

# Comunicazione efficace e sicura dei valori critici di esami clinici

## Monitoraggio della trasmissione delle informazioni

Guido Martinuzzi<sup>1</sup>, Alessandra Santarossa<sup>2</sup>, Stefania Culos<sup>3</sup>, Alberto Ferrazzano<sup>3</sup>, Michele Minuzzo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dip. Medicina Trasfusionale; <sup>2</sup>Rischio clinico e Accreditamento; <sup>3</sup>Direzione Medica Ospedaliera

### Introduzione

Il processo assistenziale comporta un notevole quantitativo di informazioni che i professionisti devono scambiarsi in modo tempestivo e sicuro. Spetta alle organizzazioni sanitarie presidiare le modalità di comunicazione (verbale e/o telefonica) a carattere clinico assistenziale sia all'interno dell'équipe, che tra le diverse strutture operative in condizioni di normale attività e di emergenza/urgenza, come nel caso di trasmissione di valori critici di esami di laboratorio.

In medicina di laboratorio il concetto di "valore critico" si applica ai risultati che indicano un rischio immediato per la vita del paziente e che richiedono un tempestivo intervento terapeutico correttivo.

In questa indagine sono state valutate le comunicazioni dirette dai laboratori di ASFO attivi sulle 24 ore ai reparti che trattano con maggior frequenza pazienti in condizioni critiche.

### Obiettivi

La comunicazione e la gestione dei valori alert rappresenta uno dei più importanti momenti di interazione tra laboratorio e clinica e, più specificamente, tra tecnici sanitari di laboratorio biomedico, clinici e infermieri: un adeguato presidio di tale attività rappresenta un'efficace contromisura a garanzia della sicurezza dei pazienti e della tutela degli operatori sanitari da possibili contenziosi.

L'indagine ha l'obiettivo di migliorare il processo comunicativo tra servizi di diagnostica e unità di degenza sensibilizzando il personale a operare secondo specifici protocolli per la sicurezza dei pazienti.

### Materiali e metodi

Le modalità di comunicazione degli esami urgenti o per risultati fuori range sono indicati nella procedura aziendale che prevede:

- identificazione dell'operatore che dà la comunicazione
- valore da comunicare
- identificazione dell'operatore che riceve la comunicazione
- visualizzazione del dato clinico attraverso il Sistema Informatico
- registrazione della comunicazione su apposito modulo del laboratorio di analisi
- registrazione sulla documentazione clinica.

Sono state monitorate le comunicazioni dei laboratori con i reparti di degenza e i Pronto Soccorso. Per questi ultimi è stata valutata solamente la compliance alla procedura da parte dei servizi.

Nello studio sono stati coinvolti i laboratori aziendali e monitorati i reparti a cui sono inviate il maggior numero di segnalazioni.

Sono state prese in considerazione le comunicazioni di valori **alert** effettuate dai laboratori ai reparti in due settimane non consecutive (una nel mese di settembre e una nel mese di novembre 2022). Nell'intervallo di tempo tra una misurazione e l'altra, sono stati comunicati i risultati della prima settimana di indagine e proposte le opportune azioni correttive.

Il processo è stato analizzato avvalendosi della metodologia Failure Mode Effective Analysis (FMEA). In tale analisi sono indicate anche le azioni di mitigazione relative agli eventi rilevati con maggior frequenza e considerati di maggiore gravità.

Tramite i dati raccolti col primo monitoraggio si è potuto prendere atto della frequenza (probabilità) di accadimento dei "guasti" riconosciuti in sede di analisi del processo. L'efficacia del processo di comunicazione viene valutata tramite indicatori che monitorano le fasi sotto la responsabilità del laboratorio e quella dipendente dai reparti di degenza.

Gli indicatori misurati sono stati 5, di cui 4 relativi ai processi di competenza dei laboratori e uno riguardante le unità operative.

A. Laboratorio: a. Tempo di notifica da validazione tecnica ad orario registrato in modulo comunicazione

b. % comunicazioni compilate/effettuate correttamente vs comunicazioni totali

c. N° comunicazioni non effettuate per mancata riscontro da parte delle UUOO di degenza (evidenza della registrazione: registro cartaceo, file elettronico o sistema informatico)

d. Numero comunicazioni effettuate vs numero valori alert riscontrati

B. Altre strutture: e. % comunicazioni registrate secondo procedura aziendale versus numero comunicazioni effettuate dal laboratorio

