



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE**

Le consegne infermieristiche in Terapia Intensiva: revisione narrativa della letteratura

*Matteo Danielis, Elisa Mattiussi,
Davide Della Mora, Pietro Gaspardo, Stefano Bambi.*

BACKGROUND

- L'errore di comunicazione è la causa più comune degli errori sanitari prevenibili (70%), eventi avversi che portano non soltanto a danno per il paziente, ma anche malessere organizzativo ed aumento dei costi.

(Gardiner et al, 2015)

- La consegna infermieristica, intesa come **processo contemporaneo ed interattivo di trasferimento d'informazioni** (e di responsabilità) specifiche sul paziente da un operatore ad un altro, è la premessa indispensabile per garantire continuità e sicurezza nella presa in carico assistenziale.

(OMS, 2007; JCI, 2006)

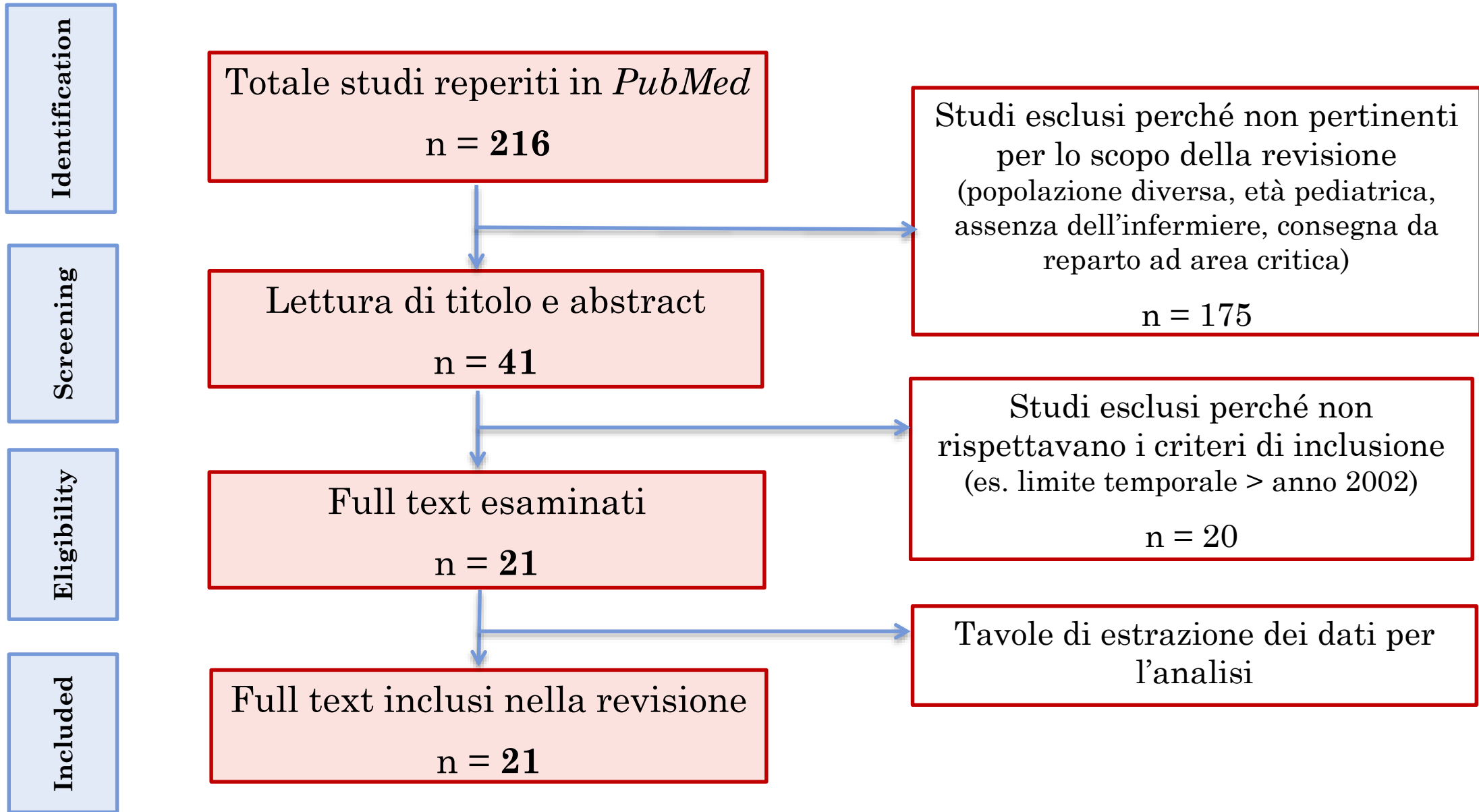
- Nell'ambito della criticità vitale, il passaggio di consegne infermieristiche è una fase delicata, spesso soggetta ad errori ed omissioni che possono portare ad eventi avversi anche gravi.

