

2017

PIANO REGIONALE PREVENZIONE CADUTE

Linee di indirizzo per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale



ut
Piano Regionale Prevenzione delle cadute
07/03/2017

Sommario

PREMESSA.....	2
Il Gruppo di Lavoro Regionale: metodologia e fasi di lavoro	3
Gli Output del Gruppo di Lavoro Regionale	5
<i>Case definition</i> e campo di applicazione.	5
1. Fase – Ricognizione.....	7
1.1. Analisi della letteratura scientifica e delle esperienze di implementazione	7
1.2. Analisi del fenomeno cadute nei sistemi di segnalazione ed analisi degli eventi	122
1.3. La ricognizione delle iniziative messe in campo dalle Aziende campane in materia di Prevenzione del Rischio Cadute	233
2. Fase: la Linea di Indirizzo Regionale	255
2.1. Recepimento ed implementazione della Linea di Indirizzo da parte delle Aziende.....	266
2.1.1. Percorso di adozione dei documenti aziendali.....	266
2.1.2. Struttura formale dei documenti aziendali	266
2.1.3. Contenuti minimi dei documenti aziendali e istruzioni tecniche	29
2.1.4. Indicatori di Struttura, di Processo e Esito e Modalità di monitoraggio	322
2.2. Strumenti e modalità operative di prevenzione, gestione e analisi dell’evento caduta.....	322
2.2.1. Strumenti di valutazione dei fattori di rischio estrinseco.....	322
2.2.2. Strumenti di valutazione dei fattori di rischio intrinseco di caduta	344
2.2.3. Strumenti di classificazione del rischio.....	366
2.2.4. Strumenti per la prevenzione della caduta: misure di prevenzione, fattori di protezione e precauzione	366
2.2.5. Strumenti di gestione del paziente caduto	38
2.2.6. Segnalazione della caduta	39
3. Fase - Sperimentazione, monitoraggio e aggiornamento	39
3.1. Sperimentazione.....	39
3.2. Monitoraggio Regionale	399
3.3. Aggiornamento	400
Bibliografia	41
Allegato 1 - SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI/STRUTTURALI	
Allegato 2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI/DISPOSITIVI/PRESIDI	
Allegato 3 - CHECK LIST DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA ACCIDENTALE DEL PAZIENTE RICOVERATO	

PREMESSA

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e sono un problema estremamente rilevante sia per la frequenza che per la gravità delle conseguenze. Secondo la letteratura, ogni anno un terzo circa dei soggetti di età superiore ai 65 anni va incontro a cadute; tale dato sale fino al 50% fra gli anziani istituzionalizzati. In alcuni studi condotti l'incidenza delle cadute è pari a circa l'1% del totale dei ricoveri nei reparti studiati e riguardano prevalentemente la popolazione anziana (età maggiore o uguale di 65 anni). Il 40-50% delle cadute è attribuibile a cause accidentali, rappresentate per lo più da fattori ambientali e personali.

Il 5° Rapporto pubblicato dal Ministero della Salute sugli Eventi sentinella (Settembre 2005-Dicembre 2012) riferisce che su 1918 segnalazioni pervenute la “morte o grave danno per caduta di paziente” rappresenta l'evento più frequentemente segnalato (n.471), con una percentuale di casi pari al 24,6% rispetto al totale degli eventi sentinella segnalati. Si tratta di dati riferiti a eventi che hanno avuto un esito rilevante (grave danno), fino al decesso del paziente e non rappresentano, dunque, la totalità delle cadute occorse nelle strutture assistenziali.

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 l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e 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 d'appoggio). Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.*

La *Raccomandazione n.13 per la Prevenzione e la Gestione della Caduta del Paziente nelle Strutture Sanitarie* pubblicata dal Ministero del 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 “cadute” in ambito Regionale la Direzione Generale Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR – UOD Assistenza Ospedaliera ha organizzato un incontro con i Referenti aziendali Rischio clinico; tale incontro ha favorito l'individuazione, su base volontaria, di un Gruppo di Lavoro *ad hoc* “Cadute”, costituito dalla componente regionale e dalla componente aziendale-universitaria Rischio clinico, con l'intento di elaborare e diffondere un upgrade epidemiologico-scientifico sul fenomeno delle cadute nelle strutture assistenziali, con particolare riferimento ai dati nazionali e regionali, e fornire una linea di indirizzo per l'applicazione aziendale delle buone pratiche nella prevenzione del rischio e nella gestione dell'evento. I risultati del Gruppo di Lavoro, illustrati nel presente Piano, perseguono l'obiettivo di favorire, a cascata, l'implementazione in ogni Azienda di procedure applicative in linea con la specifica Raccomandazione Ministeriale.

Il Gruppo di Lavoro Regionale: metodologia e fasi di lavoro

La metodologia di lavoro del Gruppo ha previsto la suddivisione delle attività in 3 fasi e altrettanti milestones:

- **Ricognizione**, con l'obiettivo di censire gli strumenti attualmente in uso per la rilevazione delle cadute, la modalità di gestione delle informazioni e l'attuazione di azioni di prevenzione.
- **Linea di Indirizzo**, con l'obiettivo di fornire modalità operative di buona pratica a tutte le strutture del SSR e uniformare i comportamenti.
- **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 e porre le basi per il monitoraggio sistematico degli strumenti implementati e per la revisione e/o la validazione degli strumenti di prevenzione e gestione del rischio di caduta nelle strutture del SSR.

Le fasi sono descritte nel dettaglio che segue mentre nell'appendice metodologica al documento è illustrato il GANTT di Progetto.

Fase 0 – Case Definition e ambito di applicazione

Obiettivo: fornire una definizione univoca dell'evento caduta e definire il campo di applicazione del Piano Regionale con particolare riferimento ai contesti assistenziali di pertinenza del documento e i relativi criteri di inclusione delle tipologie di evento

Fase 1 - Ricognizione

Obiettivo: censire gli strumenti attualmente in uso per la rilevazione delle cadute, la modalità di gestione delle informazioni e l'attuazione di azioni di prevenzione.

Questa fase ha avuto il merito di scattare una “fotografia” sullo stato dell'arte degli strumenti e delle procedure per la prevenzione del rischio caduta e per la gestione dell'evento caduta nello scenario internazionale, nazionale e regionale, fornendo un upgrade di estremo interesse sulle evidenze scientifiche e sulle esperienze di implementazione condotte in tale ambito. Il punto di forza di questa fase è stata l'identificazione e la valorizzazione di best practice nazionali e locali (regionali), che sono state utilizzate come benchmark per la redazione della Linea di Indirizzo Regionale.

Le best practice hanno riguardato:

- La gestione e la tenuta formale dei documenti per la prevenzione del rischio cadute;
- Il coinvolgimento degli operatori, delle Direzioni Sanitarie e di servizi centrali (es. SPP);
- I punti di forza/innovatività/efficacia degli strumenti aziendali (es. scale di valutazione del rischio caduta, scale di valutazione del rischio ambientale, procedure di prevenzione, procedure di comunicazione/educazione/informazione all'utenza, procedure di gestione del paziente caduto, utilizzo della contenzione, ecc.) e/o dei sistemi di segnalazione.
- I piani di azione formulati dalle Aziende a seguito dell'Evento Caduta, tipica dei sistemi di learning.

Per il perseguimento della Fase di Ricognizione e del relativo milestone, il GdPR ha previsto 3 sotto-fasi con i relativi milestones intermedi:

Fase 1.1 Analisi della letteratura scientifica e delle esperienze di implementazione

Il Sottogruppo di Analisi Scientifica ha analizzato le evidenze in merito all'efficacia degli strumenti di rilevazione del rischio caduta, attraverso la seguente articolazione operativa:

- *Analisi delle Scale di valutazione dei pazienti a rischio di cadute per ospedale e strutture territoriali.*
- *Analisi delle Check list per la valutazione degli ambienti e dei presidi/dispositivi.*
- *Analisi degli strumenti di prevenzione delle cadute.*

L'analisi ha riguardato sia la letteratura scientifica che esperienze di implementazione condotte in altre Regioni

Fase 1.2 Analisi del fenomeno cadute in Campania

Il Sottogruppo di Analisi Cadute ha analizzato le segnalazioni di caduta registrate in Regione Campania attraverso la seguente articolazione operativa:

- *Analisi Eventi Sentinella*
- *Analisi Piani d'Azione (Miglioramento)*
- *Analisi Incident Reporting*

Fase 1.3 Analisi delle Iniziative: Ricognizione delle iniziative fin ora messe in campo dalle Aziende Sanitarie Campane in materia di Prevenzione del Rischio Cadute

Il Sottogruppo di Analisi delle Iniziative ha analizzato le iniziative aziendali per la prevenzione del Rischio Caduta attraverso la seguente articolazione operativa:

- *Reperimento dei documenti aziendali*
- *Analisi dei documenti*
- *Sintesi delle esperienze*

L'analisi dei documenti di cui al punto 1.2 ha portato il Gruppo ad identificare gli elementi ritenuti essenziali nelle procedure aziendali per la prevenzione del rischio caduta.

Fase 2 - Linea di Indirizzo Regionale

Obiettivo: definire una linea di indirizzo di buona pratica a tutte le strutture del SSR e uniformare i comportamenti.

Al fine di promuovere l'uniformità delle pratiche e facilitare il monitoraggio regionale, la Linea di Indirizzo ha inteso definire gli aspetti formali dei documenti aziendali (struttura, contenuti minimi e

indicatori) nonché fornire indicazioni per l'analisi e la gestione del rischio caduta in osservanza agli esiti delle analisi della letteratura e delle esperienze di implementazione.

La linea di indirizzo è articolata in:

- *Recepimento ed implementazione della Linea di Indirizzo da parte delle Aziende*
- *Percorso formale di adozione del documento*
- *Struttura formale del documento*
- *Contenuti minimi dei documenti aziendali*
- *Strumenti di valutazione del rischio ambientale e individuale*
- *Azioni di prevenzione delle cadute*
- *Indicatori di Struttura, di Processo, di Esito e Modalità di monitoraggio*

Fase 3 - Sperimentazione, monitoraggio e aggiornamento della Linea di Indirizzo

L'Obiettivo è avviare la sperimentazione della Linea di Indirizzo su tutto il territorio regionale e porre le basi per il monitoraggio sistematico degli strumenti implementati per la revisione e/o la validazione degli strumenti di prevenzione e gestione del rischio di caduta nelle strutture del SSR.

Gli Output del Gruppo di Lavoro Regionale

Case definition e campo di applicazione

Ai fini del presente Piano Regionale (di seguito, Piano), 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*”.

Ai fini di un corretto orientamento delle attività proattive e reattive, le cadute sono classificate come riportato nella Tabella 1.

Tabella 1 Classificazione delle cadute

Cadute Prevedibili	Cadute che 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 imprevedibili o a fatalità. Spesso tali eventi sono a carico di soggetti non a rischio caduta.

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 descritta in tabella 2.

Tabella 2 Tipologia di Danno Grave

Morte
Disabilità permanente
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
Reintervento chirurgico
Rianimazione cardio respiratoria
Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell’ambito della struttura
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
Altro

Se “Altro” Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture)

Nonostante tutte le cadute che si verificano nelle strutture assistenziali siano da considerarsi eventi indesiderabili che possono richiedere un intervento specifico, l’occorrenza di morte o grave danno, unitamente alla prevedibilità e alla prevenibilità dell’evento identificano la caduta come Evento Sentinella e obbligano la struttura a procedere con la segnalazione secondo le modalità dettate dal citato Protocollo Ministeriale. In tutti gli altri casi (near miss, assenza di danno/trauma, danno lieve e/o evento causato da fatalità), è suggerita la segnalazione secondo i sistemi di reporting interno.

Ai fini del presente Piano, con particolare riferimento alle fasi 2 - *Linea di Indirizzo Regionale* e 3 - *Sperimentazione, monitoraggio e aggiornamento della Linea di Indirizzo*, saranno presi in considerazione tutti gli eventi caduta occorsi nelle Aziende Sanitarie regionali occorsi a pazienti ricoverati in strutture per acuti, indipendentemente dal flusso di segnalazione (Eventi Sentinella o Incident Reporting).

