

# SICUREZZA DEL PAZIENTE DI PRONTO SOCCORSO IN RADIOLOGIA D'URGENZA: IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO PER PRIORITA'

Martina G\*, Molinari G^, De Corti D^^, Passoni M\*\*, Geatti O^, Sbrojavacca R\*\*\* Meduri S\*\*

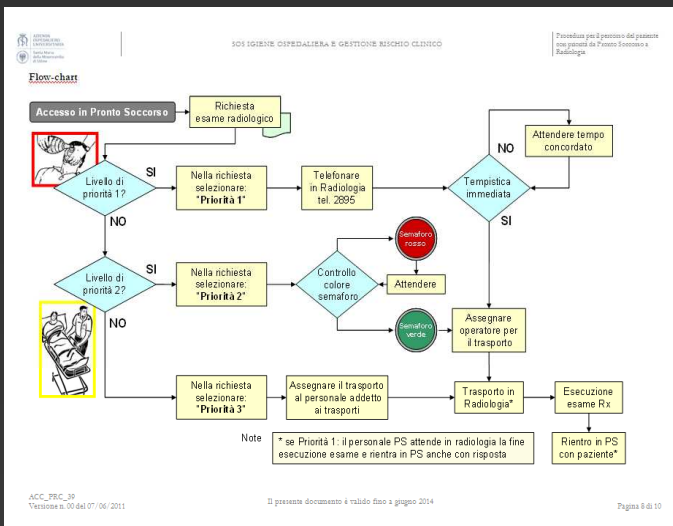
\*Direzione Professioni Sanitarie; ^Dipartimento Diagnostica per Immagini; ^^SOC Accrediatamento Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie; \*\*SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, \*\*\*SOS di Dpt. Radiodiagnostica d'Urgenza ed Emergenza

Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine

## Introduzione

L'implementazione di un percorso per priorità rappresenta per la Radiologia d'Urgenza (RU) ed il Pronto Soccorso (PS) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine un'opportunità di miglioramento sia negli aspetti di sicurezza che di qualità dell'assistenza nei confronti dei pazienti. Da giugno 2011 è attiva una "Procedura per il percorso del paziente con priorità da PS a RU" che definisce tipologie di eventi, azioni e responsabilità ed è applicata alla gestione dei pazienti che seguono il percorso di: **richiesta indagine radiologica urgente, attivazione trasporto, effettuazione trasporto paziente in RU, esecuzione indagine, rientro paziente in PS, produzione referto radiologico.**

La responsabilizzazione (*accountability*) degli operatori può essere migliorata attraverso la condivisione e la corretta applicazione di procedure e rappresenta un principio alla base di un'assistenza sicura e di qualità.



## Materiali e metodi

I dati di attività dimostrano che la RU ha 60/120 accessi di pazienti/giorno in regime di PS e 110/170 accessi di pazienti/giorno complessivi (PS e Degenti Interni Urgenti). Nel Gennaio/Febrero 2011 si sono verificati 2 Near Miss in RU che hanno sensibilizzato le Strutture coinvolte sulla necessità di implementare nella pratica la procedura. Sono stati programmati 7 incontri di Audit alla presenza di RU, PS e Rischio Clinico (RC) come soggetto facilitatore. Gli incontri, seguendo la metodologia del ciclo dell'Audit, hanno previsto: **esposizione dei 2 Near Miss, definizione delle criticità** (sala attesa RU non presidiata, mancato passaggio consegne nel trasporto paziente da PS a RU, dopo le ore 24,00 in servizio di guardia 1 TSRM che può essere attivato per indagini presso le Strutture a letto dei pazienti, dopo le ore 24,00 il TSRM non è nelle condizioni di mobilitare i pazienti non collaboranti e/o obesi), **soluzioni operative proposte** (stratificazione dei pazienti da inviare in RU per priorità, definizione dei percorsi per priorità, refertazione per priorità, definizione delle modalità di comunicazione tra RU e PS), **monitoraggio compliance alla procedura** (identificazione dell'indicatore, predisposizione della scheda di rilevazione, raccolta, elaborazione, analisi, restituzione dei dati rilevati, azioni di miglioramento).


