

HANDOVER DEL PAZIENTE OSPEDALIZZATO NEL PERCORSO DEGENZA-SERVIZI DIAGNOSTICO-INTERVENTISTICI

Vesca R*, Martina G*, Guardini I*, Degan S**, De Corti D**, Fabbro C**, Bellomo F**, Londero C**, De Sabbata S^, Molinari G°, Mulloni G°, Marson R°, Mansutti A°, Bassetti A°, Del Forno M°, Mesaglio M*

*Professioni Sanitarie; **SOC Accredimento, Gestione Rischio Clinico e Valutazione delle performance sanitarie; ^DMP, °Dpt/Ptf ASUI UD Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Udine

Introduzione

Il progetto origina dall'esigenza di conformità allo standard JCI: IPSP 2.2 - *handover* tra gli operatori coinvolti nella gestione del paziente ospedalizzato, nel percorso dalle strutture di degenza ai servizi diagnostici/interventistici e ritorno. Il lavoro condotto presso il Presidio Ospedaliero Universitario "S. Maria della Misericordia" e coordinato dalla Direzione Professioni Sanitarie, ha richiesto il contributo multi professionale delle strutture di degenza, diagnostica e rischio clinico. La ricerca in questo campo si è concentrata sull'*handover* al cambio turno riservando minore attenzione all'*handover* nei trasferimenti intraospedalieri. La revisione sistematica (Ong & Coiera 2011) ha analizzato la natura degli errori legati all'*handover* durante questa fase, evidenziando l'impatto degli errori di comunicazione nel processo. Le peculiarità legate alla specifica natura dell'*handover* durante i trasferimenti verso le diagnostiche radiologiche sono: deficit di comunicazione nel processo di trasferimento apparentemente poco complesso, mancata comunicazione dei requisiti di trasporto e violazione della procedura di identificazione del paziente. La principale raccomandazione è rappresentata dalla necessità di migliorare l'applicazione dei protocolli esistenti nell'organizzazione prima di investire risorse in nuovi processi.

Obiettivi - Descrizione

L'obiettivo principale del progetto è la sicurezza del paziente attraverso il miglioramento del processo di *handover* che va perseguita nelle fasi di invio dalla degenza, di trasporto, di presa in carico durante la diagnostica e di rientro alla degenza. Gli obiettivi specifici sono:

- tracciabilità delle fasi durante il trasferimento del paziente;
- miglioramento della comunicazione interprofessionale;
- aumento delle competenze da una gestione monospecialistica ad un approccio interdisciplinare (contenuto e processo);
- definizione del *minimum data set* da utilizzare nella fase di trasferimento dal reparto alle strutture diagnostiche e ritorno;
- costruzione di uno strumento a supporto dell'*handover*;
- individuazione delle variabili di contesto organizzativo che influenzano il processo di *handover*;
- contestualizzazione nella realtà organizzativa del processo *handover*.

Il progetto si sviluppa in 5 fasi:

1. definizione delle informazioni clinico assistenziali (*minimum data set*) da trasmettere nel trasferimento di pazienti dalla degenza ad una diagnostica e viceversa;
2. elaborazione di una *check-list* a supporto dello scambio di informazioni nei trasferimenti di pazienti alle strutture diagnostiche;
3. applicazione sperimentale dello strumento in strutture pilota (casi di indagini programmate);
4. estensione dell'applicazione sperimentale (casi di indagini urgenti e strutture/personale facenti parte dei dipartimenti pilota non precedentemente esposti);
5. piano di miglioramento sugli ambiti critici emersi dalla sperimentazione (*tracer*).

Risultati

Gli *incident reporting* riconducibili all'*handover* delle degenze pilota sono passati da 75/126 (59.5%) nel 2014 a 34/71 (47.9%) nel 2015. Mentre gli *incident reporting* delle degenze non coinvolte sono passati da 51/126 (40.5%) nel 2014 a 37/71 (52.1%) nel 2015.

