



Università degli Studi di Padova

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

Una comunicazione efficace come chiave per la
sicurezza del paziente:
Indagine conoscitiva sulla correlazione tra consegna
infermieristica ed errore

RELATORE: Dott., Prof. Bernardi Matteo

LAUREANDA: Baban Ioana Madalina

Anno Accademico 2014- 2015

INDICE

I. Abstract

II. Introduzione Pag. 1

CAPITOLO I: QUADRO TEORICO

1.1 La comunicazione in ambito sanitario.....	Pag. 3
1.2 Le consegne in ambito infermieristico.....	Pag. 4
1.3 L'errore in ambito sanitario.....	Pag. 9
1.4 Epidemiologia degli eventi avversi/errori rispetto alla comunicazione infermieristica.....	Pag.11

CAPITOLO II: LO STUDIO

2.1 Scopo dello studio	Pag.13
2.2 Materiali e metodi	Pag.13
2.3 Risultati	Pag.15
2.4 Discussione e conclusioni	
2.4.1 Discussione	Pag.22
2.4.2 Limiti dello studio.....	Pag.24
2.4.3 Implicazioni per la pratica.....	Pag.24
2.4.4 Conclusioni	Pag.26

III. Bibliografia Pag.27

IV. Allegati Pag.31

I. Abstract

Background: In ambito sanitario la comunicazione è il processo attraverso il quale le informazioni vengono scambiate in modo chiaro ed accurato tra i componenti del team ed è fondamentale per la sicurezza del paziente e la continuità delle cure. Secondo una recente revisione della Joint Commission sull'analisi delle cause più frequenti alla base degli eventi sentinella segnalati negli Stati Uniti risulta che esse sono riconducibili ad un problema di comunicazione. Il momento della consegna infermieristica diventa quindi particolarmente vulnerabile, ed è compito dell'infermiere garantire che avvenga in modo efficace ed efficiente, riducendo al minimo il rischio di errore.

Scopo dello studio: lo scopo è quello di esplorare il livello di percezione che gli infermieri hanno rispetto al rischio clinico correlato al passaggio delle consegne a fine turno e quello di capire se il personale sia o meno soddisfatto delle modalità con cui queste avvengono indagandone i possibili motivi e di conseguenza far emergere i punti su cui poter agire per diminuire il rischio di errori e quindi incrementare la sicurezza del paziente.

Materiali e metodi: Per raggiungere gli obiettivi del mio studio è stato somministrato un questionario (composto da 7 domande a risposta aperta e chiusa) ad un campione di 51 infermieri afferenti alle Unità operative di Medicina e Chirurgia dell'Azienda ospedaliera di Padova. Non avendo reperito in letteratura strumenti utilizzabili e adattabili all'indagine in oggetto, il questionario somministrato è stato costruito ad hoc.

Risultati: Lo studio ha coinvolto 21 infermieri, dunque solo il 41% del campione ha aderito allo studio. Le consegne infermieristiche all'interno di questi reparti avviene con modalità sia scritta che orale. Per il 76% dei soggetti indagati la consegna infermieristica è fonte di errori derivati prevalentemente da dimenticanze (28%) ed il 57% ha sperimentato almeno un errore derivato dalle consegne, di questi una buona fetta (33%) è rappresentata dallo scambio del paziente e dalla mancata esecuzione delle prescrizioni strumentali e/o farmacologiche. Per evitare il ripetersi degli errori sono state introdotte delle strategie quali, ad esempio, la consegna strutturata, il diario integrato con i medici e l'associazione di nome e cognome del paziente al numero durante la consegna verbale. Gli infermieri comunque sostengono di essere insoddisfatti della modalità in cui avvengono le consegne per il 62%. Alcune delle motivazioni sono le eccessive interruzioni (48%), l'insufficiente scambio di informazioni (14%) e la trasmissione di dati inutili o non pertinenti.

Conclusioni: Dallo studio emerge che una buona percentuale dei partecipanti è consapevole dei rischi insiti alla consegna infermieristica, inoltre ciò è confermato dal fatto che essi stessi ne hanno avuto esperienza nella pratica clinica. Sebbene siano state implementate delle strategie per evitare il ripetersi di alcuni errori, l'insoddisfazione da parte degli infermieri permane, per differenti motivi. Quelli che spiccano maggiormente sono le eccessive interruzioni e l'insufficiente scambio di informazioni e/o la dimenticanza di dati importanti, ed è proprio su questi aspetti che si potrebbe andare ad agire per ridurre il rischio di errore ed incrementare la sicurezza dei pazienti.

II. Introduzione

Così come recita il Codice Deontologico degli infermieri del 2009, l'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica, ma allo stesso tempo egli riconosce che "l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito". L'infermiere dunque "collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe" ed allo stesso tempo "garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi". In questo modo "L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore". Egli per far ciò "partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico". (Articoli 1,14,41,27,29)⁽³⁰⁾

Sono questi gli argomenti degli articoli del codice deontologico⁽³⁰⁾ che hanno ispirato il mio studio. Si parla di garantire la continuità assistenziale e di efficace gestione degli strumenti informativi. Un importante momento in cui si presentano questi aspetti è quello della consegna infermieristica, un momento particolarmente delicato e suscettibile di errore che potrebbe compromettere sia la continuità assistenziale sia la sicurezza del paziente.

Dopo uno studio della più recente letteratura sull'argomento, sono sorti alcuni quesiti, i quali hanno ispirato la costruzione del questionario da somministrare agli infermieri delle Unità Operative di Medicina e Chirurgia dell'Azienda ospedaliera di Padova.

Dalla letteratura è emerso che il momento della consegna è, appunto, molto vulnerabile, ma ci si è chiesti, in questo studio, se gli infermieri lo percepiscono nella realtà quotidiana, e se così fosse, quali sono i punti su cui agire per incrementare la sicurezza del paziente.

Parole chiave: *Handoff, Handover, Nursing, Communication, Errors, Continuity of care, Health care quality*

CAPITOLO I:

QUADRO TEORICO

1.1 La comunicazione in ambito sanitario

Il sistema sanitario è un sistema ad elevata complessità, caratterizzato dall'interazione di molteplici elementi umani, tecnologici ed organizzativi.⁽¹⁾

All'interno del sistema sanitario ogni professionista è autonomo rispetto alle scelte che riguardano il proprio ambito professionale; tuttavia per rispondere ai bisogni degli utenti e del sistema è importante che ogni professionista possieda anche la capacità di confrontarsi e interagire in un gruppo di lavoro, oltre alle competenze tecniche specifiche della propria disciplina.

Un gruppo è un insieme di persone con valori e obiettivi dichiarati e condivisi che interagiscono, in certo periodo di tempo e in un determinato spazio, in modo interdipendente e corresponsabile per il raggiungimento dei risultati prefissati.⁽¹⁾

Una delle caratteristiche principali dei gruppi che operano in ambito sanitario è la multidisciplinarietà. In un gruppo multidisciplinare vi è un'interazione tra professionisti provenienti da diversi ambiti professionali per il raggiungimento di un obiettivo comune.

Per un efficace ed efficiente funzionamento del gruppo, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di cura è fondamentale una buona comunicazione.^(1,2)

La comunicazione è il processo per mezzo del quale messaggi, opportunamente codificati, vengono scambiati tra due o più soggetti (emittente e destinatario) attraverso un canale.⁽¹⁾

In ambito sanitario la comunicazione è il processo attraverso il quale le informazioni vengono scambiate in modo chiaro ed accurato tra i componenti del team, incluso il paziente. Affinché la comunicazione sia efficace deve essere completa, chiara, concisa e tempestiva.⁽³⁾

La trasmissione di informazioni sulla situazione del paziente da un professionista sanitario a un altro, afferenti o meno allo stesso reparto è definita *handover*. In italiano il passaggio di informazioni tra medici e infermieri o tra famiglie professionali omogenee è definito "consegna".⁽⁴⁾

Ciò che contraddistingue la consegna dagli altri tipi di comunicazioni riguardanti il paziente è il trasferimento di responsabilità e controllo sul paziente da un professionista all'altro.⁽³⁾

L'obiettivo primario della consegna è quello di fornire informazioni accurate riguardo alla presa in carico, al trattamento, alle condizioni attuali e qualsiasi recente o prevedibile cambiamento.^(3,5)

Il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente da un operatore all'altro, da un team all'altro o dagli operatori al paziente o alla famiglia, ma anche tra strutture sanitarie ha lo scopo di assicurare la continuità della cura e la sicurezza.⁽⁶⁾

Le informazioni trasmesse attraverso la consegna possono riguardare le condizioni del paziente e i cambiamenti avvenuti, trattamenti in corso e relative modifiche, complicazioni che potrebbero subentrare ed esigenze particolari del paziente e della famiglia.⁽⁶⁾

Il passaggio delle consegne avviene in molti ambiti durante il percorso di cure: accesso alle cure primarie, passaggio da un medico all'altro, cambio di turni degli infermieri, trasferimento da una unità operativa o struttura all'altra, passaggio dal Pronto Soccorso al reparto, dimissione verso il domicilio o altra struttura residenziale.⁽⁶⁾

1.2 Le consegne in ambito infermieristico:

Si parla di consegna infermieristica quando un infermiere cede la responsabilità della presa in carico del paziente ad un altro infermiere, ad esempio a fine turno.⁽⁷⁾

Le informazioni riguardanti il paziente vanno scambiate ogni qualvolta se ne presenti la necessità. Ciò può accadere a fine turno, al rientro dell'infermiere referente del paziente, al trasferimento del paziente in un altro contesto (ad esempio durante il trasferimento da un reparto chirurgico ad una terapia intensiva), alla dimissione e in altri momenti di *briefing* o *debriefing* multidisciplinari (es. valutazione multidimensionale del paziente, *follow up*).⁽⁴⁾

