

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-2012-001178 Published 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 proposti alcuni schemi tratti dalla letteratura (allegati 1 e 2) ed uno schema di valutazione (allegato 3). Gli strumenti per il supporto del processo del passaggio di consegne fra equipe clinico-assistenziali adottate nelle strutture e per le 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, fra gli strumenti proposti per la strutturazione del passaggio di consegne, ad oggi sono proposti dal centro GRC 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 emocultura
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'emocultura. 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 Pediatrics 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?	Sistemi di segnalazione e apprendimento	Monitoraggio continuo	GRC aziendale
% passaggio di consegne che coinvolgono i pazienti o i familiari	Intervista e/o questionario	Mensilmente	Gruppo di lavoro

Area 1	Standard	Pratica per la sicurezza del paziente	Ambito di applicazione
Attività clinica e assistenziale	Prevenzione delle infezioni	Prevenzione Polmonite Associata a Ventilazione Meccanica (VAP)	TI e altri setting assistenziali tra trattano pazienti in Ventilazione Meccanica (VM)

Razionale

Le Polmoniti Associate alla Ventilazione Meccanica (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) sono definite come quelle polmoniti che esordiscono dopo 48-72 ore dall'intubazione. Dal rapporto GIVITI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) del 2010 risulta che il 70% circa dei pazienti ricoverati nelle UTI viene sottoposto a ventilazione meccanica. Il meccanismo patogenetico della VAP è legato alla presenza del tubo orotracheale che riduce le difese naturali delle vie aeree superiori e favorisce la formazione di un biofilm, con conseguente aumento della carica batterica: la colonizzazione del tratto aerodigestivo e la contaminazione dei dispositivi e del circuito collegati alla via aerea artificiale sono i principali meccanismi patogenetici.

La microaspirazione e l'inalazione sono le vie di trasmissione più frequentemente implicate nello sviluppo delle VAP. L'incidenza delle VAP in Italia nel 2010 è stata di 9.3 casi x 1000 giornate di ventilazione meccanica ed il dato è sovrapponibile a quello delle UTI Toscane: 9.5 casi x 1000 giornate di ventilazione meccanica. Le VAP sono tra le infezioni più comuni nei pazienti degenti nelle UTI e si associano ad elevata morbilità e mortalità: la VAP determina un prolungamento del tempo di ventilazione, della durata della degenza in UTI e della durata complessiva della degenza. La mortalità attribuibile alla VAP varia dal 33% al 50%: in Italia, sempre nel 2010, la mortalità nelle UTI Polivalenti nei pazienti con VAP è stata quasi doppia rispetto ai pazienti che non la contraggono (29,8% vs 17,9%) mentre la durata mediana della degenza è più che decuplicata nei pazienti con VAP (23 gg vs 2 gg). Secondo la letteratura statunitense i costi aggiuntivi si aggirano sui 40.000 \$ per episodio di VAP. La prevenzione delle VAP è stata identificata come un'area prioritaria di sorveglianza e intervento sulla base delle indicazioni della letteratura internazionale.

Particolare attenzione viene rivolta al più recente approccio per facilitare l'attuazione di quelle misure di prevenzione conosciuto come "pacchetti" o bundles di cura. **Il bundle è un insieme piccolo (in genere 3 – 5 interventi), semplice (logica del fatto o non fatto) di interventi essenziali estratti dalle Linee Guida internazionali più autorevoli che, se attuati collettivamente e in modo coscienzioso, dovrebbero determinare un risultato migliore rispetto all'attuazione dei singoli interventi.** L'obiettivo dell'adozione di un bundle è di aiutare gli operatori sanitari a migliorare l'erogazione di interventi sanitari essenziali in modo coordinato, consentendo di aumentare sicurezza, efficacia ed efficienza. In particolare, alcuni elementi del processo di gestione del paziente sottoposto a ventilazione meccanica per oltre 72 ore vengono considerate determinanti di maggior rilievo nell'insorgenza delle VAP e sono state incluse nel Bundle della Regione Toscana:

- aspirazione sottoglottica delle secrezioni nei pazienti con durata prevista della ventilazione meccanica > 72 ore;
- igiene giornaliera del cavo orale con clorexidina (concentrazione pari a 0,12% 0,2 %, oppure 2% in via sperimentale);
- oppure (in via sperimentale) igiene del cavo orale con collutorio senza clorexidina abbinata ad decontaminazione selettiva del cavo orale (gel di polimyxina E 2%, tobramicina 2% e nistatina 2%) e del tratto digestivo (sospensione di polymixina E 10 mg/mL, tobramicina 8 mg/mL e Nistatina 50 mg/mL) 10 ml di sospensione nel SNG ogni 6 h, 10 ml di gel spalmato nel cavo orofaringeo ogni 6 h. La SDD viene interrotta quando la nutrizione enterale è a regime;
- posizione testa tronco tra 30° e 45°;
- sospensione giornaliera della sedazione e valutazione possibilità inizio svezzamento.

Assieme a queste pratiche si sottolinea come la corretta esecuzione della procedura di igiene delle mani degli operatori sanitari sia essenziale per la prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali in generale (vedi Pratica per la Sicurezza del Paziente sull'igiene delle mani).

