



# Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli Anestesisti Rianimatori

Carla Maglione<sup>1</sup>, Giovanni Mistraletti<sup>2</sup>, Maria Nefeli Gribaudo<sup>3</sup>, Giorgio Fullin<sup>4</sup>, Luigi Riccioni<sup>5</sup> e il Gruppo di Studio di Bioetica SIAARTI.

<sup>1</sup> UOSC IV S.A.R. TIGU-CAV Attività Anestesiologica in Emergenza, Ospedale Antonio Cardarelli, Napoli.

<sup>2</sup> Dipartimento di Fisiopatologia medico-chirurgica e dei Trapianti, Università degli Studi di Milano; ASST Santi Paolo e Carlo, Ospedale San Paolo – Polo universitario, Milano.

<sup>3</sup> Avvocato del Foro di Milano

<sup>4</sup> Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Ospedale dell'Angelo, ULSS 3 Serenissima, Venezia.

<sup>5</sup> Centro Rianimazione 4, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma. Coordinatore GdS per la Bioetica SIAARTI

Revisori: Giuseppe Renato Gristina<sup>6</sup>, Davide Mazzon<sup>7</sup>, Enzo Primerano<sup>8</sup>, Alberto Giannini<sup>9</sup>

<sup>6</sup> GdS per la bioetica SIAARTI

<sup>7</sup> Direttore UO Anestesia e Rianimazione e Dipartimento Chirurgia; Presidente Comitato Etico per la Pratica Clinica ULSS 1 – Belluno Regione Veneto

<sup>8</sup> Terapia Intensiva, Policlinico di Monza

<sup>9</sup> Terapia Intensiva Pediatrica Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

## Sommario

Il passaggio di consegne (PdC) è un momento critico dell'intero processo clinico-assistenziale, e assume particolare rilevanza per gli Anestesisti Rianimatori, in ragione dell'elevata complessità dei pazienti loro affidati.

Numerosi studi hanno sottolineato come sia proprio sulla modalità di trasmissione delle informazioni che si addensa il maggior rischio di errore. In particolare, nel corso del PdC è stata dimostrata l'incidenza di un gran numero di eventi avversi (EA) riconducibili alla mancanza di un'efficace comunicazione tra i componenti del team curante, con conseguente danno per i pazienti, stress per i familiari, disagio per il personale e costi per le strutture.

Così, ovunque nel mondo, una crescente attenzione è stata dedicata al miglioramento di tutti i processi connessi al trasferimento delle informazioni cliniche inerenti alle condizioni dei pazienti e alla conseguente trasmissione di responsabilità circa il loro percorso di cura. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, rilevando l'importanza del problema, ha promosso progetti su larga scala allo scopo di trovare possibili soluzioni per ottimizzare la comunicazione nell'ambito del PdC. L'adozione di modalità efficaci di comunicazione può infatti permettere un significativo miglioramento del PdC fra i professionisti sanitari e rappresenta uno dei punti fondamentali per promuovere la formazione sui temi della sicurezza.

Tra le metodologie dimostrate efficaci per migliorare il PdC, il metodo "I-PASS" (Illness, Patient, Action, Situation, Synthesis) risulta, più degli altri, facilmente adattabile ai differenti contesti in cui operano gli Anestesisti Rianimatori italiani. In questo documento esso viene quindi proposto per suggerire uno strumento di lavoro finalizzato a promuovere la cultura della sicurezza nell'ambito del PdC, migliorando così la qualità dell'assistenza.

**Key words:** clinical handover, patient safety, communication

Approvato dal Consiglio Direttivo SIAARTI il 20 aprile 2018



## Introduzione

Il passaggio di consegne (PdC, corrispondente alle traduzioni inglesi: handover, handoff, sign out, medical/nursing report) si può definire come la trasmissione di ogni informazione necessaria alla prosecuzione delle attività di diagnosi, cura e assistenza e delle relative responsabilità, tra professionisti sanitari della stessa unità operativa o di differenti unità operative.<sup>1</sup>

In letteratura, al PdC sono riconosciute diverse finalità, tra queste le principali sono:

- condivisione delle informazioni cliniche sul paziente;
- continuità della cura;
- protezione del paziente.

Il PdC consente inoltre di apprendere in modo cooperativo, costruendo cioè un metodo di apprendimento e di condivisione delle informazioni non competitivo ed incentrato su attività di gruppo in cui tutti gli operatori hanno lo stesso obiettivo; incentiva lo sviluppo della collaborazione ed il sostegno per i membri del team; contribuisce alla formazione continua del personale.

Siccome il PdC consiste anche nel trasferimento di responsabilità e del ruolo di referente della cura di un paziente da un professionista a un altro su base temporanea o permanente, da una fase a un'altra del percorso clinico, ha rilevanti implicazioni in termini di sicurezza e garanzia di continuità assistenziale.<sup>2, 3</sup>

Una serie di studi europei ha dimostrato che una comunicazione inefficace nel PdC, sia in ambito medico<sup>4</sup> sia infermieristico,<sup>5</sup> è correlata significativamente a una elevata incidenza di eventi avversi (EA). Negli Stati Uniti, la mancanza di una comunicazione efficace è stata ritenuta la causa principale degli EA segnalati fra il 1992 e il 2005 da un'apposita commissione.<sup>6</sup>

Molteplici fattori quali la crescente complessità delle cure, l'incremento dei compiti attribuiti e delle competenze richieste alle unità operative, il rapporto numerico inadeguato tra personale sanitario e pazienti, possono contribuire a spiegare l'aumento degli EA originati da una cattiva comunicazione,<sup>7</sup> con il conseguente aumento di contenziosi medico-legali e di disagio relazionale tra tutti i professionisti sanitari. L'impegno a garantire una trasmissione di informazioni adeguata sotto il profilo qualitativo e quantitativo rappresenta una misura di prevenzione nei confronti degli EA.<sup>5</sup> Pertanto, rispetto all'idea radicata che bisogna "difendersi dall'errore per difendersi dalle sue conseguenze"<sup>8</sup> è essenziale acquisire una nuova mentalità centrata sulla prevenzione dell'errore e sulla promozione della formazione sui temi della sicurezza. Le conseguenze, in termini di danno per i pazienti e costi per le strutture, hanno stimolato l'analisi delle criticità metodologiche inerenti il PdC, allo scopo di migliorarne la qualità, l'efficacia e la sicurezza.<sup>9</sup> E' indicativo a questo proposito che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO), avendo riscontrato che l'inadeguatezza della comunicazione è responsabile del 25 - 40% degli EA,<sup>10</sup> abbia inserito nella lista delle "top five patient safety solutions" una serie di indicazioni per migliorare la comunicazione nell'ambito del PdC.

**Obiettivo generale** del presente documento è quello di promuovere tra gli Anestesiisti Rianimatori, specialisti ed in formazione, ma anche fra gli infermieri dei team, la cultura della sicurezza nell'ambito del PdC.

