regolarmente necessario segnalare un rischio o esprimere un dubbio. Riflettete su come interpellare concretamente il collega in questione e su quali formulazioni scegliereste.

Tenete sempre presente le vostre intenzioni di attuazione e applicatele non appena si presenta l'occasione.

3. Mettere in discussione gli attuali atteggiamenti

Come descritto al punto 1, gli atteggiamenti individuali possono contribuire allo «speak-up». Che cosa pensate dei vostri colleghi e del loro comportamento? Siete dell'opinione che

- siano interessati a una buona collaborazione?
- il loro obiettivo prioritario sia la migliore assistenza possibile ai pazienti?

Analogamente, risulta più facile accettare l'indicazione di un collega e reagire adeguatamente se partiamo dal presupposto che egli non vuole criticarci o mettere in discussione il nostro operato, bensì semplicemente esprimere una sua preoccupazione nell'interesse del paziente e, non va dimenticato, anche del nostro stesso interesse, dato che la segnalazione può prevenire un errore. È normale avere il riflesso di ribellarsi con un rifiuto o tenendo le distanze, ma dobbiamo imporci di superare questa prima fase e di reagire in modo costruttivo al cospetto del collega che esprime le sue preoccupazioni.

4. Pianificare un *huddle*

Se leggendo la presente pubblicazione avete avuto l'impressione che l'*huddle* (punto 7.2) possa essere una valida variante in seno alla vostra équipe o al vostro reparto per discutere rapidamente e concretamente un problema, segnalarsi errori a vicenda e apprendere, pianificate uno.

Secondo la vostra funzione, decidete con chi parlarne e definite come e in quali situazioni tenere un *huddle*. Importante: informate i colleghi in merito al concetto e alla procedura prima di convocare il primo *huddle*.

Pubblicazione Sicurezza
dei pazienti Svizzera

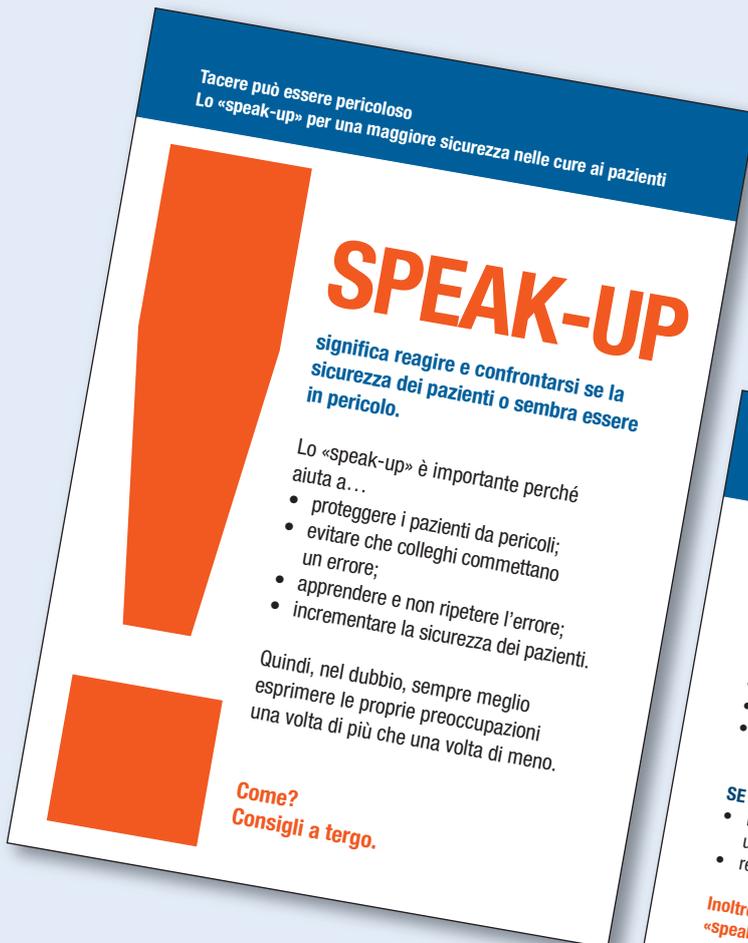
Speak
up

Speak-up
Pocket Card

LA «SPEAK-UP» POCKET CARD

Questa Pocket Card:

- riepiloga brevemente i principali contenuti della presente pubblicazione;
- nel trambusto del lavoro quotidiano, aiuta a tener presente quanto letto;
- trova spazio nella tasca del camice;
- può essere utilizzata come segno distintivo «lo pratico lo speak-up».



