



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE

ex Ufficio III

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE

Le cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie possono causare gravi danni e, in alcuni casi, procurare la morte.

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta.

La presente Raccomandazione si pone come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie e può trovare utile applicazione anche per la compressione del rischio di tale evento e per una appropriata ed efficace gestione del paziente a seguito di caduta.

Raccomandazione n. 13, novembre 2011 (aggiornata al 1 dicembre 2011)

La presente Raccomandazione è stata condivisa con il Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del paziente.

Indice

1. Premessa.....	4
2. Obiettivo.....	5
3. Ambiti di applicazione.....	5
4. Definizione di caduta.....	5
5. Azioni.....	5
5.1 Identificazione dei fattori di rischio	6
5.2 Adozione e implementazione di modalità di valutazione del rischio caduta paziente	8
5.3 Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute	9
5.3.1 Strategie ambientali.....	10
5.3.2 Gestione della terapia farmacologica.....	11
5.3.3 Mobilizzazione e deambulazione	11
5.3.4 Gestione della eliminazione urinaria e fecale	12
5.3.5 Limitazione della contenzione.....	12
5.4 Azioni per la gestione del paziente a seguito di caduta.....	13
6. Segnalazione dell'evento.....	13
7. Formazione	14
8. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale	14
8.1 Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione	14
8.2 Attivazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella	15
9. Aggiornamento della Raccomandazione.....	15
10. Suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia della Raccomandazione ...	15
Riferimenti bibliografici	17
Ringraziamenti	20
Allegato	

1. Premessa

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

Le persone che cadono la prima volta presentano un rischio elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno e possono riportare, come conseguenza del trauma, danni anche gravi, fino a giungere, in alcuni casi, alla morte.

Il numero di anziani ricoverati in ospedale o presso residenze sanitarie assistenziali che va incontro a cadute è elevato, la metà degli anziani che riporta una frattura di femore non è più in grado di deambulare ed il 20% di essi muore, per complicanze, entro 6 mesi (2).

Le cadute possono determinare nei pazienti: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, ad una riduzione anche molto significativa della qualità della vita.

Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali.

Si stima che circa il **14%** delle cadute in ospedale sia classificabile come **accidentale**, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), **l'8%** come **imprevedibile**, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il **78%** rientri tra le cadute **prevedibili** per fattori di rischio **identificabili** della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione) (3).

La compressione del rischio da caduta del paziente in struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale (4).

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.

E' fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

2. Obiettivo

Prevenire il verificarsi dell'evento sentinella "Morte o grave danno per caduta di paziente" nelle strutture sanitarie.

La presente Raccomandazione si prefigge, inoltre, di comprimere il rischio di caduta e, nel caso che l'evento accada, di ridurne le conseguenze.

3. Ambiti di applicazione

La presente Raccomandazione si applica in tutte le strutture sanitarie in cui venga prestata assistenza, sia in ambito acuto che cronico (strutture ospedaliere, di riabilitazione, di lungodegenza, case di riposo, comunità terapeutiche, ecc.), si rivolge agli operatori coinvolti nelle attività, a tutela dei pazienti fruitori di prestazioni sanitarie.

Per il suo carattere generale, il documento non contiene riferimenti a modalità di valutazione/gestione del rischio caduta paziente peculiari di setting assistenziali specifici.

4. Definizione di caduta

Ai fini della presente Raccomandazione, 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"*(5).

5. Azioni

Attraverso la **valutazione di ciascun paziente** e l'**attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali** è possibile **prevenire e comprimere il rischio di caduta**.

La capacità e la possibilità di una **gestione** immediata e corretta del **paziente dopo una caduta** e di una assistenza appropriata per gli eventuali esiti sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali per gli operatori e per le strutture.

