



P.za della Vittoria, 15 – terzo piano
16121 - Genova
Tel. 010/5484162 - Fax 010/5484147
C.F. 95113490106 – P.IVA 01784930990
ars@regione.liguria.it
ars@pecarsliguria.it

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 42 del 11.05.2015

Oggetto: Piano regionale di prevenzione delle cadute nelle Aziende Sanitarie della Liguria

Il Direttore Generale

Richiamata la L.R. n. 41/2006 che all'art. 62 comma 2 stabilisce che la Regione si avvale dell'Agenzia Sanitaria Regionale per svolgere incarichi di studi, ricerche istruttorie di progetti e servizi di controllo utili alle strutture regionali per l'esercizio delle funzioni in materia di governo clinico;

Visto lo Statuto e il regolamento dell'Agenzia Sanitaria Regionale approvati con D.G.R. n. 1435 del 30/11/2007 che in relazione all'Area di intervento del "Governo clinico" di cui all'art. 3 del predetto regolamento demanda all'Agenzia Sanitaria Regionale le attività di produzione di report e di raccolta e diffusione di informazioni;

Richiamati altresì i seguenti provvedimenti:

- D.G.R. n. 1308/2006, con la quale la Regione Liguria ha configurato il sistema di gestione del rischio clinico, attraverso l'istituzione:
 - a livello regionale: della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico;
 - a livello aziendale: delle Unità di Gestione del Rischio (UGR)
- D.G.R. n. 621/2008, con la quale è stato definito un programma di interventi comuni da adottarsi a livello delle Aziende Sanitarie su indicazione della Commissione Regionale di Coordinamento;
- D.C.R. n. 22/2009: Piano Socio Sanitario Regionale 2009/2011, con il quale è stata istituita, tra le altre, la rete "Rischio Clinico" quale rete "di sistema", in quanto le politiche di prevenzione, analisi e gestione del rischio interessano tutto il sistema sanitario;
- D.G.R. n. 423/2009: Accredito istituzionale con la quale, per la prima volta, la gestione del rischio clinico è stata inserita tra i requisiti per l'accredito, oltre che delle strutture sanitarie, anche di quelle a carattere sociosanitario extraospedaliero;
- Decreto Dirigenziale n. 2 dell'8/01/2013, con il quale sono stati rinominati i componenti della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico;
- La Determina del Commissario Straordinario di ARS Liguria n. 36 del 0/05/2013 con la quale è stata recepita, tra le altre, la Raccomandazione Ministeriale n.

13: Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;

Considerato che la predetta raccomandazione ministeriale evidenzia che *“Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali affette da demenza. Il rischio di caduta, seppure sempre presente, è diverso per i vari setting assistenziali”*. Inoltre, 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;

Considerato altresì che un sottogruppo della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, partendo dall’analisi dei documenti presenti nelle Aziende Sanitarie della Liguria, ha prodotto un piano regionale di prevenzione delle cadute e ha predisposto una scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute per pianificare futuri interventi mirati di riduzione del rischio. Tale scheda deve essere adottata da tutte le Aziende Sanitarie e deve costituire il set minimo di dati da inserire in un tracciato record che sarà successivamente definito, al fine di predisporre un flusso in grado di implementare un database regionale;

Dato atto che i suddetti documenti - piano regionale di prevenzione delle cadute e scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute – sono stati sottoposti all’attenzione della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico e dalla stessa approvati;

Ritenuto pertanto necessario adottare un piano regionale di prevenzione delle cadute nelle Aziende Sanitarie della Liguria e una scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute, allegati al presente provvedimento che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

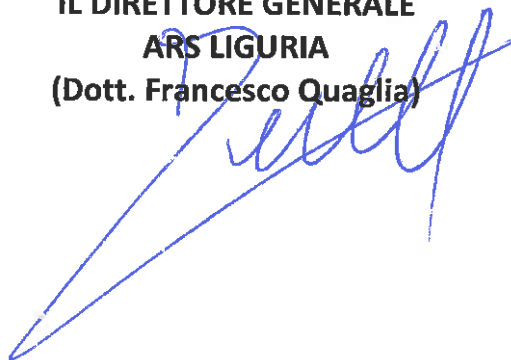
D E T E R M I N A

di approvare, per le motivazioni esposte in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate:

1. il piano regionale di prevenzione delle cadute nelle Aziende Sanitarie della Liguria, secondo l’allegato tecnico n. 1 al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

