

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI

Sintesi per i Professionisti (max tre righe):

Questo documento descrive le modalità per minimizzare il rischio di caduta del paziente/utente in ospedale e nelle altre strutture aziendali attraverso la valutazione e il monitoraggio della sicurezza di ambienti e presidi, l'identificazione e la gestione dei fattori di rischio con un piano clinico-assistenziale personalizzato, la gestione appropriata dei casi di incidente da caduta.

Redatto	Verificato	Approvato
UOS Monitoraggio Raccomandazioni e Pratiche per la Sicurezza del Paziente Direttore Dott.ssa Giuseppina Terranova	<p style="text-align: center;">VERIFICA TECNICA</p> <p>Staff Direzione Aziendale – UOC Governo Clinico Direttore Dott. Francesco Bellomo</p> <p style="text-align: center;">Dipartimento Medico Direttore Dott. Roberto Andreini</p> <p style="text-align: center;">Dipartimento Infermieristico Ostetrico Direttore Dott. Andrea Lenzini</p> <p style="text-align: center;">Dipartimento Dipartimento Professioni Tecniche Direttore Dott. Emilio Bertolini</p> <p style="text-align: center;">UOC Sicurezza del Paziente Direttore Dott. Tommaso Bellandi</p> <p style="text-align: center;">VERIFICA FORMALE UOC Sistema Qualità Aziendale e Accreditamento Direttore Dr. Ivano Cerretini</p>	<p>Direttore Generale Aziendale Dott.ssa Maria Letizia Casani</p> <p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luca Lavazza</p> <p>Direttore Amministrativo Dott. Gabriele Morotti</p>
<p>Referente del documento Direttore UOS Monitoraggio Raccomandazioni e Pratiche per la Sicurezza del Paziente Dott.ssa Giuseppina Terranova</p>		

ELENCO ALLEGATI

- Allegato 1 – Sintesi della letteratura
- Allegato 2 – Guida alla valutazione dei fattori di rischio
- Allegato 3 – Misure preventive e strumenti di supporto per l'uso di spondine
- Allegato 4 – Remind Interventi di informazione/educazione del paziente/caregiver
- Allegato 5 – Opuscolo educazione sanitaria paziente/caregiver
- Allegato 6 – Opuscolo prevenzione cadute a domicilio
- Allegato 7 – Vademecum/remind "Cosa fare dopo una caduta"
- Allegato 8 – Diagramma di flusso

Parola chiave: cadute

.....

SOMMARIO

1. SCOPO/OBIETTIVI	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3. ABBREVIAZIONI/DEFINIZIONI (ORDINE LOGICO O ALFABETICO)	3
4. CONTENUTI/DESCRIZIONI DELLE ATTIVITÀ/MODALITÀ OPERATIVE	3
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ / DIAGRAMMA DI FLUSSO / CHECK LIST CONTROLLO DOCUMENTI	8
6. DOCUMENTI SOSTITUITI O AGGIORNATI	8
7. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNI	8
8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO ESTERNI	8
9. DISTRIBUZIONE	8
10. GRUPPO DI REDAZIONE/VERIFICA	8

.....

1. Scopo/obiettivi

La presente procedura ha per oggetto la definizione delle modalità di riduzione del rischio di caduta all'interno dei presidi ospedalieri e delle altre strutture aziendali.

Lo scopo è quello di fornire indicazioni per prevenire e gestire il rischio di caduta in ospedale e, in generale, nelle strutture aziendali attraverso:

- la valutazione e la minimizzazione dei rischi ambientali;
- l'attivazione di un processo di valutazione dinamica del rischio di caduta;
- la definizione di modalità e interventi multifattoriali per prevenire e gestire la caduta.

La procedura è accompagnata da un piano di implementazione a step e sarà aggiornata, se necessario, in base alla eventuale revisione della scheda tecnica della Pratica per la Sicurezza del Paziente del Centro Regionale GRC e/o a dati ed evidenze emergenti da studi di prossima pubblicazione.

2. Campo di applicazione

Le indicazioni riportate in questo documento sono rivolte a tutte le strutture aziendali che erogano servizi sanitari e socio-sanitari, comprendendo tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari che prestano servizio in strutture dell'Azienda USL Toscana Nordovest. Si applicano a tutti i pazienti/utenti che accedono alle strutture aziendali, ospedaliere e territoriali. Non rientrano nelle previsioni della procedura le cadute di visitatori ed operatori sanitari.

	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI	PRO AZ 078 SA Rev. 0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 3 di 8
--	--	---

3. Abbreviazioni/definizioni (ordine logico o alfabetico)

Caduta: "Evento in cui il paziente viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito a tornare nel letto o sulla poltrona/sedia" (GRC Regione Toscana "La prevenzione delle cadute in ospedale" 2007);

Caduta accidentale: caduta involontaria di una persona non a rischio e in buone condizioni fisiche (es.: scivola, inciampa, etc.);

Caduta fisiologica imprevedibile: caduta determinata da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (es.: a causa di una frattura patologica del femore);

Caduta fisiologica prevedibile: caduta che avviene in soggetti esposti a fattori di rischio identificabili;

Caregiver: persona, familiare e non, che si prende cura del paziente/utente;

Coord: Coordinatore

DI: Direttore infermieristico

DDIP: Direttore di Dipartimento

DPO: Direttore Presidio Ospedaliero

DSP: Direttore UOC Sicurezza del Paziente

FQS: Facilitatori Qualità e Sicurezza

INF: infermiere

M: Medico

OP: operatore sanitario (Fisioterapista, Tecnici sanitari, altri professionisti sanitari)

OPSPP: Operatore del Servizio di Prevenzione e Protezione.

RSPP: Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.

RSO: Responsabile di struttura organizzativa

RD: Responsabile Distretto

RP: Responsabile Poliambulatorio

RZD: Responsabile di Zona Distretto

SAP: Sicurezza Ambienti-Presidi

SGRC: Staff GRC

4. Contenuti/Descrizioni delle attività/Modalità operative

Le cadute sono da includere tra gli eventi avversi più frequenti sia nelle strutture sanitarie che in ambito comunitario e costituiscono uno dei problemi primari di sanità e di spesa pubblica¹. Secondo il Rapporto "Passi d'argento" dell'Istituto Superiore di Sanità su dati 2016-2018, 1 over65enne su 10 subisce una caduta, che nella maggior parte dei casi si verifica in casa e che in un quinto dei casi richiede il ricovero ospedaliero. Approssimativamente il 40% delle persone cadute riduce la propria attività dopo l'evento e tra il 40% e 70% degli anziani riferisce di aver ridotto la propria attività per paura di cadere di nuovo; questo è un problema da non sottovalutare in quanto la perdita di sicurezza e la paura di cadere possono accelerare il declino funzionale e indurre depressione e isolamento sociale. Circa il 20% delle cadute richiede un intervento medico, il 5-10% causa una frattura, con tutto ciò che ne consegue in termini di costi umani ed economici, diretti e indiretti.

Le cadute con danno verificatesi in ambito sanitario rappresentano uno dei sinistri più frequenti secondo il Report MedMal Marsh che raccoglie i dati provenienti da 66 strutture sanitarie in 12 regioni italiane: è infatti al quarto posto per frequenza (5,6% sui sinistri totali) nel report 2020, nel report 2019 era la terza causa di richiesta di risarcimento danni per frequenza (9,9% sui sinistri totali).

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

Le persone che cadono la prima volta, specie se anziani, presentano un rischio elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno e, come conseguenza del trauma, possono riportare danni anche gravi fino a giungere, in alcuni casi, alla morte. Quando le conseguenze sono la morte o un grave danno, la caduta può essere classificata, sulla scorta dei dati anamnestico-clinici e circostanziali, come "evento sentinella" rendendo obbligatoria un'analisi conoscitiva per accertare se nella sua genesi siano riscontrabili fattori eliminabili o comunque suscettibili di mitigazione. Per la definizione di evento sentinella da caduta si veda l'istruzione operativa aziendale IOP 002. Nel 5° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute, relativo al periodo 2005-2012, le cadute sono al primo posto per frequenza.

	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI	PRO AZ 078 SA Rev. 0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 4 di 8
--	--	---

La prima azione necessaria per prevenire le cadute consiste nell'identificare i possibili fattori di rischio che devono essere posti in relazione alle caratteristiche del paziente, a quelle dell'ambiente e della struttura che lo ospita, in termini di sicurezza, organizzazione e adeguatezza del processo assistenziale².

Numerosi studi hanno dimostrato che all'aumentare dei fattori di rischio aumenta il rischio di cadute (sia in ospedale che a livello di comunità).

Per molti anni e con il supporto di Linee Guida, sono state implementate e utilizzate all'interno delle varie realtà ospedaliere e residenziali, sia in ambito internazionale che nazionale, alcune scale di valutazione del rischio di caduta come la Scala di Conley, di Morse e di Stratify risultate, dopo accurati studi di validazione, poco sensibili e/o poco specifiche. Alcuni aggiornamenti della Linea Guida "Preventing falls in older people" del NICE (2015, 2017, ultima overview del 5-11-2020) hanno introdotto importanti novità, che di fatto escludono l'uso delle scale di valutazione del rischio di caduta. Ciononostante, le scale di valutazione vengono tutt'ora utilizzate, in verità con sempre maggiore cautela, in molti contesti, anche se sono sempre più numerose le evidenze che ne mettono in discussione l'utilizzo sostanzialmente per tre motivi:

- non esiste la scala ideale, ognuna risente di limiti relativi alla sensibilità/specificità o alla mancanza di una robusta validazione prospettica nello specifico setting
- non esiste una scala adatta a tutti i setting
- la focalizzazione sullo score risultante dalla scala rischia di distogliere l'attenzione dal paziente valutato complessivamente, secondo un approccio sistematico e multidisciplinare mirato ad identificare tutti i fattori di rischio e, tra questi, quelli suscettibili di trattamento.

Le evidenze più recenti in materia mettono in forte discussione (quando addirittura non controindicano, come nel caso del NICE) l'utilizzo di strumenti e/o scale predittive del rischio di caduta o valutazioni basate sull'attribuzione di uno score al rischio; si raccomanda, invece, di procedere a una valutazione individualizzata sul paziente, basata su guide/remind o schede di orientamento al processo di *assessment* che si integri con un piano di interventi preventivi (vedi allegato 1 BIBLIOGRAFIA).

Fase 1. Sicurezza ambientale e dei presidi attraverso le verifiche periodiche

Chi. Il RSPP o OPSPP suo delegato.

Cosa, come. A inizio anno il RSPP o OPSPP suo delegato invia al DPO, al DZD e alla DI di Presidio/Zona, e per conoscenza al DSP, per i rispettivi ambiti di competenza, una proposta di calendarizzazione dei sopralluoghi da effettuare nei diversi reparti ospedalieri e nelle sedi territoriali secondo quanto previsto nell'istruzione operativa aziendale "Verifica periodica ambienti e presidi per la prevenzione delle cadute nelle strutture aziendali".

Quando. La calendarizzazione delle verifiche periodiche viene fatta a inizio anno, i sopralluoghi si svolgono di norma entro il primo semestre.

Fase 2. Sicurezza ambientale e dei presidi/ausili/arredi attraverso il monitoraggio quotidiano

Chi. OP, Coord, RSO, DPO/RD/RP.

Cosa, come. Qualunque operatore rilevi, negli ambienti aziendali (sale d'attesa, atri, corridoi, strutture ambulatoriali e di degenza...) la presenza di insidie che potrebbero causare una caduta (es ingombri/oggetti sul pavimento, liquidi, avvallamenti, sconnessioni, pavimenti bagnati senza la presenza dell'apposito segnalatore ecc ecc) è tenuto ad attivarsi per rimuoverle immediatamente, se possibile, o per chiamare i Servizi preposti (es Ufficio Tecnico, addetti alle pulizie) avvertendo subito il Coord e il RSO della struttura oppure, per le aree comuni, il DPO, il Responsabile e il Coord del Distretto/Poliambulatorio; analogamente, l'OP che rilevi un presidio/ausilio/arredo guasto/rotto/mal funzionante, è tenuto ad isolarlo immediatamente contrassegnandolo con un cartello "NON UTILIZZARE, PRESIDIO/AUSILIO/ARREDO ROTTO" avvertendo subito il Coord e il RSO della struttura oppure, per i presidi collocati nelle aree comuni, il DPO, il Responsabile e il Coord del Distretto/Poliambulatorio, per gli opportuni interventi di sostituzione/manutenzione. Fermo restando il dovere di attivarsi per tutti gli OP che rilevino un fattore di rischio ambientale e l'attenzione che tutti (utenti compresi) sono tenuti a prestare, in situazioni legate a fattori aleatori come le condizioni atmosferiche, adottando comportamenti responsabili, è necessario che in prossimità degli ingressi vengano collocati portaombrelli di idonee dimensioni e affissi cartelli che invitano a depositare all'esterno gli ombrelli bagnati. Ogni struttura aziendale deve inoltre essere dotata di appositi segnalatori di pavimento bagnato utilizzabili sia dagli addetti alle pulizie che dagli stessi OP (nel caso di situazioni come quella del pavimento bagnato a causa della pioggia).

