

Università Telematica Pegaso



Master in
Infermieristica legale e forense
(MA376-II edizione)

**Ruolo dell'infermiere legale e forense in un
caso clinico con danno al paziente a seguito di
caduta durante il ricovero ospedaliero.**

RELATORE:

Dott. Francesco Falli

CANDIDATO:

Gianmaria Fanchin

Anno Accademico
2015-2016

Sommario

Introduzione	pag. 1
<u>Capitolo 1</u>	
1.1 La situazione degli errori in ambito sanitario	pag. 7
1.2 Il costo dei sinistri	pag. 8
1.3 Frequenza dei sinistri e maggiori segnalazioni	pag. 9
1.4 Le cadute nei pazienti ricoverati in ospedale	pag. 9
1.4.1 Definizione e classificazione	pag. 10
1.4.2 Epidemiologia delle cadute	pag. 11
1.5 Studi ed esperienze in Italia	pag. 12
1.6 Identificazione dei fattori di rischio	pag. 13
1.7 Strumenti di valutazione del rischio di caduta del paziente	pag. 15
1.7.1 Scala di Conley	pag. 16
1.7.2 Scala Stratify	pag. 17
<u>Capitolo 2</u>	
2.1 La documentazione sanitaria	pag. 19
2.2 Effetti della documentazione sanitaria incompleta	pag. 19
2.3 La trasmissione delle informazioni con metodo strutturato	pag. 22
2.4 Il modello SBAR	pag. 23
2.5 Obiettivi del metodo SBAR	pag. 25
2.6 Struttura del metodo SBAR	pag. 27

Capitolo 3

3.1 Il caso clinico	pag. 30
3.1 Descrizione del caso	pag. 30
3.2 Contestazione del danno	pag. 31
3.3 Relazione medica	pag. 31
3.4 Documentazione esaminata	pag. 32
3.4.1 Accertamento	pag. 32
3.5 Pianificazione e attuazione degli interventi	pag. 36
3.6 La trasmissione delle informazioni	pag. 37
3.7 Considerazioni medico/infermieristiche – legali	pag. 37

Capitolo 4

4.1 Conclusioni	pag.40
4.2 Ex post	pag. 43

Bibliografia

pag. 45

Introduzione

Il tema della sicurezza del paziente ha gradualmente assunto una consistente rilevanza nell'ambito dei sistemi di governo dei servizi sanitari. La sicurezza dei pazienti infatti si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità, attraverso la programmazione e gestione di servizi e l'adozione di pratiche di governo clinico che pongono al centro i bisogni dei cittadini. Nel contempo valorizzando il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

Rafforzare le competenze dei professionisti e favorire lo sviluppo continuo della conoscenza costituisce una modalità irrinunciabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure. I tempi esigono professionisti preparati, capaci di confrontarsi in équipe multidisciplinari e in grado di offrire garanzie sulle proprie azioni, in quanto consapevoli delle conseguenze che possono derivare dalle loro decisioni e dal modo di condurre gli interventi.

Tuttavia in ogni organizzazione sanitaria, caratterizzata da un alto grado di complessità, possono verificarsi errori potenzialmente dannosi per il paziente. Considerando che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana, in ogni sistema possono determinarsi circostanze che ne favoriscono il verificarsi; è quindi fondamentale creare condizioni che riducano la possibilità di sbagliare (Reason 2000)¹.

La possibilità di sbagliare dipende dalla presenza nel sistema di "insufficienze latenti", ovvero insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano silenti nel sistema, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi.

Per garantire la sicurezza del paziente è necessario identificare, analizzare e gestire i rischi e gli incidenti possibili, progettando e implementando strumenti e processi che minimizzino la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni".

In termini sanitari, il *rischio clinico* è la "Probabilità che un paziente sia vittima di un *evento avverso*, subisca un qualsiasi danno* o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate che causa un prolungamento del periodo di degenza e un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".

¹ J. Reason, (2000) *Human error. Models and management*, «BMJ. British medical journal», 320, 7237, pp. 768-70.

Qui di seguito si indicano le diverse accezioni del termine “danno”, a seconda del contesto nel quale esso è utilizzato:

<u>Danno*</u>	Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore)
Danno (in termini assicurativi)	Pregiudizio subito, in conseguenza di un sinistro, dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato. Il danno può tradizionalmente essere di natura patrimoniale, se incide sul patrimonio, oppure di natura non patrimoniale (danno morale), oppure biologico se arreca un pregiudizio alla salute (Artt. 1882, 2043, 2056 e 2059 C.c.)
Danno biologico	Configurazione di danno, indipendente dalle altre due configurazioni tradizionali (danno patrimoniale e danno non patrimoniale), elaborata dalla giurisprudenza e riscontrabile in qualsiasi pregiudizio arrecato all'individuo a titolo di lesione del diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione. Artt. 2043 C.c. e 32 Cost., Sent. Corte Cost. n. 184 del 30/6/86
Danno prevenibile	Danno che avrebbe potuto essere evitato con una corretta pianificazione e/o corretta esecuzione di una azione

Degli eventi avversi fanno parte gli *eventi sentinella* ovvero, “un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare la morte o un grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario”.

In considerazione delle definizioni fornite dal Protocollo ministeriale per il monitoraggio degli eventi sentinella e dei criteri reperiti in letteratura, si considera Evento Sentinella la caduta che abbia determinato uno dei seguenti casi:

- Morte
- Disabilità permanente
- Coma
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- Necessità di intervento chirurgico a seguito della caduta
- Rianimazione cardio-respiratoria

La segnalazione degli eventi sentinella è di tipo volontario e garantisce la confidenzialità dei dati trattati. Dai dati forniti dal Ministero della Salute nel periodo compreso tra settembre 2005 e dicembre 2011 risulta che allo stesso sono pervenute 1723 segnalazioni di eventi sentinella e di queste ne son state validate 1442.

L'evento per il quale si riscontra il maggior numero di segnalazioni è l'evento n. 9 "Morte o grave danno per caduta di paziente" con 321 segnalazioni pari al 22.26%. Visti i dati, per il Ministero della Salute "permane l'esigenza di strategie per migliorare la capacità delle strutture sanitarie nell'attuare interventi di prevenzione, soprattutto l'applicazione di protocolli, di procedure e il monitoraggio della loro attuazione attraverso idonei indicatori".

In tal senso, deve essere sistematicamente promossa la diffusione e l'applicazione nei vari contesti delle raccomandazioni disponibili e delle buone pratiche prodotte sia in ambito nazionale che internazionale".

In merito alle cadute, la prima azione preventiva consiste nell'identificare i possibili fattori di rischio in relazione alle caratteristiche del paziente ed a quelle dell'ambiente e della struttura che lo ospita, e, di conseguenza, adottare dei correttivi nell'organizzazione del processo assistenziale.

Dall'analisi della letteratura emergono diversi strumenti di valutazione che permettono di identificare il paziente a rischio di caduta. Riguardo le caratteristiche dell'ambiente di cura le Raccomandazioni Ministeriali² per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie prevedono di verificare che il pavimento che non sia sconnesso, lo spazio non sia limitato, la luce sia sufficiente, il letto sia regolabile in altezza, nei bagni vi siano maniglioni di sicurezza.

Non meno importante risulta la pianificazione dell'assistenza, le modalità e gli strumenti per la trasmissione delle informazioni tra i componenti dell'équipe: elementi fondamentali per la gestione della sicurezza del paziente e dell'ospedale. Tuttavia, anche se spesso regolamentati, i sistemi di documentazione, di acquisizione e reporting interni variano notevolmente tra i diversi ospedali. I dati di uno studio presentati dall'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord fanno emergere elementi contraddittori. Il 78% degli infermieri sostiene di informare i pazienti/caregivers riguardo al rischio di caduta (in base al punteggio Conley) mentre il 73% dei pazienti sostiene di non aver avuto, al riguardo, alcuna informazione³.

² Ministero della Salute. (2014) Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Raccomandazione n. 13,;

³ Severi A et al. Cadere in ospedale? (2016) La percezione del rischio di pazienti, caregivers e professionisti sanitari nell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord. Rischio Sanità;

L'idea di questa lavoro, oltre che dalla rilevanza del problema, trae spunto da un evento avverso accaduto in una unità operativa dell'ULSS 6 Vicenza, ovvero la caduta inaspettata di un paziente ricoverato per intervento chirurgico programmato di calcolosi della colecisti, avvenuto nel contesto della recente adozione, nella Regione Veneto, della Delibera DGRV 573/2011⁴. La delibera definisce un nuovo modello operativo di gestione diretta dei sinistri da responsabilità civile verso terzi in ambito sanitario ed ospedaliero e Il trattamento degli eventi di danno e della relativa copertura assicurativa per le Aziende ed Enti Sanitari della Regione Veneto. Con la successiva approvazione del protocollo d'intesa⁵, tra l'Azienda ULSS 6 Vicenza e Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino, per la gestione stragiudiziale dei sinistri di RCT, vengono attuate procedure di analisi, di valutazione, di proposta e di audit degli eventi dannosi accaduti.

Questo nuovo modello si integra con il recente Ddl 2224 Gelli-Bianco, in via di approvazione, che orienta la sicurezza delle cure in sanità attraverso l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

A seguito di questa iniziativa il nostro paese avvierà in tutte le sue strutture sanitarie e sociosanitarie una rivoluzione nel segno della trasparenza che porterà alla luce tutti gli errori e i "quasi errori" commessi in corsia con un meccanismo di segnalazione anonimo alla Regione, e da qui i dati andranno a un Osservatorio delle Buone pratiche destinato a sua volta ad affiancare le società scientifiche nella redazione delle raccomandazioni per medici e professionisti.

Indagare gli eventi avversi per identificare le cause che maggiormente vi hanno contribuito può evitare che l'incidente si ripeta. Nell'approccio reattivo, l'analisi parte dall'evento avverso, fatto di cui si ha certezza, in quanto eclatante e documentato, e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell'evento⁶.

Nel caso specifico l'analisi a ritroso degli avvenimenti mira ad evidenziare gli scostamenti rispetto alle indicazioni fornite dalla Letteratura e delle raccomandazioni ministeriali,

⁴ DGRV NR. 573 / 2011. Protocollo d'intesa tra le aziende ULSS per la gestione diretta dei sinistri. Regione Veneto,

⁵ Regione del veneto, unità Locale Socio Sanitaria N. 6 "Vicenza" Deliberazione n. 19 del 22-1-2016, Approvazione del protocollo d'intesa con l'Azienda ULSS n. 5 'Ovest Vicentino' per l'avvio della gestione diretta dei sinistri su base provinciale.

⁶ Ministero della Salute. (2012) Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. Manuale per la formazione degli operatori sanitari.

recepite anche nel Decreto Regione Veneto n.32 del 2005⁷ *“Approvazione della versione aggiornata delle linee guida per la compilazione e della disciplina del flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera”*, che obbliga il personale alla valutazione delle ADL applicando la scala di Barthel⁸.

L'analisi a ritroso mira a verificare come è stata pianificata e attuata la cura e l'assistenza e quali informazioni cliniche sono state trasmesse tra il personale e le modalità con cui tale comunicazione è avvenuta. La comunicazione di informazioni pertinenti per la cura delle persone rappresenta un fondamentale per garantire la continuità delle cure, poiché la responsabilità della cura dei pazienti viene condivisa tra diversi servizi nell'ospedale durante la giornata. Di fatto, con il passaggio delle informazioni tra componenti delle équipe, avviene il trasferimento della responsabilità nella cura del paziente, un aspetto critico dell'assistenza⁹. Non a caso la JCI, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e The Institute for Healthcare Improvement suggeriscono un approccio standardizzato per il passaggio delle informazioni, proponendo l'uso della tecnica SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation).

Con il metodo SBAR, si ha un miglioramento della comunicazione sia intra che interprofessionale, poiché riduce le barriere della comunicazione presenti e crea un “ponte” tra i diversi stili di comunicazione, migliorando anche il lavoro di squadra¹⁰.

Questo lavoro si propone di far emergere dei nuovi strumenti operativi che possano assumere una valenza preventiva sulle cadute in reparto di degenza.

