



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**NON TECHNICAL SKILLS
IN CAMERA OPERATORIA**

Relatore: Chiar.mo
Dott. Stefano Marcelli

Tesi di Laurea di:
Sara Di Lauro

Correlatore: Chiar.ma
Dott.ssa Elisa Floridi

A.A. 2018/2019

*“Parla loro con tenerezza.
Lascia che ci sia gentilezza sul tuo volto, nei tuoi occhi, nel
tuo sorriso, nel calore del nostro saluto.
Abbi sempre un sorriso allegro.
Non dare solo le tue cure, ma dai anche il tuo cuore.”*

MADRE TERESA DI CALCUTTA

INDICE

PRIMA PARTE	Pag. 4
INTRODUZIONE	Pag. 5
CAPITOLO I	
1.1 Camera Operatoria	Pag. 7
1.2 Equipe e Personale	Pag. 9
1.3 Manuale di Sicurezza	Pag.10
1.4 Specificità Infermieristica	Pag.14
1.5 Coordinatore	Pag.17
SECONDA PARTE	Pag.18
CAPITOLO II	
2.1 Non Technical Skills	Pag.19
2.2 Gestione dello Stress	Pag.23
2.3 Burnout	Pag.26
2.4 Situational Awareness	Pag.27
2.5 Evento Avverso	Pag.29
2.6 Audit Clinico	Pag.31
PARTE TERZA	Pag.34
CAPITOLO III	
3.1 Comunicazione	Pag.35
3.2 Livelli di Comunicazione	Pag.36
3.3 Efficace Comunicazione	Pag.37
CONCLUSIONE	Pag.39
BIBLIOGRAFIA	Pag.41
RINGRAZIAMENTI	Pag.43

PRIMA PARTE

INTRODUZIONE

Healthcare è a rischio. Perché?! Perché Immaginandola come una grossa organizzazione che richiede ai lavoratori competenze tecniche costantemente aggiornate, richiede anche, a seguito di un'emancipazione professionale, prestazioni di tipo cognitivo e decisionale, alle quali è doveroso accostare la necessaria valutazione della percezione del rischio.

Un rischio che deriva da quello che in letteratura viene definito “human factor” , ovvero fattore umano.

Da qui nasce la necessità di calibrare la capacità di gestire i problemi non più solo su una basa tecnica, ma bensì anche sulla base di competenze non tecniche.

L'errore umano non può essere del tutto debellato , ma è possibile minimizzarlo favorendo la diffusione delle “NON TECHNICAL SKILLS”, che associate alle abilità tecniche di ogni singolo lavoratore, sono in grado di aumentare i livelli di performance efficace ma soprattutto sicura.

In ambito sanitario, in caso di errore, siamo abituati a ragionare in termini di causa/effetto, e questo ci conduce però, alla esclusiva ricerca del colpevole. Con questo metodo analitico riusciamo a trovare il responsabile dell'evento, individuiamo le cause, ma non le condizioni/circostanze.

“Se errare è umano, allora bisogna rendere il sistema il più possibile sicuro. Questo approccio promuove, quindi, un'attività di gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management) che si occupa di identificare, analizzare, valutare, prevenire e gestire il rischio di errore in ambito sanitario allo scopo di incrementare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti.”(1)

L'istituto di medicina (IOM), in un recente studio, ha dichiarato che ogni anno negli Stati Uniti ben un milione di persone rimangono ferite, mentre 98000 sono i morti a causa di errori medici.

Molti pazienti tutt'oggi temono che entrando in ospedale, e sottoponendosi ad un intervento chirurgico, possano essere danneggiati piuttosto che curati.

Anche se l'imperativo di evitare errori è ampiamente riconosciuto, i progressi, tuttavia sono stati lenti. L'esperienza, la comunicazione e l'organizzazione del lavoro, sono fattori chiave per la sicurezza del paziente.

“È emerso da due ricerche condotte nel Colorado e nello Utah nel 1992 e nello Stato di New York: Le competenze non tecniche dei chirurghi: il sistema NOTSS nel 1984, come su 100 pazienti ricoverati, il 2,9% incorreva in un evento avverso e nel 6,6% dei casi tale evento ne causava il decesso. Tali tassi, proiettati su 33,6 milioni di ricoveri/anno negli Stati Uniti, stimavano in 44 mila il numero di pazienti deceduti per eventi avversi, il 53% dei quali prevenibili. Nella ricerca svolta nello Stato di New York, i risultati erano ancora più preoccupanti: nei pazienti ricoverati in ospedale il 3,7% incorreva in un evento avverso che nel 13,6% dei casi causava il decesso. La proiezione sul numero dei ricoveri annuali stimava in 98 mila i pazienti deceduti per eventi avversi, di cui il 58% prevenibili e solo il 29% attribuibili alla negligenza dell'operatore sanitario. Si è giunti alla conclusione che non si trattava di casi sporadici ma di eventi relativamente frequenti (QUIC, 2000). Nel Regno Unito i pazienti chirurgici rappresentano il 45% sui totali di quelli che incorrono in eventi avversi in medicina (Vincent, Neale & Woloshynowych, 2001; Gawande, 2003, 2004; Gawande, Zinner, Studdert & Bennan, 2003). In generale, tra tutti gli eventi avversi in chirurgia una percentuale che va dal 35% al 66% si verifica in sala operatoria.” (2)

L'ambiente lavorativo è sempre più caratterizzato da errori latenti che possono materializzarsi in qualsiasi momento. Per tali motivi, è indispensabile riuscire ad ottenere una produttività efficace attraverso un equilibrio del personale, consapevolezza della situazione, lavoro di squadra e comunicazione. Tutto questo, rientra in quelle che chiamiamo **Competenze Non Tecniche**.

Attraverso questo progetto di tesi, ho voluto sottolineare l'importanza delle **Non Technical Skills** all'interno della camera operatoria.

CAPITOLO I

1.1 CAMERA OPERATORIA

La camera operatoria fa parte del blocco operatorio, cioè un complesso di strutture necessarie per lo svolgimento dell'attività chirurgica.

All'interno delle sale operatorie vengono effettivamente eseguiti gli interventi. All'esterno delle sale, negli spazi adiacenti, ambienti con caratteristiche e requisiti peculiari, avviene l'esecuzione di trattamenti che sostengono l'attività chirurgica.

In questi spazi sono ubicate sale per lo svolgimento di attività pre-operatorie, sale risveglio, zone filtro, depositi materiali puliti e depositi materiali sporchi, locali per attrezzature tecnologiche, locali per la sterilizzazione, stanze per medici e infermieri, e locali per servizi igienici.

Ogni complesso operatorio deve rispettare il **DPR 14 gennaio 1997** (Decreto del Presidente della Repubblica) e norme in materia di sicurezza sul lavoro e igiene previste dal **D.Lgs. 9 aprile 2008, n.81** (Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n.106. TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO).

Tali norme impongono una determinata costruzione e organizzazione del blocco affinché vi sia una massima riduzione della contaminazione batterica e virale.

In relazione a quanto affermato, il B.O. è caratterizzato da percorsi interni "puliti" e "sporchi". Ogni superficie come soffitti, pavimenti e pareti, devono essere ignifughe, uniformi, lisce, lavabili e non riflettenti.

Inoltre è importante che tutto il complesso operatorio sia immediatamente raggiungibile dai reparti di degenza e di emergenza.

