

HANDOVER: IL PASSAGGIO DELLE CONSEGNE CHIAVE DELLA SICUREZZA

La musica non è solo fatta di note,
ma piuttosto dello spazio tra le note.

Claude Debussy citato da DP Stevens¹

Senza coinvolgimento non c'è dedizione.
Segnatelo e sottolinealo per non dimenticartene.

Senza coinvolgimento, non c'è impegno.

Stephen R. Covey

Introduzione

Nei servizi sanitari è crescente l'attenzione dedicata ai processi connessi al trasferimento dei pazienti (tra strutture e unità operative) e al conseguente affidamento degli stessi a colleghi o altre équipe professionali, ma anche alle implicazioni legate al cambio di turno degli operatori nell'operatività quotidiana. L'aumento di eventi avversi e disagio relazionale tra operatori, dovuto a comunicazione carente e incomprensioni nell'operatività, sono sintomi di un problema emergente di comunicazione, riconducibile a molteplici cause, tra cui la crescente complessità delle cure e il relativo incremento del numero di competenze attribuite, strutture e professionisti coinvolti. Le conseguenze in termini di danno per i pazienti, malessere organizzativo del personale, costi per le strutture, hanno stimolato negli ultimi anni l'impegno di operatori e ricercatori nell'analisi dell'attività 'affidamento del paziente', dei problemi che possono insorgere e delle relative cause, e nella ricerca di soluzioni efficaci ed efficienti. Tra queste ultime, la standardizzazione e l'uso di strumenti informatici possono costituire un aiuto, ma non sostituire lo scambio di informazioni tra 'persone' operatori/professionisti. Far partecipare il paziente a questa attività, come suggerito da molte autorità del settore, richiede specifiche modalità e competenze.

Scopo dell'articolo è quello di richiamare l'attenzione sul problema e fornire un quadro di riferimento; saranno pertanto richiamati solo alcuni degli innumerevoli articoli pubblicati sul tema negli ultimi anni, rinviando il lettore ad approfondimenti nelle specifiche rassegne bibliografiche.

Va segnalato innanzi tutto al lettore che in inglese vengono utilizzati diversi termini per indicare tale attività, tra cui:

handoff, handover, sign-out, nursing report, che si differenziano per l'enfasi posta sul contenuto, come nell'ultimo termine citato, o sul passaggio delle responsabilità (*sign-out*), o del controllo (*hand-off*).

Consegna clinica ed informativa

La consegna clinica si riferisce al trasferimento delle responsabilità/*accountability* (presa in carico e responsabilità) per alcuni aspetti della cura di un paziente, o gruppo di pazienti, a un'altra persona o gruppo professionale per un periodo o per sempre².

L'Organizzazione Mondiale della Sanità – Alliance for Patient Safety – nel 2007 ha diffuso una specifica soluzione *Communication during patient handovers*, in cui viene sottolineato che il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente da un operatore all'altro, da un team all'altro o dagli operatori al paziente e alla famiglia, ma anche tra strutture sanitarie e con le residenze protette, ha lo scopo di assicurare la continuità della cura e la sicurezza. Viene enfatizzata l'importanza di tale passaggio, in relazione alla sua frequenza in molti ambiti del percorso di cura: accesso alle cure primarie, passaggio da un medico all'altro, cambio di turno degli infermieri, trasferimento da una unità operativa o struttura a un'altra, passaggio dal Pronto Soccorso al reparto, dimissione verso il domicilio o altra struttura residenziale, e pertanto si sottolinea che è necessario farsene carico



adottando una specifica metodologia.

Secondo Jeffcott e colleghi³, le componenti da considerare sono: informazioni trasmesse, responsabilità/*accountability*, sistema. Queste componenti vanno valutate in relazione alle politiche, alla pratica e alla valutazione effettuate. All'interno del processo della consegna clinica è particolarmente importante la componente relativa alla "consegna comunicativa", ossia la trasmissione delle informazioni clinico-assistenziali relative al paziente; infatti numerosi studi hanno evidenziato che questo passaggio è critico e causa di possibili lacune operative.

Scambi informativi e pratica clinica

Gli studi sul rapporto tra "scambio tra operatori" e "conseguenze per i pazienti" sono moltissimi, come evidenziato nelle numerose rassegne, tra cui si citano quelle di Riesenber e altri⁴, Raduma-Tomas e altri⁵, Australian Council for Safety and Quality in Healthcare⁶, e nei risultati del progetto finanziato dall'Unione europea "Handover - Improving the continuity of patient care through identification and implementation of novel patient handoff processes in Europe". Ci si limita in questa sede a richiamare alcuni studi per inquadrare il problema.

