Ann Ig 2012; 24: 1-1

La prevenzione delle cadute in ospedale: progetto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari

A. Virdis*, E. Mara**, M.A. Javarone***, S. Zanda**

Parole chiave: Cadute, ospedale, prevenzione
Keywords: Falls, hospital, prevention

Copyright Società Editrice Universo - Roma

Summary

Prevention of patient's falls in University Hospital to Sassari, Italy

The University Hospital has addressed the issue of prevention of falls in hospital with some goals: empowerment of practitioners, patients and their families, development of a tool for classification of the patient to the risk of falls, development of an instrument of signal detection and analysis of the fall.
Were defined: a) a scale for assessing risk falls, to be completed upon acceptance by the nurse, made up of several indicators with a score corresponding to each of them, can help to define the patient: low risk, medium risk and high risk, b) a statement of measures to be implemented depending on the severity of the risk falls, c) a reporting form for all fall divided into two sections: nursing and medical d) a brochure to be delivered at the time acceptance in the department that contains behavioral suggestions for patients and families / caregivers, useful for the prevention of falls.
Experimentation of the project took place during the months of October-December2009 in three UU.OO. (Clinic Pulmonology, Neurology and Medical Clinic) with a broad membership of the personnel involved (directors, nursing coordinators, Doctors, Nurses).
The results of the trial (of 287 total admissions in the three UO involved, with 90% of evaluation forms filled out, reports of falls were 19 (8%), 17 without loss (85%) and 2 with injury (15%), analyzed for both single UO, which together, have allowed the Department to evaluate the project and to act positively in April 2010 approval of the developed tools and their dissemination to all UO inpatient Company.
Were analyzed all report forms received from May 2010 to December 2011. The total admissions in University Hospital, for the whole period examined, were 25847. The U.O. occurred where the falls are 11 reported (in which the total admissions were 13,791). The reports of falls were 55 (0.40%), of which 29 (53%) from the upright position, 18 (33%) falls out of bed, of which 4 (8%) had fallen from the wheelchair seat and # 4 (8 %) falls undetectable; 26 without damage (48%) and 29 with damage (53%).

Introduzione

Da diversi anni le cadute dei pazienti ricoverati in ospedale sono oggetto d'interesse e di studio da parte delle società scientifiche e delle istituzioni sanitarie internazionali (1, 6, 10, 13, 22, 30).

La caduta è definita come: "evento in cui il paziente/visitatore viene trovato seduto / giacente al suolo o riferisce di essere caduto

** Responsabile Struttura "Produzione, Qualità, Risk Management", Azienda Ospedaliero Universitaria, Sassari*
*** Coll. Amm. Struttura "Produzione, Qualità, Risk Management", Azienda Ospedaliero Universitari, Sassari*
**** Dipartimento di Ingegneria Elettrica ed Elettronica, Università degli Studi di Sassari*

e di essere riuscito a ritornare nel letto o sulla poltrona/sedia."

Questa definizione comprende anche tutte le situazioni in cui il paziente ha rischiato di cadere, oppure è caduto senza riportare danni.

Il Ministero della Salute italiano ha incluso le cadute, che possono provocare la morte o grave danno al paziente, tra gli eventi sentinella, *che come noto , sono quegli eventi avversi particolarmente gravi, sottoposti a monitoraggio nazionale, che , anche se si verificano in un solo caso, possono creare sfiducia dei cittadini verso il Sistema sanitario nazionale;* nel Novembre 2011 lo stesso Ministero ha emanato la "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" (18).

Le cadute costituiscono un problema di significativa importanza nell'ambito del ricovero in ospedale dei pazienti, soprattutto anziani (4, 5, 6, 18); il rischio-caduta aumenta con l'età, nell'80% degli over 80 si rileva almeno una caduta all'anno (2); una caduta accidentale, se grave, può provocare lesioni e/o fratture, che possono esitare anche nella morte del paziente (sono i casi di caduta-evento sentinella); a seguito dell'evento caduta, oltre agli eventuali danni fisici, ma anche in assenza di questi, l'anziano sviluppa un forte senso di insicurezza che lo porta a limitare l'attività fisica pregiudicandone l'autonomia e quindi la qualità di vita (20, 24, 26, 27).

Gli esiti correlati all'evento caduta possono quindi essere gravi per il paziente e per la sua famiglia, e rappresentano per le strutture ospedaliere una causa di maggiorazione dei costi dovuti al prolungarsi della degenza e alle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie a seguito dell'evento, oltre ai possibili danni di tipo etico e giuridico (4, 9).

