



## Rischio della delega di compiti in seno a gruppi di lavoro

Errori al momento di delegare e ricevere compiti

### Segnalazioni notificate al CIRRNET di Sicurezza dei pazienti Svizzera \*

#### Caso 1

«Una apprendista ha iniettato a un paziente malato terminale 10 mg di morfina invece di 5 mg. La diplomata ha seguito l'apprendista durante la somministrazione, ma non ha più verificato la dose.»

#### Caso 2

«Fragmin iniettato al paziente sbagliato. È stato scambiato il numero della camera al momento in cui si è aiutata una collega.»

#### Caso 3

«Il medico assistente ha chiesto 1 mg di morfina. L'apprendista ha diluito una fiala con 9 ml di NaCl (1 ml = 1 mg di morfina) e ha portato il farmaco nella camera del paziente, dove il medico assistente ha iniettato l'intera fiala credendo si trattasse di 1 mg. L'apprendista ha detto al medico assistente e al capo clinica di aver preparato una fiala intera, ossia 10 mg. Il medico assistente ha sostenuto in seguito che l'apprendista aveva parlato di 1 mg.»

#### Caso 4

«Un paziente riceve su delega un farmaco destinato a un altro paziente. Il cognome di entrambi incomincia con la stessa lettera e le due camere sono contigue.»

#### Caso 5

«Una diplomata ha chiesto a un'altra diplomata di somministrare una fiala di 10 mg di efedrina. L'incaricata ha somministrato 50 mg di efedrina, senza verificare se la fiala ne contenesse 10 mg.»

#### Caso 6

«Da apprendista, non ho fatto verificare l'insulina non averla aspirata e per paura ho mentito alla persona di riferimento.»

#### Caso 7

«A un paziente è stata iniettata l'insulina sbagliata. La prescrizione è stata trasmessa in modo errato dal diplomato alle persone in formazione, che hanno chiesto più volte se fosse effettivamente giusto.»

#### Caso 8

«Mi è stata trasmessa oralmente la prescrizione di somministrare subito 10 mg di Konakion in vena. Il paziente era stato seguito da un'altra persona, che in quel momento tuttavia non si trovava in reparto. Ho quindi assunto io l'incarico e ho somministrato il farmaco. Prima di procedere, ho verificato nella documentazione il numero della camera, il nome del paziente, il farmaco, le diagnosi ecc., e ho constatato che il paziente aveva già ricevuto una fiala di 10 mg di Konakion. Ho quindi chiamato per sicurezza il medico competente, il quale mi ha detto che non sapeva che il paziente avesse già ricevuto il Konakion. Forse il suo collega lo aveva già prescritto senza informarlo.»

#### Caso 9

«In seguito a un malinteso tra operatrice sociosanitaria e diplomato, sono stati iniettati 2,5 mg di morfina invece di 1 mg.»

#### Caso 10

«L'operatore sociosanitario in formazione è andato oltre le sue competenze e ha aiutato nel trasferimento di una paziente con due siringhe temporizzate. Ha aperto le pompe e poi scambiato le siringhe. Il problema è stato notato per caso perché la siringa è finita anzitempo.»

#### Caso 11

«Controllo della glicemia di un neonato: ho chiesto alla mia collega di compilare la scheda di laboratorio e per errore le ho comunicato il nome sbagliato (controllo effettuato sul bimbo giusto, ma applicando l'etichetta sbagliata).»

#### Caso 12

«L'apprendista ha chiesto alla diplomata di somministrare al paziente i farmaci tramite la sonda. Parlandone in un secondo tempo, è stato constatato che la diplomata ha somministrato il farmaco non con la sonda gastrica, bensì con la sonda PEG.»