Requisiti minimi

- Per ogni paziente sottoposto a ventilazione meccanica invasiva:
 - Esiste una scheda specifica per la gestione e il monitoraggio o uno spazio dedicato in cartella clinica;
 - Esiste una procedura condivisa con gli operatori (medici e infermieri) e periodicamente rivalutata e aggiornata per l'applicazione delle principali raccomandazioni;
- In ogni scheda di monitoraggio devono essere documentate le seguenti informazioni:
 - Data, nome o sigla del medico che ha posizionato, sostituito o tolto il Tubo Endo Tracheale (TET);
 - Il tipo di TET posizionato o sostituito;
 - Attuazione giornaliera degli interventi compresi nel Bundle o indicazione delle motivazioni/controindicazioni per la mancata attuazione;
 - Data dell' eventuale insorgenza di VAP (sospetta, probabile o certa).

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

La Direzione delle Struttura Complessa o del Dipartimento documenta l'applicazione delle seguenti misure:

- formazione degli operatori coinvolti nell'assistenza delle persone sottoposte a ventilazione meccanica (è ammessa sia formazione in aula sia on the job);
- disponibilità dei presidi e dispositivi necessari alla prevenzione delle VAP;
- attività di sorveglianza delle VAP (vedi indicatori), secondo indicazioni di (o in collaborazione con) programmi nazionali o regionali;
- monitoraggio semestrale dell'adesione al bundle da cartella clinica (vedi indicatori);
- comunicazione e condivisione a livello di singola unità dei risultati ottenuti in materia di prevenzione e controllo delle infezioni

Il responsabile del reparto dimostra:

- costituisce un gruppo multidisciplinare interno al reparto responsabile dell'implementazione del bundle e dell'avvio di progetti di miglioramento con la logica del Plan Do Study Act (PDSA) per aumentare il livello di adesione al bundle;
- dimostra che il personale medico e infermieristico che pratica il posizionamento e/o la gestione del TET e assiste le persone sottoposte a ventilazione meccanica per oltre 72 ore applica le misure incluse nel bundle.

3. Valutazione

- presenza di scheda di monitoraggio, o sezione specifica della documentazione clinica per ogni paziente sottoposto a ventilazione meccanica;
- presenza in reparto della procedura specifica;
- documentazione in reparto (da scheda di monitoraggio) del livello di adesione al bundle aggiornato semestralmente;
- documentazione in Azienda del livello di adesione alle raccomandazioni del bundle per la formazione e la sorveglianza.

Titolo	Indicatori	Numeratore ¹	Denominatore	Fonte	Standard
Adesione al Bundle	% di pazienti ventilati per oltre 72 ore con adesione al bundle	pazienti ventilati per oltre 72 ore con adesione al bundle	pazienti ventilati per oltre 72 ore nel giorno in studio	Monitoraggio Interno	Raccolta del dato
Incidenza di VAP	Numero di casi di VAP in un anno per 1.000 giorni di ventilazione meccanica	nuovi casi di VAP	giornate di ventilazione meccanica	Prosafes (per le UTI) Monitoraggio interno (per altri setting assistenziali)	

¹ I dati necessari per tutti i numeratori si intendono riferiti ad almeno 1 osservazione/die.

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

- Gruppo di Lavoro del progetto CORIST-TI (Terapie Intensive). Polmonite acquisita in ospedale (HAP) e Polmonite da ventilazione assistita (VAP): Documento di Consenso regionale. N. 52; Nov 2010.
- American Toracic Society Documents. Guidelines for the management of adult with hospital-acquired, ventilator-associated and healthcare-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2005, 171:388.
- Masterton RG et al. Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia in the UK: report of the working party on hospital-acquired pneumonia of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. J Antimicrobial Chemotherapy 2008, 62:5.
- Muscedere J et al. Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for VAP: Prevention. J Critical Care 2008, 23:126, 138-147.
- Tablan OC, Anderson L.J, Besser R, Bridges C, Hajjeh R, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, Center for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing health-care-associated-pneumonia, 2003: Recommendations of the CDC and the Health-Care Infection Control. MMWR Recomm Rep 2004;53(RR-3):1-36.
- Rello J, Lode H, Cornaglia G, Masterton R, The VAP Care Bundle Contributors. A european care bundle for prevention of VAP. Intensive Care Med 18 marzo 2010.
- Coffin SE et al. Supplement article: SHEA/IDSA Practice Recommendation. Strategies to prevent VAP in acute care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29:S31-S40.
- S A R I working group (Strategy for the Control Antimicrobial Resistance in Ireland). Guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia in adults in Ireland. Published on behalf of SARI by HSE Health Protection Surveillance Centre. Feb 2011.
- Alp E, Kalin G, Coskun R, Sungur M, Guven M, Doganay M. Economic burden of ventilator-associated pneumonia in a developing country. J. Hosp. Infect. 2012 Giu;81(2):128-30.

Questa proposta nasce dalle esperienze condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana nell'ambito del progetto CORIST-TI e dal Dipartimento delle Terapie Intensive dell'ASL 10 di Firenze.