



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**LE CADUTE IN OSPEDALE: ANALISI DEL FENOMENO E DELLA
PERCEZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO
NELL'AZIENDA ULSS 19 DI ADRIA**

Relatore: Dott. Fabris Pietro

Laureanda: Busatto Laura

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

RIASSUNTO

INTRODUZIONE	1
---------------------------	----------

CAPITOLO 1- QUADRO TEORICO..... 3

1. Le cadute.....	3
1.1 Definizione e classificazione	3
1.2 Epidemiologia.....	4
1.3 Fattori di rischio	5
1.4 Valutazione del rischio di caduta nel paziente	6
1.5 Interventi e strategie di prevenzione delle cadute	7
<i>1.5.1 La contenzione fisica e le cadute</i>	<i>8</i>
1.6 L'infermiere e il rischio clinico	9
<i>1.6.1 Segnalazione dell'evento caduta</i>	<i>10</i>
1.7 L'infermiere e la consapevolezza del fenomeno caduta.....	11

CAPITOLO 2- PIANO DI INDAGINE..... 13

2. Scopo dello studio	13
2.1 Obiettivi dello studio	13
2.2 Quesito di ricerca.....	13
<i>2.2.1 Quesito di Foreground</i>	<i>14</i>
<i>2.2.2 Parole chiave</i>	<i>14</i>
2.3 Disegno dello studio	14

2.4 Campione dello studio.....	15
2.4.1 Criteri di inclusione	15
2.5 Strumenti utilizzati	15
CAPITOLO 3- RISULTATI DELLO STUDIO	17
3. Analisi dei risultati	17
3.1 Descrizione del fenomeno caduta	17
3.2 Analisi della percezione del fenomeno caduta da parte degli infermieri	21
CAPITOLO 4- DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	27
CAPITOLO 5- CONCLUSIONI.....	31
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

RIASSUNTO

Background: Le cadute continuano ad essere uno dei più rilevanti problemi che le strutture sanitarie, sempre più tese verso un'ottica di qualità totale, devono affrontare. Implicano conseguenze importanti a livello fisico e psicologico nei pazienti e continuano a rappresentare un problema per gli infermieri, che hanno un ruolo primario nel garantire la loro assistenza. Scopo di questo studio è quello di valutare l'entità del fenomeno caduta nella popolazione ospedalizzata dell'Azienda ULSS 19 di Adria e la sua frequenza rispetto agli altri eventi segnalati, e di rilevare la percezione infermieristica dell'evento caduta.

Materiali e metodi: Lo studio ha previsto l'analisi dei dati riportati nelle schede di rilevazione delle cadute, e la successiva somministrazione di un questionario suddiviso in più sezioni al personale infermieristico delle varie Unità Operative dell'Azienda ULSS 19 di Adria.

Risultati: Il campione studiato è composto di 68 infermieri, 56 partecipanti hanno compilato il questionario. Nel periodo analizzato il fenomeno caduta è risultato l'evento avverso maggiormente segnalato, pari al 69% delle segnalazioni totali. Le schede di rilevazione delle cadute esaminate sono state 59. La maggioranza dei pazienti caduti è di genere maschile (53%). L'età media del campione totale è di $74 \pm 15,4$ anni e il 74% di essi supera i 65 anni d'età. La maggior parte delle cadute è avvenuta all'interno del reparto, il 71% di esse si è verificato in camera. Dall'analisi dei questionari si evince che la totalità degli infermieri ritiene la prevenzione delle cadute un aspetto importante del proprio lavoro. Per il 66% di essi i pazienti sono valutati al momento del ricovero per determinare i fattori di rischio di caduta. Il 52% del personale infermieristico ha dichiarato di non ricevere feedback relativo ai tassi di caduta e alle indagini svolte dall'azienda in merito.

Conclusioni: I dati dimostrano la necessità di migliorare il feedback rivolto al personale al fine di contestualizzare i dati raccolti dalle segnalazioni e di coinvolgere tutti gli operatori, per accrescere la consapevolezza dell'importanza della valutazione dei pazienti. È fondamentale inoltre la segnalazione delle cadute, specialmente degli eventi mancati, poiché permettono di imparare senza le conseguenze negative che una caduta comporta.

