



ORIGINALE

COPIA

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n. 1110 del 24.08.2015

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.L.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(firma del proponente)

OGGETTO: PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE-ADOZIONE.

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno:

26 AGO. 2015

ai sensi dell'art.124 c.1 D.L.vo 267/2000, per giorni 15

*Il Responsabile Ufficio
Delibera e Determina
Dr. Carmine Iasevoli*

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE: (ove dovuta)

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :

n. del
n. del
n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia"

**Il Funzionario Responsabile
U.O.C Contabilità Generale**

L'anno duemila ^{AGO} ~~11~~ ²⁰¹⁵ ~~indici~~ il giorno 24 del mese di AGOSTO,

nella Sede dell'ASL di Avellino, il Dr. Mario Nicola Vittorio Ferrante, Commissario Straordinario dell'ASL AV, ai sensi della D.G.R.C. n. 9 del 16.01.2015, assistito dal Segretario assume la seguente deliberazione:

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dall' U.O.C. Qualità e Accreditamento/FAP e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dott. Lucio Visconti a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che:

- il Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 stabilisce, tra gli obiettivi da raggiungere, quello di promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico, nonché dare seguito a quanto stabilito con l'accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008 in tema di gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e delle cure, realizzando una funzione di controllo della qualità e sicurezza del SSN sistematica e strutturata;
- l'accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008, che viene recepito dalla Regione Campania con Deliberazione n. 210 del 5 marzo 2010, prevede, tra l'altro, di promuovere presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla Sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza, nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali;
- il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013, pubblicato sul BURC n. 32 del 27 Maggio 2011, tra gli strumenti della gestione del rischio clinico così recita, al punto C) Le raccomandazioni ministeriali: *“L'analisi degli eventi sentinella e le prime esperienze regionali nel campo hanno evidenziato l'esigenza di attivare programmi di implementazione di raccomandazioni e procedure specifiche per prevenire gli errori, attivando strategie innovative che influenzino e realmente modifichino il comportamento clinico assistenziale degli operatori sanitari nonché il ritorno informativo alle strutture del SSN per accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti”*;
- lo stesso Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013, afferma che: *“... occorre che le Aziende Sanitarie campane promuovano la cultura della prevenzione del rischio clinico che dovrà costituire uno degli obiettivi da inserire nella scheda di budget delle proprie strutture quale segnale forte, nei confronti sia dei professionisti che dell'utenza, dell'impegno a sviluppare programmi finalizzati a realizzare ospedali sicuri mediante una metodologia che, attraverso un approccio sistemico e progettuale del rischio, in pratica attraverso l'identificazione, analisi, valutazione, comunicazione, eliminazione ed il monitoraggio continuo, esamini i fattori che influenzano la pratica clinica fornendo indicazioni per appropriati interventi; tra gli obiettivi viene indicato, tra l'altro, quello di monitorare l'applicazione operativa delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la riduzione degli errori e dei rischi di errori...; tra le azioni utili per il conseguimento degli obiettivi, quella di programmare e attuare con l'ausilio di un gruppo di lavoro, almeno un'azione di miglioramento all'anno, relativamente ad un problema prioritario di salute, e/o implementare localmente la specifica Raccomandazione ministeriale;*
- i Programmi Operativi 2013 – 2015 – Regione Campania - in prosieguo del Piano di Rientro, pubblicati sul BURC n. 39 del 22 luglio 2013, stabiliscono al Programma 18: Sicurezza e rischio clinico, tra l'altro, la previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.;

VISTE:

-la nota prot. n. 0868037 del 19/12/2014 della G. R. C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si ribadisce, tra l'altro, che *“Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi sentinella sono documenti utili, indiscutibilmente, per il perseguimento dell'obiettivo aziendale della prevenzione, del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure”*;

- la deliberazione aziendale n. 607 del 23.04.2015, ad oggetto: "DCA n. 105/2014: linea progettuale 16.1 "Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management – Piano di lavoro – avvio attività – presa atto", con la quale si prende atto del piano di lavoro relativo alla realizzazione nell'ambito dei Presidi Ospedalieri Aziendali della linea progettuale 16.1 e che prevede, tra gli obiettivi specifici la "Diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi avversi", tra le azioni a farsi: l'adozione delle Raccomandazioni Ministeriali ed il monitoraggio delle Raccomandazioni implementate;

VISTE:

- la Raccomandazione del Ministero della Salute per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie – Raccomandazione n. 13, rivisitata nel mese di novembre 2011 (aggiornata al 1 dicembre 2011) e scaricabile dal sito del Ministero, con la quale lo stesso Ministero della Salute ritiene necessario che le procedure inerenti le Raccomandazioni ministeriali siano rapidamente implementate in tutte le strutture ospedaliere del nostro paese;

- la nota prot. n. 536/QA del 17.11.2014, ad oggetto: "Gestione Rischio Clinico – Adozione Raccomandazione ministeriale n. 13", con la quale si richiede ai dirigenti interessati di trasmettere quanto è stato elaborato in merito alla Raccomandazione de quo;

CONSIDERATO che:

- i gruppi di lavoro costituitisi presso i Presidi ospedalieri di Ariano Irpino e di Sant'Angelo dei Lombardi e presso il Presidio ospedaliero di Solofra (Direttori Sanitari di Presidio, Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, Direttore/Responsabile Farmacia, CPSE Direzione Sanitaria, Direttore UOC Nefrologia e Dialisi, etc.) hanno elaborato e proposto la Procedura Aziendale dal titolo: "Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero. Presidi ospedalieri di Ariano Irpino – di Sant'Angelo dei Lombardi e di Solofra", inerente la Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO che:

con nota prot. n. 30/QA del 16.01.2015, il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico comunica di trasmettere, via mail, la "procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie", ai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri ed ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, per la condivisione, per proporre eventuali miglioramenti e per avviare la applicazione e la piena operatività della stessa. Tale trasmissione via mail avviene puntualmente in data 21 gennaio 2015; alcune delle osservazioni ricevute vengono recepite;

RITENUTO che:

l'implementazione efficace della Raccomandazione rappresenta oltre che un obbligo istituzionale, una attiva azione nel contesto organizzativo per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie e può trovare utile applicazione anche per la compressione del rischio di tale evento e per una appropriata ed efficace gestione del paziente a seguito di caduta;

RITENUTO pertanto

di adottare, nelle more di una nuova riorganizzazione aziendale, la procedura relativa alla prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, trasmessa per la

validazione al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio dai gruppi di lavoro succitati; procedura che è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità e che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

DELIBERA

Per i motivi in premessa esplicitati che qui si intendono integralmente trascritti e riportati

di adottare la Procedura Aziendale relativa alla prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, dal titolo: "Protocollo Aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero Presidi Ospedalieri di Ariano Irpino – di Sant'Angelo dei Lombardi e di Solofra", inerente la Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute e che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

di stabilire che i Direttori Sanitari dei tre Presidi Ospedalieri, valutino con quale modalità inserire l'allegato 1 "Scheda di valutazione cadute Conley" della suddetta Procedura Aziendale alle cartelle cliniche ospedaliere ed individuino nell'ambito degli operatori "Facilitatori" appositamente formati per la gestione del rischio clinico, i soggetti cui affidare ogni ulteriore azione necessaria a garantire le attività di monitoraggio e controllo della applicazione costante della suddetta procedura;

di stabilire che la procedura de quo è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità, valutate dal Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, comunque e di norma va fatta una revisione con cadenza annuale;

di dare mandato allo stesso Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico di organizzare – di concerto con i Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero e con i Direttori/Responsabili delle Unità Operative Ospedaliere - specifici eventi formativi che comprendano contenuti aggiornati volti a sviluppare la consapevolezza rispetto ai fattori di rischio e alle strategie di prevenzione delle cadute, anche attraverso il coinvolgimento del paziente e dei familiari, migliorare il livello di competenza nella gestione delle cadute, così come previsto nella Raccomandazione ministeriale;

di dare immediata esecutività al presente atto;

di inviare la presente deliberazione ai sensi della normativa vigente al Collegio Sindacale, ai Direttori Sanitari dei tre Presidi Ospedalieri che avranno cura di informare i "Facilitatori" appositamente formati per la gestione del rischio clinico, ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, attraverso la sezione dedicata del sito istituzionale dell'Azienda.

Dott. Lucio Visconti



Letta, approvata e sottoscritta, nel giorno, mese ed anno di cui sopra.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Mario Nicola Vittorio Ferrante

IL SEGRETARIO

Dr.ssa Alessandra Antocicco

INVIO PER PROVVEDIMENTI DI CONTROLLO

Collegio Sindacale
n. 2563 del 26 AGO. 2015

Giunta Regionale della Campania
n. _____ del _____

Conferenza dei Sindaci
n. _____ del _____

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr. Carmine Iasevoli*

[Signature]

ESITO PROVVEDIMENTI DI CONTROLLO

Collegio Sindacale

Giunta Regionale della Campania

Conferenza dei Sindaci

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr. Carmine Iasevoli*

La presente deliberazione è diventata esecutiva :

per il decorso termine ai sensi dell'art.134, Commi 3 e 4, del D.L.vo 267/2000.

a seguito di provvedimento della Giunta Regionale della Campania:

n.del

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr. Carmine Iasevoli*

la presente è trasmessa ai destinatari indicati in delibera per la relativa esecuzione

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine
Dr. Carmine Iasevoli*

Presidi Ospedalieri:
” S. Ottone Frangipane” di Ariano Irpino
“G. Criscuoli” di Sant’Angelo dei Lombardi
“A. Landolfi” di Solofra

Gruppo di lavoro:

Dott. Oto Savino – Direttore Sanitario P.O. di Ariano Irpino
Dott. Angelo Frieri – Direttore Sanitario P.O. di S. Angelo dei Lombardi
Dott.ssa Marianna Raffa – Direttore UOC Anest. E Rianim. P.O. di Ariano Irpino
Dott.ssa Teresa D’Agostino – Direttore Farmacia P.O. di Ariano Irpino
Dott.ssa Antonella Grasso – Resp.le Farmacia P.O. di S. Angelo dei Lombardi
CPSE Rosa Cattolico – P.O. di Ariano Irpino
CPSE Filippo Bruno – P.O. di S. Angelo dei Lombardi
Dott. Francesco Guerriero – Direttore Sanitario P.O. di Solofra
Dott. Biagio di Iorio – Direttore UOC Nefrologia e Dialisi P.O. di Solofra
CPSE Fina Passerino Lino – P. O. di Solofra

Documento proposto al Direttore UOC Qualità e Accreditamento FAP ASL Avellino – Dott. Lucio Visconti.

ASL AVELLINO
PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA GESTIONE
DEL PAZIENTE A RISCHIO CADUTE IN AMBIENTE
OSPEDALIERO
PRESIDI OSPEDALIERI DI ARIANO IRPINO - DI
SANT’ANGELO DEI LOMBARDI E DI SOLOFRA
Raccomandazione del Ministero della Salute n. 13, novembre 2011 (aggiornata al 1 dicembre 2011)

ELABORAZIONE	VERIFICA/VALIDAZIONE	APPROVAZIONE	DATA
GRUPPO DI LAVORO	REFERENTE GRC	Commissario Straordinario	Agosto 2015

(Vedi pagina successiva con firme gruppo di Lavoro).

Dott. Lucio Visconti

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Agosto 2015

Presidi Ospedalieri:
"S.Ottone Frangipane" di Ariano Irpino
"G. Criscuoli" di Sant'Angelo dei Lombardi

Gruppo di lavoro:

Dott. Oto Savino – Direttore Sanitario P.O. di Ariano Irpino
Dott. Angelo Frieri – Direttore Sanitario P.O. di S. Angelo dei Lombardi
Dott.ssa Marianna Raffa – Direttore UOC Anest. E Rianim. P.O. di Ariano Irpino
Dott.ssa Teresa D'Agostino – Direttore Farmacia P.O. di Ariano Irpino
Dott.ssa Antonella Grasso – Resp.le Farmacia P.O. di S. Angelo dei Lombardi
CPSE Rosa Cattolico – P.O. di Ariano Irpino
CPSE Filippo Bruno – P.O. di S. Angelo dei Lombardi

Documento proposto al Direttore UOC Qualità e Accreditamento FAP/CSer ASL Avellino –
Dott. Lucio Visconti.

ASL AVELLINO
PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA GESTIONE
DEL PAZIENTE A RISCHIO CADUTE IN AMBIENTE
OSPEDALIERO
PRESIDI OSPEDALIERI DI ARIANO IRPINO E DI
SANT'ANGELO DEI LOMBARDI

Handwritten signatures in purple ink:
- Top left: *Carlo*
- Top center: *F. I.*
- Top right: *De/lu*
- Middle: *la zione Joffe*
- Bottom left: *102*
- Bottom center: *[Signature]*
- Bottom right: *[Signature]*

Dicembre 2014

SOMMARIO

1. PREMESSA	3
2. INTRODUZIONE	3
3. EPIDEMIOLOGIA.....	4
3.1 Dati aziendali.....	4
4. OBIETTIVI.....	4
5. AMBITO DI APPLICAZIONE	5
6. RESPONSABILITA'	5
7. CLASSIFICAZIONE DELLE CADUTE.....	5
8. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA.....	5
8.1 La scala di Conley	7
8.2 La scala Tinetti.....	7
9. LE CADUTE AL DOMICILIO.....	8
10. LA PREVENZIONE DELLE CADUTE.....	8
10.1 Interventi multifattoriali	9
10.2 Terapia farmacologica.....	9
10.3 Interventi ambientali	10
10.4 Interventi assistenziali	10
Trasferimenti e deambulazione	10
Gestione della eliminazione urinaria e fecale	11
10.5 Formazione del personale.....	11
10.6 Informazione ed educazione alla persona ed alla sua famiglia.....	11
11. LA GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE E RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	12
12. PERCORSO DI SEGNALAZIONE DELLE CADUTE	12
12.1 Segnalazione della caduta alla direzione	12
12.2 Segnalazione della caduta come evento sentinella	12
13. IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO.....	13
14. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO.....	13
15. PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI	13
16. BIBLIOGRAFIA.....	14
ALLEGATI.....	16
Allegato 1 Scheda di valutazione cadute Conley	16
Allegato 2 Scheda Tinetti.....	18
Allegato 3 Scheda di segnalazione caduta.....	19
Allegato 4 Fattori di rischio individuali e possibili interventi.....	21
Allegato 5 Procedura per la prevenzione primaria delle cadute	23
Allegato 6 Procedura per affrontare le cadute.....	24

1. PREMESSA

Secondo l'OMS *“le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita”*. Con l'avanzare dell'età, infatti, aumenta il rischio di caduta e i conseguenti danni. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi.

Vi è una grande attenzione al tema in oggetto da parte dei più autorevoli organismi internazionali anche grazie all'importanza assunta negli ultimi anni dalla tematica del miglioramento della qualità con particolare riferimento alla sicurezza delle cure /gestione del rischio. A dimostrazione di quanto affermato, oltre al documento dell'OMS sopra citato, si evidenzia che:

- l'evento “cadute” viene considerato dall'OCSE uno degli indicatori di sicurezza da monitorizzare all'interno del progetto di costruzione di un sistema di indicatori uniformi tra i paesi membri;
- l'AHRQ pone l'evento “cadute” tra gli indicatori di sicurezza delle cure
- tra i sei obiettivi per la sicurezza del paziente (anno 2007) della Joint Commission on Accreditation for Health Care Organization (JCAHO) troviamo quello di *“ridurre il rischio di danni al paziente derivanti dalle cadute.”* Il requisito per la certificazione posto dalla JCAHO è quello di *“valutare e rivalutare il rischio del paziente incluso il rischio potenziale associato al regime di farmaci assunti e intraprendere azioni per ridurre o eliminare ogni rischio identificato”*.

La caduta è “un improvviso, non intenzionale, cambio di posizione che determina una caduta al suolo” (Tinetti 1997) e anche se in età geriatrica è un fenomeno molto rilevante, non costituisce una conseguenza naturale dell'invecchiamento ma un risultato di tutta una variabilità di patologie e situazioni ambientali.

Ed inoltre si può anche definire come “cambiamento nella posizione improvviso e non intenzionale che costringe un individuo ad accasciarsi ad un livello più basso su un oggetto, sul pavimento o sul suolo; è diversa dalla conseguenza di un insorgere improvviso di paralisi, crisi epilettica o forze esterne superiori”. (Feder, BMJ, 2000).

