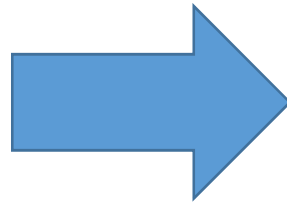


LE CADUTE

Rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono le persone fragili, molte delle quali affette da demenza



Possibili conseguenze per la persona

- ❖ Paura di cadere nuovamente (*Sindrome Post-Fall*)
- ❖ Aumento della morbidità (fratture, lesioni ecc) talvolta sono causa di morte
- ❖ Perdita di sicurezza
- ❖ Ansia, depressione
- ❖ Aumento della disabilità
- ❖ Riduzione del livello di soddisfazione del paziente e della famiglia

- Attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e prolungamento della degenza
- Incremento dei costi sanitari e sociali
- Aumento del lavoro infermieristico

Quante?

Anno	Numero cadute	Età media
2016	174	79
2017	164	71 (esclusi 2 casi pediatrici)
2018	52	75

Quando?

Anno	Mattino	Pomeriggio	Notte
2016	54	36	84
2017	51	27	65
2018	22	8	19

Dove?

Anno	Camera	Bagno	Spazi comuni
2016	120	36	18
2017	101	43	20
2018	33	16	2

**a valutazione del
rischio**

	Scala di Conley		
Anno	<2	>=2	MDAO100
2016	36	125	
2017	19	109	79
2018	15	36	33

Anno	Prolungamento della degenza
2016	
2017	8
2018	0

Anno	Mentre scavalca le spondine / nonostante le spondine
2016	
2017	2
2018	1

Il Ministero della Salute indica di:

Prevenire il verificarsi dell'evento sentinella

“Morte

o grave danno per caduta di paziente” nelle strutture sanitarie.

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

(Raccomandazione Ministeriale 13 novembre 2011)

CADUTA



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.

La verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Il rischio caduta

Il rischio di caduta non può essere eliminato, ma può essere **significativamente ridotto attraverso un programma di prevenzione**

La più importante strategia preventiva è quella di identificare i pazienti a rischio:

-) Strumenti di screening
-) Strumenti di valutazione funzionale
-) Valutazione clinica medico/infermieristica

È fondamentale che operatori, pazienti e *caregivers* acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato nonostante.

**Valutazione
medica**

**Valutazione
infermieristica**

**APPROCCIO GLOBALE E
SISTEMICO**

**Strumenti di
valutazione del
rischio**

**Analisi degli
eventi caduta**

Valutazione del rischio caduta

letteratura sono stati identificati centinaia di fattori di rischio per le cadute.

Per la costruzione dei principali strumenti di valutazione sono stati però presi in considerazione pochi elementi combinati tra loro in maniera diversa:

Storia di precedenti cadute Paura di cadere

Incontinenza urinaria/Pollachiuria/Poliuria

Alterazione dello stato di coscienza

Assunzione di particolari Farmaci che possono influenzare lo stato di vigilanza, l'equilibrio e la pressione arteriosa.

Assunzione di 4 o più farmaci/Variazione posologia

Sesso maschile

Problemi di equilibrio e di andatura

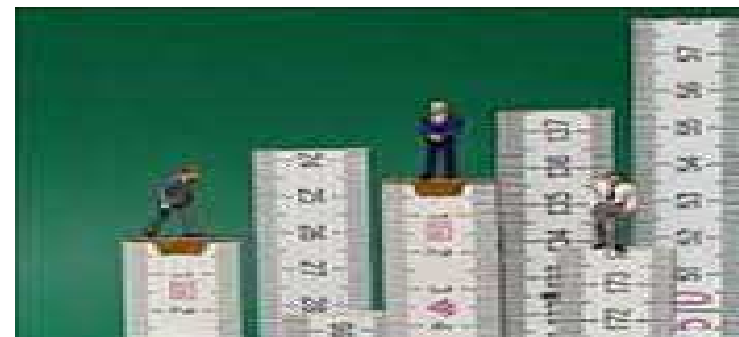
Alterazioni della mobilità

Alterazione della vista

Ipotensione ortostatica

Scale di valutazione del rischio

- Sono stati sviluppati numerosi strumenti per la valutazione del rischio di cadute
- Solo pochi strumenti sono stati però «testati» in più di un *setting* assistenziale:
 - strutture residenziali, riabilitative per acuti (area medica, chirurgica)