INTRODUZIONE

Quello delle cadute è un fenomeno ampiamente trattato e discusso in letteratura.

Un tema ormai consolidato e quasi scontato, ma la cui rilevanza e attualità lo rendono sempre meritevole di discussione e riflessione.

La ragione per porre l'attenzione al fenomeno delle cadute si basa sulla constatazione che esso sia l'evento avverso più comune e segnalato negli ospedali, e non solo.

È un fenomeno presente e differenziato nei vari setting assistenziali, che comporta conseguenze importanti in coloro che ne fanno l'esperienza diretta.

Nonostante l'elaborazione di protocolli standardizzati, linee guida comportamentali, raccomandazioni a livello nazionale e internazionale, continua ad essere uno dei più rilevanti problemi che le aziende sanitarie ed ospedaliere, sempre più tese verso un'ottica di qualità totale, si trovano ad affrontare.

Nella consolidata certezza che i livelli qualitativi di protezione e sicurezza dei dipendenti e dei pazienti siano tra gli indicatori valutabili di qualità delle prestazioni dell'azienda stessa, ridurre il rischio di danni derivanti dalle cadute rappresenta un obiettivo importante per garantire la sicurezza del paziente.

Risulta fondamentale, quindi, porre in evidenza la necessità di valutare e rivalutare il rischio del paziente, per poter avviare azioni e strategie allo scopo di eliminare, o ridurre, ogni rischio identificato.

Nel corso dei tre anni accademici, e del conseguente tirocinio svolto nelle diverse Unità Operative, ho potuto notare l'attenzione attribuita a questo tema, e acquisire la percezione di come esso venisse recepito dal personale.

Assistendo al verificarsi di più di una caduta, ho potuto osservare le conseguenze che queste comportano a livello non solo fisico, ma anche psicologico nel paziente, scorgendo come tale evento non sia per nulla lieto o gradito agli infermieri.

Nonostante la crescita del corpo di conoscenze relativa ai fattori di rischio, agli interventi di prevenzione, allo sviluppo di validi e affidabili strumenti di valutazione del rischio di caduta, poca attenzione è stata data al pensiero e alla consapevolezza del personale infermieristico in merito a questo fenomeno.

Le cadute continuano ad essere un problema importante negli ospedali, nonostante gli infermieri lavorino in prima linea per garantire l'assistenza dei pazienti. Le cadute infatti si contrappongono alla responsabilità legale ed etica degli infermieri di non nuocere, e sono

fortemente in contrasto con la cultura della sicurezza promossa ad ogni livello dell'assistenza sanitaria. Possono arrivare a compromettere la qualità del rapporto tra infermiere e paziente. Si è sviluppato quindi l'interesse per questo tema, che ha portato allo sviluppo del progetto di tesi.

Quest'ultimo ha implicato un'indagine il cui scopo era, dapprima, osservare e descrivere l'entità del fenomeno caduta presso l'Azienda ULSS 19 di Adria, nella quale si è svolto il tirocinio formativo triennale; si è cercato poi di ottenere una panoramica della percezione e della consapevolezza del personale infermieristico nei confronti di questo problema, tramite la somministrazione di un questionario strutturato in più parti.

Questo studio, tramite la revisione della letteratura, ha permesso di analizzare e comprendere quanto questo tema sia di interesse per le organizzazioni sanitarie, e di come esso si trovi in prima linea nel settore della sanità.

Si è cercato poi di cogliere la rilevanza del problema all'interno dell'ospedale, e di portare alla luce l'opinione degli infermieri in merito: infatti, essendo i professionisti della salute più vicini a tale fenomeno, è importante comprendere quale sia l'esperienza qualitativa e la consapevolezza che essi hanno delle cadute.

È necessario mantenere alta l'attenzione degli operatori sanitari al riguardo, affinché essi non arrivino a percepire le cadute come una conseguenza inevitabile di invecchiamento, malattia e ricovero.

CAPITOLO 1- QUADRO TEORICO

1. Le cadute

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso riportato negli ospedali (1-3), e solo pochi altri eventi implicano conseguenze altrettanto gravi per un paziente.

“Ridurre il rischio di danni al paziente derivanti dalle cadute” rappresenta inoltre uno dei sei obiettivi per la sicurezza al paziente posto dalla JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (4).