Per questi motivi gli organismi scientifici internazionali hanno effettuato studi specifici riguardo all'incidenza delle cadute, ai fattori che espongono il paziente a rischio di cadute, nonché alle strategie più idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di diminuire gli incidenti (20, 22, 28).

L'Australian Incident Monitoring System (AIMS), ha rilevato che le cadute rappresentano l'evento avverso più frequente (38%) nei ricoveri degli ospedali per acuti (11).

Uno studio osservazionale condotto nell'arco di sei mesi nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi di Firenze, ha osservato un' incidenza di cadute nei pazienti anziani ricoverati pari al 1,2% (5), (dato in aumento rispetto a due precedenti indagini retrospettive relative agli anni 2000-2001), nell'ASL 11 di Empoli uno studio condotto lo stesso anno sugli eventi avversi ha rilevato che la caduta dei pazienti si verifica nel 4,0% circa di tutti i ricoveri; il 13 % di queste sono cadute dal letto o dalla poltrona (9).

Dunque il tema delle cadute in ospedale, sia per la frequenza con cui si verifica, sia per le conseguenze che ne possono derivare, richiede un approccio multidisciplinare, articolato a diversi livelli, finalizzato alla prevenzione e al contenimento del rischio (2, 7, 8).

La struttura "Qualità, Produzione, Risk Management" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, nell'ambito delle iniziative finalizzate alla sicurezza dei pazienti, ha inserito tra le priorità d'intervento il tema delle cadute in ospedale.

Materiali e metodi

È stato costituto un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, guidato dalla Struttura "Qualità, Produzione e Risk Management", con i coordinatori delle UU.OO. di Neurologia, Pneumologia, Clinica Medica che ha analizzato la tematica, individuato le principali aree d'intervento, esaminato le linee guida e le esperienze già pubblicate (14, 15, 21, 23), con l'obiettivo generale di ridurre l'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati.

Università Cattolica Università Roma

Metodologicamente il gruppo ha condiviso l'idea che l'evento-caduta sia una delle aree di maggior criticità nell'operato quotidiano dei medici e del personale sanitario (19, 28, 29), e ha dato avvio alle fasi operative così sintetizzate:

- ricerca degli studi presenti in letteratura e nelle banche dati scientifiche;
- verificata la presenza di studi e linee guida internazionali specifiche, si è ritenuto,secondo la logica evidence based della gerarchia delle evidenze, di utilizzare tali documenti; le linee guida utilizzate sono quelle elaborate da Istituti di ricerca o da Agenzie sanitarie di livello nazionale o internazionale, per lo più statunitensi o neozelandesi (1, 13, 22, 24, 27, 30).

Gli obbiettivi specifici del progetto sono stati:

- l'empowerment di operatori e pazienti nella prevenzione delle cadute;
- la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute;
- la buona gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta, anche per attenuare il contenzioso.

Sulla base di questi obiettivi l'attività del gruppo di lavoro è stata finalizzata a:

1. Conoscere la dimensione del problema a livello Aziendale, utilizzando come fonte dati le denuncie di caduta presentate dalle UU.OO. alla Direzione Sanitaria,

- Elaborare, anche facendo riferimento ad esperienze già avviate in altre Regioni, uno strumento di rilevazione del rischio di cadute, che possa essere applicato dall'infermiere in fase di accettazione del paziente in reparto e di cui nella fase di sperimentazione vengano valutate l'efficacia, l'usabilità e la sostenibilità nel tempo. Occorre individuare gli elementi, che devono essere facilmente valutabili, utili a predire le cadute nelle persone ricoverate, soprattutto anziane; come riportato da numerosi studi una adeguata valutazione individuale e quindi l'attuazione di interventi mirati a modificare i fattori di rischio, insieme ad interventi finalizzati a modificare i rischi ambientali, possono ridurre il numero delle persone anziane che cadono (3, 11).

2. Elaborare uno strumento di segnalazione del rischio di cadute, una scheda, costituito da una parte che compila l'infermiere e una parte che viene compilata dal medico; la scheda deve essere compilata per tutte le cadute, comprese quelle senza danno, e inviata alla Direzione Sanitaria. In questo modo si avrà una conoscenza precisa del fenomeno e si potranno mettere in atto azioni mirate per la prevenzione delle cadute. Anche di questo strumento, in fase di sperimentazione, deve essere valutata l'efficacia, l'usabilità e la sostenibilità nel tempo.

