



Come migliorare la qualità delle prestazioni per piccoli passi nell'operatività quotidiana? Sulla base di concetti generali relativi alla qualità (indicatori necessari per misurarla, eventi sentinella, modo corretto di considerare e gestire gli errori), questo articolo affronta il delicato tema delle cadute accidentali dei pazienti in ospedale, mettendone in risalto le conseguenze negative in termini di qualità del servizio e di impiego di risorse. Sono particolarmente importanti le indicazioni conclusive, rivolte ai professionisti collocati sia al livello direzionale sia a quello operativo.

Qualità dell'assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale

Marina Vanzetta, Franco Vallicella

“La qualità..... sappiamo cos'è, eppure non lo sappiamo. Questo è contraddittorio. Alcune cose sono meglio di altre, cioè hanno più Qualità. Ma quando provi a dire in che cosa consiste la Qualità astraendo dalle cose che la posseggono, paff, le parole ti sfuggono. Ma se nessuno sa cos'è ai fini pratici non esiste per niente. Invece esiste eccome. Su cos'altro sono basati i voti se no? Perché mai la gente pagherebbe una fortuna per certe cose, e ne getterebbe altre nella spazzatura? Ovviamente alcune sono meglio di altre... Ma in cosa consiste il meglio?”¹

È proprio quando si tratta di definire ciò che è buono e ciò che è meglio, che in molti operatori vengono meno o scemano alcune delle certezze acquisite sulla qualità e sulla sua valutazione. Tra le numerose motivazioni vanno probabilmente ricordate: le condizioni organizzative, la scarsità di risorse e di strumenti operativi e, non ultima, la carenza di formazione degli operatori sul tema della qualità; variabili che connotano a volte negativamente le diverse strutture.

Negli operatori che quotidianamente vivono il gap tra la prassi e le conoscenze, tutto ciò genera, oltre a demotivazione, una non corretta e diffusa convinzione che ciò che è teoria non è traducibile e declinabile nell'operatività. Tale convinzione nasce anche perché spesso s'immaginano cambiamenti importanti e radicali, dimenticando la politica dei piccoli passi o forse ancora, perché si è convinti di sapere già ciò che è meglio o non si è padroni degli strumenti operativi di cui si dispone.

Questo articolo, con un esempio, vuole essere uno spunto alla riflessione sul tema della qualità, e sulle potenzialità degli operatori ai diversi livelli, per dare concretezza e visibilità alla medesima.

M. Vanzetta: IPAFD, Servizio Infermieristico, ASL n. 22 Bussolengo (VR)

F. Vallicella: IID, Responsabile Servizio Infermieristico, ASLn. 22 Bussolengo (VR)

Tabella I. Valutazione infermieristica del rischio di cadute in ospedale.

| | |
|--|--|
| 1. Il paziente si è presentato in ospedale per una caduta o è caduto in reparto già all'inizio del ricovero? (SI = 1; NO = 0) | |
| <i>Pensi che il paziente (domande 2 - 5):</i> | |
| 2. sia agitato (SI = 1; NO = 0) | 3. abbia una riduzione della vista tale che ne sia compromessa la vita di ogni giorno? (SI = 1; NO = 0) |
| 4. abbia bisogno di essere accudito frequentemente? (SI = 1; NO = 0) | 5. Il punteggio di trasporto e mobilità sia di 3 o 4? [*] (SI = 1; NO = 0) |
| [*] Punteggio di trasporto: 0 = incapace, 1 = necessario un aiuto consistente (una o due persone, presidi fisici), 2 = aiuto modesto (verbale o fisico), 3 = indipendente Punteggio di mobilità: 0 = immobile, 1 = indipendente con l'aiuto di una sedia a ruote, 2 = cammina con l'aiuto di una persona, 3 = indipendente | |
| Punteggio totale (Range: 0 - 5) | |

GLI INDICATORI

Focarile, definisce l'indicatore "una variabile che consente di descrivere fenomeni complessi e di prendere decisioni per ottenere o mantenere cambiamenti"².

Ancora, l'articolo 1 comma 2 del decreto del Ministero della Sanità del 24 luglio 1995 "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel SSN" recita: "gli indicatori rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali".

