DECRETO N° 7295
Del 22.7.2010

Identificativo Atto n. 625

DIREZIONE GENERALE SANITÀ

Oggetto
LINEE DI INDIRIZZO E REQUISITI MINIMI REGIONALI PER L'IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA DEL PAZIENTE DEGENTE IN OSPEDALE O IN RSA-RSD

L'atto si compone di 64 pagine
di cui 61 pagine di allegati,
parte integrante
IL DIRETTORE GENERALE DELLA DIREZIONE SANITÀ

RICHIAMATA la DGR n.165 del 30 giugno 2010 che approva la proposta di Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2015;

VISTO il Piano Regionale di Sviluppo della IX Legislatura ed il collegamento con il Programma Operativo n.12 “Dalla cura al prendersi cura” che contempla, tra l’altro, lo sviluppo di sistemi per la gestione del rischio in sanità, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie a garanzia della qualità e della sostenibilità delle cure erogate;


DATO ATTO che dai risultati del monitoraggio del database regionale, in relazione all’evento caduta del paziente in ospedale, era emerso un trend in aumento sia delle richieste di risarcimento che delle segnalazioni di cadute;

CONVENUTO pertanto di progettare e realizzare in collaborazione con IRER uno studio epidemiologico volto all’analisi della dimensione del fenomeno “cadute” a livello regionale;


DATO ATTO che il problema delle cadute dei pazienti durante il recupero ospedaliero rappresenta una causa rilevante di disabilità, morbosità, mortalità nosocomiale ed ospedalizzazione e che gli esiti, correlati all’evento caduta, rappresentano per le strutture ospedaliere spesso una causa di maggiorazione di costi, dovuti al prolungarsi della degenza, alle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie ed alle spese medico legali ed assicurative.

VISTE le linee guida per l’attività di Risk Management anno 2010, trasmessi alle Aziende Sanitarie con nota del 18/12/2009 prot.H1.2009.0044543, che identificano la “prevenzione del rischio caduta” fra gli obiettivi da perseguire con la realizzazione di almeno un progetto operativo da parte delle Aziende Ospedalieri e delle ASL con RSA-RSD a gestione diretta;

CONSIDERATO inoltre che l’efficace compressione del rischio di caduta del paziente degenza in ospedale/RSA rappresenta un indicatore della qualità dell’assistenza infermieristica e della qualità organizzativa di un’Azienda Sanitaria;

DATO ATTO del percorso formativo realizzato nel primo semestrale 2010 in collaborazione con IREF destinato ai Risk Manager, Responsabili Qualità e Referenti S.I.T.R.A con cui sono stati forniti gli strumenti di indirizzo e supporto metodologico per affrontare la complessa tematica delle cadute;

VALUTATA la necessità di provvedere alla redazione di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio cadute, avvalendosi della collaborazione di professionisti operanti presso le Aziende Sanitarie lombarde;

OSSERVATO che il documento prodotto è stato presentato da questa Direzione Generale nel corso dell’evento.
organizzato il 28 giugno 2010 rivolto ai Risk Manager ed ai partecipanti del corso formativo surrichiamato;

RITENUTO quindi di approvare il documento “Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA/RSD”, allegato 1) al presente atto, quale parte integrante, e di dispone la pubblicazione sul sito web della Direzione Generale Sanità;

VSTA la legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 “Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Organizzazione e Personale” nonché i provvedimenti organizzativi della IX legislatura;

DECRETA

1. di approvare il documento “Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA/RSD”, allegato 1) al presente atto quale parte integrante;

2. di dispone la pubblicazione del presente atto sul sito Web della Direzione Generale Sanità.

IL DIRETTORE GENERALE SANITA'
Carlo Scurchini
Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità

Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l’implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA-RSD
### INDICE ANALITICO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Capitolo</th>
<th>Titolo</th>
<th>Pagina</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>INTRODUZIONE</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>1.</td>
<td>BACKGROUND</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>GLOSSOLOGIA</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>ISTITUZIONE ED ATTIVITA’ DEL GRUPPO AIZIENDALE DEDICATO (GAD CADUTE)</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.1 definizione di politiche e documentazione aziendale</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.2. strategie di prevenzione</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.3 modalità per la segnalazione e gestione delle segnalazioni</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.4 progettazione dell’attività formativa</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>INDICATORI</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>FLOW CHART</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>SCALE DI VALUTAZIONE</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>BIBLIOGRAFIA</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>IL GRUPPO DI LAVORO</td>
<td>61</td>
</tr>
</tbody>
</table>
INTRODUZIONE

Le cadute del Paziente in ospedale rappresentano un evento sentinella oltre che un evento avverso parzialmente prevenibile. L’efficace compressione del rischio di caduta del paziente degente in ospedale/RSA rappresenta un indicatore della qualità dell’assistenza infermieristica e della qualità organizzativa di un’azienda sanitaria.

In un’ottica di miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie, a garanzia della qualità, efficienza, efficacia, equità e sostenibilità delle cure erogate, la scrivente Direzione Generale ha progettato un univoco, sistemico e sistematico approccio alla gestione del rischio di caduta del paziente degente in ospedale o RSA-RSD a gestione diretta iconografato nell’allegato documento dal titolo “Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l’implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio di caduta del paziente degente in ospedale o in RSD RSA”, al fine di omogeneizzare nelle aziende l’approccio metodologico.

Il presente documento diventa pertanto un supporto metodologico e semantico per un processo gestionale univoco ed Evidence Based Healthcare e valorizzando le esperienze già presenti in azienda. Il recepimento dei requisiti minimi richiesti, permetterà un benchmarking ed un’analisi omogenea dei dati a garanzia di tutti gli Stakeholder.

Il Direttore Generale

Carlo Lucchina
1. BACKGROUND

L’OMS nel 2007 ha documentato che su 10.000 ricoveri tra l’1,6 e 3 sono ricoveri riconducibili a danni riportati dalla popolazione ultrasessantennne a seguito di caduta in ambiente domestico. Il tasso di ospedalizzazione o prolungamento dell’ospedalizzazione nei pazienti già degenti a causa di caduta in ospedale oscilla in letteratura tra il 5,5 e l’8,9. La letteratura internazionale riconosce il tasso delle cadute dei pazienti degenti come un fondamentale indicatore qualitativo dell’assistenza e della qualità organizzativa.


La letteratura internazionale individua un rischio di caduta in RSA per il 75% della popolazione anziana ivi residente con un rischio tra il 17 ed il 32% di ricovero in ospedale per acuti per frattura del femore. Negli Stati Uniti il National Center for Patient Safety dei Veterans Affairs (NCPS) registra le cadute dei pazienti in Ospedale come il 47% degli Eventi Avversi, gli standard JCHO declinano per il X goal elementi ed un kit di strumenti che comportino la riduzione delle cadute. Il tasso medio di cadute dei pazienti in Ospedale (anziani e non) in letteratura è consolidato in 8 su 1.000 giornate di degenza, mentre il Database Regionale Cadute descrive un tasso di cadute che si posiziona in 9 cadute su 10.000 giornate di degenza, attestando la caduta come terza causa di risarcimento danni (Database Regionale Sinistri).

L’analisi dei dati raccolti ha quindi suggerito la necessità di sistematizzarne sia l’accezione tassonomica, in linea con la letteratura scientifica, sia la scheda di segnalazione per una gestione univoca e sistematica che definisca un approccio metodologico evidence based validato per la compressione del rischio e per azioni correttive/preventive volte al miglioramento delle prestazioni erogate.

Il presente documento vuole, da un altro supportare le esperienze già avviate nelle diverse aziende sanitarie, e dall’altro supportare le scelte strategiche dal punto di vista metodologico. Questo, al fine di consolidare una base tassonomica e semantica comune, in linea con la letteratura internazionale che permetta di:

- una comparazione dei dati monitorati,
- poter analizzare e gestire i dati con univoca metodologia validata
- offrire un approccio sistematico condiviso.
Il documento descrive pertanto i requisiti minimi che le evidenze scientifiche identificano quali necessari alla gestione della policy, delle procedure, della tassonomia e degli strumenti gestionali degli eventi singoli e/o aggregati, della scheda di segnalazione e degli interventi formativi volti alla standardizzazione dell’approccio per la compressione del rischio di caduta in Ospedale/RSA/RSD.
2. GLOSSOLOGIA

In letteratura sono riportate numerose definizioni dell’evento “caduta”, alcune più restrittive, altre più generiche e comprehensive di qualunque evento che provochi uno sbilanciamento o cambiamento non intenzionale di posizione. Queste differenze, unitamente alla mancanza di una chiara definizione dei criteri di inclusione ed esclusione degli eventi oggetto di rilevazione ed analisi, rendono poco confrontabili i risultati degli studi finalizzati a valutare la frequenza e le caratteristiche delle cadute e, soprattutto, l’efficacia degli interventi di prevenzione.

Già nel report del “Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly” (Kellogg, 1987; Appendix A, p. 14), Bernard Isaacs metteva in guardia sulla possibilità di una inadequata trasmissione delle informazioni tra paziente e medico e tra ricercatori, con conseguente perdita di chiarezza, a meno che la caduta non fosse appropriatamente definita. Il report Kellogg identificava la necessità di 1) definire la caduta al fine di identificare con chiarezza quali eventi devono essere inclusi e quali no, 2) classificare gli eventi al fine di consentire comparabilità tra i risultati degli studi.

Obiettivo di questo paragrafo è fornire, tra le diverse definizioni e classificazioni delle cadute presenti in letteratura, quelle a cui i Gruppi Aziendali Dedicati (GAD) potranno fare riferimento in modo omogeneo, al fine di garantire una metodologia di lavoro coerente e risultati confrontabili.
### Glossario di riferimento

<table>
<thead>
<tr>
<th>Termine</th>
<th>Descrizione</th>
<th>Fonte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Caduta (Fall)</td>
<td>Un evento per cui una persona si accascia al suolo o altro livello più basso, con o senza perdita di coscienza.</td>
<td>Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people. Guidelines commissioned by the National Institute for Clinical Excellence (NICE) November 2004</td>
</tr>
<tr>
<td>Cadute senza testimone (un-witness fall)</td>
<td>Cambiamento nella posizione non intenzionale che costringe una persona ad accasciarsi a terra, sul pavimento o ad un livello più basso, escludendo il cambio intenzionale della posizione con appoggio a mobili, pareti o altri oggetti.</td>
<td>WHO global Report on Falls Prevention in Older Ager - Geneve: WHO.2007</td>
</tr>
<tr>
<td>Caduta con danno (Falls with injury)</td>
<td>Si configura quando un paziente viene ritrovato sul pavimento, e nessuno, né il paziente né altri soggetti, sanno come ciò sia avvenuto.</td>
<td>Falls Toolkit. VHA NCPS May 2004</td>
</tr>
<tr>
<td>Corrispondenza tra scala valutazione gravità ICSI e classificazione del Manuale utente Database Cadute Regione Lombardia</td>
<td></td>
<td>Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people. Guidelines commissioned by the National Institute for Clinical Excellence (NICE). November 2004</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Scala valutazione gravità (ICSI)</th>
<th>Classificazione (Manuale DB Cadute Regione Lombardia)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Assenza di danno apparente</td>
<td>Nessuna</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Minore: contusione o abrasione</td>
<td>Lieve: ≤ 3 gg</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Moderato: danno che causa una dislocazione di cannula o di linea di infusione, o una frattura, o una ferita che richiede sutura</td>
<td>Moderata: da 4 a 20 gg</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Maggiore: danno che richiede un intervento chirurgico o il trasferimento in Terapia intensiva per il monitoraggio di conseguenze che mettono in pericolo di vita</td>
<td>Severa: da 21 a 39 gg</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Morte</td>
<td>Decesso</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Improvvisa e inattesa perdita dell’equilibrio che non esita in caduta o altro danno. Questa categoria può includere una persona che inciampa, scivola, fa un passo falso, ma è in grado di riprendere il controllo prima di cadere. | Falls Toolkit. VHA NCPS May 2004 |
### Tassonomie di riferimento