3. Elaborare una brochure informativa, da consegnare ai pazienti e ai loro familiari al momento del ricovero e dopo aver valutato il grado specifico di rischio-cadute, che deve essere scritta con linguaggio chiaro e facilmente comprensibile dall'utente.

4. Mettere a punto una cartellonistica adeguata, nelle stanze di degenza e nei punti critici dell'U.O. che informi i pazienti sui comportamenti da tenere, durante il ricovero, per prevenire le cadute.

5. Formare ed informare:

- gli operatori sulle modalità di valutazione del rischio di cadute e sull'utilizzo degli strumenti elaborati, sulle modalità di gestione del paziente a rischio e sulle procedure in caso di caduta;
- i pazienti, ed in particolare quelli a rischio, e i loro familiari/care givers sui comportamenti da tenere per prevenire le cadute in ospedale, sugli indumenti preferibili per ridurre i rischi, sullo stile di vita da tenere una volta dimessi per prevenire le cadute;
- i care givers sulle modalità di assistenza.

6. Valutare, eventualmente in collaborazione con altri servizi aziendali quali SPPA, i problemi strutturali riferiti sia all'ambiente (camere di degenza, corridoi, bagni, percorsi,

Copyright Società Editrice Universo - Roma

illuminazione, ecc.) che alle attrezzature ed agli arredi (maniglie, letti, carrellini per il pasto, sanitari, ecc.) impiegati nei reparti.

Sulla base degli obiettivi specifici sopra riportati sono stati predisposti alcuni strumenti:

- **una scheda di valutazione del rischio-cadute**, compilata dall'infermiere al momento dell'accettazione del paziente in reparto, e finalizzata a conoscere il grado di rischio cadute dei pazienti, nella maniera più oggettiva possibile; la scheda è strutturata in forma di scala di valutazione ed è composta da 16 indicatori, ad ognuno dei quali , se positivo, corrisponde un punteggio; la somma dei punteggi ottenuti permette di definire il rischio-caduta del paziente come basso = punteggio 0-5, medio = punteggio 6-20, massimo = punteggio 21-35 (Tabella 1).

È stato dato un valore atteso di eventi caduta che ha permesso di definire tre classi di rischio: massimo rischio 7.5%, medio rischio 4%, basso rischio 0.5%.

La descrizione dei valori attesi è stata ragionevolmente definita a partire dai dati presenti in letteratura (11, 18).

- istruzioni per gli operatori/infermieri sulle modalità di assistenza da erogare al paziente a seconda dello specifico rischio di caduta (basso, medio, massimo rischio)

- una brochure scritta con linguaggio facilmente comprensibile, composta da una parte rivolta al paziente e una rivolta ai familiari/care-giver; la brochure viene consegnata al momento del ricovero e contiene indicazioni e suggerimenti per evitare/contenere il rischio-cadute, per es. indicazioni sull'abbigliamento , le calzature più idonee, le modalità per alzarsi dal letto etc.

- una scheda di segnalazione-caduta, composta da due parti, una viene compilata dall'infermiere e una dal medico; la scheda

Tabella 1 - Scheda valutazione paziente

Indicatori	Punteggio	
	SI	NO
Ha manifestato episodi di vertigine, capogiri o cadute nei 6 mesi precedenti al ricovero	2	0
Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane	21	0
Ha in corso patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurologiche, psichiatriche (vedi elenco)	6	0
Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza (ad intervalli < 3 ore) o presenta incontinenza	3	0
Dare una sola risposta:	2	
A). Cammina con stampelle o bastone o deambulatore	2	0
B). Si sposta con l'ausilio della sedia a rotelle	6	
C). Cammina senza ausili appoggiandosi agli arredi		
Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, sacchetto urine, drenaggio	2	0
Uno casi precedenti, con necessità di assistenza negli spostamenti (da verso il letto, nel bagno ecc)	6	0
Ha difficoltà a muoversi a letto	3	0
Ha un'andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, ampia base d'appoggio)	6	0
È disorientato, confuso o agitato	3	0
Assume psicofarmaci (vedi elenco)	6	0○
Assume uno dei seguenti farmaci: vasodilatatori usati nelle malattie cardiache,antiipertensivi, diuretici	3	0
Assume antidolorifici , oppiacei	5	0
Assume antidiabetici	3	0
Totale Valutazione		