L'impiego degli indicatori consente perciò di monitorare, comprendere, confrontare (con altre realtà) e quindi valutare il fenomeno considerato.

Esistono diverse tipologie di indicatori impiegati per monitorare la qualità. Quelle descritte da Focarile sono principalmente due:

- *indicatori basati su dati aggregati*: sono ottenuti aggregando dati di più eventi o procedure relativi a soggetti differenti. Possono essere costituiti da un'unica variabile (un conteggio, una media...) o dal rapporto tra più variabili (un rapporto, una percentuale, un tasso...);
- *eventi sentinella*: sono ottenuti individuando singoli eventi, potenzialmente evitabili³.

Nel primo caso, il valore espresso dall'indicatore deve essere comparato con standard di riferimento al fine di valutare la necessità o meno di produrre cambiamenti. Nel secondo, invece, all'individuazione dell'evento sentinella deve seguire l'implementazione di un'analisi finalizzata all'isolamento delle cause del medesimo e la realizzazione di azioni

idonee a generare e consolidare cambiamenti utili ad evitare il verificarsi dell'evento osservato.

LE CADUTE ACCIDENTALI IN OSPEDALE

In ospedale, le cadute accidentali sono senza dubbio da includere tra gli eventi considerati sentinella.

Nelle persone anziane in particolare, la caduta è un evento che, sia per la frequenza con cui si verifica - diverse rilevazioni statistiche evidenziano che due incidenti su tre sono dovuti a caduta accidentale - sia per le conseguenze che ne possono derivare, richiede un approccio multidisciplinare, articolato a diversi livelli, finalizzato alla prevenzione e al contenimento del rischio. Infatti, come descritto da numerosi autori, le cadute dipendono sia dalle caratteristiche del paziente, sia dalle caratteristiche della struttura che lo ospita (strutturali, di processo...).

Uno studio condotto nel 1997 in Gran Bretagna, all'interno di diversi ospedali per acuti, sottolinea che:

- le cadute sono comuni tra i pazienti anziani ricoverati in ospedale;
- le conseguenze, che comprendono: fratture, paura di cadere, ansia, depressione e non ultima perdita di sicurezza, possono aumentare le disabilità;
- le cadute spesso determinano un aumento della degenza media e/o ulteriori ricoveri non programmati dopo la dimissione⁴.

Queste apparentemente semplici considerazioni da sole bastano a far riflettere sulle ricadute negative in termini di qualità del servizio e di impiego di risorse, che questi eventi implicano.

Ciò ancor più se si tiene conto che:

- a. sono sufficienti pochi elementi, purché facilmente valutabili, a predire un'alta percentuale di

cadute nelle persone anziane in ospedale⁴. Lo strumento riportato in tabella, che gli autori dello studio hanno elaborato e che, utilizzato, ha permesso loro di prevenire un elevato numero di cadute, risulta, infatti, essere molto semplice.

- b. una valutazione individuale e la successiva attuazione di interventi mirati a modificare i fattori di rischio, insieme ad interventi finalizzati a modificare i rischi ambientali, possono ridurre il numero delle persone anziane che cadono⁵.

L'ESEMPIO

L'esempio è riferito all'analisi sulle cadute accidentali condotta all'interno della nostra azienda nel febbraio scorso.

La medesima è stata effettuata esaminando tutte le schede di segnalazione di incidenti a pazienti giunte all'attenzione della direzione sanitaria negli anni 1998, 1999 e 2000. In relazione alle segnalazioni, le unità operative oggetto dell'indagine sono state: quattro medicine, una geriatria, un'ortopedia e un'unità di recupero e rieducazione funzionale.

I DATI

I ricoveri in degenza ordinaria effettuati nelle unità operative considerate sono stati rispettivamente:

| Anno | Totale ricoveri |
|------|-----------------|
| 1998 | 10.256 |
| 1999 | 8.600 |
| 2000 | 7.677 |

Le cadute totali e, tra queste, quelle avvenute nei pazienti di età superiore a 70 anni sono riportate nella Figura 1.

Le Figure 2 e 3, invece, riportano le fasce orarie e le modalità delle cadute.

