

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Titolo documento: Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice		Pagina 1 di 23
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale
Firma per redazione: Dr. Roberta Nicolini data: 10/03/2023	Firma per approvazione: Dr. Orietta Ossola data: 09/05/2023	Firma per validazione: Dr. Emanuela Pastorelli data: 15/5/23
Firma della Direzione Generale Dr.ssa Emanuela Pastorelli Data Emissione:		

PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE DEI DEGENTI IN OSPEDALE ED IN HOSPICE

INDICE

GRUPPO DI LAVORO.....	3
LEGENDA.....	4
GLOSSARIO.....	4
SCOPO ED OBIETTIVI.....	6
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	6
RESPONSABILITÀ.....	6
MODALITÀ OPERATIVE.....	8
1. Fattori di rischio ambientali.....	8
1.1 Valutazione dei rischi ambientali.....	8
1.2 Programmazione delle verifiche.....	8
2. Valutazione del Paziente.....	9
2.1 Strumenti di gestione del rischio.....	9
2.2 Accertamento infermieristico mirato.....	9
3. Approccio individualizzato.....	11
3.1 Pianificazione assistenziale standard e aggiuntiva.....	11
3.2 Diagramma di flusso cadute.....	13
4. Approccio multidisciplinare.....	14
4.1 Movimentazione del paziente.....	14
4.2 Ricognizione Riconciliazione farmacologica.....	14
4.3 Prevenzione, diagnosi e gestione del delirium.....	15
4.4 Uso delle spondine.....	16
5. Monitoraggio degli eventi cadute: incident reporting.....	17
5.1 Gestione del Paziente Caduto.....	17
5.2 Analisi dell'evento caduta e invio scheda di segnalazione.....	17
5.3 Gestione e analisi delle schede di segnalazione.....	18
INDICATORI.....	19

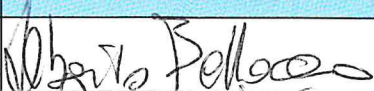
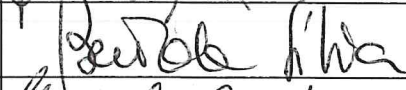

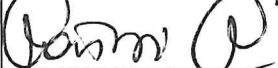
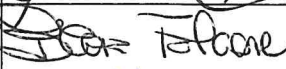
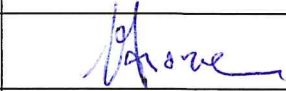
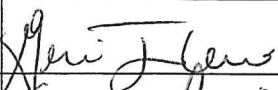
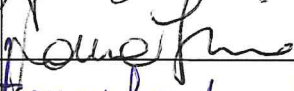

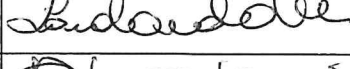


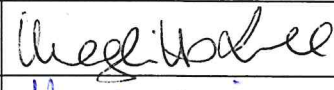
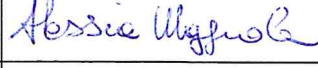
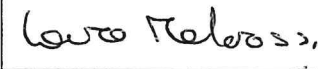
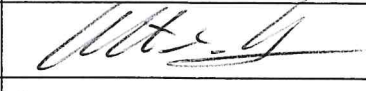
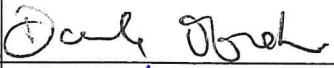
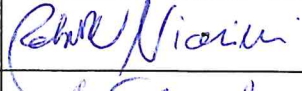



Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 2 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI.....	20
ALLEGATI.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	21

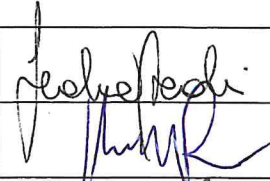

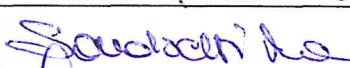



Rev.	Data	Descrizione delle modifiche
00	22/11/2013	Creazione.
01	21/11/2019	Introduzione di strumenti di valutazione del rischio - accertamento mirato. Strutturazione di pianificazione assistenziale standard e aggiuntiva.
02	10/03/2023	Modifica del gruppo di lavoro. Informatizzazione della documentazione (modifica allegati). Specifiche per area clinico-assistenziale. Approccio multidisciplinare: mobilizzazione del paziente, ricognizione riconciliazione farmacologica, prevenzione, diagnosi e gestione del <i>delirium</i> , uso delle spondine; <i>Incident reportin</i> ; Integrazione allegato "Mobilizzazione e rischio di caduta". Revisione bibliografia.

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 3 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

GRUPPO DI LAVORO

COGNOME NOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Bellocco Alberto	Dirigente Medico Legale Governo Clinico <i>Medical Malpractice</i> e componente UGRC	
Bertolacci Silvia	Coordinatore DiPSa SOC Medicina Malattie Infettive PO Verbania	
Brighi Michela	Coordinatore DiPSa Dipartimento Chirurgico PO Verbania	
Cartini Claudia	Coordinatore DiPSa SOC Medicina PO Domodossola	
Falcone Elena	Posizione Organizzativa DiPSa PO Domodossola	
Fiore Domenica	Dirigente Medico Referente Programmi Istituzionali Rischio Clinico	
Grossi Elena	Coordinatore DiPSa SOC PO Ortopedia Domodossola	
Irico Laura	Coordinatore DiPSa SOC MCU PO Verbania	
Laudando Franca	Coordinatore DiPSa Processo Rischio Clinico/Ricerca	
Laudando Maria	Coordinatore DiPSa SOC Chirurgia Otorino PO Domodossola	
Lorenzini Diletta	Posizione Organizzativa PO DiPSa Verbania	
Maggini Sabrina	Coordinatore DiPSa SOC RRF PO Domodossola	
Maglitto Liliana	Dirigente DiPSa PPOO	
Maggiola Alessia	Coordinatore DiPSa SOC MCU PO Domodossola	
Materossi Laura	Dirigente DiPSa Territorio e componente UGRC	
Mattalia Mario	Responsabile SOS Tecnico e componente UGRC	
Morabito Daniela	Dirigente Medico SOSD Geriatria	
Nicolini Roberta	Coordinatore DiPSa Processi Accreditamento Qualità Informatizzazione Sanitaria	
Ossola Orietta	Direttore Sanitario PPOO	
Paonessa Sabrina	Coordinatore DiPSa SOSD <i>Week Surgery</i> PO Verbania	
Paulis Fabrizio	Direttore SOC Ortopedia PO Verbania	

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 4 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

Pedroni Federica	Coordinatore DiPSa SOC RRF PO Verbania	
Riboni Paolo	Responsabile SOS SPP e componente UGRC	
Rossi Silvia	Direttore SOC RRF	
Sandretti Tiziana	Coordinatore DiPSa SOSD <i>Week Surgery</i> PO Domodossola	
Senestraro Marcello	Direttore SOC DiPSa	
Tolini Rosella	Coordinatore DiPSa SOS Hospice	