**Obiettivo specifico** del documento è quello di favorire una maggiore consapevolezza dell'importanza del PdC nell'attività clinica dei medici Anestesiisti Rianimatori, fornendo loro uno strumento di lavoro utile ed efficace, in grado di garantire un'adeguata continuità delle cure.

Sono **obiettivi correlati** :

- il miglioramento dell'outcome dei pazienti;
- la riduzione della conflittualità all'interno del team curante e più in generale delle strutture sanitarie;
- il miglioramento della qualità della comunicazione tra team curante, pazienti e familiari;
- la prevenzione del burnout e la maggior soddisfazione degli operatori.<sup>11</sup>

Per quanto attiene all'attività di diagnosi e cura degli Anestesisti Rianimatori, essa si caratterizza per la sua diversificazione in termini di funzioni, attività e compiti in rapporto ai contesti clinici in cui questi professionisti sono chiamati a operare non sempre coadiuvati da infermieri dedicati: camera operatoria (CO), reparto di terapia intensiva (TI), dipartimento di emergenza-accettazione (DEA), centri mobili di rianimazione (CMR) e sistemi di rapida risposta alle emergenze (RRS), rete di terapia del dolore e cure palliative (TD-CP). Non esiste pertanto una modalità unica per condurre adeguatamente il PdC.

È necessario quindi far sì che i metodi utilizzati per il PdC mantengano da un lato una certa flessibilità rispetto alle esigenze operative e temporali dei differenti contesti clinici e, dall'altro, rispondano ai criteri scientifici generali per una appropriata comunicazione.

In questo senso, la consegna verbale – sintesi dell'attività svolta, riportata nei supporti cartacei o informatizzati – quando condotta in modo scientificamente validato, standardizzato e condiviso, permette già una trasmissione immediata, esaustiva e sintetica delle informazioni essenziali riguardo ai pazienti in carico.

È tuttavia raccomandabile che il professionista sanitario al termine del suo turno fornisca al collega che subentra anche l'indicazione a confrontare le informazioni verbali con quanto contenuto nel supporto scritto utilizzato nei diversi contesti operativi (cartella clinica, cartella anestesiologicala, scheda di intervento del CMR), per garantire:

- un riscontro scritto dei contenuti della consegna verbale;
- un'integrazione delle informazioni già fornite verbalmente in modo sintetico con altre più specifiche.

Il supporto scritto sarà poi di cruciale importanza nei casi in cui, per ragioni di forza maggiore, non sarà stato possibile effettuare un'adeguata comunicazione verbale.

Tra i numerosi metodi già validati nella pratica clinica e rinvenibili in letteratura, gli Autori hanno scelto il modello operativo proposto in questo documento, sulla base di una comparazione fondata sui criteri di completezza di informazione, efficacia sul piano clinico e su quello della prevenzione degli EA, flessibilità e adattabilità agli eterogenei contesti lavorativi e PDTA multidisciplinari-professionali in cui operano gli Anestesisti Rianimatori italiani.

## Aspetti giuridici

Il PdC sotto il profilo giuridico comporta il trasferimento della posizione di garanzia dai professionisti uscenti a quelli che subentrano nella cura del paziente.<sup>12</sup>

Ciascun professionista risponde del mancato rispetto dei canoni di diligenza, prudenza e perizia connessi alle mansioni svolte e alla propria specializzazione per il tempo in cui ha in carico il paziente, potendo legittimamente confidare sul corretto altrui operato (*principio di affidamento*), salvo che, per il livello di



competenze clinico-organizzative e di conseguente posizione assunta, il professionista abbia particolari funzioni di controllo sull'attività altrui (es. direttore di reparto, responsabile di reparto, team-leader).

Tuttavia, nella complessa realtà sanitaria in cui si assiste a una sempre maggiore suddivisione del lavoro per specializzazione e per turni di lavoro, ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e dal valutare l'attività precedente e contestuale di altri professionisti, controllandone la correttezza, ed eventualmente ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti, non specialistici ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.<sup>13</sup>

Ciò comporta che il professionista che non osservando una regola precauzionale abbia causato un danno al paziente, non potrà confidare nella presa in carico del paziente stesso da parte del collega subentrante per essere esente da responsabilità. Quest'ultimo, a sua volta, ha l'obbligo di porre rimedio all'errore del predecessore purché esso sia evidente (riconoscibile da parte del "professionista medio"), attivandosi per emendarlo; in caso contrario, l'EA sarà imputabile a due condotte di soggetti diversi (medico uscente e medico subentrante), entrambi ritenuti responsabili.

L'obbligo di coordinare la propria attività con quella degli altri comporta inoltre l'adempimento del dovere di fornire informazioni non solo sugli elementi clinici rilevanti, ma anche sugli eventuali rischi immanenti per il paziente sui quali è necessario aumentare l'attenzione degli operatori. Tali obblighi sono reciproci, gravando sia sul soggetto uscente (obbligo di informare) che su quello subentrante (obbligo di informarsi).<sup>14</sup> In questo senso, per quanto attiene al PdC scritto, la documentazione clinica (cartella e suoi allegati, incluse consulenze, schede di prescrizione terapeutica, copia del registro operatorio, etc) costituisce l'unico veicolo informativo tracciabile e avente un particolare valore probatorio per la trasmissione delle informazioni relative al paziente e ai diversi professionisti che a vario titolo intervengono nel processo di cura. L'ambiguità, l'incompletezza e le omissioni della cartella clinica sono sempre interpretate dalla giurisprudenza in senso sfavorevole al medico.

È necessario sottolineare che i dati del paziente annotati nella documentazione clinica, oltre a dover corrispondere al vero, devono essere annotati nello specifico momento in cui si rilevano; la cartella, infatti, acquisisce carattere definitivo ed autonomo in relazione ad ogni singola annotazione. Le modifiche o le aggiunte successive configurano un falso punibile anche se sono state effettuate per ristabilire la verità; sono ammesse le mere correzioni di errori materiali purché non diano luogo alla cancellazione delle parti originarie.<sup>15</sup> Ogni annotazione deve recare data e firma leggibile o il timbro di chi ha la responsabilità di quanto scritto; se la responsabilità è condivisa da più operatori, ognuno deve apporre la propria firma.

Nella cartella clinica, soprattutto in contesti operativi quali CO, DEA, CMR-RRS, TD-CP, deve sempre emergere con chiarezza grafica e contenutistica e in maniera univoca il momento in cui il paziente viene trasferito ad altro professionista e la sua presa in carico da parte di questi.

Ogni struttura sanitaria dovrebbe prevedere un'adeguata procedura per il PdC, l'adozione di modelli comunicativi strutturati, specie per le urgenze, per la compilazione delle cartelle cliniche, garantendo un'adeguata formazione del personale.

