



- Definizione del profilo di rischio
- Implementazione di misure di prevenzione
- Attivazione di modalità appropriate di gestione del paziente caduto
- Monitoraggio e valutazione dei risultati finalizzato al miglioramento continuo della qualità
- Interventi informativi/formativi per operatori, pazienti, famigliari e visitatori.

Il tema delle cadute in ospedale è stato studiato anche come esito sensibile all'assistenza infermieristica (nursing sensitive outcome - NSO). Nel periodo febbraio- maggio 2014 è stato condotto uno studio (pazienti arruolati 10.263) presso le unità operative di medicina generale, geriatria, ortopedia/traumatologia, lungodegenza, recupero/riabilitazione della quasi totalità delle Aziende sanitarie della RER con l'obiettivo di descrivere l'incidenza degli esiti sensibili alle cure infermieristiche, comprese le cadute, nelle unità operative per migliorare l'impatto dell'assistenza infermieristica sulla qualità delle cure, il dato di incidenza di è 1.5%; la disciplina con maggior frequenza di cadute è Recupero/Riabilitazione (3.9%), la minore Ortopedia/Traumatologia (0.6%). Nell'analisi multivariata si confermano fattori di rischio legati all'accadimento di caduta: l'assunzione di farmaci (OR=2.3. P=0.0008), la caduta l'anno precedente (OR= 1.7, p= 0.0015), il Charlson >2 (OR=1.6, P=0.0083) e la deambulazione parzialmente autonoma (OR= 1.5, p=0.0288).

Il turno di lavoro durante il quale sono più frequenti le cadute è quello notturno (50.9%), seguito da quello mattutino (35.2%). Il luogo in cui sono avvenute più cadute (82.4%) è la stanza, seguita dal bagno (13.3%). La sola variabile significativa relativa allo staffing infermieristico è stata la presenza dell'altruismo (inteso come atteggiamento e comportamento di chi ha la qualità (morale) di interessarsi al benessere dei propri simili) nello staffing (OR=0.2, P=0,0193).

Per evitare le cadute è necessario sostenere l'applicazione di strumenti preventivi per la valutazione del rischio, l'uso di buone pratiche assistenziali, l'informazione dei pazienti e dei caregivers, lo sviluppo di procedure per la gestione dei pazienti anziani e con patologie e/o terapie che aumentano il rischio, il monitoraggio teso a verificare l'adesione alle buone pratiche di prevenzione.

Con la D.G.R n. 1350 del 17 settembre 2012 è stato approvato il "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie" e la L.R. 7 novembre 2012 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale", agli artt. 3 e 5, fanno riferimento alle funzioni regionali per la prevenzione degli eventi avversi. Nello specifico l'art. 3 comma 1 riporta: "La Regione svolge funzioni di indirizzo, di supporto, di coordinamento e di sostegno finanziario agli eventi avversi e della gestione diretta dei sinistri" e l'Art. 5 al comma 1 riporta: "La Regione svolge funzioni di osservatorio regionale per la sicurezza delle cure, al fine di assicurare l'armonizzazione, il consolidamento e lo sviluppo delle funzioni di monitoraggio epidemiologico, prevenzione e gestione dei rischi, risarcimento del danno".

Con la presente, nell'intento di svolgere funzioni di indirizzo e di supporto alle aziende, si trasmettono le linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale che indicano le azioni da intraprendere nelle Aziende sanitarie della RER.

Le linee di indirizzo richiamano le responsabilità della direzione aziendale per porre in essere le azioni per la prevenzione e la gestione dell'evento caduta e riportano le buone pratiche EBP o indicate dal Panel sulla valutazione multifattoriale del rischio caduta inclusa la valutazione del rischio ambientale, gli interventi per la prevenzione e la gestione della caduta gli indicatori di esito e di processo, oltre all'importanza di documentare tutti gli interventi messi in essere.

Si precisa infine che è previsto il monitoraggio regionale sull'implementazione delle linee di indirizzo a livello aziendale con incontri periodici con i referenti aziendali del tema e vengono proposti strumenti a supporto della valutazione del rischio ambientale, di gestione dell'evento caduta e del percorso formativo degli operatori sanitari. Nello specifico per il percorso formativo degli operatori sanitari è previsto un pacchetto composto da un Corso E-Learning Blended per un gruppo di formatori aziendali, una comunità di pratica (rivolta ai formatori aziendali, ai componenti del gruppo di lavoro regionale, ai risk manager) e un corso FAD (rivolto a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari dell'ospedale). E' stato definito un logo regionale unico per identificare il rischio caduta e sono stati elaborati tre strumenti informativi per il paziente e i caregivers: un opuscolo informativo da consegnare al paziente al momento della presa in carico, un poster per le stanze di degenza e un opuscolo da consegnare al paziente al momento della dimissione/trasferimento.

Si invitano pertanto le Direzioni preposte di ogni Azienda a nominare due professionisti (medici, infermieri, risk manager) che assumeranno il ruolo di formatori aziendali sulle Linee di indirizzo, dopo aver frequentato il corso di Formazione E-learning Blended.

I nominativi vanno trasmessi alla Dott.ssa M. Mongardi email [mmongardi@regione.emilia-romagna](mailto:mmongardi@regione.emilia-romagna) entro il 20/01/2017.

Cordiali saluti

  
Kyriakoula Perropulacos

*Allegato: Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale*

# Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale



**Dicembre 2016**

Documento a cura di : Maria Mongardi, Matteo Seligardi, Cristiano Pelati, Ottavio Nicastro,  
M. Teresa Montella

*Gruppo di lavoro regionale*

Gabriella Di Girolamo	Ausi Piacenza
Giordano Ambiveri	Casa di Cura S. Giacomo -Piacenza
Antonella Dovani	AOU Parma
Simona Fontechiari	AOU Parma
Giovanna Campaniello	AOU Parma
Romano Marchini	AUSL Parma
Roberto Caroli	AOSP Reggio Emilia
Claudio Tedeschi	AOSP Reggio Emilia
Stefano Mastrangelo	Ausi Reggio Emilia
Vania Maselli	Ausi Modena
Stefania Buonaccorso	Ausi Modena
Angela Sacchetti	AOU Modena
Attilia Scacchetti	AOU Modena
Borghi Athos	AOU Modena
Daniela Cavedagna	IOR Bologna
Elisa Porcu	IOR Bologna
Claudio Masetti	IOR Bologna
Katia Biavati	AOU Bologna
Concetta Brugaletta	AOU Bologna
Catia Bedosti	Ausi Imola
Cava Nicoletta	Ospedale Montecatone
Palladino Teresa	Ausi Bologna
Giovanni Pieroni	Ausi Bologna
Anna Simoni	Ausi Bologna
Rosello Renato Monzu	Ausi Bologna
Fedele Giannone	Casa di Cura Villa Erbosa - Bologna
Paola Capponcelli	AOU Ferrara
Cinzia Guidi	AOU Ferrara
Silvia Rapuano	Casa di Cura Villa M. Cecilia - Cotignola - RA
Prati Katia	Ausi Romagna
Donata Dalmonte	AUSL Romagna
Fabbri Lorella	AUSL Romanga
Annita Camminati	AUSL Romagna
Puglioli Simonetta	RER - Servizio Assistenza Territoriale
Lorenzo Sciolino	RER - SAO

*Gruppo di lavoro Servizio Prevenzione Protezione, Servizio Attività tecniche:*

Daniele Tovoli	Ausl Bologna
Claudia Reggiani	AOSP/Ausl Reggio Emilia
Morini Giovanni	Aosp /Ausl Reggio Emilia
Sandra Fantoni	Ausl Romagna
Daniela Pedrini	AOU Bologna
Massimo Del Bianco	Ausl Romagna
Giordano Ambiveri	Casa di Cura San Giacomo – Piacenza
Chinosi Elena	Casa di Cura San Giacomo – Piacenza
Gianni Pieroni	Ausl Bologna
Fabio Rombini	RER

*Gruppo di lavoro Strumenti Informativi sull'evento caduta*

Federica Gazzotti	Ausl Reggio Emilia
Vania Maselli	Ausl Modena
Serraglio Valeria	
Bassoli Milena	
Bassanello Anna Maria	
Violi Giovanni	
Peli Ambra	
Gazzotti Maria Gelsomina	
Lugli Laura	
Faenza Manuela	
Richeldi Arianna	
Tassinari Roberto	
Mussi Chiara	
Bertolotti Marco	
La Porta Fabio	
Scotto Roberto	
Buonaccorso Stefania	
Serraglio Valeria	

