



Quick-Alert®

CIRRNET®

«Corretta comunicazione di prescrizioni e risultati al telefono»»

Casi* segnalati in CIRRNET®*

Caso 1

«Il mattino, il laboratorio ha comunicato telefonicamente al medico diurno delle cure intense che per un paziente quattro emocolture su quattro erano risultate positive a batteri Gram-negativi (in seguito identificati come *Bacteroides*). Non è chiaro se il laboratorio abbia detto il nome sbagliato o se il medico abbia capito male, fatto sta che il risultato comunicato oralmente è stato assegnato al paziente sbagliato il quale, di conseguenza, ha ricevuto Rocefin per via intravenosa ed è stato addirittura temporaneamente isolato per un sospetto di meningococchi, mentre al paziente effettivamente colpito da batteriemia non è stato somministrato alcun antibiotico. L'errore è stato notato la sera quando i risultati sono giunti per iscritto alle cure intense.

A quel punto, il paziente giusto ha ricevuto la terapia antibiotica corretta, mentre per quello sbagliato sono stati interrotti la terapia e l'isolamento.»

Caso 3

«Ho accettato telefonicamente un ordine che, a causa di un malinteso, non ho svolto correttamente. Secondo la prescrizione, il paziente avrebbe dovuto ricevere dopo due EC 10 mg di Lasix per via intravenosa. Io ho invece capito 20 mg di Lasix e la pressione arteriosa del paziente è calata sensibilmente. Ho informato immediatamente il medico competente e il paziente è stato sorvegliato fino alla normalizzazione della pressione (RR 133/50).»

Caso 2

«In seguito a una comunicazione telefonica, ho somministrato un'anestesia epidurale, ma ho capito male il primario e ho iniettato – e documentato per iscritto – 6 ml di naropina, 1 mg di adrenalina e 100 mcg di fentanile, invece di 6 ml di naropina, 2 mg di morfina e 100 mcg di fentanile. L'errore è venuto alla luce quando il primario ha letto ciò che avevo riportato nell'incarto. Abbiamo visitato il paziente senza riscontrare scompensi dal punto di vista motorio e sensoriale.

Abbiamo avuto fortuna, considerato che una dose epidurale di 1 mg di adrenalina avrebbe potuto causare gravi vasocostrizioni con ischemia (fino alla paraplegia).»

Caso 4

«Una delle mie pazienti era molto agitata e in preda a un forte delirio. Dalla sera precedente, non aveva più preso i suoi farmaci per via orale. Dato che la paziente non voleva prendere l'Haldol in gocce, mi è stato comunicato oralmente di somministrarglielo per via sottocutanea. Nel corso della giornata, le ho pertanto somministrato per via sottocutanea 3 x ½ ampolla di Haldol (2,5 mg) invece degli 0,5 mg previsti in origine. La prescrizione scritta nel Phönix è giunta circa un'ora dopo la comunicazione orale. L'errore è stato scoperto dal turno successivo e notificato al medico competente. La somministrazione sottocutanea di Haldol è stata interrotta, la paziente sorvegliata e sottoposta a elettrocardiogramma.»

* Questi riscontri (volontari) non consentono di risalire ai gruppi professionali coinvolti o alla comunicazione all'origine dell'errore.

Commento da parte degli esperti

Gli specialisti sono da tempo concordi sul fatto che gli errori nell'assistenza medica sono spesso riconducibili a errori di comunicazione. È invece meno chiaro come prevenirli. La comunicazione fa parte della vita quotidiana e, apparentemente, viene data per scontata, benché i malintesi siano all'ordine del giorno. La comunicazione si svolge su più livelli (contenutistico, processuale e interpersonale) avvalendosi di forme (verbale, non verbale, vocale) e strumenti (telefono, internet) diversi.

