

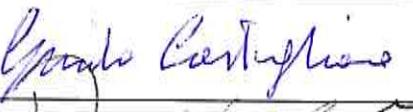
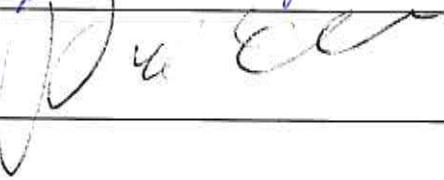
Prevenzione delle cadute

Pag. 1 di 6

 Gestione Rischio Clinico
Coordinamento Assistenziale e della
Prevenzione

 Edizione 1
Revisione 0

Gruppo di redazione: Antonella Cipriani, Marina Starnotti, Umberto Domenichini, Paolo Nardini, Gianluca Verdolini, Tiziana Rubeca.

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Antonella Cipriani	Responsabile Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione	04/05/2016	
	Marina Starnotti	Infermiera facilitatore Rischio Clinico	04/05/2016	
VERIFICA	Guido Castiglione	Referente per la Qualità e l'Accreditamento	05/05/2016	
APPROVAZIONE	Riccardo Poli	Direttore Sanitario	20/06/2016	

INDICE

1. SCOPO pg. 3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE pg. 3
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI pg. 3
4. RESPONSABILITÀ pg. 4
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ pg. 4
6. RIFERIMENTI pg. 6
7. ALLEGATI pg. 6

DISTRIBUZIONE

La presente procedura viene distribuita ai Responsabili delle seguenti Strutture, Centri di Responsabilità o Uffici che, a loro volta, provvedono a distribuirla e, ove occorra, ad illustrarla al personale interessato appartenente alla propria struttura

		Si/No
Direzione Generale		SI
Direzione Sanitaria		SI
Direzione Amministrativa		SI
Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione		SI
Coordinamento Tecnico Sanitario		SI
Coordinamento Statistico		
S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti		
Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici		SI
S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On)		SI
STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI COLLEGATE	
Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	Laboratorio Regionale HPV e Biologia Molecolare	SI
	Citologia Extra Screening e Sistema Qualità in Citologia	SI
Senologia Clinica		SI
Screening e Prevenzione Secondaria	Senologia di Screening	
	CRR Prevenzione Oncologica	SI
Epidemiologia Clinica	Infrastruttura e Coordinamento Registri	
	Valutazione Screening e Osservatorio Nazionale Screening (O.N.S.)	
Epidemiologia dei Fattori di Rischio e degli Stili di Vita	Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro	
Biostatistica Applicata all'Oncologia		
Amministrazione, Gestione Risorse, Attività Tecniche e Supporto alla Ricerca		SI
Ufficio Relazioni con il Pubblico		SI

Prevenzione delle cadute

Pag. 3 di 6

Gestione Rischio Clinico
Coordinamento Assistenziale e della
PrevenzioneEdizione 1
Revisione 0

INTRODUZIONE

La “Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” si prefigge di comprimere il rischio di caduta e, qualora ciò accada, ridurne le conseguenze. Essa prevede che le Aziende Sanitarie sviluppino e implementino la raccomandazione, adattandola ai contesti specifici diversi fra di loro. Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono persone fragili.

1. SCOPO

Valutare ed applicare interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali, per prevenire e comprimere il rischio di caduta.

Garantire una gestione immediata e corretta dell’utente dopo una caduta e un’assistenza appropriata per gli eventuali esiti, sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali per gli operatori e per le strutture.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti gli utenti che afferiscono ai Presidi di ISPO.

3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Caduta: Improvviso, non intenzionale, inaspettato, spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica.

Caregiver: (o assistente informale): Colui/colei che si prende cura di un’altra persona, per esempio di una persona non autonoma o con autonomia ridotta.

CRM: Clinical Risk Manager.

Empowerment: termine indicato per un processo di crescita, sia dell’individuo sia del gruppo, basato sull’incremento della stima di sé, dell’autoefficacia e dell’autodeterminazione, per far emergere risorse latenti e portare l’individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale.

Evento avverso: Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un utente.