2. la scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute per pianificare futuri interventi mirati di riduzione del rischio, secondo l'allegato tecnico n. 2 al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale. Tale scheda deve essere adottata da tutte le Aziende Sanitarie e deve costituire il set minimo di dati da inserire in un tracciato record che sarà successivamente definito, al fine di predisporre un flusso in grado di implementare un database regionale;
3. di dare atto che sia il piano regionale di prevenzione delle cadute nelle Aziende Sanitarie della Liguria sia la scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute dovranno essere adottate e implementate in tutte le strutture sanitarie liguri;
4. di dare atto infine che i suddetti documenti potranno essere oggetto di successive modifiche, sulla base delle evidenze scientifiche in materia e delle esigenze che verranno di volta in volta rappresentate dalla Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico;
5. di disporre la pubblicazione del presente documento e dei relativi allegati sul sito web dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

IL DIRETTORE GENERALE
ARS LIGURIA
(Dott. Francesco Quaglia)



**PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE DELLE CADUTE
NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA LIGURIA**

SCOPO

Prevenire le cadute in ospedale e nelle strutture residenziali; valutare il rischio di caduta e organizzare la conseguente prevenzione dell'evento avverso; migliorare la sorveglianza e il monitoraggio del fenomeno nei pazienti ricoverati; correlare la valutazione del rischio con l'eventuale evento avverso; gestire e segnalare correttamente l'evento avverso.

1.1. Applicabilità

Tutte le strutture delle Aziende Sanitarie della Liguria.

1.2. Obiettivi

- Ridurre le cadute.
- Introdurre le scale di valutazione del rischio previste dalla Raccomandazione Ministeriale n.13
- Sensibilizzare gli operatori sanitari sul tema "cadute"
- Correlare il punteggio risultante dalle scale di valutazione del rischio dei singoli pazienti con l'evento avverso caduta
- Uniformare le modalità di segnalazione e gestione dell'evento "caduta" in tutte le strutture delle Aziende Sanitarie Liguri
- Disporre di una scheda regionale unificata di segnalazione delle cadute per pianificare futuri interventi mirati di riduzione del rischio. Tale scheda deve essere adottata da tutte le Aziende Sanitarie e deve costituire il set minimo di dati da inserire in un tracciato record che sarà successivamente definito, al fine di predisporre un flusso in grado di implementare un database regionale;
-
-

1.3. Oggetto

Il presente documento contiene un inquadramento teorico del problema "cadute", introduce le scale di valutazione del rischio raccomandate dal Ministero della Salute, fornisce istruzioni operative per:

- la prevenzione delle cadute nei pazienti a rischio
- la gestione del paziente caduto
- la segnalazione dell'evento.

2. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

AHRQ Guideline "Fall prevention for older adults" – 2006
Bertani G, Macchi L, Cerlesi S, Carreri V. <i>Un benchmarking regionale: indicatori di risk management nelle Aziende Ospedaliere Lombarde</i> ; da Atti del IV Convegno nazionale di Organizzazione, Igiene e Tecnica Ospedaliera. Grado, 6-7 aprile 2006.
BMJ, Prevenzione delle cadute – "Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls" 2008
Chiari P. <i>Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale</i> . 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
NICE (National Institute of Clinical Excellence) " <i>Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people</i> " – 2004
NPSA (National patient Safety Agency) The third report from the Patient Safety Observatory " <i>Slips, trips and falls in hospital</i> " – 2007
Oliver D. et al " <i>Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review</i> " Age and Ageing 2004
Oliver D. et al " <i>Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses</i> " 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 " <i>Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult</i> " – 2005
WHO - World Health Organization Europe. <i>What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?</i> Geneve: WHO. 2004
Raccomandazione Ministeriale n. 13 Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie - Novembre 2011