Telefonando, per esempio, la comunicazione si riduce all'aspetto contenutistico (l'espressione vocale) e alle modalità in cui il messaggio viene veicolato (p.es. ritmo e inflessione della voce). Vengono invece completamente a mancare le informazioni supplementari trasmesse con la mimica e i gesti, che il destinatario non può dunque interpretare. Un ulteriore ostacolo può essere rappresentato dalla pessima qualità del suono (p.es. in caso di comunicazione al cellulare). In un colloquio telefonico, inoltre, il destinatario non ha la possibilità di osservare la documentazione consultata dal mittente al momento di comunicare la prescrizione. In queste situazioni, il rispetto di semplici regole, come la ripetizione dell'informazione ricevuta (*closed loop communication*^[1]), può contribuire alla riduzione degli errori.^[2, 3]

Le prescrizioni mediche al telefono o la delega telefonica di attività tra infermieri celano un grosso rischio di errore di comunicazione e, di conseguenza, per la sicurezza del paziente. Se possibile, **dovrebbero quindi essere evitate**. La prescrizione di provvedimenti diagnostici e terapeutici è responsabilità dei medici, mentre del loro svolgimento si occupa il personale infermieristico. È nell'interesse di entrambi i gruppi professionali che le prescrizioni vengano comunicate per iscritto o che siano per lo meno trasmesse in modo chiaro al telefono e che vengano capite correttamente.

Queste due componenti – la comunicazione chiara di un'informazione da parte del mittente e l'interpretazione corretta della stessa informazione da parte del destinatario – sono il fulcro di una comune ricerca della comprensione del contenuto del messaggio. Per un efficace scambio di informazioni è altresì importante considerare le condizioni quadro del momento (p.es. fattori di disturbo), l'esperienza e l'opi-

nione delle parti in causa. Mittente e destinatario devono quindi essere consapevoli di *con* chi stanno comunicando e *in quali condizioni quadro* sta avvenendo il colloquio (p.es. stress dopo un complicato intervento d'urgenza, diverse ammissioni contemporanee di pazienti, rianimazione ecc.).

Fattori come

- forti rumori di sottofondo,
- condizioni o pensieri che distolgono l'attenzione dal colloquio (fattori di disturbo fisici, fisiologici e mentali),
- accenti e modi di esprimersi diversi,
- lingue diverse,
- procedure e farmaci sconosciuti,
- farmaci con nomi molto simili

possono provocare malintesi, interpretazioni e valutazioni errate che rendono inaffidabile la comunicazione.

Una comunicazione telefonica corretta tra specialisti è imprescindibile per la sicurezza dei pazienti ed è un tema che occupa da anni le istituzioni internazionali attive in questo campo. Nel 2006, per esempio, la Joint Commission ha postulato che, prima di svolgere quanto indicato in una prescrizione, il destinatario deve documentare per iscritto la prescrizione ricevuta oralmente, ripeterla e chiedere conferma della correttezza al mittente (principio *read-back/repeat-back*). Altre organizzazioni hanno a loro volta pubblicato raccomandazioni volte a garantire la correttezza delle prescrizioni comunicate telefonicamente,^[4, 5, 6, 7] sulla scorta delle quali negli ospedali statunitensi sono state per esempio implementate regole di comportamento per la comunicazione al telefono, che tuttavia differivano notevolmente tra un istituto e l'altro.^[8]

Non si ha notizia di simili iniziative nei nosocomi svizzeri o di paesi tedescofoni. Eppure, l'introduzione del principio *read-back/repeat-back* sarebbe una misura facilmente adottabile. Le prescrizioni trasmesse telefonicamente vengono invece ancora troppo raramente confermate, e mai in modo sistematico. Il principio *read-back/repeat-back*, secondo il quale il destinatario documenta immediatamente per iscritto nell'incarto del paziente una prescrizione impartita oralmente, la ripete al telefono e chiede al mittente conferma di

Commento da parte degli esperti

aver capito correttamente, darebbe a mittente e destinatario la consapevolezza di aver trasmesso, rispettivamente compreso correttamente le informazioni.

Sulla base delle direttive internazionali e in collaborazione con specialisti di diversi istituti sanitari svizzeri, la fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera ha for-

mulato le raccomandazioni seguenti volte a evitare errori nella comunicazione telefonica di prescrizioni e risultati. L'immediata documentazione scritta, la ripetizione della prescrizione e la conferma da parte del mittente (principio *read-back/repeat-back*) sono lo standard minimo per l'implementazione di regole di comunicazione.