Sono esclusi, invece, 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.

Tale casistica, ancorché valida ai fini del controllo interno di idoneità e sicurezza delle Aziende e, pertanto, meritevole delle dovute e obbligatorie valutazioni da parte dei competenti uffici aziendali, esula dai contenuti del presente Piano e potrà essere fatta oggetto di ulteriori documenti o trattata nella fase di aggiornamento di questo stesso documento.

1. Fase - Ricognizione

1.1. Analisi della letteratura scientifica e delle esperienze di implementazione

Scenario nazionale ed internazionale

Le linee guida internazionali sottolineano l'importanza della valutazione del rischio di caduta nella persona che si ricovera in ospedale quale parte integrante dei programmi di prevenzione. E' quindi essenziale utilizzare un approccio sistemico, linee guida accreditate e interventi che abbiano dimostrato efficacia nel ridurre le cadute.

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 malfunzionamento di dispositivi/presidi. Numerosi studi identificano il fattore ambientale come seconda causa di cadute nel setting ospedalieri, non solo per pazienti ma anche per visitatori ed operatori, comportando un aumento del contenzioso per le richieste risarcitorie.

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.

Dall'analisi si evince che le scale di riferimento validate per la valutazione dei pazienti a rischio caduta, quali Conley, Tinetti, Stratify, Morse etc..., sono strumenti dotati di scarsa specificità e sensibilità, in quanto nessuna di queste scale sembra essere stata sufficientemente studiata in termini di validità e affidabilità; si rende quindi necessaria **l'integrazione di ulteriori elementi tra le scale**.

Infatti, a livello nazionale le Regioni non hanno utilizzato una scala di riferimento validata, ma 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.

Inoltre, per la prevenzione delle cadute, in alcuni contesti nazionali ed internazionali, sono state utilizzate strategie di informazione e comunicazione per formare ed educare i pazienti e gli accompagnatori sulle buone prassi da effettuare per ridurre il rischio cadute (brochure specifiche, manuali regionali sulle buone pratiche, locandine, etc...).

In definitiva, la letteratura e le linee guida più recenti tendono ormai a considerare il risk assessment non tanto sulla base dell'utilizzo di scale 'preformate' e relativi punteggi, ma la maggior parte dei programmi di prevenzione cadute nazionali ed internazionali implicano interventi multicomponenti.

Secondo un'analisi elaborata da Oliver e colleghi, 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;

Pertanto è necessario garantire interventi valutativi ed informativi generali per tutti i pazienti in tutte le strutture, nell'ambito della pianificazione assistenziale per pazienti con profilo di rischio elevato devono essere previste strategie ambientali, organizzative e clinico-assistenziali di contenimento del rischio.

- **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, neurocognitive, bio-metaboliche, emodinamiche, ecc.), oltre a vari aspetti inerenti il grado di autonomia del paziente nella vita quotidiana. È per questo motivo che l'utilizzo di strumenti o scale predittive, tramite l'uso di uno score di rischio, permette di effettuare una valutazione individualizzata sul paziente e di attuare piani di interventi preventivi.

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 (es. alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee) 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 particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa e le variazioni di *posologia* sono fattori di rischio ampiamente documentati in letteratura.

Le evidenze dimostrano la necessità che siano adottate scale di valutazione del rischio di cadute da utilizzare sia all'ingresso del paziente in ospedale sia per il successivo monitoraggio durante il ricovero.

Nel capitolo "Strumenti e modalità operative di prevenzione e gestione dell'evento caduta" sono indicati nel dettaglio gli elementi da valutare e i parametri di controllo dei rischi individuali (intrinseci) emersi dalla analisi della letteratura, mentre nell'Allegato 1 è disponibile la relativa check list di riferimento proposta dal presente Piano.

- **Valutazione dei rischi ambientali, da dispositivi e presidi.**

Le caratteristiche dell'ambiente della struttura sanitaria, ivi inclusi le dotazioni, dei mezzi di movimentazione paziente ed il corretto funzionamento degli ausili e presidi utilizzati per l'assistenza, incidono sul rischio di caduta dei pazienti. 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 correttive in caso di inadeguato funzionamento sono ritenuti fondamentali per la prevenzione e la protezione del rischio di caduta.

L'utilizzo di strumenti di controllo (check list) volti ad identificare i principali fattori di rischio cadute relativi ad ambienti presidi si dimostra utile nella riduzione dei rischi.

Il coinvolgimento della Direzione Medica di Presidio, dell'Ufficio Tecnico e del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) è ritenuto fondamentale con la realizzazione di verifiche di sicurezza ambientale e dei presidi con periodicità prestabilita.

Nel capitolo "Strumenti e modalità operative di prevenzione e gestione dell'evento caduta" sono indicati nel dettaglio gli elementi da valutare e i parametri di controllo dei rischi ambientali emersi dalla analisi della letteratura, mentre nell'Allegato 2 e 3 sono disponibili le relative check list di riferimento proposte dal presente Piano.

- **Sistemi di classificazione del rischio**

Il rischio caduta riguarda tutti i pazienti ospedalizzati. In particolare tutti i pazienti hanno un rischio generico di caduta. Hanno un rischio maggiore qualora sussista un fattore aggiuntivo (specifico) valutato con apposita scala.

- **Misure di prevenzione, fattori di protezione e precauzione**

Si distinguono:

- Misure preventive universali: sono gli interventi che devono essere messi in atto su tutti i pazienti, indipendentemente dal rischio rilevato.
- Misure preventive standard: sono gli 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.

- **Sistema di tracciabilità**

Le schede oltre a costituire uno strumento clinico per discriminare quali pazienti presentino un maggior rischio di cadere, devono rappresentare uno strumento di tracciabilità ai fini della tutela medico-legale per l'operatore. Inoltre devono prevedere l'indicazione del piano assistenziale individuale e le misure preventive prese per evitare la caduta.

La documentazione del lavoro svolto e la registrazione di tutte le fasi possono evitare problematiche legali e aumentare la credibilità professionale; tale sistema è regolamentato dal DPR 224/88 e dalla direttiva CE 2001/95.

Lasciare traccia dei processi significa aiutare l'operatore ad individuare eventuali errori e potervi porre rimedio, oltretutto ridurre il contenzioso per le richieste risarcitorie. Infatti, il Decreto Legislativo del 13 settembre 2012 n. 158, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012 n. 189, all'art. 3 bis prevede altresì che “al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi”.

- **Matrice di responsabilità**

La matrice di responsabilità assegna alle diverse professionalità un ruolo di verifica e controllo sulle diverse fasi del processo. Introducendo una sequenza fra le attività e incrociandole con gli attori del processo, definendo sostanzialmente il “chi fa che cosa”, si può rappresentare un diagramma di flusso della procedura da osservare.

In questo senso 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 del lavoro di ciascuno sul lavoro degli altri componenti del team;
- Creare responsabilizzazione tra i componenti del team;
- Favorire il commitment anche da parte dei responsabili delle risorse coinvolte.

- **Formazione e informazione del personale sanitario**

La formazione del personale 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 alle strategie di prevenzione delle cadute.
- ✓ Educare alla corretta formazione dei pazienti e dei familiari per ridurre il rischio caduta.
- ✓ Migliorare la gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta per favorire il pronto recupero del paziente.

Il tutto sarà seguito dalla valutazione dei livelli di formazione e di conoscenze acquisite dal personale sanitario, per pianificare strategie congrue per migliorare la formazione.

In particolare i responsabili del Rischio Clinico individueranno le esigenze formative per la corretta prevenzione delle cadute, utilizzando delle lezioni frontali teoriche oltre che formazione ed informazione sul campo, in base alle esigenze dei reparti e tenendo conto delle richieste specifiche del personale assistenziale.

Si ritiene inoltre di dover sottolineare come la formazione del personale di assistenza rivesta un carattere essenziale anche per la limitazione della contenzione.

- **Formazione e comunicazione con pazienti e familiari/caregivers**

L'obiettivo generale regionale 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.

Infatti, la comunicazione, è una attività trasversale necessaria in tutte le fasi del processo, e per questo occorre stabilire 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.

- **Valutazione del servizio offerto dalla Struttura Sanitaria per la prevenzione delle cadute**

Al fine di aumentare la sicurezza dei pazienti è opportuno utilizzare metodi e strumenti, come questionari da sottoporre all'utenza (fruibili nella compilazione), per valutare la qualità del servizio offerto dalla Struttura Sanitaria e per attivare azioni migliorative.

- **Monitoraggio e verifica attraverso indicatori di riferimento**

Tutte le attività che saranno intraprese per la prevenzione cadute devono essere monitorate e sottoposte a verifica costante con l'utilizzo di diversi strumenti:

- Verifica iniziale, intermedia e finale dell'adesione operativa alle tecniche proposte, attraverso strumenti come l'Audit.
- Monitoraggio del rispetto delle procedure con indagini sul "campo".
- Utilizzo di indicatori di processo e di esito.
- Report e archiviazione dati e schede di valutazione.

- **Cultura della sicurezza tra gli operatori attraverso tecniche e strumenti di risk assessment**

Il monitoraggio può essere effettuato sia in termini quantitativi, utilizzando gli indicatori di riferimento, sia qualitativi, attraverso strumenti che valutino la formazione del personale e mettano in luce criticità sollevate dagli operatori che potrebbero essere ancora presenti, al fine di migliorare

il servizio. Ciò renderebbe l'operatore attore principale e promotore di sicurezza per il miglioramento del sistema, aumentandone l'autostima, il senso di responsabilità e l'adesione alle linee guida.

Infatti, è dimostrato che nelle strutture sanitarie nelle quali vengono effettuati regolarmente tecniche di risk assessment come la Safety Walk Around (Giro per la sicurezza dei pazienti - GISO) l'impegno degli operatori per la sicurezza aumenta; i risultati sul clima organizzativo facilitano l'impegno per lo sviluppo della qualità e la ricerca di un consenso nella scelta degli ambiti da migliorare.

La SWA consente la valutazione delle vulnerabilità del sistema e l'adozione, anche in tempi brevi, di misure preventive e, nello stesso tempo, favorisce il reciproco impegno degli operatori e dei dirigenti nell'attuare miglioramenti per lo sviluppo di una cultura della sicurezza responsabile, infatti, permette di raccogliere le criticità organizzative che possono mettere a rischio il paziente e suggerisce di analizzare dette criticità sia in termini di frequenza che di gravità.

1.2. Analisi del fenomeno cadute nei sistemi di segnalazione ed analisi degli eventi

Il Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Ministero della Salute (anno 2009) prevede che sia segnalato dalle strutture sanitarie l'evento "Morte o grave danno per caduta di Paziente" (Evento Sentinella n.9), indicandone come razionale:

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e 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 d'appoggio). Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

A livello nazionale, con 471 segnalazioni pervenute attraverso il sistema SIMES tra il 2005 e il 2012, l'Evento Cadute si presenta come quello più frequentemente segnalato (24,6% delle segnalazioni) dalle strutture sanitarie. Inoltre, indipendentemente dal tipo di evento, la classificazione per esiti degli Eventi Sentinella vede al terzo posto per frequenza l'esito "Trauma maggiore conseguente a caduta di Paziente" (15,9% degli esiti segnalati).