Quando. Ogniquale volta l'OP rilevi un fattore di rischio legato all'ambiente o ai presidi/ausili/arredi.

² Raccomandazione ministeriale n. 13, novembre 2011.

	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI	PRO AZ 078 SA Rev. 0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 5 di 8
--	--	---

Fase 3. Valutazione multifattoriale del rischio di caduta in ospedale e nelle strutture residenziali aziendali

Chi. L'infermiere, il medico o altro professionista sanitario a seconda del setting (es. fisioterapista)

Cosa, come. Considerare i seguenti gruppi di pazienti a rischio caduta:

- tutti i pazienti > o = 65 anni di età
- i pazienti clinicamente valutati a rischio di caduta a causa di una condizione clinica preesistente e/o che presentino fattori di rischio che possono essere gestiti, migliorati, curati, mitigati (cfr. allegato 2).

La valutazione multidimensionale infermieristica all'ingresso del paziente e la valutazione clinica concorreranno nella valutazione multifattoriale, focalizzando l'attenzione sui fattori di rischio elencati in allegato 2.

Una anamnesi positiva per cadute/cadute ricorrenti nell'ultimo anno oppure una caduta come motivo di presentazione del paziente in Ospedale/struttura deve immediatamente allertare tutta l'equipe relativamente ad un rischio elevato del paziente di incorrere in una caduta durante la fase della degenza/permanenza nella struttura. La presenza di osteoporosi in anamnesi o l'assunzione di farmaci anticoagulanti/antiaggreganti rappresentano fattori aggravanti degli esiti di una eventuale caduta.

Il processo di valutazione deve verificare se il paziente è in grado di comprendere e ricordare le informazioni e le indicazioni fornite dal personale sanitario.

Per l'area chirurgica, tenere presente che molti pazienti diventano "a rischio di caduta" nell'immediato post-operatorio e di ciò si dovrà tener conto al momento della valutazione iniziale.

In ambito ostetrico o pediatrico e, in generale, in tutti i casi in cui l'età del paziente non consenta di collocarlo automaticamente nella classe di rischio, saranno la valutazione multidimensionale e la clinica a guidare l'equipe qualora emergano specifici fattori di rischio.

La valutazione del rischio così come il suo monitoraggio, al pari delle strategie preventive, devono essere condivisi, con un corretto handover, all'interno dell'equipe clinico-assistenziale nel consueto briefing giornaliero e registrati in cartella clinica.

E' possibile che specifici setting di degenza (come ad esempio quello oncologico, ematologico, pediatrico...) si dotino di strumenti idonei per la contestualizzazione della presente procedura: istruzioni operative, checklist con fattori di rischio specifici, calibrati sul loro target di pazienti.

Analoga valutazione può essere fatta da professionisti sanitari che intercettino il paziente in contesti diversi dalla degenza (ambulatori di fisioterapia, strutture di cure intermedie, ospedali di comunità, contesti territoriali, pazienti in carico a domicilio in ADI/Cure Primarie e Cure Palliative).

Quando. La valutazione multifattoriale viene effettuata all'ingresso del paziente in reparto/struttura, il più precocemente possibile e comunque entro le prime 24 ore dal ricovero/ammissione (possibilmente prima delle ore notturne) su tutte le persone ammesse in ambienti di cura per acuti e cronici. Se si tratta di un'ammissione in emergenza/urgenza, la valutazione deve essere effettuata dopo stabilizzazione clinica.

Fase 4. Educazione sanitaria/informazione del paziente/caregiver nei setting ospedalieri e territoriali

Chi. L'infermiere e il medico o altro professionista sanitario a seconda del setting (es. fisioterapista).

Cosa, come. Il paziente, o il familiare-care giver, in qualità di rappresentante legale/fiduciario deve:

- essere adeguatamente informato e periodicamente aggiornato sui fattori di rischio individuali di caduta;
- essere ben istruito sul corretto utilizzo del sistema di chiamata dal personale di assistenza e incoraggiato ad utilizzarlo;
- ricevere informazioni sull'utilizzo motivato di sistemi di riduzione del rischio (programmazione di sorveglianza, apposizione di spondine di sicurezza al letto, riduzione dell'altezza del letto/barella da terra);
- essere coinvolto nelle scelte che riguardano la tutela della sicurezza.

Gli interventi di informazione ed educazione sanitaria ed i loro contenuti sono illustrati in dettaglio nell'allegato 4.

A supporto dell'informazione e dell'intervento di educazione sanitaria viene utilizzato l'allegato 5 per i setting di degenza. L'intervento educativo/informativo è tracciato in cartella clinica/cartella sanitaria. Gli interventi di educazione sanitaria allo scopo di prevenire le cadute sono effettuati anche a domicilio dei pazienti in carico all'ADI o ad altri operatori sanitari quali i Riabilitatori o gli infermieri, utilizzando l'allegato 6.

Quando. Il paziente/caregiver viene educato e informato all'ingresso (setting di degenza) oppure al momento della presa in carico (setting domiciliare o territoriale) e ogniqualvolta debba essere aggiornato sull'evoluzione dei fattori di rischio e sul piano clinico-assistenziale.

Fase 5. Pianificazione e realizzazione delle attività assistenziali in coerenza con le valutazioni in ospedale e nelle strutture residenziali aziendali

Chi. L'infermiere, il medico, l'OSS o altro professionista sanitario a seconda del setting (es. fisioterapista)

	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI	PRO AZ 078 SA Rev. 0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 6 di 8
--	--	---

Cosa, come. Successivamente alla fase di *assessment*, è necessario pianificare e mettere in atto gli interventi preventivi correggendo i fattori di rischio individuati che siano suscettibili di trattamento.

Le possibili misure preventive e i criteri di riferimento per l'utilizzo delle spondine di protezione sono contenuti in allegato 3.

Tutti gli interventi di prevenzione messi in atto devono essere specifici per la persona, inseriti nel programma assistenziale, condivisi dal medico, dall'infermiere ed eventualmente dai professionisti coinvolti nel percorso clinico-assistenziale, registrati nella documentazione sanitaria del paziente; l'efficacia e la compliance del paziente agli interventi messi in atto devono essere del pari monitorati in modo tracciabile dall'equipe clinico-assistenziale, nel diario clinico e assistenziale.

Quando. All'ingresso del paziente e durante la degenza/permanenza in struttura.

Fase 6. Rivalutazione multifattoriale del rischio

Chi. L'infermiere e il medico o altro professionista sanitario a seconda del setting (es. fisioterapista)

Cosa, come. Durante il processo di cura-assistenza è possibile che le condizioni dell'assistito modifichino pertanto è necessario rivalutare dinamicamente il rischio di caduta del paziente, registrando le valutazioni e le misure messe in atto in cartella clinica/sanitaria, con il coinvolgimento di tutti gli operatori.

Quando. In presenza di:

- alterazioni significative dello stato di salute,
- a seguito di episodio di caduta,
- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri/prese in carico prolungati (almeno ogni 7 giorni nei reparti per acuti, almeno ogni 15 giorni nei reparti a indirizzo riabilitativo o nelle strutture di cure intermedie, almeno ogni 30 giorni negli altri setting territoriali),
- prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura e prima della dimissione per facilitare la continuità assistenziale a domicilio,
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta.

Il piano clinico-assistenziale verrà opportunamente adattato e condiviso dall'equipe in base alla modifica dei fattori di rischio.

Fase 7. La gestione del paziente/utente dopo una caduta

Chi. infermiere, medico o altro professionista sanitario.

Cosa, come. Nel periodo immediatamente successivo ad una caduta il personale di assistenza deve mettere in atto le prime prestazioni di soccorso e tenuto conto la caduta può provocare lesioni di tipo traumatico, devono essere evitati danni secondari dovuti alla movimentazione ed al trasporto del paziente utilizzando, se necessario, dei presidi che consentano di rendere meccanicamente stabile il paziente.

Il comportamento da tenere in caso di caduta del paziente/utente è contenuto in allegato 7 "Decalogo/remind cosa fare dopo una caduta". Per quanto concerne la segnalazione occorre far riferimento all'istruzione operativa "Segnalazione e monitoraggio delle cadute dei pazienti".

Quando. Nell'immediatezza della caduta.

Fase 8. Revisione del piano di cura dopo una caduta

Chi. Infermiere, medico con eventuale collaborazione degli altri professionisti coinvolti.

Cosa, Come. Valutate le possibili cause di caduta, devono essere previsti interventi finalizzati ad evitare che l'evento si ripresenti. Tali interventi devono essere orientati a:

- rassicurare la persona caduta. Gli studi dimostrano che la paura di cadere nuovamente incide nell'aumento del rischio di nuova caduta;
- coinvolgere il paziente/caregiver nel piano di cura e fornire le informazioni di cui necessita per la riduzione del rischio specifico;
- rivedere il piano terapeutico, in particolare per i farmaci considerati fattori di rischio;
- promuovere interventi atti a migliorare le funzioni fisiche e cognitive (es. rafforzamento muscolare e dell'equilibrio), compatibili con gli esiti riportati;
- prevedere interventi informativi/educativi mirati alla persona caduta ed alla famiglia per il rientro a domicilio.

Qualora alla caduta siano seguiti esiti (lesioni, ematomi, altro) il piano di cura deve contenere anche gli interventi per il loro trattamento che devono essere registrati nella documentazione sanitaria del paziente.

Quando. Nella fase della degenza/percorso assistenziale successivi alla caduta.

	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI	PRO AZ 078 SA Rev. 0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 7 di 8
--	--	---

Fase 9. Continuità del processo di cura

Chi. Medico, infermiere o altro professionista sanitario a seconda del setting (es. fisioterapista).

Cosa, come. Il territorio rappresenta l'ambiente di vita della persona e quindi sede elettiva in cui attuare interventi che prevengono il rischio di caduta e ne limitano le conseguenze, come:

- la riduzione dei fattori di rischio dell'ambiente di vita (luminosità degli ambienti, superfici, etc);
- l'effettuazione di programmi/interventi per aumentare la forza muscolare e l'equilibrio della persona (AFA);
- la valutazione delle condizioni osteoarticolari e della densitometria ossea.

Per ogni persona che accede in ospedale in seguito a una caduta (anche se da questa non esita un ricovero) o che cade durante il ricovero, il medico responsabile della dimissione deve segnalarla al medico di famiglia, al fine di implementare attività finalizzate alla riduzione del rischio di una nuova caduta. Più in generale, per ogni persona ricoverata, i risultati delle valutazioni del rischio di caduta devono essere riportati sulla lettera di dimissione ed apposito materiale informativo sulla prevenzione deve essere fornito alle persone assistite ed ai familiari (allegato 6). Altrettanto nel caso in cui una persona assistita a domicilio o in RSA risulti a rischio caduta e necessiti di ricovero o debba accedere al PS (inviato dal curante): in questo caso il medico di famiglia segnalerà il rischio di caduta e gli specifici fattori di rischio del paziente ai Colleghi per la presa in carico.

Quando. Al momento della dimissione di un paziente ricoverato o prima dell'accesso di un paziente a rischio in ospedale o in altro setting aziendale.

Fase 10. Formazione del personale

Chi. DDIP, RSO, il Coord, il FQS e il RQS in collaborazione con la UOC Formazione

Cosa, come. E' necessario assicurare un'adeguata competenza di tutto il Personale sanitario, specie se neo-assunto, mediante periodici interventi formativi e di aggiornamento per sviluppare consapevolezza rispetto ai fattori di rischio di cadute e alle strategie preventive, istruire e/o accrescere il livello di abilità nell'accertamento del rischio e nell'assistere la persona caduta attraverso specifici moduli formativi organizzati dal 118 sulla gestione del trauma intraospedaliero o che comunque si verifica all'interno di strutture aziendali. Il FQS e l'RQS organizzano incontri di aggiornamento/sensibilizzazione/retraining sulla presente procedura verbalizzati come M&M "rassegne per la sicurezza".

Quando. Sulla base della rilevazione dei bisogni formativi.

Fase 11. Monitoraggio e verifica

Chi. FQS, RQS, DSP, SGRC.

Cosa, come. L'applicazione della procedura è oggetto di autovalutazione da parte delle Strutture su di un campione di cartelle secondo tempi e modi previsti dall'accreditamento; sono inoltre previste verifiche programmate, secondo specifici obiettivi di budget, nell'ambito delle attività di monitoraggio dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti (PSP) e Raccomandazioni Ministeriali (RM) connesse con i Riesami della Direzione e con i Giri per la Sicurezza del Paziente. Per quanto concerne la reportistica si fa riferimento all'istruzione operativa "Segnalazione e monitoraggio delle cadute dei pazienti".

Quando. Secondo le scadenze dell'accreditamento, secondo la programmazione del Piano Qualità e Sicurezza e del budget.