LEGENDA

- A.C.C.: Arresto Cardio Circolatorio
- ADL: *ACTIVITIES OF DAILY LIVING* (attività di vita quotidiane)
- COORD: Coordinatore
- CCE: Cartella Clinica Elettronica
- Di.P.Sa.: Direzione Professioni Sanitarie
- D.O.: Degenza Ordinaria
- D. S.O.C.: Direttore Struttura Organizzativa Complessa
- FIS: Fisioterapista
- GAD cadute: Gruppo Aziendale Dedicato alle cadute
- INF: Infermiere
- MED: Medico
- M.E.T.: *Medical Emergency Team*
- O.B.I.: Osservazione Breve Intensiva
- O.S.S.: Operatore Socio Sanitario
- OST: Ostetrica/o
- R.Q.: Responsabile Qualità
- S.P.P.: Servizio Prevenzione Protezione
- S.P.D.C.: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
- TI: Terapia Intensiva
- T.S.: Tecnico Sanitario
- U.G.R.C.: Unità di Gestione del Rischio Clinico

GLOSSARIO

- Caduta: cambiamento nella posizione, non intenzionale, che costringe una persona ad accasciarsi a terra, sul pavimento o ad un livello più basso, escludendo il cambio intenzionale della posizione con appoggio a mobili, pareti o altri oggetti.
- Cadute accidentali: causate per lo più da inciampo, scivolamento del paziente e attribuibili in genere a fattori ambientali.

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 5 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

- Cadute prevenibili/prevedibili: cadute di soggetti definiti a rischio.
- Cadute non prevenibili/prevedibili: cadute che non possono essere previste prima che l'evento si verifichi
- Caduta senza testimone: si configura quando un paziente è ritrovato sul pavimento e, nessuno, né il paziente né altri soggetti, sa come ciò sia avvenuto.
- Caduta con danno: si raccomanda l'utilizzo di una scala di danno a 5 punti:
 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 una frattura, o una ferita che richiede sutura
 4. Maggiore: danno che richiede un intervento chirurgico o il trasferimento in terapia intensiva per il monitoraggio di conseguenze che mettono in pericolo la vita
 5. Morte.
- Quasi caduta (*near fall*): 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.
- 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.*" Specifica, inoltre, che "*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.*"

Sulla base delle indicazioni emesse dalla Regione Piemonte si considerano evento sentinella le cadute che abbiano determinato:

- Morte.
 - Disabilità permanente.
 - Coma.
 - Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente.
 - Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva.
 - Necessità di intervento chirurgico a seguito della caduta.
 - Rianimazione cardio-respiratoria.
- *Medical Emergency Team*: sistema di risposta rapida alle emergenze intraospedaliere composto da un Anestesista-Rianimatore e da un Infermiere di Rianimazione; il M.E.T. eroga una risposta sia al paziente in arresto cardio circolatorio sia al paziente in situazione critica.

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 6 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

SCOPO ED OBIETTIVI

Scopo della procedura è definire un sistema di gestione aziendale che identifichi, prevenga e gestisca il rischio di caduta del paziente ricoverato in Ospedale e in Hospice.

L'**obiettivo generale** è ridurre il numero e la gravità degli esiti delle cadute.

Gli **obiettivi specifici** sono:

- favorire l'*empowerment* degli operatori e dei pazienti nella prevenzione delle cadute;
- identificare ed eliminare situazioni legate all'ambiente che comportino rischi di caduta;
- identificare i pazienti a rischio di caduta e garantire interventi assistenziali appropriati tramite:
 - l'applicazione di uno strumento di accertamento mirato che classifichi il rischio di caduta;
 - la pianificazione di interventi di prevenzione primaria delle cadute;
 - l'attuazione di interventi mirati per il singolo paziente;
- garantire interventi assistenziali appropriati in caso di caduta;
- consentire il pronto recupero della persona assistita;
- uniformare la modalità di segnalazione dell'evento caduta.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è applicata dagli operatori coinvolti nelle attività di assistenza a Pazienti ricoverati presso l'ASL VCO in regime di Urgenza, Ricovero Ordinario, O.B.I., *Day Hospital/Surgery*, *Hospice* e SPDC.

Per le aree ambulatoriali dei servizi, sono esposte nelle sale di attesa poster informativi sulle modalità di prevenzione delle cadute (Allegato 03 di PO 27-OUP 06).

RESPONSABILITÀ

La responsabilità della comunicazione e della pubblicazione nel sito Intranet Aziendale della procedura è del Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriately Rischio Clinico.

Al Responsabile di Struttura, ai Responsabili Qualità-Rischio delle Strutture Operative è attribuita la responsabilità di diffondere, rendere accessibile e far conoscere a tutti gli operatori la Procedura Operativa, ivi compresi i neo-assunti (Allegato 01 - Lista di Distribuzione PO 07-QA04), quindi verificare e controllare sistematicamente la corretta adesione ai contenuti del presente documento.

La responsabilità dell'applicazione è di tutti gli operatori in turno e coinvolti nel processo.

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 7 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

Di seguito la matrice delle responsabilità:

Attività	INF OST	MED	COORD	OSS	T.S. FIS	D. SOC	SOS SPP	SOS Tecnico	UGRC	GAD
Legenda: R Responsabile; R* Responsabile per quanto di competenza ; C Coinvolto; I Informato; NC Non Coinvolto										
Checklist valutazione rischi ambientali	I	C	C	I	I	C	R*	R*	I	I
Valutazione fattori di rischio individuali per accertamento mirato schede MOSAICO/HENDRICH II	R	I	C	I	I	NC	NC	NC	NC	NC
Pianificazione clinico assistenziale standard ed aggiuntiva	R*	R*	C	C	I	C	NC	NC	NC	NC
Attuazione interventi di prevenzione delle cadute	R*	C	C	C	R*	I	NC	NC	NC	NC
Ricognizione/riconciliazione farmacologica	C	R	I	NC	NC	C	NC	NC	NC	NC
Gestione del paziente caduto e chiamata del medico	R*	R*	I	C	R*	I	NC	NC	NC	NC
Compilazione scheda di segnalazione caduta sezione infermieristica e registrazione in diario clinico integrato	R*	I	C	I	R*	C	NC	NC	NC	NC
Compilazione scheda caduta sezione medica di reparto e richiesta eventuali accertamenti	I	R	I	NC	NC	I	NC	NC	NC	NC
Attivazione della procedura per evento sentinella* in caso di caduta con danno	I	R	C	NC	I	C	NC	NC	I	I
Informazione alla famiglia sull'evento caduta	C	R	I	I	C	I	NC	NC	NC	NC
Esame dell'evento caduta e supervisione sul rispetto della procedura	C	R*	R*	C	C	C	NC	NC	NC	NC
Invio scheda segnalazione a UGRC	C	C	R	I	C	C	NC	NC	I	I
Elaborazione dati schede segnalazione	I	I	I	I	I	I	I	I	R	I
Gestione e analisi segnalazioni	C	C	C	I	C	C	NC	NC	R	I
Valutazione fenomeno cadute	I	I	I	I	I	I	I	I	C	R