1.2.1. La caduta come Evento Sentinella in Regione Campania

In Regione Campania, nel periodo 2008-2015 sono stati segnalati 130 Eventi sentinella dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, di cui 50 hanno riguardato l'Evento caduta. In tabella è mostrato il dettaglio delle informazioni acquisite. In particolare:

- l'analisi per genere, limitata agli eventi sentinella comunicati, farebbe emergere una prevalenza di cadute a carico delle donne :

Analisi per genere	n. Donne	n.Uomini
Prevalenza di cadute	31	19

- Le fasce di età più colpite sono quelle al di sopra dei 65 anni. In tabella è mostrato il dettaglio per fasce di età:

Fasce di età	n. segnalazioni
0-14	0
15-49	5
50-64	4
65-84	33
≥ 85	8

- Il luogo in cui più frequentemente si segnalano cadute è il reparto, seguito dai bagni. Nella tabella che segue è presentato il dettaglio:

Luogo più segnalato	n.
Reparto	29
Bagni	7
Corridoi/Scale	5
Sala Operatoria	2
Altro	7

- L'esito più frequentemente segnalato a seguito di caduta è il trauma maggiore. In 3 casi si è avuto exitus del paziente:

Esito caduta	n.
Trauma maggiore	22
Morte	3
Altro	13

- I fattori contribuenti emersi con maggiore frequenza sono stati:

Fattori contribuenti
Condizioni generali precarie dei Pazienti
Fragilità del Paziente
Fattori legati al Paziente (Età avanzata)
Fattori legati all'ambiente
Pazienti autonomi, valutati non a rischio caduta
Possibile sottostima dei Fattori di rischio legati al Paziente
Insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e Pazienti /familiari

1.2.2. I Piani d'Azione (Miglioramento)

Il sottogruppo ha analizzato e classificato i Piani di Azione emersi dalla Scheda B del Protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli eventi sentinella. L'analisi dei Piani di Azione elaborati dalle Strutture Aziendali a seguito dell'episodio di caduta, evidenzia che gli interventi programmati si possono ricondurre, pur considerando le specificità del singolo evento sentinella (dinamica, caratteristiche del paziente, caratteristiche dell'assistenza ecc.) alle seguenti Macro-categorie d'intervento in base alla frequenza:

Piani di miglioramento elaborati dalle Strutture aziendali
Formazione /comunicazione interna
Informazione/comunicazione Paziente - caregiver
Intervento strutturale/ambientale
Organizzazione
Procedura/protocollo
Ricerca e approfondimento
Strumenti di controllo

Si evidenzia, che la necessità di elaborare o revisionare le procedure di sicurezza rappresenta l'intervento migliorativo più frequentemente invocato per la prevenzione del rischio caduta, probabilmente per effetto delle analisi retroattive di accadimento (Audit, RCA, altro), in ragione dell'assenza, della violazione o dell'inadeguatezza delle procedure.

Segue la necessità di formare il personale ovvero di favorire, attraverso audit e altri sistemi di comunicazione e confronto interno, la condivisione delle procedure, delle misure di prevenzione e degli interventi di protezione.

L'intervento strutturale/ambientale (presidi, edilizia) si colloca al terzo posto, seguito dalla informazione al paziente e al caregiver e dalla elaborazione di strumenti di controllo (check list, verifiche ispettive ecc.).

1.2.3. La caduta come evento avverso: i dati di Incident Reporting specifico per la caduta nell'ASL NA2Nord

Il sottogruppo ha analizzato e classificato gli eventi-caduta segnalati con sistema di rilevazione tipo "Incident reporting" (eventi sentinella e non sentinella) nell'ASL NA2 Nord come esempio virtuoso di monitoraggio del fenomeno.

La ASL NA2 Nord, con Delibera n.636 del 23/11/2011 ha adottato un documento aziendale per la "prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale". Con lo stesso documento è stato avviato un sistema di monitoraggio delle cadute.

Si tratta di un sistema di reporting limitato all'episodio *caduta di paziente in ospedale* realizzato attraverso una scheda ad hoc (allegata al documento) che si è avvantaggiato di numerosi eventi formativi frontali, sul campo ed in FAD, inoltre gli episodi segnalati sono stati attentamente valutati e sono stati seguiti da un Audit ogni qualvolta la modalità di evento o le conseguenze dello stesso venivano ritenute "da approfondire".

Il sistema permette di classificare le cadute in base alla frequenza di accadimento, all'anno, all'età e al sesso del paziente, al numero di giorni trascorsi tra l'ammissione al ricovero e la caduta, l'orario, il coinvolgimento di fattori ambientali, l'esito e l'eventuale necessità di interventi assistenziali conseguente alla caduta.

Il vantaggio accessorio di tale sistema è quello di rilevare la capacità predittiva della scala di Conley, misurata come associazione tra pazienti caduti per i quali la scala di Conley abbia identificato un livello di rischio.

I risultati del monitoraggio effettuato dall'ASL NA2Nord tra il 2011 e il 2016 sono presentati di seguito.

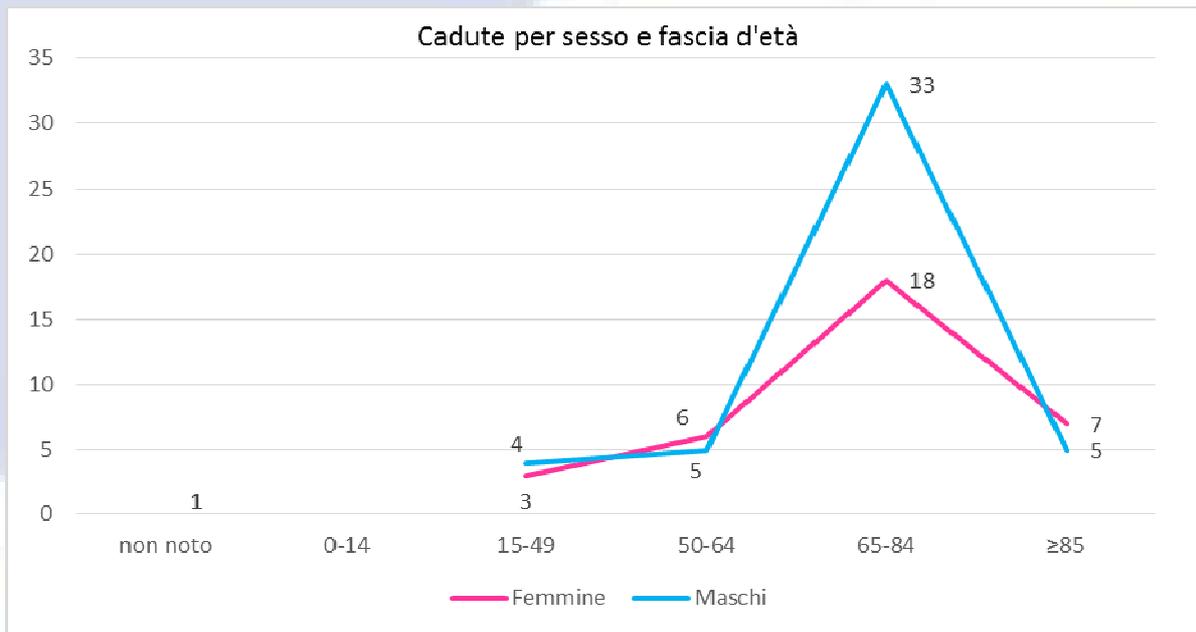
Le cadute segnalate dal 2011 al 2016 sono state 82, e sono illustrate in tabella in relazione ai ricoveri.

Anno_Ricovero	Tot_Cadute	Num.Ricoveri	Cadute/Ricoveri (%)
2011	1	35.676	0,003
2012	16	36.538	0,044
2013	15	36.517	0,041
2014	9	36.637	0,025
2015	17	36.343	0,047
2016	24	33.688	0,071

La casistica si basa sulle segnalazioni e si discosta dal riferimento nazionale per difetto. Tale differenza negli anni è diminuita con l'aumento della sensibilità all'argomento, da ciò si deduce che vengono ricompresi sicuramente anche gli eventi più significativi.

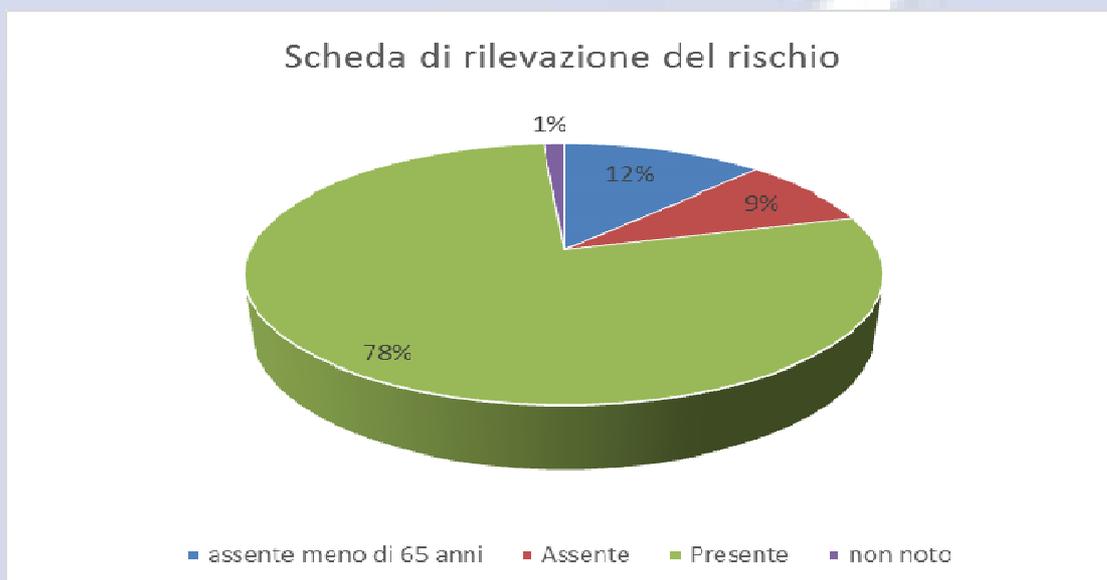
Nei grafici che seguono la casistica viene elaborata secondo numerose variabili finalizzate a creare il profilo dell'evento caduta per ottimizzarne l'azione di prevenzione, in accordo con il gruppo di Lavoro Regionale.

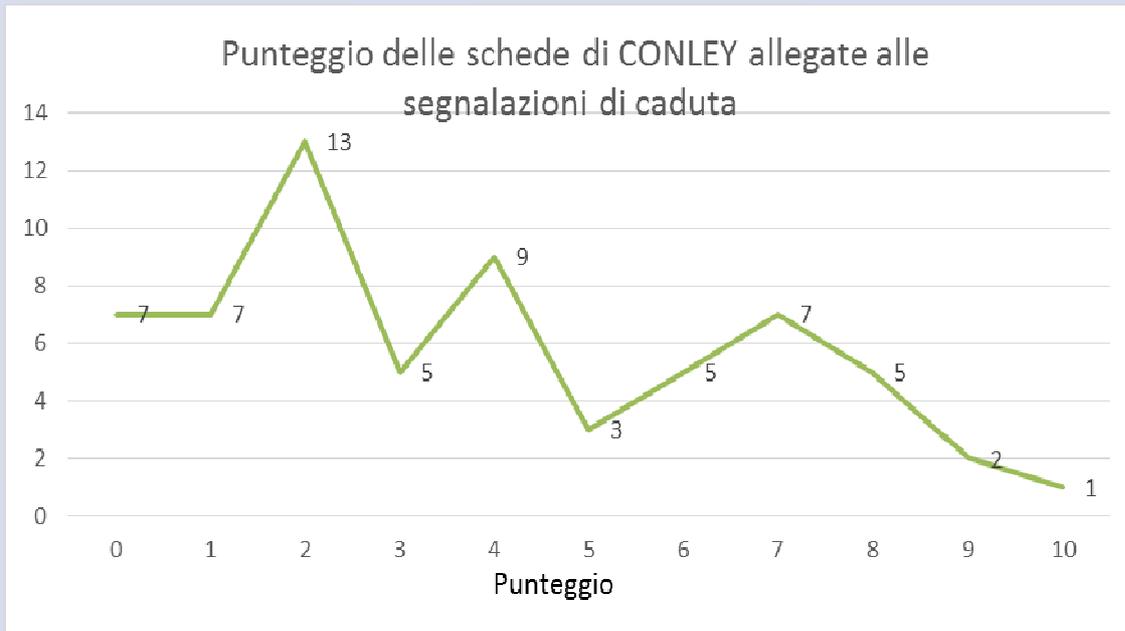
L'analisi del totale dei casi viene rappresentata per sesso e per fasce di età, come è stato suggerito dal Gruppo Regionale.