Quello delle cadute costituisce un rischio presente in ciascun setting assistenziale, seppur differenziato all'interno di ognuno di essi. In particolare, sono spesso usate come un indicatore standard per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica (5,6).

Esse rappresentano un'esperienza devastante per i pazienti, per le loro famiglie e per i professionisti della sanità. Una sola caduta può far scaturire la paura nel paziente di cadere nuovamente, dando inizio ad una spirale in discesa di ridotta mobilità, che porta alla perdita di funzioni e, molto spesso, ad ulteriori cadute (7).

La frequenza e la morbilità, associate alle cadute dei pazienti ricoverati, sono ormai ben accertate, e basate su dati epidemiologici riportati in letteratura. Ridurre questo evento avverso potrebbe quindi ridurre la morbilità, la mortalità e i costi sanitari (8).

Diversi studi dimostrano che le cadute sono un pericolo prevenibile del ricovero, ma un'effettiva riduzione delle cadute richiede un cambiamento del sistema e, soprattutto, collaborazione interprofessionale (9).

1.1 Definizione e classificazione

La caduta è definita, all'interno del sistema di segnalazione degli eventi avversi, come un improvviso e inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, assisa o clinostatica. Questa definizione include anche i pazienti che, scivolando da una sedia, finiscono a terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, e le cadute verificatesi mentre il paziente era assistito dal personale sanitario (10).

Le cadute possono essere classificate come:

- accidentali, quando la persona cade in maniera involontaria, ad esempio scivolando sul pavimento bagnato;
- fisiologiche imprevedibili, quando sono determinate da condizioni fisiche del paziente non prevedibili fino alla caduta stessa, come un disturbo improvviso dell'equilibrio;

- fisiologiche prevedibili, quando i fattori di rischio della persona sono identificabili; un esempio è il paziente che presenta difficoltà nella deambulazione, o manifesta segni di disorientamento.

Si stima che circa il 14% delle cadute che si verificano in ospedale siano accidentali, l'8% imprevedibili, e che il restante 78% di esse rientri fra le cadute prevedibili (1).

1.2 Epidemiologia

Diversi sono gli studi condotti a livello nazionale e internazionale che hanno cercato di realizzare una stima dell'incidenza delle cadute. Negli ospedali, così come nelle residenze sanitarie, è elevato il numero dei pazienti che va incontro a questo evento avverso.

Circa il 28-35% delle persone di 65 anni ed oltre cade ogni anno; tale percentuale sale al 32-42% negli ultrasessantenni. La frequenza delle cadute aumenta con l'avanzare dell'età e della fragilità (11). Come riporta la World Health Organization, il segmento più anziano della popolazione, con età di 80 anni ed oltre (particolarmente soggetto alle cadute e a alle loro conseguenze) continua a crescere in fretta, e si ipotizza che entro il 2050 rappresenterà circa il 20% della popolazione anziana. La caduta sembra essere il fattore di rischio di frattura più importante nell'anziano (12). La metà di essi che riporta una frattura di femore non è più in grado di deambulare, e circa il 20% di questi muore, di conseguenza, entro l'anno (1).

Uno studio del 2000 realizzato presso l'ULSS 22 di Verona, in Veneto, ha rilevato una frequenza delle cadute pari allo 0,86% di tutti i ricoveri (13). Nella Regione Lombardia, il dato riportato è pari al 4,09% su un totale di 1000 ricoveri ospedalieri del 2004, valutato in tutte le Aziende Ospedaliere (14). Un altro studio realizzato al Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna nel 2002, ha rilevato una frequenza delle cadute pari all'1% di tutti ricoveri; le percentuali si sono distribuite in un range dallo 0,7% al 14% (15). Nel 2000, la stessa azienda sanitaria aveva riportato circa 700 cadute su una popolazione di 70000 ricoveri, pari sempre ad una frequenza dell'1%. Un'indagine di un'ASL Piemontese svoltasi tra il 2010 e il 2011 ha stimato, nel periodo preso in esame, un'incidenza delle cadute pari allo 0,8% (16).