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sistema di classificazione</th>
<th>Descrizione</th>
<th>Fonte</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Classificazione delle cadute per fattori di rischio | 1. Cadute da fattori di rischio intrinseci (anamnesi di cadute pregresse, deterioramento mentale, deterioramento sistema scheletro e neuromuscolare, disturbi dell’equilibrio, instabilità posturale, riduzione del visus, dell’udito, incontinenza o urgenza di eliminazione, fattori psicologici che configurano la "fear of falling syndrome")  

| Classificazione delle cadute per tipologia di evento | 1) accidentali: causate per lo più da inciampo, scivolamento del paziente, e attribuibili in genere a fattori ambientali (pavimento bagnato o disconnesso, scalini, assenza di appoggi)  
2) prevenibili/prevedibili: cadute di soggetti definiti “a rischio” (per anamnesi di caduta recente, disturbi del cammino, uso di ausili, incontinenza, deficit cognitivi, disorientamento, farmaci)  
3. DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

A) Documentazione nazionale e regionale


B) Documentazione internazionale

WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization 2007

Guidebook for Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Australian Hospitals

A Short Version of Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. Australian Commission on Safety and Quality in Health care. 2009


Falls Toolkit. VHA NCPS May 2004

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

Minimising the Risk of Falls & Fall-related Injuries. Guidelines for Acute, Sub-acute and Residential Care Settings. Published by the Metropolitan Health and Aged Care Services Division Victorian Government Department of Human Services. Melbourne Victoria July 2004
4. ISTITUZIONE ED ATTIVITA' DEL GRUPPO AZIENDALE DEDICATO (GAD CADUTE)

Ogni Azienda, al fine di definire un percorso rivolto alla prevenzione e gestione dell’evento cadute dei pazienti, deve istituire un Gruppo di lavoro Aziendale Dedicato (GAD CADUTE) designato con atto della Direzione Strategica Aziendale. Il gruppo potrà coincidere - o costituire sottogruppo - di commissioni, comitati già operativi cui afferiscono attività di gestione del rischio sanitario e qualità.

Il Gruppo Aziendale Dedicato è un gruppo operativo ristretto, i cui componenti sono in possesso di:

- competenze infermieristiche e cliniche;
- conoscenze dei principi, metodi e strumenti di Risk Management;
- conoscenza degli strumenti e metodi per la gestione della Qualità;
- conoscenza dei principi e delle tecniche per la formazione.

Per interventi con caratteristiche specifiche di riduzione del rischio cadute, altre funzioni aziendali sono coinvolte, come ad esempio: Direzione Sanitaria/Medica, SITRA/DITRA, Farmacia, Ufficio Tecnico, Ingegneria Clinica, Servizio Prevenzione Protezione. All’interno del GAD deve essere identificato un coordinatore con funzione di integrazione tra le diverse professionalità, al fine di garantire la continuità degli interventi progettati/attuati nell’intero ambito aziendale.

Per le RSA/RSD a gestione diretta il GAD prevede la partecipazione del Risk Manager dell’ASL di riferimento.

Il GAD è parte integrante del Sistema Qualità e Sicurezza e opera in conformità agli Standard Joint Commission International, alle nome UNI EN ISO 9000 e agli standard HPH (Health Promotion Hospitals & Health Service). All’interno di tale Sistema, fondamentale è il mandato conferito dalla Direzione Strategica nell’ambito del programma di miglioramento continuo del processo di gestione e prevenzione delle cadute.

Il GAD sovraintende al piano strategico per la prevenzione delle cadute, alla sua implementazione e valutazione; definisce le fasi di realizzazione e le relative tempistiche; individua le risorse disponibili, individua le criticità e i punti di forza nelle attività progettate e nella loro implementazione. Nel dettaglio i suoi mandati sono così definiti:

- elabora la relativa documentazione aziendale in un’ottica di integrazione con i sistemi di accreditamento adottati dall’azienda;
- riceve ed analizza le singole segnalazioni e dati in forma aggregata;
- effettua il monitoraggio del processo e mette in atto azioni di feed back;
- propone e attiva, in accordo con le strutture competenti (Sistema Qualità e Sicurezza), azioni di miglioramento;
- contribuisce alla progettazione di eventi formativi specifici;
- elabora e diffonde materiale formativo ed educazionale;
- crea le condizioni per condividere in rete quanto elaborato.
4.1 DEFINIZIONE DI POLITICHE E DOCUMENTAZIONE AZIENDALE

Ogni azienda, in ottemperanza alle Linee guida Regionali in materia di Risk Management, e sulla base dei propri piani Qualità, Sicurezza e Risk Management deve elaborare politiche e procedure aziendali.

A questo compito, come già detto, è deputato il GAD che rielabora le strategie aziendali eventualmente già adottate sulla base delle presenti linee di indirizzo. Il GAD elabora un piano di azione e gli strumenti per la sua implementazione.

Fra gli strumenti da adottare si ritiene indispensabile:

- la elaborazione di una procedura operativa;

la progettazione della attività formativa;

La procedura aziendale deve utilizzare linee guida accreditate, che descrivano le varie fasi del processo, specificando, per ciascuna fase, i metodi, gli strumenti e le responsabilità per la rilevazione/inquadramento dei rischi, l’analisi dei rischi, la riduzione/prevenzione dei rischi.

4.1.1 Requisiti minimi di contenuto della procedura

La procedura deve contenere i seguenti requisiti minimi:

Glossario di riferimento: (definizione di caduta, near fall, ecc.) (si veda a questo proposito il Capitolo 2 “Glossologia”);

Ambito di applicazione: individuare il setting assistenziale (struttura che applica la prevenzione)

Scelta della popolazione di riferimento;

Oggetto del monitoraggio (la procedura si applica a tutte le cadute, anche senza danno, near fall) (ved. Capitolo 2)

Scelta della modalità di valutazione dei fattori intrinseci (legati al paziente)

Scelta della modalità di valutazione dei fattori estrinseci (fattori legati all’ambiente);

Modalità di segnalazione

Modalità di analisi e gestione eventi

Strumenti di misura e loro uso

Indicazione delle azioni preventive

Utilizzo dei mezzi di contenzione

Interventi da attuarsi nella fase post caduta

Indicatori di monitoraggio

Responsabilità per ciascuna fase di processo

Per i requisiti 7., 8., 9. si può far riferimento a procedure aziendali o modalità operative già in atto in Azienda come ad es. la Procedura di gestione del rischio, ecc...
Pertanto in ogni azienda si dovrà riscontrare l’esistenza di una procedura approvata redatta dal gruppo aziendale dedicato (GAD). La procedura deve essere integrata nel processo assistenziale secondo le indicazioni fornite nella Sezione relativa alla “continuità assistenziale” (ved. Capitolo 4.4.3).

La procedura va presentata, discussa e condivisa ad ogni livello organizzativo, dandone opportuna evidenza.

E’ opportuna una applicazione sperimentale della procedura/documento. In letteratura sono consigliate applicazioni iniziali (sperimentazioni) campione limitate ad alcuni reparti o a tutto l’ospedale solo nel caso di piccoli ospedali.

La procedura va aggiornata almeno ogni due anni sulla base dei dati della letteratura e della esperienza acquisita sul tema.

4.2. STRATEGIE DI PREVENZIONE

L’approccio consigliato è basato su linee guida accreditate e deve essere sistemico e multimodale.

4.2.1 Integrazione nei processi aziendali

Il coinvolgimento di tutti i processi aziendali deve avvenire mediante l’integrazione degli obiettivi di prevenzione del danno da caduta nel processo di pianificazione strategica e negli atti di programmazione della allocazione delle risorse (acquisizione di beni e servizi, ristrutturazioni ambientali).

I piani di miglioramento dell’assistenza erogata riporteranno gli obiettivi e gli indicatori relativi a questo ambito. Il percorso di inserimento dei neoassunti e i piani di formazione e di retraining del personale comprenderanno specificamente le azioni previste nella strategia aziendale. La declinazione dal livello strategico alla line avverrà mediante l’integrazione negli obiettivi di budget delle singole UU.OO. e/o Dipartimenti degli obiettivi scelti da ogni AO in relazione allo stato di implementazione della procedura, ovvero delle azioni in essa previste. Analogamente le azioni necessarie alla prevenzione del rischio caduta vanno inserite nelle politiche della documentazione sanitaria, prevedendo che la stessa sia integrata dalla documentazione prevista a supporto del processo assistenziale (ved. Capitolo 4.4.3).

4.2.2 Le strategie di prevenzione multifattoriale

Le strategie di prevenzione multifattoriale prevedono:

- inquadramento dei fattori di rischio
- Integrazione dei fattori e delle competenze
- Interventi di prevenzione/protezione multipli, mirati e specifici
- Monitoraggio degli eventi
- Formazione ed addestramento

L’inquadramento dei fattori di rischio prevede la individuazione di fattori di rischio intrinseci e estrinseci.
**Individuazione dei fattori di rischio intrinseci**

Per definire i rischi intrinseci occorre effettuare la valutazione dei fattori correlati al paziente: età, patologie, deficit fisici e cognitivi, anomalie comportamentali, paura di cadere.

Gli strumenti a disposizione sono i seguenti:

1. Strumenti di screening
2. Strumenti di valutazione Funzionale
3. Valutazione medica completa

**1. Strumenti di screening**

Gli strumenti di screening possono essere:

- strumenti di screening di uso infermieristico
- strumenti per identificazione di livelli o di aree di rischio
- strumenti che producono un continuum di score, per valutare il rischio cumulativo o l'indice di probabilità
- strumenti dicotomici, che producono categorie si/no, predittive di alto/basso rischio

Gli strumenti di screening servono per inquadramento del rischio caduta a livello di ospedale o residenza assistita e generalmente si utilizzano strumenti di valutazione infermieristica, quali le scale (Morse, Conley, STRATIFY, Hendrich, ecc).

**Scelta della scala di valutazione del rischio**

Le scale sono costruite partendo dall’analisi multivariata dei fattori correlati all’evento caduta; i fattori che, all’analisi statistica, hanno dimostrato più forte correlazione con l’evento caduta, sono stati utilizzati per costruire modelli predittivi e scale di rischio.

Sono stati valutati più di 400 parametri clinici dei pazienti che hanno riportato una caduta, misurando (RR; LR) la correlazione di ciascun fattore con una aumentata incidenza di cadute, sia in ambiente ospedaliero che residenziale o a domicilio.

**Razionale:** uno strumento, costruito attraverso una analisi statistica, e validato da studi clinici, dovrebbe fornire una accuratezza di valutazione migliore della migliore ipotesi di giudizio professionale dello staff.

