

Contesto sulla raccomandazione per la identificazione e gestione dei risultati critici nei laboratorio clinici

Giulio Toccafondi

Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente

Regione Toscana

<http://www.regione.toscana.it/centro-gestione-rischio-clinico>



Impegno politico e delle leadership
per politiche che incoraggino e
rendano possibile il miglioramento
della sicurezza

Cambio di paradigma: prevedere
uno spazio sicuro per segnalare

Misure di performance:
benchmarking, sviluppo di indicatori

Il movimento Patient safety: chiama
ad urgenti azioni i governi

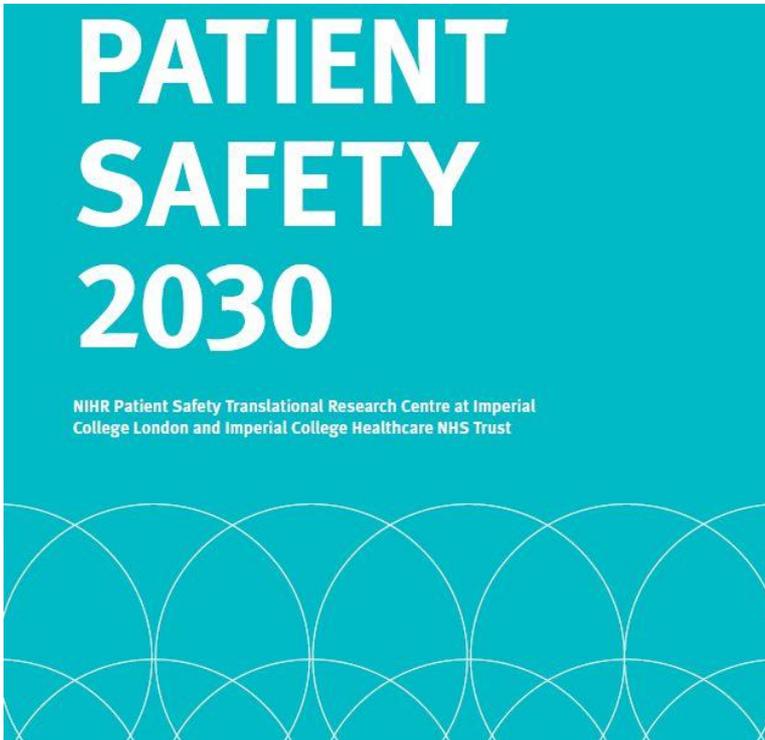
WHO, Londra, 2016

PATIENT SAFETY 2030

NIHR Patient Safety Translational Research Centre at Imperial
College London and Imperial College Healthcare NHS Trust



Verso il 2030



La sicurezza del paziente è efficace nell'abbassare i costi riducendo la durata dei ricoveri causa di errori nella cura e ha la potenzialità di far risparmiare milioni di dollari ogni anno.

 Editorial

Patient safety is not a luxury

The Lancet

Patient Safety Takes the Front Seat

Second Global Ministerial Summit on Patient Safety in Bonn on 29/30 March 2017

Enfasi continua sull'approccio sistemico per migliorare la sicurezza

Valutare la performance ma capire che la portata delle sfide deve essere sia nazionale che internazionale

Apprendimento reciproco – condividere le pratiche migliori

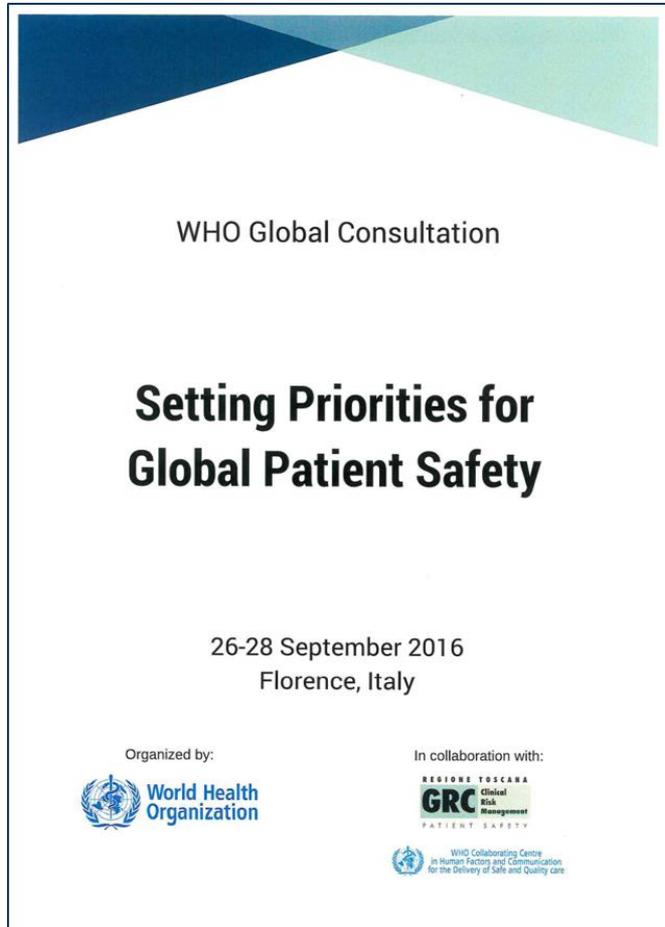
WHO Annual Patient Safety Day



NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE

Victor J Dzau, MD

Sicurezza come driver di cambiamento



- Contestualizzare le pratiche per la sicurezza del paziente (raccomandate ed evidence based) in base alle priorità ed alle caratteristiche locali
- Il cambiamento verso organizzazioni più affidabili passa per coinvolgimento attivo dei pazienti e dei loro rappresentanti nelle decisioni sui trattamenti e le priorità per la ricerca e l'organizzazione
- La formazione e la valutazione della performance mediante simulazione sono fondamentali
- Formare alle abilità di comunicazione e lavoro in team
- I sistemi di reporting and learning degli incidenti focalizzati sui near miss
- La certificazione dei professionisti impegnati per la sicurezza dei pazienti



EDITORIALS

Italy recognises patient safety as a fundamental right

A new law takes a bold step towards enhancing patient safety

Tommaso Bellandi *deputy director*¹, Riccardo Tartaglia *director*¹, Aziz Sheikh *professor of primary care research and development*² *co-director*², Liam Donaldson *professor of public health*³

¹Centre for Clinical Risk Management and Patient Safety, Florence, Italy; ²Centre of Medical Informatics, Usher Institute of Population Health and Informatics, University of Edinburgh, UK; ³London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

Sicurezza delle cure e diritto alla salute

«Art.1 comma1...La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell' interesse dell' individuo e della collettività...»

Ps diritto
fondamentale

Art.32 Costituzione

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Codice deontologico Ordine dei Medici

Art. 14 - Sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso **la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.**

Il medico al tal fine deve utilizzare tutti gli strumenti disponibili per comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione; tali strumenti costituiscono **esclusiva riflessione tecnico-professionale, riservata,** volta alla identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti.



Il Codice deontologico dell'infermiere
approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009

Articolo 29

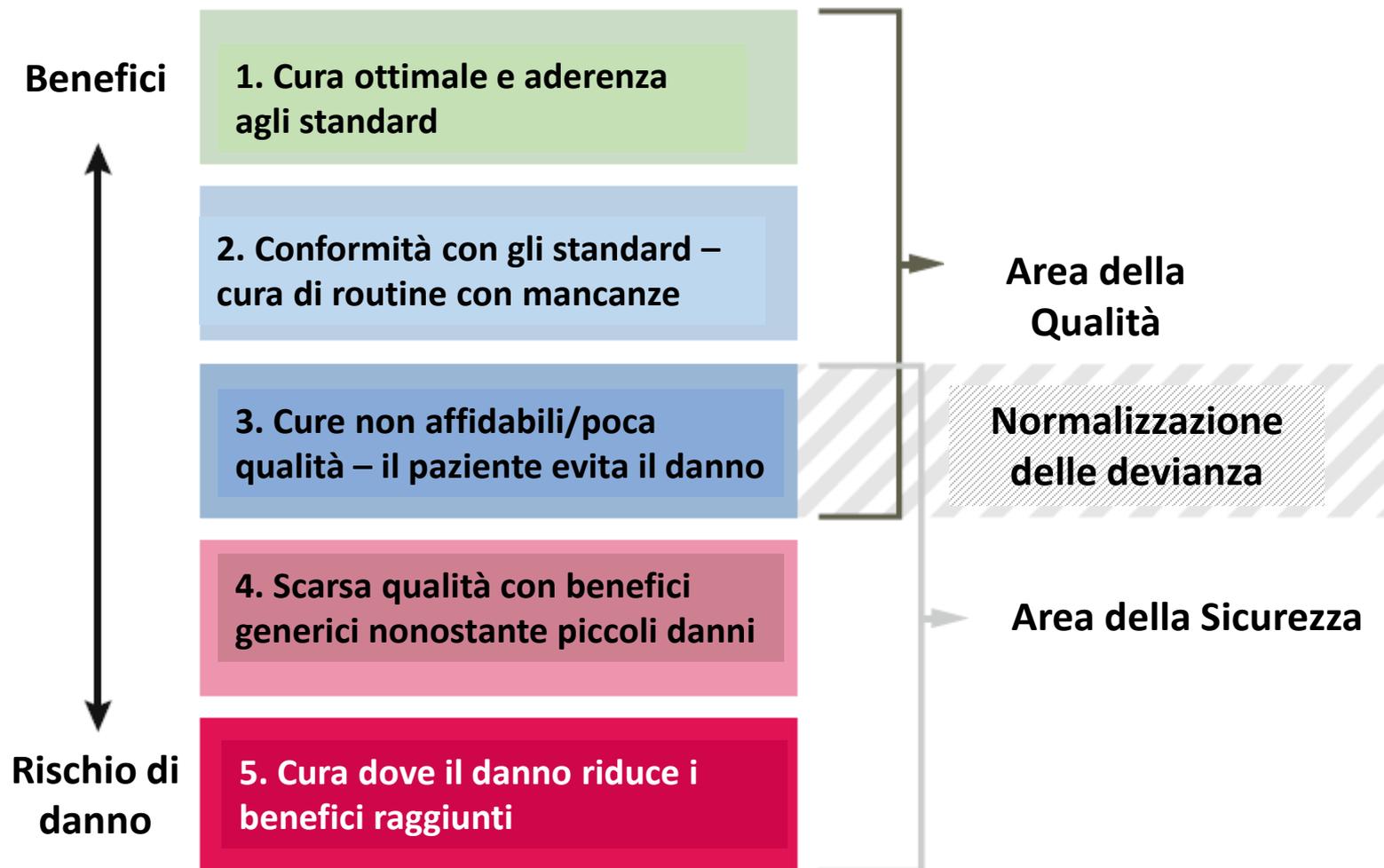
L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Sistemi di segnalazione e apprendimento per dare una memoria all'organizzazione

Art. 16 «I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari».