Studi presenti in letteratura riportano notevoli variazioni nei tassi di caduta, compresi tra 4-14 cadute per 1000 giorni di degenza, corrispondenti a circa 10 cadute al mese in un reparto di 28 posti letto (17). Uno dei più grandi studi retrospettivi sulle cadute ospedaliere analizza i dati acquisiti dal sistema di reporting nazionale della National Patient Safety Agency (NPSA) su circa 500 strutture sanitarie di vario tipo in Inghilterra e Galles, relativi ad un

periodo di 12 mesi, al fine di contribuire al miglioramento della sicurezza dei pazienti (18). Negli ospedali per acuti che segnalavano regolarmente, il tasso d'incidenza è risultato essere di 4,8 cadute per 1000 giorni di degenza, con una variazione registrata tra lo 0,2 e l'11,5. Le cadute accidentali nei pazienti ricoverati rappresentano circa il 30-40% degli eventi avversi segnalati (17,18), risultando essere l'evento che si verifica più comunemente. Fino al 30% delle cadute possono causare lesioni (2,3,10,11,19,20), tra cui fratture, trauma cranici e lesioni tissutali. In Italia, il Ministero della Salute ha pubblicato recentemente il suo 5° rapporto degli eventi sentinella avvenuti nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale tra il 2005 e il 2012. L'evento più segnalato, così come già fu rilevato nel precedente rapporto del 2011, è risultato essere "morte o grave danno per caduta di paziente", pari al 24,6%. Seppur non sia realistico credere di poter risolvere definitivamente il problema delle cadute (21), questo dato sottolinea l'importanza dell'affrontare in maniera efficace un problema così rilevante per le strutture sanitarie.

1.3 Fattori di rischio

L'identificazione dei fattori di rischio costituisce un punto fondamentale nella prevenzione delle cadute. Seppur alcune cadute siano probabilmente inevitabili, la maggior parte di esse, come asserito anche dalla Raccomandazione n. 13 per la prevenzione e gestione della caduta del Ministero della Salute, sono l'esito dell'interazione dei fattori di rischio intrinseci, correlati alle caratteristiche del paziente, ed estrinseci, comprensivi degli aspetti ambientali, ergonomici ed organizzativi (1,3,20,22).

Uno studio realizzato negli Stati Uniti e una revisione sistematica, che ha analizzato 28 articoli relativi ai fattori di rischio di caduta e agli strumenti utilizzati per la loro valutazione nei pazienti ospedalizzati, hanno individuato alcuni fattori associati significativamente ad un aumentato rischio delle cadute, nonostante la diversità delle strutture sanitarie, della popolazione e degli stessi fattori di rischio analizzati. Oltre all'età, sono stati identificate altre condizioni, come l'instabilità dell'andatura o la presenza di problemi alle estremità inferiori, ma anche l'uso di alcuni farmaci come sedativi/ipnotici, somministrati 24 ore prima del verificarsi della caduta, o di farmaci per il diabete, associati, invece, al rischio di causare ipoglicemia. È stato visto che, alla probabilità di un paziente di cadere, contribuisce anche l'aumentato numero dei pazienti di cui l'infermiere deve prendersi cura. Altri fattori di salute associati alle cadute sono stati poi identificati nella frequenza/incontinenza urinaria e fecale,

e nell'anamnesi positiva per precedenti cadute (10,19).

Inoltre è importante sottolineare come la paura di cadere, che può svilupparsi nel paziente in seguito ad una caduta, oltre ad aumentare la probabilità di ottenere scarsi risultati nei follow-up, può diventare essa stessa un ulteriore fattore di rischio predisponente ulteriori cadute (23). È quindi importante riconoscere i cambiamenti nello stato di rischio di caduta, cosicché la prevenzione sia simultanea ad una promozione di mobilità e indipendenza.

1.4 Valutazione del rischio di caduta nel paziente

La valutazione del rischio di caduta rappresenta uno screening importante per rilevare pazienti maggiormente esposti a tale pericolo. Molti studi, oltre a descrivere i fattori di rischio di caduta, suggeriscono strumenti per la loro valutazione.

Tra gli strumenti più utilizzati per la valutazione del rischio in ospedale troviamo la Scala Stratify, di breve esecuzione e basata su domande poste al paziente e all'operatore, la scala di Conley, costituita da sei variabili legate al rischio di caduta, e la scala di Morse, utilizzata sia in reparti per acuti sia di lungodegenza e che presenta un punteggio che varia in un range da 0 a 125. Tutte valutano il rischio di caduta e non la capacità di movimento.