BIBLIOGRAFIA

- (1) Morrison EW, Wheeler-Smith SL, Kamdar D. Speaking up in groups: A cross-level study of group voice climate and voice. *Journal of Applied Psychology* 2011;96:183-91.
- (2) Morrison EW. Employee voice behavior: Integration and directions for future research. *The Academy of Management Annals* 2011;5:373-412.
- (3) Brinsfield CT, Edwards MS, Greenberg J. Voice and silence in organizations: Historical review and current conceptualizations. In: Greenberg J, Edwards MS (Hrsg.). *Voice and silence in organizations*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited; 2009. S. 3-33.
- (4) Vincent C. *Das ABC der Patientensicherheit*. Schriftenreihe Nr. 4. Zürich: Patientensicherheit Schweiz; 2012.
- (5) Francis R. *Freedom to speak up. An independent review into creating an open and honest reporting culture in the NHS*. London: The Stationery Office; 2014.
- (6) St. Pierre M, Hofinger G. *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin* (3. Auflage). Berlin: Springer-Verlag; 2014.
- (7) Schwappach D. Patient safety: What is it all about? *Contributions to Nephrology* 2015;184:1-12.
- (8) Reason J. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
- (9) Schwappach D, Gehring K. Trade-offs between voice and silence: A qualitative exploration of oncology staff's decisions to speak up about safety concerns. *BMC Health Services Research* 2014;14:303.
- (10) Maxfield D, Grenny J, McMillan R, Patterson K, Switzler A. *Silence kills. The seven crucial conversations for healthcare*. Aliso Viejo (CA): American Association of Critical Care Nurses; Association of perioperative Registered Nurses; VitalSmarts; 2005.
- (11) Maxfield D, Grenny J, Lavandero R, Groah L. The silent treatment. Why safety tools and checklists aren't enough to save lives. *Patient Safety and Quality Healthcare* 2011;September/October.
- (12) Reason J. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot: Ashgate; 1997.
- (13) Morrison EW. Employee voice and silence. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 2014;1:173-97.
- (14) Edmondson AC. Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies* 2003;40:1419-52.
- (15) Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: An insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine* 2004;79.
- (16) Dwyer J. *Primum non tacere. An ethics of speaking up*. *Hastings Center Report* 1994;24:13-8.
- (17) Raemer DB, Kolbe M, Minehart RD, Rudolph JW, Pian-Smith M. Improving faculty's ability to speak-up to others in the operating room: A simulation-based randomized controlled trial of an educational intervention and a qualitative analysis of hurdles and enablers. *Academic Medicine* (im Druck).
- (18) Edmondson AC. *Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2012.
- (19) Eppich W. Speaking up for patient safety in the pediatric emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2015;16:83-9.
- (20) Kolbe M, Burtscher MJ, Wacker J, Grande B, Nohynkova R, Manser T, et al. Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: An observational study. *Anesthesia & Analgesia* 2012;115:1099-108.
- (21) Liang J, Farh CIC, Farh J-L. Psychological antecedents of promotive and prohibitive voice: A two-wave examination. *Academy of Management Journal* 2012;55:71-92.
- (22) Van Dyne L, Ang S, Botero IC. Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *Journal of Management Studies* 2003;40:1359-92.
- (23) Wei X, Zhang Z-X, Chen X-P. I will speak up if my voice is socially desirable: A moderated mediating process of promotive versus prohibitive voice. *Journal of Applied Psychology* 2015.
- (24) Weiss M, Kolbe M, Grote G, Dambach M, Marty A, Spahn DR, et al. Agency and communion predict speaking up in acute care teams. *Small Group Research* 2014;45:290-313.
- (25) St. Pierre M, Scholler A, Strembski D, Breuer G. Äusseren Assistenzkräfte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken? *Anaesthesist* 2012;61:857-66.
- (26) Souba W, Way D, Lucey C, Sedmak D, Notestine M. Elephants in academic medicine. *Academic Medicine* 2011;86.
- (27) Bienefeld N, Grote G. Silence That May Kill: When aircrew members don't speak up and why. *Aviation Psychology and Applied Human Factors* 2012;2:1-10.
- (28) Detert JR, Edmondson AC. Implicit voice theories: Taken-for-granted rules of self-censorship at work. *Academy of Management Journal* 2011;54:461-88.
- (29) Milliken FJ, Morrison EW, Hewlin PF. An exploratory study of employee silence: Issues that employees don't communicate upward and why. *Journal of Management Studies* 2003;40:1453-76.
- (30) Detert JR, Edmondson AC. Why employees are afraid to speak. *Harvard Business Review* 2007;85:23-5.
- (31) Kish-Gephart JJ, Detert JR, Treviño LK, Edmondson AC. Silenced by fear: The nature, sources, and consequences of fear at work. *Research in Organizational Behavior* 2009;29:163-93.
- (32) Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly* 1999;44:350-83.