*Procedere come da specifica procedura PO 38-ALP 02 Gestione Eventi Sentinella

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 8 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

MODALITÀ OPERATIVE

La strategia di prevenzione prevede un approccio multifattoriale e multidisciplinare attraverso:

1. l'inquadramento dei fattori di rischio ambientali e programmazione delle verifiche;
2. la valutazione del paziente: strumenti di gestione del rischio per area clinica;
3. l'approccio personalizzato/individualizzato;
4. l'approccio multidisciplinare;¹
5. il monitoraggio degli eventi cadute.

1. Fattori di rischio ambientali

1.1 Valutazione dei rischi ambientali

Lo strumento da adottare per la rilevazione dei rischi ambientali e delle tecnologie è costituito da una *checklist* che valuta i principali fattori di rischio estrinseci di caduta, desunti dall'analisi della letteratura e dall'osservazione del proprio contesto operativo (MOD 01 di PO 27-OUP 06).

La *checklist* definisce i fattori di rischio con l'individuazione dei problemi principali della struttura e deve essere impiegata per programmare azioni di prevenzione dei rischi ambientali in ciascuna unità operativa di degenza.

Valutatori

- Dirigente Medico Referente Qualità-Rischio Clinico di SOC.
- Coordinatore dell'unità di degenza (COORD)/Referente Qualità-Rischio Clinico di SOC.
- SOS SPP.
- SOS Tecnico.

1.2 Programmazione delle verifiche

Di norma una volta all'anno i valutatori, su programmazione concordata tra il Direttore SOC/SOSD ed il SPP, effettuano l'osservazione degli ambienti e dei presidi delle unità di competenza, utilizzando lo strumento della *checklist* MOD 01 di PO 27-OUP 06. La *checklist* compilata è conservata presso la Struttura Organizzativa.

Le eventuali non conformità rilevate sono riportate nelle osservazioni della *checklist*.

Copia della *checklist*, riportante le osservazioni riguardanti gli adeguamenti degli ambienti/attrezzature eventualmente necessari, è inviata dal responsabile SPP alla segreteria UGRC per la valutazione collegiale di azioni necessarie, da programmare nel piano degli investimenti.

A prescindere dalla valutazione collegiale dei rischi ambientali il personale sanitario deve segnalare tempestivamente al Coordinatore ogni eventuale carenza funzionale, manutentiva o situazione di guasto agli arredi ed alle attrezzature, con particolare attenzione rivolta agli ausili in uso dal paziente, al fine di procedere alla richiesta di riparazione, sostituzione o adeguamento ai servizi competenti.

¹ "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR)

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 9 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

2. Valutazione del Paziente

Criteria di inclusione

1. Tutti gli assistiti nei vari regimi di ricovero con età ≥ 65 aa.²
2. Tutti i pazienti con età inferiore 65 anni che presentino anche uno solo dei seguenti fattori di rischio: assunzione di più di 4 farmaci, debolezza muscolare, in particolare degli arti inferiori, deficit del passo o dell'equilibrio, valutato come l'incapacità a mantenere la stazione seduta o eretta senza alcun bisogno di ausili o supporti.³
3. Pazienti valutati ad alto rischio di caduta a causa di una condizione clinica preesistente accertata e rilevata attraverso l'accertamento infermieristico mirato. Questi includono:
 - deficit cognitivi e stato di vigilanza;
 - problemi di incontinenza e/o aumento della frequenza minzionale;
 - storia di cadute incluso cause e conseguenze (come lesioni e paura di cadere);
 - deficit della forza muscolare;
 - utilizzo di ausili (es. stampelle, deambulatore etc)
 - dipendenza funzionale all'esecuzione delle attività di vita quotidiana;
 - sincope e/o altri fattori dipendenti dalla patologia;
 - deficit visivi e/o uditivi.

Criteria di esclusione

1. Pazienti con accessi ambulatoriali.
2. Pazienti in età pediatrica.

2.1 Strumenti di gestione del rischio

Nell'analizzare le cadute nei diversi contesti e per offrire trattamenti mirati di prevenzione, occorre considerare:

1. la tipologia di paziente assistito;
2. le differenze tra i trattamenti e i servizi offerti;
3. il sistema in uso di segnalazione del fenomeno.

Sono quindi adottati strumenti di monitoraggio del rischio, più conformi ai vari settori di cura, attraverso:

1. ACCERTAMENTO infermieristico mirato.
2. PIANIFICAZIONE standard e aggiuntiva.

2.2 Accertamento infermieristico mirato

Nel caso specifico della monitoraggio del rischio di caduta ci si avvale di strumenti di valutazione del rischio individuali differenti per aree, come di seguito elencato:

² WHO global report on falls prevention in older age - 2007

³ Shobha S Rao Prevention of falls in older patients Am Fam Physician 2005 Jul 1;72(1):81-8

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 10 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

- **DEGENZA ORDINARIA**

la valutazione del paziente e del rischio di caduta avviene attraverso:

- accertamento infermieristico;
- accertamento infermieristico mirato per il rischio di caduta MOSAICO da compilare: al momento del ricovero, dopo una eventuale caduta, quando si modificano i fattori di rischio (MOD 02 di PO 27-OUP 06);⁴
- anamnesi medica.

- **DEGENZA RIANIMAZIONE**

i pazienti devono essere valutati dall'équipe attraverso l'indice di RASS al momento dell'accoglienza nel servizio e di routine durante ogni turno, se si sospende la sedazione o quando la condizione clinica e funzionale si modifichi. Qualora l'indice di RASS risulti > 0 (1, 2, 3, 4) va associata la compilazione della scala di HENDRICH II (MOD 03 di PO 27-OUP 06)⁵

- **DEGENZA O.B.I.**

successivamente alla valutazione la pianificazione deve essere documentata attraverso la compilazione della specifica scheda di pianificazione interventi rischio di caduta in O.B.I. (MOD 06 di PO 27-OUP 06).

- **DEGENZA Day Surgery**

attuare la prima valutazione del rischio che verrà confermata nel reparto dove il paziente proseguirà la degenza, indicando sul diario clinico che non vi sono state variazioni; in caso contrario è necessaria la rivalutazione adottando tutti gli strumenti di gestione previsti.