Le cadute e i problemi di mobilità, oltre ad essere delle fondamentali ragioni di mortalità e morbilità, spesso sono anche la testimonianza di quella “fragilità” che pone le persone anziane in uno stato di ridotta o assente autosufficienza e frequente ricorso all'istituzionalizzazione.

2. INTRODUZIONE

In ospedale, le cadute accidentali sono da includere tra gli eventi avversi, potenzialmente evitabili, indicatori di qualità assistenziale.

L'evento caduta, ovunque si verifichi, è un'evenienza molto spiacevole non solo per la persona interessata, ma anche per i familiari \ caregiver e per la società.

Anche se l'incidenza di tali fenomeni è prevalente nella popolazione anziana, l'evento può manifestarsi anche in soggetti più giovani; le cause possono essere attribuibili a patologie (es persone affette da patologie neoplastiche in fase avanzata spesso fortemente astenici) o a situazioni fisiologiche che la favoriscono (es donne in gravidanza che hanno un assetto posturale sbilanciato, episodi lipotimici ecc) (NCCPC, 2006).

Nelle persone anziane in particolare, la caduta è un evento che, per la frequenza con cui si verifica e per le conseguenze che ne possono derivare, richiede un approccio multidisciplinare, articolato a diversi livelli, finalizzato alla prevenzione e al contenimento del rischio.

Per quanto concerne la realtà ospedaliera, è importante capire gli incidenti che accadono e conseguentemente analizzare i fattori e le condizioni che li hanno provocati, bisogna quindi agire sulle condizioni organizzative che hanno favorito gli eventi invece che impedire all'errore di verificarsi, individuando ad esempio quali sono i pazienti a rischio e utilizzando opportuni strumenti di valutazione dei rischi.

La valenza fortemente negativa che l'evento può assumere in termini di qualità dell'assistenza nonché le conseguenze di ordine etico e talvolta giuridico per gli operatori coinvolti, giustificano la necessità di focalizzare l'attenzione sul fenomeno.

Gli esiti correlati all'evento caduta rappresentano per le strutture ospedaliere e residenziali una causa di maggiorazione dei costi dovuti al prolungarsi della degenza e alle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie. (Smartik, 2004; Morse, 1989).

3. EPIDEMIOLOGIA

Le cadute negli anziani evidenziano uno dei problemi primari di sanità e di spesa pubblica, in quanto gli esiti da esse prodotti si traducono nelle principali cause di morbidità, disabilità, istituzionalizzazione e morte.

La frequenza delle cadute aumenta con l'età indipendentemente dalla razza; e fino ai 75 anni le donne cadono più degli uomini.

Studi recenti riportano tassi di caduta variabili da 3 a 13 per 1000 giorni di ricovero, a seconda della tipologia di struttura e del tipo di paziente (Oliver D., Connelly J.B., et Al. BMJ 2007).

In Gran Bretagna un terzo della popolazione sopra i 65 anni cade e metà di questi soggetti cade almeno due volte (Swift, 2001).

Approssimativamente il 40% delle persone cadute, riduce la propria attività dopo l'evento e tra il 40 e 70% degli anziani riferisce di diminuire la propria attività per paura di cadere di nuovo, questo è un problema da non sottovalutare in quanto, la perdita di sicurezza e la paura di cadere possono accelerare il declino funzionale e indurre depressione e isolamento sociale.

Circa il 20% delle cadute richiede un intervento medico; il 5-10% causa una frattura.

Il 40% degli anziani ospedalizzati per una caduta ha una frattura dell'anca e il 7% di questi muore.

3.1 Dati aziendali

Le segnalazioni di eventi sentinella e di eventi avversi pervenute al referente aziendale per la Gestione del Rischio Clinico negli ultimi anni confermano i dati nazionali e regionali che vedono la caduta di paziente in ospedale tra gli eventi più frequenti. In particolare due eventi sentinella sono stati segnalati nel 2013 ed 1 evento sentinella nel 2015; 1 evento avverso nel 2012 ed 1 evento avverso nel 2014 si riferiscono alla caduta di paziente in ospedale.

4. OBIETTIVI

Questo documento si propone di:

- aumentare le competenze e la sensibilità degli operatori sul tema delle cadute;
- adottare uno strumento di rilevazione del rischio di caduta dei pazienti

- consolidare un sistema di rilevazione, analisi e monitoraggio delle cadute e delle loro cause (scheda standardizzata di rilevazione)
- elaborare indicazioni operative per la prevenzione delle cadute dei pazienti.

5. AMBITO DI APPLICAZIONE

COSA	Il documento si applica a tutti i pazienti assistiti in ambito ospedaliero (comprese RSA, Hospice ed altre strutture sanitarie di degenza)
A CHI	A tutti gli operatori coinvolti nel processo di assistenza e di cura
DOVE	In tutte le UOC\UOS ospedaliere e territoriali di degenza
PER CHI	Il documento è a tutela di tutti gli assistiti in ambito ospedaliero

6. RESPONSABILITA'

Nella tabella sottostante si evidenziano i ruoli delle diverse professionalità nella valutazione e prevenzione delle cadute.

	Fisioterapista	Infermiere/ inf.pediatrico/ ostetrica	Medico	OSS
Compilazione scheda valutazione paziente	R	R		
Attuazione interventi preventivi	R	R	R	R
Gestione paziente caduto Primo soccorso, dinamica evento	R	R	R	R
Gestione paziente caduto. Valutazione clinica.	C	C	R	
Informare la famiglia sull'evento caduta	C	C	R	
Compilazione scheda segnalazione		R	R	
Invio scheda segnalazione in Direzione Sanitaria		R		

Legenda:

R = responsabile

C = collaborativo

7. CLASSIFICAZIONE DELLE CADUTE

Le cadute possono essere classificate come:

- prevedibili (pazienti ad alto rischio di caduta)
- non prevedibili (pazienti non a rischio di caduta)
- accidentali (da attribuirsi a fattori ambientali o casualità)

Secondo le stime, circa il 14% delle cadute che si verificano in ospedale è rappresentato dalle cadute accidentali, l'8% dalle cadute imprevedibili e il 78% da quelle prevedibili (Morse, 2002).

8. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

I fattori di rischio per le cadute sono classificati in intrinseci (legati alle caratteristiche della persona) ed estrinseci (cioè legati a fattori esterni).

		Esempi
Fattori intrinseci	Personalità e stili di vita	Ridotta mobilità e alterata andatura, abitudini di vita sedentarie, stato psicologico – paura di cadere; anamnesi precedenti cadute
	Cambiamenti età - correlati	Cambiamenti nella mobilità, nella forza, nella vista, incontinenza, deficit nutrizionale
	Stati patologici	Stroke, artrite, demenza, malattie cardiache, m. di Parkinson, disidratazione, diabete, ipocalcemia etc
Fattori estrinseci	Farmaci	Sedativi, ipotensivi, antiparkinsoniani, diuretici. Numero di farmaci assunti
	Ambiente	Illuminazione, pavimenti bagnati, tappeti, gradini....

In sintesi è conveniente evidenziare, come rileva l’OMS, la difficoltà a determinare il rischio del paziente.

Soprattutto nelle persone anziane infatti, la maggior parte delle cadute sono dovute alla combinazione di numerosi fattori e l’interazione tra essi è di cruciale importanza.

Tuttavia dagli studi esaminati si può affermare che i fattori intrinseci sono più importanti nelle persone di 80 anni e oltre (più comune, in questo gruppo, la perdita di coscienza che sottende una condizione medica come causa della caduta); nelle persone invece sotto i 75 anni la caduta sembra maggiormente imputabile a fattori estrinseci. Molti studi hanno dimostrato che il rischio di caduta (sia in ospedale che a livello di comunità), aumenta con l’aumentare dei fattori di rischio.

Il modello di Robbin (riportato nel documento dell’OMS) considera solo tre fattori:

- assunzione di più di 4 farmaci;
- debolezza alle anche;
- equilibrio instabile;

ed evidenzia un rischio del 12% di cadere in persone che non hanno nessuno di questi fattori di rischio, fino al 100% in coloro che presentano tutti i tre fattori.

Nel report dell’NPSA, oltre che nella revisione sistematica di Oliver (autore della scala di rischio Stratify), i fattori di rischio più significativi nei pazienti ospedalizzati sono:

- cammino / andatura instabile;
- confusione / agitazione,
- incontinenza o necessità di usare frequentemente la toilette;
- anamnesi di precedenti cadute;
- assunzione di farmaci sedativi o pastiglie per dormire.

La valutazione del rischio è un procedimento per identificare le persone a rischio di caduta che deve essere realizzata su tutte le persone ricoverate entro 24 ore, qualora le condizioni del paziente si modifichino e dopo eventuali cadute.

Il valore ottenuto andrà riportato sulla scheda di rilevazione.

Come per tutte le valutazioni, si deve utilizzare uno strumento validato e standardizzato che dia un valore numerico a vari items, alla fine della rilevazione si somma il punteggio e dallo score così ottenuto, si può predire il rischio di caduta.

Nella nostra Azienda lo strumento da utilizzare è la **Scala di Conley (allegato 1)**

8.1 La scala di Conley

La scala di Conley è stata proposta da Conley et al. dopo uno studio effettuato negli anni 90 (1995-1996) e fu realizzata per determinare il rischio di caduta nei pazienti al di sopra di 50 anni ricoverati nei reparti per acuti medici e chirurgici.

E' una scala ordinale ed 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 rischio aumentato.

Le prime tre domande sono poste dall'infermiere al paziente o, nel caso questi non sia in grado di rispondere per problemi fisici e/o psichici, al caregiver; le tre rimanenti, sono destinate al compilatore che risponderà in base all'osservazione diretta della persona.

I primi tre items sono definiti con:

- precedenti cadute entro tre mesi antecedenti la compilazione;
- vertigini o capogiri entro tre mesi antecedenti la compilazione;
- perdita di feci e/o urine durante il tragitto per recarsi al bagno entro tre mesi antecedenti la compilazione,

con gli ultimi tre items si va a valutare il deterioramento cognitivo sulla base dell'osservazione infermieristica:

- compromissione della marcia;
- agitazione;
- deterioramento della capacità di giudizio.

Da uno studio effettuato da National Patient Safety Agency (2007), basato sull'analisi dei dati afferiti al sistema nazionale di Incident Reporting oltre che sulla revisione sistematica della letteratura si è dimostrato che:

- l'attribuzione di punteggi di rischio di caduta non è un aspetto essenziale della politica di prevenzione delle cadute;
- una verifica diretta che identifichi e tratti fattori di rischio modificabili è maggiormente efficace;
- anche il miglior strumento sottostimerà o sovrastimerà il rischio / previsione di caduta;
- qualsiasi strumento si utilizzi è necessario testarlo nello specifico contesto di cura;
- se si utilizzano strumenti di identificazione pazienti a rischio, è comunque necessaria una seconda valutazione per individuare fattori di rischio modificabili.

8.2 La scala Tinetti

La Tinetti Scale è uno strumento utilizzato a livello mondiale per la valutazione dell'equilibrio e dell'andatura in soggetti anziani cognitivamente integri o affetti da demenza lieve e moderata, è stata proposta nel 1986 da M.E. Tinetti ed è attualmente impiegata come gold standard per la validazione di test per l'equilibrio.

Viene considerato un test osservazionale e di performance che quantifica la prestazione motoria ed identifica i soggetti a rischio di caduta.

La Tinetti Scale è una scala ordinale composta da n.17 items ai quali viene attribuito un punteggio che varia da 0 a 2, dove "0" corrisponde a "incapacità", "1" "capacità con adattamento" e "2" "senza adattamento".

La scala riproduce i cambi di posizione, le manovre di equilibrio e gli aspetti di cammino necessari per lo svolgimento in sicurezza e con efficienza delle attività della vita quotidiana ed è composta da due sezioni, una per l'equilibrio che consta di n. 9 prove e una per l'andatura che è determinata da n. 7 prove. La sezione dedicata all'equilibrio valuta:

- equilibrio da seduto,
- alzarsi dalla sedia;
- tentativo di alzarsi;
- equilibrio nella stazione eretta immediata;
- equilibrio nella stazione eretta prolungata;
- prova di Romberg;
- prova di Romberg sensibilizzato;
- girarsi di 360°
- sedersi.

La sezione dell'andatura valuta le caratteristiche relative al cammino:

- inizio della deambulazione;
- lunghezza e altezza del passo;
- simmetria del passo;
- continuità del passo;
- deviazione della traiettoria;
- stabilità del tronco;
- modalità del cammino.

Il punteggio totale varia da 0 a 28, ed è dato dalla somma dei punteggi delle due sezioni equilibrio (16) ed andatura (12).

Il punteggio del test va da 0 a 28 ed è stratificato in 4 classi: <20 rischio elevato di cadute; 20-24 rischio medio di cadute; 25-27 rischio minimo di cadute; 28 nessun rischio.

Nella nostra Azienda la Tinetti Scale, viene proposta dai fisioterapisti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali nei pazienti ricoverati con modulo fisioterapico e/o con una Scala di Conley con un valore uguale o superiore a 2.

La Tinetti Scale è riportata all'allegato 2.

9. LE CADUTE AL DOMICILIO

Come già sottolineato in premessa il fenomeno delle cadute riguarda in modo molto significativo anche l'ambiente domestico e possono essere classificate in funzione della dinamica che le determina in:

- cadute conseguenti a scivolata
- cadute conseguenti ad inciampo o passo falso
- cadute dovute a dislivelli.

Tra i fattori di rischio ambientale si possono citare:

piani di calpestio scivolosi e/o con cambiamenti improvvisi della scivolosità, o con presenza di sostanze che modificano sensibilmente il livello di scivolosità (es acqua, grasso, sabbia...);

uso di cera e prodotti lucidanti che riducono il coefficiente d'attrito;

presenza di rivestimenti posticci (tappeti, guide, zerbini) non aderenti perfettamente al pavimento;

scarsa illuminazione;

presenza di piccoli dislivelli e/o ostacoli improvvisi.

10. LA PREVENZIONE DELLE CADUTE

LE MISURE DI PREVENZIONE DELLE CADUTE DEVONO ESSERE MESSE IN ATTO PER TUTTI I PAZIENTI PER I QUALI È STATO RILEVATO UN RISCHIO AUMENTATO DI CADUTA (OVVERO UN PUNTEGGIO PARI O SUPERIORE A 2 CON LA SCALA CONLEY)

“la gestione del rischio deve essere bilanciata con il bisogno di promuovere / favorire l’indipendenza funzionale e con il rispetto dell’autonomia del paziente” (allegato 4)
 La sintesi del presente paragrafo è riportata nella tabella di cui all’**allegato 4**.

10.1 Interventi multifattoriali

Per quanto sia importante la valutazione del rischio cadute, questa non può sostituire le politiche di prevenzione, il controllo diretto dei fattori di rischio modificabili si dimostra essere molto efficace; quindi è opportuno intervenire sui fattori di rischio correggibili.

Agendo sui fattori di rischio modificabili con interventi multifattoriali, le cadute in ospedale si possono ridurre del 18%, anche se non è chiaro che questi siano utili anche per pazienti affetti da demenza.

Anche il Dipartimento della qualità del Ministero della Salute nel marzo del 2004 stimola ad una valutazione proattiva che prevede l’individuazione e l’eliminazione delle criticità del sistema prima che l’incidente si verifichi.

E’ fortemente raccomandata la realizzazione di programmi per la prevenzione delle cadute che comprendano più interventi, in quanto i fattori di rischio associati ad esse sono multifattoriali (Ib).

Fornire la necessaria gestione clinica delle patologie preesistenti che possono contribuire al rischio di caduta della persona come:

- patologie neuromuscolari;
- infezioni del tratto urinario;
- ipossia;
- disidratazione;
- bisogni nutrizionali;
- iperammonemia;
- ipotensione ortostatica.

Nell’approccio al paziente a rischio di caduta, trattare con priorità l’eventuale ipotensione ortostatica, contestualizzare la terapia, quando possibile e realizzare interventi che migliorino l’equilibrio, la capacità di eseguire i passaggi posturali e che migliorino la marcia.

Dolori e problemi del piede devono essere rilevati con controlli periodici in modo da instaurare l’opportuno trattamento (ACSQHC, 2009).

10.2 Terapia farmacologica

La rivalutazione della terapia assunta dal soggetto e la riduzione del numero di farmaci può avere un effetto positivo sulla riduzione delle cadute nell’anziano.