- (33) Bould MD, Sutherland S, Sydor D, Naik V, Friedman Z. Residents' reluctance to challenge negative hierarchy in the operating room: A qualitative study. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 2015;62:576-86.
- (34) Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Services Research* 2014;14:61-9.
- (35) Howell TM, Harrison DA, Burris ER, Detert JR. Who gets credit for input? Demographic and structural status cues in voice recognition. *Journal of Applied Psychology* 2015.
- (36) Schwappach DLB, Gehring K. 'Saying it without words': A qualitative study of oncology staff's experiences with speaking up about safety concerns. *BMJ Open* 2014;4:e004740.
- (37) Schwappach DLB, Gehring K. Silence that can be dangerous: A vignette study to assess healthcare professionals' likelihood of speaking up about safety concerns. *PLoS ONE* 2014;9:e104720.
- (38) Kobayashi H, Pian-Smith M, Sato M, Sawa R, Takeshita T, Raemer D. A cross-cultural survey of residents' perceived barriers in questioning/challenging authority. *Quality and Safety in Health Care* 2006;15:277-83.
- (39) Liu W, Tangirala S, Ramanujam R. The relational antecedents of voice targeted at different leaders. *Journal of Applied Psychology* 2013;98:841-51.
- (40) Milgram S. Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal Psychology* 1963;67:371-8.
- (41) Asch SE. Opinions and social pressure. *Scientific American* 1955;193:31-55.
- (42) Porath CL, Erez A. Overlooked but not untouched: How rudeness reduces onlookers' performance on routine and creative tasks. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 2009;1:29-44.
- (43) Jentsch F, Smith-Jentsch KA. Assertiveness and team performance: More than "Just Say No". In: Salas E, Bowers CA, Edens E, (Hrsg.). *Improving teamwork in organizations: Applications of resource management training*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001. S. 73-94.
- (44) Fischer P, Greitemeyer TPF, Frey D. The unresponsive bystander: Are bystanders more responsive in dangerous emergencies. *European Journal of Social Psychology* 2006;36:267-78.
- (45) Raemer DB. The clinician's response to challenging cases. In: Yano E, Kawachi I, Nakao M, (Hrsg.). *The healthy hospital. Maximizing the satisfaction of patients, health workers, and community*. Tokyo: Shinohara Shinsha; 2010. S. 27-32.
- (46) Lyndon A, Sexton JB, Simpson KR, Rosenstein A, Lee KA, Wachter RM. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Quality & Safety* 2012;21:791-9.
- (47) Latané B, Darley JM. *The unresponsive bystander: Why doesn't he help?* New York: Appleton-Century-Crofts; 1970.
- (48) Carmeli A, Reiter-Palmon R, Ziv E. Inclusive leadership and employee involvement in creative tasks in the workplace: The mediating role of psychological safety. *Creativity Research Journal* 2010;22:250-60.