Le premesse sono volte a delineare la dimensione del problema, partendo dall'analisi del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute¹¹, per poi approfondire i sistemi e gli strumenti proposti dalla Letteratura scientifica al fine di individuare il paziente a rischio di caduta e le severità di tale rischio, graduandolo rispetto ad una classificazione. Vengono quindi approfonditi gli strumenti e le modalità indicate per documentare e trasmettere le informazioni cliniche e assistenziali del paziente, in particolare quelli che consentono la trasmissione delle informazioni utilizzando un sistema

⁷ Decreto del Segretario generale della Segreteria Regionale Sanità e Sociale n. 32 del 19 dicembre 2005, *“Approvazione della versione aggiornata delle linee guida per la compilazione e della disciplina del flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera”*.

⁸ La scala di Barthel o Indice di Barthel è una scala ordinale utilizzata per misurare le prestazioni di un soggetto nelle attività della vita quotidiana (ADL, activities of daily living).

⁹ Ministero della Salute- (2011) L'audit clinico. Governo clinico – sicurezza dei pazienti. 2011

¹⁰ Raucci V., Giustinoni M. (2016) A strategy for improving the transfer of information: the SBAR method. IJN N.17, (40-43)

¹¹ Ministero della Salute. (2013) ;Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella , 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011);

standardizzato. Nella presentazione ed analisi del caso clinico, in cui si è verificata la caduta del paziente, si è confrontata l'assistenza agita e documentata rispetto alle indicazioni suggerite dalla Letteratura scientifica. Gli aspetti sottovalutati nell'ambito delle cure erogate e le comunicazioni insufficienti tra il personale hanno esposto il paziente ad un incrementato rischio di caduta, fatto che si è concretamente verificato.

Solo attraverso la chiara definizione di un documentato percorso clinico/assistenziale e l'utilizzo di strumenti di classificazione del paziente è possibile agire con piena e consapevole responsabilità. Responsabilità che consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo, fondando il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate ¹².

La responsabilità non è limitata a garantire la corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche ma trova il suo significato più ampio nell'essere un professionista sanitario, in qualunque ambito e contesto di esercizio, esprimendo le capacità di assicurare a ogni paziente il miglior livello di assistenza possibile in relazione ai suoi bisogni, che debbono essere adeguatamente indagati.

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone anche con il nuovo disegno di legge Gelli-Bianco. L'articolo 2 del Ddl 2224 prevede che anche le strutture private, come già per quelle pubbliche, dovranno attivare il risk management e dar vita a percorsi di audit, con segnalazione anonima del quasi-errore, nonché rilevare inapproprietezze nei percorsi diagnostico-terapeutici e predisporre corsi di formazione continua Ecm, attivandosi anche in vista della stipula di nuove polizze.

Il risultato finale di questo processo è lo sviluppo di una cultura diffusa del personale che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi e raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

L'infermiere legale e forense, a seguito dell'acquisizione di nuove e specifiche competenze, nei team di cura e assistenza, diviene portatore di una cultura professionale in grado di contribuire ad elevare il grado di sicurezza del malato, promuovendo interventi efficaci, fondati sulle evidenze scientifiche, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche e strettamente correlati alle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali.

¹² Codice deontologico dell'infermiere. (2009) Capo 1, articolo 3. Delibera Federazione Nazionale IPASVI n.1 /09 del 10 gennaio 2009,

Capitolo 1

1.1 La situazione degli errori in ambito sanitario

È dal 1999 (data di pubblicazione del rapporto *To err is human* dell'Institute_of Medicine), che i sistemi sanitari nazionali e locali hanno avviato un percorso che ha condotto ad un vero e proprio cambio di paradigma nell'approccio alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza del paziente. Il focus sul "sistema" piuttosto che sugli errori individuali, ha consentito la messa a punto di strategie che, in linea con gli approcci internazionali più recenti, vedono la sicurezza del paziente trasversale a tutte le altre dimensioni della performance dei servizi e dei sistemi sanitari¹. In questa ottica si pone l'attività di monitoraggio degli eventi sentinella secondo le modalità indicate dal Decreto Ministeriale dell'11 dicembre 2009 (SIMES), messa in atto dalla Direzione generale della Programmazione Sanitaria-Ufficio III, con l'obiettivo di determinare lo sviluppo continuo e sistematico della qualità e della sicurezza delle cure del SSN. Ad ulteriore supporto al Ministero della Salute e alle Regioni è stata istituita l'AGENAS, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, con il compito di implementare strategie di miglioramento e innovazione del Servizio sanitario nazionale orientate allo sviluppo del sistema salute². Nell'ambito di questa collaborazione si è lavorato alla costruzione di un percorso condiviso per l'elaborazione delle informazioni relative alle denunce dei sinistri trasmesse al SIMES, un sistema informativo per il monitoraggio degli errori, in sanità, attraverso la raccolta di dati relativi agli eventi sentinella e alle denunce di sinistri su tutto il territorio nazionale. Questi dati raccolti ed elaborati consentono la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi³. L'analisi di questi dati permette di evidenziare il tipo di evento, la specialità, il luogo dell'evento e l'esito. Informazioni che permettono di comprendere la dimensione del fenomeno, parte importante e preliminare di ogni azione di miglioramento continuo, in tema di rischio clinico⁴.

¹ Monitor 31. AGENAS (2012) Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali Anno XI numero 31;

² Monitoraggio delle denunce di sinistri. (2015) Report annuale 2014. AGENAS

³ Ibidem

⁴ Ministero della Salute. (2014) Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Raccomandazione n. 13;

In ordine di rilevanza risulta la seguente classifica degli errori:

- chirurgici (31,6%),
- diagnostici (16%)
- terapeutici (10%),
- cadute (8%),
- infezioni (3,5%)
- conseguenti al parto/cesareo (3%).

Le specialità cliniche maggiormente coinvolte sono Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale, Pronto Soccorso e Ostetricia Ginecologia. Gli errori da parto costituiscono quasi il 20% dei sinistri in cui il costo di denuncia è uguale o superiore ai 500.000 euro.

Il medesimo trend in aumento si riscontra nell'andamento degli importi riservati medi per anno di denuncia, che rilevano un aumento di circa il 20% dal 2013 al 2014⁵. La tendenza al progressivo aumento del numero di segnalazioni nel corso degli anni è da ritenersi un elemento molto positivo, soprattutto se si attribuisce alla segnalazione il valore di un indicatore significativo della cultura della sicurezza raggiunta dalle organizzazioni sanitarie. Tuttavia il numero e la tipologia di segnalazioni appare variabile tra le diverse regioni, a macchia di leopardo⁵.

1.2 Il costo dei sinistri

Il report del gruppo Marsh⁶ che ha analizzato le richieste di risarcimento danni degli ultimi 10 anni (dal 2004 al 2014), su un campione di 59 strutture della sanità pubblica italiana, fa emergere un totale di circa 15.600 sinistri. Nel Rapporto si evidenzia subito come "il valore" (tra somme effettivamente liquidate e somme stanziare dalle assicurazioni) dei sinistri nella sanità pubblica in Italia, sul campione analizzato nel suddetto periodo, sia pari alla **cifra di 1,4 miliardi di euro**. Il costo medio del risarcimento liquidato in caso di danni dovuti a responsabilità medica è di circa 40 mila euro e la grande maggioranza dei sinistri denunciati, circa il 63%, riguarda casi di lesioni personali, mentre i decessi ne rappresentano l'11%. L'importo varia a livello regionale ed è lievemente superiore rispetto a quanto emerge dai dati dell'ANIA, l'associazione che riunisce le imprese assicurative,

⁵ Ministero della Salute. (2013) Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (settembre 2005-dicembre 2012), Governo clinico-sicurezza dei pazienti ;

⁶ 7° rapporto Medmal Claims (2016) Italia Marsh;

che parla di un importo medio liquidato a livello nazionale pari a 35 mila euro per sinistro. Secondo il rapporto, realizzato in collaborazione con il Comitato tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, l'indice di sinistrosità, ovvero la frequenza con cui si verificano malpratiche che vengono denunciate, è pari a 13 su 10 mila casi.

1.3 Frequenza dei sinistri e maggiori segnalazioni

La frequenza annua dei sinistri per il 2014, è di 30 per ogni singola struttura, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente, una cifra che fa registrare un tasso di rischio di 7 sinistri ogni 100 medici, di 3 ogni 100 infermieri e di 1 ogni 1000 ricoveri, per valori assicurativi che superano i 6.000 euro per medico e si attestano sui 2.400 euro per infermiere⁷.

Il maggior numero di segnalazioni è rappresentata dall'evento caduta dei pazienti. L'analisi dei dati segnala la necessità di sostenere l'applicazione di strumenti per la valutazione del rischio di caduta, nonché l'uso di ausili per ridurre il rischio o lo sviluppo di procedure per la gestione dei pazienti anziani con patologie e/o terapie che aumentano il rischio di caduta⁸. Da segnalare la rilevanza dei fattori contribuenti legati alla comunicazione tra i componenti dell'èquipe.

1.4 Le cadute nei pazienti ricoverati in ospedale.

Le cadute continuano ad essere uno dei più rilevanti problemi che le strutture sanitarie devono affrontare. Implicano nei pazienti conseguenze importanti a livello fisico e psicologico e continuano a rappresentare un problema per gli infermieri, che hanno un ruolo primario nel garantire la loro assistenza. Le cadute dei pazienti ricoverati in ospedale rappresentano un evento che provoca danni più o meno gravi ai pazienti (dalle semplici contusioni ed escoriazioni fino alla morte) e che entro certi limiti può essere evitato. Ridurre il rischio di danni al paziente derivanti dalle cadute rappresenta inoltre uno dei sei obiettivi per la sicurezza al paziente posto dalla JCAHO (Joint Commission on

⁷ Ministero della Salute. (2013) Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (settembre 2005-dicembre 2012), Governo clinico-sicurezza dei pazienti

⁸ Ibidem

Accreditation of Healthcare Organizations)⁹. Quello delle cadute costituisce un rischio presente in ciascun setting assistenziale, seppur differenziato all'interno di ognuno di essi. In particolare, sono spesso usate come un indicatore standard per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica^{10, 11}.

Esse rappresentano un'esperienza devastante per i pazienti, per le loro famiglie e per i professionisti della sanità. Una sola caduta può far scaturire la paura nel paziente di cadere nuovamente, dando inizio ad una spirale in discesa di ridotta mobilità, che porta alla perdita di funzioni e, molto spesso, ad ulteriori cadute¹². La frequenza e la morbilità, associate alle cadute dei pazienti ricoverati, sono ormai ben accertate, e basate su dati epidemiologici riportati in letteratura. Ridurre questo evento avverso potrebbe quindi ridurre la morbilità, la mortalità e i costi sanitari¹³.

Diversi studi dimostrano che le cadute sono un pericolo prevenibile del ricovero, ma un'effettiva riduzione delle cadute richiede un cambiamento del sistema e, soprattutto, collaborazione interprofessionale¹⁴.

1.4.1 Definizione e classificazione

La caduta è definita, all'interno del sistema di segnalazione degli eventi avversi, come un improvviso e inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, assisa o clinostatica. Questa definizione include i pazienti che scivolano da una sedia o dal letto e finiscono a terra, pazienti trovati sdraiati sul pavimento e le cadute verificatesi mentre il paziente era assistito dal personale sanitario¹⁵.

Le cadute possono essere classificate come:

1. Accidentali, quando la persona cade in maniera involontaria, ad esempio scivolando sul pavimento bagnato;

⁹JCAHO. International Patient Safety Goals. (2007); Available at: <http://it.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. Accessed 07/20/2015, 2015

¹⁰ Hart J, Chen J, Rashidee A, Kumar S. (2009) Epidemiology and Impact of Patient falls in Healthcare facilities. Patient Safety.

¹¹ Poe SS, Cvach MM, Gartrell DG, Radzik BR, Joy TL. (2005) An Evidence-based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention, and Management: Lessons Learned. J Nurs Care Qual;20(2):107-116

¹² Dykes PC, Carroll DL, Hurley AC, Benoit A, Middleton B. (2009) Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? J Nurs Adm Jun;39(6):299-304.

¹³ Di Bardino D, Cohen ER, Didwania A. Meta-analysis: multidisciplinary fall prevention strategies in the acute care inpatient population. J Hosp Med 2012 Jul-Aug;7(6):497-503.