Persone fragili: in medicina geriatrica la “fragilità” definisce una condizione di maggior rischio di accadimento di eventi avversi, che comportano un significativo decadimento della qualità della vita. La fragilità include dimensioni di tipo:

- *fisico-biologico:* presenza di patologie organiche, riduzione della massa muscolare, difficoltà di deambulazione spedita, riduzione dell’acuità e dell’integrità sensoria, perdita di autonomia;

- *psicologico:* presenza di sintomatologia depressiva, senso di stanchezza cronica, solitudine, riduzione delle competenze ed abilità sociali nell'affrontare situazioni stressanti;

- *sociale:* possibile limitazione delle reti di supporto sociale, isolamento ed esclusione sociale.

PSM: Patient Safety Manager.

SePP: Servizio Prevenzione e Protezione.

Si-GRC: Sistema Integrato per la Gestione del Rischio Clinico (portale per la segnalazione degli eventi).

4. RESPONSABILITÀ

Figura che svolge l'attività	Operatori Sanitari	PSM/SePP	Referente cadute	CRM	118	Resp. Ufficio Affari Generali	Resp. Ufficio Affari Legali
Descrizione delle Attività							
1. Identificazione dei fattori di rischio	C	R	C	C			
2. Individuazione strategie ambientali	R	R	C	C			
3. Gestione dell'utente a seguito di caduta	R	C	C	C			
4. Gestione dell'Utente caduto	R				C		
5. Segnalazione dell'evento	R	C	C	C		C	
6. Inserimento dati nel portale Si-GRC		C	R	C			
7. Invio documentazione Ufficio Affari Legali						R	C
8. Attivazione del monitoraggio dell'evento sentinella		C	C	R		C	

R = Responsabile C = Coinvolto

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

5.1 Identificazione dei fattori di rischio

L'identificazione dei fattori di rischio è il presupposto di ogni programma di intervento. I fattori di rischio associati alle cadute possono essere distinti in questo modo:

- *fattori intrinseci*, relativi alle condizioni di salute del paziente (età, patologia, comorbilità e terapie farmacologiche);

- *fattori estrinseci*, relativi agli aspetti organizzativi della struttura, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati.

Il SePP ed il PSM, al fine di ridurre i rischi per l'utente, devono effettuare un sopralluogo nei presidi di ISPO relativo alla Sicurezza Ambientale e dei Presidi (SAP), come definito nella campagna per la Sicurezza del paziente "La prevenzione delle cadute in Ospedale" promossa dalla Regione Toscana (allegato 7.1).

5.2 Individuazione strategie ambientali

Si considera molto importante una valutazione ambientale periodica mirata dei possibili fattori di rischio, che coinvolga direttamente il personale preposto dell'Unità Operativa/Servizio e, possibilmente in modo congiunto, il SePP.

Va posta particolare attenzione ai seguenti fattori di precauzione:

- i pavimenti non debbono essere umidi, scivolosi e/o sconnessi;

Prevenzione delle cadute

Pag. 5 di 6

Gestione Rischio Clinico
Coordinamento Assistenziale e della
PrevenzioneEdizione 1
Revisione 0

- i **corridoi**, di adeguata larghezza, debbono essere dotati di corrimano e non ingombrati da arredi potenzialmente causa di inciampo o scivolamento;

- le **scale** devono essere provviste di corrimano ed i gradini resi antiscivolo;

- le dimensioni dei **bagni** devono consentire il passaggio delle carrozzine e gli spostamenti del paziente in questi ambienti;

- l'altezza del **letto da visita e della barella** deve essere regolata, in modo che l'utente possa poggiare facilmente i piedi sul pavimento; eventuali spondine debbono essere rimuovibili, adattabili in altezza e possibilmente modulari; eventuali ruote e freni devono essere funzionanti e controllati periodicamente;

- i **tappeti** debbono essere utilizzati solo se con caratteristiche antiscivolo;

- il **campanello** o il pulsante di chiamata deve essere reso facilmente accessibile;

- **poggiapiedi**, tavolini o eventuali altri ostacoli, che possono costituire pericolo per il movimento e per la stabilità dell'utente, devono essere rimossi;

- l'**illuminazione degli ambienti**, in particolare quella notturna, deve essere idonea e gli interruttori visibili al buio;

- gli **spigoli vivi e gli oggetti** potenzialmente taglienti devono essere eliminati;

- gli **ausili** per la deambulazione devono essere adeguati e sottoposti a corretta manutenzione (es. carrozzine con braccioli e poggiapiedi estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza ed altezza da terra dello schienale adeguati).