 <p>SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE AZIENDALI</p>	<p>PRO AZ 078 SA Rev. 0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 8 di 8</p>
---	---	--

5. Matrice delle Responsabilità / Diagramma di flusso / check list controllo documenti

Fasi/Attività	Professionisti	RSPP/OPSP	FQS	RQS	SGRC	DSP	Coord	RSO	DPO	DINF/DZD	RD/ RP	Medico	Inf	OSS	OP	DDIP FORM*
Fase 1. Sicurezza ambientale e dei presidi (verifiche periodiche)		R				C	C	C	C	C						
Fase 2. Sicurezza ambientale e dei presidi/ausili/arredi (monitoraggio quotidiano)							R	R	C		C				R	
Fase 3. Valutazione multifattoriale in ospedale e nelle strutture aziendali												R	R		R	
Fase 4. Educazione sanitaria/informazione del paziente/caregiver												C	R		R	
Fase 5. Pianificazione e realizzazione delle attività assistenziali e cliniche in coerenza con le valutazioni							C	C				R	R	C	R	
Fase 6. Rivalutazione multifattoriale del rischio							C	C				R	R		R	
Fase 7. La gestione del paziente/utente dopo una caduta							C	C				R	R		R	
Fase 8. Revisione del piano di cura dopo una caduta							C	C				R	R		C	
Fase 9. Continuità del processo di cura							C	C				R	R		R	
Fase 10. Formazione del personale			C	C	C		R	R				C	C			R *C
Fase 11. Monitoraggio e verifica			C	C	R	R	R	R								

R: Responsabile; C: Collabora; I: Informato

Diagramma di flusso – vedi Allegato n. 8

Check list – vedi Allegato n. 2 Guida alla valutazione dei fattori di rischio

6. Documenti sostituiti o aggiornati //

7. Documenti di riferimento interni

PRO_AZ.079 Rev. 01 del 24/10/2018 "Sistema di segnalazione e apprendimento per la sicurezza dei pazienti"

8. Documenti di riferimento Esterni

Raccomandazione Ministero della Salute n. 13 del novembre 2011.

Pratica per la Sicurezza del Paziente del Centro Regionale GRC "Prevenzione delle cadute dei pazienti nei contesti sanitari", revisione 23-04-2015

Quaderno GRC "La prevenzione delle cadute in ospedale"

Vedi anche allegato 1 per la bibliografia consultata.

9. Distribuzione

Il presente documento viene pubblicato nel Repository Aziendale presente su IGEA - sezione qualità e accreditamento e diffuso periodicamente tramite info aziendale a tutti i dipendenti titolari di email. Localmente i Direttori, i FQS e i RQS, a pubblicazione avvenuta si assicureranno che i professionisti interessati dall'applicazione ricevano l'informazione, anche mediante mail list, lista di distribuzione, riunioni verbalizzate con firma dei partecipanti.

10. Gruppo di redazione/verifica

Referente del documento: Direttore UOS Monitoraggio Raccomandazioni e Pratiche per la Sicurezza del Paziente - Dott.ssa Giuseppina Terranova – giuseppina.terranova@uslnordovest.toscana.it tel 0587-273160

UOC Sicurezza del Paziente: Ilaria Razzolini, Cristiana Rigali, Dipartimento Professioni infermieristica ostetrica: Moira Borgioli, Paola Sacconi, Andrea Caiazza, Tiziana Nannelli, Barbara Pezzimenti, Desi Lemmi, Servizio di Prevenzione e Protezione: Massimo Ughi. RQS Centrale Operativa 118 Sud Dott.ssa Susanna Puccinelli, UOC Medicina Ospedale Lotti di Pontedera: Dott. Simone Meini, Specialista ambulatoriale Geriatria Dott.ssa Michela Pazzaglia; UOC Riabilitazione Versilia: Dott.ssa Chiara Ceccarelli.

 <p>SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p>	<h2>Sintesi della letteratura</h2>	<p>All. 1 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 1 di 10</p>
--	------------------------------------	---

PREVENZIONE CADUTE – LINEE GUIDA – STRATEGIE – TOOLKIT -INTERVENTI

Autori, titolo	Tipo di evidenza	Focus/Results
<p>Dykes PC, Burns Z, Adelman J, et al. Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries: A Nonrandomized Controlled Trial. <i>JAMA Netw Open</i>. 2020;3(11):e2025889. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.25889</p>	<p>Trial controllato non randomizzato</p>	<p>Significativo decremento delle cadute e delle lesioni correlate con il coinvolgimento del paziente/caregiver nella strategia di assessment del rischio, pianificazione e modulazione/monitoraggio degli interventi preventivi</p>
<p>Jellett, J., Williams, C., Clayton, D., Plummer, V., & Haines, T. (2020). Falls risk score removal does not impact inpatient falls: A stepped - wedge, cluster - randomised trial. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. doi:10.1111/jocn.15471</p>	<p>Trial clinico randomizzato</p>	<p>La rimozione della scala di assessment del rischio di caduta non ha avuto un impatto negativo sul numero di cadute ed ha ridotto l'impegno di risorse necessarie per la compilazione documentale, risorse che possono essere reimpiegate per la progettazione di interventi individuali</p>
<p>Patricia C. Dykes, Jason S Adelman, Lois Alfieri, Michael Bogaisky, Diane Carroll, Eileen Carter, Megan Duckworth, Jeanette R. Ives Erickson, Linda M. Flaherty, Ann C. Hurley, Emily Jackson, Srijesa Khasnabish, Mary Ellen Lindros, Wilhelmina Manzano, Maureen Scanlan, Linda B. Spivack, The Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) Program: A Collaboration to End the Persistent Problem of Patient Falls, <i>Nurse Leader</i>, Volume 17, Issue 4, 2019, Pages 365-370, ISSN 1541-4612, https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.11.006.</p>	<p>Article</p>	<p>Programma di prevenzione delle cadute (Falls Tips Prevention Program)</p>
<p>DuPree, Erin MD; Fritz-Campiz, Amy BS; Musheno, Donise MS, RN, CPHQ A New Approach to Preventing Falls With Injuries, <i>Journal of Nursing Care Quality: April/June 2014 - Volume 29 - Issue 2 - p 99-102</i> doi: 10.1097/NCQ.0000000000000050</p>	<p>Article</p>	<p>Reporting e Programma di prevenzione delle cadute</p>
<p>Dykes PC, Duckworth M, Cunningham S, Dubois S, Driscoll M, Feliciano Z, Ferrazzi M, Fevri FE, Lyons S, Lindros ME, Monahan A, Paley MM, Jean-Pierre S, Scanlan M. Pilot Testing Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety): a Patient-Centered Fall Prevention Toolkit. <i>Jt Comm J Qual Patient Saf</i>. 2017 Aug;43(8):403-413. doi: 10.1016/j.jcjq.2017.05.002. Epub 2017 Jun 21. PMID: 28738986.</p>	<p>Article</p>	<p>Programma di prevenzione delle cadute (Falls Tips Prevention Program)</p>
<p>Carter, Eileen & Khasnabish, Srijesa & Adelman, Jason & Bogaisky, Michael & Lindros, Mary & Alfieri, Lois & Scanlan, Maureen & Hurley, Ann & Duckworth, Megan & Shelley, Alexandra & Cato, Kenrick & Yu, Shao & Carroll, Diane & Jackson, Emily & Lipsitz, Stuart & Bates, David & Dykes, Patricia. (2020). Adoption of a Patient-Tailored Fall Prevention Program in Academic Health Systems: A Qualitative Study of Barriers and Facilitators. <i>OBM Geriatrics</i>. 4. 1-15. 10.21926/obm.geriater.2002119.</p>	<p>Article</p>	<p>Programma di prevenzione delle cadute (Falls Tips Prevention Program)</p>
<p>Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2018, Issue 9. Art. No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub4.</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Nelle strutture di cura: c'è incertezza sull'efficacia dell'esercizio fisico sul tasso di cadute e può fare poca o nessuna differenza per il rischio di caduta. La revisione generale dei farmaci può fare poca o nessuna differenza sul tasso di cadute o sul rischio di cadute. L'integrazione di vitamina D probabilmente riduce il tasso di cadute ma non il rischio di caduta. C'è incertezza sull'efficacia degli interventi multifattoriali sul tasso di cadute; possono fare poca o</p>

	<h2>Sintesi della letteratura</h2>	All. 1 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 2 di 10
---	------------------------------------	--

		<p>nessuna differenza per il rischio di caduta. Negli ospedali: vi è incertezza sull'efficacia della fisioterapia aggiuntiva sul tasso di cadute o sulla riduzione del rischio di cadute. Vi è incertezza sull'efficacia degli allarmi con sensori al letto sul tasso di cadute o sul rischio di cadute. Gli interventi multifattoriali possono ridurre il tasso di cadute, anche se l'analisi dei sottogruppi suggerisce che questo può essere applicato per lo più in setting subacuti; siamo incerti sull'effetto di questi interventi sul rischio di caduta.</p>
<p>Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, Close JCT, Lamb SE. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2018, Issue 7. Art. No.: CD012221. DOI: 10.1002/14651858.CD012221.pub2.</p>	<p>Revisione sistemática</p>	<p>Gli interventi multifattoriali possono ridurre il tasso di cadute rispetto all'assistenza abituale o alla sorveglianza. Tuttavia, possono avere poco o nessun effetto su altri esiti legati alle cadute. Gli interventi multifattoriali, che di solito includono l'esercizio fisico, possono ridurre il tasso di cadute e il rischio di cadute.</p>
<p>Kim, J.; Lee, W.; Lee, S.H. A Systematic Review of the Guidelines and Delphi Study for the Multifactorial Fall Risk Assessment of Community-Dwelling Elderly. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2020, <i>17</i>, 6097.</p>	<p>Revisione sistemática</p>	<p>Le strutture sanitarie possono utilizzare strumenti di screening del rischio di caduta completi per identificare gli anziani che sono a rischio di caduta. Abbiamo sviluppato uno strumento di valutazione del rischio di caduta multifattoriale basato sull'evidenza, valutando le caratteristiche generali, i fattori relativi al comportamento, alla storia della malattia, all'anamnesi farmacologica, la funzione fisica e i fattori ambientali che riflettono le caratteristiche degli anziani in una comunità.</p>
<p>Hopewell S, Copsey B, Nicolson P, Adedire B, Boniface G, Lamb S. Multifactorial interventions for preventing falls in older people living in the community: a systematic review and meta-analysis of 41 trials and almost 20 000 participants. <i>Br J Sports Med.</i> 2020 Nov;54(22):1340-1350. doi: 10.1136/bjsports-2019-100732. Epub 2019 Aug 21. PMID: 31434659; PMCID: PMC7606575.</p>	<p>Metanalisi</p>	<p>Gli interventi multifattoriali (la maggior parte dei quali include la prescrizione di esercizi) possono ridurre il tasso di cadute e ridurre leggermente il rischio che gli anziani subiscano una o più cadute e le cadute ricorrenti (definite come due o più cadute in un determinato periodo di tempo).</p>
<p>Sillner AY, Holle CL, Rudolph JL. The Overlap Between Falls and Delirium in Hospitalized Older Adults: A Systematic Review. <i>Clin Geriatr Med.</i> 2019 May;35(2):221-236. doi: 10.1016/j.cger.2019.01.004. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30929884.</p>	<p>Revisione sistemática</p>	<p>Aumento del rischio di caduta nei pazienti con Delirium</p>
<p>Greeley AM, Tanner EP, Mak S, Begashaw MM, Miake-Lye IM, Shekelle PG. Sitters as a Patient Safety Strategy to Reduce Hospital Falls: A Systematic Review. <i>Ann Intern Med.</i> 2020 Mar 3;172(5):317-324. doi: 10.7326/M19-2628. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32016286</p>	<p>Revisione sistemática</p>	<p>Due studi hanno fornito prove di bassissima certezza che l'aggiunta di sorveglianza possa ridurre le cadute. Otto studi hanno fornito prove di moderata certezza che gli interventi che includevano il monitoraggio video hanno ridotto l'uso di sorveglianza e non hanno influenzato o ridotto il numero di cadute. Prove di bassissima certezza hanno suggerito che gli interventi che includevano strumenti di valutazione dell'infermiere (3 studi) o un'unità di osservazione ravvicinata (2 studi) erano alternative efficaci alla sorveglianza diretta. Nonostante un razionale convincente, le prove che l'aggiunta di personale di sorveglianza riduca le cadute sono scarse.</p>
<p>Tricco AC, Thomas SM, Veroniki AA, Hamid JS, Cogo E, Striffler L, Khan PA, Robson R, Sibley KM, MacDonald H, Riva JJ, Thavorn K, Wilson C,</p>	<p>Metanalisi</p>	<p>L'esercizio fisico da solo e varie combinazioni di interventi sono stati associati a un minor rischio di cadute dannose rispetto alla cura</p>

Sintesi della letteratura

All. 1
Rev.0
Pubblicato il 28/04/2022
Prescrittivo dal 10/05/2022
Pag. 3 di 10

<p>Holroyd-Leduc J, Kerr GD, Feldman F, Majumdar SR, Jaglal SB, Hui W, Straus SE. Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2017 Nov 7;318(17):1687-1699. doi: 10.1001/jama.2017.15006. PMID: 29114830; PMCID: PMC5818787.</p>		<p>abituale. La scelta dell'intervento di prevenzione delle cadute può dipendere dai valori e dalle preferenze del paziente e del caregiver.</p>
<p>Sibley KM, Thomas SM, Veroniki AA, Rodrigues M, Hamid JS, Lachance CC, Cogo E, Khan PA, Riva JJ, Thavorn K, MacDonald H, Holroyd-Leduc J, Feldman F, Kerr GD, Jaglal SB, Straus SE, Tricco AC. Comparative effectiveness of exercise interventions for preventing falls in older adults: A secondary analysis of a systematic review with network meta-analysis. Exp Gerontol. 2020 Nov 10;143:111151. doi: 10.1016/j.exger.2020.111151. Epub ahead of print. PMID: 33186739.</p>	<p>Metanalisi</p>	<p>La combinazione di esercizi classificata come quella con la maggiore probabilità di essere più efficace rispetto a nessun esercizio era: controllo anticipatorio, stabilità dinamica, limiti di stabilità funzionale, controllo reattivo e flessibilità (p-score = 0,95). Questa combinazione di esercizi ha anche ridotto significativamente il numero di cadute rispetto ad altre 16 combinazioni. Nessuna combinazione di esercizi ha avuto un effetto significativamente maggiore sulla riduzione del numero di cadute rispetto a questa combinazione. CONCLUSIONE: Questa analisi ha identificato i componenti di un esercizio efficace per la prevenzione delle cadute. I risultati possono influenzare le raccomandazioni basate sull'evidenza ed essere utilizzati per progettare programmi efficaci.</p>

Linee Guida-Documenti di riferimento

Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rita S, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. Transforming Care at the Bedside How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012

Implementation Guide for Fall Injury Reduction VA National Center for Patient Safety Reducing Preventable Falls and Fall-Related Injuries, 2015

Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). Preventing Falls and Reducing Injury from Falls (4th ed.). Toronto, ON: Author.