Prevenzione del rischio

SCALA	ITEM	PUNTEGGIO
CONLEY	6 fattori	Punteggio totale 10 Valore soglia > 2
STRATIFY	5 fattori	Punteggio totale 10 Valore soglia non specificato
HFRM	8 fattori	Punteggio totale= 20 Valore soglia >6
MORSE	6 fattori	Punteggio Totale: 125 Alto rischio >51 (>45)

	CONLEY	MORSE	STRATIFY	HFRM
cedenti cadute (3 mesi)	X	X	X	
rtigini	X			X
ontinenza	X		Frequenza minzionale	Alterazioni
mpromissione della marcia	X	X	X	Capacità alzarsi
tato Irrequieto	X		X	X
terioramento capacità di giudizio	X	X		X
o della vista			X	
ologie (cerebrovascolari, cardiache, urologiche, muscolo-scheletriche, diabete, oplasie)		X		
ambulazione con sistema infusivo		X		
bolezza, postura curva		X		
pressione				X
so				X
apia Farmacologica (antiepilettici e BNZ)				X

7	Studio prospettico N= 144	Confronto tra tre scale di valutazione (Morse, Stratify, HFRM).	La migliore risulta essere la Heir Il Fall Risk Model
0	Meta-analisi	Prende in considerazione tutti gli studi riguardanti tre scale di valutazione: Morse, Stratify, HFRM	Sensibilità: Morse Specificità: HFRM
0	Studio prospettico N= 1148	Confronto tra due scale di valutazione la Conley e la HFRM (1°)	Sensibilità: Conley (u.o di medicina) Specificità: HFRM (u.o di medicina) Nelle Chirurgie risultati sovrapp
1	Studio prospettico N= 1546	Confronto tra quattro scale di valutazione tra cui la Morse e la HFRM	Sensibilità: Morse Specificità: HFRM

2012	Studio Prospettico N= 2470	Confronto tra 2 scale (<i>Stratify</i> e la <i>Morse</i>) e il giudizio clinico degli infermieri	Nei Pazienti di età inferiore ai 60 anni e ricoverati nelle u.o di chirurgia il giudizio degli infermieri è più preciso delle 2 scale
2013	Revisione Sistemática	Confronto tra 3 scale (<i>Stratify</i> , HFRM e la <i>Morse</i>)	Sensibilità: <i>Morse</i> Specificità: <i>Stratify</i>
2013	Studio Prospettico N= 1815	Confronto tra 2 scale (HFRM e la <i>Morse</i>) e il giudizio clinico degli infermieri	La scala più valida ed affidabile è la HFRM
2013	Revisione Sistemática e Meta.analisi	Sono stati presi in considerazione 1484 e poi analizzati statisticamente 14	La scala più valida ed affidabile è la <i>Srtatify</i> , seguita dalla <i>Morse</i>



Cosa si deduce dall'analisi della letteratura?

- ❖ Non esiste una scala di valutazione del rischio di cadute, nettamente superiore alle altre.
- ❖ Le variabili età e tipo di unità operativa, incidono molto rispetto alle «performance» delle scale.
- ❖ Negli studi non vi è quasi mai la distinzione tra le diverse unità operative all'interno degli ospedali per acuti.
- ❖ In alcuni studi viene dimostrato come nei pazienti di età inferiore ai 65 anni e ricoverati nei reparti chirurgici, la valutazione infermieristica ha una migliore o uguale capacità predittiva, rispetto ai vari strumenti di valutazione del rischio di caduta.

Caratteristiche generali dello strumento di valutazione

- ❖ Facilità nella compilazione e presenza di chiare istruzioni d'uso
- ❖ Trasparente calcolo dello score del rischio (cut off)
- ❖ Riproducibilità dei risultati
- ❖ Sostenibilità per l'organizzazione e fattibilità rispetto all'addestramento necessario e le attrezzature da usare.



Perché utilizzare una Scala di valutazione

- Migliorare il sistema di misurazione
- Condividere la classificazione
- Codificare il linguaggio
- Migliorare la comunicazione interdisciplinare



Scala di Conley

A cosa serve?

- Valutare il rischio di caduta

Quando deve essere compilata?