MATERIALI E METODI (I)

- Obiettivo: identificare caratteristiche e modalità delle consegne infermieristiche in Terapia Intensiva per fornire alla pratica clinica un quadro di riferimento
- Disegno di studio: **revisione narrativa della letteratura**
- Banca dati: *PubMed*
- Parole chiave: *Handover, Handoff, Nursing, Intensive Care Unit, Quality, Safety, Communication.*
- Limite temporale (2002-2015)
- Limite di lingua (italiano/inglese)
- Limite di popolazione (adulti ≥ 18 anni)



MATERIALI E METODI (II)



RISULTATI

- Sono stati analizzati 3 revisioni della letteratura, 1 RCT, 7 studi osservazionali, 4 qualitativi e 6 sperimentali.
- Sono emerse tre aree di distribuzione degli articoli in base al *setting* nei quali avveniva il passaggio di consegne:

1) Sala operatoria – terapia intensiva

2) Terapia intensiva – terapia intensiva

3) Terapia intensiva – reparto di degenza

1) Sala operatoria – Terapia intensiva

Tutti gli studi sono concordi nell'affermare che le consegne del paziente post-operato dalla sala alla terapia intensiva risultano incomplete, e molti dimostrano una correlazione tra scarsa qualità del processo e *outcome* negativi sul paziente.

BARRIERE COMUNICATIVE

- Carenza di checklist strutturate o protocolli standardizzati;
- Presenza di documentazione informale;
- Decorso clinico e procedure sul paziente poco chiari;
- Concomitanza di attività assistenziali durante la consegna;
- Pratiche clinico – assistenziali non uniformi (“*my usual*”);
- Equipe non completa al momento dell'arrivo del paziente in T.I.

1) Sala operatoria – Terapia intensiva

STRATEGIE EMERSE

- Standardizzare i processi di consegna (omogeneità di strumenti e di contenuti);
- Garantire le informazioni sul paziente (nome, età, storia clinica, etc.), sull'anestesia, sul trattamento chirurgico, sullo stato attuale, sul programma post-operatorio;
- Completare in sala operatoria tutte le attività urgenti sul paziente prima di trasferirlo, e preparare l'unità letto in terapia intensiva prima dell'arrivo del paziente;
- Utilizzare l'approccio “*sterile cockpit*” per il passaggio di consegne;
- Assicurare la presenza di tutti i membri dell'equipe e la possibilità di fare domande e ricevere risposte;
- Documentare l'avvenuto passaggio di consegna.

2) Terapia intensiva – Terapia intensiva

In Terapia Intensiva, il paziente ha uno stato di salute critico, spesso associato ad alta complessità assistenziale, ed è sottoposto ad una multifarmacoterapia. Inoltre, questo setting si caratterizza per una costante interazione tra professionisti sanitari in un approccio multidisciplinare.

BARRIERE COMUNICATIVE

- Mancanza di passaggi di consegne multidisciplinari per incompatibilità di orario e turnistica;
- Interruzioni, in media 2 per consegna, nel 77% dei casi sono conversazioni con altri sanitari e nel 20% sono riconducibili alle apparecchiature;
- Informazioni dubbie, omesse, incorrette, in conflitto, ripetitive, mal interpretate;
- Carenze in esame obiettivo del paziente, raccolta, aggiornamento e revisione delle informazioni, compilazione del report assistenziale;
- Uso di abbreviazioni e linguaggi non convenzionali.

2) Terapia intensiva – Terapia intensiva

STRATEGIE EMERSE

- Utilizzare modelli strutturati per la trasmissione delle consegne garantendo la completezza dei contenuti (ad es. contenzione, fine vita, etc.);
- Incentivare l'utilizzo di sistemi informatizzati per ridurre il rischio di errore e di omissioni;
- Prediligere le consegne a letto del paziente, meglio se in equipe multidisciplinare;
- Minimizzare le interruzioni durante le consegne;
- Prevedere percorsi di formazione ed aggiornamento ad hoc (registrazioni audio e analisi di contenuti).

3) Terapia intensiva – Reparto di degenza

BARRIERE COMUNICATIVE

- Differenze di setting (es. *nurse to patient ratio*, tempo a disposizione, volume di attività);
- Contenuti inadeguati, troppo specifici e non pertinenti per la continuità della presa in carico;
- Passaggi di consegne telefonici;
- Attitudine alla comunicazione (“*Some ICU nurses could be more friendly and helpful at handing over*” a ward nurse);
- Contenuti mancanti come le indicazioni sul fine vita, la pianificazione a lungo termine del percorso del paziente;
- Pazienti e familiari poco coinvolti nel percorso.

3) Terapia intensiva – Reparto di degenza

STRATEGIE EMERSE

- Adottare approcci e strumenti standardizzati per la trasmissione di informazioni;
- Percorso di dimissione strutturato (*bed managing*);
- Continuità assistenziale tra terapia intensiva e reparto (es. *follow up* per valutazione del paziente nei primi giorni del trasferimento);
- Incentivare l'uso del *read back* e del *cross-checking* anche per il passaggio di consegne.

Discussione

- In tutti e tre i setting esplorati, si è rilevata l'esigenza di adottare modalità di consegne condivise e strutturate al fine di garantire qualità delle informazioni trasmesse e sicurezza nel processo di assistenza.

Gli strumenti possono essere *patient centered* (sistemi corporei) vs *path centered* (pre, intra e post operatorio).

- Di contro, nonostante la letteratura evidenzi le problematiche relative ai passaggi di consegne, non sono emersi standard che riportano quali siano i contenuti minimi ed essenziali che devono essere trasmessi per garantire la continuità delle cure e la sicurezza del paziente nei setting di terapia intensiva.



*Take home message

- **RISCHIO CLINICO:** il passaggio di consegne in area critica come chiave della sicurezza del paziente.
- **EVIDENCE BASED PRACTICE:** approccio standardizzato per la comunicazione durante il passaggio di consegne.
- **RICERCA FUTURA:** analisi dei contenuti delle consegne ed identificazione di un *nursing minimum data set*; ulteriori studi sugli strumenti adottati e sugli esiti assistenziali prodotti.