Regione Emilia Romagna. Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale, 2016.

NICE clinical guideline 161 Falls: Assessment and prevention of falls in older people, 2013

Falls in older people Quality standard Published: 25 March 2015, last updated 31-01-2017 www.nice.org.uk/guidance/qs86

2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (NICE guideline CG161) Surveillance report Published: 23 May 2019 www.nice.org.uk

Preventing falls in older people overview NICE Pathway last updated: 5 november 2020

JCAHO Sentinel Event Alert Issue 55, September 28, 2015 Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities

National Center for Injury Prevention and Control. Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-based Fall Prevention Programs. 2nd ed. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2015.

Hughes RG (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008.

Moncada LVV, Mire LG. Preventing Falls in Older Persons. Am Fam Physician. 2017 Aug 15;96(4):240-247. PMID: 28925664.

Health Research & Educational Trust. (2016, October). Preventing patient falls: A systematic approach from the Joint Commission Center for Transforming Healthcare project. Chicago, IL: Health Research & Educational Trust. Accessed at www.hpoe.org

Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2011 Jan;59(1):148-57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x. PMID: 21226685.

Pratica per la Sicurezza del Paziente Prevenzione delle cadute in ospedale, Centro Regionale Gestione Rischio clinico Regione Toscana.

Raccomandazione n° 13: Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.

Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, Hospital-acquired complication 2 Falls resulting in fractures or intracranial injury, https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/SAQ7730_HAC_Factsheet_Falls_LongV2.pdf

Sintesi della letteratura

All. 1
Rev.0
Pubblicato il 28/04/2022
Prescrittivo dal 10/05/2022
Pag. 4 di 10

South-Australia Policy Directive and Guidelines, Fall and Fall Injury Prevention and Management, 2016
<https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs+and+practice+guidelines/older+people/falls+prevention/falls+prevention+policy+directive+and+toolkit>

Strategie-toolkit

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

Canadian Patient Safety Institute, Reducing Falls and Injuries from Falls Getting Started Kit, 2013 revised 2015

Ganz DA, Huang C, Saliba D, et al. Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care. (Prepared by RAND Corporation, Boston University School of Public Health, and ECRI Institute under Contract No. HHS2902010000171 TO #1.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2013. AHRQ Publication No. 13-0015-EF

Eckstrom E, Parker EM, Shakya I, Lee R. Coordinated Care Plan to Prevent Older Adult Falls. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2019.

Preventing Falls in Hospitals. Content last reviewed March 2021. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/index.html>

Tool 3M: Sample Care Plan. Content last reviewed January 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/sample-care-plan.html>

STRUMENTI DI ASSESSMENT

Autori, titolo	Tipo di evidenza	Focus
Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, et al. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2013;13:122. Published 2013 Apr 2. doi:10.1186/1472-6963-13-122	Metanalisi	Comparazione tra Morse (MFS), STRATIFY e scale del rischio di caduta Hendrich II Lo strumento STRATIFY ha fornito una maggiore validità diagnostica, con un valore DOR (Diagnostic odds ratio) di 7,640 (95% CI: 4,862 - 12,007) contro 5,068 (95% CI: 3,747 - 6,857) per l'MFS e 3,362 (95% CI: 2,107 - 5,364) per l'HFRM II
Teo, S. P. (2019). Fall Risk Assessment Tools: Validity Considerations and a Recommended Approach. <i>Italian Journal of Medicine</i> , 13(4), 200-204. https://doi.org/10.4081/itjm.2019.1196	Review	Approccio di sistema, cautela nell'utilizzo delle scale di assessment, spesso non validate prospetticamente nello specifico contesto
Bet P, Castro PC, Ponti MA. Fall detection and fall risk assessment in older person using wearable sensors: A systematic review. <i>Int J Med Inform.</i> 2019 Oct;130:103946. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2019.08.006. Epub 2019 Aug 15. PMID: 31450081.	Revisione sistematica	Necessarie ulteriori evidenze
Park SH. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. <i>Aging Clin Exp Res.</i> 2018 Jan;30(1):1-16. doi: 10.1007/s40520-017-0749-0. Epub 2017 Apr 3. PMID: 28374345.	Metanalisi	La scala Berg Balance e il grafico Mobility Interaction Fall chart hanno mostrato una specificità stabile ed elevata, mentre il Downton Fall Risk Index, Hendrich II Fall Risk Model, St. Thomas's Risk Assessment Tool, Timed Up and Go test, e la scala Tinetti Balance hanno mostrato i risultati opposti. Abbiamo concluso che, piuttosto che una singola misura, due strumenti di valutazione utilizzati insieme avrebbero valutato meglio le caratteristiche delle cadute che

	Sintesi della letteratura	All. 1 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 5 di 10
---	----------------------------------	--

		possono verificarsi a causa di una moltitudine di fattori e massimizzato i vantaggi di ciascuno di essi per prevedere il verificarsi di cadute
Marcello Ruggieri, Biagio Palmisano, Giancarlo Fratocchi, Valter Santilli, Roberta Mollica, Anna Berardi & Giovanni Galeoto (2019): Validated Fall Risk Assessment Tools for Use with Older Adults: A Systematic Review, Physical & Occupational Therapy In Geriatrics, DOI: 10.1080/02703181.2018.1520381	Revisione sistemática	I dati disponibili in letteratura prima del febbraio 2017 hanno permesso di identificare 33 diversi strumenti di valutazione del rischio di caduta, ma non è ancora possibile identificarne uno utilizzabile in qualsiasi momento e in qualsiasi contesto. Anche con una stratificazione dei setting, non è stato possibile giungere a raccomandazioni definitive.
Sun, R., Sosnoff, J.J. Novel sensing technology in fall risk assessment in older adults: a systematic review. <i>BMC Geriatr</i> 18 , 14 (2018). https://doi.org/10.1186/s12877-018-0706-6	Revisione sistemática	Necessarie ulteriori evidenze a supporto della predittività dei sensori
Matarese M, Ivziku D, Bartolozzi F, Piredda M, De Marinis MG. Systematic review of fall risk screening tools for older patients in acute hospitals. <i>J Adv Nurs</i> . 2015 Jun;71(6):1198-209. doi: 10.1111/jan.12542. Epub 2014 Oct 7. PMID: 25287867.	Revisione sistemática	Scarsa accuratezza prognostica della STRATIFY e della scala Hendrich Fall Risk Model II
McKechnie D, Pryor J, Fisher MJ. Predicting falls: considerations for screening tool selection vs. screening tool development. <i>J Adv Nurs</i> . 2016 Sep;72(9):2238-50	Discussion paper	La predittività degli strumenti di assessment del rischio è un tema complesso e i clinici dovrebbero essere consapevoli dei loro limiti
Conley D, Schultz AA, Selvin R. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. <i>MEDSURG Nurs</i> , 1999; 8: 348-54	Studio osservazionale	Escluso dalla bibliografia NICE allegata alla LG del 2013 perché non raggiunge i limiti di sensibilità/specificità indicati dalla Commissione per lo sviluppo delle LG
Chiari P, Mosci D, Fontana F. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. <i>Assistenza Infermieristica e Ricerca</i> , 2002; 21(3):117-24.	Studio osservazionale	Vengono messe a confronto la Conley con la Stratify, la Conley risulta più sensibile ma nessuna delle due risulta più predittiva del rischio di cadere in ospedale
Palese A, Gonella S, Lant A, Guarnier A, et. al. Post-hoc validation of the Conley Scale in predicting the risk of falling with older in-hospital medical patients: findings from a multicentre longitudinal study. <i>Aging Clin Exp Res</i> . 2016 Feb;28(1):139-46	Studio osservazionale	Scarso valore predittivo della scala Conley

CADUTE E PRESIDII

Autori, titolo	Tipo di evidenza	Focus
Pati D, Valipoor S, Lorusso L, Mihandoust S, Jamshidi S, Rane A, Kazem-Zadeh M. The Impact of the Built Environment on Patient Falls in Hospital Rooms: An Integrative Review. <i>J Patient Saf</i> . 2019 May 30. doi: 10.1097/PTS.0000000000000613. Epub ahead of print. PMID: 31157738.	Revisione sistemática di letteratura	Impatto dei fattori relativi all'ambiente e ai presidi sulle cadute nei pazienti ricoverati in ospedale (livello di evidenza 2 per letti bassi, illuminazione notturna, allarmi ai letti, materassini a lato del letto)

	<h2>Sintesi della letteratura</h2>	All. 1 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 6 di 10
---	------------------------------------	--

<p>Haugh J, O Flatharta T, Griffin TP, O'Keefe ST. High frequency of potential entrapment gaps in beds in an acute hospital. <i>Age Ageing</i>. 2014 Nov;43(6):862-5. doi: 10.1093/ageing/afu082. Epub 2014 Jul 10. PMID: 25012157.</p>	<p>Survey</p>	<p>Compliance dei letti con le misure utili ad evitare lesioni da intrappolamento</p>
<p>Anderson O, Boshier PR, Hanna GB. Interventions designed to prevent healthcare bed-related injuries in patients. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2011 Nov 9;(11):CD008931. doi: 10.1002/14651858.CD008931.pub2. Update in: <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2012;1:CD008931. PMID: 22071860.</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>L'efficacia degli interventi per prevenire lesioni dovute ai letti (spondine, letti bassi, allarmi) è incerta. Le evidenze non mostrano un significativo incremento/decremento del tasso di lesioni con uso di letti bassi ed allarmi.</p>
<p>Healey FM, Cronberg A, Oliver D. Bedrail use in English and Welsh hospitals. <i>J Am Geriatr Soc</i>. 2009 Oct;57(10):1887-91. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02448.x. Epub 2009 Aug 21. PMID: 19702616.</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Elevata frequenza d'uso delle spondine (1 paziente su 4) ed elevata variabilità dei comportamenti</p>
<p>Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly JB. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. <i>Age Ageing</i>. 2008 Jul;37(4):368-78. doi: 10.1093/ageing/afn112. Epub 2008 May 20. PMID: 18495686.</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>L'uso di spondine non determina di per sé un incremento del rischio di caduta e di caduta con danno; un aumento del rischio è invece correlato ad un design antiquato o a scorretto assemblaggio.</p>
<p>Huynh D, Lee ON, An PM, Ens TA, Mannion CA. Bedrails and Falls in Nursing Homes: A Systematic Review. <i>Clin Nurs Res</i>. 2020 Feb 22;1054773820907805. doi: 10.1177/1054773820907805. Epub ahead of print. PMID: 32088988.</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Evidenze inconclusive sull'efficacia preventive delle spondine. Le spondine non sono lo strumento di prevenzione delle cadute più efficace e non dovrebbero essere utilizzate di routine. Possono essere utilizzate su richiesta come strumento per supportare il posizionamento del paziente ed impedire di scivolare accidentalmente dal letto.</p>
<p>Marques P, Queirós C, Apóstolo J, Cardoso D. Effectiveness of bedrails in preventing falls among hospitalized older adults: a systematic review. <i>JBISIRIR</i>. 2017 Oct;15(10):2527-2554. doi: 10.11124/JBISIRIR-2017-003362. PMID: 29035965.</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Non esistono evidenze che paragonino l'uso delle spondine nella prevenzione delle cadute tra gli anziani ospedalizzati al non uso delle stesse o di qualsiasi altro tipo di contenimento fisico.</p>
<p>The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review, <i>JBISIRIR</i> Library of Systematic Reviews: Volume 8 - Issue 34 - p 1-26 doi: 10.11124/jbisirir-2010-696</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Non esistono prove di efficacia a favore di una riduzione delle cadute nei soggetti adulti ospedalizzati con l'uso di contenzione.</p>
<p>Anderson O, Boshier PR, Hanna GB. Interventions designed to prevent healthcare bed-related injuries in patients. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2012 Jan 18;1:CD008931. doi: 10.1002/14651858.CD008931.pub3. PMID: 22258994.</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>L'efficacia degli interventi progettati per prevenire le lesioni dei pazienti provocate dai letti (tra cui spondine, i letti a bassa altezza e gli allarmi di uscita dal letto) rimane incerta. Le prove disponibili non mostrano un aumento o una diminuzione significativa del tasso di lesioni con l'uso di letti a bassa altezza e di allarmi di uscita dal letto. I limiti dei due studi inclusi sono rappresentati dalla mancanza di cecità e dall'insufficiente potenza. Non sono stati identificati studi randomizzati controllati sulle spondine. I disegni di studio futuri dovrebbero prevedere la completa descrizione delle cure standard ricevute dal gruppo di controllo.</p>

Linee Guida-Documenti di riferimento

MHSA Regulating Medicines and Medical Devices Safe use of bedrails, versione 3.0, Crown copyright, 2020

NPSA. Safe and effective use of bedrails in hospitals: Safer Practice Notice 2007.