#### Caso 13

«Il paziente deve essere sottoposto a elettrocardiogramma. La prescrizione era stata scritta correttamente e firmata dall'infermiera e dal medico. L'ECG andava effettuato nel corso della giornata, non vi era urgenza. Il turno presto lo ha delegato oralmente al turno tardi. In reparto c'erano due pazienti dal cognome simile. L'infermiera del turno tardi ha fatto l'ECG al paziente sbagliato. Probabile malinteso (non chiaro se l'errore è stato nel dare o nel ricevere l'informazione).»

#### Caso 14

«Secondo il foglio di sorveglianza, bisognerebbe somministrare 18 mg di Dormicum l'ora tramite siringa temporizzata. Sull'apparecchio ne sono però impostati 9 mg l'ora. La somministrazione precedente era stata dosata il doppio (1 ml = 2 mg). Dopo aver chiesto al personale infermieristico del turno tardi, emerge che la preparazione del farmaco è stata delegata a un collega. A causa di un errore di comunicazione, la preparazione è avvenuta secondo la formula 1 ml = 1 mg. Al momento del cambio di turno l'errore non è stato individuato. Il Dormicum è stato somministrato per circa un'ora con il dosaggio sbagliato.»

\* Testi tradotti dal tedesco e parzialmente modificati editorialmente per una migliore comprensione.

## L'essenziale in breve

### Che rilevanza ha il problema?

La delega di compiti in seno a un team è considerata un processo soggetto a errori. Da molte segnalazioni CIRS emergono problemi di comunicazione quale causa frequente. Ne fanno parte per esempio prassi non sicure nella trasmissione e nella ricezione di incarichi che, abbinati a possibilità di controllo limitate, si traducono in rischi considerevoli.

### Che cosa si può fare?

Oltre a rispettare le regole generali volte a evitare gli errori, al momento di delegare un compito è molto importante ridurre i problemi di comunicazione. Soprattutto in presenza di livelli di qualificazione e di esperienza diversi in seno al team, è necessario coinvolgere solo persone idonee e all'occorrenza controllare che l'incarico venga svolto correttamente (v. informazioni supplementari alle pagg. 5 e 6).

## Commento da parte degli esperti

La delega di compiti e azioni è tra le tipiche caratteristiche del lavoro collaborativo nel settore sanitario. Nelle situazioni di sovraccarico, pensando alla sicurezza dei pazienti può avere senso delegare determinate attività per poter concentrarsi sulle priorità di cui ci si sta occupando. Occorre distinguere due varianti: la suddivisione verticale dei compiti con la trasmissione di istruzioni dall'alto verso il basso lungo la linea gerarchica, e la suddivisione orizzontale, con la ripartizione degli incarichi in seno al team tra persone con le stesse competenze e lo stesso livello gerarchico. All'interno dei gruppi professionali, la delega di compiti rientra nella routine quotidiana e ha l'obiettivo di distribuire equamente la mole di lavoro, così da gestire meglio i picchi e soddisfare gli obiettivi formativi.\*

Le segnalazioni riportate nella prima pagina, che rappresentano solo una piccola parte delle notifiche

-  Quanto pensato non viene sempre detto (correttamente/completamente)
-  Quanto detto non viene sempre sentito (correttamente/completamente)
-  Quanto sentito non viene sempre capito (correttamente/completamente)
-  Quanto capito non viene sempre applicato (correttamente/completamente)

Figura 1: tipiche fonti di errore della comunicazione orale

È lecito supporre che il problema riguardi tutti i gruppi professionali e i settori di presa a carico [1–3]. In tale contesto, emerge l'importanza del ruolo della comunicazione [4,5]. Visto che la maggior parte delle deleghe di compiti avviene soltanto oralmente, siamo confrontati con le fonti di errore tipiche nella comunicazione verbale (figura 1).

A complicare ulteriormente le cose vi è il fatto che sovente nella prassi le istruzioni vengono formulate in modo molto conciso dando per scontate importanti informazioni. Partire dal presupposto che una

determinata situazione sia chiara a tutti può dunque tradursi in una trasmissione ridotta di informazioni.

