

Area	Standard	Pratica per la sicurezza del paziente	Ambito di applicazione
Sviluppo sistema di gestione del rischio clinico	Strutturazione della comunicazione al momento del passaggio di consegne	HANDOVER - Passaggio di consegne fra equipe medico assistenziali all'interno di un percorso clinico	Azienda

Razionale

Nei sistemi sanitari i trasferimenti dei pazienti fra diversi setting sono molto frequenti. Più team si prendono cura di uno stesso paziente e la complessità delle cure è aumentata. Conseguentemente il passaggio di consegne (handover) è divenuto più frequente e costituisce un momento di rischio per la sicurezza dei pazienti (Pezzolesi 2010, Horwitz 2008).

Problemi legati alla comunicazione sono la causa radice della maggior parte degli eventi sentinella esaminati dalla Joint Commission dal 2009 al 2011 (Joint Commission 2011). La quantità di informazioni memorizzate usando unicamente la modalità verbale, senza uno schema condiviso, secondo studi basati sulla simulazione, scende al 33% dopo il primo passaggio e al 2,5% dopo il quinto ciclo di passaggio di consegne (Bahbra, 2007).

Il passaggio di consegne è definibile come il trasferimento di responsabilità e del ruolo di referente per alcuni aspetti o per l'intera cura di un paziente o di un gruppo di pazienti, da una fase ad un'altra del percorso di cura, da un professionista o da una equipe medica all'altra su base temporanea o permanente (Wong 2008).

Il passaggio di consegne è un processo comunicativo e come tale prevede la relazione fra differenti attori sociali in un terreno comune di riferimento. Nel contesto sanitario gli attori sono definibili come l'unità operativa/setting ricevente e l'unità operativa/setting di origine. L'unità di origine trasferisce le informazioni, il ruolo di referente e di responsabile per la cura del paziente all'unità ricevente (Toccafondi, Albolino, Tartaglia, 2012).

L'handover sicuro ed efficace avviene attraverso l'impiego di uno schema comunicativo condiviso (es. SBAR, IPASS) strutturato ed aggiornato dagli operatori dei setting assistenziali mediante progetti locali che facilitano ed incoraggiano l'integrazione fra i percorsi e la sicurezza del paziente. Si raccomanda l'impiego di più modalità di comunicazione diversificate che insieme garantiscano la ridondanza del messaggio (es. comunicazione scritta, orale e faccia-a-faccia).

Requisiti minimi

I seguenti requisiti, insieme agli esempi di strumenti per il passaggio di consegne verbale ed allo schema di valutazione allegati, servono ad orientare l'attività dei gruppi di lavoro. Il miglioramento è uno sforzo collaborativo che necessita di momenti formativi alternati a fasi di applicazione e misurazione dei risultati, come previsto del modello del Collaborative Breakthrough dell'Institute for Health care Improvement (IHI, 2003). Valorizzare le conoscenze e misurare i risultati ottenuti è il presupposto per far migliorare la qualità e la sicurezza del sistema sanitario (delibera della Giunta Regionale n.1235 del 28 dicembre 2012).

1. Costituzione di un gruppo di lavoro con l'obiettivo di definire gli elementi al punto 2 e 3 composto da almeno due operatori (un medico ed un infermiere) delle due aree o dipartimenti coinvolte nel trasferimento che includa, dove applicabile, medici ed infermieri delle equipe medico assistenziali inviante e ricevente.

2. Definizione da parte del gruppo di lavoro di un set minimo di informazioni cliniche ed assistenziali condivise fra chi invia e chi accoglie il paziente che permetta una comunicazione scritta e/o verbale, sintetica, esaustiva e immediatamente interpretabile volta a garantire la sicurezza del paziente. Ove presente un sistema informatizzato per il passaggio delle consegne scritte è cura del gruppo di lavoro promuovere l'implementazione dei punti descritti di seguito nello strumento informatico. Nello specifico devono essere presenti almeno i seguenti elementi:

- dati anagrafici del paziente
- situazione clinica valutata al momento della pianificazione del trasferimento e rivalutata al momento del trasferimento effettivo, comprese comorbidità ed eventuali allergie
- terapia in atto al momento del trasferimento (solo per modalità scritta)
- notizie clinico-assistenziali rilevanti sul decorso
- notizie psicologico-relazionali se di immediata applicabilità
- elementi da monitorare
- sintesi del ricevente (solo per modalità verbale)
- comunicazione verbale al paziente e/o ai familiari del trasferimento



Inoltre devono essere presenti i seguenti elementi di verifica:

- a. segno di spunta dell'avvenuta trasmissione verbale
 - b. segno di spunta dell'avvenuta comunicazione al paziente e/o ai familiari del trasferimento in altro setting
3. Definizione da parte del gruppo di lavoro di un set minimo di informazioni per il paziente e/o i familiari volte a preparare il trasferimento al diverso setting assistenziale.

Educazione sanitaria

Predisposizione di materiale informativo rivolto ai pazienti e alla cittadinanza che spieghi l'importanza della comunicazione delle notizie clinico assistenziali sul paziente, l'obiettivo e quando avviene, che descriva il ruolo del familiare o del caregiver al momento della comunicazione.

