

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA



Corso di laurea in infermieristica

Tesi di laurea

***Handover nell'unità operativa di Pronto Soccorso
dell'ospedale Dell'Angelo di Mestre:
uno studio Osservazionale e proposta di
standardizzazione***

Relatore: Dr. Antonello Carta

Correlatrici: Francesca Tavcar, Stefania Marzano

Laureando: Marco Garbin

Matricola: 1047342

Anno Accademica: 2014 – 2015

INDICE

RIASSUNTO	pag. 3
INTRODUZIONE	pag. 4
1. CAPITOLO	pag. 5
1.1. La comunicazione	pag. 5
1.2. I fattori disturbanti	pag. 6
1.3 Handover	pag. 7
1.3.1 Handover e rischio clinico	pag. 8
1.3.2 Strategie di risoluzione	pag. 9
1.3.3 Metodi standardizzati	pag. 10
2. CAPITOLO	pag. 13
2.1 Materiali e metodi	pag. 13
3. CAPITOLO	pag. 15
3.1. Passaggio di consegne in pronto soccorso	pag. 15
3.2. Percezione degli infermieri	pag. 16
CONCLUSIONI	pag. 18
BIBLIOGRAFIA	pag. 19
ALLEGATO 1: griglia osservazione	pag. 22
ALLEGATO 2: questionario	pag. 23
ALLEGATO 3: elaborazione dati Area Rossa	pag. 24
ALLEGATO 4: elaborazione dati Area Verde	pag. 25
ALLEGATO 5: elaborazione dati OBI	pag. 26
ALLEGATO 6: elaborazione dati triage	pag. 27
ALLEGATO 7: risposte questionario	pag. 28
ALLEGATO 8: grafici della griglia	pag. 32
ALLEGATO 9: interruzioni nelle Aree	pag. 35

RIASSUNTO

Introduzione:

Il passaggio di consegne o handover è una trasmissione di informazioni cliniche: il messaggio trasmesso può essere soggetto a interferenze ed errori, pertanto è uno dei momenti che possono mettere a rischio il cammino di cura del paziente.

Obiettivo:

Lo scopo di questo studio è indagare come vengano trasferite le informazioni agli infermieri del turno successivo e di capire come i professionisti percepiscano questo momento e descrivere una proposta di metodo standardizzato che porterebbe ad uniformare l'handover.

Materiali e metodi:

È stata utilizzata una scheda di osservazione non validata per monitorare il passaggio di consegne e un questionario rivolto agli infermieri per capire come percepissero il momento dell'handover.

Risultati:

Durante il passaggio di consegne alcune informazioni vengono trasmesse più frequentemente di altre e questo porta i professionisti a percepire un senso di incompletezza delle consegne ricevute o lasciate.

Conclusioni:

l'utilizzo di un metodo standardizzato come SBAR (Situation, Background, Assessment, Racomandation); permetterebbe di trasmettere tutte le informazioni utili ed essenziali in un breve lasso di tempo.

È necessaria la sperimentazione dello strumento per comprendere se sia possibile l'implementazione.

INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso dell'Ospedale "Dell'Angelo" di Mestre è stato tra le unità operative da me frequentate, quella che mi ha colpito maggiormente per varietà di utenti presenti, metodo di lavoro, autonomia dell'infermiere e non di meno l'interazione tra diversi professionisti.

L'affluenza di quasi 90.000 utenti nel corso del 2014 comporta ogni giorno il trasferimento di un grande numero di informazioni attraverso un linguaggio esaustivo, sintetico e condiviso.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2007 con il "*Communication during patient handovers*" ha sottolineato che il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente da una figura ad un'altra o tra strutture sanitarie, ha lo scopo di assicurare la continuità e la sicurezza della cura; a supporto di questa affermazione la ricerca in letteratura ha dimostrato che con l'ausilio di metodi standardizzati c'è stato un notevole miglioramento qualitativo delle informazioni trasmesse e la maggioranza degli infermieri intervistati ha trovato lo strumento utile per organizzare le informazioni e dare una base su cosa comunicare, con una velocizzazione dell'*handover*.

Secondo Lardner e Wilkinson¹⁹ gli infermieri devono basarsi sul contenuto e sulla precisione delle consegne al cambio turno per poter prendere decisioni cliniche e dare priorità al piano di assistenza infermieristica del proprio assistito (2013).

È stata creata una griglia di osservazione applicata durante i cambi turno del pronto soccorso di Mestre analizzando nello specifico come gli infermieri trasferissero le informazioni.

Inoltre è stata indagata la percezione dell'infermiere circa questa tematica con un questionario auto compilato e non validato.

1. CAPITOLO

1.1 LA COMUNICAZIONE

La radice di questo termine risale ai verbi greci *κοινοω* “rendo comune, unisco” e *κοινονέω* “partecipo, sono implicato”, entrambi i quali sono legati a *κοινή*, “comunità”.

Dal latino invece comunicare è storicamente collegato al verbo *communicare* “condividere”, a sua volta correlato alla parola latina *communis* “comune”.

La comunicazione è dunque una relazione in cui avviene uno scambio di pensieri, opinioni, esperienze, sensazioni e sentimenti tra due o più soggetti, incrementando la conoscenza condivisa; ciò porta alla possibilità di esistenza e soprattutto di sviluppo di qualsiasi comunità dove ogni individuo influenza gli altri con il proprio comportamento ed è in ugual modo influenzato dal comportamento altrui.

Essa è composta dal linguaggio verbale e da quello non verbale, che ha la capacità di marcare o “ridurre” l’attribuzione di importanza alla situazione descritta.

Nella configurazione di ogni processo comunicativo esiste sempre una fonte o sorgente dell’informazione creatrice del messaggio, dalla quale, attraverso un apparato trasmittente viene codificato il messaggio ed emesso un segnale; questo viaggia attraverso un canale lungo il quale può venire disturbato da un rumore. Alla fine del canale, il segnale viene raccolto da un ricevente e decodificato in un messaggio, che come tale viene compreso dal destinatario.

Il modello descritto è il modello tradizionale “emittente-messaggio-ricevente” di Shannon e Weaver (1948):

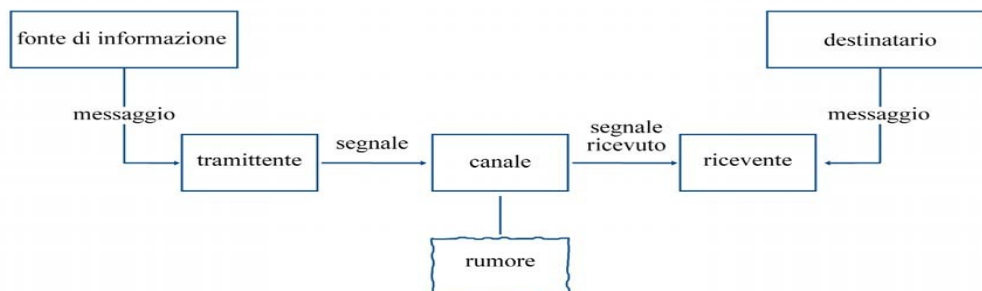


fig 1. - Shannon e Weaver (1948).

Nel modello di Shannon e Weaver manca un elemento che porta il sistema ad essere dinamico, ovvero che gli da la capacità di mutare le sue caratteristiche tenendo conto dei risultati ottenuti; viene definito feedback o retroazione ed è un segnale che permette al mittente di regolare la propria azione (confermare, rafforzare o modificare il comportamento) sulla base dei risultati ottenuti così che si migliori la qualità e l'efficacia complessiva della comunicazione arrivando al risultato voluto.

Una comunicazione è efficace se si riesce a creare un rapporto fra le due componenti fondamentali il contenuto (informazioni che vengono scambiate nella comunicazione) e l'effetto del messaggio (metacomunicazione ovvero impatto emotivo, reazioni legate all'interpretazione dei messaggi).

Sulla base delle raccomandazioni emanate dal *Sentinel Event Advisory Group*, la *JCAHO* ha stabilito come obiettivo prioritario per la sicurezza dei pazienti proprio il miglioramento della comunicazione tra i *caregivers*. In particolare, le caratteristiche ritenute essenziali per una comunicazione efficace sono: *tempestività, accuratezza, non ambiguità e comprensibilità per i destinatari*.

La Comunicazione è stata definita da Paul Watzlawick (1967) come “qualsiasi evento, cosa, comportamento che modifica il valore di probabilità del comportamento di un organismo”.

1.2 I FATTORI DISTURBANTI

Esistono elementi fisici e psicologici definiti come *disturbi* o *rumore* che possono interagire con la comunicazione disturbandola, interrompendola od ostacolandola; come descrive il Dott. Valerio Rubino (2011) essi possono agire su:

- *emittente*: l'emittente non riesce a tradurre efficacemente in codice il suo messaggio a causa di un'inibizione emotiva o della povertà lessicale della persona;
- *canale e dell'ambiente*: la comunicazione che avviene in un ambiente rumoroso dove agiscono diverse distrazioni o interferenze, interruzioni;
- *ricevente*: dovuta ad una deficienza sensoria del ricevente, o ai meccanismi di

distorsione sopra riportati; il destinatario può essere distratto da altri pensieri, non conosce alla perfezione il codice usato dall'emittente.

Ogni comunicazione è soggetta ad un certo grado di distorsione del messaggio, in tal senso i 3 meccanismi principali sono:

1. *La cancellazione*: dipende dalla nostra capacità attenta volta a percepire solo una quantità ridotta di stimoli;
2. *La generalizzazione*: si manifesta quando categorizziamo in modo erroneo, appunto generalizzando più per un pregiudizio che per una relazione logica;
3. *La deformazione*: dipende dai nostri limiti sensoriali e spesso dove non arriva lo stimolo sensoriale arriva la fantasia; oppure a causa di aspettative eccessive o difese psicologiche.