Si ritiene, quindi, necessario che, coinvolgendo le diverse funzioni aziendali per la progettazione del percorso in un Gruppo di lavoro multidisciplinare, ogni Azienda/Struttura sanitaria predisponga a **livello direzionale** e renda attuativo un programma di gestione del rischio di caduta volto:

- all'individuazione del **profilo di rischio** nel contesto preso in esame in relazione alle **caratteristiche del paziente e della struttura**;

- alla definizione di **misure di prevenzione**, considerando i **fattori di protezione e precauzione**;
- all'attivazione di un **sistema di osservazione dei risultati** conseguiti in seguito all'applicazione delle **misure preventive**, utilizzando appositi indicatori (es. la riduzione del numero di cadute in ciascun reparto, in un anno, riferibili al numero dei pazienti ricoverati della stessa fascia di età);
- all'attivazione di **appropriate modalità di gestione del paziente caduto**;
- all'implementazione di un **sistema informativo per la segnalazione** delle cadute e delle mancate cadute (*near fall*) nonché di gestione dei dati **allo scopo di adottare le misure correttive più adeguate e di fornire informazioni agli operatori**;
- all'attivazione di **interventi informativi/formativi** per operatori, pazienti, familiari e visitatori.

Sulla base dell'identificazione dei fattori di rischio, sarà prioritario, inoltre, che l'Azienda/Struttura sanitaria provveda, **a livello operativo**:

- all'utilizzo di **appropriate modalità di valutazione del rischio di caduta del paziente**.
I risultati della valutazione devono risultare nella documentazione clinico - assistenziale;
- alla **valutazione ambientale periodica**, in collaborazione tra i servizi assistenziali e quelli deputati alla prevenzione e sicurezza della struttura;
- alla costruzione di **strumenti di integrazione tra la struttura sanitaria e il territorio**.

5.1 Identificazione dei fattori di rischio

La prima azione necessaria per la prevenzione delle cadute consiste nell'identificare 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.

In tal senso, i fattori responsabili delle cadute possono essere suddivisi in:

- A) **fattori intrinseci**, relativi alle condizioni di salute del paziente, che comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le comorbilità e le terapie farmacologiche;
- B) **fattori estrinseci**, relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati.

A) Fattori dipendenti dalle condizioni di salute del paziente

Tra i principali fattori di rischio riferibili alle condizioni generali del paziente possono essere identificati:

- l'età ≥ 65 anni;
- l'anamnesi positiva per precedenti cadute;
- l'incontinenza;
- il deterioramento dello stato mentale;
- il deterioramento delle funzioni neuromuscolari;
- 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.

E' necessario considerare particolarmente a rischio i pazienti affetti da patologie che possono:

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

Durante il trattamento farmacologico è importante considerare a rischio le 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.

B) Fattori ambientali, ergonomici ed organizzativo - assistenziali

Considerata la ricorrenza della dinamica e dei luoghi in cui avviene la maggior parte delle cadute (in camera nel salire e nello scendere dal letto, nel percorso dalla camera al bagno ed in bagno, mentre si effettua l'igiene personale), i principali fattori di rischio in questo ambito sono i seguenti:

- dimensionamento inadeguato delle stanze di degenza e dei bagni;
- pavimenti e scale scivolosi a causa del consumo e/o dell'assenza di soluzioni antiscivolo percorsi "ad ostacoli" per raggiungere il bagno;
- illuminazione carente in alcune aree;
- letti o barelle non regolabili in altezza;
- bagni senza supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.

Sono rilevanti, inoltre, gli elementi di inadeguatezza del processo assistenziale ed organizzativo particolarmente in termini di tempo di assistenza per paziente al giorno, secondo il livello di intensità appropriato, di dotazione degli ausili necessari alla mobilitazione delle persone, di formazione di tutto il personale, di adeguato inserimento degli operatori neoassunti nonché, nell'ambito dell'organizzazione delle attività, di scelta degli orari più idonei per esse.

5.2 Adozione e implementazione di modalità di valutazione del rischio caduta paziente

Una valutazione clinica ed assistenziale globale è premessa fondamentale per cure di qualità.

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

In merito alla possibile adozione ed implementazione di strumenti per la valutazione del rischio di caduta del paziente, secondo le Linee guida per la prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (6), le caratteristiche più significative dei test specifici sono: semplice esecuzione, breve durata, ripetibilità per consentire il follow up. Le evidenze disponibili nel documento citato mostrano che queste qualità sono possedute dalla *Berg Balance Scale* (BBS), dal *Timed Up and Go* (TUG) e dalla *Tinetti Balance*.