¹⁴ Cumber EU, Simpson JR, Rosenthal LD, Likosky DJ. (2013) Inpatient Falls: Defining the Problem and Identifying Possible Solutions. Part II: Application of Quality Improvement Principles to Hospital Falls. Neurohospitalist Oct;3(4):203-208.

¹⁵ Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Ngugi KE, Dunagan WC, Fischer I, et al. (2005). A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. J Gen Intern Med Feb;20(2):116-122.

2. Fisiologiche imprevedibili, quando sono determinate da condizioni fisiche del paziente non prevedibili fino alla caduta stessa, come un disturbo improvviso dell'equilibrio;
3. Fisiologiche prevedibili, quando i fattori di rischio della persona sono identificabili; un esempio è il paziente che presenta difficoltà nella deambulazione, o manifesta segni di disorientamento.

Si stima che circa il 14% delle cadute che si verificano in ospedale siano accidentali, l'8% imprevedibili, e che il restante 78% di esse rientri fra le cadute prevedibili¹⁶.

1.4.2 Epidemiologia delle cadute

Diversi sono gli studi condotti a livello nazionale e internazionale che hanno cercato di realizzare una stima dell'incidenza delle cadute. Negli ospedali, così come nelle residenze sanitarie, è elevato il numero dei pazienti che va incontro a questo evento avverso.

Circa il 28-35% delle persone di 65 anni ed oltre cade ogni anno; tale percentuale sale al 32-42% negli ultrasettantenni. La frequenza delle cadute aumenta con l'avanzare dell'età e della fragilità¹⁷. Come riporta la World Health Organization, il segmento più anziano della popolazione, con età di 80 anni ed oltre (particolarmente soggetto alle cadute e a alle loro conseguenze) continua a crescere in fretta, e si ipotizza che entro il 2050 rappresenterà circa il 20% della popolazione anziana. La caduta sembra essere il fattore di rischio di frattura più importante nell'anziano¹⁸.

In Gran Bretagna un terzo della popolazione sopra i 65 anni cade e metà di questi soggetti cade almeno due volte. Per l'anno 1997 la stessa fonte riferisce che il 67% delle morti accidentali nelle donne sopra i 65 anni è dovuta a cadute. Per quanto riguarda le cadute del paziente ricoverato, in Svezia, quasi un terzo delle fratture dell'anca avvengono nella popolazione ospedalizzata. Negli ospedali Australiani il 38% di tutti gli incidenti che avvengono durante il periodo di ricovero è dovuto a cadute (The Johanna Briggs Institute for EBN, 1998), il 50% dei pazienti anziani residenti in strutture residenziali cade ogni anno e circa il 7% di questi muore a causa della caduta¹⁹.

¹⁶ Ministero della Salute. (2014) Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Raccomandazione n. 13;

¹⁷ World Health Organization. (2008). Ageing, Life Course Unit. WHO global report on falls prevention in older age. : World Health Organization;

¹⁸ Salvioli G. (2004) Fratture del femore ed anziani: un problema crescente. G Gerontol;52:113.

¹⁹ AAVV. (2001) La prevenzione delle cadute in ospedale. I quaderni della campagne per la sicurezza dei pazienti. Regione Toscana. Ed. ETS,;

Tra le lesioni che portano al decesso i soggetti anziani, il trauma cranico costituisce la prima causa di morte nel 29% degli uomini e nel 14% delle donne, le fratture degli arti inferiori sono al secondo posto con il 68% nelle donne rispetto al 29% degli uomini. La mortalità è strettamente correlata all'età del soggetto. È stato stimato che, se la frequenza del numero di fratture di femore continua ad aumentare come si è verificato dal 1990, l'incidenza annuale potrebbe aumentare in proporzione variabile tra il 60 e il 96% nel 2031²⁰.

1.5 Studi ed esperienze in Italia

In Italia uno studio condotto nel 2000 presso l'Ulss 22 della Regione Veneto ha evidenziato che la frequenza delle cadute accidentali è pari allo 0,86% su tutti i ricoveri (Vanzetta, 2001)²¹. Un altro studio realizzato al Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna nel 2002, ha rilevato una frequenza delle cadute pari all'1% di tutti ricoveri; le percentuali si sono distribuite in un range dallo 0,7% al 14 %²². Nel 2000, la stessa azienda sanitaria aveva riportato circa 700 cadute su una popolazione di 70000 ricoveri, pari sempre ad una frequenza dell'1%. Sempre nel 2002, uno studio osservazionale condotto nell'arco di sei mesi nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi di Firenze, ha osservato un'incidenza di cadute nei pazienti anziani ricoverati pari al 1,2%²³ (Brandi, 2005), (dato in aumento rispetto alle due precedenti indagini retrospettive relative agli anni 2000-2001). Nell'ASL 11 di Empoli uno studio condotto lo stesso anno sugli eventi avversi ha rilevato che la caduta dei pazienti si verifica nel 4% circa di tutti i ricoveri; il 13 % di queste sono cadute dal letto o dalla poltrona²⁴.

In Regione Lazio i medici di medicina generale hanno condotto uno studio, conclusosi nell'aprile 2004 (vedi Gruppo dei MMG, provincia di Latina "La fragilità dell'anziano"), in cui la popolazione studiata (classi d'età 75 – 79 aa, 80 - 84 aa, => 85 aa), ha evidenziato che:

- il 33,7% degli anziani era già caduto nei 6 mesi precedenti alla valutazione,
- l' 82,1% soffriva di malattie muscolo-scheletriche

²⁰ AAVV. (2001) La prevenzione delle cadute in ospedale. I quaderni della campagne per la sicurezza dei pazienti. Regione Toscana. Ed. ETS,;

²¹ Vanzetta M, Vallicella F. (2001) Qualità dell'assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale. Management Infermieristico;2:32.

²² Chiari P, Mosci D, Fontana (2002) S. Orsola-Malpighi BS. Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza infermieristica e Ricerca;21(3):117-124.

²³ Brandi A. - Gestione del rischio clinico - elaborazione, sperimentazione e implementazione di linee guida per la prevenzione delle cadute dell' anziano in ospedale; Tesi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche aa 2004-2005.

²⁴ CINEAS – (2002) Consorzio Universitario per l'Ingegneria nelle Assicurazioni. Quando l'errore entra in ospedale, risk management: perché sbagliando s'impara. Le mappe del rischio, i costi, le soluzioni; Quando sbaglia l'infermiere, l'indagine della Usl di Empoli,

- l'80,7% assumeva più di due farmaci al giorno e viveva in ambienti nei quali erano presenti barriere architettoniche interne ed esterne²⁵ (Cavallini, 2005).

In Regione Lombardia il dato valutato nel 2004 è del 4,09 su 1000 ricoveri ospedalieri in tutte le Aziende Ospedaliere della Regione (Bertani, 2006)²⁶. La metà di essi che riporta una frattura di femore non è più in grado di deambulare, e circa il 20% di questi muore, di conseguenza, entro l'anno²⁷.

1.6 Identificazione dei fattori di rischio

Le cadute sono comuni tra i pazienti ricoverati. Diverse recensioni, di cui 4 meta-analisi che coinvolgono 19 studi, dimostrano che i programmi per prevenire le cadute tra i pazienti ricoverati riducono il rischio del 30%²⁸. L'identificazione dei fattori di rischio costituisce un punto fondamentale nella prevenzione delle cadute.

Seppur alcune cadute siano probabilmente inevitabili, la maggior parte di esse sono l'esito dell'interazione dei fattori di rischio intrinseci, correlati alle caratteristiche del paziente, ed estrinseci, comprensivi degli aspetti ambientali, ergonomici ed organizzativi²⁹.

Tra i principali fattori di rischio riferibili alle condizioni generali del paziente possono essere identificati:

- l'età > 65 anni;
- l'anamnesi positiva per precedenti cadute;
- l'incontinenza;
- il deterioramento dello stato mentale;
- il deterioramento delle funzioni neuromuscolari;
- la dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, rilevabile attraverso apposite scale;
- la riduzione del visus;

²⁵ Cavallini M. e Coll. Il governo clinico della Medicina Generale. La fragilità nell'anziano: valutazione di un intervento di prevenzione delle cadute in un campione di anziani seguiti da un gruppo di MMG della provincia di Latina; da Atti del XXII Congresso Nazionale SIMG, Firenze, 24-26 novembre 2005

²⁶ Bertani G, Macchi L, Carreri V, Cerlesi S, (2006). Un benchmarking regionale: indicatori di risk management nelle Aziende Ospedaliere Lombarde. Atti del IV Convegno nazionale di Organizzazione, Igiene e Tecnica Ospedaliera; 6-7;

²⁷ Ministero della Salute. (2014) Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Raccomandazione n. 13;

²⁸ Miake-Lye, Hempel S., Ganz DA, Shekelle PG. (2013) Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. Mar 5;158-164;

²⁹ Ministero della Salute. (2014) Raccomandazione per la prevenzione e –la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Raccomandazione n. 13,;

- le deformazioni o patologie del piede (es. alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee);
- la paura di cadere.

Tabella 1. Caratteristiche delle cause estrinseche ed individuali intrinseche:

Cause estrinseche				
<i>individuali</i>	_ Scalzo	_ Ciabatte aperte	_ Protesi/ausili utilizzati dal paziente	
_ Abbigliamento /medicazioni che hanno intralciato la deambulazione		_ Presenza di drenaggi, sonde o cateteri che hanno intralciato la deambulazione		
<i>ambientali</i>	_ Pavimento bagnato	_ Pavimento sconnesso	_ Spazio limitato	_ Luce scarsa
_ Letto non regolabile/non regolato in altezza	_ Sponde abbassate	_ Sponde alzate	_ Nessuna	_ Mancanza corrimano o maniglioni nei bagni
_ Altro				
Cause Individuali intrinseche				
_ Pregressa caduta recente (ultimi tre mesi)		_ Politerapia (più di quattro farmaci)	_ Deterioramento cognitivo	
_ Instabilità dell'andatura/deficit funzionali motori/vertigini		_ Utilizzo di psicofarmaci	_ riduzione del visus	
_ Incontinenza		_ Altro.....		
Era già stato valutato il rischio di cadere del paziente al momento dell'ingresso in reparto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Era stato rivalutato il suo rischio (più di una valutazione) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se sì, quando: <input type="checkbox"/> trasferimento di reparto <input type="checkbox"/> cambiamento dei fattori di rischio <input type="checkbox"/> cambiamento delle condizioni del paziente <input type="checkbox"/> variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta <input type="checkbox"/> dopo una caduta		
Conseguenze della caduta				
<input type="checkbox"/> Assenza di lesioni	<input type="checkbox"/> Trauma minore	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Trauma maggiore	<input type="checkbox"/> Morte del paziente

<i>Lesioni Evidenti</i>	_ Nessuna	_ Contusione/Escoriazione	_ Ferita
_ Taglio	_ Distorsione	_ Frattura	_ Trauma cranico
_ Altro			
Indagini diagnostico-strumentali richieste	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> Esami di laboratorio	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica
Altro (<i>Specificare</i>)			
Trattamenti terapeutici effettuati	<input type="checkbox"/> terapia antidolorifica <input type="checkbox"/> Terapia sedativa <input type="checkbox"/> Terapia idratante <input type="checkbox"/> Altre terapie	<input type="checkbox"/> Medicazione ferita <input type="checkbox"/> Bendaggio/doccia gessata <input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Rifiuto trattamento terapeutico	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico a seguito della caduta <input type="checkbox"/> Trattamento ortopedico <input type="checkbox"/> Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva <input type="checkbox"/> Altro

Durante il trattamento farmacologico è importante considerare i farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio e la pressione arteriosa. Gli studi suggeriscono, relativamente alla popolazione anziana, l'importanza di un rigido controllo sui farmaci somministrati e di rivedere periodicamente le prescrizioni farmacologiche rimodulando, ove possibile, tali prescrizioni al fine di ridurre l'esposizione al rischio³⁰.

Tabella 2. Categorie di farmaci che possono aumentare il rischio di caduta.