In letteratura si possono individuare varie modalità per trasmettere le informazioni. Ci possono essere consegne infermieristiche in forma scritta (su carta o informatizzate), orale, registrata, con una combinazione di metodi (es. consegne scritte e verbali) o al letto del paziente. Perciò la modalità di comunicazione può essere *face-to-face* di coppia (l'infermiere che dà le consegne e l'infermiere che le riceve), di gruppo (chi ha preso in carico il paziente nel turno appena concluso e chi lo prenderà), ma anche senza alcuna sovrapposizione tra i turni come avviene con le consegne scritte, lette da chi inizia il turno senza alcun contatto con chi le ha scritte, oppure l'ascolto di registrazioni vocali o video.⁽⁴⁾

La consegna orale permette l'interazione tra professionisti, la possibilità di discutere la situazione del paziente, la chiarificazione delle informazioni non comprese, nonché un momento per apprendere dai colleghi più esperti.⁽⁸⁾ Tuttavia una comunicazione puramente verbale, senza il sostegno di una documentazione scritta è rischiosa perché si affida alle capacità mnemoniche del professionista. Uno studio pilota ha dimostrato che dopo il primo ciclo di consegne solo il 26,2% delle informazioni veniva mantenuta, mentre dopo il quinto

ciclo erano pari a zero. Tuttavia l'utilizzo di un foglio preparato in precedenza per il turno successivo in concomitanza con la consegna orale ha dimostrato essere una buona strategia in quanto il 100% delle informazioni vennero mantenute.⁽⁹⁾ Le informazioni durante la consegna orale dovrebbero essere date in un luogo non disturbato da interruzioni e sufficientemente appartato per assicurare la riservatezza.⁽⁴⁾

La consegna al letto del paziente è di tipo orale e pone il paziente al centro dello scambio di informazioni, coinvolgendolo ed incoraggiandolo a partecipare ad eventuali chiarificazioni necessarie nonché a concordare il piano di assistenza. Questa modalità inoltre previene la stereotipizzazione del paziente, scoraggia i commenti inutili e permette quindi di risparmiare tempo.⁽⁴⁾ Tuttavia questa modalità viene impiegata poco nella realtà italiana, rispetto ad altre realtà.⁽²⁸⁾

Durante la consegna scritta, non verbale, l'infermiere si informa leggendo direttamente i documenti componenti la cartella clinica del paziente.⁽⁷⁾

La documentazione è generalmente definita da ciascun ospedale, ma vengono sempre lasciati spazi liberi dedicati alle “Note progressive”, di “annotamento” o di “diario” in cui riportare l’evoluzione dei pazienti e le informazioni ritenute importanti per assicurare la continuità dell’assistenza. Gli inserimenti di dati infermieristici nelle registrazioni delle persone assistite sono importanti, perché dimostrano l’avvenuta applicazione delle prescrizioni mediche e infermieristiche, la data e gli orari esatti di erogazione dell’assistenza. Le registrazioni relative all’assistito oltre a garantire la continuità dell’assistenza e la comunicazione ha anche valore legale.⁽⁴⁾

“Al riguardo della suddetta normativa e dallo stesso DM 739/94 possono evincerci gli elementi costitutivi della cartella infermieristica, anche quale documentazione, ai fini giuridici, degli atti assistenziali, identificabili nelle sottoelencate parti: la raccolta di dati anamnestici; la pianificazione degli interventi, il diario infermieristico, le schede di terapia, dei parametri vitali e degli esami diagnostici, la valutazione dell’assistenza prestata all’utente (...)” Tar del Trentino-Alto Adige, sentenza 75 del 14 marzo 2005 ⁽²⁹⁾

Nel caso della consegna scritta una cartella informatizzata assicura maggiore accuratezza e affidabilità delle informazioni e diminuisce i tempi per scrivere, leggere o recuperare i dati.⁽⁴⁾ Ai fini della continuità assistenziale la completezza della documentazione è fondamentale in quanto non vi è la possibilità di porre domande o richiedere chiarimenti a chi ha scritto le informazioni.

Per selezionare e organizzare le informazioni da trasmettere in letteratura sono stati individuati differenti approcci.⁽⁴⁾

Uno degli approcci più comuni è quello narrativo, che consiste nella narrazione in senso temporale delle informazioni da quando il paziente è stato preso in carico al momento della consegna.⁽⁴⁾ Uno svantaggio della modalità narrativa è che richiede molto tempo per scrivere e leggere delle informazioni specifiche.^(4,10)

Esistono anche dei modelli di trasmissione delle informazioni più strutturati:

- 1) Orientato ai problemi: un esempio è il modello S.O.A.P., ovvero delle note progressive relative ad un problema di salute. In questo acronimo la “S” si riferisce ai dati o sintomi espressi dal paziente (dati soggettivi); la “O” ai dati oggettivi e include i dati raccolti dall’infermiere; dopo aver analizzato sia i dati oggettivi che quelli soggettivi si ha l’Accertamento, che rappresenta una diagnosi, una impressione o un cambiamento delle condizioni; Infine si ha la Pianificazione degli interventi infermieristici correlati al problema identificato. All’acronimo S.O.A.P. sono stati aggiunti ulteriori passaggi facendolo così diventare S.O.A.P.I.E. e S.O.A.P.I.E.R. dove la “I” sta per “intervento”, la “E” per “*evaluation*” cioè “valutazione”, mentre la “R” per “revisione”. Questo sistema non è molto utilizzato in Italia.^(4,10)
- 2) Focalizzato sugli esiti: le informazioni sono organizzate secondo gli esiti del paziente.⁽⁴⁾
- 3) Focalizzato sugli scostamenti dalla normalità: è basato su un sistema di standard, protocolli e parametri di valutazione: se il paziente rientra in questi parametri non viene documentato, mentre sono documentate o riferite solo le variazioni. Potrebbe essere utilizzato, per esempio, in ambito chirurgico, dove il decorso postoperatorio è noto.⁽⁴⁾
- 4) Orientato alla globalità del paziente: si basa sul modello S.B.A.R.(=*Situation, Background, Assessment e Recommendation*). Aiuta a focalizzare i messaggi essenziali da trasferire, inoltre è efficace sia nella trasmissione scritta che verbale, ma viene utilizzata soprattutto nella trasmissione delle informazioni verbali, nei briefing multiprofessionali.⁽⁴⁾

L’Organizzazione mondiale della Sanità nella specifica soluzione *Communication during patient handovers* sottolinea che le informazioni da comunicare durante una consegna sono

la situazione attuale del paziente, piano terapeutico, terapia, direttive anticipate (*advance directives*) e qualsiasi cambiamento significativo delle condizioni del paziente.⁽⁶⁾

Durante le consegne oltre a comunicare informazioni retrospettive, come l'anamnesi pregressa, stato psico-fisico attuale, le procedure già eseguite, bisognerebbe dare anche informazioni sulle opzioni di cura, sulla possibile prognosi o anticipazioni di "cosa potrebbe andare male".⁽¹¹⁾

In uno studio in cui veniva chiesto alle infermiere quali ritenessero fossero le informazioni assolutamente da conoscere all'inizio del turno, risulta che queste dipendono a seconda dell'unità operativa in cui lavorano. In un'unità Operativa di Medicina Generale, per esempio, le infermiere che iniziano il turno, durante le consegne si aspettano di ricevere informazioni su segni vitali alterati, valori glicemici anormali e relativamente il tipo di terapia e la frequenza dei controlli, se vi sono infusioni endovenose (tipo, quantità, da linea periferica o centrale) ed eventuali procedure. Invece, in una chirurgia si aspettano informazioni sulle condizioni della ferita chirurgica, se il paziente si alimenta o meno e la tipologia di dieta, se il paziente si può mobilizzare, risultati di laboratorio anormali e la condizione della medicazione o se bisogna sostituirla.⁽¹²⁾

Il tempo che viene dedicato alle consegne varia in base a:

- Modalità utilizzata (scritta, verbale o combinata)⁽⁴⁾
- Contesto (al letto del paziente, in luogo appartato)⁽⁴⁾
- Numero di pazienti su cui comunicare e al numero di nuovi pazienti:⁽⁴⁾ se per esempio si hanno 12 pazienti e ad ognuno si dedicano 5 minuti, all'inizio e alla fine di un turno di otto ore, in complessivo si dedica alla consegna un quarto del tempo lavorativo totale.⁽⁵⁾
- Livello di formazione ed esperienza del gruppo infermieristico: Uno studio australiano ha osservato che il tempo dedicato alla consegna andava dal 7% al 12% del turno lavorativo a seconda del livello di esperienza professionale dell'infermiere.⁽¹³⁾
- Momento della giornata (mattina, pomeriggio, sera): in genere le consegne serali e quelle del mattino durano di meno.⁽⁴⁾ In uno studio australiano si è osservato che la consegna la mattina durava dai 15 ai 22 minuti, al pomeriggio dai 30 ai 50 minuti, mentre la sera dai 27 ai 40 minuti.⁽¹⁴⁾

- Stile del gruppo infermieristico: se il gruppo tende a raccontarsi eventi personali o è focalizzato sui pazienti.⁽⁴⁾

La durata della consegna è un aspetto critico in quanto una consegna troppo lunga toglie tempo alla cura, mentre una consegna troppo breve e frettolosa può comportare un rischio per il paziente in quanto potrebbero essere omesse o incomprese delle informazioni.^(5,15)

L'Organizzazione mondiale della Sanità nella specifica soluzione *Communication during patient handovers* sottolinea che le organizzazioni sanitarie devono garantire il tempo sufficiente per lo scambio di informazioni e per dare l'opportunità allo staff di fare e rispondere ad eventuali domande.⁽⁶⁾

1.3 L'errore in ambito sanitario:

Come già ribadito precedentemente il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, tra cui si citano la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi e l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile.^(1,27)