La camera operatoria dispone di alcuni elementi fondamentali come :

- Il tavolo operatorio adattabile alle diverse tipologie di procedure chirurgiche;
- Apparecchio per anestesia a circuito chiuso con possibilità di collegamento a circuiti unidirezionali adeguati per tutte le specialità;
- Monitor per la rilevazione dei parametri vitali principali, della pressione invasiva e non invasiva, e della saturazione;
- Elettrobisturi;

- Colonna video per interventi di laparoscopia;
- Aspiratori chirurgici;
- Due lampade scialitiche;
- Defibrillatore;
- Diafanoscopio a parete;
- Carrelli dedicati per le attrezzature;
- Carrelli servitori;

Alla camera operatoria segue la sala risveglio, all'interno della quale medici e infermieri esercitano funzioni di assistenza post-operatoria, come il monitoraggio dei parametri vitali, la somministrazione dei farmaci, e la valutazione dello stato di coscienza.

Il blocco operatorio è un luogo dinamico dove nulla merita di essere trascurato a tutela dell'incolumità di tutti gli attori protagonisti coinvolti.

1.2 EQUIPE E PERSONALE

Il personale di sala operatoria comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, operatori socio sanitari e tecnici. All'interno della sala troviamo l'équipe: un gruppo costituito da 2 operatori medici, 1 strumentista, 1 infermiere di sala, 1 medico anestesista e 1 infermiere tecnico di anestesia.

L'équipe collabora costantemente durante l'intervento per il raggiungimento di un fine ultimo comune.

Il lavoro in équipe è una modalità di lavoro collettivo, caratterizzato dall'interazione di vari interventi tecnici delle diverse figure professionali attraverso la comunicazione verbale e scritta.

L'integrazione tra le varie figure professionali può avvenire solo se si mantiene una comunicazione rispettosa del proprio e dell'altrui ruolo. L'azione comunicativa ha bisogno della condivisione non solo di premesse tecniche, ma, soprattutto, di un orizzonte etico.

Le interazioni umane nel lavoro devono essere permeabili al mutamento, alla novità, alla ricostruzione. devono essere aperte anche all'interferenza del non tecnico, alla saggezza pratica. Nel lavoro multidisciplinare, ogni figura professionale, pur integrandosi con le altre, mantiene un ruolo centrale e pari dignità, per potenziare l'intervento mirato al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Riguardo al lavoro in équipe, vi sono 3 concezioni differenti: nella prima il professionista lavora con la convinzione di piena autonomia, nella seconda ignora l'ambito di autonomia, nella terza accetta il carattere interdipendente dell'autonomia.

La capacità di ascolto e di dialogo può essere definita un dispositivo tecnologico di grande rilevanza, non solo nella possibilità d'integrazione all'interno dell'équipe multidisciplinare e nei rapporti con gli altri all'esterno, ma anche nella qualità del servizio offerto.

1.3 MANUALE DI SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Il presente manuale comprende le raccomandazioni e la checklist, elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito del programma "Safe Surgery Saves Lives" e adattate al contesto nazionale. Rappresenta uno strumento costruito nella logica del miglioramento della sicurezza e della qualità e, pertanto, assume particolare rilevanza la sua adozione e le conseguenti azioni di monitoraggio da parte di Regioni, Province Autonome ed Aziende sanitarie. Il manuale è infine corredato di un video esplicativo di come si usa e di come non si usa la checklist, che potrà essere utilizzato come strumento di informazione e formazione per gli operatori.

Le raccomandazioni riportate in questo capitolo sono riferite a 16 obiettivi specifici, che riguardano importanti aspetti per la sicurezza dei pazienti nel processo peri-operatorio; i primi 10 obiettivi derivano dal documento OMS "Guidelines for Safe Surgery" (2), con adattamenti alla realtà nazionale, mentre i successivi 6 sono stati elaborati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anche con la collaborazione degli esperti del gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti.

I sedici obiettivi per la sicurezza in sala operatoria:

- Operare il paziente corretto ed il sito corretto
- Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico
- Identificare in modo corretto i campioni chirurgici
- Preparare e posizionare in modo corretto il paziente
- Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali
- Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
- Controllare e gestire il rischio emorragico
- Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica
- Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
- Prevenire il tromboembolismo postoperatorio
- Prevenire le infezioni del sito chirurgico
- Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
- Gestire in modo corretto il programma operatorio
- Garantire la corretta redazione del registro operatorio

- Garantire una corretta documentazione anestesiológica
- Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria.

Di fondamentale importanza è la massima riduzione dell'evento avverso.

Sulla base delle raccomandazioni “Guide Lines for Surgery”, l' OMS ha costruito una check-list per la sicurezza in sala operatoria, costituita da item a supporto della massima aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza. La check-list include 3 fasi : Sign In, Time Out, Sign Out.

Il **Sign In** si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe.

Il **Time out** è un breve momento di “pausa chirurgica” che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea, richiede il coinvolgimento di tutti i componenti.

L'obiettivo del **Sign Out** è quello di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'équipe ed al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento. Il Sign out dovrebbe essere completato prima che il paziente abbandoni la sala operatoria, può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica, dovrebbe essere completato prima che il chirurgo abbia lasciato la sala operatoria.

FASI	I 20 CONTROLLI DELLA CHECKLIST
<p>Sign In</p> <p><u>Quando</u>: prima dell'induzione dell'anestesia</p> <p><u>Chi</u>: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) il paziente ha confermato identità, sede di intervento, procedura e consensi 2) conferma marcatura del sito di intervento 3) conferma dei controlli per la sicurezza dell'anestesia 4) conferma posizionamento del pulsossimetro e verifica del corretto funzionamento 5) identificazione rischi allergie 6) identificazione rischi difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione 7) identificazione rischio di perdita ematica
<p>Time Out</p> <p><u>Quando</u>: dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione chirurgica per confermare che i diversi controlli siano stati eseguiti</p> <p><u>Chi</u>: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) si sono presentati tutti i componenti dell'équipe con il proprio nome e funzione 2) il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato identità del paziente - sede d'intervento - procedura - corretto posizionamento 3) criticità chirurgo 4) criticità anestesista 5) criticità infermiere 6) conferma profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60 minuti 7) visualizzazione immagini diagnostiche

<p>Sign Out</p> <p><u>Quando</u>: si svolge durante o immediatamente dopo la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</p> <p><u>Chi</u>: è richiesto il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione 2) conferma conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico 3) conferma etichettatura del campione chirurgico 4) conferma problemi relativamente all'uso di dispositivi medici 5) chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria 6) conferma del piano per la profilassi tromboembolismo venoso
--	---

1.4 SPECIFICITA' INFERMIERISTICA

Ad oggi, per diventare un infermiere di sala operatoria è fortemente opportuno il conseguimento del Master di primo livello, le cui finalità sono quelle di formare professionisti che, già responsabili dell'assistenza infermieristica generale, diventino qualificati all'assistenza specialistica in sala operatoria.

Il Corso di studio è caratterizzato da un'alta formazione accademica post-base, nello specifico quindi un percorso formativo professionalizzante ad indirizzo clinico. Lo scopo è quello di insegnare le conoscenze specifiche necessarie per esercitare la professione infermieristica in ambito specialistico peri-operatorio e peri-anestesiologico; in particolar modo quelle competenze specialistiche, o ancor più avanzate, indispensabili per governare sia gli aspetti puramente relativi alla strumentazione sul campo operatorio e in sterilizzazione, sia quelli strettamente correlati alla parte anestesiologica in sala operatoria e in "Post Anesthesia Care Unit".