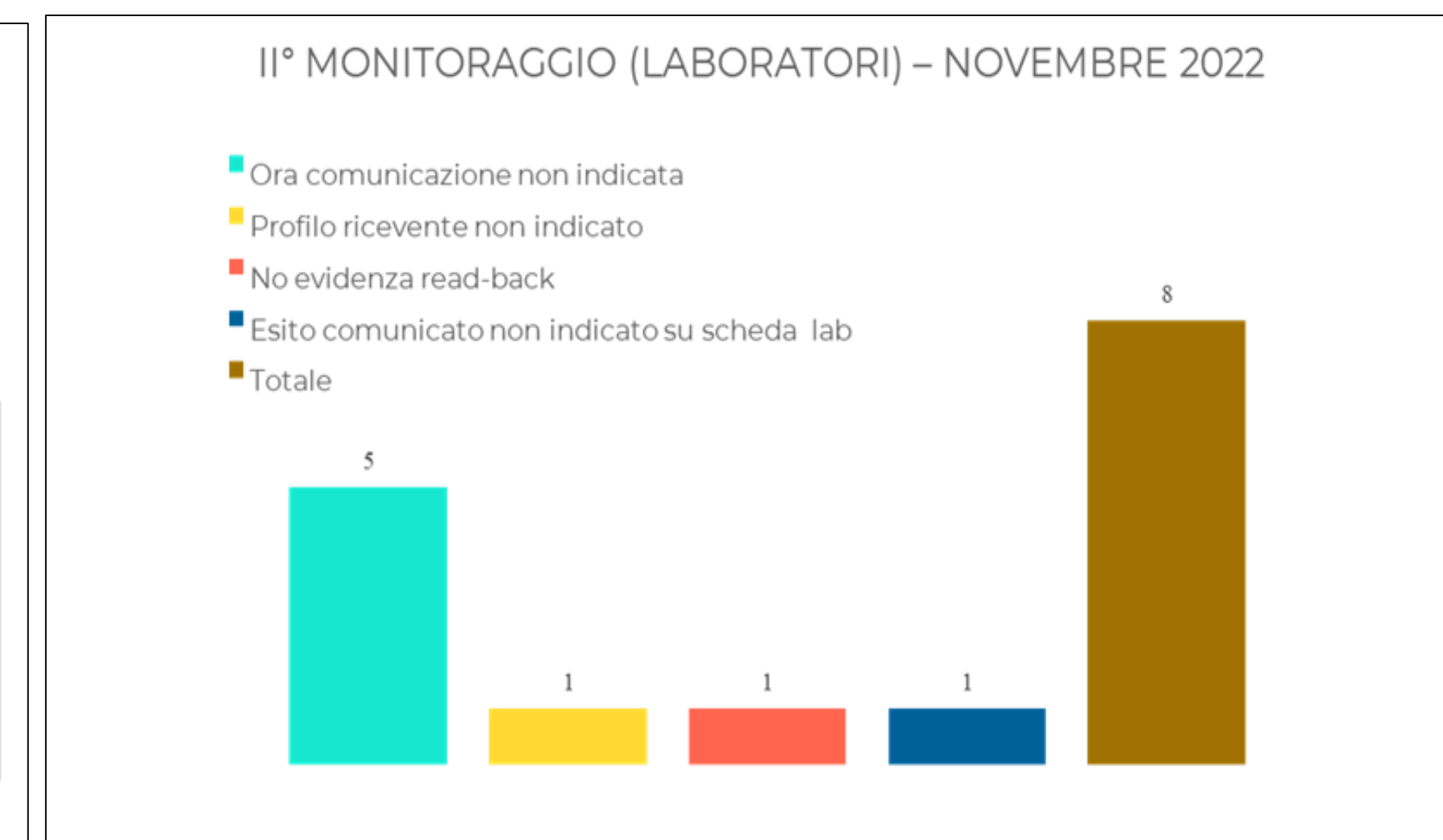
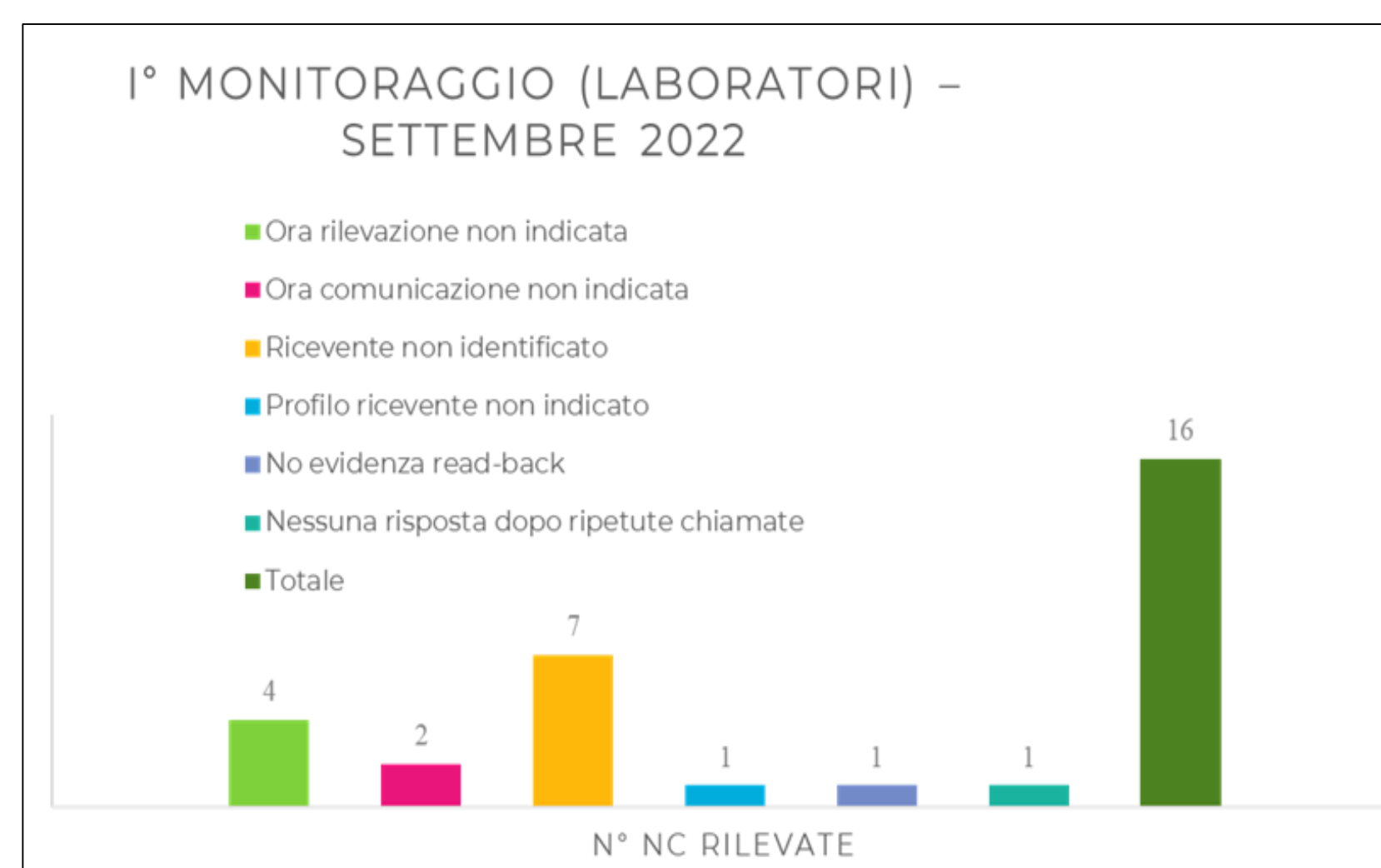
Le non conformità rilevate sono state stratificate.

