

I Congresso Nazionale
IL FUTURO È ADESSO!

*La competenza legale e forense del
professionista sanitario: strumenti ed
esperienze a confronto*



ASSOCIAZIONE PROFESSIONI SANITARIE ITALIANE
LEGALI E FORENSI

LA CONSEGNA INFERMIERISTICA/OSTETRICA

MARA PAVAN

Infermiera Legale e Forense

Presidente APSILEF

Dott. Inf. **KATIA BISAN**

Aula Magna Ateneo UNINT
Roma 15-16 settembre 2017



Cosa intendiamo

Trasmissione contemporanea e interattiva di informazioni aggiornate sulla situazione del paziente da un operatore a un altro durante la quale c'è un cambio di **responsabilità, confronto e progettazione** in continuum dell'assistenza

OBIETTIVO PRIMARIO

Mettere i colleghi nella condizione di garantire **continuità assistenziale e presa in carico** dei pazienti



QUANDO?



- cambio turno tra operatori sanitari
- scambi interdisciplinari
- trasferimento da un'unità operativa all'altra, da un ospedale all'altro, o alla dimissione presso servizi territoriali
- situazioni di interruzioni di presenza da parte del professionista responsabile delle cure durante un turno di servizio



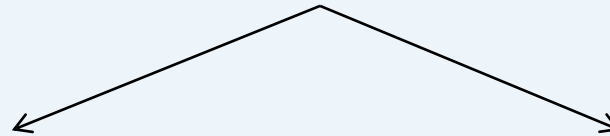
TIPOLOGIE

scritta

telefonica

audio registrata su nastro

tradizionale o verbale



Consente di verificare, riformulare e integrare le informazioni con gli aspetti non verbali, permettendo una **maggiore profondità dei dati oggettivi** che non può essere gestito in forma scritta

Aiuta l'operatore ad avere in brevissimo tempo un **quadro completo della situazione clinica** e facilita le **funzioni macro-cognitive**, ovvero il riconoscimento e l'analisi del problema, con attribuzione di significato e pianificazione dell'assistenza

HANDOVER

Migliora la sicurezza del paziente

Migliora il flusso del lavoro

Migliora la qualità delle cure

Aumenta la soddisfazione dei professionisti

ma . . .

VULNERABILITÀ - CAUSE

- cultura che non promuove un handover di successo (es. mancanza di lavoro di squadra e di rispetto)
- distrazioni e interruzioni
- metodo di comunicazione inefficace o stili comunicativi differenti
- quantità insufficiente di tempo previsto per un handover di successo
- “mittente” che fornisce informazioni inesatte o incomplete
- fattori umani come: atteggiamento, comportamento, morale, errori di memoria, stress e fatica del personale
- differenze sociali, culturali e di genere
- gerarchia tra professionisti
- capacità limitate di multitasking
- mancanza di politiche e/o protocolli di organizzazione
- mancanza di ruoli definiti e di responsabilità tra i membri del team multidisciplinare
- “destinatario” con priorità concorrenti che non è in grado di concentrarsi sui pazienti di cui si stanno trasmettendo le informazioni

VULNERABILITÀ - CONSEGUENZE

- ritardo nel trattamento o trattamento inadeguato
- omissione di cure
- eventi avversi
- prolungamento del ricovero ospedaliero
- riammissioni evitabili
- altri minori o maggiori danni al paziente
- aumento dei costi per le strutture
- malessere organizzativo del personale



MA . . .

la comunicazione inefficace permane come categoria più frequentemente citata di cause di eventi sentinella

e

il passaggio di consegna non è inserito formalmente all'interno dei curricula per la formazione in ambito universitario, pur essendo un problema formativo importante (Gordon, 2013)

fa più parte delle attività che si apprendono nel corso della pratica clinica, dall'osservazione dei colleghi esperti, prima come studenti e poi come neo-inseriti, diventando uno strumento didattico per comunicare i dati dell'assistenza

QUINDI . . .

sono necessari efficienti ed efficaci meccanismi di comunicazione tra tutti i membri del team sanitario

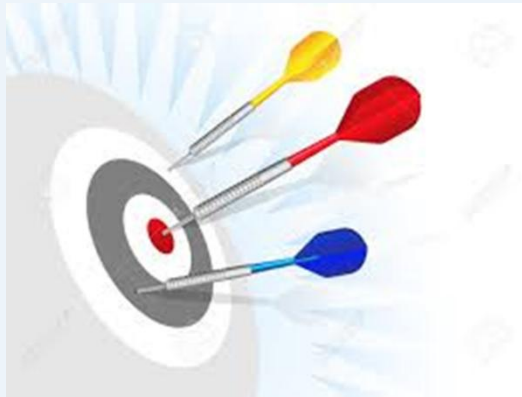
INFATTI . . .

la *Joint Commission National Patient Safety Goals* dal 2006 ha incluso un requisito (*Requirement 2E*) che raccomanda agli ospedali di implementare un **approccio standardizzato**

Le consegne in letteratura

dovrebbero essere . . .