Uno studio di Borowitz⁷ e colleghi in pediatria ha messo in luce lacune informative in 158 situazioni su 196 (81%) individuate, e nello specifico: in 49 situazioni su 158 (31%) è accaduto qualcosa per cui i medici non erano preparati, 40 medici su 49 non avevano ricevuto le informazioni necessarie, in 33 casi su 40 la criticità avrebbe potuto essere prevista. È risultata significativa la differenza di giudizio sulle consegne avvenute nei casi in cui era accaduto qualcosa. Non vi erano comunque differenze significative rispetto all'influenza di: carico di lavoro, numero di pazienti, numero di ammissioni durante il turno, trasferimenti alle cure intensive, copertura anche in altri reparti, conoscenza dei pazienti in carico. Sexton e colleghi⁸ hanno analizzato in un reparto di medicina le consegne infermieristiche scritte nello scambio tra tutti i turni di personale ed hanno riscontrato che:

- l'84,6% delle informazioni fornite era già incluso nella documentazione;
- il 9,5% delle informazioni non era rilevante per la cura/assistenza;
- il 5,9% dei contenuti, rilevante per la cura o gestione

dell'unità operativa, non poteva essere riportato nella documentazione esistente.

Witherington e colleghi⁹ hanno riscontrato nella loro indagine sui pazienti geriatrici che nel 54% dei pazienti rientrati in ospedale entro 28 giorni dalla dimissione vi erano state carenze nella comunicazione al momento della dimissione. In uno studio sui problemi percepiti a seguito del passaggio delle informazioni sui pazienti, Arora e colleghi¹⁰ hanno intervistato 26 medici che si prendevano cura di 86 pazienti dopo che avevano ricevuto le relative informazioni da un collega. I risultati delle interviste hanno evidenziato 25 piccoli incidenti, tutti dovuti a problemi di comunicazione, e 21 eventi più gravi. L'omessa o insufficiente comunicazione aveva portato a difficoltà nell'assunzione di decisioni, con conseguente cura carente o ridondante, come per esempio la ripetizione di esami.

Boutilier¹¹ ha riscontrato che il 50% degli infermieri è preoccupato di non ricevere tutte le informazioni e il 42% pensa che le distrazioni portino a comunicazioni non corrette. Curry e Oak¹² hanno identificato, attraverso audit delle consegne in ortopedia e chirurgia, che lo scambio veniva effettuato nel 20% dei casi nella stanza dei pazienti, durava in media 20 minuti e nel 60% delle situazioni veniva utilizzata anche la documentazione.

Nell'indagine annuale sulla cultura della sicurezza negli ospedali degli Stati Uniti d'America, la Agency for Healthcare Research and Quality¹³ ha riscontrato che si verificava perdita di informazioni nel 49% dei casi. Coiera¹⁴ ha rilevato interruzioni ed impegno in più compiti contemporaneamente (multitasking) nel 31% delle situazioni. Tra le cause di una consegna carente, Patterson e colleghi¹⁵ evidenziano nell'indagine da loro effettuata i seguenti fattori:

- scarsa consapevolezza circa dati o problemi;
- insufficiente preparazione per gestire le conseguenze di problemi emersi in precedenza;
- incapacità di prevedere gli eventi futuri;
- scarsa preparazione per la gestione dei compiti assegnati.

Emerge quindi un quadro in cui il processo della consegna clinica non è chiaramente definito, i sistemi informativi risultano carenti, le conoscenze insufficienti e vi è scarsa comprensione del contesto. Riesenber e colleghi¹⁶ rilevano inoltre problemi di lingua, scritture illeggibili, scarsa comunicazione e sostegno tra infermieri, condizionamento

dovuto alla struttura gerarchica, scarsa comunicazione tra medici e infermieri. Axley¹⁷ ha segnalato aspetti importanti per la comprensione dei meccanismi legati alla consegna, ossia l'utilizzo nel linguaggio di metafore, l'inserimento di pensieri e sentimenti che impongono all'ascoltatore di 'ripulire' mentalmente il testo per coglierne il senso, la difficoltà di esprimere con parole il significato presente nelle menti delle persone.

Vanno inoltre considerati i diversi stili di comunicazione, le interruzioni, l'insufficiente standardizzazione delle modalità dei contenuti da trasmettere, la carenza di informazioni. Nel caso venga incluso il paziente, va considerato il suo livello di competenza linguistica sanitaria¹⁸, ossia la capacità di ottenere, processare e comprendere le informazioni e i servizi necessari per assumere le decisioni appropriate riguardo alla propria salute¹⁹ e vanno quindi utilizzate le tecniche 'Teach back' ('Insegna ora a me') e 'Show me'²⁰ ('Mostrami').