Prima valutazione

- Le schede di accertamento devono essere compilate dall'infermiere dell'Unità di degenza (vedi campo di applicazione) in fase di accettazione del paziente, comunque entro 12 ore.
- In caso di un ricovero in emergenza l'infermiere dell'Unità di degenza compila le schede dopo la stabilizzazione clinica del paziente.

⁴ Suprani, R., & Taglioni, M. (2014). [Scale Mosaic: definition and testing of a tool for assessing the risk of falling and the care planning during hospitalization]. *Professioni Infermieristiche*, 67(2), 95–105. <https://doi.org/10.7429/pi.2014.672095>

⁵ Ivziku, D., Matarese, M., & Pedone, C. (2011). Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 468–474. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.002>

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 11 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

Valutazioni successive

- Quando si rileva un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente (es. in seguito a procedure invasive/chirurgiche, modifiche di deambulazione, della marcia per patologie neurologiche, in seguito a cambiamenti dello stato salute, intervenuti dopo gli accertamenti effettuati in prericovero etc.).
- Quando si effettuano variazioni terapeutiche importanti (aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno, ansiolitici, psicofarmaci, diuretici ecc...).
- Immediatamente dopo una caduta al fine di identificare le circostanze della caduta, la presenza di nuovi fattori di rischio e pianificare appropriati interventi per prevenire altre cadute.
- Prima del trasferimento presso altre unità/strutture.

Il rischio di caduta del Paziente deve essere segnalato all'intera équipe, tracciato nella documentazione clinica e nella lettera di dimissione al fine di garantire la continuità assistenziale.

3. Approccio individualizzato

Il piano d'intervento clinico-assistenziale viene definito in équipe sulla base degli elementi di rischio identificati dalla valutazione multidimensionale che considera problemi clinici, terapia farmacologica, autonomie nelle ADL, valutazione cognitiva, capacità motorie.

3.1 Pianificazione assistenziale standard e aggiuntiva

Per affrontare gli specifici fattori di rischio di caduta della persona, attuare interventi di prevenzione delle cadute personalizzati.⁶

- Accertato il rischio potenziale di caduta è necessario attivare la pianificazione degli interventi universali e specifici a seconda del livello di rischio, come definito dalla scheda di pianificazione interventi (MOD 04 di PO 27-OUP 06 Scheda Pianificazione interventi "rischio di caduta").
- La pianificazione deve essere aggiornata al variare della valutazione del rischio di caduta.

L'infermiere dell'Unità di degenza, a prescindere dalla positività di rischio caduta, informa il paziente se collaborante e/o i familiari (*care giver*) sui rischi legati alle cadute, quindi:

1. consegna l'opuscolo "Prevenire le cadute in Ospedale" (ALLEGATO 02 di PO 27-OUP 06) e per i pazienti di Rianimazione quello specifico (ALLEGATO 04 di PO 27-OUP 06);
2. adotta la pianificazione standard attraverso tutti gli interventi destinati ad ostacolare l'insorgenza dell'evento contendo le cause e i fattori predisponenti il rischio di caduta;
3. applica la pianificazione aggiuntiva con azioni personalizzate che possano portare a contrastare i fattori di rischio di caduta identificati:

- a) nel setting assistenziale "degenza ORDINARIA" per i pazienti con indice MOSAICO ≥ 3 ;

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 12 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

b) nel setting assistenziale "degenza RIANIMAZIONE per i pazienti con indice di HENDRICH ≥ 5 ;

4. indica in CCE (diario integrato e schede dedicate) le azioni intraprese al fine di renderle visibili a tutti gli operatori.

Il medico dell'Unità di degenza ad integrazione di quanto emerso dall'accertamento infermieristico MOSAICO:

- valuta le patologie e le condizioni cliniche del paziente comprese le funzioni cognitive e le capacità motorie (valutazione multidimensionale);
- esegue la ricognizione e la riconciliazione terapeutica anche allo scopo di evitare farmaci che determino/aumentino rischio di caduta;
- prescrive indicazioni cliniche finalizzate a ridurre il rischio di caduta, attraverso la modifica della terapia in atto con attenzione agli orari di somministrazione, la richiesta di valutazione fisiatrica e/o geriatrica, l'esecuzione di approfondimenti diagnostici.

Il personale sanitario ha a disposizione il diagramma "Valutazione e gestione del rischio di caduta" (ALLEGATO 01 di PO 27-OUP 06) che esplicita le azioni da intraprendere in relazione ai fattori di rischio individuali segnalati nell'accertamento e la "Nota degli interventi di prevenzione al paziente a rischio di caduta" (ALLEGATO 05 di PO 27-OUP 06).

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 13 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