- All'ingresso della persona in ospedale
- Dopo un evento caduta
- Al variare delle condizioni cliniche della persona
- Alla dimissione

Da chi deve essere compilata?

- Dall'infermiere



Scala di Conley

Dati anamnestici	SI	NO
caduto negli ultimi 3 mesi?	2	0
mai avuto vertigini o capogiri negli ultimi 3 mesi?	1	0
mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno negli ultimi 3 mesi?	1	0
Deterioramento cognitivo		
impromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile	1	0
agitazione o eccessiva attività motoria non finalizzata (es. incapacità di stare seduto fermo, si tira i vestiti ecc.)	2	0
deterioramento capacità di giudizio/mancanza del senso di pericolo	3	0

Persona a rischio se punteggio totale uguale o superiore a 2

Come si compila la Scala di Conley?

Le prime tre domande vengono poste al paziente; in caso di gravi deficit cognitivi si interroga il caregiver. Se non è presente si deve consultare la documentazione

Stati anamnestici

Peggioramento cognitivo

Le ultime 3 domande sono destinate all'infermiere compilatore che deve rispondere in base a quanto ha osservato sulla persona. Peggioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo (la risposta è positiva se la persona presenta una condotta rischiosa compiendo atti non prudenti per la sua incolumità)

La risposta "Non so" è da considerarsi come negativa

Il paziente è a rischio se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2



Validità della Scala di Conley

- ❑ **Sensibilità del 71%** (la percentuale di veri positivi, ossia di coloro ritenuti a rischio ed effettivamente caduti)
- ❑ **Specificità del 59%** (la percentuale dei veri negativi , ossia coloro non ritenuti a rischio ed effettivamente non caduti)
- ❑ Maggiori livelli di sensibilità e specificità se la scala viene compilata quotidianamente, perché in questo caso è possibile valutare le modifiche delle condizioni della persona



Cadute in ambito pediatrico

Un'indagine retrospettiva relativa alle cadute del 2011/2012 in un ospedale di Milano ha evidenziato:

❖ la maggior parte delle cadute avviene non in un reparto di degenza ma nei Pronto Soccorso e Ambulatori (alcune cadute avvengono in Pronto Soccorso e Astanteria)

Ma perché ciò avviene?

- Distrazione dei genitori (sono preoccupati per le condizioni del bambino e non controllano i movimenti del bambino)
- Gli arredi degli ambulatori pediatrici sono quasi sempre arredi per adulti e non per bambini (letti stretti e senza sponde, sedie alte e senza protezioni)
- Le sale di attesa a volte non sono attrezzate per bambini, la noia per l'attesa può spingere i bambini a cercare divertimento in giochi pericolosi

Cadute in ambito pediatrico

Scarsa attenzione al problema

- ritenute “normali” soprattutto nei più piccoli
- sottovalutate perché frequentemente determinano al massimo dei traumi minori

Uno studio americano del 2012 relativo a 53 cadute rivela:

- ❖ 41% dei bambini caduti: illesi
- ❖ 59% dei bambini caduti: feriti (traumi lievi e moderati)

Fattori di rischio nel bambino

Età

Maggiore incidenza nei bimbi da 1 a 3 anni (ma non cadono solo i bimbi da 1 a 3 anni: un'indagine del 2009 rileva la maggiore incidenza di cadute nei bambini <3 anni e nei ragazzi >13 anni).

Studi relativi alle cadute dei NEONATI in ospedale indicano la distrazione della mamma o *caregiver* come principale causa di cadute. Altri fattori di rischio: addormentamento, trasporto scorretto, uso di letti e/o sdraiette inappropriato, caduta in sala parto ..)

Genere

Uomini più a rischio delle femmine

Sviluppo cognitivo

I bambini affetti da un deficit neurologico/cognitivo/sensoriale sono a maggior rischio di cadute

Fattori di rischio nel bambino

Diagnosi di ricovero

risultano maggiormente correlate all'evento caduta diagnosi neurologiche, ortopediche, respiratorie, intestinali.