La preparazione si focalizza sull'acquisizione sia delle competenze tecnico-professionali, specifiche per ogni ruolo afferente alla posizione di infermiere di sala operatoria, sia di quelle non tecniche, trasversali a ciascuno di essi. Tra le peculiarità del corso, rivestono particolare interesse l'insegnamento relativo alla Clinical Governance peri-operatoria e peri-anestesiologica.

I professionisti in possesso del Master di primo livello ad indirizzo clinico per Infermiere di Sala Operatoria, attraverso le competenze acquisite durante il percorso formativo, potranno:

- riconoscere segni, sintomi e manifestazioni cliniche connesse al percorso peri-operatorio e peri-anestesiologico nelle persone di ogni età con le patologie chirurgiche prevalenti nel territorio;
- garantire l'erogazione e la gestione delle cure peri-operatorie e peri-anestesiologiche attraverso tutte le attività e funzioni previste, quindi tutti gli interventi infermieristici da attuare nelle fasi pre-operatorie, intra-operatorie e post-operatorie, sino al risveglio controllato della persona assistita, quindi al recupero delle funzioni post-intervento chirurgico e post-anestesia;

- instaurare e mantenere relazioni di aiuto e relazioni professionali sia con le persone sottoposte ad intervento chirurgico che con i famigliari o appunto caregiver, inoltre con tutti i membri dell'equipe multidisciplinare e multi-professionale, mediante le cosiddette competenze non tecniche;
- riconoscere, gestire e monitorare le situazioni assistenziali critiche in sala operatoria;
- valutare le priorità assistenziali in collaborazione con i colleghi del gruppo di lavoro;
- rispondere tempestivamente, in maniera adeguata e appropriata, a situazioni di emergenza e urgenza;
- attuare e sostenere un atteggiamento etico nelle situazioni che richiedono il riferimento a: tutela della privacy, consenso informato, donazione di organi e obiezione di coscienza;
- contribuire a garantire la continuità assistenziale tra l'ambito specialistico peri-operatorio e peri-anestesiologico e nel passaggio all'unità operativa destinata per la degenza e l'erogazione dei servizi sanitari;
- contribuire a garantire la Clinical Governance peri-operatoria e peri-anestesiologica utilizzando metodi e strumenti adeguati e finalizzati, a creare e mantenere un ambiente assistenziale sicuro, che non sia in contrasto con i requisiti e le norme di sicurezza dei luoghi di lavoro, utilizzando strumenti di valutazione dei rischi attuali o potenziali (es. scale di valutazione) per la persona, se stesso e per gli altri colleghi del gruppo di lavoro;
- applicare accuratamente ed attentamente i risultati della ricerca, quindi applicare criticamente le prove di efficacia alla pratica clinica specialistica sempre nel peri-operatoria e peri-anestesiologica;
- partecipare al fine di contribuire ai progetti di ricerca e quindi allo sviluppo delle conoscenze rilevanti per l'assistenza infermieristica peri-operatoria e peri-anestesiologica e per l'assistenza sanitaria infermieristica in generale;
- garantire lo sviluppo professionale di base, post-base e continuo in ambito peri-operatorio e peri-anestesiologico, mantenendo sempre aggiornate le conoscenze

acquisite. (FNOPI, federazione nazionale ordini professioni infermieristiche.

Master di primo livello per infermiere di sala operatoria)

Tuttavia, anche senza il conseguimento del Master, l'infermiere professionista responsabile dell'assistenza generale, può esercitare la sua professione all'interno della sala operatoria.

Sarebbe opportuno che nei primi 6 mesi di esercizio della professione in sala, la figura del leader-ship, nonché il coordinatore infermieristico, si preponga di predisporre un affiancamento idoneo all'acquisizione di tecniche e attività sopracitate, al fine di formare in modo adeguato il professionista.

1.5 IL COORDINATORE INFERMIERISTICO DEL BLOCCO OPERATORIO

È una delle figure fondamentali del blocco, in quanto interagisce con la Direzione Generale Sanitaria e con i colleghi che coordina. Si occupa non solo dei turni di lavoro, ma dell'approvvigionamento dei materiali quali farmaci e apparecchi elettromedicali, e del potenziamento delle attività e delle risorse umane ed economiche. Si interessa della corretta applicazione delle procedure da parte di tutti gli operatori. Gestisce le note operatorie del giorno successivo e verifica la loro compatibilità temporale in base alla disponibilità del personale e della strumentazione.

Un ottimo coordinatore è colui che non comanda, ma dirige come lo farebbe un manager.

Un manager è dirigente con alti livelli di responsabilità organizzativa e gestionale, ed è anche colui che nella sua attività professionale fa leva su qualcuno o qualcosa'altro per ottenere un risultato positivo.

Lo scopo del coordinamento è di consentire ai membri di un gruppo di lavorare insieme in maniera armoniosa. Ha un valore essenziale perché, se l'azione di tutti gli operatori non converge sugli obiettivi istituzionali, i loro sforzi possono rischiare di disperdersi in direzioni differenti.

Coordinare significa a volte definire i confini dell'attività di un professionista affinché non invada lo spazio di un altro. In altri casi implica la necessità di accelerare lo svolgimento di altre attività affinché tutte mantengano lo stesso passo. In altre situazioni consiste nel distribuire i compiti all'interno di un gruppo.

Le cinque principali funzioni che si intersecano con la realtà sono:

- Pianificare: coordinare lo sviluppo di una determinata attività;
- Organizzare: coordinare i vari elementi che costituiscono un insieme in modo che concorrano alla realizzazione dell'attività stabilita;
- Formare: far istruire qualcuno per renderlo più capace;
- Dirigere: tenere in regola lo svolgimento di un'attività;
- Controllare: accertarsi attraverso una scrupolosa osservazione la validità di qualcosa.

SECONDA PARTE

CAPITOLO II

2.1 NON TECHNICAL SKILLS

“Sono tutte quelle abilità cognitive, comportamentali e interpersonali che non fanno parte dell’expertise tecnica di una determinata professione ma che sono comunque in grado di contribuire allo svolgimento di una performance sicura ed efficiente.” (3)

La mancanza di competenze non tecniche aumenta la probabilità che si verifichi un errore, il quale a sua volta accresce la probabilità che si generi un evento avverso.

L’analisi di molti casi critici, di errori ed incidenti, ha messo in evidenza come i fattori all’origine dell’evento non riguardassero tanto l’adeguatezza delle competenze professionali possedute dagli operatori, ma proprio la funzione delle non technical skills.

Le NTS nascono in ambito aeronautico, nel settore dell’aviazione, e sono promosse dal Crew Resource Management. (4)

Essi hanno i più efficaci schemi di formazione trasversale sui gruppi di lavoro, basate sulla definizione di modelli mentali e comportamentali condivisi.

La formazione CRM prese avvio da un workshop organizzato dalla NASA nel 1979 che si focalizzò sul miglioramento della sicurezza del volo (4). Gli studi presentati in questo workshop rilevarono che il fattore umano costituiva la principale causa degli incidenti più gravi e che la maggioranza dei problemi era legata a fallimenti della comunicazione interpersonale, della leadership e del processo di decision making . Partendo da queste premesse, i programmi del CRM iniziarono ad occuparsi, non solo delle conoscenze e delle competenze tecniche richieste, ma anche delle abilità cognitive e interpersonali necessarie alla gestione del volo, dove per abilità cognitive si intendono i processi mentali utilizzati per mantenere un’elevata consapevolezza della situazione, per risolvere i problemi e per prendere decisioni. Mentre per abilità interpersonali si intendono tutti gli aspetti legati all’efficacia della comunicazione e del lavoro di gruppo (5).