Nel periodo di riferimento (2014-2015) non sono state adottate ulteriori iniziative aziendali sull'argomento; è ragionevole attribuire la riduzione tendenziale delle segnalazioni, benché minima, alla sensibilizzazione degli operatori coinvolti nel progetto. Il progetto ha riguardato 12 strutture di degenza e 8 aree diagnostiche/interventistiche per un totale di 5 dipartimenti/piattaforme. Nel 94% dei casi in fase 3 (2193 pazienti inclusi) e nel 96% dei casi in fase 4 (366 pazienti inclusi) (Grafici 1 e 2) è stata applicata la *checklist handover* (Figura 1) in andata (A) e ritorno (R). Il monitoraggio del livello di *compliance* alla compilazione della *checklist*, introdotto in fase 4, ha fatto emergere un livello di aderenza alla compilazione dei campi previsti pari al 60%. Sono state progettate e realizzate 5 *tracer* per un totale di 109 parametri misurati. L'analisi qualitativa dei contenuti degli elementi osservati ha consentito di differenziare gli elementi misurati in 4 categorie (*handover*, meccanismi operativi - organizzativi, trasporti e logistica) e individuare le azioni di miglioramento.

Figura 1. N° pazienti trasportati ai servizi diagnostici

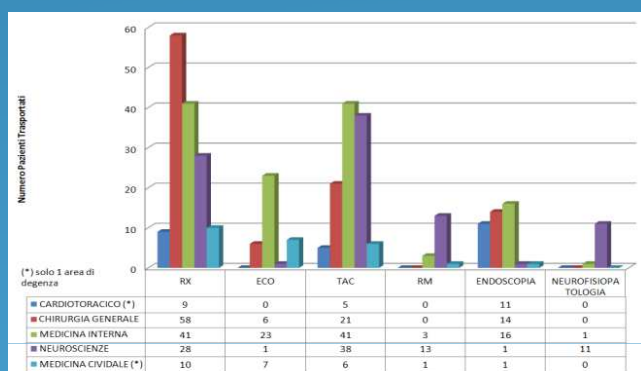


Grafico 1. N° pazienti trasportati ai servizi diagnostici

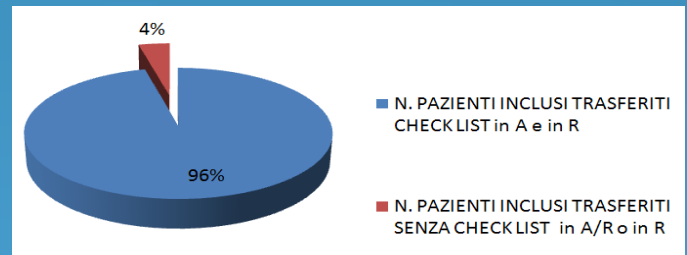


Grafico 2. % di pazienti con processo handover completo

Conclusioni

L'impatto rilevato a breve termine si è tradotto in una maggiore attenzione a "nuovi" rischi rispetto a quelli comunemente gestiti soprattutto dai servizi. La pianificazione e realizzazione delle *tracer* si è rivelata onerosa (tempo) ma ha potenziato l'identificazione degli ambiti di miglioramento nelle fasi del processo *handover*. Il progetto ha consentito di:

- condividere fra i professionisti i rischi dei pazienti nella fase di trasferimento vs e dalle diagnostiche;
- individuare e approfondire i fattori che influenzano l'*handover* e una loro classificazione nel contesto organizzativo locale;
- strutturare metodologie e strumenti utili a ridurre i rischi dei pazienti nel processo di *handover*;
- sostenere le corrette procedure di identificazione del paziente da parte del servizio di *outsourcing*. Lo sviluppo futuro sarà orientato verso l'estensione della *checklist handover* (e informatizzazione) alle rimanenti Strutture dell'Ospedale, l'aggiornamento della *job description* TSRM con la presa in carico e continuità assistenziale; la realizzazione di *tracer* periodiche (trasferimento del paziente A/R ai servizi diagnostici) e audit su *checklist handover*.

Bibliografia

Ong MS, Coiera E. (2011) A Systematic Review of Failures in Handoff Communication During Intrahospital Transfers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2011,37;6,274-284.