Sintesi della letteratura

All. 1
Rev.0
Pubblicato il 28/04/2022
Prescrittivo dal 10/05/2022
Pag. 7 di 10

NPSA. Resources for reviewing or developing a bedrail policy, 2007.

South-Australia Policy Directive and Guidelines, Fall and Fall Injury Prevention and Management, 2016
<https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs+and+practice+guidelines/older+people/falls+prevention/falls+prevention+policy+directive+and+toolkit>

DELIRIUM, DELIRIUM E CADUTE

Autori, titolo	Tipo di evidenza	Focus
Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014;383: 911-922.	Review	Epidemiologia, diagnosi, gestione
Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. Anesthesiology. 2006;104: 21-26.	Studio di coorte	Lorazepam fattore di rischio indipendente per Delirium in pazienti ricoverati in terapia intensiva
Inouye SK. The Confusion Assessment Method (CAM): training manual and coding guide. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003.	Manuale metodologico	Diagnosi, CAM
Flaherty JH, Tariq SH, Raghavan S, Bakshi S, Moinuddin A, Morley JE. A model for managing delirious older inpatients. Journal of the American Geriatrics Society. 2003;51: 1031-1035.	Article	Gestione
Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Annals of internal medicine. 1990;113: 94-948.	Studio prospettico	Diagnosi
Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. Journal of the American Geriatrics Society. 2002;50: 1723-1732.	Revisione sistematica	Elevata frequenza di Delirium sovrapposto a Demenza sia in pazienti che vivono in comunità che in pazienti ospedalizzati
Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2010;304: 443-451.	Metanalisi	Associazione tra Delirio ed outcome sfavorevole indipendentemente da altri fattori come l'età, il sesso, le comorbidità e la loro gravità, la demenza
Bellelli G, Morandi A, Zanetti E, et al. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey. Int Psychogeriatr. 2014;26: 2093-2102.	Survey	Formazione e diagnosi
Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. Jama Intern Med. 2015;175: 512-520	Metanalisi	Interventi multifattoriali non farmacologici riducono l'incidenza di Delirium e cadute
Abraha I, Rimland JM, Trotta F, et al. Non-Pharmacological Interventions to Prevent or Treat Delirium in Older Patients: Clinical Practice Recommendations The SENATORONTOP Series. J Nutr Health Aging. 2016;20: 927-936.	Review	Interventi multifattoriali non farmacologici sono raccomandati
Fagherazzi C, Granziera G, Brugiolo R Il delirium nei pazienti anziani ospedalizzati in reparti internistici, G Gerontol 2015;63:205-220	Review	Epidemiologia, diagnosi, gestione
Whitlock EL, Vannucci A, Avidan MS Postoperative Delirium Minerva Anesthesiol. 2011 April ; 77(4): 448-456.	Review	Delirio postoperatorio. Epidemiologia, diagnosi, gestione
Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults [Review]. N Engl J Med. 2017 Oct	Review	Gestione del Delirio

	<h2>Sintesi della letteratura</h2>	All. 1 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 8 di 10
---	------------------------------------	--

12;377(15):1456-1466. doi: https://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1605501 . PubMed PMID: 2902057		
Katie Rieck, Sandeep Pagali & Donna M Miller (2019): Delirium in Hospitalized Older Adults, Hospital Practice, DOI: 10.1080/21548331.2019.1709359	Review	Gestione del Delirio
Sillner AY, Holle CL, Rudolph JL. The Overlap Between Falls and Delirium in Hospitalized Older Adults: A Systematic Review. Clin Geriatr Med. 2019 May;35(2):221-236. doi: 10.1016/j.cger.2019.01.004. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30929884.	Revisione sistematica	Aumento del rischio di caduta nei pazienti con Delirium
Woodhouse R, Burton JK, Rana N, Pang YL, Lister JE, Siddiqi N. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 4. Art. No.: CD009537. DOI: 10.1002/14651858.CD009537.pub3	Revisione sistematica	Evidenze limitate a supporto di interventi multifattoriali per la prevenzione del Delirium in strutture di lungodegenza/residenziali
Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD005563. DOI: 10.1002/14651858.CD005563.pub3.	Revisione sistematica	Evidenze forti a favore di interventi multifattoriali nella prevenzione del Delirium in anziani ospedalizzati (non in terapia intensiva)
Elizabeth Pritchard, PhD, MHScOT, Sze-Ee Soh, PhD, BSc (Hons), Renata Morello, PhD, MPH, BPhty, Danielle Berkovic, BHSc (Hons), Annaliese Blair, MCLinPsych, Katrina Anderson, PhD, Catherine Bateman, MNursRsch, Chris Moran, PhD, Tess Tsindos, PhD, MA, BA, Renee O'Donnell, PhD, BPsych (Hons), Darshini Ayton, PhD, MPH, BBiomedSci (Hons), Volunteer Programs Supporting People With Dementia/Delirium in Hospital: Systematic Review and Meta-Analysis, <i>The Gerontologist</i> , gnaa058, https://doi.org/10.1093/geront/gnaa058	Metanalisi	I programmi di assistenza basata sui volontari nei pazienti ricoverati con demenza e/o delirio possono essere benefici per i pazienti, i volontari stessi e il personale. Tuttavia, sono necessari studi condotti con progetti più solidi per determinare l'efficacia complessiva dei risultati di questo tipo di programmi.

Linee Guida-Documenti di riferimento

Linee di indirizzo intersocietarie per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento del delirium nella persona anziana- Società scientifiche che hanno supportato l'iniziativa: AIP, AcEMC, AGE, ANMDO, EUGMS, FADOI, SIAARTI, SIF, SIGG, SIGOT, SIMEU, SIMI, SITOX, CNI-SPDC, WSES Psichiatria Oggi;2017; anno 3; n. 1 gennaio-giugno, 23-35 Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. Bellelli G, Morandi A, Trabucchi M, Caironi G, Coen D, Fraticelli C, Paolillo C, Prevaldi C, Riccardi A, Cervellin G, Carabellese C, Putignano S, Maqqi S, Cherubini A, Gnerre P, Fontanella A, Latronico N, Tommasino C, Corcione A, [...] Perticone F Intern Emerg Med, 13(1):113-121, 24 Jul 2017 Cited by: 4 articles. PMID: 28741278
Royal College of Nursing Commitment to care of people living with dementia, november 2019, available from: https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007827
Scottish Intercollegiate Guidelines Network Risk reduction and management of delirium. A national clinical guideline. March 2019. Available from: https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/risk-reduction-and-management-of-delirium .
National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management. Issued: July 2010. NICE clinical guideline 103. Available from: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf
British Society of Geriatrics. Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people in hospital; 2005. Available from: http://www.bgs.org.uk/index.php/clinicalguides/170-clinguidedeliriumtreatment
ICU Delirium. Available from: http://www.icudelirium.org
Mussi C, Salvioli GF. Linee Guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano. Guidelines for diagnosis and treatment of delirium in the elderly. Giorn Gerontol 2000; 48: 434-440.
The Clinical Epidemiology and Health Service Unit, Melbourne Health, in collaboration with the Delirium Clinical Guideline Expert Working Group. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people; 2006. Available from: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/delerium-guidelines.htm
Registered Nurses' Association of Ontario. Screening for delirium, depression and dementia in older adults; 2006. Available from: http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=818
Linea Guida Consiglio Sanitario Regione Toscana, Delirium: diagnosi, prevenzione e trattamento, SNLG, 2014

	Sintesi della letteratura	All. 1 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 9 di 10
---	----------------------------------	--

Scheda tecnica Pratica per la Sicurezza Delirium – Centro Regionale Gestione Rischio clinico Regione Toscana
American Psychiatric Association. Task force on DSM-5, diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed: Washington, DC: The American Psychiatric Association, 2013
Organization WH. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Available at: http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf . Accessed April 02, 2015.

PAZIENTI ONCOLOGICI

Autori, titolo	Tipo di evidenza	Focus
Sattar S, Kenis C, Haase K, Burhenn P, Stolz-Baskett P, Milisen K, Ayala AP, Puts MTE. Falls in older patients with cancer: Nursing and Allied Health Group of International Society of Geriatric Oncology review paper. J Geriatr Oncol. 2020 Jan;11(1):1-7. doi: 10.1016/j.jgo.2019.03.020. Epub 2019 Apr 4. PMID: 30956135.	Review	La valutazione dei pazienti più anziani per il rischio di caduta è un primo passo importante per identificare coloro che potrebbero richiedere un ulteriore follow-up e un intervento. Gli infermieri giocano un ruolo chiave nell'ottimizzazione degli esiti sanitari degli adulti anziani affetti da cancro - attraverso l'uso di informazioni basate sull'evidenza, come quelle presentate in questa pubblicazione - e hanno la capacità di aiutare a ridurre i rischi di caduta durante e dopo il trattamento attraverso la fornitura di informazioni, il patrocinio, il sostegno e la promozione dell'attività fisica.
Miwa Y, Yamagishi Y, Konuma T, Sato T, Narita H, Kobayashi K, Takahashi S, Tojo A. Risk factors and characteristics of falls among hospitalized adult patients with hematologic diseases. J Geriatr Oncol. 2017 Sep;8(5):363-367. doi: 10.1016/j.jgo.2017.07.003. Epub 2017 Jul 22. PMID: 28743506.	Studio retrospettivo	L'analisi di regressione logistica a variabili multiple ha dimostrato che l'età superiore ai 65 anni (hazard ratio [HR], 2,86; intervallo di confidenza del 95% [CI], 1,17-6,99, P=0,02), ammissione per trapianto allogenico di cellule ematopoietiche (HR, 9,48; 95% CI, 3,35-26,80, P<0,001), farmaco ipnotico (HR, 3. 57; 95% IC, 1,56-8,20, P=0,002), posizionamento del catetere urinario o endovenoso (HR, 2,34; 95% IC, 1,08-5,09, P=0,03), e ipoalbuminemia (HR, 2,30; 95% IC, 1,07-4,96, P=0,03) sono stati significativamente associati ad un aumento del rischio di caduta. Questi risultati hanno indicato che occorre prestare particolare attenzione ai pazienti con tali fattori di rischio durante il trattamento.
Wildes TM, Dua P, Fowler SA, Miller JP, Carpenter CR, Avidan MS, Stark S. Systematic review of falls in older adults with cancer. J Geriatr Oncol. 2015 Jan;6(1):70-83. doi: 10.1016/j.jgo.2014.10.003. Epub 2014 Oct 30. PMID: 25454770; PMCID: PMC4297689.	Revisione sistematica	Abbiamo identificato 31 studi che soddisfano i nostri criteri di inclusione. Diversi studi suggeriscono che le cadute sono più comuni negli adulti più anziani con una diagnosi di cancro rispetto a quelli senza. Tra gli 11 studi che hanno esplorato i fattori associati alle cadute ambulatoriali, alcuni fattori di rischio per le cadute stabiliti nella popolazione generale sono stati anche associati a cadute in adulti anziani con cancro, tra cui la dipendenza nelle attività della vita quotidiana e le cadute precedenti. Altri fattori associati alle cadute in una popolazione generale, come l'età, la politerapia e l'uso di oppioidi, non erano predittivi di cadute tra le popolazioni oncologiche. Le cadute tra gli adulti più anziani con il cancro in regime di ricovero sono state associate a fattori di rischio comuni anche a persone senza cancro, ma anche a fattori tipici di una popolazione oncologica, come le metastasi cerebrali.