Negli ultimi due decenni l'attenzione nei confronti delle Non Technical Skills, si sta diffondendo in ambito sanitario, ma l'inserimento di questi argomenti nei corsi di formazione istituzionali resta ancora piuttosto sporadica.

La formazione è un processo di apprendimento che porta un gruppo di persone a condividere presupposti, contenuti, modalità e soluzioni di cambiamento in un'organizzazione.

Crozier e Friedberg affermano che : *“chiamiamo apprendimento collettivo il processo attraverso il quale un insieme di attori, partecipi di un sistema di azione, apprendono nuovi modelli di gioco, con le loro componenti affettive, cognitive e relazionali. Tali giochi o, se si vuole, questa nuova prassi sociale, esprimono e inducono al contempo una nuova strutturazione del campo, il che significa non solo altri metodi, ma anche altri problemi e altri risultati, nonché un sistema d'azione regolantesi altrimenti”* . (6)

Argyris e Schon affermano che : *“il sistema sociale è inteso come processo di azioni e di decisioni dotate di senso, orientate a scopi e valori, a risultati attesi... la formazione non è separata dal processo ma è essa stessa processo e fonte dell'azione organizzativa”*. (7)

Le abilità cognitive riguardano essenzialmente tre dimensioni :

Prima di tutto la situation awareness, ossia l'abilità di percepire, comprendere e prevedere ciò che sta avvenendo in un ambiente come una sala operatoria; per esempio non tenere conto di alcuni degli elementi presenti oppure non prefigurare i possibili sviluppi futuri di una situazione e se ci sono condizioni che possono avere un impatto negativo sulla sicurezza del paziente.

In secondo luogo fra le abilità cognitive assume importanza la presa di decisione o decision making, ossia quel processo di giudizio attraverso il quale si arriva a scegliere un'alternativa fra due o più opzioni da identificare, a porla in atto e a verificarne gli esiti. Gli studi cognitivi in ambito medico hanno mostrato che spesso i medici si trovano a prendere delle decisioni in condizioni di incertezza: tali problemi decisionali complessi alcune volte vengono affrontati tramite processi di pensiero semplificati, detti scorciatoie mentali (o euristiche di pensiero), piuttosto che su processi sistematici di analisi e calcoli probabilistici e ciò comporta errori sistematici e prevedibili.

La terza dimensione tradizionalmente inclusa tra le abilità cognitive è la gestione del compito o task management facendo riferimento alla capacità di stabilire le priorità, seguire le procedure e identificare e reperire tutte le risorse necessarie per lo svolgimento dell'attività.

Le abilità sociali riguardano essenzialmente tre dimensioni quali : Comunicazione, Cooperazione e Leadership.

Pare esista una correlazione tra carico di lavoro e cattiva comunicazione. Il lavoro in chirurgia è sempre un lavoro di squadra e per questo motivo acquistano grande importanza le abilità di cooperazione o team work.”(1)

Nello specifico, in letteratura vengono individuate **7 Non Technical Skills** :

- **Consapevolezza situazionale:** Capacità di raccogliere le informazioni e di interpretarle correttamente; questa competenza, caratterizzata inoltre dalla capacità di anticipare i possibili scenari futuri, è un prerequisito indispensabile per la sicurezza in ambienti complessi e dinamici;
 - **Decision-making:** Capacità di adeguata definizione dei problemi e giusta selezione delle diverse opzioni;
 - **Comunicazione:** capacità che comporta lo scambio di informazioni chiare e concise, e l'identificazione di eventuali “barriere” del processo comunicativo;
 - **Team work:** Capacità di supportare i colleghi, di risolvere i possibili conflitti, e di coordinare le diverse attività;
 - **Leadership:** Capacità di pianificazione e definizione delle priorità, di gestione dei carichi di lavoro e delle risorse;
 - **Gestione dello stress:** Capacità di identificare correttamente i sintomi dello stress, di riconoscere i suoi effetti e di implementare le più efficaci strategie di coping;
 - **Capacità di fronteggiare la fatica:** Riguarda l'identificazione dei sintomi della fatica, il riconoscimento dei sintomi di quest'ultima e l'implementazione di strategie di coping.
- (8)

“Ogni intervento diviene reale momento di cambiamento sociale se si pone non tanto, o non soltanto, come momento di applicazione di nuove soluzioni di azione sociale bensì piuttosto, preliminarmente e contemporaneamente, come momento di rielaborazione delle passate esperienze in merito alle soluzioni adottate e ai risultati

della loro applicazione: cioè come momento di ri-apprendimento delle conoscenze accumulate sulla base dell'esperienza.

L'errore umano costituisce un problema significativo in ambito chirurgico che comporta tassi di morbilità, mortalità e costi sociali evitabili”.

Le competenze non tecniche rappresentano tutte quelle abilità a livello cognitivo e interpersonale che sostengono e rinforzano le competenze cliniche e costituiscono un requisito per la professionalità del chirurgo. Il sistema NOTSS può essere usato per osservare, valutare e offrire feedback ai comportamenti messi in atto dai chirurghi in sala operatoria allo scopo di aumentarne la prestazione e la sicurezza.” (9)

Tale approccio, non ha certo la pretesa di essere l'unico utile alla crescita delle competenze infermieristiche non tecniche, ma fa parte di tutta quella serie di strategie di formazione attiva, che può essere considerata strategicamente più percorribile all'interno delle organizzazioni complesse, come sono quelle socio sanitarie, in cui operano professionisti dell'assistenza infermieristica. (10)

2.2 GESTIONE DELLO STRESS

Una delle 7 NTS è la Gestione dello stress. Ma entrando nello specifico, cos'è lo stress? È una risposta funzionale con cui l'organismo reagisce a uno stimolo più o meno violento di qualsiasi natura (microbica, tossica, traumatica, termica, emozionale, ecc.) (11). Quindi è una risposta a qualsiasi forma di sollecitazione interna o esterna, endogena o esogena. Nassim Nicholas Taleb, nel suo libro 'IL CIGNO NERO', COME L'IMPROBABILE GOVERNA LA NOSTRA VITA, afferma che tutti gli organismi viventi beneficiano di piccole quantità di stress, mentre trovarsi costantemente sotto la spinta di forti pressioni diventa ovviamente controproducente.

Questo è ciò che accade all'operatore sanitario che esercita la sua professione in sala operatoria.

È possibile in letteratura distinguere tre diverse forme di stress:

- Stress periodico legato alle pressioni del lavoro, della famiglia e di altre responsabilità.
- Stress causato da un improvviso cambiamento negativo, come la perdita del lavoro, un divorzio, una malattia o la perdita di un caro.
- Stress traumatico che indica grave pericolo come un incidente, la guerra o disastro naturale. Questo può generare il cosiddetto disturbo da stress post-traumatico.

Non sempre lo stress può essere previsto, ragion per cui saper adottare strategie di coping è di fondamentale importanza. Coping sta per "far fronte", e strategia di coping si traduce nella capacità di adattamento, capacità di risolvere i problemi, e appunto, nella Capacità di Gestione dello Stress.

Se tutti sapessero cosa fare, nei modi e nei tempi giusti, ci sarebbero meno situazioni impreviste. Tuttavia la sala operatoria è costituita da un equipe, e "lavorare in team significa apprendere l'uno dagli altri, migliorarsi continuamente, supportare i meno esperti per ridurre il loro stress" (12).