## Sommario

Glossario	5
Premessa	6
Percorso regionale sull'evento caduta	7
Evento caduta come esito sensibile alle cure infermieristiche	8
Ambiti di applicazione	8
Dove e quando	8
A chi è rivolta	9
Responsabilità della direzione aziendale	9
Valutazione del rischio caduta	9
valutazione multifattoriale del paziente	10
valutazione ambientale	11
<b>1° Indirizzo - Valutazione multifattoriale del rischio caduta</b>	<b>14</b>
Interventi per la prevenzione della caduta	15
<b>2° Indirizzo - Interventi per la riduzione del rischio caduta</b>	<b>17</b>
Gestione dell'evento caduta	18
Flow chart valutazione rischio, interventi preventivi e gestione evento caduta	19
Documentare gli interventi assistenziali nella cartella clinica integrata	20
<b>3° Indirizzo - Documentare gli interventi</b>	<b>20</b>
Indicatori di esito e di processo	21
<b>4° Indirizzo - Indicatori di esito e di processo</b>	<b>21</b>
Monitoraggio implementazione linee di indirizzo	22
Strumenti a supporto degli interventi preventivi	22
Materiale informativo per i pazienti e caregivers	22
Interventi di formazione continua per gli operatori sanitari	22
Bibliografia	23
Allegati	26
Allegato A - Quadro normativo sulla valutazione ambientale	
Allegato B - Check list per la valutazione della sicurezza ambientale delle aree assistenziali	
Allegato C - Check list per la sicurezza ambientale delle aree comuni	
Allegato D - Tracciato Record per flusso informativo	
Allegato E - Opuscolo informativo per pazienti e caregivers alla dimissione	
Allegato F - Opuscolo informativo per pazienti e caregivers durante degenza	
Allegato G - Poster per stanze di degenza e aree comuni	

## Glossario

**Caduta:** Si definisce caduta un "improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto" (Racc. Min. della Salute, n 13 2011);

**Caduta accidentale:** quando la persona cade involontariamente, es. scivolata su pavimento bagnato. (Joint Commission International Resources. Oakbrook Terrace, 2005);

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

**Caduta fisiologica prevedibile:** avviene nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili (Morse et al. 2002)

**Tipologie Danno a seguito di Caduta:** assenza di danno, danno minore (ecchimosi, contusione, escoriazione), danno moderato (ferità con necessità di sutura o frattura se sottoposta a intervento chirurgico o distorsione, ematoma) danno maggiore (morte e la classificazione di evento sentinella descritta al punto successivo)

**Evento Sentinella "Morte o grave danno per caduta di paziente":** In considerazione delle definizioni fornite dal Protocollo ministeriale per il Monitoraggio degli eventi sentinella, si devono segnalare alla Regione Emilia-Romagna come Evento Sentinella, ai fini del flusso SIMES, le cadute che abbiano determinato : morte, disabilità permanente, coma, trauma maggiore conseguente a caduta di paziente, trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva, necessità di intervento chirurgico a seguito della caduta o rianimazione Cardio-Respiratoria.

## Simboli e acronimi

© - Indicazione del Panel (Gruppo di Esperti)	RCT- Randomized Controlled Trial
EB - Indicazione basata su di un corpo di evidenze	BLS - Basic Life Support
® - Raccomandazione ministeriale	NICE - National Institute for Health and Care Excellence
SIMES - Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità	OR - Odds Ratio
SSR – Servizio Sanitario Regionale	RR - Rischio Relativo
CCI – Cartella Clinica Integrata	

## Premessa

L'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella (EA) rappresenta un adempimento importante teso a minimizzare tali accadimenti in ospedale.

La Regione Emilia Romagna ha recepito le Raccomandazioni nazionali, declinando puntuali obiettivi in ordine al rischio cadute per i Direttori Generali.

Si precisa che l'adesione alle linee di indirizzo ministeriali fa parte degli adempimenti relativi ai livelli essenziali di assistenza.

Nel Novembre 2011, il Ministero della Salute ha pubblicato la raccomandazione per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie, tema rilevante per frequenza, gravità, esiti precoci e tardivi.

Il rischio di caduta ha incidenza diversa a seconda dei *setting* assistenziali (vedi dopo) e comporta un importante incremento della degenza, dei re-ricoveri, delle attività diagnostiche e terapeutiche nonché dei costi sanitari e sociali.

Vi sono elementi utili a riconoscere e prevenire le cadute, infatti una prima caduta è un allarme importante poiché il paziente ha maggiore probabilità di cadere una seconda volta.

Le conseguenze dell'evento caduta sono sinteticamente esposte: paura di cadere nuovamente, perdita di sicurezza, ansia, depressione, perdita dell'autonomia, aumento della disabilità ed una riduzione molto significativa della qualità della vita.

Le cadute sono potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni *items*, utilizzando strumenti ad hoc quali: la valutazione multifattoriale e multidisciplinare del paziente. L'applicazione di tali misure è un indicatore della qualità assistenziale e richiede che operatori, pazienti e familiari/*caregiver* acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta collaborando in modo integrato e costante.

Si stima che il 14% delle cadute in ospedale sia accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. caduta su pavimento bagnato), l'8% sia imprevedibile (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), il rimanente 78% è prevenibile.

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna dispongono di un sistema di monitoraggio delle cadute in ospedale che nel triennio 2013-2015, ha rilevato i seguenti dati: 6289 cadute anno 2013, 6421 anno 2014 e 6274 anno 2015 per un totale di 18.984, tale monitoraggio viene effettuato sui soli pazienti ricoverati. Il tasso di cadute per mille giornate di degenza è pertanto il seguente: 1.59 cadute/1000 gg di degenza (A. 2013), 1.67 cadute/1000 gg di degenza (A. 2014) e 1.65/1000 gg di degenza (A. 2015)

I sistemi di monitoraggio summenzionati tuttavia sono disomogenei sia per modalità di raccolta dei dati che per codifica degli esiti.

La presente Linea di indirizzo ha quale obiettivo primario quello di:

definire la buona pratica assistenziale per la prevenzione, la gestione dell'evento caduta in ospedale e fornire indicazioni per l'implementazione delle linee di indirizzo.

### Percorso regionale sull'evento caduta

La Regione Emilia Romagna (RER) con la DGR n.514/2009 "Primo provvedimento della Giunta Regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari" ha previsto che i soggetti gestori dei servizi socio-sanitari accreditati debbano garantire fra i requisiti di qualità azioni ed interventi finalizzati alla prevenzione delle cadute, programmi di attività motoria e rieducazione, consulenza di fisioterapisti agli operatori per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento e riattivazione. Con DGR 1095/2010 ha definito in modo puntuale i requisiti strumentali, organizzativi, tecnologici, e di monitoraggio dei percorsi paziente. Con DRG 419/2012 ha individuato puntuali requisiti per unità operative con maggior affluenza di popolazione anziana ( geriatria e medicina). Nel 2012 la Regione ha aderito al progetto "Passi d'argento": si tratta di un programma di sorveglianza degli ultra 64enni, con un particolare focus sul rischio caduta.

Nel biennio 2014-2015, sono state date indicazioni per prevenire le cadute nelle strutture sanitarie, promuovendo inoltre una verifica delle procedure aziendali in essere che ha evidenziato quanto segue: tutte le Aziende Sanitarie regionali hanno elaborato specifiche procedure, utilizzando sistemi e strumenti differenti tra loro tra i quali le tradizionali scale (Conley, Tinetti ecc) di valutazione del rischio caduta (tabella 1).

Infine il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018, promuove un progetto per ridurre il rischio caduta nell'anziano fragile nella comunità.

Tabella 1 - Scale per la valutazione del rischio caduta in uso nelle aziende della RER

Scala	%
Conley	27,8
Morse	27,8
Tinetti	5,6
Mosaico	5,6
Altro	22,2
Non Specificato	11,1
Totale	100

Alla luce delle difformità summenzionate, si è ritenuto opportuno approntare una revisione di letteratura verificando anche la validità delle scale in uso e definendo una modalità di gestione/segnalazione delle cadute che potesse essere condivisa su scala regionale.

## **Evento caduta come esito sensibile alle cure infermieristiche**

Nel 2012 il Servizio Assistenza Ospedaliera (SAO), ha condotto uno studio in Aziende Pubbliche e Private accreditate, con l'obiettivo di monitorare alcuni indicatori definiti sensibili all'assistenza infermieristica o altresì detti *Nursing Sensitive Outcome (NSO)*; individuando i seguenti esiti: lesioni da decubito, cadute e contenzione. Come già indicato, la mancanza di rilevazioni univoche è risultata essere un *vulnus* importante per approntare confronti tra le strutture. La carenza di sistemi informatici integrati capaci di acquisire i dati in modo da creare flussi informativi stabili e costanti, è risultata essere una delle criticità più evidenti. La ricerca summenzionata ha descritto l'incidenza delle cadute verificando la correlazione con altre variabili quali: il case-mix dei pazienti, la formazione (di base e post-pase) infermieristica, le ore infermiere-paziente, il modelli organizzativo-assistenziali, il clima organizzativo e livello di *burnout*; non sono state trovate correlazioni statisticamente significative tra le variabili di cui sopra e l'evento caduta poiché tale accadimento è stato pari 1.5 %, contrariamente agli *outcome* relativi a lesioni da pressione e contenzione.

Lo studio, ha complessivamente arruolato 11.345 pazienti nelle seguenti unità operative: medicina generale, geriatria, ortopedia-traumatologia, lungodegenza, recupero e riabilitazione e unità di terapia intensiva. Il campione relativo alle cadute è stato pari 10.263, in quanto escluse le unità di terapia intensiva. con incidenza massima in Medicina Riabilitativa (3.9%), minima in Ortopedia/Traumatologia (0.6%).