Ai fini della valutazione del rischio di caduta dei pazienti, vi sono in letteratura anche altri strumenti, con significative e recenti esperienze italiane (7).

Alcune evidenze scientifiche dimostrano come sia più efficace intervenire su un numero limitato di fattori di rischio riducibili piuttosto che stratificare il livello di rischio dei pazienti sulla base dei punteggi ottenuti con le scale di misurazione.

Nello scegliere la modalità di valutazione del rischio di caduta più appropriata alla specifica realtà assistenziale, ciascuna Azienda/Struttura sanitaria considererà i limiti della stessa, in particolare

rispetto ad una valutazione espressa in punteggi, e la necessità che la modalità scelta sia preventivamente validata.

In ogni caso, si ritiene importante non abbassare il livello di sorveglianza, particolarmente in realtà assistenziali dedicate a pazienti con una specifica “fragilità” (es. unità operative di medicina, di neurologia).

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

- all'ammissione del paziente, particolarmente se anziano (*età pari o maggiore di 65 anni*);
- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche);
- a seguito di episodio di caduta;
- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati, in ogni tipo di struttura di ricovero;
- prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura e prima della dimissione, se necessario, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio;
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta.

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

5.3 Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute

In questo ambito si evidenzia la necessità di agire per la prevenzione delle cadute ed il contenimento del rischio attraverso una strategia multifattoriale, con cui garantire interventi valutativi ed informativi essenziali per tutte le tipologie di pazienti e interventi, anche educativi, personalizzati in base al livello di rischio emerso.

Nell'allegato n. 1, attraverso le flow chart I e II, si offre uno sguardo sintetico sulla gestione dei rischi ambientali e sulla gestione del paziente presso la struttura sanitaria.

5.3.1 Strategie ambientali

Si considera molto importante una valutazione ambientale periodica mirata dei possibili fattori di rischio, che coinvolga direttamente il personale preposto dell'Unità Operativa/Servizio e, possibilmente in modo congiunto, il Servizio di Prevenzione e Protezione della struttura interessata.

Va posta particolare attenzione ai seguenti **fattori di precauzione**:

- i **pavimenti** non debbono essere umidi, scivolosi e/o sconnessi;
- i **corridoi**, di adeguata larghezza, debbono essere dotati di corrimano e non 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);
- 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 reso facilmente accessibile al paziente, dal letto o dalla sedia/poltrona e nel bagno, ogni qualvolta l'operatore si allontana da lui;
- **poggiapiedi, tavolini o eventuali altri ostacoli**, che possono costituire pericolo per il movimento e per la stabilità del paziente, devono essere rimossi;
- l'**illuminazione** degli ambienti, in particolare quella notturna vicino al letto e al bagno, deve essere idonea e gli interruttori visibili al buio;
- gli **spigoli** vivi e gli oggetti potenzialmente taglienti devono essere eliminati;
- **gli ausili per la deambulazione** devono essere adeguati e sottoposti a corretta manutenzione (es. carrozzine con braccioli e poggiapiedi estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza ed altezza da terra dello schienale adeguati).

La raccolta e la valutazione dei dati di sicurezza ambientale consentirà alla Direzione della struttura di definire strategie e priorità di intervento a breve, medio e lungo termine.

5.3.2 Gestione della terapia farmacologica

Si indicano di seguito gli ambiti di intervento ritenuti particolarmente significativi:

- i pazienti in terapia con farmaci che provocano un'alterazione dello stato psicofisico nonché le associazioni di 4 o più farmaci, indipendentemente dal tipo, debbono essere monitorati rispetto al rischio di cadute;
- è necessario informare ed educare il paziente ed i caregiver circa gli effetti della terapia con farmaci a rischio;
- qualora il paziente effettui terapia infusionale ed ove non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, sarebbe utile programmare la loro somministrazione con una pausa durante il periodo di riposo notturno.