È indispensabile che una parte del tempo lavorativo sia debitamente organizzato ed esplicitamente dedicato al PdC,<sup>16</sup> che può variare in funzione dell'esperienza del medico, della complessità del paziente, del contesto in cui avviene il PdC e dello strumento che si intende adottare, promuovendo un'adeguata formazione degli operatori, anche nella forma dell'*action learning* (corsi di formazione e strategie di apprendimento), che rappresenta una fase irrinunciabile perché lo strumento adottato risulti realmente efficace.<sup>17</sup>



## Considerazioni generali

Indipendentemente dalla modalità scritta e/o orale del PdC, la comunicazione tra il professionista al termine del suo turno di lavoro ed il professionista che gli subentra dovrà rispondere a requisiti ben definiti che ne garantiscano la qualità e quindi il risultato. Sia quando si tratti di un intervento sincronico (es. team chirurgico) sia quando si tratti di un intervento diacronico di più professionisti (es. cambio di turno), la comunicazione, scritta e/o orale, dovrà essere ("5 C": acronimo mnemonico della comunicazione):<sup>18</sup>

- **concisa** (tesa a evitare, ove possibile, qualsiasi consumo inutile di tempo: ad esempio focalizzando l'attenzione sulle parti anamnestiche più utili a spiegare le condizioni attuali – anamnesi più recente – e evitando di effettuare riepiloghi tanto lunghi quanto inutili);
- **concreta** (efficacemente mirata a far comprendere in modo chiaro i problemi risolti e le modalità di risoluzione utilizzate e quelli ancora aperti e da risolvere valutando insieme anche come risolverli);
- **corretta** (quanto più possibile basata su dati precisi cioè oggettivi e oggettivabili);
- **completa** (in grado di fornire una informazione esaustiva relativamente allo stato clinico di tutti i distretti e di tutte le funzioni d'organo, al decorso ma anche alle attività svolte e da svolgere);
- **chiara** (priva di ambiguità: evitando quanto più possibile confondimenti derivanti da informazioni non immediatamente suffragabili con dati oggettivi).

Il processo informativo che si attua attraverso la comunicazione orale o scritta durante il PdC dovrà inoltre permettere di ricostruire i punti salienti del decorso clinico in termini di:

- accuratezza e appropriatezza delle scelte cliniche–assistenziali;
- eventi caratterizzanti il decorso clinico;
- azioni svolte relative all'attività di diagnosi e cura;
- loro modalità incluse le eventuali complicanze generate;
- loro cronologia,

secondo lo schema operativo riassunto nell'acronimo mnemonico della descrizione clinica "5 P":<sup>19</sup>

- **Patient** (descrizione del paziente: nome, età, sesso, lavoro, famiglia, patologia collaterale, trattamenti);
- **Planning** (diagnosi, trattamento, piano di cura, prossime fasi);
- **Purpose** (razionale della cura);
- **Problems** (problemi in atto);
- **Precaution** (le precauzioni suggerite in base al quadro clinico).

In ultimo, tutte le informazioni dovranno essere:

- nel caso del PdC scritto:
  - redatte in modo leggibile e chiaro (grafia comprensibile, contenuto logico, consequenziale, non caotico per permettere anche una efficace interazione e integrazione informativa tra diversi professionisti anche con diverse specialità);
  - indicanti la data, l'ora comprensiva dei minuti, la firma e il timbro dell'autore (questo per consentirne anche l'individuazione, configurandosi ogni annotazione come atto autonomo); se la responsabilità è condivisa da più professionisti, ognuno dovrà apporre la propria firma;
- nel caso del PdC sia scritto che orale:
  - veritiere (attinenti ai fatti, non omissive);
  - pertinenti (in relazione immediata e diretta con le problematiche cliniche del caso).



## Modello strutturato per il passaggio di consegne: il metodo I-PASS

Nel presente documento si fornisce uno strumento per effettuare in modo razionale e clinicamente appropriato il PdC. Sulla qualità del processo informativo che costituisce il PdC influiscono sensibilmente una serie di fattori (le relazioni tra i componenti del gruppo, l'esperienza dei medici, l'ambiente, il background culturale, la rilevanza della leadership) che, data la loro estrema variabilità in relazione al singolo contesto, rendono particolarmente difficile offrire raccomandazioni uniformi.

Pur tenendo conto di questa variabilità e dei numerosi metodi offerti da vari autori per promuovere la cultura della sicurezza durante il PdC, il metodo proposto nel presente documento fa riferimento alle 5 dimensioni essenziali: **Illness, Patient, Action, Situation, Synthesis (I-PASS)**,<sup>20</sup> facilitandone la memorizzazione ed il loro richiamo in fase operativa.

Il metodo I-PASS costituisce una rielaborazione in chiave clinica di una tecnica standardizzata di trasmissione delle informazioni<sup>21</sup> (**SBAR: Situation, Background, Assessment, Recommendation**), derivata da altri contesti operativi, e centrata sulle criticità.<sup>17</sup>

In esso si possono individuare tre aree di informazione:

- informazioni relative al paziente, alla malattia e alla sua gravità;
- informazioni relative alle attività svolte e da svolgere;
- informazioni relative alle condizioni cliniche, articolate in 5 funzioni, ciascuna delle quali fa riferimento a un insieme di informazioni omogeneo (nucleo informativo) che viene esplicitato in specifici contenuti tematici, cui si aggiunge, nel caso del PdC verbale, un momento di confronto e discussione che chiude il PdC.

In sintesi, nel metodo I-PASS (Tab 1), si valuta la gravità del paziente, si fa una sintesi clinica, si comunica il programma operativo, le possibili evoluzioni e quali misure è previsto si debbano adottare. L'ultimo item è destinato al ricevente del messaggio che ripete i punti più importanti e pone, eventualmente, domande.

Proprio per questa sintetica consequenzialità del processo informativo, il metodo I-PASS si presta bene alla comunicazione telefonica, a quella "vis à vis", ma anche a quella scritta.

**Tabella 1**

SBAR	I-PASS		
	FUNZIONE	NUCLEO INFORMATIVO	CONTENUTO
<b>Situation</b>	<b>I - Illness</b> (gravità)	Tipo e gravità della patologia	Stabile, da tenere in osservazione, instabile
<b>Background</b>	<b>P - Patient</b> (riassunto)	Anamnesi e sintesi clinica	Diagnosi principale. Motivi del ricovero. Percorso di cura. Accertamenti in corso.
<b>Assessment</b>	<b>A - Action</b> (programma)	Lista delle attività	Cose da fare. Programma. Priorità. Tempistica.
<b>Recommendation</b>	<b>S - Situation</b> (pianificare-allertare)	Conoscenza della situazione e pianificazione delle possibili evoluzioni	Condizioni del paziente al momento della consegna. Previsioni di possibili evoluzioni.
	<b>S - Synthesis</b> (dal ricevente)	Sintesi dei punti principali da parte di chi riceve le informazioni	Il ricevente riassume le priorità ed i prossimi passaggi operativi. Pone eventuali domande.