Anestesia e sedazione

ore successive alla somministrazione di un sedativo/narcotico

/48 ore post anestesia /intervento chirurgico

Terapia farmacologica in corso

sedativi, anticonvulsivanti, antiepilettici, lassativi, diuretici, politerapia

Presenza di infusione o devices

linee infusionali EV, cateteri vescicali, ossigenoterapia (non univocamente ritenuti strettamente correlati alle cadute)

Durata del ricovero

dimore lunghe (>10 giorni) sembrano essere correlate a un aumento del rischio di caduta del bambino

Fattori di rischio nel bambino

ora del giorno

meriggio (più tempo libero >rischio caduta).

presidi

di letto: con sponde alte o basse o senza; assenza di sedie adattate per i bambini

corretto utilizzo delle strutture

sponde lasciate abbassate/non fissate, bambini che scavalcano le sponde.

adeguatezza dei presidi

bambini che cadono dalla sedia a rotelle o dalle barelle di trasporto portano a un aumento del rischio di caduta del bambino

Fattori di rischio nel bambino

E la presenza dei genitori?

Il bambino si sente sicuro in presenza di mamma e papà quindi svolge attività “pericolose” come farebbe a casa: arrampicarsi, correre e saltare ...

Il genitore non deve mai esser messo nelle condizioni di lasciare il bambino da solo per parlare con i medici, per cercare gli infermieri

Strumenti di valutazione del rischio caduta nel bambino

- **Validazione linguistico culturale:** tradurre e adattare culturalmente in lingua italiana lo strumento CHAMPS allo scopo di raggiungere una versione italiana dello strumento concettualmente equivalente (concluso)
- Valutazione dell'affidabilità dello strumento (in via di conclusione)
- Valutazione della validità dello strumento (non ancora partita)

Scivola e cade in ospedale L'Asl paga diecimila euro

Doopo due anni di battaglia legale è arrivata la sentenza del giudice civile La
nna, 70 anni, si era fratturata polso e caviglia andando a fare delle analisi

*o circa le 10 del mattino e la signora deve
lcare a ritirare delle analisi. Quando
epassa la porta girevole inaugurata
no precedente, si trova nell'atrio. «Era
ro da qualunque tipo di segnale che
esse far pensare ad una recente pulizia
pavimento», ha raccontato.*

*donna fa un paio di passi, ma prima di
vare alle scale che danno accesso ai vari
arti perde l'equilibrio, scivola e cade a
a.*

Dalle varie testimonianze, è infatti emerso che nell'atrio non c'era alcun segnale che potesse indicare una recente pulizia del pavimento come invece prevede il regolamento.

Il magistrato dà la possibilità all'Azienda ospedaliera di rivalersi sulla ditta di pulizie.

Genova, Ospedale San Martino, due tecnici di radiologia sono stati condannati dalla Corte dei Conti ad un risarcimento di sei mila euro, perché ritenuti responsabili delle lesioni riportate da una paziente in seguito alla caduta dalla barella , avvenuta nel passaggio dal lettino a quest'ultima.

I fatti risalgono a Marzo 2013, quando una donna di 92 anni veniva portata in radiologia per un esame, al termine del quale, nel passaggio dal lettino alla barella è caduta, riportando importanti traumi. Alcuni mesi dopo la caduta è deceduta.

Per la procura la caduta dell'anziana donna è ascrivibile agli operatori sanitari che hanno effettuato lo spostamento, imputati per colpa gravissima e negligenza, responsabili di non avere osservato i fondamentali e semplici regole di cura e cautela.



Azienda Ospedaliera
Sacco, Sforza Pavesi e Ophthalmica

**PROCEDURA
"PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE
CADUTE DEL PAZIENTE"**

**FRAO 77
PDPA CADUTE DEL
PAZIENTE
DATA: 30/10/2014
Rev. 1
Pagina 1 di 14**

SOMMARIO

1. Oggetto e scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Definizioni e abbreviazioni
5. Documenti di riferimento
6. Modalità e documenti di registrazione
7. Modalità operative
8. Indicatori di qualità