## Risultati

Adottare la procedura ha migliorato la sicurezza e la qualità dell'assistenza nei confronti dei pazienti provenienti da PS. L'esigenza di monitorare sistematicamente la compliance si è resa indispensabile per: **definire le tempistiche di messa a regime ed individuare eventuali punti di caduta della procedura.**

I dati hanno dimostrato che durante la 1<sup>a</sup> settimana di implementazione nel 30% dei casi la procedura non veniva rispettata. Alla 14<sup>a</sup> settimana non veniva rispettata nel 9% dei casi e non sono stati segnalati specifici Near Miss. Condivisione e corretta applicazione della procedura hanno consentito di aumentare l'*accountability* degli operatori di PS e RU.

## Conclusioni

Si è ritenuto strategico implementare tale procedura in quanto la precedente organizzazione evidenziava diversi punti di caduta con conseguenze per i pazienti provenienti da PS. Le potenzialità di impatto e di sviluppo della procedura sono numerose in quanto potrà essere applicata, opportunamente adeguata, anche ai pazienti Degenti Interni in regime di Elezione/Urgenza. Tale sviluppo oltre che migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza nei confronti di tutti i pazienti afferenti alla RU, potrebbe contribuire a rafforzare il concetto di *accountability* del personale in Azienda.



**DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**  
 Direttore: Dott. Onelio Gestò  
 S.O.S. di Dpt. Radiologia d'Urgenza ed Emergenza  
 Responsabile: Ft. Dott. Stefano Vicari

MONITORAGGIO MANDATO RISPETTO PROCEDURA DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CON PRIORITÀ DA PRONTO SOCCORSO A RADIOLOGIA

AVVERTO	REQUISITI DA OSSERVARE	NOTE
<b>MANCATO RISPETTO PROCEDURA PER LIVELLO DI PRIORITÀ 1</b>	Rispetto procedura chiamata telefonica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Rispetto assegnazione trasporto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Assegnazione priorità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Consegna della priorità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>MANCATO RISPETTO PROCEDURA PER LIVELLO DI PRIORITÀ 2</b>	Rispetto del consenso attraverso semaforo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Rispetto assegnazione trasporto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Assegnazione priorità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Consegna della priorità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>MANCATO RISPETTO PROCEDURA PER LIVELLO DI PRIORITÀ 3</b>	Assegnazione priorità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Consegna della priorità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DATI RELATIVI ALL'OPERATORE CHE EFFETTUA LA SEGNALEZIONE

COGNOME E NOME	
QUALIFICA	<input type="checkbox"/> MEDICO RADIOLOGICO <input type="checkbox"/> TECNICO DI RADIOLOGIA


**SOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso**  
 Allegato alla Procedura per il percorso del paziente da Pronto Soccorso a Radiologia

**ASSEGNAZIONE LIVELLO DI PRIORITÀ PER ACCERTAMENTI RADIOLOGICI**

<b>PRIORITÀ 1</b>	<b>PRIORITÀ CLINICA</b> Condizioni del paziente Pazienti non autosufficienti con funzioni vitali e parametri non stabili Pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale Lista condizioni cliniche Polipatia e/o Trauma maggiore Dispnea e/o O2 terapia in atto Parametri vitali alterati Dolore "NRSF" Alterazioni del tono Disturbi comportamentali Diagnosi specifica (senza di patologie minori)	Affidamento del paziente durante il trasporto* Miniteam di Pronto Soccorso o Miniteam di Terapia Intensiva o Infermiere e OSS o OSS Eventuale supporto al trasporto Personale ditta trasporti o Ausiliario
	<b>PRIORITÀ 2</b>	<b>PRIORITÀ ASSISTENZIALE</b> Condizioni del paziente Pazienti non autosufficienti con funzioni vitali e parametri stabili Lista condizioni assistenziali O2 terapia in atto Paziente anziano non accompagnato da familiari Disorientamento spazio-temporale
<b>PRIORITÀ 3</b>	<b>PRIORITÀ DI ARRIVO</b> Condizioni del paziente Pazienti autosufficienti o parzialmente autosufficienti Precedenza per l'esecuzione Secondo l'orario di arrivo in Radiologia	Incaricato del trasporto Ausiliario o Personale ditta di trasporti N.B. Dalle 24.00 alle 7.00 attende l'esecuzione dell'esame per apportare il paziente in Pronto Soccorso

Legenda:  
 Miniteam = medico e infermiere  
 \* Nomenclatura Rating Scale  
 \* A seconda delle condizioni clinico-assistenziali del paziente

ACC\_PRC\_39  
 Versione n. 01 del 07/06/2011  
 Il presente documento è valido fino a giugno 2014  
 Pagina 1 di 1

## Referenze

Advisory Board Company. <http://www.advisory.com/International/>  
 Joint Commission International. <http://it.jointcommissioninternational.org/>