Legge 24, Gelli-Bianco, 2017

5 livelli di cura



Eventi Sentinella e Comunicazione

Cause più frequenti di Eventi Sentinella



2012 (N=901)	2013 (N=887)	2014 (N=764)
Fattore Umano, 614	Fattore Umano, 635	Fattore Umano, 547
Leadership, 557	Comunicazione, 563	Leadership, 517
Comunicazione, 532	Leadership, 547	Comunicazione, 489

Cause di **ritardata diagnosi** (con esiti fatali o danno funzionale permanente)

Da 2004 al 2014 (N=971) causa predominante associata all'evento
Comunicazione 787
Valutazione 753
Fattore umano 701

Handover= informazioni + responsabilità

Il passaggio di consegne è il trasferimento **di informazioni e di responsabilità** per alcuni aspetti o per l'intero processo di cura del paziente, 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 M. et al 2008)

Nel sistema sanitario molti professionisti si prendono cura dello stesso paziente lungo il percorso di cura. Il trasferimento del paziente è un momento delicato per la sicurezza del paziente: **informazioni cruciali possono essere perse, distorte o mal interpretate**

Passaggio di consegne non ottimale o incompleto

in 49 casi su 158 (31%) I medici riportano che durante la guardia notturna è successo qualcosa a cui il passaggio di consegne non li aveva preparati e che la loro percezione della situazione era stata fortemente influenzata dalle informazioni ricevute

Borowitz, 2008

1876 su 6942 prescrizioni nella cartella paziente contengono **discrepanze** con la documentazione di dimissione (in maggioranza omissioni)

Arora, 2007

Il Problema...

Nel 2010 una revisione retrospettiva (36 mesi) delle segnalazioni del sistema di Incident Reporting di un ospedale britannico ha rilevato **334 eventi avversi legati al passaggio di consegne**, di questi il **45% era frutto di un Handover incompleto** e il **29% di un mancato passaggio di consegne**.

(2010 Pezzolesi et Al.)

Una soluzione...

Su **1255 ricoveri** di pazienti osservati (642 prima dell'intervento e 613 dopo), **dopo l'inserimento del "bundle" di attività riguardanti l'Handover** gli **errori** sono **diminuiti dal 33,8% al 18,3%** e gli **eventi avversi prevenibili** sono **diminuiti dal 3,3% al 1,5%**.

(Starmer, 2013)

Original Investigation

Rates of Medical Errors and Preventable Adverse Events Among Hospitalized Children Following Implementation of a Resident Handoff Bundle

Amy J. Starmer, MD, MPH; Theodore C. Sectish, MD; Dennis W. Simon, MD; Carol Keohane, RN; Maireade E. McSweeney, MD, MPH; Erica Y. Chung, MD; Catherine S. Yoon, MS; Stuart R. Lipsitz, PhD; Ari J. Wassner, MD; Marvin B. Harper, MD; Christopher P. Landrigan, MD, MPH

JAMA (Online) nov 2013

Intervento formativo di 2 ore

Pratiche per l'handover scritto e verbale

Passaggio di consegne integrato (medico-infermieristico)

Supporto di strumenti informatici

Acronimo standard per memorizzare la sequenza

Organizzare l'handover in uno spazio tranquillo senza interruzioni

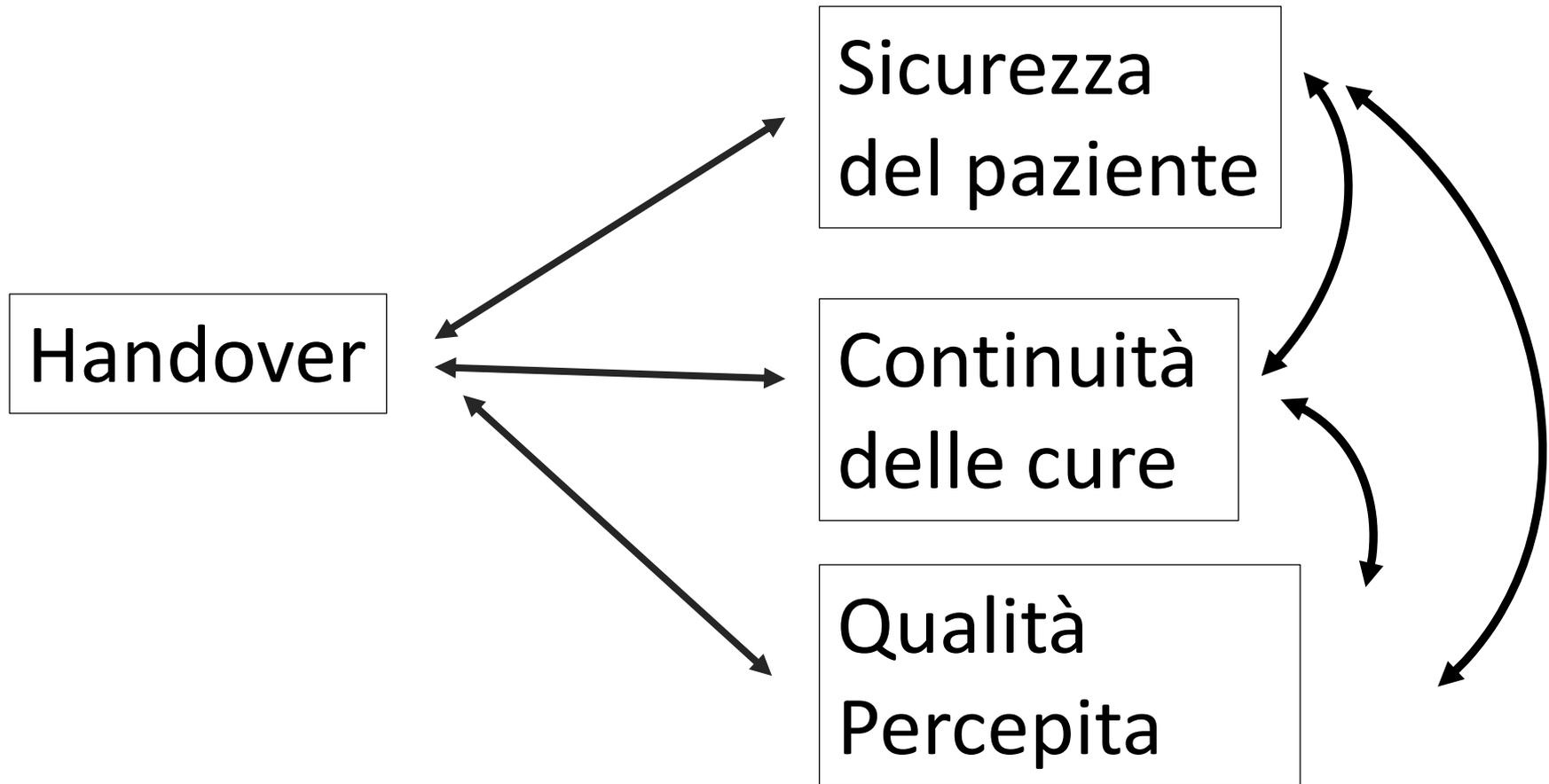
Supervisione periodica

Handover e sicurezza del paziente

	Before vs After Intervention, Unit 1 ^a			Before vs After Intervention, Unit 2 ^b		
	Before (n = 363 Admissions)	After (n = 357 Admissions)	P Value	Before (n = 279 Admissions)	After (n = 256 Admissions)	P Value
Errori totali	100 (27.5) [19.0-36.1]	59 (16.5) [12.1-20.9]	.002	117 (41.2) [31.7-52.1]	53 (21.5) [14.5-26.9]	<.001
E A Preven	9 (2.5) [0.5-4.4]	7 (2.0) [0.5-3.4]	.64	12 (4.3) [1.7-6.9]	2 (0.8) [0.00-1.9]	.008
E A non intercettati	23 (6.3) [3.2-9.5]	11 (3.1) [1.3-4.9]	.04	24 (8.6) [5.1-12.1]	9 (3.5) [1.2-5.8]	.02
	43 (11.8) [7.3-16.4]	23 (6.4) [3.6-9.3]	.02	53 (19.0) [12.8-25.2]	28 (10.5) [6.9-14.9]	.02
	25 (6.9) [3.8-10.0]	18 (5.0) [2.6-7.5]	.61	28 (10.0) [4.8-15.3]	14 (5.5) [2.3-8.7]	.06

COMPUTERIZED HANDOFF TOOL

NOT COMPUTERIZED HANDOFF TOOL



Quali LEVE usare per diffondere l'handover ?