La raccolta e la valutazione dei dati di sicurezza ambientale consentirà alla Direzione della struttura di definire strategie e priorità di intervento a breve, medio e lungo termine.

5.3 Gestione dell'utente a seguito di caduta

L'utente che rimane al suolo, a seguito di caduta improvvisa, richiede da parte degli operatori una valutazione delle condizioni e un trattamento immediato nonché una necessaria rivalutazione del danno a valle della caduta per ridurre il danno secondario.

5.4 Gestione dell'utente caduto

- Prima di mobilizzare la persona, valutare se ha riportato lesioni, specialmente in caso di trauma cranico, o traumi determinanti fratture;

- registrare i parametri vitali;

- comunicare al medico la caduta del paziente, al fine di consentire una rapida valutazione clinica;

- informare la famiglia della caduta;

- osservare la persona per le complicanze tardive nel caso di trauma cranico o frattura;

- in caso di necessità allertare il 118;

- documentare le circostanze della caduta relativamente al luogo, all'orario, alla attività svolta;
(Allegato 7.2)

5.5 Segnalazione dell'evento

Ai fini della prevenzione e del contenimento del rischio attraverso una precisa identificazione della diffusione e della tipologia del rischio stesso, è importante raccogliere tutte le segnalazioni di caduta, indipendentemente dal fatto che essa abbia causato o meno un danno all'utente.

Prevenzione delle cadute

Pag. 6 di 6

Gestione Rischio Clinico
Coordinamento Assistenziale e della
PrevenzioneEdizione 1
Revisione 0

L'operatore sanitario che è testimone diretto o indiretto dell'evento caduta, dopo aver assistito l'utente, provvederà alla compilazione della scheda di segnalazione delle cadute (Allegato 7.2), inserendo le informazioni al momento disponibili e informerà il referente per le cadute che si attiverà per la segnalazione nel sito del rischio Clinico regionale.

La scheda post-caduta, redatta in quattro copie, dovrà essere inoltrata entro 24 ore alla Direzione Sanitaria, all'Ufficio Affari Generali, al Referente delle cadute per il rischio Clinico. L'inoltro potrà avvenire a mezzo posta interna o e-mail. La quarta copia dovrà essere consegnata agli operatori del 118 intervenuti o all'utente se non necessita di assistenza medica.

5.6 Inserimento dati nel portale Si-GRC

L'operatore sanitario dovrà informare il referente per le cadute, il quale provvederà all'inserimento dei dati relativi alla caduta direttamente nel portale e informerà CRM, PSM, e SePP.

5.7 Invio documentazione Ufficio Affari Legali

Il responsabile dell'Ufficio Affari Generali, in caso di contenzioso, contatterà ed invierà la documentazione all'Ufficio Affari Legali per la gestione del caso.

5.8 Attivazione del monitoraggio dell'evento sentinella

L'evento sentinella "Morte o grave danno per caduta di paziente" deve essere segnalato, dal CRM, al Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, utilizzando il protocollo SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (vedi procedura GP001).

6. RIFERIMENTI

- Chiari P., Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale, Centro Studi EBN, Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, 2004. www.evidencebasednursing.it
- I.S.S. - Programma nazionale per le linee guida (PNLG), PNLG 13 - Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, 2009. www.snlg-iss.it
- Centro GRC – Regione Toscana e Gruppo di lavoro regionale prevenzione cadute, La prevenzione delle cadute in ospedale, 2011. Edizioni ETS: Pisa www.regione.toscana.it/rischioclinico.html
- procedura aziendale GP001.

7. ALLEGATI

7.1 Scheda ambulatoriale di presidio con relazione

7.2 Scheda segnalazione cadute.

ALLEGATO 7.2 GP008

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE

Presidio	<input type="checkbox"/> Villa delle Rose	<input type="checkbox"/> Senologia Careggi
Data evento		Ora
Dati anagrafici	Cognome	Nome
<input type="checkbox"/> Utente del servizio	Tipi di prestazione	Data di nascita
<input type="checkbox"/> Accompagnatore		
Segnalazione scheda	Data	Ora