Attuazione

L'organizzazione ha definito formalmente un piano per la strutturazione della comunicazione sia scritta che verbale al momento del passaggio di consegne e per la comunicazione al paziente e/o ai familiari sul trasferimento in un altro setting assistenziale. L'organizzazione sanitaria verifica l'implementazione del piano, raccoglie ed analizza le segnalazioni sul sistema integrato per la sicurezza SiGRC in merito al processo di handover.

- Numero di audit condotti sul passaggio di consegne
- Numero di azioni di miglioramento intraprese a seguito dell'analisi
- Ricorrenza criticità rilevate.

Valutazione

I Livello

- Presenza di una procedura per la gestione del passaggio di informazioni fra equipe clinico-assistenziali al momento del trasferimento dei pazienti che definisce ruoli, strumenti e tempi dedicati al passaggio di consegne.
- Il personale è stato formato sulle modalità di comunicazione al momento del passaggio di consegne sia scritta che verbale così come previste dalla procedura.
- Il personale ha a disposizione uno strumento per il passaggio di consegne scritto con inclusi gli elementi al requisito 2 con particolare attenzione alla sintesi del ricevente
- Sono disponibili nelle aree di lavoro e presso gli apparecchi telefonici gli schemi esemplificativi della struttura di contenuti per il passaggio di consegne verbale o altri acronimi che includano le categorie informative previste al requisito 2 (a titolo esemplificativo vedi allegati 1 e 2)
- Il numero di passaggi di consegne gestiti secondo i criteri del requisito 2 è superiore all'80% del totale di trasferimenti
- Il paziente e/o i familiari o i caregiver sono stati informati per tempo del trasferimento in più dell'80% dei trasferimenti avvenuti, come da elemento di verifica b)

II Livello

- Le informazioni mediche ed assistenziali sono integrate nella stessa sezione della documentazione sanitaria
- È attivo un gruppo di lavoro composto da operatori medici ed infermieri dell'unità inviante e ricevente.
- Nel gruppo di lavoro sono stati individuati due referenti : uno per la parte medica ed uno per la parte infermieristica
- Viene tracciato il numero di segnalazioni relative al processo di handover sul sistema SiGRC
- Viene tracciato il numero di azioni di miglioramento portate avanti relative al processo di handover

III Livello

- È in uso un'agenda aggiornata degli incontri del gruppo di lavoro definiti all'inizio dell'anno solare su base triennale con riportati gli elementi emersi durante gli incontri.
- Viene redatto un report di valutazione annuale dello strumento in uso per il passaggio di consegne e delle procedure per il passaggio di consegne (vedi allegato 3).
- Il processo del passaggio di consegne viene supportato e gestito da uno strumento informatico integrato nella cartella informatizzata da cui sono estratti i dati di uso



1. Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J, Randell W, Hussain Z, Muir H, Dhillon S. Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *Int J Qual Health Care* 2010 Published Online First: August 13 2010 22 (5):396-401.doi: 10.1093/intqhc/mzq048.
2. Horwitz L I , Moin T, Krumholz H, Wang L, Bradley EH Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Arch Intern Med* 2008, 168(16):1755-60.
3. Bhabra G, Mackeith S, Monteiro P, et al. An experimental comparison of handover methods. *Ann R Coll Surg Engl* 2007;89:298–300.
4. Wong MC, Yee KC, Turner P. Clinical Handover Literature Review. eHealth Services Research Group University of Tasmania, Australia.2008. <http://www.thoracic.org.au/> (accessed 10 Nov 2011).
5. Joint Commission, 2011 http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/ ultimo accesso giugno 2012
6. Toccafondi G, Albolino S, Tartaglia R et al The collaborative communication mode for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care *BMJ Qual Saf* bmjqs-2012-001178Published Online First:25 October 2012
7. The Breakthrough Series IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. Innovation Series 2003





ALLEGATI alla pratica per la sicurezza HANDOVER - passaggio di consegne fra equipe medico assistenziali all'interno di un percorso clinico

Per orientare la strutturazione del passaggio di consegne ed il mantenimento del sistema di comunicazione sono indicati alcuni schemi tratti dalla letteratura (allegati 1 e 2) ed uno schema di valutazione (allegato 3). Gli strumenti delle aziende per i quali ci sia stata una valutazione o una pubblicazione su una rivista scientifica entreranno, in seguito ad approvazione del comitato scientifico Centro Gestione Rischio Clinico, nel benchmark regionale. Al momento sono inclusi nel benchmark i seguenti strumenti:

- **IPASS (vedi allegato 1)**
P. Landrigan, Theodore C. Sectish, Amy J. Starmer, Nancy D. Spector, Rajendu Srivastava, April D. Allen, **I-PASS**, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs Pediatrics 2012;129;201; originally published online January 9, 2012; P. Landrigan, Theodore C. Sectish and the I-PASS Study Group Amy J. Starmer, Nancy D. Spector, Rajendu Srivastava, April D. Allen, Christopher
- **SBAR (vedi allegato 2)**
Boara, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K., Andreoli, A. **SBAR** Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams Journal of Interprofessional Care 2010; 24(1): 111-114