Finalità della consegna comunicativa

Joint Commission²¹ definisce come scopo della consegna quello di fornire informazioni sulla cura del paziente, sul trattamento e sui servizi, sulle sue condizioni attuali e su ogni cambiamento prevedibile. La comunicazione deve essere accurata per garantire la sicurezza del paziente.

Le potenzialità riconducibili alla consegna comunicativa sono almeno le seguenti:

- condivisione delle informazioni;
- continuità della cura;
- protezione del paziente;
- apprendimento cooperativo;
- sviluppo della collaborazione nel gruppo;
- sostegno per i membri dell'équipe;
- esplicitazione di conoscenze ed esperienze, e quindi, formazione continua tra colleghi.

Inoltre, lo scambio verbale consente di verificare e riformulare, integra informazioni con gli aspetti non verbali del comportamento, aiuta l'operatore ad avere in brevissimo tempo la situazione in mano, facilita le funzioni macrocognitive: riconoscimento del problema, analisi, attribuzione di significato, pianificazione. Il processo della consegna va analizzato anche rispetto alle seguenti caratteristiche:

- processi mentali e conoscenze delle persone che trasmettono e ricevono;
- caratteristiche personali: percezione, attenzione, memorizzazione, ritenzione;
- caratteristiche dell'équipe;
- cultura organizzativa e cultura per la sicurezza del paziente.

Partendo da una revisione della letteratura, Patterson e Wears²² hanno identificato otto differenti funzioni della consegna informativa, che sono:

- trasmissione delle informazioni (funzione prevalente);
- descrizione che evidenzia le situazioni differenti rispetto alla pratica routinaria (paziente allergico all'antibiotico in uso nel reparto);
- resilienza, che fa emergere dallo scambio conversazionale assunzioni e azioni erranee;
- *accountability*, che enfatizza il trasferimento di responsabilità e autorità;
- interazione sociale, che crea condivisione, specie dei significati;
- cognizione condivisa, che gestisce i cambiamenti per il gruppo di lavoro connessi al trasferimento di un nuovo operatore; tale passaggio può avere tempi diversi e richiede trasparenza, comunicazione reciproca e coordinamento;
- norme culturali, ossia la negoziazione e il mantenimento nel tempo dei valori e delle norme del gruppo.

Contenuti e modalità

Le informazioni trasmesse attraverso la consegna possono riguardare:

- condizioni del paziente e cambiamenti avvenuti;
- trattamenti in corso e relative modifiche;
- complicazioni che potrebbero subentrare;
- esigenze particolari del paziente e della famiglia.

Zach e altri²³ suggeriscono di non trasmettere solo informazioni ma problemi, ipotesi e possibili conseguenze; Kihlgrhen e colleghi²⁴ indicano l'importanza di fornire materiale scritto a sostegno dello scambio verbale dell'équipe, che deve essere adattato al contesto, e di effettuare una verifica periodica delle consegne, ma anche di accertare la cultura della sicurezza presente nel team.

Arora e colleghi¹⁰ hanno proposto una tassonomia della

comunicazione per una consegna di qualità. Se ne riportano alcuni contenuti a livello esemplificativo:

- povera - efficace;
- omissione di contenuti - consegna scritta;
- prescrizioni farmacologiche e trattamenti - notizie sul paziente;
- esami o consulenze - codice della situazione (leggibile);
- problemi clinici - problemi che si prevede possano subentrare, esami richiesti;
- carente comunicazione di persona - comunicazione di persona:
 - pertinente;
 - minuziosa;
 - con verifica della comprensione;
- scrittura illeggibile o poco chiara - scrittura chiara inequivocabile.

Strategie per migliorare il passaggio delle consegne

Gli approcci messi a punto negli ultimi anni per migliorare la consegna, elaborati sulla scorta delle conoscenze prodotte anche in ambiti non sanitari¹⁵, sono molteplici, anche se gli studi sull'efficacia delle diverse proposte sono ancora limitati. Riesenberg e collaboratori¹⁶, nella revisione della letteratura infermieristica effettuata nel 2010, evidenziano che, nonostante siano chiari a tutti gli effetti di una consegna insufficiente, non sono stati effettuati studi sui suoi risultati, in grado di evidenziare i fattori di sistema, le performance degli operatori e l'efficacia di protocolli e interventi strutturati. Wayne e colleghi²⁵ giungono a conclusioni analoghe, sottolineando l'esigenza che venga sviluppata la ricerca sui processi di implementazione della consegna e sull'efficacia di metodi e strumenti.

