

L'IMPORTANZA E LE RESPONSABILITÀ DI UNA BUONA COMUNICAZIONE

In materia di rischio clinico, e di contenimento del rischio di errore in sanità, la componente della buona (o cattiva) comunicazione gioca un ruolo decisivo.

Tutti i professionisti sanitari coinvolti a vario titolo nel processo assistenziale dovrebbero ricordare questo aspetto delicato, che con la confidenza legata alle abitudini e la crescita della familiarità nei confronti delle attività erogate, non è sempre vissuto come un aspetto critico.

In realtà, è dimostrato che una cattiva comunicazione favorisce l'errore e rende debole la catena della sicurezza.

Naturalmente, molti errori nascono per cadute della sicurezza non legate direttamente alla comunicazione: quando un Infermiere somministra un farmaco che non era stato prescritto perché confonde una fiala con un'altra, a causa di uno stoccaggio incerto o a causa di una distrazione, non sempre c'è una cattiva comunicazione nello sviluppo dell'incidente.

Diversamente, se l'Infermiere ha sbagliato perché la prescrizione era stata scritta da un Medico con grafia errata e incerta, la comunicazione ha un ruolo importante.

E, nell'esempio riportato, ha comunque grande responsabilità l'Infermiere che, di fronte a una grafia non chiara (1) (2), non deve procedere alla somministrazione della terapia.

Vi è il grande problema della comunicazione interna al team, legata al gruppo di personale coinvolto nell'assistenza, che opera a vario titolo e con le diverse qualifiche.

Se è già difficile comunicare fra appartenenti alla stessa qualifica, è ancora più complicato comunicare fra appartenenti a diverse categorie.

Dovrebbe, è ovvio, prevalere il buon senso ma spesso si è "spinti" a una certa rigidità perché si teme, non a torto, di essere chiamati a rispondere di errori altrui.

Ma se si riflette attentamente, si comprende che allargando la rete della comunicazione il rischio di errore può essere ancor meglio contenuto.

Un caso classico è quello della trasmissione della documentazione.

Esistono servizi e degenze dove ruotano intorno al paziente poche persone, e queste sono tutte in serrato, costante contatto: si pensi all'equipe che sta effettuando un intervento chirurgico.

I componenti l'equipe, le persone cioè che -oltre al paziente!...- sono in sala operatoria condividono lo stesso ambiente e una frase detta dall'anestesista al chirurgo (esempio: "... La pressione scende...a che punto siamo?...") è immediatamente condivisa da tutti.

In quel momento tutto il team riceve, simultaneamente, la stessa importante informazione.

Diversa è la situazione di altri ambienti: la stessa degenza chirurgica, dove il malato del nostro esempio sarà portato dopo l'operazione, vedrà già una diversa modalità di comunicare e di trasmettere le informazioni legate al decorso post intervento.

Nel caso di realtà composte da team multi professionali per definizione (si pensi a strutture riabilitative, a centri diurni, a strutture assistenziali per malati psichiatrici) la buona comunicazione è fondamentale per prevenire incidenti, errori, per anticipare situazioni critiche.

Si immagini un centro dove malati psichiatrici, chiaramente legati a problematiche particolari, scelgono in certi casi di confidare le loro paure, le loro angosce a figure non sanitarie, come l'addetto alle pulizie: in questi casi diventa importante sostenere una rete di comunicazione che raccolga anche i minimi dettagli.

Chiaramente, non è responsabilità dell'addetto alle pulizie compilare una "consegna", ma se l'Infermiere raccoglie questa informazione deve considerarla, e condividerla.

L'ampia premessa serve per chiarire quanto è importante poter disporre di strumenti di trasmissione delle informazioni che siano accessibili a tutti i componenti l'equipe, e che prevedano che tutti gli operatori del servizio abbiano spazi sui quali trasmettere le coordinate più importanti, per quanto concerne il piano assistenziale.

Non esistono ormai più dubbi che l'Infermiere è il responsabile dell'assistenza generale infermieristica; proprio per questo motivo lo stesso professionista sanitario Infermiere dovrà curare la corretta trasmissione delle informazioni, ma anche dovrà verificare che il personale di supporto riesca a fare altrettanto.

Se non già disponibile, dovrebbe essere creata una scheda di trasmissione delle informazioni scritte con uno spazio per il personale sanitario infermieristico ed uno per gli operatori del supporto (Oss, Osa, Ota, ecc).

Come è noto, l'autonomia dell'operatore di supporto è fortemente vincolata alla attribuzione delle attività da parte dell'Infermiere, ma questo non significa che l'Oss che va ad aiutare un degente a mangiare, non sia in grado di descrivere se questa operazione si è svolta con qualche difficoltà. Anzi, la segnalazione scritta che l'Oss lascerà al proprio collega, sul possibile problema legato alle difficoltà all'alimentazione del paziente X, rafforzerà il controllo e la cautela su questo aspetto.

