

TEAM WORKING IN EMERGENZA-URGENZA:
DAL TERRITORIO ALLA MEDICINA D'URGENZA IN UN LAVORO DI EQUIPE
MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE

**Standardizzazione della Comunicazione tra Centri
Spoke e Hub nella Centralizzazione e
Decentralizzazione delle patologie tempo dipendenti**

Aula Magna Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, 12 maggio 2017

Sossio Serra

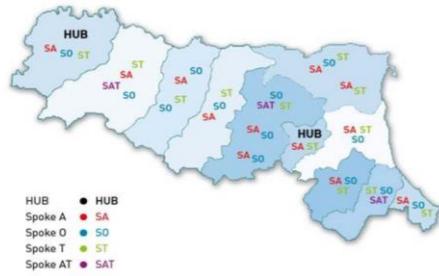
U.O. Medicina d'urgenza - Pronto Soccorso

Ospedale Maurizio Bufalini - CESENA, AUSL della Romagna

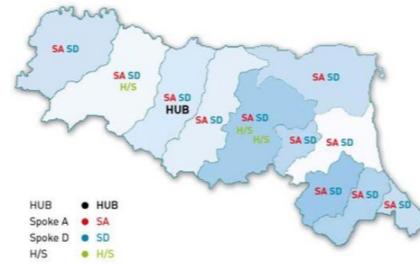
Le reti 'Hub & Spoke' in Emilia Romagna

una rete di reti ...

Riabilitazione gravi mielolesioni



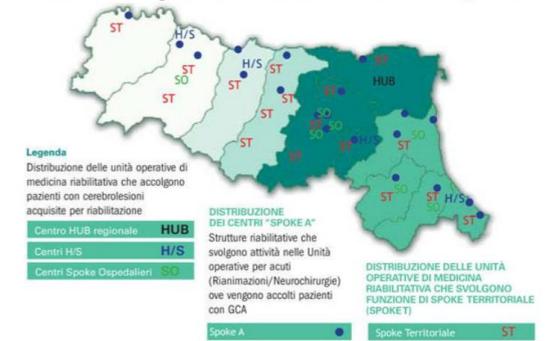
Riabilitazione gravi disabilità neuromotorie dell'età evolutiva



Malattie rare pediatriche



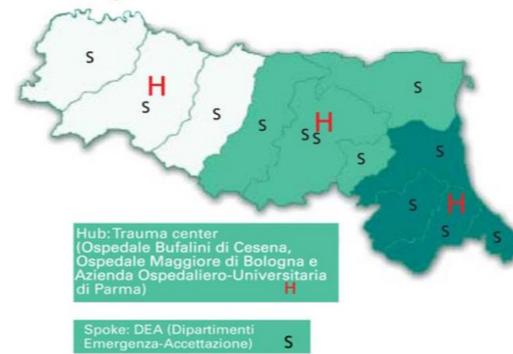
Riabilitazione gravi cerebrolesioni acquisite