Le variabili significative legate al rischio sono state:

- Caduti nell'anno precedente (42.4%)
- Assunzione di farmaci\* (89.7%)
- Stato di coscienza: vigile(97.6%), assopito o comatoso
- Stato cognitivo (collaborante, non collaborante (30.3%)
- Deambulazione parzialmente autonoma (46.1%)

*\*si è considerata l'assunzione di 1 principio attivo con: effetto psicotropo, effetto sull'apparato cardiocircolatorio, o di una terapia polifarmacologica (almeno 3 principi attivi) che non includesse le due categorie precedenti.*

## **Ambiti di applicazione**

### *Dove e quando*

In tutte le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private accreditate, durante la degenza (ordinaria e di Day Hospital) e l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e la degenza in Servizio di Prevenzione Diagnosi Cura (SPDC) della salute mentale. Una peculiarità di applicazione è rappresentata dalle unità operative di terapia intensiva, pediatria, neonatologia e sala operatoria poiché le caratteristiche dei pazienti non permettono la valutazione del rischio multifattoriale di seguito riportata.

### *A chi è rivolta*

A tutti gli operatori coinvolti nei processi di cura rivolti alla persona (medici, infermieri, ostetriche, operatori socio-sanitari, tecnici sanitari, ecc.)

## **Responsabilità della direzione aziendale**

La Direzione Aziendale in qualità di responsabile del programma di prevenzione e gestione del rischio caduta deve predisporre quanto segue:

- ✓ profilo di rischio del contesto in relazione alle caratteristiche del paziente e del case mix ;
- ✓ analisi di struttura, lay out ed ausili, apparecchiature biomedicali e sanitarie;
- ✓ piano organizzativo per la prevenzione degli eventi di caduta con implementazione delle misure di prevenzione di valutazione del rischio;
- ✓ realizzazione di interventi informativi/formativi per operatori, pazienti, familiari e visitatori;
- ✓ attivazione di appropriate modalità di gestione, in caso di caduta;
- ✓ integrazione tra la struttura sanitaria e il territorio (es. documentazione sanitaria, opuscoli informativi, ...)
- ✓ funzionalità di un sistema informativo dedicato, anche attraverso la valutazione dei dati/risultati, che tenga conto della serie storica dei dati e dei relativi indicatori;

Tale percorso dovrà essere formalizzato da parte della Direzione Strategica.

Alla Direzione Operativa (UOC e SSD) dovranno essere assegnate le responsabilità per l'implementazione degli interventi di prevenzione e gestione dell' evento caduta. Tali indirizzi terranno conto delle indicazioni della Regione e della Direzione Strategica Aziendale.

## **Valutazione del rischio caduta**

La valutazione del rischio caduta si attua attraverso l'analisi di due elementi:

1. valutazione multifattoriale del paziente
2. valutazione ambientale

“Attraverso la valutazione di ciascun paziente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali è possibile prevenire e comprimere il rischio di caduta. *Racc. Min. della Salute n 13, 2011*”.

### **1. Valutazione multifattoriale del paziente**

- La letteratura di riferimento ha quale popolazione target gli over 65 anni.
- Il tavolo di lavoro regionale © ha proposto di estendere la valutazione under 65 anni. Dovrà essere approntata una valutazione clinico assistenziale.
- Non saranno oggetto di valutazione multifattoriale gli outpatients.

Per quanto attiene ai fattori di rischio caduta, gran parte della letteratura prodotta fino ad oggi ha cercato di analizzare e validare le scale utilizzate come strumenti predittivi (Conley, Morse, Tinetti ecc) con risultati poco soddisfacenti per scarsa sensibilità e specificità.

Alcuni AA Oliver et Al 2000 hanno focalizzato la ricerca sulla natura eziologica della caduta. Tali studi hanno superato il paradigma “scala-predittività della caduta”, rendendone inappropriato l'utilizzo.

La metanalisi pubblicata dal “National Institute for Health and Care Excellence (NICE)” *Falls. Assessment and prevention of falls in older people*” June 2013 and Update 2016 alla CG161” ha proposto un nuovo modello: trattasi di una valutazione multiprofessionale - multifattoriale maggiormente predittiva rispetto alle scale. In tabella 2a sono segnalati gli elementi di valutazione che correlano con l'evento caduta.

Tabella 2a - Studi fattori di rischio caduta /analisi multivariate

Variabile	Analisi multivariate significative	Analisi multivariate non significative	RR/OR (range)	Livello delle evidenze (L)
<b>Almeno una caduta pregressa</b>	10	7	OR=2,4-2,6 RR=1,9-2,4	L-III*
<b>Timore di cadere</b>	3	1	OR=1,7-2,8	L-III*
<b>Rischio/Barriere ambientali</b>	2	0	OR=2,3-2,5	L-III*
Valutazione deficit dell'andatura	3	6	OR=1,8-2,2 RR=2,2	L-III*
Valutazione deficit dell'equilibrio	4	8	OR=1,8-3,9 RR=1,7	L-III*
Valutazione deficit della mobilità	2	4	OR=2,0-3,0	L-III*
Valutazione deficit forza muscolare	0	2	-	L-III*
Valutazione deficit della vista	3	8	OR=2,6-5,8 RR=1,6	L-III*
Valutazione deficit cognitivi e neurologici	3	9	OR=2,2-6,7 RR=6,2	L-III*
Incontinenza urinaria	2	5	OR=1,8-2,3	L-III*

\*Studi descrittivi non sperimentali, case-control, studi di correlazione

Lo studio del NICE ha inoltre correlato le terapie farmacologiche assunte con il rischio caduta in tabella 2b .

Tabella 2b - Studi fattori di rischio caduta/meta-analisi

Variabile	Numero di studi inclusi nella meta-analisi	RR/OR (range)	Livello delle evidenze (L)
Polifarmacologia (almeno 3 esclusi i farmaci cardiologici e ad effetto psicotropo)	14	OR=2,02-3,16	L-I**
Farmaci cardiologici	10	OR=1,59	L-I**
Farmaci ad effetto psicotropo	11	OR=2,02-3,18	L-I**

\*\*Metanalisi, RCT. RR= Incidenza negli esposti / incidenza nei non esposti; OR= Probabilità dell'evento negli esposti / probabilità dell'evento nei non esposti

Si elencano le variabili che risultano significative: almeno una caduta pregressa, timore di cadere, rischio/barriere ambientali, polifarmacologia, farmaci cardiologici, farmaci ad effetto psicotropo.

## 2. Valutazione ambientale

Un' altro importante fattore di rischio per le cadute è rappresentato dall'ambiente (elementi strutturali, ausili e tecnologie sanitarie) infatti numerosi studi identificano questo fattore come la seconda causa di cadute *nei setting ospedalieri*. Trattasi di un fattore di rischio anche per visitatori ed operatori e comporta inoltre richieste risarcitorie di elevata entità. La valutazione del rischio ambientale è complessa poiché il "lay-out" ospedaliero subisce modifiche importanti e continue cui somma l'introduzione di nuove tecnologie ed ausili.

Alla luce della complessità degli ambienti ospedalieri, è mandatorio analizzare sia in fase di edificazione che periodicamente i rischi ambientali, nonché predisporre programmi di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture, che devono essere correlate al corretto funzionamento dei devices, degli ausili per l'assistenza quali la mobilitazione del paziente (carrozine, letti, deambulatori...), attivando, se necessario, azioni correttive in caso di non conformità. La Direzione Strategica dovrà individuare le competenze per dare seguito agli interventi sopra descritti.

Nella Tabella 3 sono elencati gli elementi da considerare per la valutazione ambientale. Tali elementi si fondano sulla letteratura e sulle normative riportate nell'allegato A.