PROGETTARE

In maniera collaborativa gli strumenti per organizzare la comunicazione scritta e verbale al momento del passaggio di consegne

INTEGRARE

L'attività del passaggio di consegne nella pratica quotidiana, con i ruoli già esistenti e usando quando possibile spazi idonei

PARTECIPARE

lo staff partecipa alla progettazione ed alla realizzazione dell'intervento di miglioramento della comunicazione

MISURARE

per capire se stiamo migliorando serve conoscere la base di partenza. Capire se i cambiamenti sono in linea con gli obiettivi degli interventi è la condizione essenziale per migliorare

La continuità **informativa**

Riguarda le modalità di comunicazione delle informazioni fra operatori e descrive il momento in cui le notizie note e rilevanti per il percorso di una paziente sono raccolte secondo una struttura standard e trasferite da un setting ad un altro e/o da un team all'altro rispetto a ciò che l'organizzazione sanitaria già sa di quel paziente

La continuità **gestionale**

si riferisce ad un approccio che rende coerenti e flessibili le varie fasi di un percorso di cura rispetto ai cambiamenti delle condizioni del paziente.

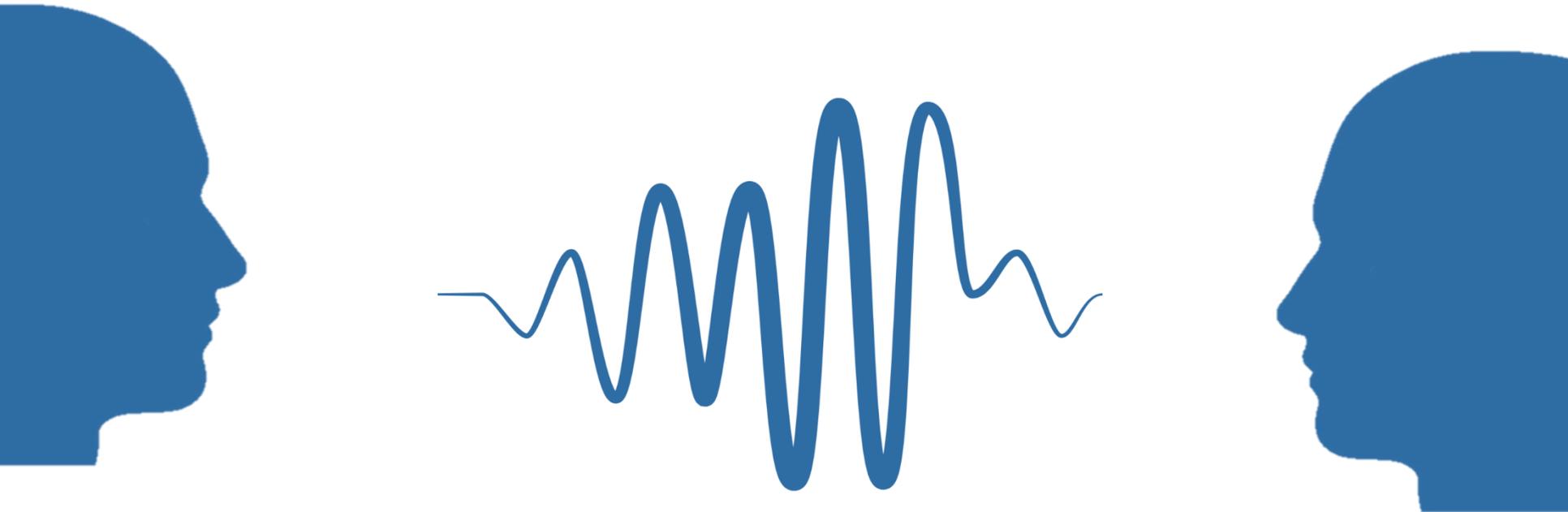
Le premesse di una continuità gestionale efficace vengono costruite con una buona continuità informativa. La continuità gestionale riguarda, ad esempio cosa fare subito dopo il trasferimento per gestire la progressiva riduzione dell'intensità clinica o i possibili segnali di allerta a cui prestare attenzione.

La continuità **relazionale**

si riferisce alla comunicazione fra gli operatori e il paziente ed i suoi cari sulle varie fasi del percorso di cura. Per realizzare questo tipo di continuità – essenziale al momento della dimissione del paziente ed all’inizio di percorsi di follow up e riabilitazione – è centrale il coinvolgimento del paziente e dei suoi caregivers. La mancanza di standard definiti per il coordinamento fra operatori sanitari, pazienti e cari può creare confusione, soprattutto anziani, che possono non comprendere la rilevanza delle informazioni che vengono date loro.

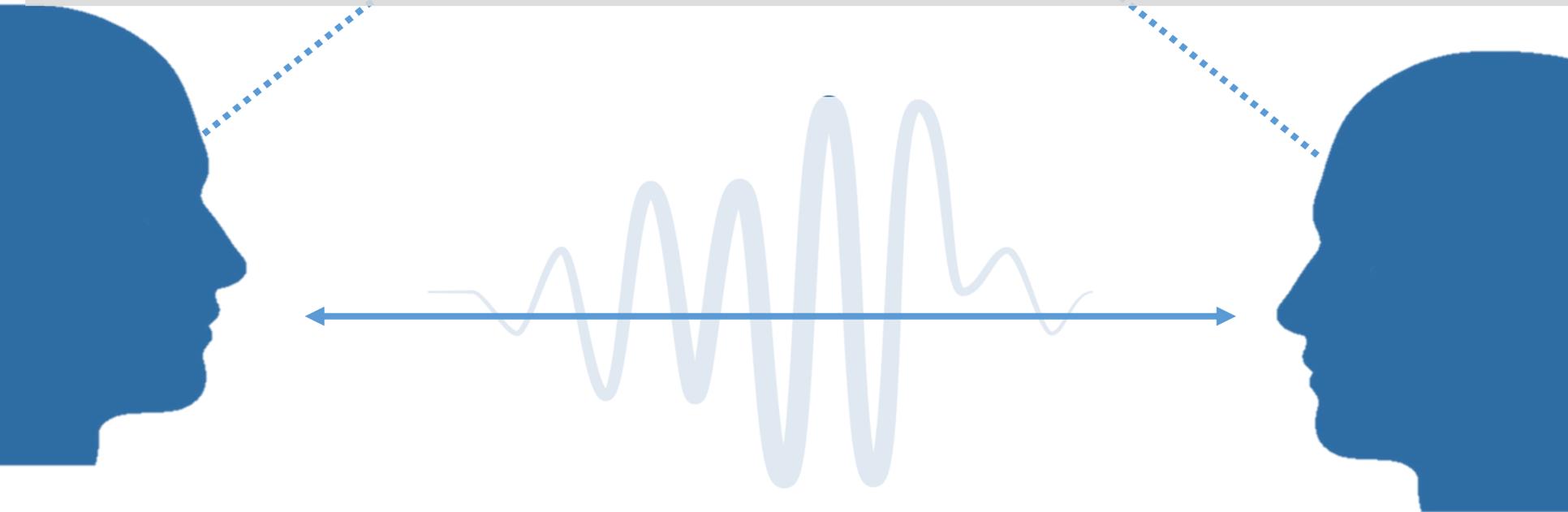
Cosa facciamo quando comunichiamo?

Quando comunichiamo non inviamo solo un segnale fisico da un inviante a un ricevente, facciamo qualcosa di molto più complesso...ed interessante

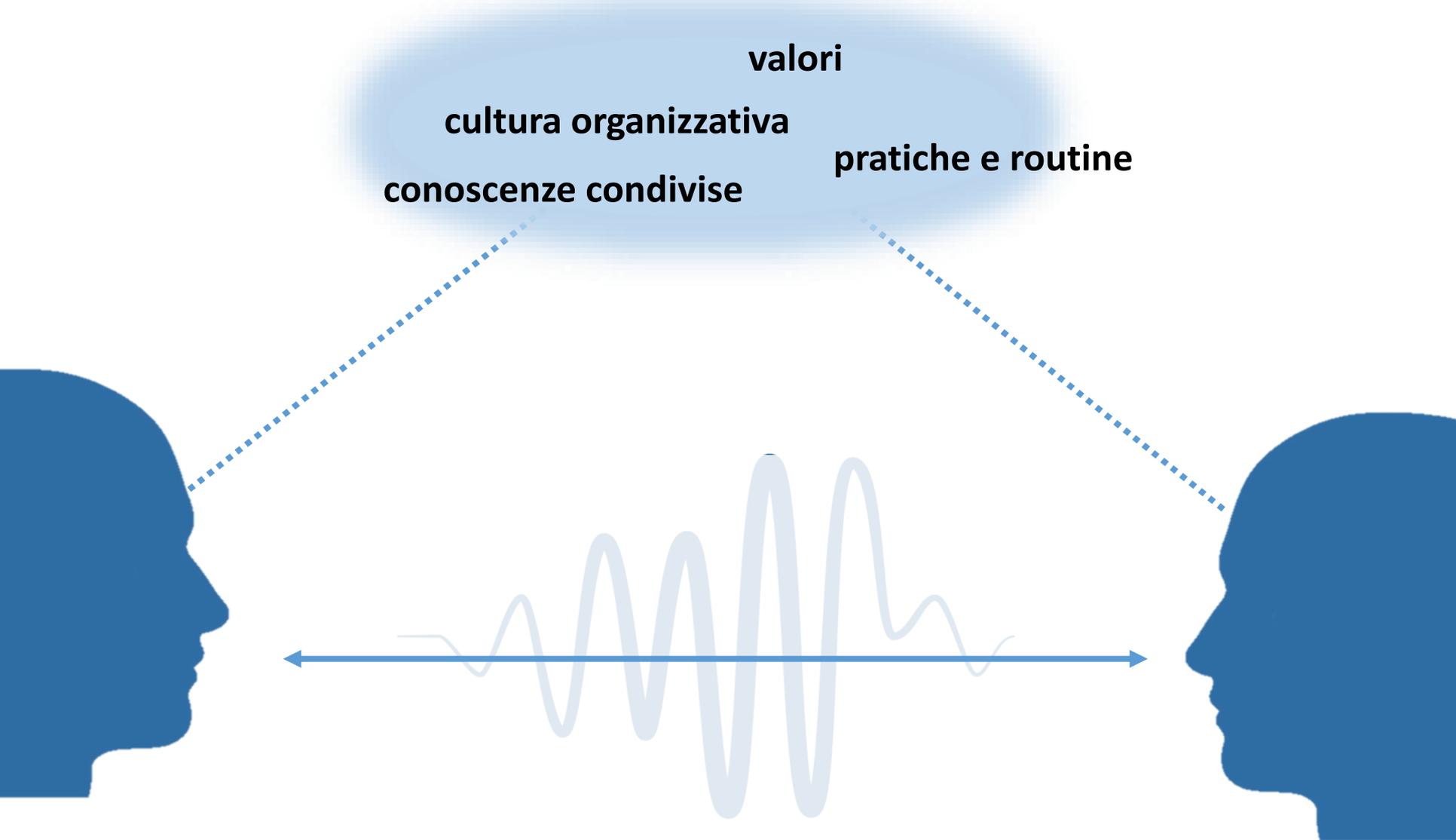


Cosa facciamo quando comunichiamo?