Cardiochirurgia emodinamica diagnostica interventistica



Assistenza grandi traumi



Neuroscienze



Le grandi ustioni



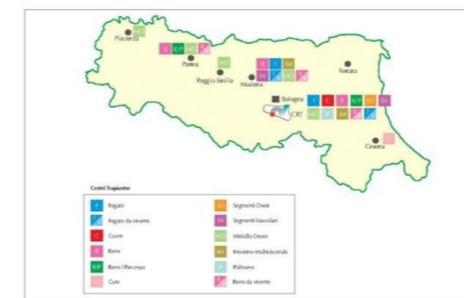
Malattie rare scheletriche



Genetica medica



Banche di tessuti e cellule



Rete oncologica

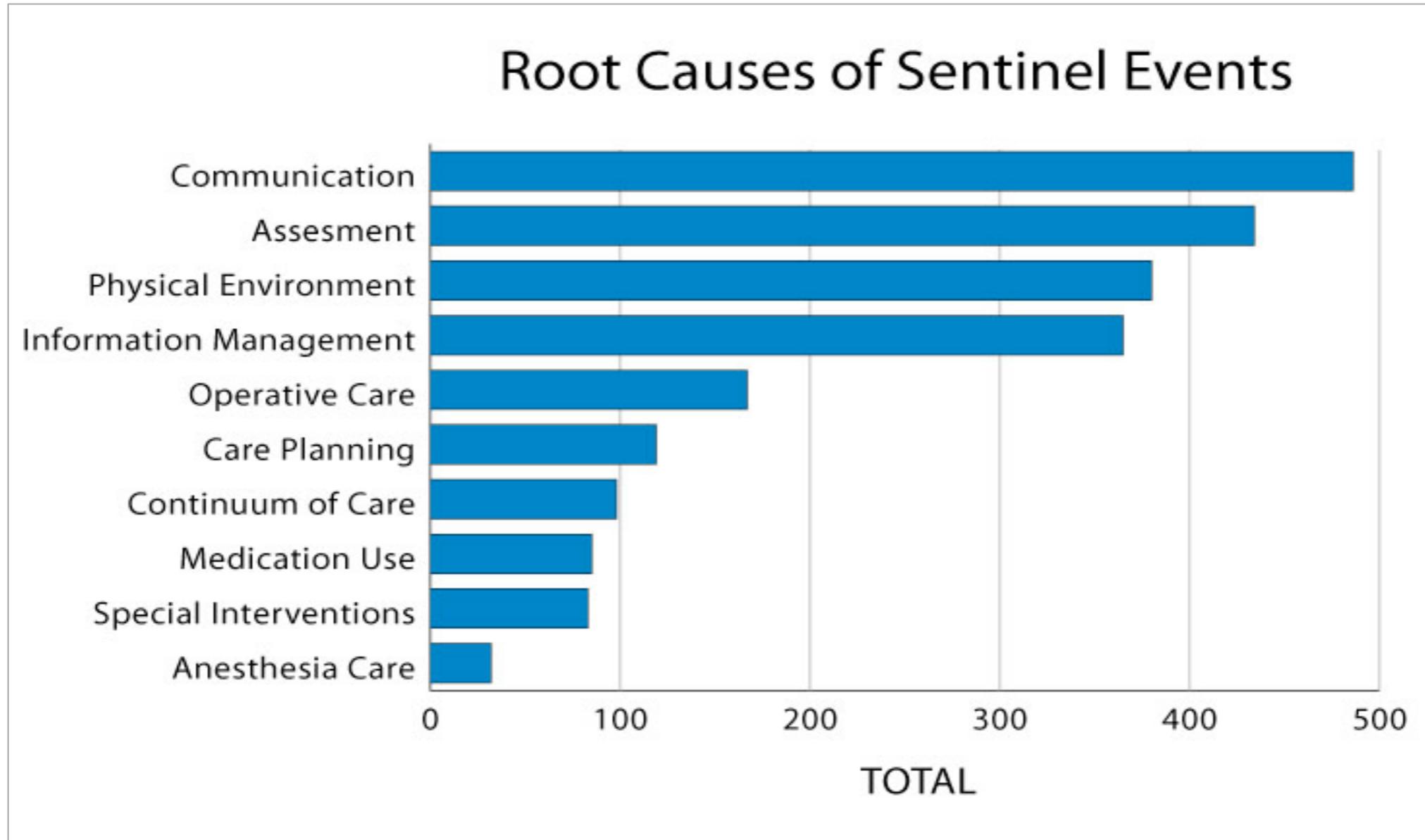


Figura 16A Distribuzione delle attività di trapianto in Emilia Romagna

Delibera Regionale n. 1267/2002: Linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello 'Hub & Spoke'

Communication Failures

The connection between communication and patient safety remains an issue of paramount importance to today's health care system. Poor communication among clinicians is the root cause of most sentinel events, medical mistakes, and "near misses".