5.3.3 Mobilizzazione e deambulazione

Un buon livello di attività fisica costituisce il principale **fattore di protezione**, migliorando, in particolare, la capacità di equilibrio e di coordinamento dei movimenti. Poiché lo scarso esercizio fisico espone a maggior rischio di caduta, i pazienti debbono essere stimolati ad utilizzare al meglio le proprie abilità e potenzialità residue, aiutandoli a superare la paura di cadere, qualora ne abbiano, anche attraverso interventi educativi e favorendo il più possibile la loro autonomia in collaborazione con personale esperto (es. fisioterapisti, terapisti occupazionali).

Il bisogno assistenziale di mobilizzazione e deambulazione richiede un'attenzione particolare da parte del personale sanitario, ai fini della prevenzione della caduta del paziente.

E' importante educare il paziente e le eventuali persone che lo assistono riguardo le modalità corrette per una movimentazione ed una deambulazione in sicurezza (es. come eseguire passaggi posturali o spostamenti adeguati dal letto alla sedia, dalla sedia in piedi, senza compromettere l'equilibrio).

Gli ausili utilizzati debbono essere idonei alle necessità della persona e, al fine di evitare un loro uso scorretto, i pazienti ed il personale di assistenza debbono essere addestrati al loro impiego.

5.3.4 Gestione della eliminazione urinaria e fecale

Poiché l'incontinenza e la conseguente urgenza comportamentale possono rappresentare elementi di pericolo di caduta per i pazienti, si ritiene necessario applicare tutte le migliori evidenze scientifiche disponibili nell'ambito dell'assistenza infermieristica ottimizzando la realtà strutturale disponibile.

5.3.5 Limitazione della contenzione

In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l'uso della contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute.

I mezzi di contenzione meccanica possono provocare, invece, effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti ed indiretti.

E' necessario, pertanto, identificare con cura i bisogni di sicurezza espressi dal paziente, basati sul suo livello di funzione psico-fisica e sulla storia comportamentale trascorsa.

La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull'ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione.

La contenzione non deve essere utilizzata come alternativa all'osservazione diretta, alla presenza di personale preparato e in numero adeguato alle esigenze assistenziali.

La contenzione farmacologica (sedazione) è ammissibile solo quando rappresenti un intervento sanitario e sia parte integrante della terapia.

La scelta deve essere limitata al tempo minimo indispensabile, con le adeguate precauzioni durante l'applicazione, coinvolgendo il paziente stesso, laddove possibile, e dandone informazione tempestiva ai familiari/caregiver. L'intervento di contenzione deve essere puntualmente documentato all'interno della cartella sanitaria.

5.4 Azioni per la gestione del paziente a seguito di caduta

Il paziente che rimane al suolo, a seguito di caduta improvvisa, richiede da parte degli operatori una valutazione delle condizioni e un trattamento immediati, nonché una necessaria rivalutazione del danno a valle della caduta per ridurre il danno secondario. E' necessario, quindi, che tutto il personale, sanitario e non, secondo le proprie competenze professionali, sia preparato per affrontare una situazione di emergenza-urgenza.

Si ritiene particolarmente importante 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 all'interno di ogni struttura/servizio/unità sanitaria.

Devono essere garantiti l'adeguata informazione dei familiari, 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**, è necessario, infine, 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.

6. Segnalazione dell'evento

Ai fini della prevenzione e del contenimento del rischio, è importante che l'Azienda/Struttura sanitaria si doti degli strumenti necessari alla raccolta di tutte le segnalazioni di caduta, indipendentemente dal fatto che essa abbia causato o meno un danno al paziente, così come delle segnalazioni di mancato evento. La segnalazione sarà inviata, eventualmente anche in via informatizzata, alla Direzione sanitaria ed alla funzione aziendale per la gestione del Rischio Clinico, che provvederanno ad approfondire adeguatamente le segnalazioni ricevute nonché a restituire agli operatori informazioni, riflessioni, soluzioni, secondo le procedure previste dall'Azienda/Struttura sanitaria

Ogni possibile scheda di segnalazione studiata e scelta dovrà essere compilata sollecitamente dal personale medico e infermieristico in servizio al momento dell'evento, raccogliendo informazioni esaurienti avvalendosi, per la descrizione della dinamica, dei resoconti del paziente, in tutti i casi in cui ciò sia possibile, e, in tale impossibilità o ad integrazione, di altre persone che abbiano assistito all'accaduto.

