



Protocollo Prevenzione e gestione delle cadute del Paziente

KWH_PR_15

Rev. 01 12.06.19

Data: 03/05/2018

Redazione

**DS Dr. Giovanni Sacchetti;
DG dott.ssa Rosaria Idone**

Emissione

Data: 03/05/2018

DS

Dr. Giovanni Sacchetti

Firma

PREMESSA

La compressione del rischio da caduta del Paziente in una Struttura Sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale. Secondo le recenti Raccomandazioni Ministeriali 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”.

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli Ospedali e nei vari setting assistenziali. E' fondamentale che Operatori, Pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato, costante e attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

MOTIVAZIONI

La necessità di produrre un procedura aziendale è dovuta alla valenza fortemente negativa che l'evento può assumere in termini di qualità dell'assistenza nonché alle conseguenze di ordine etico e talvolta giuridico per gli Operatori coinvolti.

Il documento si colloca nell'ambito delle attività aziendali di Risk Management e risponde alla necessità, fortemente raccomandata anche dal Ministero della Salute, di prevenire le cadute dei Pazienti in ambito Sanitario.

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.

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.

OBIETTIVI

- Identificare i fattori che espongono il Paziente a rischio cadute;
- Elaborare strategie idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di diminuire gli incidenti;
- Migliorare la consapevolezza di Operatori e Pazienti nella prevenzione delle cadute;
- Comprimerne il rischio di caduta e, nel caso che l'evento accada, ridurne le conseguenze;
- Migliorare la relazione con i Pazienti e i familiari a seguito della caduta;
- Prevenire il verificarsi dell'evento sentinella “Morte o grave danno per caduta di Paziente”;
- Standardizzare modalità reattive all'evento avverso e favorire il pronto recupero della Persona assistita;
- Uniformare le modalità di segnalazione dell'evento caduta.

AMBITI DI APPLICAZIONE

La presente Procedura si applica in tutte le Strutture Sanitarie in cui venga prestata assistenza, sia in ambito acuto che cronico. Si rivolge agli Operatori coinvolti nelle attività assistenziali e a tutela dei Pazienti fruitori di prestazioni sanitarie.

TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Ai fini del presente documento si forniscono le seguenti definizioni:

- **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 (Raccomandazione Ministeriale n. 13);
- **Caduta prevenibile:** cadute di Assistiti che hanno fattori di rischio predisponenti alla caduta (ad esempio pazienti con difficoltà nella deambulazione, disorientamento, incontinenza);
- **Caduta non prevenibile/prevedibile:** cadute in conseguenza di cambiamenti fisici, non prevedibili fino al momento della caduta (ad esempio la caduta determinata da una frattura patologica);
- **Caduta accidentale:** cadute non volute, cioè assolutamente non intenzionali (ad esempio scivolare sul pavimento bagnato oppure inciampare quando si utilizza un presidio medico difettoso);
- **Caduta senza danno:** caduta che non comporta conseguenze fisiche al Paziente;
- **Caduta con danno:** caduta che esita in una frattura o in altre lesioni dei tessuti molli che richiedono trattamento sanitario.

Può essere utilizzata una scala di danno costituita da 5 punti, come previsto nel *Health Care Protocol: Prevention of falls dell'ICSI:*

- 1) Assenza di danno apparente;
- 2) Minore: contusione o abrasione;
- 3) Moderato: danno che causa una dislocazione di cannula o di linea di infusione, o frattura, o una ferita che richieda sutura;
- 4) Maggiore: danno che richiede un intervento chirurgico o trasferimento in terapia Intensiva per il monitoraggio di conseguenze che mettono in pericolo di vita;
- 5) Morte.

• **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.

- **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;
- **Contenzione:** insieme di mezzi fisici-chimici-ambientali che, in qualche maniera, limitano la capacità di movimento volontaria dell'individuo;
- **Eventi Sentinella:** *eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad 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;*
- **Scala di Conley:** scala ordinale composta da sei fattori che classificano il rischio di cadere ed individuano un valore soglia di 2 punti su 10 per indicare la presenza di rischio aumentato

IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

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:

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 del contesto di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati;

A) Fattori intrinseci al Paziente sono:

- età \geq 65 anni;
- anamnesi positiva per precedenti cadute;
- incontinenza;
- precarie condizioni di coscienza/vigilanza e/o delirium;
- deterioramento dello stato cognitivo;
- malattie e/o deterioramento delle funzioni muscolari;
- dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività della vita quotidiana, rilevabile attraverso apposite scale;
- riduzione della capacità visiva;
- deformazioni o patologie del piede;
- paura di cadere;
- patologie circolatorie, cerebro-vascolari, polmonari cronico ostruttive, infezioni e malattie acute (infezioni delle vie urinarie);
- politerapia o l'assunzione di farmaci 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.