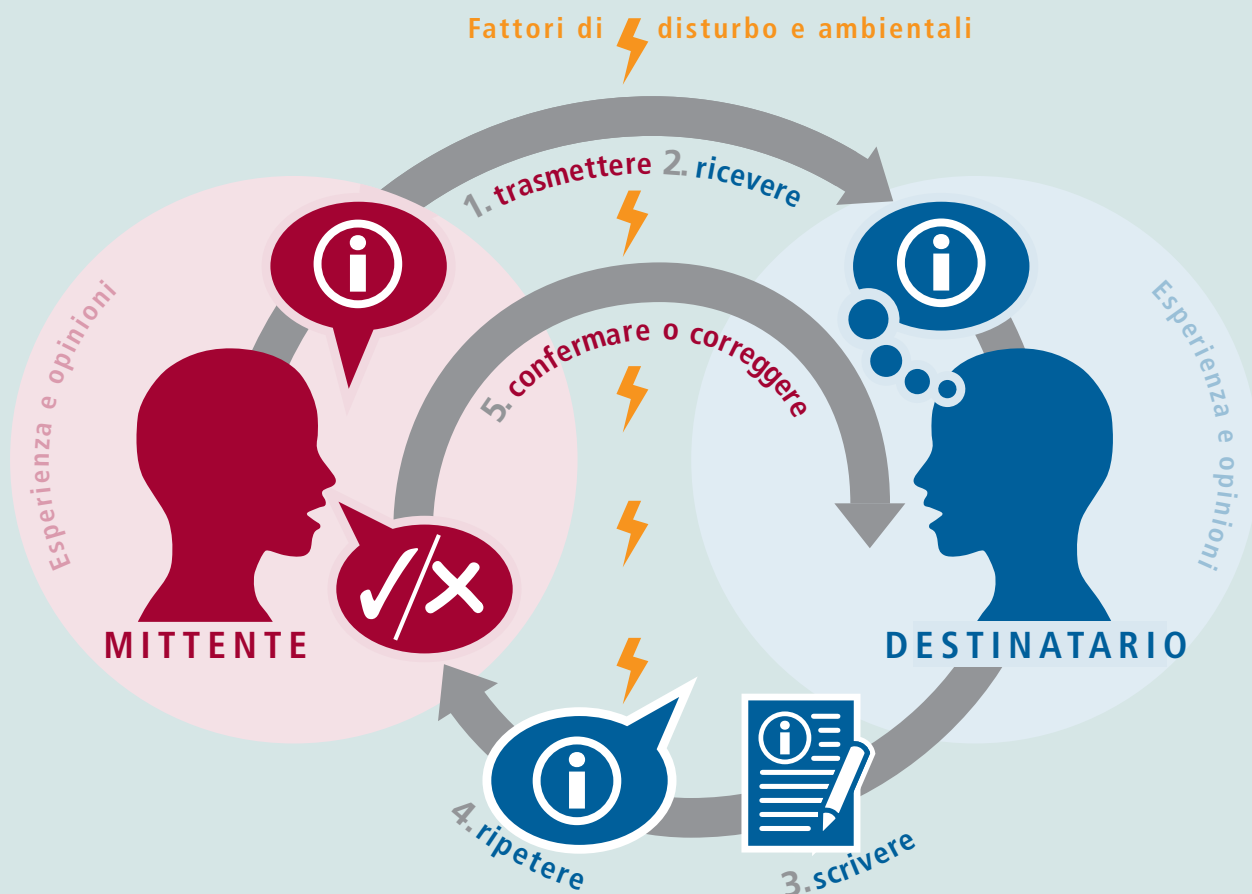
Raccomandazioni

CAVE!

1. Le prescrizioni comunicate oralmente e telefonicamente sono ammesse solo in situazioni eccezionali in cui non è possibile trasmetterle per iscritto. In questi casi, va sempre rispettato il principio *read-back/repeat-back*.
2. Le persone di volta in volta competenti devono definire in quali situazioni è obbligatorio comunicare per iscritto una prescrizione. Raccomandiamo di farlo soprattutto nei casi seguenti:
 - per i farmaci chemioterapici;
 - per le sostanze vasoattive (eccezione: indicazione vitale);
 - per provvedimenti di routine non urgenti;
 - se la persona prescrittore e la documentazione del paziente sono sul posto, rispettivamente la documentazione elettronica del paziente è disponibile (eccezione: indicazione vitale, in tal caso va applicato il principio *read-back/repeat-back*).