Anche in ambito sanitario, come in altri sistemi complessi, possono verificarsi incidenti ed errori.⁽²⁶⁾ Per molti anni si è tentato di trasferire in sanità le procedure di sicurezza progettate per gli altri settori, ma al contrario di essi, caratterizzati da una impronta prevalentemente “meccanicistica”, in quello sanitario prevale il “fattore umano”, nel contempo risorsa e criticità. Infatti, se da una parte l'adattabilità dei comportamenti, la dinamicità e la complessità delle relazioni interpersonali sono prerogative fondamentali delle risorse umane all'interno del sistema, esse costituiscono, nello stesso tempo, un fattore critico, perché le dinamiche di lavoro sono complesse, la “performance” individuale variabile e, soprattutto, i risultati dei processi non sempre sono prevedibili e riproducibili. Vanno pertanto progettati specifici modelli di controllo del rischio clinico, con l'obiettivo di prevenire il verificarsi di un errore e, qualora questo accada, contenerne le conseguenze.⁽²⁷⁾ Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e, quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono il sistema di gestione del rischio clinico (*Clinical Risk Management*).⁽²⁷⁾

Una delle responsabilità delle istituzioni sanitarie è quella di garantire cure di qualità, quindi da ciò deriva che uno degli elementi fondamentali della qualità delle cure è la sicurezza. Perciò le istituzioni sanitarie hanno il dovere di fornire la massima protezione possibile dai danni che si verificano nei processi di cura. È possibile fare ciò attraverso il *clinical risk management* o gestione del rischio clinico, che è “un approccio al miglioramento della qualità delle cure dedicato all’identificazione delle circostanze che mettono il paziente a rischio di danno e al controllo di queste circostanze”.⁽¹⁶⁾

Per capire che cos’è il rischio clinico è opportuno darne una definizione: “il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, il peggioramento delle condizioni di salute o la morte”.⁽¹⁷⁾

Per poter prevenire un evento è necessario analizzare la rischiosità della situazione. Alcune delle tecniche di analisi sono l’analisi dei *claims*, analisi delle documentazioni cliniche, segnalazione volontaria degli eventi, ricerca degli eventi sentinella, riscontri computerizzati, segnalazione integrata delle operazioni cliniche, fonti istituzionali (ufficio relazioni con il pubblico, ufficio legale, medicina legale, segnalazione di incidenti ai pazienti o visitatori, dipartimento di prevenzione, infezioni ospedaliere).⁽¹⁶⁾

È necessario inoltre creare una cultura organizzativa della sicurezza basata sulla segnalazione non solo dei danni ma anche degli errori che non hanno causato danni e delle situazioni di quasi errore o *near miss*, ovvero quelle situazioni in cui gli errori non si sono verificati.⁽¹⁶⁾

Un’importante mutamento è avvenuto a partire dalla metà degli anni ’80 nella cultura dell’errore, infatti, ha preso avvento la consapevolezza del fatto che gli errori vengono sì commessi da una persona, ma che questa persona non è la sola responsabile dell’errore, ma è soltanto l’ultimo anello di una catena che inizia con difetto a livello di sistema. Questo modo di pensare ha permesso di eliminare la colpevolizzazione del singolo individuo e rendere più trasparenti la segnalazione degli errori.⁽¹⁶⁾

Si denota quindi la distinzione tra errore attivo o umano ed errore latente o di sistema. Gli errori attivi sono quelli commessi direttamente dall’operatore e determinano un immediato effetto negativo sull’assistito. L’errore latente, invece, è dovuto ad una insufficienza

organizzativo-gestionale del sistema, che ha creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.^(16,17)

È necessario tenere presente però che non tutti gli errori latenti producono un errore attivo e che non tutti gli errori provocano un danno. Affinché l'errore avvenga è necessario che superi tutte le barriere di sicurezza predisposte all'interno della struttura per contenere gli effetti di possibili errori.^(16,17)

Si parla di quasi errori o *near miss* quando vi sono situazioni di elevato potenziale di rischio ma che solo per ragioni fortuite o per l'intervento di un operatore non hanno causato un errore o un incidente. L'analisi dei quasi errori è molto importante in quanto è possibile individuare ed eliminare i fattori di rischio prima che si verifichi un errore.^(16,17)

L'errore può causare un evento avverso, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'evento avverso, quindi, è indesiderabile, non intenzionale e dannoso per il paziente.^(16,17)

Un evento avverso particolarmente grave è definito evento sentinella. Il Ministero della Salute definisce gli eventi sentinella “quegli eventi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario”.⁽¹⁷⁾

Vista la gravità degli eventi sentinella è molto importante la loro sorveglianza al fine di prevenire tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti.

1.4 Epidemiologia degli eventi avversi/errori rispetto alla comunicazione infermieristica

Come accennato precedentemente la comunicazione in ambito sanitario è fondamentale per la sicurezza del paziente e la continuità delle cure. Vista la molteplicità di professionisti con cui viene in contatto il paziente durante un episodio di malattia, i momenti in cui essi scambiano informazioni sono notevoli, e poiché l'errore umano è una componente non completamente eliminabile, questi momenti diventano rischiosi per la sicurezza del paziente.

Secondo la più recente revisione della *Joint Commission* sull'analisi delle cause più frequenti alla base degli eventi sentinella segnalati volontariamente negli Stati Uniti, risulta che negli ultimi due anni e mezzo (2013-2014 e 2Q 2015) gli eventi segnalati sono riconducibili ad un problema di comunicazione rispettivamente per il 63%, 64% e 72%.⁽¹⁸⁾

Secondo il report annuale degli eventi sentinella del 2010-2011, pubblicato dal dipartimento della salute e servizi umani australiano la comunicazione è un fattore contribuente al verificarsi degli eventi sentinella nel 14% dei casi.⁽¹⁹⁾

Per quanto riguarda il contesto Italiano, invece, di 1918 eventi sentinella segnalati tra Settembre 2005 e Dicembre 2012, il 38% sono attribuibili a cause e fattori legati alla comunicazione.⁽²⁰⁾

Uno studio australiano, analizzando 241 incidenti relativi alla gestione clinica infermieristica, ha evidenziato che il 22% degli errori è attribuibile ad una inefficace comunicazione sia scritta che verbale tra infermieri durante le consegne.⁽²¹⁾ Un altro studio prospettico, che consisteva nell'analisi di consegne audio registrate per 12 giorni da 8 team di medicina interna, ha rilevato che problemi connessi alla consegna si sono verificati con una frequenza di 7.5 per 100 pazienti/giorni di cura. Questi hanno portato conseguenze cliniche negative per i pazienti, *near misses* e lavoro inefficiente o doppio per il personale sanitario.⁽²²⁾

Un ulteriore studio, che si proponeva di analizzare la correlazione tra le strategie adottate dagli infermieri durante le consegne e gli errori di trattamento, su 200 consegne analizzate risultava una discrepanza dei dosaggi nel 23% delle consegne, in 52% delle consegne vi era un ritardo nell'esecuzione delle prescrizioni o non venivano proprio eseguite.⁽¹¹⁾

Una inefficace comunicazione durante le consegne può avere conseguenze per la sicurezza del paziente sia a lungo termine che immediate.⁽²³⁾ Nell'immediato una consegna inefficace comporta una perdita di informazioni ed errori tecnici, ritardi nella formulazione di una diagnosi o nell'individuare cambiamenti delle condizioni del paziente, somministrazione di una terapia non corretta o un ritardo nella somministrazione⁽¹¹⁾, maggiore incidenza di eventi avversi che mettono in pericolo la vita del paziente⁽²³⁾, cancellazione di procedure o test diagnostici programmati, esecuzione di esami diagnostici non necessari o sbagliati, inoltre alcune volte gli errori possono provocare un danno al paziente, come, per esempio, piccole contusioni o lacerazioni cutanee.⁽²¹⁾ Invece, i potenziali effetti a lungo termine includono un aumento delle denunce da parte dei pazienti, un aumento dell'ospedalizzazione, un aumento dei costi dell'assistenza sanitaria⁽²³⁾, un aumento dell'insoddisfazione dei fornitori dell'assistenza e un aumento delle riammissioni.⁽⁷⁾

È necessario comunque ricordare che non tutti gli errori hanno delle conseguenze, perché come nel caso dei *near miss* in cui sebbene vi siano situazioni di elevato potenziale di rischio, gli eventi non si verificano solo per ragioni fortuite o per l'intervento di un operatore.

In uno studio che si proponeva di individuare le barriere e i fattori facilitanti una buona consegna, 80% degli infermieri intervistati hanno indicato come fattore limitante la mancanza di sufficienti informazioni, e devono perdere del tempo per cercare le informazioni necessarie. Allo stesso tempo, però, il 50% ha indicato come limite anche un'eccessiva quantità di informazioni, che risultano essere non rilevanti o ridondanti⁽¹⁴⁾ e allungano la durata della consegna, togliendo tempo all'assistenza effettiva. Un altro fattore negativo è la disomogeneità della qualità delle informazioni, che varia in base all'esperienza dell'infermiere che dà le consegne: alcuni danno informazioni precise e complete, altri invece omettono delle informazioni importanti. Sempre nello stesso studio l'impossibilità di porre domande e ricevere chiarimenti e le eccessive interruzioni⁽¹⁵⁾ venivano viste come fattori contribuenti ad una inefficace comunicazione.⁽¹²⁾

Mentre i fattori favorenti una efficace consegna sono:

- la possibilità di prendere appunti durante le consegne:⁽¹²⁾ a tal proposito una delle raccomandazioni della *Joint Commission*⁽²⁴⁾, soprattutto nelle consegne verbali o le comunicazioni telefoniche, suggerisce al professionista che sta ricevendo le informazioni di scriverle su un foglio di carta e ripeterle all'interlocutore (*read-back* o *repeat-back*), questo per verificare di aver compreso bene le informazioni.
- *Face-to-face communication*:^(7,12) in quanto permette di fare domande e ricevere chiarificazioni in caso di incomprensioni e dubbi, di avere dei feedback⁽²⁴⁾
- Avere delle *check-list* o un foglio pre-stampato⁽¹²⁾ con alcune informazioni già presenti (es. identificativo, diagnosi, allergie etc.) in cui inserire le informazioni che si stanno ricevendo^(23,25)
- Avere una consegna strutturata:⁽¹²⁾ l' Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce di utilizzare la tecnica SBAR (*Situation, Background, Assessment e Background*)^(6,7,14,24)
- Utilizzo di un sistema informatizzato per supportare il processo della consegna.^(6,7,25,24)

CAPITOLO II

Lo studio

2.1 Scopo dello studio:

Per affrontare il problema degli errori in ambito sanitario e quindi della sicurezza del paziente, una delle azioni principali è prevenire il verificarsi degli errori. Per fare ciò, però, è innanzitutto necessario che vi sia una consapevolezza dei pericoli che possono verificarsi e conoscere le cause che hanno portato all'evento.