3.2 Diagramma di flusso cadute

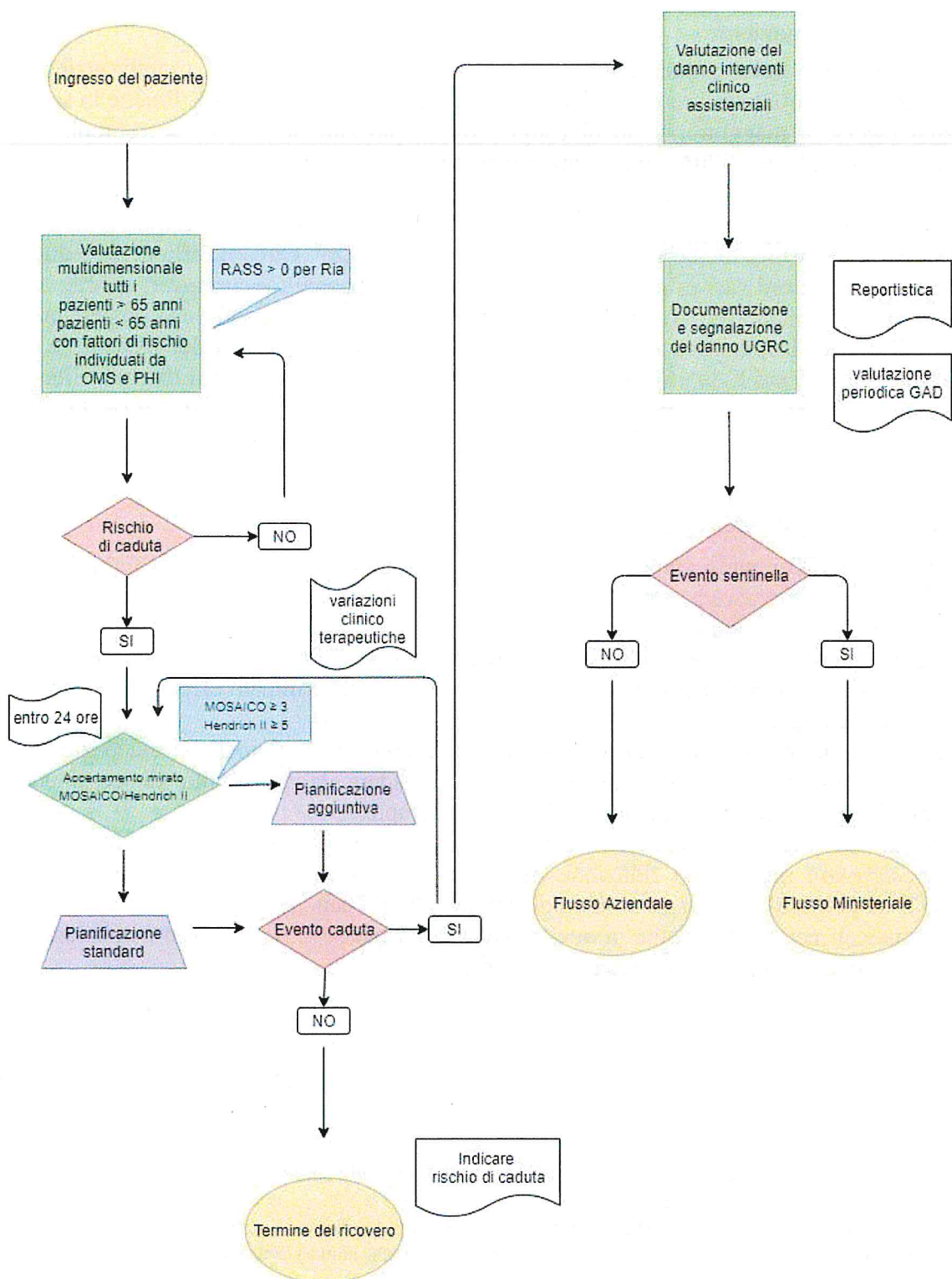


Figura 1. Flow Chart della Valutazione del rischio, interventi preventivi e gestione dell'evento caduta

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 14 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

4. Approccio multidisciplinare

4.1 Movimentazione del paziente

Ai fini della prevenzione della caduta del paziente, il bisogno assistenziale di mobilitazione e deambulazione richiede un'attenzione particolare da parte del personale sanitario.⁷ Poichè lo scarso esercizio fisico espone a maggior rischio di caduta, tutti i pazienti devono essere stimolati ad utilizzare al meglio le proprie abilità e potenzialità residue, favorendo il più possibile l'autonomia. La movimentazione manuale, il trasferimento e il riposizionamento dei pazienti rappresentano un rischio di caduta, pertanto anche la scelta corretta e personalizzata di ausili specifici, progettati per movimentare i pazienti, risulta fondamentale per lavorare in sicurezza⁸ Circa il 60% delle cadute è ritenuto prevenibile: in questi casi è fondamentale che operatori, pazienti e *caregiver*, consapevoli del rischio di caduta, collaborino in modo integrato e costante⁹. Per quanto di competenza, i fisioterapisti indicano nella pianificazione assistenziale il grado di autonomia del paziente e sul diario clinico integrato gli ausili da utilizzare, i tempi di mobilitazione in termini di gradualità nel cambio posturale e la condizione del paziente dopo il trattamento fisioterapico (ALLEGATO 06 di PO 27-OUP 06).

4.2 Ricognizione Riconciliazione farmacologica

E' compito del medico del reparto che accetta il paziente a seguito di ricovero o trasferimento da altro reparto di degenza effettuare in collaborazione con le altre figure professionali la ricognizione sulla terapia farmacologica assunta precedentemente (nome del farmaco, dose, orario e via di somministrazione, quando ha assunto l'ultima dose, eventuale uso di farmaci da banco, integratori, prodotti di erboristeria), farmaci di cui ha già fatto uso che hanno determinato effetti indesiderati o risultati non efficaci, allergie.

A seguito della ricognizione farmacologica, dopo avere valutato le problematiche del paziente il medico esegue la riconciliazione farmacologica che considera la possibilità di continuare, sospendere o modificare precedenti farmaci, iniziare nuove terapie.

La riconciliazione dovrà considerare come obiettivo, specie nei pazienti anziani, anche una eventuale *deprescription* mirata alla riduzione del rischio di cadute o altri eventi avversi (es. delirium) indotti da polifarmacoterapia, utilizzo di farmaci che aumentano rischio di cadute¹⁰, uso di farmaci non indicati per quel paziente in quel momento, farmaci che da soli o in combinazione con altri determinano un aumento del carico anticolinergico.

7 Ministero della Salute. "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie". Raccomandazione n.13. Novembre 2011.

8 (Schoenfisch A.L., Kucera K.L., Lipscomb H.J., McIlvaine J., Becherer L., James T., Avent S., Use of Assistive Devices to Lift, Transfer, and Reposition Hospital Patients, Nursing research, January/February 2019, Vol. 68, No 1, 3_12).

9 (Canadian Patient Safety Institute (2018). Reducing Falls and Injuries from Falls Getting Started Kit: Evidence Update, 2018).

10 Gray et al "Interventions to Reduce Fall-Risk-Increasing Drug Use to Prevent Falls: A Narrative Review of Randomized trials" Drugs & Ageing 2021 38:301-309

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 15 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

Nell'eseguire tale valutazione il medico può basarsi sulla sua esperienza clinica ma può trovare dei supporti e delle indicazioni in Criteri di Beers¹¹, Criteri Stopp and Start¹², Criteri Stopp Fall¹³. I farmaci che più spesso si associano a rischio di cadute sono i farmaci ad azione psicotropa (quindi sedativi, neurolettici, anticonvulsivanti, antidepressivi).

La ricognizione e riconciliazione terapeutica sono azioni considerate importanti nella riduzione del rischio clinico legato alla terapia per cui sono stati inseriti nelle Raccomandazioni del Ministero della Salute n° 17 del 2014 adottata con PO 03-FARM 17 "Ricognizione e Riconciliazione della Terapia Farmacologica".

Inserire in CCE la ricognizione e la riconciliazione terapeutica in tutte le fasi ricovero, trasferimento tra reparti dello stesso ospedale, dimissione.