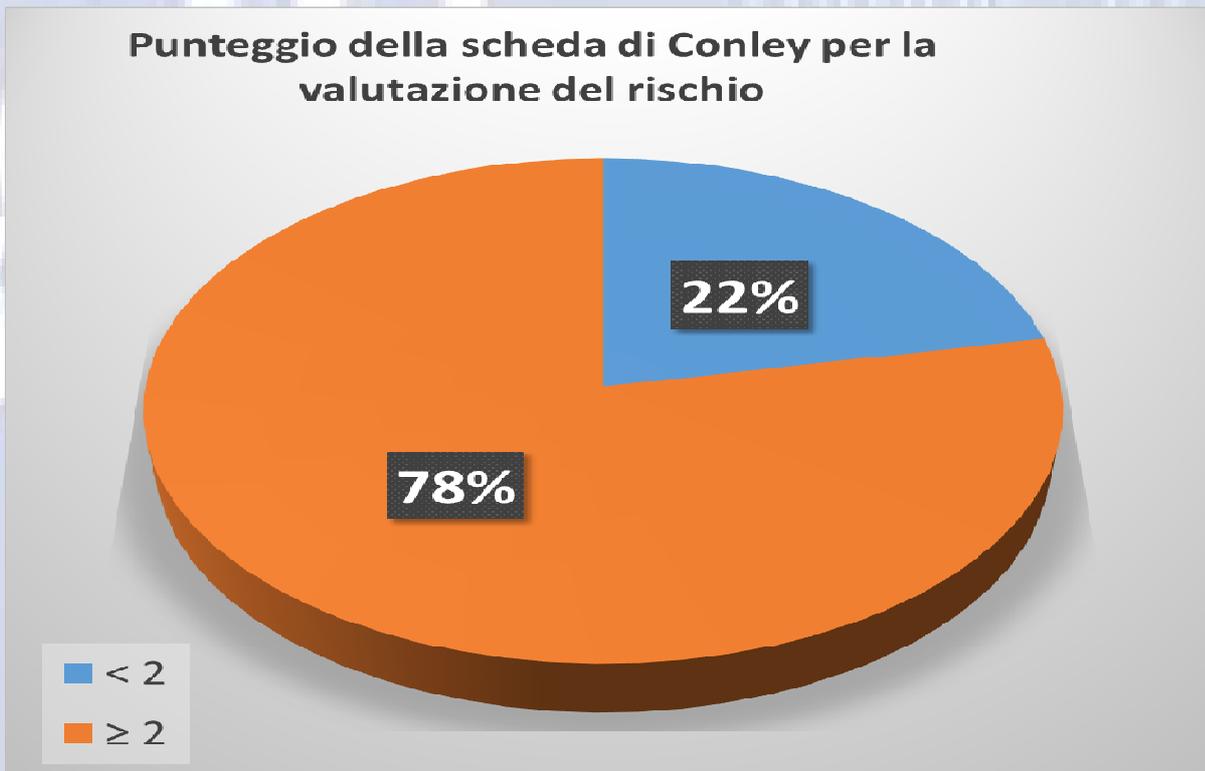
È evidente che il maggior numero di cadute interessa l'età anziana ed il sesso maschile.

All'epoca della redazione del documento aziendale fu adottata la scheda di Conley, una scheda di valutazione del rischio "caduta" di rapida ed intuitiva compilazione e adatta ad una popolazione target anziana. Tale valutazione è stata eseguita sui pazienti target; su iniziativa del rilevatore è stata redatta in qualche caso anche per ricoverati di più giovane età e solo in qualche caso non risulta redatta.



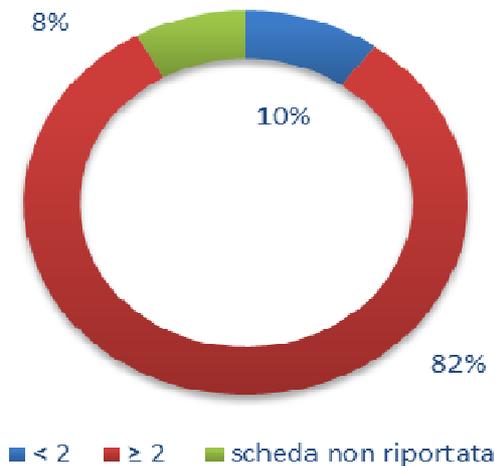


Sulla popolazione costituita dalle segnalazioni valutate con la scheda di Conley essa è risultata predittiva nel 78% dei casi. Punteggio ≥ 2 definisce **alto** il rischio caduta.



Se osserviamo la fascia di età che ha registrato la maggiore incidenza di cadute (65-84 anni), riscontriamo che la predittività sale all'82% dei casi.

Scheda di rilevazione del rischio pazienti di età compresa tra i 65 - 84 anni



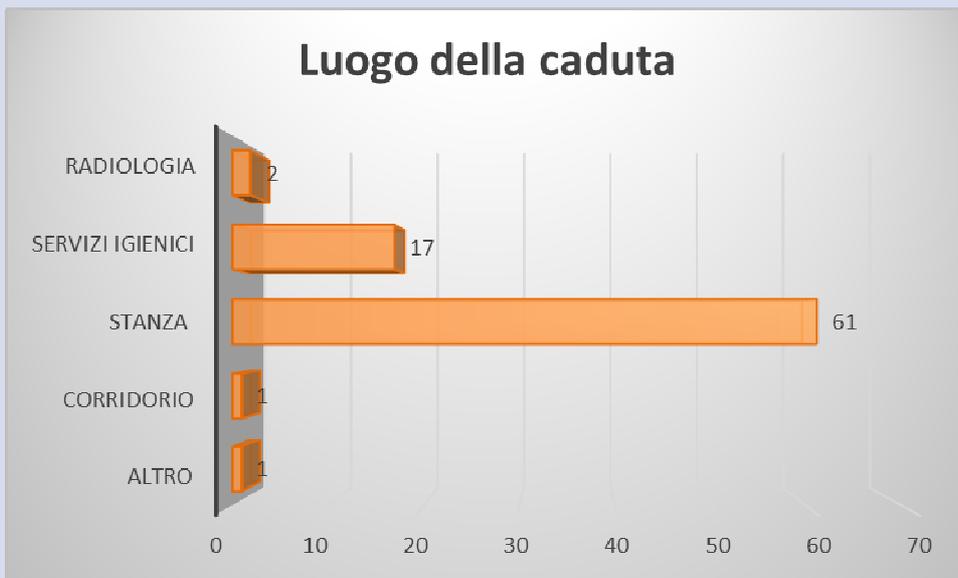
Si è proceduto a valutare l'epoca della caduta rispetto al momento del ricovero, e si è confermato che i primi giorni sono a maggior rischio

Epoca della caduta rispetto al momento del ricovero.

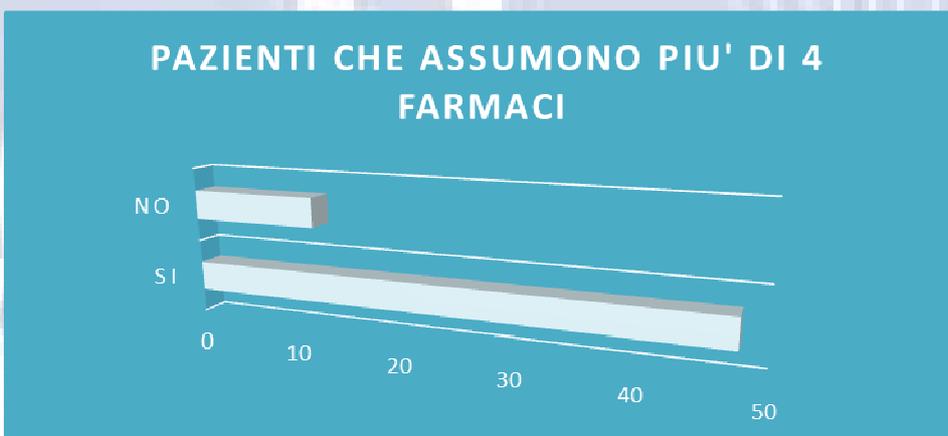
Cadute



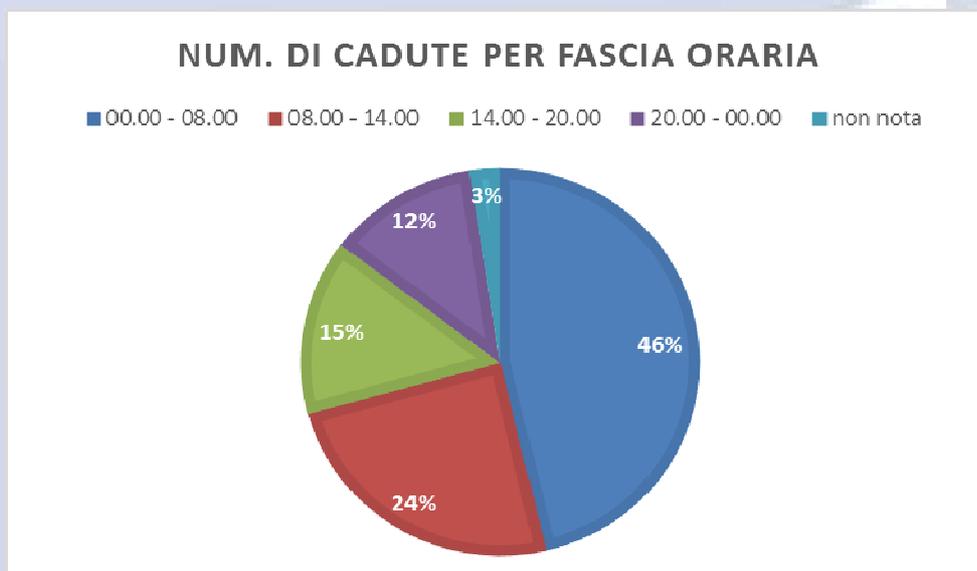
Rispetto ai luoghi il maggior numero di cadute si verifica nella camera di degenza.



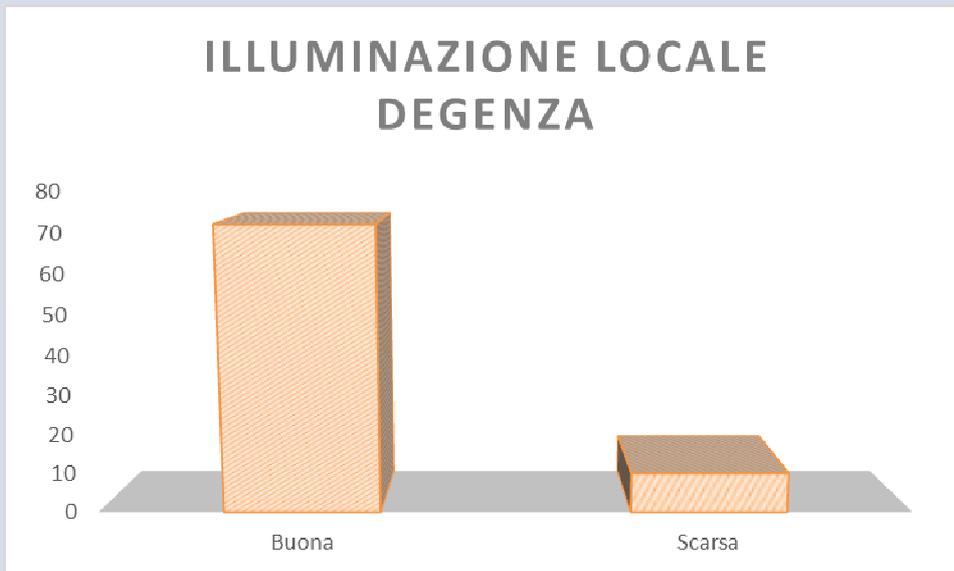
Una seconda circostanza ritenuta di per se a rischio caduta è l'assunzione di 4 o più farmaci al giorno.