## Settori di applicazione del metodo I-PASS per il passaggio di consegne

I settori di attività ad alta intensità di cura in cui operano istituzionalmente gli Anestesiisti Rianimatori sono camera operatoria (CO); reparto di Terapia Intensiva (TI); dipartimento di emergenza-accettazione (DEA), centri mobili di rianimazione (CMR) e sistemi di rapida risposta alle emergenze (RRS), rete di terapia del dolore e cure palliative (TD-CP). Tutti questi contesti richiedono che lo standard di consegne adottato per il trasferimento delle informazioni sia sicuro, efficace e condiviso. E' pertanto fondamentale facilitare e incoraggiare l'integrazione fra i vari percorsi terapeutici, garantendo prioritariamente la sicurezza del paziente e l'erogazione delle migliori cure possibili. Nella nostra disciplina si possono individuare alcuni ambiti specifici schematizzati (Tab 2), in cui il metodo I-PASS per il PdC trova utile attuazione. Per comodità descrittiva essi verranno trattati separatamente.

**Tabella 2**

Percorsi "di medicina perioperatoria"	Percorsi "intensivistici e di emergenza"
1. cambio turno in CO (incluso Punto Nascita)	5. territorio (CMR) / ospedale (PS, TI, RRS)
2. passaggio CO / TI o area di degenza post-anestesia (PACU)	6. cambio turno in TI (medico/medico)
3. passaggio CO / reparto di degenza	7. passaggio TI / altra TI o stepdown unit
4. passaggio per terapia del dolore-cure palliative (TD-CP)	8. passaggio TI / reparto di degenza

### Percorsi "anestesiologici di medicina perioperatoria"

La CO rappresenta un microcosmo sede di molteplici e complesse dinamiche sul piano organizzativo e gestionale, in cui la comunicazione efficace può garantire sicurezza e qualità. Alcuni studi hanno dimostrato infatti che difetti di comunicazione possono provocare EA anche gravi.<sup>22, 23</sup> Essi si verificano nel 30% dei casi durante il cambio turno ed in un terzo dei casi possono mettere a repentaglio la sicurezza dei pazienti. Migliorare il PdC in sala operatoria<sup>24</sup> significa quindi ridurre la frequenza di errori e di EA.

#### 1 – Passaggio di consegne al cambio di turno in CO

##### - Regole generali

- La documentazione deve essere redatta con chiarezza e veridicità, evitando correzioni e omissioni, garantendo il rispetto dei dati sensibili.
- Nella comunicazione verbale deve essere posto particolare riguardo alla necessità di rispettare le categorie di competenza non tecniche incluse nella classificazione ANTS<sup>25</sup> (Anaesthesists' Non Technical Skills: task management, team working, situation awareness, decision making).

##### - Come procedere

- **Illness:** patologia e conseguente procedura chirurgica (elezione / urgenza).
- **Patient:** sintesi clinica, eventuali comorbidità, decorso intraoperatorio.
- **Action:** tipo di anestesia, lista delle attività e/o priorità.
- **Situation:** condizioni del paziente al momento della consegna, previsioni delle possibili evoluzioni e pianificazione del postoperatorio; rapporto con i familiari.
- **Synthesis:** chi riceve le informazioni evidenzia le priorità e pone eventuali domande.

##### - Come migliorare

- Riunioni periodiche di tutto il personale.



- Attivazione di sistemi di valutazione dell'attività in CO.
- Registro dei problemi rilevati e divulgazione come EA.
- Condivisione dei contenuti e dei risultati raggiunti anche attraverso gli strumenti forniti dal risk management, come incident reporting e audit clinici.

## 2 – Passaggio di consegne dalla CO alla TI o alla PACU

### - Regole generali

- La consegna al medico di TI deve essere sempre fornita dal medico che ha effettuato l'anestesia o che ha seguito il paziente durante l'intervento, a meno di impedimenti di forza maggiore.
- La scheda anestesologica, compilata in tutte le sue parti, deve essere sempre allegata alla documentazione che segue il paziente, insieme all'atto operatorio con la descrizione chirurgica dell'intervento.
- È opportuno riassumere le informazioni necessarie per garantire la continuità delle cure in un apposito foglio di sintesi che includa indicazioni su familiare di riferimento (numeri di telefono, indirizzo email).

### - Come procedere

- **Illness:** patologia principale di cui è affetto il paziente.
- **Patient:** sintesi clinica; informazioni sull'anestesia e sulla procedura chirurgica effettuata (elezione / urgenza), sul decorso intraoperatorio e sulle eventuali complicanze insorte.
- **Action:** lista delle attività e priorità (per es. sedazione e miorsoluzione, antibioticotterapia, terapia del dolore post-op, profilassi antitrombotica, ...), problemi previsti per il postoperatorio.<sup>26</sup>
- **Situation:** condizioni del paziente al momento della consegna e possibili evolutività, necessità di controlli e alert di rischio, consulenze chirurgiche, rapporto con i familiari e contatti di riferimento.
- **Synthesis:** chi riceve le informazioni evidenzia le priorità e pone eventuali domande.

### - Come migliorare

- Riunioni periodiche fra medici di CO e di TI.
- Registro dei problemi rilevati e divulgazione come EA.
- Aggiornamento professionale continuo.
- Valorizzare il lavoro e la comunicazione tra le equipe, favorire la coesione e la collaborazione per migliorare la qualità dell'assistenza erogata.

## 3 – Passaggio di consegne dalla CO al reparto di degenza

### - Regole generali

- La consegna al medico di reparto deve essere sempre fornita dall'anestesista Rianimatore che ha seguito il paziente durante l'intervento, a meno di impedimenti di forza maggiore.
- La scheda anestesologica, compilata in tutte le sue parti e corredata di allegati rilevanti (es. Check-list di CO, indagini strumentali e laboratoristiche effettuate...note di terapia), deve essere sempre allegata alla documentazione che segue il paziente, insieme alle prescrizioni terapeutiche e assistenziali (es. monitoraggi).
- E' opportuno specificare che eventuali variazioni delle condizioni cliniche (o allarmi sui parametri vitali) rendono necessario l'allertamento del medico di reparto e l'informazione eventuale dell'Anestesia Rianimatore.<sup>27</sup>





- *Come procedere*

- **Illness:** patologia principale di cui è affetto il paziente;
- **Patient:** sintesi clinica; informazioni sull'anestesia e sulla procedura chirurgica effettuata (elezione / urgenza), sul decorso intraoperatorio e sulle eventuali complicanze insorte;
- **Action:** prescrizioni post-operatorie (analgesia post-operatoria, idratazione endovena, profilassi, eventuali limitazioni su reintroduzione idratazione e alimentazione per os), terapie e azioni per prevenire o trattare problemi prevedibili nel postoperatorio;
- **Situation:** condizioni del paziente al momento della consegna e possibili evolutività, necessità di controlli strumentali o di laboratorio, rapporto con i familiari e contatti;
- **Synthesis:** l'Anestesista Rianimatore che invia il paziente deve indicare i propri contatti, per consentire a chi riceve le informazioni di poterlo rintracciare tempestivamente in caso di bisogno per porre eventuali domande

- *Come migliorare*

- Riunioni periodiche con il personale di reparto.
- Standardizzazione e condivisione dei processi ripetibili.
- Registro dei problemi rilevati e divulgazione come eventi sentinella.
- Aggiornamento professionale continuo.
- Valorizzare il lavoro e la comunicazione tra le equipe, favorire la coesione e la collaborazione per migliorare la qualità dell'assistenza erogata.