LE CONSIDERAZIONI

I dati raccolti, anche se limitati e sicuramente non sufficienti a dare completezza all'analisi sul tema delle cadute, consentono diverse considerazioni.

| Anno | Tot. ricoveri | Tot. pz. caduti | % |
|------|---------------|-----------------|------|
| 1998 | 10.256 | 125 | 1,2 |
| 1999 | 8.600 | 106 | 1,2 |
| 2000 | 7.677 | 66 | 0,86 |

→ **Il numero delle cadute:** se si confronta il numero delle cadute totali con il numero dei ricoveri effettuati nelle unità operative oggetto dell'analisi, emerge una percentuale relativamente bassa.

Figura 1.

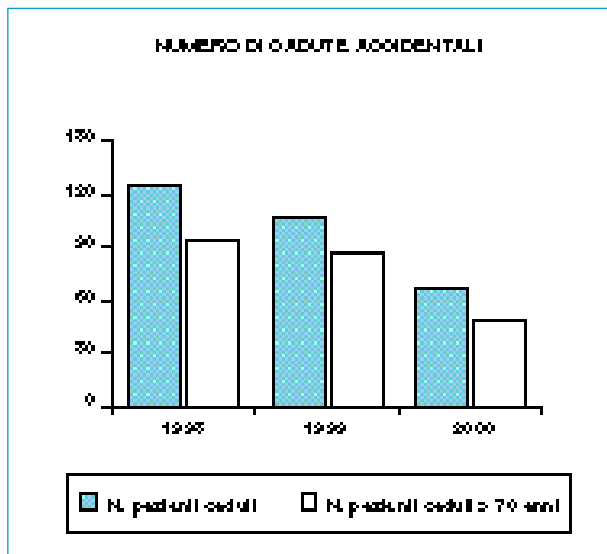
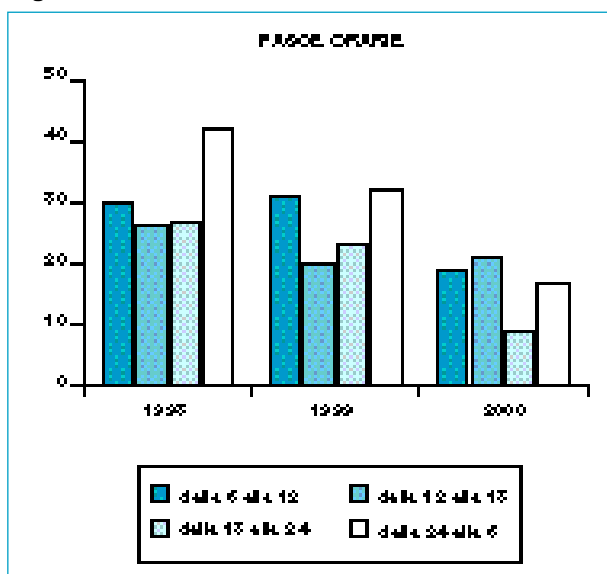


Figura 2.

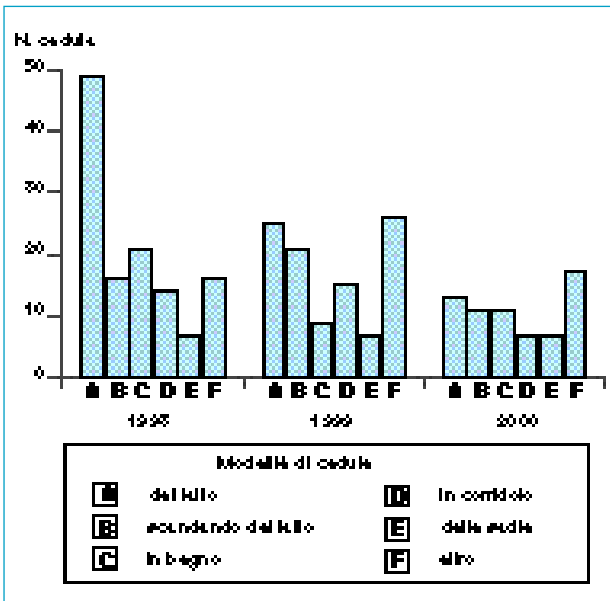


Lo stesso accade se il confronto avviene tra i ricoveri e le cadute di ogni singola unità operativa.