- obiettive
- concise
- basate su dati rilevanti
- completate nei tempi stabiliti



dovrebbero comprendere . . .

- storia clinico-assistenziale rilevante
- condizioni attuali del paziente e cambiamenti avvenuti
- piani di trattamento in corso e relative modifiche
- possibili variazioni o complicanze che potrebbero subentrare
- esigenze particolari del paziente e della famiglia

QUINDI. . .

la consegna deve trattare problematicità, ipotesi e possibili conseguenze, non solo “passare delle informazioni”

INFATTI. . .

molte organizzazioni stanno adottando la tecnica *Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR)*

... e in Italia?

Approccio simil “narrativo”

- dati rilevati dal monitoraggio multi-parametrico
- elenco trattamenti terapeutici impostati

Criticità

- articolazione logica
- numero di informazioni trasferite



SBAR: come nasce?

- Metodo sviluppato dalla Marina degli Stati Uniti
- Anni '90: introdotto in ambito sanitario



SBAR: come funziona?

Funzione: ricordare i dati da selezionare e riportare in consegna

S	<i>Situation</i>	Identificazione paziente e motivo di ingresso
B	<i>Background</i>	Breve storia clinico-assistenziale e socio-familiare
A	<i>Assessment</i>	Valutazione ABCDE e interventi eseguiti
R	<i>Recommendation</i>	Problemi assistenziali aperti o piano assistenziale da mettere in atto

SBAR: vantaggi

- trasmissione delle informazioni in maniera assertiva e concreta, completa e corretta
- riduce le omissioni
- si presta bene alle situazioni di urgenza-emergenza
- meno interruzioni
- migliora il pensiero critico
- maggiore concisione
- minore confusione
- aumenta l'efficienza e l'efficacia del lavoro di équipe
- maggiore soddisfazione del paziente e della famiglia
- aumentando la soddisfazione dello staff, riduce il livello di stress nei lavoratori

RIASSUMENDO . . .

- facile da comprendere e ricordare
- centrato sulle cure globali
- studiato per trasferire una quantità notevole di informazioni in modo breve e conciso
- adatto a qualsiasi forma di comunicazione, qualsiasi fase del percorso del paziente, qualsiasi contesto



SBAR: come introdurlo?

- formazione adeguata, anche nella forma dell'action learning (es. role-play)

TERAPIA INTENSIVA Ospedali Riuniti Padova Sud		Data:	Turno: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
S	Nome e cognome:	Età:	Letto n°
	Situazione (problema - diagnosi di ingresso e quando)		
B	Contesto (storia clinico-assistenziale - aspetti psicosociali e familiari dichiarati)		
A	a/b) Respirazione (stato delle vie respiratorie - tipo di ventilazione - FIO2 - SatO2 - secrezioni)		
	c) Circolazione (polso - TC - PA - FC - alterazioni esami ematochimici)		
	d) Stato neurologico (orientamento - dolore - sonno)		
	e) Eliminazione (diuresi - alvo - stato GI/GU - CV o catetere rettale)		
	Nutrizione / Idratazione (enterale/parenterale - digiuno - vomito - peso - bilancio idroelettrolitico)		
	Pz nel complesso (es. cute - ferite - medicazioni - linee di infusione ed altre invasività - app. muscoloscheletrico)		
	Infezioni (tipo di infezione - antibiotici)		
	Altro (es. fisiotp - necessità di caregiver - interventi di istruzione/educazione)		
R	Problemi Assistenziali aperti o Piano Assistenziale da mettere in atto (es. interventi inf., interventi diagn. e/o trattamenti terap. DA METTERE IN ATTO + rischi)		

SBAR: come introdurlo?

- formazione adeguata, anche nella forma dell'action learning (es. role-play)
- linee guida (es. ACSQHC, RNAO)
- toolkit applicativi (es. Toronto, Arizona, IHI, AHRQ)

ma . . . importante valutare ogni realtà assistenziale!