1.3 HANDOVER

Il termine inglese *handover* letteralmente significa consegnare, porgere, passare ed è usato nel campo delle telecomunicazioni ad esempio nei cellulari indica il trasferimento di un flusso di dati da un canale ad un altro (quando il segnale di una cella diventa troppo basso, si sgancia, per agganciarsi a un'altra col segnale più forte) consentendo al terminale mobile di mantenere una continuità nella comunicazione.

In medicina il concetto non varia ed indica il passaggio di informazioni riguardanti un paziente sia al cambio turno, che nel momento del trasferimento in altra unità operativa, in un altro ospedale o all'assistenza domiciliare o della dimissione, quando l'assistenza viene delegata dal professionista ad uno studente, o prima e dopo una procedura chirurgica.

Importante è notare che oltre alla semplice facciata dello scambio di dati, questo processo implica un vero e proprio trasferimento di responsabilità tra mittente e ricevente: *“la Corte di Cassazione sez. IV nella sentenza del 02.03.2000 n. 447 afferma che: “ ... Gli operatori sanitari sono tutti, ex lege, portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti ... Posizione che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale è contrassegnata dal dovere del soggetto di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsiasi pericolo atto a minacciarne l'integrità.*

L'obbligo di protezione perdura per tutta la durata del turno lavorativo ...””.

In inglese vengono utilizzati diversi termini per indicare tale attività, tra cui: handoff, handover, sign-out, nursing report, che si differenziano per l'enfasi posta sul contenuto, come nell'ultimo termine citato, o sul passaggio delle responsabilità.

Un protocollo di handover sta a indicare genericamente le regole o condizioni alle quali dei dati devono sottostare per poter essere trasferiti da un dispositivo ad un altro.

1.3.1 HANDOVER E RISCHIO CLINICO

Il passaggio di consegne è considerato in letteratura uno dei momenti critici dell'assistenza: il rapporto tra infermiere e paziente viene interrotto e quest'ultimo viene lasciato in carico ad un altro infermiere che potrebbe non conoscerne le caratteristiche, i problemi e peculiarità. Spesso l'handover viene effettuato in momenti di grande attività, deve avvenire in tempi brevi e in un ambiente ricco di distrazioni, quindi per mantenerne la sicurezza le informazioni lasciate devono essere complete e dettagliate evitando argomenti non pertinenti allo stato dell'utente.

A riguardo *Meißner* afferma che “il 53% degli infermieri dichiara di non essere soddisfatto delle consegne al cambio turno a causa della mancanza di tempo, di molte interferenze, di mancanza di spazio dedicato, di una brutta atmosfera tra colleghi e di notizie insufficienti (2007)”.

Il tutto fa sì che il momento dell'*handover* rappresenti un possibile rischio per i pazienti non che meno per gli infermieri stessi appunto responsabili del processo.

Facendo riferimento ad uno studio retrospettivo dalla *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) sugli eventi sentinella verificatisi nell'arco di 15 anni, ha stimato che su 4.800 eventi analizzati la comunicazione tra i sanitari ha rivestito un ruolo primario nel verificarsi di errori, in particolare nell'handover.

Gli errori si sono verificati nell'80% degli eventi avversi prevenibili con grave danno al paziente.

Un ulteriore esempio riguardano studio pediatrico effettuato da *Borowitz*¹⁶: da questo è emerso che in 158 situazioni su 196 (81%) mancavano informazioni, e in particolare nel 31% sulle 158 si è verificato un evento per cui i medici non erano preparati.

40 medici su 49 non avevano ricevuto le informazioni necessarie e in 33 casi su 40 si sarebbe potuto evitare l'aggravarsi della situazione.

1.3.2 STRATEGIE DI RISOLUZIONE

Per un *handover* corretto tra infermieri, serve una comunicazione efficace le cui caratteristiche sono: *tempestività, accuratezza, non ambiguità e comprensibilità per i destinatari*.

Considerando che la comunicazione inefficace porta al verificarsi di un numero elevato di errori a discapito dell'utente, sono ancora pochi gli studi che indichino con esattezza quali siano le modalità più sicure di eseguire il processo del passaggio di consegne.

Tuttavia si possono adottare diverse strategie (verifica del lavoro svolto, individuare i processi assistenziali rimasti incompleti, cogliere precocemente eventuali errori) avendo appunto come obiettivo il miglioramento della comunicazione per assicurare la sicurezza dei pazienti: basandosi sulle raccomandazioni emanate dal *Sentinel Event Advisory Group*, *Popovich D.* (2011) suggerisce:

- Effettuare il passaggio di consegne con modalità face-to-face e la possibilità di fare domande
- Possibilità di ricevere informazioni anche da altri professionisti diversi da colui che esce dal turno
- Limitare le interruzioni
- Gli aspetti assistenziali da trattare durante l'*handover* possono essere suggeriti da chi entra nel turno e da chi esce dal turno
- Le attività assistenziali devono essere ridotte
- L'Infermiere mittente fa presente alcuni cambiamenti nella pianificazione dell'assistenza prevista e suggerisce eventuali piani alternativi
- Chi riceve le informazioni le ripete per assicurarsi di averle percepite correttamente (*feedback*)

- L'Infermiere che esce dal turno scrive le informazioni che successivamente trasmetterà all'Infermiere che inizia (rindondanza)
- L'infermiere che comincia il turno esegue immediatamente un controllo generale sulle condizioni del paziente
- Ogni volta che avviene il passaggio delle consegne le informazioni vengono aggiornate sempre nello stesso ordine
- L'Infermiere che inizia il turno scorre le informazioni relative alle ore precedenti prima dell'*handover*
- L'Infermiere che inizia il turno ha un canale preferenziale di accesso alle ultime informazioni riguardanti lo stato del paziente
- L'Infermiere che inizia il turno riceve uno stampato che riassume le informazioni. Nello stampato vi è la possibilità di aggiungere note scritte a mano
- Sono utilizzati sistemi per rendere evidente a prima vista come sono ripartite tra gli Infermieri in servizio le attività assistenziali
- L'Infermiere che finisce il turno supervisiona il lavoro dell'Infermiere che inizia il turno sulla base delle informazioni appena ricevute
- Il trasferimento della responsabilità del paziente dall'Infermiere mittente a quello ricevente viene rimandato se le condizioni cliniche del paziente sono gravemente instabili
- utilizzo di metodi standardizzati di *handover*.

1.3.3 METODI STANDARDIZZATI

Come sopra con questa tesi approfondiremo uno delle precedenti strategie descritte di miglioramento: I metodi presenti in letteratura sono numerosi ed adattabili a diversi contesti clinici:

- Le 5 P: il processo di cessione delle informazioni si articola in **P**aziente (nome, età, sesso, locazione); **P**ianificazione (diagnosi, trattamento, piano, prossime fasi); **S**copo (razionale della cura); **P**roblemi; **P**recauzioni (H&HN research and Sentara Health Care, 2008);

- I Pass the BATON:

I : presentazione (delle persone coinvolte con ruolo e attività)

P: paziente (nome, cognome, età, sesso)

A: accertamento (principali disturbi, parametri vitali e diagnosi)

S: situazione (paziente stabile, risposta a trattamenti, cambiamenti dello stato di salute)

S: sicurezza (allergie, autonomia, rischio cadute, valori degli esami alterati)

The

B: background (storia del pz, terapia farmacologica)

A: azioni (cos'è stato deciso, cos'è stato fatto e perché)

T: tempi (grado d'urgenza e priorità)

O: riferimenti (personale sanitario responsabile, familiari presenti)

N: cose da fare (trasferimenti, esami, terapia, dimissione);

- SBAR: Tra i vari metodi standardizzati di cui solo alcuni sono stati elencati sopra, si è deciso di prendere in esame e proporre la SBAR^{2, 5}; metodo sviluppato dalla Marina degli Stati Uniti era usato come tecnica di comunicazione nei sottomarini nucleari e solo nel 1990 al Kaiser Permanente della California è stato adottato nell'ambito sanitario per promuovere una cultura di sicurezza del paziente¹¹.

Permette di chiarire quali informazioni devono essere comunicate tra i membri del team: precise, necessarie e sufficienti che permettono la corretta e sicura presa in carico, sia nei confronti dell'utente che verso i colleghi di lavoro ai quali viene affidata la responsabilità dei successi interventi.

L'acronimo evidenzia quattro argomenti¹¹ che necessariamente devono essere trattati durante la cessione delle informazioni per lasciare un quadro completo della situazione, di seguito spiegati:

1. Situazione: il problema

- Identificarsi: chi ha seguito il paziente?
- identificare il paziente per nome e cognome, posizione (l'ideale sarebbe avercelo di fronte)
- Il problema, motivo d'ingresso
- Che medico ha in carico il pz

2. Background: breve, mirato allo scopo

- Quando è entrato il pz
- Dati anamnestici essenziali (allergie, breve storia)
- Terapia, consulenze, esami effettuati fino ad ora

3. Assessment: informazioni pertinenti oggettive e soggettive

- Parametri vitali
- Stato mentale, autosufficiente, necessità della presenza di un familiare
- Dolore
- Cambiamenti neurologici, cambiamenti nello stato di salute

4. Raccomandazioni: Cosa deve essere ancora fatto fatto, cosa manca

- Esami, trasferimenti, consulenze, terapia, dimissione
- Informare paziente e parenti
- Preoccupazioni, suggerimenti

- ISBAR²² e ISOBAR¹⁵: varianti della SBAR; ovvero con la prima si specifica con la I l'introduzione alla consegna, mentre per la seconda I indica l'identificazione del paziente e la O serve per sottolineare le osservazioni.