Va in più considerato anche il contesto dinamico in cui i compiti vengono delegati con grande frequenza. In particolare quando, in momenti di sovraccarico, si assegnano ad altri determinati compiti per ridurre la propria mole di lavoro, si constata una chiara

sproporzione tra il tempo impiegato per la comunicazione e la portata delle informazioni da fornire. Per una delega sicura degli incarichi occorre indicare almeno l'identità del paziente,

la misura da adottare, l'orario corretto, i dettagli a cui badare (p.es. particolarità rilevanti per la sicurezza) e le persone responsabili della documentazione (figura 2). È opinabile il fatto che si riesca a trasmettere, rispettivamente a recepire in modo affidabile tutti questi elementi in forma compressa.

Gli errori verificatisi al momento della delega orale di un compito vengono scoperti solo raramente per tempo, in quanto di rado sono previsti un monitoraggio o un controllo successivo delle attività delegate. La situazione è invece diversa quando la delega è verticale. In presenza di livelli di qualificazione, competenza ed esperienza diversi, le misure di sorveglianza e di controllo sono parte dell'obbligo di diligenza generale, e possono addirittura essere rese vincolanti in quanto provvedimenti di salvaguardia della qualità. Ciò vale nel contesto di un mandato formativo, ma anche al cospetto di team composti di persone con capacità (*skills*) e livelli di istruzione (*grades*) diversi.



Figura 2: informazioni minime da fornire al momento di delegare un compito

\* Il presente Quick-Alert si occupa esclusivamente della delega di compiti in seno a un determinato gruppo professionale, non dell'attuazione di prescrizioni mediche o di trattamenti che coinvolgono diverse discipline mediche.

## Raccomandazioni

Le riflessioni su come delegare compiti evitando gli errori sono strettamente legate agli interrogativi generali su come organizzare in modo sicuro la ripartizione orizzontale e verticale del lavoro. Le regole giuridiche di base che si applicano nelle varie costellazioni hanno un'utilità limitata perché riguardano soprattutto la responsabilità penale o civile e non la prevenzione degli errori [6–9]. Viene sì evidenziata la responsabilità individuale in riferimento all'impartizione di istruzioni e all'esecuzione di misure, ma si annette anche notevole importanza al principio di fiducia per quanto riguarda la correttezza delle istruzioni e dell'attuazione delle misure. Le possibili fonti di errore di una delega non sono prese molto in considerazione.

Al fine di migliorare la sicurezza della delega di compiti, servono provvedimenti efficaci volti al rispetto dei principi della delega e a una comunicazione sicura. Per ottenere il necessario grado di accettazione occorre dapprima che tutte le parti in causa siano consapevoli del rischio di errori legato a questa procedura.

### Principi della delega di compiti

Dalle segnalazioni CIRS emergono molti errori che si verificano in modo analogo anche in altri processi. Vi sono tuttavia particolarità riconducibili specificamente alla procedura di delega. Importante è per esempio la questione dell'accoglienza dei pazienti, sovente gestita in tutta fretta. Spesso mancano la consapevolezza della situazione e la documentazione della misura nel piano di trattamento, il che può portare a errori. Altri tipi di errori si riscontrano in situazioni di formazione e di introduzione di nuove collaboratrici e nuovi collaboratori oppure di deleghe a persone con altri livelli di competenza. È quindi importante che la persona delegante e la persona incaricata rispettino determinati principi (figura 3).

**Compito corretto**  
**Paziente corretto**  
**Circostanze corrette**  
**Persona corretta**  
**Comunicazione corretta**  
**Documentazione corretta**  
**Sorveglianza corretta**

Figura 3: regole di base per dare e ricevere la delega di un compito in modo sicuro (v. informazioni supplementari)

### Funzioni di sorveglianza e di controllo da parte della persona delegante

Una delega orizzontale (stesso livello di qualificazione) di regola non comporta una sorveglianza diretta dello svolgimento del compito. È tuttavia parte della responsabilità della persona delegante accertarsi che l'incarico venga svolto e documentato correttamente. In realtà, di rado è possibile procedere a una vera e propria verifica qualitativa, non soltanto per le limitate possibilità di controllo successivo della qualità, ma anche perché il tempo necessario andrebbe ad annullare quello guadagnato delegando il compito. Una sorveglianza o un controllo sono dunque l'eccezione, nella maggior parte dei casi ci si limita a una conferma dello svolgimento.