Farmaci sedativi sul sistema nervoso centrale	Farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare	Lassativi
Barbiturici Ipnotico – sedativi Antidepressivi triciclici Antipsicotici neurolettici Antiparkinson Ansiolitici / Anticonvulsivi	Diuretici Antiaritmici Antipertensivi Vasodilatatori Cardioattivi glicosidi	Tutti i tipi

³⁰ Ministero della Salute. Linee di indirizzo e informazioni utili per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie. Allegato 1:

1.7 Strumenti di valutazione del rischio di caduta del paziente

Una valutazione clinica ed assistenziale globale è premessa fondamentale per cure di qualità, raggiunta attraverso l'osservazione accurata del paziente e adottando degli strumenti in grado di calcolare il rischio di caduta di una persona. Il punteggio di rischio può essere formulato in maniera dicotomica / binaria "a rischio/ non a rischio", o attraverso una scala che stratifica il livello di rischio "di rischio basso / medio / alto"³¹.

In letteratura si trovano diversi strumenti di valutazione, con punteggi che permettono di esprimere se il paziente è più o meno a rischio di cadere sulla base della valutazione di una serie di variabili. Di tutti gli strumenti individuati alcuni, come il Tinetti balance and gait Scale e il Morse Fall Scale sono troppo orientati all'ambiente residenziale ma extraospedaliero³².

La Scala di Conley e la Scala Stratify sono di più facile utilizzo nel contesto ospedaliero, sia per il numero voci necessarie per definire il punteggio di rischio finale, che per la relativa semplicità di rilevazione³³.

1.7.1 Scala Conley

La scala di Conley è composta da 6 fattori che classificano il rischio di cadere ed individuano un valore soglia di 2 punti su 10 per indicare la presenza di rischio³⁴.

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)	SI	NO
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)		
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	2	0

31 NICE – (2004) National Institute for Clinical Excellence Falls. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21., www.nice.org.uk/CG021;

32 P. Chiari, D. Mosci, S. Fontana. (2002) Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza Infermieristica e Ricerca, , 21, 3:117-124.

33 Ministero della Salute. (2014) Raccomandazione nr. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. (

34 P. Chiari, D. Mosci, S. Fontana. (2002) Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza Infermieristica e Ricerca, , 21, 3:117-124.

Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0
Punteggio 0 = nessun rischio Punteggio 8 = massimo rischio Punteggio di Cut - off = 2	TOTALE	

1.7.2 Scala Stratify

La scala Stratify è costituita da 5 fattori che concorrono ad esprimere il rischio di cadere del paziente. Gli autori non indicano un valore soglia oltre il quale il rischio è presente.

Tutte le domande, ad eccezione della prima, devono essere rivolte all'infermiere responsabile. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi S1 - Il paziente è stato ricoverato in seguito ad una caduta, oppure è caduto durante la degenza? (esame della documentazione)	1	0
RITIENI CHE IL PAZIENTE:		
S2 Sia agitato? (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	1	0
S3 Abbia un calo della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	1	0
S4 - Necessiti di andare in bagno con particolare frequenza? (< 3 ore)	1	0
S5 Il paziente ha un punteggio di mobilità corrispondente a 3 o a 4 ? (vedi schema di calcolo sottostante)	1	0
TOTALE		

Schema per il calcolo del punteggio di mobilità Il paziente è in grado di:	N o	Con aiuto maggiore	Con aiuto Minore	Indipen d	Punteggio
1) Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (Include il sedersi sul letto)	0	1	2	3	
2) Camminare sul piano, spingere la sedia a rotelle se non deambula)	0	1	2	3	—

Per quanto riguarda il valore clinico è preferibile l'uso della scala di Conley, in virtù del suo più alto valore di sensibilità per discriminare quali pazienti presentano un maggior rischio di cadere ad un valore di cut off di "2"³⁵. Tuttavia, secondo le linee guida NICE, le persone anziane che si presentano all'attenzione medica a causa di una caduta, o riferiscono ripetute cadute nell'ultimo anno, o dimostrano anomalie nell'andatura o nell'equilibrio devono essere sottoposte ad una valutazione multifattoriale del rischio di caduta³⁶. Questa valutazione deve essere effettuata da professionisti sanitari con appropriata competenza ed esperienza, normalmente in un contesto di servizio specialistico per le cadute.

La valutazione multifattoriale può includere:

- Storia di precedenti cadute;
- Valutazione dell'andatura, equilibrio, mobilità e debolezza muscolare;
- Valutazione del rischio di osteoporosi;
- Valutazione della capacità funzionale percepita dalla persona anziana e della paura di cadere;
- Valutazione di eventuale deficit visivo;
- Valutazione di deficit cognitivi ed esame neurologico;
- Valutazione dell'incontinenza urinaria;
- Valutazione di pericoli nell'ambiente domestico;
- Esame cardiovascolare e revisione dei farmaci assunti

³⁵ P. Chiari, D. Mosci, S. Fontana. (2002) Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 21, 3:117-124

³⁶ NICE – (2004) National Institute for Clinical Excellence Falls. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21, www.nice.org.uk/CG021NICEguideline.

Capitolo 2.

2.1 La documentazione sanitaria

La documentazione sanitaria testimonia gli eventi e le attività che si verificano durante i processi di cura e assistenza. Essa costituisce un bene di straordinaria importanza sul piano clinico, scientifico e didattico, oltre che giuridico, sia per il cittadino che se ne può servire per far valere i propri diritti, sia per la tutela dell'operato professionale degli operatori sanitari.

Gestire correttamente la documentazione sanitaria sulla base di dati aggiornati e puntuali, contribuisce ad integrare e dare coerenza alle decisioni dei molteplici attori coinvolti nei processi di assistenza e ad accrescere la sicurezza del paziente.

Il sistema di assistenza sanitaria legata prevalentemente al regime di ricovero, sta rapidamente evolvendo verso un sistema organizzato di prestazioni ambulatoriali, distrettuali e domiciliari. In entrambi i casi le caratteristiche dell'intervento sono sovrapponibili a quelle di un ricovero e tale pertanto deve essere la documentazione che li accompagna. Si rende necessario quindi potenziare l'attenzione alla cartella clinica e alla documentazione socio-sanitaria, affinché diventi espressione di un progetto tra professionisti diversi, sia a livello ospedaliero che territoriale, per una integrazione che permetta un progetto assistenziale condiviso, coordinato, partecipato che valorizzi la componente progettuale, valutativa e di continuità assistenziale.

2.2 Effetti della documentazione incompleta e di passaggi di informazioni inefficaci

L'obiettivo fondamentale di qualsiasi passaggio di consegne è quello di raggiungere il trasferimento efficiente e di alta qualità clinica delle informazioni in tempi limitati.

Le informazioni cliniche vanno scambiate quando è necessario: a fine turno, al trasferimento del paziente in un altro contesto, alla dimissione, dopo debriefing multidisciplinari¹.

Il trasferimento di informazioni tra professionisti in ambito sanitario è condizione essenziale per garantire la continuità delle cure e la sicurezza del paziente.

La trasmissione simultanea d'informazioni dello stato di salute del paziente, da un operatore a un altro è definita *handover*². Il passaggio di consegne *handover* è divenuto nei sistemi sanitari sempre più frequente e costituisce un momento di rischio per la sicurezza del paziente.

La ricerca dimostra che la discontinuità di informazioni mette in pericolo la continuità delle cure e la sicurezza del paziente. Concettualmente, durante il trasferimento delle informazioni, dovrebbero essere fornite solo le condizioni critiche, utilizzando un metodo standardizzato che sintetizza le informazioni e coinvolge colui che le emette e chi li riceve³.

I sistemi e gli strumenti per documentare e trasmettere le informazioni cliniche del paziente variano nelle diverse unità operative, nei diversi ospedali e tra i differenti infermieri ed operatori ed avvengono durante momenti della giornata in cui sono presenti numerose attività assistenziali e alberghiere che possono condurre a potenziali errori correlati alla comunicazione e alle interruzioni⁴.

Con lo studio di Riesenberg⁵ si è potuto osservare quali siano le barriere per la comunicazione percepite dagli infermieri quali: mancanza di apertura nella comunicazione da parte dei medici, problemi logistici come i rumori, mancanza di professionalità come mancanza di rispetto e maleducazione, come anche incongruenze nella preparazione degli infermieri.

L'utilizzo di un approccio narrativo nelle consegne verbali genera la trasmissione di informazioni parziali, ricche di considerazioni soggettive, con la presenza di

¹ Saiani, L., Brugnoli, A. (2011). Trattato di cure infermieristiche. Napoli: Sorbona-Idelson Gnocchi, pp. 277-81.

² Chiaromonte L. (2015) Selezione ed organizzazione delle informazioni cliniche da trasmettere nelle consegne infermieristiche: revisione della letteratura. Tesi corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Padova, AA 2014/2015

³ Perry, S. (2004). Transitions in care: studying safety in emergency department signovers. Focus on Patient Safety, 7(2):1-3.

⁴ Raucci V., Giustinoni M. (2016) A strategy for improving the transfer of information: the SBAR method. IJN N.17, 2016 (40-43)

⁵ Riesenberg LA., Leitzsch J., Cunningham JM. (2010) Nursing handoffs: a systematic review of the literature. Am J Nurs. 110(4):24-34

acronimi ed infine informazioni ridondanti. Dalla scelta del contenuto ne deriva la qualità della continuità assistenziale e spesso gli infermieri, a causa dell'assenza di un unico fascicolo clinico, sentono la necessità di registrare i dati presenti in altri grafici e/o fogli nelle consegne⁶. Saskatchewan Registered Nurses' Association⁷, nelle linee guida del 2011, sottolinea che la modalità di consegne narrative necessita di molto tempo ed può risultare privo di coesione e compattezza⁸ e contribuisce a conseguenze non idonee per il paziente⁹.

Quando lo scambio di informazioni è approssimativo, lacunoso o inefficace, il rischio di eventi avversi aumenta in modo esponenziale. Lo studio condotto da Cohen¹⁰ nel 2012 dimostra che 2/3 degli eventi sentinella in ospedale sono correlati a problemi di comunicazione e che le consegne sono implicate nel 28% negli errori chirurgici e nel 24% nei reclami di atto illecito in ambienti sanitari come ambulatori e dipartimenti di emergenza. Inoltre è stato scoperto che la comunicazione verbale tra medici e infermieri viene citata, come fattore di rischio, nel 37% degli errori¹¹. Il passaggio d'informazioni tra i professionisti sanitari nei punti di transizione, momento nel quale avviene il passaggio di responsabilità nella cura del paziente tra i diversi professionisti sanitari, è elemento fondamentale per assicurare la sicurezza della continuità nella cura dei pazienti. Una prassi consolidata che serve a garantire qualità e continuità assistenziale¹². Uno studio

6 Strople, B., & Ottani, P. (2006). Can technology improve intershift report? what the research reveals. Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing, 22(3), 197-204.

⁷Saskatchewan Registered Nurses' Association (2011). Documentation: Guidelines for Registered Nurses. http://www.srna.org/images/stories/pdfs/nurse_resources/documentation_guidelines_for_registered_nurses_2_2_11_2011.pdf. Ultimo accesso 20 settembre 2016.

8 Chiaromonte L. Selezione ed organizzazione delle informazioni cliniche da trasmettere nelle consegne infermieristiche: revisione della letteratura. Tesi corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Padova, AA 2014/2015

9 Raucci V., Giustinoni M. (2016) A strategy for improving the transfer of information: the SBAR method. IJN N.17, (40-43)

10 Cohen MD., Hilligoss B., Kajdacsy-Balla Amaral AC.(2012) A handoff is not a telegram: an understanding of the patient is co-constructed. Critical Care, 2012 Feb 8;16(1):303.

11 Riesenber LA., Leitzsch J., Cunningham JM. (2010) Nursing handoffs: a systematic review of the literature. Am J Nurs. 110(4):24-34

12 AAVV. (2014)Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento) L'Infermiere N°4; .

effettuato da Meißner¹³ nel 2007 ha dimostrato che più della metà degli infermieri in Italia (53 %), dichiara di non essere soddisfatto delle consegne al cambio turno.