Una revisione sistematica ha discusso tre strumenti di valutazione del rischio di caduta, validati in diversi studi condotti in strutture differenti, ovvero la scala Stratify, la scala di Morse e lo strumento Hendrich Fall Risk Model (HFRM) (24). La scala di Morse è risultata essere la più sensibile; la scala Stratify la più specifica. Fra i tre, però, HFRM è apparso essere lo strumento di scelta, risultando il più semplice da impiegare e compilare.

Gli strumenti più efficaci da utilizzare sono i più semplici, validati in modo prospettico: permettono di rivalutare i punteggi al cambiamento dello stato del paziente, forniscono adeguata sensibilità e specificità per una caratteristica popolazione e, grazie alla loro trasparenza, incontrano l'adesione del personale (22). Una revisione sistematica ha analizzato tutti gli articoli pubblicati relativamente ai fattori di rischio e agli strumenti di valutazione del rischio-caduta nei pazienti degenti, identificando solo sei studi nei quali gli strumenti erano stati sottoposti a validazione prospettica, unitamente ad analisi di sensibilità e specificità. In particolare, due strumenti hanno soddisfatto questi criteri: la scala di Morse e la scala Stratify (19). È stata messa in discussione la reale efficacia e utilità degli strumenti di valutazione (25); essi possono fornire, a volte, falsa rassicurazione al personale, non indirizzando in modo efficace gli sforzi di prevenzione. L'Ausl di Ravenna, dopo aver

riscontrato nel 2008 l'inadeguatezza della scala di Conley nel mappare i reali fattori di rischio dei degenti (non includendo, quest'ultima, le condizioni cliniche e i piani farmacologici), ha definito e sperimentato una nuova scala di valutazione, comprensiva inoltre delle indicazioni emerse dagli operatori (26). A questo proposito, in letteratura viene criticato il fatto che molti strumenti in uso siano stati effettivamente "creati in casa" e validati malamente, realizzati semplicemente modificando strumenti di valutazione già esistenti e unendo elenchi di fattori di rischio o elementi ritenuti validi dal personale (20,27).

Gli strumenti di valutazione sono utili e focalizzano l'attenzione del personale sanitario, ma quest'ultimo non dovrebbe far affidamento su di essi senza riflettere e considerare i loro punti di forza e debolezza. L'utilizzo è svantaggioso nel momento in cui la loro compilazione diviene fine a sé stessa. La valutazione del rischio è quindi necessaria, ma da sola non sufficiente: risulta insignificante senza l'adozione di appropriati interventi (5,22).

1.5 Interventi e strategie di prevenzione delle cadute

Le cadute hanno importanti conseguenze a livello soggettivo, sanitario e sociale.

Esse dovrebbero spingere gli operatori non solo a compilare schede di segnalazione, ma ad agire per la loro prevenzione, attuando ulteriori valutazioni ed interventi.

È noto come, oltre ai danni e alle conseguenze fisiche, le cadute procurino ansia, una perdita di fiducia e confidenza nelle proprie capacità e un aumento della durata della degenza ospedaliera (18,28). Le cadute sono associate anche al malcontento di pazienti e famigliari.

Una revisione sistematica divisa in due sezioni ha analizzato circa 15 studi randomizzati relativi a interventi multifattoriali utilizzati nella prevenzione delle cadute. Negli studi che hanno portato a risultati significativi, temi comuni riscontrati sono stati l'educazione di operatori e pazienti, l'esercizio fisico, e la sicurezza nella deambulazione. Fra questi, circa tre studi hanno dimostrato che gli interventi multifattoriali, quando eseguiti, riducevano il tasso di frequenza delle cadute (24). Un'effettiva riduzione del fenomeno richiede cambiamenti significativi nel sistema, oltre a collaborazione interprofessionale (29). Viene ritenuto importante ricevere il contributo ed i suggerimenti dei pazienti stessi, essendo essi i destinatari finali delle iniziative di riduzione delle cadute (9). Gli interventi multidisciplinari e multifattoriali mostrano dei lievi benefici (8,28-32), ma necessitano di essere esplorati ulteriormente dal punto di vista del loro rapporto costo-efficacia. Molte revisioni sistematiche pubblicate in questi anni si sono però rivelate inconcludenti in termini di