- POP: Postoperative handover protocol, i cui punti riguardano: informazioni relative al paziente (identificazione paziente, anamnesi, allergie, identificazione procedura, stato paziente); informazioni sull'anestesia (tipo di anestesia, decorso e complicazioni intraoperatorio, complicazioni post-operatorio, parametri vitali, piano per l'analgesia, piano per terapia, contatti in caso di problemi), informazioni chirurgiche (decorso intraoperatorio e complicitanze, emorragie);

- PEDIATRIC¹⁴: è una checklist definita per la pediatria: **P**roblemi, **E**secuzione compiti, **D**iagnosi, **I**f/then (se/allora), **A**mmministrativi e direttive anticipate, **T**erapie, **R**isultati e altri fatti importanti, tecniche **I**nvasive, **C**ustodia e consenso;

- RSVP¹²: simile alla SBAR, molto efficace; Reason/ragione (motivo dell'ingresso), Story/storia (cos'è successo), Vital sings/parametri vitali (segni vitali), Plan/piano (cosa bisogna fare).

2. CAPITOLO

2 MATERIALI E METODI

È stato prodotto uno strumento di analisi sulla base del metodo SBAR e utilizzato per osservare quali informazioni venissero trasmesse al cambio turno agli infermieri.

Il periodo di osservazione è iniziato il 20 Agosto e terminato 11 Settembre; i dati rilevati venivano giornalmente trasferiti ed elaborati su excel.

Sono state inserite nello strumento le iniziali di nome e cognome dei pz, la data di nascita, il motivo dell'accesso in PS, l'orario del cambio turno, l'area in cui sono visitati e il codice colore di triage per permettere un'analisi statistica inferenziale.

In totale sono state prese in considerazione 403 passaggi di consegne, classificati secondo i parametri sopra enunciati, per verificare la presenza di dati significativi.

Successivamente è stato proposto un questionario rivolto agli infermieri composto da 10 domande a risposta multipla per capire come percepissero il passaggio di consegne e le criticità ad esso legate.

Il questionario auto compilato e non validato è stato distribuito dal 23 al 29 Ottobre a tutti gli infermieri dell'unità operativa.

Per vedere se ci fossero delle correlazioni tra il passaggio di consegne e l'età dei pazienti o il codice colore ho utilizzato questo procedimento:

partendo da una tabella a doppio ingresso, dove sull'asse x sono divise le età dei pazienti (per semplificare daremo ad ogni intervallo di età una variabile: 0-20 = A, 21-30 = B, 31-40 = C, 41-50 = D, 51-60 = E, 61-70 = F, 71-80 = G, 81-90 = H, >91 = I), sull'asse y le voci della griglia (numerate da 1 a 21) e nell'intersezione il valore assoluto n delle informazioni non pervenute del dato, se ne crea un'altra dove al posto dei valori reali si inserisce la frequenza delle omissioni k (es $k_{A1} = n_{A1}/Tot_A$).

Dopo di che si calcola la media della frequenza di omissioni delle colonne Mk_A (es: $Mk_A = \sum_{i=1}^{21} k_{Ai}/21$), in questo modo si può vedere la correttezza delle consegne, più il valore si avvicina a 0, più sono complete, viceversa più si avvicina a 1 meno complete sono le informazioni riguardanti quel range di età.

Lo stesso procedimento è stato fatto mettendo sull'asse delle ascisse i codici colore e i valori totali di ogni area per ottenere un valore riassuntivo Mk_{tr} , Mk_{ver} , Mk_{ros} , Mk_{obi} .

Siccome spesso il campione per alcune fasce di età era piccolo e non risultava ci fosse una

relazione, si è provato ad unirle con scarsi risultati.

3 CAPITOLO

3.1 PASSAGGIO DI CONSEGNE IN PRONTO SOCCORSO

In questo paragrafo analizzeremo utilizzando i dati raccolti dalla griglia d'osservazione come sono lasciate le consegne in Pronto Soccorso.

A causa delle situazioni diverse in cui si trovano pazienti e personale le informazioni verranno divise in base all'area.

L'OBI è l'area del pronto soccorso addetta all'osservazione del paziente fino a 72 ore; strutturato come una unità operativa di degenza. Le consegne vengono trasmesse in una postazione infermieristica, pertanto manca il contatto visivo del paziente, che viene identificato per nome cognome e postazione letto. Tra le aree del pronto soccorso questa sembra essere quella dove le informazioni vengono date in modo più completo ($Mk_{obi} = 0,30$) e si può spiegare col fatto che il processo si effettua con le grafiche del paziente sottomano con una frequenza di interruzioni osservata è di 0,33/cambio turno.

Nell'Area rossa sono presenti i pazienti con problematiche maggiori (codice colore giallo o rosso), sulle quali l'infermiere deve intervenire immediatamente; dopo l'OBI, il passaggio di consegne risulta essere il più accurato ($Mk_{ros} = 0,32$), anche se la tempistica e le continue interruzioni con una frequenza osservata sul campione di 1/cambio turno, lo pongono a continuo rischio di errore.

In Area Verde le informazioni che vengono trasmesse sono inferiori ($Mk_{ver} = 0,38$) con una frequenza di interruzioni di 0,5/cambio turno, dovuta per lo più a pazienti già in carico.

In triage il processo è diverso; mentre nelle altre aree la condizione generale dell'utente è nota in quest'area la priorità è la stratificazione del rischio dopo la presentazione del problema da parte del paziente, dove sulla base dei segni e sintomi descritti, viene dato un colore ed un area di trattamento (verde, rossa, pronto soccorso ortopedico).

L'infermiere di triage al cambio del turno lascia in consegna i pazienti che saranno visitati in area verde, con codice colore bianco o verde.

Rispetto alla griglia osservazionale proposta, si osserva un'apparente incompletezza,

tuttavia aspetti quali esami eseguiti, medico responsabile, allergia a farmaci ecc. non sono pertinenti alla presa in carico in triage.

Le frequenze in base all'età affermano che in area verde e rossa la distribuzione dei dati è simile; per quanto riguarda i codici colore invece sembra ci sia una relazione lineare:

- in Area Rossa si danno consegne più dettagliate tanto meno è grave il paziente, dato non attendibile a causa del numero esiguo dei campioni;
- in Area Verde e in OBI al contrario sono più dettagliate più la priorità del codice colore è alta
- al triage le consegne risultano essere tutte simili, senza differenza per codice colore o età del paziente.

In tutte le aree rispetto al modello preso in esame (SBAR) alcune informazioni non vengono trasmesse.

3.2 PERCEZIONI DEGLI INFERMIERI

La maggior parte degli infermieri (90%) ritiene il momento di passaggio di consegne importante, al quale vengono dedicati mediamente 10 - 15 minuti.

Il tempo usato non è uguale nelle 4 aree dell'unità operativa; in OBI un ambiente relativamente tranquillo in cui i pazienti rimangono in osservazione fino a 72 ore la durata è superiore, a volte quasi il doppio a detta degli infermieri (~20 minuti) rispetto le altre aree di trattamento (~10 minuti); il tempo non è omogeneo neppure all'interno della medesima area.

La variabilità può essere data da diversi fattori: il carico di lavoro, la quantità di pazienti presenti e la complessità dei casi.

Questi sono elementi che possono influenzare la sicurezza del paziente, soprattutto le interruzioni, alla quale viene associata un'alta probabilità di causa d'errore.

Secondo il questionario avvengono (15% sempre, 46% spesso, 39% talvolta) per molte cause:

- medici della stessa unità operativa (22%);
- infermieri della stessa unità operativa (5%);
- OSS della stessa unità operativa (4%);

- personale di altre unità operative (2%);
- pazienti già in carico (24%);
- pazienti in ingresso (non ancora in carico) (11%);
- personale 118 (6%);
- situazione di emergenza subentrante (14%);
- parenti (12%).

Il 97% degli infermieri a fine turno e dopo il passaggio di consegna ha il dubbio di aver tralasciato qualche informazione, più precisamente questo capita per il 3% sempre, 21% spesso, 74% talvolta, 3% mai.

Osservando al contrario chi monta in turno la soddisfazione delle consegne ricevute è quasi buona con un 55% che è soddisfatto spesso ed un 42% che è soddisfatto talvolta.

E il metodo standardizzato punta anche a questo.

Non conosciuto ancora da tutti (21/38), è comunque stato percepito come un'efficace tecnica per aiutarsi ed ottimizzare il contenuto delle informazioni; e anche per questo quasi la totalità del personale si è detta disponibile per un corso di aggiornamento in tal senso; *Meißner* (2007) afferma che "l'introduzione di una buona consegna infermieristica, nell'ambito della cultura basata sulla leadership, richiede la *disponibilità* al cambiamento del personale con il coinvolgimento degli infermieri leader che assumono, in questo ambito, un ruolo critico, dove cambiare significa incidere sui modelli cognitivi quali la ricerca e i processi di apprendimento."

CONCLUSIONI

Come già detto in questa unità operativa ci sono diverse altre situazioni che consentono di promuovere una corretta gestione del paziente, quindi si potrebbe pensare non sia altro che una cosa in più. Ebbene no.

Il passaggio di consegne standardizzato permette di avere un grado di sicurezza più alto, di essere più sicuri di quello che si fa e si dice portando ad una struttura più forte dell'assistenza al paziente.

Inoltre secondo Cardoso³ spesso la cattiva qualità della comunicazione all'interno dei posti di lavoro è la vera causa di problemi che generano stress nei lavoratori; lo strumento SBAR^{17, 18} permette di ridurre lo stress dei professionisti durante la comunicazione delle informazioni; una comunicazione chiara non solo ha la capacità di migliorare i risultati di cura ma aumenta anche la soddisfazione e sicurezza personale.

Per un'eventuale introduzione della SBAR come evidenziato da Clark E., Squire S., Heyme A., et al “...deve essere accompagnata da un'adeguata formazione”.

“Il passaggio di consegna fa parte delle attività che si apprendono nel corso della pratica clinica, dall'osservazione di professionisti esperti prima da studenti e in seguito come neo assunti..” afferma Gordon “...agli infermieri non è inserito formalmente all'interno dei curricula per la formazione in ambito universitario, pur riconoscendolo come un problema formativo importante” (2013).