3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

AHRQ	Agency for Health Research and Quality
CADUTA	<i>“Cambiamento nella posizione improvviso e non intenzionale che costringe un individuo ad accasciarsi (to land = atterrare) ad un livello più basso su un oggetto, sul pavimento o sul suolo; è diversa dalle conseguenze dovute all’insorgere improvviso di paralisi, crisi epilettica o forze esterne superiori”.</i> (American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention - <i>Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons</i> - 2001)
	<i>“Evento in cui il paziente viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito a tornare nel letto o sulla poltrona/sedia”.</i> (GRC Regione Toscana <i>“La prevenzione delle cadute in ospedale”</i> 2007)
	<i>“Un evento in cui la persona si adagia inavvertitamente sul suolo, pavimento o altro livello più basso”</i> (Guidelines RAO <i>Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult</i> – 2005)
	<i>“Improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa o clinostatica”</i> <i>La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto</i> (Chiari P. <i>Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale.</i> Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi, Centro Studi EBN, Bologna, dicembre 2004)
EBN	Evidence Based Nursing
GRC	Gestione Rischio Clinico – Regione Toscana
JCAHO	Joint Commission on Accreditation for Health Care Organization
NICE	National Institute of Clinical Excellence – Gran Bretagna
NPSA	National Patient Safety Agency – Gran Bretagna
NRLS	National Reporting and Learning System – Sistema di Incident Reporting dell’NPSA
OECD / OCSE	Organisation for Economic Co-operation and Development – OCSE Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
RNAO	Registered Nurses’ association of Ontario – Canada
WHO	World Health Organization - Organizzazione Mondiale della Sanità

4. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

5.1. Introduzione

*“Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali affette da demenza. Il rischio di caduta, seppure sempre presente, è diverso per i vari setting assistenziali”*¹.

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”*². 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”*³
- l'NPSA ha elaborato un report che si basa su un anno di segnalazioni (settembre 2005 Agosto 2006) dell'evento “cadute” al sistema di Incident Reporting nazionale inglese (National Reporting and Learning System); si tratta di dati di estrema importanza e peso statistico in quanto riguardano 200.000 cadute la cui segnalazione proviene dal 98% delle organizzazioni che forniscono servizi di ricovero in Gran Bretagna. Basandosi sull'analisi dei dati il report fornisce raccomandazioni per interventi di gestione del rischio.

A livello nazionale va infine segnalato che il problema cadute è oggetto della recente raccomandazione n.13 del Ministero della Salute in cui viene ribadito i concetti che:

- *“le persone che cadono la prima volta presentano un rischio elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno e possono riportare, come*

¹ Raccomandazione MdS n.13 *“Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”*

² 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?* Geneve: WHO. 2004

³ JCAHO “Patient safety goals” – sito Internet

conseguenza del trauma, danni anche gravi, fino a giungere, in alcuni casi, alla morte”;

- *“oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali”*
- *“è fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregivers acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all’applicazione di strategie multifattoriali.”*

5.2. Le dimensioni del fenomeno

Come evidenziato dalla raccomandazione ministeriale, *“il numero di anziani ricoverati in ospedale o presso residenze sanitarie assistenziali che va incontro a cadute è elevato, la metà degli anziani che riporta una frattura di femore non è più in grado di deambulare ed il 20% di essi muore, per complicanze, entro 6 mesi....Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come **accidentale**, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l’8% come **imprevedibile**, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell’equilibrio), e il **78% rientri tra le cadute prevenibili per fattori di rischio identificabili della persona** (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione).”*

5.3. I fattori di rischio

“La compressione del rischio di caduta del paziente in struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale”⁴. Le cadute infatti, come sottolineato nel paragrafo precedente, sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. Dalla letteratura esaminata risulta che le cadute hanno un’eziologia multifattoriale. *“Sono stati descritti più di 400 separati fattori di rischio.”⁵* Ciò ha notevoli implicazioni in termini di riduzione del rischio come si evidenzierà nel successivo paragrafo. Secondo il citato documento dell’OMS i fattori di rischio si possono suddividere in due categorie:

- A. **fattori intrinseci al paziente** (relativi alle condizioni di salute del paziente)
- B. **fattori estrinseci relativi all’ambiente e alle attrezzature**

A. fattori intrinseci al paziente

- **anamnesi di precedenti cadute e/o ricovero causato da una caduta**

⁴ Raccomandazione MdS n.13 *“Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”*