#### 4 - Passaggio di consegne per terapia del dolore-cure palliative (TD-CP)

- *Regole generali*

- La consegna nel campo della terapia del dolore e delle cure palliative può essere fornita di persona, telefonicamente o in forma scritta a seconda dei contesti organizzativi.
- E' opportuna la compilazione di un foglio in cui sia indicata con chiarezza la pianificazione delle cure con specifico riferimento agli obiettivi condivisi da paziente e team curante, in particolare la soddisfazione dei bisogni psicologici e spirituali nel rispetto delle preferenze della persona malata
- Dalla documentazione deve emergere con chiarezza la volontà del paziente di coinvolgere uno o più familiari nel percorso di cura, nonché l'eventuale nomina di un fiduciario.

- *Come procedere*

- **Illness:** patologia per cui è stata posta indicazione a terapia del dolore o cure palliative.
- **Patient:** sintesi clinica; informazioni sulla prognosi della malattia, la pianificazione del percorso di cure palliative, il ruolo della terapia del dolore all'interno di tale percorso.
- **Action:** lista delle attività programmate (tecnica scelta per la terapia del dolore, strategia di cure palliative) ed eventuali piani di riserva in caso di inefficacia/insufficienza.
- **Situation:** condizioni del paziente al momento della consegna e presumibile evolutività del quadro clinico, necessità di controlli, programmazione di sedute, rapporto con i familiari e contatti di riferimento.
- **Synthesis:** chi riceve le informazioni verifica la validità del percorso stabilito e pone eventuali domande.



- *Come migliorare*

- Riunioni periodiche fra medici di reparto, medico del dolore e palliativista.
- Registro dei problemi rilevati e divulgazione come EA.
- Aggiornamento professionale continuo.
- Migliorare negli operatori, sia nei reparti di TI che in quelli di degenza ordinaria, la consapevolezza del ruolo irrinunciabile della terapia del dolore e delle cure palliative per la gestione dei pazienti per cui risultino indicate

### **Percorsi “intensivistici e di emergenza”**

La comunicazione tra gli operatori in area intensiva/medicina critica e dell'emergenza assume un ruolo cruciale in considerazione di questi fattori:

- le cure erogate ai pazienti che presentano lo scompenso di una o più funzioni vitali non si concludono quasi mai all'interno di un unico turno lavorativo;
- la terapia intensiva è sempre una prestazione professionale di squadra, anche quando si opera fuori dalle mura del reparto di TI;
- il piano di cure può prevedere:<sup>28, 29</sup>
  - trattamento intensivo pieno, senza limitazioni;
  - trattamento intensivo con limitazioni, secondo il principio di proporzionalità delle cure, con cure palliative simultanee, nel rispetto di eventuali volontà espresse dal paziente;
  - trattamento esclusivamente palliativo.

Il PdC in ambito intensivistico è quindi un momento fondamentale per garantire una performance di squadra ottimale che consenta di affrontare problemi complessi sul piano clinico, etico e relazionale. L'attività dell'intensivista non può prescindere dallo sforzo comune di interpretare la grande quantità di dati fisiopatologici a disposizione, dalla condivisione delle strategie, delle scelte terapeutiche e dei percorsi di cura.

Solo il medico di un team in cui sia maturata col tempo l'abitudine al confronto e alla condivisione delle scelte, frutto di una comunicazione *interna* efficace, è in grado di porsi come interlocutore credibile nei confronti del paziente e/o dei suoi familiari in frangenti e situazioni particolarmente impegnative sul piano comunicativo (scelte critiche di trattamenti altamente complessi, aggressivi e invasivi, scelte di fine vita, gestione del lutto, etc).

Nel PdC in TI l'omissione di informazioni rilevanti aumenta con l'incremento della complessità del paziente e con l'aumento del numero dei cambi del curante.

Le consegne verbali, pur insostituibili nella loro funzione, presentano diversi limiti:

- la finitezza dei dati che possono essere memorizzati;
- la soglia di attenzione dell'ascoltatore, che cala notevolmente in seguito ad interruzioni;
- la tendenza a ricordare solo i dati che si ritengono indispensabili nel breve periodo.

In un simile contesto il ricorso al metodo I-PASS consente di migliorare sensibilmente qualità e quantità delle informazioni trasmesse<sup>30</sup> senza tuttavia allungarne i tempi. Il processo di trasmissione delle informazioni richiede tempo, che naturalmente deve essere considerato, anche in area intensiva, tempo di cura e quindi incluso nella pianificazione del lavoro.<sup>31</sup>



## 5 – Passaggio di consegne fra soccorso extra-ospedaliero e personale di DEA / TI

Il Pronto Soccorso è in molti contesti un luogo rumoroso e sovraffollato a causa dell'inadeguatezza degli spazi, che mal si presta ad una comunicazione raffinata ed equilibrata. Il coinvolgimento contemporaneo di molteplici professionisti e l'elevato numero di pazienti, rende il PdC più complesso ed esposto ad interruzioni e perdita di informazioni. Lo stesso si può dire dei sistemi di risposta all'emergenza, sul territorio e in ospedale.

Per garantire la massima efficienza della rete territoriale e l'integrazione con quella ospedaliera,<sup>32, 33</sup> limitando le soluzioni di continuità nei percorsi di assistenza al paziente, si devono prevedere degli schemi rapidi e precisi di trasferimento delle informazioni relative ai pazienti, allo scopo di garantire una operatività sinergica tra tutti i professionisti.<sup>34</sup>

### - Regole generali

- Preparazione: eseguire riassunto mentale dei punti essenziali da riferire.
- Presentarsi: chi sono, che compito ho, da quale mezzo/intervento provengo.
- Rapidità: presentare velocemente i dati fondamentali, poi ascoltare le domande.
- Completezza: successiva relazione scritta su tutti i punti essenziali.