Requisiti di uno strumento di screening

(in accordo con Standard for Reporting of Diagnostic Accuracy- STARD)

- facilità nella compilazione, e presenza di chiare istruzioni d’uso
- sostenibilità per l’organizzazione, fattibilità, e gestibilità rispetto all’addestramento necessario e l’attrezzatura da usare
- elevata aderenza da parte dello staff
- elevata confrontabilità e concordanza
- trasparente calcolo dello score di rischio, basato sulle caratteristiche operative dello strumento e non arbitrariamente assegnato (indicazione del cut off)
- capacità di misurare effettivamente l’oggetto della valutazione
- validità e pertinenza (forte valore predittivo nella popolazione di interesse, e dati consistenti ottenuti da ripetuti studi prospettici)
buona (esplicitata) validità predittiva: sensibilità, specificità, VPP, VPN, totale accuratezza predittiva (TPA)
- ristretto intervallo di confidenza
- validazione in più di una coorte di pazienti, e in particolare in coorti di pazienti con caratteristiche simili a quelle del contesto in cui si vuole usare (validità esterna)

2. Strumenti di valutazione funzionale

La valutazione funzionale della mobilità è effettuata di solito da fisiatri e fisioterapisti, per pazienti degenti in ambito specialistico o geriatrico, ma anche residenziale o domiciliare.

Vengono utilizzati strumenti finalizzati ad evidenziare specifiche limitazioni dell’andatura e dell’equilibrio; esempi sono la Berg Balance Test e la Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment; possono far parte di una valutazione medica completa e richiedono, per la loro esecuzione, personale addestrato (in genere fisioterapisti). Sono piuttosto lunghi nella esecuzione e talvolta gravosi per i pazienti.

3. Valutazione medica completa

Generalmente eseguita in ambito geriatrico, per valutare e trattare pazienti già identificati come pazienti ad alto rischio o in fase post-caduta.

Le valutazioni mediche sono molteplici:
- stato mentale, psicologico e cognitivo,
- condizioni fisiche e nutrizionali,
- visus,
- forza muscolare,
- andatura ed equilibrio,
- malattie croniche coesistenti,
- terapie farmacologiche

Richiede naturalmente un notevole tempo di esecuzione, e di solito viene effettuata da un team di medici e infermieri specializzati.

4.2.3 Le scale di valutazione

Sono di seguito indicate le raccomandazioni utili a gestire questa fase del processo.

Identificazione delle scale di valutazione del rischio

La scelta dello strumento da adottare è un momento fondamentale e critico.

I punti cardine del processo sono:
- Identificazione dello/ gli strumento/i da parte del GAD cadute
- Formazione degli operatori che dovranno usare lo/ gli strumento/i
- Verifica del corretto utilizzo dello strumento (completezza, risultati)
- Presenza in allegato alla procedura aziendale dello / degli strumenti di valutazione del rischio identificati.
Prima della introduzione è opportuno porsi le seguenti domande:

- quale è la strategia complessiva di prevenzione delle cadute che si vuole implementare?
- quali sono le risorse a disposizione?
- quali le barriere da superare?
- quale è il setting di pazienti in cui va utilizzato lo strumento?
- lo strumento che si vuole utilizzare è stato sufficientemente testato?
- quale è l'obiettivo dello strumento, e, soprattutto, come saranno utilizzate le informazioni ottenute?

Introduzione delle scale di valutazione del rischio caduta

A tal fine è necessario:

- Conoscere le principali scale in riferimento ai diversi setting assistenziali
- Utilizzare strumenti di misurazione del rischio supportati da letteratura
- Considerare:
  - Sostenibilità per l'organizzazione (facilità nella compilazione)
  - Presenza di chiare istruzioni d'uso
  - Formazione ed addestramento del personale coinvolto

Utilizzo delle scale di valutazione del rischio caduta

- **Definire:**
  - le sedi di utilizzo
  - i pazienti destinatari
  - i valutatori
  - le modalità di applicazione della scala (prima valutazione/rivalutazione)
- **Inserire lo strumento** di valutazione debitamente compilato nella documentazione sanitaria come sua parte integrante
- **Condividere le informazioni** rilevanti con l'**equipe** assistenziale medico-infermieristica (in particolare quando lo strumento di **assessment** abbia rilevato un elevato livello di rischio);
- **Finalizzare l'applicazione dello strumento** di valutazione del rischio cadute all'obiettivo della continuità assistenziale e prevenzione delle cadute post-dimissione. Presenza nella relazione di trasferimento/dimissioni di tutte le informazioni collegate.

Valutazione e rivalutazione del rischio caduta

La procedura deve altresì prevedere i momenti nei quali eseguire la valutazione e le rivalutazioni del rischio di caduta alla popolazione appropriata.

Sulla base della letteratura di riferimento sono indicati i momenti fondamentali nei seguenti:

- ingresso in reparto (entro 24 ore)
- trasferimento di reparto
- dimissione
- ad ogni cambiamento dei fattori di rischio
- ad ogni cambiamento delle condizioni del paziente

---

1 (Oliver D. Age and Ageing 2008)
Ogni volta che avviene un cambiamento nelle condizioni del paziente, tale cambiamento potrebbe potenzialmente incidere sul rischio caduta. Per esempio, se il paziente avverte segnali di debolezza e se presenta vertigini, certamente si assiste ad un incremento significativo del rischio di caduta. Pertanto ogni variazione di condizione del paziente deve essere continuamente valutata per determinare in modo accurato il rischio di caduta.

Un altro momento di particolare attenzione deve essere l’aggiunta o cambio di farmaci:

attenzione ai farmaci per determinare se un singolo farmaco oppure una combinazione degli stessi possa aumentare il rischio di caduta, considerando anche le precedenti abitudini farmacologiche del paziente;

porre particolare attenzione alle tipologie ed ai dosaggi dei farmaci posti in terapia ex novo e mai assunti in precedenza;

l’effetto iniziale della prima assunzione di un farmaco sedativo, può risultare maggiore (ed in alcuni casi anche imprevedibile, come nei rari casi di effetto paradosso di psicofarmaci), rispetto al suo uso successivo o cronico;

alcune organizzazioni chiedono supporto al farmacista nella valutazione dei farmaci più appropriati, suggerendo alternative ai medici su quali farmaci possono modificare il rischio di caduta.

**Immediatamente dopo la** caduta è di particolare importanza eseguire una rivalutazione di controllo. Lo scopo della rivalutazione post-caduta è quello di identificare le circostanze della caduta, la presenza di nuovi fattori di rischio e pianificare appropriati interventi per prevenire altre cadute.

**Trasferimento delle informazioni e adozione di azioni di prevenzione-protezione**

La procedura deve altresì indicare espressamente le modalità di trasferimento delle informazioni acquisite allo staff assistenziale e tradursi in concrete azioni preventive; le azioni preventive devono essere definite e applicate in relazione al punteggio risultante dalla applicazione delle scale.

Nell’esempio che segue si ipotizza un paziente valutato per l’item mobilità con punteggio “n” che usa stampelle, bastone o deambulatore.

Azioni preventive da adottare:

---

2 (Patients on four or more drugs are at greater risk of falls. ICSI INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, March 2008)

---

3 - Morse JM, Morse R, Tylko S. Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging 1989;8:366-77.
 - The Johanna Briggs Institute , 1998 ; Moreland , 2003 ; Chiari , 2004 ; RNAO , 2005
 - Registered Nurses’ Association of Ontario (2005). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult.(Revised). Toronto, Canada : Registered Nurses’ Association of Ontario
 - Joint Commission for the accreditation of Health Care Organisation. Preventing restraint deaths, sentinel event alert, 1998. Repor No.: issue 8
1. Effettuare una valutazione puntuale del grado di autonomia motoria con particolare attenzione alle capacità residue del paziente.
2. Le ciabatte devono essere possibilmente evitate, (preferire scarpe con suola antiscivolo), oppure essere dotate a loro volta di suola antiscivolo e devono essere della misura adeguata;
3. Indicare l’utilizzo di vestaglie non troppo lunghe che potrebbero costituire elemento di inciampo e di caduta;
4. Mantenere il letto in una posizione bassa per quei pazienti che sono autonomi ma comunque a rischio di caduta;
5. Assicurare che i freni del letto siano bloccati;
6. Fare in modo che il paziente possa raggiungere gli ausili che gli sono necessari;
7. Utilizzare sempre presidi intregi per ridurre i potenziali rischi;
8. Insegnare ai pazienti (in particolare gli anziani) che ritornano a letto a salire non frontalmente con le ginocchia, ma sedendosi.
9. Insegnare l’uso del campanello ed assicurarsi che possa essere raggiunto dal paziente in qualsiasi momento, soprattutto quando il paziente si trova nel letto e durante notte).

Prevedere inoltre i seguenti momenti:
- Registrare e comunicare l’esito della valutazione
- Riportare altre informazioni utili
- Attivare eventuali azioni di valutazione di II livello
- Esplicitare i provvedimenti raccomandati (farmaci, presidi, ecc)

### 4.2.4 Individuazione dei fattori estrinseci

I fattori estrinseci sono i fattori correlati all’ambiente, all’organizzazione e alla struttura.

L’ambiente inteso come struttura, riveste un ruolo fondamentale nella gestione della prevenzione delle cadute.

Le responsabilità di mantenere un ambiente sicuro sono del Direttore e del Coordinatore Infermieristico.

Il soggetto incaricato di verificare l’adeguatezza dell’ambiente deve utilizzare una Check List di controllo. Le verifiche della struttura devono essere effettuate periodicamente, così come la verifica degli ausili a disposizione.

**Introduzione di Checklist relativa alla gestione del rischio ambientale**

Requisiti minimo di contenuto:

- Identificare e valutare le caratteristiche ambientali che possono generare rischi, definendo una lista degli elementi da controllare e dei requisiti richiesti:
  - Struttura (corridoi, camere, bagni...)
  - Arredi (letti, comodini, sedie...)
  - Pavimenti
  - Illuminazione
  - Presenza/assenza e caratteristiche degli ausili (sedie a rotelle, barelle, deambulatori, ausili per movimentazione dei pazienti, aste per flebo...)
- Identificare le responsabilità per il controllo di ciascun gruppo di elementi

---

4 (RICPS Check sicurezza ambiente e presidi, in allegato)
• Identificare la calendarizzazione dei controlli per ciascun gruppo di elementi

4.2.5 Utilizzo di ausili di contenzione

L'utilizzo della contenzione fisica come prevenzione delle cadute, non trova riscontro negli studi condotti: non vi è infatti alcuna prova che la contenzione fisica eviti la caduta nei soggetti anziani ospedalizzati (Journal of the American Geriatrics Society marzo 2002).

L'utilizzo di spondine, bracciali per fissare gli arti o fasce addominali rientra nelle modalità operative di contenzione. La contenzione fisica, così come quella farmacologica, deve essere effettuata solo su prescrizione del medico.

L'utilizzo di una sola spondina, durante la notte, richiesta e/o concordata con il paziente per aumentare il bisogno di sicurezza, è consentito.

Raccomandazioni all’utilizzo di mezzi di contenzione\(^5\)

- La contenzione deve essere utilizzata come ultima risorsa e solo se i potenziali benefici sono superiori ai potenziali danni.
- Utilizzare il minimo contenimento per il minor tempo.
- Rivalutare frequentemente la necessità di contenere.
- Applicare i mezzi di contenzione nel rispetto delle indicazioni fornite dal costruttore.
- Osservare la persona durante il periodo di contenzione.
- Durante il periodo di contenzione garantire alla persona la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore, con esclusione della notte.
- Durante il periodo di contenzione la persona deve avere altresì la possibilità di essere idratata, nutrita, accompagnata in bagno.
- La valutazione di eventuali effetti dannosi attribuibili alla contenzione, quali abrasioni o ulcere da pressione, deve essere fatta ogni 3 – 4 ore.
- Dare evidenza (documentare in cartella) eventuali osservazioni rilevate durante il controllo e i conseguenti interventi attuati.