L’utilizzo di farmaci come fattore di rischio di caduta per gli anziani è stato oggetto di particolare attenzione nella letteratura analizzata e vi è una buona prova che si tratti di un importante fattore di rischio, come rilevato in molti studi.

Diversi autori riferiscono che i pazienti trattati con più di tre o quattro farmaci contemporaneamente si trovavano a rischio di cadute ricorrenti rispetto a pazienti trattati con un minor numero di farmaci.

Nella tabella sottostante vengono riportate le categorie di farmaci che possono aumentare il rischio di caduta.

Farmaci con effetto sedativo sul sistema nervoso centrale	Farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare	Lassativi
Barbiturici Ipnotico-sedativi Antidepressivi triciclici Antipsicotici – neurolettici	Diuretici Antiarritmici Antiipertensivi Vasodilatatori	Tutti i tipi

Antiparkinson Analgesici Ansiolitici Anticonvulsivi	Cardioattivi glicosidi	
--	------------------------	--

Farmaci che possono aumentare il rischio di caduta (Ministero della Salute 2010)

10.3 Interventi ambientali

Realizzare interventi ambientali e modifiche delle attrezzature, come ad esempio l'aggiustamento dell'illuminazione, la disponibilità di ausili per la mobilitazione appropriati, accesso ai campanelli di allarme sia al letto che alla sedia, letti ad altezza variabile e sedie di buona qualità (IV).

- Rimuovere il mobilio basso (poggiapiedi, tavolini) che possono costituire inciampo alle persone accanto al paziente ad alto rischio;
- garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte, vicino al letto ed al bagno;
- assicurare l'ordine, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire inciampo per i pazienti; ((Buste raccolta urine agganciate al letto);
- rendere stabili i letti ed il mobilio o allontanare il mobilio non fermo dal paziente a rischio;
- identificare le caratteristiche ambientali che possono aumentare i potenziali rischi di caduta (liquidi sui pavimenti, o pavimenti umidi);
- identificare i bisogni di sicurezza richiesti dal paziente, basati sul livello di funzione fisica e cognitiva e la storia passata del comportamento.

Non vi sono evidenze che particolari tipi di pavimenti possano diminuire il numero di cadute.

10.4 Interventi assistenziali

Gli assistiti a rischio di caduta e gli assistiti che hanno già subito cadute devono essere sistemati in stanze di degenza in cui è più facile la presenza del personale di assistenza e dei caregivers. La frequenza dei controlli da parte del personale deve essere incrementata. Le persone con problemi di orientamento devono essere aiutate nell'andare in bagno (ACSQHC, 2009; Bachner et al. 2009).

Collaborare con la persona e la sua famiglia rispettando le scelte individuali. (IV).

Le strategie per prevenire le cadute dipenderanno dalla valutazione del rischio di cadere del paziente e dal livello del rischio appurato.

Fornire approcci non farmacologici per le persone con bisogni cognitivi, emozionali/comportamentali menomati (IV):

- intraprendere strategie interdisciplinari per assistere le persone con depressione, agitazione o aggressività;
- comunicare in modo rilassato e calmo;
- fornire istruzioni semplici, evitando motivazioni dettagliate e spiegazioni;
- favorire la presenza dei familiari;
- fornire strategie non farmacologiche per favorire il sonno;
- collocare il paziente con urgenza evacuativa vicino al bagno;
- accompagnare periodicamente i pazienti deambulanti a rischio di caduta in bagno; qualora il paziente effettui terapia infusione, e non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, programmare la somministrazione lasciando libero il periodo di riposo notturno.

Trasferimenti e deambulazione

- Prima della deambulazione controllare che il paziente indossi abiti e scarpe della giusta misura; le calzature aperte devono essere evitate; le scarpe non devono

- avere la suola scivolosa; se il paziente è portatore di pannolone, controllare che sia ben posizionato (in modo tale che non scenda durante la marcia);
- utilizzare i presidi individuali raccomandati, per ridurre i potenziali rischi ambientali. Ad esempio le sedie a rotelle, i deambulatori, i bastoni devono essere in buono stato ed adatti ai bisogni della persona. (IV);
- Gli ausili per la deambulazione devono essere mantenuti in buone condizioni di funzionamento ed essere adattati a ogni singolo assistito. Operatori e potenziali utenti di detti ausili devono ricevere apposita formazione su come utilizzarli (Bachner et al., 2004; Cochrane, 2010; NICE,2004)
- non utilizzare carrozzine con predella fissa e/o senza freni;
- se il paziente è in carrozzina utilizzare apposite cinture di sicurezza e/o cuscini antidecubito che impediscano lo scivolamento;
- sviluppare un piano posturale per il paziente, che comprenda anche la posizione seduta;

Gestione della eliminazione urinaria e fecale

- Verificare periodicamente l'eventuale bisogno di recarsi in bagno;
- controllare i pazienti in terapia con diuretici e lassativi;
- invitare il paziente ad urinare subito prima del riposo notturno.

10.5 Formazione del personale

Devono essere compiuti degli interventi educativi rivolti al personale di assistenza, che deve essere addestrato riguardo i fattori di rischio, la loro valutazione, le strategie e gli interventi preventivi.

Tutto il personale sanitario che lavora con assistiti a rischio di caduta deve sviluppare e mantenere competenze di base nell'assistenza e nella prevenzione delle cadute (NICE, 2004)

10.6 Informazione ed educazione alla persona ed alla sua famiglia

All'ingresso, mostrare al paziente la stanza di degenza (incluso il campanello per le chiamate), il bagno e il reparto.

Quando il rischio di caduta è alto, informare la persona e la sua famiglia sui fattori di rischio presenti, le possibili strategie preventive per esempio spiegargli:

- l'importanza di informare l'infermiere ogni volta che si reca in bagno o si allontana dal reparto (specie se ad alto rischio di caduta);
- l'effettuazione dei passaggi posturali in sicurezza (nel paziente ad alto rischio di caduta devono essere eseguiti lentamente)
- in presenza di ipotensione ortostatica istruire il paziente ad attuare manovre adatte.

Gli assistiti a rischio di caduta e i loro familiari devono essere informati dal personale sanitario che opera nelle strutture ospedaliere e residenziali in merito (NICE, 2004):

- alle cause delle cadute (fattori di rischio individuali e ambientali)
- alle strategie che possono essere adottate per evitare ulteriori cadute
- ai vantaggi psichici e fisici per gli assistiti, laddove sia possibile evitare le cadute in modo efficace
- alle misure comportamentali nel caso in cui si verifichi un episodio di caduta
- all'attuale offerta informativa e di supporto nel caso di caduta

Queste indicazioni sono da considerarsi applicabili anche in ambito domiciliare.

11. LA GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE E RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Nel caso in cui si verificasse la caduta di un paziente nel corso della degenza andranno intrapresi i seguenti provvedimenti.

- Valutare se la persona ha riportato lesioni prima di mobilizzarla (ferite, traumi cranici, dolori / traumi determinanti fratture);
- applicare protocollo BLSD in caso di perdita di coscienza;
- tranquillizzare il paziente / posizionarlo in maniera appropriata e confortevole;
- rilevare i parametri vitali: pressione arteriosa in clino ortostatismo (se possibile);
- comunicare al medico la caduta del paziente al fine di consentire una valutazione clinica;
- predisporre il paziente per eventuali accertamenti diagnostici (RX.);
- informare la famiglia della caduta analizzando insieme i fattori di rischio modificabili e relativi interventi;
- sorvegliare la persona caduta per complicanze tardive in caso di trauma cranico, frattura e paziente demente, confuso / disorientato;
- discutere con la persona e/o i caregivers (in un momento appropriato), la percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e l'eventuale intervento su fattori di rischio modificabili;
- attuare interventi volti ad ridurre i fattori di rischio modificabili in quanto il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriore caduta
- documentare l'accaduto nella cartella clinica (diario clinico e/o diario infermieristico).

12. PERCOSO DI SEGNALAZIONE DELLE CADUTE

12.1 Segnalazione della caduta alla Direzione Sanitaria Ospedaliera

- Tutte le cadute devono essere segnalate sull'apposita scheda **(allegato 3)**, indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno al paziente;
- raccogliere informazioni complete avvalendosi per la descrizione della dinamica dei resoconti:
 - o del paziente (se possibile)
 - o di altro/i pazienti che abbiano assistito alla caduta
 - o di qualsiasi altro testimone (parente, personale di altri reparti)
- riportare sulla scheda l'esito degli eventuali referti diagnostici;
- scrivere con calligrafia leggibile, se possibile in stampatello;
- inviare la scheda alla Direzione Ospedaliera (per cadute all'interno dell'ospedale).
- Copia della scheda di segnalazione deve essere inserita nella documentazione sanitaria del paziente; copia deve essere trasmessa al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico. Le segnalazioni vengono poi analizzate dal Team GRC

12.2 Segnalazione della caduta come evento sentinella

In base a quanto previsto dal protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli eventi sentinella (2009) la morte o grave danno per caduta di paziente

rappresenta un Evento Sentinella, e come tale deve essere segnalato anche al Ministero della Salute (SIMES).

Ricordiamo che per “evento sentinella” si intende un evento avverso di particolare gravità, indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può causare gravi danni o la morte del paziente determinando anche una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario (Ministero della Salute, “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella”, rev. 2009).

La sorveglianza degli eventi sentinella costituisce un’importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna:

- un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito;
- l’individuazione e l’implementazione di adeguate misure correttive;
- verifica dell’effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo.

Nel caso in cui si verificasse l’evento sentinella - ovvero si verificasse morte o grave danno per caduta di paziente - è obbligatorio (DM 11.12.2009):

1. segnalare formalmente l’accaduto alla Direzione Sanitaria della Struttura (allegato 3)
2. entro le successive 12 ore inviare la scheda A del Ministero della Salute al Referente Aziendale del Rischio Clinico per attivare il percorso di segnalazione alla regione Campania ed al Ministero (Flusso SIMES D.M. 11.12.2009).

13. IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO

La UOC Qualità e Accreditamento, la Direzione Sanitaria Aziendale, in collaborazione con le Direzioni Ospedaliere, dei Distretti e del DSM, è responsabile dell’implementazione del presente protocollo, che verrà distribuito alle Strutture interessate.

La responsabilità della diffusione dei contenuti del documento - a tutti gli operatori sanitari interessati - e della corretta applicazione è dei Direttori UOC e Coordinatori Infermieristici, ognuno per la parte di competenza.

In particolare andrà compilata, per ogni paziente accolto presso un reparto di degenza, la scheda per la valutazione del rischio di caduta (di cui al par. 8.1), che andrà quindi inserita nella cartella clinica.

14. VERIFICA DELL’APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO

La corretta applicazione del protocollo verrà verificata con i seguenti strumenti:

MODALITA’ DI VALUTAZIONE	RESPONSABILE
Report sulle schede di segnalazione delle cadute	Direzioni Ospedaliere
Audit su cartelle cliniche: presenza effettiva della scheda di valutazione del rischio di caduta	Gruppo aziendale audit clinici/Facilitatori GRC

15. PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI

Valutare il rischio di caduta al momento del ricovero.

Rivalutare il rischio di caduta dopo una caduta.

Ricorrere a esercizi di potenziamento muscolare all'interno di un intervento multifattoriale.

Nella prevenzione delle cadute adottare un approccio multifattoriale e interdisciplinare.

Partecipare, in collaborazione con gli altri membri del gruppo multidisciplinare, a periodiche rivalutazioni delle prescrizioni farmacologiche per prevenire le cadute.

Chi assume farmaci psicotropi, benzodiazepine, antidepressivi o più di 5 farmaci contemporaneamente è un soggetto a rischio.

La revisione delle prescrizioni farmacologiche deve essere periodica per tutta la durata della degenza.

Considerare l'uso di protettori d'anca per ridurre l'incidenza di fratture fra gli utenti ad alto rischio di frattura da caduta; non ci sono prove a sostegno dell'uso di routine.

Fornire informazioni sui benefici della vitamina D.

Attivare interventi educativi sul rischio di caduta nei soggetti ad alto rischio.

Nell'ambito di strategie multifattoriali, apportare eventuali modifiche ambientali.

La formazione sulla prevenzione delle cadute e delle lesioni da caduta dovrebbe essere inclusa nei curriculum formativi degli infermieri e nella formazione continua.

L'organizzazione deve promuovere gli interventi per la prevenzione delle cadute.

Interrogare gli anziani sulle terapie assunte e tenere sotto rigido controllo i farmaci somministrati.

Rivedere periodicamente le prescrizioni farmacologiche, con particolare attenzione all'assunzione di farmaci quali benzodiazepine, antidepressivi o all'assunzione simultanea di tre farmaci. Ove possibile, rimodulare tali prescrizioni al fine di ridurre l'esposizione al rischio di caduta.

Valutare, ove ritenuto necessario, le caratteristiche psicometriche dei soggetti anziani utilizzando i metodi disponibili al fine di misurare la paura di cadere nei soggetti. Si può ritenere che la

"Tinetti Balance" sia il migliore strumento per misurare la paura di cadere.

16. BIBLIOGRAFIA

AHRQ Guideline "Fall prevention for older adults" – 2006

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention - Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons - 2001

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

Brandi A. et al "Indagine retrospettiva sulle cadute nei pazienti ricoverati in ospedale" in AIR Vol.21 n. 3 – 2002

Centro studi EBN - A.O. Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi – Servizio infermieristico e tecnico-"Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti" – Bologna 2002

Centro studi EBN - A.O. Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi – Servizio infermieristico e tecnico-“Stop alla caduta libera” - Bologna 2002

Chiari P, Mosci D, Fontana S. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di caduta dei pazienti. *Assist Inferm Ric* 2002 July;21(3):117-24.

Chiari P. Suggestimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale. Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi, Centro Studi EBN, Bologna, dicembre 2004

GRC (Gestione Rischio Clinico) Regione Toscana “La prevenzione delle cadute in ospedale” 2007

Laquintana D. “La prevenzione delle cadute nelle persone anziane: line guida a confronto” in *Assistenza Infermieristica e ricerca (AIR)* – Vol. 21 n. 3 – 2002 – Il Pensiero Scientifico Editore

NICE (National Institute of Clinical Excellence) “Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people” – 2004

NPSA (National patient Safety Agency) The third report from the Patient Safety Observatory “Slips, trips and falls in hospital” – 2007

Oliver D. et al “Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review” *Age and Ageing* 2004

Oliver D. et al Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses *British Medical Journal* – 2006

OECD “Health Care Quality Indicators. Patient safety data systems in the OECD” - 2007

RNAO (Registered Nurses’ association of Ontario) Guidelines for “Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult” – 2005

Swift CG. Care of older people: Falls in late life and their consequences-implementing effective services. *BMJ* 2001

WHO - World Health Organization Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Genève: WHO. 2004

WHO - World Health Organization. Global Report on Falls Prevention in older age February 2007

WHO - World Health Organization. Falls Fact Sheet n.344 August 2010

Strategies to prevent falls and fractures in hospital and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta.analises *BMJ* 2007

PNGL Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani maggio 2007

National Falls Prevention For Older People Plan: 2004 Onwards July 2005

Falls prevention and management Toronto Best Practice in LTC Initiative September 2006

Mississauga Halton Falls Prevention Project 2007-2008

Fall Management Guideline Best Practice Committee of the Health Care Association of New Jersey Revised 03/2007

Qualità dell’assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale M. Vanzetta, F. Vallicella *Management Infermieristico*, n. 2/2001

Prevenzione delle cadute nell’anziano *Dossier InFad* n. 5, 2006

Le cadute in ospedale e nelle strutture residenziali: gestione del paziente caduto e segnalazione dell’evento Azienda Sanitaria Genovese 2007

Analisi dei principali strumenti di valutazione utilizzati in ambito internazionale S. Molinelli 2008

Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero e territoriale dell’ASS n. 5 “Bassa Friulana”. Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 “Bassa Friulana” Agosto 2011.

ALLEGATI

Allegato 1 Scheda di valutazione cadute Conley

Regione Campania – ASL Avellino

Presidio Ospedaliero. _____ U.O.C.\U.O.S. _____

COGNOME _____	NOME _____	data di nascita ____/____/____
---------------	------------	--------------------------------

SCALA CONLEY	SI	NO
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere) - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
- 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
- Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0

Istruzioni:
Le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente: possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere.
Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi.
La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.
Il valore di cut off di "2", segnala un maggior rischio di cadere
La valutazione va fatta entro 24 ore dall'ingresso, ad ogni modificazione dello stato di salute e dopo eventuali cadute.