attività revisione	Revisione intero documento	Distribuzione	Non Controllata
redazione	Gruppo di lavoro Cadute: Tutor Corso di Laurea Infermieristica: Inf. M. P. Biagi Direttore didattico C.so di Laurea Infermieristica: Dott. F. Fattori RDD: Dott. F. Finzi Referente formazione e sviluppo SETRA: Dott.ssa A. Franceschetti Dott.ssa E. Parnavichin	<i>M. P. Biagi</i> <i>F. Fattori</i> <i>F. Finzi</i> <i>A. Franceschetti</i> <i>E. Parnavichin</i>	
verifica	Dott. F. Finzi	<i>F. Finzi</i>	
approvazione	DMIP (R.P.): Dott. G. Monea DMI (P.O.M.M.): Dott.ssa M. Errico SETRA: Dott.ssa G. Parrini Dir. Dipartimento Medicina: Dott. A. Miodrossa Dir. Dipartimento Chirurgia: Dott. C. Lunghi Dir. Dipartimento Neuroscienze: Dott. C. Mancosi	<i>G. Monea</i> <i>M. Errico</i> <i>A. Miodrossa</i> <i>C. Lunghi</i> <i>C. Mancosi</i>	
autorizzazione	DSA: Dott. F. Bellano	<i>F. Bellano</i>	

RESPONSABILITÀ

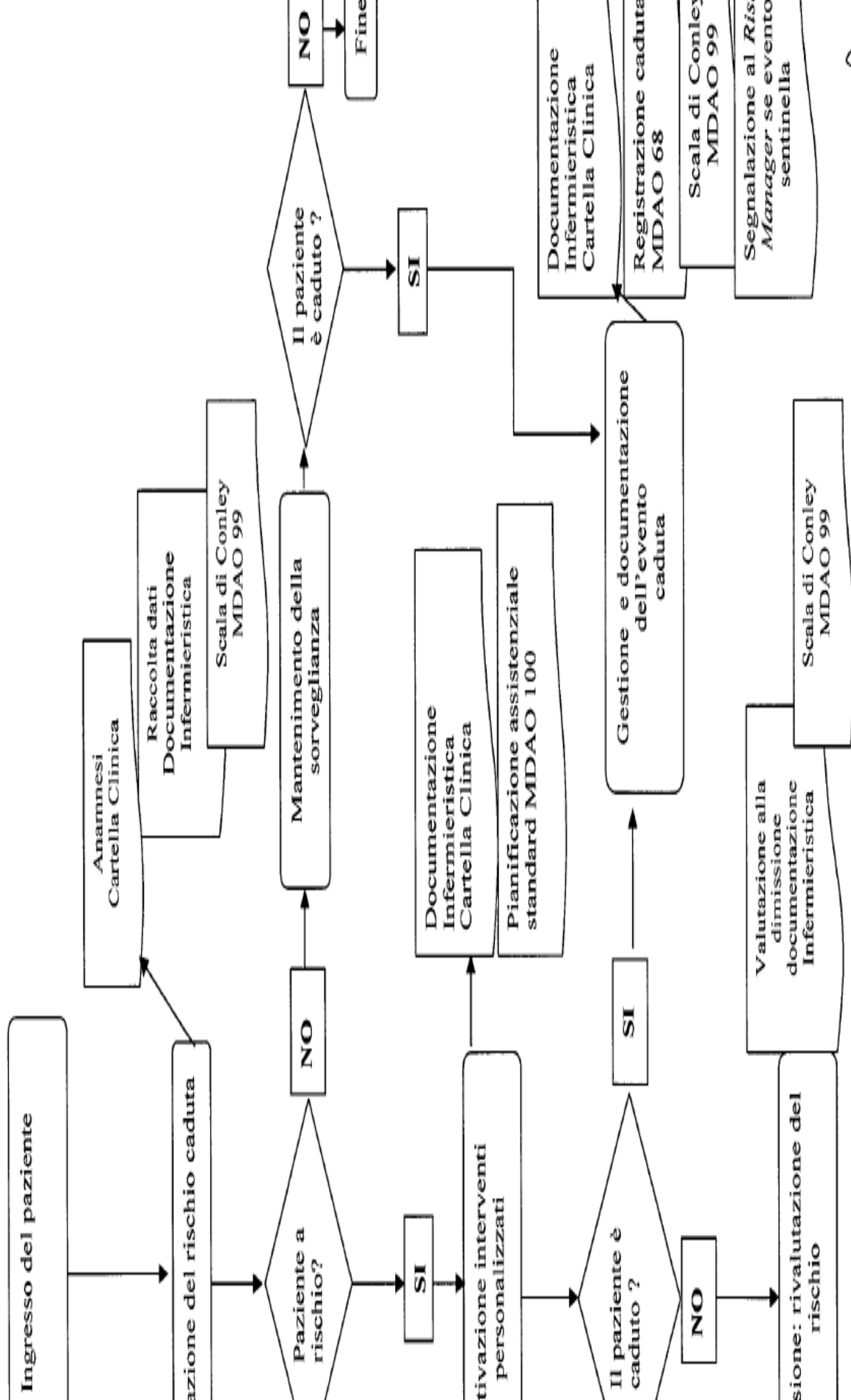
La seguente tabella sono descritte in dettaglio le responsabilità per le specifiche competenze.