4.3 MODALITÀ PER LA SEGNALAZIONE E GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI

4.3.1 La segnalazione e l’utilizzo dei dati

Il sistema di segnalazione delle cadute è da considerarsi a tutti gli effetti come una forma di incident reporting e, come tale, deve trovare la sua naturale collocazione all’interno del sistema aziendale di gestione del rischio clinico e della qualità, ciò anche con riferimento al SIMES.

- Evidence Based guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care Gerontological Nursing 2007; 33(2):917.
- L’infermire n.3/2009 - articolo “Superare la contezione: si può fare”.
Come ogni forma di *incident reporting* la segnalazione delle cadute deve essere intesa dall’organizzazione come un campanello d’allarme; in quanto tale rappresenta uno degli strumenti utilizzabili per definire il suo profilo di rischio e raccogliere dati e informazioni utili a garantire la sicurezza dei pazienti e comprimere i livelli di rischio ma, fra gli strumenti, non è l’unico né il principale.

Lo strumento esprime tutto il suo valore se gestito in modo integrato con l’insieme delle attività sviluppate nell’area della qualità e della gestione del rischio, in modo particolare il sistema di rievazione delle cadute deve lavorare in sinergia con:

- gli altri sistemi di rilevazione degli eventi e del rischio;
- lo studio dei processi condotto con tecniche di analisi qualitativa.

Ciò significa, a livello di sistema di governo, operare per la massima integrazione fra le diverse funzioni interessate:

- Direzione Sanitaria e Infermieristica
- Funzione Qualità
- Percorsi di sviluppo dei requisiti *Joint Commission*
- Risk Management
- Modello organizzativo secondo il Codice Etico
- Sistema per la sicurezza dei lavoratori

Perché l’attività di segnalazione abbia successo è condizione necessaria che siano rispettati alcuni requisiti di base:

- l’assenza di comportamenti punitivi collegati alla segnalazione;
- il ritorno o “restituzione” delle informazioni raccolte;
- l’attivazione di risposte che dimostrino la presa in carico dei problemi segnalati.

E’ documentato che gli ostacoli più grandi all’attivazione di un sistema di segnalazione sono:

- l’atteggiamento omertoso diffuso;
- la cultura dominante della punizione;
- la scarsa informazione e condivisione del percorso.

A ogni livello d’intervento e per ogni nuova attività intrapresa, deve essere prevista, con l’obiettivo di incidere sulla cultura dell’organizzazione, un’azione organica e duratura nel tempo di informazione e formazione.

La procedura approntata dalla struttura deve specificare il significato, le finalità e l’operatività della segnalazione; in modo particolare devono essere descritte le modalità di segnalazione della caduta e le modalità di analisi e di gestione degli eventi.

Il percorso della segnalazione e la scelta dello strumento devono garantire:

- la raccolta di tutte le informazioni necessarie ad assolvere ai flussi informativi istituzionali cui le Aziende sono tenute;
- la messa a disposizione dei dati che permettono l’analisi, da un lato del singolo evento, laddove necessario, dall’altro degli eventi in forma aggregata.
Il percorso e gli strumenti scelti devono in ogni modo rispondere al criterio di sostenibilità; la struttura e i singoli operatori devono essere chiamati a condurre attività che capiscono, condividono e sono strutturate in modo da essere compatibili con l’organizzazione del lavoro in essere.

Nella progettazione e nello sviluppo del sistema di segnalazione delle cadute è di grande utilità dare preliminarmente risposta ad una serie di quesiti guida:

Perché si segnala

La finalità della segnalazione è quella di:

- permettere agli operatori di richiamare l’attenzione su eventi indesiderati e su condizioni di rischio;
- mettere l’organizzazione nelle condizioni di rendersi conto dei problemi in modo da poter intervenire per la loro soluzione;
- evidenziare precocemente, all’interno delle strutture, possibili nodi critici e condizioni di rischio, così che possano essere messe in atto strategie preventive e di miglioramento per ridurre i pericoli ed aumentare la sicurezza;
- concorrere alla costruzione di banche dati su condizioni ed eventi a rischio utili alla “comunità” professionale.

La messa a regime del sistema di segnalazione permetterà, laddove già non in essere, di:

- Poter descrivere e monitorare:
  - l’entità del fenomeno delle cadute
  - le caratteristiche degli eventi caduta (sede, luogo, modalità e dinamica);
  - gli effetti delle cadute (con o senza danno, entità e tipo di danno);
  - i fattori contribuenti (paziente, organizzazione, ambienti e presidi);
- Realizzare il confronto fra le diverse realtà;
- Approfondire e prendere in carico tematiche specifiche;
- Attivare azioni correttive e preventive.

Cosa si segnala

L’oggetto della segnalazione deve essere conosciuto in modo chiaro a tutti gli operatori coinvolti, in modo che non vi siano margini di dubbio.

La caduta è definita come:
"Cambiamento nella posizione non intenzionale che costringe una persona ad accasciarsi a terra, sui pavimento o ad un livello più basso, escludendo il cambio intenzionale della posizione con appoggio a mobili, pareti o altri oggetti "

Esempi:
- la persona viene rinvenuta a terra
- qualcuno riferisce che la persona è caduta
- la persona stessa riferisce di essere caduta

• la persona è rinvenuta in una condizione che avrebbe potuto determinare una caduta (quasi caduta).

In questa definizione devono anche essere comprese tutte le situazioni in cui il paziente ha rischiato di cadere.

Chi segnala

Più è ampio l’accesso alla segnalazione più aumenterà il valore delle osservazioni, con la possibilità di evidenziare eventuali utili, ma anche maggiore sarà la possibilità di raccogliere segnalazioni di “disturbo” ovvero segnalazioni non conformi agli obiettivi, incomplete o prive di interesse.

Come indirizzo generale si ritiene che ogni operatore sanitario possa segnalare la caduta e la quasi caduta; sarà comunque la singola Azienda nella propria procedura a definire chi e attraverso quali canali è abilitato alla segnalazione.

Qualsiasi sia la scelta operata, i segnalatori, indipendentemente dalla categoria professionale di appartenenza, devono essere opportunamente preparati.

Un sistema di segnalazione attivato senza la formazione dei soggetti coinvolti è destinato ad avere una elevata probabilità di insuccesso e produrre dati disomogenei, incompleti e non affidabili.

Con quale strumento si segnala

La segnalazione viene abitualmente condotta attraverso la compilazione di report in forma cartacea (scheda) o informatizzata.

I formati di segnalazione possono essere più o meno strutturati e guidati in funzione della natura delle informazioni che si vogliono raccogliere.

La scheda può essere strutturata in più sezioni, da compilare a cura delle diverse figure sanitarie.

E’ facoltà di ogni singola Azienda definire la struttura e il formato della propria scheda, fatti salvi i requisiti di contenuto riportati nella sezione “Requisiti della scheda”.

Come si segnala

E’ da farsi una precisazione in relazione a quanto deve comparire nella documentazione clinica in riferimento all’episodio “caduta”.

La caduta è un accadimento /evento che occorre nel corso della degenza e come per ogni altro deve conservarsene traccia nella documentazione sanitaria.

Nella documentazione sanitaria devono essere effettuate tutte le registrazioni relative alle valutazioni, agli interventi, alle prescrizioni che il personale sanitario fa in seguito all’episodio di caduta.

La mancata registrazione è una omissione.

La registrazione dei dati della caduta deve essere immediata e contestuale all’intervento del sanitario:
• il medico registra sul diario clinico della cartella l’episodio di caduta, il danno (se presente) ed i provvedimenti adottati
• l’infermiere annota sul diario infermieristico l’evento ed i provvedimenti presi.

La registrazione nella documentazione sanitaria è cosa diversa dalla compilazione della scheda di segnalazione, quest’ultimo documento deve seguire un percorso separato e distinto e in genere, come comunicazione interna della struttura, è bene che non sia archiviato con la cartella clinica.

Il segnalatore compila la scheda o la maschera informatica in tutti i suoi campi e solo quando completa (sarà opportuno che l’organizzazione definisca in procedura un limite temporale massimo), la inoltra alla funzione identificata in procedura.

A livello della funzione ricevente finale è necessario che sia condotto un controllo di coerenza fra la data dell’evento, la data della registrazione e la data di ricevimento della segnalazione.

A chi si segnala
Come detto, quello della segnalazione è un percorso distinto dalla registrazione dell’evento, il GAD deve definirne l’iter.

Ogni Azienda ha facoltà, in funzione della propria organizzazione, di definire come meglio ritiene il percorso della segnalazione (dall’operatore segnalante direttamente alla funzione destinataria finale – dall’operatore segnalante al responsabile gerarchico e da questo alla funzione destinataria finale, ...).

Comunque, indipendentemente dai passaggi che possono essere stabiliti dall’organizzazione e dalla comunicazione che può interessare più soggetti, la segnalazione deve avere come destinatario finale la funzione che all’interno della struttura gestisce il Risk Management.

Quale utilizzo fare della segnalazione

Il fatto che venga attivato un sistema di segnalazioni non aumenta di per sè la sicurezza del paziente. Ciò che determina il cambiamento sono le risposte attivate in relazione ai rilievi raccolti; il sistema di reazione dell’organizzazione agli eventi indesiderati è più importante del modo in cui essi vengono rilevati.

Il livello di utilizzo delle informazioni raccolte con la segnalazione è duplice:

- Intervenire su singoli casi.
- Acquisire una visione di sistema della problematica

Si distinguono due azioni in risposta alla segnalazione:
il trattamento del singolo caso che prevede la messa in atto di tutte le attività e i provvedimenti tesi a contenere e ridurre l’entità dell’eventuale danno e l’azione di correzione delle condizioni che hanno determinato o favorito l’evento e/o potenzialmente possono determinarne altri.

Analisi delle segnalazioni analisi degli eventi

Nella propria procedura il GAD deve definire:

- I dati oggetto di analisi (es. eventi singoli, dati aggregati, ...)

Direzione Generale Sanità
• Quali strumenti adottare per l’analisi degli eventi (RCA/audit/altro)
• Le modalità di conduzione dell’analisi dei dati aggregati (quali strumenti statistici)
• I soggetti deputati all’analisi
• La periodicità dell’analisi (per gli eventi sentinella si fa riferimento al decreto SIMES)
• La reportistica prodotta (struttura ed indicatori) e i destinatari di questa
• La struttura e le responsabilità dei Piani di miglioramento

Le funzioni individuate devono produrre **Report almeno con scadenza semestrale**, stratificati in base alla struttura organizzativa (Azienda, Presidio, Dipartimento, Unità Operativa; per le RSA nucleo di appartenenza).

Collegata all’analisi delle informazioni e dei dati deve essere data evidenza:
• delle Riunioni periodiche per l’analisi base di tutti gli eventi del GAD cadute;
• del Ritorno informativo alle Unità Operative interessate.

E’ opportuno che ogni struttura si doti di un data base per la raccolta degli eventi, la loro distribuzione, le caratteristiche, le azioni adottate e gli eventuali fattori causali rilevati..., da cui estrarre le informazioni per strutturare gli indicatori di monitoraggio.

### 4.3.2 Requisiti della scheda

Sono di seguito individuate una serie di informazioni o “requisiti minimi di contenuto” che devono essere comprese nella segnalazione.