Data						
Punteggio						
Sigla rilevatore						

PROVVEDIMENTI SPECIFICI	Data - Sigla valutatore			
	/ /	/ /	/ /	/ /
E' stata richiesta la consulenza per fornire gli ausili /prescrivere terapie riabilitative				
Il letto è stato abbassato				
Il letto è stato accostato al muro				
Il comodino è stato avvicinato al letto per facilitare l'uso di oggetti personali				
Il paziente è stato collocato in una stanza posta vicino all'infermeria				
Il paziente è stato informato di chiamare il personale se necessita di alzarsi\andare in bagno				
Il personale verifica periodicamente la necessità del paziente di recarsi in bagno e lo accompagna				
E' stata richiesta la presenza dei parenti\caregiver				
E' stato proposto al medico di modificare l'orario di somministrazione di alcuni farmaci (diuresi\fleboclisi)				
Altro				

	Data - Sigla valutatore			
PROVVEDIMENTI GENERALI	/ /	/ /	/ /	/ /
Al paziente\familiari è stata illustrata la disposizione degli ambienti (stanza di degenza, bagno, campanelli di chiamata, interruttori della luce)				
Al paziente\familiari è stata consegnata la brochure				
Al paziente\familiari è stato suggerito l'uso di calzature chiuse e abbigliamento idoneo				
Altro				

Allegato 2 Scheda Tinetti

Equilibrio		
1	Equilibrio da seduto	
	Si inclina, scivola dalla sedia	0
	E' stabile, sicuro	1
2	Alzarsi dalla sedia	
	E' incapace senza aiuto	0
	Deve aiutarsi con le braccia	1
	Si alza senza aiutarsi con le braccia	2
3	Tentativo di alzarsi	
	E' incapace senza aiuto	0
	Capace, ma richiede più di un tentativo	1
	Capace al primo tentativo	2
4	Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)	
	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
	Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili	1
	Stabile senza ausili	2
5	Equilibrio nella stazione eretta prolungata	
	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
	Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm)	1
	Stabile, a base stretta, senza supporti	2
6	Romberg	
	Instabile	0
	Stabile	1
7	Romberg sensibilizzato	
	Comincia a cadere	0
	Oscilla, ma si riprende da solo	1
	Stabile	2
8	Girarsi di 360 gradi	
	A passi discontinui	0
	A passi continui	1
	Instabile	0
	Stabile	1
9	Sedersi	
	Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)	0
	Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo	1
	Sicuro, movimento continuo	2
	TOTALE EQUILIBRIO	<u>/16</u>
Andatura		
10	Inizio della deambulazione	
	Una certa esitazione, o più tentativi	0
	Nessuna esitazione	1
11	Lunghezza ed altezza del passo	
	Piede dx	
	Il piede dx non supera il sx	0
	Il piede dx supera il sx	1
	Il piede dx non si alza completamente dal pavimento	0
	Il piede dx si alza completamente dal pavimento	1
	Piede sx	
	Il piede sx non supera il dx	0
	Il piede sx supera il dx	1
	Il piede sx non si alza completamente dal pavimento	0
	Il piede sx si alza completamente dal pavimento	1
12	Simmetria del passo	
	Il passo dx e il sx non sembrano uguali	0
	Il passo dx e il sx sembrano uguali	1
13	Continuità del passo	
	Interrotto o discontinuo	0
	Continuo	1
14	Traiettoria	
	Deviazione marcata	0
	Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili	1
	Assenza di deviazione e di uso di ausili	2
15	Tronco	
	Marcata oscillazione o uso di ausili	0
	Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia	1
	Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	2
16	Cammino	
	I talloni sono separati	0
	I talloni quasi si toccano durante il cammino	1
	TOTALE ANDATURA	<u>/12</u>
TOTALE COMPLESSIVO		<u>/28</u>

Allegato 3 Scheda di segnalazione caduta

Regione Campania – ASL Avellino

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE ACCIDENTALI

S.O.A. _____ S.O.C.\S.O.S. _____	
COGNOME _____ NOME _____ data di nascita ____ / ____ / ____ (in alternativa applicare l'etichetta di riconoscimento del paziente)	
N° Cart. Clinica _____ data del ricovero ____ / ____ / ____ data evento "caduta" ____ / ____ / ____ ora ____	
COMPILAZIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO	
Testimoni presenti alla caduta	nessuno\il paziente era solo altri pazienti familiari\care giver personale sanitario altro
Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta?	SI NO (abituale confuso\disorientato) NO (non ricorda)
Precedenti cadute durante l'attuale ricovero	nessuna 2° caduta 3° caduta più di 3 cadute
Luogo della caduta	stanza servizi igienici scale
	corridoio ambulatorio spazi esterni altro
Modalità della caduta	caduto da posizione eretta caduto da seduto: comoda carrozzina sedia\poltrona caduto dal letto: con spondine senza spondine caduto dalla barella altro
Meccanismo della caduta	Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo
inciampato scivolato perdita forza\cedimento perdita equilibrio capogiro\svenimento disorientato\agitato non rilevabile altro	camminava da\verso il bagno in stanza in corridoio scendeva dal letto saliva sul letto si stava alzando o sedendo dalla sedia\poltrona\carrozzina\comoda\letto si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa scivolava dalla sedia\poltrona\carrozzina\comoda stava utilizzando la toilette stava effettuando l'igiene personale si stava vestendo o svestendo
Tipo di calzature indossate	scivolava su pavimento asciutto scivolava su pavimento bagnato stava raggiungendo il campanello di chiamata stava dormendo e/o cambiando posizione
senza aperta chiusa	aspettava in barella non rilevabile altro
Firma del compilatore _____	

COMPILAZIONE DA PARTE DEL MEDICO		
Conseguenza caduta	con danno	senza danno
Sede del danno 1	Tipo di danno 1	
Sede _____	escoriazione contusione ematoma ferita	distorsione trauma cranico frattura femore altre fratture specificare _____
Accertamenti richiesti	nessuno monitoraggio RX _____ TAC _____ visita _____ specialistica altro _____	
Trattamenti terapeutici a breve termine	nessuno sutura/steritrips medicazione altro _____	
Sede del danno 2	Tipo di danno 2	
Sede _____	escoriazione contusione ematoma ferita	
Accertamenti richiesti	nessuno monitoraggio RX _____ TAC _____ visita _____ specialistica altro _____	
Trattamenti terapeutici a breve termine	nessuno sutura/steritrips medicazione altro _____	
Trattamenti farmacologici in atto	sedativi del SNC diuretici ipotensivi antiaritmici altro _____ altro _____	Il paziente assume più di 4 farmaci? SI NO
Note:		
.....		
.....		
Firma del medico compilatore _____		

La scheda va compilata in ogni sua parte e inviata alla Direzione Ospedaliera ed al Referente GRC
Una copia deve essere conservata nella documentazione sanitaria del paziente

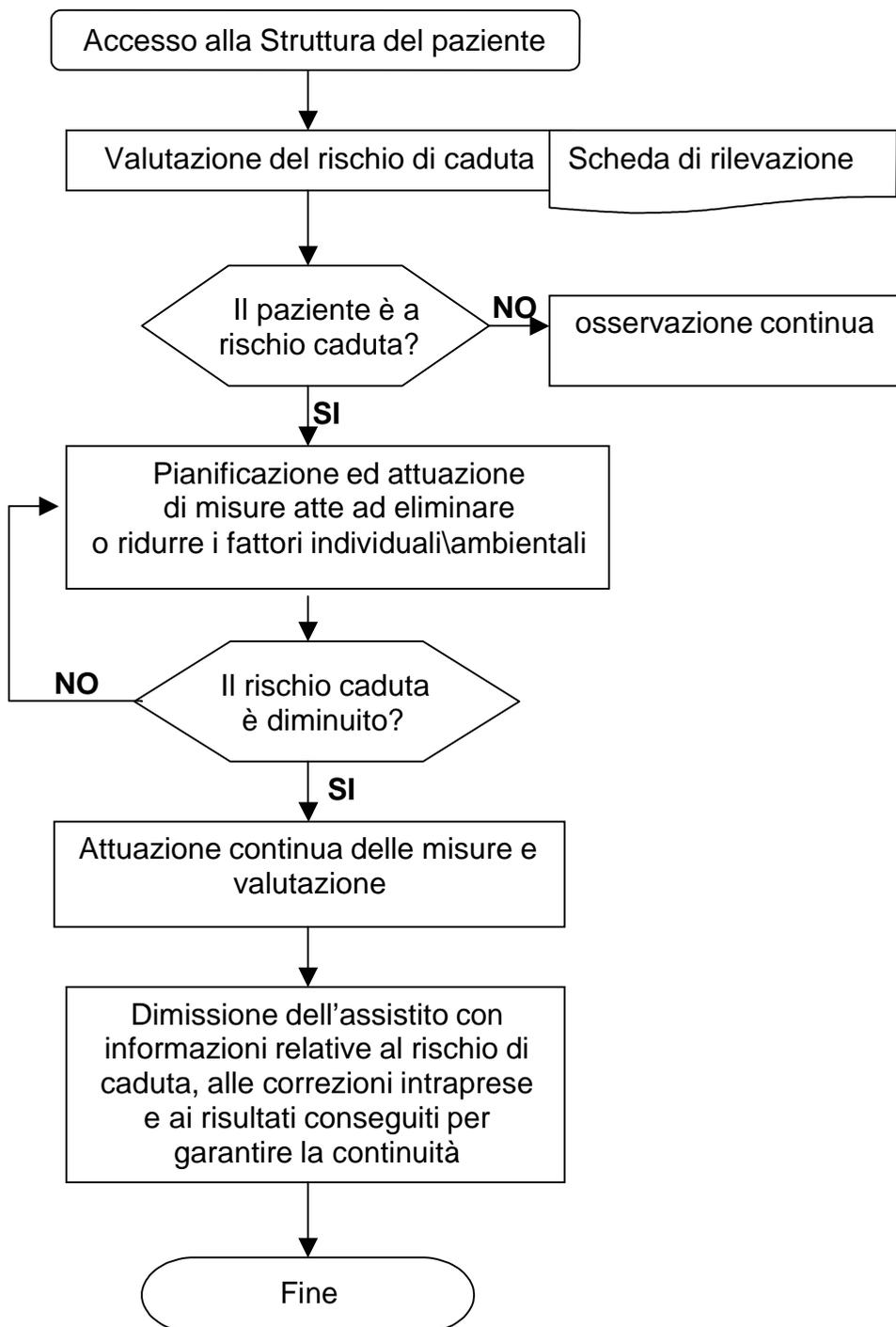
Allegato 4 Fattori di rischio individuali e possibili interventi

Fattori di rischio individuali	Possibili interventi
Età avanzata Pluripatologie	Attività fisiche e terapia motoria Informazioni, spiegazioni e formazione su fattori di rischio, fonti di pericolo, misure preventive e comportamento in caso di caduta Sostegno delle risorse disponibili Sviluppo della competenza motoria
Limitazioni della mobilità: - disturbo dell'andatura - debolezza degli arti inferiori - utilizzo non appropriato degli ausili per la deambulazione - disturbi dell'equilibrio - paura delle cadute – sindrome post- fall	Corretto impiego di ausili per la deambulazione, sedie a rotelle e altri presidi che corrispondono ai criteri sulla sicurezza Invito a usare gli ausili Attività fisiche e terapia motoria Rieducazione motoria precoce Cura del piede al fine di trattare eventuali unghie incarnite, occhi di pernice, vesciche, etc Sviluppo della competenza motoria
Anamnesi di pregresse cadute	Ricerca delle cause Maggiore vigilanza Impiego di protettori Informazioni, spiegazioni e formazione su fattori di rischio, fonti di pericolo, misure preventive e comportamento in caso di caduta Sviluppo della competenza motoria
Necessità di aiuto per andare in bagno: - incontinenza urinaria e/o fecale - maggiore frequenza urinaria e di evacuazione	Maggiore vigilanza Gestione dell'incontinenza e accompagnamento tempestivo al bagno Impiego di calzini antiscivolo
Varie limitazioni come conseguenza di: - agitazione - delirio - vertigini - ridotta capacità di giudizio - limitazioni cognitive - ridotto orientamento	Maggiore vigilanza Informazioni, spiegazioni e formazione su fattori di rischio, fonti di pericolo, misure preventive e comportamento in caso di caduta Sviluppo della competenza motoria Conoscenza dell'ambiente circostante e predisposizione di dispositivi di sicurezza Prevenzione e trattamento del delirio e dello stato confusionale Riduzione dell'impiego di misure che limitano la libertà di movimento
Farmaci che aumentano il rischio di caduta Polifarmacologia	Rivalutazione del trattamento farmacologico Controllo del ritmo cardiaco e della pressione
Limitazioni sensoriali e sensibili: - ridotta capacità visiva - polineuropatie	Esame dell'acuità visiva e impiego di occhiali Informazioni, spiegazioni e formazione su fattori di rischio, fonti di pericolo, misure preventive e comportamento in caso di caduta Sviluppo della competenza motoria Adeguamento dei letti alle esigenze degli Assistiti Calzature e vestiario adeguati
Misure che limitano la libertà di movimento	Riduzione dell'impiego di misure che limitano la libertà di movimento Maggiore vigilanza Conoscenza dell'ambiente circostante e predisposizione di dispositivi di sicurezza Impiego di protettori Rivalutazione del trattamento farmacologico
Calzature e vestiario inadeguati	Calzature e vestiario adeguati Impiego di calzini antiscivolo
Altezza del letto inadeguata	Adeguamento dei letti alle esigenze degli assistiti
Insufficiente illuminazione	Adeguata illuminazione Conoscenza dell'ambiente circostante e predisposizione di dispositivi di sicurezza
Pavimenti non adeguati (scivolosi, bagnati, riflettenti, etc.)	Pavimenti adeguati Rivestimenti dei pavimenti antiscivolo, con colorazione semplice ed opaca Dispositivi di sicurezza nelle operazioni di pulizia e di

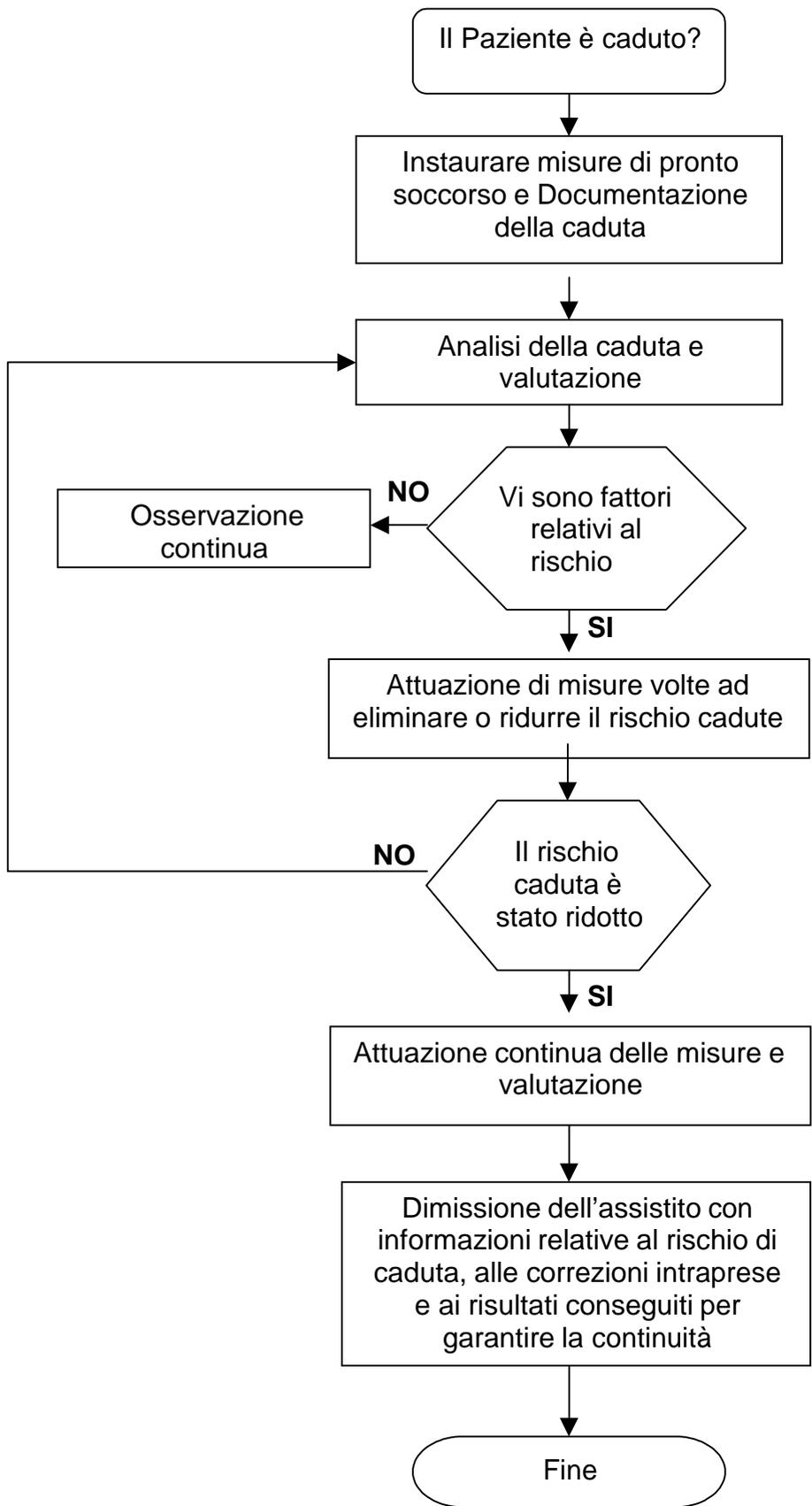
Fattori di rischio individuali	Possibili interventi
Ostacoli che possono fare inciampare	Eliminazione di barriere quali possibili causa di caduta Conoscenza dell'ambiente circostante e predisposizione di dispositivi di sicurezza Evitare di lasciare oggetti in giro (ad es. biancheria, carrelli, sedie a rotelle non in stato di stop, tavolini, supporti per la flebo, etc.) Adeguamento dei letti alle esigenze degli assistiti Creazione di corsie libere da ostacoli, che agevolino il movimento degli assistiti
Ambiente estraneo e mancanza di dispositivi per la sicurezza	Conoscenza dell'ambiente circostante e predisposizione di dispositivi di sicurezza Adeguamento dei letti alle esigenze degli assistiti
Carenza di ausili per la deambulazione	Corretto impiego di ausili per la deambulazione, sedie a rotelle e altri presidi Istruzioni per un corretto uso degli ausili