Sintesi della letteratura

All. 1
Rev.0
Pubblicato il 28/04/2022
Prescrittivo dal 10/05/2022
Pag. 10 di 10

<p>Sattar S, Alibhai SM, Spoelstra SL, Fazelzad R, Puts MT. Falls in older adults with cancer: a systematic review of prevalence, injurious falls, and impact on cancer treatment. Support Care Cancer. 2016 Oct;24(10):4459-69. doi: 10.1007/s00520-016-3342-8. Epub 2016 Jul 22. PMID: 27450557.</p>	<p>Revisione sistemática</p>	<p>I fattori predittivi di caduta più consistenti identificati erano rappresentati da : precedenti cadute tra i pazienti ambulatoriali e il deterioramento cognitivo tra i pazienti ricoverati. Non ci sono dati sull'impatto delle cadute sul trattamento del cancro. I dati sulle circostanze delle cadute erano limitati. Conclusione: Le cadute e le lesioni da caduta sono comuni nei pazienti più anziani affetti da cancro. Tuttavia, si sa poco sulle circostanze delle cadute e sull'impatto delle cadute sul trattamento del cancro. Molti fattori predittivi di caduta noti nei pazienti che vivono in comunità non sono stati esplorati in oncologia. Sono necessarie ulteriori ricerche per affrontare le lacune in questo settore.</p>
<p>Sattar S, Haase K, Kuster S, Puts M, Spoelstra S, Bradley C, Wildes TM, Alibhai S. Falls in older adults with cancer: an updated systematic review of prevalence, injurious falls, and impact on cancer treatment. Support Care Cancer. 2020 Jul 16. doi: 10.1007/s00520-020-05619-2. Epub ahead of print. PMID: 32671565.</p>	<p>Revisione sistemática</p>	<p>Questa revisione aggiornata evidenzia una sostanziale lacuna nelle conoscenze relative agli interventi di prevenzione delle cadute nei pazienti oncologici. Inoltre, sono emerse nuove conoscenze anche in termini di impatto delle cadute sul trattamento del cancro; tuttavia, ulteriori ricerche potrebbero aumentarne la generalizzabilità. Le cadute e le lesioni da caduta sono comuni negli adulti più anziani affetti da cancro e possono influire sul successivo trattamento del cancro. Sono necessari ulteriori studi sui predittori delle cadute, sui successivi impatti e sulla riduzione delle cadute nell'ambito dell'oncologia.</p>
<p>Bird ML, Cheney MJ, Williams AD. Accidental Fall Rates in Community-Dwelling Adults Compared to Cancer Survivors During and Post-Treatment: A Systematic Review With Meta-Analysis. Oncol Nurs Forum. 2016 Mar;43(2):E64-72. doi: 10.1188/16.ONF.E64-E72. PMID: 26906140.</p>	<p>Revisione sistemática</p>	<p>I tassi di caduta accidentale negli adulti che vivono in comunità con una diagnosi di cancro sono superiori ai tassi di caduta negli adulti senza cancro; questo tasso elevato permane dopo la fine dell'acuzie. I pazienti in trattamento attivo hanno un tasso di cadute maggiore. Dolore, stanchezza e decondizionamento possono influenzare i tassi di caduta a lungo termine.</p>

 <p>SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p>	GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO	All. 2 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 1 di 2
--	--	---

GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO			
ETA'	si	no	NOTA
> o = 65 anni di età			
FATTORI DI RISCHIO INTRINSECI	si	no	
Accesso in ospedale per caduta e/o precedenti cadute (cercare di comprenderne le cause e le conseguenze sia in termini di danni fisici che di paura di cadere)			
Deficit cognitivi, confusione/agitazione (inclusi gli stati conseguenti all'anestesia), disorientamento, deficit della memoria			
Problemi di continenza o necessità di usare frequentemente la toilette.			
Patologie o condizioni che possono incrementare il rischio di caduta (causando, ad esempio, episodi sincopali, instabilità posturale, problemi di mobilità e/o di equilibrio, ipotensione ortostatica).			Occorre prestare attenzione a patologie o condizioni che, pur non essendo di per sé fattori di rischio per caduta, possono aggravare il danno per il paziente in caso di caduta (es osteoporosi, terapia antiaggregante, anticoagulante...).
Farmaci (polifarmacoterapia; assunzione di farmaci cardiologici; assunzione di farmaci psicotropi).	si	no	
Deficit sensoriali (visivo, uditivo)			
FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI (da valutare e correggere)	si	no	
Calzature inadatte o mancanti, vestiario ingombrante			
Utilizzo di sussidi per la deambulazione (stampelle, bastone, sedie a rotelle...)			
Presenza di dispositivi per la cura del paziente che possono intralciare la mobilità (aste flebo, cateteri venosi periferici, catetere vescicale ecc)			

NB: anche un solo fattore intrinseco rilevato attesta una condizione di rischio che, se modificabile/migliorabile, deve essere presa in carico e gestita. I fattori estrinseci devono essere valutati e corretti/gestiti nel piano assistenziale.

	GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO	All. 2 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 2 di 2
---	--	---

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. Preventing falls in older people overview NICE Pathway last updated: 5 november 2020
2. NICE clinical guideline 161 Falls: Assessment and prevention of falls in older people, 2013
3. Falls in older people Quality standard Published: 25 March 2015, last updated 31-01-2017, www.nice.org.uk/guidance/qs86
4. 2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (NICE guideline CG161) Surveillance report Published: 23 May 2019 www.nice.org.uk
5. Preventing Falls in Hospitals. Content last reviewed March 2021. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/index.htm>
6. Tool 3M: Sample Care Plan. Content last reviewed January 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/sample-care-plan.html>
7. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, Hospital-acquired complication 2 Falls resulting in fractures or intracranial injury, https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/SAQ7730_HAC_Factsheet_Falls_LongV2.pdf
8. South-Australia Policy Directive and Guidelines, Fall and Fall Injury Prevention and Management, 2016 <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs+and+practice+guidelines/older+people/falls+prevention/falls+prevention+policy+directive+and+toolkit>
9. Regione Emilia Romagna. Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale, 2016.
10. MHSA Regulating Medicines and Medical Devices Safe use of bedrails, versione 3.0, Crown copyright, 2020.
11. NPSA. Safe and effective use of bedrails in hospitals: Safer Practice Notice 2007.
12. NPSA. Resources for reviewing or developing a bedrail policy, 2007.
13. Regione Emilia Romagna. Buone Pratiche per la prevenzione della contenzione in Ospedale, febbraio 2021, <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-74-del-18-03-2021-parte-seconda.2021-03-18.7881794670/approvazione-del-documento-di-indirizzo-tecnico-alle-strutture-sanitarie-della-regione-in-materia-di-buone-pratiche-per-la-prevenzione-della-contenzione/allegato-det-linee-indirizzo-b.2021-03-18.1616052836>.

MISURE PREVENTIVE

COINVOLGIMENTO

Educazione sanitaria (allegato 3), informazione e coinvolgimento del paziente/caregiver nel piano clinico-assistenziale, sulle modalità per eseguire autonomamente i passaggi posturali e i trasferimenti, se possibili, o sulla eventuale necessità di chiamare e attendere il personale di assistenza, sul corretto utilizzo di eventuali presidi/ausili per la movimentazione.

LOGISTICA, AMBIENTE E PRESIDII/AUSILI/ARREDI

Collocare la persona a rischio in prossimità delle zone di lavoro del personale.

Collocare gli occhiali e gli oggetti personali in posizione facilmente raggiungibile.

Assicurare l'accesso **e la vicinanza** ai campanelli di chiamata, previo controllo della loro funzionalità, accertandosi che il paziente abbia compreso le modalità di utilizzo.

Verificare la sicurezza dell'ambiente e degli arredi/presidi/ausili che potrebbero arrecare danno in caso di caduta o mobilitazione.

Abbassare il più possibile il piano del letto bloccando le ruote.

Utilizzare, se possibile, un materassino a lato del letto se, nonostante l'abbassamento al minimo, il rischio di lesione in caso di caduta è elevato (es. pazienti osteoporotici, con cute fragile, che assumono anticoagulanti/antiaggreganti, portatori di devices, con fratture ossee); avvertire l'èquipe per evitare rischi di natura infortunistica.

Valutare le capacità della persona nell'uso corretto di ausili per la deambulazione e, in caso di prescrizioni mediche relative al carico e alla deambulazione, verificare che il paziente le abbia comprese.

In caso di pazienti ad elevato rischio, non collaboranti/non complianti rispetto ad altre misure già intraprese, collocare il materasso a pavimento, se logisticamente possibile, tenendo conto anche della sicurezza del personale di assistenza e degli altri degenti.

Verificare le condizioni di illuminazione lasciando accesa la luce notturna sulla testata del letto se necessario.

MOBILITA'

Favorire la mobilitazione del paziente, se le condizioni cliniche lo consentono, prevedendo eventuale supervisione/supporto.

Prima della deambulazione, verificare che il paziente non indossi abiti eccessivamente lunghi, attenzione alle vestaglie da camera munite di cinture e alle calzature. Se la persona è portatrice di pannolone, controllare che sia ben posizionato in modo che non fuoriesca durante la deambulazione.

STATO MENTALE, ORIENTAMENTO

Favorire l'orientamento del paziente mediante stimoli ambientali (es televisione, orologio, oggetti personali, remind...); nel caso in cui sia portatore di deficit sensoriali incoraggiarlo ad indossare occhiali/protesi acustiche.

Favorire la presenza del familiare, le visite di parenti e amici.

Intercettare tempestivamente eventuali modificazioni dello stato mentale avvertendo subito il medico; prevenire, diagnosticare e gestire tempestivamente il Delirium e gli stati di agitazione trattandone le cause reversibili.

Monitorare lo stato mentale modulando l'assistenza e le osservazioni in base al suo andamento/fluttuazione.

	MISURE PREVENTIVE E STRUMENTI DI SUPPORTO PER L'USO DI SPONDINE	All. 3 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 2 di 6
---	--	---

FARMACI

Valutare e revisionare la terapia con particolare attenzione verso i farmaci che possono aumentare il rischio di caduta.

Ricorrere all'utilizzo di tranquillanti solo se necessario e richiedere eventuale consulenza specialistica (neurologica, psichiatrica, internistica, geriatrica...) in caso di agitazione.

Non somministrare, laddove possibile, diuretici o lassativi, nel tardo pomeriggio per evitare che la persona debba recarsi spesso in bagno. Quando ciò non è possibile (es. preparazioni ad interventi, terapie di urgenza con diuretici, ecc.) controllarle più frequentemente.

ATTEGGIAMENTO PROATTIVO E LAVORO DI SQUADRA

Utilizzare alert definiti e condivisi da tutto il personale per contrassegnare i pazienti ad elevato rischio (da utilizzare per l'handover, es. su tabelloni di visual management).

Condividere al briefing, con tutto il personale (medico, infermieristico, OSS, **altri professionisti sanitari**) i dati relativi all'assessment/andamento/modificazione dei fattori di rischio e le strategie clinico-assistenziali.

Anticipare proattivamente i bisogni del paziente, offrire aiuto per la toilette quotidiana, verificare periodicamente il bisogno di recarsi in bagno, accompagnando le persone deambulanti a rischio di caduta; invitare la persona ad urinare prima del riposo notturno.

Nei pazienti non collaboranti prestare particolare attenzione ai bisogni di eliminazione, ad eventuale presenza di globo vescicale o di intasamento del catetere vescicale.

UTILIZZO DELLE SPONDINE DI PROTEZIONE

Le evidenze di letteratura in merito all'efficacia delle spondine di protezione nella prevenzione delle cadute e al loro impatto sull'outcome in caso di caduta sono scarse e non dirimenti (vedi allegato 1-BIBLIOGRAFIA, e documenti di riferimento in calce). Le spondine di protezione vengono utilizzate nella fase post-chirurgica e post-sedazione, durante il trasporto di pazienti o lo stazionamento del paziente in Pronto Soccorso, o per prevenire la caduta dal letto nell'anziano collaborante con problemi di adattamento all'ambiente e al letto ospedaliero (accade sovente che le spondine siano richieste specificamente dal paziente stesso o dai suoi familiari); in tutti questi casi l'utilizzo di spondine di protezione deve essere sempre associato all'abbassamento del letto o della barella alla minima altezza. Le spondine sono invece sconsigliate in caso di grave agitazione psicomotoria, a causa del pericolo di lesioni per scavalco o per intrappolamento degli arti; in questi casi (agitazione psicomotoria grave) deve essere ponderato con attenzione dal medico e dal personale di assistenza l'intervento più idoneo a minimizzare il rischio per la sicurezza del paziente, di tipo ambientale, farmacologico o altro (fino al posizionamento del materasso a pavimento), anche con il supporto di specialisti chiamati a consulenza (vedi caso del Delirium nell'anziano) e con il coinvolgimento costante dei familiari (se presenti). Fondamentali sono la valutazione multidimensionale/multifattoriale del paziente e la personalizzazione dell'assistenza al fine di individuare l'intervento/i più adatto/i alle sue specifiche caratteristiche ed esigenze.

Spondine di protezione e contenzione.