- (49) Hirak R, Peng AC, Carmeli A, Schaubroeck JM. Linking leader inclusiveness to work unit performance: The importance of psychological safety and learning from failures. *The Leadership Quarterly* 2012;23:107-17.
- (50) Liu W, Tangirala S, Lam W, Chen Z, Jia RT, Huang X. How and when peers' positive mood influences employees' voice. *Journal of Applied Psychology* 2015;100:976-89.
- (51) Bienefeld N, Grote G. Effects of psychological safety, status, and leadership within and across teams. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2014;23:930-45.
- (52) Grande B, Weiss M, Biro P, Steiger P, Spahn DR, Kolbe M. Ist Reden wichtig? Technisches versus kombiniert technisches/nicht-technisches Atemwegstraining in der Anästhesie und Intensivmedizin. *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 2015;56:5-12.
- (53) Kolbe M, Weiss M, Grothe G, Knauth A, Dambach M, Spahn DR, et al. TeamGAINS: A tool for structured debriefings for simulation-based team trainings. *BMJ Quality and Safety* 2013;22:541-53.
- (54) Pian-Smith MCM, Simon R, Minehart RD, Podraza M, Rudolph J, Walzer T, et al. Teaching residents the two-challenge rule: A simulation-based approach to improve education and patient safety. *Simulation in Healthcare* 2009;4:84-91.
- (55) Minehart RD, Rudolph J, Pian-Smith MC, Raemer DB. Improving faculty feedback to resident trainees during a simulated case: A randomized, controlled trial of an educational intervention. *Anesthesiology* 2014;120:160-71.
- (56) O'Connor P, Byrne D, O'Dea A, McVeigh TP, Kerin MJ. "Excuse Me:" Teaching interns to speak up. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2013;39:426-31.
- (57) Weiss M, Kolbe M, Grote G, Spahn DR, Grande B. Stop-In the name of the patient! Development and evaluation of an inter-professional speaking up intervention for nurses and residents in acute care teams. under review.
- (58) Grote G, Kolbe M. Systemtheorien, Organisationstheoretische Ansätze. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J, (Hrsg.). *Patientensicherheitsmanagement*. Berlin: De Gruyter; 2015. S. 57-61.
- (59) Burris ER. The risks and rewards of speaking up: Managerial responses to employee voice. *Academy of Management Journal* 2012;55:851-75.
- (60) Nembhard IM, Edmondson AC. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior* 2006;27:941-66.
- (61) Ginnett RC. Crews and groups: Their formation and their leadership. In: Wiener E, Kanki BG, Helmreich RL, (Hrsg.). *Cockpit resource management*. San Diego, CA: Academic Press; 1993. S. 71-98.
- (62) Kolbe M, Grande B. Speaking up should be both continually encouraged and formally trained as an interactive process. In: Grote G, Carroll J, (Hrsg.). *Safety management in context – Cross-industry learning from theory and practice*. Rüslikon, Zürich: Swiss Re Center for Global Dialogue; 2013. S. 39-40.