Fattori di rischio ambientali e possibili interventi (secondo Bachner et al., 2009)

Allegato 5 Procedura per la prevenzione primaria delle cadute



Allegato 6 Procedura per affrontare le cadute





ORIGINALE

COPIA

IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 1668 del 22-12-2017

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.l.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(Firma del proponente)

OGGETTO: Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero (Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute - Modifiche ed integrazioni alla delibera aziendale n. 1110 del 24.08.2015). ADOZIONE.

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno: **27 DIC. 2017**

ai sensi dell'art.124 c.1 L.vo 267/2000, per giorni 15

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine*

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :

n . del
n . del
n . del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

Il presente provvedimento è reso immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

PROPOSTA DI DELIBERA

Oggetto: Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero (Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute - Modifiche ed integrazioni alla delibera aziendale n. 1110 del 24.08.2015). ADOZIONE.

Il Dott. Lucio Visconti, Direttore della U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico

PREMESSO che:

- La ASL di Avellino ha attivato diverse iniziative di gestione del rischio clinico e tra queste la implementazione delle Raccomandazioni predisposte dal Ministero della Salute per il miglioramento della sicurezza dei pazienti; implementazione che rientra, tra l'altro, tra gli adempimenti LEA, come viene confermato dal Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 14 del 01.03.2017 "Programmi Operativi 2016-2018. Approvazione";
- Il Ministero della Salute ha emanato dal 2005 ad oggi n. 17 Raccomandazioni e tra queste la n. 13, dal titolo: **"Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie"**;

VISTI:

- *Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2.* Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ... si impegnano a promuovere presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali ...;
- *Decreto 11 dicembre 2009, G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010.* Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES);
- *Piano Sanitario Regionale 2011-2013: 9.2 Clinical Governance e Sicurezza delle cure.* La sicurezza dei pazienti è una delle fondamentali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Obiettivi di un programma aziendale sono:
... Monitorare l'applicazione operativa delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la riduzione degli errori e dei rischi di errori e garantire un feedback informativo ...;
- *D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n. 189 art. 3 bis, comma 1:* "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari", Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella;
- *Programmi Operativi 2013-2015 in prosieguo del Piano di rientro DCA n. 82 del 5/07/2013 Programma 18: Sicurezza e Rischio Clinico.*
Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.;
- *Patto della Salute 2014-2016.* Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e Tavolo per la verifica degli adempimenti – Tra gli adempimenti che vengono sottoposti a verifica c'è l'adozione formale e successiva implementazione dei documenti ministeriali (Raccomandazioni ministeriali, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e checklist, ecc.);
- *Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. GU n. 127 del 4.6.2015. 5. Standard generali di qualità. 5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I livello.* Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di Gestione del rischio clinico - Sistema di segnalazione degli eventi avversi ...;
- *Legge di stabilità 2016 – 28 dicembre 2015 n. 208*
ART. 1, comma 538 La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente;

- Decreto Commissario ad Acta Regione Campania n. 14 del 01.03.2017: "Programmi Operativi 2016-2018. Approvazione", intervento 14.4 – Rischio clinico e sicurezza dei pazienti – Rif. Adempimenti LEA: lett. as) Questionario LEA. Azione 14.4.1 – Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali. Tra gli obiettivi: Implementazione da parte delle Aziende Sanitarie di almeno 12 Raccomandazioni rispetto alle 17 emanate dal Ministero della Salute, da parte di almeno l'80% del totale delle Aziende Sanitarie della Regione;
- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

CONSIDERATO:

Che l'implementazione e il monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali sono vincolanti ai fini della valutazione positiva degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale della ASL nell'ambito dei LEA per il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti;

RITENUTO:

- Essenziale recepire e implementare nell'intera ASL le 17 Raccomandazioni Ministeriali, assicurandone la conoscenza e l'applicazione da parte di tutti gli operatori sanitari tramite trasmissione e comunicazione a tutti i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Unità Operative sanitarie complesse e semplici dipartimentali anche attraverso il sito istituzionale dell'Azienda;
- Rendere le Raccomandazioni facilmente reperibili da parte di tutti gli operatori sanitari con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione dedicata al Rischio Clinico;

VISTO:

- la nota prot. n. 0868037 del 19/12/2014 della G. R. C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si ribadisce, tra l'altro, che *"Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi sentinella sono documenti utili, indiscutibilmente, per il perseguimento dell'obiettivo aziendale della prevenzione, del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure"*;
- la deliberazione aziendale n. 607 del 23.04.2015, ad oggetto: "DCA n. 105/2014: linea progettuale 16.1 "Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management – Piano di lavoro – avvio attività – presa atto", con la quale si prende atto del piano di lavoro relativo alla realizzazione nell'ambito dei Presidi Ospedalieri Aziendali della linea progettuale 16.1 e che prevede, tra gli obiettivi specifici la "Diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi avversi", tra le azioni a farsi: l'adozione delle Raccomandazioni Ministeriali ed il monitoraggio delle Raccomandazioni implementate;
- la nota prot. n. 0693421 del 15/10/2015 e la nota prot. n. 0235421 del 06/04/2016 della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si invitano le Aziende sanitarie ed ospedaliere, in adempimento a quanto richiesto dal Ministero della Salute al tavolo LEA, ad adottare, contestualizzandole opportunamente, le Raccomandazioni ministeriali per la prevenzione/riduzione del rischio clinico;
- Le note della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. n. 298101 del 26.04.2017 ad oggetto "Raccomandazioni ministeriali prevenzione "eventi sentinella" – Apertura monitoraggio 2017 su piattaforma web AgeNaS", prot. n. 437864 del 23.06.2017, ad oggetto: "adempimenti LEA – Rischio Clinico e sicurezza dei Pazienti, lett. AS" e prot. n. 444600 del 28.06.2017, ad oggetto: "Adempimenti D.M. 11.12.2009 (SIMES), Flusso informativo anno 2016";

VISTO altresì:

- Che con delibera aziendale n. 1110 del 24.08.2015, viene adottata la Procedura Aziendale relativa alla prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;
- Che con Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 48 del 03/07/2017 pubblicato sul BURC n. 53 del 3 luglio 2017, ad oggetto: "Piano Regionale Cadute. Documento d'indirizzo per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania", viene approvato il documento "Piano Regionale prevenzione cadute" e si prevede l'adozione da parte delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere, Ospedaliere Universitarie, IRCCS del relativo "Piano Aziendale prevenzione cadute" entro il 31.12.2017, si prevede altresì che le Aziende Sanitarie, Ospedaliere, Ospedaliere Universitarie, IRCCS entro il

termine previsto elaborino o revisionino una procedura aziendale per l'implementazione della Raccomandazione ministeriale n. 13 che recepisca le indicazioni contenute nel Piano Regionale e si stabilisce che una volta implementata la procedura, il documento venga revisionato almeno ogni due anni;

RITENUTO pertanto:

Di dover revisionare la procedura aziendale già adottata con delibera n. 1110 del 24.08.2015 con un nuovo "Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero, che recepisca le indicazioni del succitato Piano Regionale;

VISTO

il nuovo "Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero", che, allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO CHE:

il Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico ha prima informato i Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri Aziendali con nota prot. n. 620-QA del 20.09.2017 sull'approvazione del nuovo "Piano Regionale Prevenzione Cadute" e successivamente ha trasmesso con mail del 13 dicembre 2017 agli stessi Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri Aziendali la bozza del nuovo Piano Aziendale Prevenzione Cadute per la necessaria verifica;

DATO ATTO CHE:

- Tutta la documentazione originale a supporto del presente atto è depositata e custodita presso la U.O.C. proponente;

DICHIARATA la regolarità giuridico amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;
Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore

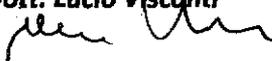
PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

L'adozione del presente provvedimento e, nello specifico:

1. L'adozione del **Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero (Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute - Modifiche ed integrazioni alla delibera aziendale n. 1110 del 24.08.2015), che, allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;**

Direttore U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico

Dott. Lucio Viscanti



IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino, Dott.ssa Maria Morgante, nominato con D.G.R.C. n. 427 del 27/07/2016 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.179 del 01/08/2016, coadiuvato dal Direttore Amministrativo dr. Ferdinando Memoli e dal Direttore Sanitario Dott.ssa Emilia Anna Vozzella ha adottato la seguente delibera:

Vista

la suesposta proposta del Direttore dell' U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico. avente ad oggetto: **"Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero (Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute - Modifiche ed integrazioni alla delibera aziendale n. 1110 del 24.08.2015). ADOZIONE"**;

Preso atto

- Dell'espressa dichiarazione di regolarità giuridico amministrativa resa dal Direttore dell' U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico, a seguito della istruttoria dallo stesso effettuata e come dallo stesso attestato ed articolato;
- Di tutto quanto riportato nella proposta di delibera;

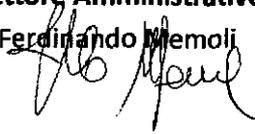
Ritenuto

Di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell' U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e sulla scorta ed in conformità della stessa;

Con i pareri favorevoli resi, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento;

Il Direttore Amministrativo

Dr. Ferdinando Memoli



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emilia Anna Vozzella

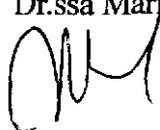


DELIBERA

- **di prendere atto**, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell' U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e sulla scorta ed in conformità della stessa;
- **di adottare** il "Protocollo aziendale per la gestione del paziente a rischio cadute in ambiente ospedaliero (Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute - Modifiche ed integrazioni alla delibera aziendale n. 1110 del 24.08.2015); che, allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
- **di revocare** la delibera n. 1110 del 24.08.2015, sostituita integralmente dal presente provvedimento;
- **di disporre** che il presente provvedimento sia pubblicato sul sito web istituzionale, sezione Gestione Rischio Clinico, a cura del Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico, in maniera tale che ne sia data comunicazione a tutti i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Unità Operative sanitarie complesse e semplici dipartimentali;
- **di incaricare** i Direttori Sanitari dei Presidi ospedalieri di monitorare semestralmente l'implementazione e l'osservanza della Raccomandazione Ministeriale da parte dell'intero personale sanitario;
- **di stabilire** che la Raccomandazione de quo è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità, valutate dai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e dal Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico; comunque e di norma va fatta una revisione con cadenza almeno biennale;
- **di dare mandato** agli stessi Direttori dei Presidi Ospedalieri di organizzare – di concerto con il Responsabile della UOSD Formazione, specifici eventi formativi affinché tutti gli operatori sanitari coinvolti mantengano le appropriate conoscenze e abilità secondo i diversi profili professionali;
- **di inviare** la presente deliberazione ai sensi della normativa vigente al Collegio Sindacale, ai Direttori Sanitari dei tre Presidi Ospedalieri che provvederanno a darne comunicazione a tutto il personale ospedaliero di propria competenza, al Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico che provvederà a darne comunicazione ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, ai Direttori di Dipartimento e di Distretto, attraverso la pubblicazione della Raccomandazione nella sezione dedicata del sito istituzionale dell'Azienda ed alla GRC Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale con invio a mezzo mail.

Il Direttore Generale

Dr.ssa Maria Morgante



**AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVELLINO**



**PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA
GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO
CADUTE IN AMBIENTE
OSPEDALIERO**

2017

**PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO CADUTE
IN AMBIENTE OSPEDALIERO
PRESIDI OSPEDALIERI DI ARIANO IRPINO - DI SANT'ANGELO DEI LOMBARDI
E DI SOLOFRA**

Data di emissione
24/8/2015
I Revisione
Dicembre 2017

Indice

Premessa

1. Introduzione
 2. Epidemiologia delle cadute
 3. Obiettivi
 - 3.1 Ambito di applicazione
 - 3.2 Matrice di responsabilità
 4. Fattori di rischio
 - 4.1 Misure preventive
 - 4.1.1 Interventi per la prevenzione del rischio cadute
 - 4.2 La scala di Conley
 5. Valutazione del rischio caduta
 - 5.1 Valutazione dei rischi cadute relativi allo stato clinico del paziente
 - 5.1.1 Valutazione dei rischi ambientali, dei dispositivi e presidi
 6. Strumenti e modalità operative di prevenzione, gestione e analisi dell'evento caduta
 - 6.1 Strumenti di valutazione dei fattori di rischio estrinseco
 - 6.2 Strumenti di valutazione dei fattori di rischio intrinseco di caduta
 - 6.3 Strumenti di classificazione del rischio
 7. Strumenti per la prevenzione della caduta: misure di prevenzione, fattori di protezione e precauzione
 - 7.1 Interventi multifattoriali
 - 7.2 Terapia farmacologica
 - 7.3 Strumenti e gestione del paziente caduto
 8. Segnalazione delle cadute
 - 8.1 Segnalazione della caduta come evento sentinella
 9. Formazione e informazione
 - 9.1 Formazione ed informazione del personale sanitario
 - 9.2 Informazione ed educazione dei pazienti e dei familiari/caregivers
- Raccomandazioni generali

Stesura	Verifica	Approvazione e autorizzazione emissione
Dott. L. Visconti	Direttore Sanitario P.O Ariano Irpino Dott. O. Savino Direttore Sanitario P.O. Solofra Dott. F. Guerriero Direttore Sanitario P.O. S. Angelo dei Lombardi Dott. A. Frieri	Direttore Sanitario Aziendale Dott.ssa E. A. Vozzella Direttore Generale Dr.ssa M. Morgante Direttore Amministrativo Dr. F. Memoli

F. Memoli
2

Premessa

Si definisce *caduta* un "improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni".

Le cadute e i danni ad esse correlati sono da considerarsi come un problema rilevante sia per la frequenza che per la gravità delle conseguenze. Secondo l'OMS è da tenersi in considerazione per questa problematica anche l'accrescersi dell'aspettativa di vita, visto e considerato che con l'avanzare dell'età, aumenta il rischio di caduta e i danni che ne conseguono.