Università Pontificia Salesiana - Roma

Tabella 2 - Valutazione rischio caduta

Unità operativa	Pazienti ricoverati	Massimo rischio	Medio rischio	Basso rischio
Clinica Medica	79	58 (72%)	16 (22%)	5 (6%)
Neurologia	121	43 (36%)	46 (38%)	32 (26%)
Pneumologia	87	33 (38%)	21 (24%)	33 (38%)
totale	287	134 (45%)	83 (31%)	70 (24%)

Copyright Società Editrice Universo, Roma

deve essere compilata tutte le volte che avviene una caduta, anche se senza danno, e contiene diverse voci che indicano in dettaglio le modalità della caduta, l'ora, il luogo, la posizione del paziente (caduta dal letto, dalla carrozzina, da posizione eretta etc.) gli eventuali esiti;

- una cartellonistica con indicazioni/suggerimenti comportamentali, come quelli presenti nella brochure;

Risultati

Gli strumenti elaborati sono stati sperimentati, nei mesi Ottobre-Dicembre 2009, in tre U.O. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari: Clinica Medica, Neurologia, Pneumologia. La scelta delle tre U.O. è stata operata sulla base delle denuncie di caduta archiviate nella Direzione Sanitaria di Presidio.

Al termine del periodo della sperimentazione, i dati raccolti hanno permesso di descrivere:

- l'evento caduta (luogo, modalità e dinamica);
- gli effetti delle cadute (con o senza danno, tipo di danno);
- i fattori contribuenti (paziente, organizzazione, ambienti e presidi);
- l'incidenza delle cadute.

Tutte le cadute sono state segnalate, comprese quelle in cui il paziente non ha subito un danno.

Preso atto dei risultati ottenuti e dell'ampia adesione al progetto degli operatori coinvolti (Direttori di U.O., Medici, Coordinatori infermieristici, Infermieri), la Direzione Aziendale ha ritenuto valido il progetto, e ha deliberato la sua estensione a tutte le U.O. dell'AOU a partire dal Maggio 2010.

Di seguito si riportano i risultati delle due fasi.

Fase di sperimentazione. I pazienti ricoverati nelle unità operative coinvolte sono stati complessivamente 287; dall'analisi dei risultati ottenuti dalle scale di valutazione del rischio cadute pervenute, risulta che il 45% dei pazienti ricoverati rientra nel "massimo rischio di caduta", il 31% è a "rischio caduta" e il 24% è, invece, a "basso rischio", nella tabella 2 si evidenziano i dati per unità operativa.

Sono pervenute 19 schede di segnalazione di cadute (pari al 7% dei pazienti ricoverati), delle quali 2 sono state le cadute con danno e 17 quelle senza danno.

Tabella 3 - Segnalazioni cadute

Unità operativa	Pazienti ricoverati	Cadute con danno	Cadute senza danno
Clinica Medica	79	1	5
Neurologia	121	1	12
Pneumologia	87	0	0
Totale	287	2	17

Tabella 4 - Tipologia cadute

Unità operativa	Pazienti caduti	Caduta da posizione eretta	Caduta dal letto	Caduta da carrozzina	Non rilevabile
Clinica medica	6	2	2	1	1
Neurologia	13	7	2	4	
Pneumologia	0	0	0		
Totale	19	9	5	4	1

Tabella 5 - Valutazione rischio caduta

Unità Operativa	Pazienti ricoverati	Rischio Massimo	Rischio Medio	Rischio Basso
Clinica Medica	768	121	249	398
Neurologia	854	148	461	245
Pneumologia	1168	385	298	485
Urologia	1210	389	464	357

Tabella 6 - Segnalazioni cadute

Unità operativa	Pazienti	Segnalazioni cadute con danno	Segnalazioni cadute senza danno
Clinica Medica	768	7	12
Neurologia	854	6	5
Pneumologia	1168	4	3
Urologia	1210	3	2
Ch. Grandi obesità	605	1	0
Patologia chirurgica	1024	2	1
ORL	966	2	0
Patologia Medica	774	1	1
Malattie infettive	787	1	0
Andrologia	368	1	1
Ginecologia e ostetricia	5267	1	1
Totale*	13791	29	26

Copyright Società Editrice Universo - Roma

Nelle tabelle 3 e 4 sono riportati rispettivamente i dati riferiti alle segnalazioni pervenute dalle U.O., con o senza danno, e alla tipologia delle singole cadute.