L'idea di questo lavoro ha avuto origine nel tentativo di comprendere la consapevolezza degli infermieri rispetto al problema degli errori correlati al passaggio delle consegne infermieristiche.

Ciò ha stimolato un'indagine conoscitiva allo scopo di esplorare il livello di percezione che gli infermieri hanno rispetto al rischio clinico correlato al passaggio delle consegne infermieristiche a fine turno nella loro pratica clinica e la loro soddisfazione relativa alla modalità con cui queste avvengono, oltre a far emergere i punti sui quali poter agire per incrementare la sicurezza del paziente.

2.2 Materiali e metodi

Lo studio è stato svolto attraverso la somministrazione di un questionario anonimo, composto da 7 domande, che si alternano tra aperte e chiuse. Per maggiori dettagli si veda l'Allegato 1.

Il questionario è stato costruito ad hoc, non avendo reperito in letteratura strumenti utilizzabili per l'indagine in oggetto. Un'unica domanda è stata estrapolata ed adattata da un'indagine condotta a livello europeo dall' *European NEXT Study*⁽¹⁵⁾.

Il tempo previsto per la compilazione è di 10-15 minuti al massimo.

La prima domanda va ad indagare la modalità con cui vengono date le consegne infermieristiche all'interno dell'Unità Operativa, in quanto, sebbene in letteratura non venga chiaramente indicata la modalità da preferire, ognuna di queste ha dei vantaggi e svantaggi relativi all'efficienza della comunicazione.

La seconda domanda ha lo scopo di mettere in luce la consapevolezza degli infermieri riguardo alla correlazione tra consegna infermieristica inefficace ed errori. Viene chiesta una motivazione che giustifichi l'opinione espressa.

Il terzo quesito ha lo scopo di individuare se nella pratica clinica siano avvenuti errori conseguenti una consegna infermieristica inadeguata. Viene anche chiesto di fare un esempio concreto.

La quarta domanda è strettamente correlata alla precedente e volta a capire quali cause vengono attribuite dall'infermiere all'esempio di errore riportato.

La quinta domanda indaga quali siano le conseguenze attribuite dall'infermiere a tale evento.

La sesta domanda è correlata ai quattro quesiti precedenti, e ha lo scopo di capire se gli infermieri o l'intera equipe si è attivata per evitare eventi simili a quelli descritti precedentemente.

La settima e ultima domanda, indaga la soddisfazione degli infermieri relativa alle consegne a fine turno. Se sono insoddisfatti viene chiesto loro di indicare una o più tra le opzioni fornite.

Le opzioni di insoddisfazione sono “tempo sufficiente”, “spazio insufficiente” inteso come la mancanza di uno spazio dedicato alle consegne, “atmosfera di lavoro povera” intesa come una cattiva atmosfera di lavoro tra colleghi, “insufficiente scambio di informazioni” e “troppe interruzioni”. Viene anche data la possibilità di aggiungere altre cause da loro percepite, oltre a quelle indicate e trovate in letteratura. Questa domanda è stata estrapolata ed adattata da uno studio precedente⁽¹⁵⁾.

Lo studio è stato autorizzato dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera di Padova e ha coinvolto 21 infermieri che prestano servizio presso il reparto di Medicina e Chirurgia generale dell'Azienda Ospedaliera U.L.S.S. n°16 di Padova.

I dati sono stati raccolti nel periodo compreso dal 14 Settembre 2015 al 28 Settembre 2015.

In accordo con i coordinatori delle Unità Operative di Medicina generale e Chirurgia generale, la somministrazione dei questionari è avvenuta in quattro giorni (15/18/21/24 Settembre), un'ora prima della conclusione del turno mattutino e 15 minuti dopo l'inizio del turno pomeridiano. Si è scelta questa modalità per poter spiegare lo scopo, le domande, la modalità di raccolta e per chiarire eventuali dubbi sulla compilazione ad ogni infermiere.

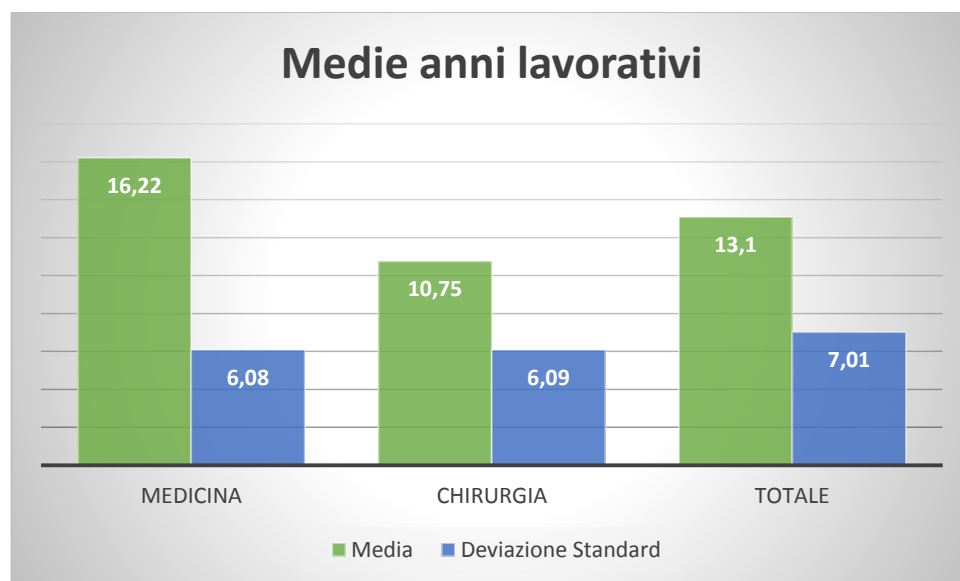
Sono stati somministrati 51 questionari, di cui 27 nell'Unità Operativa di Medicina generale e 24 nell'Unità Operativa di Chirurgia generale.

Il 28 Settembre sono stati ritirati tutti i questionari compresi quelli non completati. Dei questionari raccolti il 41% risultano compilati, mentre il restante 59% sono lasciati in bianco.

2.3 Risultati

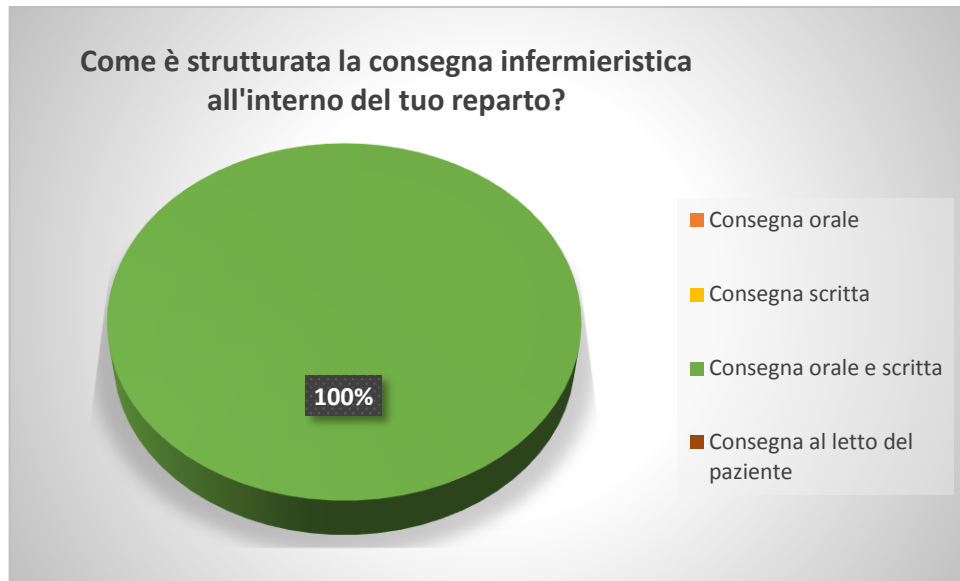
Lo studio ha coinvolto 21 infermieri (9 infermieri afferenti all'U.O. di medicina e 12 all'U.O. di chirurgia). Dall'analisi dei questionari emerge che l'età media degli anni lavorativi per quanto riguarda il reparto di medicina è pari a $16,22 \pm 6,08$, mentre l'età media per la chirurgia è pari a $10,76 \pm 6,96$. La media totale degli anni lavorativi delle due U.O è di $13,10 \pm 7,01$. [Figura 1]

FIGURA 1: Età del campione



La prima domanda del questionario ha indagato le modalità di strutturazione della consegna infermieristica nel reparto di appartenenza ed è emerso che nella totalità dei casi (100%) la consegna infermieristica è orale e scritta [Figura 2].

FIGURA 2: Struttura della consegna



Pensi che le consegne infermieristiche potrebbero essere fonti di errore?