FASI	Medico	Infermiere /Ostetrica	OSS
Valutazione del rischio caduta	R	R	C
Pianificazione e applicazione delle misure preventive	R	R	C
Segnalazione dell'evento caduta	R	C	C

Legenda:

= Responsabile;

= Coinvolto



Adm

1. Rischio di caduta*Data e firma attivazione***ATTIVI**

Il sistema riconoscerà ed eliminerà i fattori di rischio

Il sistema contribuirà ad ridurre le cause ed i fattori ambientali e situazionali

PIANIFICAZIONE degli interventi:

Il sistema di chiamata ed accensioni luce e invitare a chiedere

Il sistema di chiamata ed accensioni luce e invitare a chiedere

Il sistema di chiamata ed accensioni luce e invitare a chiedere

Il sistema di chiamata ed accensioni luce e invitare a chiedere

Il sistema di chiamata ed accensioni luce e invitare a chiedere

Il sistema di chiamata ed accensioni luce e invitare a chiedere

Il sistema di chiamata ed accensioni luce e invitare a chiedere

PIANIFICAZIONE e VALUTAZIONE giornaliera sono da registrare nel diario

PIANIFICAZIONE alla chiusura della D.I. o alla dimissione

Il sistema identifica i fattori che aumentano rischio di cadute

Il sistema non è caduto o non ha rischiato di cadere

Data e firma chiusura



Azienda Ospedaliera
FATEBENEFRA TELLE
OFTALMICO

MODULO DI REGISTRAZIONE CADUTA DEL PAZIENTE

MDAO 68
DATA: 30/10/2014
Rev. 1
Pagina 1 di 1

Alla Direzione Medica di Presidio Macedonio Melloni Fatebenefratelli
DA INVIARE CONTESTUALMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO PER FAX 2309 O PER POSTA A MANO

Dati relativi al paziente

Nome		Cognome	
Data di nascita	___/___/____	Età	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza in via/piazza		N.	
CAP	Città	<input type="checkbox"/> ricoverato <input type="checkbox"/> ambulatoriale	
Struttura/Servizio/Ambulatorio			
Nosologico n.		Data di ricovero ___/___/____	
Diagnosi di ammissione			
Terapia in atto		<input type="checkbox"/> ipotensivi <input type="checkbox"/> psicotropi <input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti <input type="checkbox"/> antiaritmici <input type="checkbox"/> lassativi <input type="checkbox"/> altro, specificare:	
Mobilità		<input type="checkbox"/> deambulante <input type="checkbox"/> non deambulante <input type="checkbox"/> deambulante con ausili	
Punteggio scala di Conley (ultima rilevazione)		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Data ultima rilevazione		___/___/____ Data attivazione MDAO 100 ___/___/____	

Dati relativi alla caduta

___/___/___ ora ___/___

- camera degenza bagno degenza corridoio degenza ambulatorio
- spazi comuni degenza altro, specificare:

- ta testimoniata si, specificare da chi: no
- da posizione eretta da seduto dal letto inciampo
- ilità evento patologico (ad esempio: perdita di forze, perdita di equilibrio o perdita di coscienza)
- scivolamento altro, specificare:

rizione

- redimenti adottati nessuno procedure diagnostiche, specificare:
- altro, specificare:

ni riportate e sede

- nessuna escoriazione
- ta contusione

tttura

o, specificare:

- | | | | |
|------------------|---|--|--|
| nosi/conseguenze | <input type="checkbox"/> nessuna | <input type="checkbox"/> moderata (da 4 a 20 gg) | <input type="checkbox"/> grave (≥ 40 gg) |
| | <input type="checkbox"/> lieve (≤ 3 gg) | <input type="checkbox"/> severa (da 21 a 39 gg) | <input type="checkbox"/> decesso |

ngamento della degenza si no

unicazione dell'evento ai familiari si no

___/___/___ Timbro e firma medico