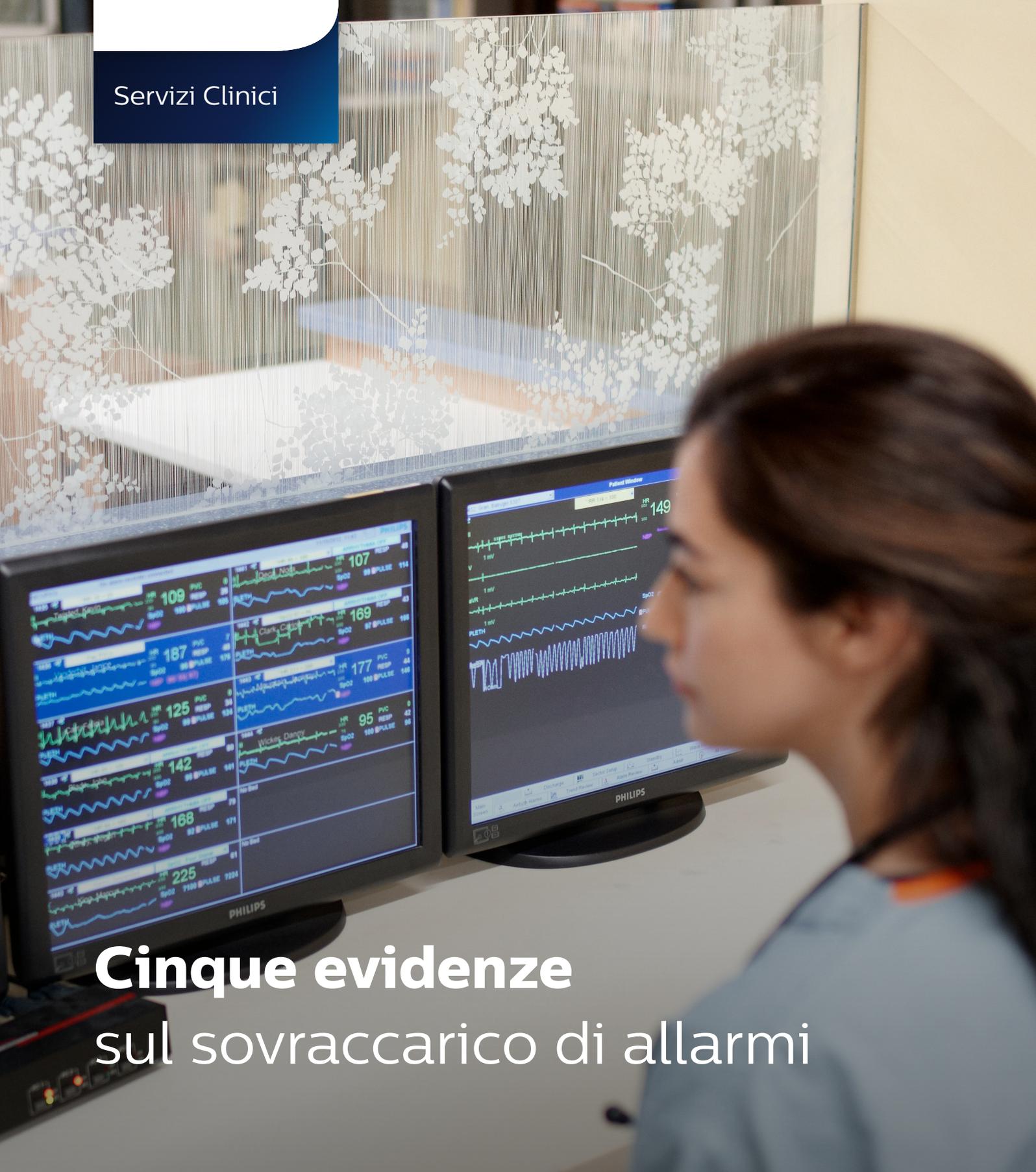


PHILIPS

Servizi Clinici



**Cinque evidenze
sul sovraccarico di allarmi**

“

Il 55% degli infermieri intervistati dichiara di avere probabilmente o sicuramente risentito dell'affaticamento dovuto al sovraccarico di allarmi.¹

Evidenza 1

Il sovraccarico di allarmi nell'ambiente ospedaliero è problematico.

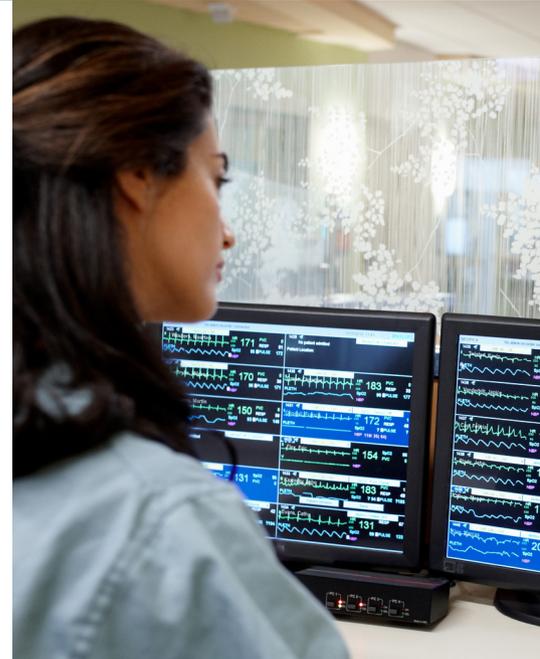
La frequenza degli allarmi sta diventando insostenibile. Se ogni infermiere deve reagire a tre o più allarmi al minuto e se un solo paziente può generare più di 180 allarmi nell'arco di 24 ore, è evidente che esiste un problema. Alla fine il personale sanitario e gli amministratori dovranno fare una scelta: assumere più persone per far fronte a una mole crescente di allarmi o ridurre il numero di questi ultimi.