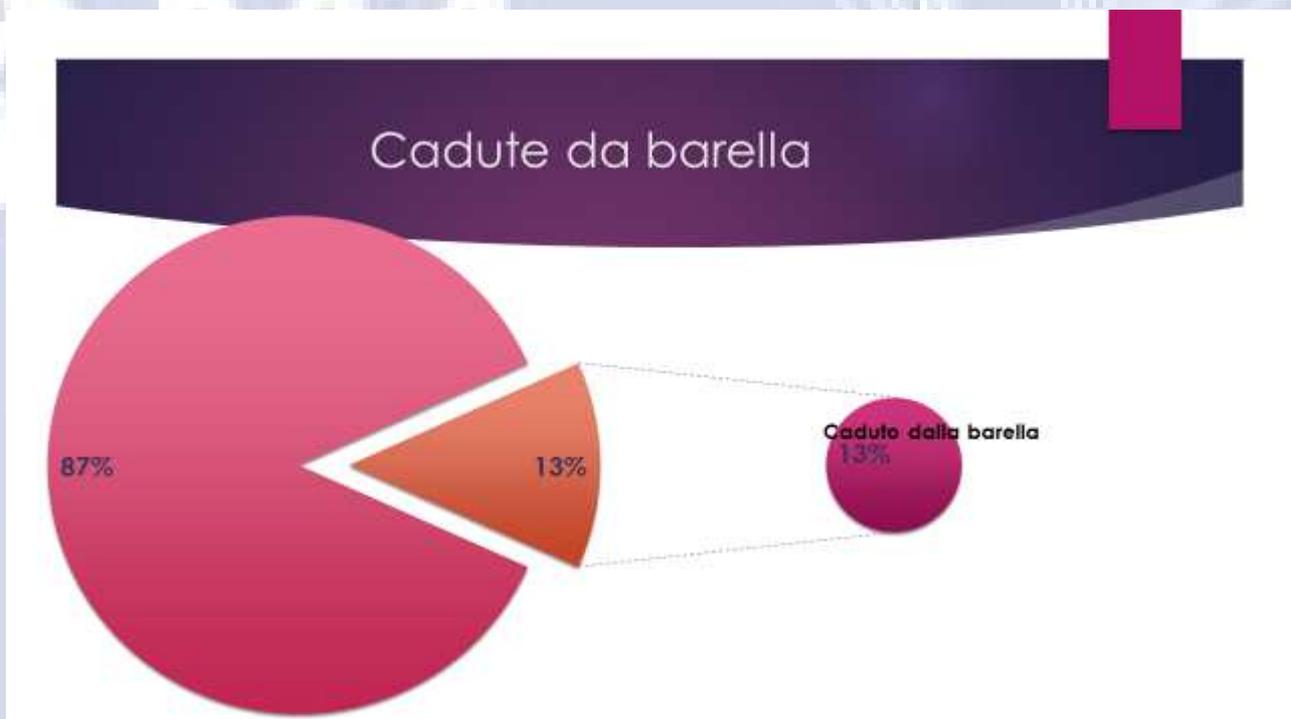
Si è valutata l'incidenza delle cadute rispetto all'orario. L'osservazione mette in evidenza che la caduta in ore notturne è prevalente.



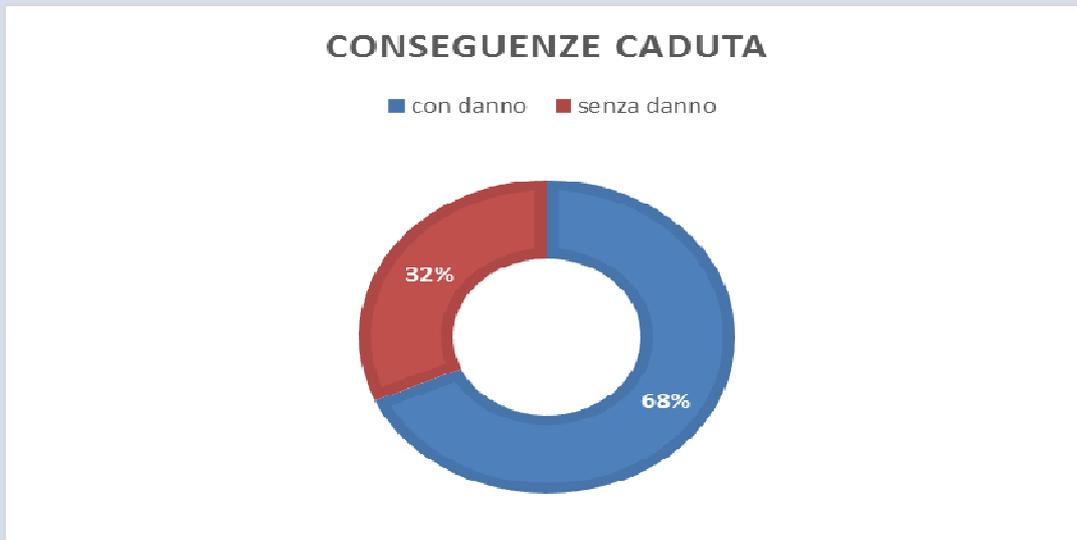
Non è risultata significativa la segnalazione di scarsa illuminazione notturna in quanto dai dati raccolti l'illuminazione, anche quando notturna, risulta buona.



Il 13% delle cadute segnalate sono relative a cadute da barelle. Tale dato non è al momento rapportabile al numero dei ricoverati in barella (numero di molto inferiore ai ricoverati) circostanza che induce a ritenere che la degenza in barella è di per se condizione di rischio caduta, indipendentemente alla presenza di altri fattori, e sulla quale bisogna concentrare tutti gli sforzi organizzativi possibili.



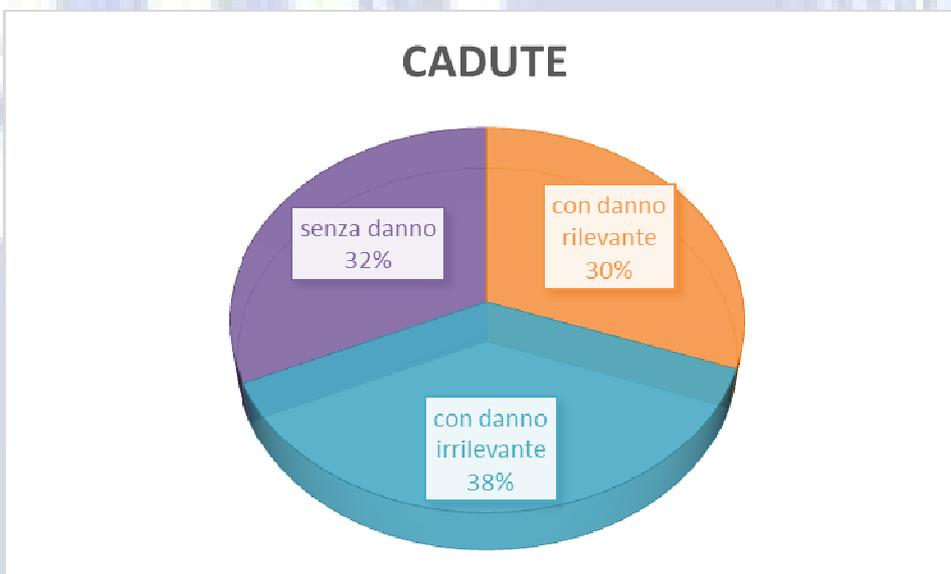
Si è proceduto, in base ai dati ricavati dalla scheda di segnalazione, alla valutazione delle conseguenze della caduta.



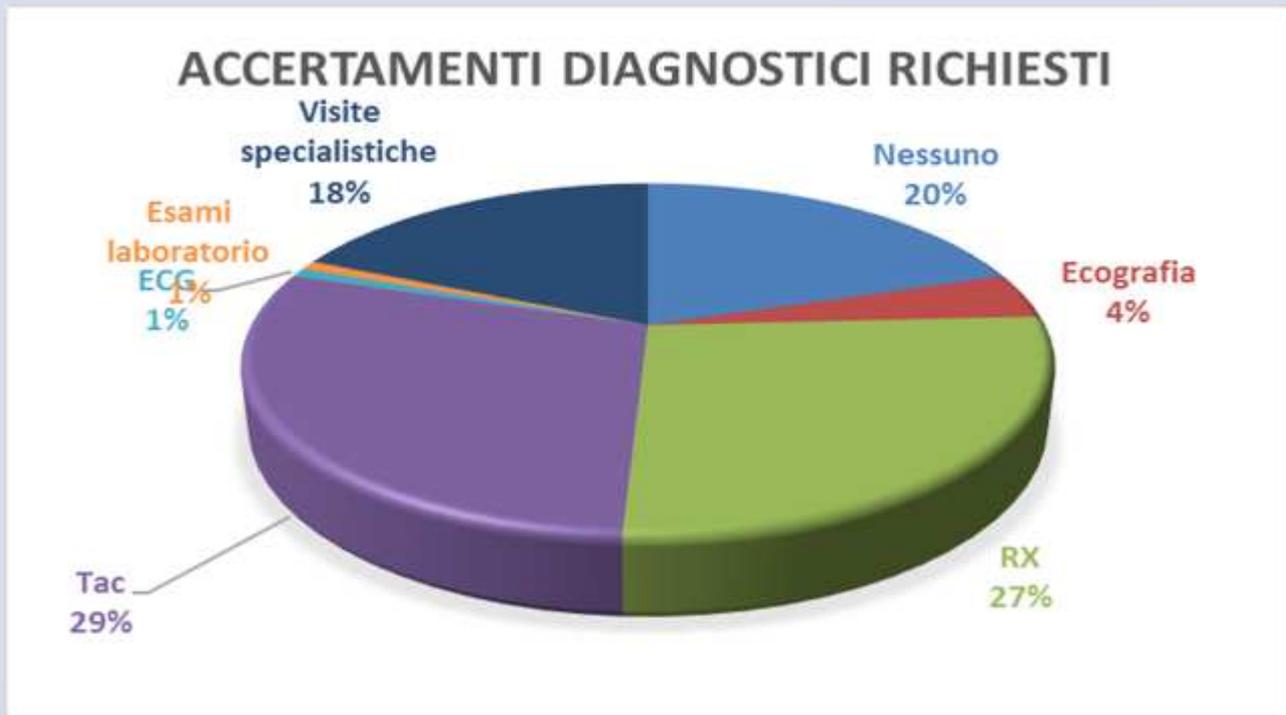
Nel 32% la caduta è stata senza danno.

Nel 68% si è verificato un danno variabile che si è cercato di precisare utilizzando la necessità o meno di indicare nella scheda cadute il Follow Up.

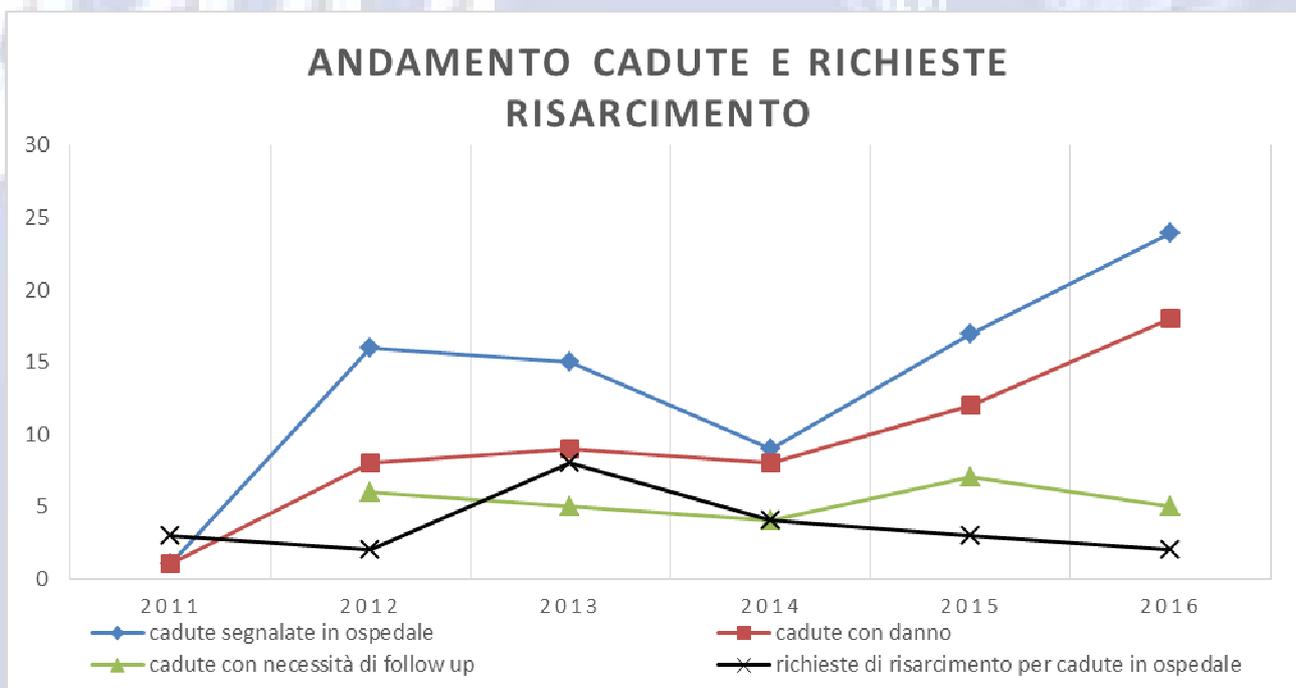
Nel grafico le cadute senza danno; le cadute con danno poco rilevante da non indicare la necessità di Follow Up e le cadute con danno rilevante, da necessitare l'indicazione al Follow Up.



