

**Piano per la prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione della pratica dell'Handover tra ospedale e territorio: applicazione di strumenti per l'integrazione e l'interazione tra ospedale e territorio.**

## Sommario

1. Premessa .....	2
2. Scopo .....	3
3. Ambiti di applicazione.....	4
3.1 Pazienti.....	4
3.2 Luoghi .....	5
3.3 Destinatari .....	5
4. I metodi per una comunicazione sicura ed efficace.....	5
4.1 Requisiti per un buon passaggio di consegne .....	6
4.2 Strumenti.....	7
5. Azioni .....	10
5.1 Istituzione di un tavolo tecnico .....	10
5.2 Assicurare l'applicazione delle linee di indirizzo per la promozione della pratica dell'Handover tra ospedale e territorio .....	11
5.3 Le fasi di attuazione del piano .....	11
5.4 Monitoraggio dell'implementazione del Piano per la prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione della pratica dell'Handover tra ospedale e territorio.....	12
6. Formazione .....	12

## 1. Premessa

Ogni giorno, in tutti i contesti sanitari, i trasferimenti dei pazienti fra diversi setting sono molto frequenti e il passaggio di consegne è una parte integrante dell'assistenza. In medicina, infatti, la consegna clinica o handover indica il passaggio di informazioni riguardanti un paziente sia al cambio turno che nel momento del trasferimento in altra unità operativa, in un altro ospedale o nella transizione all'assistenza domiciliare, così come in dimissione, quando l'assistenza viene delegata da un professionista ad un altro.

Il passaggio di consegne rappresenta uno dei momenti critici dell'assistenza: il rapporto tra professionista e paziente viene interrotto e quest'ultimo viene lasciato in carico ad un altro professionista o ad un gruppo di professionisti che potrebbero non ricevere le informazioni essenziali, necessarie per poter continuare ad offrire cure sicure e di qualità. Spesso, infatti, l'handover viene effettuato in momenti di grande attività, in tempi brevi e in un ambiente in cui sono presenti distrazioni. In particolare, i trasferimenti dal contesto ospedaliero a quello territoriale, e viceversa, sempre più frequenti, sono spesso caratterizzati da una comunicazione ritardata e non accurata.

Se le informazioni clinicamente rilevanti non sono condivise in modo accurato e tempestivo, si possono verificare, tra l'altro, eventi avversi, ritardi nel trattamento e nella diagnosi, trattamento inappropriato e/o omissione di cure.

Allo scopo di assicurare la continuità della cura e la sicurezza, le informazioni comunicate nel passaggio da un setting all'altro devono essere complete, accurate e dettagliate per garantire l'immediata presa in carico del paziente e la prosecuzione dell'assistenza.

I problemi di comunicazione clinica sono fattori che contribuiscono nel 70% dei casi al verificarsi di eventi sentinella con un aumento del rischio di eventi avversi.

Uno studio retrospettivo della Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) sugli eventi sentinella verificatisi nell'arco di 15 anni, ha stimato che su 4.800 eventi analizzati la comunicazione tra i sanitari ha rivestito un ruolo primario nel verificarsi di errori, in particolare nell'handover.

Gli errori si sono verificati nell'80% degli eventi avversi prevenibili con grave danno al paziente.

Sulla base delle raccomandazioni emanate dal *Sentinel Event Advisory Group*, la JCAHO ha stabilito, quale obiettivo prioritario per la sicurezza dei pazienti, il miglioramento della comunicazione tra i caregivers. In particolare, le caratteristiche ritenute essenziali per una comunicazione efficace sono: tempestività, accuratezza, non ambiguità e comprensibilità per i destinatari.

Considerando che la comunicazione inefficace porta al verificarsi di un numero elevato di errori a discapito dell'utente, devono essere adottate opportune strategie (individuare i processi assistenziali rimasti incompleti e cogliere precocemente eventuali errori) con l'obiettivo di migliorare la comunicazione tra operatori impegnati nei passaggi tra ospedale e territorio per assicurare la sicurezza dei pazienti.

Il Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024, su questi presupposti, ha previsto tra le azioni strategiche per la prevenzione degli errori di comunicazione la promozione di protocolli e procedure operative tra i professionisti durante la transizione dell'assistenza, mirate a perseguire il miglioramento della comunicazione tra professionisti, la riduzione dei ritardi e delle interruzioni di percorso terapeutico.