Joint Commission. (2011). Sentinel Event Statistics Data - Root Causes by Event Type (2004 - Third Quarter 2011)



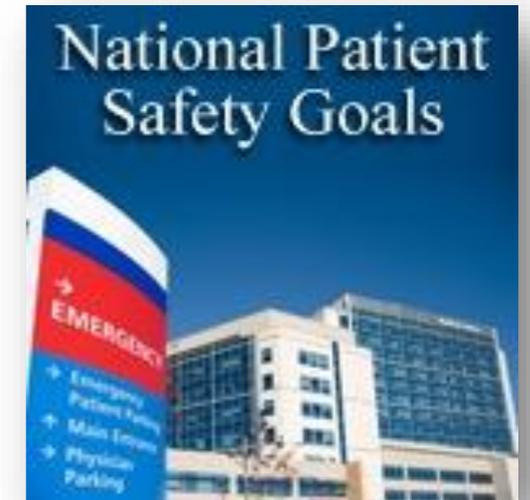
si ritiene che circa l'80% degli eventi sentinella siano dovuti ad errori di comunicazione



Global Elements of Effective Handoffs

- Use clear language
- Incorporate effective communication techniques
- Create a smooth hand-off between settings
- Use technology to your advantage
- Ensure transfer of accurate & unambiguous information
- Facilitate transfer of responsibility
- Employ closed-loop communication
- **Standardize**

National Patient Safety Goal
2E (2006)



THREE PHASES OF THE HANDOFF PROCESS

1. Exchanging information
2. Transferring responsibility of care
3. Providing continuity of care by preparing the team taking over so they're able to anticipate and make timely decisions

Structuring flexibility: the potential good, bad and ugly in standardisation of handovers

E S Patterson

- La standardizzazione riduce costi di comunicazione ed errori
 - Fornisce maggiore affidabilità
 - Rappresenta un'opportunità per ristrutturare il lavoro fatto (feedback; no one-way comunicazione)
-
- In condizioni di sovraccarico di dati il ricorso alla consegna orale crea problemi metacognitivi (come il riconoscimento del piano di lavoro, analisi del contesto, sensibilizzazione ai problemi emergenti) che risultano difficili da schematizzare in una ceck-list
 - Si corre il rischio che l'attuazione di standard enfatizzi solo il problema della sicurezza





The research literature demonstrates the double-edged nature of handoff communication.



Cohen et al. *Critical Care* 2012, 16:303
<http://ccforum.com/content/16/1/303>



The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety

Continuity of Care

A Systematic Review of Failures in Handoff Communication During Intrahospital Transfers

Mei-Sing Ong, M.BiomedE.; Enrico Coiera, M.B., B.S., Ph.D., F.A.C.M.I.

VIEWPOINT

A handoff is not a telegram: an understanding of the patient is co-constructed

Michael D Cohen*¹, Brian Hilligoss² and André Carlos Kajdacsy-Balla Amaral*³

SAEM Academic Emergency Medicine
Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine

EDUCATIONAL ADVANCE

Handoff Practices in Emergency Medicine: Are We Making Progress?

H. Gene Hern, Jr., MD, MS, Fiona E. Gallahue, MD, Boyd D. Burns, DO, Jeffrey Druck, MD, Jonathan Jones, MD, Chad Kessler, MD, MHPE, Barry Knapp, MD, and Sarah Williams, MD, MHPE, Representing the Council of Residency Directors, Transitions of Care Task Force

ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2016;23:197-201

SAEM Academic Emergency Medicine
Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine

ORIGINAL RESEARCH CONTRIBUTION

An Algorithm for Transition of Care in the Emergency Department

Chad Kessler, MD, MPHE, Faizan Shakeel, H. Gene Hern, MD, MS, Jonathan S. Jones, MD, Jim Comes, MD, Christine Kulstad, MD, Fiona A. Gallahue, MD, Boyd David Burns, DO, Barry J. Knapp, MD, Maureen Gang, MD, Moira Davenport, MD, Ben Osborne, MD, and Larissa I. Velez, MD

ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2013; 20:605-610

Handoff communication may be characterized by missing, inaccessible, or forgotten information, and clinicians may fail to allocate enough time to appropriately transfer patient information.