Sulla base delle esperienze dei team di formula 1, Catchpole e colleghi²⁶ sottolineano la necessità che vi siano:

- apprendimento proattivo con briefing e checklist per prevenire gli errori;
- una gestione attiva, con l'utilizzo anche di tecnologie per trasferire l'informazione;
- apprendimento dalla revisione dei dati memorizzati, in modo da migliorare continuamente il processo.

Patterson²⁷ richiama l'esigenza di considerare le seguenti condizioni quando si standardizza:

- tutte le decisioni richiedono una discussione sui diversi obiettivi;
- imporre uno standard semplice per processi complessi non porta a semplicità;
- è necessario tarare gli strumenti sulla specifica situazione;
- la gente adatta le procedure nel tempo ai feedback che riceve;
- la comunicazione non è una funzione, ma uno strumento per molteplici funzioni, in un lavoro che è necessariamente distribuito;
- i team con una performance elevata comunicano meno, ma maggiormente in forma proattiva di quelli con risultati inferiori.

La Colorado Physician Insurance Company (COPIC) fornisce invece le seguenti indicazioni:

- creare una checklist specifica standardizzata per ogni tipo di consegna, che può includere: diagnosi principale, procedure recenti, terapia farmacologica, esami che devono essere fatti/risultati attesi;
- limitarsi alle informazioni importanti;
- preferibilmente comunicare con il collega anche di persona;
- limitare le interruzioni;
- evitare messaggi lunghi e accertarsi che tutte le persone che devono sapere, acquisiscano effettivamente quella conoscenza;
- adottare un unico stile di comunicazione in tutta l'istituzione;
- identificare possibili complicazioni e strategie "se/allora";
- chiedere un "leggi-di nuovo" per verificare che le informazioni siano state ricevute e comprese.

Tra i vantaggi della standardizzazione, Patterson (citato) sottolinea l'opportunità, nel predisporre la stessa, di rivedere il processo in cui il lavoro viene normalmente svolto, oltre al fatto che, quando implementati, le regole ed i contenuti della interazione non devono più essere negoziati, assicurando quindi maggiore efficienza e affidabilità. L'elemento fondamentale è la flessibilità, progettare per lo specifico contesto, adottare strategie per i casi diversi da quelli routinari, fornire la possibilità di offrire diverse priorità nei casi in cui ve ne fosse la necessità. Tra gli aspetti critici, segnala che la comunicazione non strutturata permette di veicolare 'storie', e quindi facilitare il riconoscimento da parte degli operatori del significato delle informazioni trasmesse, la

comprensione del problema e la conseguente pianificazione. Come evidenziato da Clark e colleghi²⁸, l'introduzione di strumenti deve essere accompagnata da una adeguata formazione, anche nella forma dell'*action learning*, oltre che sullo strumento utilizzato, sulla comunicazione assertiva, ma anche, nella formazione medica, come sottolineato da Philibert²⁹, sulla capacità di discernere gli aspetti critici che possono emergere rispetto alle condizioni del paziente, prevedendone anche l'evoluzione, di segnalarli ai colleghi e di accogliere a propria volta con consapevolezza le eventuali segnalazioni che dovessero pervenire.

La progressiva informatizzazione dei processi offre una importante opportunità di revisione dell'operatività corrente, ma deve essere effettuata analizzandone l'impatto. Motamedi e colleghi³⁰ hanno informatizzato la consegna per la 'dimissione' evidenziando molteplici benefici.

Un aspetto che ha una applicazione molto diversa nelle varie realtà al momento attuale è quello del coinvolgimento del paziente. I vantaggi della consegna al letto del paziente, con il suo coinvolgimento, sono i seguenti:

- personalizzazione;
- molteplicità e ricchezza delle informazioni;
- assistenza collaborativa;
- empowerment del paziente.

Strumenti per rendere la consegna più efficace

Le sperimentazioni e i protocolli elaborati a livello internazionale per rendere la consegna più efficace sono moltissimi, anche perché non vi può essere un'unica soluzione valida per tutte le situazioni, ma è necessario identificare lo strumento più idoneo per la propria realtà; si riportano alcuni strumenti a livello esemplificativo.

1. Le 5 P

Questo approccio, sviluppato al Sentara Health Care³¹, esplicita le componenti della consegna come tradizionalmente portata avanti:

I P: Paziente (nome, età, sesso, locazione);

II P: Pianificazione (diagnosi, trattamento, piano, prossime fasi);

III P: Scopo (razionale della cura);

IV P: Problemi;

V P: Precauzioni.