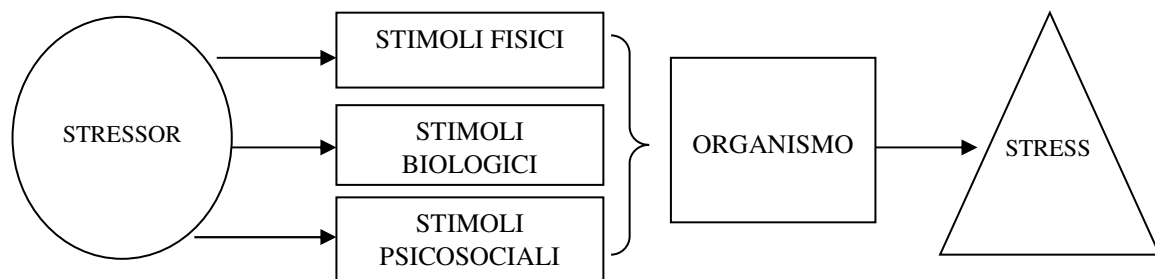
Per un infermiere di sala operatoria è di fondamentale importanza lavorare in un clima sereno e organizzato, il che significa rendere più sicura la permanenza del paziente nella sala operatoria. Gli infermieri di sala operatoria incontrano durante la loro carriera

numerosi eventi stressanti; a meno che questi professionisti non abbiano abilità di coping per fronteggiare gli stressors, andranno incontro a deterioramento fisico, emozionale o professionale (Booth, 1998). Il principale stressors che l'infermiere di S.O. incontra più frequentemente è quello del repentino cambio del team di lavoro. Purtroppo o per fortuna, non sempre si lavora con il collega preferito, con il più preparato, o con il più esperto. A volte, ad esempio, si lavora con nuovi assunti

Il tutto è una grande fonte di stress per il professionista che riduce istintivamente o in modo volontario il dialogo, limitandosi allo stretto necessario.

O ancora un altro deficit si cela negli eccessivi carichi di lavoro legati a condizioni critiche del paziente, o ai ritardi nella programmazione degli interventi.

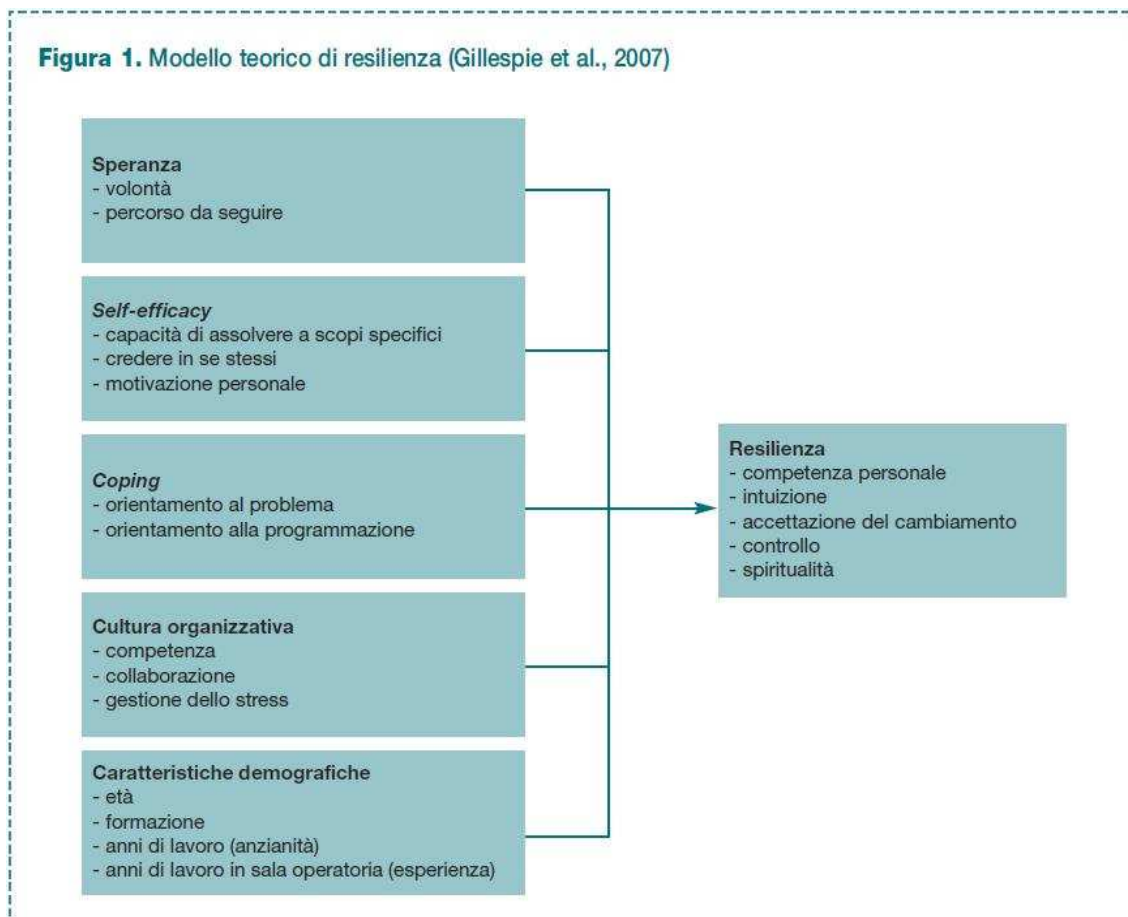
Spesso gli infermieri sono quelle figure chiamate a mediare e a rendere più fluide le relazioni con gli altri colleghi e la figura del medico, il che li espone inevitabilmente a condizioni, situazioni e discussioni spesso polemiche che generano tensioni, ansie e timori nel team non indifferenti.



La probabile soluzione consta nel significato di Resilienza. La resilienza altro non è che “un processo dinamico che si traduce nell’adattamento a un contesto complesso per la numerosità e l’imprevedibilità delle variabili” (13). In ambito lavorativo la resilienza è la capacità di attenuare gli effetti dello stress attraverso la messa in atto di comportamenti che facilitano l’adattamento e permettono di agire con efficacia ed efficienza nonostante le sollecitazioni stressanti (14). Figura 1 (15).

In merito alle strategie di coping in senso pratico, Majani, ha individuato :

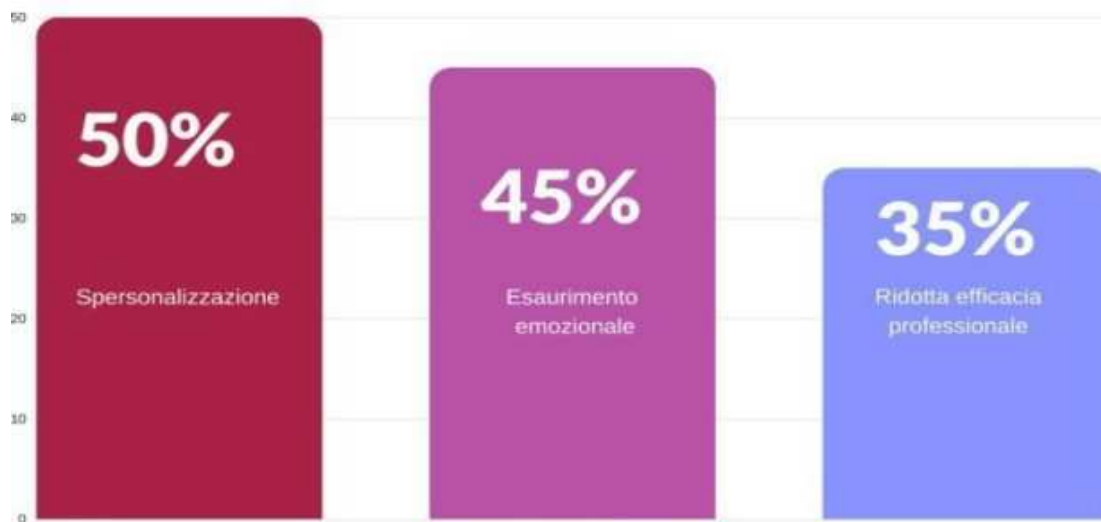
- La Distrazione intesa come per distogliere l'attenzione dal problema pensando ad altro;
- L'azione Diretta, cioè il pensare a tutte le possibili soluzioni, svolgere attività volte alla risoluzione;
- La Ricerca di un Supporto Sociale nel quale trovare un sostegno emotivo.
- Il Rilassamento, ottenuto sia con attività difensive, sia con il supporto di tecniche tranquillizzanti.