Le cose cambiano quando le persone o i gruppi di persone che ricevono la delega sono in formazione. Secondo le conoscenze e le competenze individuali, rientrano tra gli obblighi dell'insegnante la formazione delle misure da adottare [10, 11]. Benché le persone si conoscano, non si riesce sempre a valutare il livello delle conoscenze, l'esperienza e le capacità pratiche in modo sufficiente da presumere che i compiti in questione vengano svolti correttamente. In determinate circostanze, come una formazione o la fase di introduzione a un nuovo impiego, la pressione delle aspettative può inoltre indurre la persona incaricata a celare le proprie lacune.

Diversi sviluppi recenti sono all'origine di altre sfide nell'ambito della delega di compiti. È il caso per esempio della sempre più frequente collaborazione tra persone con livelli di formazione differenti. La sovrapposizione di competenze, responsabilità e incarichi comporta il rinvio o l'inoltro di attività in seno a un team. Onde poter garantire la sicurezza dei pazienti nonostante le disparità di qualifiche tra i singoli membri, è necessario osservare le regole di base della ripartizione verticale dei lavori [12–14]. In queste configurazioni, oltre a badare a una comunicazione sicura e rispettare le consuete misure di sorveglianza e di controllo, occorre verificare quali incarichi possono essere delegati a collaboratrici e collaboratori con qualifiche diverse. I cataloghi delle competenze per gruppi professionali possono fungere da orientamento, ma non sostituiscono una valutazione personale delle capacità pratiche e delle conoscenze teoriche. Per avere un'idea realistica di come stiano le cose, è importante, specialmente in seno a team eterogenei, curare contatti stretti così da conoscere bene le persone sul campo.

Un'altra sfida è rappresentata dal crescente impiego di personale temporaneo o su chiamata [15]. Anche se in questi casi almeno il livello di formazione di solito è noto, non è sempre possibile valutare realisticamente le conoscenze e le capacità individuali delle singole persone, senza contare che queste collaboratrici e questi collaboratori spesso non sono al corrente di tutte le procedure, circostanze e strutture interne. Secondo la frequenza e la durata dell'impiego nel rispettivo settore, questi fattori possono favorire gli errori e devono quindi essere considerati al momento di delegare un compito.

### Svolgimento sicuro di un compito delegato

Dato che i compiti delegati di solito riguardano pazienti al di fuori del proprio settore di competenza, vi è una serie di possibilità di errore. È quindi molto importante far capire alla collaboratrice o al collaboratore in questione il rischio insito nel processo di delega. A tale scopo, il problema andrebbe affrontato regolarmente sulla scorta di esempi concreti (p.es. segnalazioni CIRS) concentrando l'attenzione sugli errori più frequenti al fine di evidenziare la frequenza, rispettivamente la probabilità di tali situazioni.

Analogamente a quanto avviene con altri processi, per il buon esito degli incarichi delegati entrano in gioco vari fattori legati tra loro. Il raggiungimento del risultato complessivo auspicato non può dunque avvenire sulla base di supposizioni o probabilità, al contrario, a ogni passo deve esserci certezza su come procedere. In caso di dubbi, è d'obbligo fare chiarezza avvalendosi dei mezzi ausiliari a disposizione (cartelle dei pazienti, braccialetti di identificazione ecc.).