### - Come procedere

- **Illness:** qual è il problema principale del paziente.
- **Patient:** età, breve anamnesi, ora insorgenza sintomi, parametri vitali iniziali.
- **Action:** quali terapie somministrate, con quale risultato.
- **Situation:** condizioni attuali e possibile evolutività, rapporto con i familiari.
- **Synthesis:** chi riceve le informazioni evidenzia le priorità e pone eventuali domande.

### - Come migliorare

- Creare ed utilizzare un proprio schema mentale standardizzato.
- Confronto con il medico di centrale operativa sullo svolgimento della missione.
- Incontro con il team (ALS e BLS, trauma, RRS...) dopo la consegna del paziente (debriefing).
- Confronto con i colleghi o supporto psicologico dopo i casi più difficili.

## 6 – Passaggio di consegne al cambio di turno in TI

Nella fase del cambio turno in TI, deve essere noto a tutti gli attori coinvolti quanto ogni interruzione durante le consegne costituisca una potenziale fonte di errori e, conseguentemente, di aumento dei rischi e di EA per il paziente. Ridurre al minimo le interruzioni durante il PdC, equivale a ridurre in modo significativo i margini di errore.

Durante le consegne, al fine di integrare tutte le informazioni, è buona pratica prevedere la presenza del personale infermieristico. Le consegne in forma scritta, proposte talora come antidoto a fraintendimenti e perdite di informazioni, devono comunque sempre integrarsi con le consegne verbali in quanto non sono in grado di sostituirle integralmente.

### - Regole generali

- All together: tutti gli interessati devono essere presenti, almeno una volta al giorno; consegne interdisciplinari fra medici/infermieri/fisioterapisti/psicologi/ausiliari.

- **Ambiente:** il luogo e l'atmosfera dove si comunica devono essere adatti.
- **Awareness:** è necessario essere focalizzati su questo compito, evitando altri compiti lavorativi o extra-lavorativi, telefonate, messaggi.

- *Come procedere*

- **Illness:** qual è il problema principale del paziente.
- **Patient:** anamnesi, problematiche rilevanti ed evoluzione clinica degli ultimi giorni.
- **Action:** quali cose fatte, quali da fare, con quale priorità.
- **Situation:** condizioni attuali e possibile evolutività, rapporto con i familiari.
- **Summary:** chi riceve le informazioni evidenzia le priorità e pone eventuali domande.

- *Come migliorare*

- Creare delle abitudini comunicative standardizzate, non strettamente vincolanti.
- Registrare in forma scritta almeno una parte di consegne, in particolare: le decisioni condivise. In caso di cartella informatizzata è necessario predisporre un apposito spazio per le note di consegna.
- Riassumere i concetti chiave alla fine delle consegne.
- Insegnamento reciproco: PdC come momento educativo, partendo dal caso clinico e proponendo gli approfondimenti scientifici correlati.
- Attenzione alla rete di prossimità del paziente. I familiari non sono meri destinatari di informazioni ma soggetti che necessitano di uno specifico supporto. Non hanno potere decisionale diretto sulle scelte di cura ma hanno il prezioso compito di aiutare i curanti a ricostruire le volontà del paziente, i suoi valori e le sue aspettative (specie quando è temporaneamente incompetente). È opportuno che tutto il team sia a conoscenza del loro grado di consapevolezza, delle loro necessità e degli eventuali contrasti all'interno del gruppo familiare o nei confronti dei curanti. È opportuno chiedere un familiare di riferimento (numeri di telefono, indirizzo email).

## 7 – Passaggio di consegne fra diverse TI e/o livelli di minore intensità assistenziale

In merito al trasferimento in altra TI o *step down unit*, si suggerisce di attenersi alle raccomandazioni SIAARTI precedentemente pubblicate,<sup>35</sup> in particolare per quanto riguarda i pazienti in classe III, IV, V, cioè quando è più importante considerare i rischi insiti al trasferimento.

Le check-list pre-dimissione sono strutturate per ridurre omissioni e incomprensioni, particolarmente frequenti data la storia clinica prolungata da riferire e le difficoltà di comunicazione tra intensivisti appartenenti ad equipe profondamente diverse per tipologia di pazienti, intensità di cure, abitudini e mentalità. Tutta la documentazione clinica prodotta durante il ricovero deve accompagnare sempre il paziente nel suo trasferimento.

Per offrire un quadro esaustivo relativo ad un paziente che è stato ricoverato in TI per un periodo prolungato è necessario formulare una relazione in forma scritta chiara, concisa, completa. La stesura della relazione richiede tempo e concentrazione che mal si conciliano con gli impegni del turno di guardia. Per tale motivo non deve essere affidata al medico di guardia del giorno della dimissione, ma deve essere "costruita" gradualmente da tutta l'equipe durante il ricovero, mediante aggiornamenti seriat.

- *Regole generali*

- **Preparazione:** ottenere piena consapevolezza del proprio compito e delle condizioni cliniche del paziente, non scaricando la responsabilità su altri.



- Presentarsi: chi sono, che compito ho, da quale ospedale provengo.
- Problema: con chi sono stati presi accordi e per risolvere quale problema (numeri di telefono, indirizzo email anche dei familiari di riferimento).
- Percorso: cosa è successo di rilevante durante il trasferimento, quali procedure/farmaci si sono resi necessari per l'evoluzione della patologia.

- *Come procedere*

- **Illness:** qual è il problema principale del paziente.
- **Patient:** anamnesi, altre problematiche rilevanti.
- **Action:** quali cose fatte, quali da fare, con quale priorità.
- **Situation:** condizioni attuali e possibile evolutività, rapporto con i familiari.
- **Summary:** chi riceve le informazioni evidenzia le priorità e pone eventuali domande.

- *Come migliorare*

- Riflessione su adeguatezza del personale coinvolto (medici/infermieri/soccorritori).
- Riflessione su adeguatezza dei materiali utilizzati (sanitari/monitoraggio/mezzi trasporto).
- Registro dei problemi rilevati (da segnalare al rientro del sanitario).
- Creazione di una scheda cartacea di relazione sul trasporto, compilata da chi trasporta e controfirmata da chi riceve, da fotocopiare e lasciare sia nella cartella dell'ospedale di destinazione, sia in quella dell'ospedale di provenienza.

## 8 – Passaggio di consegne fra TI e reparto di degenza

Il trasferimento da TI a reparto di degenza ospedaliero è un momento particolarmente delicato in virtù della brusca riduzione del livello di assistenza che nel nuovo reparto si configura. Il trasferimento del paziente nel reparto ordinario può infatti proiettare il paziente da un reparto ad alta intensità di cure, di cui non necessita più, ad uno a minore intensità, per il quale tuttavia potrebbe non essere ancora del tutto pronto.<sup>36, 37</sup> Il PdC tra medici che, pur lavorando nel medesimo ospedale, hanno competenze specialistiche differenti può rivelarsi particolarmente difficoltoso. I suggerimenti offerti in precedenza sulla stesura della relazione clinica sono validi anche per il PdC tra TI e reparto di degenza.