Nelle cadute con danno l'evento è stato seguito da un iter diagnostico e terapeutico che ha comportato impegno di risorse per esami e consulenze.



Incrociando i dati dell'Unità Operativa Controllo di Qualità e Risk Management (U.O.C.Q e R.M.) con quelli del Comitato Valutazione e Gestione Sinistri è stato possibile confrontare i trend delle cadute segnalate e le richieste di risarcimento.



Dal grafico appare che negli anni il numero delle segnalazioni è aumentato (sia in totale che con danno) mentre le richieste risarcitorie tendono a diminuire. Considerando che la richiesta di risarcimento per danno da caduta è frequentemente tempestiva, nella grafica si nota che l'andamento delle cadute con maggior danno (cioè con richiesta di Follow-up) si avvicina notevolmente all'andamento delle richieste di risarcimento.

1.3. La ricognizione delle iniziative messe in campo dalle Aziende campane in materia di Prevenzione del Rischio Cadute

1.3.1. Requisiti formali dei documenti

Al momento della rilevazione, delle 17 Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere e Ospedaliere Universitarie e IRCCS Campane (di seguito denominate "Aziende"), 8 hanno adottato documenti espliciti e formalizzati per la prevenzione del Rischio di Caduta del Paziente.

Tali documenti sono stati approvati con atto formale (deliberazione del Direttore Generale) dall'Azienda.

Degli 8 documenti analizzati dal GdLR, 1 è stato revisionato nel 2017, 2 sono stati prodotti/revisionati nel 2016; 2 nel 2015; 2 nel 2012 e 1 nel 2010.

Anno di adozione / revisione	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
n. Documenti	1	1	2	0	0	2	2	0

1.3.2. Requisiti operativi: le procedure aziendali

I documenti delle Aziende Campane sono stati esaminati con uno strumento di assessment (check list) volto a valutare l'aderenza alla raccomandazione ministeriale in tema di prevenzione del rischio caduta. In particolare, per ogni item raccomandato dal Ministero, è stato attribuito un punteggio da 1 a 4 secondo questo score:

Livelli di aderenza	Criteri
1	Nessuna aderenza
2	Aderenza ad alcune delle azioni richieste (< 50%) della raccomandazione
3	Aderenza del 100% delle azioni richieste dalla raccomandazione ma in modo non sistematico
4	Aderenza del 100% delle azioni richieste dalla raccomandazione in modo sistematico

Gli item raccomandati dal Ministero sono stati raggruppati nelle seguenti categorie:

REQUISITI GENERALI

PROFILI DI RISCHIO

ADOZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI MODALITA` DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA PAZIENTE

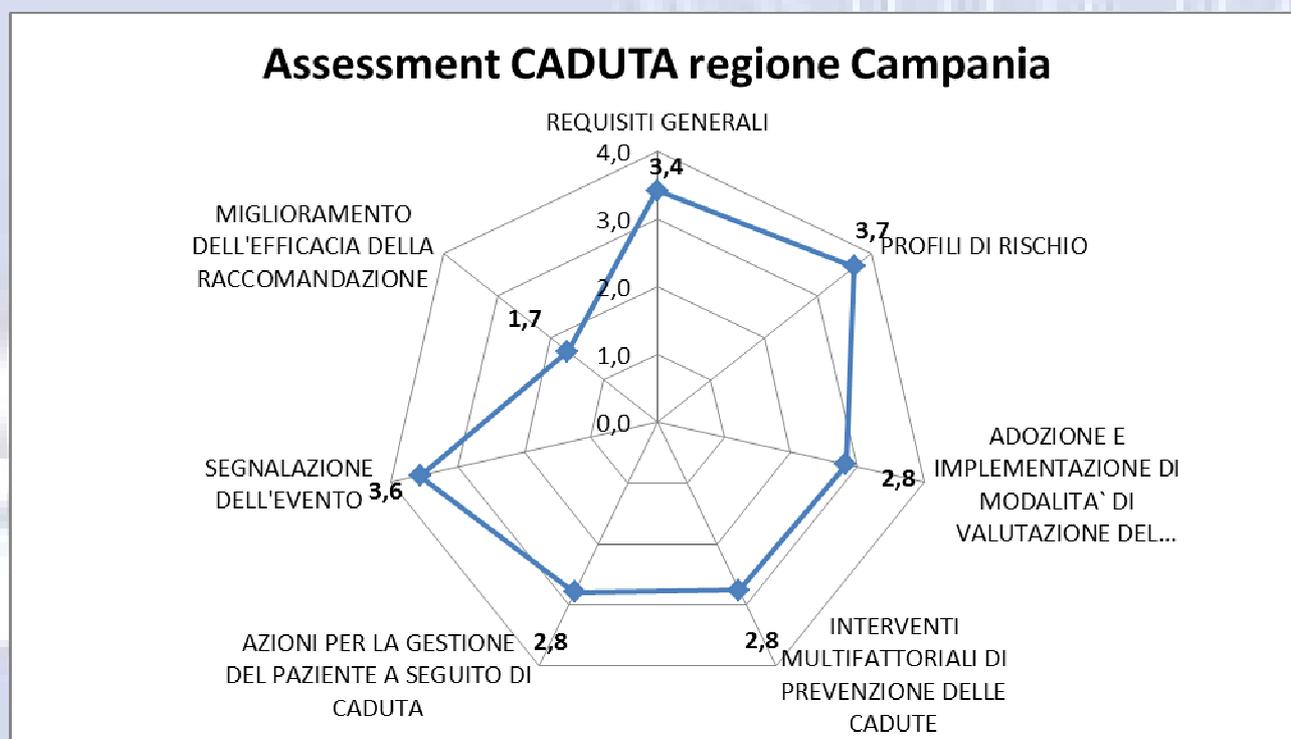
INTERVENTI MULTIFATTORIALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

AZIONI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI CADUTA

SEGNALAZIONE DELL'EVENTO

MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA DELLA RACCOMANDAZIONE

I risultati sulla ricognizione delle iniziative aziendali sono riassunti nel grafico a ragnatela che segue:



Come si può notare, la media regionale risulta soddisfacente per le macro-categorie:

- Profili di Rischio (3,7), riferiti alle modalità di valutazione dei fattori di rischio intrinseci ed estrinseci che mettono il paziente a rischio di caduta;
- Segnalazione dell'Evento (3,6), riferiti alle modalità di segnalazione degli eventi e di coinvolgimento della Direzione Sanitaria.

Risulta, invece, non soddisfacente la macro-categoria:

- Miglioramento dell'Efficacia della Raccomandazione (1,7), riferita alle modalità di implementazione della procedura, monitoraggio dell'implementazione e suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia.

1.3.3. Altri requisiti operativi

La totalità delle Aziende rispondenti ai requisiti di indagine ha adottato **strumenti di valutazione del rischio individuale delle cadute** sotto forma di **scale di valutazione di rischio intrinseco**.

In particolare, dall'analisi emerge che 7 aziende su 8 hanno adottato la *scala di Conley* e una la scala di *Conley Modificata 1/8* (rischio/azione). In una delle Aziende, è previsto l'utilizzo della Tinetti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali quando lo score alla Scala di Conley ≥ 2).

Dall'analisi è emerso che 2 aziende su 8 effettuano la valutazione con la Scala solo se i pazienti rientrano nei criteri di inclusione del modello di Robbin.

Inoltre alcune aziende hanno implementato metodi di valutazione aggiuntiva:

- 1 Azienda utilizza la *Get up and go test*;
- 2 Aziende, in caso di $P > 2$, utilizzano la scheda di valutazione approfondita;
- 2 Aziende presentano raccomandazioni per la valutazione del paziente pediatrico.

La **Check-list valutazione ambientale** è presente in 4/8 Documenti Aziendali; un'Azienda presenta anche una **check list per la valutazione dei ausili** per la movimentazione e il trasporto.

In tutti i documenti è presente la **matrice di responsabilità**.

In riferimento al **Materiale comunicativo per l'utenza**: 2 Aziende presentano un modello di poster con consigli utili per prevenire le cadute.

2. Fase: la Linea di Indirizzo Regionale

La linea di indirizzo Regionale ha come Obiettivo: definire una linea di indirizzo di buona pratica per tutte le strutture del Sistema Sanitario Regionale.

In questa fase, il Gruppo di Progetto ha inteso definire una linea di indirizzo per tutte le Aziende del Sistema Sanitario Regionale Campano al fine di raccomandare le pratiche organizzativo-cliniche che si sono rivelate di maggiore efficacia nella identificazione e nella correzione dei rischi di caduta dall'analisi della letteratura e dalle esperienze di implementazioni internazionali, nazionali e locali (regionali).

Tale linea di indirizzo si traduce nel recepimento della Raccomandazione Ministeriale n.13 per la *Prevenzione e la Gestione della Caduta del Paziente nelle Strutture Sanitarie* e nella partecipazione estensiva e sistematica delle Aziende campane al Protocollo Ministeriale di Monitoraggio degli Eventi in Sanità e al flusso SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità).

Obiettivo specifico della linea di indirizzo è di **uniformare**, compatibilmente con il contesto organizzativo di riferimento, delle pratiche e dei sistemi di gestione del rischio caduta, inclusi gli elementi formali relativi all'adozione dei documenti aziendali, dei contenuti minimi e degli indicatori di efficacia (struttura, processo ed esito) delle misure adottate.

2.1. Recepimento ed implementazione della Linea di Indirizzo da parte delle Aziende

In ciascuna Azienda, la Direzione Aziendale è responsabile dello sviluppo e dell'implementazione della Raccomandazione n.13.

La realizzazione della presente Linea di Indirizzo non sostituisce la Raccomandazione Ministeriale ma si affianca ad essa per facilitare le Aziende Campane a contestualizzare sul territorio la raccomandazione stessa.

Le Direzioni Aziendali che decidano di non utilizzare la presente Linea di Indirizzo devono predisporre una propria procedura standardizzata con la finalità di prevenire/ridurre il rischio di cadute che risponda ai criteri di evidenza scientifica.

Considerate i modelli organizzativi che contraddistinguono le diverse strutture sanitarie, la presente Linea di Indirizzo dovrà essere adattata tenendo conto delle specifiche situazioni.

Si raccomanda di monitorare attivamente l'implementazione e l'applicazione della Linea di Indirizzo ovvero il rispetto delle procedure di prevenzione del rischio caduta previste dall'azienda e di conservare la documentazione dei controlli eseguiti.

2.1.1 Percorso di adozione dei documenti aziendali

Il documento di recepimento della Raccomandazione n.13 nelle Aziende Sanitarie Campane deve essere prodotto in conformità con il seguente flow procedurale:

- Ricognizione atti pre-esistenti.
- Elaborazione della procedura.
- Adozione con atto formale dell'Azienda (Delibera, Determina).
- Formazione agli operatori e applicazione preliminare.
- Applicazione a regime.
- Valutazione dell'applicazione.
- Revisione periodica.

Secondo quanto indicato dalla Raccomandazione n.13, la Procedura deve essere condivisa con gli operatori sanitari, monitorata e aggiornata periodicamente, e riportare tutte le indicazioni necessarie per evitare le cadute dei pazienti. Le relative istruzioni devono essere scritte e risultare sempre disponibili per la consultazione di tutto il personale a cui sono destinate.

2.1.2 Struttura formale dei documenti aziendali

Al fine di promuovere l'uniformità delle pratiche e facilitare il monitoraggio regionale, è raccomandabile che ciascuna Azienda, nella elaborazione del documento di adozione, si ispiri alla seguente struttura formale:

Prevedere una **intestazione** indicante i seguenti elementi:

- denominazione dell'Azienda (con eventuale logo)
- titolo del documento

- codifica del documento (struttura di pertinenza o altra codifica, se prevista)
- numero di revisione
- data di emissione
- numero di pagina sul totale delle pagine

Esempio:

LOGO	TITOLO DOCUMENTO IDENTIFICAZIONE STRUTTURA/ALTRA CODIFICA	<i>Rev 00</i> <i>Data gg/mm/aa</i> <i>Pag. n di nt</i>
------	-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

- il **sommario** dei capitoli
- una **tabella** con i nomi/funzioni di chi redige, verifica e approva, emette il documento, con le rispettive firme:

	Nome	Funzione	Firma
Redatta da			
Verificata da			
Deliberata da			
Data Deliberazione			

Si raccomanda, altresì, che siano identificati i seguenti **capitoli**:

1. Scopo/Obiettivo
2. Campo di applicazione
3. Modifiche alle revisioni precedenti
4. Definizioni
5. Matrice di Responsabilità/Attività
6. Descrizione delle attività
7. Diagramma di flusso
8. Riferimenti e Allegati
9. Indicatori/Parametri di controllo
10. Lista di distribuzione

1. **Scopo/Obiettivo**: capitolo in cui si definisce perché viene sviluppata la procedura e cosa si prefigge (Scopo) e quali sono gli obiettivi specifici ovvero gli eventi indesiderati che si vogliono evitare (Obiettivi).

2. **Campo di applicazione:** capitolo in cui vengono definiti il *dove* e il *quando* la procedura verrà applicata, cioè in quale contesto dell'attività aziendale e in quale momento/situazione.
3. **Modifiche alle revisioni precedenti:** storia delle modifiche al documento (pagine modificate, tipo e natura delle modifiche).
4. **Definizioni:** capitolo in cui sono elencate per esteso le descrizioni di parole, sigle, acronimi, abbreviazioni che si usano nel linguaggio tecnico comunemente utilizzato nei documenti/procedure (es. C.S.= *capo sala*, PL= *puntura lombare*, ecc.).
5. **Matrice di Responsabilità/Attività:** capitolo in cui viene inserita una matrice che indica chi è responsabile di una specifica attività e qual è questa attività (viene cioè riportato ad incrocio *chi fa/cosa* secondo la sequenza temporale delle attività che sono ricomprese nella procedura):

Attività	Figure Responsabili			
	Figura A	Figura B	Figura C	Figura D
Attività 1	R			
Attività 2		R		
Attività 3			R	

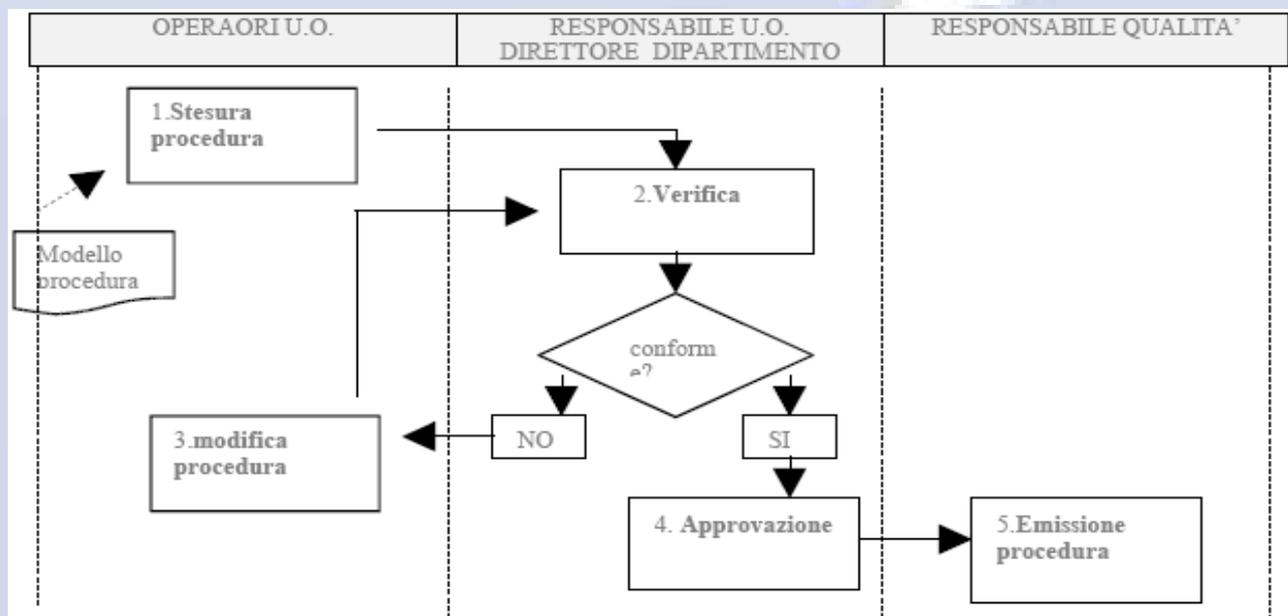
6. **Descrizione delle attività:** si descrivono sotto forma di testo tutte le attività rappresentate in sequenza nel diagramma di flusso, definendo in dettaglio le modalità che devono essere applicate per lo sviluppo ed il controllo delle attività stesse.

Per ogni attività va indicato:

- chi svolge un ruolo, come deve essere eseguita, quali strumenti devono essere utilizzati,
- cosa viene messo a disposizione, eventuali registrazioni.

7. **Il Diagramma di flusso:** capitolo in cui viene disegnata la rappresentazione grafica della sequenza delle singole attività necessarie all'interno del processo definito con i relativi passaggi, le interdipendenze e le relazioni (*si riportano le attività già elencate nella matrice di responsabilità/attività*). Per costruire la rappresentazione grafica si pongono le figure responsabili sul diagramma, una accanto all'altra, in orizzontale su altrettante colonne; all'interno di ciascuna colonna si riportano i simboli convenzionali che permettono di definire i responsabili delle singole attività, le relazioni e la sequenza.

Esempio:



- il rettangolo identifica un'attività (una tappa di una procedura);
- il rettangolo con il lato inferiore ondulato rappresenta un documento;
- il rombo indica uno stato decisionale: definisce la condizione in cui deve trovarsi un'azione perché possa essere effettuata;
- le frecce indicano il flusso del processo, cioè la sequenza logica delle attività
- le frecce uscenti verso un documento indicano che tale documento è il risultato dell'attività descritta nel riquadro;
- le frecce entranti da un documento verso l'attività descritta nel riquadro indicano che tale documento è utile per svolgere l'attività stessa.

8. Riferimenti e Allegati : capitolo nel quale sono elencati:

8.1 *Riferimenti*: documentazione di riferimento (leggi nazionali o regionali, riferimenti scientifici, linee guida professionali, direttive aziendali, ecc.)

8.2 *Allegati*: documenti che contengono informazioni di varia natura strettamente correlate alla procedura cui si riferisce.

9. **Indicatori/Parametri di controllo** : vengono riportati gli indicatori per monitorare e valutare le attività oggetto della procedura ed attivare, ove necessario, azioni di miglioramento. Deve essere esplicitato *chi e come* rileva i dati, chi li elabora e con quale frequenza, a chi viene reso disponibile il *report* di elaborazione.

10. Lista di distribuzione

Specifica a quali Ruoli, Funzioni o persone vengono distribuite copie del documento.

2.1.3 Contenuti minimi dei documenti aziendali e istruzioni tecniche

1. Sistema di tracciabilità

Il sistema di tracciabilità deve documentare tutte le fasi del processo: dati e firma del paziente, dati e firma dell'operatore, data e ora, Piano Assistenziale Individuale, fasi del processo, azioni migliorative effettuate.

2. Matrice di responsabilità

Ciascuna Azienda deve prevedere l'assegnazione di una precisa filiera di responsabilità, utilizzando una matrice costruita associando a ciascuna attività la figura professionale di riferimento. E' quindi possibile che una stessa persona abbia un ruolo su un'attività ed un ruolo diverso su un'altra attività.

A tal fine, può essere utilizzata una particolare definizione dei diversi ruoli per ciascuna attività utilizzando delle codifiche che costituiscono ruoli associabili ad un'attività:

Responsible – è il ruolo di colui che è chiamato ad eseguire operativamente il task (per ogni task è possibile avere più Responsabili).

Accountable – è il ruolo a cui riporta il/i Responsabili o che comunque dovrà svolgere un ruolo di supervisione del lavoro del/dei Responsabili (per ogni task è possibile avere più Accountable qualora le risorse coinvolte abbiano diverse linee di riporto).

Consult – è il ruolo di chi dovrà supportare il/i Responsabili nello svolgimento del task fornendogli informazioni utili al completamento del lavoro o a migliorare la qualità del lavoro stesso.

Inform – è il ruolo di chi dovrà essere informato in merito al lavoro del/dei Responsabili e che dovrà prendere decisioni sulla base delle informazioni avute.

Inoltre, le rappresentazioni matriciali possono essere utilizzate nel primo periodo di applicazione di un percorso anche per verificarne l'attuazione. In questo caso ogni figura professionale dovrà precisare se ha seguito le attività previste e, in caso di scostamento, dovrebbe poi indicarne separatamente i motivi, ad esempio se lo scostamento è stato dovuto a difficoltà organizzative o a particolari condizioni cliniche-sociali del paziente.

3. Formazione e informazione del personale sanitario

Ciascuna Azienda deve prevedere un apposito programma formativo aziendale sia per quanto concerne la gestione dell'evento caduta, sia per intraprendere percorsi di prevenzione per la riduzione dei rischi ad esso associati.

I programmi di formazione aziendale del personale sanitario devono comprendere 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 alle strategie di prevenzione delle cadute.
- ✓ Educare alla corretta formazione dei pazienti e dei familiari per ridurre il rischio caduta.
- ✓ Migliorare la gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta per favorire il pronto recupero del paziente.

Devono, altresì, prevedere la valutazione dei livelli di formazione e di conoscenze acquisite dal personale sanitario, per pianificare strategie congrue per migliorare la formazione.

In particolare i progetti formativi, supervisionati dai responsabili del rischio clinico, saranno realizzati allo scopo di istruire il personale alla corretta prevenzione delle cadute, utilizzando delle lezioni frontali teoriche oltre che formazione ed informazione sul campo, in base alle specifiche esigenze dei reparti.

Si ritiene inoltre di dover sottolineare come la formazione del personale di assistenza rivesta un carattere essenziale anche per la limitazione della contenzione.

4. Formazione e comunicazione con pazienti e familiari/caregivers

Ciascuna Azienda deve stabilire le scelte strategiche e organizzare le attività di comunicazione in base a: individuazione dei contenuti per la campagna di prevenzione e di sensibilizzazione,

attraverso supporti cartacei e/o multimediali, e la creazione di azioni e di strumenti comunicativi specifici come reminders, brochure, icone, video etc..

➤ ***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. I campanelli di allarme sono disponibili anche nei bagni, è importante imparare a riconoscerli.
- Assicurarsi che gli oggetti di uso frequente siano a portata di mano per evitare movimenti azzardati nel loro raggiungimento. Ad esempio occhiali, acqua, telefono cellulare, telecomando, ecc.
- 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 bisogna. 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 (stanchezza, debolezza, giramenti di testa, dolore ed eventuali problemi visivi in seguito alla somministrazione di farmaci che alterano le capacità funzionali).
- 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 per evitare di doversi alzare durante la notte.
- In caso di "paura di cadere" comunicarlo agli operatori.

5. Valutazione del servizio offerto dalla Struttura Sanitaria per la prevenzione delle cadute

Ciascuna Azienda deve prevedere l'utilizzo di metodi e strumenti, come questionari da sottoporre all'utenza (fruibili nella compilazione), per valutare la qualità del servizio offerto dalla Struttura Sanitaria e per attivare azioni migliorative.

6. Strumenti di analisi: monitoraggio e verifica attraverso indicatori di riferimento

Ciascuna Azienda deve prevedere che tutte le attività intraprese per la prevenzione cadute siano monitorate e sottoposte a verifica costante con l'utilizzo di diversi strumenti:

- Verifica iniziale, intermedia e finale dell'adesione operativa alle tecniche proposte, attraverso strumenti come l'Audit.
- Monitoraggio del rispetto delle procedure con indagini sul "campo".
- Utilizzo di indicatori di processo e di esito.
- Report e archiviazione dati e schede di valutazione.

7. Cultura della sicurezza tra gli operatori attraverso tecniche e strumenti di risk assessment

Ciascuna Azienda deve prevedere un monitoraggio qualitativo, attraverso strumenti che valutino la formazione del personale e mettano in luce criticità sollevate dagli operatori che potrebbero essere ancora presenti, al fine di migliorare il servizio (come tecniche di risk assessment come la Safety Walk Around (Giro per la sicurezza dei pazienti – GISO) vedi paragrafo). Ciò renderebbe l'operatore attore principale e promotore di sicurezza per il miglioramento del sistema, aumentandone l'autostima, il senso di responsabilità e l'adesione alle linee guida.

2.1.4. Indicatori di Struttura, di Processo e Esito e Modalità di monitoraggio

Ciascuna Azienda deve prevedere un monitoraggio qualitativo almeno dei seguenti indicatori:

- Indicatori di processo:

- a. Formazione: Tot. Operatori Formati sulla procedura /Tot. popolazione target
- b. Inventario mezzi di movimentazione “Malati”/Anno: presenza di liste di inventario dei presidi e dei mezzi di movimentazione malati/anno
- c. Verifica delle attrezzature per la movimentazione ed il trasporto dei Pazienti: Numero check list correttamente compilate/anno
- d. Checklist valutazione rischio intrinseco: valutazione presente in cartella/N.ricoverati con età > 65 anni

- Indicatore di esito:

- a. Numero cadute registrate in ultrasessantacinquenni/Numero ricoveri ultrasessantacinquenni.

2.2 Strumenti e modalità operative di prevenzione, gestione e analisi dell'evento caduta

2.2.1. Strumenti di valutazione dei fattori di rischio estrinseco

Ciascuna Azienda deve responsabilizzarsi alla valutazione proattiva degli aspetti organizzativi e delle caratteristiche ambientali ed ergonomiche sia della struttura che dei presidi/ausili personali e sanitari impiegati (valutazione dei fattori di rischio estrinseci).

In particolare, ciascuna Aziende deve condurre una verifica periodica delle **dotazioni, dei mezzi di movimentazione del paziente e del corretto funzionamento degli ausili e presidi utilizzati per l'assistenza**, attivando le necessarie azioni preventive per l'approvvigionamento dei presidi e correttive in caso di inadeguato funzionamento.

Si raccomanda che l'inventario dei mezzi di movimentazione sia disponibile presso la Direzione Sanitaria Aziendale e presso le Direzioni Mediche di Presidio e che sia periodicamente aggiornato.

Ciascuna Azienda deve prevedere una valutazione periodica dei rischi ambientali determinati dagli aspetti strutturali con cui il paziente è in contatto, ed una verifica scadenzata dei presidi e dei mezzi di movimentazione pazienti.

Ciascuna Azienda deve prevedere l'utilizzo di uno strumento di valutazione (griglia/check list) che consenta di identificare i principali fattori di rischio riferibili alle condizioni di sicurezza degli ambienti.

A tal proposito, si raccomanda l'utilizzo di una check list che contenga i principali fattori di rischio cadute relativi agli ambienti ed una check list di verifica per i presidi.

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);

Ciascuna Azienda 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 particolare 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).

In ciascuna Azienda, 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.

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.

Nell'Allegato 2 e 3 al presente Piano sono messe a disposizione delle Aziende Sanitarie campane due check list di valutazione del rischio estrinseco (ambientale), in particolare:

- La Check List di valutazione (dotazione/integrità e corretto funzionamento) dei mezzi di movimentazione, presidi e ausili di assistenza;
- La Check List di valutazione strutturale.

2.2.2. 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 comorbilità, 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 e 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.

Nell'Allegato 1 al presente Piano viene messa a disposizione delle Aziende Sanitarie Campane una check list di valutazione del rischio intrinseco (individuale) del paziente. Tale check list integra la scala di Conley (che ne è elemento "core") 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 (vedi paragrafo 2.2.3) e prevede che siano esplicitati misure di prevenzione, fattori di protezione e precauzione adottati in base alla tipologia del rischio rilevato (vedi paragrafo 2.2.4).

2.2.3. Strumenti di classificazione del rischio

Ciascuna Azienda deve responsabilizzarsi alla classificazione del rischio di caduta dei pazienti come risultante delle valutazioni dei fattori intrinseci ed estrinseci.

In particolare, ciascuna Azienda deve classificare i pazienti in base al livello di rischio, tenendo conto, di minima, della distinzione in

- Rischio minimo, cioè il rischio generico di caduta che deve essere attribuito a tutti i pazienti, anche a quelli che risultano privi di rischi specifici dopo valutazione con apposita scala.
- Rischio maggiore, cioè il rischio aggiuntivo di caduta che viene attribuito ai pazienti che risultano avere rischi specifici dopo valutazione con apposita scala.

La check list di cui all'Allegato 1 prevede che siano considerati a rischio maggiore di caduta i pazienti per i quali sia stato rilevato almeno un SI nei campi Anamnesi e Terapia e/o con un punteggio uguale o superiore a 2/10 alla scala di Conley.

2.2.4. Strumenti per la prevenzione della caduta: misure di prevenzione, fattori di protezione e precauzione

Ciascuna Azienda deve mettere in atto misure di prevenzione congrue con il livello e il tipo di rischio valutato per ciascun paziente.

In particolare, ciascuna Azienda deve attuare:

- 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, raccomandandone 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 poggiapiedi);
 - ✓ 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 al caregiver l'importanza 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.

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 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.

2.2.5. Strumenti di gestione del paziente caduto

Ciascuna Azienda deve prevedere modalità esplicite e condivise per la gestione del paziente caduto.

In particolare, ciascuna 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 una 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, ciascuna Azienda deve garantire che tutto il personale di assistenza attivi ed incrementi l'osservazione ed il monitoraggio, e contribuisca ad individuare e ad attuare interventi volti ad ridurre i fattori di rischio modificabili.

In caso di caduta del paziente, deve essere sempre compilata la scheda di segnalazione di eventi avversi e/o near miss secondo la procedura di Incident Reporting aziendale, inoltre al presente Piano viene introdotto l'allegato 3, da compilare qualora venisse individuato un fattore ambientale/strutturale/presidiale all'origine della caduta.

2.2.6. Segnalazione della caduta

Ciascuna Azienda deve prevedere che siano 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, ciascuna Azienda deve prevedere 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.

In previsione della sperimentazione e del monitoraggio previsto ai fini del presente Piano, è raccomandato che ciascuna Azienda rilevi, in occasione di ogni caduta di paziente ricoverato, accanto ai dati richiesti dal sistema di segnalazione (Schede 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 (Allegato 1);
- 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.

3. Fase - Sperimentazione, monitoraggio e aggiornamento

Obiettivo: avviare sperimentalmente l'utilizzo della Lina di Indirizzo Regionale.

3.1 Sperimentazione

Entro il 31.12. 2017, tutte le Aziende del SSR sono invitate ad implementare la Linea di Indirizzo Regionale secondo quanto indicato al paragrafo 2.1, e a partecipare al sistema di monitoraggio regionale.

In particolare, le Aziende sono invitate ad adottare o revisionare il documento di recepimento della Raccomandazione n.13 ai sensi del contenuto del presente Piano.

Sono, inoltre, invitate ad implementare l'utilizzo delle check list di cui agli allegati 1, 2 e 3 e utilizzare sistemi di reporting in occasione di ogni caduta di paziente ricoverato, accanto ai dati richiesti dal sistema di segnalazione (Schede A e B di Evento Sentinella o dati di Incident Reporting più l'allegato 4 se necessario).

3.2 Monitoraggio Regionale

Con modalità che saranno comunicate con appositi documenti attuativi, saranno monitorati a livello regionale i seguenti indicatori:

- numero di pazienti anziani valutati per il rischio di caduta / numero di pazienti anziani ricoverati > 80%;
- personale sanitario formato sulla prevenzione delle cadute dei pazienti / personale sanitario della struttura operativa = 100%;
- piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi;
- numero di cadute segnalate dagli operatori della struttura / numero di cadute nella struttura oggetto di richiesta di risarcimento > 1;
- numero di audit condotti sulle cadute;
- numero di azioni di miglioramento intraprese a seguito dell'analisi;
- ricorrenza criticità rilevate.

Per fini sperimentali, si prevede un monitoraggio semestrale degli eventi caduta a cura della Regione Campania da condursi mediante un questionario ad hoc indirizzato alle Direzioni Aziendali e ai Referenti Rischio Clinico/Coordinatori del Team con il quale rilevare, nelle varie Aziende:

- Se il paziente è stato sottoposto a valutazione del rischio caduta mediante check list individuale (Allegato 1);
- 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.

3.3 Aggiornamento

La presente Linea di Indirizzo sarà sottoposta ad aggiornamento all'occorrenza di uno o più dei seguenti fenomeni:

- Esiti del monitoraggio che siano rilevanti ai fini della necessità di aggiornamento;
- Nuove evidenze scientifiche e/o normative che abbiano impatto su uno o più contenuti della Linea di Indirizzo.

L'aggiornamento sarà effettuato, in ogni caso, non oltre un biennio dalla emanazione della presente.

Bibliografia

- Brown, H., (2010), *Graded Response Observation Chart*, Leeds Teaching Hospitals Trust, Rev. 2012.
- Fall prevention. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*, NGC, 2012.
- Falls: Assessment and Prevention in Older People*, NICE, 2013.
- Falls in older people: assessing risk and prevention*, NICE, 2013.
- Falls prevention in hospital: a guide for patients, their families and carers*, Cochrane Library, 2010, rev. Royal College of Physicians, 2016.
- La prevenzione delle cadute in Ospedale*, Regione Toscana, 2011.
- Linee di indirizzo su Prevenzione e Gestione delle cadute del Paziente in ospedale*, Regione Emilia-Romagna, 2016.
- Monitoraggio Errori in Sanità*, Database NSIS-SIMES.
- Piano Annuale delle attività di Risk Management (PARM)*, Regione Lazio, 2016.
- Piano Regionale per la Prevenzione delle cadute dei Pazienti*, Regione Lazio, 2015.
- Prevenzione delle cadute nei Pazienti – Attività di ricerca per il miglioramento assistenziale, con finalità di erogare le prestazioni in base alle prove di efficacia*, Daniela Bendanti, Ivana Nanni, Emilia Romagna – Imola, 2006.
- Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella - 5° Rapporto*, Ministero della Salute, Settembre 2005 - Dicembre 2012.
- Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella*, Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella, Ministero della Salute, 2009.
- Qualità dell'assistenza, eventi sentinella: le cadute accidentali in Ospedale*, M. Vanzetta, Management Infermieristico, 2001.
- Quality Accounts London North West Healthcare NHS Trust*, NHS, 2016.
- Quality Standard Falls in Older People: Assessment after a fall and preventing further falls*, NICE, 2015.
- Raccomandazione n.13 per la Prevenzione e la Gestione della Caduta del Paziente nelle Strutture Sanitarie*, Ministero della Salute, 2011.
- Reducing Harm from Falls*, NPSA Patient safety First, 2009.
- Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons*, American Geriatrics Society, 2010.
- Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in Ospedale*, Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi, 2004.
- The falling and fallen person and emergency handling*, The Guide to the Handling of People, 2005.
- To hold or not to hold? Managing the falling and fallen Client- An everyday occurrence*, Presentation for Disabled Living Foundation, Islington. 2006.
- Paolo Chiari, Daniela Mosci, Sabrina Fontana, *Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti*, Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S. Orsola-Malpighi, 2002.