Per la maggior parte degli infermieri (67%) le consegne infermieristiche potrebbero essere fonte di errore [Figura 3] conseguenti prevalentemente per dimenticanza (28%), interruzioni/distrazioni (24%) e digressioni non pertinenti (19%) [Figura 4]

FIGURA 3: Consegne infermieristiche come fonte di errore

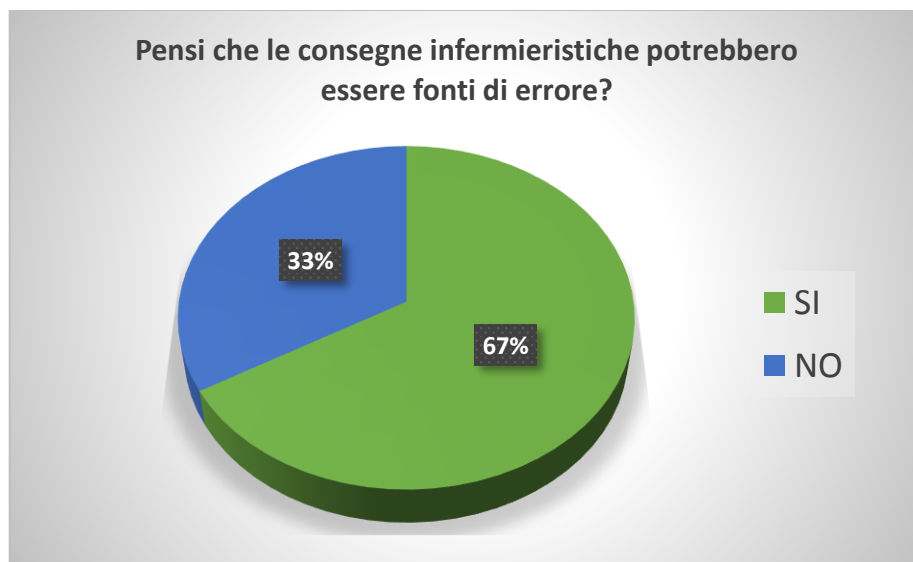
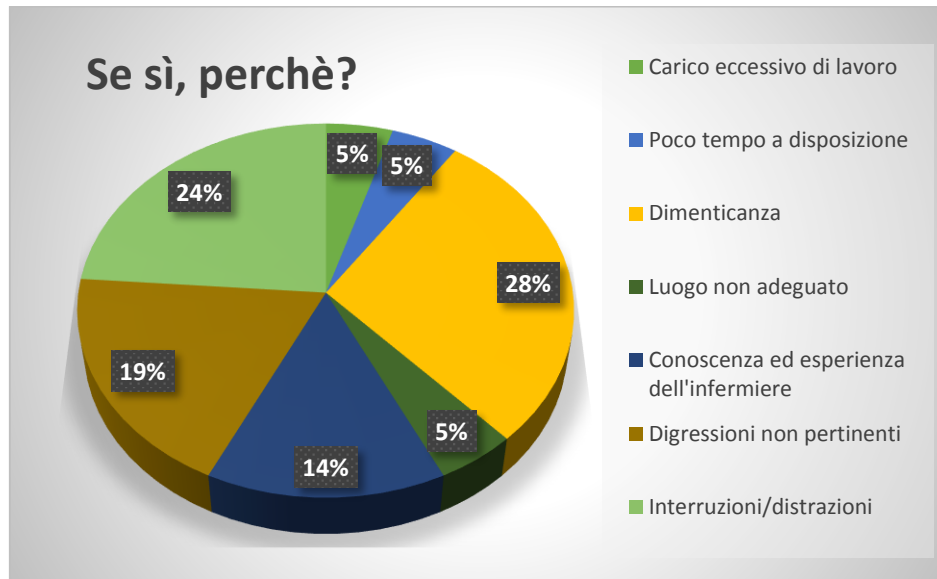
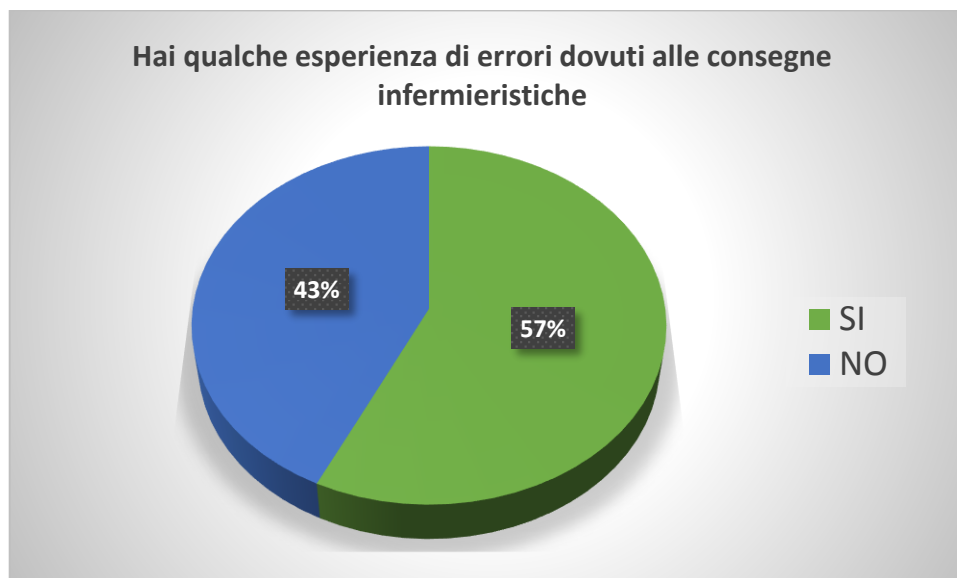


FIGURA 4: Motivazioni per cui le consegne vengono ritenute fonti di errore



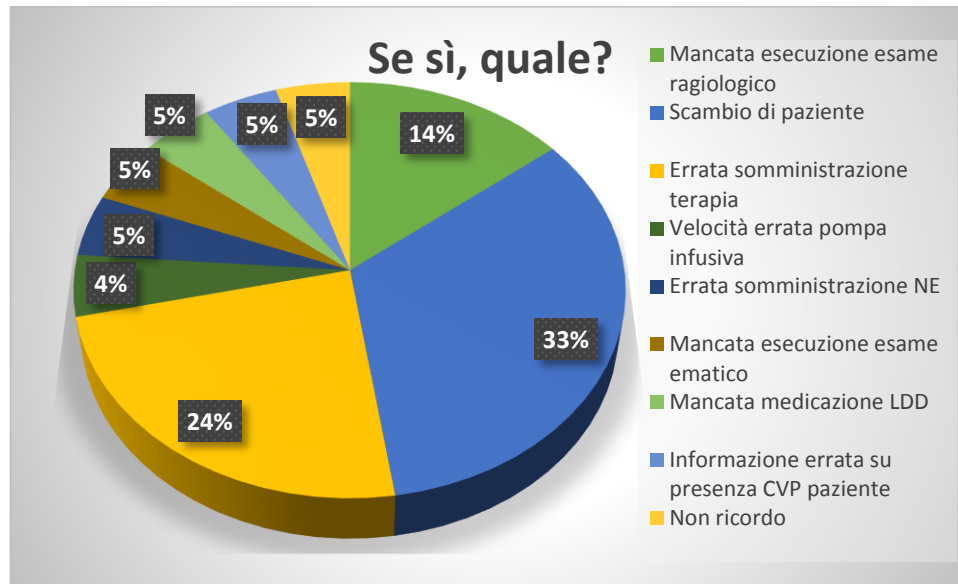
Il 57% degli infermieri afferma di aver avuto esperienza di errori dovute alle consegne infermieristiche [Figura 5]

FIGURA 5: Esperienza di errori dovuti alla consegne infermieristiche



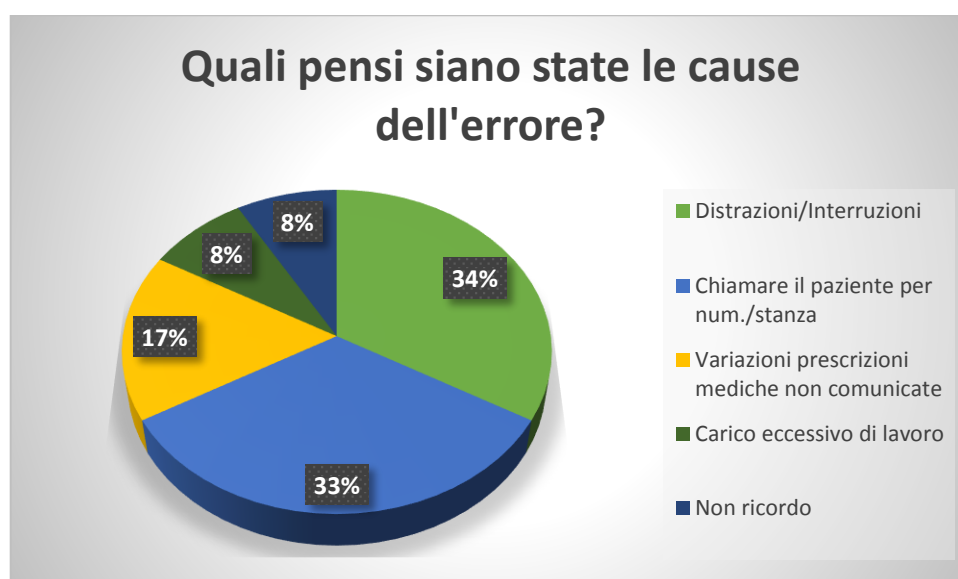
I principali esempi di errori maggiormente rappresentati emersi dall'analisi dei questionari sono stati per il 33% lo scambio di pazienti e per il 24% l'errata somministrazione della terapia. [Figura 6]