La drastica complicità di uno stress prolungato e di un coping inefficace, è il cosiddetto Burnout.

2.3 IL BURNOUT

Il Burnout è una sindrome di esaurimento fisico, emotivo e mentale. E' una sindrome che tende a presentarsi in chi si occupa di persone che costantemente sono vicine alla malattia e la morte. Situazioni in cui il coinvolgimento si rende insostenibile. Questo con il tempo non è solo un problema personale, ma si ripercuote su ogni singolo membro dell'èquipe, e dall'èquipe al paziente, coinvolgendo quindi l'intera comunità, fatta di organizzazioni, sistemi, servizi e individui.



2.4 SITUATIONAL AWARENESS

La situational awareness che in italiano si traduce come “consapevolezza della situazione”, è la percezione di elementi ed eventi ambientali rispetto al tempo o allo spazio, la comprensione del loro significato e la proiezione del loro stato dopo che alcune variabili sono cambiate.

Implica l’essere consapevoli di ciò che ci sta accadendo attorno, per capire come le informazioni, gli eventi e le proprie azioni avranno un impatto su obiettivi e traguardi definiti.

Una persona con un senso appropriato di situational awareness ha generalmente un alto grado di conoscenza rispetto agli input e output di un sistema, come l’organizzazione sanitaria.

“La mancanza o l’inadeguatezza della situational awareness è stata identificata come uno dei fattori principali negli incidenti attribuiti all’errore umano.” (16)

Ergo, la situational awareness è di fondamentale importanza in ambienti di lavoro in cui il flusso di informazioni si presenta elevato e le decisioni sbagliate possono portare a conseguenze gravi.

Segue la necessità di agire attraverso un ciclo essenziale:

OSSERVA > ORIENTA > DECIDI > AGISCI !

La Situational Awareness è costituita da 3 prerogative fondamentali :

- **PERCEZIONE** : Reale degli elementi nell’ambiente. I problemi in questo livello consistono nelle difficoltà di reperimento dell’informazione, dovute o ad erronei processi cognitivi, o a problemi legati alla rappresentazione
- **COMPRESIONE** : Riguarda anche il come le persone interpretano, immagazzinano e richiamano l’informazione. Pertanto la SA include più del percepire e prestare attenzione, infatti consiste anche nell’integrazione di svariati pezzi di informazione e nella determinazione della loro rilevanza in relazione ai propri obiettivi.
- **PROIEZIONE** : L’abilità di prevedere gli eventi e le dinamiche della situazione futura, caratterizza l’operatore che ha il più alto livello di comprensione della

situazione. L'abilità di anticipare gli eventi e le dinamiche future permette una presa di decisione temporalmente adeguata.

Il concetto di Situational awareness è da non confondersi con il concetto del "Sensemaking", ovvero il *farsi un'idea*.

Endsley sostiene che *"il farsi un'idea è focalizzato all'indietro, formando le ragioni per gli eventi passati, mentre la situational awareness è in genere lungimirante, proiettando ciò che è probabile che accada al fine di formare processi decisionali efficaci."* (17)

Tre livelli ci permettono di capire nello specifico la reale definizione:

Il Primo Livello riguarda la percezione degli elementi nell'ambiente. Questa è l'identificazione degli elementi chiave o degli "eventi" che, in combinazione, servono a definire la situazione. Questo livello contrassegna semanticamente gli elementi chiave della situazione per livelli più alti di astrazione nella successiva elaborazione.

Il Secondo Livello riguarda la comprensione della situazione attuale. Questo livello serve a definire lo stato attuale in termini operativamente rilevanti a supporto del rapido processo decisionale e delle azioni.

Il Terzo Livello invece riguarda la proiezione dello status futuro. Questa è la proiezione della situazione attuale nel futuro nel tentativo di prevedere l'evoluzione della situazione tattica. Questo livello supporta la pianificazione a breve termine e la valutazione delle opzioni quando il tempo lo consente. (18)

Dominguez et al. (1994) (19), che afferma che la SA deve includere i seguenti quattro elementi specifici:

- Estrarre informazioni dall'ambiente;
- Integrare queste informazioni con le relative conoscenze interne per creare un quadro mentale della situazione attuale;
- Usare questa immagine per dirigere ulteriori esplorazioni percettive in un ciclo percettivo continuo;
- Anticipando eventi futuri.

2.5 L'EVENTO AVVERSO

Per evento avverso si intende : evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente non intenzionale e indesiderabile.

Gli eventi avversi si distinguono in prevedibili o imprevedibili.

Uno studio condotto dal 2000 al 2001 ha selezionato 3 ospedali del Massachusetts e ha intervistato 38 chirurghi per ottenere rapporti dettagliati sugli incidenti riscontrati.

Il 33% degli incidenti, ha provocato l'invalidità permanente dell'utente. Mentre il 13% costituisce la percentuale di decesso.

Dai risultati dello studio, si evince che i fattori che più hanno contribuito all'aumento dell'errore, sono:

- L'inesperienza in un intervento CH (53%)
- L'interruzione della comunicazione tra il personale (43%)
- L'affaticamento e il carico di lavoro eccessivo (33%)

Un articolo pubblicato nel **2008 BMC Nursing**, ha esposto un altro studio eseguito nel 2005 in cui sono state analizzate le percezioni infermieristiche sulla effettiva comunicazione in sala operatoria.

È emerso, che comportamenti cortesi, ascolto, parole chiare e riconosciute da un linguaggio medico appropriato, riducono l'errore. Mentre l'assenza di apprezzamento e rispetto per i diversi ruoli professionali, aumentano il rischio di incorrere nell'evento avverso.

Esistono **TECNICHE DI INDIVIDUAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI**:

- **ANALISI DEI CLAIMS** : identifica solo pochi eventi ed eventi "visibili"
- **ANALISI DELLE DOCUMENTAZIONI CLINICHE** : identifica solo un numero limitato di eventi prefissati e riscontrabili (morte, riammissione, arresto cardiaco, annullamento intervento)
- **SEGNALAZIONE VOLONTARIA** : imprecisa per molte variabili (obbligatorietà, incentivi, impegno del management)
- **RICERCA DEGLI EVENTI SENTINELLA** : segnalazione obbligatoria alla JCAHO di alcuni eventi sentinella
- **RISCONTRI COMPUTERIZZATI** : esistenza di un sistema informativo adeguato

- **SEGNALAZIONE INTEGRATA NELLE OPERAZIONI CLINICHE** : precisa e utile, dipende dal clima organizzativo.

Effettuare un'analisi sistemica permette di identificare i punti deboli nella catena di cure. Un'analisi sistemica è anche frutto di un processo chiamato **AUDIT CLINICO**.

2.6 AUDIT CLINICO

“Clinical audit is the process by which the doctors, nurses and other health professionals regularly and systematically review, and where necessary change, their clinical practice” (20).