Tabella 3 - Elementi da considerare per la valutazione ambientale

<b>Ambiente</b>
<p><b>Pavimenti:</b> mantenere superfici integre, antiscivolo, senza avvallamenti o rilievi sul piano, evitando anche chiusure a rilievo delle porte e preferire quelle a scomparsa. Posizionare idonea segnaletica quando vengono fatte le pulizie dei pavimenti. Negli interventi di ristrutturazione edilizia o nuove realizzazioni assicurarsi che i pavimenti abbiano i requisiti e conseguenti certificazioni, adeguati in base alle condizioni di utilizzo (norme principali di riferimento DIN 51130 (Camminamento con calzature) e la DIN 51097 (camminamento a piedi nudi: si applica a docce, bordi piscine ecc.) o coefficiente di attrito, misurato secondo il metodo della B.C.R.A. (<i>British Ceramic Research Association</i>))</p> <p><b>Corridoi:</b> posizionare corrimano o sistemi di appoggio, ridurre gli intralci (apparecchiature, armadi ecc..)</p> <p><b>Scale:</b> presenza di corrimano, preferibilmente, anche quando non obbligatorio, su entrambi i lati. Caratteristiche antiscivolo/applicazione di strisce antiscivolo (strutture esistenti) o utilizzo di materiali adeguati certificati (ristrutturazioni o nuove costruzioni). Pedata omogenea. Adeguata segnaletica nel caso di presenza di dislivelli non omogenei. Evitare i gradini singoli e nel caso segnalarli adeguatamente. Negli interventi di ristrutturazione edilizia o nuove realizzazioni assicurarsi dei requisiti e certificazioni previste dalle norme di riferimento soprariportate DIN 51130 e DIN 51097. Inoltre occorre valutare che le scale abbiano requisiti di ergonomia in relazione alla presenza di pazienti anziani e con ridotta autonomia (secondo le regole tecniche vigenti)</p> <p><b>Scale mobili:</b> se utilizzate devono avere un'adeguata segnaletica di avvertimento verticale, la velocità deve essere regolata almeno a livello minimo secondo quanto previsto come da normativa (0,5 m/sec o 0,3-0,4 m/sec). Devono essere previsti percorsi alternativi facilmente individuabili per le persone con importanti limitazioni alla deambulazione o che utilizzano ausili.</p> <p><b>Bagni:</b> progettare bagni con un "lay-out" che consenta di posizionare la sedia a rotelle o sollevatore meccanico. Prevedere adeguati punti di appoggio (maniglie, ecc.) in relazione alla disposizione dei servizi. Per il pavimento (vedi sopra).</p> <p><b>Illuminazione:</b> allestire una illuminazione senza zone o coni di ombra omogenea con particolare riferimento alle scale. Prevedere la presenza di illuminazione notturna nelle stanze e nei bagni. Per gli interventi di ristrutturazione edilizia o nuove realizzazioni valutare che la illuminazione sia stata progettata conformemente almeno ai requisiti previsti dalla norma UNI EN 12464.</p> <p><b>Camera di degenza/ Ambulatori:</b> Assicurare un lay out con adeguato spazio di manovra tra arredi e carrozzine. Evitare la presenza di cavi a terra (es. Televisione, computer, dispositivi elettromedicali). Posizionare il campanello di chiamata vicino al testa letto in posizione accessibile. Mantenere le camere libere da ingombri a terra.</p> <p><b>Porte, il senso di apertura:</b> Negli interventi di ristrutturazione edilizia o nuove realizzazioni in relazione ai percorsi dei pazienti. Nei percorsi dei pazienti preferire porte antincendio con sistema di blocco in apertura con magneti alle pareti e valutare la collocazione degli estintori sia a muro che a terra in modo che non intralcino gli spostamenti del personale e dei pazienti. <b>Per le porte a due ante</b> evitare la realizzazione di chiusure a pavimenti sporgenti.</p>

<b>Arredi</b>
<p><b>Arredi vari</b> evitare arredi con spigoli vivi, se presenti installare adeguate protezioni. Evitare arredi non necessari nelle camere di degenza, nei corridoi e nelle sale di attesa/soggiorno.</p> <p><b>Zerbini:</b> Possono essere presente solo se con caratteristiche antiscivolo, stabili sul pavimento e complanari al pavimento.</p> <p><b>Letti:</b> devono essere ad altezza variabile facilmente adattabili alle esigenze del paziente. Sponde facilmente abbattibili. Mantenere il letto con le ruote bloccate. Nei letti di nuova acquisizione da preferire quelli con movimento elettrico e di minore ingombro.</p> <p><b>Tavolini di servizio</b> devono essere dotati di freni e posizionati vicino alla testata del letto.</p> <p><b>Aste flebo:</b> preferire quelle integrate nel letto. Se vengono utilizzate quelle mobili per favorire la deambulazione del paziente assicurare che siano stabili ed a 5 ruote.</p> <p><b>Sedie:</b> singole facilmente spostabili e con appoggio che possibilmente non sporga verso l'esterno rispetto alla luce della seduta. Nelle camere di degenza da preferire quelle con braccioli. Le sedute plurime o panchine a stecca non devono essere spostate dalla collocazione originale, devono avere base di appoggio che possibilmente non sporga dalla luce della seduta. Nelle sale di attese se disposte su più file va lasciato un adeguato spazio per permettere l'agevole movimento degli utenti.</p> <p><b>Sedie a rotelle:</b> Devono essere dotate di braccioli rimovibili, poggiapiedi abbattibili e mobili, freni efficienti.</p> <p><b>Barelle:</b> ad altezza variabile e con sponde facilmente abbattibili.</p>
<p><b>Capitolati d' acquisto (letti, barelle, carrozzine ecc.) e gli interventi di ristrutturazione edilizia o nuove realizzazioni</b></p>
<p>Per gli arredi, la stesura dei capitolati d'acquisto dovrà prevedere le caratteristiche sopraelencate.</p> <p>Per gli interventi di ristrutturazione edilizia o nuove realizzazioni attenersi alla normativa vigente, valutare i progetti in fase preliminare, valutare il "lay-out" anche con gli arredi, mantenere gli spazi di manovra adeguati: porte di accesso ai bagni almeno di 80 cm apribili all'esterno, spazio di manovra piedi del letto e parete di almeno 120 cm.</p>
<p><b>Manutenzione strutturale, degli arredi e dei presidi</b></p>
<p>Manutenere periodicamente gli arredi ( letti e i vari presidi es. barelle, carrozzine, ecc.) e i pavimenti tramite una verifica periodica e gli interventi di manutenzione necessari.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Classificazione della priorità degli interventi</b></p>
<p>Ambienti, corridoi, scale, camere di degenza, lay-out del reparto, attrezzature arredi</p>
<p style="text-align: center;"><b>Strumenti</b></p>
<p>Check list di verifica (vedi allegato B,C)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Periodicità</b></p>
<p>Semestrale</p>
<p style="text-align: center;"><b>Professionisti coinvolti</b></p>
<p>Servizio Prevenzione e Protezione, Servizio Tecnico, Risk Manager, Tecnologie sanitarie, Direzione medica ed infermieristica</p>

## 1°Indirizzo - Valutazione Multifattoriale del Rischio Caduta: sintesi delle variabili da tenere in considerazione

### Variabili Paziente

#### Cosa?

- EB Caduta nell'anno precedente (almeno una caduta nell'anno precedente il ricovero)
  - EB Timore di cadere (il paziente ha palesato il timore di cadere, o di cadere nuovamente)
  - EB Prescrizione di un principio attivo dell'area cardiologica
  - EB Prescrizione di un principio attivo ad effetto psicotropo
  - EB Prescrizione contemporanea di almeno 3 principi attivi (escluso le due categorie precedenti)
- Ⓢ Valutazione equilibrio, mobilità, SDC/cognitivo

### Variabili Ambiente

- EB Presenza di barriere ambientali (es. scale, superfici, mobilio, illuminazione)
- Ⓢ Valutazione della sicurezza ambientale e dei presidi medici

#### Quando ?

- Ⓢ *Valutazione del rischio paziente (La valutazione deve essere tempestiva e puntuale)*
- All'ingresso/presa in carica (entro 24h) del paziente e al variare delle condizioni cliniche, della terapia ed in
  - occasione dell'evento caduta.
  - A seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà
  - di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche);
  - A seguito di episodio di caduta;
  - Ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati;
  - Prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura e prima della dimissione, se necessario, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio;
  - Ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta.
  - Ⓢ Valutazione rischio ambientale delle unità operative e delle aree comuni:
  - con periodicità semestrale.

#### Come?

##### *Valutazione del rischio paziente*

- Ⓢ Registrare la valutazione del rischio nella cartella clinica integrata (CCI) nella scheda di pianificazione Clinico-Assistenziale/Rischio Caduta.
- Ⓢ *Valutazione rischio ambientale delle unità operative e delle aree comuni*

## Interventi per la prevenzione della caduta

Oltre alle azioni da intraprendere per la valutazione multifattoriale del rischio del paziente e dell'ambiente è necessario mettere in atto azioni proattive di intervento.

Il documento preso a riferimento per la prevenzione della caduta è *"Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospital"* di Cameron et al. 2012 appartenete alla *Cochrane Library*. La revisione sistematica di Cameron et al 2012 ha valutato gli effetti degli interventi volti alla diminuzione del rischio caduta in ospedale e nelle strutture residenziali che si riportano nella Tab. 4.

Tabella 4 - Interventi singoli per la prevenzione delle cadute

Intervento	Descrizione	RR	Note /riferimenti
Esercizi (Donald 2000, Jarvis 2007)	Fisioterapia addizionale in ambiente riabilitativo VS Trattamento riabilitativo tradizionale	RR 0,21 (0.04-1.16) RaR 0.46 (0.15-1.43)	Significatività nella metanalisi RR 0.36 (0.14-0.93) I <sup>2</sup> =0.0
Farmaci (Burleigh 2007)	Somministrazione di vit. D e Calcio VS non somministrazione di vit. D e Calcio	RR0.82 (0.59-1.14)	
Modifiche ambientali (Adattamento del mobilio e della struttura) (Haines 2010)	UO con adozione di letti ad altezza ridotta, (< 30cm da terra) VS UO con letti ad altezza tradizionale	RaR 1.39 (0.22-8.78)	
Sistemi di comunicazione /riconoscimento (Mayo 1994)	Braccialetto colorato per pazienti considerati a rischio VS no braccialetto nei pazienti a rischio	RaR 1.15 (0.72-1.84)	
Azioni sullo staff e sui pazienti (Koh 2009, Van Gaal 2011, Ang 2011)	UO con implementazione delle linee guida sulle cadute VS UO senza implementazione delle linee guida sulle cadute	RaR 1.82 (0.23-14.55) RaR 0.67 (0.17-2.59)	Le linee guida includevano un intervento multi composto (braccialetto, reminders video-cartacei, educazione al paziente, audit sulle cadute)
	Educazione da parte del personale infermieristico ai pazienti considerati a rischio VS sistema tradizionale di prevenzione	RR 0.29 (0.11-0.74)	Il personale infermieristico educa i pazienti a rischio, su fattori di rischio e comportamenti preventivi
Cambiamenti nelle modalità di prevenzione del rischio e rilevazione delle cadute (Dykes 2010 Wald 2011 Mador 2004)	Adozione di strumenti informatizzati di prevenzione del rischio VS Sistemi tradizionali di prevenzione	RaR 0.55 (0.02-16.29)	I sistemi informatizzati erano capaci di generare automaticamente : poster, ricerca delle linee guida migliori e video/opuscoli per la famiglia dei pazienti a rischio
	Adozione di un "servizio anziani" nelle UO per acuti VS sistemi tradizionali di prevenzione	RaR 0.72 (0.10-5.10)	Il "servizio anziani" era un team multidisciplinare, istituito ad hoc, per la

			gestione dei pazienti geriatrici in ambiente per acuti
	Servizio di "advisor" dedicato ai pazienti con confusione mentale VS sistemi tradizionali di prevenzione	RR 2.44 (0.85-7.02)	Advisor: trattamento personalizzato non farmacologico della confusione mentale