## 2. Scopo

La programmazione integrata sanitaria e sociale regionale ha tra le principali finalità la presa in carico globale della persona che necessita di un percorso di cura, riabilitazione o assistenza a seguito di un evento acuto o di una situazione di multiborbilità o cronicità. La continuità tra gli interventi erogati in ospedale e sul territorio, nella fase post acuta della malattia, come nella fase di riacutizzazione di una patologia cronica, o in presenza di difficoltà correlate alla situazione socio-familiare della persona, è l'obiettivo verso il quale devono convergere tutte le azioni pianificate dai vari professionisti che operano nei diversi ambiti. A tal proposito è fondamentale l'adozione di modalità operative omogenee e condivise di intervento nelle fasi di passaggio tra i vari setting della rete clinico-assistenziale e la definizione di livelli di comunicazione professionale strutturati che rispondono alla necessità, sempre più diffusa, di rafforzare il processo di handover nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio e viceversa. A tal fine dovranno essere elaborati strumenti di intervento dedicati, sia a supporto delle dimissioni dall'ospedale sia per la selezione e l'indirizzo di alcune tipologie di ricoveri dal territorio, definendo modalità omogenee di

valutazione che assicurino l'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale e che contribuiscano ad identificare la graduazione della complessità assistenziale richiesta.

Ciò premesso, il presente piano ha l'obiettivo di individuare le tappe del percorso volto a migliorare e rafforzare il processo di handover nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio attraverso la promozione di opportuni strumenti di prevenzione degli errori di comunicazione:

- identificando un set specifico di informazioni, per ogni area a rischio, in modo da supportare e assicurare la continuazione delle cure e un passaggio di setting sicuro;
- individuando un metodo di comunicazione, applicabile nei passaggi di assistenza tra ospedale e territorio, strutturato per condurre una consegna clinica chiara, completa e centrata sul paziente, capace di:
  - fornire informazioni mirate;
  - migliorare la sicurezza e la qualità delle cure offerte al paziente;
  - ridurre e, ove possibile, evitare il verificarsi di eventi avversi.

Il presente documento è propedeutico all'attivazione di procedure operative e di protocolli aziendali di handover per stabilire canali di comunicazione chiari tra i professionisti coinvolti nella transizione dell'assistenza e all'individuazione degli indicatori che consentiranno di monitorare, misurare e di conseguenza migliorare:

- il ritardo o l'interruzione del percorso terapeutico;
- gli incontri interdisciplinari e interprofessionali;
- i ricoveri ripetuti.

### **3. Ambiti di applicazione**

#### **3.1 Pazienti**

Il presente piano riguarda tutti i pazienti e cittadini che, nell'iter assistenziale e di cura, necessitano del trasferimento tra diversi setting, in particolare dall'ospedale al territorio o ad altri setting di cura e viceversa. Richiedono maggiore attenzione i pazienti che:

- vengono trasportati nelle strutture sanitarie con mezzi del Sistema di emergenza territoriale 118 o con mezzi di operatori pubblici e privati autorizzati al trasporto di malati;
- presentano patologie croniche o inabilitanti o comorbidità gravi;

- vengono inviati a strutture sanitarie complesse, trasferiti in RSA o lungodegenze.

### **3.2 Luoghi**

Gli errori di comunicazione durante la transizione dell'assistenza possono verificarsi sia in ambito ospedaliero che territoriale. In tali casi il rischio di errori nel passaggio di consegne può essere maggiore laddove la comunicazione non avvenga nella modalità scritta e orale contemporaneamente e le informazioni non siano accurate ed efficaci.

I setting maggiormente a rischio sono:

- tutti i setting territoriali, siano essi residenziali che domiciliari;
- le UO di degenza.

### **3.3 Destinatari**

Il piano che sarà adottato coinvolgerà, secondo lo schema sotto riportato, le seguenti figure:

- ✓ le Direzioni sanitarie di Presidio Ospedaliero e Area territoriale;
- ✓ UU.OO ospedaliere e territoriali;
- ✓ la Centrale operativa territoriali (COT);
- ✓ i PASS – Punti di accesso unitario dei servizi sanitari;
- ✓ i PUA – Punto Unico di accesso;
- ✓ i SUA – Sportello unico di accesso;
- ✓ le organizzazioni di volontariato e tutti gli operatori coinvolti nel trasporto pubblico e privato di pazienti in ambito ospedaliero ed extraospedaliero;
- ✓ le strutture private accreditate eventualmente coinvolte nei processi di assistenza in lungodegenza e RSA;
- ✓ il domicilio del paziente.

## **4. I metodi per una comunicazione sicura ed efficace**

Il miglioramento e la standardizzazione del passaggio di consegne sono fondamentali per implementare l'efficienza, la sicurezza e il buon esito delle cure. È necessario, allora, definire principi di base comuni adattati ai vari setting, territoriali e ospedaliero, adottare un metodo standardizzato per effettuare l'handover che preveda il passaggio di consegne sia scritto che verbale. L'handover sicuro, accurato ed efficace avviene

attraverso l'impiego di schemi comunicativi standard e condivisi da tutti i professionisti impegnati a garantire un'assistenza di qualità al paziente (5P, Pass the BATON, ISOBAR, ISBAR, SBAR, ...). Tali strumenti sono adattabili alle diverse realtà e setting di cura, ospedaliero come territoriale, con il coinvolgimento dei professionisti di volta in volta interessati.