BIBLIOGRAFIA

1. Wildner J., Ferri P. (2012). The Implementation of the Bedside Handover for the Improvement of Nursing Quality in an Italian Hospice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(3): 216-224.
2. Renz S.M., Boltz M.P., Wagner L.M., Capezuti E.A., Lawrence T.E. (2013). Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care; 34(4): 295-301.
3. Paolo Cardoso, Roberta De Florio, Chiara Del Furia, Eliana Lavilla, Antonella Leccese, Roberta Lo Monaco. (2011). *Caratteristiche e Principi della Comunicazione: uno sguardo panoramico*.
4. Popovich D. (2011). Second Head-to-Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. *Pediatric Nursing*; 37(2):55-59
5. Field T.S., Tjia J., Mazor K.M., et al. (2011). Randomized trial of a warfarin communication protocol for nursing homes: an SBAR-based approach. *Am J Med.*;124:179.e1–179.e7.
6. Popovich D. (2011). Second Head-to-Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. *Pediatric Nursing*;37(2):55-59.
7. Riesenber, L.A., Leisch, J., Cunningham, J.M. (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *AJN*; 110: 24-34.
8. Ouslander J.G., Lamb G., Perloe M., Givens J.H., Kluge L., Rutland T., Atherly A., Saliba D.J. (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs; 58(4):627-35.
9. Riesenber, LA, et al. (2009). Residents and Attending Handoffs: A systematic review. *Acad Med*;84(12):1775-1787.

10. Velji K., Baker G.R., Fancott C., Andreoli A., Boaro N., Tardif G., Aimone E., Sinclair L. (2008). Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. ;11(3 Spec No.):72-9.
11. Institute for Healthcare Improvement. (2011). SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model. Available at: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.html>.
12. Featherstone, P., Chalmers, T., & Smith, G. B. (2008) RSVP: a system for communication of deterioration in hospital patients [Electronic Version]. *British Journal of Nursing*, 17(13), 860-864.
13. Meißner A., Hasselhorn H. M., Estryng-Behar M., Nézet O., Pokorski J., Gould D. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5): 535-42.
14. Arora V., Johnson J. (2006). A model for building a standardized hand-off protocol. *Jt Comm J Qual Patient Saf*; 32 (11): 647-655.
15. Porteous J.M., Stewart-Wynne E.G., Connolly M., Crommelin P.F.(2009). iSoBAR: a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *MJA*; 190 (11): 152-156.
16. Borowitz S.M., Waggoner-Fountain L.A., Bass E.J., Sledd R.M. (2008). Adequacy of information transferred at resident sign-out (inhospital handover of care): a prospective survey. *Qual Saf Health Care*; 17: 6-10.
17. Field TS, Tjia J, Mazor KM, et al. Randomized trial of a warfarin communication protocol for nursing homes: an SBAR-based approach. *Am J Med*. 2011;124:179.e1–179.e7.

18. Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Saf.* 2009;5:145–152.
19. Wilkinson J., Lardner R. (2013). Shift Handover After Buncefield.
20. Ouslander J.G., Lamb G., Perloe M. (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and roots. *J Am Geriatr Soc.*; 58:627–635.
21. Gordon M. (2013). Training on handover of patient care within UK medical schools. *Medical Education Online*, 11;18:1-5.
22. James E. Thompson, Luke W. Collett, Marc J. Langbart, Natalie J. Purcell, Stephanie M. Boyd, Yuigi Yuminaga, Gemma Ossolinski, Clarissa Susanto, Ann McCormack (2010). Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital; 87:340-344 doi:10.1136/pgmj.105569.

ALLEGATO 1: griglia di osservazione

Giorno:

Orario cambio turno:

Iniziali pz:

Età:

Area:

Codice colore:

Motivo accesso:

		PASSAGGIO DI CONSEGNE		SI	NO
v i e n e d e f i n i t o π	S	Nome del paziente			
		Cognome del paziente			
		Nome e cognome sono corretti?			
		Dov'è situato?			
		C'è contatto visivo con il paziente all'handover?			
		Quando è entrato?			
		Che medico ha in carico il paziente?			
	B	Motivo dell'ingresso in Pronto Soccorso			
		Allergie			
		Cos'è stato fatto	TAC/Rx/esami bioumorali		
			Terapia farmacologica		
			Consulenze mediche		
	A	parametri vitali e valutazione del dolore (es.: classe di shock se pertinente, valutazione dolore pre e post trattamento antalgico), eventuali segni e sintomi di allarme			
		Stato mentale (orientato, non orientato, delirium) e necessità di presenza di un familiare			
		Autosufficiente (può alzarsi, non può alzarsi, deve essere accompagnato) e necessità di presenza di un familiare			
		Paziente stazionario/critico, evoluzione della situazione clinica			
	R	Cosa bisogna fare	terapia farmacologica		
			consulenze mediche		
			TAC/Rx/esami bioumorali		
			Ricovero - trasferimento - dimissione a domicilio		
		presenza di parenti/il medico li ha contattati?			
	Interruzioni dovute a:	Altri pazienti già in carico			
		Pazienti in ingresso (non in carico)			
Personale 118					
Situazione di emergenza subentrante					
Parenti					
Medici					
Infermieri					
OSS					

n° infermieri smontanti:

n° infermieri mittenti di consegne:

n° infermieri montanti:

n° infermieri riceventi:

Perché discrepanza presenze?	urgenza	
	terapia	
	Altro (specificare)	
	turno	

ALLEGATO 2: questionario

QUESTIONARIO

1 – nella tua professione quanto reputi importante il passaggio di consegne?
 molto importante importante poco importante non importante

2 – quanto tempo viene mediamente dedicato al passaggio di consegne?
 5min 10min 15min 20min 25min

Note e Osservazioni:

3 – hai mai il dubbio di avere tralasciato qualche dettaglio?
 sempre spesso talvolta mai

4 – sei soddisfatto delle consegne che ricevi?
 sempre spesso talvolta mai

5 – tale processo viene mai interrotto da qualcuno o qualche evento?
 sempre spesso talvolta mai

6 – qual è stata la causa maggiore d'interruzione?
 Medici della stessa unità operativa Pazienti già in carico
 Infermieri della stessa unità operativa Pazienti in ingresso (non in carico)
 OSS Personale 118
 Personale di altre unità operative Situazione di emergenza subentrante
 Parenti

7 – l'interruzione del passaggio di consegne credi possa avere qualche ripercussione sulla cura del paziente?
 sempre spesso talvolta mai

8 – hai mai sentito parlare di metodi standardizzati di passaggio di consegne?
 Sì No

9 – la standardizzazione potrebbe migliorare il passaggio di consegne?
 sempre spesso talvolta mai

10 – se sì, saresti disposto a fare un corso di aggiornamento in tal senso?
 Sì No

Età:

Sesso: M F

Formazione di base: scuola regionale diploma di laurea laurea triennale

Formazione avanzata: laurea magistrale master I livello, specificare:

ALLEGATO 3: elaborazione dati Area Rossa

TABELLA DATI REALI divisi per età

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTALE
1	2	5	2	10	8	9	15	13	3	67
2	3	1	0	4	3	4	3	3	0	21
3	2	1	0	4	3	3	3	3	0	19
4	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
5	2	2	4	5	3	0	1	1	0	18
6	0	7	4	7	7	10	12	12	2	61
7	0	3	2	6	7	6	10	7	1	42
8	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
9	4	10	7	17	14	17	24	21	5	119
10	1	1	0	0	2	0	2	2	0	8
11	1	1	0	2	3	0	2	7	0	16
12	1	2	0	0	2	0	3	6	0	14
13	1	3	1	7	8	6	14	10	0	50
14	2	7	4	16	13	15	21	20	4	102
15	1	6	5	15	10	12	21	18	4	92
16	1	0	0	1	0	1	3	3	1	10
17	2	2	2	5	8	5	1	6	1	32
18	1	1	1	3	7	8	3	4	2	30
19	1	1	1	4	3	5	2	4	1	22
20	1	1	2	2	5	7	4	5	2	29
21	2	8	4	14	14	14	17	18	4	95
n pazienti	4	10	8	18	15	18	24	25	5	127

TABELLA FREQUENZA OMISSIONI

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K _{tot ros}
1	0,50	0,50	0,25	0,56	0,53	0,50	0,63	0,52	0,60	0,53
2	0,75	0,10	0,00	0,22	0,20	0,22	0,13	0,12	0,00	0,17
3	0,50	0,10	0,00	0,22	0,20	0,17	0,13	0,12	0,00	0,15
4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,04	0,00	0,02
5	0,50	0,20	0,50	0,28	0,20	0,00	0,04	0,04	0,00	0,14
6	0,00	0,70	0,50	0,39	0,47	0,56	0,50	0,48	0,40	0,48
7	0,00	0,30	0,25	0,33	0,47	0,33	0,42	0,28	0,20	0,33
8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,02
9	1,00	1,00	0,88	0,94	0,93	0,94	1,00	0,84	1,00	0,94
10	0,25	0,10	0,00	0,00	0,13	0,00	0,08	0,08	0,00	0,06
11	0,25	0,10	0,00	0,11	0,20	0,00	0,08	0,28	0,00	0,13
12	0,25	0,20	0,00	0,00	0,13	0,00	0,13	0,24	0,00	0,11
13	0,25	0,30	0,13	0,39	0,53	0,33	0,58	0,40	0,00	0,39
14	0,50	0,70	0,50	0,89	0,87	0,83	0,88	0,80	0,80	0,80
15	0,25	0,60	0,63	0,83	0,67	0,67	0,88	0,72	0,80	0,72
16	0,25	0,00	0,00	0,06	0,00	0,06	0,13	0,12	0,20	0,08
17	0,50	0,20	0,25	0,28	0,53	0,28	0,04	0,24	0,20	0,25
18	0,25	0,10	0,13	0,17	0,47	0,44	0,13	0,16	0,40	0,24
19	0,25	0,10	0,13	0,22	0,20	0,28	0,08	0,16	0,20	0,17
20	0,25	0,10	0,25	0,11	0,33	0,39	0,17	0,20	0,40	0,23
21	0,50	0,80	0,50	0,78	0,93	0,78	0,71	0,72	0,80	0,75
	0,33	0,30	0,23	0,32	0,38	0,33	0,32	0,32	0,29	0,32