risultati pubblicati, non riuscendo ad identificare con successo interventi che impedissero ai pazienti di cadere. Spesso, è difficile che questi interventi permettano di ottenere risultati positivi nel corso del breve periodo di degenza, durante il quale i pazienti sono solitamente focalizzati nel recupero da un intervento o da un problema medico acuto (33). L'ambiente ospedaliero e la sua struttura rappresentano, inoltre, fattori importanti, favorendo circa il 30%-50% delle cadute degli anziani. È necessario adoperarsi per attuare interventi mirati alla riduzione dei pericoli ambientali (3,34). Il diritto del paziente ad un ambiente protetto può essere considerato come un elemento centrale nella fornitura di assistenza sicura (35).

1.5.1 La contenzione fisica e le cadute

L'indicazione alla contenzione rappresenta un atto medico prescrittivo, che rende indispensabile, però, prendere atto degli effetti collaterali e delle controindicazioni che essa può comportare. Il suo ricorso deve essere prevalentemente terapeutico.

Le problematiche cliniche, etiche e giuridiche legate alla contenzione fisica hanno portato allo sviluppo di protocolli per guidare gli operatori sanitari ad una gestione migliore dell'assistenza dei pazienti. L'articolo 30 del Codice Deontologico dell'infermiere dichiara che egli “si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e sostenuto da prescrizione medica, o da documentate valutazioni assistenziali” (36). La contenzione non deve mai essere applicata come alternativa all'osservazione diretta, o alle problematiche gestionali e assistenziali. Essa, oltre alla perdita di autonomia e dignità, può determinare agitazione, lesioni da decubito, strangolamento e morte. Vi è la percezione comune che la contenzione riduca il rischio del paziente di cadere e di ferirsi (37). Studi osservazionali hanno cercato di determinare la relazione tra la contenzione e le cadute in ambiente ospedaliero. Nella migliore delle ipotesi, le contenzioni non sembrano proteggere i pazienti, e nella peggiore, aumentano il rischio di caduta.

Vi è la percezione che il sollevare le spondine del letto sia un'essenziale misura di sicurezza per i pazienti che, inoltre, protegge il personale sanitario dalle critiche e ne riduce la responsabilità nel caso di una caduta dal letto. In realtà, esse aumentano l'altezza dalla quale un paziente può cadere, ed il rischio di riportare ferite gravi (38). In un'indagine si è riscontrato come le cadute si siano verificate nel 55% circa dei pazienti con contenzione; le loro ferite si sono, in seguito, rivelate le più gravi (39). In un ospedale neozelandese, ipotizzando inizialmente l'inefficacia delle spondine nel prevenire le cadute, si è introdotto

una politica mirata a ridurre il loro utilizzo; ciò che si è osservato alla conclusione dello studio fu che la riduzione nell'uso delle spondine non alterò significativamente il tasso delle cadute, anche se fu associata ad una riduzione delle lesioni più gravi (40). Una revisione sistematica di studi clinici sottolinea come le spondine diventino contenzione solamente quando impediscono volutamente al paziente di lasciare il letto; non lo sono se vengono utilizzate per prevenire una caduta accidentale dal letto. Uno degli studi analizzati all'interno ha mostrato una significativa riduzione del tasso delle cadute fra i pazienti che presentavano le spondine del letto sollevate (41). Questa revisione non supporta la prevalente convinzione che le spondine aumentino la probabilità di cadute o lesioni, o che amplifichino il rischio di intrappolamento fatale. Sono considerate spesso colpevoli per associazione, venendo affiancate negli studi ad altri mezzi di contenzione, quali le cinture o i polsini. È importante ricordare come possano invece diventare un aiuto per tutti quei pazienti che le richiedono, o che sono incapaci di lasciare il letto senza il loro sostegno.

1.6 L'infermiere e il rischio clinico

Nei decenni scorsi si è assistito ad un costante aumento del numero dei reclami di negligenza nei confronti degli operatori sanitari. Spesso, prestazioni lavorative prive di errori sono lo standard atteso dai professionisti del settore sanitario.