2. Pass the BATON

L'approccio "*I pass the baton*" (passo il bastone, letteralmente si trattava di un bastone di plastica con le informazioni essenziali del paziente) è stato introdotto al Trinity Medical Center in Illinois e prevede le fasi riportate nella tabella a pagina seguente.

3. SBAR

Questa tecnica, centrata sui problemi²⁸ e non sulle persone, introdotta in origine per il passaggio di comando nei sottomarinari nucleari, è oggi quella più diffusa. Può essere utilizzata in tutti i servizi, compreso il rapporto tra il medico di medicina generale e il personale infermieristico a domicilio. Si presta alla comunicazione faccia a faccia, telefonica, scritta; sono infatti disponibili moltissimi moduli, nelle forme più diverse, dal modulo con i soli titoli alla checklist. SBAR assicura che tutti abbiano le medesime aspettative, soprattutto nel caso di professioni diverse, ossia:

- cosa sarà comunicato;
- come viene strutturata la comunicazione;
- quali sono gli elementi necessari.

I contenuti della comunicazione sono i seguenti:

- **Situazione** - il problema;
- **Background** - breve, mirato allo scopo;
- **Assessment/accertamento**;
- **Raccomandazioni**.

Una specificazione delle voci³² a livello esemplificativo è la seguente:

- **Situazione** - il problema
 - Riferisci: il tuo nome e unità operativa
 - Chiamo per: nome del paziente, stanza
 - Il problema: il motivo per cui chiamo è...
- **Background** - breve, mirato allo scopo
 - Data e diagnosi di entrata
 - Dati anamnestici essenziali
 - Sintesi trattamento fino al momento attuale
 - Drenaggi/cateteri
- **Assessment/accertamento** - Informazioni pertinenti oggettive e soggettive, cosa hai trovato, cosa pensi
 - Dati parametri vitali
 - Stato mentale
 - Dolore
 - Cambiamenti neurologici

SCHEMA DELL'APPROCCIO 'I PASS THE BATON'		
I	Presentazione	Le persone coinvolte si presentano, ruolo e attività
P	Paziente	Nome, codice, età, sesso e sede
A	Accertamento	Principali disturbi, parametri vitali e diagnosi
S	Situazione	Situazione attuale e circostanze, livelli di certezza e incertezza, cambiamenti recenti e risposta ai trattamenti
S	Preoccupazione per la sicurezza	Valori critici degli esami e altri dati clinici, fattori socioeconomici, allergie e situazioni di allerta, per esempio, rischio cadute
the		
B	Background	Comorbidità, episodi precedenti, terapia farmacologica in atto e storia familiare
A	Azioni	Azioni prese o richieste e relativo breve razionale
T	Tempi	Livelli di urgenza e tempi, priorità delle azioni
O	Riferimenti	Chi è responsabile (infermiere/medico/team), comprese le responsabilità del paziente e dei familiari
N	Da fare	Cosa accadrà? Cambiamenti previsti? Qual è il piano? Piano contingente?

- **Raccomandazioni** - Cosa vuoi che venga fatto, ad esempio:
 - Esami?
 - Trasferire il paziente?
 - Cambiare trattamento?
 - Venire a vedere il paziente?
 - Parlare alla famiglia ed al paziente su...?
 - Una consulenza?
 - Se viene proposto un cambiamento nella terapia chiedi: "Con quale frequenza?"
 - Se non vi sono cambiamenti chiedi "Quando devo richiamare?"

B = Background e storia
 A = Accertamento e azioni
 R = Responsabilità e risk management

4. ISBAR e ISOBAR

Le tecniche ISBAR e ISOBAR si compongono delle seguenti fasi comunicative:

a. ISBAR

- Introduzione
- Situazione (problema attuale)
- Background (breve, mirato)
- Accertamento (cosa hai trovato)
- Raccomandazioni/richiesta

b. ISOBAR

I = Identificazione del paziente
 S = Situazione e status
 O = Osservazioni

5. ISoBAR³³

È una variante della checklist ISOBAR, costruita valutando tutti gli strumenti utilizzati nelle unità operative, che comprende informazioni essenziali relativamente alle seguenti fasi:

- I (IDENTIFY):** Presenta te stesso e il tuo paziente
- S (SITUATION):** Perché stai chiamando? Descrivi brevemente il problema
- o (OBSERVATIONS):** Parametri vitali e valutazione clinica
- B (BACKGROUND):** Informazioni pertinenti sul paziente
- A (AGREED PLAN):** Cosa deve accadere? Accertamento della situazione
- R (READ BACK):** Fornisci chiarimenti e verifica che vi sia stata comprensione corretta delle informazioni fornite.