L'utilizzo dei presidi anti-caduta o di ancoraggio/supporto ortesico deve essere ponderato nel contesto di un intervento multifattoriale e di un progetto terapeutico condiviso dall'intera équipe. Proprio in virtù della finalità preventiva di un evento indesiderato (la caduta dal letto), del contesto nel quale vengono utilizzate (assistenza e cura), e della non invasività del mezzo

	MISURE PREVENTIVE E STRUMENTI DI SUPPORTO PER L'USO DI SPONDINE	All. 3 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 3 di 6
---	--	---

(che non è applicato direttamente sul corpo del paziente, a differenza di altri strumenti quali polsiere, cavigliere...) le spondine di protezione non sono state considerate "contenzione" *tout court*, secondo la visione originariamente proposta dalla National Patient Safety Agency (NPSA, 2007), che respinge la definizione estensiva di "contenzione" come limitazione della libertà di movimento; secondo la NPSA, infatti, non è contenzione ciò che aiuta il paziente ad evitare un evento indesiderato (cadere dal letto) mentre lo è ciò che impedisce al paziente di fare qualcosa che egli intende fare (scendere dal letto). La tesi della NPSA è in linea con quanto previsto dal Ministero della Salute, che nel DPCM 12-01-2017 allegato 5 (così come nel precedente DM 332/1999) contempla le spondine tra gli ausili standard o personalizzati con finalità di cura, prescrivibili dal medico, e con l'indirizzo esplicitamente intrapreso dalla Regione Friuli Venezia Giulia con la Deliberazione n. 1904 del 14 ottobre 2016, nella quale si afferma che *"La contenzione sotto il profilo sanitario è da considerare un atto non terapeutico: non cura, non previene e non riabilita e può causare lesioni, grave disabilità e morte della persona assistita..."*, si definisce la contenzione meccanica come l'utilizzo di *"presidi e/o mezzi che riducono o impediscono i movimenti, posizionati sulla persona"* e si stabilisce che *"In caso di pazienti/ospiti affetti da particolari patologie o condizioni funzionali che determinano alterazioni dell'apparato muscolo-scheletrico, deficit motori e/o di controllo posturale, tali da richiedere interventi specifici volti al supporto posturale nonché di ausilio allo svolgimento di attività che altrimenti sarebbero impossibili o ad alto rischio di cadute accidentali, i professionisti del SSR (fisioterapisti, medici specialisti di riferimento per la patologia, MMG) attivano le procedure necessarie ai fini della proposta di adozione e prescrizione dell'ausilio idoneo. L'indicazione all'utilizzo di un ausilio verrà riportata nell'ambito del PAI (Piano assistenziale individuale) o PRI (Piano riabilitativo individuale). L'utilizzo di ausili standard o personalizzati con questa finalità di cui all'Allegato n. 1 del D.M. n. 332 del 27 agosto 1999 e s.m.i. non costituisce ricorso a misure di contenzione..."*.

Si ribadisce pertanto come la prevenzione e la cura della persona possano motivare l'utilizzo di sponde di sicurezza/protezione sulla base di una valutazione multifattoriale e multidisciplinare del caso concreto e del rapporto rischio-beneficio nonché di un piano clinico-assistenziale personalizzato che tenga conto non solo degli aspetti legati allo stato mentale e alla funzione motoria del paziente ma anche della sua capacità di controllo visivo e spaziale dell'ambiente, della sua vulnerabilità alle lesioni in caso di caduta (es. paziente osteoporotico, in terapia con antiaggreganti/anticoagulanti) e della efficacia di altre misure preventive.

Nel caso in cui si decida di applicare le sponde di protezione, è necessario verificarne preventivamente la tenuta ed il corretto funzionamento e monitorare la compliance e lo stato mentale del paziente.

Criteri di valutazione

Le misure preventive di cui alla tabella 2 rappresentano valide alternative all'uso delle sponde di protezione.

Qualora le sponde di protezione vengano richieste dal paziente stesso, cosciente e collaborante, che magari le utilizza anche a casa o si sente più sicuro, al fine di impedire lo scivolamento o il rotolamento dal piano del letto, oppure come supporto, appiglio, in alternativa o in aggiunta ad altri ausili per la movimentazione, può eventualmente essere proposta e utilizzata la monospondina, collocata dal lato del letto dal quale il paziente non è abituato a scendere.

L'utilizzo di sponde, specie se a tutta lunghezza, deve essere valutato attentamente dall'equipe clinico-assistenziale sulla base di un accurato e individualizzato assessment del rapporto rischio/beneficio che, essendo tarato sulle specifiche caratteristiche del paziente, peraltro soggette a variazione durante la degenza, non è standardizzabile.

 <p>SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>MISURE PREVENTIVE E STRUMENTI DI SUPPORTO PER L'USO DI SPONDINE</p>	<p>All. 3 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 4 di 6</p>
---	---	--

Come supporto decisionale per l'èquipe clinico assistenziale si propone uno degli strumenti contenuti all'interno di un documento sempre attuale della NPSA, con l'avvertenza che simili strumenti non devono essere applicati in modo acritico perché non sostituiscono il giudizio clinico nello specifico caso concreto.

Si raccomanda la documentazione in cartella clinica, nel diario clinico e in quello infermieristico, di ogni valutazione/decisione che riguardi l'uso delle sponde di protezione.

Guida al bilanciamento rischio-beneficio: RISK BALANCE TOOL, FONTE NPSA*

Resources for reviewing or developing a bedrail policy, National Patient Safety Agency March 2007 ©

RISCHIO CONNESSO CON IL NON USO DELLE SPONDINE	RISCHIO CONNESSO CON L'USO DELLE SPONDINE
<p>Quanto è probabile che il paziente cada dal letto? I pazienti possono avere maggiori probabilità di scivolare, rotolare, o cadere dal letto se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sono già caduti dal letto in precedenza; - sono stati valutati ad alto rischio di caduta; - sono molto in sovrappeso; - sono semicoscienti; - hanno problemi di vista; - hanno una paralisi parziale; - hanno convulsioni o spasmi; - sono sedati, sonnolenti a causa di forti antidolorifici o si stanno riprendendo da un'anestesia; - stanno delirando o sono confusi; - sono dipendenti da alcool o droghe di strada; - sono su un materasso a pressione che "cede" ai lati; - usano le sponde del letto a casa; - hanno letti autoazionati. <p>Quanto è probabile che il paziente possa subire lesioni in una caduta dal letto? Le lesioni da cadute dal letto possono essere più probabili e più gravi per alcuni pazienti che per altri, per esempio, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hanno l'osteoporosi; - sono in terapia con anti-coagulanti; - sono anziani; - hanno la cute fragile; - hanno una malattia vascolare; - sono malati critici; - hanno problemi di salute a lungo termine; - sono malnutriti. <p>Non usare le sponde del letto causerà ansia al paziente? Alcuni pazienti possono avere paura di cadere dal letto anche se il loro rischio effettivo è basso.</p>	<p>Le sponde del letto possono impedire al paziente di essere indipendente? Le sponde del letto possono essere una barriera all'indipendenza per i pazienti che altrimenti potrebbero lasciare il loro letto in sicurezza senza aiuto.</p> <p>È probabile che il paziente scavalchi le sponde del letto? La gravità di una lesione può aumentare se il paziente scavalca una sponda del letto e cade da un'altezza maggiore. I pazienti più vulnerabili sono quelli che sono molto confusi e hanno abbastanza forza e mobilità per arrampicarsi sulle sponde del letto.</p> <p>Il paziente potrebbe ferirsi sulle sponde del letto? Le sponde del letto possono causare lesioni se il paziente ci sbatte sopra o vi incastra le gambe o le braccia. I pazienti più vulnerabili sono quelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con movimenti incontrollati degli arti; - che sono irrequieti e notevolmente confusi; - con la pelle fragile. <p>Le sponde del letto, anche se montate correttamente, comportano un rischio molto raro di asfissia posturale. I pazienti che sono molto confusi, fragili e irrequieti sono più a rischio.</p> <p>L'uso delle sponde del letto causerà angoscia al paziente? Le sponde del letto possono angosciare alcuni pazienti che si sentono intrappolati da esse</p>
<p>L'USO DELLE SPONDE DI PROTEZIONE È RACCOMANDATO SE I RISCHI SOPRA ELENCATI SONO MAGGIORI DI QUELLI A DESTRA</p>	<p>L'USO DELLE SPONDE DI PROTEZIONE NON È RACCOMANDATO SE I RISCHI SOPRA ELENCATI SONO MAGGIORI DI QUELLI A SINISTRA</p>

	MISURE PREVENTIVE E STRUMENTI DI SUPPORTO PER L'USO DI SPONDINE	All. 3 Rev.0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 6 di 6
---	--	---

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. Preventing falls in older people overview NICE Pathway last updated: 5 november 2020
2. NICE clinical guideline 161 Falls: Assessment and prevention of falls in older people, 2013
3. Falls in older people Quality standard Published: 25 March 2015, last updated 31-01-2017, www.nice.org.uk/guidance/qs86
4. 2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (NICE guideline CG161) Surveillance report Published: 23 May 2019 www.nice.org.uk
5. Preventing Falls in Hospitals. Content last reviewed March 2021. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/index.html>
6. Tool 3M: Sample Care Plan. Content last reviewed January 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/sample-care-plan.html>
7. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, Hospital-acquired complication 2 Falls resulting in fractures or intracranial injury, https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/SAQ7730_HAC_Factsheet_Falls_LongV2.pdf
8. South-Australia Policy Directive and Guidelines, Fall and Fall Injury Prevention and Management, 2016 <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs+and+practice+guidelines/older+people/falls+prevention/falls+prevention+policy+directive+and+toolkit>
9. Regione Emilia Romagna. Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale, 2016.
10. MHSA Regulating Medicines and Medical Devices Safe use of bedrails, versione 3.0, Crown copyright, 2020.
11. NPSA. Safe and effective use of bedrails in hospitals: Safer Practice Notice 2007.
12. NPSA. Resources for reviewing or developing a bedrail policy, 2007.
13. Regione Emilia Romagna. Buone Pratiche per la prevenzione della contenzione in Ospedale, febbraio 2021, <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-74-del-18-03-2021-parte-seconda.2021-03-18.7881794670/approvazione-del-documento-di-indirizzo-tecnico-alle-strutture-sanitarie-della-regione-in-materia-di-buone-pratiche-per-la-prevenzione-della-contenzione/allegato-det-linee-indirizzo-b.2021-03-18.1616052836>.

	REMIND INTERVENTI INFORMATIVI/EDUCATIVI	All. 4 Rev. 0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 1 di 2
---	--	--

Secondo il rapporto "Passi d'argento" dell'Istituto Superiore di Sanità 2016/2019 ancora troppo bassa sembra l'attenzione degli operatori sanitari al problema delle cadute fra gli anziani: solo il 17% degli intervistati dichiara di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio dal medico o da un operatore sanitario su come evitare le cadute.

Questo conferma l'importanza di un'adeguata informazione e formazione a tal riguardo.

PAZIENTE RICOVERATO IN OSPEDALE O IN ALTRA STRUTTURA SANITARIA AZIENDALE

Interventi informativi

- Mostrare alla persona la stanza di degenza, il bagno, il reparto.
- Mostrare come usare il sistema di chiamata infermiere e incoraggiare ad usarlo quando si ha bisogno di aiuto
- Quando il rischio di caduta è alto, informarne la persona e la sua famiglia ed incoraggiarne il coinvolgimento nelle decisioni e nelle azioni per ridurre il rischio di caduta
- Consegnare al paziente/familiari la brochure informativa aziendale

Interventi educativi

L'educazione sanitaria è indirizzata al paziente e alla sua famiglia/caregiver e riguarda:

- I fattori di rischio presenti.
- Le strategie per ridurre le cadute in caso di vertigini o ipotensione (sedersi o stare seduti finchè non ci si sente meglio o richiedere l'intervento del personale, cambiare posizione in maniera lenta, alzarsi lentamente ed in più fasi per evitare instabilità).
- L'importanza di evitare la disidratazione e la vasodilatazione (es. bagno o doccia in acqua molto calda).
- La correzione del paziente se cammina a testa bassa, trascina i piedi, si appoggia ovunque con il rischio di tenersi a qualcosa di instabile.
- L'importanza di informare l'infermiere ogni volta che si reca in bagno o si allontana dal reparto.
- L'utilizzo corretto degli ausili.
- Suggerimenti riguardanti l'abbigliamento adeguato alla persona (calzature chiuse con chiusura in velcro, della giusta misura con soles antiscivolo, abiti comodi abbottonati sul davanti, pantaloni non lunghi ...)
- La possibilità di utilizzare le sponde del letto e le modalità con le quali gestirle.
- Nel caso in cui la persona sia già caduta in passato sarà necessario esplorare gli effetti psicologici delle cadute, della paura di cadere, e l'impatto sulla sicurezza nell'eseguire le attività quotidiane

A supporto degli interventi educativi viene utilizzata la brochure informativa allegato 5.

INTERVENTI INFORMATIVI/EDUCATIVI PER LA PERSONA A RISCHIO CADUTA NELLA VITA DI TUTTI I GIORNI

Gli operatori sanitari che intercettano pazienti fragili perché accedono al loro domicilio (es riabilitatori, infermieri ADI) o perché il paziente è arruolato nei programmi della sanità d'iniziativa informano e sensibilizzano sia il Pz che i Fam sui fattori di rischio utilizzando il volantino per la prevenzione delle cadute a domicilio allegato 6, dandone atto nella documentazione del Pz.