FIGURA 6: Esempi di errori dovuti alle consegne infermieristiche



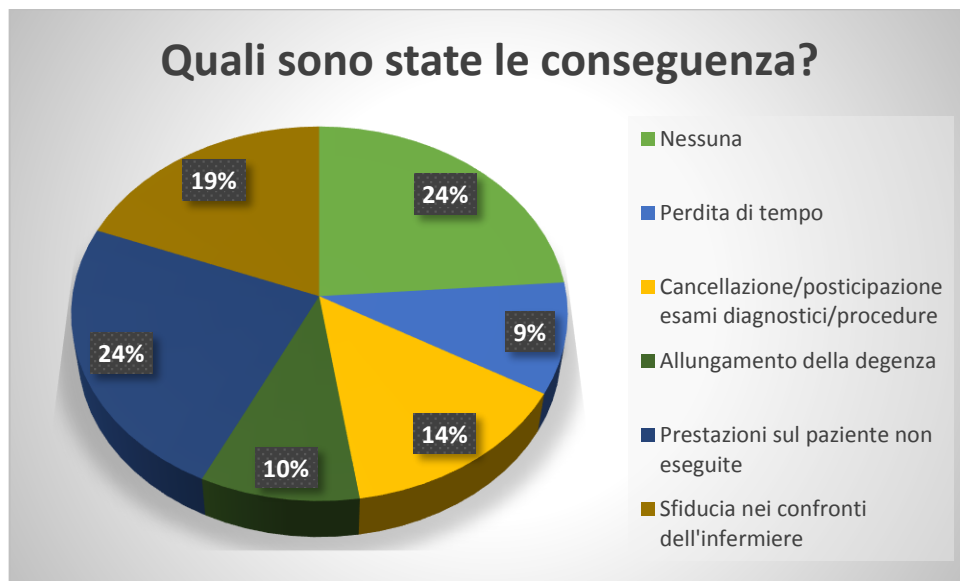
Le cause dell'errore sono imputabili per la maggior parte dei casi (33%) al fatto che i pazienti vengono chiamati per numero del posto letto e non per cognome e nome. Invece il 34% afferma che la causa principale di errore è data dalle continue interruzioni e distrazioni durante il passaggio della consegna. Per il 17% l'errore è dato dal fatto che i medici non comunicano tempestivamente variazioni di prescrizioni. Per l'8% l'errore è causato dal carico eccessivo di lavoro. [Figura 7]

FIGURA 7: Le cause degli errori secondo gli infermieri



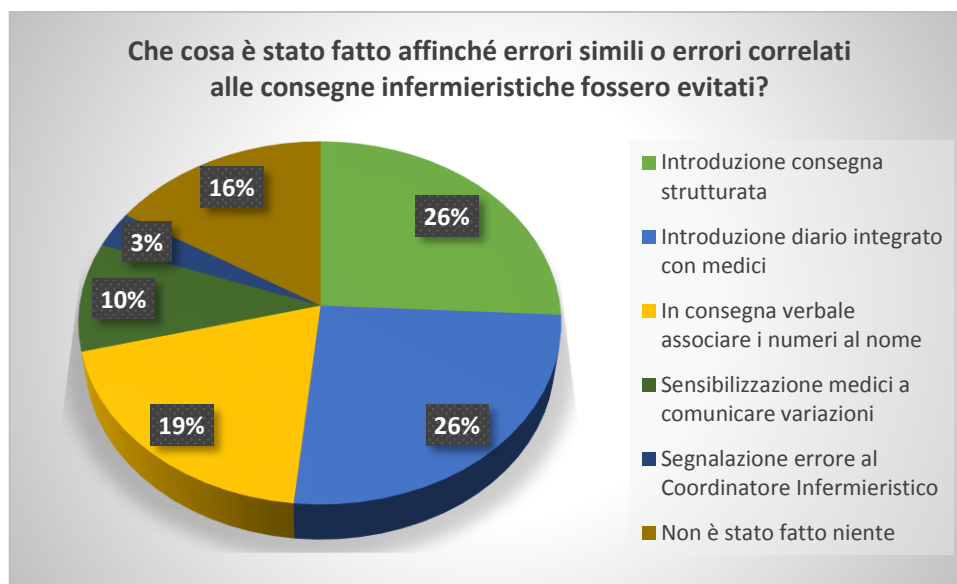
E' stato poi chiesto agli infermieri quali potessero essere state le conseguenze dell'errore e una pari percentuale (24%) ha affermato rispettivamente prestazioni sul paziente non eseguite e nessuna conseguenza. Per il 19% una conseguenza importante è la sfiducia che si viene a creare da parte del paziente e/o famigliari nei confronti dell'infermiere.[Figura 8]

FIGURA 8: Le conseguenze degli errori



Alla domanda che indagava le possibili strategie messe in atto per risolvere o comunque ridurre il rischio di errore il 26% ha risposto che è stata introdotta una consegna strutturata e un'altra pari percentuale (26%) afferma che è stato introdotto un diario integrato con i medici. Una percentuale non trascurabile (16%) afferma che non è stato fatto niente. Solo il 3% riferisce che l'errore è stato segnalato al coordinatore infermieristico. [Figura 9]

FIGURA 9: Interventi messi in atto per evitare il ripresentarsi degli errori



La maggior parte degli infermieri non è soddisfatta delle modalità di passaggio delle consegne infermieristiche (62%). [Figura 10]

FIGURA 10: Soddisfazione degli infermieri



Il 48% afferma che l'insoddisfazione è derivata principalmente dalle continue interruzioni e un 14% all'insufficiente scambio di informazioni. Meno rappresentate il tempo insufficiente (10%) lo spazio inadeguato (10%) e l'atmosfera di lavoro non adeguata (4%). [Figura 11]

Il 14% attribuisce la sua insoddisfazione ad altre cause ed in particolare il 75% degli infermieri afferma che c'è un passaggio di dati inutili e dimenticanza dei dati importanti,

mentre per il 25% l'insoddisfazione è data da colleghi troppo frettolosi e disinteressati.
[Figura 12]

FIGURA 11: Cause di insoddisfazione

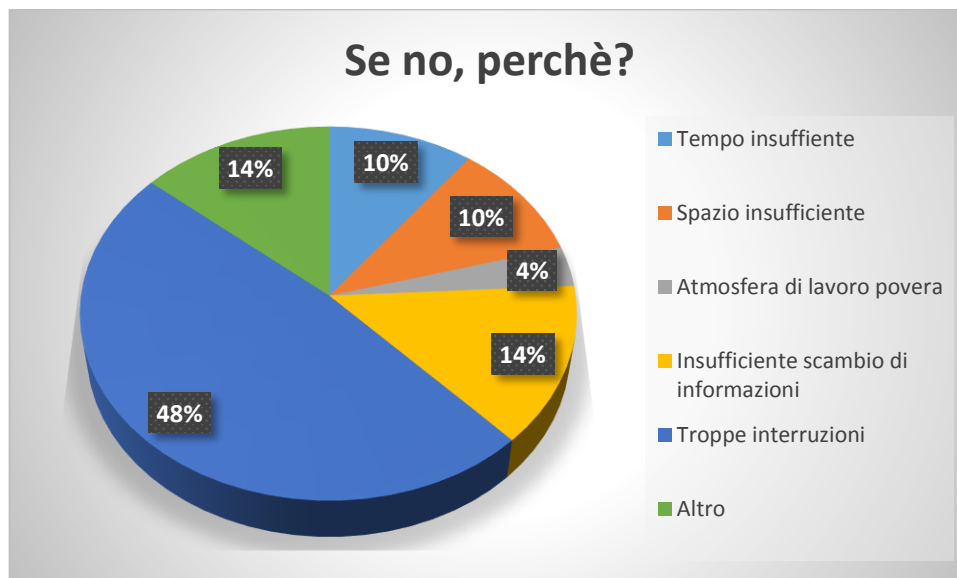
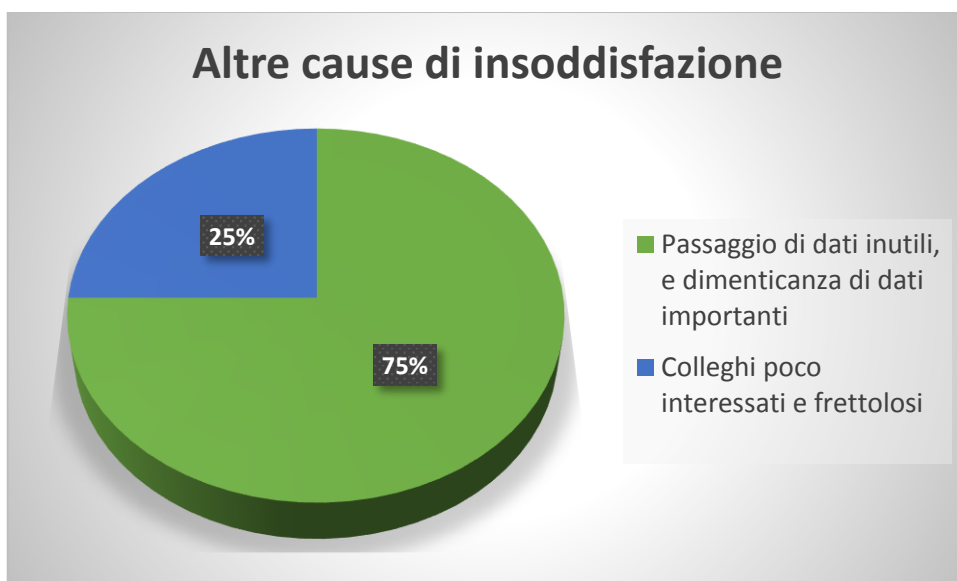


FIGURA 12: Altre cause di insoddisfazione



2.4 Discussione e conclusione

2.4.1 Discussione

Allo studio hanno aderito solo il 41% degli infermieri che operano all'interno delle due unità operative.

Il tasso di scarsa adesione da parte degli infermieri potrebbe essere dovuto a:

- Scarso interesse per il tema da parte degli infermieri,
- Mancanza di tempo da dedicare alla compilazione del questionario

Dai dati emerge innanzitutto che la maggior parte degli infermieri, che hanno aderito allo studio, hanno un'esperienza lavorativa abbastanza consolidata quindi siamo di fronte ad un gruppo infermieristico con una certa conoscenza ed esperienza.

All'interno delle due realtà esaminate le modalità di passaggio della consegna infermieristica avvengono attraverso un passaggio orale e scritto, avendo così l'opportunità di porre domande e ricevere chiarimenti se necessario.

Molto importante è vedere come per la maggior parte dei soggetti indagati (67%) la consegna infermieristica sia fonte di errori derivati prevalentemente da dimenticanze (28%) da parte dell'infermiere o da digressioni non pertinenti (19%) ed interruzioni o distrazioni (24%) durante il passaggio delle informazioni. Il problema sembra essere attribuibile ad un carico eccessivo di lavoro solo nel 5% dei casi.