“L'audit clinico è il processo attraverso il quale i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari riesaminano regolarmente e sistematicamente e, se necessario, cambiano la loro pratica clinica”

Per la realizzazione di un audit clinico è fondamentale un gruppo multidisciplinare, in grado di definire le priorità meritevoli di revisione o di nuova implementazione; in seguito, una volta individuato il gold-standard da raggiungere, lo si andrà a confrontare con la pratica corrente, così da identificare le aree che necessitano di essere aggiornate.

La messa in atto di un Audit Clinico è costituita da 6 fasi:

- **SELEZIONE DELLE PRIORITA'** : Rappresenta la fase cruciale, in grado di condizionare il successo dell'audit clinico: in particolare, è fondamentale che la priorità definita, oltre a richiamare l'interesse dei professionisti, sia rilevante per l'organizzazione sanitaria. Esistono alcuni criteri generali per definire le priorità: consistente impatto sulla salute (in termini di frequenza, gravità, qualità della vita), consumo di risorse, ampia variabilità della pratica clinica, disponibilità di evidenze di grado elevato.
- **DEFINIZIONE DEGLI STANDARD ASSISTENZIALI** : Idealmente, uno standard assistenziale dovrebbe essere condiviso tra i professionisti e adattato al contesto locale. Questi “fattori prognostici favorevoli”, che massimizzano la probabilità dell'implementazione, generalmente si ottengono tramite l'adattamento locale di linee guida (LG) - previa validazione della loro qualità - in percorsi assistenziali (PA) condivisi tra tutti i professionisti che devono utilizzarli.
- **CONFRONTO DELLA PRATICA CORRENTE CON GLI STANDARD** : Attraverso la revisione, idealmente retrospettiva, della documentazione clinica viene esaminato il grado di aderenza della pratica corrente con gli standard definiti. Questa è una fase particolarmente critica dell'audit clinico, perché la

qualità delle cartelle cliniche è spesso insoddisfacente e le informazioni necessarie per effettuare le valutazioni di appropriatezza sono incomplete o assenti. Per tale ragione è sempre opportuno verificare la qualità dei dati disponibili attraverso un pre-audit su un numero limitato di cartelle cliniche.

- **IDENTIFICAZIONE DELLE INAPPROPRIATEZZE** : L'analisi dei dati raccolti fornisce una stima delle in-appropriatezze, sia in eccesso, sia in difetto: in particolare, accanto al mancato impiego di interventi sanitari efficaci, vengono spesso prescritti interventi inappropriati.
- **IMPLEMENTAZIONE DEL CAMBIAMENTO** : In relazione alle in-appropriatezze rilevate viene attuato il piano di cambiamento, utilizzando efficaci strategie d'implementazione multifattoriali.
- **VERIFICA DELL'EFFICACIA DEL CAMBIAMENTO** : Dopo un periodo variabile si verifica l'impatto dell'audit clinico sulla pratica professionale: in particolare è atteso un aumento dell'appropriatezza degli interventi sanitari oggetto dell'audit. In relazione ai risultati rilevati, cicli successivi di audit possono richiedere strategie di implementazione integrative al fine di raggiungere i target desiderati. (21)



Per concludere, l'audit clinico può essere considerato un metodo di autovalutazione oggettivo che assicura elevati standard assistenziali.

TERZA PARTE

CAPITOLO III

3.1 COMUNICAZIONE

La comunicazione non è una cosa da niente... ma bensì risulta essere il meccanismo di interazione primario, principale, essenziale.

La comunicazione è un fenomeno abbastanza complesso che riesce a creare e coinvolgere diversi processi che implicano una relazione.

Parte da un'esigenza per tramutarsi in un obiettivo. Comunicare quindi, ha diverse funzioni, quali:

- Funzione strumentale : per soddisfare esigenze e bisogni;
- Funzione di controllo : per indurre ad agire secondo precise indicazioni;
- Funzione informativa : per informare, far conoscere;
- Funzione espressiva : per definire noi stessi, le relazioni, i ruoli. Per manifestare idee e pensieri;
- Funzione all'alleviamento dell'ansia : per situazioni ansiogene, la cui parte fondamentale non è il messaggio in sé, ma l'alleviamento dell'ansia;
- Funzione legata al ruolo: per reagire in base alle aspettative degli altri più che ai propri bisogni reali di quel determinato momento.

Un concetto chiave, fondamentale della comunicazione è il **Feedback**. Questo non è altro che la risposta di ritorno da parte del destinatario del messaggio.

In conclusione il feedback è una risposta che in un certo qual modo influenzerà il passo successivo da compiere o da prevedere.

3.2 LIVELLI DI COMUNICAZIONE

I livelli di comunicazione si distinguono in : Verbale, Paraverbale e Non verbale.

Affinché la trasmissione del messaggio sia chiara, vi è la necessità che questi livelli siano sintonizzati.

Per comunicazione Verbale si intende l'utilizzo delle parole. La scelta di comporre frasi a secondo di situazioni formali o informali.

Per comunicazione Paraverbale si intende quella comunicazione che non riguarda solo quello che dici, ma il modo in cui lo dici (il come). Questo include parametri come il tono della voce, la velocità con cui parli, il volume e il timbro vocale.

Per comunicazione Non Verbale invece, si intende comunicare attraverso il linguaggio del corpo. L'attributo "non verbale" indica di fatti, "tutto ciò che non è parola". Si potrebbe definire quindi come una trasmissione di contenuti, costruzione e condivisione di significati che avviene a prescindere dall'uso delle parole.

3.3 EFFICACE COMUNICAZIONE IN SALA OPERATORIA

E' sempre più forte l'evidenza che i fallimenti della comunicazione, quali omissioni di informazioni, errate interpretazioni, conflitti intercorrenti tra i componenti dell'équipe, sono una frequente causa di errori sanitari ed eventi avversi, che possono generare gravi danni ai pazienti, costituendo un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza.

Nella fase preoperatoria deve essere garantita la comunicazione tra tutti i componenti dell'équipe:

- Il chirurgo deve sempre assicurarsi che i componenti dell'intera équipe siano informati sulle criticità dell'atto operatorio, sull'entità del rischio emorragico, sull'uso di eventuali dispositivi necessari per l'intervento (strumenti, impianti, e apparecchiature per la diagnostica per immagini intra-operatoria o di anatomia patologica) e su qualsiasi eventuale variazione tecnica rispetto alla procedura standard;
- L'anestesista deve comunicare, sin dalla fase preoperatoria, ai componenti dell'équipe le eventuali criticità legate alla condizione clinica del paziente;
- L'infermiere deve comunicare ai componenti dell'équipe operatoria eventuali criticità organizzative, come ad esempio la non disponibilità di particolari strumentazioni.

Al termine dell'intervento la comunicazione dovrà prevedere:

- Il chirurgo deve informare i componenti dell'équipe operatoria di tutte le eventuali variazioni apportate alla strategia chirurgica nel corso della procedura, di possibili problematiche postoperatorie e degli elementi essenziali del piano postoperatorio (antibiotici, profilassi della trombosi venosa profonda, drenaggi e medicazione della ferita);
- L'anestesista deve riferire ai componenti dell'équipe le condizioni cliniche del paziente registrate durante l'intervento e dare tutte le successive istruzioni necessarie per garantire un sicuro recupero nel post operatorio. Le consegne

devono essere dedicate e differenziate a seconda che si trasferisca il paziente in reparto o in terapia intensiva;

- L'infermiere deve rendere note all'équipe eventuali problematiche riscontrate durante l'intervento o nella fase postoperatoria.