6. Hand me an ISOBAR

Una versione ancora diversa di ISOBAR è "Hand me an ISOBAR"³⁴, un protocollo standardizzato, le cui fasi sono:

- HAND:** preparati per la consegna
- H Hey, è ora della consegna
- A Assegna il personale per la continuità della cura al paziente

N Identifica coloro che devono partecipare, quando e dove
D Documentazione

2. ME: organizza la consegna

M Accertati che tutti siano presenti

E Nomina un leader

3. AN (assicurati che tutti siano consapevoli della situazione)

A Allerta, attenzione e focalizzazione

N Notifica

4. ISOBAR (fornisci i dati relativi al paziente)

I Identificazione del paziente

S Situazione e stato

O Osservazioni sul paziente

B Background e storia

A Azioni, piano e responsabilità

R Responsabilità e risk management

7. PVITAL

È stato elaborato presso il Sydney South West Area Health Service³⁵. Questo approccio è utilizzato dagli infermieri al letto del paziente e si sviluppa con i seguenti contenuti:

P: Presenta il paziente con nome, età e problemi attuali

V: Parametri vitali (con eventuale documentazione)

I: Input/Output - Bilancio dei liquidi

T: Trattamenti (effetti attesi) e diagnosi: frequenza e tipo di osservazioni da effettuare (piano)

A: Ammissione o dimissione (qual è il piano?)

L: Documentazione e relativa completezza/aspetti giuridici

8. ANTIC-ipate

Diffuso dalla Agency for Quality & Research (USA) prevede i seguenti contenuti:

a. Dati amministrativi

b. Aggiornamento delle informazioni cliniche

c. Compiti da eseguire (spiegati chiaramente)

d. Gravità della patologia

e. Piano per eventuali situazioni di cambiamento del quadro clinico

9. PEDIATRIC

Arora e Johnson³⁶ evidenziano l'esigenza di procedere in tre fasi nel progettare un sistema:

- Definire il processo standardizzato per la consegna utilizzando una metodologia di mappatura dei processi;
- Creare una checklist dei concetti critici relativamente al paziente;
- Pianificare le azioni da intraprendere per la disseminazione e la formazione.

Le autrici hanno proposto una checklist per la pediatria, detta "PEDIATRIC", i cui contenuti comprendono:

- Problemi
- Compiti che ci si aspetta vengano eseguiti
- Diagnosi
- Se/allora
- Dati amministrativi/Direttive anticipate
- Terapie
- Risultati e altri fatti importanti
- Tecniche invasive
- Custodia e consenso.

10. POP

Nagpal e colleghi³⁷ hanno messo a punto e validato un protocollo postoperatorio per l'affido del paziente (Postoperative handover protocol - POP), con i seguenti contenuti:

Informazioni relative al paziente

1. Dettagli sul paziente
2. Anamnesi medica
3. Allergie
4. Nome della procedura
5. Situazione attuale del paziente

Informazioni sull'anestesia

6. Tipo
7. Decorso intraoperatorio e complicazioni
8. Problemi previsti nel post-operatorio, in particolare emorragie, dolore, problemi alle vie aeree
9. Monitoraggio e parametri fisiologici
10. Piano per l'analgesia
11. Piano per le fleboclisi
12. Contatti in caso di problemi

Informazioni chirurgiche

13. Decorso intraoperatorio e complicanze
14. Emorragie

15. Piano per gli antibiotici
16. Piano dei farmaci
17. Profilassi della trombosi
18. Piano per cateteri e drenaggi
19. Sondini e nutrizione parenterale
20. Esami post-operatori
21. Contatti per emergenze

Migliorare la consegna nella propria struttura

Per modificare il sistema della consegna in una unità operativa sanitaria è necessario avviare un progetto di miglioramento continuo della qualità. Va quindi utilizzata una metodologia rigorosa che parta dall'analisi della situazione in atto e introduca delle modifiche all'operatività quotidiana tali da assicurare maggiore efficacia, sicurezza ed efficienza. L'accertamento della situazione in atto deve riguardare sia i processi connessi all'affido del paziente che la cultura della sicurezza posseduta dal gruppo. Un quadro di riferimento per analizzare quest'ultima, con indicazioni di metodo e strumenti è fornito nell'articolo "La cultura della sicurezza. Approcci, metodi e strumenti", a cui il lettore può fare riferimento³⁸.

Johnson e Barach³⁹ suggeriscono di affrontare lo sviluppo del processo della consegna tenendo presenti i seguenti elementi:

- Riconoscere che si tratta di un processo adattivo complesso;
- Riconoscere che la cultura è il principale elemento per il cambiamento e il miglioramento;
- Sviluppare strumenti per rendere la comunicazione accessibile e trasparente;
- Applicare i principi del "fattore umano" alla progettazione clinica;
- Porre la centralità sulla formazione e il sostegno;
- Identificare la leadership necessaria per l'implementazione.