La ricognizione e riconciliazione terapeutica sono importanti ma non vanno considerati gli unici interventi necessari per migliorare la sicurezza relativa ai farmaci nelle fasi di transizione di cura.¹⁴

4.3 Prevenzione, diagnosi e gestione del delirium

Una delle condizioni che maggiormente si associa alle cadute in pazienti ricoverati in ospedale, specie se anziani, è il delirium o stato confusionale acuto. La valutazione del rischio (precedente episodio di delirium, presenza di deficit cognitivi o demenza, polipatologie o polifarmacoterapia, patologie severe in particolare infezioni o fratture, deficit sensoriali) consente di mettere in atto azioni allo scopo di prevenire questo evento che spesso è causa di gravi problemi nella fase acuta come negli esiti (aumento durata del ricovero, aumento mortalità, perdita di autonomia, deficit cognitivo, rischio di istituzionalizzazione successiva al ricovero, aumento spesa sanitaria).

Il primo obiettivo deve essere quello di evitarne l'insorgenza, il secondo quello di riconoscerlo in modo precoce per potere mettere in atto tutti gli interventi necessari per ridurre le conseguenze negative immediate ed a lungo termine. Per facilitare il riconoscimento del delirium e la diagnosi differenziale tra delirium e demenza sono presenti nella cartella infermieristica due domande da porgere ai familiari/caregiver:

- Ritieni che il/la paziente sia stato più confuso negli ultimi giorni rispetto ai periodi precedenti?
- Ritieni che il paziente presenti deficit di memoria maggiori rispetto a cinque anni fa?

Per confermare il sospetto di delirium si possono utilizzare scale di valutazione validate come la 4AT¹⁵ e, in caso di difficoltà diagnostiche o gestionali/terapeutiche, è possibile chiedere una consulenza neurologica o geriatrica.

Per favorire la conoscenza del problema e favorire una collaborazione da parte dei familiari è disponibile una *brochure* informativa (Allegato 07 Opuscolo informativo per i famigliari dei pazienti ricoverati "Conoscere il Delirium").

11 "American Geriatric Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults" JAGS 2019 67; 674-694.

12 O'Mahony D et al "STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2". Age Ageing 2015; 44:213-218.

13 Lotta J et al "STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-RIsch-Increasing Drugs" Age and Ageing 2021.

14 Jeffrey L "Medication Riconciliation- Too Much or Not Enough?" Jama Network Open 2021; 4 (9).

15 4 AT Belleli et al. 4 AT Italian version 1.2 Milano Bicocca University. Gruppo Italiano per lo Studio del Delirium GISD Italia 2014.

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 16 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

Protocolli per la prevenzione del delirium sono risultati efficaci anche nella prevenzione delle cadute.^{16 17}

4.4 Uso delle spondine

La letteratura di riferimento¹⁸ sul tema della contenzione evidenzia la duplice interpretazione sull'uso delle sponde:

- come contenzione: le sponde integrali sono considerate una forma di contenzione se usate per contrastare la volontà della persona di alzarsi dal letto;
- come ausilio: quando, in presenza di un operatore sanitario impegnato nello svolgimento di pratiche assistenziali, sono utilizzate per favorire la mobilitazione autonoma nel letto della persona assistita o per proteggerla da un potenziale rischio di scivolamento, rotolamento e conseguente caduta accidentale dal letto.

Le sponde integrali non sono mai da considerare un ausilio se sollevate entrambe, in quanto limitano inevitabilmente la libertà di movimento della persona.

Al contrario le sponde parziali non occlusive, che permettano alla persona assistita di uscire dal letto e non limitino la sua libertà di muoversi, non costituiscono uno strumento di contenzione; nonostante ciò, anche l'utilizzo di tali sponde porta con sé dei potenziali rischi, soprattutto in presenza di persone agitate, disorientate e confuse, pertanto se ne consiglia un uso oculato.

Le spondine devono essere considerate mezzi "necessari, straordinari, temporanei" utilizzati per garantire **la sicurezza del paziente** e in associazione con la regolazione documentata dell'altezza al minimo del letto.

Se la persona si trova su una barella o durante il trasporto su letto/barella, le sponde integrali rappresentano un mezzo di protezione e devono essere utilizzate.

Il paziente e i familiari dovranno sempre essere informati riguardo la necessità dell'uso delle spondine o delle fasce di contenimento per le carrozzine.

L'utilizzo della spondine per ragioni di sicurezza va condiviso in équipe in seguito a prescrizione del medico e monitorato nella cartella clinica, indicando di avere concordato tale condizione con il paziente se vigile o suoi familiari.

Indicare nella documentazione sanitaria che le spondine utilizzate hanno la via di fuga.

16 HELP Inouye et al A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients NEJM 1999 340(9) 669-676.

17 ACE Palmer R The Acute Care for ELders Unit Model of Care Geriatrics 2018,3,59

18 DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE A1400A - SANITA' E WELFARE Regione Piemonte - Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti".

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice	Pagina 17 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

5. Monitoraggio degli eventi cadute: *incident reporting*

5.1 Gestione del Paziente Caduto

L'infermiere e/o altro personale sanitario dei servizi che è testimone diretto o informato della caduta, avvalendosi dell'aiuto del personale di supporto, deve verificare lo stato di coscienza del paziente e valutare se sono presenti:

- **lesioni/ferite** (accertare la presenza di ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei);
- **fratture di femore;**
- **traumi cranici;**
- **la necessità di attivare il MET.**

Se il paziente è cosciente verifica:

- **la presenza di dolore e/o parestesie;**
- **la dinamica della caduta e quale segmento corporeo sia stato interessato.**

Dopo aver posizionato correttamente il paziente:

- rileva i parametri vitali (anche pressione arteriosa in ortostatismo se possibile);
- comunica al medico di riferimento la caduta del paziente, i parametri vitali e i problemi già rilevati per la valutazione clinica;
- registra tutti i dati dei parametri vitali e lo stato di coscienza nella documentazione sanitaria
- provvede alla somministrazione di eventuali misure terapeutiche prescritte in seguito alla caduta;
- documenta ora, luogo e circostanze dell'accaduto nella documentazione sanitaria;
- sorveglia la persona per evidenziare eventuali complicanze tardive;
- compila la scheda di segnalazione cadute (sezione infermieristica/tecnica);
- condivide con il Paziente e/o *care giver* la percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e gli eventuali interventi sui fattori di rischio modificabili.

Il medico, testimone diretto o informato della caduta:

- visita il paziente e prescrive eventuali misure diagnostiche e/o terapeutiche registra nella documentazione sanitaria l'episodio di caduta, specificando data e ora dell'evento, l'eventuale danno ed i provvedimenti adottati;
- compila la scheda di segnalazione cadute nella sezione a compilazione medica;
- rivaluta il piano terapeutico.

Ad ogni evento caduta il medico informa la famiglia e lo documenta sulla documentazione clinica.