TABELLA VALORI REALI SUDDIVISI PER CODICE COLORE

	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	totale
1		0	65	2	67
2		0	20	1	21
3		0	18	1	19
4		0	2	0	2
5		0	17	1	18
6		1	60	0	61
7		0	41	1	42
8		0	2	0	2
9		1	114	4	119
10		0	8	0	8
11		0	15	1	16
12		0	14	0	14
13		0	47	3	50
14		1	98	3	102
15		0	88	4	92
16		0	4	6	10
17		0	30	2	32
18		1	27	2	30
19		0	20	2	22
20		1	26	2	29
21		1	92	2	95
n pazienti		1	122	4	127

TABELLA FREQUENZA OMISSIONI SUDDIVISI PER CODICE COLORE

	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	k _{tot}
1		1,00	0,53	0,50	0,53
2		0,00	0,16	0,25	0,17
3		0,00	0,15	0,25	0,15
4		0,00	0,02	0,00	0,02
5		0,00	0,14	0,25	0,14
6		0,00	0,49	0,00	0,48
7		1,00	0,34	0,25	0,33
8		0,00	0,02	0,00	0,02
9		0,00	0,93	1,00	0,94
10		1,00	0,07	0,00	0,06
11		0,00	0,12	0,25	0,13
12		0,00	0,11	0,00	0,11
13		0,00	0,39	0,75	0,39
14		0,00	0,80	0,75	0,80
15		1,00	0,72	1,00	0,72
16		0,00	0,03	1,50	0,08
17		0,00	0,25	0,50	0,25
18		0,00	0,22	0,50	0,24
19		1,00	0,16	0,50	0,17
20		0,00	0,21	0,50	0,23
21		1,00	0,75	0,50	0,75
		0,29	0,32	0,44	0,32

ALLEGATO 4: elaborazione dati Area Verde

TABELLA DATI REALI divisi per età

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTALE
1		5	6	7	3	1	0	8	1	31
2		3	4	1	0	0	0	3	1	12
3		3	4	1	0	0	0	3	1	12
4		1	2	3	0	1	1	5	0	13
5		6	11	15	14	3	8	23	5	85
6		5	2	8	7	2	3	15	1	43
7		2	1	2	0	1	0	2	0	8
8		0	0	0	0	0	0	3	0	3
9		7	11	16	14	5	8	24	6	91
10		0	3	1	1	2	0	6	0	13
11		0	3	2	0	2	0	5	2	14
12		1	2	2	1	2	1	7	2	18
13		3	7	10	5	2	4	17	4	52
14		6	10	13	12	5	7	20	4	77
15		6	10	12	12	4	4	9	3	60
16		2	3	3	3	3	2	9	1	26
17		2	3	3	3	1	2	7	2	23
18		1	5	6	4	1	6	7	3	33
19		3	6	4	4	2	4	8	3	34
20		3	4	5	5	0	3	9	3	32
21		4	10	12	10	2	5	13	3	59
n pazienti		7	12	15	15	5	8	25	6	93

TABELLA FREQUENZA OMISSIONI

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K _{tot} ver
1		0,71	0,50	0,47	0,20	0,20	0,00	0,32	0,17	0,33
2		0,43	0,33	0,07	0,00	0,00	0,00	0,12	0,17	0,13
3		0,43	0,33	0,07	0,00	0,00	0,00	0,12	0,17	0,13
4		0,14	0,17	0,20	0,00	0,20	0,13	0,20	0,00	0,14
5		0,86	0,92	1,00	0,93	0,60	1,00	0,92	0,83	0,91
6		0,71	0,17	0,53	0,47	0,40	0,38	0,60	0,17	0,46
7		0,29	0,08	0,13	0,00	0,20	0,00	0,08	0,00	0,09
8		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,03
9		1,00	0,92	1,07	0,93	1,00	1,00	0,96	1,00	0,98
10		0,00	0,25	0,07	0,07	0,40	0,00	0,24	0,00	0,14
11		0,00	0,25	0,13	0,00	0,40	0,00	0,20	0,33	0,15
12		0,14	0,17	0,13	0,07	0,40	0,13	0,28	0,33	0,19
13		0,43	0,58	0,67	0,33	0,40	0,50	0,68	0,67	0,56
14		0,86	0,83	0,87	0,80	1,00	0,88	0,80	0,67	0,83
15		0,86	0,83	0,80	0,80	0,80	0,50	0,36	0,50	0,65
16		0,29	0,25	0,20	0,20	0,60	0,25	0,36	0,17	0,28
17		0,29	0,25	0,20	0,20	0,20	0,25	0,28	0,33	0,25
18		0,14	0,42	0,40	0,27	0,20	0,75	0,28	0,50	0,35
19		0,43	0,50	0,27	0,27	0,40	0,50	0,32	0,50	0,37
20		0,43	0,33	0,33	0,33	0,00	0,38	0,36	0,50	0,34
21		0,57	0,83	0,80	0,67	0,40	0,63	0,52	0,50	0,63
		0,43	0,42	0,40	0,31	0,37	0,35	0,39	0,36	0,38

TABELLA VALORI REALI SUDDIVISI PER CODICE COLORE

	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	totale
1	20	10	1		31
2	6	6	0		12
3	6	6	0		12
4	10	3	0		13
5	52	30	3		85
6	29	13	1		43
7	6	2	0		8
8	3	0	0		3
9	58	30	3		91
10	10	2	1		13
11	10	3	1		14
12	11	6	1		18
13	39	12	1		52
14	48	28	1		77
15	37	21	2		60
16	20	5	1		26
17	20	3	0		23
18	21	11	1		33
19	23	11	0		34
20	21	10	1		32
21	35	23	1		59
n pazienti	58	32	3		93

TABELLA FREQUENZA OMISSIONI SUDDIVISI PER CODICE COLORE

	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	K _{tot}
1	3,33	0,31	0,33		0,33
2	0,10	0,19	0,00		0,13
3	0,10	0,19	0,00		0,13
4	0,17	0,09	0,00		0,14
5	0,90	0,94	1,00		0,91
6	0,50	0,41	0,33		0,46
7	0,10	0,06	0,00		0,09
8	0,05	0,00	0,00		0,03
9	1,00	0,94	1,00		0,98
10	0,17	0,06	0,33		0,14
11	0,17	0,09	0,33		0,15
12	0,19	0,19	0,33		0,19
13	0,67	0,38	0,33		0,56
14	0,83	0,88	0,33		0,83
15	0,64	0,66	0,67		0,65
16	0,34	0,16	0,33		0,28
17	0,34	0,09	0,00		0,25
18	0,36	0,34	0,33		0,35
19	0,40	0,34	0,00		0,37
20	0,36	0,31	0,33		0,34
21	0,60	0,72	0,33		0,63
	0,54	0,35	0,30		0,38

ALLEGATO 5: elaborazione dati OBI

TABELLA DATI REALI divisi per età

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTALE
1	0	3	0	1	2	2	2	2	2	14
2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
5	4	4	3	13	8	9	24	34	5	104
6	0	0	2	3	2	3	12	15	1	38
7	2	1	2	10	5	4	14	18	3	59
8	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
9	3	4	2	12	8	8	21	33	5	96
10	1	0	1	0	0	0	1	1	0	4
11	0	0	1	1	1	0	2	2	0	7
12	0	0	2	1	0	0	4	4	2	13
13	0	1	2	5	2	1	5	11	2	29
14	3	3	3	11	8	7	16	25	1	77
15	2	2	3	6	3	6	8	8	2	40
16	0	0	0	2	0	1	2	5	1	11
17	0	0	1	2	1	2	6	5	2	19
18	0	0	1	4	3	3	6	16	2	35
19	0	0	1	3	0	2	5	5	0	16
20	0	0	1	6	4	2	9	14	0	36
21	0	3	2	10	8	8	19	30	2	82
n pazienti	4	4	3	13	9	9	25	35	6	108

TABELLA FREQUENZA OMISSIONI

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K _{tot ver}
1	0,00	0,75	0,00	0,08	0,22	0,22	0,08	0,06	0,33	0,13
2	0,00	0,00	0,33	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,01
5	1,00	1,00	1,00	1,00	0,89	1,00	0,96	0,97	0,83	0,96
6	0,00	0,00	0,67	0,23	0,22	0,33	0,48	0,43	0,17	0,35
7	0,50	0,25	0,67	0,77	0,56	0,44	0,56	0,51	0,50	0,55
8	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,03
9	0,75	1,00	0,67	0,92	0,89	0,89	0,84	0,94	0,83	0,89
10	0,25	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	0,04	0,03	0,00	0,04
11	0,00	0,00	0,33	0,08	0,11	0,00	0,08	0,06	0,00	0,06
12	0,00	0,00	0,67	0,08	0,00	0,00	0,16	0,11	0,33	0,12
13	0,00	0,25	0,67	0,38	0,22	0,11	0,20	0,31	0,33	0,27
14	0,75	0,75	1,00	0,85	0,89	0,78	0,64	0,71	0,17	0,71
15	0,50	0,50	1,00	0,46	0,33	0,67	0,32	0,23	0,33	0,37
16	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,11	0,08	0,14	0,17	0,10
17	0,00	0,00	0,33	0,15	0,11	0,22	0,24	0,14	0,33	0,18
18	0,00	0,00	0,33	0,31	0,33	0,33	0,24	0,46	0,33	0,32
19	0,00	0,00	0,33	0,23	0,00	0,22	0,20	0,14	0,00	0,15
20	0,00	0,00	0,33	0,46	0,44	0,22	0,36	0,40	0,00	0,33
21	0,00	0,75	0,67	0,77	0,89	0,89	0,76	0,86	0,33	0,76
	0,18	0,25	0,44	0,34	0,29	0,31	0,30	0,31	0,25	0,30