### Garanzia di una comunicazione sicura

Considerato che la delega di compiti avviene per lo più oralmente, oltre alla corretta comunicazione dell'incarico occorre badare a una comprensione corretta e completa dei contenuti. Rispetto ad altri settori, quello della sanità accusa un certo ritardo nell'implementazione di regole per una comunicazione sicura. Al cospetto di una procedura estremamente soggetta a errori come la delega di compiti, è però necessario trovare metodi pratici con i quali assicurare una trasmissione affidabile di incarichi e di informazioni.

### Strutturazione della comunicazione

Dal punto di vista organizzativo, la delega di compiti consiste nell'assegnare determinate mansioni per un periodo limitato ad altre persone. Vale dunque la pena rifarsi a processi con sfide paragonabili, per

esempio il trasferimento di pazienti, e basarsi sulle esperienze positive maturate in tali ambiti. Anche in questo caso occorre garantire un flusso di informazioni sicuro, ma esistono già strumenti collaudati ed efficaci che possono essere adattati ad altre situazioni (vedi informazioni supplementari).

### Prevenzione di errori di comunicazione

L'utilizzo di strumenti di comunicazione serve soprattutto a una migliore strutturazione e garantisce la completezza delle informazioni, il che rende più affidabile la delega di compiti. Al di là di una corretta trasmissione delle informazioni, tuttavia, vi sono altre fonti di errori di comunicazione. Vanno in particolare implementati meccanismi di controllo per assicurare una ricezione della delega corretta sul piano tecnico e dei contenuti.

Da molte segnalazioni presenti nella banca dati CIRRNET emerge che l'incarico viene sovente ricevuto – e quindi svolto – in modo sbagliato. Verosimilmente nella routine quotidiana si omette spesso di chiedere conferma che il compito sia stato capito. Per una comunicazione davvero sicura, però, occorre non solo formulare le istruzioni in modo chiaro, ma anche chiedere se sono state comprese e verificare che il messaggio sia passato in modo completo e corretto (figura 4). Solo rispettando queste tre componenti di base della comunicazione *closed loop* è possibile garantire una trasmissione sicura delle informazioni [16].

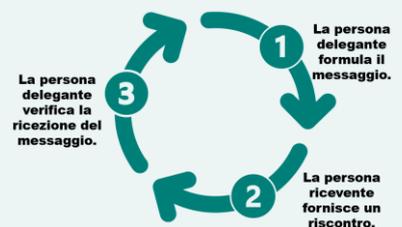


Figura 4: componenti di base della comunicazione *closed loop* (modello secondo [16])

Va inoltre verificato che gli incarichi assegnati vengano capiti per quanto riguarda la lingua. Le barriere linguistiche vengono per lo più considerate nella comunicazione con i pazienti [17–20], ma il problema può presentarsi anche in seno a un team [21, 22]. Nel settore sanitario lavora personale proveniente da molti paesi e regioni linguistiche, si tratta dunque di un fattore rilevante. Anche in caso di buone conoscenze della lingua, termini tecnici, abbreviazioni (v. Quick-Alert n. 45 «[Brevi ma pericolosi: attenzione ad acronimi e abbreviazioni!](#)»), usi gergali professionali o formulazioni dialettali possono generare problemi di comprensione e, di conseguenza, potenziali errori. Non di rado si fatica per vari motivi ad ammettere di non aver capito il compito assegnato. Da qui l'importanza di una comunicazione *closed loop* (con conferma della comprensione del contenuto della consegna).

## Informazioni supplementari: principi per la delega e l'accettazione di un compito

Analogamente a quanto avviene con altri processi in ambito farmacologico, nella delega e nell'accettazione di compiti entrano in gioco vari fattori legati tra loro per il raggiungimento del risultato complessivo auspicato.

### Delegare un compito

#### Compito corretto

Delegate solo compiti il cui svolgimento da parte di altre collaboratrici e altri collaboratori è possibile e consentito.



Accettate solo compiti che potete e siete in grado di svolgere.

#### Paziente corretto

Comunicare in modo inequivocabile l'identità del paziente, evitate indicazioni poco chiare e chiedete conferma.