Raccomandazioni

Principio read-back/repeat-back ampliato



Per il mittente di un'informazione/una prescrizione orale

1. Rendersi conto delle condizioni quadro in cui si trova il destinatario (potenziali fattori di disturbo, p.es. stress)
2. Comunicare l'informazione/la prescrizione in modo chiaro (non in dialetto)
3. Chiedere al destinatario di ripetere l'informazione/la prescrizione
4. Confermare in caso di corretta ripetizione dell'informazione/della prescrizione, correggere in caso di comprensione errata dell'informazione/della prescrizione

Per il destinatario di un'informazione/una prescrizione orale

1. Rendersi conto delle condizioni quadro in cui si trova il mittente (potenziali fattori di disturbo, p.es. stress)
2. Documentare immediatamente per iscritto l'informazione/la prescrizione ricevuta (documentazione elettronica o forma cartacea)
3. Ripetere oralmente (al mittente) l'informazione/la prescrizione documentata per iscritto
4. Chiedere di confermare la correttezza dell'informazione/della prescrizione comunicata oralmente

© Sicurezza dei pazienti Svizzera

Raccomandazioni

Raccomandazioni per gli istituti sanitari con una documentazione dei pazienti cartacea

- All'inizio di ogni telefonata, menzionare nome, funzione, unità (settore, reparto ecc.) e motivo della chiamata. Anche il destinatario indica nome, funzione e unità.
- In caso di comunicazione orale di una prescrizione: registrazione immediata nella documentazione del paziente con nome e numero di telefono del prescrivente (il nome del destinatario, la data e l'ora della prescrizione devono essere documentati e il destinatario deve conoscere la funzione del prescrivente).
- La prescrizione **non** deve essere documentata su un foglietto per appunti, in quanto la trascrizione successiva nella documentazione del paziente potrebbe a sua volta essere fonte di errori.
- L'invio di un fax dopo la comunicazione orale di una prescrizione può infondere maggiore sicurezza.
- Entro la fine del turno, la persona che ha comunicato oralmente la prescrizione vista/firma la documentazione scritta.
- Le prescrizioni di un nuovo farmaco comunicate oralmente dovrebbero sempre contenere le indicazioni seguenti: nome, cognome e data di nascita del paziente, nome completo del farmaco, tipo di somministrazione (pastiglie, capsule, soluzione ecc.), concentrazione, dose, frequenza, momento e applicazione (intravenosa, sottocutanea, orale ecc.).
- Il nome di farmaci utilizzati raramente o sconosciuti vanno compitati (A di Ancona, D di Domodossola ecc.).
- Le quantità dovrebbero essere comunicate per singole cifre (p.es. «15 mg» → «uno cinque milligrammi», «20 ml» → «due zero millilitri» oppure «10,5 ml» → «uno zero VIRGOLA cinque millilitri»).
- La definizione interna di un farmaco non può in nessun caso essere accettata come prescrizione orale.
- È bene sviluppare e applicare direttive/criteri vincolanti interni per la comunicazione orale/telefonica di prescrizioni (incl. una sequenza standardizzata delle informazioni sulla medicazione, la necessaria qualificazione del personale infermieristico, quali prescrizioni possono essere accettate oralmente e procedura nei casi in cui la documentazione del paziente non è disponibile).

Raccomandazioni per gli istituti sanitari con una documentazione dei pazienti elettronica

(queste raccomandazioni vanno intese a complemento di quelle summenzionate per gli istituti sanitari con documentazione dei pazienti cartacea)

- Una comunicazione orale di una prescrizione è ammessa solo in caso di panne della documentazione elettronica del paziente, di emergenza (p.es. indicazione vitale) e nelle situazioni in cui non è possibile trasmetterla per iscritto. Altrimenti, si dà seguito a una prescrizione solo dopo l'inserimento nella documentazione del paziente.
- In caso di panne della documentazione elettronica del paziente, la comunicazione orale va documentata immediatamente nell'apposita scheda e in seguito confermata per iscritto dal mittente.
- I farmaci la cui prescrizione non può avvenire oralmente andrebbero contrassegnati come tali nella documentazione elettronica del paziente.
- È bene sviluppare e applicare direttive/criteri vincolanti interni per sapere come gestire le prescrizioni in caso di panne della documentazione elettronica del paziente.