⁵ NICE *“Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people”* - 2004

- **età avanzata** (≥ 65 anni); l'incidenza delle cadute aumenta all'aumentare dell'età
- **farmaci assunti**; secondo l'OMS le benzodiazepine sono associate con un aumento fino al 44% di rischio di frattura di femore e caduta nelle ore notturne. Aumento significativo del rischio anche per farmaci psicotropi, antiaritmici, digossina, diuretici e sedativi, **in generale tutti i farmaci che influenzano lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa**. Il rischio aumenta significativamente se una *“persona assume più di 4 farmaci indipendentemente dal tipo. L'utilizzo di 4 o più farmaci è associato con un rischio di nove volte maggiore di alterazione cognitiva e paura di cadere”*.⁶ Occorre tenere sempre presente che alla base di un aumentato rischio di caduta legato alla terapia potrebbe trovarsi la variazione della posologia di un farmaco con un incremento del dosaggio dello stesso.
- **patologie**: circolatorie, polmonari croniche-ostruttive, depressione e artriti sono associate ad un aumentato rischio. **L'incontinenza** è anche frequentemente presente nelle persone che cadono. *“E' necessario considerare particolarmente a rischio i pazienti affetti da patologie che possono:*
 - *compromettere la stabilità posturale e la deambulazione*
 - *condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio temporale del paziente*
 - *causare episodi ipotensivi*
 - *aumentare la frequenza menzionale.”*⁷
- **ridotta mobilità e alterata andatura**; la debolezza muscolare è un fattore di rischio così come il deficit nell'andatura e nell'equilibrio; la difficoltà nell'alzarsi da una sedia è anche associata ad un aumento del rischio
- la dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività della vita quotidiana rilevabile con l'**indice di Barthel**.
- **abitudini di vita sedentarie**; esse determinano, in una sorta di circolo vizioso, riduzione della forza e indebolimento muscolare che si somma a quello, di per sé fisiologico, legato all'invecchiamento
- **stato psicologico – paura di cadere**; secondo l'OMS il 70% delle persone che sono cadute recentemente e circa il 40% di coloro che non riferiscono recenti cadute dichiarano di aver paura di cadere. La ridotta attività fisica e funzionale è associata alla paura e all'ansia di cadere. Si instaura un circolo vizioso per cui la persona, a causa della paura, tende a muoversi di meno con conseguenti danni da riduzione della mobilità e aumentato rischio di cadere.
- **deficit nutrizionale**; un indice di massa corporea al di sotto della norma è associato con un aumentato rischio di caduta. La carenza di Vitamina D è particolarmente comune negli anziani istituzionalizzati e può portare ad alterazioni dell'andatura, debolezza muscolare e osteoporosi.
- **deficit cognitivo**; anche a livello modesto è associato ad un rischio aumentato di caduta. I residenti nelle RSA affetti da demenza cadono il doppio di quelli senza deficit cognitivi
- **deterioramento delle funzioni neuromuscolari**;
- **problemi di vista**; acuità, sensibilità al contrasto, campo visivo, cataratta, glaucoma sono fattori contribuenti al rischio di caduta così come le lenti bifocali o multifocali

⁶ WHO - *What are the main risk factors for falls... ..op... ..cit... ..*

⁷ Raccomandazione MdS n.13 *“Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”*

- **problemi ai piedi;** alluce valgo, dita a martello, calli, deformità, ulcere, problemi alle unghie e dolore durante il cammino aumentano le difficoltà di equilibrio e il rischio di caduta. Le calzature adeguate sono fattori altrettanto importanti.

B. Fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature

In ambiente ospedaliero occorre considerare:

- **Pavimenti** (scivolosi, dislivelli, bagnati / presenza di cartelli durante il lavaggio)
- **Corridoi** (corrimano, larghezza, presenza di arredi ingombranti...)
- **Scale** (corrimano, gradini con materiale antiscivolo)
- **Camere di degenza e bagni** (dimensione minima a norma, apertura porta verso l'esterno, maniglie doccia/vasca, WC rialzabile)
- **Letti e barelle** (altezza regolabile, spondine rimuovibili e adattabili in altezza, campanello di chiamata raggiungibile, ruote e freni funzionanti)
- **Carrozine** (braccioli e poggiatesta estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza <70 cm, schienale basso – max cm 95 da terra)
- **Ausili per la deambulazione** adeguati
- **Illuminazione adeguata diurna e notturna**, interruttori visibili al buio
- **Elementi del processo assistenziale ed organizzativo particolarmente in termini di tempo assistenza per paziente al giorno**

Conclusione: occorre sottolineare, 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 Oliver⁸ (autore della scala di rischio Stratify), i fattori di rischio più significativi nei pazienti ospedalizzati sono:

- cammino / andatura instabile

⁸ Oliver D. et al "Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review" Age and Ageing 2004

- confusione / agitazione
- incontinenza o necessità di usare frequentemente la toilette
- anamnesi di precedenti cadute
- assunzione di farmaci sedativi o pastiglie per dormire

5.4. Strumenti di identificazione dei pazienti a rischio

Strumenti di identificazione dei pazienti a rischio

Come sottolineato dalla Raccomandazione Ministeriale n.13, una valutazione clinica ed assistenziale globale è premessa fondamentale per cure di qualità.

Una osservazione accurata del paziente è particolarmente significativa per le persone anziane e fragili.