Confermate l'identità del paziente e procedete allo svolgimento del compito solo quando siete sicuri che il paziente è quello giusto.

#### Circostanze corrette

Se si tratta di pazienti in condizioni instabili o di situazioni complesse, delegate compiti solo in casi eccezionali e solo se siete impegnati con altre attività.



In caso di pazienti in condizioni instabili o di situazioni complesse, accettate solo compiti che siete in grado di svolgere in modo affidabile.

#### Persona corretta

Accertatevi che la persona che riceve l'incarico disponga delle capacità pratiche e delle conoscenze per svolgere il compito in modo sicuro.



Verificate in modo autocritico se disponete delle capacità pratiche e delle conoscenze per svolgere il compito in modo sicuro. Non esitate a indicare eventuali lacune.

#### Comunicazione corretta

Comunicare in modo strutturato e accertatevi che la persona che riceve l'incarico abbia capito bene il compito da svolgere chiedendole di confermare quanto vi è da fare.



Confermate di aver capito il compito ripetendo in modo strutturato quanto vi è da fare e, in caso di dubbi, chiedete.

#### Sorveglianza corretta e valutazione

Sorvegliate lo svolgimento del compito, intervenendo se necessario.



Confermate e documentate l'avvenuto svolgimento dei compiti, e menzionate eventuali problemi o dubbi.

Modello secondo [23,24]

Queste regole possono essere scaricate come documenti separati formato [A4](#) e [A3](#).

## Informazioni supplementari: I-PASS e ISBAR

La delega di compiti risulta più sicura se le informazioni vengono comunicate sempre nella medesima sequenza. In tale ottica, è utile avvalersi in particolare degli strumenti di comunicazione I-PASS e ISBAR\* nei loro adattamenti locali [25–28].

Se un'organizzazione avesse già introdotto uno di questi strumenti, si raccomanda di estenderne l'impiego anche alla delega di compiti e, all'occorrenza, di svolgere le formazioni/esercitazioni necessarie. Altrimenti, è consigliabile selezionare uno strumento adeguato e implementarlo quanto più diffusamente possibile attraverso un'apposita campagna.

Entrambi gli strumenti sono stati sviluppati per prevenire errori mediante una comunicazione sistematica. Le strutture fondamentali indicate sono applicabili anche alla delega di compiti. A causa delle frequenti segnalazioni di scambi di persona, sia l'I-PASS sia l'ISBAR dovrebbero in ogni caso essere completati con un elemento per la trasmissione sicura dell'identità dei pazienti (figure 5, 6).



Figura 5: utilizzo della struttura I-PASS per la delega di compiti

A uno sguardo superficiale, l'utilizzo di questi strumenti può sembrare una perdita di tempo e poco praticabile. Il successo di progetti in cui sono stati introdotti dimostra tuttavia che, oltre a non generare un onere temporale supplementare, essi favoriscono una trasmissione di contenuti meglio strutturata e più completa.



Figura 6: utilizzo della struttura ISBAR per la delega di compiti

Aspettarsi che le altre collaboratrici e gli altri collaboratori abbiano il nostro stesso livello di informazioni e lo stesso rapporto con il paziente è rischioso. Spesso non è così. È quindi interesse e responsabilità della persona delegante accertarsi che vengano trasmesse tutte le informazioni rilevanti. Il fatto di basarsi su un sistema predefinito, inoltre, non impedisce di trasmettere in modo chiaro e conciso i contenuti dei singoli punti.

Occorre tuttavia anche tenere conto del fatto che un cambiamento efficace e duraturo delle modalità di comunicazione mediante un nuovo strumento non avviene da sé.

Esso esige infatti un certo impegno che va al di là di occasionali sedute di presentazione o della distribuzione di schede tascabili. L'introduzione di uno strumento di comunicazione necessita di un'ampia strategia di implementazione [29–31].