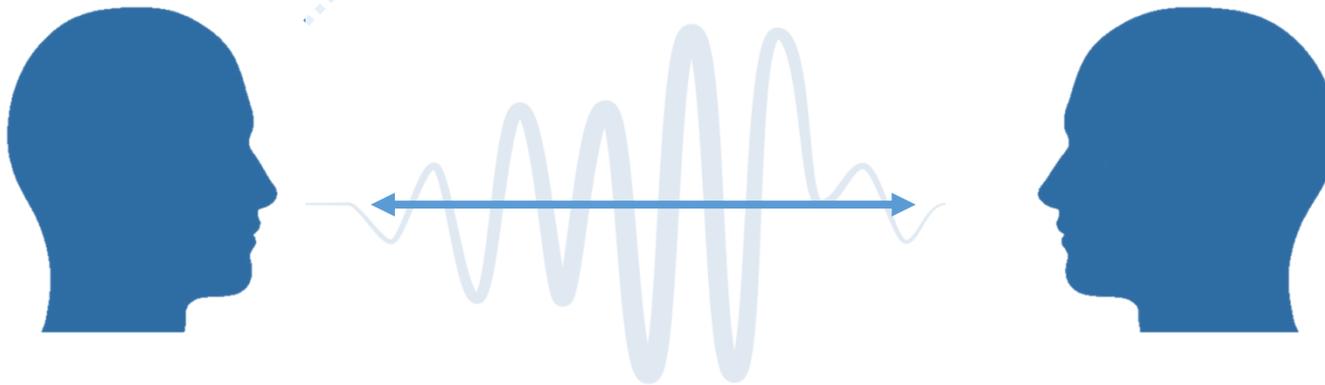
Quando comunichiamo mettiamo in comune una base di conoscenza condivisa. Questo **terreno comune** è la base su cui poggia la comunicazione. È grazie a questa base culturale **pre-esistente** che possiamo condividere il senso della comunicazione



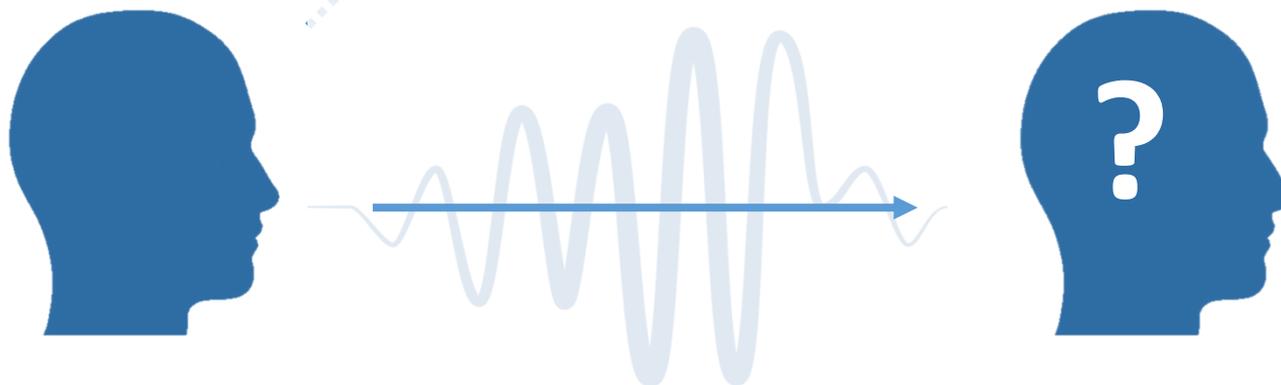
Cosa facciamo quando comunichiamo?



Quando alcuni attori **non** condividono il terreno comune sui cui si basa la comunicazione **si riduce la sicurezza** della comunicazione : ovvero l' **affidabilità** e la **possibilità di correggere** un'interpretazione sbagliata.



Quando alcuni attori **non** condividono il terreno comune sui cui si basa la comunicazione **si riduce la sicurezza** della comunicazione : ovvero l' **affidabilità** e la **possibilità di correggere** un'interpretazione sbagliata.



**SE CIÒ SI VERIFICA DURANTE IL PASSAGGIO DI CONSEGNE QUESTO PUÒ PROVOCARE
CONSEGUENZE DANNOSE PER IL PAZIENTE**

Nel sistema sanitario:

Il passaggio di consegne è un processo **comunicativo** che coinvolge più **attori, team e micro-sistemi organizzativi**. Per analizzarne le criticità ed i punti di forza occorre prendere in considerazione **l'interazione** fra i **due** soggetti che prendono parte allo scambio comunicativo **ma non solo**



... il contesto

La base di conoscenza pre-esistente che viene condivisa e **riconosciuta** come comune al momento della comunicazione



BMJ Quality & Safety Online First, published on 25 October 2012 as 10.1136/bmjqs-2012-001178

Original research

The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care

Giulio Toccafondi,¹ Sara Albolino,¹ Riccardo Tartaglia,¹ Stefano Guidi,² Antonio Molisso,³ Francesco Venneri,³ Adriano Peris,⁴ Filippo Pieralli,⁴ Elisabetta Magnelli,⁴ Marco Librenti,³ Marco Morelli,³ Paul Barach⁵

OBIETTIVO

valutare capacità di comunicazione, contenuto e contesto sociale durante il “cross-unit handover” tra alta e media intensità di cura.

Handover: terreno comune

Studio Pilota GRC

Setting 1 – AOU Careggi

Terapia Intensiva d'Emergenza
ICU (10 posti letto)

Sub Intensiva HDU
(8 posti letto)

Setting 2 – Azienda Sanitaria Firenze

Terapia Intensiva ICU
(10 posti letto)

Setting chirurgico
(12 posti letto)

UNITA' ORIGINE
Alta intensità

UNITA' RICEVENTE
Bassa intensità



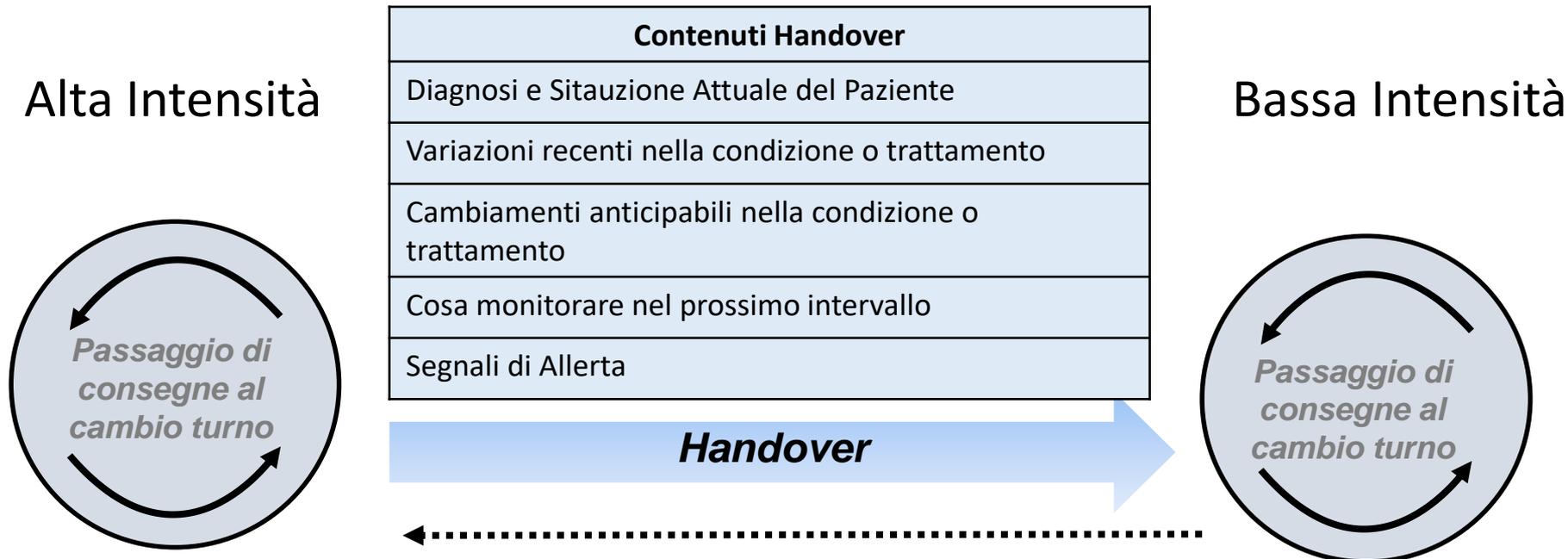
Dati su **22 trasferimenti** raccolti da 1 medico e da 1 infermiere in ciascuna unità