Secondo il protocollo ministeriale di Monitoraggio degli eventi sentinella, *l'evento caduta mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori pazienti /familiari. In particolare l'evento può essere dovuto ad una sottovalutazione dei fattori di rischio legati ai pazienti (ad esempio età, precedenti cadute, assunzione di determinati farmaci, deficit cognitivi, patologie concomitanti, calzature, abbigliamento inadeguato) o dei fattori di rischio legati all'ambiente (ad esempio pavimenti scivolosi, gradini non sicuri, carenza di illuminazione, mancanza di punti di appoggio).*

Oltre il protocollo ministeriale sopra citato, il tema in oggetto richiama l'attenzione dei più autorevoli organismi internazionali anche grazie all'importanza assunta negli ultimi anni dalla tematica del miglioramento della qualità con un riferimento particolare alla sicurezza delle cure/gestione del rischio.

Si evidenzia che, l'evento "cadute" viene considerato dall' OCSE uno degli indicatori di sicurezza da monitorizzare all'interno del progetto di costruzione di un sistema di indicatori uniformi tra i paesi membri; l'AHRQ pone l'evento "cadute" tra gli indicatori di sicurezza delle cure e infine la JCAHO pone tra i sei obiettivi per la sicurezza del paziente quello di ridurre il rischio di danni al paziente derivanti dalle cadute.

1. INTRODUZIONE

In ospedale, le cadute accidentali sono da includere tra gli eventi avversi, potenzialmente evitabili, indicatori di qualità assistenziale.

Anche se l'incidenza di tali fenomeni è prevalente nella popolazione anziana, l'evento può manifestarsi anche in soggetti più giovani; le cause possono essere attribuibili a patologie o a situazioni fisiologiche che la favoriscono. Nel caso specifico delle persone anziane, l'evento caduta, richiede un approccio multidisciplinare, articolato a diversi livelli, non solo per la frequenza

con cui si verifica ma anche e soprattutto per le conseguenze che ne possono derivare. Un approccio multidisciplinare può essere utile in materia di prevenzione e contenimento del rischio. In ambito ospedaliero, è importante capire gli incidenti che accadono e analizzarne i fattori e le condizioni che li hanno causati, individuando ad esempio quali sono i pazienti a rischio con opportuni strumenti di valutazione dei rischi.

A tal proposito, la Raccomandazione n. 13 per la “ *Prevenzione e la Gestione della Caduta del Paziente nelle Strutture Sanitarie* ”, pubblicata dal Ministero della Salute si pone come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie e può trovare utile applicazione anche per la riduzione del rischio per tale evento e per una appropriata ed efficace gestione del paziente a seguito di caduta.

Per affrontare la problematica in oggetto è stato individuato, un Gruppo di Lavoro a livello regionale, costituito dalla componente regionale e dalla componente aziendale - universitaria Rischio clinico.

La metodologia del Gruppo di Lavoro, ha previsto la suddivisione delle attività in tre fasi:

Ricognizione, con l’obiettivo di rilevare gli strumenti e le procedure in uso per la rilevazione delle cadute, la modalità di gestione delle informazioni.

Linea di Indirizzo, con l’obiettivo di fornire modalità operative di buona pratica nella prevenzione del rischio e nella gestione dell’evento.

Sperimentazione, monitoraggio e aggiornamento della Linea di Indirizzo, con l’obiettivo di avviare sperimentalmente l’utilizzo della linea di indirizzo su tutto il territorio regionale.

I risultati raggiunti dal Gruppo di Lavoro, sono presentati nel Piano Regionale Prevenzione cadute del 03.07.2017 e perseguono l’obiettivo di favorire l’implementazione in ogni azienda di procedure applicative in linea con la specifica Raccomandazione Ministeriale di cui sopra.

2. EPIDEMIOLOGIA DELLE CADUTE

Come già detto in precedenza, l’evento cadute rappresenta un problema significativo nell’ambito del ricovero in ospedale dei pazienti, soprattutto anziani. Oltre ai danni fisici, l’anziano in seguito a caduta sviluppa un senso di insicurezza che lo induce a limitare l’attività fisica compromettendo la propria autonomia e la qualità di vita.

Le cadute, secondo il Piano Regionale, sono classificate come:

CLASSIFICAZIONE CADUTE	
Cadute Prevedibili	Si verificano in pazienti che sono a rischio caduta
Cadute non Prevedibili	Cadute che non possono essere previste prima che si verifichino. Spesso si tratta di eventi a carico di pazienti senza deficit cognitivi i quali autonomamente hanno disatteso prescrizioni esplicitamente e formalmente indicate dal personale sanitario oppure di parenti, visitatori o utenti in aree comuni, sale d'attesa e stanze ambulatoriali.
Cadute Accidentali	Cadute attribuibili a fattori imprevisi o a fatalità anche a carico di soggetti non a rischio caduta.

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, l'8% come fisiologico imprevedibile, mentre il restante 78% rientrerebbe fra le cadute fisiologiche prevedibili. Gli esiti correlati all'evento caduta rappresentano per le strutture ospedaliere e residenziali una causa di maggiorazione dei costi dovuti al prolungarsi della degenza e alle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie. (Smartik, 2004; Morse, 1989). In Gran Bretagna un terzo della popolazione sopra i 65 anni cade e metà di questi soggetti cade almeno due volte. (Swift, 2001)

Approssimativamente il 40% delle persone cadute, riduce la propria attività dopo l'evento e tra il 40 e il 70% degli anziani riferisce di diminuire la propria attività per paura di cadere nuovamente, questo è un problema da non sottovalutare in quanto la perdita di sicurezza e la paura di cadere possono accelerare il declino funzionale e indurre depressione e isolamento sociale.

Circa il 20% delle cadute richiede un intervento medico; il 5 - 10% causa una frattura. Il 40% degli anziani ospedalizzati per una caduta ha una frattura dell'anca e il 7% di questi muore in seguito a caduta.

Ai fini del presente Piano, saranno presi in considerazione tutti gli eventi caduti occorsi nelle Aziende Sanitarie regionali ai pazienti ricoverati e assistiti in ambito ospedaliero, sono invece da escludersi gli eventi a carico di parenti, visitatori, operatori della struttura e pazienti ambulatoriali per i quali non risultano applicabili i contenuti della Linea di Indirizzo.

3.OBIETTIVI

Questo documento si propone di:

- aumentare le competenze e la sensibilità degli operatori sul tema delle cadute;
- adottare uno strumento di rilevazione del rischio di caduta dei pazienti;
- consolidare un sistema di rilevazione, analisi e monitoraggio delle cadute e delle loro cause;
- elaborare indicazioni operative per la prevenzione delle cadute dei pazienti.

3.1 Ambito di applicazione

COSA	Il documento si applica a tutti i pazienti assistiti in ambito ospedaliero (comprese RSA, Hospice ed altre strutture sanitarie di degenza)
A CHI	A tutti gli operatori coinvolti nel processo di assistenza e di cura
DOVE	In tutte le UOC/UOSD/UOS ospedaliere e territoriali di degenza
PER CHI	Il documento è a tutela di tutti gli assistiti in ambito ospedaliero

3.2 Matrice di responsabilità

La matrice di responsabilità assegna alle diverse personalità un ruolo di verifica e controllo sulle diverse fasi del processo. Contribuisce a evidenziare in modo immediato cosa deve essere fatto, chi lo deve fare e con quale ruolo organizzativo; formalizzare il ruolo non solo di coloro che dovranno effettivamente svolgere il lavoro ma anche di coloro che li dovranno supportare; creare consapevolezza dell'impatto di lavoro di ciascuno sul lavoro degli altri componenti del team; creare responsabilizzazione tra i componenti del team; favorire l'impegno anche da parte dei responsabili delle risorse coinvolte.

	FISIOTERAPISTA	INFERMIERE/ INF. PEDIATRICO/ OSTETRICA	MEDICO	OSS
Compilazione scheda valutazione paziente	R	R		
Attuazione interventi preventivi	R	R	R	R
Gestione paziente caduto Primo soccorso, dinamica evento	R	R	R	R
Gestione paziente caduto Valutazione clinica	C	C	R	
Informare la famiglia sull'evento caduta	C	C	R	
Compilazione scheda segnalazione caduta		R	R	
Invio scheda segnalazione in Direzione Sanitaria		R		

LEGENDA:

R: Responsabile

C: Collaborativo

4. FATTORI DI RISCHIO E MISURE DI PREVENZIONE

Il rischio caduta riguarda tutti i pazienti ospedalizzati. In particolare tutti i pazienti hanno un rischio generico di caduta.

La letteratura nazionale ed internazionale è concorde nell'affermare che le cause delle cadute dipendono da fattori di rischio intrinseci, correlati al paziente, e fattori di rischio estrinseci, correlati all'ambiente.

- *I fattori di rischio intrinseci* sono correlati allo stato clinico del paziente: anamnesi di precedenti cadute, età, farmaci assunti (farmaci sedativi sul sistema nervoso centrale, farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare, lassativi, diuretici etc.), patologie (patologie neuromuscolari, patologie del sistema nervoso, patologie cardiovascolari, infezioni del tratto urinario, ipossia, disidratazione, ipotensione ortostatica), ridotta/alterata mobilità, paura di cadere, deficit nutrizionale, deficit cognitivo, deficit visivo. Sono da considerarsi anche gli stati conseguenti all'anestesia (agitazione, confusione, disorientamento) e l'uso di ausili per la deambulazione.
- *I fattori di rischio estrinseci* sono rappresentati da elementi ambientali/strutturali o legati al malfunzionamento di dispositivi/presidi.

4.1 Misure preventive

Si distinguono:

MISURE PREVENTIVE	
Misure preventive universali	Interventi che devono essere messi in atto su tutti i pazienti, indipendentemente dal rischio rilevato
Misure preventive standard	Interventi che devono essere messi in atto su tutti i pazienti identificati a rischio maggiore
Misure preventive personalizzate	Si tratta di interventi ulteriori rispetto a quelli ricompresi nelle misure standard che possono essere messi in atto sui pazienti a rischio maggiore, al fine di personalizzare l'intervento di prevenzione

4.1.1 Interventi per la prevenzione del rischio cadute

L'intervento primario per prevenire le cadute accidentali consiste nella valutazione della persona, ovvero l'individuazione del paziente a rischio al fine di adottare le azioni di prevenzione più idonee.

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.

7 *Fuller*

Dall'analisi si evince che le scale di riferimento validate per la valutazione dei pazienti a rischio quali Conley, Tinetti, Stratify, Morse etc..., sono strumenti dotati di scarsa specificità e sensibilità e si rende quindi necessaria l'integrazione di ulteriori elementi tra le scale.

A livello nazionale le Regioni hanno modificato ed integrato le varie scale personalizzandole e hanno introdotto un sistema, attraverso l'utilizzo di check list di valutazione ambientale specifiche, per effettuare una verifica sugli ambienti e sulle strutture che possono aggravare il rischio per i pazienti fragili e non solo.

I seguenti interventi risultano essere i più comuni ed efficaci nella prevenzione delle cadute:

- Revisione post - caduta: valutare le potenziali cause di quella specifica caduta e correggere i possibili fattori contribuenti;
- Educazione del paziente;
- Formazione del personale.

4.2 La scala di Conley

La scala di Conley è una scala di valutazione ordinale che considera sei tipologie di fattori che permettono di classificare il rischio caduta.

I primi tre fattori sono raccolti dal rilevatore, intervistando direttamente il paziente o i familiari o l'infermiere a cui è assegnato il paziente, mentre i rimanenti tre sono rilevati mediante osservazione diretta.

Ad ogni risposta è attribuito un punteggio; al termine della valutazione si calcola il punteggio complessivo ottenuto e quindi la presenza o meno del rischio di caduta del paziente; è individuato un valore soglia, relativo al punteggio di almeno 2/10.

I primi tre elementi sono definiti con:

- ❖ precedenti cadute entro i tre mesi antecedenti la compilazione
- ❖ vertigini o capogiri entro i tre mesi antecedenti la compilazione
- ❖ perdita di feci e/o urine durante il tragitto per recarsi al bagno entro i tre mesi precedenti la compilazione

Con gli ultimi tre elementi della scala di valutazione, si va a stimare il deterioramento cognitivo sulla base dell'osservazione infermieristica

- ❖ compromissione della marcia
- ❖ agitazione
- ❖ deterioramento della capacità di giudizio

Da uno studio effettuato dalla National Patient Safety Agency, basato sull'analisi dei dati di Incident Reporting si è dimostrato che l'attribuzione di punteggi rischio di caduta non è un aspetto

8 *Felli*

essenziale della politica di prevenzione delle cadute e che l'utilizzo della scala di Conley può definirsi utile ai fini della prevenzione delle cadute dei pazienti solo se associato a strumenti di intervento preventivo mirato.

Qualsiasi strumento si utilizzi è necessario testarlo nello specifico contesto di cura.

5. VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

La valutazione del rischio è un procedimento per identificare le persone a rischio di caduta che deve essere realizzata su tutte le persone ricoverate entro 24 ore, qualora le condizioni del paziente si modifichino e dopo eventuali cadute. Il valore ottenuto andrà riportato sulla scheda di rilevazione.

Le cadute possono non avere esiti clinici per il soggetto ovvero avere esiti lievi, gravi e addirittura letali come conseguenza dell'impatto e/o delle condizioni di salute del soggetto stesso. La gravità dell'esito può essere classificata secondo la definizione fornita dal Protocollo Ministeriale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella.

Tipologia di danno grave

Morte
Disabilità
Coma
Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
Re intervento chirurgico
Rianimazione cardiorespiratoria
Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
ALTRO

5.1 Valutazione dei rischi cadute relativi allo stato clinico del paziente.

La caduta è un evento multifattoriale in cui entrano in gioco molti ordini di cause (fisiche, neuro cognitive, bio-metaboliche, emodinamiche, ecc.), oltre a vari aspetti inerenti il grado di autonomia del paziente nella vita quotidiana. I principali fattori di rischio riferibili alle condizioni generali del paziente identificati dalla letteratura scientifica sono l'età > 65 anni, l'anamnesi positiva per precedenti cadute, l'incontinenza, il deterioramento dello stato mentale e delle funzioni neuromuscolari, le patologie cardiovascolari e neurologiche, la dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, la riduzione del visus, le deformazioni o patologie del piede, la paura di cadere e tutte le condizioni che possono compromettere la stabilità posturale e

la deambulazione, condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio temporale del paziente, causare episodi ipotensivi e aumentare la frequenza minzionale.

Inoltre, la politerapia e l'assunzione di farmaci che influenzano lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa e le variazioni di posologia sono da considerarsi fattori di rischi aggiunti.

(Allegato 1)

5.1.2 Valutazione dei rischi ambientali, da dispositivi e presidi

Le caratteristiche dell'ambiente della struttura sanitaria incidono sul rischio di caduta del paziente. La programmazione della valutazione periodica dei rischi ambientali determinati dagli aspetti strutturali con cui il paziente è in contatto, della verifica scadenzata dei presidi e dei mezzi di movimentazione pazienti nonché il ricorso sistematico alle necessarie azioni preventive per l'approvvigionamento dei presidi e alle azioni correttive in caso di inadeguato funzionamento sono ritenuti fondamentali per la prevenzione e la protezione del rischio di caduta.

6. STRUMENTI E MODALITA' OPERATIVE DI PREVENZIONE, GESTIONE E ANALISI DELL'EVENTO CADUTA.

6.1 Strumenti di valutazione dei fattori di rischio estrinseco

L'azienda deve responsabilizzarsi alla valutazione proattiva degli aspetti organizzativi e delle caratteristiche ambientali ed ergonomiche sia della struttura che dei presidi/ausili personali o sanitari impiegati.

L'inventario dei mezzi di movimentazione deve essere disponibile presso la Direzione Sanitaria Aziendale e presso le Direzioni Mediche di Presidio e che sia periodicamente aggiornato e deve inoltre, essere prevista una valutazione periodica dei rischi ambientali determinati dagli aspetti strutturali con il paziente è in contatto, ed una verifica scadenzata dei presidi e dei mezzi di movimentazione dei pazienti.

A tal proposito, si raccomanda l'utilizzo di una check list che contenga i principali fattori di rischio cadute relativi ai rischi ambientali e di verifica per i presidi a cura del C.P.S.E di Reparto e una check list di verifica per i rischi ambientali/strutturali a cura di una apposita Commissione di presidio, nominata dal Direttore Sanitario del P.O., nella quale deve essere presente un operatore dell'ufficio tecnico Aziendale. (Allegato 2; Allegato 3).

Al presente piano vengono allegate due schede di valutazione del rischio estrinseco (ambientale), in particolare:

- ***La scheda di valutazione dei rischi ambientali/dispositivi/presidi a cura del C.P.S.E di Reparto [Allegato2]***

- **La scheda di valutazione dei rischi ambientali/strutturali a cura della Commissione apposita [Allegato3]**

Il programma di valutazione dei rischi ambientali deve prevedere una cadenza prestabilita per l'osservazione degli ambienti della struttura guidati dalla check list.