Tra le principali cause vengono citati: il tempo a disposizione insufficiente, le continue interferenze, l'assenza di uno spazio dedicato, la trasmissione di notizie insufficienti, una "brutta atmosfera" tra colleghi. Il tempo dedicato alla consegna, se non sono fornite informazioni utili, viene di fatto sprecato con ripercussioni sulla sicurezza degli assistiti e con possibili conseguenze e implicazioni medico legali sul personale medico e infermieristico, chiamato a rispondere del proprio operato. I risultati di uno studio osservazionale¹⁴, condotto in Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda ULSS 9 di Treviso, ha fatto emergere che solo il 20 % delle informazioni previste venivano trasmesse a fronte di una percezione degli infermieri che considera molto buona la qualità delle informazioni ricevute (punteggio medio di 4.25 su 5). Una discrepanza che ci permette di capire quando elevato sia il livello di rischio. Lo studio inoltre ha evidenziato che il 52% del personale infermieristico non ha ricevuto feedback relativo ai tassi di caduta e alle indagini svolte dall'azienda in merito. Mentre le indicazioni suggerite dalla letteratura raccomandano di attivare dei momenti di confronto all'interno dell'équipe allo scopo di imparare dall'errore e mettere in atto tutti gli interventi preventivi.

2.3 La trasmissione delle informazioni con metodo strutturato

Dalla revisione della letteratura emerge che nei passaggi di informazioni con l'utilizzo della modalità verbale integrata e una documentazione scritta ed

¹³Meißner A, Hasselhorn HM, Estryng-Behar M, Nézet O, Pokorski J, Gould D (2007) Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5): 535-42.

¹⁴ Busatto L. (2015) Le cadute in ospedale: analisi del fenomeno e della percezione del personale infermieristico dell'ULSS 19 Adria. Tesi di Laurea. Corso di laurea in Infermieristica - Università di Padova. A.A 2014/2015;

informatizzata, si associa una riduzione degli eventi avversi prevenibili¹⁵. Per garantire la sicurezza del paziente è fondamentale adottare un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni cliniche tra operatori, turni, Unità Operative o *setting* (Ospedale/territorio). La standardizzazione delle informazioni, da fornire per garantire la continuità assistenziale, è raccomandato da realtà internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) e l' Accreditation Canada, fattore che risulta ancora più importante nei contesti dove il paziente non è in grado di esprimere i propri sintomi¹⁶. In tutte le realtà assistenziali complesse riveste grande importanza il miglioramento della comunicazione tra professionisti sia nei momenti di passaggio delle informazioni a fine turno, sia nelle comunicazioni in caso di emergenza o rapido deterioramento delle condizioni cliniche.

2.4 Il metodo SBAR

Per organizzare e trasferire le informazioni, secondo l'approccio per cure globali, la Letteratura scientifica suggerisce diversi modelli, tra cui il metodo SBAR. Il metodo SBAR (acronimo di "Situation", "Background", "Assessment", "Recommendation") è una tecnica di comunicazione strutturata studiata per trasmettere una quantità notevole d'informazioni in modo breve e conciso¹⁷. Tale logica assicura la completezza dell'informazione, riduce la possibilità di un linguaggio eccessivo o troppo sintetico, consente di arrivare al focus del problema, permette di stabilire le aspettative su quanto e come sarà comunicato.

Il metodo **SBAR**:

¹⁵ Chiaromonte L. (2015) Selezione ed organizzazione delle informazioni cliniche da trasmettere nelle consegne infermieristiche: revisione della letteratura. Tesi corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Padova, AA 2014/2015

¹⁶ Debbie Popovich. (2011) 30-Second Head – to – Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. Pediatric Nursing March – April 2011.

¹⁷ Accreditation Canada, Programma di Accreditamento Internazionale Qmentum, Pratiche Obbligatorie per l'Organizzazione,.

S → Situation. Identificazione del paziente, rapido inquadramento della situazione;

B → Background. Diagnosi, anamnesi significativa, allergie, risultati di laboratorio e di altri interventi diagnostici;

A → Assessment. Segni vitali, valutazioni cliniche;

R → Recommendation. Specificare richieste, preoccupazioni con dati oggettivi a supporto.

Diversi studi hanno dimostrato che con l'utilizzo della SBAR migliora la comunicazione¹⁸ e si aiutano gli infermieri ad essere più concentrati e concisi durante la presentazione delle condizioni dei pazienti e si riducono le informazioni superflue¹⁹.

L'utilizzo di quest'approccio è consigliato dal Safety and Quality Unit Department of Health, il quale sostiene che SBAR può essere adattato al contesto clinico potendo decidere quali informazioni essenziali registrare e trasferire. Manning²⁰ sostiene che SBAR è uno strumento mnemonico facile da ricordare, che fornisce un approccio strutturato ed ordinato, che permette di migliorare la comunicazione e renderla efficace soprattutto in situazione di emergenza, inoltre aiuta a limitare la comunicazione gergale e rimuove l'influenza della gerarchia e della personalità. Secondo Cornell²¹ et al. in un loro studio condotto in unità operative internistiche medico-chirurgiche, l'utilizzo di questo modello ha reso le consegne più concise, ha ridotto i tempi per la trascrizione e non sono state registrate perdite di informazioni.

Secondo l'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica²²(ANIARTI, 2014), in uno studio osservazionale, adottare un modello standardizzato nel passaggio di

¹⁸ Whittingham KA, Oldroyd LE. (2014) Using an SBAR, Keeping it real. Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree programme. *Nurse Educ Today*, , 34 (6);

¹⁹ Raucci V., Giustolini M. (2016) A strategy for improving the transfer of information: the SBAR method. *IJN* N.17, (40-43)

²⁰ Manning, M. L. (2006). Improving clinical communication through structured conversation. *Nursing Economic\$,* 24(5), 268-271.

²¹ Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *The Journal of Nursing Administration*, 43(7-8), 422-428.

²²<http://www.aniarti.it/it/content/il-passaggio-di-consegne-tra-emergenza-territoriale-e-pronto-soccorso-studio-osservazionale>. Ultimo accesso 10 settembre 2016.

consegne può migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento e l'utilizzo del metodo SBAR, anche in emergenza, potrebbe essere la soluzione, in quanto favorisce la trasmissione delle informazioni in maniera semplice, completa, sintetica e ordinata.

Garcia et al. (2014)²³, in uno studio retrospettivo randomizzato, ha osservato un netto miglioramento della qualità delle informazioni documentate dopo l'introduzione del approccio standardizzato con l'utilizzo del mnemonico "SBAR".

Ludikhuize J. et al. hanno misurato l'adesione degli infermieri un anno dopo la formazione dall'applicazione del metodo SBAR²⁴:

- un gruppo di 47 infermieri addestrati e 48 infermieri non addestrati hanno valutato il caso clinico di un paziente.
- Il 77% degli infermieri addestrati valutava correttamente il paziente rispetto il 58% degli infermieri non addestrati.

Lo studio di De Meester K et al. ha indagato l'effetto della SBAR sull'incidenza degli eventi avversi in 16 reparti ospedalieri. È stata eseguita una valutazione prima di usare SBAR (luglio 2010) e una rivalutazione Post (giugno 2011 e marzo 2012). Dopo aver introdotto il metodo SBAR i dati clinici dei pazienti sono passati dal 4% al 35%²⁵.

²³ Garcia-Sanchez, M. et al, (2014). Quality of the anesthesiologist written record during the transfer of postoperative patients: Influence of implementing a structured communication tool. *Revista Espanola De Anestesiologia y Reanimacion*, 61(1), 6-14.

²⁴ Ludikhuize J et al. (2001) Measuring adherence among nurses one year after training in apply the modified early warning score and situation background assesment reccomendation instruments. *Resuscitation*

²⁵ De Meester et al. (2013); SBAR improve nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013;

2.5 Obiettivi del metodo SBAR

Ogni comunicazione per essere efficace deve rispondere a 4 requisiti²⁶:

1. Completa:
 - a. consente di dare tutte le informazioni rilevanti senza aggiungere dettagli non necessari;
2. Chiara:
 - a. deve fornire tutte le informazioni usando un linguaggio comprensibile e una terminologia condivisa;
3. Breve:
 - a. cioè concisa;
4. Tempestiva:
 - a. deve cioè evitare di dilungarsi in dettagli superflui o non pertinenti che andrebbero a confondere il quadro e (in caso di situazioni di emergenza) perdere tempo prezioso per la successiva fase di azione.

La SBAR fornisce un quadro di riferimento per strutturare una conversazione che risponda a tutti questi requisiti e garantisca il trasferimento di tutte le informazioni essenziali (SBAR Toolkit, 2009). Inoltre la SBAR consente il superamento di alcuni limiti spesso risultati fonte di errore nel passaggio delle consegne, quali:

1. Gerarchia:
 - a. esiste, soprattutto nelle comunicazioni tra medico e tirocinante e, a volte, tra medico e infermiere una modalità di interazione gerarchica che impedisce un sicuro flusso di informazioni. L'asimmetria di potere e il timore di non essere ascoltati o di creare conflittualità possono infatti condizionare i contenuti che vengono riportati con il conseguente rischio di trasmettere le informazioni in modo incompleto e frammentario. La SBAR fornisce una modalità predefinita per strutturare e standardizzare le conversazioni, indipendentemente dagli attori in esse coinvolte, favorendo un più

²⁶Azienda ULSS 20 Verona. (2012) Comitato esecutivo per la sicurezza del paziente. Procedura aziendale per strutturare il passaggio di consegne: lo strumento SBAR ;

aperto scambio di informazioni tra tutti i professionisti che partecipano alla gestione del caso. Inoltre, come vedremo, include nella sua struttura una parte dedicata alle “Raccomandazioni” che facilita l’esplicitazione di opinioni personali in merito al caso anche da parte di professionisti più inesperti o con ruoli differenti.

2. Coordinazione e cooperazione tra membri del team:

- a. uno degli elementi che contraddistingue una equipe è la capacità di creare un modello mentale condiviso della situazione del paziente alla cui costruzione partecipano tutti i membri del team (ciascuno per il proprio ruolo e professionalità). Tale modello è essenziale per operare delle scelte terapeutiche sicure ed efficaci. Senza un adeguato scambio di informazioni i vari professionisti coinvolti nella gestione di un caso rischiano di operare non più come un team ma ciascuno per proprio conto creando diversi modelli mentali spesso anche in conflitto tra loro con conseguente confusione e ambiguità nella gestione del piano terapeutico. Il paziente e i familiari risentono direttamente di tali divergenze con conseguente diminuzione della fiducia nelle cure prescritte, aspetto che può compromettere fortemente l’aderenza alla terapia o portare il paziente a chiedere un ulteriore parere con continuo aumento della confusione, ritardi nelle cure e conseguente compromissione della sua sicurezza. La SBAR, in quanto strumento di “briefing” rappresenta un importante strumento volto a creare un modello mentale condiviso e consentire ai professionisti che lo utilizzano di agire come team.

3. Leadership:

- a. infine l’aspetto della leadership e del passaggio della leadership appare essenziale per portare al avanti un buon lavoro di team. Questo aspetto è particolarmente critico nei passaggi di consegne tra ospedale/territorio (medicina di base) o tra diverse UO, momenti sempre più frequenti per i pazienti seguiti con patologie croniche

seguiti contemporaneamente da più professionisti. La SBAR favorendo la trasmissione di tutte le informazioni essenziali, agisce affinché tra i vari professionisti coinvolti nella gestione del caso, si mantenga una consapevolezza condivisa della situazione del paziente. In altre parole garantisce che il momento del passaggio delle consegne diventi un arricchimento del modello mentale inerente la situazione clinica del paziente e non una sua frammentazione, favorendo, in ultima analisi, un sicuro passaggio della leadership

2.6 Struttura del metodo SBAR

Il quadro di riferimento previsto dalla SBAR include 4 sezioni che nell'insieme costituiscono l'acronimo del nome: Situation (Situazione), Background, Assessment (Valutazione) e Recommendation (Raccomandazione).

1. **Situation (Situazione):** Qual è il problema principale, attuale fonte di preoccupazione?