Come indicato nel paragrafo 8.2, solo al verificarsi di un evento sentinella, ovvero di “Morte o grave danno per caduta di paziente”, l'Azienda/Struttura sanitaria invierà una specifica segnalazione al Referente regionale della gestione del Rischio C

8.2 Attivazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella

L'Azienda/Struttura sanitaria deve favorire la segnalazione degli eventi sentinella tramite specifiche procedure. L'evento sentinella "*Morte o grave danno per caduta di paziente*" deve essere segnalato al Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, utilizzando il protocollo SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella.

9. Aggiornamento della Raccomandazione

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornata in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

10. Suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia della Raccomandazione

Al fine di migliorare la Raccomandazione nella pratica clinica, le Aziende/Strutture sanitarie sono invitate a fornire suggerimenti e commenti rispondendo alle domande del questionario accluso "*Insieme per migliorare la prevenzione degli eventi sentinella*".

Glossario di riferimento al testo della Raccomandazione

Anziano: persona di età uguale o superiore ai 65 anni.

Caduta: 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.

Caregiver (o assistente informale): Colui/colei che si prende cura di un'altra persona, per esempio di una persona non autonoma o con autonomia ridotta.

Mancata caduta (near fall): la condizione in cui la caduta viene evitata per qualche motivo, ma si sarebbe potuta verificare.

Contenzione: uso di mezzi fisici, farmacologici o ambientali che limitano la capacità di movimento volontario della persona assistita.

Contenzione fisica: i mezzi di contenzione sono quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

Contenzione farmacologica: viene attuata con l'uso di farmaci ad attività sedativa, tranquillanti minori e maggiori.

Persone fragili: in medicina geriatrica la "fragilità" definisce una condizione di maggior rischio di accadimento di eventi avversi, che comportano un significativo decadimento della qualità della vita. La fragilità include dimensioni di tipo:

- **fisico-biologico:** presenza di patologie organiche, riduzione della massa muscolare, difficoltà di deambulazione spedita, riduzione dell'acuità e dell'integrità sensoria, perdita di autonomia;
- **psicologico:** presenza di sintomatologia depressiva, senso di stanchezza cronica, solitudine, riduzione delle competenze ed abilità sociali nell'affrontare situazioni stressanti;
- **sociale:** possibile limitazione delle reti di supporto sociale, isolamento ed esclusione sociale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Oliver D. et al, *Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses*, BMJ, 2007; 334: 82.
- (2) WHO Europe, *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls ?*, 2004. www.euro.who.int
- (3) Morse JM, *Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls*, Am. J. Infect. Control, 2002; 30: 376.
- (4) SIMPATIE Project Final Report SAFETY IMPROVEMENT FOR PATIENTS IN EUROPE REPORTING PERIOD FEB 2005 - FEB 2007 MAY 2007
- (5) Chiari P., *Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale*, Centro Studi EBN, Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, 2004. www.evidencebasednursing.it
- (6) I.S.S. - Programma nazionale per le linee guida (PNLG), *PNLG 13 - Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*, 2009. www.snlg-iss.it
- (7) Centro GRC – Regione Toscana e Gruppo di lavoro regionale prevenzione cadute, *La prevenzione delle cadute in ospedale*, 2011. Edizioni ETS: Pisa. www.regione.toscana.it/rischioclinico.html
- (8) Procedura prevenzione cadute ASL Nuoro www.aslnuoro.it