**Set minimo di informazioni finalizzate ad analisi epidemiologica:**

Informazioni sul paziente (per RSA/RSD: ospite):
• degente/ambulatoriale
• età (1), sesso, anagrafica (nome, cognome, data nascita)
• grado di mobilità (2)
• terapia farmacologica in atto, possibilmente per categorie (3)

Informazioni sull’evento:
• data, specificando se giorno festivo o feriale, orario accadimento con riferimento al turno lavorativo (4)
• sede accadimento (5)
• conseguenze (descrizione del danno, prognosi) (6)
• provvedimenti diagnostici e terapeutici adottati (7)
• data compilazione scheda
• nome e qualifica del segnalatore (a discrezione della struttura)

Se degente indicare inoltre:
• data di ricovero
• numero di cartella clinica
• reparto di degenza (per RSA/RSD: nucleo di appartenenza)
• tipo di ricovero (urgente-programmato)
per RSA: classe SOSIA dell’ospite prima e dopo evento

<table>
<thead>
<tr>
<th>Età (1)</th>
<th>Mobilità (2)</th>
<th>Terapia Farm. (3)</th>
<th>Turno (4)</th>
<th>Sede accadimento (5)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt;1</td>
<td>Deambulante</td>
<td>Ipotentivi</td>
<td>Mattino</td>
<td>Camera degenza</td>
</tr>
<tr>
<td>1-4</td>
<td>Non deambulante</td>
<td>Ipoglucemizzanti</td>
<td>Pomeriggio</td>
<td>Corridoio degenza</td>
</tr>
<tr>
<td>5 - 14</td>
<td>Deambulante con ausili</td>
<td>Antiaritmici</td>
<td>Notte</td>
<td>Locali soggiorno degenza</td>
</tr>
<tr>
<td>15 -24</td>
<td></td>
<td>Sedativi</td>
<td></td>
<td>Bagno</td>
</tr>
<tr>
<td>25 - 34</td>
<td></td>
<td>Ipnotici</td>
<td></td>
<td>Ambulatorio</td>
</tr>
<tr>
<td>35 -44</td>
<td></td>
<td>Antidepressivi</td>
<td></td>
<td>Sala Operatoria</td>
</tr>
<tr>
<td>45 -54</td>
<td></td>
<td>Antipsicotici</td>
<td></td>
<td>PS/ DEA</td>
</tr>
<tr>
<td>55 -64</td>
<td></td>
<td>Antiepilettici</td>
<td></td>
<td>Spazi comuni ospedale interni</td>
</tr>
<tr>
<td>65 -74</td>
<td></td>
<td>Altro</td>
<td></td>
<td>Spazi comuni ospedale esterni</td>
</tr>
<tr>
<td>75 -84</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Altro</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Conseguenze (6)</th>
<th>Provvedimenti (7)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nessuna</td>
<td>Nessuno</td>
</tr>
<tr>
<td>Lieve ≤ 3gg</td>
<td>Visita specialistica</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderata da 4 a 20gg</td>
<td>Indagini radiologiche (specificare)</td>
</tr>
<tr>
<td>Severa da 21 a 39gg</td>
<td>Controlli ematici (specificare quali)</td>
</tr>
<tr>
<td>Grave ≥40gg</td>
<td>Medicazione fasciatura</td>
</tr>
<tr>
<td>Decesso</td>
<td>Sutura</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Apparecchio gessato</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Intervento chirurgico</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Altro</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Qualora le condizioni organizzative e la maturità del sistema di gestione della qualità e del rischio lo permettano sono state individuate una serie di ulteriori informazioni o “requisiti aggiuntivi” che possono arricchire la segnalazione.

Set esteso di informazioni finalizzate ad analisi delle cause, dei fattori di rischio e delle azioni di prevenzione:

- fattori di rischio intrinseci ed estrinseci
- grado di autonomia/autosufficienza (8) ulteriori specifiche alla mobilità (9)
- eventuali ausili alla deambulazione (10)
- eventuali mezzi di contenzione se presenti (11)
- modalità e dinamica della caduta (12) (13) (14) (15)
- eventuale precedente rilevazione del rischio (con quale strumento, quale punteggio assegnato, data di ultima rilevazione)
- circostanze assistenziali (assistito sì/no - da chi)
- presenza in documentazione sanitaria di eventuali precedenti indicazioni per la prevenzione della caduta (sì/no? - se sì, quali)
• solo per le Aziende che sono in grado di monitorare l'andamento, si suggerisce di segnalare l'esito reale del danno caduta alla dimissione del paziente.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autosufficienza (8)</th>
<th>Mobilità (9)</th>
<th>Ausili (10)</th>
<th>Contenzione (11)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Autosufficiente</td>
<td>Autonoma senza ausili</td>
<td>Nessuno</td>
<td>Nessuna</td>
</tr>
<tr>
<td>Parzialmente autosufficiente</td>
<td>Autonoma con ausili</td>
<td>Bastone</td>
<td>Fasce</td>
</tr>
<tr>
<td>Non autosufficiente</td>
<td>Assistita senza ausili</td>
<td>Deambulatore</td>
<td>Spondine</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Assistita con ausili</td>
<td>Carrozzina</td>
<td>Corsetto</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Allettato</td>
<td>Altro</td>
<td>Farmacologica</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stazione eretta (in piano)</td>
<td>Deambulando</td>
<td>Movimento autonomo</td>
<td>Inciampo</td>
</tr>
<tr>
<td>Stazione eretta (dalle scale)</td>
<td>A riposo</td>
<td>Movimento assistito</td>
<td>Scivolamento</td>
</tr>
<tr>
<td>Letto</td>
<td>Cambio di postura</td>
<td>Mobilizzazione passiva</td>
<td>Urto con oggetto</td>
</tr>
<tr>
<td>Sedia</td>
<td>Trasferimento da letto/carrozzina/sedia</td>
<td>Urto con persona</td>
<td>Spinta</td>
</tr>
<tr>
<td>Sedia rotelle carrozzina</td>
<td>Altro</td>
<td></td>
<td>Evento patologico</td>
</tr>
<tr>
<td>Poltrona comoda</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Altro</td>
</tr>
<tr>
<td>Barella</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Altro</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Le voci riportate derivano dall’analisi delle schede in uso nelle Aziende Ospedaliere della Regione e risultate essere, sotto diversa forma e secondo diverse modalità d’espressione, quelle più frequentemente valutate.

4.4 PROGETTAZIONE DELL’ATTIVITÀ FORMATIVA

Il piano di prevenzione e gestione delle cadute ha come presupposto fondamentale la progettazione e realizzazione di un piano di formazione formulato sulla base delle peculiarità dell’organizzazione e del percorso di miglioramento già effettuato sull’argomento. Il piano prevede: l’analisi del fabbisogno formativo, la definizione di obiettivi, contenuti, tempistica e destinatari, l’individuazione dei docenti, la verifica dei risultati del percorso formativo e delle ricadute organizzative.

La scelta dei docenti deve ricadere all’interno di operatori in possesso delle seguenti competenze:

• conoscenza dell’argomento stante le migliori evidence based practice disponibili;
• conoscenza delle regole, dei principi e delle tecniche per la formazione;
• conoscenze dei principi, tecniche e strumenti di Risk Management;
• conoscenza degli strumenti e metodi per la gestione della Qualità;
• se necessarie, competenze medico legali, statistiche ed epidemiologiche.

Gli obiettivi e i contenuti che orienteranno il percorso formativo sono i seguenti:
• diffondere la cultura della caduta come fenomeno prevedibile/prevenibile;
• conoscere la politica e/o documentazione aziendale;
• utilizzare correttamente i moduli e le check list;
• conoscere e utilizzare le modalità di segnalazione,
• implementare gli strumenti per l’informazione a pazienti, parenti, caregiver;
• garantire la continuità assistenziale attraverso una corretta registrazione nella documentazione sanitaria;
• favorire l’integrazione con altri percorsi aziendali (ISO 9000, JCI, HPH, HTA...);
• conoscere i meccanismi di feed back

Gli interventi formativi devono essere rivolti a:
• équipe multiprofessionale (infermieri, coordinatori, medici, ostetriche, fisioterapisti ....);
• auditor del sistema qualità;
• personale sanitario neo assunto

La priorità nella scelta dei destinatari degli interventi formativi è riferita al contesto organizzativo e alla politica aziendale e potrà riguardare, ad esempio, l’intero contesto organizzativo, strutture a maggior rischio di cadute, ecc..

La valutazione della ricaduta organizzativa del percorso formativo prevede:
• definizione dell’ambito di valutazione (es. segnalazione, valutazione all’ingresso, utilizzo corretto delle scale, rivalutazione...);
• individuazioni delle modalità di valutazione utilizzando ad esempio strumenti/metodi già in uso (audit interni, autovalutazione tramite check list...);
• definizione di indicatori specifici (vedi Capitolo 5)

Il percorso formativo proposto è teso a creare le condizioni necessarie affinché le informazioni e le conoscenze siano effettivamente utilizzate ai fini della prevenzione e della riduzione del danno cadute. Solo in questa prospettiva è possibile operare congiuntamente sul versante organizzativo e su quello culturale.

4.4.1 Coinvolgimento di operatori, pazienti e familiari

Il coinvolgimento di operatori, pazienti e familiari, rappresenta una componente fondamentale dei programmi di prevenzione delle cadute; è finalizzato ad aumentare la consapevolezza di questi soggetti rispetto al rischio caduta ed a fornire strategie per la prevenzione. Gli interventi di formazione raccomandati dal Joanna Briggs Institute\(^7\) rispetto al coinvolgimento di operatori, pazienti e familiari, consistono: nell’addestramento dello staff per aumentare la consapevolezza dei pazienti ad alto rischio e delle strategie preventive; nell’educazione dei pazienti e della loro famiglia sul rischio di cadere, problemi di sicurezza e le loro limitazioni di mobilità; nell’insegnamento ai pazienti ad effettuare cambi posturali in modo lento; nell’orientamento dei pazienti.

\(^7\) Joanna Briggs Institute, Falls in Hospital, traduzione a cura di D. MOSCI, Best Practice, vol. 2 (2), 1998.
pazienti nella loro stanza, nel reparto e su come ottenere assistenza; nei programmi formativi per tutti i pazienti nuovi entrati ed a rischio.

Le Linee Guida "Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani"\(^8\) ribadiscono come non siano solo le condizioni di salute delle persona anziana a facilitare il rischio cadute, ma anche la struttura abitativa, la dotazione infrastrutturale, di arredi e forniscono le seguenti raccomandazioni relative al rischio domestico e interventi di sicurezza:

- "fornire informazioni e interventi educativi mirati alla consapevolezza dei rischi (II/A)"\(^9\);
- offrire alle persone che sono dimesse dall’ospedale o dal pronto soccorso in seguito a cadute un controllo della situazione ambientale e dei pericoli presenti attraverso l’esecuzione di visite domiciliari (III/A);
- formare gli operatori sanitari e socio sanitari all’acquisizione di competenze di base per la verifica della sicurezza dell’ambiente domestico e degli aspetti socio assistenziali correlati (III/B);
- consigliare agli anziani l’installazione di dispositivi (spie anti incendio, strisce anti scivolo, maniglie, ecc.) che possono rendere più sicuro l’ambiente domestico (I/A)."