La tabella 4 mette in evidenza una significatività per 2 interventi singoli efficaci (esercizi di fisioterapia addizionale e interventi di educazione per il paziente e i caregivers) nella riduzione del rischio caduta. La fisioterapia addizionale, condotta in ambiente riabilitativo, è protettiva sull'esito tasso cadute (Donald 2000; Jarvis 2007). Tale programma dovrà essere declinato in base ai bisogni del paziente, in presenza o meno di un progetto riabilitativo. Ogni organizzazione potrà approntare i modelli di riabilitazione confacenti ai bisogni e al case mix presente. Anche un'educazione sanitaria personalizzata ai pazienti considerati a rischio, diminuisce il numero di cadute (Ang 2011). La revisione sistematica di Cameron et al 2012, considera studi nei quali è stato applicato un "programma multintervento" per la prevenzione/riduzione delle cadute. In tabella 5 sono illustrati, per ogni studio, gli interventi messi in opera per la riduzione del numero di cadute per gruppo di pazienti (rate of falls).

Tabella 5 - **Interventi multipli** per la riduzione del rischio caduta (Cameron et al.2012)

Studio	Interventi attuati VS Sistema di cure abituale	RR
Cumming 2008	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fisioterapia addizionale</li> <li>2. Azioni sullo staff (educazione sui fattori di rischio)</li> <li>3. Azioni sui pazienti (educazione al paziente)</li> <li>4. Farmaci (revisione farmacologica)</li> <li>5. Sistemi di comunicazione riconoscimento (braccialetto colorato)</li> <li>6. Adattamento del mobilio/struttura (letti, pavimenti e mobilio)</li> </ol>	RaR 0.96 (0.72-1.29)
Haines 2004	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fisioterapia addizionale (aggiunta del Tai Chi)</li> <li>2. Azioni sui pazienti (educazione al paziente)</li> <li>3. Azioni sui pazienti (dispositivi individuali di protezione per l'anca)</li> <li>4. Sistemi di comunicazione riconoscimento (alert personalizzati ed ambientali)</li> </ol>	RaR 0.70 (0.54-0.90)
Healey 2004	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Farmaci (revisione farmacologica)</li> <li>2. Azioni sui pazienti (dispositivi individuali di protezione: calzature apposite)</li> <li>3. Azioni sui pazienti (controllo su PA, vista, controllo mobilità)</li> <li>4. Adattamento del mobilio/struttura (letti, pavimenti e mobilio)</li> </ol>	RaR 0.59 (0.26-1.34)
Stenvall 2007	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attivazione di team multidisciplinare per la gestione post-operatoria del paziente geriatrico (valutazione farmacologica, fisioterapia, e gestione del percorso intraospedaliero)</li> </ol>	RaR 0.38 (0.19-0.74)

## 2° Indirizzo – Interventi da considerare per la Riduzione del Rischio Caduta: sintesi delle variabili da tenere in considerazione

EB

### Interventi Singoli :

- Fisioterapia addizionale in ambiente riabilitativo
- Educazione al paziente sui fattori di rischio e sui comportamenti di prevenzione

EB

### Interventi Multipli:

- Fisioterapia addizionale in ambiente riabilitativo
- Educazione allo staff sui fattori di rischio e sui comportamenti di prevenzione
- Revisione farmacologica
- Adozione sistemi di riconoscimento per pazienti a rischio (es. braccialetto colorato)
- Adozione dispositivi di protezione per i pazienti a rischio (es. protezione anca)
- Adozione di sistemi di *alert* personalizzati ed ambientali
- Controllo periodico della mobilità, vista e pressione arteriosa dei pazienti a rischio
- Adattamento strutture e mobilio
- Attivazione team multidisciplinari per la gestione post-operatoria del paziente geriatrico

**Nota bene:** si precisa che la contenzione del paziente in ospedale non riduce l'evento caduta. Inoltre si ricorda che numerosi studi considerano la contenzione "fisica" una causa dell'evento caduta.

### Come?

Ⓢ Compilazione e attuazione del piano di assistenza multidisciplinare

### Chi?

Ⓢ Medico, infermiere e altre professioni sanitarie

### Interventi aggiuntivi

Ad integrazione delle indicazioni riportate nel 2° indirizzo, si suggeriscono i seguenti interventi assistenziali aggiuntivi:

- ✓ Posizionare il letto o il materasso a terra per i pazienti particolarmente agitati, confusi o con ridotta autonomia.
- ✓ Posizionare correttamente il presidio per l'incontinenza.
- ✓ Limitare, in accordo con il medico, la terapia infusionale nelle ore notturne.
- ✓ Favorire la mobilitazione precoce e ridurre il periodo di allettamento del paziente.
- ✓ Assicurare un' adeguata intensità di illuminazione notturna nelle stanze di degenza e nei servizi igienici.

Inoltre si precisa che la contenzione del paziente in ospedale non riduce l'evento caduta.. Inoltre si ricorda che numerosi studi considerano la contenzione "fisica" una causa dell'evento caduta.

## **Gestione dell'evento caduta**

In caso ad un evento caduta di un paziente occorrerà mettere in opera le procedure di valutazione e intervento clinico assistenziali.

Cosa fare?

Dovranno essere eseguiti gli accertamenti diagnostico e le cure relative al danno subito dal paziente.

Operativamente si suggerisce il seguente iter:

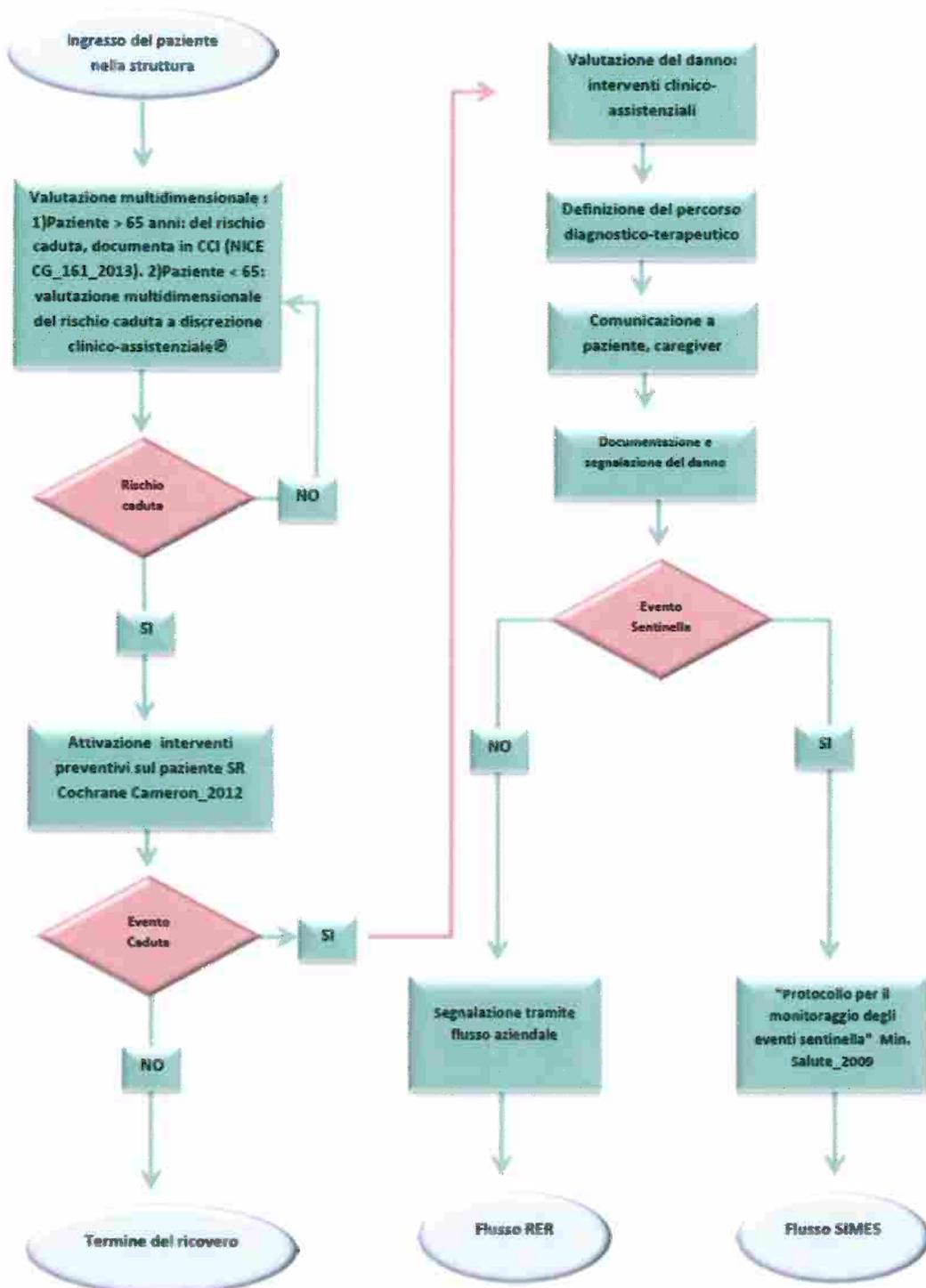
- Valutare lo stato di coscienza del paziente (se necessario inizio manovre di BLS)
- Mettere in sicurezza del paziente con presidi per immobilizzazione di arti e colonna. (Non mobilizzare il paziente se non necessario)
- Avvisare il medico
- Intervistare il paziente su dinamica e sede del trauma, se lo stato di coscienza lo permette
- Rilevare i parametri vitali
- Gestire eventuali emorragie esterne
- Preparare ed eseguire la fase diagnostica
- I suddetti interventi precedono la fase di trattamento terapeutico che potrebbe seguire quella di accertamento del trauma.