“In merito alla possibile adozione ed implementazione di strumenti per la valutazione del rischio di caduta del paziente, secondo le Linee guida per la prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, le caratteristiche più significative dei test specifici sono:

- *semplice esecuzione,*
- *breve durata,*
- *ripetibilità per consentire il follow up.*

*Le evidenze disponibili nel documento citato mostrano che queste qualità sono possedute dalla **Berg Balance Scale (BBS)**, dal **Timed Up and Go (TUG)** e dalla **Tinetti Balance**, ma possono essere altrettanto utili la **Conley**, la **Morse** e la **Stratify***

La valutazione del rischio di caduta dei pazienti deve essere effettuata, in modo tempestivo e puntuale, in ognuna delle seguenti condizioni:

- *all'ammissione del paziente, particolarmente se anziano (età pari o maggiore di 65 anni);*
- *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.*

Il contenuto della valutazione, ovvero il livello di rischio stimato nel paziente e le sue modifiche, deve essere segnalato in modo evidente sulla documentazione sanitaria ad opera dell'operatore responsabile dell'esecuzione della valutazione stessa, assicurando la corretta applicazione dell'eventuale strumento scelto"⁹.

5.5. La prevenzione

Gli interventi di prevenzione devono tener conto del fatto che le cadute hanno un'eziologia multifattoriale e complessa e pertanto il messaggio principale che emerge da tutta la letteratura esaminata è che *"interventi multifattoriali mirati sono più efficaci rispetto ad interventi volti a modificare un singolo fattore di rischio"*.¹⁰

La recente revisione sistematica conferma quanto sopra: *"vi sono evidenze per una modesta riduzione del tasso di cadute nel contesto ospedaliero derivanti da interventi multifattoriali e di riduzioni delle fratture di femore utilizzando i protettori dell'anca nelle strutture di lungodegenza. Vi sono evidenze insufficienti sull'efficacia di qualsiasi altro intervento in questi contesti"*.¹¹

Gli approcci alla prevenzione delle cadute devono essere personalizzati / individualizzati in quanto ogni paziente presenta fattori di rischio differenziati e interagenti.

Secondo l'NPSA e l'OMS la prevenzione delle cadute deve essere bilanciata *"con i diritti dei pazienti alla dignità, privacy, indipendenza, riabilitazione e le loro scelte rispetto al rischio che sono preparati ad affrontare. Un reparto dove mai nessun paziente cade è probabilmente un reparto dove nessun paziente recupera la sua indipendenza e ritorna a casa"*¹². Ciò è coerente con i dati del report NPSA rispetto alle circostanze in cui avviene la caduta a livello di ospedale: nella maggior parte dei casi il paziente stava camminando. Come sottolineato da Oliver nella recente revisione sistematica *"la gestione del rischio deve essere bilanciata con il bisogno di promuovere / favorire l'indipendenza funzionale e con il rispetto dell'autonomia del paziente"*¹³.

Nelle linee guida esaminate¹⁴ si raccomanda una valutazione multidimensionale (oltre a quella ambientale), che includa:

- storia di precedenti cadute, circostanze e dinamica
- andatura, equilibrio, mobilità e debolezza muscolare
- farmaci assunti
- rischio di osteoporosi
- capacità funzionale percepita dalla persona anziana e della paura di cadere
- eventuale deficit visivo
- deficit cognitivi ed esame neurologico
- incontinenza urinaria

⁹ Raccomandazione MdS n.13 *"Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie"*

¹⁰ WHO - *What are the main risk factors for falls*.....op.....cit.....

¹¹ 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

¹² NPSA - The third report from the Patient Safety Observatory *"Slips, trips and falls*.....op.....cit.....

¹³ Oliver D. et al *Strategies to prevent falls and fractures in hospitals*op.....cit.....

¹⁴ AHRQ Guideline *"Fall prevention for older adults"* – 2006

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

- esame cardiovascolare.