Le medesime Linee Guida sottolineano che gli interventi cognitivo/comportamentali che risultano essere in grado di ridurre l’incidenza di cadute comprendono il counselling e l’educazione individuale; è provato che l’informazione all’anziano può prevenire cadute successive. Vengono fornite le seguenti raccomandazioni:

- "intraprendere azioni per incoraggiare i pazienti nella prevenzione delle cadute (I/A):
  - i professionisti sanitari dovrebbero aiutare i pazienti a operare cambiamenti volti alla prevenzione delle cadute;
  - se necessario, dovrebbero essere fornite informazioni ai pazienti anche in lingua diversa dall’italiano; i programmi di prevenzione dovrebbero anche contribuire a migliorare l’autostima e a diminuire la paura di cadere;
  - tramite il personale sanitario che si occupa di cadute è importante supportare gli anziani con informazioni sia verbali sia scritte relative alle cadute. In particolare su questi argomenti (I/A):
    - quali misure adottare per prevenire le cadute e come prevenirle con l’esercizio;
    - quali sono i benefici fisici e psicologici che possono derivare dalla prevenzione del rischio di caduta;
    - come comportarsi in seguito a una caduta,
    - dove trovare consigli e assistenza".

### 4.4.2 Educazione del paziente

L’educazione del paziente e dei familiari, nell’ambito della prevenzione delle cadute, è parte integrante del suo programma di cura e assistenza. E’ da considerarsi come un’azione di indirizzo continua, strutturata e organizzata che avviene con il contributo di tutti i professionisti sanitari coinvolti, orientata al potenziamento delle risorse del paziente, delle sue capacità residue.

---

\(^8\) Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG), Ministero della Salute, Documento 13, maggio 2007, aggiornamento 2009

\(^9\) Livello di prove espresso in numeri romani (da I a VI) e forza delle raccomandazioni in lettere (da A ad E. decreto)
Il processo educativo del paziente

Qualsiasi relazione pedagogica implica due attori: il docente e il discente, l'educatore e l'educato. La relazione pedagogica è, per definizione o per esperienza, difficile, confittuale e pone delle sfide: modificare gli atteggiamenti e le competenze degli operatori, fare del paziente un partner (motivazione), aiutare il paziente e diventare un decisore competente, abbandonare l'idea che chi insegna sia la persona più importante.

L'educazione del paziente esce dallo schema tradizionale curante-curato: il paziente impara da solo (autoapprendimento), in gruppo (metodi collettivi) o con l'operatore (colloqui individuali). Tali metodi possono essere associati.

I pazienti sono discenti particolari (non sono allievi né studenti), sono eterogenei per le loro caratteristiche intellettuali, sociali, culturali e motivazionali, devono imparare a vivere con le proprie limitazioni (ciò è diverso rispetto a qualsiasi altro tipo di conoscenza o competenza) possono capire ed imparare e non applicare.

L'approccio sistematico permette di razionalizzare e rendere operativo il processo educativo attraverso l'individuazione dei bisogni, delle potenzialità e dei limiti del paziente, la definizione di obiettivi comuni (come ad es. la sicurezza) e specifici, la definizione di contenuti e metodi pedagogici adeguati. Infine occorre valutare ciò che il paziente sa, sa fare, sa essere e quel che gli resta da sapere.

J.F. d'Ivernois, Laboratorio di Pedagogia della salute, Centro Collaboratore OMS per lo sviluppo delle risorse umane nella sanità, UFR Sanità, Medicina e Biologia Umana, Università di Parigi

Con il modello educazionale che persegue l'empowerment del paziente si intende mantenere il più elevato livello possibile di autosufficienza e quindi di qualità di vita della persona durante il recupero e, successivamente, nel suo contesto familiare.

Affinché il paziente e/o i suoi familiari siano in grado adottare comportamenti appropriati, tenendo in considerazione il rischio di caduta, il processo educazionale dovrà prevedere:

- la segnalazione efficace dei rischi strutturali presenti nella struttura di degenza e cura;
- la distribuzione di materiale informativo all'ingresso per i fattori di rischio estrinseco e le raccomandazioni comportamentali da osservare durante la degenza;
- la comunicazione e la sensibilizzazione del paziente e familiari rispetto ai fattori di rischio intrinseco rilevati nella fase di valore del paziente;
- la distribuzione di materiale informativo, alla dimissione, per la sicurezza ambientale a domicilio e le raccomandazioni comportamentali.

A tal fine occorre che ogni struttura sanitaria preveda e predisponga:

- la presenza di cartellonistica/poster e segnaletica ad hoc predisposta e l'informativa attraverso strumenti di comunicazione aziendale (siti web, riviste pubblicate dall'Azienda ove esistenti...);
- la disponibilità e l'utilizzo di materiale informativo cartaceo all'accoglienza e alla dimissione;
- la presenza nella lettera di dimissione di indicazioni sulla prevenzione delle cadute;
- l'evidenza di colloqui personalizzati tra operatori, pazienti e familiari per casi particolari;
- la formazione del personale sanitario nell'ambito degli standard previsti dalla Joint Commission dall'HPH & HS relativi al coinvolgimento del paziente e dei familiari nel percorso di cura.
4.4.3 Continuità assistenziale

La continuità assistenziale, all'interno di un sistema sanitario complesso che si pone l'obiettivo di prevenire e ridurre le cadute, costituisce elemento irrinunciabile per fornire risposte adeguate a bisogni complessi, così come l'integrazione interdisciplinare e interprofessionale rappresenta uno strumento indispensabile per il raggiungimento di tale obiettivo. E' pertanto necessario implementare un nuovo modello assistenziale basato su un approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni rese da tutte le professionalità. La continuità delle cure non va semplicemente ricercata nel rapporto ospedale - territorio, ma anche all'interno dei servizi ospedalieri, tra le diverse unità operative. Il problema è quello di porsi l'obiettivo di ridurre il fenomeno dell'abbandono del paziente a se stesso e alla famiglia, sviluppando le capacità dell'individuo di identificare e ridurre i fattori di rischio, in collaborazione con i familiari e i Medici di Assistenza Primaria (MAP).

L'integrazione interdisciplinare e interprofessionale avviene attraverso l'individuazione di momenti strutturati di comunicazione tra gli operatori e il passaggio di informazioni critiche. Tali momenti dovranno riguardare anche la diffusione della reportistica elaborata dal GAD. La comunicazione all'equipe dell'individuazione di un paziente ad elevato rischio di caduta, delle relative eventuali raccomandazioni e dell'individuazione di rischi ambientali, deve essere tempestiva. La trasmissione delle informazioni è rivolta sia all'interno che all'esterno della struttura di ricovero (equipe assistenziale medico-infermieristica del reparto di degenza o di quello di trasferimento intra ed extra ospedaliero).

Gli strumenti di garanzia della continuità assistenziale e di integrazione sono rappresentati da:

- registrazione accurata e rintracciabilità in cartella sanitaria di tutte le annotazioni relative al rischio di caduta: punteggio delle scale di rischio, fattori di rischio particolari, valutazioni mediche specialistiche (es. neurologo, fisiatra, ecc), le prescrizioni ed i provvedimenti per la prevenzione/protezione;
- definizione ed utilizzo dei requisiti minimi della comunicazione tra operatori;
- documentazione che accompagna il paziente nei trasferimenti intra ospedalieri, extra ospedalieri o al domicilio (lettera di trasferimento/dimissione);
- raccomandazioni ai Medici di Assistenza Primaria (MAP) rispetto al rischio farmaci;
- raccomandazioni ad operatori delle Strutture di trasferimento (ospedaliere, RSA, strutture riabilitative e di lungodegenza ecc...).
5. INDICATORI

Si riportano di seguito gli indicatori elaborati per il monitoraggio del Sistema per la Gestione delle cadute. Gli indicatori contraddistinti con i numeri 1, 2 e 3 vanno rilevati dall’anno corrente, mentre l’indicatore n.4 andrà rilevato a partire dall’anno successivo. I restanti indicatori sono proposti a titolo esemplificativo ed ogni Azienda potrà valutarne l’applicabilità.

1. Pazienti con caduta in rapporto al numero di giornate di degenza

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Pazienti con caduta su totale giornate di degenza</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare l’efficacia del sistema scelto per la valutazione della prevedibilità e prevenibilità delle cadute</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>N° pazienti con caduta X 1000</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>N° totale di giornate degenza</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>[ ] Struttura [ ] Processo [X] Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>[ ] Accessibilità [ ] Appropriatezza [ ] Efficienza [ ] Competenza</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>[ ] Continuità [X] Efficacia [ ] Sicurezza [ ] Temporalità</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Schede di segnalazione</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL’INDICATORE</td>
<td>[ ] Aumento [X] Diminuzione [ ] Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>[ ] Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Direzione Generale Sanità
2. Percentuale di pazienti con caduta riferita al numero di **pazienti dimessi**

**Processo a cui si riferisce l'indicatore**

**Valutazione del rischio di caduta**

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DENOMINAZIONE</strong></th>
<th>Percentuale di pazienti con caduta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>RAZIONALE</strong></td>
<td>Valutare l'efficacia del sistema scelto per la valutazione della prevedibilità e prevenibilità delle cadute</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NUMERATORE</strong></td>
<td>( N^o ) pazienti con caduta ( \times 100 )</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DENOMINATORE</strong></td>
<td>( N^o ) totale di pazienti dimessi</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CATEGORIA INDICATORE</strong></td>
<td>[ ] Struttura  [ ] Processo  [X] Esito</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIMENSIONE VALUTATA</strong></td>
<td>[ ] Accessibilità  [ ] Appropriatezza  [ ] Efficienza  [ ] Competenza  [ ] Continuità  [X] Efficacia  [ ] Sicurezza  [ ] Tempestività</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FONTE</strong></td>
<td>Schede di segnalazione</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIREZIONE DELL'INDICATORE</strong></td>
<td>[ ] Aumento  [X] Diminuzione  [ ] Neutro  [ ] Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Direzione Generale Sanità**

---

**Regione Lombardia**

---

31
3. Percentuale di pazienti con caduta con prognosi severa/grave ≥21 gg. e/o decesso

Proceso a cui si riferisce l'indicatore | Diminuzione e contenimento del danno
---|---

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di pazienti con caduta con prognosi severa/grave ≥21 gg. e/o decesso</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare la capacità del sistema di gestione cadute di ridurre o contenere il danno</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di cadute con prognosi severa/grave X 100</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di cadute con prognosi</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>❌ Struttura ✔ Processo ❌ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>❌ Accessibilità ✔ Appropriatezza ❌ Efficienza ❌ Competenza ❌ Continuità ❌ Sicurezza ❌ Tempestività</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Documentazione sanitaria e scheda segnalazione cadute</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL'INDICATORE</td>
<td>❌ Aumento ✔ Diminuzione ❌ Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
<tr>
<td>NOTE</td>
<td>Escludere dal denominatore le cadute non prevedibili/prevenibili come da definizione tassonomica</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4. Percentuale di schede di valutazione rischio di caduta presenti in cartella

Processo a cui si riferisce l’indicatore Applicazione della procedura di registrazione

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di schede di valutazione rischio di caduta presenti in cartella</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare il grado di applicazione della procedura relativamente alla conservazione delle evidenze di avvenuta valutazione del rischio di caduta</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di schede valutazione rischio di caduta presenti nelle cartelle X 100</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di pazienti che dovevano essere valutati</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>Struttura □ Processo □ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>Accessibilità □ Appropriatezza □ Efficienza □ Competenza</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Continuità □ Efficacia □ Sicurezza □ Temporaneità</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Documentazione sanitaria</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL’INDICATORE</td>
<td>Aumento □ Diminuzione □ Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Direzione Generale Sanità
5. Percentuale di pazienti con caduta che non erano stati sottoposti alla valutazione del rischio caduta