## **Flow chart di valutazione del rischio, interventi preventivi e gestione evento caduta**

Si riporta nella Figura 1 la flow chart che traccia il percorso del paziente dalla valutazione del rischio, agli interventi preventivi e alla gestione dell'evento caduto e al flusso informativo secondo i seguenti due percorsi:

il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella e la Segnalazione tramite flusso informativo aziendale.

Figura 1. Flow Chart della Valutazione del rischio, interventi preventivi e gestione dell' evento caduta



**Documentare gli interventi assistenziali messi in atto per il rischio , la prevenzione e la gestione dell'evento caduta nella cartella clinica integrata.**

La documentazione della valutazione del rischio, prevenzione e gestione dell'evento caduta fa riferimento alle indicazioni della corretta tenuta della documentazione clinica e alle indicazioni della Racc. Min. della Salute, n.13 del 2011.

Nel seguente box (3° indirizzo) sono riportate le macro azioni da documentare.

**3° Indirizzo – Documentare gli interventi : sintesi delle variabili da tenere in considerazione**

- Ⓟ Valutazione multifattoriale del rischio caduta
- Ⓟ Realizzazione degli interventi messi in atto per la prevenzione della caduta
- Ⓟ Tracciabilità del percorso diagnostico-terapeutico dell'evento caduta
- Ⓟ Segnalazione evento
- Ⓟ Analisi dell'evento

**Chi?** Professionista: medico, infermiere, fisioterapista, ostetrica

**Dove?** Cartella clinica integrata e scheda pianificazione assistenziale "Rischio di Caduta"

La presenza dei suddetti elementi nella cartella clinica integrata oltre a garantire la tracciabilità del percorso clinico assistenziale specifico del paziente, restituisce un dato stabile per la valutazione del fenomeno cadute in ospedale, utile al management di questo evento avverso.

## **Indicatori di esito e di processo**

Gli indicatori sanitari, sono informazioni cruciali e selezionate che hanno lo scopo di misurare i cambiamenti in relazione ai bisogni prioritari di salute, essi permettono di monitorare aspetti specifici delle politiche sanitarie o di fattori rilevanti alle politiche sanitarie o correlate (WHO, 1981). Solitamente classificati in indicatori di struttura, di processo e di esito, le linee di indirizzo prendono in considerazione solo gli indicatori di esito e di processo.

### **4° Indirizzo –Indicatori di esito e processo**

#### **Indicatori di Esito**

- ✓ n° cadute / n° giornate di degenza totali (X1000 gdg)
- ✓ n° pazienti con più di un evento caduta/ n° totale dei pazienti con evento caduta

#### **Indicatori di Processo**

- ✓ n° schede di valutazione del rischio caduta presenti nelle cartelle cliniche/ totale pazienti che dovevano essere giudicati ( Valutazione dell'indicatore su un campione di cartelle cliniche)
- ✓ n° operatori partecipanti a eventi formativi sull'evento caduta/ totale operatori da aggiornare
- ✓ n° analisi caduta evento caduta con danno/ultimi 5aa (target almeno 1)

#### **Come?**

Per gli indicatori di esito le Aziende sanitarie fanno riferimento al flusso informativo in essere

**Chi?** Infermiere, Coordinatore dell'assistenza, Direttore dell'unità operativa, Risk Manager

**Quando?** Ad ogni evento caduta

In attesa di un applicativo regionale che raccoglierà i data base aziendali rispetto ad alcuni indicatori, compreso il numero delle cadute, le Aziende sanitarie proseguiranno con le modalità raccolta dati in essere.

### **Monitoraggio regionale implementazione linee di indirizzo**

Nell'anno 2017, al fine di individuare le eventuali criticità correlate alla fase di implementazione nelle Aziende Sanitarie e definire eventuali strategie di intervento, sarà effettuato un monitoraggio regionale incontrando i rappresentanti delle Aziende sanitarie. Tale monitoraggio è teso a garantire l'implementazione e l'avanzamento del presente progetto.

## Strumenti a supporto degli interventi preventivi per l'evento caduta

### Materiale informativo per i pazienti e caregivers

Un'indagine condotta nelle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna sugli strumenti informativi in uso per l'evento caduta, ha messo in evidenza un numero elevato ed eterogeneo di opuscoli informativi rivolti a pazienti e caregivers, pertanto si è ritenuto indispensabile utilizzare strumenti informativi univoci su scala regionale (vedi allegati F,G,H)

### Interventi di formazione continua ECM per gli operatori sanitari

La formazione degli operatori sanitari e socio sanitari sull'evento caduta in ospedale è uno strumento strategico per la prevenzione, la gestione dell'evento caduta e le azioni da intraprendere dopo l'evento caduta. E' necessario che i programmi di formazione di base e continua del personale sanitario comprendano i contenuti volti a:

- Sviluppare la consapevolezza degli operatori sanitari rispetto ai fattori di rischio e alle strategie di prevenzione delle cadute in ospedale, anche attraverso il coinvolgimento del paziente e dei familiari;
- Migliorare il livello di competenza nella gestione della caduta.
- Rafforzare il senso di responsabilità della messa in essere di tutte le pratiche assistenziali *evidence based practice* per prevenire l'evento caduta.

Il gruppo di lavoro regionale, tenendo conto della necessità di trasmettere in tempi brevi, i contenuti degli indirizzi ad un numeroso gruppo di operatori sanitari del setting ospedaliero, ha proposto di utilizzare strumenti di formazione come ad es. **la formazione in E- Learning**.

Questo progetto viene supportato da alcune iniziative regionali: in primo luogo il Sistema di E-Learning Federato (SELF) per la pubblica amministrazione in Emilia Romagna, che offre alle Direzioni/Servizi regionali e agli enti pubblici del territorio servizi tecnologici e professionali finalizzati sia alla progettazione e all'erogazione di percorsi formativi parzialmente o interamente a distanza, sia a supportare la gestione di network, gruppi di lavoro, comunità di pratica. In secondo luogo è presente in Regione un tavolo di lavoro che ha il compito di coordinare la formazione E-Learning in Sanità e di sviluppare progetti formativi di interesse comune ai vari enti Sanitari. Questo tavolo, istituito dall'inizio del 2016 dall'Agenzia Sanitaria Regionale cui partecipano tutti i provider ECM riconosciuto dalla Regione e dal SELF, è dotato delle competenze tecniche e didattiche necessarie alla realizzazione di risorse didattiche per l'e-learning.

E' stata quindi fatta la scelta di progettare e realizzare, entro il primo semestre 2017, un corso di formazione **E-Learning Blended** (misto di formazione a distanza e formazione in aula) rivolto ad un gruppo di formatori nominati dalle Aziende Sanitarie della RER, che avranno il compito di fare da punto di riferimento per la formazione degli operatori nel loro ente.

Oltre a questo si è deciso di attivare altre due azioni:

- **Una comunità di pratica** che abbia a un lato lo scopo di mettere in rete, via web, i referenti e i formatori aziendali sulle linee di indirizzo regionali, e che dall'altro rappresenti uno strumento di confronto e preparazione degli incontri regionali di monitoraggio sull'implementazione dei suddetti indirizzi.

- **Un corso di Formazione a Distanza (FAD)** rivolto agli operatori sanitari del servizio ospedaliero, uno strumento che standardizza la trasmissione dei contenuti "core" e facilita l'accesso ai numerosi operatori che operano nel setting ospedaliero della RER.

## BIBLIOGRAFIA

Ang E, Mordiffi SZ, Wong HB. Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67(9):1984–92.

Burleigh E, McColl J, Potter J. Does vitamin D stop inpatients falling? A randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2007;36(5):507–13.

Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals (Review). *The Cochrane Library* 2012, Issue 12.

Cumming RG, Sherington C, Lord SR, Simpson JM, Vogler C, Cameron ID, et al. Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. *BMJ* 2008; 336(7647):758–60.