- *Regole generali*

- Preparazione tempestiva (non può essere compito esclusivo del medico che esegue materialmente il trasferimento, ma deve essere preparato giorno dopo giorno, per esempio scrivendo in cartella un'epicrisi con cadenza almeno settimanale).
- Lettera di trasferimento cartacea sempre presente, contenente:
  - ✓ dati anagrafici (nome cognome, data di nascita, recapiti del paziente e dei familiari);
  - ✓ dati relativi alla degenza (provenienza, ingresso in TI, procedure rilevanti);
  - ✓ patologia che ha reso necessario il ricovero;
  - ✓ anamnesi patologica remota e prossima;
  - ✓ decorso in TI;
  - ✓ terapia in atto e problemi aperti.

In particolare, si ricorda che sia in caso di trasferimento in altra TI che in reparto di degenza, è opportuno siano riportati nella lettera di trasferimento:



- ✓ aspetti clinici ancora oggetto di indagine e problematiche ancora non risolte, con eventuali suggerimenti operativi;
- ✓ stato funzionale e grado di autonomia precedente l'ammissione in TI;
- ✓ prescrizioni relative ad ossigenoterapia, avvio di rialimentazione orale o eventuale disfagia, gestione della cannula tracheostomica, presenza di CVC o catetere peridurale, con particolare riguardo a tutto ciò che non rientra in standard assistenziali abituali nel reparto di destinazione;
- ✓ grado di conoscenza e consapevolezza della prognosi da parte del paziente e/o dei suoi familiari e di condivisione del piano di cure in corso;
- ✓ recapiti dei familiari di riferimento (numeri di telefono, indirizzo email).

- *Come procedere*

- **Illness:** qual è il problema principale del paziente.
- **Patient:** anamnesi, altre problematiche rilevanti.
- **Action:** quali cose fatte, quali da fare, con quale priorità.
- **Situation:** condizioni attuali e possibile evolutività, rapporto con i familiari.
- **Summary:** indicare i contatti del medico rianimatore che invia il paziente, in modo che chi riceve le informazioni possa porre eventuali domande o contattarlo tempestivamente in caso di urgenze.

- *Come migliorare*

- Utilizzo di un modello condiviso da tutti i medici della Terapia Intensiva.
- Creazione di un archivio interno delle lettere.
- Organizzazione del lavoro per compilazione delle lettere di trasferimento in anticipo rispetto all'ipotetica dimissione.
- Confronto con i reparti riceventi sulle loro richieste/necessità.

In generale, l'adozione del metodo I-PASS può rivelare la sua efficacia solo se inserito anche formalmente nel piano per la gestione del rischio clinico delle aziende sanitarie. Qualunque strategia adottata comporta cambiamenti nei percorsi assistenziali e nelle modalità organizzative che richiedono un percorso di formazione di tutto il personale, per esempio realizzato tramite workshop, role playing, strumenti informatici, feed back, riunioni di "case report".

Si ritiene utile sintetizzare alcuni suggerimenti operativi finalizzati a migliorare la performance e la sicurezza in TI in sinergia con l'adozione del metodo I-PASS per il PdC:

- pianificare almeno una parte di consegne scritte;
- affiancare al metodo I-PASS una standardizzazione dei processi clinico-assistenziali, delle checklist e dei protocolli;
- concludere le procedure urgenti prima di eseguire il PdC;
- focalizzare il PdC su ogni singolo paziente;
- tutti i componenti del team devono essere presenti;
- formazione sulle tecniche comunicative;
- istituzione di una "liaison nurse" (figura di raccordo tra TI e reparti ospedalieri di degenza);<sup>37</sup>
- preparazione tempestiva della lettera di trasferimento (*discharge plan*).

L'adozione di un nuovo sistema per il PdC deve essere percepito come un'opportunità di miglioramento nell'attività assistenziale, anche attraverso una crescita dell'abilità comunicativa tra gli operatori dei vari team e tra medici, pazienti e familiari. La "malpractice relazionale" rappresenta infatti il principale motivo di insoddisfazione dei pazienti e dei loro familiari, spesso alla base di contenziosi legali.

## Conclusioni

Negli ultimi anni è notevolmente cresciuta l'attenzione nei confronti dei processi connessi al PdC e quindi al trasferimento di responsabilità inerente al percorso di cura dei pazienti, sia quando questo avviene tra le diverse Unità operative, sia quando il PdC avviene durante il cambio turno tra i professionisti, nell'ambito della normale attività clinica quotidiana. Gli errori scaturiti dalla mancanza di una comunicazione efficace durante il PdC, rappresentano una tra le cause più frequenti degli EA.

Tutto il personale dovrebbe essere formato ad utilizzare metodiche di comunicazione strutturata per assicurare un PdC efficace, poiché queste aumentano la performance del team e migliorano la soddisfazione sia degli utenti sia del personale, riducendo gli errori di comunicazione.<sup>38</sup> Tra i vari protocolli elaborati a livello internazionale e i vari sistemi standardizzati, proponiamo l'adozione dell'I-PASS, uno strumento facilmente adattabile ai vari contesti sia in ambito anestesiologicalo che intensivistico, la cui efficacia è stata recentemente dimostrata.<sup>39</sup>

Migliorare il PdC riduce la frequenza di errori e di EA. E' pertanto auspicabile che la comunità scientifica e le istituzioni ne riconoscano la prioritaria rilevanza intensificando gli sforzi per migliorare la sicurezza del paziente, a partire dalla formazione alla buona comunicazione, sia durante il percorso di studi accademico, sia nel percorso di formazione continua in medicina.

## Bibliografia

1. Safe Handover: safe patient's 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).
2. Bernardi L, Mazzon D, Bernard M, et al "La segnalazione di eventi avversi in terapia intensiva con un sistema di Incident reporting:studio prospettico- Evidence Open Access J. luglio 2012; 4 (3) 1000009.
3. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. International journal of clinical practice. 2015 Nov;69(11):1257-67. PubMed PMID: 26147310. Pubmed Central PMCID: 4758389. Epub 2015/07/07. eng.
4. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. Quality & safety in health care. 2005 Dec;14(6):401-7. PubMed PMID: 16326783. Pubmed Central PMCID: 1744089. Epub 2005/12/06. eng.
5. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? Journal of nursing management. 2004 Jan;12(1):37-42. PubMed PMID: 15101454. Epub 2004/04/23. eng.
6. Joint Commission : National Patient Safety goals Handbook, 2008.