I risultati dell'indagine sono stati impiegati per costruire un'analisi FMEA. La FMEA prevede di scomporre il processo nelle sue fasi e, per ognuna di queste, determinare quali siano gli elementi di criticità indicando gravità, frequenza (probabilità) e rilevabilità dell'evento indesiderato (prima che accada). A ognuno di questi tre fattori è assegnato un valore da 1 a 5. Il prodotto di questi tre fattori genera un indice denominato Indice di Priorità del Rischio (IPR) che è l'elemento su cui si deve agire primariamente per ridurre (se possibile) o monitorare i rischi associati al processo. L'IPR può variare da 1 a 125, maggiore è questo valore, maggiore sarà la necessità di agire su quella fase critica del processo. Le azioni di mitigazione proposte dovrebbero consentire una riduzione dell'IPR agendo su miglior rilevabilità e su minor probabilità dell'evento.

### Risultati

INDICATORE	1° MONITORAGGIO	2° MONITORAGGIO
Numero schede comunicazione riesaminate (Laboratorio)	57	67
% Schede correttamente compilate (Laboratorio)	71,9	85,6
Numero cartelle cliniche riesaminate (degenze)	31	26
% Comunicazioni documentate in cartella clinica (degenze)	65,2	58,5
Tempi comunicazione (Laboratorio)	50 % entro 1 minuto; 90 % entro 10 minuti; tempo max registrato 17 minuti	50 % entro 1 minuto; 90 % entro 17 minuti; tempo max registrato 21 minuti
% comunicazioni valori panico effettuate Vs. valori panico documentati (Laboratorio)	<b>Non rilevato</b>	100 %

Nei 2 grafici sottostanti il confronto tra le non conformità rilevate nei 2 monitoraggi:



### FMEA: ANALISI DEL PROCESSO E RIVALUTAZIONE DOPO INTERVENTI DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO

FASE PROCESSO	Operatore Responsabile della fase	Evento critico/ problema (NON CONFORMITA')	Potenziali effetti	Gravità (G)	Potenziali cause	Probabilità (P)	Rilevabilità (R)	IPR	Mitigazione del rischio			
									Azione correttiva	Probabilità (P)	Rilevabilità (R)	IPR Aggiornato
Rilevazione Valore Alert	TSLB	Mancata rilevazione	Variabili, da nulli a potenzialmente molto gravi	5	Evento non rilevato: disattenzione	2	3	30	Verifica della comunicazione dei valori alert di alcuni parametri (Ca++, Troponina, Emoglobina, PT-INR) in una o più giornate indice	2	2	20
Registrazione Valore Alert (laboratorio)	TSLB	Registrazione incompleta	Mancata tracciabilità comunicazione	3	Interlocutore non rintracciabile Poco tempo a disposizione Modulistica incompleta	3	1	9	Aggiornamento recapiti reparto - Altre modalità di comunicazione oltre al telefono - Aggiornamento modulistica	2	1	6
Comunicazione valore Alert (da TSLB a Infermiere)	TSLB	Comunicazione non effettuata	Variabili, da nulli a potenzialmente molto gravi	4	Impossibile comunicare con il reparto	3	1	12	Aggiornamento recapiti reparto - Altre modalità di comunicazione oltre al telefono	2	1	8
Registrazione Valore Alert (reparto)	Infermiere	Comunicazione non documentata	Mancata tracciabilità comunicazione	3	Poco tempo a disposizione	4	1	12	Sensibilizzazione: distribuzione procedure - auditing	2	1	6
Comunicazione valore Alert a Medico (da Infermiere a Medico)	Infermiere	Mancata comunicazione Comunicazione non documentata	Variabili, da nulli a potenzialmente molto gravi	5	Interlocutore non rintracciabile Poco tempo a disposizione	3	1	15	Sensibilizzazione: distribuzione procedure - auditing	2	1	10

### Conclusioni

L'adozione e l'applicazione di una procedura efficiente per la comunicazione dei valori/risultati critici è un'attività imprescindibile per motivi clinici, etici, organizzativi e per le potenziali ricadute giurisprudenziali legate alla mancata notifica di risultati di laboratorio potenzialmente rischiosi per il paziente.

Per quanto riguarda la corretta attuazione della procedura da parte dei laboratori, la compliance tra secondo e primo monitoraggio è risultata in aumento: 85,6% delle comunicazioni risultano correttamente documentate contro il 71,9%. Viceversa, nei reparti l'attività di verifica ha dimostrato che la procedura è seguita correttamente nel 65,2% dei casi del primo monitoraggio e 58,5% dei casi nel secondo monitoraggio. Quest'ultimo risultato richiede un'analisi approfondita sulle motivazioni che impediscono una corretta applicazione alla procedura da parte di tali strutture ed una contestuale azione di sensibilizzazione verso i reparti ed un monitoraggio sistematico.

In definitiva le azioni di sensibilizzazione proposte tra le 2 indagini hanno sortito un deciso miglioramento nelle comunicazioni effettuate dai laboratori.

### Riferimenti bibliografici

- Piva, Elisa et. al Recommendations for the detection and management of critical results in clinical laboratories. Biochimica clinica. 42. DOI:10.19186/BC\_2018.015
- THE JOINT COMMISSION - National Patient Safety Goals® Effective January 2021 for the Hospital Program
- Wu SW, Chen T, Xuan Y, Xu XW, Pan Q, Wei LY, Li C, Wang Q. Using Plan-Do-Check-Act Circulation to Improve the Management of Panic Value in the Hospital. Chin Med J (Engl). 2015 Sep 20;128(18):2535-8. doi: 10.4103/0366-6999.164984. PMID: 26365975; PMCID: PMC4725559.
- Xie C, Zhang J, Luo J, Jian M, Zhao T, Wang J, Jiang L, Dai C, Wei Y, Jiang L, Shi Y. FOCUS-PDCA can effectively optimize the critical value of test items: FOCUS-PDCA može efikasno da optimizuje kritičnu vrednost ispitivanja. J Med Biochem. 2022 Jul 29;41(3):347-354. doi: 10.5937/jomb0-34958. PMID: 36042903; PMCID: PMC9375531