**Processo a cui si riferisce l’indicatore**  
**Valutazione del rischio di caduta**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di pazienti con caduta che non erano stati sottoposti alla valutazione del rischio caduta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Stabilire se è opportuno ampliare ad altre fasce di età la valutazione del rischio caduta</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>N. pazienti non sottoposti a valutazione del rischio con almeno una caduta X 100</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>N. totale pazienti non sottoposti alla valutazione del rischio di caduta</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>Struttura</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>Accessibilità</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>✗ Continuità</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Documentazione sanitaria e scheda di segnalazione</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL’INDICATORE</td>
<td>Aumento</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>✗ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6. Percentuale di pazienti con caduta che erano stati valutati a rischio di caduta

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di pazienti con caduta che erano stati valutati a rischio di caduta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare se le misure di prevenzione messe in atto sono state appropriate</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di pazienti con caduta che erano stati valutati a rischio</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di pazienti valutati a rischio</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>Struttura</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>Accessibilità</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Continuità</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Documentazione sanitaria e scheda di segnalazione</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL’INDICATORE</td>
<td>Aumento</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7. Percentuale di pazienti con più di una caduta che erano stati valutati a rischio di caduta

<table>
<thead>
<tr>
<th>Denominazione</th>
<th>Percentuale di pazienti con più di una caduta che erano stati valutati a rischio di caduta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Razionale</td>
<td>Valutare se le misure di prevenzione messe in atto sono state appropriate</td>
</tr>
<tr>
<td>Numeratore</td>
<td>N. pazienti con più di una caduta che erano stati valutati a rischio X 100</td>
</tr>
<tr>
<td>Denominatore</td>
<td>N. Totale pazienti con caduta</td>
</tr>
<tr>
<td>Categoria Indicatore</td>
<td>☐ Struttura  ☐ Processo  ☒ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimensione Valutata</td>
<td>☐ Accessibilità  ☐ Appropriatezza  ☐ Efficienza  ☐ Competenza</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☐ Continuità  ☒ Efficacia  ☐ Sicurezza  ☐ Tempestività</td>
</tr>
<tr>
<td>Fonte</td>
<td>Documentazione sanitaria e scheda di segnalazione</td>
</tr>
<tr>
<td>Direzione DELL'indicatore</td>
<td>☐ Aumento  ☒ Diminuzione  ☐ Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☐ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
8. Percentuale di schede di segnalazione caduta compilate in modo completo

**Processo a cui si riferisce l'indicatore**  
*Compilazione della scheda di segnalazione*

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di schede di segnalazione caduta compilate in modo completo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare l'applicabilità del modello di scheda prescelto</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di schede compile in modo completo</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di schede compile</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CATEGORIA INDICATORE</th>
<th>Struttura</th>
<th>Processo</th>
<th>Esito</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DIMENSIONE VALUTATA</th>
<th>Accessibilità</th>
<th>Appropriatzza</th>
<th>Efficienza</th>
<th>Competenza</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Continuità</td>
<td>Efficacia</td>
<td>Sicurezza</td>
<td>Tempestività</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| FONTE                                     | Schede di segnalazione |

<table>
<thead>
<tr>
<th>DIREZIONE DELL'INDICATORE</th>
<th>Aumento</th>
<th>Diminuzione</th>
<th>Neutro</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Eventuale soglia o intervallo</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

Direzione Generale Sanità
9. Percentuale di schede di valutazione rischio ambientale compilate in modo completo

**Processo a cui si riferisce l'indicatore Compilazione della scheda rischio ambientale**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di schede di valutazione rischio ambientale compilate in modo completo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare l'applicabilità del modello di scheda prescelto</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di schede compilate in modo completo</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di schede compilate</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>Struttura</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>Accessibilità</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Continuità</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Schede di valutazione rischio ambientale</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL'INDICATORE</td>
<td>Aumento</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
10. Percentuale di schede di valutazione rischio ambientale compilete in rapporto a quelle previste

**Processo a cui si riferisce l’indicatore**

**Compilazione della scheda rischio ambientale**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di schede di valutazione rischio ambientale compilete in rapporto a quelle previste</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare l’applicabilità del modello di scheda prescelto</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di schede compilete</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>X 100</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di schede previste</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>□ Struttura □ Processo □ Esito □ Accessibilità □ Appropriatenza □ Efficienza □ Competenza</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ Continuità □ Efficacia □ Sicurezza □ Tempestività</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTA</td>
<td>Schede di segnalazione</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL’INDICATORE</td>
<td>□ Aumento □ Diminuzione □ Neutro □ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
11. Percentuale di interventi effettuati per risolvere i problemi intercettati con la scheda di valutazione ambientale

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di interventi effettuati per risolvere i problemi intercettati con la scheda di valutazione ambientale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare la efficacia del sistema organizzativo per la sicurezza ambientale</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di interventi effettuati X 100</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di richieste di interventi</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>Struttura  ❌ Processo  ❌ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>Accessibilità  ❌ Appropriatezza  ❌ Efficienza  ❌ Competenza  ❌ Continuità  ❌ Efficacia  ❌ Sicurezza  ❌ Tempestività</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Moduli richieste interventi e verbali di intervento</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL'INDICATORE</td>
<td>❌ Aumento  ❌ Diminuzione  ❌ Neutro  ❌ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
12. Percentuale di trascrizione in diario medico dell’evento caduta

**Processo a cui si riferisce l’indicatore Applicazione della procedura di registrazione**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di trascrizione in diario medico dell’evento caduta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare il grado di applicazione della procedura relativamente alla registrazione della caduta sulla documentazione sanitaria medica</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di registrazioni sul diario medico X 100</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di segnalazione caduta</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>☑ Struttura ☑ Processo ☑ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>☑ Accessibilità ☑ Appropriatezza ☑ Efficienza ☑ Competenza</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☑ Continuità ☑ Efficacia ☑ Sicurezza ☑ Temporalità</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Diario medico e schede segnalazione di caduta</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL’INDICATORE</td>
<td>☑ Aumento ☑ Diminuzione ☑ Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☑ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
13. Percentuale di trascrizione in diario infermieristico dell’evento caduta

Processo a cui si riferisce l’indicatore Applicazione della procedura di registrazione

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di trascrizione in diario infermieristico dell’evento caduta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare il grado di applicazione della procedura relativamente alla registrazione della caduta sulla documentazione sanitaria infermieristica</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di registrazioni sul diario infermieristico X 100</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di segnalazione caduta</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>Struttura</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>Accessibilità</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Continuità</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Diario infermieristico e schede di segnalazione di caduta</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL’INDICATORE</td>
<td>Aumento</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
14. Percentuale di coinvolgimento di familiari, caregiver

Processo a cui si riferisce l’indicatore: Applicazione della procedura di registrazione

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di coinvolgimento di familiari, caregiver</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare il grado di applicazione della procedura relativamente alla registrazione del coinvolgimento di familiari e caregiver</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di registrazioni sulla documentazione sanitaria X 100</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero di pazienti valutati a rischio di caduta</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>☑ Struttura ☑ Processo ☑ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>☑ Accessibilità ☑ Appropriatezza ☑ Efficienza ☑ Competenza ☑ Continuità ☑ Efficacia ☑ Sicurezza ☑ Tempestività</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Documentazione sanitaria</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL’INDICATORE</td>
<td>☑ Aumento ☑ Diminuzione ☑ Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☑ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
15. Percentuale di pazienti che seguono le indicazioni comportamentali suggerite dagli operatori in merito alla prevenzione delle cadute

Processo a cui si riferisce l’indicatore Informazione al paziente e compliance

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di pazienti che seguono le indicazioni comportamentali suggerite dagli operatori in merito alla prevenzione delle cadute</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare l’appropriatezza nelle modalità di passaggio delle informazioni e dei loro contenuti</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di pazienti che seguono le indicazioni fornite con informazione $\times 100$</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di pazienti informati</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>[ ] Struttura  [ ] Processo  [x] Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Audit sul campo ed analisi documentazione sanitaria</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL’INDICATORE</td>
<td>[x] Aumento  [ ] Diminuzione  [ ] Neutro  [ ] Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
16. Percentuale di operatori che hanno partecipato ai corsi di formazione relativo alle cadute accidentali

**Processo a cui si riferisce l’indicatore**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di operatori che hanno partecipato ai corsi di formazione relativi al sistema di gestione delle cadute accidentali</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutare l’adesione al processo formativo relativo alle cadute</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di operatori che hanno partecipato ai corsi</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di operatori previsti come target</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CATEGORIA INDICATORE</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>☐</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Struttura</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Processo</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Esito</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DIMENSIONE VALUTATA</th>
<th>Accessibilità</th>
<th>Appropriatenza</th>
<th>Efficienza</th>
<th>Competenza</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Continuità</td>
<td>☒</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Efficacia</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sicurezza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tempestività</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FONTE</th>
<th>Ufficio Formazione Aziendale o Funzione Formazione</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DIREZIONE DELL’INDICATORE</th>
<th>Aumento</th>
<th>Diminuzione</th>
<th>Neutro</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>☒</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Eventuale soglia o intervallo</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td>80% (esempio)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Direzione Generale Sanità
17. Presenza di cartelloni informativi relativi alla prevenzione cadute

**Processo a cui si riferisce l'indicatore**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Presenza di cartelloni informativi relativi alla prevenzione cadute</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Razionale**

Valutare degli strumenti di comunicazione con l'utenza

**Numeratore**

Numero U.U.O.O. con presenza di cartelloni

**Denominatore**

Numero totale di U.U.O.O.

**Categoria Indicatore**

- [ ] Struttura
- [x] Processo
- [ ] Estro

**Dimensione Valutata**

- [ ] Accessibilità
- [ ] Appropriatezza
- [ ] Efficienza
- [ ] Competenza
- [ ] Continuità
- [ ] Efficacia
- [x] Sicurezza
- [ ] Tempestività

**Fonte**

Schede di segnalazione

**Direzione Dell'indicatore**

- [x] Aumento
- [ ] Diminuzione
- [ ] Neutro

- [x] Eventuale soglia o intervallo: 70% (esempio)
18. Percentuale di segnalazioni che rispettano la coerenza tra data evento, registrazione, segnalazione

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DENOMINAZIONE</strong></th>
<th>Percentuale di segnalazioni che rispettano la coerenza tra data evento, registrazione, segnalazione</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>RAZIONALE</strong></td>
<td>Valutare l’applicazione dei requisiti relativi alla segnalazione presenti in procedura</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NUMERATORE</strong></td>
<td>Numero di schede coerenti</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DENOMINATORE</strong></td>
<td>Numero totale schede di segnalazione</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CATEGORIA INDICATORE</strong></td>
<td>☐ Struttura ☐ Processo ☒ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIMENSIONE VALUTATA</strong></td>
<td>☐ Accessibilità ☐ Appropriaitezza ☐ Efficienza ☐ Competenza ☐ Continuità ☐ Efficacia ☐ Sicurezza ☒ Tempestatività</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FONTE</strong></td>
<td>Schede di segnalazione</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIREZIONE DELL'INDICATORE</strong></td>
<td>☒ Aumento ☐ Diminuzione ☐ Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☐ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
19. Percentuale di rivalutazioni effettuate rispetto a quelle previste