ALLEGATO 1 – esempio di struttura di contenuti memorizzabile con acronimo per il passaggio di consegne verbale

IPASS		
I	Indice della gravità della situazione	Paziente grave (codice: rosso)
P	Paziente: notizie cliniche rilevanti	GF, bambino di 4 anni nato alla 26° settimana accede al PS con ipossia e insufficienza respiratoria con polmonite del lobo sinistro inferiore. Febbre e tosse nei due giorni precedenti. All'ammissione insufficienza respiratoria in peggioramento. In PS Na: 130 mEq, attribuibile ad ipovolemia da inappropriata secrezione di ADH. Somministrato bolo di liquidi, inizio O ₂ a 2,5 l/m. Sotto Ceftriaxone
A	Azioni previste	da valutare alle 0:00 e verificare che i parametri vitali non siano cambiati e la sua saturazione sia stabile. Controllare risultati emocoltura
S	Se la situazione peggiora fare	Se l'insufficienza respiratoria peggiora, fare RX torace per valutare se c'è inizio di versamento pleurico
S	Sintesi del ricevente	Allora, GF ha 4 anni nato prematuro con ipossia e scompenso respiratorio da polmonite al lobo inferiore sinistro trattato con Ceftriaxone, O ₂ e fluidi. Vuoi che lo veda a mezzanotte per verificare che sia stabile e controllare l'emocoltura. Se la respirazione peggiora fare radiografia per eventuale versamento pleurico...ok ho capito.
Esempio tradotto da - I-PASS, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs Amy J. Starmer, Nancy D. Spector, Rajendu Srivastava, April D. Allen, Christopher P. Landrigan, Theodore C. Sectish and the I-PASS Study Group <i>Pediatrics</i> 2012;129;201; originally published online January 9, 2012		

ALLEGATO 2 - esempio di struttura di contenuti memorizzabile con acronimo per il passaggio di consegne verbale

SBAR		
S	SITUAZIONE	Dr. Rossi sono l'Inf. Bianchi chiamo per il paziente Mario Neri che sta avendo difficoltà respiratorie
B	BACKGROUND	Ha 54 anni è affetto da BPCO sta peggiorando e adesso sta diventando critico
A	VALUTAZIONE	Non sento alcuna respirazione nella parte destra del petto, credo sia un Pneumotorace
R	RACCOMANDAZIONE	Ho bisogno che venga a vederlo
Esempio tradotto da: M Leonard, S Graham, D Bonacum. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care 2004;13:85-90		

Per adattamenti del metodo SBAR vedere anche:

- Boaro N, Fancott C, Baker R, et al. Using SBAR to improve communication. J Interprof Care 2010;24: 111-4.
- Trentham B, Andreoli A, Boaro N, et al. SBAR: A shared structure for effective team communication. An implementation toolkit. 2nd Edition. Toronto Rehabilitation Institute: Toronto. 2010

ALLEGATO 3 - schema di valutazione delle modalità e degli strumenti usati per passaggio di consegne

Adattato da Australian Commission on Quality and Safety in Healthcare <http://www.safetyandquality.gov.au/implementation-toolkit-resource-portal/>

Misure Strutturali:	come	quando	chi
Numero di gruppi di lavoro attivi e SOF (Strutture Operativo Funzionali) coinvolte	Indicare le UUOO/equipe medico assistenziali origine e ricevente e le SOF afferenti che partecipano ai gruppi di lavoro	Al momento dell'attivazione dei gruppi e al momento di variazioni nel numero o tipologia, denominazione di UUOO di origine e ricevente	Clinical Risk Manager
Misure di Processo:	come	quando	chi
% dello staff che ha compreso la pratica e la teoria della procedura per l'handover	Report dell'indagine su un campione rappresentativo su temi predefiniti da indagare con questionario o intervista	Subito dopo la formazione e successivamente dopo 3, 6 e 12 mesi	Gruppo di lavoro
% di handover completati secondo il nuovo modello	Osservazione di handover scelti casualmente	Ogni settimana per il primo mese poi a cadenza mensile	Gruppo di lavoro
% di handover interrotti	Osservazione di handover scelti casualmente	Ogni settimana per il primo mese poi a cadenza mensile	Gruppo di lavoro
% di handover senza bisogno di documentazione aggiuntiva	Osservazione di handover scelti casualmente	Ogni settimana per il primo mese poi a cadenza mensile	Gruppo di lavoro
Tempo medio per il passaggio di consegne	Osservazione di handover scelti casualmente	Ogni settimana per il primo mese poi a cadenza mensile	Gruppo di lavoro
Misure di esito:	come	quando	chi
handover incompleti e/o non corretti hanno dato luogo ad errori? Quali sono state le misure di miglioramento adottate?	Incident reporting	Monitoraggio continuo	GRC aziendale
% passaggio di consegne che coinvolgono i pazienti o i familiari	Intervista e/o questionario	Mensilmente	Gruppo di lavoro