Handover: terreno comune

Obiettivo

- **Focus** - comunicazione al momento del trasferimento del paziente da alta a bassa intensità di cura
- **Obiettivo** – raccogliere dati sulle modalità di comunicazione e sugli strumenti usati per valutare il grado di concordanza fra unità di area critica su 5 categorie di **contenuti di handover**



‘Sonda’Handover

Raccolta dati in ‘cieco’ nelle due unità di ciascun presidio sulla comunicazione al momento dei trasferimenti dei pazienti

- **Presenza** dei contenuti handover nel foglio di sintesi
- **Rilevanza** percepita del contenuto
- **Reperibilità** del contenuto nella documentazione clinica allegata

Alta Intensità

Contenuti Handover
Diagnosi e Sitauzione Attuale del Paziente
Variazioni recenti nella condizione o trattamento
Cambiamenti anticipabili nella condizione o trattamento
Cosa monitorare nel prossimo intervallo
Segnali di Allerta



Livello di
Concoranza

Bassa Intensità

Contenuti Handover
Diagnosi e Sitauzione Attuale del Paziente
Variazioni recenti nella condizione o trattamento
Cambiamenti anticipabili nella condizione o trattamento
Cosa monitorare nel prossimo intervallo
Segnali di Allerta

Handover: terreno comune

'Sonda' Handover

Tipo di mezzo

Continuità Informativa

Set di informazioni sulla situazione attuale

Orientamento (Continuità Gestionale)

Informazioni Cliniche acquisite dagli operatori dell'unità ricevente basate sull'esperienza recente col paziente

Presenza del contenuto nel documento di sintesi

indicare se l'informazione è presente nel documento di sintesi/dimissione

si no

diagnosi e situazione attuale del paziente

tel. faccia-faccia via software doc. cartacea

si no

variazioni recenti nella condizione o nel trattamento

tel. faccia-faccia via software doc. cartacea

si no

cambiamenti anticipabili nella condizione o nel trattamento

tel. faccia-faccia via software doc. cartacea

si no

cosa monitorare nel prossimo intervallo (inclusi esami di routine/non di routine)

tel. faccia-faccia via software doc. cartacea

si no

segnali allerta - emergenze che potrebbero presentarsi

tel. faccia-faccia via software doc. cartacea

altro _____

tel. faccia-faccia via software doc. cartacea

rilevanza informazioni indispensabili (x)

reperibilità del dato nella documentazione (1 per niente, 5 molto reperibile)

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

Rilevanza

Reperibilità

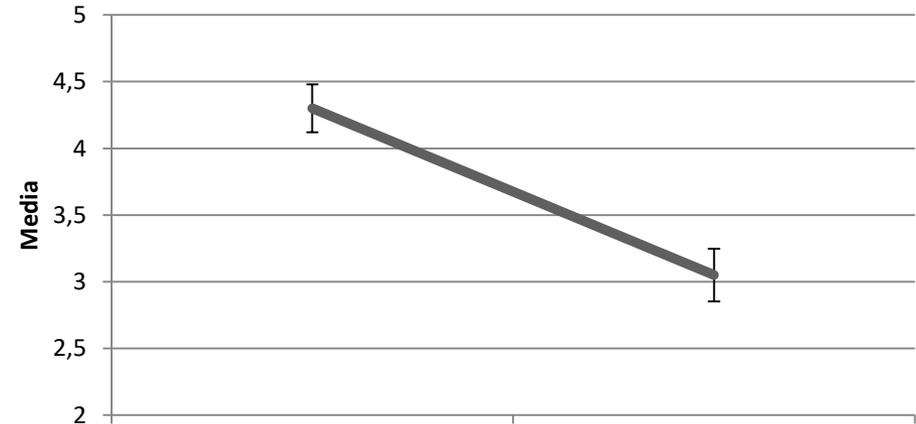
Presenza e Rilevanza dei contenuti

L'unità inviante ha dichiarato la **presenza** nel foglio di sintesi di una **quantità di informazioni** significativamente **più alta** rispetto al ricevente ($p < 0.01$).

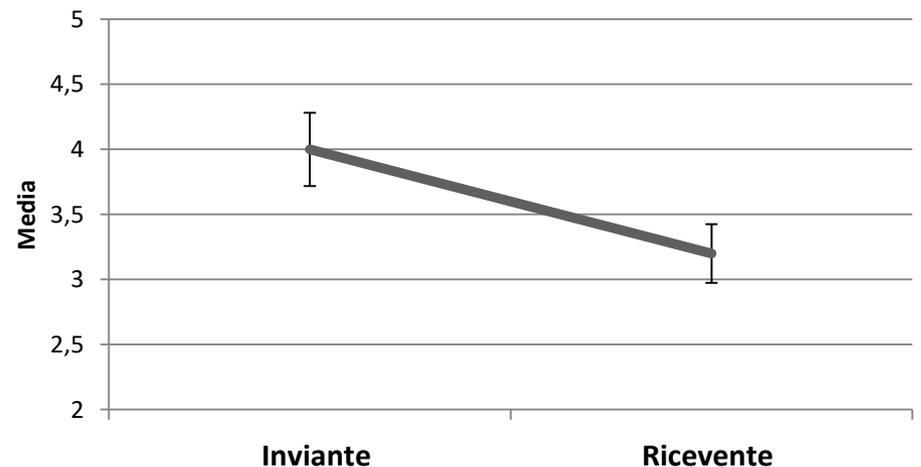
La differenza riguarda la quantità di informazione di **orientamento** e di continuità gestionale. ($p < .0001$)

L'unità inviante ha dichiarato la presenza nel foglio di sintesi di una quantità significativamente maggiore di informazioni **rilevanti** rispetto all'unità ricevente ($p < 0.05$).

(a) Numero totale di contenuti presenti



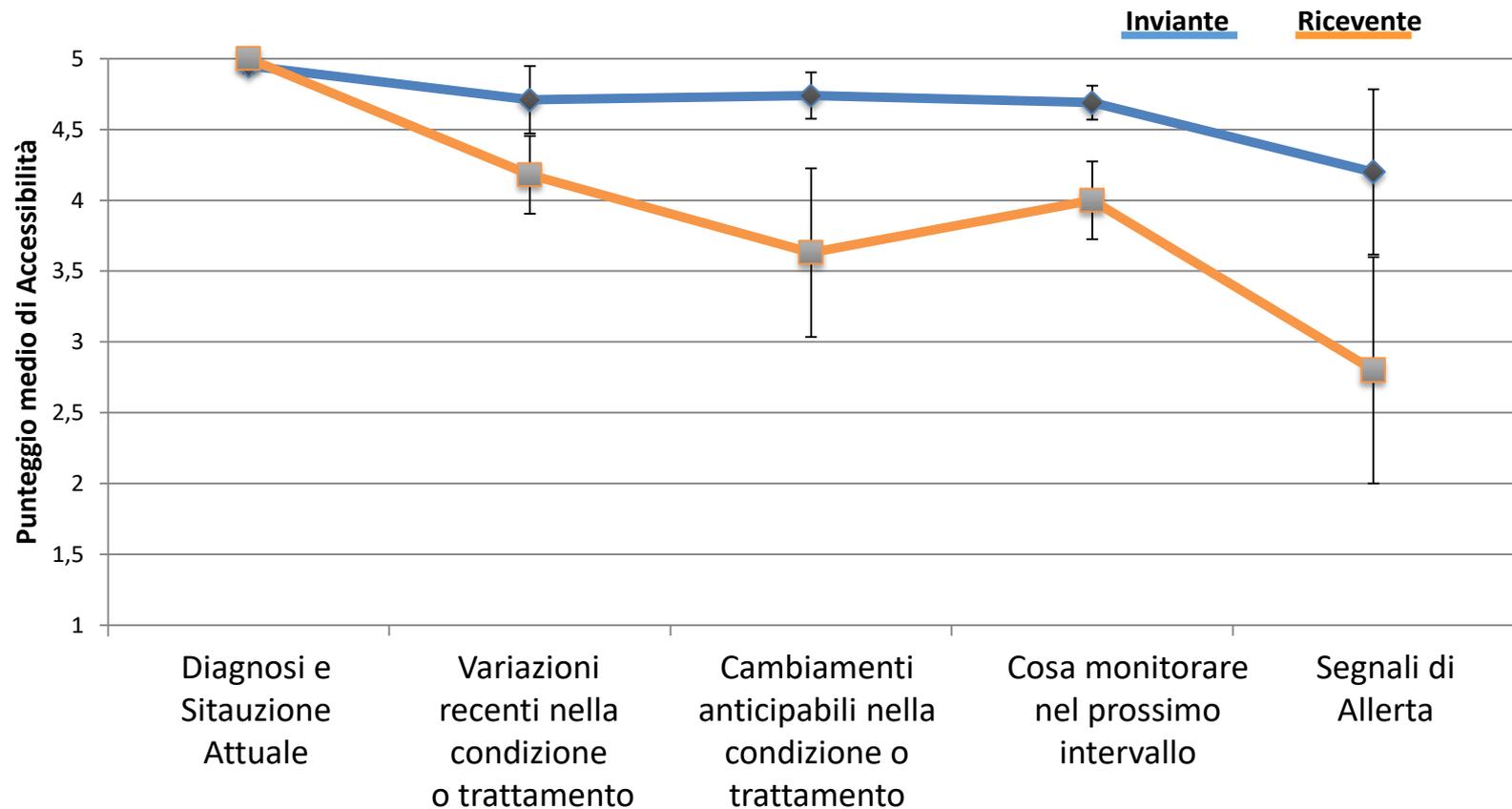
(b) Numero totale di contenuti rilevanti