Important information can get lost during shift changes and patient transfers between care providers and medical services



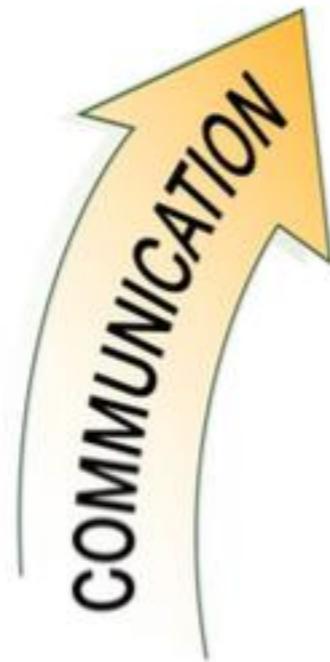
environment
stress
fatigue
interruptions

timing
complexity patient
coordination transfer center

hierarchy
poor training
background
gender
personal and emotional factors

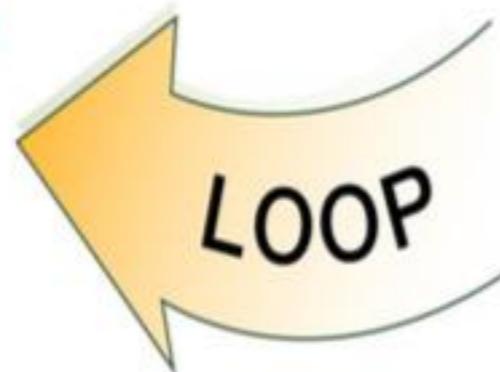


Sender initiates
message



Sender verifies
message
was received

Receiver accepts
message, provides
feedback
confirmation



Le barriere nel passaggio di consegne

I fattori ambientali

I fattori umani

La complessità dei pazienti

Il fattore tempo

La centrale operativa

Le tecnologie

I fattori ambientali

environment
stress
fatigue
interruptions
overcrowding



Le barriere nel passaggio di consegne

I fattori ambientali

I fattori umani

La complessità dei pazienti

Il fattore tempo

La centrale operativa

Le tecnologie

Stili relazionale

Modalità aggressiva



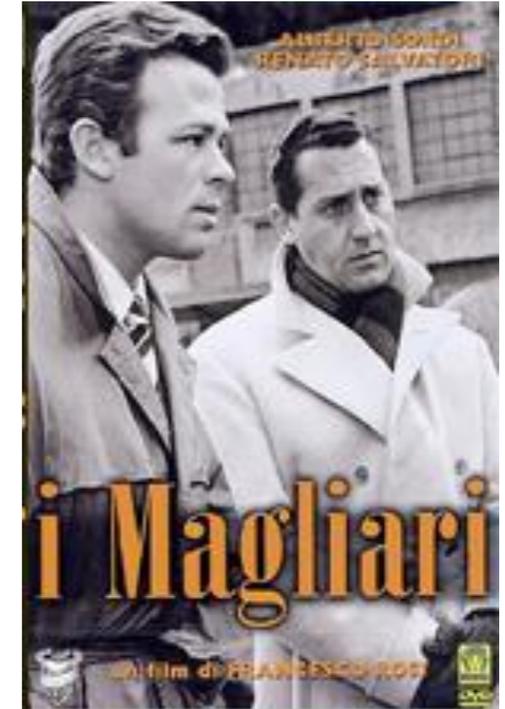
Modalità passiva



una storia di gerarchia...



tanto loro vanno via...



ti chiedono sempre una manovra aggiuntiva...