- (63) Kolbe M, Grande B, Spahn DR. Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude, and setting. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2015;29:87-96.
- (64) Mullan PC, Kessler DO, Cheng A. Educational opportunities with postevent debriefing. *Journal of the American Medical Association* 2014;312:2333-4.
- (65) DeRue DS, Nahrgang JD, Hollenbeck JR, Workman K. A quasi-experimental study of after-event reviews and leadership development. *Journal of Applied Psychology* 2012;97:997-1015.
- (66) Schippers MC, Edmondson AC, West MA. Team reflexivity as an antidote to team information-processing failures. *Small Group Research* 2014;45:731-69.
- (67) Krugman RD, Jones MDJ, Lowenstein SR. Can we learn civility? Reflections on the challenge of changing culture. *Academic Medicine* 2014;89:1586-8.
- (68) Staender S, Wacker J, Kolbe M. Ausbildung im Thema «Patientensicherheit» – Fachkräfte früh für eine Sicherheitskultur sensibilisieren. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J, (Hrsg.). *Patientensicherheitsmanagement*. Berlin: De Gruyter; 2015. S. 370-6.
- (69) Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with good judgement: Combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiology Clinics* 2007;25:361-76.
- (70) World Alliance for Patient Safety. *World Health Organizations Surgical Safety Checklist (First Edition)*. Geneva: World Health Organizations; 2008.
- (71) Detert JR, Burriss ER. Leadership behavior and employee voice: Is the door really open? *Academy of Management Journal* 2007;50:869-84.
- (72) Tangirala S, Ramanujam R. Ask and you shall hear (but not always): Examining the relationship between manager consultation and employee voice. *Personnel Psychology* 2012;65:251-82.
- (73) Detert JR, Treviño LK. Speaking up to higher-ups: How supervisors and skip-level leaders influence employee voice. *Organization Science* 2010;21:249-70.
- (74) Weiss M. *Speaking up for the patient. Individual and team-related antecedents of voice in healthcare teams*. Zürich: Department of Management, Technology, and Economics, ETH Zürich; 2014.
- (75) Grant AM, Gino F. A little thanks goes a long way: Explaining why gratitude expressions motivate prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 2010;98:946-55.
- (76) Whiting SW, Maynes TD, Podsakoff NP, Podsakoff PM. Effects of message, source, and context on evaluations of employee voice behavior. *Journal of Applied Psychology* 2012;97:159-82.
- (77) Edmondson AC, McLain Smith D. Too hot to handle? How to manage relationship conflict at work. *California Management Review* 2006;49:6-31.
- (78) Tangirala S, Kamdar D, Venkataramani V, Parke MR. Doing right versus getting ahead: The effects of duty and achievement orientations on employees' voice. *Journal of Applied Psychology* 2013;98:1040-50.
- (79) Grant AM. Rocking the boat but keeping it steady: The role of emotion regulation in employee voice. *Academy of Management Journal* 2013;56:1703-23.
- (80) Minehart RD, Pian-Smith MC, Walzer TB, Gardner R, Rudolph JW, Simon R, et al. Speaking across the drapes: Communication strategies of anesthesiologists and obstetricians during a simulated maternal crisis. *Simulation in Healthcare* 2012;7:166-70.
- (81) Rudolph JW, Foldy EG, Robinson T, Kendall S, Taylor SS, Simon R. Helping without harming: The instructor's feedback dilemma in debriefing - a case study. *Simulation in Healthcare* 2013;8:304-16.
- (82) Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: A theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare* 2006;1:49-55.
- (83) Smith-Jentsch KA, Salas E, Baker DP. Training teams performance-related assertiveness. *Personnel Psychology* 1996;49:909-36.
- (84) Sachse R, Collatz A. *Wie ruiniere ich meine Karriere - und zwar systematisch!* Stuttgart: Klett-Cotta; 2012.
- (85) Henriksen K, Dayton E. Organizational silence and hidden threats to patient safety. *Health Services Research* 2006;41:1539-54.
- (86) Reynard J, Reynolds J, Stevenson P. *Practical patient safety*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- (87) Tucker AL, Edmondson AC. Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review* 2003;45:55-72.
- (88) Srivastava R. Speaking up – When doctors navigate medical hierarchy. *New England Journal of Medicine* 2013;368:302-5.
- (89) Dankoski ME, Bickel J, Gusic ME. Discussing the undiscussable with the powerful: Why and how faculty must learn to counteract organizational silence. *Academic Medicine* 2014;89:1610-3.
- (90) Schwappach DL, Wernli M. Medication errors in chemotherapy: Incidence, types and involvement of patients in prevention. A review of the literature. *European Journal of Cancer Care* 2010;19:285-92.
- (91) Belela ASC, Peterlini MAI, Pedreira MLG. Medication errors reported in a pediatric intensive care unit for oncologic patients. *Cancer Nursing* 2011;34.
- (92) Taylor JA, Winter L, Geyer LJ, Hawkins DS. Oral outpatient chemotherapy medication errors in children with acute lymphoblastic leukemia. *Cancer* 2006;107:1400-6.
- (93) Walsh KE, Dodd KS, Seetharaman K, Roblin DW, Herrinton LJ, Von Worley A, et al. Medication errors among adults and children with cancer in the outpatient setting. *Journal of Clinical Oncology* 2009;27:891-6.
- (94) Weingart SN, Toro J, Spencer J, Duncombe D, Gross A, Bartel S, et al. Medication errors involving oral chemotherapy. *Cancer* 2010;116:2455-64.
- (95) Hong NJL, Wright FC, Gagliardi AR, Paszat LF. Examining the potential relationship between