Dunque, una buona percentuale (57%) di infermieri ha sperimentato almeno un errore derivato dalle consegne infermieristiche, di questi buona fetta (33%) è rappresentata dallo scambio del paziente e dalla mancata esecuzioni delle prescrizioni strumentali e/farmacologiche. Questo avvalora ulteriormente quanto emerge dalla letteratura ovvero che un errato passaggio di consegne può diventare dannoso in primis nei confronti del paziente.

Indagando le cause che possono in parte giustificare tali errori la maggior parte degli infermieri afferma che sono dovuti al fatto che spesso si fa riferimento al numero di stanza/letto del paziente e non viene invece correlato al cognome e nome, così come suggerisce anche la *Joint Commission*⁽²⁴⁾, a dimenticanze e distrazioni, e a variazioni di prescrizioni mediche non comunicate.

E' interessante vedere come all'analisi delle conseguenze degli errori riportati dagli infermieri emergono differenti effetti quali prestazioni sul paziente non eseguite e cancellazione o posticipazione di esami diagnostici, allungamento della degenza e perdita di tempo, a conferma di ciò che altri studi hanno riportato^(7,11,21,23).

Per molti infermieri una conseguenza non meno rilevante è stata la perdita di fiducia da parte del paziente e/o familiare nei confronti dell'infermiere.

Tuttavia, allo stesso tempo, una buona fetta afferma che non vi sono state conseguenze. Ciò probabilmente è dovuto al fatto che l'errore è stato evitato (*near miss*) o che l'errore non riguardava direttamente il paziente.

Anche dall'analisi delle strategie messe in atto per far fronte agli errori ci sono risultati contrastanti infatti mentre da una parte c'è stata l'introduzione di una consegna strutturata e un diario integrato con quello medico per evitare errori, dall'altra non è stato fatto niente o non è stato segnalato al coordinatore infermieristico. Una spiegazione plausibile potrebbe essere che la consegna non è ritenuta così rilevante o comunque come fonte di errore, tant'è che il 33% delle risposte a tale domanda risulta negativa [Figura 3].

Un'altra strategia importante è stata quella di introdurre come buona abitudine l'associazione di nome e cognome del paziente al numero di stanza e letto durante le consegne verbali. Vista la percentuale di tali errori segnalata sarebbe interessante capire se si sono ancora verificati e in che percentuale.

Ci si aspetta che chi ritiene che la consegna non sia fonte di errori, sia anche soddisfatto delle modalità di passaggio delle consegne infermieristiche, ciò in parte viene confermato, ma si può notare che le percentuali delle risposte sono leggermente differenti. Infatti c'è chi, in una piccola percentuale, pur ritenendo le consegne una possibile fonte di errore sostiene di essere soddisfatto della modalità in cui avviene lo scambio di informazioni, ed allo stesso tempo chi ritiene il contrario si dichiara insoddisfatto [Figura 3 e Figura 10]. Ciò può essere dovuto al fatto che chi ha dato tali risposte non ha avuto esperienza di errori riconducibili alle consegne oppure che si siano verificati ma non sono stati attribuiti ad un'inefficiente comunicazione.

Ci si è chiesti infine quali sono le cause di questa insoddisfazione, per poter agire su questi fattori e migliorare la modalità in cui avvengono le consegne e di conseguenza ridurre il rischio di errore. Gli infermieri sono insoddisfatti di come avvengono le consegne

prevalentemente a causa delle eccessive interruzioni, queste, infatti, sono da loro ritenute come possibile fattore alla base degli errori correlati alle consegne [Figura 11 e Figura 4]. Altri motivi di insoddisfazione sono tempo insufficiente ed insufficiente scambio di informazione.

A causa della mancanza di linee guida, il tempo impiegato per la trasmissione della consegna infermieristica può venire sprecato con ripercussioni sulla sicurezza degli assistiti, se durante il cambio turno non vengono fornite informazioni utili. Tutto ciò, ha importanti implicazioni per tutto il personale infermieristico e i pazienti, in quanto la continuità assistenziale in ospedale dipende dall'esistenza di efficienti ed efficaci meccanismi di comunicazione tra tutti i membri del team sanitario.

2.4.2 Limiti dello studio

- Campione ridotto per mancata compilazione da parte degli infermieri dei questionari;
- Strumento di indagine costruito ad hoc, in quanto non è stato identificato in letteratura uno strumento validato per l'indagine pianificata.

2.4.3 Implicazioni per la pratica

È indubbio che la sicurezza nella continuità della cura dei pazienti risulta essere l'obiettivo della consegna infermieristica, ovvero, lo scambio di informazioni su un paziente e sulle cure somministrate che avviene tra infermieri.

Una prassi consolidata che serve a garantire anche qualità e continuità assistenziale. Questo passaggio di informazioni avviene solitamente ad ogni cambio di turno, altre volte può avvenire informalmente in occasione del trasferimento di un paziente tra altri livelli di cura o diversi reparti all'interno dell'ospedale. La consegna infermieristica oltre a rivelarsi un utile strumento per trasmettere delle informazioni accurate sulle condizioni del paziente, sul trattamento e sui bisogni attesi, può rivelarsi inefficace o addirittura dannosa se le informazioni sono incomplete oppure omesse. Adottare una strategia adeguata per il passaggio della consegna infermieristica è una necessità e non può essere più rinviata.

Non vi può essere un'unica soluzione valida per tutte le situazioni, ma è necessario identificare lo strumento più idoneo per la propria realtà assistenziale infermieristica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità⁽⁶⁾ propone per esempio il metodo S.B.A.R. che può essere applicato sia alla consegna scritta che a quella verbale, sia in una comunicazione

infermiere-infermiere che con altri professionisti. È utile avere un modello da seguire come guida nella comunicazione in quanto permette di organizzare la comunicazione, rimanere concentrati sul paziente, fornire le informazioni fondamentali, senza dilungarsi nella trasmissione di informazioni inutili o addirittura non pertinenti, come riportato dal 19% degli infermieri [Figura 4]. Il modello è comunque adattabile alle necessità di ogni reparto poiché, pur mantenendo la struttura, si possono inserire i punti da approfondire specifici per ogni reparto.

Oltre ciò sarebbe utile anche organizzare il momento delle consegne in modo da evitare le continue interruzioni e distrazioni, che vengono ampiamente ritenute motivo di insoddisfazione e causa di errore [Figura 7 e Figura 11]. Potrebbe essere opportuno porre un cartello fuori dalla porta con una dicitura come “consegne in corso, limitare i disturbi” per evitare che medici, operatori, pazienti o familiari interrompano un momento così delicato. Allo stesso tempo si deve organizzare il reparto in modo che un operatore sia sempre disponibile per rispondere ai campanelli, al telefono e comunque alle esigenze del reparto in quel momento.

Un'altra strategia importante potrebbe essere l'introduzione nel percorso formativo universitario di una sessione dedicata alla corretta modalità di passaggio delle consegne infermieristiche

Il passaggio di consegna agli infermieri infatti non è inserito formalmente all'interno dei curricula per la formazione in ambito universitario, pur riconoscendolo come un problema formativo importante questo è quanto affermato da Gordon⁽²⁸⁾. Esso fa più parte delle attività che si apprendono nel corso della pratica clinica, dall'osservazione dei colleghi esperti, prima come studenti e, poi come neo inseriti, diventando uno strumento didattico per comunicare i dati dell'assistenza infermieristica. Per alcuni può essere considerato “un banco” di prova dove i nuovi infermieri sono osservati e giudicati da diversi colleghi di maggiore esperienza sul campo, in quanto l'uso di un linguaggio tecnico durante la consegna, denota la presenza un infermiere esperto, oltre a poter essere una forma di “revisione fra pari” con riflessi sulla consegna stessa.

2.4.4 Conclusioni

La consegna è “il metodo di passaggio d’informazioni aggiornate sull’utente e costituisce il momento in cui gli infermieri si trovano assieme, a ogni cambio turno, per comunicarsi quanto è accaduto durante il turno appena concluso e per trasmettersi i dati necessari a pianificare l’assistenza; essa è un fondamentale elemento per la sicurezza nell’assistenza ai pazienti”.

Una corretta comunicazione e trasmissione delle informazioni rilevanti, tra gli infermieri, è fondamentale per evitare che accadano eventi avversi, errori che possano gravare sugli assistiti. Perciò, la comunicazione tra gli operatori influisce sulle attività assistenziali e se è corretta ed efficace accresce la qualità dell’assistenza fornita.

Questo studio è coerente con quanto affermato dalla letteratura, infatti una buona percentuale dei partecipanti è consapevole dei rischi insiti alla consegna infermieristica, probabilmente anche perché ne hanno avuto esperienza nella pratica clinica.

Dall’indagine condotta è emerso che sebbene siano state implementate delle strategie per evitare il ripresentarsi di alcuni errori, l’insoddisfazione da parte degli infermieri permane, per differenti motivi. Uno di questi prevale in maniera preponderante: le eccessive interruzioni vengono ritenute sia motivo di insoddisfazione sia una delle cause principali di errori. Un altro aspetto importante è l’insufficiente scambio di informazioni e/o la dimenticanza di dati importanti con le attuali modalità di consegna.

L’analisi di questo studio, pur nei suoi limiti, potrebbe essere uno spunto per le unità operative in oggetto per andare ad analizzare anche i pareri degli infermieri che si sono astenuti dalla compilazione del questionario e dal momento che il rischio di errore e di insoddisfazione è reale, proporre una delle strategie sopraelencate, compatibilmente con le risorse disponibili, per incrementare la sicurezza del paziente.