- Presentazione dell'operatore con nome e cognome e ruolo professionale (se l'interlocutore non è noto, es. telefonata dal medico di base al referente ospedaliero),
- Nome e cognome, età, sesso ed eventuale locazione del paziente.
- Breve descrizione della situazione attuale fonte di preoccupazione (problema principale del paziente che spinge a parlarne mediante la metodologia SBAR)

Esempio (infermiera che contatta il medico di guardia per comunicare un'urgenza): "Sono l'infermiera Rossi, chiamo per il sig. Bianchi della stanza 2, letto 20 che all'improvviso è diventato dispnoico"

2. Background: (Contesto)

Qual è il background clinico del paziente in riferimento al problema o alla preoccupazione principale? (spiegare le circostanze nelle quali il problema si è verificato, ossia contestualizzare il problema principale)

- Motivo del ricovero/intervento e data del ricovero/intervento,
- Problemi anamnestici significativi
- Risultati laboratoristici o strumentali significativi
- Terapia attuale

“Il sig. Rossi è entrato 5 giorni fa per una riduzione urgente di frattura. E' in terapia con Enoxeparina per la profilassi della TVP”

3. Assessment (Valutazione):

Qual è la sua situazione clinica attuale? (cosa si è trovato dall'analisi del paziente e cosa si pensa della sua situazione attuale)

- Parametri vitali
- Impressioni cliniche
- Preoccupazioni

“La saturazione in aria ambiente era del 88% e con l'ossigeno (a 6 litri) è salita al 93%, la frequenza respiratoria è di 24 atti/minuto, pressione 85/50, polso 110 battiti al minuto. Il paziente è ansioso e sofferente. Credo si possa trattare di una embolia polmonare.”

Oppure:

“La saturazione in aria ambiente era del 88%, con l'ossigeno (a 6 litri) è salita al 93%, frequenza respiratoria 24 atti/minute, pressione 85/50, 11° battiti al minuto. Non so di cosa si tratti ma il suo attuale stato di sofferenza mi preoccupa”

4. Recommendation (Raccomandazione):

Cosa è necessario fare secondo il proprio punto di vista per risolvere il problema?

Di cosa si ha bisogno per gestire il problema dal proprio punto di vista?

- Spiegare ciò di cui si ha bisogno indicando con precisione la richiesta e i tempi
- Chiarire le aspettative
- Dare dei suggerimenti su come agire/ esplicitare come si intende procedere

“Ho bisogno che venga a vedere il paziente in tempi rapidi”

Capitolo 3

3.1 Il caso clinico

Nell'esercizio di una professione sanitaria sorge responsabilità quando la condotta professionale non sia stata rispettosa dei criteri di diligenza, prudenza e perizia in rapporto al patrimonio di conoscenze elaborato dalla comunità scientifica. L'analisi di un caso clinico offre la possibilità di verificare la condotta professionale e di individuare le non conformità rispetto a quanto indicato dalla Letteratura scientifica¹, dalle Raccomandazioni Ministeriali e dalle Disposizioni Regionali² che obbligano il personale alla valutazione delle ADL utilizzando la scala di Barthel³.

3.1.1 Descrizione del caso clinico

Uomo di 75 anni, entra in Pronto Soccorso a Vicenza con codice verde, non deambulante, trasporto in ambulanza per algie ai quadranti addominali inferiori. La temperatura corporea è di 39°C, esegue eco-addome completo e iniziata terapia infusione E.V. con paracetamolo 1000 mg.

Il paziente è in un grave stato di obesità. Viene trasferito in chirurgia generale in quanto l'eco-addome evidenzia calcolosi alla colecisti. Durante la degenza, in attesa dell'intervento chirurgico programmato di colecistectomia per via laparoscopica, il paziente scivola dal letto (29 settembre 2016) tenendosi aggrappato alla potenza⁴ del medesimo. Su chiamata degli altri pazienti, presenti nella stessa stanza di degenza, interviene il personale infermieristico ma dato lo stato di grave obesità risulta impossibile sollevarlo di forza.

¹ Ministero della Salute. (2011). Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari.

² Decreto del Segretario generale della Segreteria Regionale Sanità e Sociale n. 32 del 19 dicembre 2005, "Approvazione della versione aggiornata delle linee guida per la compilazione e della disciplina del flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera.

³ La scala di Barthel o Indice di Barthel è una scala ordinale utilizzata per misurare le prestazioni di un soggetto nelle attività della vita quotidiana (ADL, activities of daily living).

⁴ Barra attrezzata con campanello di chiamata e radio ad uso del paziente, applicata al muro.

A quel punto il paziente viene fatto scivolare a terra ma nell'operazione riporta un trauma da carico alle ginocchia che si manifesta con immediato dolore.

Sottoposto prima a RX ginocchia e poi a Tac quest'ultima evidenzia in regione sovra-rotulea destra raccolta saccata fluida di dimensione di 35 per 15 mm.

3.2 Contestazione

A seguito di caduta del paziente viene presentata, a distanza di un mese dall'accaduto (29/10/2014), richiesta di risarcimento per i danni subiti da A. R. redatta da A. B. nel corso del ricovero presso l'U.O. dal 20/09/2014 al 06/10/2014. Nella richiesta di risarcimento la richiedente si riserva la quantificazione del danno, che ritiene dovrà essere comprensiva delle spese mediche sostenute per l'acquisto degli ausili, visite/accertamenti medici e spese per l'assistenza dal momento che il sig. A. R. è impossibilitato ad eseguire in modo autonomo le ordinarie attività giornaliere. Il paziente alzandosi dal letto per recarsi in bagno scivolava con un piede riuscendo ad aggrapparsi alla potenza dello stesso. Gli infermieri accorsi per risollevarlo non vi riuscivano, facendolo cadere sul pavimento con le ginocchia. Si aggiunge che il paziente portatore di protesi al ginocchio bilateralmente.

3.3 Richiesta di relazione medica

In relazione al sinistro il Servizio Affari Legali dell'ULSS 6 chiede relazione medica al Direttore dell'U.O. in ordine al fatto segnalato, da trasmettere poi all'Ufficio Gestione Sinistri della Compagnia di Assicurazione.

3.4 Documentazione esaminata

- 1) Verbale di Pronto Soccorso numero xxxx del 20/09/2014.
- 2) Cartella clinica U.O. di Chirurgia numero xxxx, 2014
- 3) Relazione medica del Direttore dell'U.O.

È stata esaminata la documentazione pervenuta ponendo attenzione all'accertamento dello stato di salute del paziente per identificazione i fattori di rischio caduta.

3.4.1 Accertamento

L'U.O. dispone di una cartella clinica e infermieristica con diario giornaliero.

- Il medico descrive le manifestazioni cliniche e formula la seguente diagnosi:
“Calcolosi della colecisti, ricovero dal Pronto Soccorso. Eco addome: colecisti, calcoli all'infundibolo. Lievemente ectasiche le vie epatiche intraepatiche, coledoco del calibro di 17 mm. Contiene al suo estremo prepapillare un calcolo. Non versamenti biliari in addome. Rx torace piccolo triangolo opaco al seno costo frenico sinistro”.
- L'infermiere riporta fedelmente quando scritto dal medico nella cartella clinica, ma non il processo diagnostico, un modello logico che si basa sulla metodologia scientifica del problem-solving caratterizzato da una sequenza logica di diverse fasi:
 - Raccolta dati
 - Formulazione del problema assistenziale
 - Definizione degli obiettivi specifici del paziente
 - Pianificazione e attuazione degli interventi infermieristici
 - Valutazione

Il processo diagnostico è l'insieme delle competenze che l'infermiere acquisisce allo scopo di formulare un giudizio clinico circa i problemi di salute di competenza infermieristica⁵.

Presso l'U.O. è in uso la scala di Barthel. La scala di Barthel o Indice di Barthel è una scala ordinale utilizzata per misurare le prestazioni di un soggetto nelle attività della vita quotidiana (ADL, activities of daily living). Ogni item delle prestazioni è valutato con questa scala attribuendo un determinato numero di punti che vengono poi sommati determinando un punteggio globale. L'indice analizza dieci variabili che descrivono le attività della vita quotidiana (ad esempio la capacità di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi ed altre ancora) e la mobilità (spostarsi dalla sedia al letto, deambulare in piano, salire e scendere le scale). Ad ogni item viene assegnato un punteggio di valore variabile a seconda dell'item stesso e del grado di funzionalità del paziente: piena, ridotta o nessuna funzionalità. Un punteggio globale più elevato è associato ad una maggiore probabilità di essere in grado di vivere a casa con un grado di indipendenza dopo la dimissione dall'ospedale o da un reparto di lungodegenza. La scala è sostanzialmente uno strumento di valutazione della funzione fisica, ed è particolarmente nota in ambito riabilitativo⁶.

La scala di Barthel non è uno strumento per la valutazione del rischio di caduta del paziente.

Nel caso del sig. A.R., nonostante l'obbligo da disposizioni regionali, non è stata utilizzata la scala di Barthel. Altri principali fattori di rischio di caduta, riferibili alle condizioni generali del paziente, non sono stati indagati o considerati:

- l'età > 65 anni;
- l'anamnesi positiva per precedenti cadute;
- il deterioramento dello stato mentale;
- il deterioramento delle funzioni neuromuscolari;

⁵ Chiari P. Il progetto Penelope. La cartella infermieristica unica aziendale. Ospedale Careggi.
www.evidencebasednursing.it

⁶⁶ Mahoney FI, (1965) Barthel DW: Mar.St.Med.J. ;14:61-65

- la dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana per uno stato di grave obesità
- la riduzione del visus
- l'utilizzo di farmaci sedativi sul sistema nervoso centrale: in trattamento con benzodiazepine.

La Raccomandazione Ministeriale n. 13⁷ suggerisce di indagare i fattori di rischio per caduta:

- intrinseci, correlati alle caratteristiche del paziente,
- estrinseci, comprensivi degli aspetti ambientali, ergonomici ed organizzativi

Applicando la Raccomandazione Ministeriale (tabella 1), eseguita ex post, **in grassetto**, viene evidenziata la seguente situazione:

Tabella 1

Cause estrinseche				
<i>individuali</i>	Scalzo	Ciabatte aperte si	Protesi/ausili utilizzati dal paziente stampelle	
Abbigliamento /medicazioni che hanno intralciato la deambulazione		Presenza di drenaggi, sonde o cateteri che hanno intralciato la deambulazione		
<i>ambientali</i>	Pavimento bagnato	Pavimento sconnesso	Spazio limitato si	Luce scarsa si, orario notturno
Letto non regolabile non regolato in altezza	Sponde abbassate	Sponde alzate	Nessuna non presenti	Mancanza corrimano maniglioni nei bagni
Altro				

⁷ Ministero della Salute. (2011) Raccomandazione per la prevenzione e –la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Raccomandazione n. 13;

Cause Individuali intrinseche				
Pregressa caduta recente (ultimi tre mesi) si		Politerapia (più di quattro farmaci) si		Deterioramento cognitivo
Instabilità dell'andatura/deficit funzionali motori/vertigini deambula con stampelle		Utilizzo di benzodiazepine		riduzione del visus portatore di occhiali
_ Incontinenza		_ Altro.....		
Era già stato valutato il rischio di cadere del paziente al momento dell'ingresso in reparto? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
Era stato rivalutato il suo rischio (più di una valutazione) SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Se si, quando: <input type="checkbox"/> trasferimento di reparto <input type="checkbox"/> cambiamento dei fattori di rischio <input type="checkbox"/> cambiamento delle condizioni del paziente <input type="checkbox"/> variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta <input type="checkbox"/> dopo una caduta		
Conseguenze della caduta				
<input type="checkbox"/> Assenza di lesioni	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma minore versamento ginocchio, dolore, limitazione funzionale	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Trauma maggiore	<input type="checkbox"/> Morte del paziente
<i>Lesioni Evidenti</i>	Nessuna	Contusione/Escoriazione	Ferita	
Taglio	Distorsione	Frattura	Trauma cranico	
Altro				
Indagini diagnostico-strumentali richieste	<input checked="" type="checkbox"/> RX ginocchio <input checked="" type="checkbox"/> TC ginocchio	<input type="checkbox"/> Esami di laboratorio	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	

	<input type="checkbox"/> RMN		
Altro (<i>Specificare</i>)			
Trattamenti terapeutici effettuati	<input checked="" type="checkbox"/> terapia antidolorifica, in corso <input type="checkbox"/> Terapia sedativa <input checked="" type="checkbox"/> Terapia idratante <input type="checkbox"/> Altre terapie	<input type="checkbox"/> Medicazione ferita <input type="checkbox"/> Bendaggio/ doccia gessata <input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Rifiuto trattamento terapeutico	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico a seguito della caduta <input type="checkbox"/> Trattamento ortopedico <input type="checkbox"/> Trasferimento ad una unità semintensiva o terapia intensiva <input type="checkbox"/> altro

3.5 Pianificazione e attuazione degli interventi

Il paziente non è stato identificato come soggetto a rischio di caduta.