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DENOMINAZIONE</strong></th>
<th>Percentuale di rivalutazioni effettuate rispetto a quelle previste</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>RAZIONALE</strong></td>
<td>Monitoraggio della applicabilità dei tempi di rivalutazione</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NUMERATORE</strong></td>
<td>Numero di rivalutazioni effettuate X 100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DENOMINATORE</strong></td>
<td>Numero di rivalutazioni previste</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CATEGORIA INDICATORE</strong></td>
<td>☐ Struttura  ☐ Processo  ☒ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIMENSIONE VALUTATA</strong></td>
<td>☐ Accessibilità  ☒ Appropriatezza  ☐ Efficienza  ☐ Competenza</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☐ Continuità  ☒ Efficacia  ☐ Sicurezza  ☐ Tempestività</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FONTE</strong></td>
<td>Schede di rivalutazione rischio cadute</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIREZIONE DELL'INDICATORE</strong></td>
<td>☒ Aumento  ☐ Diminuzione  ☐ Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☐ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
20. Percentuale operatori neoassunti/trasferiti sanitari con evidenza di formazione per la Gestione cadute

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di operatori sanitari neoassunti o trasferiti con evidenza di formazione per la gestione delle cadute</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutazione della integrazione della gestione cadute nei percorsi formativi</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero neoassunti/trasferiti con evidenze di formazione sulle cadute</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di neoassunti/trasferiti</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>□ Struttura  ✗ Processo  □ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>□ Accessibilità  □ Appropriatezza  □ Efficienza  □ Competenza</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>✗ Continuità  ✗ Efficacia  □ Sicurezza  □ Tempestività</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Audit sul campo ed analisi documentazione sanitaria</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL'INDICATORE</td>
<td>✗ Aumento  □ Diminuzione  □ Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
21. Percentuale di pazienti/caregiver che hanno ricevuto informazioni relative al Problema cadute

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Percentuale di pazienti/caregiver che hanno ricevuto informazioni relative al problema cadute</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZIONALE</td>
<td>Valutazione del processo di comunicazione della informazione</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMERATORE</td>
<td>Numero di pazienti/caregiver con evidenza di informazione</td>
</tr>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero totale di pazienti/caregiver previsti come target di informazione</td>
</tr>
<tr>
<td>CATEGORIA INDICATORE</td>
<td>□ Struttura     ❌ Processo     □ Esito</td>
</tr>
<tr>
<td>DIMENSIONE VALUTATA</td>
<td>□ Accessibilità □ Appropriatezza □ Efficienza ❌ Competenza</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>❌ Continuità    □ Efficacia     □ Sicurezza     □ Tempestività</td>
</tr>
<tr>
<td>FONTE</td>
<td>Audit sul campo ed analisi documentazione sanitaria</td>
</tr>
<tr>
<td>DIREZIONE DELL'INDICATORE</td>
<td>❌ Aumento  □ Diminuzione  □ Neutro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ Eventuale soglia o intervallo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
22. Presenza nelle lettere di dimissioni di informazioni utili circa la gestione della cadute

**Processo a cui si riferisce l'indicatore**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DENOMINAZIONE</th>
<th>Lettere di dimissione con presenza di informazioni utili relative alla cadute accidentali</th>
</tr>
</thead>
</table>

**RAZIONALE**

Valutazione del processo di comunicazione tra attori dei processi sanitari

<table>
<thead>
<tr>
<th>NUMERATORE</th>
<th>Numero di lettere di dimissione che contengono informazioni su cadute</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DENOMINATORE</td>
<td>Numero pazienti con valutazione del rischio di caduta e che sono stati ritenuti a rischio caduta</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CATEGORIA INDICATORE</th>
<th>Struttura</th>
<th>Processo</th>
<th>Esito</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DIMENSIONE VALUTATA</th>
<th>Accessibilità</th>
<th>Appropriatezza</th>
<th>Efficienza</th>
<th>Competenza</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Continuità</td>
<td>Efficacia</td>
<td>Sicurezza</td>
<td>Tempistività</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**FONTE**

Documentazione sanitaria

**DIREZIONE DELL'INDICATORE**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aumento</th>
<th>Diminuzione</th>
<th>Neutro</th>
</tr>
</thead>
</table>

| Eventuale soglia o intervallo |
6. FLOW CHART

Responsabilità

ATIVITÀ

DG-DS
STRA
Risk Manager
Resp. Qualità

DG-DS-RM
STRA

GAD

Definizione politica aziendale

Istituzione GAD
(Gruppo Aziendale Dedicato)

Attività di benchmarking
Linee guida Regionali
Situazione aziendale

Elaborazione progetto operativo

Istituzione gruppi di lavoro

Analisi del contesto

Ricerca bibliografica

Selezione/prodizione di schede di valutazione rischio e delle check list ambientali

Stesura e/o revisione della procedura aziendale

Informazione e formazione agli operatori sanitari con elaborazione progetto formativo

Start Up delle nuove modalità

Audit

Documentazione

Piano qualità e rischio

Delibera

Disponibilità di Linee guida Regionali e procedure aziendali

Presenza del progetto

Note di convocazione

Documento analisi contesto
organizzativo

Definizione dei documenti bibliografici di riferimento

Scale di valutazione del rischio multifattori e check list ambientali

Vedi sopra tutti i doc. citati

progetto formativo

Procedura, linee guida prevenzione cadute

Check list di valutazione

Direzione Generale Sanità
7. SCALE DI VALUTAZIONE

Di seguito si riportano alcune scale di valutazione del rischio di caduta, fra le più note, con la back translation validata.

### SCALA STRATIFY

**Istruzioni.** Tutte la domande, ad eccezione della prima, devono essere rivolte all’infermiere che ha preso in carico il paziente. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>SI</th>
<th>NO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S1 - Il paziente è stato ricoverato in seguito ad una caduta oppure è caduto durante la degenza? (esame della documentazione).</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Ritieni che:**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>SI</th>
<th>NO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>S2 – Il paziente si presenta agitato? (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.)</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S3- Il paziente ha un calo della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S4 – Il paziente presenta la necessità di andare in bagno con particolare frequenza? (&lt; 3 ore).</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>S5 – Il paziente ha un punteggio di mobilità corrispondente a 3 o a 4? (vedi schema di calcolo sottostante)</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Cut-off =2 **

**TOTALE _________**

**Schema per il calcolo del punteggio di mobilità**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Il paziente è in grado di:</th>
<th>NO</th>
<th>Con aiuto maggiore</th>
<th>Con aiuto minore</th>
<th>Indipendente</th>
<th>Punteggio</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>________</td>
</tr>
<tr>
<td>Camminare sul piano (spingere la sedia a rotelle, se non cammina)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>________</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**TOTALE _________**
## Scala Morse

<table>
<thead>
<tr>
<th>ITEM</th>
<th>Modalità di assegnazione del punteggio</th>
<th>Punteggio ottenuto</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 1. Storia di caduta nei tre mesi precedenti l'esecuzione della scala compreso il giorno di test | No = 0  
Si = 25                                   |                   |
| 2. Diagnosi secondarie                                                | No = 0  
Si = 25                                   |                   |
| 3. Aiuti negli spostamenti:                                          |                                       |                   |
| Paziente allettato assistito a letto                                 | 0                                      |                   |
| Utilizzo di grucce, bastoni canadesi o deambulatori                  | 15                                     |                   |
| Il paziente deambula appoggiandosi a mobili/arredi                   | 30                                     |                   |
| 4. Il paziente è portatore di intravenosi cateteri (heparin lock)    | No = 0  
Si = 20                                   |                   |
| 5. Passo/trasferimenti:                                               |                                       |                   |
| Passo Normale/ Paziente allettato/ o immobilizzato                    | 0                                      |                   |
| Passo instabile e trasferimenti indecisi                              | 10                                     |                   |
| Passo e spostamenti deteriorati                                      | 20                                     |                   |
| 6. Stato mentale:                                                     |                                       |                   |
| Vigile, orientato, riconosce le proprie abilità                      | 0                                      |                   |
| Dimentica le proprie limitazioni                                     | 15                                     |                   |
### Hendrich II Fall Risk Model (HFRM)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Condizione / Sintomo</th>
<th>Punteggio</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Confusione / Disorientamento</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Depressione</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Disturbi della eliminazione (incontinenza, urgenza)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertigine, capogiri (definizione soggettiva)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Genere (maschile)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Genere (Femminile)</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Farmaci antiepilettici</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Benzodiazepine</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Get up and go test (item 2): “alzarsi dalla sedia” (selezionare un punteggio)**

- Capace di alzarsi in un singolo movimento: 0
- Si spinge, riesce in un tentativo: 1
- Multipli tentativi, ma riesce: 3
- Incapace di alzarsi senza assistenza: 4

**Totale**

Cut off ≥ 5 = alto rischio
### SCALA DI CONLEY

<table>
<thead>
<tr>
<th>DOMANDE</th>
<th>SI</th>
<th>NO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anamnesi (paziente/caregiver)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Il paziente è caduto negli ultimi 3 mesi?</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Domande dirette (paziente/caregiver)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ha mai avuto vertigini o capogiri?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ha mai avuto perdita di urine o di feci mentre si recava in bagno?</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Osservazione diretta (personale sanitario)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Presenta all’osservazione la compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Presenta agitazione psico-motoria ed attività motoria non finalizzata</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Presenta deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ad ogni domanda viene attribuito un punteggio pari a 0 se la risposta è negativa, variabile da 1 a 3 se la risposta è positiva.

Il paziente è considerato a rischio di caduta se totalizza un punteggio ≥ a 2.
8. Bibliografia


7. Lajoie Y, Girard A, Guay M. Comparison of the reaction time, the berg scale and the ABC in non-fallers and fallers. Arch Gerontol Geriatr 2002; 35 : 212-225


13. Lajoie Y, Gallagher SP. Predicting falls within the elderly community: comparison of postural sway, reaction time, the berg balance scale and the Activities-specific Balance confidence (ABC) scale for comparing fallers and non-fallers. Arch Gerontol.Geriatr 2003; 38: 11-26


16 VA National Center for Patient Safety NCPS 2004 Falls Toolkit


33. Shumway-Cook A, Brauer S, Woolacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up and Go test. *Phisical Therapy* 2000; 80 (9): 896-903


44. Patients on four or more drugs are at greater risk of falls. ICSI Institute for Clinical System Improvement, March 2008
46. Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG), Ministero della Salute, Documento 13, maggio 2007, aggiornamento 2009
47. J.F. d’Ivernois, Laboratorio di Pedagogia della salute, Centro Collaboratore OMS per lo sviluppo delle risorse umane nella sanità, UFR Sanità, Medicina e Biologia Umana, Università di Parigi
49. Commissione delle Comunità Europee (2007), Libro Bianco “Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell’UE per il periodo 2008-2013”, Bruxelles
51. Wallerstein N. (2006), What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
52. WHO (2005), The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, Geneva (World Health Organization)
53. www.va.gov/NCPS/CogAids/FallPrevention/index.html
9. Il gruppo di lavoro

Il presente documento è stato approntato dal Gruppo di Lavoro costituito presso la Direzione Generale Sanità a cui hanno collaborato:

Angela Lolli - Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda
Cristina Oppezzo - Azienda Sanitaria Locale della provincia di Lodi
Cristina Cerati - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori Milano
Enrico Comberti - Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia
Francesca Gipponi e Roberto Sfogliarini - Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema
Giuliana Muti - Clinica San Carlo di Paderno Dugnano
Roberto Porta - Fondazione don Carlo Gnocchi
Simona Amato - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
Romina Colciago e Alessandra Orzella – RVA-Rasini Viganò SpA
Osvaldo Basilico e Chiara Picchetti - Direzione Generale Sanità