

Area	Standard	Pratica per la sicurezza del paziente	Ambito di applicazione
Sviluppo sistema di gestione del rischio clinico	Prevenzione cadute delle persone assistite nei contesti di ricovero	La prevenzione delle cadute nei servizi sanitari	Struttura

Razionale

Le cadute delle persone assistite sono un problema estremamente rilevante sia per la frequenza che per la gravità delle conseguenze. Nello studio condotto in Toscana nell'ambito del progetto regionale sulla prevenzione delle cadute 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). Altri studi riportano una percentuale che oscilla tra il 3-20% delle persone ricoverate che cadono almeno una volta durante il periodo di degenza (AHRQ, 2013).

La valutazione delle persone a rischio di caduta, la valutazione della sicurezza di ambienti e presidi ed il monitoraggio delle cadute mediante un sistema specifico di segnalazione ed analisi di questo tipo di eventi è fondamentale per mantenere un'attenzione costante da parte di tutti gli operatori sul problema, per individuare azioni di prevenzione da intraprendere nell'immediato e nel breve termine, al fine di ridurre le conseguenze su persone assistite e la frequenza degli eventi con lesioni. La prevenzione delle cadute è parte integrante del sistema aziendale di gestione del rischio clinico.

Requisiti minimi

1) La valutazione delle persone a rischio di caduta comporta la verifica della presenza dei fattori di rischio più significativi all'ammissione nel servizio sanitario e durante la permanenza nelle strutture. La valutazione può avvenire mediante l'impiego di scale o check-list validate con metodo scientifico, orientate alla definizione del piano di prevenzione delle cadute in una logica interdisciplinare e multifattoriale, con il coinvolgimento attivo della persona assistita e dei familiari. In caso di riscontro di uno o più fattori di rischio è necessario che il personale applichi le opportune misure di prevenzione in coerenza con la verifica effettuata, tenendo conto delle caratteristiche della persona assistita e del contesto clinico-assistenziale. La valutazione del rischio di caduta nelle persone in fase di ammissione e durante la permanenza nelle strutture sanitarie, nonché le azioni eventualmente intraprese per prevenirla devono essere indicate nella documentazione medica e infermieristica.

2) La caduta può provocare lesioni di tipo traumatico, è pertanto necessario evitare un danno secondario dovuto alla movimentazione ed al trasporto del paziente utilizzando dei sistemi di immobilizzazione che consentano di rendere meccanicamente stabile il paziente.

L'immobilizzazione è una pratica cautelativa rivolta ad evitare ulteriori danni garantendo una stabilizzazione meccanica impedendo sia il movimento naturale delle articolazioni, sia il movimento innaturale prodotto da eventuali lesioni dell'apparato scheletrico.

In particolare l'operatore sanitario che riscontra la caduta della persona assistita con possibile conseguenza traumatica, deve attivarsi per proteggere la colonna vertebrale fino a quando l'eventuale lesione sia stata identificata, stabilizzata o esclusa.

I presidi da utilizzare per immobilizzare il corpo e permettere il suo spostamento in sicurezza sono:

- collare cervicale rigido;
- tavola spinale rigida.

L'applicazione di tali presidi dovrebbe essere rivolta a persone cadute che presentano:

- trauma cranico;
- dolore o indolenzimento del rachide;
- debolezza o intorpidimento di qualsiasi arto

3) La valutazione della sicurezza di ambienti e presidi relativamente al rischio di caduta deve essere condotta almeno una volta all'anno, registrando l'esito della verifica su un documento interno alla struttura, che comprenda sia il riscontro della verifica effettuata che l'eventuale piano di miglioramento.

4) Prima di procedere alla ristrutturazione di un ambiente di cura, alla riorganizzazione di un servizio o all'acquisizione di un nuovo dispositivo, presidio o arredo, è necessario effettuare una valutazione proattiva dei rischi di caduta e di tenere conto di tale valutazione nelle decisioni relative all'implementazione del cambiamento, che deve essere sempre migliorativo dei livelli di sicurezza delle cure.