Di conseguenza nella pianificazione e nell'attuazione degli interventi non sono state fornite indicazioni comportamentali, limitazioni, né interventi specifici per prevenire il rischio caduta.

A conferma di questi elementi, nel diario infermieristico del 24/9/2014, prima dell'evento caduta, si registra che il paziente deambula in autonomia. La stessa notte (dal 24 al 25 /9/2014) il paziente cade e dopo tale episodio l'assistenza necessaria registrata nel diario infermieristico (25/9/2014) viene così rivalutata:

- il paziente deve rimanere a letto,
- Igiene effettuata a letto,
- Posizionato conven con sacca di raccolta urine.

La scala di Barthel viene compilata solo dopo l'episodio di caduta del 24/9/14.

Nella valutazione con la scala di Barthel il paziente totalizza 35 punti su 100, dato che peggiora nella rivalutazione del 6/10/14, totalizzando 30 punti su 100.

3.6 La trasmissione delle informazioni

Le informazioni assistenziali all'interno del reparto vengono trasmesse attraverso quanto annotato nel diario infermieristico, che viene letto durante il cambio di équipe alle ore 13.00, alle ore 21, alle ore 07.00 del giorno dopo. L'analisi di tale strumento evidenzia che vengono sempre registrati i compiti eseguiti:

esempio "cure igieniche a letto, alzato in poltrona, posizionato conveen".

Nella grafica giornaliera, durante il periodo di ricovero vengono registrati i seguenti parametri e terapie farmacologiche / infusionali:

- Temperatura corporea
- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- Tipo di dieta
- Grado di dolore (VAS)
- Terapia endovenosa, intramuscolare e orale con l'orario di somministrazione.

Nessun altro dato viene registrato negli strumenti in uso nell'U.O., nemmeno il peso corporeo del paziente, nonostante venga descritto più volte come paziente in difficoltà di movimento e dalla non trascurabile mole, ma senza un oggettivo riscontro.

3.7 Considerazioni medico / infermieristiche - legali

La vicenda clinica in esame riguarda il caso del sig. A. R., in riferimento alla richiesta risarcitoria di A. B. identificabile come avente titolo in quanto figlia. La reclamante, *"Sig.ra A. B. chiede il risarcimento del danno subito da A.R. in seguito a caduta dal letto. Ritiene che il risarcimento del danno debba essere comprensivo delle spese mediche sostenute per l'acquisto degli ausili, visite/accertamenti medici e spese per l'assistenza dal momento che il sig. A. è impossibilitato ad eseguire in modo autonomo le ordinarie attività giornaliere"*.

Dalla relazione del Direttore risulta che il sig. A. R. è stato accolto presso l'U.O. proveniente dal Pronto Soccorso con diagnosi di "colica addominale in soggetto con

calcolosi della colecisti e del coledoco". Nella stessa relazione si segnala che il paziente deambulava con stampelle in conseguenza di pregresso intervento di artroprotesi bilaterale alle ginocchia. Si segnala altresì che, vista la difficoltà di movimento e la non trascurabile mole, venivano predisposti, in accordo con lo stesso, tutti i presidi necessari per le normali funzioni fisiologiche, in modo tale che non dovesse muoversi velocemente e frequentemente per raggiungere i servizi igienici. Nella relazione viene descritto l'episodio accorso durante la notte tra il 24 e il 25 settembre alle ore 02,00 del mattino, quando i pazienti della stessa stanza di degenza allertano gli infermieri. La relazione riporta testualmente: *"il sig. A. contravvenendo alla raccomandazione di non alzarsi da solo, è sceso dal letto e si trovava in evidente difficoltà. All'arrivo del personale il sig. A. scivolato dal letto probabilmente da posizione seduta, è aggrappato al braccio di potenza, presente nel letto in situazione molto precaria. Considerata la mole del paziente e la nulla possibilità di aiutarsi per i deficit di movimento già noti, il personale accorso decide di accompagnare delicatamente il paziente fino al pavimento"*.

Dalla disamina della documentazione clinica, sia quella di competenza medica che quella infermieristica, non emergono registrazioni riferibili alle indicazioni/informazioni direttamente impartite al paziente circa l'atteggiamento da osservare per la mobilitazione. In considerazione degli elementi sopradescritti si ipotizza una non completa azione di empowerment del paziente mirata a garantire la sua sicurezza durante la degenza, in considerazione dei fattori estrinseci tipici dell'ambiente ospedaliero e di quelli intrinseci in capo al sig. A. Infatti gli elementi riferiti alla particolare mole del paziente, in considerazione alla difficoltà di deambulazione, emergono solo dalla relazione del Direttore.

Nella documentazione esaminata non si evidenzia la rilevazione del peso corporeo ed una valutazione strumentale del probabile rischio del sig. A. ad incorrere in un evento di caduta. Nella fase di accertamento le informazioni raccolte sul paziente all'ingresso e durante i periodi di degenza sono scarse e poco rilevanti per identificare i bisogni assistenziali del paziente. Conseguentemente, anche nella fase di trasmissione, le informazioni risultano approssimative, lacunose o inefficaci.

Dati questi presupposti, non è stato pianificato un piano assistenziale con interventi specifici e appropriati al caso clinico.

Capitolo 4

4.1 Conclusioni

La lettura della documentazione del caso clinico, analizzata e messa a confronto con le indicazioni della Letteratura scientifica consultata e le raccomandazioni ministeriali ha consentito di evidenziare le seguenti non conformità. Il paziente era a rischio caduta ma in realtà questo fatto è stato ignorato dal personale addetto all'assistenza e dagli stessi medici. Il paziente non era stato valutato in maniera approfondita e standardizzata con una scala di valutazione e conseguentemente si evidenzia una incoerenza degli atteggiamenti assistenziali delle diverse équipe che si sono succedute, senza incentrarsi sui reali bisogni assistenziali del paziente. Infatti, dalla lettura della diario infermieristico, prima della manifestazione dell'evento avverso, si evidenzia una difformità di comportamenti professionali tra le équipe: del turno del mattino, del turno pomeridiano, del turno notturno.

- Al mattino si accompagna in bagno il paziente per le cure igieniche con sostegno personale assistenziale;
- Il pomeriggio il paziente deambula in autonomia;
- La notte si eseguono le cure igieniche a letto, specificando che il paziente necessita di assistenza nella mobilizzazione e deambulazione.

Inoltre il personale infermieristico non ha applicato la scala di Barthel, contravvenendo a delle precise disposizioni contenute nel Decreto Regione Veneto n. 32 del 2005¹ che ne determinano l'obbligo. Tuttavia anche se tale scala non sarebbe stata idonea per valutare il rischio caduta del paziente, i parametri e le informazioni registrate nel cartella clinica/infermieristica e nel diario medico e infermieristico risultano comunque scarsi e non mirati ad identificare i bisogni assistenziali del paziente e pianificare un'assistenza appropriata al caso. L'applicazione della scala di Conley avrebbe permesso di identificare il paziente a rischio di caduta, in quanto il valore attribuito sarebbe stato di 5 punti, superando il cut-off di 2 che concretizza un rischio di caduta non trascurabile.

¹ DECRETO DEL SEGRETARIO GENERALE DELLA SEGRETERIA REGIONALE SANITA' E SOCIALE n. 32 del 19 dicembre 2005
Approvazione della versione aggiornata delle linee guida per la compilazione e della disciplina del flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera

Anche l'applicazione della Raccomandazione Ministeriale n.13² per indagare i fattori intrinseci (correlati alle caratteristiche del paziente) e i fattori estrinseci (comprensivi degli aspetti ambientali, ergonomici ed organizzativi) avrebbe permesso di individuare il rischio di caduta e attuare delle misure preventive.

Con l'identificazione del rischio di caduta si sarebbe potuta pianificare un'assistenza mirata con degli interventi coerenti. Il Direttore dell'U.O., in merito alla relazione presentata, su richiesta del Servizio Affari Legali dell'ULSS, specifica che le indicazioni di allertare il personale assistenziale per le attività di mobilizzazione, di accompagnamento al bagno e di aiuto nella deambulazione erano state impartite oralmente prima della manifestazione dell'evento avverso. Di tali dichiarazioni, nell'analisi della documentazione clinico – assistenziale consultata, non è stata trovata evidenza. I dati riscontrabili riportano nel diario medico e infermieristico la descrizione della caduta del paziente, le circostanze e i tentativi difficoltosi, attuati dal personale sanitario, per sollevare il paziente dalla posizione a terra, ma nessun intervento per prevenire la caduta del paziente. Solo dopo l'evento avverso, nel diario infermieristico, si riscontra un cambiamento negli interventi assistenziali, volti a tutelare il paziente. Vengono indicati:

- Cure igieniche a letto,
- Posizionato pannolone e conveen,
- Da alzare e posizionare in poltrona,
- Deambulazione con aiuto, dopo prescrizione del medico ortopedico.

² Ministero della Salute. (2011) Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Raccomandazione n. 13;

La Letteratura suggerisce, per tutte le realtà assistenziali complesse, la trasmissione delle informazioni utilizzando un sistema verbale standardizzato e integrato con una documentazione scritta ed informatizzata. È ben descritta l'importanza del miglioramento della comunicazione tra professionisti sia nei momenti di passaggio delle informazioni a fine turno, nelle comunicazioni in caso di emergenza o di rapido deterioramento delle condizioni cliniche. Applicando il sistema SBAR, al caso clinico, la trasmissione orale e scritta delle informazioni clinico assistenziali avrebbe aiutato gli infermieri ad essere più concentrati e concisi durante la presentazione delle condizioni del caso clinico, riducendo le informazioni superflue³.

Trasmissione delle informazioni con sistema SBAR (ipotesi)

<p>S – <u>Situazione</u> – Identificazione del paziente e motivo della comunicazione (cosa sta succedendo);</p>	<p>A.R. , di 75 anni, camera 2 letto A. E' stato ricoverato per algie addominali. Diagnosi medica di calcolosi della colecisti.</p>
<p>B – <u>Contesto</u> – Breve storia clinico - assistenziale ;</p>	<p>Grande obeso (130 kg.) portatore di protesi bilaterali al ginocchio destro e sinistro (a seguito di pregressi interventi chirurgici). Deambula a fatica con stampelle. Assume psicofarmaci: benzodiazepine.</p>
<p>A – <u>Valutazione</u> – Come si presenta il paziente in questo momento, quale penso sia il problema;</p>	<p>E' vigile ed orientato. I parametri vitali sono PA 130/70, FC 65 bpm polso regolare, dolore 4 (VAS), in riduzione. Per il dolore è stato somministrato paracetamolo 1 gr ev e si infondono liquidi come da scheda della terapia. Applicata scala di Barthel, paziente dipendente nelle ADL. - (score 35/100) Applicata scala di Conley, paziente a rischio di caduta; - (score 5, cut-off 2)</p>
<p>R <u>Raccomandazioni</u> Che interventi sono da fare</p>	<p>Interventi informativi: - mostrare alla persona la stanza di degenza, il bagno, il reparto; - educare all'utilizzo del dispositivo di chiamata e verifica del funzionamento; - spiegare alla persona ad informare il personale sanitario in caso di spostamento dal letto (bagno) - verificare il grado di comprensione del paziente sulle informazioni trasmesse Interventi educativi:</p>

^{3 3} Raucci V., Giustinoni M. (2016) A strategy for improving the transfer of information: the SBAR method. IJN N.17, (40-43);

	<ul style="list-style-type: none"> - educare il paziente ad eseguire i passaggi posturali in sicurezza; - le modalità con cui alzarsi in presenza di ipotensione ortostatica; - la consegna ai pazienti / familiari / caregiver dei opuscoli informativi sulla presenza del rischio in ambito ospedaliero (fattori estrinseci) <p>Interventi assistenziali</p> <ul style="list-style-type: none"> - collocare il paziente a rischio caduta vicino alla guardiola; - collocare il paziente con urgenza evacuativa vicino al bagno; - accompagnare periodicamente il paziente deambulante a rischio caduta in bagno - prima della deambulazione controllare che il paziente indossi abiti e scarpe della giusta misura con suola antiscivolo; -garantire una corretta somministrazione dei farmaci. Adeguamento terapeutico (psicofarmaci), diminuzione o sospensione dei farmaci in base all'andamento clinico su indicazione del medico.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Questo lavoro di tesi ha consentito di studiare gli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza e di applicare le conoscenze infermieristiche acquisite nel controllo della catena degli errori in un caso specifico.