Se l'analisi si ferma qui, e questo è un errore che sovente si fa, il dato può apparire confortante. Se invece la riflessione va oltre, lo stesso dato non è più così confortante e deve aprire la strada ad ulteriori e approfondite riflessioni. Infatti, se la caduta accidentale è un evento sentinella, le considerazioni non devono essere sul numero, bensì in ordine al fatto che si verifica e perché.

Ancora, dalla lettura della tabella, il numero degli eventi nell'anno 2000 risulta diminuito rispetto agli anni precedenti. Premesso che per esprimere valutazioni positive e/o negative e formulare ipotesi sarebbero necessari altri parametri, come ad esempio la percentuale di pazienti di età superiore a 70 anni ricoverati, è comunque possibile fare ulteriori riflessioni:

Figura 3.



- considerato che in nessuna unità operativa sono stati implementati interventi finalizzati alla valutazione individuale e alla prevenzione delle cadute, la riduzione del numero è casuale?
- la riduzione del numero è legata ad una diversa modalità di segnalazione? È possibile che gli operatori ritengano di estendere la segnalazione solo ai casi in cui il paziente riporta o potrebbe riportare conseguenze più o meno importanti.

Questo sottende una grossa e tutt'altro che trascurabile questione.

Nella nostra cultura, ma anche in quella di altri paesi, l'errore, indipendentemente dalla sua natura (di valutazione, di comportamento, ecc.), tendenzialmente non si manifesta, si nasconde perché solitamente viene punito. "Chi sbaglia, paga". Ciò significa avere un'opportunità in meno di analisi, valutazione, cambiamento e miglioramento della qualità dell'assistenza erogata. A tal proposito, sono diversi gli autori che sostengono che nell'ambito della qualità debba essere collocato sempre anche un programma di gestione del rischio che preveda:

- l'individuazione del profilo di rischio nel contesto preso in esame. Il profilo di rischio può risultare diverso in relazione alle caratteristiche del paziente, della struttura... (in una unità operativa di medicina o di geriatria, il profilo di rischio è diverso da quello di una unità di chirurgia);
 - la definizione di misure di prevenzione;
 - l'attivazione di un sistema di osservazione delle ricadute dell'applicazione delle misure preventive.
- **Le modalità di segnalazione:** l'analisi delle schede di segnalazione di incidente a paziente ha evidenziato una frequente non corretta e completa compilazione della medesima. Ciò

risulta ben visibile nel grafico "le modalità". L'attenzione va posta alla colonnina "altro" che raggruppa tutti quei casi in cui la modalità della caduta non è specificata o è indicata con l'espressione generica "caduta accidentale".

La scheda di segnalazione, così come attualmente utilizzata, sia nella fase di compilazione che successivamente (viene protocollata e conservata negli archivi della direzione sanitaria), è uno strumento di tutela giuridica e non anche di analisi per un possibile cambiamento.

→ **La gestione della scheda di segnalazione:** come precedentemente anticipato, una copia della scheda inviata alla direzione sanitaria, viene protocollata e conservata negli archivi della medesima. Una seconda copia viene invece conservata nella cartella clinica che, naturalmente, alla dimissione del paziente viene archiviata.

Alle unità operative non rimangono e/o non ritornano i dati globali relativi in questo caso alle cadute accidentali verificatesi in un arco temporale definito. Questo è per molti aspetti limitante se si tiene conto che l'analisi dei dati ha senso e produce cambiamento se è contestualizzata e cioè, se avviene laddove i dati vengono prodotti e coinvolge tutti gli operatori interessati.

LE CONCLUSIONI

L'esempio offre la possibilità di leggere più opportunità di intervento che coinvolgono in misura diversa gli operatori sia al livello direzionale che a quello operativo e che non necessariamente comportano stravolgimenti radicali.