il complesso di Atlante



chi alza muri

Il filtro dell'assertività

Ognuno di noi reagisce agli eventi e alle situazioni con modalità diverse, in base al proprio vissuto, alla propria esperienza, al proprio carattere. Sono principalmente 3 le modalità di comportarci di fronte ai fatti e agli eventi della vita:

1 Modalità Aggressiva

La persona aggressiva è egocentrica, ostile, arrogante, non sente ragioni, deve avere il pieno controllo della situazione e tende sempre a sopraffare gli altri, calpestandoli con la propria apparente superiorità. MODALITA' MANIPOLATIVA

2 Modalità Passiva

La persona passiva è debole e sottomessa, non riesce ad esprimersi come vorrebbe, è titubante, teme sempre il giudizio altrui e piuttosto che esporsi preferisce rimanere in silenzio e subire gli eventi.

3 Modalità Assertiva

La persona assertiva invece ha piena consapevolezza di sé e delle proprie capacità, sa farsi valere ma senza calpestare gli altri e sa comunicare efficacemente in tutti gli ambiti della propria vita.

'assertività è la capacità del soggetto di utilizzare in ogni contesto relazionale, modalità di comunicazione che rendano altamente probabili reazioni positive dell'ambiente e annullino o riducano la possibilità di reazioni negative'.

Le barriere nel passaggio di consegne

I fattori ambientali

I fattori umani

La complessità dei pazienti

Il fattore tempo

La centrale operativa

Le tecnologie

La complessità del paziente

...i diversi punti di vista

S
A
E
M



Academic Emergency Medicine

Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine

SPECIAL CONTRIBUTION

Improving Interunit Transitions of Care Between Emergency Physicians and Hospital Medicine Physicians: A Conceptual Approach

Christopher Beach, MD, Dickson S. Cheung, MD, MBA, MPH, Julie Apker, PhD,
Leora I. Horwitz, MD, MHS, Eric E. Howell, MD, Kevin J. O'Leary, MD, Emily S. Patterson, PhD,
Jeremiah D. Schuur, MD, MHS, Robert Wears, MD, and Mark Williams, MD

All Physicians

- Focus disagreements on what is best for the patient
- Provide synchronous communication for all but most routine cases
- Emphasize discussion rather than information dump
- Negotiate remaining tasks depending on patient's needs and the current condition of the ED and hospital
- Maintain respect and trust
- Generate collegial and collaborative atmosphere

Emergency Physician

- Emphasize synthesis and interpretation rather than litany of facts
- Emphasize degree of diagnostic certainty
- Clearly summarize the patient's current condition and expected near-term course
- Ensure responsibility for patient and pending tasks is explicitly assigned
- Focus on "big picture" rather than minute details

Hospital Medicine Physician

- Read back or clarify key information or pending data
- Ask questions regarding areas of uncertainty
- Close the loop, explicitly accept responsibility for patient and for pending tasks

Best Practice Recommendations for Content

1. Clinical condition of the patient
 - Severity of illness
 - Stability of condition
2. Working diagnosis with degree of certainty and rationale
3. Highlights of history and physical
4. Summary of ED course
 - Diagnostic tests and therapeutic intervention
 - Patient response to intervention
5. Results and analysis of key tests
6. Pending data and tasks with unambiguous assignment for follow-up
7. Unusual circumstances (do-not-attempt-resuscitation, isolation, language barrier, etc.)