Gli interventi principali sono rivolti al singolo paziente e all'ambiente:

- Revisione / riduzione dei farmaci per le persone anziane che prendono 4 o più farmaci e in generale per quelli che assumono psicofarmaci
- Correzione dei deficit visivi
- Training per la forza e l'equilibrio
- Incoraggiare la partecipazione delle persone anziane e dei loro familiari ai programmi di prevenzione (informazione, negoziazione cambiamenti che la persona è disponibile a mettere in atto, considerare l'aspetto di paura di cadere ecc...)
- Gestione dell'incontinenza
- La minimizzazione dell'allettamento durante il ricovero per pazienti anziani è una misura pratica e realistica che ha implicazioni per la prevenzione delle cadute così come per altre complicazioni acquisite in ospedale
- Riduzione rischi ambientali

L'NPSA, nel citato report, raccomanda che *“ogni paziente a rischio di cadere riceva interventi diversificati per gli aspetti clinici e ambientali miranti a ridurre il rischio. In questo modo si possono ridurre il numero di cadute fino al 18%. Le raccomandazioni che l'NPSA formula alle aziende sanitarie sono le seguenti:*

- *accertarsi che le circostanze in cui la caduta ha avuto luogo siano descritte in maniera completa e con informazioni rilevanti sui moduli locali di segnalazione dell'evento*
- *analizzare e utilizzare i dati delle segnalazioni per apprendere quali fattori contribuiscono maggiormente al fenomeno dal microlivello di reparto fino all'intera azienda*
- *costituire un gruppo di prevenzione cadute con le appropriate figure professionali per intervenire sia sui fattori di rischio clinici che su quelli ambientali*
- *basare le politiche di prevenzione delle cadute sulle evidenze riportate in letteratura*
- *comprendere (nel caso si utilizzi uno strumento che attribuisce un punteggio di rischio), il grado di sottostima o sovrastima delle probabilità che un paziente cada e/o testare lo strumento per lo specifico contesto*
- *formare in maniera adeguata lo staff su come osservare, investigare, assistere e trattare pazienti che sono caduti”¹⁵*

La Raccomandazione Ministeriale n.13 invita inoltre a:

- *“l'attivazione di un sistema di osservazione dei risultati conseguiti in merito all'applicazione delle misure preventive, utilizzando appositi indicatori (es. la riduzione del numero di cadute in ciascun reparto, in*

¹⁵ NPSA - The third report from the Patient Safety Observatory “Slips, trips and falls.....op... ..cit.....

un anno, riferibili al numero dei pazienti ricoverati della stessa fascia di età);

- *l'attivazione di appropriate modalità di gestione del paziente caduto;*
- *l'implementazione di un sistema informativo per la segnalazione delle cadute e delle mancate cadute nonché di gestione dei dati allo scopo di adottare le misure correttive più adeguate e di fornire informazioni agli operatori;*
- *l'attivazione di interventi informativi/formativi per operatori, pazienti, familiari e visitatori.”*

La stessa raccomandazione invita alla valutazione, come più volte richiamato, oltre che del paziente anche dell'ambiente, nonché a costruire strumenti di integrazione tra la struttura ospedaliera e il territorio.

5. ISTRUZIONI OPERATIVE

6.1. Valutazioni ambientali periodiche (fattori estrinseci)

Il Ministero della Salute raccomanda una valutazione ambientale periodica mirata dei possibili fattori di rischio, che coinvolga direttamente il personale del Servizio e in modo congiunto il Nucleo Operativo Assistenza Infermieristica e la Direzione Medica Ospedaliera di riferimento.

“Va posta particolare attenzione ai seguenti fattori di precauzione:

- *i pavimenti non debbono essere umidi, scivolosi e/o sconnessi;*
- *i corridoi, di adeguata larghezza, debbono essere dotati di corrimano e non ingombri 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);*
- *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 rimovibili, 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 reso facilmente accessibile al paziente, dal letto o dalla sedia/poltrona e nel bagno, ogni qualvolta l'operatore si allontana da lui;*
- *poggiapiedi, 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 particolare quella notturna vicino al letto e al bagno, deve essere idonea e gli interruttori visibili al buio;*
- *gli spigoli vivi e gli oggetti potenzialmente taglienti devono essere eliminati;*
- *gli ausili per la deambulazione devono essere adeguati e sottoposti a corretta manutenzione (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.”¹⁶*

¹⁶ Raccomandazione MdS n.13 “Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”

Le suddette valutazioni verranno effettuate, dal personale appositamente identificato dall'Azienda, con frequenza non inferiore all'anno e comunque in caso di importanti modifiche strutturali e organizzative. A tal fine, si provvederà alla valutazione **compilando un'apposita chek list che sarà predisposta in autonomia da ogni singola Azienda**. Tale raccolta dati consentirà all'Azienda Sanitaria di definire le possibili strategie e priorità di intervento a breve, medio, lungo termine.