DESCRIZIONE DELLA CADUTA

Dati acquisiti da	<input type="checkbox"/> Utente	<input type="checkbox"/> Accompagnatore	<input type="checkbox"/> Testimone
Riferisce di	<input type="checkbox"/> Non essersi reso conto che stava cadendo	<input type="checkbox"/> Di essersi ritrovato a terra	<input type="checkbox"/> Non è in grado di rispondere

LUOGO DELLA CADUTA

<input type="checkbox"/> Saletta Interventi	<input type="checkbox"/> Corridoio interno	<input type="checkbox"/> Corridoio esterno
<input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Scale	<input type="checkbox"/> Sala d'attesa
<input type="checkbox"/> Stanza attività diagnostica/ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Ascensore	<input type="checkbox"/> Aree esterne
<input type="checkbox"/> Parcheggio	<input type="checkbox"/> Palestra	<input type="checkbox"/> Altro

TESTIMONI

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI			
<input type="checkbox"/> Non Operatori	Cognome Nome	Cognome Nome		
	Recapito	Recapito		
	Documento Id.	Documento Id.		
<input type="checkbox"/> Operatori	Cognome Nome	Cognome Nome		
	Qualifica	Qualifica		
	U.O assegnazione	U.O assegnazione		

**Valutazione strutturale della S.C. Prevenzione Secondaria Screening
In tema di prevenzione delle cadute in ospedale**

Premessa

Al fine di ridurre i rischi per i pazienti, oltre che per richiedere alla Regione Toscana l'accreditamento istituzionale della S.C. Prevenzione Secondaria Screening dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (di seguito ISPO), di cui la struttura fa parte, il Servizio Prevenzione e Protezione ha effettuato un sopralluogo presso la suddetta struttura relativa alla Sicurezza Ambientale e dei Presidi, come definita nella Campagna per la Sicurezza del Paziente "La prevenzione delle cadute in ospedale" promossa dalla Regione Toscana.

Introduzione

Il Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze e l'Agenzia Regionale di Sanità, ha progettato e condotto una ricerca applicata finalizzata alla messa a punto di strumenti per la prevenzione delle cadute dei pazienti. Le cadute sono tra gli eventi avversi più frequenti, sia considerando i dati della letteratura scientifica di riferimento che le richieste di risarcimento a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Ciò nonostante, nel nostro Paese a tutt'oggi le cadute non fanno parte dei sistemi di gestione del rischio clinico implementati né risultano diffusi strumenti validi e affidabili per la valutazione dei pazienti a rischio di caduta, della sicurezza di ambienti e presidi, per la segnalazione, analisi e prevenzione della caduta. Partendo da alcune importanti esperienze e ricerche condotte in alcune strutture ospedaliere italiane e toscane, nel 2007 la Regione Toscana promuove, nell'ambito delle iniziative condotte dal Centro regionale Rischio Clinico, la "Campagna per la prevenzione delle cadute in ospedale". La campagna ha avuto inizio con la costituzione di un gruppo di coordinamento regionale e di un gruppo di lavoro (GLR) coordinato dal Centro Gestione Rischio Clinico di cui hanno fatto parte i *Clinical Risk Manager* (o loro delegati) di alcune aziende USL che già avevano avviato progetti di studio o di prevenzione delle cadute ed esperti della materia (referenti HPH e progetto *Nursing ARS*). Vi hanno, inoltre, preso parte alcuni operatori dei Servizi di Prevenzione e Protezione, ai quali il progetto prevedeva di affidare la valutazione dei rischi ambientali e dei rischi correlati ai presidi e ausili utilizzati per l'assistenza dei pazienti ricoverati.

L'obiettivo generale è stato il ridurre l'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati, gli obiettivi specifici sono stati:

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

A conclusione dello studio e a completamento delle azioni di programma previste dalla campagna per la sicurezza del paziente, è stata redatta e diffusa una specifica buona pratica rivolta alle aziende sanitarie, che include raccomandazioni per la prevenzione e il monitoraggio delle cadute dei pazienti anziani ricoverati.

Per la stesura della presente relazione, è stata visitata la struttura ultimi giorni del mese di novembre 2015, ed è stata compilata la "checklist sicurezza ambiente e presidi", contenuta nel quaderno "*La prevenzione delle cadute in ospedale*", a cura del GLR. pubblicato dalla Regione Toscana e distribuito alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Per i casi di non conformità, sono stati indicati gli interventi da intraprendere per l'adeguamento, riportati nel piano di miglioramento.