La Australian Commission Quality & Safety Healthcare propone di affrontare tale percorso utilizzando l'approccio **OSSIE**, ossia assicurare:

- O = Leadership della organizzazione
- S = Soluzioni semplici
- S = Coinvolgimento degli stakeholder
- I = Implementazione
- E = Valutazione e mantenimento



Particolarmente importante è inoltre:

- utilizzare clinici credibili come leader di progetto;
- andare sul posto e lavorare col gruppo il più possibile;
- ascoltare più che parlare;
- introdurre i cambiamenti nel lavoro quotidiano (non aggiungere);
- creare opportunità per il confronto e lo scambio di esperienze e di idee.

Per assicurare la partecipazione degli operatori al miglioramento della qualità e della cultura della sicurezza può essere utile fare riferimento all'approccio suggerito da Jeffcott e collaboratori⁴⁰, che richiamano alla comprensione dei meccanismi della resilienza nei sistemi sanitari, soprattutto per quanto riguarda la modifica della cultura basata sul "difendersi dall'errore e dalle sue conseguenze".

Il cambiamento non è comunque facile, come sottolineano Kassean e Jagoo⁴¹ nella conclusione della descrizione della loro esperienza: "Il concetto 'No pain no gain' (senza dolore non c'è guadagno) è stato molto evidente durante tutto il processo di cambiamento" e di questo bisogna essere consapevoli proprio per progettare al meglio e coinvolgere tutti gli stakeholder, aspetto fondamentale, come sottolineato anche da Jedema e colleghi⁴².

Conclusioni

I notevoli investimenti sul tema della consegna, anche di ricerca, hanno consentito di elaborare conoscenze e sviluppare strumenti, seppur non esaustivi, come sottolineato da Riesenberg e colleghi (citato). L'auspicio è che anche nel nostro Paese si possano trovare occasioni di riflessione, analisi

e miglioramento del processo di affido del paziente in tutti i contesti di cura, riabilitazione, inserimento.

Fondamentali per il processo di crescita sono il coinvolgimento di tutti gli stakeholder e la consapevolezza che non basta copiare ciò che altri hanno fatto, ma è necessario apprendere e ri-creare un modello adatto alla propria realtà; tale percorso deve essere fatto 'insieme' da tutti i membri dell'équipe. Il confronto delle esperienze realizzate (anche di ricerca) potrà incrementare il beneficio per tutti attraverso la condivisione ad ogni livello, dentro e tra le istituzioni.

Un impegno importante per una nuova cultura dell'affido del paziente per assicurare la continuità della cura e la sicurezza deve essere quello della sensibilizzazione e formazione di tutti gli operatori in ogni ambito operativo nei confronti di questa fase assistenziale, iniziando già dalla formazione di base⁴³.

Piera Poletti

CEREF, Centro Ricerca e Formazione, Padova

Membro dello Strategic Advisory Board dell'International Forum for Quality & Safety in Healthcare (IHI & BMJ)