TABELLA VALORI REALI SUDDIVISI PER CODICE COLORE

	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	totale
1	1	2	11	0	14
2	1	1	0	0	2
3	0	0	0	0	0
4	0	0	1	0	1
5	5	28	68	3	104
6	3	14	21	0	38
7	4	18	36	1	59
8	1	0	2	0	3
9	5	24	64	3	96
10	3	1	0	0	4
11	1	1	5	0	7
12	3	3	7	0	13
13	4	10	14	1	29
14	4	16	54	3	77
15	2	9	28	1	40
16	2	2	6	1	11
17	3	7	9	0	19
18	3	10	22	0	35
19	2	5	9	0	16
20	3	10	21	2	36
21	4	24	51	3	82
n pazienti	5	29	70	4	108

TABELLA FREQUENZA OMISSIONI SUDDIVISI PER CODICE COLORE

	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	K _{tot}
1	0,20	0,07	0,16	0,00	0,13
2	0,20	0,03	0,00	0,00	0,02
3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01
5	1,00	0,97	0,97	0,75	0,96
6	0,60	0,48	0,30	0,00	0,35
7	0,80	0,62	0,51	0,25	0,55
8	0,20	0,00	0,03	0,00	0,03
9	1,00	0,83	0,91	0,75	0,89
10	0,60	0,03	0,00	0,00	0,04
11	0,20	0,03	0,07	0,00	0,06
12	0,60	0,10	0,10	0,00	0,12
13	0,80	0,34	0,20	0,25	0,27
14	0,80	0,55	0,77	0,75	0,71
15	0,40	0,31	0,40	0,25	0,37
16	0,40	0,07	0,09	0,25	0,10
17	0,60	0,24	0,13	0,00	0,18
18	0,60	0,34	0,31	0,00	0,32
19	0,40	0,17	0,13	0,00	0,15
20	0,60	0,34	0,30	0,50	0,33
21	0,80	0,83	0,73	0,75	0,76
	0,51	0,30	0,29	0,21	0,30

ALLEGATO 6: elaborazioni dati triage

TABELLA DATI REALI divisi per età

	A	B	C	D	E	F	G	H	TOTALE
1	0	0	0	1	1	1	0	0	3
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	0	0	0	0	0	0	0	1
5	4	13	9	14	8	4	13	10	75
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	4	13	9	14	8	4	13	10	75
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	4	13	9	14	8	4	13	10	75
10	4	13	9	13	7	4	13	10	73
11	4	10	9	13	8	4	13	10	71
12	4	13	7	13	7	4	12	10	70
13	4	10	8	11	6	4	13	9	65
14	4	12	9	12	8	3	11	6	65
15	4	13	6	14	8	3	11	9	68
16	1	8	3	7	6	3	9	6	43
17	4	10	9	14	7	4	13	10	71
18	3	13	8	12	6	4	10	10	66
19	4	13	9	14	7	4	13	10	74
20	4	13	9	14	8	4	13	10	75
21	0	4	5	8	4	2	4	5	32
n pazienti	4	13	9	14	8	4	13	10	75

TABELLA FREQUENZA OMISSIONI

	A	B	C	D	E	F	G	H	ktot tri
1	0,00	0,00	0,00	0,07	0,13	0,25	0,00	0,00	0,04
2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
5	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
10	1,00	1,00	1,00	0,93	0,88	1,00	1,00	1,00	0,97
11	1,00	0,77	1,00	0,93	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95
12	1,00	1,00	0,78	0,93	0,88	1,00	0,92	1,00	0,93
13	1,00	0,77	0,89	0,79	0,75	1,00	1,00	0,90	0,87
14	1,00	0,92	1,00	0,86	1,00	0,75	0,85	0,60	0,87
15	1,00	1,00	0,67	1,00	1,00	0,75	0,85	0,90	0,91
16	0,25	0,62	0,33	0,50	0,75	0,75	0,69	0,60	0,57
17	1,00	0,77	1,00	1,00	0,88	1,00	1,00	1,00	0,95
18	0,75	1,00	0,89	0,86	0,75	1,00	0,77	1,00	0,88
19	1,00	1,00	1,00	1,00	0,88	1,00	1,00	1,00	0,99
20	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
21	0,00	0,31	0,56	0,57	0,50	0,50	0,31	0,50	0,43
	0,63	0,63	0,62	0,64	0,64	0,67	0,64	0,64	0,64

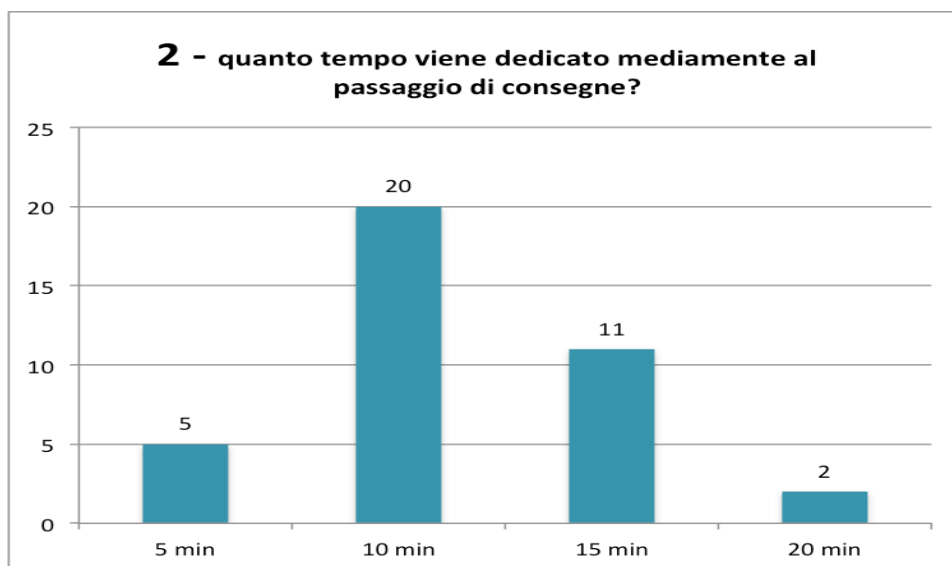
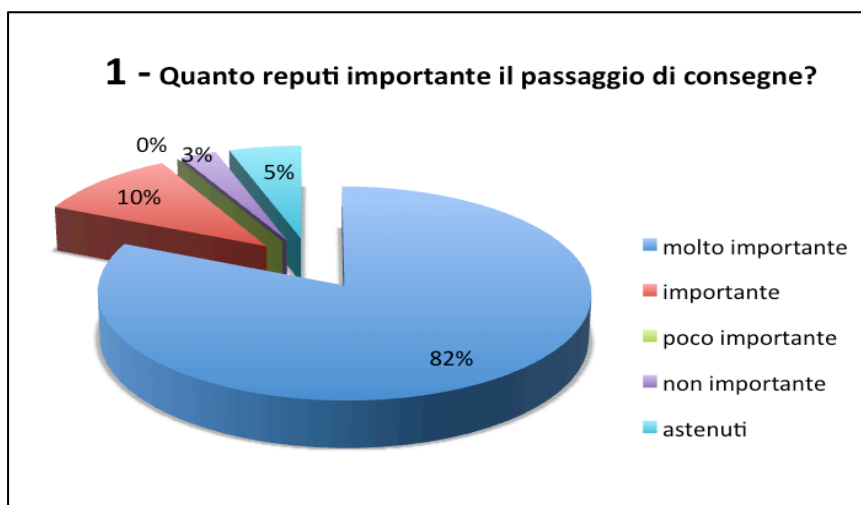
TABELLA VALORI REALI SUDDIVISI PER CODICE COLORE

	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	totale
1	1	2	0		3
2	0	0	0		0
3	0	0	0		0
4	1	0	0		1
5	52	20	3		75
6	0	0	0		0
7	52	20	3		75
8	0	0	0		0
9	52	20	3		75
10	52	19	2		73
11	50	18	3		71
12	51	17	2		70
13	47	15	3		65
14	46	16	3		65
15	50	16	2		68
16	33	7	3		43
17	51	17	3		71
18	45	18	3		66
19	51	20	3		74
20	52	20	3		75
21	22	9	1		32
n pazienti	52	20	3		75

TABELLA FREQUENZA OMISSIONI SUDDIVISI PER CODICE COLORE

	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	ktot
1	0,02	0,10	0,00		0,04
2	0,00	0,00	0,00		0,00
3	0,00	0,00	0,00		0,00
4	0,02	0,00	0,00		0,01
5	1,00	1,00	1,00		1,00
6	0,00	0,00	0,00		0,00
7	1,00	1,00	1,00		1,00
8	0,00	0,00	0,00		0,00
9	1,00	1,00	1,00		1,00
10	1,00	0,95	0,67		0,97
11	0,96	0,90	1,00		0,95
12	0,98	0,85	0,67		0,93
13	0,90	0,75	1,00		0,87
14	0,88	0,80	1,00		0,87
15	0,96	0,80	0,67		0,91
16	0,63	0,35	1,00		0,57
17	0,98	0,85	1,00		0,95
18	0,87	0,90	1,00		0,88
19	0,98	1,00	1,00		0,99
20	1,00	1,00	1,00		1,00
21	0,42	0,45	0,33		0,43
	0,65	0,60	0,63		0,64