D'altro canto, la sua utilità non si limita alla sicurezza della delega di compiti. L'impiego di uno strumento consente infatti di gestire in modo più strutturato una serie di situazioni legate alla comunicazione:

- cambi di turno;
- informazioni su situazioni critiche;
- presentazione del paziente durante la visita medica;
- trasferimento ad altri reparti;
- trasferimento ad altri settori di presa a carico;
- ...

Questo ampio spettro di utilizzo e soprattutto il guadagno in termini di sicurezza delle comunicazioni giustificano lo sforzo richiesto. In caso di introduzione e di utilizzo corretti, gli strumenti di comunicazione menzionati portano un sensibile incremento dell'efficienza, la quale raggiunge i suoi massimi livelli se l'implementazione abbraccia tutti i gruppi professionali, i livelli di formazione e i livelli gerarchici. Oltre alle necessarie misure di formazione e di informazione, può essere utile avvalersi anche di materiali ausiliari, come schede tascabili o poster



Figura 7: esempio di una campagna di sensibilizzazione con struttura SBAR adattata (fonte: ospedale pediatrico universitario di Zurigo)

(figura 7). Nel valutare vantaggi e svantaggi dell'introduzione di questi strumenti, non va considerato solo l'onere temporale dettato dall'implementazione e dall'utilizzo della nuova forma di comunicazione, bensì anche il risparmio di tempo generato dal non dover adottare misure correttive.

A prescindere da questi calcoli, la volontà di adottare questi sistemi dovrebbe soprattutto essere dettata dalla possibilità di evitare conseguenze gravi per i pazienti [32,33].

\* Esistono varianti simili allo strumento ISBAR chiamate SBAR e ISOBAR.

## Bibliografia

1. Malterud K, Aamland A, Fosse A. How can task shifting put patient safety at risk? A qualitative study of experiences among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2020;38:24–32.
2. Osuga A, Abe T, Sato H, et al. Association Between Patient Satisfaction and Preoperative Task-Shifting From Anesthesiologists to Perianesthesia Nurses: A Questionnaire Survey Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2023;38:421–6.
3. Bolme S, Morken TS, Follestad T, et al. Task shifting of intraocular injections from physicians to nurses: a randomized single-masked noninferiority study. *Acta Ophthalmol*. 2020;98:139–44.
4. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Educ Pract*. 2016;19:36–40.
5. Prineas S, Mosier K, Mirko C, et al. Non-technical Skills in Healthcare. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Springer International Publishing 2021:413–34.
6. Burgat S, Guillod O. Rechtsgutachten [Die ärztliche Haftung im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit](#). 2015. (accessed 25 November 2023)
7. SAMWV. Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag - Ein Leitfaden für die Praxis. Published Online First: 2022. doi: 10.5281/zenodo.7148451
8. Landolt H. Wo beginnt und endet die Verantwortung. *Krankenpflege*. 2006;6/06.
9. Vollenweider A-C. (2001) [Die Haftpflicht für medizinische Eingriffe, namentlich von Hilfspersonen](#). (accessed 28 November 2023)
10. Mamerow R. Praxisausbildung in den Pflegealltag einbinden. *Praxisanleitung in der Pflege*. Berlin: Springer 2010.
11. Gauthier S. Aligning direct observation and assessment. *Med Educ*. 2019;53:642–4.
12. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, et al. Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:559–68.
13. Niederberger-Burgher J. 'Skill mix' und 'Grade mix' heute und in Zukunft. *Pflege*. 2002;15:161–2.
14. Inauen A, Rettke H, Fridrich A, et al. Critical factors for optimising skill-grade-mix based on principles of lean management. A qualitative substudy. *Pflege*. 2017;30:29–38.
15. Swiss Nurse Leaders. (2022) [CNO Baromètre-CNO Barometer](#) (accessed 12 December 2023)
16. US-Department of Defense, Agency for Healthcare Research. [Pocket Guide Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety](#). (accessed 28 November 2023)
17. Halbright R, Ackermann-Frösch N. *Der Dolmetscher*. *Krankenpflege*. 2007;4/07.
18. Roser M, Petry H, Kleinberger U, et al. Sprachbarrieren in der Spitex: Für alle frustrierend. *Krankenpflege*. 2013;1/13.
19. Van Rosse F, de Bruijne M, Suurmond J, et al. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2016;54:45–53.
20. Gerchow L, Burka LR, Miner S, et al. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2021;104:534–53.
21. Meuter RFI, Gallois C, Segalowitz NS, et al. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Serv Res*. 2015;15.
22. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014;90:149–54.
23. [Pedagogy\\_Online\\_Learning\\_Systems\\_5-rights-of-delegation](#). (accessed 10 January 2024)
24. National Council of State Boards of Nursing, Alexander M, Connelley R, et al. National Guidelines for Nursing Delegation. *J Nurs Regul*. 2016;7:5–14.
25. Staines A, Coelho V, Farin Alexandre, et al. I-PASS, un programme de structuration et de fiabilisation des transmissions en milieu de soins. *Risques & Qualité*. 2022;19:85–90.
26. WHO, Joint Commission (2007). [Communication During Patient Hand-Overs](#). 2007. (accessed 25 November 2023)
27. Pilz S, Stapenhorst K, Weber H. [SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation](#). 2020. (accessed 24 November 2023)
28. Starmer AJ, Schnock KO, Lyons A, et al. Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:949–57.
29. Hughes HK, Serwint JR, O'Toole JK, et al. I-PASS Adherence and Implications for Future Handoff Training. *J Grad Med Educ*. 2019;11:301–6.
30. O'Toole JK, Hepps J, Starmer AJ, et al. I-PASS Mentored Implementation Handoff Curriculum: Frontline Provider Training Materials. *MedEdPORTAL*. 2020;16:10912.
31. Shahian DM, McEachern K, Rossi L, et al. Large-scale implementation of the I-PASS handover system at an academic medical centre. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:760–70.
32. Ryan SL, Logan M, Liu X, et al. Long-Term Sustainability and Adaptation of I-PASS Handovers. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2023;49:689–97.
33. Lo L, Rotteau L, Shojania K. Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ Open*. 2021;11.