Il tentativo iniziale di limitare i costi elevati legati al contenzioso ha spinto a sviluppare strumenti per identificare e ridurre gli errori, e ad individuare nel Risk Management una serie di azioni utili a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e a garantire la sicurezza dei pazienti. Si è abbandonata pian piano la concezione negativa associata all'errore e legata all'idea di colpa e negligenza, inefficace nel prevenire incidenti ed identificarne le cause.

L'Harvard Medical Practice Study ha aperto la strada ad una nuova prospettiva, definendo l'evento avverso come un incidente indesiderato ed inatteso, attribuibile alla gestione sanitaria e non dipendente dalla patologia di base: ciò sottintende che gli eventi avversi non sono solo conseguenza del singolo errore umano, ma riconducibili ad errori di sistema e all'interazione di fattori tecnici, organizzativi/gestionali e di processo (42). Questo studio rese nota la questione del rischio insito nell'assistenza sanitaria, stimando una ricorrenza degli eventi avversi pari al 3,7% tra i pazienti degenti in 51 ospedali di New York, il 27,6% dei quali era dovuto a negligenza. Uno studio che ha esaminato la relazione tra personale infermieristico ed eventi avversi, ha analizzato un campione di pazienti degenti in 234

ospedali della California, includendo la caduta tra gli eventi avversi analizzati. Gli eventi avversi si sono verificati nel 5,6% dei pazienti totali, ma si è riscontrato un minore tasso di cadute rispetto ad altre indagini internazionali, pari allo 0,21%, non rilevando alcuna relazione significativa tra il personale infermieristico e l'evento-caduta (43). In Italia, uno studio retrospettivo e multicentrico che ha coinvolto cinque grandi ospedali, ha rilevato una mediana complessiva di eventi avversi pari al 5,2% (44). L'incidenza, seppur inferiore alle frequenze riportate dagli studi internazionali, ha sottolineato anche a livello italiano la rilevanza delle conseguenze della ridotta sicurezza delle cure.

Ciò viene evidenziato anche dal 5° rapporto del Ministero della Salute riguardante gli eventi sentinella pubblicato nel 2015, e relativo agli eventi accaduti tra il 2005 e il 2012 (45).

Gli eventi avversi sono quindi riconosciuti come un problema rilevante di sanità pubblica. Come indicato dal Codice Deontologico, l'infermiere “concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore; partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico” (36).

È necessario quindi che l'infermiere, per poter partecipare alla gestione del rischio clinico, possieda la consapevolezza e la cultura della sicurezza, che permette di esplicitare le informazioni e non nasconderle e di considerare l'errore come un'occasione di apprendimento che motivi la segnalazione spontanea e l'analisi degli eventi avversi.

1.6.1 Segnalazione dell'evento caduta

Una fra le numerose ragioni identificate dagli infermieri sul perché i pazienti cadono è l'inadeguata segnalazione (33). In Italia, lo strumento implementato per la rilevazione degli eventi avversi è l'Incident Reporting, che prevede la segnalazione volontaria tramite la compilazione di una scheda da parte degli operatori sanitari.

Studi della letteratura hanno cercato di individuare quali fossero le attitudini e le barriere che ostacolano la segnalazione. Un'indagine ha rilevato che gli infermieri segnalano molto più frequentemente dei medici, ma il personale ha rivelato di essere più propenso a trasmettere soprattutto gli incidenti segnalati più abitualmente, che risultano solitamente in esiti immediati e dei quali sono più spesso testimoni (46).

Le più comuni barriere alla segnalazione rilevate sono la mancanza o inadeguatezza del feedback e dell'incentivo a segnalare, i vincoli di tempo (47), i processi di segnalazione ritenuti insoddisfacenti, la carenza nelle conoscenze e la convinzione che l'incidente sia stato

banale. Inoltre, molti ritengono inutile segnalare gli eventi mancati, i cosiddetti “near misses”. Nonostante gli infermieri esprimano preoccupazione nei confronti della sicurezza e del benessere del paziente, questo spesso non si riflette fortemente quanto la preoccupazione legata alle possibili ripercussioni punitive e alla propria protezione (48).