L'informazione e la sensibilizzazione verterà sulle seguenti tematiche:

- quali modifiche è possibile apportare nei propri stili di vita per ridurre il rischio di caduta e aiutare a mantenere la propria indipendenza
- la disposizione nella propria casa del mobilio che potrebbe creare rischio di caduta
- in che modo i problemi di controllo della vescica aumentano il rischio di caduta
- l'importanza di avere la vista controllata
- il controllo dell'ipotensione ortostatica o di altri problemi che determinino perdita di coscienza

	REMIND INTERVENTI INFORMATIVI/EDUCATIVI	All. 4 Rev. 0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 2 di 2
---	--	--

- l'importanza degli esercizi per migliorare la forza e l'equilibrio, e quali sono le preoccupazioni o paure che potrebbero ostacolare l'adesione a programmi di esercizi
- l'utilizzo di farmaci che potrebbero aumentare il rischio di caduta
- come si possa ricevere aiuto se si cade, ad esempio se non si riesce a rialzarsi

La persona potrà essere eventualmente indirizzata a diversi professionisti sanitari per assistenza e consulenza specialistica.

A supporto degli interventi educativi sarà utilizzata la brochure informativa allegato 6.

Non esitare, rivolgiti agli operatori:

- ti aiuteranno a conoscere la struttura
- manterranno sicuri gli ambienti intorno a te
- ti daranno informazioni utili

Sei un familiare o un amico del paziente?

Ecco cosa puoi fare

Quando termini la visita, accertati che il **campanello** di chiamata e gli effetti personali siano a portata di mano del paziente e **avverti il personale quando lasci il reparto.**



Se noti in lui sintomi come stanchezza, sensazione di testa vuota, confusione, mancanza di equilibrio, **informa l'operatore sanitario.**

Convinci il paziente, quando è solo, della necessità di chiedere aiuto all'infermiere durante gli spostamenti.



A cura dell'U.O.C. Sicurezza del paziente
 All.5 PRO AZ 078 SA **OPUSCOLO EDUCATIVO**
SANITARIO PAZIENTE CARE GIVER

Rev. 0

www.ulsnorthwest.toscana.it



Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie

consigli utili



Gentile Signora, gentile Signore,

durante il periodo di degenza potrebbe risentire di una certa debolezza dovuta alla malattia, al dover rimanere a letto a lungo, alla possibile assunzione di farmaci, alla presenza di dolore e all'ambiente poco familiare rispetto a casa sua.

Tutto ciò potrebbe aumentare il rischio di cadere.

Il personale di reparto è disponibile a fornire a lei e ai suoi familiari chiarimenti e consigli aggiuntivi rispetto a quelli descritti in questo depliant.

Le cadute nelle strutture sanitarie sono tra gli incidenti più frequenti; possono causare **lesioni gravi** e rendere più **difficile il mantenimento dell'autonomia**.

La maggior parte delle cadute si verificano intorno al letto, ma è possibile cadere anche in bagno e lungo i corridoi.

Le cadute possono avvenire in qualsiasi momento del giorno e della notte.

Per prevenirle è importante **conoscere le principali cause delle cadute e mettere in pratica i consigli riportati in questo breve depliant**.

Abbigliamento:

- **utilizzi calzature** comode, della giusta misura: pantofole chiuse al posto delle ciabatte, con suola antiscivolo di gomma;
- nel caso di **riabilitazione motoria** indossi, di norma, calzature con suola in gomma ed allacciature in velcro;
- è preferibile vestire un **pigiama o una tuta** della giusta taglia, anziché la camicia da notte che potrebbe farla inciampare e cadere più facilmente.

Ausili sanitari personali da usare regolarmente:

- **occhiali da vista**: da usare regolarmente anche in ospedale per poter meglio riconoscere e vedere i possibili ostacoli dell'ambiente;
- **apparecchi acustici**: da usare regolarmente anche durante il ricovero per poter meglio sentire la voce di persone che potrebbero segnalare la presenza di pericoli o ostacoli;

- **bastoni o stampelle**: se già usati abitualmente anche a casa. Gli ausili utilizzati per camminare devono avere **l'estremità inferiore di gomma** ed essere adatti alla sua altezza.

In reparto:

- avvisi subito il personale che provvederà alla pulizia se **liquidi vari dovessero cadere/sporcare** accidentalmente il pavimento della camera, del bagno o i corridoi;
- accenda sempre **le luci del bagno prima di entrare**, qualora fossero spente;
- usi il **campanello del bagno** per la chiamata del personale in caso di difficoltà
- usi sempre le **maniglie d'appoggio nei bagni** ed eviti di sostenersi ai portasciugamani;
- usi sempre il **campanello di chiamata**, che si trova accanto al letto, se ha bisogno di aiuto per alzarsi e camminare o se le hanno consigliato il riposo terapeutico a letto.

Camminare e muoversi:

- **rispetti le indicazioni** che le sono state date dai sanitari prima di alzarsi dal letto da solo;
- **ricordi ai familiari di non farla alzare dal letto**, senza l'autorizzazione del personale;
- **non cammini su pavimenti bagnati** per le pulizie in corso: attenda sempre che siano asciutti;
- anche se è in grado di camminare, prima di alzarsi, **rimanga in posizione seduta sul letto** almeno una decina di secondi;
- avverta subito il personale in **caso di capogiri o di altri malesseri**;

- utilizzi il **campanello di chiamata**;
- **prima di addormentarsi alla sera**, provveda sempre ad andare in bagno, per limitare le alzate notturne.

Sedie a rotelle:

se non è abituata a farne uso, chiedi sempre aiuto al personale del reparto per sedere o alzarsi dalla carrozzina. Quando si ferma, usi gli appositi freni delle ruote.



Se hai dubbi o domande non esitare a chiedere! Non rischiare di cadere!

Informa subito il personale se ti senti poco bene o instabile quando sei in piedi.

Tieni sempre il campanello a portata di mano e usalo senza problemi per chiedere aiuto.

Se gli operatori ti hanno comunicato che hai bisogno di aiuto per muoverti, chiedi sempre assistenza e non fare da solo.

E se cado?

Consulta subito il medico, anche se non hai riportato conseguenze.

E' importante che il medico capisca **cosa ti ha fatto cadere** e valuti la probabilità di una nuova caduta.



Protego la mia salute e la mia indipendenza

Molte persone hanno difficoltà a riprendersi dopo una caduta.

Conoscere i rischi e attivarsi per prevenire le cadute può aiutarti a proteggere la tua salute e la tua indipendenza.



A cura dell'U.O.C. Sicurezza del paziente

All.6 PRO AZ 078 SA **Prevenzione cadute a domicilio**

www.ulsnorthwest.toscana.it



Prevenzione delle cadute in ambiente domestico

consigli utili



Il rischio di cadere aumenta con l'avanzare dell'età perché diventa più difficile camminare con fermezza e mantenere l'equilibrio.

Gli effetti delle cadute, inoltre, sono più gravi nelle persone anziane.

Mediamente, da 3 a 4 persone su 10, di età superiore ai 65 anni, cadono ogni anno.

Se si è caduti in passato, si ha un rischio maggiore di cadere di nuovo.

Inoltre, alcune malattie, i farmaci e un ambiente non sicuro o non familiare possono aumentare il rischio di caduta.

Come posso evitare il rischio di cadere?

Parla con il tuo medico!

Lui conosce le tue condizioni di salute.

Alcuni problemi di salute possono metterti a rischio di cadere. Possono inoltre influenzare la **vista**, l'**udito**, la **forza muscolare** o l'**equilibrio** aumentando ulteriormente la possibilità di cadere.

Racconta al tuo medico se ti è già **capitato di cadere** o se hai **paura di cadere**.

Ricorda al tuo medico i **farmaci che prendi**.

C'è qualcosa che posso fare da solo?

Rendi la tua casa più sicura e ben illuminata.

Presta particolare attenzione ai **tappeti**, alle **scale** e al **percorso dalla camera da letto al bagno**.

Alcuni dispositivi potrebbero aiutarti ad evitare di cadere: **maniglioni** o un **sedile robusto per la doccia**, **tappetini da bagno antiscivolo** e **corrimano per le scale**.

Usa **scarpe e pantofole chiuse e con soles antiscivolo**, della giusta misura. Non usare le ciabatte.

Fai attività fisica regolarmente: camminare, andare in bicicletta o ballare ... questo migliorerà la forza muscolare, la coordinazione e l'equilibrio.

Non alzarti velocemente dal letto o dalla poltrona, eviterai capogiri.

Se usi **bastoni o stampelle**, fatti consigliare dal fisioterapista su come usarli correttamente.

Se temi di poter cadere, ci sono anche **dispositivi con pulsanti di allarme da indossare** che consentono di chiedere aiuto in caso di bisogno.

**più il tuo medico
conosce la tua situazione,
più sarà in grado di aiutarti**

	REMIND COSA FARE DOPO UNA CADUTA	All. 7 Rev. 0 Pubblicato il 28/04/2022 Prescrittivo dal 10/05/2022 Pag. 1 di 1
---	---	--

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL PAZIENTE DOPO UNA CADUTA

1. **Valutare** se la scena è sicura*
2. **Se paziente non è cosciente applicare la procedura BLSD e attivare il sistema di emergenza intraospedaliero:**
 - A- valutare la pervietà delle vie aeree
 - B- controllare se respira
 - C- controllare se ha emorragie e se ha polso
 - D- valutare lo stato di coscienza (AVPU**)
3. **Non mobilizzare** il paziente senza aver prima effettuato una valutazione completa e accurata.
4. **Controllare e registrare i parametri vitali** [TC, FC, FR, PAO, Sat O2, stato di coscienza (orientato-disorientato- agitato-soporoso)...].
5. **Accertare** la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura. Se il paziente è cosciente ed orientato chiedere se lamenta dolore in qualche punto specifico e rilevare il dato sulla scala del dolore riportata in C7.
6. **Valutare** se riesce a muovere gli arti, se accusa delle parestesie e formicolii, **chiedere** come è caduto, facendo specificare quale segmento è stato interessato dalla caduta. Se il paziente è incosciente non escludere la possibilità di un trauma cranico.
7. **Comunicare al medico** di turno la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, in modo che possa subito effettuare una valutazione clinica e le eventuali relative prescrizioni.
8. **Verificare** la necessità dell'uso di dispositivi per immobilizzazione e/o particolari tecniche di mobilizzazione (collare, barella a cucchiaio, barella spinale, splint,..).
9. **Monitorare** il paziente nelle ore successive se ha riportato fratture, trauma cranico, ecc, e allertare il medico in caso di deterioramento delle condizioni cliniche
10. **Provvedere alla somministrazione** di eventuali terapie prescritte.
11. **Trasportare** il paziente con le dovute cautele in caso di accertamenti diagnostici prescritti dal medico.



COMUNICAZIONE E DOCUMENTAZIONE

12. **Documentare** ora luogo e circostanze dell'accaduto in cartella clinica.
13. **Informare la famiglia** dell'assistito sulla caduta del congiunto e discutere, se possibile, con il paziente e/o con il caregiver la percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e gli eventuali interventi da mettere in atto sui fattori di rischio modificabili.
14. **Segnalare la caduta secondo il flusso del rischio clinico** (vedi istruzione operativa "Segnalazione e monitoraggio delle cadute dei pazienti) al Facilitatore di riferimento, al Coordinatore e al Responsabile della struttura. **Se trattasi di evento sentinella** (ossia se la caduta ha causato morte o grave danno) l'operatore deve **TEMPESTIVAMENTE** avvertire un Facilitatore di riferimento, il Coordinatore e il Responsabile della struttura che a sua volta informerà altrettanto tempestivamente lo Staff del rischio clinico.

N.B. Il paziente caduto (a domicilio o in ospedale) è da ritenere ad elevato rischio di ulteriore caduta.

Se la caduta interessa un utente in ambito extraospedaliero:

1. **Valutare** se la scena è sicura*
2. **Se paziente non è cosciente** applicare la procedura BLSD e attivare subito il 118:
 - A- valutare la pervietà delle vie aeree
 - B- controllare se respira
 - C- controllare se ha emorragie e se ha polso
 - D- valutare lo stato di coscienza (AVPU**)
3. **Non mobilizzare** il paziente senza aver prima effettuato una valutazione completa e accurata.
4. **Chiamare** comunque il 118 in presenza di un danno evidente o se si sospettano lesioni.
5. **Informare** dell'accaduto la famiglia o eventuali accompagnatori;
6. **Assicurare la registrazione e la segnalazione** puntuale dell'accaduto mediante relazione al Responsabile del Servizio.
7. **Segnalare** la caduta come al punto 14

***scena sicura:** è necessario verificare l'assenza di insidie (ingombri/oggetti sul pavimento, liquidi, avvallamenti, disconnessioni ecc) che potrebbero provocare ulteriori cadute di pazienti/utenti od operatori. Nel caso siano presenti insidie è necessario attivarsi immediatamente con i Servizi preposti per eliminarle, al fine di impedire altri incidenti.

**** AVPU: A = ALERT**, paziente vigile **V = VERBAL**, paziente che risponde allo stimolo verbale

P = PAIN, paziente che risponde allo stimolo doloroso **U = UNRESPONSIVE**, paziente che non risponde

DIAGRAMMA DI FLUSSO