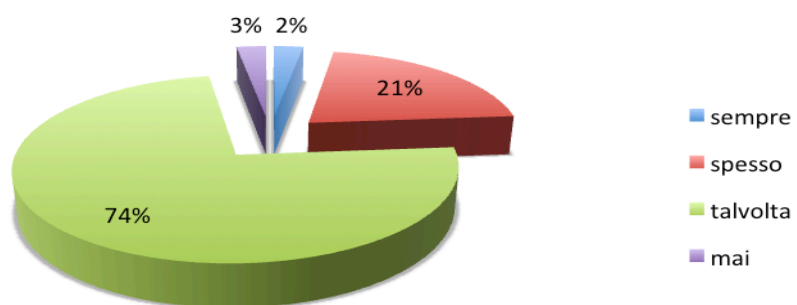
ALLEGATO 7: risposte questionario



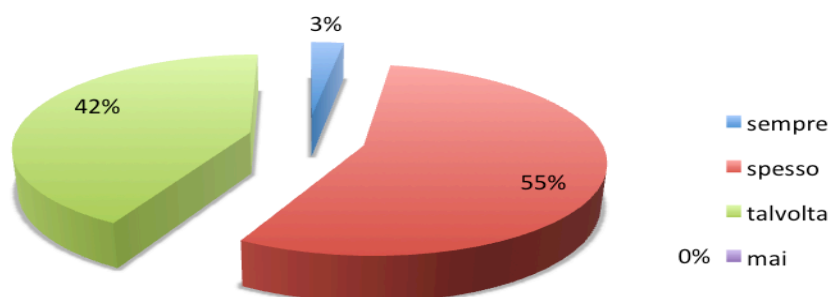
Note:

- in Obi il passaggio di consegne dura quasi il doppio rispetto alle altre aree
- dipende da quanti pazienti sono presenti
- dipende dal numero e l'entità delle interruzioni
- dipende dalla complessità dei pazienti

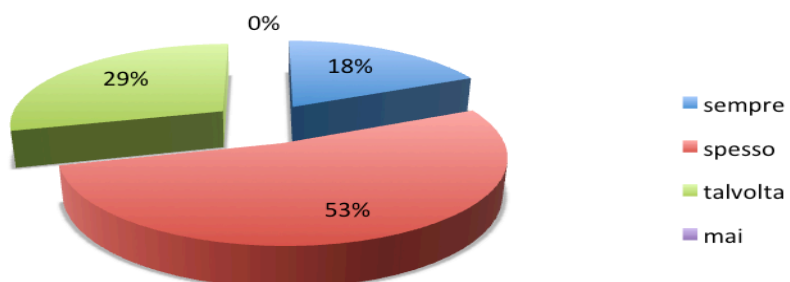
3 - Hai dubbi il dubbio di aver tralasciato qualche dettaglio?



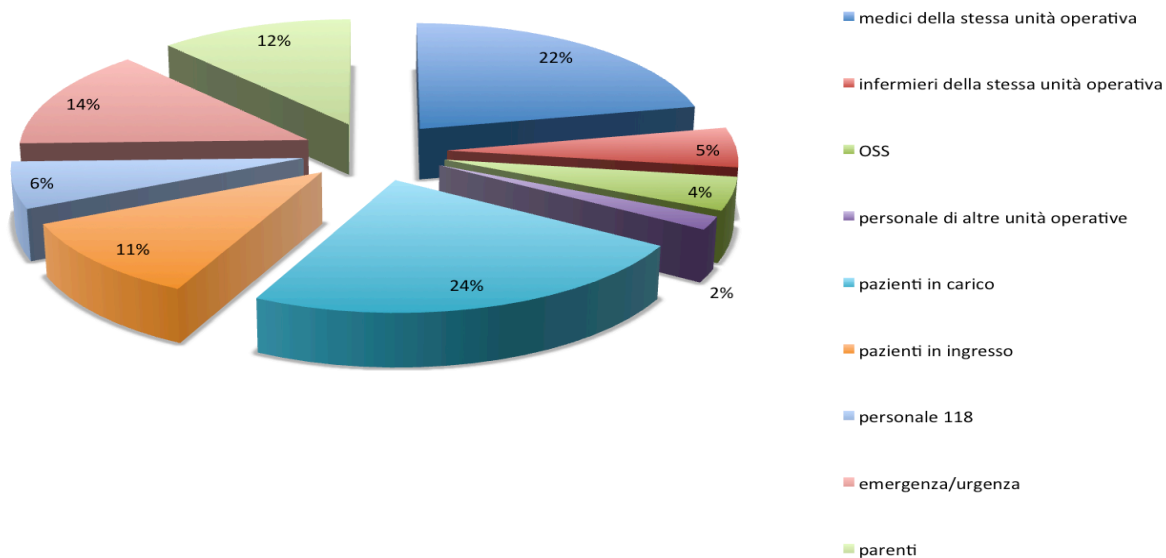
4 - Sei soddisfatto delle consegne che ricevi?



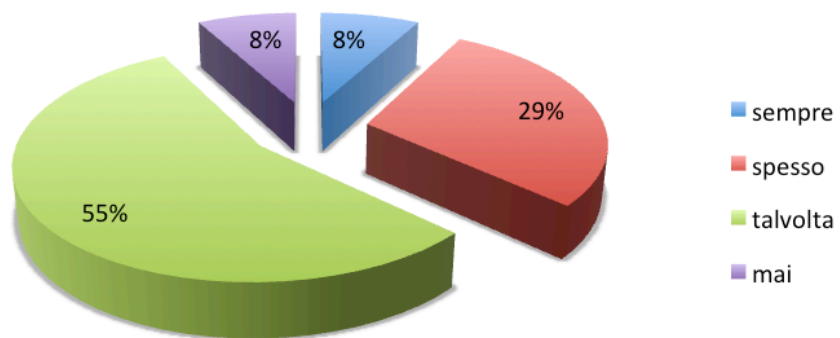
5 - Tale processo viene mai intarrotto da qualcuno o qualche evento?



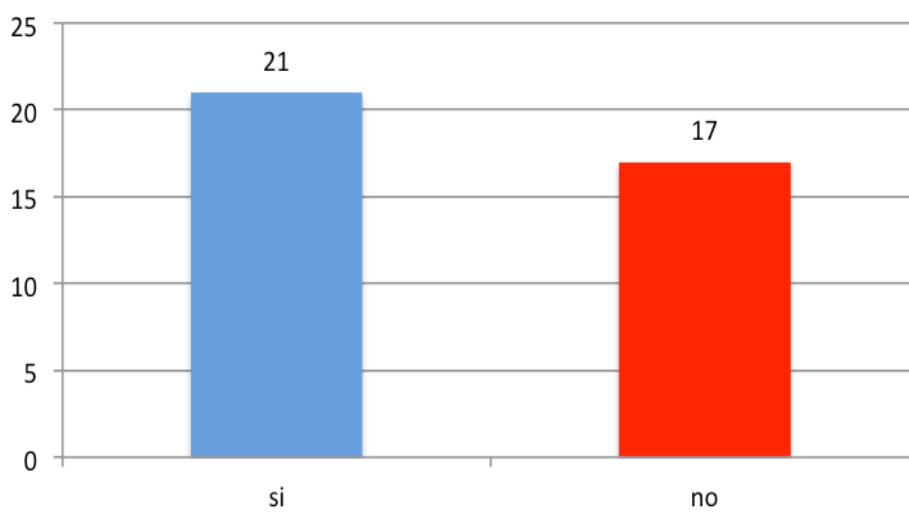
6 - tipi di interruzioni



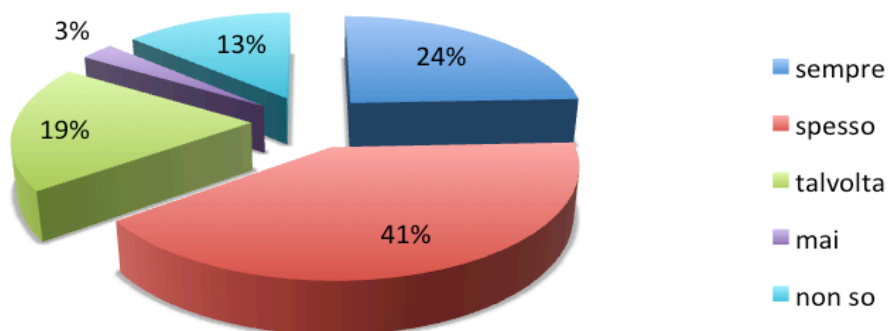
7 - Può esserci una ripercussione con l'interruzione?



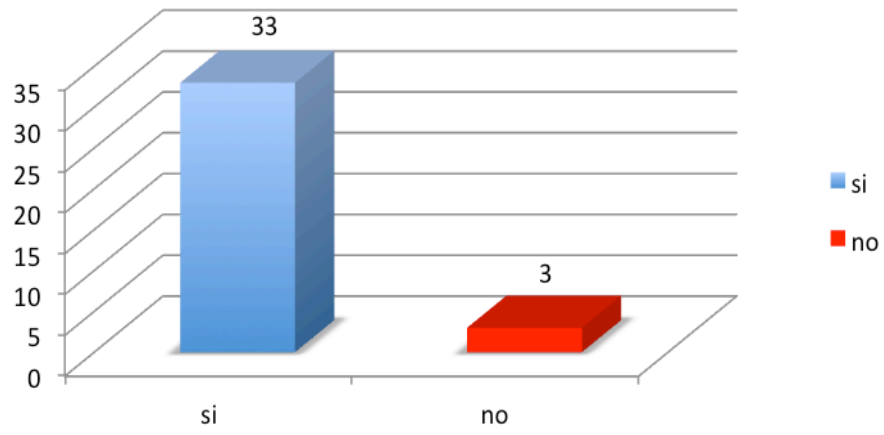
8 - Hai mai sentito parlare del passaggio di consegne?