BIBLIOGRAFIA

1. Stevens DP: Handovers and Debussy. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 2-3.
2. Safe handover: safe patients' guideline (AMA, 2006), United Kingdom National Patient Safety Agency (2004). The ossie guide to clinical handover improvement – Australian commission on safety and quality in health care (2009).
3. Jeffcott SA, Evans SM, Cameron PA et al: Improving measurement in clinical handover. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 272-276.
4. Riesenber LA, Leitzsch J, Massucci JL et al: Residents' and attending physicians' handoffs: a systematic review of the literature. *Acad Med* 2009; 84: 1775-1787.
5. Raduma-Toma M, Flin R, Yule S, Williams D: Doctors' handovers in hospitals: a literature review. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 128-133.
6. Australian Council for Safety and Quality in Health Care: Clinical handover and patient safety literature. Review Report, 2005.
7. Borowitz SM, Waggoner-Fountain LA, Bass EJ, Sledd RM: Adequacy of information transferred at resident sign-out (in-hospital handover of care): a prospective survey. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 6-10.
8. Sexton A, Chan C, Elliott M et al: Nursing handovers: do we really need them? *J Nurs Manag* 2004; 12 (1): 37-42.
9. Witherington EMA, Pizada OM, Avery AJ: Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Healthcare* 2008; 17: 71-75.
10. Arora V, Johnson J, Lovinger D et al: Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Healthcare* 2005; 14: 401-407.
11. Boutilier S: Leaving critical care: facilitating a smooth transition. *Crit Care Nursing* 2007; 26: 137-142.
12. Curry J, Oak S: Audit of nursing handover. *Nursingnet* 2000, 96: 42-44.
13. Agency for Healthcare Research and Quality: Hospital survey on patient safety culture: 2009 comparative database report, Rockville (MD), 2009.
14. Coiera EW, Jayasuriya RA, Hardy J, et al: Communication loads on clinical staff in the emergency department. *Med J Aust* 2002; 176 (9): 415-418.
15. Patterson ES, Roth EM, Woods DD, et al: Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 125-132.
16. Riesenber LA, Leisch J, Cunningham JM: Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *AJN* 2010; 110: 24-34.
17. Axley SR: Managerial and organisational communication in terms of the conduit metaphor. *Acad Manag Rev* 1984; 9: 428-437.
18. Seldon CR, Zorn M, Ratzan S, Parker RM: Health literacy. *Current bibliographies in medicine*; no 2000-1, Bethesda (MD), National Library of Medicine.
19. Schillinger D, Piette J, Grumbach K et al: Closing the loop: physician communications with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Inter Med* 2003; 163 (1): 83-90.
20. Kountz DS: Strategies for improving low health literacy. *Postgrad Med* 2009; 121 (5): 171-177.
21. Joint Commission: National patient safety goals handbook, 2008.
22. Patterson ES, Wears RL: Patient handoffs: standardized and reliable measurement. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010; 36 (2): 52-61.
23. Zacks JM, Tversky B: Event structure in perception and conception. *Psychol Bull* 2001; 127 (1): 3-21, 2001.
24. Kihlgren M, Lindsten IG, Norberg A, et al: The content of the oral daily reports at a long-term ward before and after staff training in integrity promoting care. *Scand J Caring Sci* 1992; 6: 105-112.
25. Wayne J D, Tyagi R, Reinhardt G, Rooney D et al: Simple standardized patient handoff system that increases accuracy and completeness. *J Surg Educ* 2008; 65: 476-485.
26. Catchpole K, Sellers R, Goldman A et al: Patient handovers within the hospital: translating knowledge from motor racing to healthcare. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: 318-322.
27. Patterson ES: Structuring flexibility: the potential good, bad and ugly in standardization of handovers. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 4-5.
28. Clark E, Squire S, Heyme A, et al: The PACT Project: improving communication at handover. *Med J Aust* 2009; 190: 125-127.
29. Philibert I, Supervision, preoccupation with failure, and the cultural shift in patient handover, *J Grad Med Educ* 2010; 2 (1): 144-145.
30. Motamedi SM, Posadas-Calleja J, Straus S, et al: The efficacy of computer-enabled discharge communication interventions: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2011; doi:10.1136/bmjqs.2009.034587.
31. H&HN research and Sentara Health Care, 2008.
32. Velji K, Baker GR, Fancott C, et al: Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthcare Quart*, 2008, Special Edition, Patient Safety Papers.
33. Porteous JM, Stewart-Wynne EG, Connolly M, Crommelin PF: iSoBAR: a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *MJA* 2009; 190 (11): 152-156.
34. Yee KC, Wong MC, Turne P: "Hand me an ISOBAR": a pilot study of an evidence-based approach to improving shift-to-shift clinical handover. *MJA* 2009; 190 (11): 121-124.
35. NSW Health: Implementation toolkit - Standard key principles for clinical handover, September 2009.
36. Arora V, Johnson J: A model for building a standardized hand-off protocol. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32 (11): 647-655.
37. Nagpal K, Arora S, Abboudi M, et al: Postoperative handover. Problems, pitfalls, and prevention of error. *Ann Surg* 2010; 252 (1): 1-6.
38. Poletti P: La cultura della sicurezza. Approcci, metodi e strumenti. *Care* 2011; 4: 16-24.
39. Johnson JK, Barach P, Patient care handovers: what will it take to ensure quality and safety during times of transition? *Med J Aust* 2009; 190 (11) 110-112.
40. Jeffcott SA, Ibrahim JE, Cameron PA: Resilience in healthcare and clinical handover. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 256-260.
41. Kassean HK, Jagoo ZB: Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover - a case study from Mauritius. *BMC Nursing* 2005; 4: 1.
42. Iedema R, Ball C, Daly B, et al: Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'IMIST-AMBO'. *BMJ Qual Saf* 2012; 21 (8): 627-633.
43. Bray-Hall S, Schmidt K, Aagaard E: Toward safe hospital discharge: a transitions in care curriculum for medical students. *J Gen Intern Med* 2010; 25 (8): 878-881.