5) La segnalazione e l'analisi delle cadute deve rispondere ai requisiti previsti nella scheda tecnica del Reporting and Learning System (RLS) ed allo specifico tracciato record della caduta nel SiGRC

6) Per ogni persona che accede in ospedale in seguito a una caduta o che cade durante il ricovero, il medico responsabile della dimissione deve segnalare l'avvenuta caduta al medico di famiglia ed ai servizi territoriali, al fine di implementare attività finalizzate alla riduzione del rischio di una nuova caduta.



Più in generale, per ogni persona ricoverata, i risultati della valutazione del rischio di caduta devono essere riportati sulla lettera di dimissione ed apposito materiale informativo sulla prevenzione delle cadute deve essere fornito alle persone assistite ed ai familiari.

Educazione sanitaria

Coinvolgimento dei familiari/caregiver nella valutazione del rischio di caduta soprattutto al momento della presa in carico (eventuale consegna brochure informativa).

Presenza di strumenti informativi regionali sulla prevenzione delle cadute nei servizi sanitari.

Attuazione

- Il personale è stato formato sulla prevenzione delle cadute
- Il personale ha a disposizione strumenti validati per la valutazione delle persone assistite a rischio di caduta.
- Il personale valuta le persone assistite a rischio di caduta e registra l'esito della valutazione nella cartella clinica.
- Il personale adotta azioni di prevenzione del rischio di caduta coerenti con la valutazione effettuata e le registra nella cartella clinica.
- Almeno una volta all'anno viene effettuata una valutazione della sicurezza di ambienti e presidi con il relativo piano di miglioramento.
- La struttura operativa ha un facilitatore del rischio clinico che riceve le segnalazioni, le analizza e decide quando promuovere l'analisi approfondita degli eventi.

Valutazione

I Livello

Indicatori:

- numero di persone assistite anziane valutate per il rischio di caduta / numero di persone assistite anziane ricoverate > 90%
- personale sanitario formato sulla prevenzione delle cadute / personale sanitario della struttura operativa = 100%
- presenza piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi = Si
- numero di cadute segnalate/numero di cadute con lesione > 3
- numero di azioni di miglioramento intraprese a seguito di audit sulle cadute / totale azioni di miglioramento previste > 70%
- numero di persone ricoverate a causa di una caduta o cadute durante il ricovero con indicazioni evidenti di continuità assistenziale / numero di persone ricoverate a causa di una caduta o cadute durante il ricovero > 80%
- presenza nelle lettera di dimissione dell'avvenuta caduta con lesione ed eventuale follow up
- ogni struttura deve avere una procedura per la gestione del post caduta

II Livello

- numero di anziani dimessi con valutazione del rischio di caduta alla dimissione-trasferimento / numero anziani dimessi > 90%
- attuazione piano di riduzione dei fattori di rischio di caduta connessi con ambienti e presidi > 80%
- numero di azioni di miglioramento intraprese a seguito di audit sulle cadute / totale azioni di miglioramento previste > 80%

III Livello

- Educazione sanitaria alla dimissione per la prevenzione delle cadute a domicilio
- Sistema di monitoraggio del livello di appropriatezza nella gestione post caduta dell'equipe medica = Presenza report

Atti, normativa e bibliografia di riferimento

1. Definizione di azioni di coordinamento e sviluppo delle attività di gestione del rischio clinico (delibera n. 225 del 03/04/2006).
2. Scheda tecnica RLS definita dal centro GRC.
3. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems.
4. Quaderno GRC "La prevenzione delle cadute in ospedale" (include ampia bibliografia di riferimento)
5. AHRQ Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. AHRQ Publication No. 13-0015-EF, January 2013. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Falls: assessment and prevention of falls in older people NICE Clinical Guideline 161, 2013 reperibile su www.nice.org.uk
7. Victoria A Goodwin, Rebecca A Abbott, Rebecca Whear, Alison Bethel, Obioha C Ukoumunne, Jo Thompson-Coon and Ken Stein Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis BMC Geriatrics 2014, 14:15