Le barriere nel passaggio di consegne

I fattori ambientali

I fattori umani

La complessità dei pazienti

Il fattore tempo

La centrale operativa

Le tecnologie

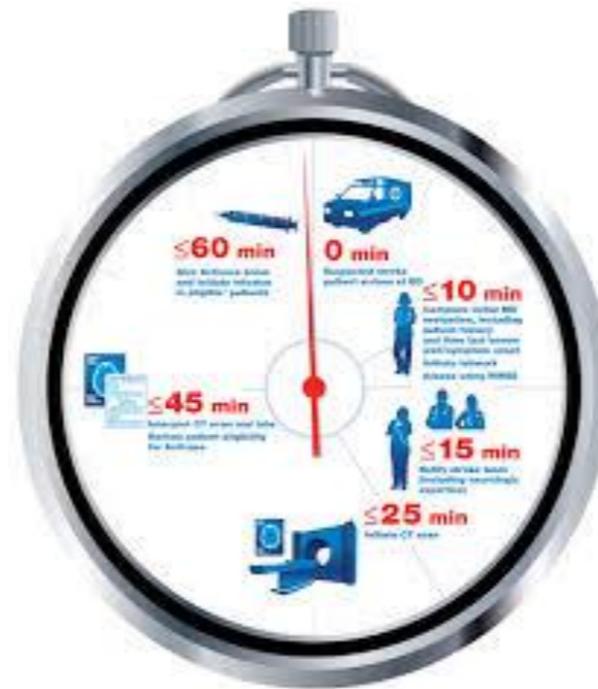
Il fattore tempo

The Golden Hour



Trauma

The time following a traumatic injury when prompt medical treatment has the highest likelihood to prevent death



Stroke



Heart stroke

bilancio tra concisione e completezza

Le barriere nel passaggio di consegne

I fattori ambientali

I fattori umani

La complessità dei pazienti

Il fattore tempo

La centrale operativa

Le tecnologie

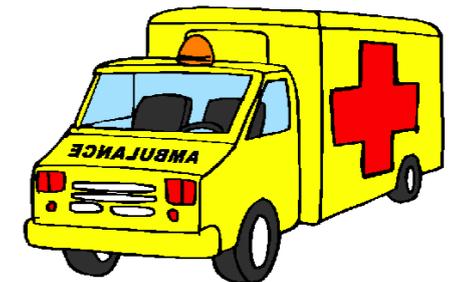
Le comunicazioni con la CO

Raccomandazioni per i Trasferimenti Inter ed Intra Ospedalieri



EQUIPAGGIO DI ACCOMPAGNAMENTO: Individuato a cura del medico del reparto responsabile del trasferimento

Classe	Equipaggio	Competenze richieste
I	Non necessita di personale sanitario	
II	Di norma infermiere del reparto di degenza del paziente	BLSD
III	Minimo: medico o infermiere del reparto di degenza del paziente (a giudizio del medico) Ideale: Team composto da un medico e un infermiere del reparto di degenza del paziente	Minimo: BLSD Ideale: ALS almeno per uno dei componenti del team
IIIe	Team composto da un medico e un infermiere anche non del reparto di degenza del paziente	Minimo: ALS con capacità di gestione delle vie aeree avanzate da parte di almeno uno dei due componenti del team
IV	Team composto da un medico e un infermiere di norma del Servizio di Anestesia e Rianimazione, in situazioni in cui il fattore tempo potrebbe controindicare l'attesa di personale reperibile è accettabile l'utilizzo del Team previsto per la classe IIIe se disponibile immediatamente	Esperienza in area critica. ALS con capacità di gestione delle vie aeree avanzate da parte di almeno uno dei due componenti del team
V	Team composto da un medico e un infermiere di norma del Servizio di Anestesia e Rianimazione, a causa della possibile non completa stabilizzazione del paziente può essere richiesta la presenza di uno specialista della branca interessata alla patologia di base del paziente (es. pediatra, ostetrico, cardiologo, chirurgo vascolare etc.)	Esperienza in area critica. ALS con capacità di gestione delle vie aeree avanzate da parte di almeno uno dei due componenti del team. Esperienza nella branca di competenza per lo specialista aggiuntivo



Le barriere nel passaggio di consegne

I fattori ambientali

I fattori umani

La complessità dei pazienti

Il fattore tempo

La centrale operativa

Le tecnologie

La comunicazione perfetta esiste. Ed è un litigio

Stefano Benni



Come standardizzare ?