7. Orsi L, De Biasi F, Sempredoni A, Busatta L, Mazzon D "La comunicazione della cattiva notizia in ambito sanitario". *BioLaw Journal* n°1/ 2017 :191-205
8. Jeffcott SA, Ibrahim JE, Cameron PA. Resilience in healthcare and clinical handover. *Quality & safety in health care*. 2009 Aug;18(4):256-60. PubMed PMID: 19651927. Epub 2009/08/05. eng.
9. Agarwal R, Sands DZ, Schneider JD. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*. 2010 Jul-Aug;55(4):265-81; discussion 81-2. PubMed PMID: 20812527. Epub 2010/09/04. eng.
10. World Health Organization. 10 Facts on patient safety. 2014 Available form: [http://www.apsf.net.au/dbfiles/iatrogenic\\_injury.pdf](http://www.apsf.net.au/dbfiles/iatrogenic_injury.pdf).
11. Eiggins S, Slade D. Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. *Journal of public health research*. 2015 Nov 17;4(3):666. PubMed PMID: 26753165. Pubmed Central PMCID: 4693345. Epub 2016/01/12. eng.
12. La posizione di garanzia del medico si sostanzia nel particolare dovere giuridico di provvedere alla tutela della salute del paziente contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità.
13. Cass. pen. sez. IV, 02/04/2010, n. 19637.
14. Cass. pen. , sez. IV, 30/01/2008, n. 8615.
15. Cass. pen. sez. V, 01/03/2011, n. 23255.
16. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *The New England journal of medicine*. 2004 Oct 28;351(18):1838-48. PubMed PMID: 15509817. Epub 2004/10/29. eng.
17. Clark E, Squire S, Heyme A, Mickle ME, Petrie E. The PACT Project: improving communication at handover. *The Medical journal of Australia*. 2009 Jun 01;190(11 Suppl):S125-7. PubMed PMID: 19485860. Epub 2009/07/22. eng.
18. Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Quality & safety in health care*. 2010 Dec;19(6):493-7. PubMed PMID: 20378628. Epub 2010/04/10. eng.
19. H&HN research and Sentana Health Care, 2008.
20. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England journal of medicine*. 2014 Nov 06;371(19):1803-12. PubMed PMID: 25372088. Epub 2014/11/06. eng.
21. Porteous JM, Stewart-Wynne EG, Connolly M, Crommelin PF. iSoBAR--a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *The Medical journal of Australia*. 2009 Jun 01;190(11 Suppl):S152-6. PubMed PMID: 19485867. Epub 2009/07/22. eng.
22. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & safety in health care*. 2004 Oct;13(5):330-4. PubMed PMID: 15465935. Pubmed Central PMCID: 1743897. Epub 2004/10/07. eng.
23. Choromanski D, Frederick J, McKelvey GM, Wang H. Intraoperative patient information handover between anesthesia providers. *Journal of biomedical research*. 2014 Sep;28(5):383-7. PubMed PMID: 25332710. Pubmed Central PMCID: 4197389. Epub 2014/10/22. eng.
24. Catchpole KR, de Leval MR, McEwan A, Pigott N, Elliott MJ, McQuillan A, et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatric anaesthesia*. 2007 May;17(5):470-8. PubMed PMID: 17474955. Epub 2007/05/04. eng.
25. Reader T, Flin R, Lauche K, Cuthbertson BH. Non-technical skills in the intensive care unit. *British journal of anaesthesia*. 2006 May;96(5):551-9. PubMed PMID: 16567346. Epub 2006/03/29. eng.





26. Salzwedel C, Mai V, Punke MA, Kluge S, Reuter DA. The effect of a checklist on the quality of patient handover from the operating room to the intensive care unit: A randomized controlled trial. *Journal of critical care*. 2016 Apr;32:170-4. PubMed PMID: 26818630. Epub 2016/01/29. eng.
27. Nagpal K, Arora S, Abboudi M, Vats A, Wong HW, Manchanda C, et al. Postoperative handover: problems, pitfalls, and prevention of error. *Annals of surgery*. 2010 Jul;252(1):171-6. PubMed PMID: 20505507. Epub 2010/05/28. eng.
28. Gristina GR, Orsi L, Carlucci A, Causarano IR, Formica M, Romano M. [Part I. End-stage chronic organ failures: a position paper on shared care planning. The Integrated Care Pathway]. *Recenti progressi in medicina*. 2014 Jan;105(1):9-24. PubMed PMID: 24553592. Epub 2014/02/21. Parte I. Il percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura. ita.
29. Gristina GR, Orsi L, Carlucci A, Causarano IR, Formica M, Romano M. [Part II. Scientific evidence in end-stage chronic organ failure. A position paper on shared care planning]. *Recenti progressi in medicina*. 2014 Jan;105(1):25-39. PubMed PMID: 24553593. Epub 2014/02/21. Parte II. Evidenze scientifiche nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura. ita.
30. Beckmann U, Runciman WB. The role of incident reporting in continuous quality improvement in the intensive care setting. *Anaesthesia and intensive care*. 1996 Jun;24(3):311-3. PubMed PMID: 8805884. Epub 1996/06/01. eng.
31. Istituto Farmacologico Mario Negri di Milano: Gruppo Italiano per la valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva: Report 2015.
32. Iedema R, Ball C, Daly B, Young J, Green T, Middleton PM, et al. Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'IMIST-AMBO'. *BMJ quality & safety*. 2012 Aug;21(8):627-33. PubMed PMID: 22626739. Epub 2012/05/26. eng.
33. Jensen SM, Lippert A, Ostergaard D. Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 2013 Sep;57(8):964-70. PubMed PMID: 23639134. Epub 2013/05/04. eng.
34. Bost N, Crilly J, Wallis M, Patterson E, Chaboyer W. Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department - a literature review. *International emergency nursing*. 2010 Oct;18(4):210-20. PubMed PMID: 20869662. Epub 2010/09/28. eng.
35. Raccomandazioni per i Trasferimenti Inter ed Intra Ospedalieri Documento approvato dal Consiglio Direttivo S.I.A.A.R.T.I. – Napoli, 24 ottobre 2012.
36. van Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive care medicine*. 2015 Apr;41(4):589-604. PubMed PMID: 25672275. Pubmed Central PMCID: 4392116. Epub 2015/02/13. eng.
37. Green A, Edmonds L. Bridging the gap between the intensive care unit and general wards-the ICU Liaison Nurse. *Intensive & critical care nursing*. 2004 Jun;20(3):133-43. PubMed PMID: 15157931. Epub 2004/05/26. eng.
38. Lee SH, Phan PH, Dorman T, Weaver SJ, Pronovost PJ. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC health services research*. 2016 Jul 12;16:254. PubMed PMID: 27405226. Pubmed Central PMCID: 4941024. Epub 2016/07/14. eng.

39. Shahian DM, McEachern K, Rossi L, Chisari RG, Mort E. Large-scale implementation of the I-PASS handover system at an academic medical centre. *BMJ quality & safety*. 2017 Sep;26(9):760-70. PubMed PMID: 28280074. Epub 2017/03/11. eng.