In conclusione

«Individuare un protocollo attuativo delle consegne che sia uno strumento idoneo per la propria realtà assistenziale è una necessità e non può più essere rinviata»

lavarone, 2014

La consegna scritta/diario infermieristico-ostetrica



quando l'Infermiere/ostetrica documenta qualcosa attestando, quindi, fatti avvenuti in sua presenza o da lui messi in atto, il professionista acquisisce uno status giuridico particolare: il ruolo di **Pubblico Ufficiale**



Secondo gli artt. 357 e 358 del codice penale tutti i professionisti sanitari sono sia pubblici ufficiali, sia incaricati di pubblico servizio: ciò che connota l'una o l'altra funzione è la specifica attività realizzata in un dato momento e contesto (il medico di guardia è un incaricato di pubblico servizio, quando compila un certificato esercita una funzione di pubblico ufficiale; l'infermiere in servizio è un incaricato di pubblico servizio, quando compila una scheda di triage riveste la qualifica di pubblico ufficiale)



Requisiti formali e sostanziali che devono essere rispettati nella redazione della documentazione infermieristica



Chiarezza
quanto scritto deve essere chiaro sia da un punto di vista ortografico che calligrafico

Veridicità

i dati e gli eventi riportati nel documento devono essere veritieri e corrispondenti ai dati oggettivi e agli eventi effettivi relativi al paziente, rilevati dal sanitario;

l'annotazione deve avvenire in modo contestuale (o immediatamente successiva all'evento documentato), riportando la data e l'ora dell'annotazione e non una generica nota che riassume quanto avvenuto nel turno.

Quando ciò non è possibile va specificato che l'attestazione di quanto avvenuto non è stato possibile riportarlo contestualmente al fatto e specificarne i motivi



Requisiti formali e sostanziali che devono essere rispettati nella redazione della documentazione infermieristica

Pertinenza

tutte le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative a cui è deputata la cartella clinico-infermieristica

Completezza



Rintracciabilità

cioè la possibilità di poter risalire ad attività, prescrittori, esecutori e redattori del documento

Regole per una corretta compilazione della documentazione infermieristica



usare inchiostro e non la matita o l'evidenziatore

descrivere appena possibile e nel modo più preciso possibile il problema identificato per evitare di tralasciare informazioni

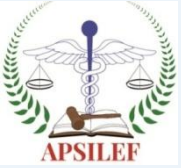
scrivere tutto ciò che viene fatto al paziente e le sue reazioni

scrivere in modo chiaro il nome e il cognome dell'assistito a cui il documento si riferisce

l'uso di sigle è ammesso solo se vi è riportato in calce al documento una legenda

in caso di errore di redazione, correggere l'errore tracciando una riga sopra l'errore (quello che era stato scritto deve comunque rimanere leggibile) e controfirmare

Regole per una corretta compilazione della documentazione infermieristica



la data deve essere segnata nella prima riga e aggiornata

il rifiuto da parte dell'assistito di medicinali o farmaci, va riportato specificandone i motivi

riportare l'ora ogni volta che si deve documentare un nuovo fatto, avvenuto in un momento cronologico successivo

scrivere in modo leggibile

sottoscrivere ogni atto (firmarlo!!)

non scrivere per conto di terzi ma, bensì, riportare solo quello che abbiamo realmente fatto o valutato

la registrazione riferisce i fatti e non l'interpretazione del sanitario. Se riportiamo una sensazione o un sintomo di un paziente, le dichiarazioni di quest'ultimo vanno riportate tra virgolette specificando che si tratta di parole dell'assistito

ILLECITI DI NATURA PENALE

rifiuto/omissione di atti di ufficio: esempio - infermiere che non valuta e non documenta un rischio caduta aumentato

falso in atto pubblico:

- **falso materiale:** quando viene alterato da un punto di vista materiale un atto; esempio - infermiere che cancella, rendendo illeggibile, una nota da lui riportata,
- **falso ideologico:** quando viene attestato un fatto non accaduto o non valutato; esempio - infermiere che nel diario infermieristico riporta che la pressione arteriosa di un suo assistito è di 130/80 mmHg, senza averla rilevata realmente.





Documentare l'assistenza, non è solo un obbligo giuridico ma, soprattutto, un modo di agire professionalmente maturo, responsabile e deontologicamente valido

Una buona documentazione può salvarci di fronte a un contenzioso civile, penale o, amministrativo, in quanto rappresenta un elemento di prova con valore probatorio, ovvero, fide facente

