

TRASFERIMENTO IN SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE SUI PAZIENTI: STUDIO PILOTA TRA I MEDICI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE

G Menegazzi 1, R Quattrin 2, A Moccia 2, C Londero 2, S Brusaferrò 1

giulio.menegazzi@uniud.it

1.Dipartimento Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine

2.SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine

Introduzione e obiettivi

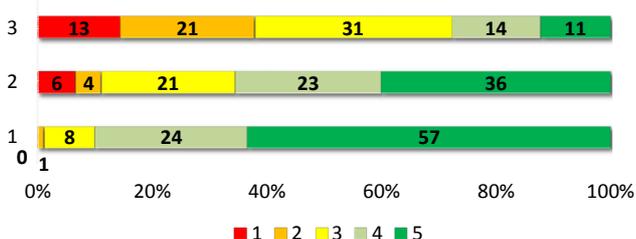
Il trasferimento di informazioni e responsabilità tra professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente è una componente fondamentale per la sicurezza del paziente. Questa procedura è nota in letteratura come *handover* (o *handoff*). L'efficace adozione di procedure volte a migliorare l'*handover* è strettamente dipendente dal coinvolgimento del personale sanitario fruitore delle stesse. In quest'ottica dall'ottobre al dicembre 2014 è stato elaborato e distribuito tra i medici strutturati ed in formazione operanti presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine un questionario online, allo scopo di indagare, limitatamente alle consegne di fine turno, lo stato dell'arte, le aspettative e le criticità legate all'applicazione dell'*handover*.

Risultati

Il tasso di risposta è stato del 10,5% (90/853). Il 63,3% dei rispondenti (57/90) ha dimostrato massimo accordo con la frase «Una comunicazione carente al momento della trasmissione delle consegne (*handoff*) può essere fonte di errori clinici, anche gravi». Il 40% di essi (36/90) mostrava lo stesso livello di adesione alla frase «Penso che se fosse più facile gestire il momento dell'*handoff* il mio lavoro sarebbe più sicuro» (figura 1). Le Figure 2 e 3 mostrano rispettivamente gli ostacoli percepiti e le modalità più comunemente utilizzate. La quota di chi svolge l'*handover* solo oralmente è del 24,4% sul totale delle risposte (22/90), prevalentemente in occasione di riunioni formali. Al termine del questionario, il 48,9% dei compilatori si è dichiarato interessato ad implementare nuove metodologie di *handover* nella propria struttura.

Figura 1: Adesione a 3 affermazioni su una scala da 1 (minimo accordo) a 5 (massimo accordo).

- 1) Correlazione tra difetti nella comunicazione ed eventi avversi
- 2) Correlazione tra un *handoff* migliore e migliore qualità di lavoro
- 3) Informazioni importanti sono perse durante il cambio turno



Conclusioni

L'esigua adesione allo studio, nonostante le capillari ed innovative modalità di diffusione del questionario, in primis evidenzia uno scarso interesse del personale medico operante presso l'Azienda verso l'*handover*. La ridotta numerosità campionaria, inoltre, non ha permesso l'esecuzione di analisi statistiche più complesse. Dall'indagine, comunque, emerge che la maggior parte dei rispondenti percepisce che la comunicazione carente al momento del passaggio di consegne incide sulla sicurezza del paziente e che un miglior *handover* influisce sulla qualità del lavoro. Gli ostacoli all'*handover* maggiormente riportati sono stati le interruzioni e la mancanza di procedure aziendali scritte. In aggiunta il fatto che le modalità utilizzate siano varie e principalmente orali, causa di perdite di informazioni cliniche importanti, confermano la necessità di investire nell'implementazione delle politiche aziendali sull'*handover* coinvolgendo sin dalle prime fasi del processo il personale sanitario, in particolare quello afferente alle strutture che si è dimostrato maggiormente sensibile all'argomento.

Bibliografia

- Rabøl, L. I., Andersen, M. L., Østergaard, D., Bjørn, B., Lilja, B., & Mogensen, T. (2011). Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ quality & safety*, 20(3), 268-274.
- Bhabra, G., Mackeith, S., Monteiro, P., & Pothier, D. D. (2007). An experimental comparison of handover methods. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 89(3), 298.

Il questionario

Il questionario, costituito da 11 campi compilabili, è stato elaborato basandosi sulla letteratura scientifica in materia di *audit* e *Root-Cause Analysis*. L'accesso al questionario da parte dei rispondenti è avvenuto tramite il modulo di *google drive* attraverso un *link* inviato dalle segreterie di reparto o scansionato da smartphone dei codici QR apposti sui volantini informativi distribuiti.

Fig. 2 Ostacoli percepiti (risposte multiple; tot. 127)

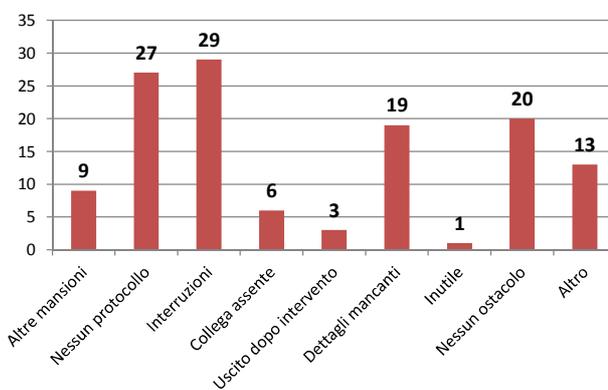


Fig. 3 Modalità di handover (tot. Risposte 157)