Nel report dell'NPSA (*National Patient Safety Agency, Slips, trips and falls inospitale, 3d report Patient Safety Observatory, 2007*), i fattori di rischio più significativi nei **Pazienti ospedalizzati** sono:

- cammino/andatura instabile;
- confusione/agitazione;
- incontinenza o necessità di usare frequentemente la toilette;
- anamnesi di precedenti cadute;
- assunzione di farmaci sedativi o ipnotici.

VALUTAZIONE RISCHIO DI CADUTA

Le linee guida internazionali indicano come “*gestione del rischio di cadute*” un approccio globale al problema **con valutazione multidimensionale** del Paziente, attraverso la valutazione clinica completa con l’uso di strumenti di screening come:

- **scale** di valutazione delle autonomie del Paziente;
- **scale** relative al rischio di insorgenza di lesioni da decubito con sezione relativa alle capacità motorie;
- **scale** volte all’inquadramento del rischio caduta, specialmente infermieristiche (es. Morse, Conley, Stratify, Hendrich ecc.);

e di strumenti di inquadramento funzionale (valutazione della mobilità, es. Berg Balance Test o Tinetti Performance).

La scala Conley per il maggior grado di sensibilità, soprattutto in ambito degenziale medico, è stata scelta per l’adozione omogenea e diffusa nella maggior parte delle Strutture Sanitarie, E’ una scala ordinale composta da 6 fattori che classificano il rischio di cadere.

Attribuzione del punteggio Scala Di Conley

Ad ogni domanda è attribuito un punteggio pari a zero se negativa, o variabile tra 1 e 3 se positiva.

Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi positivi

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.

Il valore ottenuto viene riportato, a cura dell’operatore responsabile della valutazione, nella cartella infermieristica.

STRATEGIE DI PREVENZIONE AMBIENTALI

La Casa di Cura, a seguito del monitoraggio e dell'incidenza delle cadute rilevata nelle Strutture Sanitarie, provvederà, secondo criteri di priorità, agli adeguamenti ambientali così come previsto dalla L.R. 31 luglio 2007, n. 32.

Va posta particolare attenzione ai seguenti fattori di precauzione:

- i pavimenti **non** devono essere umidi, scivolosi e/o sconnessi;
- i corridoi, di adeguata larghezza, devono essere dotati di corrimano e non ingombri da arredi potenzialmente causa di inciampo o scivolamento,
- controllare che negli ambienti non ci siano oggetti/ostacoli che possono costituire pericolo per il movimento e la stabilità del Paziente ;
- le scale devono essere provviste di corrimano e i gradini resi antiscivolo;
- nei bagni devono essere presenti adeguati punti di appoggio, preferibilmente far utilizzare al Paziente i bagni assistiti o comunque muniti di barre a cui aggrapparsi;
- l'altezza del letto e della barella deve essere regolata in modo che il Paziente possa poggiare facilmente i piedi sul pavimento; se giudicato appropriato, ai fini della protezione del Paziente, usare le sponde, che, applicate o corredate al letto, sono strumenti di sicurezza utilizzati per ridurre il rischio di scivolare, rotolare o cadere accidentalmente dal letto; le stesse devono essere rimovibili, adattabili in altezza e possibilmente modulari; eventuali ruote e freni devono essere funzionanti e controllati periodicamente.
- rendere stabili letti e mobili vicino al Paziente (assicurare che i freni del letto siano bloccati);
- controllare il funzionamento del letto (freni, comandi, ecc);
- i tappeti devono 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, dalla sedia o dalla poltrona e nel bagno, ogni qualvolta l'Operatore si allontana;
- l'illuminazione dell'ambiente, in particolare quella notturna vicino al letto e al bagno, deve essere idonea, gli interruttori devono essere visibili al buio;
- rendere la camera sufficientemente luminosa;
- controllare che tutte le luci della camera siano funzionanti;
- lasciare accesa la luce notturna durante la notte.
- 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 poggiatesta estraibili o reclinabili e/o ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza ed altezza da terra dello schienale adeguati).

Il Servizio di Prevenzione e Protezione (Consulenza esterna), in collaborazione con il RLS, valutano i rischi ambientali e strutturali

- periodicamente;
- a seguito di eventi di particolare rilevanza;
- a seguito di importanti modifiche ambientali o dei presidi in uso.

MEZZI DI CONTENZIONE

In questa struttura gli unici presidi di contenzione utilizzati sono le spondine contenitive. 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. In generale il ricorso alla contenzione deve rappresentare un'extrema ratio ed essere limitato ai soli casi in cui sia ravvisabile uno stato di necessità, ovvero la necessità di evitare un rischio attuale di morte o grave danno alla salute del Paziente e non sia possibile fare ricorso a mezzi alternativi efficaci.