## Autori/Autrici ed esperte/esperti coinvolti

- Helmut Paula, EMBA HSM  
Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
- Andrea Leibold, MSC  
Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
- Carmen Kerker, MScN  
Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

**Il presente Quick-Alert® è stato approvato dai seguenti gruppi/associazioni specialistiche**

**Comitato CIRRNET**

## Indicazione

Questa problematica ha una rilevanza interregionale. Verificate la sua incidenza nel vostro istituto e, coinvolgendo le funzioni aziendali preposte, fate in modo che la problematica sia comunicata in modo mirato e se necessario esteso.

Le presenti raccomandazioni si prefiggono di sensibilizzare e sostenere le organizzazioni sanitarie e i professionisti che lavorano in ambito sanitario nell'attività di definizione di linee guida interne. È compito dei fornitori di prestazioni verificare le raccomandazioni in rapporto al contesto locale e decidere se le stesse debbano essere adottate in modo obbligatorio, modificate o cestinate. Un loro allestimento ed utilizzo specifico in relazione agli obblighi di accuratezza vigenti (basati sulle circostanze professionali, aziendali, giuridiche o individuali locali) è esclusivamente sotto la responsabilità del fornitore di prestazioni competente.

Helmut Paula, responsabile CIRRNET  
[paula@patientensicherheit.ch](mailto:paula@patientensicherheit.ch)

Carmen Kerker, collaboratrice scientifica  
[kerker@patientensicherheit.ch](mailto:kerker@patientensicherheit.ch)

[www.patientensicherheit.ch/quick-alert](http://www.patientensicherheit.ch/quick-alert)

**Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera**  
Nordstrasse 31  
CH-8006 Zurigo  
T +41 43 244 14 80