

Lost in handover...



Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

...and rescued by the intranet, potrebbe essere la sintesi di una strategia della gestione complessiva del paziente e del rischio clinico che ha fatto dell'informatica un'ormai insostituibile alleata.

L'*handover* inglese è, da noi, il cosiddetto "passaggio delle consegne" che nel mondo clinico identifica il trasferimento di informazioni e di responsabilità, rispetto a un determinato percorso assistenziale, tra singoli professionisti o tra équipe sanitarie. È elemento cardine della continuità assistenziale, concettualmente rinvenibile in un'ampia varietà di situazioni. È passaggio di consegne quello che avviene in ospedale a ogni cambio di turno per i medici e gli infermieri, ma anche quello che si ha nell'interazione tra specialisti di diverse discipline che hanno in cura il medesimo paziente, o tra équipe di diversi reparti che intervengono in fasi successive del percorso terapeutico o nel momento del passaggio dall'età pediatrica alla medicina dell'adulto. Ognuno di questi momenti richiede il trasferimento di dati, informazioni, conoscenze, programmi diagnostico-terapeutici e, quindi, di responsabilità personali o di équipe la cui incompletezza può mettere a rischio la sicurezza del paziente [1-3]. È dimostrato che un incompleto passaggio di consegne può portare a valutazioni cliniche inappropriate, ritardi diagnostici e nella programmazione degli accertamenti, errori medici, duplicazione delle indagini, incremento della durata della degenza e delle complicanze e scarsa soddisfazione del paziente [2]. Sono poche, al contrario, le evidenze di quale sia la metodologia migliore per rendere più efficace il passaggio delle consegne sia sul versante medico che su quello infermieristico [1-4]. Tra tutte, l'utilizzo dell'informatica a sostegno dei processi di *handover* sta riscuotendo il maggiore interesse ed è oggetto di un crescente numero di esperienze [1].

La cartella clinica elettronica integrata

Da oltre 10 anni è operativo nell'ex-AUSL di Forlì – oggi parte dell'AUSL della Romagna – un sistema di gestione integrata e informatizzata dei percorsi assistenziali che include le attività di presa in carico medi-

co-infermieristica del paziente sia in ambito ospedaliero che territoriale [5]. È un sistema che governa gli aspetti diagnostici, terapeutici, di refertazione e di prevenzione e che raccoglie e custodisce negli anni tutta la storia clinica individuale conservandone traccia e consentendone la ricostruzione in ogni dettaglio. Nella pratica quotidiana questo significa avere disponibili in ogni momento tutte le informazioni sanitarie raccolte nei precedenti contatti di ogni bambino con le strutture sanitarie del nostro territorio. Nel corso di una degenza, le informazioni vengono giornalmente aggiornate con il contributo di tutti gli operatori del reparto e dei consulenti, integrandosi con le indagini laboratoristiche, radiologiche e strumentali che vengono richieste e refertate all'interno della cartella elettronica; il tutto fino alla compilazione della lettera di dimissione nella quale convergono tutte le informazioni a chiusura del ricovero. Modalità analoghe, ma con griglie informatiche dedicate, accompagnano il bambino nel percorso di Day Hospital o in occasione delle visite ambulatoriali. Ogni singolo passaggio è tracciato e rapidamente recuperabile in *intranet* da parte di medici e infermieri, con accessi regolati da *password* personali, da periferiche fisse e portatili presenti in reparto e in tutte le strutture sanitarie connesse alla rete. Si intuisce come questo sistema rappresenti un fondamentale strumento di supporto per la gestione del rischio clinico e della continuità assistenziale a qualsiasi livello.

Handover e intranet

Come avviene, nella nostra realtà, il passaggio di consegne? L'équipe medica si riunisce tutti i giorni al mattino – presente anche la Coordinatrice infermieristica – e al cambio del pomeriggio. Sono disponibili, su almeno due periferiche, tutte le informazioni relative ai pazienti, i diari medico e infermieristico, i parametri fondamentali, le terapie prescritte e somministrate, le indagini richieste ed eseguite e le eventuali annotazioni socio-sanitarie che si è ritenuto utile registrare. I casi sono discussi cercando di non tralasciare, insieme alle informazioni più routinarie, gli aspetti

relazionali o di percorso che meritano attenzione. La Coordinatrice integra il quadro clinico con le osservazioni del personale infermieristico al quale riporta, al termine della riunione, gli orientamenti presi. Contemporaneamente e in altra sede gli infermieri conducono il proprio passaggio delle consegne con modalità e strumenti analoghi, avendo accesso alle medesime informazioni dell'équipe medica. Il passaggio di consegne al personale medico e infermieristico responsabile del turno notturno segue poi la medesima traccia.

Qualsiasi altra trasmissione di informazioni con i consulenti o nel passaggio ospedale-territorio-pediatra di famiglia (che dal suo ambulatorio ha accesso alla medesima cartella informatizzata utilizzata in ospedale) ruota, in definitiva, attorno allo strumento informatico.

Questo è, in estrema sintesi, come avviene l'*handover* da noi. È la soluzione di tutto? Certamente no. Se la cartella elettronica è un formidabile supporto e il custode fedele della storia di ogni paziente, è pur vero che la qualità della comunicazione tra gli operatori, la discrezionalità nell'evidenziare i dettagli più rilevanti, l'impegno nel recuperare nelle pieghe dell'elettronica quello che potrebbe essersi perso nella comunicazione restano nell'esclusiva e definitiva responsabilità del singolo professionista, che qualsiasi strumento-guida difficilmente potrà sostituire.

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

1. Jeffcott SA, Evans SM, Cameron PA, et al. Improving measurement in clinical handover. *Qual Saf Health Care* 2009;18:272-7.
2. Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC, et al. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Ann Intern Med* 1994;121:866-72.
3. Piekarski F, Kaufmann J, Laschat M, et al. Quality of handover in a pediatric postanesthesia care unit. *Pediatr Anesth* 2015;25:746-52.
4. Mannix T, Parry Y, Roderick A. Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *J Nurs Manag* 2017;25:215-22.
5. Vetri E, Fumagalli M. Cartella clinica elettronica integrata: l'esperienza dell'AUSL di Forlì. 2013, assr.regione.emilia-romagna.it.