Fase di osservazione. In questa fase, come suddetto, il progetto è stato esteso a tutte le U.O. di degenza dell'AOU. Le U.O. che hanno inviato segnalazioni di eventi-caduta sono state 11: Clinica Medica, Neurologia, Pneumologia, Urologia, Ch delle grandi obesità, Patologia Chirurgica, Otorinolaringoiatria, Patologia Medica, Malattie Infettive, Andrologia, Ginecologia ed Ostetricia.

Dai dati pervenuti si osserva che le cadute si sono verificate soprattutto nelle U.O. già precedentemente coinvolte nella fase di sperimentazione più l'U.O. di Urologia (43 segnalazioni-cadute su 55 totali). Inoltre va segnalato che le restanti U.O. non hanno correttamente rilevato la classe-rischio di appartenenza dei singoli pazienti.

Nella tabella 6 si riportano le segnalazioni pervenute:

Tabella 7 - Comparazione valore atteso-reale

Clinica Medica	Caduti	Non-Caduti
Valore atteso	21	747
Dato reale	19	749
Scarto: 2		

Neurologia	Caduti	Non-Caduti
Valore atteso	31	823
Dato reale	11	843
Scarto: 20		

Pneumologia	Caduti	Non-Caduti
Valore atteso	43	1125
Dato reale	7	1161
Scarto: 36		

Urologia	Caduti	Non-Caduti
Valore atteso	50	1160
Dato reale	5	1205
Scarto: 45		

Totale = 4000	Caduti	Non-Caduti
Valore atteso	145	3855
Dato reale	42	3958
Scarto: 103		

Considerato che circa l'80% delle segnalazioni di caduta si concentra nelle prime quattro U.O. si riportano nella tabella 6 i valori di comparazione tra valore atteso per singola U.O. e dato reale.

Analizzando il valore degli scarti in ogni singola U.O. si osserva che il dato reale è sempre inferiore rispetto a quello atteso, inoltre il dato complessivo risulta essere sensibilmente inferiore al 4% riportato nella letteratura (9).

Nella tabella 7 si evidenziano i dati relativi alla dinamica delle cadute:

In relazione alla dinamica delle cadute, l'analisi delle schede di segnalazione pervenute permette di osservare che le cadute avvengono più comunemente da posizione eretta (*29 pazienti pari al 53% del totale dei pazienti caduti), mentre 18 pazienti sono caduti dal letto (33%), 4 pazienti sono caduti dalla sedia/carrozzina (7%) mentre per 4 pazienti la dinamica della caduta non è rilevabile (7%).*

In riferimento *all'età dei pazienti* su 55 cadute segnalate 37 (67%), hanno riguardato pazienti di età > di 65 aa e 18 pazienti di età < 65 aa.

Tabella 8 - Tipologia cadute

Unità operativa	Pazienti caduti	Caduta da posizione eretta	Caduta dal letto	Caduta da carrozzina	Non rilevabile
Clinica Medica	19	10	8		1
Neurologia	11	3	6	1	1
Pneumologia	7	5	1		1
Urologia	5	3	2		
Ch. Grandi obesità	1	1			
Patol. chirurgica	3	1	1	1	
ORL	2	1		1	
Patologia Medica	2	1		1	
Malattie infettive	1	1			
andrologia	2	1			1
Ginec. e ostetricia	2	2			
Totale*	55	29	18	4	4

Copyright Società Editrice Universo - Roma

Tabella 9 - Tipologie di danno per fasce d'età

Tipo di danno	N° casi	> 65 aa	<65 aa
Nessuno	28	17	11
Escoriazione	8	5	3
Frattura femore	4	3	1 (SLA)
Altre fratture	1	1	
Ferita	9	8	1
Ematoma	5	3	2
	55	37	18

Per quanto riguarda le tipologie di danno, si rilevano i dati indicati nella tabella 9.

Le cadute con danno sono state complessivamente 27, delle quali 20 hanno riguardato pazienti di età > 65 aa.

Sempre dai dati ricavati, emerge che, su 55 segnalazioni, in 37 casi (67%) il paziente che ha subito una caduta, assume quattro o più farmaci; come riportato in letteratura, e segnalato anche nella recente Raccomandazione Ministeriale sul tema, nei pazienti che assumono 4 o più farmaci, il rischio di caduta aumenta significativamente(16, 17, 19, 22, 23), per cui la rivalutazione della terapia assunta dal soggetto e la riduzione del numero di farmaci può avere un effetto positivo sulla prevenzione delle cadute, in particolare nel paziente l'anziano.