- multidisciplinary cancer care and patient survival: An international literature review. *Journal of Surgical Oncology* 2010;102:125-34.
- (96) Lamb BW, Taylor C, Lamb JN, Strickland SL, Vincent C, Green JSA, et al. Facilitators and barriers to teamworking and patient centeredness in multidisciplinary cancer teams: Findings of a national study. *Annals of Surgical Oncology* 2013;20:1408-16.
- (97) Tangirala S, Ramanujam R. Employee silence on critical work issues: The cross level effects of procedural justice climate. *Personnel Psychology* 2008;61:37-68.
- (98) Schwappach DLB, Gehring K. Frequency of and predictors for withholding patient safety concerns among oncology staff: A survey study. *European Journal of Cancer Care* 2015;24:395-403.
- (99) Grenny J, Maxfield D, Shimberg A. How to have influence. *MIT Sloan Management Review* 2008; Fall 2008.
- (100) Vaughan D. The challenger launch decision. Risky technology, culture, and deviance at NASA. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1996.
- (101) Banja J. The normalization of deviance in healthcare delivery. *Bus Horiz* 2010;53:139.
- (102) Life WINGS. Thirteen things you must know about successful CRM implementations. Verfügbar unter: www.saferpatients.com [abgerufen am 23.9.2015].
- (103) Martinez W, Etchegaray JM, Thomas EJ, Hickson GB, Lehmann LS, Schleyer AM, et al. 'Speaking up' about patient safety concerns and unprofessional behaviour among residents: Validation of two scales. *BMJ Quality & Safety* 2015;E-Publikation vor Druck.
- (104) Walzer T. CRICO Operating room team training collaborative: An approach to speaking up. Verfügbar unter: www.rmhf.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2014 [abgerufen am 6.1.2015].
- (105) Tschan F, Semmer N. Geteilte mentale Modelle und Leistung in der Teamarbeit. In: Fisch T, Beck D, Englich B, (Hrsg.). *Projektgruppen in Organisationen*. Göttingen: Hogrefe; 2001. S. 217-35.
- (106) Baer M, Frese M. Innovation is not enough: Climates for initiative and psychological safety, process innovations, and firm performance. *Journal of Organizational Behavior* 2003;24:45-68.
- (107) Bienefeld N, Grote G. Speaking up in ad hoc multiteam systems: Individual-level effects of psychological safety, status, and leadership within and across teams. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2014;23:930-45.
- (108) Salazar MJB, Minkoff H, Bayya J, Gillet B, Onoride H, Weedon J, et al. Influence of surgeon behavior on trainee willingness to speak up: A randomized controlled trial. *Journal of the American College of Surgeons* 2014;219:1001-7.
- (109) Oertel R, Antoni CH. Wann und wie lernen Teams? Ein integriertes Modell des Teamlernens mit Berücksichtigung zeitlich-situativer Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 2013;57:132-44.
- (110) Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science* 1994;5:14-37.
- (111) Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, Peterson LR. Influence of role models and hospital design on hand hygiene of healthcare workers. *Emerging Infectious Diseases* 2003;9:217-23.
- (112) Life WINGS. Research reveals a shockingly simple tool to get staff to speak up. Verfügbar unter: www.saferpatient.com/Newsletter/monthly-tip-sept2014.htm [abgerufen am 8.9.2014].
- (113) Morrison EW, Milliken FJ. Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world. *The Academy of Management Review* 2000;25:706-25.
- (114) Vaughan D. Organizational rituals of risk and error. In: Hunter B, Power M, (Hrsg.). *Organizational encounters with risk*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2004. S. 33-66.
- (115) Pound R. How speaking up improves safety and saves lives in the health service. Verfügbar unter: www.hsj.co.uk [abgerufen am 20.1.2015].
- (116) Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. *Menschliche Kommunikation* (12. Auflage). Bern: Huber; 2011.
- (117) Schulz von Thun F. *Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen*. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Reinbek: Rowohlt; 1981.
- (118) McKoin S, Arbittier D, Wesner VS, Moorman DW, Castronuovo JJ. Building a culture of operating room safety using crew resource management. *Pennsylvania Patient Safety Advisory* 2010;7:1-3.
- (119) Dunn EJ, Mills PD, Neily J, Crittenden MD, Carmack AL, Bagian JP. Medical team training: Applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007;33:317-25.
- (120) Brindley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of Critical Care* 2011;26:155-9.
- (121) Pratt SD, Mann S, Salisbury M, Greenberg P, Marcus R, Stabile B, et al. John M. Eisenberg Patient Safety and Quality Awards. Impact of CRM-based training on obstetric outcomes and clinicians' patient safety attitudes. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007;33:720-5.
- (122) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *TeamSTEPPS 2.0. Module 6: Mutual support*. Verfügbar unter: www.ahrq.gov [abgerufen am 20.9.2015].
- (123) Marshall D. Assertive behavior in healthcare. High reliability in healthcare learning series. Verfügbar unter: www.saferhealthcare.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (124) Life WINGS. Stop-the-line assertive statements training. Verfügbar unter: www.SaferPatients.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (125) Oregon Patient Safety Commission. Improving communication with advocacy and inquiry simulation models. Verfügbar unter: www.oregonpatientsafety.org [abgerufen am 3.6.2015].