5.2 Analisi dell'evento caduta e invio scheda di segnalazione

Le segnalazioni degli episodi di caduta, come tutte le segnalazioni per *incident reporting*, non hanno la finalità di intraprendere azioni punitive, ma sono d'estrema utilità per analizzare il tipo di caduta, apprendere quali fattori di rischio contribuiscono maggiormente al fenomeno e attuare di conseguenza interventi mirati alla riduzione del rischio.

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 18 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

In caso di eventi sentinella, attivare la procedura aziendale PO 38-ALP 02 “Segnalazione eventi sentinella”.

La caduta deve essere segnalata attraverso la compilazione della scheda informatizzata (MOD 05 di PO 27-OUP 06) e descritta nel diario clinico integrato della CCE.

Deve essere compilata dai professionisti sanitari della struttura dove è avvenuta la caduta. Qualora dovessero rendersi necessari ulteriori accertamenti clinici la richiesta è di competenza del sanitario del reparto di afferenza.

Tutte le cadute devono essere segnalate indipendentemente dal fatto che abbiano causato o no un danno al paziente.

La compilazione della scheda in tutte le sue parti deve avvenire nel più breve lasso di tempo successivo all’evento.

Il Direttore SOC e il Coordinatore dell’unità di degenza in cui si è verificato l’evento caduta devono:

- verificare se la procedura in oggetto è stata rispettata;
- attivare un’analisi e una valutazione dell’evento con l’equipe assistenziale;
- inviare la scheda di segnalazione alla segreteria dell’UGRC.

5.3 Gestione e analisi delle schede di segnalazione

L’evento caduta sarà valutato in collaborazione con i professionisti dell’unità operativa coinvolta come riscontrabile dalla scheda di segnalazione.

La segreteria UGRC provvede a:

- gestire le segnalazioni;
- attivare la procedura di gestione dei sinistri cautelativi quando indicato (eventi con danno, sentinella);
- elaborare *report* periodici da sottoporre al GAD cadute per individuare altri eventuali interventi mirati per la riduzione del rischio.

Medico Legale Responsabile del Governo Clinico *Medical Malpractice*:

- valuta la scheda di segnalazione di caduta e la invia al componente UGRC competente per gestire la problematica evidenziata;
- in collaborazione con il componente UGRC di riferimento in base alla problematica rilevata, se necessario, attiva la segnalazione di evento sentinella.

Il componente UGRC di riferimento o suo delegato:

- valuta la scheda di segnalazione di caduta;
- gestisce la segnalazione di caduta con lo stesso percorso previsto per le altre segnalazioni di

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 19 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

- rischio clinico;
- definisce le azioni correttive;
 - relaziona alla UGRC.

L'esito dell'analisi sarà quindi trasmessa alle figure DiPSa **titolari di incarico organizzativo e professionale** per la gestione delle criticità organizzative conseguenti al rischio clinico segnalato. Nello specifico saranno date le indicazioni di miglioramento da attuare presso le UUOO coinvolte (aspetti operativi a seguito di caduta e aspetti formativi), compreso il monitoraggio degli esiti (ci si aspetta un trend in calo).

NB: in occasione di eventi sentinella correlati alle cadute può essere utile l'Osservazione sul Campo da parte dei Valutatori.

Valutazione del fenomeno cadute

Il GAD cadute verifica e valuta periodicamente (almeno una volta all'anno), anche sulla base dei report predisposti dall'URGC le situazioni verificatesi con maggiore frequenza per definire gli aspetti procedurali correttivi (tipologie cadute, fasce orarie e sedi delle cadute).

INDICATORI

Numero di cadute/anno per SOC/UO

DENOMINAZIONE	Pazienti con caduta per singola SOC/UO
RAZIONALE	Valutare l'efficacia del sistema scelto per la valutazione della prevedibilità e prevenibilità delle cadute in quell'area
VALORE	1. N° pazienti caduti/ N° pazienti ricoverati presso la SOC/UO su base annua
CATEGORIA INDICATORE	Struttura <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Esito <input checked="" type="checkbox"/>
DIMENSIONE VALUTATA	Accessibilità <input type="checkbox"/> Appropriatelyzza <input type="checkbox"/> Efficienza <input type="checkbox"/> Competenza <input type="checkbox"/> Continuità <input type="checkbox"/> Efficacia <input checked="" type="checkbox"/> Sicurezza <input type="checkbox"/> Tempestività <input type="checkbox"/>
FONTE	Schede di segnalazione e SDO
DIREZIONE DELL'INDICATORE	Aumento <input type="checkbox"/> Diminuzione <input checked="" type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> eventuale soglia o intervallo

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 20 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

Percentuale di pazienti con danno maggiore (danno che richiede un intervento chirurgico o il trasferimento in terapia intensiva per il monitoraggio di conseguenze che mettono in pericolo la vita del paziente) e/o decesso / totale dei pazienti che hanno avuto una caduta.

DENOMINAZIONE	Percentuale di pazienti con caduta con danno maggiore e/o decesso sul totale dei pazienti caduti
RAZIONALE	Valutare la capacità del sistema di gestione cadute di ridurre o contenere il danno
VALORE	N° cadute danno maggiore e/o decesso / N° totale cadute Standard (< Media Aziendale Triennio precedente)
CATEGORIA INDICATORE	Struttura <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Esito <input checked="" type="checkbox"/>
DIMENSIONE VALUTATA	accessibilità <input type="checkbox"/> appropriatezza <input type="checkbox"/> efficienza <input type="checkbox"/> competenza <input type="checkbox"/> continuità <input type="checkbox"/> efficacia <input checked="" type="checkbox"/> sicurezza <input type="checkbox"/> tempestività <input type="checkbox"/>
FONTE	Documentazione sanitaria e scheda di segnalazione cadute
DIREZIONE DELL'INDICATORE	Aumento <input type="checkbox"/> Diminuzione <input checked="" type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> eventuale soglia o intervallo
NOTE	Escludere dal denominatore le cadute non prevedibili/prevenibili (come la definizione tassonomica)

DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI

- MOD 01 di PO 27-OUP 06 *Checklist* Rilevazione Sicurezza Ambienti e Presidi.
- MOD 02 di PO 27-OUP 06 Scheda monitoraggio e rischio/accertamento mirato fattori di rischio individuali di caduta MOSAICO per DO.
- MOD 03 di PO 27-OUP 06 Scheda monitoraggio e rischio/accertamento mirato fattori di rischio individuali di caduta HENDRICH II per RIANIMAZIONE.
- MOD 04 di PO 27-OUP 06 Scheda pianificazione interventi rischio di caduta.
- MOD 05 di PO 27-OUP 06 Scheda segnalazione della caduta del paziente.
- MOD 06 di PO 27-OUP 06 Scheda di pianificazione interventi rischio di caduta in O.B.I.