1. Strutture considerate

Alla S.C. Prevenzione Secondaria Screening afferiscono:

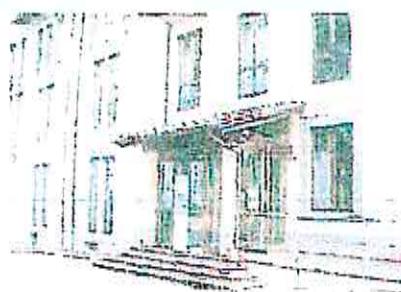
1. S.S. Mammografia Screening;
2. S.S. CRR Prevenzione Oncologia;
3. L'attività di Dermatologia;
4. L'attività di screening cervico-vaginale;
5. L'attività di screening colo rettale;
6. L'attività di endoscopia gastro-intestinale.

2. Sopralluoghi

Per la struttura presa in esame, si considerano le varie sezioni in cui è suddivisa la checklist.

Il sopralluogo è stato effettuato mediante verifica visiva della struttura e colloquio con il personale. Le attività della S.C. di Prevenzione Secondaria Screening, tranne la S.S. CRR, ubicata nel Padiglione "Mario Fiore" di Pontenuovo, sono attualmente collocate al piano terra del presidio di Villa delle Rose in via Cosimo il Vecchio 2. Tale edificio è concesso all'ISPO dalla Life Cronos in locazione.

L'accesso alla S.C. è libero (Fig. 1) e dotato di rampa per disabili.

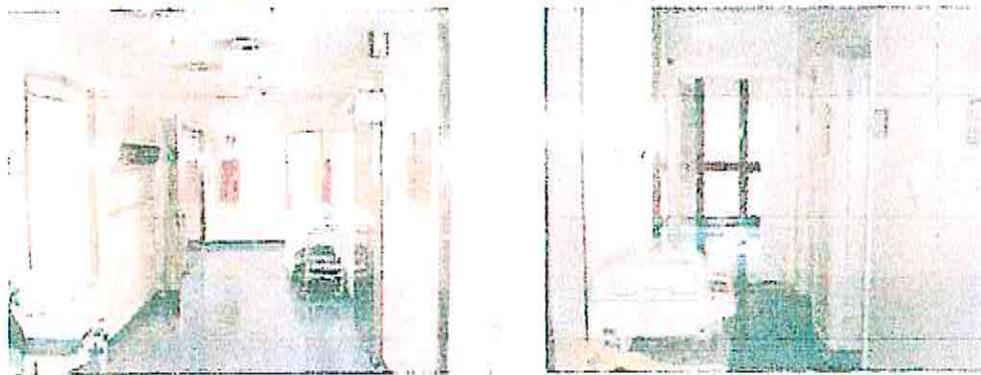


- Fig. 1: Accesso libero alla struttura e, sulla destra, rampa per disabili -

Sezione 1

Per pavimenti della struttura e le scale dell'edificio, non si segnalano criticità.

Per quanto riguarda i corridoi della struttura non si riscontrano ingombri che riducono sensibilmente la larghezza degli stessi (Figg. 2-4) almeno nelle zone nelle quali accedono i pazienti; si riscontra invece l'assenza del corrimano (Fig. 5); la mancanza del corrimano potrebbe rappresentare una criticità apprezzabile vista la tipologia di pazienti che accede alla struttura.



- Figg. 2-3: Corridoi interni all'attività di endoscopia gastro-intestinale -



- Figg. 4-5: Corridoio e assenza del corrimano nel corridoio al piano terra -

Sezione 2

Le sedie delle stanze (Figg. 6-7) non presentano particolari problemi: non sono dotate di braccioli ma, questo non costituisce una criticità.

Non si rilevano criticità neanche per l'unica sedia a rotelle presente. Essa è dotata di poggiapiedi funzionanti, braccioli fissi, ruote e freni efficienti. E' da mettere in conto l'acquisto di una seconda sedia a rotelle.



- Figg. 6-8: Sedie presenti e sedia a rotelle -

Sezione 3

Le stanze dove accedono i pazienti sono stanze ambulatoriali e le stanze destinate all'endoscopia gastro-intestinale; non sono presenti camere vere e proprie, letti per degenza e comodini. Parte della sezione 3 è stata ritenuta non applicabile e quindi non è stata compilata.