Una volta compilata e debitamente firmata, la check list andrà inviata in copia protocollata a:

- Direzione Medica di Presidio;
- Referente Aziendale Rischio Clinico.

Devono essere inclusi tra gli elementi valutati dalla check list per la sicurezza ambientale:

- i **pavimenti** non debbono essere umidi, scivolosi e/o sconnessi;
- i corridoi, di adeguata larghezza, debbono essere dotati di corrimano e non ingombrati da arredi potenzialmente causa di inciampo o scivolamento;
- **le scale** devono essere provviste di corrimano ed i gradini resi antiscivolo;
- **le dimensioni dei bagni** devono consentire il passaggio delle carrozzine e gli spostamenti del paziente e, in questi ambienti, devono essere garantiti adeguati punti di appoggio (es. maniglie doccia/vasca, corrimano).

Si deve prevedere l'utilizzo di uno strumento di valutazione, griglia/check list che consenta di identificare i principali fattori di rischio riferibili ai presidi, agli ausili di deambulazione, ed ai mezzi di movimentazione, e che permetta di valutare se sono adeguati e sottoposti a corretta manutenzione:

- l' **altezza del letto e della barella** deve essere regolata in modo che il paziente possa poggiare facilmente i piedi sul pavimento; eventuali spondine debbono essere rimuovibili, adattabili in altezza e possibilmente modulari, eventuali ruote e freni devono essere funzionanti e controllati periodicamente;
- i **tappeti** debbono essere utilizzati solo se con caratteristiche antiscivolo e se fissati sul pavimento, nella doccia, nella vasca da bagno;
- il **campanello o il pulsante di chiamata** deve essere funzionante e reso facilmente accessibile al paziente, dal letto o dalla sedia/poltrona e nel bagno, ogni qualvolta l'operatore si allontana da lui. I guasti devono essere prontamente riparati o sostituiti;
- **poggia - piedi, tavolini o eventuali altri ostacoli**, che possono costituire pericolo per il movimento e per la stabilità del paziente, devono essere rimossi;
- l'**illuminazione degli ambienti**, in particolar modo quella notturna vicino al letto e al bagno,

deve essere idonea e gli interruttori visibili al buio. I guasti devono essere prontamente riparati;

- gli spigoli vivi e gli oggetti potenzialmente taglienti devono essere eliminati;
- i mezzi di movimentazione malati e gli ausili per la deambulazione devono essere adeguati (es. carrozzine con braccioli e poggiapiedi estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza ed altezza da terra dello schienale adeguati).

La check list originale deve essere tenuta in archivio nella U.O. di riferimento.

Qualora ricorrano non conformità o gravi carenze strutturali o materiali, le stesse dovranno essere sanate prima della successiva verifica e la check list potrà essere utile al fine di determinare gli specifici interventi migliorativi ambientali o materiali.

6.2 Strumenti di valutazione dei fattori di rischio intrinseco di caduta

Ciascuna azienda deve responsabilizzarsi alla valutazione degli aspetti relativi alle condizioni del paziente, quali l'età, la patologia motivo del ricovero, gli interventi/procedure cui deve essere sottoposto, le comorbidità, le terapie farmacologiche e il livello di autonomia della persona.

In particolare, ciascuna Azienda deve prevedere l'utilizzo di uno strumento di valutazione (scala) che consenta di identificare i principali fattori di rischio riferibili alle condizioni generali del paziente:

- l'età > 65 anni;
- l'anamnesi positiva per precedenti cadute;
- l'incontinenza;
- il deterioramento dello stato mentale;
- il deterioramento delle funzioni neuromuscolari;
- le patologie cardiovascolari e neurologiche;
- la dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, rilevabile attraverso apposite scale;
- la riduzione del visus;
- le deformazioni o patologie del piede (Es. alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee);
- la paura di cadere.

La scala deve consentire di identificare come soggetti particolarmente a rischio i pazienti affetti da patologie che possano:

- compromettere la stabilità posturale e la deambulazione;
- condizionare lo stato di vigilanza o l'orientamento spazio temporale del paziente;
- causare episodi ipotensivi;
- aumentare la frequenza minzionale.

La scala deve consentire di valutare, durante il trattamento farmacologico, il rischio correlato alle seguenti situazioni:

- assunzione di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa;
- politerapia, in cui i pazienti che assumono 4 o più farmaci possono essere ad alto rischio di caduta;
- variazione della posologia con un incremento del dosaggio del farmaco.

Un'attenzione specifica deve essere posta ai pazienti in barella, che deve essere considerato sempre a rischio caduta.

La valutazione deve essere effettuata all'ammissione al ricovero o, comunque, nel più breve tempo possibile in quanto le cadute si presentano più frequenti nei primi giorni di degenza ed effettuata per il successivo monitoraggio durante il ricovero.

Deve essere programmata una rivalutazione almeno:

- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche)
- a seguito di episodio di caduta;
- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati, in ogni tipo di struttura di ricovero;
- prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura e prima della dimissione, se necessario, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio;
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta.

Al presente piano viene messa a disposizione delle Aziende Sanitarie Campane una check list di valutazione del rischio intrinseco individuale del paziente.(Allegato 1). Tale check list integra la scala di Conley con la valutazione obiettivo - anamnestica relativa ai disturbi neurologici e dell'apparato locomotore e dei disturbi della sfera psico - sensoriale evidenziati dall'analisi della letteratura scientifica come fattori di rischio caduta non contemplati dalla sola scala di Conley.

Ai fini di una più completa classificazione del paziente, la check list prevede che siano rilevati eventuali farmaci che per numerosità o tipologia rappresentano un fattore di rischio ulteriore. La

check list è corredata dall' indicazione del livello di rischio rilevato e prevede che siano esplicitati misure di prevenzione, fattori di prevenzione, fattori di protezione e precauzione adottati in base alla tipologia del rischio rilevato.

6.3 Strumenti di classificazione del rischio

L'Azienda deve classificare i pazienti in base al livello di rischio, tenendo conto, di minima, della distinzione in:

RISCHIO MINIMO	il rischio generico di caduta che deve essere attribuito a tutti i pazienti, anche quelli che risultano privi di rischi specifici dopo valutazione con apposita scala.
RISCHIO MAGGIORE	il rischio aggiuntivo di caduta che viene attribuito ai pazienti che risultano avere rischi specifici dopo valutazione con apposita scala

La check list prevede che siano considerati a rischio maggiore di caduta i pazienti per i quali sia stato rilevato almeno un SI nei campi Anamnesi o Terapia e/o con un punteggio uguale o superiore a 2/10 alla scala di Conley.

7. STRUMENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CADUTA:

MISURE DI PREVENZIONE, FATTORI DI PROTEZIONE E PRECAUZIONE.

L' azienda deve mettere in atto misure di prevenzione congrue con il livello e il tipo di rischio valutato per ciascun paziente.

In particolare, devono essere attuate:

- misure preventive universali su tutti i pazienti, indipendentemente dal rischio rilevato;
- misure preventive standard su tutti i pazienti identificati a rischio maggiore;
- misure preventive personalizzate, cioè interventi ulteriori rispetto a quelli ricompresi nelle misure standard che possono essere messi in atto sui pazienti a rischio maggiore, al fine di personalizzare l'intervento di prevenzione.

Tra le misure preventive universali vanno considerate e indicate nel piano assistenziale individuale (PAI):

misure rivolte alla persona, che tutto il personale coinvolto nell'assistenza deve attuare:

- ❖ identificare i bisogni di sicurezza del paziente per minimizzare il rischio di caduta;
- ❖ orientare il paziente e/o il caregiver nell'ambiente di cura e all'utilizzo dei presidi/sistemi di chiamata;
- ❖ far familiarizzare il paziente con l'ambiente;
- ❖ assicurarsi che il paziente sappia dove sono i suoi oggetti personali e che vi possa accedere in sicurezza;

- ❖ accertarsi che il sistema di chiamata sia facilmente raggiungibile, spiegarne il funzionamento, verificando che l'utente lo sappia utilizzare, e incoraggiarlo a chiamare in caso di bisogno. Il sistema di chiamata deve essere reso accessibile al paziente dal letto o dalla sedia/poltrona, nel bagno o altro ambiente;
- ❖ insegnare il funzionamento del sistema di illuminazione, raccomandazione l'utilizzo nelle ore notturne;
- ❖ insegnare il funzionamento del letto (alzare e abbassare l'altezza, bloccare le ruote);
- ❖ insegnare il funzionamento della carrozzina (freni e poggiatesta);
- ❖ informare/educare il paziente e/o il caregiver sulle strategie di prevenzione delle cadute, quali:
 - le manovre corrette per effettuare i cambiamenti posturali (in particolare nel passaggio dalla posizione sdraiata a quella ortostatica);
 - l'importanza di recarsi in bagno per lo svuotamento della vescica (regolarmente e prima del riposo notturno), e all'insorgenza del bisogno evacuativo senza attendere l'urgenza;
 - porre attenzione durante l'igiene personale al rischio di scivolamento (ad esempio, doccia, pavimento bagnato,...) e di perdita dell'equilibrio (ad esempio, inciampo, ricorso a posizioni instabili,...);
- ❖ suggerire al paziente l'utilizzo di un abbigliamento comodo (pratico da indossare) e di calzature della giusta misura, chiuse, con suola antiscivolo e usate in modo appropriato;
- ❖ raccomandare l'utilizzo delle protesi acustiche e degli occhiali a chi abitualmente le indossa;
- ❖ incoraggiare la partecipazione ad attività funzionali ed esercizi al più alto livello possibile per il paziente;
- ❖ porre attenzione nell'assegnazione degli ausili per la deambulazione e la movimentazione alle loro caratteristiche e dimensioni;
- ❖ favorire la rimozione tempestiva di dispositivi che possono limitare il movimento del paziente (per esempio, catetere vescicale, drenaggio, infusioni,...), compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente.

Nei pazienti con rischio maggiore, oltre alle misure di prevenzione universali, devono essere sempre messe in atto delle ulteriori misure, coerenti con le caratteristiche del paziente da riportare nel PAI.

Tali misure sono:

- informare il paziente e/o il caregiver della presenza del rischio caduta e dell'importanza di promuovere la loro collaborazione nell'adozione delle misure preventive;
- spiegare al paziente e/o il caregiver della presenza di informare il personale prima di recarsi in bagno o altri spostamenti;
- istruire i pazienti maschi ad urinare da seduti in bagno;
- prestare particolare attenzione durante il trasferimento del paziente dal letto alla barella, dal letto alla sedia, ecc., assicurandosi che i freni siano bloccati.

In aggiunta alle misure preventive universali e a quelle standard, possono essere messe in atto le misure di seguito riportate, selezionandole in base alle caratteristiche del singolo paziente da riportare nel PAI:

- ❖ in casi particolari (per esempio, paziente con compromissione del cognitivo anche se temporanea) proporre o consentire ai familiari/caregiver di stare vicini al paziente fino a nuova rivalutazione, al fine di evitare che il paziente effettui spostamenti senza la dovuta sorveglianza (per esempio, chiamare il personale, aiutare il paziente in alcuni spostamenti, ...)
- ❖ incrementare la sorveglianza del paziente e favorire, se possibile, il collocamento del paziente in stanze vicino al locale infermieri;
- ❖ ove possibile, posizionare il paziente in un letto ad altezza variabile, posizionandolo ad altezza minima, assicurandosi che i freni siano bloccati;
- ❖ utilizzare le spondine non contenitive, se presente rischio di rotolamento.

Ove possibile, porre i pazienti con urgenze evacuative vicino al bagno;

- ❖ invitare i pazienti, in particolare coloro che assumono lassativi e/o diuretici, ad andare in bagno accompagnati ad intervalli regolari, per evitare le urgenze evacuative;
- ❖ assistere o supervisionare il paziente durante l'igiene personale;
- ❖ fornire e utilizzare ausili per la deambulazione idonei alla persona qualora necessari;
- ❖ se si intravedono margini di miglioramento, valutare l'opportunità di attivare la collaborazione del fisioterapista, per migliorare la mobilità del paziente;
- ❖ gestire i disturbi cognitivo - comportamentali e attivare il medico per eventuali interventi mirati;
- ❖ nelle UU.OO di riabilitazione verificare l'uso dei corpetti a scopo posturale (non scopo contenitivo).

La check list di cui all' **Allegato 1** prevede che, nei casi di rischio maggiore, siano indicati dal personale compilatore i bisogni assistenziali espressi in base alla tipologia di rischio evidenziata.

7.1 Interventi multifattoriali

Per quanto sia importante la valutazione del rischio cadute, questa non può sostituire le politiche di prevenzione, il controllo diretto dei fattori di rischio modificabili si dimostra essere molto efficace; è opportuno intervenire sui fattori di rischio correggibili.

Agendo sui fattori di rischio modificabili con interventi multifattoriali, le cadute in ospedale si possono ridurre del 18%, anche se non è chiaro che questi siano utili anche per pazienti affetti da demenza.

Anche il Dipartimento della qualità del Ministero della Salute stimola ad una valutazione proattiva che prevede l'individuazione e l'eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi.

E' fortemente raccomandata la realizzazione di programmi per la prevenzione delle cadute che comprendano più interventi, in quanto i fattori di rischio associati ad esse sono multifattoriali (Ib).

Fornire la necessaria gestione clinica delle patologie preesistenti che possono contribuire al rischio di caduta della persona come:

- patologie neuromuscolari;
- infezioni del tratto urinario;
- ipossia;
- disidratazione;
- bisogni nutrizionali;
- iperammoniemia;
- ipotensione ortostatica.

Nell'approccio al paziente a rischio di caduta, trattare con priorità l'eventuale ipotensione ortostatica, contestualizzare la terapia, quando possibile e realizzare interventi che migliorino l'equilibrio, la capacità di eseguire i passaggi posturali e che migliorino la marcia.

7.2 Terapia farmacologica

La rivalutazione della terapia assunta dal soggetto e la riduzione del numero di farmaci può avere un effetto positivo sulla riduzione delle cadute nell'anziano.

L'utilizzo di farmaci come fattore di rischio di caduta per gli anziani è stato oggetto di particolare attenzione nella letteratura analizzata e vi è una buona prova che si tratti di un importante fattore di rischio, come rilevato in molti studi. Diversi autori riferiscono che i pazienti trattati con più di

tre o quattro farmaci contemporaneamente si trovavano a rischio di cadute ricorrenti rispetto a pazienti trattati con un minor numero di farmaci.

Nella tabella sottostante vengono riportate le categorie di farmaci che possono aumentare il rischio di caduta.

FARMACI CON EFFETTO SEDATIVO SUL SISTEMA CENTRALE	FARMACI CHE AGISCONO SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	LASSATIVI
Barbiturici Ipnotico - sedativi Antidepressivi triciclici Antipsicotici - neurolettici Antiparkinson Analgesici Ansiolitici Anticonvulsivi	Diuretici Antiarritmici Anti ipertensivi Vasodilatatori	Tutte le tipologie

7.3 Strumenti e gestione del paziente caduto

Devono essere previste modalità esplicite e condivise per la gestione del paziente caduto. L'azienda deve garantire che tutto il personale, sanitario e non, secondo le proprie competenze professionali, sia preparato per affrontare una situazione di emergenza – urgenza, nonché necessaria rivalutazione del danno a valle della caduta per ridurre il danno secondario.

Inoltre è fortemente raccomandato che il personale infermieristico sia adeguatamente formato ed aggiornato al supporto delle funzioni vitali (BLS) in caso di trauma ed all'attivazione della procedura mirata di emergenza - urgenza necessaria, il monitoraggio del paziente per le possibili complicanze tardive, la rivalutazione del rischio e la documentazione puntuale dell'accaduto, insieme al medico, sulla documentazione clinico – assistenziale e sulla scheda di segnalazione dell'evento.

Poiché il paziente caduto è da ritenere a rischio di ulteriore caduta, tutto il personale di assistenza deve attivare ed incrementare l'osservazione ed il monitoraggio, e contribuire ad individuare ed attuare interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili.

In caso di caduta del paziente, deve essere sempre compilata la scheda di segnalazione eventi avversi secondo la Procedura di Incident Reporting Aziendale, inoltre al presente Piano viene

introdotto l' **allegato 2**, da compilare qualora venisse individuato un fattore ambientale/strutturale/presidiale all'origine della caduta.