In particolare:

L'intervento di contenzione deve essere puntualmente documentato all'interno della Cartella Clinica.

GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

Nel caso in cui si verificasse una caduta di un Paziente nel corso della degenza, l'Infermiere:

- valuta se la persona ha riportato lesioni prima di mobilizzarla (ferite, traumi cranici, ecc.);
- applica il protocollo BLS; in caso di perdita di coscienza, attiva i canali dell'emergenza/urgenza;
- tranquillizza il Paziente e lo posiziona in maniera appropriata e confortevole;
- rileva i parametri vitali: pressione arteriosa in clino / ortostatismo (se possibile);
- comunica al Medico la caduta del Paziente, al fine di consentire una valutazione clinica;
- prepara il Paziente per eventuali accertamenti diagnostici (RX, TAC, etc), ed eventuale accesso venoso;
- mantiene il Paziente sotto osservazione per 48 ore per complicanze tardive in caso di trauma cranico, frattura e se paziente demente, confuso / disorientato; l'Infermiere informerà immediatamente il Medico in caso di cambiamenti comportamentali (confusione, disorientamento), dolore inspiegabile alla luce della recente caduta;

Gli Operatori della Casa di Cura, ognuno per le proprie funzioni, provvederanno a:

informare la famiglia della caduta;

registrare l'accaduto nella Cartella Clinica ed Infermieristica del Paziente;

attuare interventi volti ad ridurre i fattori di rischio modificabili in quanto il Paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriore caduta;

confrontarsi con la persona (in un momento appropriato) relativamente alla percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e l'eventuale intervento su fattori di rischio modificabili.

Tabella riassuntiva

ASSISTENZA AL PAZIENTE CADUTO	
SOCCORSO	Valutazione delle condizioni del Paziente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ stato di coscienza; ▪ parametri vitali; ▪ presenza di lesioni;
AVVISARE TEMPESTIVAMENTE IL MEDICO DELLA CADUTA DEL PAZIENTE PER UNA RAPIDA VALUTAZIONE CLINICA	Valutazione delle condizioni del Paziente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita medica; ▪ Prescrizioni di indagini diagnostiche necessarie; ▪ Compilazione diario clinico;
INFORMARE I FAMILIARI	Il Medico provvede alle opportune comunicazioni ai familiari;
OSSERVARE IL PAZIENTE PER LE EVENTUALI COMPLICANZE TARDIVE	Valutazione delle condizioni del Paziente <ul style="list-style-type: none"> ▪ Controllo dei parametri vitali; ▪ Sorveglianza intensiva; Informare il Medico su eventuali cambiamenti comportamentali;
COMPILARE LA SCHEDA DI “SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI”	Inoltrare la scheda al Risk Manager, trattenendone copia in cartella.

REGISTRAZIONE E SEGNALAZIONE DELLE CADUTE

La caduta deve essere registrata in modo circostanziato e nel più breve tempo possibile nella documentazione sanitaria del Paziente.

Tutte le cadute devono essere segnalate sull'apposita scheda (**eventi avversi e sentinella**) indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno al Paziente.

Il modulo, compilato in tutte le sue parti con scrittura chiara e leggibile, deve essere inoltrato al Risk Manager e una copia deve essere inserita nella cartella clinica del Paziente. **Segnalazione della caduta come evento sentinella.**

In base a quanto previsto dal protocollo 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:

- 1) segnalare telefonicamente l'accaduto al Direttore Sanitario;
- 2) inviare la segnalazione con **Scheda di segnalazione evento sentinella** entro le successive 12 ore, al Risk Manager per attivare il percorso di segnalazione al Ministero e la procedura di gestione dell'evento con particolare riguardo all'analisi retroattiva dell'accaduto.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Tutto il personale sanitario che lavora con assistiti a rischio di caduta deve sviluppare e mantenere competenze di base nell’assessment (valutazione) e nella prevenzione delle cadute.

VERIFICA DELL’APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA

La corretta applicazione del protocollo verrà verificata con i seguenti strumenti:

- Report sulle schede di segnalazione delle cadute;
- Audit su cartelle cliniche: presenza della scheda di valutazione del rischio caduta.

INDICATORI DI ESITO

- impatto del protocollo/procedura sul fenomeno “cadute” (da calcolarsi per specialità)
 1. numero pazienti effettivamente caduti /numero giornate di degenza per pazienti ricoverati;
 2. numero pazienti effettivamente caduti /numero giornate di degenza per pazienti valutati a rischio caduta e ricoverati;
 3. numero pazienti effettivamente caduti tra i pazienti valutati a rischio caduta/numero pazienti valutati a rischio caduta;
- n° sinistri aperti per cadute per anno/numero giornate di degenza per pazienti ricoverati;
- n° sinistri aperti per cadute per anno /numero segnalazioni cadute interne alla piattaforma Lazio Crea.