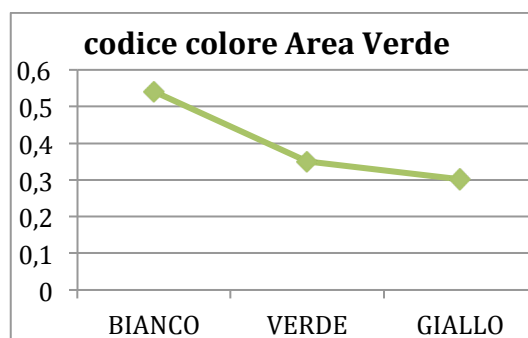
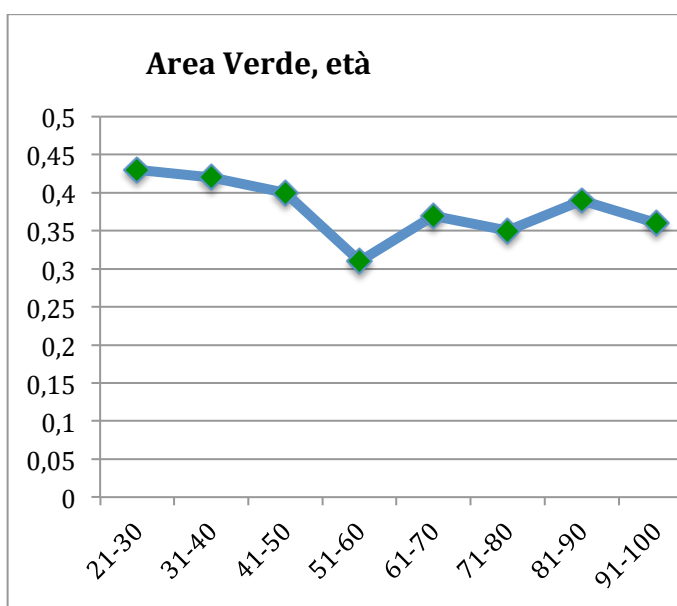
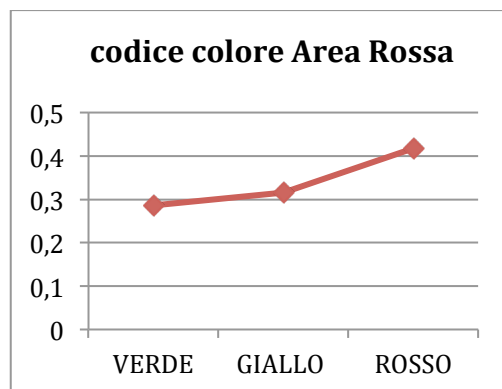
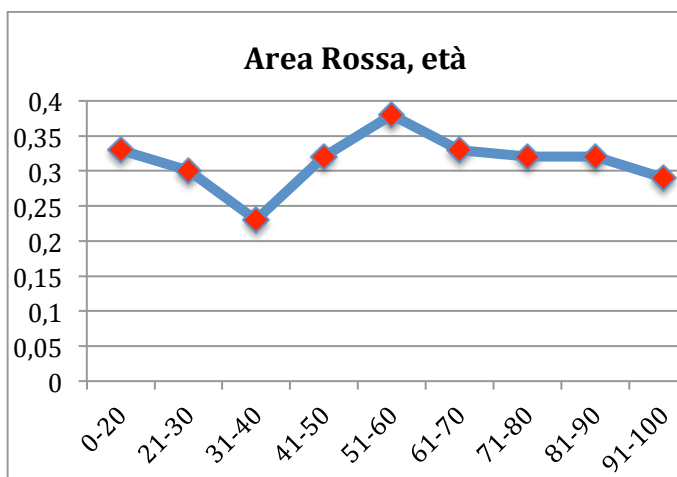
9 - Può migliorare il passaggio di consegne con la standardizzazione?

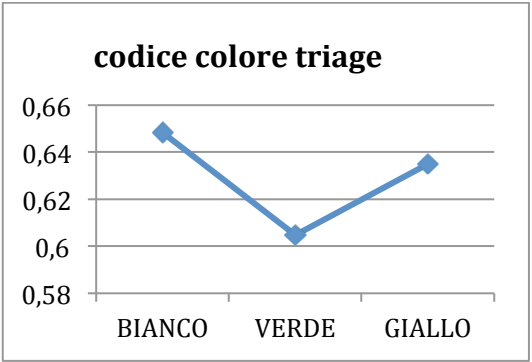
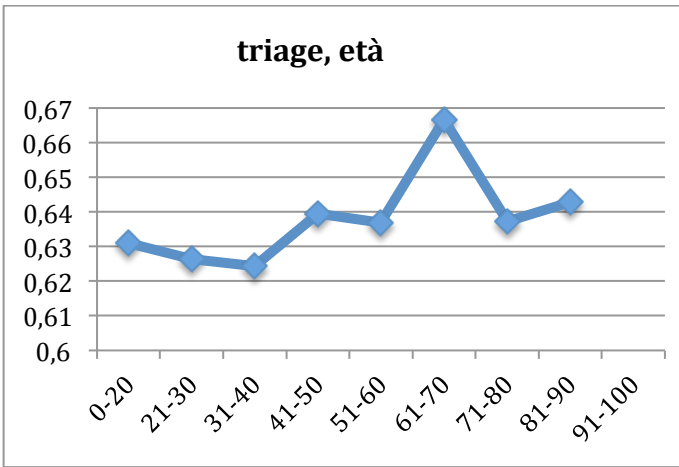
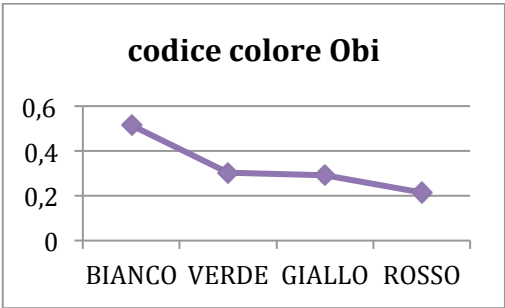
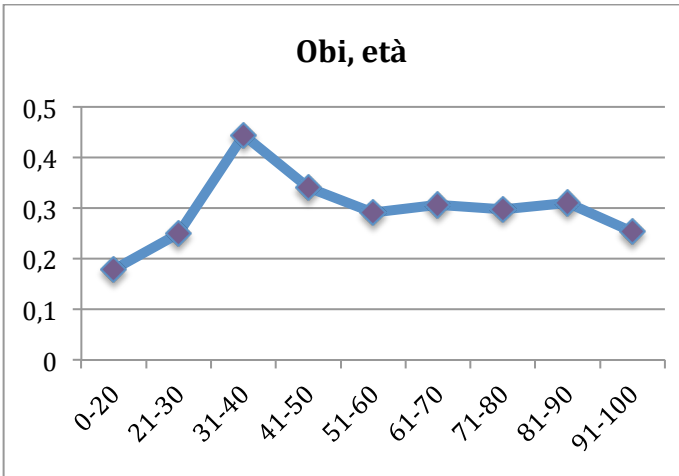


10 - Saresti disposto a fare un corso di aggiornamento?



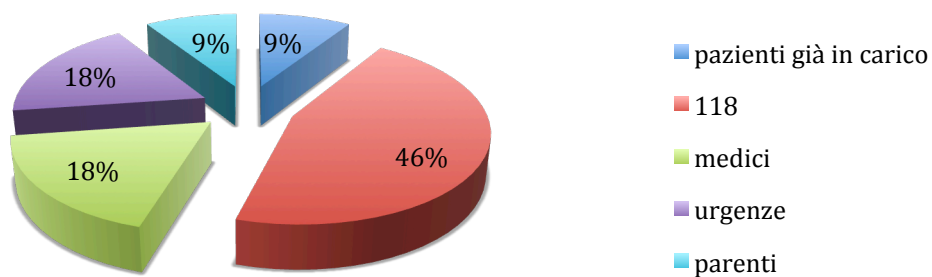
ALLEGATO 8: dati della griglia



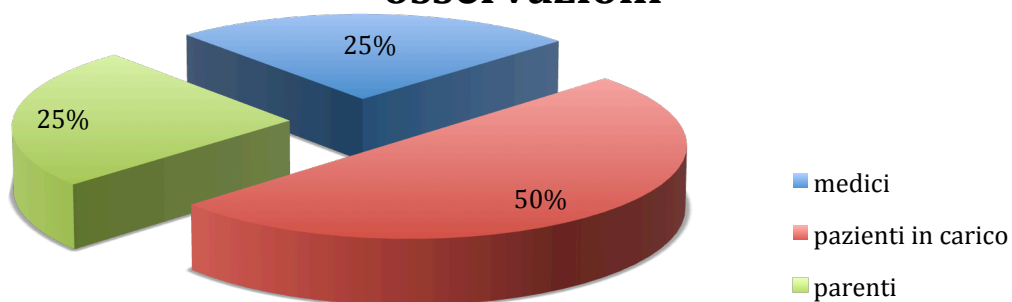


ALLEGATO 9: interruzioni nelle Aree

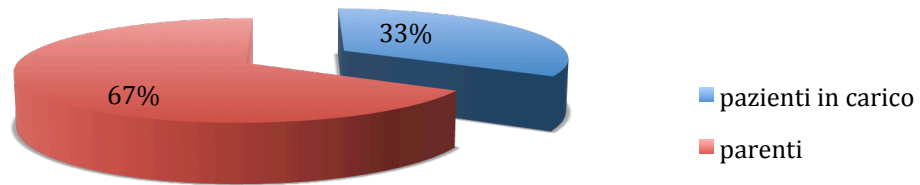
11 Interruzioni in Area Rossa/11 osservazioni



8 Interruzioni in Area Verde/15 osservazioni



3 Interruzioni in OBI/8 osservazioni



4 Interruzione in Triage/10 osservazioni