Donald IP, Pitt K, Armstrong E, Shuttleworth H. Preventing falls on an elderly care rehabilitation ward. *Clinical Rehabilitation* 2000;14(2):178–85.

Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: A randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2010;304(17):1912–8.

Decreto Presidente della Repubblica 24 Luglio 1996 n. 503. "regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici"

Feder G et Guideline Group. Falls. Assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. 2013; June 161

Feder G et Guideline Group. Falls. Assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. 2013; June 161: Appendix J -How this guideline was developed

Haines TP, Bell RA, Varghese PN. Pragmatic, cluster randomized trial of a policy to introduce low-low beds to hospital wards for the prevention of falls and fall injuries. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58(3): 435–41.

Haines TP, Bennell KL, Osborne RH, Hill KD. Effectiveness of targeted falls prevention programme in sub-acute hospital setting: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328(7441):676–9.

Healey F, Monro A, Cockram A, Adams V, Heseltine D. Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2004; 33(4):390–5.

Healey F, Scobie S, Oliver D, Pryce A, Thomson R, Glampson B. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Qual Saf Health Care* 2008; 17:424–430

Koh SL, Hafizah N, Lee JY, Loo YL, Muthu R. Impact of a fall prevention programme in acute hospital settings in Singapore. *Singapore Medical Journal* 2009; 50(4):425–32.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate." (Pubblicata in G. U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.)

Mador JE, Giles L, Whitehead C, Crotty M. A randomized controlled trial of a behavior advisory service for hospitalized older patients with confusion. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004; 19(9):858–63.

Mayo NE, Gloutney L, Levy AR. A randomized trial of identification bracelets to prevent falls among patients in a rehabilitation hospital. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1994; 75(12):1302–8.

Ministero della Salute. Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN. Direzione generale della programmazione. ex Ufficio III. Raccomandazione per la prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Racc. n 13, novembre 2011

Ministero della Salute. Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN.. Come definire e utilizzare gli standard di qualità, settembre 1996

Ministero della Salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. Raccomandazione per la prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Maggio-giugno 2013

Ministro dei lavori pubblici Decreto del 14 giugno 1989, n. 236 Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche

Morse JM . Enchanging the safety of hospitalization by reducing patient falls. *American Journal of Infection control* 2002; 30: 376-80.

Perell KL, Nelson A, Goldman RL, Luther SL, Prieto-Lewis N, Rubenstein LZ. Fall risk assessment measures: an analytic review. *Journals of Gerontology* 2001 Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 56(12):M761-M766.

Raccomandazione per la Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. *Raccomandazione n.13* Novembre 2011

Reducing the risk of falls in our health care organization . Joint Commision Resources.Oakbrook Terrace, 2005

Regione Emilia Romagna DGR n.327/2004: "Requisiti generali e specifici per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie"

Regione Emilia Romagna DGR n.514/2009: "Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art.23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari"

Regione Emilia Romagna DGR n.1095/2010 "Requisiti specifici per l'accREDITAMENTO delle Strutture di Geriatria ospedaliera per acuti"

Regione Emilia Romagna DGR n. 419/2012 "Requisiti specifici per l'accREDITAMENTO delle Strutture di Medicina Interna"

Stenvall M, Olofsson B, Nyberg L, Lundstrom M, Gustafson Y. Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: a randomized controlled trial with 1-year follow-up.*Journal of Rehabilitation Medicine* 2007;39(3):232–8.

van Gaal BG, Schoonhoven L, Mintjes JA, Borm GF, Hulscher ME, Defloor T, et al.Fewer adverse events as a result of the SAFE or SORRY? programme in hospitals and nursing homes. part i: primary outcome of a cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies* 2011; 48(9):1040–8.

Wald HL, Glasheen JJ, Guerrasio J, Youngwerth JM, Cumbler EU. Evaluation of a hospitalist-run acute care for the elderly service. *Journal of Hospital Medicine (Online)* 2011; 6(6):313–21.

## **Allegato A - Riferimenti normativi sulla valutazione del rischio ambientale**

### *Riferimenti legislativi nazionali*

- Decreto del Ministero dei lavori Pubblici n 236 del 1989 avente per titolo "*Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visibilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche*" agli articoli 4 ed 8 indica i criteri di costruzione per l'accessibilità alle strutture pubbliche.
- L. 104/1992 "*Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*" art 24: "Eliminazione o superamento delle barriere architettoniche". In questo articolo si definiscono i criteri, per gli edifici pubblici, di fruibilità e accesso.
- DPR 503/1996 "*Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici.*" artt. 13 e 15 hanno per titolo le "norme generali sugli edifici" e le "unità ambientali e componenti"
- Decreto Legislativo 626/94 riguarda "*Il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro*" ed è stato introdotto nel nostro Paese, per poi essere successivamente sostituito dal Testo Unico Sicurezza (Dlgs 81/08), per tutelare la sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro. Il Decreto si applica a tutti i settori di attività, pubblici e privati.
- D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"

### *Riferimenti legislativi regionali*

- L.R. 34/1998 "*Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio-assistenziale*"
- DGR 327/2004, "*Requisiti per l'autorizzazione delle strutture sanitarie*", definisce criteri specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi) per i principali setting assistenziali. - DGR n. 564/2000 "*Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di Aids*" aggiornata dalla DGR n. 1423/2015 "*Integrazione e modifiche alla DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento*" definisce i requisiti strutturali, organizzativo-funzionali e di personale per le strutture socio-sanitarie (anziani e disabili, salute mentale)
- DGR 514/2009 "*Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari*", nel quale si determinano i requisiti, ai fini dell'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, con particolare attenzione, alle case per anziani non autosufficienti e ai centri socio-riabilitativi disabili (oltre che a centri diurni e servizi domiciliari).
- DGR 1095/2010 "*Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di geriatria ospedaliera per acuti*"
- DGR 419/2012 "*Requisiti specifici delle strutture ospedaliere di medicina interna*".

## Allegato B - Check list per la valutazione della sicurezza ambientale delle aree assistenziali

N.B. : Barrare con una "x" le condizioni presenti

### Ambiente

#### Pavimento

Pavimento in buono stato      Se presenti dislivelli o buchi indicare dove \_\_\_\_\_  
Presenza cartello di pericolo durante il lavaggio

#### Corridoi

Corrimani nei reparti presenti      Se presenti in buono stato e accessibili  
Illuminazione diurna      eventuali carenze \_\_\_\_\_  
Illuminazione notturna      eventuali carenze) \_\_\_\_\_  
Viabilità buona      Presenza di materiali o mobili ingombranti

#### Bagni

Maniglie wc/bidè      maniglie doccia      Interruttori accessibili e visibili  
Se presenti carenze indicare dove \_\_\_\_\_

#### Camere di degenza/Ambulatori

Presenza cavi a pavimento      Arredi troppo ingombranti      Illuminazione notturna carente (per  
camere degenza)

#### Attrezzature

##### Letti

Adattabili in altezza      Sponde lunghe  
Sponde adattabili in altezza (se non diverse per reparti specifici)  
Ruote efficienti      Freni efficienti      Se presenti carenze indicare matr. \_\_\_\_\_

##### Barelle

Adattabili in altezza      Spondine adattabili in altezza      Ruote efficienti      Freni efficienti

##### Sedie a rotelle

Braccioli efficienti      Poggiapiedi efficienti e ribaltabili      Ruote efficienti      Freni efficienti

##### Comodino

Piano di appoggio girevole      Piano di appoggio regolabile      Freni efficienti

##### Deambulatori

Maniglie e/o ascellari deteriorati      Instabili      Se dotati di ruote con freni efficienti

##### Aste per flebo

Integrate nei letti      Se mobili, con ruote efficienti

##### Ausili movimentazione

Disponibili      Efficienti      Se guasto indicare \_\_\_\_\_

## **Allegato C - Check list per la sicurezza ambientale delle aree comuni**

*N.B. : Barrare con una "x" le condizioni presenti.*

### **Ambienti**

#### **Pavimento**

Pavimento in buono stato      Se presenti dislivelli o buchi indicare dove \_\_\_\_\_

Presenza cartello di pericolo durante il lavaggio

#### **Corridoi**

Corrimani nei reparti presenti      Se presenti in buono stato e accessibili

Illuminazione diurna      eventuali carenze \_\_\_\_\_

Illuminazione notturna      eventuali carenze) \_\_\_\_\_

Viabilità buona      Presenza di materiali o mobili ingombranti

Se presenti carenze indicare dove \_\_\_\_\_

#### **Scale**

Assenza di corrimano      pedata omogenea o eventuali difformità segnalate

Caratteristiche antiscivolo

#### **Zerbini**

Fissati o incassati      In buone condizioni

#### **Scale mobili**

Segnaletica di avvertimento verticale      velocità adeguata

Segnaletica di percorsi alternativi per utenti con problemi di deambulazione      Limitatori di accesso

**Allegato D – Check list per Audit**

**Audit Multidisciplinare Caduta Accidentale**

Nome e Cognome paziente \_\_\_\_\_ Struttura/U.O. \_\_\_\_\_

Breve descrizione dell'evento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Valutazione sicurezza ambientale dell'area assistenziale: Si No se Si data ultima valutazione \_\_\_\_\_