- (126) Kofman F. Advocacy and inquiry: Combining the basic steps of the dance of communication. Verfügbar unter: www.axialent.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (127) Harden S. 8 tips about getting your staff to speak up that you absolutely can't ignore. Verfügbar unter: www.prweb.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (128) Pennsylvania Patient Safety Authority. Letter to the editor: Working to reduce distractions in the operating room. PA Patient Safety Advisory 2015;12:84.
- (129) Regent E. Kommunikation als Führungsaufgabe. In: Von Rosenstil L, Regent E, Domsch ME, (Hrsg.). Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag; 2014. S. 213-22.
- (130) Fengler J. Feedback geben. Strategien und Übungen. Weinheim: Beltz; 1998.
- (131) Cooper RL, Meara ME. The organizational huddle process - optimum results through collaboration. Health Care Manager 2002;21:12-6.
- (132) Wilbur K, Scarborough K. Medication safety huddles: Teaming up to improve patient safety. The Canadian Journal of Hospital Pharmacy 2005;58:151-5.
- (133) Gerke ML, Uffelman C, Weber Chandler K. Safety huddles for a culture of safety. Patient Safety and Quality Healthcare 2010;May/June.
- (134) Gluck PA. Physician leadership: Essential in creating a culture of safety. Clinical Obstetrics and Gynecology 2010;53:473-81.
- (135) Provost SM, Lanham HJ, Leykum LK, McDaniel RRJ, Pugh J. Health care huddles: Managing complexity to achieve high reliability. Health Care Management Review 2015;40:2-12.
- (136) Institute for Healthcare Improvement. Huddles. Meeting tools 1. Boston, Massachusetts, USA; 2004.
- (137) Gollwitzer M. Implementation intentions. Strong effects of simple plans. American Psychologist 1999;54:493-503.

Pubblicazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Direzione e contatto
Asylstrasse 77, CH – 8032 Zurigo
Telefono +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Sede della Fondazione
c/o Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche (ASSM),
Petersplatz 13, CH-4051 Basilea

ISDN 3-905803-20-8



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland