

Sito web www.ausl.pe.it	AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PESCARA Direttore Generale Dott. Armando Mancini	Revisione 01
	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA MEDICINA LEGALE Direttore Dott. Ildo Polidoro U.O.S. RISK MANAGEMENT Responsabile Dott.ssa Annamaria Ambrosi	Data emissione NOVEMBRE 2016
	<i>Raccomandazione Ministeriale n. 13, dicembre 2011:</i> PROCEDURA "LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE"	<i>Redazione</i> Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dott.ssa Rosangela Antuzzi
		Pagina 1 di 12

1. TITOLO, DESCRIZIONE SINOTTICA DEL DOCUMENTO E GRUPPO DI LAVORO

1.1 TITOLO

Revisione 01 della Del. 577 del 19 Maggio 2015 - Raccomandazione Ministeriale n. 13 "RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE".

La presente revisione della procedura si pone come strumento agile per i professionisti della salute per la prevenzione della caduta del paziente nelle strutture aziendali e può trovare valida applicazione anche per la compressione del rischio di tale evento e per una appropriata ed efficace gestione del paziente caduto.

1.2 DESCRIZIONE SINOTTICA DEL DOCUMENTO

Nel Maggio 2015 l'U.O.S. Risk Management della ASL di Pescara ha elaborato una procedura per affrontare il tema della prevenzione e gestione del rischio "caduta del paziente". La procedura è stata deliberata e pubblicata sul sito aziendale per un'ampia diffusione in tutte le Strutture Aziendali.

La presente revisione è stata redatta nell'ottica di accrescere nei professionisti la cultura in tale ambito, snellire e facilitare la consultazione del documento, integrare gli allegati utili, considerato che l'applicazione della procedura in esame all'interno dell'Azienda non è risultata del tutto omogenea. Tale rivisitazione è stata effettuata senza alterare i contenuti del primo documento che rispondevano già a quelli dettati dalla Raccomandazione Ministeriale n. 13 Novembre 2011- Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie – la quale detta : "... *Le cadute 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*".

1.3 GRUPPO DI LAVORO PER LA RIVISIONE N. 01

Nominativo	Qualifica	Firma
Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Resp. UOS Risk Management	
Dott.ssa Rosangela Antuzzi	Pos.Org. Serv. Inf. Territoriale (Resid.-Domicil.)	

INDICE/CONTENUTI DEL DOCUMENTO

1	TITOLO, DESCRIZIONE SINOTTICA DEL DOCUMENTO E GRUPPO DI LAVORO	PAG. 1
1.1	TITOLO	
1.2	DESCRIZIONE SINOTTICA DEL DOCUMENTO	
1.3	GRUPPO DI LAVORO	
	INDICE	PAG. 2
2	INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO	PAG. 3
2.1	PERIODO DI VALIDITA' E REVISIONE	
2.2	REVISIONI	
3	PREMESSA	
4	SCOPO	
5	CAMPO DI APPLICAZIONE	
6	TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI	PAG. 4
7	RESPONSABILITA'	PAG. 5
8	RIFERIMENTI	
9	RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA DEL PAZIENTE (ALLEGATO 1)	PAG. 6
10	COMPITI E RESPONSABILITA' PREVEVENTIVE (ALLEGATO 2), REATTIVE (ALLEGATO 2 bis)	
11	IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO (ALLEGATO 3)	
12	CHECK LIST – SICUREZZA AMBIENTE E PRESIDII (ALLEGATO 4)	
13	DISABILITA'/FARMACI PREDISponentI ALLA CADUTA (ALLEGATO 5)	
14	SCALA DI CONLEY (ALLEGATO 6)	
15	SCALA TINETTI (ALLEGATO 7)	PAG. 7
16	SEGNALAZIONE DELLE CADUTE (ALLEGATO 8)	
17	SEGNALAZIONE DELLE CADUTE COME EVENTO SENTINELLA (ALLEGATO 9)	
18	FLOW CHART (ALLEGATO 10)	PAG. 8
	FLOW CHART (ALLEGATO 11)	PAG. 9
	FLOW CHART (ALLEGATO 12)	PAG. 10
19	CONSIGLI AI FAMILIARI DEI PAZIENTI PEDIATRICI RICOVERATI PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE (ALLEGATO 13)	PAG. 11
	CONSIGLI AI PAZIENTI, AI FAMILIARI, AI CARE-GIVERS PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE (ALLEGATO 14)	PAG. 12

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

Il periodo di validità è di cinque anni dalla data di emissione, salvo eventuali esigenze dell'Azienda e/o nuove necessità organizzative che possono imporre una nuova revisione della procedura in tempi ravvicinati.

2.2 Revisioni

Revisione	Emissione	Validità del documento
01/NOVEMBRE/2016	5 anni

3.PREMESSA:

Le cadute costituiscono un problema di significativa importanza nell'ambito del ricovero del paziente nelle Strutture Sanitarie e da diversi anni sono oggetto di interesse e di studio da parte delle società scientifiche e delle istituzioni sanitarie internazionali. 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"*. Per il Ministero della Salute Italiano 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. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto"*. Una caduta può provocare lesioni e/o fratture che possono esitare anche nella morte del paziente (sono i casi di caduta-eventi sentinella); se interessa un soggetto anziano può ingenerare un senso di insicurezza tale da pregiudicarne l'autonomia e la qualità di vita anche in assenza di danno fisicamente ininfluente.

La frequenza delle cadute aumenta con l'avanzare dell'età, e le stesse sono la causa principale di infortuni tra gli anziani (>65 anni). Le donne cadono più frequentemente degli uomini e si fratturano con maggiore facilità.

Per la maggior parte le cadute dell'anziano sono causate da malattie neurologiche e dell'apparato muscolo-scheletrico nonché dall'uso incongruo e/o dagli effetti collaterali di farmaci, specialmente sedativi, diuretici e ipotensivi. Il 40-50% delle cadute è attribuibile a cause accidentali rappresentate per lo più da fattori ambientali e personali. Il rischio di caduta, seppure sempre presente, è diverso per i vari settings assistenziali; pertanto si deve ritenere che la valutazione del paziente per il rischio cadute è il cardine essenziale per la messa a punto di efficaci misure preventive. In virtù di quanto detto, è indispensabile che Operatori, Pazienti e familiari/caregivers acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato, costante e attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

4.SCOPO:

La presente **Revisione 01 della Del. 577 del 19 Maggio 2015**, ha lo scopo di supportare la sorveglianza ed il monitoraggio del fenomeno "cadute" nei pazienti assistiti in Azienda sia in Ospedale, compresi quelli che accedono al Pronto Soccorso, sia nel Territorio, Aree distrettuali e Residenze assistenziali, con l'obiettivo di:

- promuovere come buona pratica assistenziale la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente;
- promuovere la più esaustiva conoscenza del fenomeno;
- uniformare a livello aziendale le modalità di rilevazione del rischio caduta dei pazienti;
- uniformare a livello aziendale le modalità per la segnalazione dell'evento caduta;
- standardizzare le modalità reattive all'evento avverso e favorire il pronto recupero della Persona assistita;
- rendere uniformi gli atteggiamenti e le azioni dei professionisti anche attraverso una comunicazione fluida ed efficace.

5.CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente **Revisione 01 della Del. 577 del 19 Maggio 2015** si applica in tutte le UU.OO., Servizi e Residenze dell'Azienda Sanitaria Locale di Pescara.

6.TERMINOLOGIA ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

SCALA DI CONLEY	Strumento di valutazione per il rischio cadute. E' una scala ordinale composta da sei fattori che classificano il paziente a rischio di cadere. I valori compresi tra 0 e 1 indicano minimo rischio di caduta. I valori compresi tra 2 e 10 indicano rischio di caduta, da basso rischio ad alto rischio.
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. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto (Racc. Minist. n. 13)
CADUTA PREVEDIBILE/PREVENIBILE	Caduta di Assistiti che hanno fattori di rischio predisponenti alla caduta (ad esempio pazienti con difficoltà nella deambulazione, disorientamento, incontinenza)
CADUTA NON PREVEDIBILE/PREVENIBILE	Caduta in conseguenza di cambiamenti fisici, non prevedibili fino al momento della caduta (ad esempio la caduta determinata da una frattura patologica)
CADUTA ACCIDENTALE	Caduta non voluta cioè assolutamente non intenzionale (ad esempio scivolare sul pavimento bagnato oppure inciampare quando si utilizza un presidio medico difettoso)
QUASI CADUTA	Improvvisa e inattesa perdita di equilibrio che non esita in caduta o altro danno. Questa categoria può includere una persona che inciampa, scivola, fa un passo falso, ma è in grado di riprendere il controllo prima di cadere.
CADUTA SENZA DANNO	Caduta che non comporta conseguenze fisiche al paziente.
CADUTA CON DANNO	Caduta che esita in frattura o altre lesioni dei tessuti molli che richiedono trattamento sanitario. <i>The Health Care Protocol- Prevention of falls dell'ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement)</i> indica l'utilizzo della scala del danno costituita da 5 punti: 1. Assenza di danno apparente; 2. Danno minore – contusione o abrasione; 3. Danno moderato – danno che causa una dislocazione di cannula o di linee d'infusione o una frattura o una ferita che richiede sutura; 4. Danno maggiore – che richiede intervento chirurgico o il trasferimento del paziente in terapia intensiva 5. Morte. I 5 punti si tradotti in termini di prognosi: - Nessuna; - Lieve: ≤ 3gg; - Moderata: da 4 a 20 gg; - Severa: da 21 gg e Grave:≥ 40 gg; - Decesso.
EVENTO	Accadimento che ha dato, o aveva la potenzialità di dare origine, a un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente
EVENTO SENTINELLA	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo a un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione. La caduta che ha determinato morte, disabilità permanente, coma, trauma maggiore, trasferimento ad unità di terapia intensiva o semintensiva, necessità d'intervento chirurgico, rianimazione cardio-respiratoria è da considerarsi evento sentinella.
CAREGIVER	Individuo che si prende cura di una persona non autonoma o con autonomia ridotta
CONTENZIONE	Insieme di mezzi fisici-chimici-ambientali che, in qualche maniera, limitano la capacità di movimento volontaria dell'individuo
DM.PO.	Direzione Medica Presidio Ospedaliero
SPPSI	Servizio Prevenzione, Protezione e Sicurezza Interna
UOC – UOS – UU.OO.	Unità Operativa Complessa – Unità Operativa Semplice – Unità Operative
OSS	Operatore Socio Sanitario

7.RESPONSABILITA'

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTORI	RESPONS.	MEDICO	COORD.	INFER	OSS	U.O.S. RISK MANAGEM.	SPPSI
ATTIVITA'	UOC/UOS		INF.				
Compilazione scala di Conley			C	R			
Compilazione check list di controllo sicurezza ambiente	C		R			I	C
Attuazione interventi preventivi	C	C	C	R	C		
Gestione paziente caduto, primo soccorso, valutazione clinico-assistenziale/ accertamenti	I	R	I	R	C		
Descrizione dinamica evento e rilevazione della percezione del paziente dell'evento		R		R			
Comunicazione alla famiglia sull'evento caduta	I	R	I	C			
Compilazione ed invio scheda segnalazione all'UOS Risk Management		R	R	R			
Analisi dei dati / reporting						R	
Audit di Risk Management se necessario	C	C	C	C	I	R	C
Valutazione di rischio Ambientale (attrezzature/ presidi/ausili)	I	I	I	I	I	I	R

Legenda:

- R** : Responsabile
- C** : Coinvolto/Collabora
- I** : Informato

8. RIFERIMENTI

-Ministero della Salute, Raccomandazione N.13 sulla Prevenzione degli Eventi Sentinella, dicembre 2011) : Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (www.salute.gov.it);

-(www.agenas.it);

- Codice deontologico degli infermieri, 2009;

- Codice di deontologia medica 2014;

- Costituzione italiana, 1948, art.13; art.32;

- 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 fall;

- Geneve: WHO, 2004;

- Centro Studi EBN, Servizio Infermieristico e Tecnico, Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi, Bologna: Stop alla caduta libera, 2002;
- NICE (National Institute of Clinical Excellence) "Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in hospital", 2007;
- RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) Guidelines for "Prevention of falls and Falls Injuries in the Older Adult", 2005;
- NPSA (National Patient Safety Agency) The third report from the Patient Safety Observatory "Slips, trips and falls in hospital", 2010;
- Ministero della Salute – Osservatorio Nazionale degli Eventi Sentinella. Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella. Evento n. 9, "Morte o grave danno per caduta di paziente", Marzo 2008.

9. RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA DEL PAZIENTE (ALLEGATO 1)

Negli ultimi anni, la richiesta di prestazioni assistenziali di qualità e personalizzate è in aumento; si accresce pertanto anche il livello di competenza e responsabilità di ogni professionista appartenente al team nei confronti della persona assistita; i tempi esigono professionisti preparati, capaci di confrontarsi in équipe multidisciplinari e che sappiano dare garanzie sulle proprie azioni, in quanto consapevoli delle conseguenze che possono derivare dalle loro decisioni e dal modo di condurre gli interventi.

10. COMPITI E RESPONSABILITÀ PREVENTIVE (ALLEGATO 2), REATTIVE (ALLEGATO 2 bis)

I metodi e gli strumenti di pianificazione per approcci preventivi per il paziente a rischio caduta e reattivi per il paziente caduto sono molteplici. A supporto di quanto detto si dettagliano i compiti e le responsabilità preventive e reattive.

11. IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO - CLASSIFICAZIONE DI SMITH – 2005 (ALLEGATO 3)

L'identificazione dei fattori di rischio è il presupposto di ogni programma di intervento.

La prima azione necessaria per la prevenzione delle cadute consiste nell'accertare i possibili fattori di rischio in relazione alle caratteristiche del Paziente ed a quelle dell'ambiente e della struttura che lo ospita, in termini di sicurezza, di organizzazione e di adeguatezza del processo assistenziale.

I fattori responsabili delle cadute possono essere suddivisi in:

Fattori intrinseci, relativi alle condizioni di salute del paziente, che comprendono i dati anagrafici, la patologia motivo del ricovero, le comorbilità e le terapie farmacologiche;

Fattori estrinseci, relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari.

12. CHECK LIST – SICUREZZA AMBIENTE E PRESIDII: cfr. ALLEGATO 4

13. FARMACI/ DISABILITÀ PREDISponentI ALLA CADUTA: cfr. ALLEGATO 5

14. SCALA CONLEY (ALLEGATO 6)

Per uniformare l'approccio dei professionisti relativamente alla valutazione del rischio caduta è stata scelta la scala Conley, che risulta di facile utilizzo sia nella somministrazione al paziente e sia nella deduzione del punteggio.

I range relativi al punteggio assegnato sono così rappresentati:

- 0-2/10: paziente non a rischio caduta;
- 3-4/10: paziente a basso rischio di caduta;
- > 5/10: paziente ad alto rischio di caduta.

La diagnosi di rischio caduta "**indice di Conley > 0 = 2**", comporta la stesura del piano assistenziale con gli interventi preventivi e di educazione sanitaria (vedi ALL.2).

La scala di Conley va allegata nella Cartella Clinica del Paziente.

La valutazione deve essere effettuata all'accettazione di ogni Paziente (**entro le 24 ore dalla presa in carico**).

La rivalutazione deve essere prevista:

- al variare delle condizioni cliniche e farmacologiche;
- dopo ogni caduta.

15. SCALA TINETTI (ALLEGATO 7)

La scala Tinetti permette di associare un punteggio alle abilità valutate, verificare la variazione dell'indice di rischio di caduta nel tempo e verificare l'efficacia degli interventi adottati. Essa si compone di due parti:

- la prima parte valuta la funzione dell'equilibrio (9 items con punteggio 0-16);
- la seconda valuta la funzione dell'andatura (7 items con punteggio 0-12).

Il punteggio totale della scala (0-28) è rappresentato dalla somma del punteggio parziale ottenuto nelle due sezioni.

16. SEGNALAZIONE DELLE CADUTE (ALLEGATO 8)

Tutte le cadute devono essere segnalate sull'apposita scheda di segnalazione caduta **(ALLEGATO 8)** indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno al paziente. Tale scheda è composta da due sezioni: la prima è di competenza infermieristica e riguarda la dinamica dell'evento, il meccanismo di caduta, la modalità di caduta, il luogo, l'ora, i testimoni presenti e deve essere firmata dall'Operatore. La seconda è di pertinenza medica e riguarda le conseguenze della caduta (con o senza danno), il tipo di danno, gli accertamenti diagnostici richiesti, i trattamenti terapeutici effettuati, la terapia farmacologica in atto, l'eventuale necessità di follow-up e deve riportare la firma del medico. La scheda di segnalazione caduta deve essere inviata alla U.O.S. Risk Management e copia della stessa deve essere allegata alla cartella clinica del paziente.

17. SEGNALAZIONE DELLE CADUTE COME EVENTO SENTINELLA (ALLEGATO 9)

In base a quanto previsto dalla Raccomandazione Ministeriale per il monitoraggio degli eventi sentinella, **la morte o grave danno per caduta di paziente** rappresenta un Evento Sentinella e come tale deve essere segnalato anche al Ministero della Salute.

Nel caso in cui si verificasse l'evento sentinella - ovvero si verificasse un caso morte o grave danno per caduta di paziente - è obbligatorio: **inviare immediatamente** la scheda di segnalazione evento sentinella **(ALLEGATO 9)** compilata in ogni sua parte alla U.O.S. Risk Management per attivare il percorso di segnalazione al Ministero.

18. FLOW CHART PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE (ALLEGATO 10)

FLOW CHART PER LA GESTIONE DELLE CADUTE (ALLEGATO 11)

FLOW CHART PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA (ALLEGATO 12)

19. CONSIGLI AI FAMILIARI DEI PAZIENTI PEDIATRICI RICOVERATI PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE (ALLEGATO 13)

CONSIGLI AI PAZIENTI, AI FAMILIARI, AI CARE-GIVERS PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE (ALLEGATO 14)