Per quanto riguarda i letti trattasi solo di lettini da visita per ambulatorio, mammotome e barelle (Figg. 8-16).



- Figg. 9-15: lettini per ambulatorio e barelle -



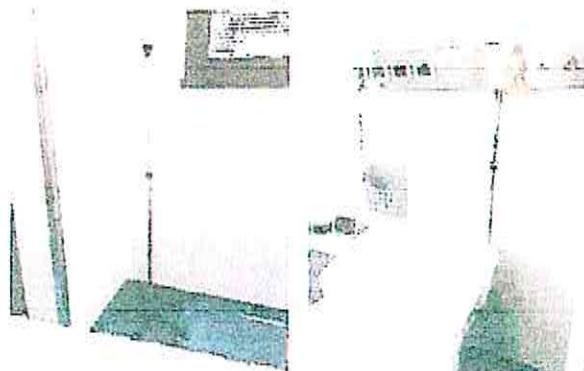
- Figg. 16-17: mammotome (con gradino rimovibile) e barelle -

Sono presenti gradini rimovibili in quanto ritenuti necessari, ma su di essi non si segnalano criticità (Fig. 17).



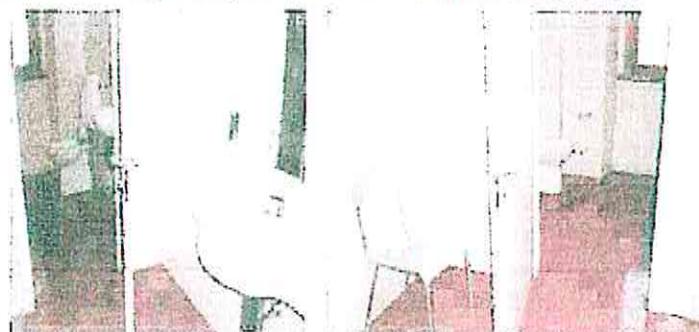
- Fig. 18: gradino rimovibile -

Le aste per flebo (Figg. 18-19), tutte con base a cinque piedi, regolabili in altezza, sono presenti in endoscopia gastro-intestinale ed alcune sono integrate nelle barelle.



- Figg. 19-20: Asta per flebo a cinque piedi e integrata nella barella -

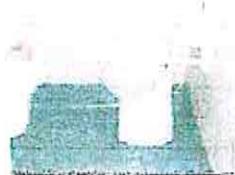
Sono presenti infine dei servizi igienici per il paziente distribuiti nel presidio.



- Figg. 21-22: Servizi igienici -

Per quanto riguarda i bagni si segnalano:

- assenza di vasca, di doccia e di tappetino antiscivolo;
- assenza di interruttori invisibili al buio.



- Fig. 23: servizio igienico per disabili -

3. Piano di miglioramento

Gli interventi di adeguamento da attuare per ridurre il rischio di caduta per i pazienti (e conseguentemente ridurre i rischi anche per gli operatori) è riportato nella tabella seguente, unite all'individuazione del/dei responsabile/i dell'attuazione e a una proposta di tempistica per l'intervento.

AZIONE DA INTRAPRENDERE		RESPONSABILE DELL' ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE
Sezione 1	Installare il corrimano nel corridoio	Life Cronos	6 mesi
Sezione 2	Dotare la struttura di un numero adeguato di sedie a rotelle	Ufficio acquisti	1 mese
Sezione 3	Installare interruttori visibili al buio nei bagni	Life Cronos	3 mesi

4. Conclusioni

L'attuazione di quanto riportato al paragrafo 3 consentirebbe la riduzione del rischio di caduta per i pazienti ad un livello accettabile, e di ottenere l'accreditamento istituzionale da parte della Regione Toscana.

Firenze, 17/12/2015

Ing. Gianluca Verdolini

Gianluca Verdolini

Dott.ssa Antonella Cipriani

Antonella Cipriani

ALLEGATO 1

CHECK-LIST “SICUREZZA AMBIENTI E PRESIDI” COMPILATÀ

Check list

sicurezza ambiente e presidi



Unità Operativa e Servizi 114 R Veterinario (Sez.P. GRC) GIANLUCA VULPESINI
Numero di accesso (data seconda l'ordine di inserimento) 051 010 Non applicabile: (I.P.D.) NON E' UN
OPERATORE

N. P. 3429