

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.

Livello di prestazione

1. Deliberazione

L'organizzazione ha definito formalmente un piano per la strutturazione della comunicazione scritta e verbale al momento del passaggio di consegne e per la comunicazione al paziente e/o ai familiari sul trasferimento di setting assistenziale.

2. Attuazione

- Il personale ha a disposizione una scheda per il passaggio di consegne scritto con inclusi gli elementi al requisito 2
- Sono disponibili nelle aree di lavoro e presso gli apparecchi telefonici gli schemi esemplificativi della struttura di contenuti per il passaggio di consegne verbale (allegati 1 e 2)
- Le informazioni mediche ed assistenziali sono integrate nella stessa sezione della documentazione
- È in uso un registro del gruppo di lavoro con individuazione di un referente
- È in uso un'agenda degli incontri del gruppo di lavoro definiti ad inizio dell'anno solare su base trimestrale con riportati gli obiettivi e le modifiche.
- Viene redatto un report di valutazione annuale dello strumento e delle procedure per il passaggio di consegne (vedi allegato 3).
- Il personale è stato formato sulla comunicazione al momento del passaggio di consegne sia scritta che verbale.

3. Valutazione

Indicatori:

- Modalità passaggio di consegne - Numero di passaggi di consegne tracciati secondo i criteri del requisito 2 / numero di trasferimenti > 80%;
- Monitoraggio comunicazione del trasferimento al paziente - Numero di passaggi di consegne tracciati secondo la modalità di verifica b) del requisito 2 / numero di trasferimenti > 80%;
- Numero di audit condotti sul passaggio di consegne
- Numero di azioni di miglioramento intraprese a seguito dell'analisi
- Ricorrenza criticità rilevate.

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

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