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 21 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

ALLEGATI

- ALLEGATO 01 di PO 27-OUP 06 diagramma “Valutazione e gestione del rischio di caduta”.
- ALLEGATO 02 di PO 27-OUP 06 Opuscolo “Prevenire le cadute in Ospedale” Regione Piemonte.
- ALLEGATO 03 di PO 27-OUP 06 Poster informativi sulle modalità di prevenzione delle cadute.
- ALLEGATO 04 di PO 27-OUP 06 Opuscolo informativo per i pazienti in Rianimazione.
- ALLEGATO 05 di PO 27-OUP 06 “Nota interventi di prevenzione al paziente a rischio di caduta”.
- ALLEGATO 06 di PO 27-OUP 06 “Movimentazione e rischio di caduta”.
- ALLEGATO 07 di PO 27-OUP 06 Opuscolo informativo per i famigliari dei pazienti ricoverati “Conoscere il delirium”.

BIBLIOGRAFIA

- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (ACSQHC). Preventing falls and harm from falls in older people. Best Practice guidelines for Australian Hospitals, 2009.
- Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia. Linea Guida per la prevenzione e la gestione delle cadute in ospedale. Arcispedale S. Maria Nuova 2009.
- Azienda Sanitaria dell’Alto Adige. Linea guida: Prevenzione delle cadute, per le persone assistite in ambito ospedaliero e residenziale 2010.
- Azienda Sanitaria Genovese. Le cadute in ospedale e nelle strutture residenziali: gestione del paziente caduto e segnalazione dell’evento. Protocollo aziendale 2007
- Cappuccio R., Granatello J, Pizzuto M, Chiari P. La contenzione fisica e la sedazione farmacologia 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, 2008.
- Chiari P, Mosci D, Fontana S. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza infermieristica e ricerca 2002; 21 (3): 117-24.
- Chiari P. Suggestimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale. Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola Malpighi, Centro studi EBN, 2004.
- Conley D, Schultz AA, Selvin R. The Challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. Medsurg Nurs 1999; 8: 348-54.
- Destrebecq A, Ferrara P. Valutazione di uno strumento di misura per la prevenzione delle cadute dei pazienti: la scala di Conley. Nursing oggi 2005; 3: 26-29.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Il codice deontologico dell’infermiere 2019.
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell’assistenza infermieristica. I quaderni, n°6 2003.
- GRC (gestione rischio clinico) regione Toscana. La prevenzione delle cadute in ospedale, gruppo di lavoro regionale prevenzione cadute, 2007/2008. Disponibile all’indirizzo: www.regione.toscana.it/rischioclinico

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 22 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly J B. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. National institute for health research (NHS) 2009.

Health Care Protocol: prevention of falls - acute Care. ICSI - Institute for Clinical System Improvement 2008.

Ministero della Salute. PNLG - Programma nazionale per le linee guida. Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, documento 2009.

Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Raccomandazione n°13 - 2011.

Morse JM. Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. AM. J. Infect Control 2002; 30:376-80.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people 2004.

National Patient Safety Agency (NPSA). Slips, trips and falls in hospital, The third report from the Patient Safety Observatory; 2007.

Regione Lombardia. Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA-RSD 2010.

Ronald I, Shorr MD, Stephen B et al. Restraint use, restraint orders and the risk of falls in hospitalized patients. Journal of the American Geriatrics Society 2002; 50 (3) 526-29.

WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva WHO 2007.

Regione Piemonte. La prevenzione delle cadute in ambiente sanitario "Linee d'indirizzo e informazioni utili" - 2013

Preventing Falls and Reducing Injury from Falls Fourth Edition Clinical Best Practice Guidelines SEPTEMBER 2017.

Fall Risk Assessment Measures: An Analytic Review Karen L. Perell, Audrey Nelson, Ronald L. Goldman, Stephen L. Luther, Nicole Prieto-Lewis and Laurence Z. Rubenstein.

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES 2001, Vol. 56A, No. 12, M761–M766.

Il modello Hendrich II per la valutazione del rischio di cadute per pazienti ospedalizzati di Maria Matarese, Dhurata Ivziku.

Suprani, R., & Taglioni, M. (2014). [Scale Mosaic: definition and testing of a tool for assessing the risk of falling and the care planning during hospitalization]. *Professioni Infermieristiche*, 67(2), 95–105. <https://doi.org/10.7429/pi.2014.672095>.

Cite as National Patient Safety Agency 2010 Slipstrips and falls data update NPSA, London.

World Health Organization (2021). Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course.

Agency for Healthcare Research and Quality (2021). Preventing Falls in Hospitals. Canadian Patient Safety Institute (2018). Reducing Falls and Injuries from Falls Getting Started Kit: Evidence Update, 2018. Lancet commission on

Global Burden of Diseases (2022). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Lancet. PMID: 33069326.

Seppala LJ, van de Glind EMM, Daams JG, et al (2018) Fall-risk-increasing drugs: a systematic review and meta-analysis: III. Others. J Am Med Dir Assoc 19: 372.e1–8. Xu T, Clemson L, O'Loughlin K, Lannin NA, Dean C, Koh G (2018).

Struttura: SOC DiPSa	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 27-OUP 06
Data: 10/03/2023	Titolo documento: <i>Procedura Operativa per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute dei Degenti in Ospedale ed in Hospice</i>	Pagina 23 di 19
Redatta da: Gruppo Aziendale Dedicato alle Cadute	Approvata da: Direttore SOC DSPO	Validata da: Direttore Sanitario Aziendale

Risk factors for falls in community stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil 99: 563–73.e5.

Lan X, Li H, Wang Z, Chen Y (2019) Frailty as a predictor of future falls in hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis. Geriatr Nur 2019; published online Feb 11.

Istituto Superiore di Sanità (2019). Salute degli anziani: i dati Passi d'Argento 2016-2018.

Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia - SIOT. (2022) Linee guida sulle “Fratture del femore prossimale nell’anziano”.

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva – SIAARTI (2018). La gestione anestesiológica della frattura di femore nel paziente anziano. Buone Pratiche Cliniche SIAARTI.

Anticholinergic burden measures and older people’s falls risk: a systematic prognostic review 2021, Carrie Stewart , Martin Taylor-Rowan, Roy L. Soiza , Terence J. Quinn, Yoon K. Loke and Phyo Kyaw Myint Vol. 12: 1–10 DOI: 10.1177/20420986211016645.

Patient Versus Clinician Proxy Reliability of the AM-PAC“6-Clicks”Basic Mobility and Daily Activity Short Forms – 2022 Joshua K. Johnson, Brittany Lapin, Francois Bethoux, Alexis Skolaris, Irene Katzan, Mary Stilphen.