L'art. 2042 del codice civile prevede che: *“Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”*.

L'evento colposo si è verificato per negligenza, (c.d. colpa generica) e per inosservanza di specifiche regole di condotta, come non aver utilizzato la scala di Barthel prevista per tutte le U.U.O.O. dell'ULSS del Veneto (c.d. colpa specifica) su specifiche disposizioni della Regione Veneto. Il nesso di causalità tra il comportamento professionale e l'evento dannoso è stato evidenziato e il Direttore dell'U.O. non ha potuto dimostrare di aver adottato le misure preventive per evitare la caduta del paziente.

Al paziente è stato riconosciuto il danno arrecato.

4.2 Ex post

A seguito dell'analisi della documentazione relativa al caso clinico, su richiesta del Direttore dell' U.O., è stato programmato un incontro con tutto lo staff medico-infermieristico allo scopo di attuare un confronto costruttivo su quanto accaduto. L'incontro, avvenuto presso la sala riunioni della stessa unità operativa, si è tenuto in un clima di collaborazione e motivazione a trovare ed applicare delle azioni di miglioramento

e appropriatezza delle cure e dell'assistenza infermieristica volte a prevenire gli eventi avversi.

Nel corso di quest'anno l'U.O. coinvolta si è attivata per realizzare e implementare una documentazione integrata medico-infermiere e, tra le scale possibili, è stata scelta la scala di Conley (obiettivo di budget 2016) perché di più facile utilizzo nel contesto ospedaliero, sia per il numero di voci necessarie per definire il punteggio di rischio finale, che per la relativa semplicità di rilevazione e per il più alto valore di sensibilità per discriminare quali pazienti presentano un maggior rischio di cadere⁴.

⁴ Ministero della Salute. (2011) Raccomandazione nr. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.

Bibliografia

Introduzione

1. J. Reason, (2000) *Human error. Models and management*, «BMJ. British medical journal», 320, 7237, pp. 768-70.
2. Ministero della Salute. (2011) Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Raccomandazione n. 13, novembre;
3. Severi A et al. Cadere in ospedale? (2016) La percezione del rischio di pazienti, caregivers e professionisti sanitari nell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord. Rischio Sanità;
4. DGRV NR. 573 / 2011. Protocollo d'intesa tra le aziende ULSS per la gestione diretta dei sinistri. Regione Veneto,
5. Regione del Veneto, Unità Locale Socio Sanitaria N. 6 "Vicenza" Deliberazione n. 19 del 22-1-2016, Approvazione del protocollo d'intesa con l'Azienda ULSS n. 5 'Ovest Vicentino' per l'avvio della gestione diretta dei sinistri su base provinciale.
6. Ministero della Salute. (2012) Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. Manuale per la formazione degli operatori sanitari.
7. Decreto del Segretario Generale della Segreteria Regionale Sanità e Sociale n. 32 del 19 dicembre 2005, "Approvazione della versione aggiornata delle linee guida per la compilazione e della disciplina del flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera.
8. La scala di Barthel o Indice di Barthel è una scala ordinale utilizzata per misurare le prestazioni di un soggetto nelle attività della vita quotidiana (ADL, activities of daily living).
9. Ministero della Salute (2011) L'audit clinico. Governo clinico – sicurezza dei pazienti.
10. Raucci V., Giustinoni M. (2016) A strategy for improving the transfer of information: the SBAR method. IJN N.17, (40-43);

Capitolo 1

11. Monitor 31. AGENAS (2012) Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali Anno XI - numero 31;
12. Monitoraggio delle denunce di sinistri. (2015) Report annuale 2014. AGENAS;

13. Ministero della Salute. (2014); Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Raccomandazione n. 13;
14. Ministero della Salute. (2013) Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (settembre 2005-dicembre 2012), Governo clinico-sicurezza dei pazienti
15. 7° Rapporto Medmal Claims (2016) Italia Marsh;
16. Ministero della Salute. (2013) Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (settembre 2005-dicembre 2012), Governo clinico-sicurezza dei pazienti
17. JCAHO. (2015) International Patient Safety Goals. Available at: <http://it.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. Accessed;
18. Hart J, Chen J, Rashidee A, Kumar S. (2009) Epidemiology and Impact of Patient falls in Healthcare facilities. *Patient Safety*.
19. Poe SS, Cvach MM, Gartrell DG, Radzik BR, Joy TL. (2005) An Evidence-based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention, and Management: Lessons Learned. *J Nurs Care Qual*;20(2):107-116
20. Dykes PC, Carroll DL, Hurley AC, Benoit A, Middleton B. (2009) Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? *J Nurs Adm Jun*;39(6):299-304.
21. Di Bardino D, Cohen ER, Didwania A. (2012) Meta-analysis: multidisciplinary fall prevention strategies in the acute care in patient population. *J Hosp Med Jul-Aug*;7(6):497-503.
22. Cumber EU, Simpson JR, Rosenthal LD, Likosky DJ. (2013) Inpatient Falls: Defining the Problem and Identifying Possible Solutions. Part II: Application of Quality Improvement Principles to Hospital Falls. *Neurohospitalist Oct*;3(4):203-208.
23. Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Ngugi KE, Dunagan WC, Fischer I, et al. (2005) A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *J Gen Intern Med Feb*;20(2):116-122.
24. Ministero della Salute. (2014); Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Raccomandazione n. 13.
25. World Health Organization. (2008) Ageing, Life Course Unit. WHO global report on falls prevention in older age. : World Health Organization;
26. Salvioli G. (2004) Fratture del femore ed anziani: un problema crescente. *G Gerontol*;52:113.

- 27.1 AAVV. (2001); La prevenzione delle cadute in ospedale. I quaderni della campagne per la sicurezza dei pazienti. Regione Toscana. Ed. ETS,
28. Vanzetta M, Vallicella F. (2001) Qualità dell'assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale. *Management Infermieristico*;2:32.
29. Chiari P, Mosci D, Fontana S, (2002) Orsola-Malpighi BS. Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. *Assistenza infermieristica e Ricerca*;21(3):117-124.
30. Brandi A. (2005).- Gestione del rischio clinico - elaborazione, sperimentazione e implementazione di linee guida per la prevenzione delle cadute dell' anziano in ospedale; Tesi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche aa.
31. CINEAS (2002) Consorzio Universitario per l'Ingegneria nelle Assicurazioni. Quando l'errore entra in ospedale, risk management: perché sbagliando s'impara. Le mappe del rischio, i costi, le soluzioni; Quando sbaglia l'infermiere, l'indagine della Usl di Empoli, aprile; 27
32. Cavallini M. e al. (2005). Il governo clinico della Medicina Generale. La fragilità nell'anziano: valutazione di un intervento di prevenzione delle cadute in un campione di anziani seguiti da un gruppo di MMG della provincia di Latina da Atti del XXII Congresso Nazionale SIMG, Firenze, 24-26 novembre;
33. Bertani G, Macchi L, Carreri V, Cerlesi S, (2006). Un benchmarking regionale: indicatori di risk management nelle Aziende Ospedaliere Lombarde. Atti del IV Convegno nazionale di Organizzazione, Igiene e Tecnica Ospedaliera; 6-7 aprile.
34. Ministero della Salute (2014). Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Raccomandazione n. 13;
35. Miake-Lye, Hempel S., Ganz DA, Shekelle PG. (2013) Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* Mar 5;158-164;
36. Ministero della Salute. (2011) Raccomandazione per la prevenzione e –la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Raccomandazione n. 13,
37. NICE (2004) .National Institute for Clinical Excellence Falls. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21, www.nice.org.uk/CG021;
38. Chiari P., Mosci D., Fontana S. (2002) Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 21, 3:117-124.
39. Ministero della Salute. (2011) Raccomandazione nr. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.

Capitolo 2

40. Saiani, L., Brugnoli, A. (2011). Trattato di cure infermieristiche. Napoli: Sorbona-Idelson Gnocchi, pp. 277-81.
41. Chiaromonte L. (2015) Selezione ed organizzazione delle informazioni cliniche da trasmettere nelle consegne infermieristiche: revisione della letteratura. Tesi corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Padova, AA 2014/2015
42. Perry, S. (2004). Transitions in care: studying safety in emergency department signovers. *Focus on Patient Safety*, 7(2):1-3.
43. Raucci V., Giustinoni M. (2016) A strategy for improving the transfer of information: the SBAR method. *IJN N.17*, 2016 (40-43)
44. Riesenber LA., Leitzsch J., Cunningham JM. (2010) Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs*. 110(4):24-3
45. Strople, B., & Ottani, P. (2006). Can technology improve intershift report? What the research reveals. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 22(3), 197-204.
46. Saskatchewan Registered Nurses' Association (2011). Documentation: Guidelines Registered/Nurses. http://www.srna.org/images/stories/pdfs/nurse_resources/documentation_guidelines_for_registered_nurses_22_11_2011.pdf.
47. Cohen MD., Hilligoss B., Kajdacsy-Balla Amaral AC.(2012) A handoff is not a telegram: an understanding of the patient is co-constructed. *Critical Care*, Feb 8;16(1):303.
48. AAVV. (2014) Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento *L'Infermiere N°4* .
49. Meißner A, Hasselhorn HM, Estryng-Behar M, Nézet O, Pokorski J, Gould D (2007) Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5): 535-42.
50. Busatto L. (2015) Le cadute in ospedale: analisi del fenomeno e della percezione del personale infermieristico dell'ULSS 19 Adria. Tesi di Laurea. Corso di laurea in Infermieristica - Università di Padova. A.A 2014/2015;
51. Debbie Popovich. (2011) 30-Second Head – to – Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. *Pediatric Nursing March*;

52. Accreditation Canada, (2011) Programma di Accreditazione Internazionale Qmentum, Pratiche Obbligatorie per l'Organizzazione;
53. Whittingham KA, Oldroyd LE. (2014) Using an SBAR, Keeping it real. Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree programme. Nurse Educ Today, 34 (6);
54. Manning, M. L. (2006). Improving clinical communication through structured conversation. Nursing Economic\$, 24(5), 268-271.
55. Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. The Journal of Nursing Administration, 43(7-8), 422-428.
56. <http://www.aniarti.it/it/content/il-passaggio-di-consegne-tra-emergenza-territoriale-e-pronto-soccorso-studio-osservazionale>.
57. Garcia - Sanchez, M. et al, (2014). Quality of the anesthesiologist written record during the transfer of postoperative patients: Influence of implementing a structured communication tool. Revista Espanola De Anestesiologia Reanimacion, 61(1),
58. Ludikuize J et all. (2001) Measuring adherence among nurses one year after training in apply the modified early warming score and situation background assesment reccomendation instruments. Resuscitation.
59. De Meester et all. (2013); SBAR improbe nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. Resuscitation.
60. Azienda ULSS 20 Verona. (2012) Comitato esecutivo perla sicurezza del paziente. Procedura aziendale per strutturare il passaggio di consegne: lo strumento SBAR

Capitolo 3

61. Ministero della Salute. (2011). Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari.
62. Decreto Segretario Generale Segreteria Regionale Sanità e Sociale n. 32 del 19 dicembre 2005, "Approvazione delle linee guida per la compilazione e della disciplina del flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera.
63. La scala di Barthel è una scala ordinale utilizzata per misurare le prestazioni di un soggetto nelle attività della vita quotidiana (ADL, activities of daily living).
64. Barra a muro attrezzata con campanello di chiamata ad uso del paziente,
65. Chiari P. Il progetto Penelope. La cartella infermieristica unica aziendale. Ospedale Careggi. www.evidencebasednursing.it

66. Mahoney FI, (1965) Barthel DW: Mar.St.Med.J.;14:61-65

67. Ministero della Salute. (2011) Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Raccomandazione n. 13:

Conclusioni

68. Codice Deontologico dell'Infermiere. Capo 1, articolo 3. Delibera Federazione Nazionale IPASVI n.1 /09 del 10 gennaio 2009.