Per approfondimenti

1. Tinetti M.E., Kumar C., *The Patient who falls-It's always a trade-off*, JAMA, 2010; 303: 258.
2. Queensland Health, *Falls prevention, Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals*, Australia, 2009. www.health.qld.gov.au
3. Allen M. L., Ballard C. G. et al, *Incidence and prediction of falls in Dementia: a Prospective Study in Older People*, PloS ONE 4(5):e5521, 2009. www.plosone.org
4. Harlein J., Dassen T. et al, *Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: a systematic review*, J. Advanc. Nursing, 2009; 65: 922.
5. Atti del 6° Congresso Nazionale AGE, *La Geriatria: punto d'incontro tra territorio ed ospedale nella gestione della "fragilità" e della "complessità di cura"*, Parma, 2009. www.associazionegeriatri.it

6. IPASVI - Federazione Nazionale Collegi IPASVI, *Superare la contenzione: si può fare*, I Quaderni, 2009; n. 25. www.ipasvi.it
7. IPASVI - Federazione Nazionale Collegi IPASVI, *Il Codice deontologico dell'infermiere*, 2009. www.ipasvi.it
8. Kallstrand-Ericson J., Hildingh C., *Visual impairment and falls: a register study*, J. Clin. Nursing, 2009; 18: 366.
9. Leveille G., Jones R.N. et al, *Chronic Musculoskeletal Pain and the Occurrence of Falls in Older Population*, JAMA, 2009; 302: 2214.
10. Moller J., Hallqvist J et al, *Emotional stress as a trigger of falls leading to hip or pelvic fracture. Results of ToFa study – a case-crossover study among elderly people in Stockholm, Sweden*, BMC Geriatrics, 2009; 9: 7.
11. Latt M.D., Manz H. B. et al, *Acceleration Patterns of the Head and Pelvis Gait in Older People With Parkinson's Disease: A Comparison of Fallers and Nonfallers*, J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci., 2009; 64: 700.
12. Sherrington C., Lord S.R. et al, *Minimising disability and falls in older people through a post-hospital exercise program: a protocol for a randomised controlled trial and economic evaluation*, BMC Geriatrics, 2009; 9: 8.
13. Bellandi T, Centro GRC – Regione Toscana e Gruppo di lavoro regionale prevenzione cadute, *Un nuovo modello per la prevenzione delle cadute dei pazienti. I risultati dello studio toscano 2007-2008 e gli strumenti per la valutazione del rischio e del monitoraggio delle cadute*, 2009. www.salute.toscana.it
14. Centers for Disease Control and Prevention, *Falls among Older Adults: An Overview*, 2009. www.cdc.gov
15. Carpenter C.R., Scheatzle M.D., *Identification of Fall Risk Factors in Older Adult Emergency Department Patients*, Acad. Emerg. Med., 2009; 16: 211.
16. Healey F., Scobie S. et al, *Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports*, Qual. Saf. Health Care, 2008; 17: 424.
17. Lamb S. E., Fisher J.D. et al, *A national survey of services for the prevention and management of falls in the UK*, BMC Health Services Research, 2008; 8: 233.
18. Karlsson M. K., Nordqvist A., et al., *Physical activity, muscle function, falls and fractures*, Food Nutr. Res., 2008; 52

19. Cappuccio R., Granatello J. et al., *La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo*, Centro Studi EBN, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, 2008. www.evidencebasednursing.it
20. Rust T. B., Wagner L., et al., *Safety in long-term care settings: broadening the Patient Safety Agenda to Include Safety in Long-Term Care*, Healthc. Q., 2008; 11 (3 Spec No): 31.
21. Oliver D. et al, *Do falls and falls-injuries in hospital indicate negligent care and how big is the risk? A retrospective analysis of the NHS Litigation Authority Database of clinical negligence claims, resulting from falls in hospitals in England 1995 to 2006*. Qual. Saf. Health Care, 2008; 17: 431.
22. European Network for Safety Among Elderly (EUNESE), *Foglio di Informazione: Prevenzione delle Cadute negli Anziani. Sicurezza negli anziani - Focus sugli Infortuni Non Intenzionali*. 2008. www.euroipn.org.
23. Alvaro R, Amato S. et al, *La gestione delle cadute del paziente anziano istituzionalizzato: uno studio retrospettivo*, in “Il rischio clinico, metodologie e strumenti organizzativi gestionali”, 215-232, ESSE Editrice, Cecchina (Roma), 2007.
24. Regione Toscana, Centro Gestione Rischio Clinico, *Progetto regionale sulla prevenzione delle cadute in ospedale*, 2007. www.salute.toscana.it
25. Joint Commission Resources, *Eventi sentinella - Quello che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe sapere*. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2007.
26. National Patient Safety Agency, *Slips, trips and falls in hospital*, 3rd report Patient Safety Observatory, 2007. www.nrls.npsa.nhs.uk
27. Regione Emilia Romagna, *Piano sociale e sanitario 2007-2009*. www.emiliaromagnasociale.it
28. Barelli P., *Prevenzione delle cadute nell'anziano*, Dossier Infad, 2006.
29. Bendanti D., Nanni I. (a cura di), *Documento finale del programma di formazione su campo: Attività di ricerca per il miglioramento assistenziale, con finalità di erogare le prestazioni in base alle prove di efficacia. Prevenzione delle cadute nei pazienti*. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna – AUSL Imola, 2006. www.ausl.imola.bo.it
30. National Guideline Clearinghouse (GC), *Guideline synthesis: Prevention of falls in the elderly*, April 2006 (revised Nov 2009). www.guideline.gov