Concretamente, al *livello direzionale* può essere ricondotta:

- **l'implementazione di un sistema informativo** in grado di assicurare la restituzione dei dati ai diversi professionisti, per consentire loro di valutarli e dar luogo, ove e quando necessario, a cambiamenti finalizzati al miglioramento. Un sistema, quindi, che faciliti e non ostacoli i flussi informativi. I dati trattati in modo "asettico e burocratico" non generano cambiamenti ma solamente demotivazione;
- **l'attivazione di interventi formativi** finalizzati ad accrescere le conoscenze sul tema della qualità e a favorirne l'applicazione nella consapevolezza che, come sostengono gli esperti, *non tutto ciò che viene insegnato viene appreso, non tutto ciò che viene appreso è applicato e non tutto ciò che è applicato risulta essere utile;*
- **l'attuazione di un programma di gestione del rischio:** i rischi vanno individuati così come le loro cause; gli errori, quantificati, analizzati e

prevenuti perché producono cattiva qualità, riduzione della soddisfazione dell'utente, aumento dei costi in termini di impiego di risorse.

Al livello operativo, invece:

- ***l'introduzione di uno strumento di predizione del rischio di cadute accidentali.*** L'impiego di uno strumento di valutazione si colloca nell'ottica della personalizzazione dell'assistenza, dell'allocazione mirata delle risorse e del loro efficace ed efficiente utilizzo;
- ***l'impiego corretto degli strumenti esistenti,*** non solo in termini di compilazione ma anche di analisi e valutazione di dati, nello specifico di quelli relativi ai casi di caduta accidentale. Non sempre è necessario costruire e introdurre strumenti nuovi: la scheda di segnalazione di incidenti a pazienti ne è un esempio;
- ***la costruzione di strumenti di integrazione tra la struttura sanitaria e il territorio.*** Il loro impiego ha la finalità di favorire - attraverso la trasmissione di informazioni e di indicazioni operative tra operatori e tra operatori e familiari - la continuità nella prevenzione delle cadute accidentali.

È però fondamentale ricordare che per dar luogo al cambiamento e mantenerlo non è sempre sufficiente effettuare nuovi o diversi interventi. Ma, come espresso da più autori, il livello di qualità dell'assistenza erogata dipende da diversi elementi tra loro strettamente correlati quali la competenza professionale, le caratteristiche personali, la motivazione, il contesto fisico, i fattori sociali. Ognuno di essi può costituire un potenziale sia di promozione della qualità, sia di ostacolo alla qualità stessa: è perciò necessario agire anche su tali fattori.

Nello sforzo di giungere alla verità ho cercato ovunque informazioni ma era quasi impossibile a c q u i s i r e d a t i o s p e d a l i e r i c h e m i p e r m e t t e s s e r o d i c o m p a r a r l i t r a l o r o . S e f o s s e s t a t o p o s s i b i l e o t t e n e r l i , e s s i a v r e b b e r o m o s t r a t o a g l i a c t i o n n a i r e s c o m e i l o r o s o l d i v e n i v a n o u t i l i z z a t i , q u a l e b e n e v e n i v a f a t t o o s e l ' i n v e s t i m e n t o n o n s e r v i v a u n i c a m e n t e a n u o c e r e .

F. Nightingale, 1863

BIBLIOGRAFIA

1. Pirsig R.M., Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta.
2. Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Torino, Centro Scientifico Editore, 1998, p. 7.
3. Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Torino, Centro Scientifico Editore, 1998, p. 17.

4. Oliver D., Britton M., Seed P., Martin F.C., Hopper A.H., Development and evaluation of evidence based risk assesment tool (Stratify) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies, BMJ, 1997, n. 315, pp. 1049-53.
5. Gillespie LD., Gillespie WJ, Cumming R., Lamb S.E., Rowe BH., Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly, The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 1998, Issue 1.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- Bonaldi A., Focarile F., Torreggiani A., Curare la qualità, Manuale per valutare e migliorare l'assistenza sanitaria, Milano, Guerrini e Associati, 1994.
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Torino, Centro Scientifico Editore, 1998.
- Gillespie LD., Gillespie WJ, Cumming R., Lamb SE., Rowe BH., Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly, The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 1998, Issue 1.
- Marcantoni M., Torresani A., Guida alla Vision 2000 Un nuovo modello contrattuale per la certificazione ISO, Milano, Franco Angeli Editore, 2000.
- Molaschi M., Macchione C., Longo F., Fabris F., Le cadute accidentali negli anziani, Torino, Centro Scientifico Editore, 1991.
- Oliver D., Britton M., Seed P., Martin FC., Hopper AH., Development and evaluation of evidence based risk assesment tool (Stratify) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies, BMJ, n. 315, 1997, pp. 1049-53.