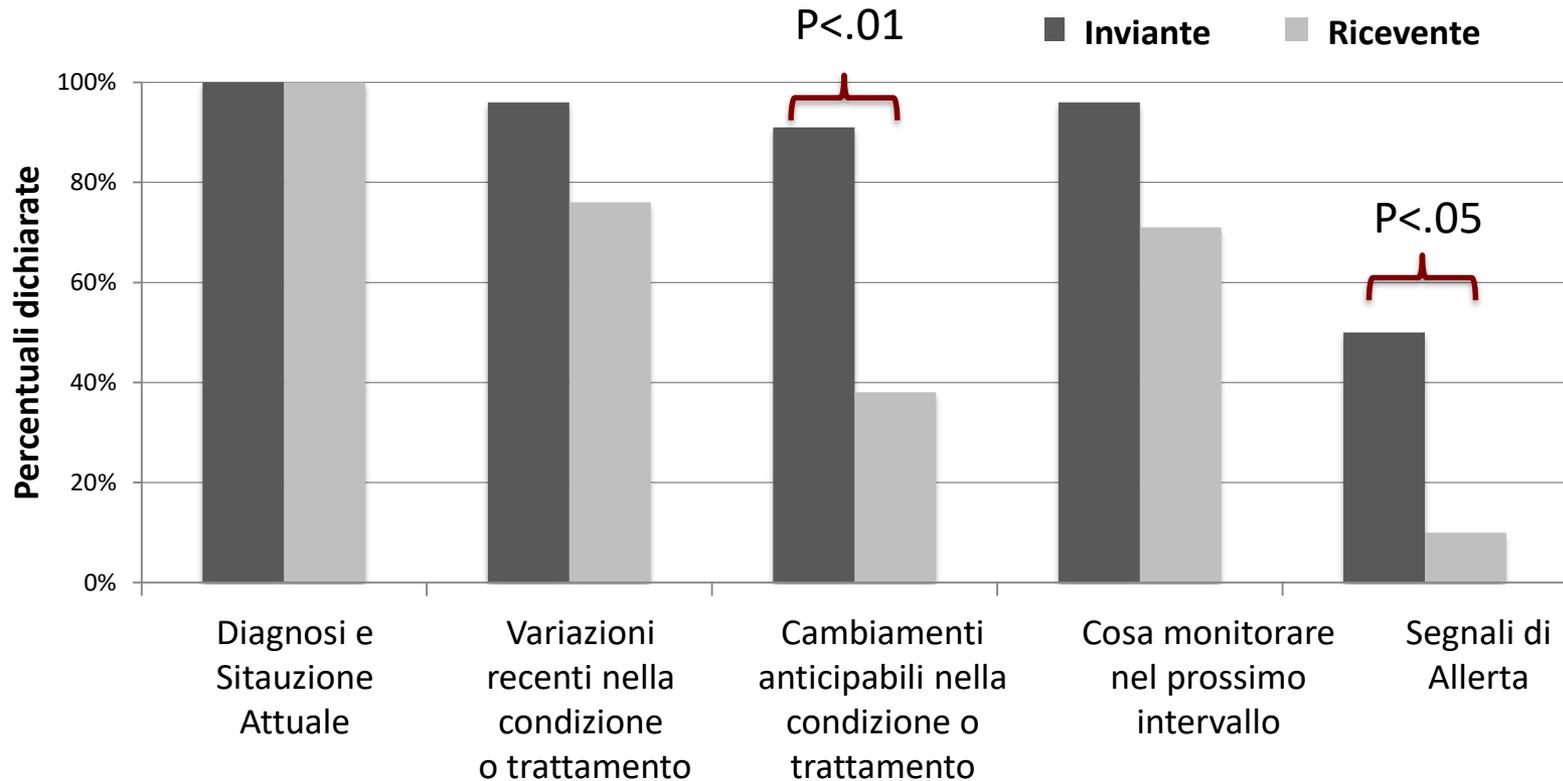
Handover: terreno comune

i Contenuti

L'**accessibilità** media dei contenuti nella documentazione clinica dichiarata dal ricevente è più bassa di quella dichiarata dall'inviante ($p < .01$).



Presenza e Rilevanza dei contenuti



Scarso accordo fra le unità in merito alla presenza nel folgio di dei contenuti riguardanti I **cambiamenti anticipabili** e i **segnali di allerta**.

Itati nel Contesto

I risultati raccolti con le sonde sono stati discussi in focus group allo scopo di contestualizzare I dati ed acquisire maggiori informazioni sul contesto comunicativo

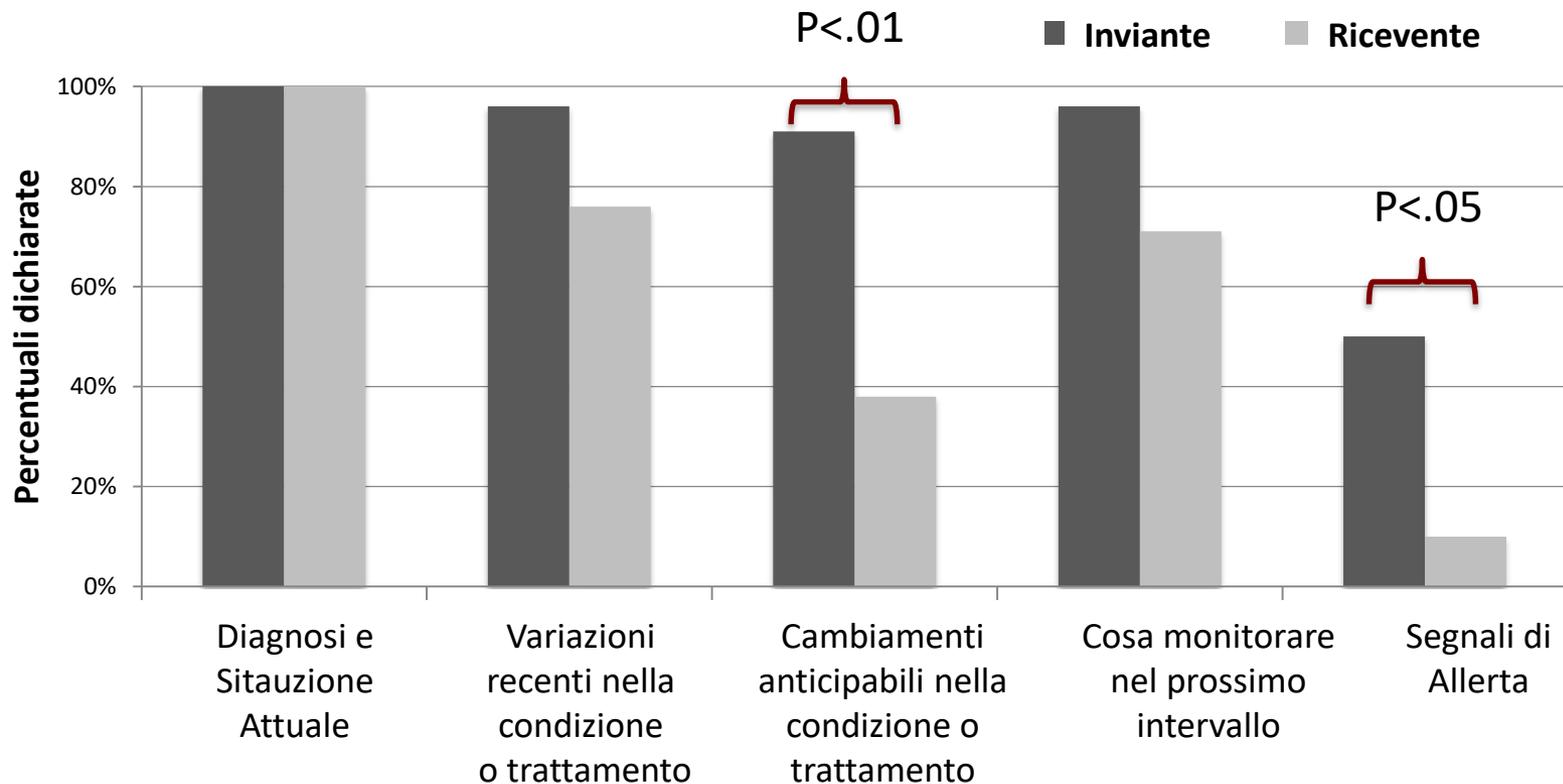
Dai Focus groups è emerso che:

- Le informazioni di orientamento sono considerate implicite nella documentazione;
- I medici sono più coinvolti nel pre-handover degli infermieri;
- Le interazioni verbali e faccia a faccia sono usate per comunicare informazioni relative all'orientamento ed ai segnali di allerta



Progettare per l'handover

L'handover fra unità se non strutturato tende ad essere basato sui bisogni di chi invia e non sulle necessità di chi riceve



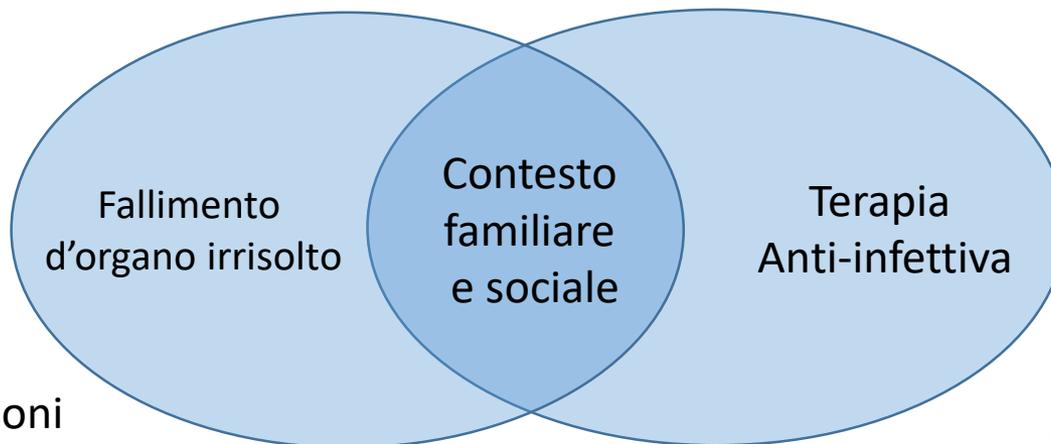
(Toccafondi, Albolino, Tartaglia BMJ QS 2012)

Progettare per l'handover

Nel passaggio di consegne fra unità l'attivazione di un gruppo di facilitatori multiprofessionale che lavori alla definizione di un set di informazioni condivise può **allinerare le informazioni trasmesse alle reali necessità**

**Livello
Alta intensità**

**Livello
minor intensità**



Che tipo di informazioni pensi sia utile dare all'unità di cure a minor intensità?