Aggiornamento sul tema cadute degli operatori sanitari presenti in turno Si No se Si  
data ultimo evento formativo \_\_\_\_\_

Staffing assistenziale presente in turno quando il paziente è caduto: Infermieri N. \_\_\_\_ OSS N. \_\_\_\_\_

*N.B. : Barrare con una "x" le condizioni presenti.*

<b>Interventi per la prevenzione della Caduta</b>	Si	No	NA	Integrazioni di pratiche assistenziali
Eseguita valutazione multidimensionale del rischio caduta				
Fornita informazione ed evidenza documentale all'utente e alla famiglia/caregivers sul rischio caduta				
Verificato con il paziente e/o con i caregivers la necessità di correzione dei deficit visivi/acustici o comunque verificata la disponibilità e la presenza di occhiali di adeguata gradazione / protesi acustica ecc.				
Fornita informazione ed evidenza nella documentazione sanitaria sulla necessità di richiedere supporto al personale per gli spostamenti del paziente a rischio (es. recarsi in bagno)				
Evidenza della revisione del trattamento farmacologico nell'utente a rischio (es. tipologia e numero farmaci)				
Adottato un sistema di riconoscimento del paziente a rischio (es. braccialetto colorato)				
Adottati dispositivi di protezione per pazienti a rischio (es. protezione anca)				
Adottati sistemi di alert personalizzati ed ambientali				
Evidenza nella documentazione sanitaria del controllo periodico della mobilità				
Programmata attività riabilitativa e/o di rinforzo muscolare nell'utente a rischio				
Adottate delle misure di sicurezza dell'unità del paziente (es. letto, comodino, supporto fleboclisi a ruote, sedia, trapezio)				
Gestione del post operatorio nel paziente geriatrico: attivato team multidisciplinare				

*Legenda: Si – intervento attuato No – intervento non attuato NA – intervento non applicabile*

Criticità rilevate

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

Azioni di Miglioramento (Tempi e Responsabilità)

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

I sanitari presenti all'audit

---

Verifica della Azioni di Miglioramento previste in data \_\_\_\_\_



## Non facciamo passi falsi: stiamo attenti a non cadere



### Opuscolo informativo per prevenire le cadute a casa

**Gentile Signora/Gentile Signore,**  
la invitiamo a leggere questo opuscolo  
che contiene suggerimenti utili per la  
prevenzione delle cadute in casa.



### Cosa fare per prevenire le cadute in casa

- Mantenere i pavimenti, le zone di passaggio, le scale e i corridoi liberi da intralci, fili elettrici o telefonici.
- Mettere adesivi o rivestimenti antiscivolo sulle scale.
- Non camminare su pavimenti bagnati ed evitare di dare la cera ai pavimenti.
- Togliere i tappeti o dotarli di sistemi antiscivolo.
- Non salire su scalette, sedie o panchetti (ad esempio per pulire le finestre o lampadari, sostituire lampadine, potare gli alberi, ecc...). Per svolgere queste attività farsi aiutare da familiari, amici o assistenti.
- Preferire l'utilizzo della doccia alla vasca, meglio con una seduta (tipo sedia di plastica da giardino, con i braccioli). Utilizzare sempre tappetini antiscivolo e maniglioni.
- Accendere la luce prima di entrare in una stanza, l'ingresso di casa e gli ambienti dove cammina devono essere sempre ben illuminati. È consigliabile l'uso di luci notturne.
- Durante la notte tenere a portata di mano ciò che potrebbe servirle (occhiali, telefono, telecomandi).
- Se ha bambini o animali domestici, fare particolare attenzione alla loro presenza e ai loro giochi per non inciampare.
- Se all'esterno della casa ci sono gradini o dislivelli, installare corrimano o eventuali rampe.

- **Usare calzature sicure**, chiuse al tallone con allacciatura e suola antiscivolo ed evitare di camminare usando solo le calze.
- **Indossare abiti** della giusta taglia e **comodi**.
- **Vestirsi da seduti**.
- **Indossare sempre** occhiali da vista e protesi acustiche, se prescritti.
- **Quando si alza dal letto**, restare seduto alcuni minuti prima di mettersi in piedi.
- **Iniziare a camminare lentamente** per favorire l'equilibrio.
- **Camminare con calma** perché la paura di cadere aumenta il rischio di cadute.
- **Utilizzare sempre gli ausili** se prescritti in casa e fuori casa (bastone, deambulatori, ecc.).
- **In caso di malessere o vertigini**: appoggiarsi ad una superficie stabile (sedia, tavolo, parete) e attendere di sentirsi meglio prima di ricominciare a camminare.



### Consigli utili

In caso di sintomi come: testa che gira, gambe deboli, vertigini, sensazione di sbandamento o instabilità, disturbi della vista o dell'udito, **è importante avvertire sempre il proprio medico.**

Inoltre, **alcuni farmaci**, ad esempio quelli per il cuore, per la pressione, per dormire, per il diabete, possono aumentare il rischio di cadute. Ne parli col suo medico alla prossima visita.

**Fare attività fisica** tutti i giorni rende più forti, migliora l'equilibrio e la coordinazione dei movimenti. Farlo in compagnia è sicuramente più stimolante e divertente. Mantenersi in forma non significa necessariamente praticare uno sport, può essere semplicemente camminare, fare attività all'aria aperta (passeggiate, commissioni, giardinaggio, ballare...). Può rivolgersi a palestre o piscine per chiedere informazioni.



È possibile valutare insieme ai familiari e/o al medico l'opportunità di utilizzare un **apparecchio di teleallarme o telesoccorso.**

### Cosa fare in caso di caduta

- Avvertire sempre i familiari e il proprio medico anche se non ci si è fatti del male.
- Chiamare il **118** in caso di caduta con dolore importante e se si ha difficoltà a muoversi.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

## Non facciamo passi falsi: stiamo attenti a non cadere



### Opuscolo informativo per prevenire le cadute in ospedale

**Gentile Signora/Gentile Signore,**  
la invitiamo a leggere questo opuscolo  
che contiene suggerimenti utili per la  
prevenzione delle cadute durante il suo  
ricovero in ospedale.



### Perché è importante prevenire le cadute in ospedale?

Tutti possono cadere, scivolare o inciampare e una caduta con l'avanzare dell'età può diventare più frequente e pericolosa.



### Quali sono le conseguenze di una caduta?

Una caduta può provocare una frattura, un trauma cranico o altre conseguenze minori come contusioni, ferite superficiali, piccoli ematomi (lividi), che possono prolungare il ricovero in ospedale e aggravare la malattia.

Inoltre, a seguito di una caduta, la persona può ridurre l'attività fisica per la paura di cadere nuovamente e perdere così autonomia.



### Chi cade?

Ogni paziente è a rischio di cadere, specialmente se:

- ha paura di cadere;
- è caduto nell'ultimo anno;
- ha più di 65 anni;
- ha malattie del cuore e della circolazione del sangue;
- prende tre o più farmaci o farmaci particolari;
- è costretto a letto per molto tempo;
- ha subito un'anestesia nelle ultime ore;
- si trova in un ambiente nuovo, come l'ospedale.



## Cosa possono fare pazienti e familiari per prevenire le cadute in ospedale?

- prendere confidenza con la stanza;
- suonare il campanello quando si ha bisogno di assistenza;
- alzarsi lentamente dal letto e dalla sedia;
- accendere sempre la luce quando ci si alza di notte;
- indossare indumenti comodi e della giusta misura (tute o pigiama);
- indossare calzature chiuse, senza tacco e con suola antiscivolo;
- indossare sempre gli occhiali da vista e gli apparecchi acustici, se indicati;
- utilizzare gli ausili per il cammino (bastone, deambulatore), se indicati;
- rispettare sempre le indicazioni ricevute dal personale di assistenza.



## Non facciamo passi falsi: stiamo attenti a non cadere



### Indicazioni e consigli

#### Per i pazienti

- Prenda confidenza con la stanza e con il percorso per andare in bagno.
- Usi gli ausili per camminare che utilizza normalmente (bastone, deambulatore, ecc.), e occhiali e protesi acustiche, se indicati.
- Indossi un abbigliamento comodo e della giusta misura.
- Usi scarpe o pantofole sicure, chiuse al tallone con allacciatura e suola antiscivolo. Non cammini scalzo o usando solo le calze.
- Si alzi lentamente dal letto e dalla sedia.
- Accenda la luce di notte se deve alzarsi o avverta il personale di assistenza.
- Avvisi il personale di assistenza se decide di fare una doccia.
- Se non c'è nessuno dei suoi familiari e ha bisogno di assistenza, suoni il campanello.
- Segua sempre le indicazioni del personale di assistenza per muoversi in sicurezza.

#### Per i familiari

- Aiuti il suo familiare a prendere confidenza con la stanza e con il percorso per andare in bagno.
- Porti in ospedale gli ausili per camminare (es. bastone, deambulatore), gli occhiali e le protesi acustiche usati normalmente a casa.
- Faccia indossare al familiare un abbigliamento comodo e della giusta misura.
- Prima di salutare il suo familiare, verifichi che il campanello per chiamare gli infermieri e gli effetti personali siano comodamente raggiungibili.
- Chieda al personale di assistenza se e come può aiutare il suo familiare a mettersi a sedere o in piedi, a camminare o ad andare al bagno.