31. IPASVI – Federazione Nazionale Collegi IPASVI, *L'anziano e la frattura di femore*, L'Infermiere 2006; n. 5, suppl.. www.ipasvi.it
32. Van der Helm J., Goossens A. et al, *When Implementation Fails: The Case of a Nursing Guideline for Fall Prevention*, Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf., 2006; 32: 152.
33. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*, Nursing Best Practice Guideline. Toronto, Canada, 2005. www.rnao.org
34. National Institute of Clinical Excellence (NICE), *The assessment and prevention of falls in older people*, Clinical Guideline 21 – England, 2004. www.nice.org.uk
35. National Quality Forum, *National voluntary consensus standards for nursing – sensitive care: an initial performance measure set*, Washington, USA, 2004. www.qualityforum.org
36. IPASVI – Federazione Nazionale Collegi IPASVI, *Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica*, I Quaderni, 2003; n.6. www.ipasvi.it
37. Evans D. et al., *Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review*, The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia, 2002. www.joannabriggs.edu.au
38. Chiari P., Mosci D., et al., *Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti*. Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna. Assistenza infermieristica e ricerca (AIR), 2002; 21: 117. www.evidencebasednursing.it
39. Robertson M. C., Devlin N. et al, *Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls.1: Randomised controlled trial*, BMJ, 2001; 322: 697.
40. Evidence Report/Technology Assessment, N. 43. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. AHRQ Publication, 2001, San Francisco, U.S.A. www.ahrq.gov
41. Vanzetta M., Vallicella F., *Qualità dell'assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale*, Management Infermieristico, 2001; n. 2, 32. www.nursesarea.it
42. Ferrucci L., Di Iorio A. et al, *Fragilità e prevenzione della disabilità nell'anziano*, Giorn. Gerontologia 1999; 47: 79.

La presente Raccomandazione è stata elaborata dall'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema (Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli Stagno, Giandomenico Cannizzaro, Rosetta Cardone, Guerino Carnevale, Susanna Ciampalini, Antonietta Colonna, Angela De Feo, Daniela Furlan, Lucia Guidotti, Giorgio Leomporra, Carmela Matera, Gaia Mirandola, Maria Concetta Patisso, Claudio Seraschi, Anna Sgrò), con la collaborazione dell'Ufficio II – Igiene, prevenzione e sicurezza del lavoro - Direzione Generale della Prevenzione (Tommasina Mancuso).