Che tipo di informazioni vorresti ricevere dall'unità di cure a maggior intensità?

condiviso Non condiviso

Handover: terreno comune

Più la comunicazione fa riferimento a conoscenza già nota maggiore è la probabilità che questa sia efficace



terreno solido

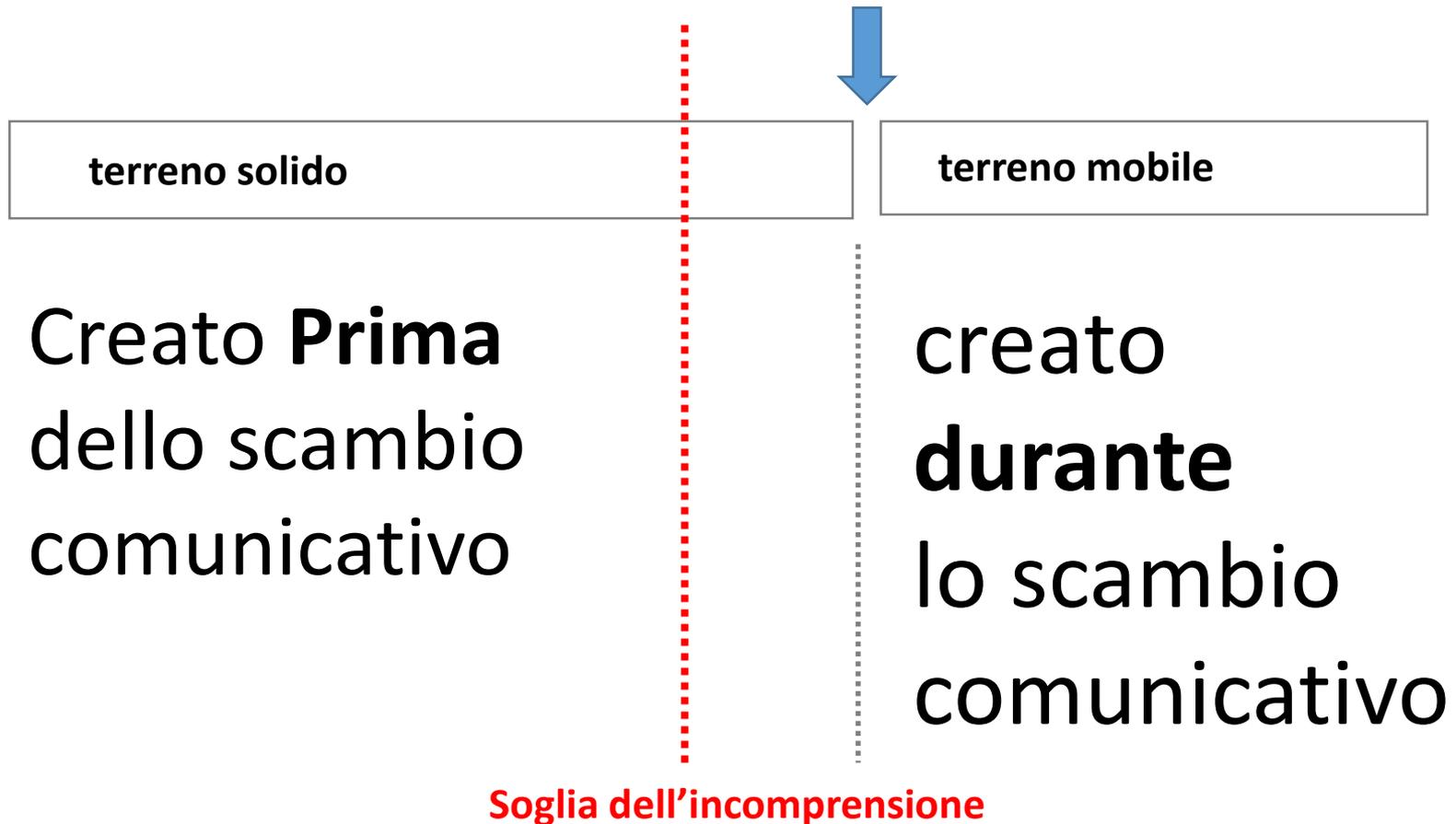
terreno mobile

Creato **Prima**
dello scambio
comunicativo

creato
durante
lo scambio
comunicativo

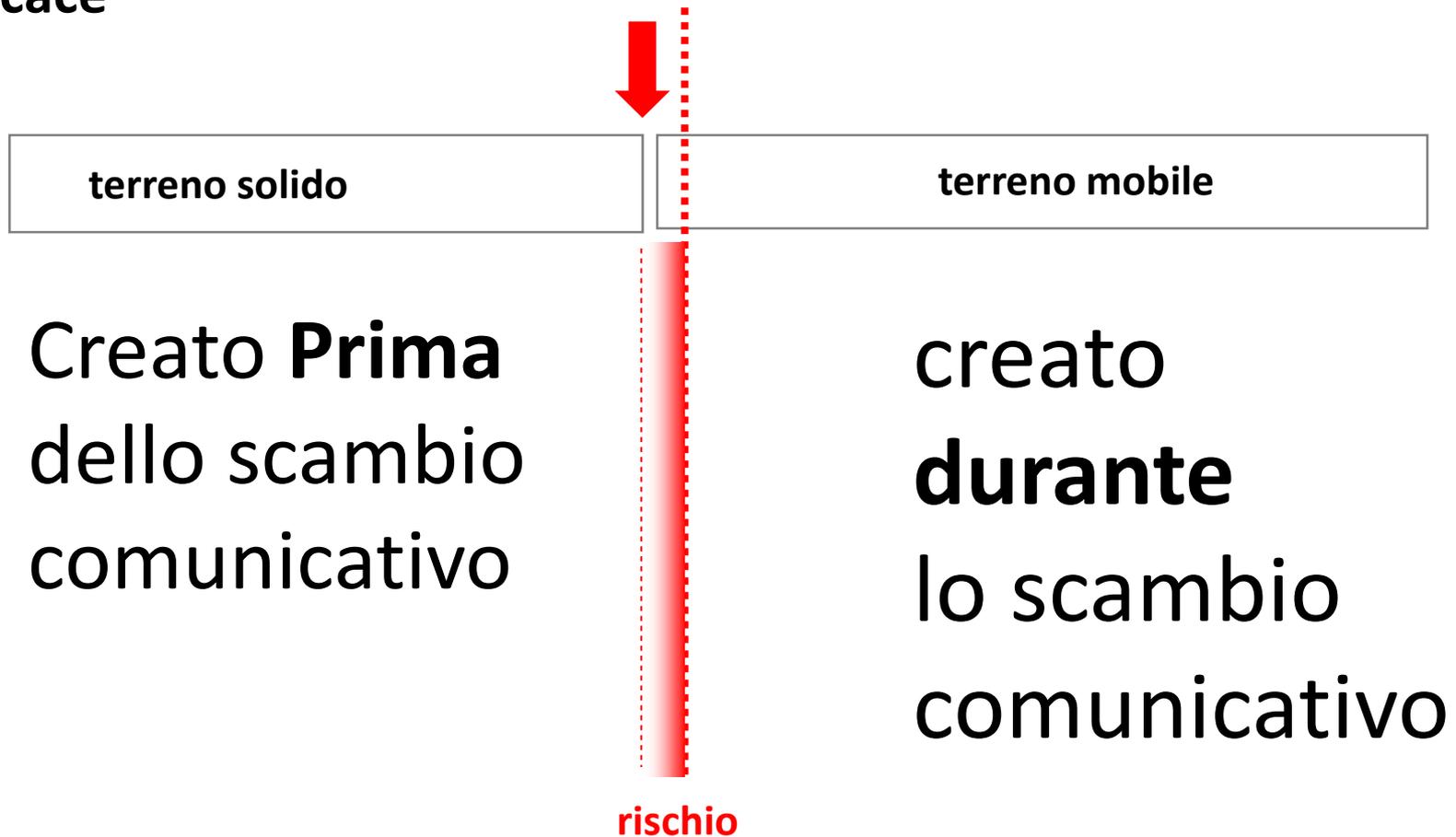
Handover: terreno comune

Più la comunicazione fa riferimento a conoscenza già nota maggiore è la probabilità che questa sia efficace



Handover: terreno comune

Se la comunicazione fa riferimento a una base di conoscenza **NON** condivisa è più alta la probabilità che questa sia **NON** efficace