Uno dei migliori "manuali" illustrativi del complesso rapporto personale sanitario/personale di supporto, stampato dalla Provincia Autonoma di Bolzano già nel 2003 a cura dell'ufficio formazione del personale sanitario, riporta a pagina 8, al capitolo "aspetti organizzativi", due passaggi importanti:

- a) *l'oss registra direttamente le attività svolte nella documentazione assistenziale ed infermieristica;*
- b) *l'oss partecipa in linea di massima alle consegne di servizio ed alle riunioni di reparto.*

Naturalmente, l'oss che registra dati e trasmette informazioni assume la responsabilità di quanto indicato e scritto.

E le attività svolte, oltre a quelle che rientrano nelle azioni di routine (rifacimento letto, aiuto nell'assunzione del pasto, nella mobilitazione ecc) sono quelle attribuite all'oss dal personale sanitario infermieristico.

Un buon sistema per migliorare la comunicazione, come è stato più volte ricordato da esperti delle dinamiche di gruppo (3) è quello di trasmettere le "consegne" verbali fra il team smontante e il gruppo che prende servizio in maniera condivisa, partecipando tutti insieme al momento della trasmissione delle informazioni.

In questo caso, un Infermiere ed un Oss potrebbero assumere il ruolo di "voci narranti" chiamando a intervenire i rispettivi colleghi protagonisti degli episodi descritti, se gli stessi hanno un rilievo d'un certo significato.

Chi tende a mantenere chiuse le comunicazioni nell'ambito del proprio gruppo e nel contesto della propria categoria rischia di peggiorare sensibilmente la qualità dell'assistenza: è stato descritto un caso singolare, avvenuto nel 2008 in una RSA di una regione del Centro Sud, dove gli Infermieri utilizzavano un proprio registro delle consegne, i fisioterapisti un altro quaderno e infine gli Oss un terzo registro.

Nella stessa fascia oraria pomeridiana, un malcapitato paziente avrebbe dovuto praticare, secondo il registro infermieristico, l'attività di riabilitazione motoria in palestra: attività sospesa, invece, secondo quanto indicato dal registro delle attività dei fisioterapisti; mentre per gli Oss alla stessa ora era da effettuare un clistere di pulizia.

Qualcosa di stridente e -soprattutto- una confusione dovuta a una trasmissione delle consegne per "compartimenti stagni" che è la meno efficace in termini di qualità.

Chiaramente, come indica il DM 739 del 14.9.1994, **resta all'Infermiere la responsabilità dell'assistenza** e dunque dell'attribuzione delle attività che vengono assegnate al personale di supporto, il quale come detto è in grado, e ne risponde secondo il proprio profilo(4), di trasmettere informazioni ai colleghi che entrano in servizio.

Come riporta il primo numero di questo 2009 della rivista nazionale "L'Infermiere", che ha dedicato l'inserito alla corretta trasmissione delle informazioni, nel ruolo dell'Infermiere vi è anche

quello di permettere un miglioramento delle stesse, coinvolgendo gli operatori di supporto nella trasmissione e documentazione delle attività effettuate, e sostenendoli in eventuali criticità incontrate, in particolare se questo aspetto non è mai stato adeguatamente affrontato.

Il suggerimento pratico è quello di non disperdere su più fogli la massa di dati e consegne, ma di adottare una scheda unica con spazi distinti per le varie qualifiche.

Per concludere, può aiutare la citazione dell'art 23 del nuovo codice deontologico dell'infermiere, in vigore dal 1.3 di quest'anno: *"l'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita"*.

- (1) : cfr Agenzia sanitaria della Regione Toscana, progetto toscano sulla STU, scheda di terapia unica
- (2) : cfr codice deontologico degli Infermieri, 2009
- (3) : corso Gestalt- SiPGI
- (4) : conferenza Stato Regioni gennaio 2001, individuante il profilo dell'operatore di supporto

bibliografia di riferimento:

- DM 739/1994 "regolamento concernente il profilo professionale dell'infermiere"
- Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Codice Deontologico 2009
- Rivista "l'Infermiere" numero 1/2009
- Conferenza Stato Regioni in materia di competenze dell'oss, gennaio 2001
- Linee guida per l'impiego dell'operatore socio sanitario, Provincia autonoma di Bolzano/Bozen
- atti evento ECM Collegio IPASVI La Spezia 2008: "il corretto inserimento dell'operatore di supporto nel team assistenziale"

Note a cura di Francesco Falli

Presidente Collegio Ipasvi della Spezia

Docente eventi ECM nazionali rischio clinico e CL in Infermieristica Università di Genova