#### **4.1 Requisiti per un buon passaggio di consegne**

Per essere efficace e accurato il passaggio di consegne deve:

- essere effettuato, in tutte le occasioni possibili, di persona, in modalità scritta e verbale, utilizzando la documentazione pertinente, accurata e aggiornata;
- utilizzando gli strumenti che di seguito saranno introdotti, adattandoli al contesto clinico, al fine di svolgere una consegna strutturata e completa;
- effettuare il passaggio di consegne, tra un turno e l'altro nei tempi previsti, senza lasciare domande in sospeso, in un luogo opportuno, in modo che tutti gli operatori coinvolti siano consapevoli del proprio ruolo e responsabilità;
- includere il paziente, ogni volta che sia possibile, nel passaggio di consegne, considerando prioritari i pazienti in base alla gravità e al rischio clinico;
- coinvolgere, quando possibile e appropriato, anche i caregiver.

Per migliorare il momento del passaggio di consegne tra operatori, occorre un forte *commitment* da parte di tutti gli stakeholder coinvolti. In particolare è necessario:

- sviluppare e implementare il sistema organizzativo per la consegna clinica con protocolli e strumenti condivisi;
- avviare un progetto di miglioramento continuo della qualità, utilizzando una metodologia rigorosa che parta dall'analisi della situazione in essere e introduca delle modifiche all'operatività quotidiana per assicurare maggiore efficacia, sicurezza ed efficienza all'handover;
- mettere in atto strategie organizzative per limitare le interruzioni di comunicazione durante il momento delle consegne;

- prevedere, nella turnistica del personale coinvolto, un tempo di sovrapposizione adeguato per lo svolgimento dell'handover;
- se il passaggio di consegne avviene dall'ospedale al territorio e viceversa, i professionisti responsabili di quel paziente devono essere identificati e disponibili a partecipare alla consegna clinica dei pazienti.

In quest'ottica, i professionisti riuniti nel Tavolo tecnico regionale, di cui si dirà, dovranno operare per individuare i giusti set di informazioni necessari per garantire un'accurata e tempestiva consegna, finalizzata all'immediata presa in carico del paziente.

#### 4.2 Strumenti

Gli strumenti che possono essere utilizzati per un efficace e accurato passaggio di consegne sono i seguenti:

##### a) Le 5P

Questo strumento di consegna individua le seguenti componenti fondamentali:

- 1) P: Paziente (nome, età, sesso, locazione);
- 2) P: Pianificazione (diagnosi, trattamento, piano, prossime fasi);
- 3) P: Purpose (scopo - rationale della cura);
- 4) P: Problemi;
- 5) P: Precauzioni.

##### b) Pass the BATON

L'approccio "I pass the baton" prevede le fasi riportate nella tabella seguente:

Schema approccio "I PASS the BATON"		
I	presentazione	Le persone coinvolte si presentano
P	paziente	Nome, codice, età, sesso, 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	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 intraprese 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? previsioni? Qual è il piano contingente

### c) SBAR

Questa tecnica, centrata sui problemi e non sulle persone, 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.

Il metodo 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:** informazioni pertinenti oggettive e soggettive cosa hai trovato, cosa pensi;
- **Raccomandazioni:** cosa vuoi che venga fatto.

Una specificazione delle voci, a livello esemplificativo, è la seguente:

<b>S</b> Situazione	- riferisci: il tuo nome e unità operativa - chiamo per: nome del paziente, - il problema: il motivo per cui chiamo è...
	- data e diagnosi di entrata

<b>B</b> Background	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dati anamnestici essenziali</li> <li>- sintesi trattamento fino al momento attuale</li> <li>- drenaggi/cateteri</li> </ul>
<b>A</b> Assessment/accertamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dati parametri vitali</li> <li>- stato mentale</li> <li>- dolore</li> <li>- cambiamenti neurologici</li> </ul>
<b>R</b> Raccomandazioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- esami?</li> <li>- trasferire il paziente?</li> <li>- cambiare trattamento?</li> <li>- venire a vedere il paziente?</li> <li>- parlare alla famiglia ed al paziente su...?</li> <li>- una consulenza?</li> <li>- se viene proposto un cambiamento nella terapia chiedi: “con quale frequenza?”</li> <li>- se non vi sono cambiamenti chiedi “quando devo richiamare?”</li> </ul>

**d) ISBAR** (Identify, Background, Assessment, Recommendation) individua le seguenti componenti:

- i. Introduzione
- ii. Situazione (problema attuale)
- iii. Background (breve, mirato)
- iv. Accertamento (cosa hai trovato)
- v. Raccomandazioni/richiesta

**e) ISOBAR** (Identification of patient, Situation, Background History, Action Plan, Risk Management), quale variazione ulteriore, prevede le seguenti fasi:

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

B = Background e storia

A = Accertamento e azioni

R = Responsabilità e risk management

Tra i predetti strumenti sarà effettuata una valutazione sulla metodologia più appropriata in relazione ai vari setting a cui ci si riferisce.