Discussione

Se si analizza il numero delle cadute che hanno prodotto un danno e lo si confronta con il numero dei ricoveri effettuati nelle unità operative oggetto dell'analisi, emerge che il fenomeno è molto contenuto. Infatti i casi di caduta con danno sono 2 su 287 ricoveri, pari allo 0,7%, nel periodo di sperimentazione; nel periodo di osservazione i casi sono 29 su *13791* ricoveri (0,35%), se si prendono in considerazione solo i ricoveri nelle U.O. che hanno segnalato cadute nel periodo di osservazione, mentre se si rapporta il numero di cadute al totale dei ricoveri dell'intera Azienda, 25847, la percentuale diventa 0,15%. Il dato appare interessante, perché sembra dimostrare un'incidenza del fenomeno minore rispetto ai dati riportati in letteratura (5, 9, 11, 27). Sono possibili diverse ipotesi e valutazioni: da un lato si potrebbe pensare che gli strumenti elaborati e soprattutto le misure di prevenzione e contenimento del rischio-caduta abbiano prodotto effetti positivi sul fenomeno, cosi come descritto in letteratura per esperienze simili (10). È però onesto riconoscere che non avendo dati precisi sulla reale incidenza del fenomeno-cadute (soprattutto se non hanno prodotto un danno rilevante) presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, prima dell'avvio di questo progetto, non è possibile valutare la reale incidenza degli strumenti elaborati nel contenimento del rischio; è possibile solo, come è stato fatto, confrontare i dati ottenuti rispetto ad un valore atteso sulla base della classe di rischio, derivato dal confronto dei dati di letteratura.

Non sono disponibili dati precisi e confrontabili prima dell'inizio del progetto; infatti fino all'avvio della sperimentazione le cadute venivano segnalate alla direzione sanitaria di presidio in maniera non codificata, solo se avevano prodotto un danno importante e immediato (talvolta potevano essere solo segnalate in cartella clinica, senza una nota formale inviata alla direzione di presidio).

Certamente si può affermare che il progetto ha permesso di far emergere tutte le cadute che avvengono nelle U.O. dell'Azienda, di conoscere meglio le dinamiche delle stesse, la eventuale presenza di danni, coinvolgendo sia medici che operatori sanitari infermieri nella conoscenza del fenomeno, nell'utilizzo di strumenti di prevenzione del rischio (schede di valutazione rischio-caduta), nell'utilizzo di modalità omogenee di segnalazione, nel coinvolgimento e addestramento dei pazienti e dei loro care-givers, cosi che rispetto al

Copyright Società Editrice Universo - Roma

rischio-caduta possano essere messe in atto tutte le azioni necessarie a prevenirlo quando è possibile, a contenerlo, e,se avviene, a gestirne gli effetti affinché si mantenga una relazione di fiducia tra paziente, familiari e struttura sanitaria.

L'evento caduta, durante il ricovero in ospedale, infatti costituisce un grave problema per la persona coinvolta, per la famiglia e per la società; la valenza fortemente negativa che l'evento assume in termini di qualità dell'assistenza, nonché le conseguenze di ordine etico e talvolta giuridico per gli operatori coinvolti, hanno giustificato la necessità di focalizzare l'attenzione sul fenomeno e quindi di cercare di mettere a punto metodi e strumenti di prevenzione e gestione.

Le analisi sulla dinamica delle "cadute", hanno permesso di individuare i rischi su cui è prioritario intervenire per prevenire le cadute ospedaliere, per esempio ricorrere a modifiche ambientali: eliminando i mobili che inducono rischio di inciampo come poggiapiedi o fissando quelli che possono spostarsi come letti e carrozzine, asciugare le zone di pavimento bagnate, disporre corrimano alle pareti e migliorare l'illuminazione, tutti interventi raccomandati anche dalle società scientifiche (1, 13, 20, 28).

Il metodo di lavoro seguito, il coinvolgimento degli operatori, la sperimentazione del progetto e degli strumenti elaborati da parte della direzione aziendale, e la successiva applicazione a tutte le U.O. dell'Azienda hanno permesso di conoscere il fenomeno caduta, coinvolgere i pazienti e i loro familiari nella prevenzione dello stesso, differenziare l'assistenza specifica in base al rischio-caduta, e in senso più ampio diffondere la cultura del rischio clinico tra gli operatori dell'azienda.

La fase successiva del progetto, a questo punto, sarà quella di rivedere, insieme con gli operatori, l'utilizzo degli strumenti, ed in particolare della scheda di valutazione del rischio. Sarà importante ridefinire l'applicazione dello strumento, (valutare tutti i pazienti?, Valutare solo pazienti con particolari patologie, o anziani?), e valutare i risultati a distanza di almeno 1 anno.