Evidenza 2

La metà dei segnali di allarme non è clinicamente rilevante.

Alcuni studi dimostrano che **gli allarmi non significativi possono rappresentare fino all'80% del totale degli allarmi** e ne costituiscono in media il 50%. Per contro, gli allarmi davvero significativi sono pochi: **solo il 17% dei segnali di allarme richiede un intervento.**

*Gli allarmi non significativi sono spesso provocati da artefatti da movimento, spostamenti del paziente da parte di un operatore sanitario o movimenti del paziente stesso, limiti di allarme non idonei o tecnologia difettosa.*²



Evidenza 3

Troppi allarmi, in particolare troppi "falsi" allarmi, sono clinicamente dannosi.

Quando il personale sanitario è desensibilizzato, il sistema di allarmi non è più efficace e i veri segnali di allarme rischiano di essere ignorati. Nei casi più estremi, l'affaticamento dovuto al sovraccarico di allarmi provoca la violazione dei protocolli di monitoraggio, con risultati potenzialmente disastrosi. Per intervenire in risposta ai falsi allarmi si sottrae tempo alle attività clinicamente utili e la perdita di concentrazione comporta il rischio di commettere altri errori.

In un ambiente in cui vengono generati troppi allarmi sono possibili gravi esiti negativi, compreso il decesso.

Evidenza 4

Un numero elevato di allarmi falsi positivi comporta **inefficienza operativa**.

Rispondere ad **allarmi non significativi può far perdere almeno il 10% del tempo degli infermieri** all'interno di un reparto tipico. Nelle situazioni caratterizzate da una frequenza degli allarmi sopra la media e/o con un'elevata percentuale di allarmi non significativi, il tempo perso può raggiungere o superare il 50%.³

Il tempo perso può essere considerato in due modi: come un costo in termini monetari, ovvero il 10% dello stipendio degli infermieri viene speso in falsi allarmi, oppure come un costo a livello di opportunità, ovvero come tempo sottratto ad altre attività che potrebbero migliorare le prestazioni cliniche e operative, nonché la soddisfazione dei pazienti.

Il sovraccarico di allarmi è per gli infermieri una fonte importante di stress, di insoddisfazione e di affaticamento. Da uno studio è emerso che il 91% degli infermieri ritiene che il rumore abbia un effetto negativo sul proprio lavoro.⁴



Evidenza 5

È imperativo migliorare la **gestione degli allarmi**.

Migliorare la gestione degli allarmi non significa allentare le impostazioni o mettere in atto delle azioni volte a eliminare i falsi positivi. Il problema degli **allarmi in eccesso è multidimensionale e richiede pertanto una soluzione su più livelli**.

In alcuni casi si ottengono risultati rilevanti apportando semplici modifiche, in altri sono necessari cambiamenti più radicali a livello di strumentazione, comportamenti e mentalità. La gestione del sistema degli allarmi richiede uno sforzo organizzativo sostanziale e la capacità di affrontare il cambiamento.



La Joint Commission International (JCI) ha dichiarato che le tecnologie progettate per migliorare la sicurezza del paziente possono indurre nuovi rischi se non vengono implementate e gestite con attenzione.⁵ L'istituto ECRI⁶, inoltre, ha individuato negli allarmi un importante fattore di rischio generato dalle tecnologie per l'assistenza sanitaria.”

1. Secondo uno studio Web del 2012 condotto da Juniper Consulting Group (Junicon).
2. Chambrin, M., et al. "Multicentric study of monitoring alarms in the adult intensive care unit (ICU): a descriptive analysis", Intensive Care Medicine, 1999, V: 12 E:12, pagg. 1360-1366.
3. "Just a Nuisance?", accesso risalente al 2017, <https://images.philips.com/is/content/PhilipsConsumer/Campaigns/HC20140401%5FDG/Documents/Just%2Da%2DNuisance.pdf>
4. Ryherd, E., et al. "Noise Pollution in Hospitals: Impacts on Staff", Journal of Clinical Outcomes Management, novembre 2012, V: 19, I: 11, pagg. 491-500.
5. "Sound the Alarm: Managing Physiologic Monitoring Systems", the Joint Commission Perspectives on Patient Safety, dicembre 2011, V: 11, I: 12. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Perspectives_Alarm.pdf
6. [https://www.ecri.org/topics/Pages/TopicLanding.aspx?topicid=c56c9f6e174e405795a4df49a04e6605&k=*%26rf=ECRItopics>equals\("Alarm Management"\)](https://www.ecri.org/topics/Pages/TopicLanding.aspx?topicid=c56c9f6e174e405795a4df49a04e6605&k=*%26rf=ECRItopics>equals()