Letteratura di approfondimento

1. Brown JP. Closing the communication loop: using readback/hearback to support patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2004;30:460-4.
2. Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *Am J Clin Pathol* 2004;121:801-803.
3. Boyd M, Cumin D, Lombard B et al. Read-back improves information transfer in simulated clinical crises. *BMJ Qual Saf* 2014;0:1-5. doi:10.1136/bmjqs-2014-003096.
4. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Medication Safety Alert! Instilling a measure of safety into those «whispering down the lane» verbal orders. January 2001. <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20010124.asp> (Zugriff: 12.09.2014)
5. Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the safety of telephone or verbal orders. Vol.3, No. 2 (Juni 2006). [http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3\(2\)/Pages/01b.aspx](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3(2)/Pages/01b.aspx) (Zugriff: 17.01.2014)
6. Pennsylvania Patient Safety Authority. Sample policy on verbal/telephone orders. 2006. http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/verbal_orders/Documents/sample_policy.pdf (Zugriff: 17.01.2014)
7. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCC MERP). Recommendations to reduce medication errors associated with verbal medication orders and prescriptions. February 2006. <http://www.nccmerp.org/recommendations-reduce-medication-errors-associated-verbal-medication-orders-and-prescriptions> (Zugriff: 17.01.2014)
8. Wakefield DS, Wakefield BJ, Despins L et al. A review of verbal order policies in acute care hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012 Jan;38(1):24-33.
9. West C, Franke RM. Miscommunication in medicine. (1991). In: N Coupland, H Giles, JM Wiemann (Eds.), *Miscommunication and problematic talk* (pp. 166-193). Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.

Autori ed esperti coinvolti nello sviluppo

- Olga Frank, Dr., Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
- Irene Bachmann-Mettler, responsabile Gestione della qualità, ospedale Affoltern
- Martin Egger, Dr. MPH, CA suppl. clinica medica, ospedale Emmental
- Heidi Friedli-Wüthrich, esperta in cure infermieristiche MNSc, responsabile Sviluppo cure infermieristiche, ospedale regionale Emmental AG
- Annegret Hannawa, Prof. dr., Assistant Professor of Health Communication presso l'Institute of Communication and Health, Università di Lugano
- Barbara Hürlimann, esperta in cure infermieristiche MSN, ospedale universitario Berna, Inselspital
- Wolf Langewitz, Prof. dr., suppl. primario e direttore medico Psicosomatica, ospedale universitario Basilea
- René Schwendimann, Dr. PD, responsabile Formazione istituto di scienze infermieristiche, Università di Basilea
- Johanna Maria Sommer, Dr., responsabile dell'UMPR (Unité de Recherche et d'Enseignement de Médecine de Premier Recours), facoltà di medicina, Università di Ginevra
- Conrad Wesch, responsabile Cure intense, ospedale universitario di Basilea
- Danny Wey, responsabile reparto Cure continue, ospedale universitario di Berna, Inselspital

Approvato dai seguenti gruppi/associazioni specialistiche

- Accademia svizzera per la qualità nella medicina – ASQM
- Federazione dei medici svizzeri – FMH
- Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri – ASI
- Gruppo di pilotaggio CIRRNET

Indicazione

Questa problematica ha una rilevanza interregionale. Verificate la sua incidenza nel vostro istituto e, coinvolgendo le funzioni aziendali preposte, fate in modo che la problematica sia comunicata in modo mirato e se necessario esteso.

Le presenti raccomandazioni si prefiggono di sensibilizzare e sostenere le organizzazioni sanitarie e i professionisti che lavorano in ambito sanitario nell'attività di definizione di linee guida interne. È compito dei fornitori di prestazioni verificare le raccomandazioni in rapporto al contesto locale e decidere se le stesse debbano essere adottate in modo obbligatorio, modificate o cestinate. Un loro allestimento ed utilizzo specifico in relazione agli obblighi di accuratezza vigenti (basati sulle circostanze professionali, aziendali, giuridiche o individuali locali) è esclusivamente sotto la responsabilità del fornitore di prestazioni competente.

Link 4. <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20010124.asp>

Link 5. <http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3%282%29/Pages/01b.aspx>

Link 6. http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/verbal_orders/Documents/sample_policy.pdf

Link 7. <http://www.nccmerp.org/recommendations-reduce-medication-errors-associated-verbal-medication-orders-and-prescriptions>