Conclusioni

Al di là dei risultati incoraggianti ottenuti in termini numerici e di valutazione statistica, gli autori restano convinti che la validità principale dello studio sia quella di aver indotto negli operatori, ma anche nei pazienti e familiari, la sensibilità al tema delle cadute e di averli coinvolti attivamente nella prevenzione e nella gestione delle stesse. Inoltre la scelta di segnalare anche le cadute senza danno ha permesso di far emergere la reale dimensione del fenomeno, e a contribuito a focalizzare l'attenzione non solo sugli aspetti legati al danno ma sulla sicurezza del paziente, sull'attenzione verso il paziente, in un ottica culturale più "italiana".

Infatti, se non pare troppo azzardato, occorre affermare che secondo una visione più europeo-italiana la sicurezza del paziente è un valore in se, nell'ambito culturale dell'attenzione alla persona, e in particolare alla persona-paziente; questo a differenza della visione-impostazione tipica degli USA, dove peraltro sono iniziate le prime esperienze di risk management, ma dove la gestione del rischio è fortemente connotata come strumento di prevenzione delle controversie giudiziario-assicurative.

Infine si sottolinea che l'esperienza fatta è stata apprezzata sia dagli operatori coinvolti che dagli utenti ed è stata resa possibile dall'impegno di tutto il personale delle UU.OO. coinvolte, che ha dimostrato di credere nell'importanza del progetto e che, con il proprio entusiasmo, energie e disponibilità ne ha permesso prima la sperimentazione e successivamente l'applicazione diffusa.

Copyright Società Editrice Universo - Roma

Riassunto

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha affrontato il tema della prevenzione delle cadute in ospedale con alcuni obiettivi: empowerment degli operatori, dei pazienti e dei loro famigliari, elaborazione di uno strumento di inquadramento del paziente rispetto al rischio di caduta, elaborazione di uno strumento di rilevazione, segnalazione e analisi della caduta.

Sono stati definiti: a)una scala di valutazione del rischio cadute,da compilare al momento dell'accettazione, da parte dell'infermiere, composta da diversi indicatori con un punteggio corrispondente per ciascuno di essi, utile ad inquadrare il paziente in: basso rischio, medio rischio e alto rischio; b) una scheda degli interventi da attuare a seconda della gravità del rischio cadute; c) una scheda di segnalazione di tutte le cadute divisa in due sezioni: infermieristica e medica; d) una brochure da consegnare al momento dell'accettazione nel reparto che contiene suggerimenti comportamentali, per pazienti e familiari/caregivers, utili per la prevenzione delle cadute.

La sperimentazione del progetto è avvenuta nei mesi di Ottobre-Dicembre 2009 in tre UU.OO. (Clinica Pneumologica, Clinica Neurologica e Clinica Medica)con una larga adesione del personale coinvolto.

I risultati della sperimentazione, analizzati sia per singola U.O. che complessivamente (su 287 ricoveri complessivi nelle tre U.O. coinvolte, con il 90 % di schede di valutazione compilate, le segnalazioni di cadute sono state 19 (8%); 17 senza danno (85%) e 2 con danno (15%), e l'ampia partecipazione del personale, hanno permesso alla Direzione di valutare positivamente il progetto e di deliberare nell'Aprile 2010 l'approvazione degli strumenti elaborati e la loro diffusione a tutte le U.O. di degenza dell'Azienda, a partire dal Maggio 2010.

Sono state analizzate tutte le schede di segnalazione pervenute fino al Dicembre 2011; i ricoveri complessivi (di degenza ordinaria) nelle U.O. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per l'intero periodo esaminato, sono stati 25847. Le U.O. dove sono avvenute le cadute segnalate sono 11 (nelle quali i ricoveri complessivi sono stati 13791). Le segnalazioni di cadute sono state 55 (0,40%rispetto al n° dei ricoveri delle 11 U.O. che hanno segnalato), di cui 29 (53%) da stazione eretta, 18 (33%) cadute dal letto, 4 (8%) cadute dalla sedia carrozzina, 4 (8%) cadute con dinamica non rilevabile; 26 senza danno (48%) e 29 con danno (53%).