La Raccomandazione è stata, quindi, sottoposta ad un processo di consultazione con le seguenti Associazioni, Società Scientifiche, Federazioni ed Esperti:

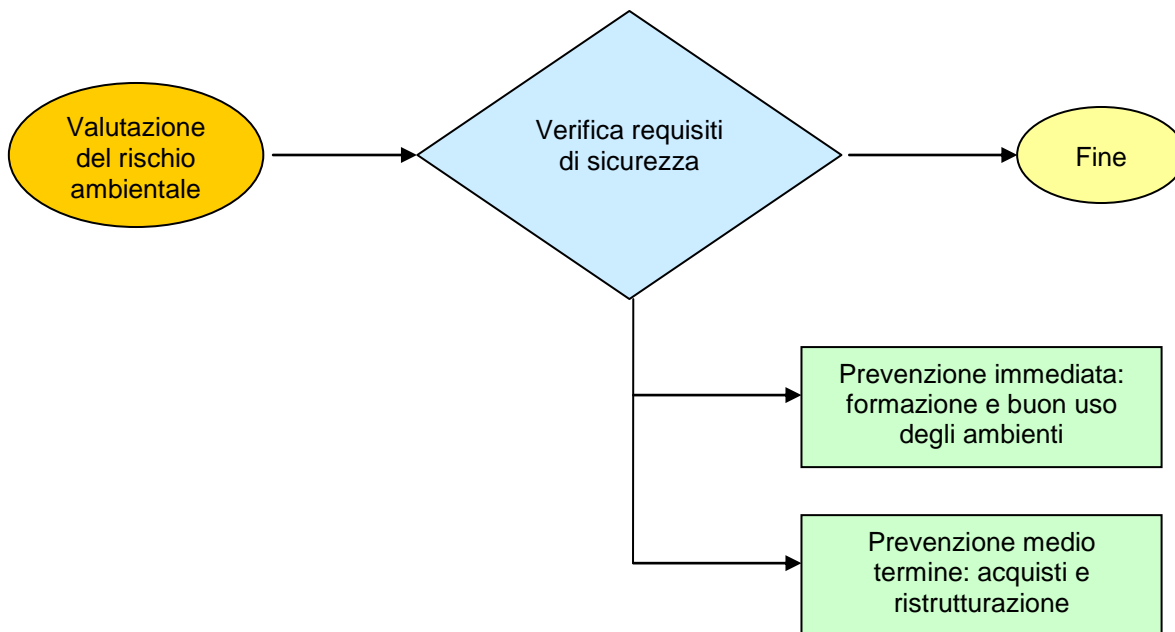
Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.D.O.), Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere (F.I.A.S.O.), Federazione Italiana Medici di Famiglia (F.I.M.M.G.), Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO), Federazione Nazionale Collegi Infermieri, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI), Associazione Nazionale Assistenti Sanitari (As.N.A.S.), Federazione Ordini Farmacisti Italiani (F.O.F.I.), Direzioni Sanitarie di A.O. "Bolognini" di Seriate (BG), A.O. CTO "Maria Adelaide" di Torino, Ospedale Civico "E. Benfratelli" di Palermo, A.O. Universitaria "OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno, I.N.M.I. "Lazzaro Spallanzani" di Roma, Istituto Oncologico Veneto di Padova, l'Ufficio Qualità e Rischio Clinico della ASL di Nuoro, la ASL12 di Biella, l'Unità di Gestione del Rischio A.O. "S. Filippo Neri" di Roma, il Prof. Roberto Bernabei, Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e fisiatriche del Policlinico Universitario "A Gemelli" di Roma, Cittadinazattiva Onlus.

Si ringraziano, in particolare, per i suggerimenti forniti:

Annalisa Silvestro (IPASVI), Giuliana Bodini (AsNAS), Antonio Mario Pinna (ASL Nuoro), Riccardo Tartaglia e Tommaso Bellandi (CGR Regione Toscana), Maria Padovan (IOV, Padova), Marina Cerimele (A.O. S. Filippo Neri, Roma), Maria Virginia Scafarto (A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno), Silvia Castorina, Vincenzo Puro e Silvia Pitali (INMI Spallanzani, Roma), Marco Rapellino, Ida Marina Raciti, Marco Bo, Barbara Mitola, Marianna Monterossi, Mara Maniero, Domenico Tangolo (Gruppo di lavoro Gruppo Regionale Rischio Clinico Regione Piemonte).

Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie - Allegato n. 1 Flow Chart

Flow chart I) Identificazione e Gestione dei rischi ambientali (7)



Flow chart II) Gestione del paziente presso la struttura sanitaria