Le informazioni registrate dagli infermieri devono includere i seguenti elementi: conta di garze, aghi, taglienti e strumenti chirurgici effettuata nelle varie fasi dell'intervento; nome ed ruolo del personale che ha eseguito il conteggio; strumenti o garze specificatamente ed intenzionalmente lasciate all'interno del paziente, qualsiasi provvedimento preso in seguito ad una discrepanza nel conteggio, eventuali motivazioni per cui non è stato eseguito il conteggio.

CONCLUSIONE

Le competenze non-tecniche sono skills che completano l'infermiere di camera operatoria.

Avere la piena consapevolezza della situazione, essere capaci di interagire al meglio col proprio team con una comunicazione efficace e saper gestire tutte le attività, contribuisce senza dubbio alla sicurezza del paziente.

Puntare sul training di questi aspetti, permette di raggiungere prestazioni di qualità elevate, contribuendo nello stesso momento allo sviluppo di una professione poliedrica sempre in evoluzione.

L'infermiere di sala operatoria, nel durante la sua l'esercizio della sua professione, è altamente esposto a numerosi *stressors*, ognuno dei quali deve essere fronteggiato con le specifiche *strategie di coping*.

Il miglior modo per risolvere i problemi, è affrontarli attivamente.

I carichi di lavoro sono una delle maggiori fonti di stress per gli infermieri e questo anche a causa della mancanza di personale.

Tuttavia il problema della carenza di infermieri è ben lontano dall'essere risolto e saranno necessarie politiche alternative per ridurre il pesante carico di lavori.

Sicuramente sarà opportuno migliorare la distribuzione del lavoro tra gli operatori, migliorare la gestione dei turni in relazione al necessario recupero fisiologico.

Sarebbe indicato che le istituzioni stimolassero un positivo clima lavorativo, riconoscendo e gratificando con incrementi salariali, le migliori abilità e performance degli operatori, facilitando l'avanzamento delle carriere dei più meritevoli.

Le istituzioni ospedaliere potrebbero implementare le strategie di *team building*.

Team building significa letteralmente "costruzione della squadra".

È l'insieme di tecniche per riuscire a creare o rinforzare lo spirito di squadra, creando un gruppo efficiente e che riesca a dare il meglio in ogni condizione.

Un atteggiamento soprattutto collaborativo è un antagonista dei conflitti tra infermieri, e tra le altre figure sanitarie. Avere una comunicazione efficace secondo Cavagnaro (1983), rende gli infermieri capaci di gestire le criticità durante le sedute operatorie. Condividere le responsabilità, collaborare, comunicare, fornire mutuo aiuto e supporto sono le migliori strategie per prevenire l'insorgenza di eventi stressanti o per affrontarli

e superarli con successo, nonché il miglior modo per apprendere e migliorare imparando dalle difficoltà superate.

Se non si è soli di fronte alle difficoltà si è più forti e sicuri di sé con maggior probabilità di successo e sicurezza.

L'auspicio è che si continui ad investire nella ricerca e nello studio delle dinamiche che intervengono nel percorso professionale degli infermieri.

Detto ciò la professione infermieristica resta a mio avviso uno dei lavori più belli in assoluto.

Poter dar sollievo ad una persona malata ascoltandone i bisogni e prendersi cura di chi soffre, ripaga dei sacrifici con cui quotidianamente ci interfacciamo. Quando un paziente premia la tua passione, dedizione e motivazione con un grazie e un sorriso sincero, l'infermiere ha già vinto la sua battaglia contro lo stress.

In quanto alla sala operatoria, o la ami o la detesti, non esistono vie di mezzo.

BIBLIOGRAFIA

1. https://www.researchgate.net/publication/292647127_Clinical_Risk_Management_and_adverse_events Raciti, Mosso, Azzolina, Arione, Davini & Rapellino, 2006
2. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/
3. [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjt55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1983006](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjt55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1983006) .(Flin, O'Connor & Crichton, 2008; Prati, Pietrantoni & Rea, 2006).
4. Helmreich, R.L., Merritt, A.C., and Wilhelm, J.A. (1999). The evolution of Crew Resource Management training in commercial aviation, *International Journal of Aviation Psychology*, 9 (1), 19-32.
5. Flin, R., e Martin, L. (2001), Behavioral Markers for Crew Resource Management: A Review of Current Practice, *The International Journal of Aviation Psychology*, 1 (1), 95-118.
https://www.researchgate.net/publication/240237156_Behavioral_Markers_for_Crew_Resource_Management_A_Review_of_Current_Practice
6. Crozier M., Friedberg E., *Attore sociale e sistema*, Estas Libri, Milano 1978
7. Argyris C., Schon D.A., *Organizational Learning. A theory of Action Prospective*. Addison Wesley, Reading Mass, 1978;
8. A Neglected Species "The Adult Learner, in AIF, *Associazione Italiana Formatori*, n.0, nov. 1986;
9. <http://siba-ese.unisalento.it/index.php/psychofenia/article/view/11606>
10. <https://www.nursetimes.org/sviluppare-competenze-trasversali-le-non-technical-skills-la-formazione-intervento/32228>
11. http://www.treccani.it/enciclopedia/stress_res-1bcbceae-9b61-11e1-9b2f-d5ce3506d72e_%28Dizionario-di-Medicina%29/
12. *Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork** Firth-Cozens, Moss, 1998; Firth-Cozens, 2001
13. Tusaie K, Dyer J (2004) Resilience: a historical review of the construct. *Holist Nurs Pract*, 18 (1), 3-11
14. Mallack L (1998) *Putting organisational resilience to work*. *Ind Manage*, 40 (6), 8-14
15. Figura 1: <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-15-articolo-179.htm>

16. Hartel, Smith, & Prince, 1991; Market, Burgundy, & Cuevas-Mesa, 1997; Nullmeyer, Stella, Montijo, & Harden, 2005
17. The Hunt for Situation Awareness: Human-Robot Interaction in Search and Rescue. Jennifer M. Riley, Mica R. Endsley
18. <https://www.nap.edu/read/6173/chapter/9>
19. Dominguez, C., Vidulich, M., Vogel, E. & McMillan, G. (1994). Situation awareness: Papers and annotated bibliography. Armstrong Laboratory, Human System Center, ref. AL/CF-TR-1994-0085
20. Primary Health Care Clinical Audit Working Group, 1995
21. <https://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/118/audit-clinico-questo-sconosciuto-i-saga-in-tre-episodi-su-un/articolo>

Ringraziamenti

Vorrei ringraziare il Direttore Stefano Marcelli per il costante appoggio datomi, per la pazienza, e per la fiducia. È sempre stato una spalla su cui poter contare.

La Dottoressa Elisa Floridi, Coordinatrice del Blocco Operatorio di AP, per l'insegnamento datomi durante il periodo di tirocinio svolto, per l'umanità e per la tenacia trasmessami, Grazie.

Un grazie davvero speciale a mia madre e a mio padre. È grazie a loro se ho raggiunto questo traguardo, è grazie alla forza che loro sono riusciti a trasmettermi se sono stata in grado di affrontare gli ostacoli di questo percorso. E' grazie a loro se sono fiera di come sono cresciuta e di come mi hanno insegnato a rispettare, ad aiutare e ad amare il prossimo.

Alle mie sorelle Mariligia e Rachele, e al mio gemello Simone, senza i quali non sarei diventata la persona che sono oggi.

Alle mie amiche, Maria Rita, Erda, Cristina, Melissa e Greta,

Alle mie coinquiline, che hanno rappresentato la mia seconda famiglia,

Grazie con tutto il cuore.