8. SEGNALAZIONE DELLE CADUTE

Devono essere segnalate come Eventi Sentinella le cadute che esitano in "Morte o Grave Danno" secondo le modalità previste dal protocollo SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) per il monitoraggio degli Eventi Sentinella.

Ai fini della prevenzione e del contenimento del rischio, deve essere utilizzato un Sistema di Reporting per la raccolta di tutte le segnalazioni di caduta, indipendentemente dal fatto che essa abbia causato o meno un danno al paziente, così come nelle segnalazioni di mancato evento.

La segnalazione delle cadute può rientrare nel sistema di Incident Reporting generale.

E' raccomandato che la direzione rilevi, in occasione di ogni caduta di paziente ricoverato, accanto ai dati richiesti dal sistema di segnalazione (scheda A e B di Evento Sentinella o dati di reporting interno) :

- se il paziente è stato sottoposto a valutazione del rischio caduta mediante check list individuale;
- in caso di risposta affermativa, se il rischio è stato classificato come maggiore e quale/i parametri della check list di cui all' **allegato 1** sono stati identificati come fattori di rischio;
- quali sono stati i bisogni assistenziali emersi in base alla tipologia di rischio evidenziata;
- se è stata effettuata la valutazione dei rischi estrinseci di cui all' **allegato 2 e 3**.

8.1 Segnalazione della caduta come evento sentinella

In base a quanto previsto dal protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli Eventi Sentinella (2009) la morte o grave danno per caduta di paziente rappresenta un Evento Sentinella, e come tale deve essere segnalato anche al Ministero della Salute (SIMES).

Ricordiamo che per "Evento Sentinella" si intende un evento avverso di particolare gravità, indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può causare gravi danni o la morte del paziente determinando anche una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario (Ministero della Salute, "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella", rev. 2009).

La sorveglianza degli Eventi Sentinella costituisce un'importante azione di Sanità Pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo

causato o vi abbiano contribuito;

- l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive;
- verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo.

Nel caso in cui si verificasse l'Evento Sentinella - ovvero si verificasse morte o grave danno per caduta di paziente - è obbligatorio (DM 11.12.2009):

1. segnalare formalmente l'accaduto alla Direzione Sanitaria della Struttura
2. entro le successive 12 ore inviare la scheda A del Ministero della Salute al Referente Aziendale del Rischio Clinico per attivare il percorso di segnalazione alla Regione Campania ed al Ministero (Flusso SIMES D.M. 11.12.2009).

9. FORMAZIONE E INFORMAZIONE

L'Obiettivo generale è ridurre l'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie regionali, pertanto emerge la necessità di porsi come obiettivo specifico la corretta comunicazione con l'utenza per la prevenzione delle cadute.

La comunicazione è una attività trasversale necessaria in tutte le fasi del processo e per questo occorre stabilire la modalità di comunicazione ad hoc a seconda dei destinatari.

La specifica educazione/ formazione dell'utenza dovrà utilizzare strumenti di informazione, come brochure specifiche, manuali sulle buone pratiche, locandine, video etc., per creare consapevolezza e conoscenza tra i pazienti e i familiari/caregivers per ridurre il rischio di cadute accidentali e migliorare la sicurezza dei pazienti.

9.1 Formazione ed informazione del personale sanitario

La formazione del personale sanitario è una strategia fondamentale sia per quanto concerne la gestione dell'evento caduta, sia per intraprendere percorsi di prevenzione per la riduzione dei rischi ad esso associati.

E' importante che i programmi di formazione del personale sanitario comprendano contenuti aggiornati volti a:

- ❖ incrementare il livello di competenza nella gestione delle cadute;
- ❖ condividere metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute;
- ❖ sviluppare la consapevolezza rispetto ai fattori di rischio;
- ❖ responsabilizzare e sensibilizzare rispetto alle strategie di prevenzione delle cadute;
- ❖ educare alla corretta formazione dei pazienti e dei familiari per ridurre il rischio caduta;

20 *ful...*

- ❖ migliorare la gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta per favorire il pronto recupero del paziente

9.2 Informazione ed educazione dei pazienti e dei familiari/caregivers

Nel materiale informativo da fornire a pazienti e caregivers inserire le presenti indicazioni e buone prassi:

- ❖ indossare scarpe chiuse e della giusta misura e vestiti comodi che non intralcino i movimenti;
- ❖ osservare con attenzione l'ambiente circostante e tutti gli eventuali ostacoli presenti, perché un ambiente nuovo può presentare pericoli sconosciuti;
- ❖ utilizzare sempre gli occhiali in caso di deficit visivi;
- ❖ tenere il campanello vicino al letto e non esitare a suonarlo in caso di necessità. Imparare a riconoscere i campanelli di allarme in bagno;
- ❖ assicurarsi che gli oggetti di uso frequente siano a portata di mano per evitare movimenti azzardati nel loro raggiungimento;
- ❖ tenere il letto nella posizione più bassa possibile per agevolare la salita e la discesa;
- ❖ vestirsi e spogliarsi da seduti;
- ❖ passare dalla posizione seduta muovendosi molto lentamente e respirando profondamente quando ci si alza dal letto. Ci si può alzare solo dopo aver percepito bene il pavimento sotto la pianta dei piedi;
- ❖ comunicare al personale sanitario eventuali cambiamenti dello stato fisico;
- ❖ usare sempre gli appositi maniglioni posti nei bagni e in caso di incontinenza o improvvisa urgenza evitare di correre per raggiungerlo. Cercare sempre di andare in bagno prima di dormire evitando così di alzarsi durante la notte;
- ❖ in caso di paura di "cadere" comunicarlo agli operatori.

RACCOMANDAZIONI GENERALI

Valutare il rischio di caduta al momento del ricovero.

Rivalutare a esercizi di potenziamento muscolare all'interno di un intervento multifattoriale. Nella prevenzione delle cadute adottare un approccio multifattoriale e interdisciplinare. Partecipare, in collaborazione con gli altri membri del gruppo multidisciplinare, a periodiche rivalutazioni delle prescrizioni farmacologiche per prevenire le cadute.

Chi assume farmaci psicotropi, benzodiazepine, antidepressivi o più di cinque farmaci contemporaneamente è un soggetto a rischio.

La revisione delle prescrizioni farmacologiche deve essere periodica per tutta la durata della degenza.

Considerare l'uso di protettori d'anca per ridurre l'incidenza di fratture fra gli utenti ad alto rischio di frattura da caduta; non ci sono prove a sostegno dell'uso di routine.

Fornire informazioni sui benefici della vitamina D.

Attivare interventi educativi sul rischio di caduta nei soggetti ad alto rischio.

Nell'ambito di strategie multifattoriali, apportare eventuali modifiche ambientali.

La formazione sulla prevenzione delle cadute e delle lesioni da caduta dovrebbe essere inclusa nei curricula formativi degli infermieri e nella formazione continua. L'organizzazione deve promuovere gli interventi per la prevenzione delle cadute.

Interrogare gli anziani sulle terapie assunte e tenere sotto rigido controllo i farmaci somministrati.

Rivedere periodicamente le prescrizioni farmacologiche, con particolare attenzione all'assunzione di farmaci quali benzodiazepine, antidepressivi o all'assunzione simultanea di tre farmaci. Ove possibile, rimodulare tali prescrizioni al fine di ridurre l'esposizione al rischio di caduta.

Valutare, ove ritenuto necessario, le caratteristiche psicometriche dei soggetti anziani, utilizzando i metodi disponibili al fine di misurare la paura di cadere nei soggetti.

CHECK LIST DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA ACCIDENTALE DEL PAZIENTE RICOVERATO

Età ≥65 anni SI NO

DATI ANAMNESTICI E TERAPIE FARMACOLOGICHE	INGRESSO		72 HH	 DIMISSIONE TRASFERIMENTO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<i>DATA COMPILAZIONE</i>	
Disturbi apparato locomotore	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi neurologici	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alterazioni vista	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi uditivi	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Confuso, Agitato, Disorientato	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Assume almeno uno di questi farmaci	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<i>Sedativi</i>										
<i>Ansiolitici</i>										
<i>Antidepressivi</i>										
<i>Antipertensivi</i>										
<i>Diuretici</i>										
<i>Barbiturici</i>										
<i>Anticomiziali</i>										
<i>Antiaritmici</i>										

Scala di Conley	SI	NO
E' caduto nel corso degli ultimi 3 mesi?	2	0
Ha accusato vertigini o capogiri negli ultimi 3 mesi?	1	0
E' capitato che perdesse urine o feci mentre si recava in bagno?	1	0
Presenta compromissione della marcia (passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile)?	1	0
Presenta agitazione psicomotoria (eccessiva attività motoria, anche non finalizzata e associata ad irrequietezza)?	2	0
Presenta un deterioramento della capacità di giudizio/ mancanza del senso del pericolo?	3	0
TOTALE	/ 10	

PAZIENTE A RISCHIO MAGGIORE ¹

 SI

 N

PREVISTE MISURE PREVENTIVE PERSONALIZZATE

 SI

 N

Se si, sbarrare una o più caselle per indicare quale/i intervento/i tra quelli riportati nell'elenco pagina successiva (NB. L'azione o le azioni intraprese vanno riportate anche nel Piano Assistenziale Individuale - PAI)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

¹ SE ALMENO UN SI NEI CAMPI ANAMNESI E TERAPIA o PUNTEGGIO TOTALE CONLEY SUPERIORE A 2/10

Compilato da: _____

24/11/2011

Istruzioni

Al fine di personalizzare l'intervento di prevenzione, in aggiunta alle misure preventive universali e a quelle standard, possono essere messe in atto le misure di seguito riportate, selezionandole in base alle caratteristiche del singolo paziente:

1. proporre o consentire ai familiari/caregiver di stare vicini al paziente fino a nuova rivalutazione, al fine di evitare che il paziente effettui spostamenti senza la dovuta sorveglianza (per esempio, chiamare il personale, aiutare il paziente in alcuni spostamenti, ...);
2. incrementare la sorveglianza del paziente e favorire, se possibile, il collocamento del paziente in stanze vicino al locale infermieri;
3. ove possibile, posizionare il paziente in un letto ad altezza variabile, posizionandolo ad altezza minima, assicurandosi che i freni siano bloccati;
4. utilizzare le spondine non contenitive, se presente rischio di rotolamento.
5. ove possibile, porre i pazienti con urgenze evacuative vicino al bagno;
6. invitare i pazienti, in particolare coloro che assumono lassativi e/o diuretici, ad andare in bagno accompagnati ad intervalli regolari, per evitare le urgenze evacuative;
7. assistere o supervisionare il paziente durante l'igiene personale;
8. fornire e utilizzare ausili per la deambulazione idonei alla persona qualora necessari;
9. se si intravedono margini di miglioramento, valutare l'opportunità di attivare la collaborazione del fisioterapista, per migliorare la mobilità del paziente;
10. gestire i disturbi cognitivo - comportamentali e attivare il medico per eventuali interventi mirati;
11. nelle UU.OO. di riabilitazione verificare l'uso dei corpetti a scopo posturale (non scopo contenitivo).

A cura del C.P.S.E. di Reparto

**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI
AMBIENTALI/DISPOSITIVI/PRESIDI**

U.O. _____ Data Rilevazione ____/____/____

DISPOSITIVI /PRESIDI	SI	NO	OSSERVAZIONI/AZIONI DI MIGLIORAMENTO
BASTONI/STAMPELLE/TRIPODI			
Regolabili in altezza			
DEAMBULATORI			
Bassi o alti secondo il caso + cestino e sedile e quattro ruote			
Poco ingombranti			
SEDIA A ROTELLE			
Ruote posteriori grandi e schienale inclinabile			
Possibilità inserimento tavola per il pasto			
Freni/ruote efficienti e agevolmente comandati			
Braccioli removibili			
Poggiapiedi funzionanti ed estraibili			
Buona manovrabilità			
Larghezza seduta <70 cm			
Profondità 43-45 cm(per le carrozzine non portatili)			
Schienale basso (h cm90-92 da terra max 95 cm)			
Sistema di ancoraggio con cinture			
Presenza carrozzine basculanti			
BARELLE			
Regolabili in altezza			
Spondine adattabili in altezza e bloccabili all'altezza desiderata			

Ruote freni efficienti			
GRADINO REMOVIBILE PER APPOGGIO PIEDI IN CASO NON VI SIANO LETTI REGOLABILI IN ALTEZZA			
Pedana sufficiente			
Piedini antiscivolo			
ASTA PER FLEBO			
Integrata con il letto			
Base stabile con più di cinque piedini			
Ruote efficienti			
Regolabili in altezza			
AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI			
Sollevatori elettrici con base allargabile e con altezza adeguata per il passaggio sotto il motore elettrico del letto con valido sistema di sicurezza e imbracatura affidabile di varie misure e con braccio abbassabile fino a sollevare una persona da terra			
Tutori per evitare l'atteggiamento flesso degli arti inferiori			
Tavolette rotanti per spostamenti tra letto e carrozzina			
Cinture per pazienti spaventati o molto pesanti			
Tavole di trasferimento rigide			
Teli di trasferimento per passaggi laterali stessa altezza			
Cuscini sagomati per posizionamento paziente			
Trapezio ai letti			
Ausili disponibili in reparto			
Ripostiglio/magazzini dedicati			
Ausili disponibili in reparto			
Ripostiglio /magazzino dedicati			
Ausili in numero sufficiente			
Efficienti			
CAMERE			

Assenza di tappeti			
Pavimenti asciutti e senza cera			
LETTI			
Elettrici regolabili in altezza o con sistema a pedale con piano abbassabile fino a pochi cm da terra			
Possibilità di inserire sponde			
Possibilità per il paziente per girarsi			
POLTRONE			
Reclinabili ed allungabili			
SEGNALATORI			
COMODINO			
Presenza di tavolo servitore			
Piano di appoggio adeguato, regolabile in altezza e girevole			
Ruote/freni efficienti			

Nome e Cognome Rilevatore _____

Firma del Rilevatore _____

Consegnata al Rischio Clinico in data _____

A cura di apposita Commissione di Presidio

**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI
AMBIENTALI/STRUTTURALI**

U.O. _____ Data Rilevazione ____/____/____

AMBIENTI	SI	NO	OSSERVAZIONI /AZIONI DI MIGLIORAMENTO
PAVIMENTI			
Non scivolosi			
Assenza di dislivelli			
Assenza di ostacoli (arredi, ausili o altro ingombrante)			
Assenza di buche e avvallamenti			
Presenza di cartello di pericolo durante le operazioni di lavaggio			
CORRIDOI			
Corrimano			
Illuminazione diurna sufficiente			
Illuminazione notturna che permetta una buona visione			
Assenza di ostacoli ingombranti			
Larghezza che permette di muoversi agevolmente			
SCALE			
Corrimano preferibilmente sui due lati o almeno da un lato			
Gradini dotati di antiscivolo			
Illuminazione diurna sufficiente			

illuminazione notturna che prevede una buona visione			
Uscite di sicurezza con allarmi funzionanti			
CAMERE			
Dimensione minima rispettata			
Apertura porta verso l'esterno			
illuminazione diurna sufficiente			
illuminazione notturna che permette una buona visione			
Interruttori accessibili e visibili al buio			
Luci personali sulla testata del letto			
Luci notturne percorso camera- bagno			
Mobilio stabile e ordinato			
Assenza di spigoli sporgenti			
Assenza di fili elettrici mal posizionati			
BACINI			
Dimensione minima rispettata con spazi adeguati all'ingresso e alle manovre della carrozzina			
Apertura della porta verso l'esterno			
Interruttori accessibili e visibili al buio			
illuminazione diurna sufficiente			
illuminazione notturna che permette una buona visione			
Specchi accessibili a chi è seduto			
Doccia/vasca con dotazione di ausili			

Doccia con piano-sedile inclinato antiscivolo ribaltabile a muro			
Campanelli di chiamata raggiungibili dalla doccia e dai sanitari			
Alzawater e maniglioni ribaltabili			
Rubinetti con leve lunghe per facilitare l'apertura e la chiusura			
Doccetta inserita sul davanti della tazza di ceramica del water(o altro sistema laterale)			
Tappetino antiscivolo sicuro (con sistema di fissaggio)			

Nome e Cognome Rilevatore _____

Firma del Rilevatore _____

Data di verifica azioni correttive _____

Esecutiva in data _____

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. 2752 del 27 DIC. 2017

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine*

O. F. Rossi