## **5. Azioni**

### **5.1 Istituzione di un tavolo tecnico**

Al fine di dare seguito alle attività del presente piano è opportuno procedere all'istituzione di un Tavolo tecnico regionale coordinato dal Centro regionale per il risk management con la funzione di:

- definire le linee di indirizzo regionali per l'applicazione di strumenti per l'integrazione e l'interazione tra ospedale e territorio;
- definire il set di informazioni necessarie per garantire un passaggio di assistenza sicuro tra ospedale e territorio (per ogni setting ospedaliero un set di informazioni specifiche);
- individuare un setting di riferimento per il passaggio di consegne tra ospedale e territorio in cui attivare la sperimentazione (durata di un anno);
- definire, elaborare e illustrare un set di indicatori appropriati a misurare l'implementazione dello strumento e garantirne il monitoraggio;

Il Tavolo tecnico dovrà essere istituito prevedendo la partecipazione delle seguenti figure professionali:

- medico di distretto;
- medico in rappresentanza della componente clinica ospedaliera (uno per l'area dell'emergenza-urgenza, uno per le degenze);
- infermiere in rappresentanza della componente ospedaliera (uno per l'area dell'emergenza-urgenza, uno per le degenze);
- MMG in rappresentanza della componente clinica territoriale;
- medico di continuità assistenziale;
- infermiere coinvolto nella gestione dell'assistenza territoriale;
- infermiere coinvolto nei percorsi assistenziali trasversali e nelle transizioni;

- referente della COT;
- farmacista;
- risk manager in rappresentanza delle aziende.

## **5.2 Assicurare l'applicazione delle linee di indirizzo per la promozione della pratica dell'Handover tra ospedale e territorio**

Per consentire l'applicazione delle linee di indirizzo sarà opportuno procedere alla:

- condivisione degli strumenti con professionisti e operatori coinvolti per favorire una maggiore compliance;
- formazione e addestramento del personale interessato dal corretto utilizzo del sistema di comunicazione per garantire sicurezza ai pazienti e agli operatori stessi.

## **5.3 Le fasi di attuazione del piano**

### **Fase 1 - Sperimentazione**

La prima fase di attuazione del piano consisterà nell'avvio della sperimentazione, per verificare eventuali criticità e possibilità di miglioramento prima della messa in atto definitiva del piano. A questa fase prenderà parte la COT in sperimentazione della ASL Cagliari, del Distretto Area Vasta. La durata prevista di questa fase è di 6 mesi. Il Tavolo tecnico individuerà le modalità di attuazione e verificherà, attraverso gli indicatori, i risultati del monitoraggio.

### **Fase 2 - Analisi**

In seguito alla conclusione della sperimentazione verrà effettuata una verifica dell'andamento della stessa, attraverso la raccolta dei feedback dei partecipanti, l'analisi dei dati rilevati e delle criticità riscontrate e l'apporto di azioni correttive e di miglioramento. La durata prevista di questa fase è di 30 giorni.

### **Fase 3 – Formazione**

I referenti del presente piano prenderanno parte ad attività di formazione volte a fornire le competenze necessarie all'attuazione e applicazione degli strumenti.

### **Fase 4 – Attuazione**

La fase successiva prevede l'applicazione del piano presso tutte le COT e strutture coinvolte nel passaggio assistenziale tra ospedale e territorio.

### **Fase 5 – Monitoraggio**

Il monitoraggio sarà attivo durante la fase di attuazione del piano, con lo scopo di verificare la partecipazione, di controllare la quantità e qualità dei dati raccolti e di individuare e correggere eventuali ulteriori criticità.

#### **5.4 Monitoraggio dell'implementazione del Piano per la prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione della pratica dell'Handover tra ospedale e territorio**

All'esito della sperimentazione, in relazione ai risultati della stessa e alla stesura del documento definitivo, il Piano sarà applicato gradualmente in tutti i setting interessati e sarà attivato il relativo monitoraggio.

## **6. Formazione**

È importante promuovere una nuova cultura della presa in carico del paziente per assicurare la continuità e la sicurezza della cura nei diversi passaggi di setting, tra ospedale e territorio. In quest'ottica è fondamentale la sensibilizzazione e la formazione degli operatori.

Nella progettazione dei percorsi formativi dovranno essere inseriti strumenti innovativi a supporto della didattica tradizionale, con ampi spazi dedicati alla simulazione, favorendo la metodologia di apprendimento pratico (learning by doing) a carattere multidisciplinare e multiprofessionale.