6.2 Scale di valutazione fattori intrinseci (valutazione del paziente con Scala Tinetti, Up&go, Conley Morse e Stratify)

Si riportano i principali strumenti descritti nelle Linee Guida internazionali. I reparti di Recupero e Rieducazione Funzionale, in considerazione dell'indirizzo riabilitativo potranno utilizzare la scala Tinetti, le restanti strutture aziendali potranno utilizzare la scale Up&go, Conley, Morse e Stratify con la seguente frequenza:

- **all'ammissione del paziente**, particolarmente se anziano (età pari o maggiore di 65 anni), entro 24 ore;
- 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 (una volta alla settimana nei reparti per acuti, ogni 15 giorni nei reparti a indirizzo riabilitativo);
- prima del **trasferimento** ad altra struttura e prima della **dimissione**, 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.

Il rischio di caduta eventualmente stimato nel paziente dovrà essere reso evidente sulla documentazione assistenziale

6.3 Interventi infermieristici di prevenzione delle cadute

Le strategie per prevenire le cadute dipenderanno dalla valutazione del rischio di cadere del paziente e dal livello di rischio appurato. Per quanto riguarda gli interventi infermieristici si sottolinea di:

- Favorire la presenza dei familiari
- Collocare il paziente a rischio di caduta vicino alla guardiola

- Collocare il paziente con urgenza evacuativa vicino al bagno
- Qualora il paziente effettui terapia infusoriale e non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24ore, programmare la somministrazione lasciando libero il periodo del riposo notturno
- Ridurre la distanza tra il letto o la sedia usati dal paziente e il bagno
- Assicurare l'accesso al campanello al paziente, che esso funzioni e che vi sia pronta risposta alla chiamata
- Prima della deambulazione controllare che il paziente indossi abiti e scarpe della giusta misura; le ciabatte devono essere evitate; le scarpe non devono avere la suola scivolosa; se il paziente è portatore di pannolone controllare che sia ben posizionato
- Utilizzare gli ausili idonei alla persona ed in collaborazione con il fisioterapista, fornire l'addestramento necessario
- Non utilizzare carrozzine senza freni
- Se il paziente è in carrozzina utilizzare apposite cinture di sicurezza e/o cuscini antidecubito che impediscano lo scivolamento
- Assicurare l'ordine, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire inciampo per i pazienti
- Garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte, vicino al letto ed al bagno.

6.2. La gestione del paziente caduto

- Valutare se la persona ha riportato lesioni prima di mobilizzarla (ferite, traumi cranici, dolori / traumi determinanti fratture)
- Applicare protocollo BLS in caso di perdita di coscienza (vedi procedura.....)
- Tranquillizzare il paziente / posizionarlo in maniera appropriata e confortevole
- Rilevare i parametri vitali: PA in clino ortostatismo (se possibile)
- Comunicare al medico la caduta del paziente al fine di consentire una tempestiva valutazione clinica
- Predisporre il paziente per eventuali accertamenti diagnostici (RX..)
- 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
- Informare la famiglia della caduta analizzando insieme i fattori di rischio modificabili e relativi interventi
- Documentare l'evento compilando la scheda di segnalazione
- Sorvegliare la persona caduta per complicanze tardive in caso di trauma cranico, frattura e paziente demente, confuso / disorientato
- Attuare interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili in quanto **il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriore caduta**

6.3. La segnalazione dell'evento

- **Tutte le cadute devono essere segnalate** sull'apposita **scheda regionale unificata di segnalazione** indipendentemente dal fatto che abbiano causato o

meno un danno al paziente. Le segnalazioni sono di estrema utilità all'UGR per apprendere quali fattori di rischio contribuiscono maggiormente al fenomeno e attuare di conseguenza interventi mirati di riduzione del rischio

- Raccogliere informazioni complete avvalendosi per la descrizione della dinamica dei resoconti:
 - del paziente (se possibile)
 - di altro/i pazienti che abbiano assistito alla caduta
 - di qualsiasi altro testimone (parente, personale di altri reparti)
- compilare la *1° sezione scheda* in tutte le sue parti nel più breve lasso di tempo immediatamente successivo all'evento; la compilazione va comunque effettuata dal personale sanitario presente in turno al momento dell'evento
- compilare la *2° sezione "follow-up"* non appena in possesso dei referti accertamenti diagnostici (Rx, TAC...) nel caso siano stati eseguiti dal paziente
- riportare sulla scheda l'esito dei suddetti referti diagnostici
- scrivere con calligrafia leggibile, se possibile in stampatello
- inviare la scheda in Direzione Sanitaria solo quando anche la *2° sezione "follow-up"* è completata
- le Direzioni Sanitarie provvederanno a inviare formalmente, al più presto possibile, ogni denuncia di caduta all'U.O. Affari Generali per il seguito di competenza
- trasmissione informatica della scheda alla Regione Liguria secondo il tracciato record che sarà successivamente definito
- analizzare i dati, elaborare report periodici e fornire feedback agli operatori
- individuare interventi mirati di riduzione del rischio

6. RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	MEDICO	INF. COORD.	INFERM.	OSS	NOAI	DMO	UGR	FKT (se avvenuto in palestra o in sua presenza)	Servizio Prevenzione e Protezione
Compilazione Scale di valutazione del rischio			X						
Compilazione scala valutazione ambientale*					X	X			X
Gestione del paziente caduto: primo soccorso – dinamica evento			X	X				X	
Gestione paziente caduto: valutazione clinica / danno, accertamenti	X		X						
Discutere con il paziente la percezione dell'esperienza	X		X					X	
Informare la famiglia	X								
Compilazione scheda segnalazione	X		X					X	
Invio scheda segnalazione in DS e supervisione rispetto procedura		X						X	
Informatizzazione dati scheda segnalazione						X			
Analisi dei dati / report periodici /feed back agli operatori					X	X	X		

*La scala di valutazione ambientale (fattori estrinseci) è predisposta in autonomia da ogni singola Azienda e deve contenere tutte le informazioni di cui al precedente punto 6.1. Ogni singola Azienda, sulla base dell'organizzazione interna, individuerà gli organismi/servizi responsabili della rilevazione



LOGO AZIENDA

SCHEDA UNIFICATA SEGNALAZIONE CADUTE 1° sezione a compilazione infermieristica o altri operatori sanitari presenti	
Ospedale _____ S.C. _____	
Data di nascita _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Data del ricovero _____ Data evento "caduta" _____ Ora caduta _____	
Turno: <input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte Valutazione rischio caduta: eseguita: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Testimoni presenti alla caduta	<input type="checkbox"/> pazienti, <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> nessuno
	Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> abitualmente confuso / disorientato
Precedenti cadute durante l'attuale ricovero	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Luogo della caduta	<input type="checkbox"/> stanza <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> spazi comuni <input type="checkbox"/> altro
Modalità della caduta	<input type="checkbox"/> eretto <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> non rilevabile
Meccanismo della caduta	Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo
<input type="checkbox"/> fattori ambientali <input type="checkbox"/> fattori relativi al paziente <input type="checkbox"/> azioni svolte dal paziente	<input type="checkbox"/> camminava: <input type="checkbox"/> verso o dal bagno <input type="checkbox"/> in stanza <input type="checkbox"/> in corridoio <input type="checkbox"/> scendeva dal letto <input type="checkbox"/> saliva sul letto <input type="checkbox"/> si stava alzando o sedendo dalla sedia / poltrona / carrozzina / comoda <input type="checkbox"/> si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa <input type="checkbox"/> stava utilizzando la toilette <input type="checkbox"/> stava raggiungendo il campanello di chiamata <input type="checkbox"/> aspettava in barella <input type="checkbox"/> non rilevabile <input type="checkbox"/> altro
Firma infermiere o altro operatore sanitario presente _____	

SCHEDA UNIFICATA SEGNALAZIONE CADUTE
2° sezione a compilazione medica

Data di nascita _____

Sesso M F

Esito		Lesioni SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sede del danno		Tipo di danno	
Sede _____	<input type="checkbox"/> escoriazione <input type="checkbox"/> contusione <input type="checkbox"/> ematoma <input type="checkbox"/> ferita	<input type="checkbox"/> distorsione <input type="checkbox"/> trauma cranico <input type="checkbox"/> frattura femore <input type="checkbox"/> altre fratture: specificare _____	
Accertamenti diagnostici richiesti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> RX _____ <input type="checkbox"/> TAC _____ <input type="checkbox"/> visita specialistica _____ <input type="checkbox"/> NO HANNO EVIDENZIATO LESIONI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Provvedimenti terapeutici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Terapia farmacologica in atto	<input type="checkbox"/> sedativi del SNC <input type="checkbox"/> diuretici <input type="checkbox"/> ipotensivanti <input type="checkbox"/> antiaritmici	Il paziente assume più di 4 farmaci? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Note.....			
Firma del medico.....			
Esiti	<input type="checkbox"/> trauma cranico <input type="checkbox"/> frattura <input type="checkbox"/> frattura femore <input type="checkbox"/> decesso <input type="checkbox"/> altro		
Firma del medico			