

La gestione partecipata dell'assistenza e il coinvolgimento dei pazienti nel processo decisionale: l'esperienza delle emergenze pediatriche

LUCA TORTOROLO¹

¹Terapia Intensiva Pediatrica, Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma.

Pervenuto su invito il 17 febbraio 2020.

Le emergenze pediatriche sono una importante sfida per qualsiasi operatore sanitario. Dal 2003 lo European Resuscitation Council organizza il corso "European Pediatric Advance Life Support" (EPALS) che fornisce training multidisciplinare per il riconoscimento precoce delle insufficienze respiratorie e circolatorie del bambino e fornisce le conoscenze e le competenze di base per prevenire l'ulteriore deterioramento fino all'arresto cardiocircolatorio¹. Mentre le capacità tecniche e i protocolli di assistenza nell'emergenza sono ben delineati nei programmi EPALS, i problemi legati al lavoro in équipe, alle interazioni multidisciplinari e multiprofessionali sono spesso difficili da superare, poiché gli operatori sanitari sono stati prevalentemente formati a pensarsi come singoli individui, anche quando lavorano in un team che si prende cura di bambini in condizioni critiche. Lo stress, la scarsa comunicazione, la mancata individuazione e correzione degli errori, nonché la cultura della colpa conducono non di rado a esiti indesiderati nell'assistenza dei pazienti. La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations ha identificato il fattore umano, la leadership e la comunicazione come le principali cause degli eventi sentinella², e propone il training basato sulla simulazione come un percorso efficace per migliorare il lavoro in équipe e un mezzo per migliorare la sicurezza del paziente³.

Il Crew Resource Management (CRM) si occupa delle competenze non tecniche necessarie per un efficace lavoro in équipe per gestire le situazioni di crisi, affrontando la dinamica del processo decisionale, le relazioni interpersonali e le problematiche della gestione del gruppo⁴. Acquisire le competenze CRM è spesso associato a una modifica delle attitudini e dei comportamenti, all'apprendimento di nuove capacità così come al disapprendimento delle precedenti abitudini (tabella 1). Infatti, l'International Liaison Committee on Resuscitation raccomanda di considerare il CRM come una componente essenziale della formazione alla gestione delle emergenze pediatriche⁵, con un'attenzione particolare al ruolo del debriefing.

Il debriefing ha un ruolo chiave, poiché rappresenta il momento in cui i membri del team riflettono sulle loro azioni, divengono consapevoli delle loro

Tabella 1. Principi chiave del CRM.

1. Conoscere il contesto.
2. Anticipare e pianificare.
3. Chiedere aiuto precocemente.
4. Esercitare la leadership con assertività.
5. Distribuire il carico di lavoro (applicare il principio dei 10 secondi per 10 minuti).
6. Utilizzare tutte le risorse disponibili.
7. Comunicare efficacemente, parlare chiaro.
8. Utilizzare tutte le informazioni disponibili.
9. Prevenire e gestire gli errori di fissazione.
10. Fare controlli doppi e incrociati (non dare per scontato mai nulla).
11. Utilizzare gli ausili cognitivi.
12. Rivalutare ripetutamente (applicare il principio dei 10 secondi per 10 minuti).
13. Utilizzare al meglio il lavoro in team, coordinarsi e supportare gli altri.
14. Prestare attenzione correttamente.
15. Definire le priorità in modo dinamico.

capacità e migliorano la loro autosufficienza⁶. Nella letteratura sono descritti diversi approcci al debriefing. Secondo la metodologia condivisa dagli istruttori di EPALS, un buon debriefing idealmente inizia alla fine dello scenario, poiché durante la transizione dallo scenario al debriefing l'istruttore ascolta e osserva le reazioni immediate dei partecipanti⁷. Quindi, l'istruttore invita i partecipanti a comunicare come si sono sentiti durante la simulazione e a ripercorrere i punti salienti dello scenario, processo che consente ai partecipanti di riflettere e analizzare i loro percorsi decisionali⁸. Durante il debriefing normalmente si crea una situazione stimolante in cui è favorita la discussione e la formulazione di ragionamenti e ipotesi, elementi questi che normalmente restano latenti durante lo scenario⁹. È preferibile che ogni errore emerga dal confronto fra i membri del team piuttosto che essere evidenziato dal facilitatore. Le istruzioni dovrebbero essere supportive e focalizzate sul comportamento corretto e su come riprodurlo, evitando di criticare esplicitamente: in questo modo la fiducia nelle capacità di autoapprendimento migliora, poiché i partecipanti comprendono il valore educativo degli errori e divengono più consapevoli delle loro potenzialità¹⁰. Alla fine del percorso, vengono forniti dei "take-home messages" allo scopo di raggiungere e mantenere una buona performance.

In conclusione, l'approccio CRM può contribuire a migliorare le capacità tecniche e la performance generale nella gestione delle emergenze pediatriche in quanto la consapevolezza della situazione, la buona

comunicazione e il miglior utilizzo delle risorse disponibili rendono il team più forte e coeso. I principi del CRM dovrebbero essere introdotti nel percorso formativo per la gestione delle emergenze pediatriche e soprattutto nelle simulazioni di casi clinici. In particolare, il debriefing rappresenta il momento nel quale si apprendono, si comprendono e si consolidano i concetti del CRM.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Maconochie IK, Bingham R, Eich C, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation* 2015; 95: 223-48.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.
3. Gaba DM. Crisis resource management and teamwork training in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2010; 105: 3-6.
4. Alexander D. The genesis of crew resource management: the NASA experience. In: Gillman LM, Widder S, Blaiwas M, Karakitsos D (eds). *Trauma team dynamics*. New York: Springer International Publishing, 2016.
5. Helmreich RL, Merritt AC, Wilhelm JA. The evolution of Crew Resource Management training in commercial aviation. *Int J Aviat Psychol* 1999; 9: 19-32.
6. Weinstock PH, Kappus LJ, Kleinman ME, Grenier B, Hickey P, Burns JP. Toward a new paradigm in hospital-based pediatric education: the development of an onsite simulator program. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6: 635-41.
7. Rall M, Gaba D, Howard S, Dieckmann P. Human performance and patient safety. In: Miller RD (ed). *Miller's anesthesia*. 8th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2015.
8. Cheng A, Donoghue A, Gilfoyle E, Eppich W. Simulation-based crisis resource management training for paediatric critical care medicine: a review for instructors. *Pediatr Crit Care Med* 2012; 13: 197-203.
9. Bank I, Snell L, Bhanji F. Pediatric crisis resource management training improves emergency medicine trainees' perceived ability to manage emergencies and ability to identify teamwork errors. *Pediatr Emerg Care* 2014; 30: 879-83.
10. Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with good judgment: combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiol Clin* 2007; 25: 361-76.