JCAHO Strategies for Handoffs

- Provide handoff in the same order every time;
- Use verbal, face-to-face communication
- Allow two-way exchange (Read-back to ensure accuracy);
- Limit distractions and interruption
- Complete patient assessment prior to handoff;
- Use technology to your advantage
- Include Sample Communication Tools.

JCAHO

means

Joint Commission on
Accreditation of Healthcare
Organizations



Sample Communication Tools

- I PASS THE BATON
- SBAR
- 5 P's

The I-PASS Mnemonic

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 • Timeline 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

Starmer. Pediatrics. 2012 Feb;129(2):201-4.

E' un metodo strutturato per la trasmissione delle informazioni cliniche che richiedono un'immediata attenzione e decisione.

S.B.A.R.



S

- identificazione del paziente
- rapido inquadramento della situazione

SITUATION

B

- diagnosi , anamnesi significativa, allergie, risultati di laboratorio e di altri interventi diagnostici

BACKGROUND

A

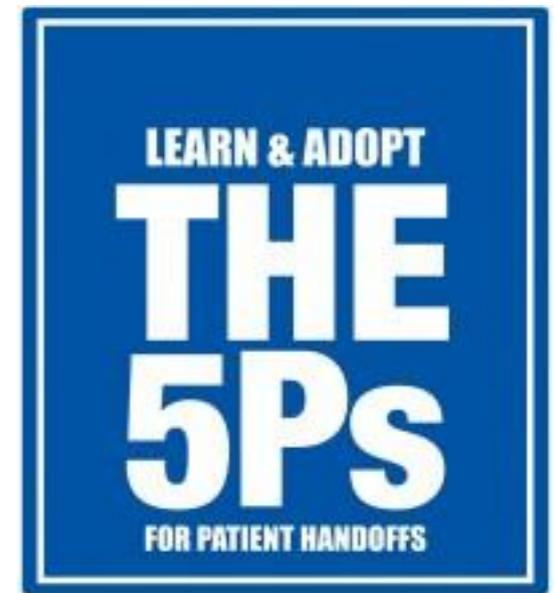
- Segni vitali
- valutazioni cliniche
- preoccupazioni con dati oggettivi a supporto

ASSESSMENT

R

- specificare richieste
- formulare suggerimenti chiarendo i tempi e le modalità di attuazione

RECOMMENDATION



Patient or project. What will you be handing off?

Plan. What needs to happen next?

Purpose of the plan. What is the desired end state? How will you help make sure that the patient handoff is complete and critical information about the patient communicated?

Problems. What do you know about the patient that is different, unusual or complicated about this patient

Precautions. What could be expected to be different, unusual or complicated about this patient?

Standardizzazione della Comunicazione tra Centri Spoke e Hub nella Centralizzazione e Decentralizzazione delle patologie tempo dipendenti

Nell'ambito della preparazione del trasferimento inter-ospedaliero sarebbe essenziale:

identificare l'ospedale ricevente in relazione alle procedure regionali in atto:
necessità protocolli di centralizzazione e decentralizzazione

Identificare (nome e cognome) il Collega che accetta telefonicamente il paziente e di chi subentra in turno di guardia (soprattutto negli orari di cambio turno)

Comunicare i tempi stimati di trasporto

Utilizzo Sample Communication Tools

Informare paziente e/o familiari sui motivi del trasferimento (se possibile)

Accuratezza della documentazione clinica che segue il paziente

Necessità di registrazione delle comunicazioni avvenute
registrazione chiamate ?

produzione di un documento da inviare al centro che accetta il trasferimento ?

Grazie per l'attenzione

спасибо за внимание



Obrigado pela sua atenção

Merci pour votre attention

Thanks for the attention

感謝您的關注

ευχαριστώ για την προσοχή σας

شكرا لاهتمامكم

Gracias por su atención

あなたの注意に感謝