III. BIBLIOGRAFIA

- (1) Ministero della Salute. Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. 2015.
- (2) Ministero della Salute. Manuale di formazione per il governo clinico: La sicurezza dei pazienti e degli operatori. 2012.
- (3) Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: Deficiencies identified in an extensive review. *Quality and Safety in Health Care* 2010;19(6):493-497.
- (4) Bulfone G, Sumathy M, Grubissa S, Palese A. Effective transfer of information and responsibilities with handover: a literature review. *Assist Inferm Ric* 2012 Apr-Jun;31(2):91-101.
- (5) Cohen MD, Hilligoss PB. Handoffs in Hospitals: A review of the literature on information exchange while transferring patient responsibility or control. 2009.
- (6) WHO collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Safety Solutions : Communication During Patient Hand-Overs. 2007.
- (7) Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. 2014(6).
- (8) Friesen MA, White SV, Byers JF. Handoffs: Implications for Nurses. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* Rockville (MD); 2008.
- (9) Pothier D, Monteiro P, Mooktiar M, Shaw A. Handover. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *Br J Nurs* 2005 11/10;14(20):1090-1093.
- (10) Craven RF, Hirnle CJ. Comunicazione nel processo di assistenza infermieristica: documentazione e rapporti, Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. 3rd ed. Milano: CEA, 2007.260-281
- (11) Drach-Zahavy A, Hadid N. Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. *J Adv Nurs* 2015;71(5):1135-1145.
- (12) Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nurs Outlook* 2010 0;58(3):148-154.
- (13) Chaboyer W, Wallis M, Duffield C, Courtney M, Seaton P, Holzhauser K, et al. A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: an observational study. *Int J Nurs Stud* 2008 Sep;45(9):1274-1284.
- (14) Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: Do we really need them? *J Nurs Manag* 2004;12(1):37-42.

- (15) Meißner A, Hasselhorn H, Estryng-Behar M, N  zet O, Pokorski J, Gould D. Nurses' perception of shift handovers in Europe - results from the European Nurses' Early Exit Study. *J Adv Nurs* 2007 03;57(5):535-542.
- (16) Del Poeta G, Mazzufero F, Canepa M. Il risk management nella logica del governo clinico. 1st ed. Milano: McGraw-Hill Companies; 2006.
- (17) Ministero della Salute. Risk management in sanit  : Il problema degli Errori. 2004.
- (18) The Joint Commission. Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004 – 2Q 2015. Agosto 26,2015; Available at: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004-2Q_2015.pdf. Accessed 08/28, 2015.
- (19) Department of Health & Human Services. **Sentinel event program - Annual report 2010-11**. 2012; Available at: https://www2.health.vic.gov.au/getfile/?sc_itemid={EB0881C5-8CA1-43F4-B27D-4165BF3C08D2}&title=Sentinel%20event%20program%20-%20Annual%20report%202010-11. Accessed 09/29, 2015.
- (20) Agenzia Nazionale Per i Servizi Sanitari Regionali. Il 5   rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella. <http://www.agenas.it/il-5-rapporto-di-monitoraggio-degli-eventi-sentinella>; Available at: <http://www.agenas.it/il-5-rapporto-di-monitoraggio-degli-eventi-sentinella>. Accessed 08/28, 2015.
- (21) Tran DT, Johnson M. Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *Int Nurs Rev* 2010 Dec;57(4):454-462.
- (22) Horwitz LI, Moin T, Krumholz HM, Wang L, Bradley EH. Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Arch Intern Med* 2008;168(16):1755-1760.
- (23) Gardiner TM, Marshall AP, Gillespie BM. Clinical handover of the critically ill postoperative patient: An integrative review. *Australian Critical Care* .
- (24) The Joint Commission. National Patient Safety Goals 2006. 2006.
- (25) Staggers N, Clark L, Blaz JW, Kapsandoy S. Nurses' information management and use of electronic tools during acute care handoffs. *West J Nurs Res* 2012;34(2):153-173.
- (26) Bronzino J. D. , The Biomedical Engineering Handbook II ed. vol. II, CRC & IEEE Press, 2000
- (27) Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la Formazione degli Operatori Sanitari. Marzo 2010
- (28) Iavarone D. Il passaggio della consegna infermieristica: ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunit   di miglioramento. *L'Infermiere* 2014 Luglio-Agosto;4:19-2-47.

(29) Arreni A, Di Giacomo F,M., La Vecchia F, Mangiacavalli B, Valerio G, Vita A. La documentazione infermieristica: Riflessioni Operative e giuridiche. i Quaderni de L'Infermiere 2009 Febbraio;1(24):II-V.

(30) Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Codice deontologico dell'Infermiere. 2009.

IV. ALLEGATI

Allegato 1: Questionario

Allegato 2: Report di ricerca Bibliografica

ALLEGATO 1: QUESTIONARIO

Tesi di Laurea in Infermieristica: Baban Ioana Madalina

N° matricola: 1047377

Gentile Infermiere,

sono una studentessa del III anno del Corso di Laurea in Infermieristica (sede di Treviso), sto conducendo uno studio, tramite l'utilizzo di questionari consegnati agli infermieri, riguardante gli errori e le consegne infermieristiche. Sarei interessata a conoscere la Sua opinione su cause e conseguenze che questi errori hanno comportato nella pratica clinica all'interno del reparto in cui lavora.

Le chiedo cortesemente di compilare il questionario che trova nella pagina seguente, che risulta costituito da 7 domande a risposte multiple e aperte con risposta libera.

Garantisco, quindi, il completo anonimato dei dati estratti da questo mio studio. I dati estrapolati da questa ricerca verranno utilizzati esclusivamente per l'elaborazione della mia Tesi di Laurea.

Nel ringraziarLa anticipatamente per l'aiuto e la collaborazione offertami Le porgo i miei Distinti Saluti.

Baban Ioana Madalina

ioanamadalina.baban@studenti.unipd.it

QUESTIONARIO : L'errore e la consegna infermieristica

Reparto _____

Anni lavorativi: _____

1. Come è strutturata la consegna infermieristica all'interno del tuo reparto?

- Consegna Orale
- Consegna Scritta
- Consegna Orale e Scritta
- Consegna al letto del paziente

2. Pensi che le consegne infermieristiche potrebbero essere fonte di errori? Sì No
Perché?

3. Hai qualche esperienza di errori dovuti alle consegne infermieristiche? Sì No
Fai un esempio :

Se la risposta alla precedente domanda era "sì", rispondi alle seguenti domande, altrimenti passa alla domanda n° 7.

4. Quali pensi siano state le cause dell'errore?

5. Quali sono state le conseguenze dell'errore?

6. Che cosa è stato fatto affinché errori simili o errori correlati alle consegne infermieristiche fossero evitati?

7. Sei soddisfatto delle consegne infermieristiche a fine turno? Sì No

Se "No", perché?

- Tempo insufficiente
- Spazio insufficiente
- Atmosfera di lavoro povera
- Insufficiente scambio di informazioni
- Troppe interruzioni
- Altre ragioni

ALLEGATO 2:
Report ricerca Bibliografica

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	ESITO RICERCA	FILTRI	DOCUMENTI SELEZIONATI
PubMed	“Nursing” AND “Handover” AND “Errors”	24 risultati, 3 selezionati	/	2. Clinical handover of the critically ill postoperative patient: An integrative review. Gardiner TM, Marshall AP, Gillespie BM. Aust Crit Care. 2015 Nov;28(4):226-34. doi: 10.1016/j.aucc.2015.02.001. Epub 2015 Mar 19. Review. 3. Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. Drach-Zahavy A, Hadid N. J Adv Nurs. 2015 May;71(5):1135-45. doi: 10.1111/jan.12615. Epub 2015 Jan 14. 24. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. Pothier D, Monteiro P, Mooktiar M, Shaw A. Br J Nurs. 2005 Nov10-23;14(20):1090-3.
Pubmed	“Nursing” AND “Errors” AND “Handoff” AND “Communication”	23 risultati, selezionati 2	/	16. 30-Second Head-to-Toe tool in pediatric nursing: cultivating safety in handoff communication. Popovich D. Pediatr Nurs. 2011 Mar-Apr;37(2):55-9. 21. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Nurs Outlook. 2010 May-Jun;58(3):148-54.

Scopus	“Patient handoff” AND “nursing” AND “continuity of patient care” AND “health care quality” AND “quality of health care”	54 risultati, Selezionati 6,	10 years, English	- Croos,S., The practice of clinical handover: A respite perspective,British Journal of Nursing, 2014, 23, 13, 733-737 - Freitag,M.; Carroll,V.S.Handoff communication: Using failure modes and effects analysis to improve the transition in care process;Qual.Manag.H ealth Care, 2011, 20, 2, 103-109 - Halm,M.A.;Nursing handoffs: Ensuring safe passage for patients; American Journal of Critical Care, 2013, 22, 2, 158-162 - Johnson,M.; Jefferies,D.; Nicholls,D. ;Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers; Int.J.Nurs.Pract., 2012, 18, 5, 462-470 - Maxson,P.M.; Derby,K.M.; Wroblewski,D.M.; Foss,D.M.; Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety; Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-
--------	--	------------------------------	-------------------	---

				Surgical Nurses, 2012, 21, 3, 140-144; - Staggers,N.; Clark,L.; Blaz,J.W.; Kapsandoy,S.;Nurses' information management and use of electronic tools during acute care handoffs; West.J.Nurs.Res., 2012, 34, 2, 153-173
Google & Google Scholar	Nursing handover AND errors	Risultati 7320, selezionati 4	Articoli dal 2005 al 2015	- Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign CA Welsh, ME Flanagan, P Ebright - Nursing outlook, 2010 – Elsevier - Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. Drach-Zahavy ¹, Hadid N.- J Adv Nurs. 2015 May;71(5):1135-45. doi: 10.1111/jan.12615. Epub 2015 Jan 14. - Communication During Patient Hand-Overs - World Health Organization - Nurses' perception of shift handovers in Europe—results from the European Nurses'

				Early Exit Study; Anne Meißner¹, 5 feb 2007, Journal of advanced nursing - Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign, CA Welsh, ME Flanagan, P Ebright - Nursing outlo ok, 2010 -
--	--	--	--	---