Bibliografia

1. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2001; **49**(5): 664-72.
2. Armstrong AL, Wallace WA. The epidemiology of hip fractures and methods of prevention. Acta Orthop Belg 1994; **60** (Suppl 1): 85-101.
3. Bertani G, Macchi L, Cerlesi S, Carreri V. Un benchmarking regionale: indicatori di risk management nelle Aziende Ospedaliere Lombarde. Atti del IV Convegno nazionale di Organizzazione, Igiene e Tecnica Ospedaliera. Grado, 6-7 aprile 2006.
4. Brainsky A, Glick H, Lydick E, al. The economic cost of hip fractures in community-dwelling older adults: a prospective study. J Am Geriatr Soc 1997; **45**(3): 281-7.
5. Brandi A., Marilli R. Le cadute in ospedale: uno studio osservazionale. G Gerontologia 2006; **54**: 384-8.
6. Cavallini M. Il governo clinico della Medicina Generale. La fragilità nell'anziano: valutazione di un intervento di prevenzione delle cadute in un campione di anziani seguiti da un gruppo di MMG della provincia di Latina. Atti del XXII Congresso Nazionale SIMG. Firenze, 24-26 novembre 2005.
7. Chiari P, Mosci D, Fontana S. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di caduta dei pazienti. Assist Inferm Ric 2002; **21**(3): 117-24.
8. Chiari P. Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale. Bologna: Az. Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi, Centro Sudi EBN, dicembre 2004.
9. CINEAS (Consorzio Universitario per l'Ingegneria nelle Assicurazioni). Quando l'errore entra in ospedale, risk management: perché sbagliando s'impari. Le mappe del rischio,i costi, le soluzioni; Quando sbaglia l'infermiere, l'indagine della Usl di Empoli, aprile 2002.
10. Dykes PC, Carroll DP, Hurley A., et al. Fall Prevention in acute care hospitals: a randomized trial . JAMA 2010; **304** (17): 1912-8.
11. Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review. Int J Nurs Pract 2001; **7**: 38-45.
12. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev 2003;(4): CD000340.
13. Health Care Association of New Jersey (HCANJ). Fall management guidelines. Hamilton (NJ): HCANJ, 2005 Feb. 25 p.
14. Kiely DK, Kiel DP, Burrows AB, Lipsitz LA. Identifying nursing home residents at risk for falling. J Am Geriatr Soc 1998; **46**(5): 551-5.

Copyright Società Editrice Universo - Roma

15. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: cardiac and analgesic drugs. J Am Geriatr Soc 1999; **47**(1): 30-9.
16. Leipzig MR, Cumming GR, Tinetti EM. Drugs and falls in oder people: a systematic review and meta-analysis: Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc 1999; **47**(1): 40-50.
17. Luukinen H, Koski K, Honkanen R, Kivela SL. Incidence of injury-causing falls among older adults by place of residence: a population-based study. J Am Geriatr Soc 1995; **43**(8): 871-6.
18. Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Novembre 2011. www.salute.gov.it/qualità
19. Myers RN. Hospital fall risk assessment tools: a critique of the literature. Int J Nurs Practice 2003; **9**: 223-35.
20. Moreland J, Richardson J, Chan DH, et al. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. Gerontology 2003; **49**(2): 93-116.
21. Morse JM, Black C, Oberle K, Donahue P. A prospective study to identify the fall-prone patient. Soc Sci Med 1989; **28**(1): 81-6.
22. NICE (National Institute for Clinical Excellence Falls). The assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21, 2004. www.nice.org.uk/CG021NICEguideline
23. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing 2004; **33**(2): 122-30.
24. RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. (Revised). www.rnao.org/Storage/12/617_BPG_Falls_rev05.pdf.
25. Rubenstein LZ, Josephson KR, Osterweil D. Falls and fall prevention in the nursing home. Clin Geriatr Med 1996; **12**(4): 881-902.
26. Rubenstein LZ, Josephson KR. Falls and their prevention in elderly people: what does the evidence show? Med Clin North Am 2006; **90**(5); 807-24.6.
27. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing 2006; **35**-S2: ii37-ii41.
28. Uden G, Ehnfors M, Sjostrom K. Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. J Adv Nurs 1999; **29**(1): 145-52.
29. Vanzetta M, Vallicella F. Qualità dell'assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale. Management Infermieristico – Qualità 2/2001; 32-36.
30. World Health Organization Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Geneve: WHO, 2004.

Corrispondenza: Dott. Antonella Virdis, AOU Sassari, Via Michele Coppino 26, 07100 Sassari
e-mail: avirdis@aousassari.it

Copyright Società Editrice Universo - Roma

Copyright Società Editrice Universo - Roma