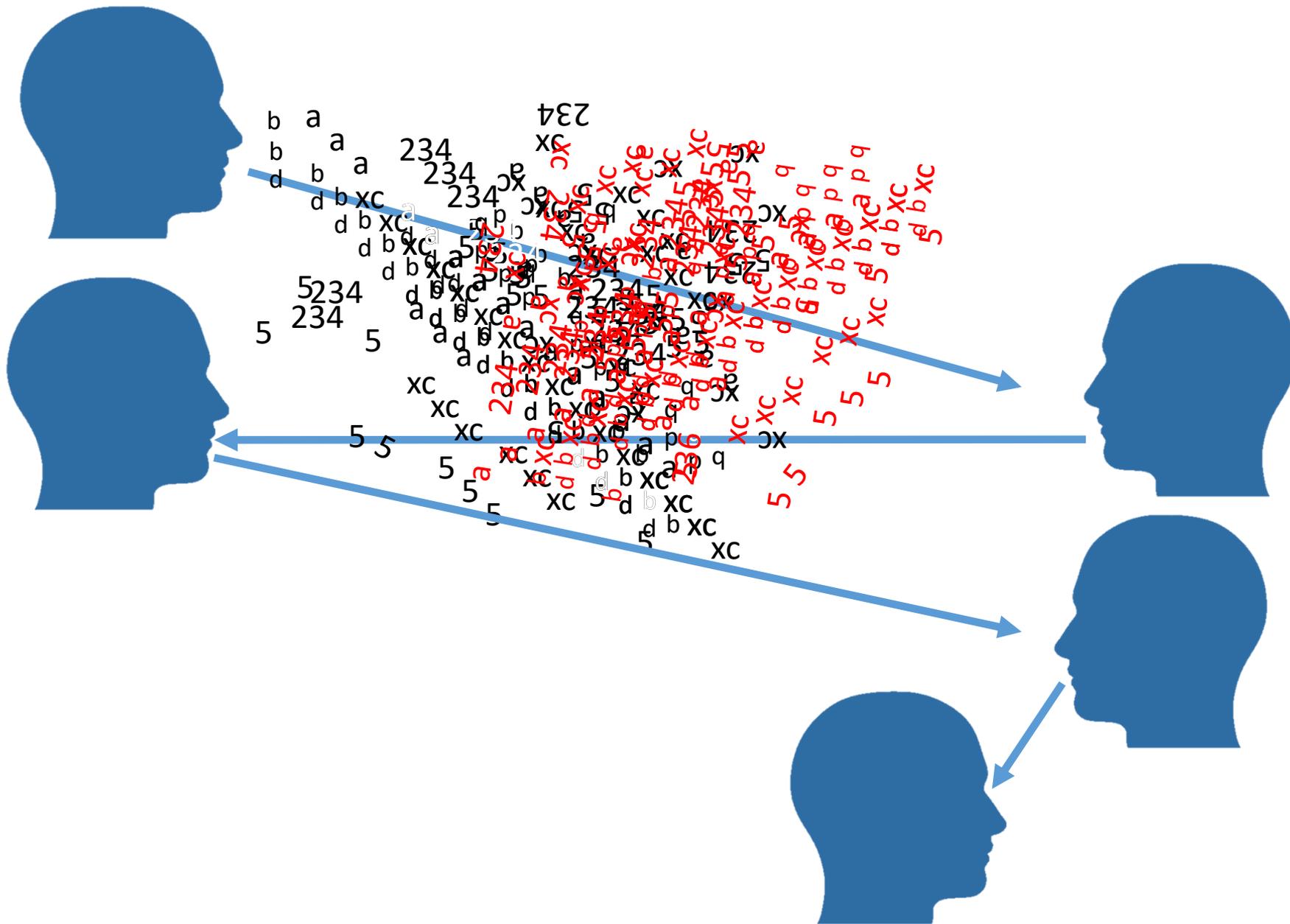


UN COMPITO SPESSO DIFFICILE :

Estrarre dalla storia del paziente (spesso sotto pressione) le informazioni rilevanti che permettono all'altro team di portare avanti in maniera sicura il percorso di cura

PORTATO AVANTI SENZA NESSUNO STRUMENTO!!!

Handover: comunicare i valori critici



Come costruire una base comune? : progettare in maniera collaborativa, analizzare un percorso in maniera collaborativa

terreno solido

Creato **Prima** dello scambio comunicativo

Progettazione

Definizione di uno standard dei ruoli e delle responsabilità

terreno mobile

creato **durante** lo scambio comunicativo

Presenza di decisione

basata sulle informazioni disponibili

Handover: comunicare i valori critici

Raccomandazioni per l'identificazione e la gestione dei risultati critici nei laboratori clinici

Il Laboratorio deve adottare dei criteri basati sulle evidenze scientifiche più recenti per comporre la lista dei risultati critici da proporre in una successiva fase strutturata di condivisione, di cui si fa garante la struttura aziendale deputata alla gestione del rischio clinico e di cui è responsabile il Dipartimento di medicina di laboratorio

Handover: terreno comune

Per una comunicazione sicura è necessario usare una base di conoscenze comune pre-esistente come contesto della comunicazione: quando questa base non è presente **occorre costruirla**

terreno solido

Creato **Prima** dello scambio comunicativo

Definizione per ciascun setting dei valori critici o significativi di riferimento, ruoli e delle responsabilità

terreno mobile

creato **durante** lo scambio comunicativo

Presenza di decisione basata sulle informazioni inviate

Progettare per l'handover

SBAR

S **Situation**
Briefly describe the situation.
Give a succinct overview.

B **Background**
Briefly state pertinent history.
What got us to this point?

A **Assessment**
Summarize the facts.
What do you think is going on?

R **Recommendation**
What are you asking for?
What needs to happen next?



I	Illness Severity	<ul style="list-style-type: none">• Stable, “watcher,” unstable
P	Patient Summary	<ul style="list-style-type: none">• Summary statement• Events leading up to admission• Hospital course• Ongoing assessment• Plan
A	Action List	<ul style="list-style-type: none">• To do list• Time line and ownership
S	Situation Awareness and Contingency Planning	<ul style="list-style-type: none">• Know what’s going on• Plan for what might happen
S	Synthesis by Receiver	<ul style="list-style-type: none">• Receiver summarizes what was heard• Asks questions• Restates key action/to do items

Riconoscere è più facile che ricordare

Terreno comune (ruoli, contenuto, modalità di comunicazione)

modalità verbale + modalità scritta



- nome e cognome del paziente
- data di nascita (per disambiguare eventuali omonimie)
- valore critico rilevato
- unità di misura ed intervallo di riferimento (se necessario)
- **Richiesta di Verifica comprensione → chiedere feed-back**



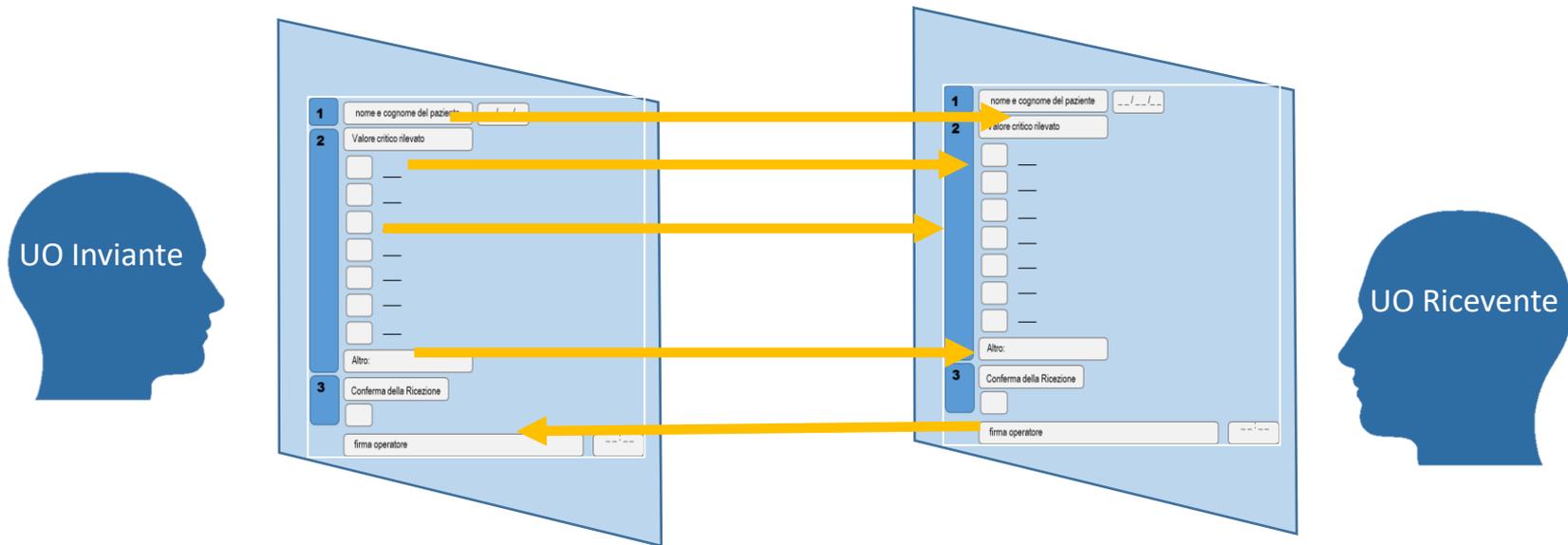
- **← dare feed-back:**
 - nome e cognome del paziente
 - data di nascita (per disambiguare eventuali omonimie)
 - valore critico rilevato
 - unità di misura ed intervallo di riferimento (se necessario)

Riconoscere è più facile che ricordare

1	nome e cognome del paziente	--/--/--
2	Valore critico rilevato	
	<input type="checkbox"/>	---
	Altro:	
3	Conferma della Ricezione	
	<input type="checkbox"/>	
	ID operatore	---

Riconoscere è più facile che ricordare

modalità verbale + modalità scritta





Grazie per
l'attenzione



Giulio Toccafondi
Centro Gestione Rischio Clinico,
Regione Toscana
<http://www.regione.toscana.it/rischioclinico/>
toccafondig@aou-careggi.toscana.it