I fattori che impediscono agli infermieri la segnalazione di eventi avversi sembrano essere influenzati non solo dagli aspetti culturali e professionali, ma anche da problemi strutturali di pratica sanitaria, come i sistemi di sicurezza, le regole e le procedure di segnalazione (49).

Ciò che si sottolinea nella letteratura è l’esigenza dell’educazione e orientamento per infermieri e medici, relativa inoltre a quali eventi avversi necessitino di essere segnalati.

I processi spesso richiedono di essere semplificati, cosicché tempi minori siano richiesti agli operatori sanitari per la segnalazione, e di essere combinati con adeguate risorse che attivino azioni e feedback adeguati. Molto spesso i sistemi di segnalazione e Incident Reporting non includono tutte le cadute, e possono sottovalutare significativamente il fenomeno negli ambienti ospedalieri; non dovrebbero per questo essere usati come unica fonte di dati per realizzare iniziative di ricerca e di miglioramento della qualità (50). La segnalazione degli eventi è comunque valutata come una componente importante nel quadro della gestione del rischio clinico di ogni ospedale. È essenziale vi sia un atteggiamento aperto nei confronti di una segnalazione efficace degli eventi avversi, che porti allo sviluppo di un’appropriata cultura di segnalazione e di apprendimento. La gestione infermieristica dovrebbe apportare cambiamenti alle regole organizzative, affinché gli infermieri lavorino in una cultura senza colpa, che prende in esame i fattori di sistema come cause di errore, e non i singoli individui.

1.7 L’infermiere e la consapevolezza del fenomeno caduta

La portata del problema delle cadute, insieme ai costi umani e organizzativi, dovrebbe ispirare le organizzazioni sanitarie a rinnovare gli sforzi per la prevenzione delle cadute (51) e le strategie per i pazienti più vulnerabili. Le cadute continuano a rappresentare un problema per gli infermieri nei reparti ospedalieri.

Nonostante siano i professionisti della salute più vicini al fenomeno delle cadute, si sa poco su quale sia l’esperienza e l’opinione che essi hanno delle cadute dei pazienti (52).

Uno studio che ha raccolto le esperienze qualitative degli infermieri relative alle cadute, ha rivelato che ad esprimere la loro esperienza è l’essere consapevoli che i propri pazienti siano al sicuro, tramite la valutazione del rischio, il monitoraggio e la comunicazione. Si viene a

creare notevole stress nel momento in cui queste strategie non garantiscono più la certezza della sicurezza dei pazienti, stress alimentato dalla constatazione che tali cadute possono danneggiare il rapporto tra infermiere e paziente ed implicare conseguenze legali.

Le cadute si contrappongono alla cultura della sicurezza promossa ad ogni livello di assistenza sanitaria, suscitando un senso di colpa o di ansia nel personale infermieristico che, spesso, si ritrova costretto a bilanciare la responsabilità nel prendersi cura di tutti i pazienti e la responsabilità nell'evitare che un numero minore di pazienti ad alto rischio cada (18).

La letteratura riporta frequentemente il parere di infermieri che non ritengono le cadute prevedibili e prevenibili (6), ma il risultato di invecchiamento, ospedalizzazione e malattia. Un'esplorazione delle loro opinioni ha evidenziato come spesso percepiscano i propri pareri periferici ai processi educativi e amministrativi correlati alla prevenzione delle cadute.

Per questo, molti infermieri non riescono a fornire quella che ritengono essere una valida assistenza, a volte ponendo a rischio la sicurezza dei pazienti ed esprimendo poca coerenza tra i propri valori e i comportamenti messi in atto (53). Uno studio pone in evidenza l'importanza dell'autoefficacia posseduta dagli infermieri che, legata alla prevenzione delle cadute, si traduce nella fiducia che essi nutrono nella propria capacità di impedire ai pazienti di cadere, e li porta ad impegnarsi e persistere nello svolgimento degli interventi necessari ad impedire le cadute (33). A volte, dopo l'effettuazione della valutazione, le strategie individuate a contrastare i fattori di rischio non vengono attuate; gli interventi, riportati nei piani di cura ma poi non implementati in maniera appropriata, non sono efficaci nel prevenire le cadute. Il lavoro di squadra e la comunicazione sono elementi fondamentali affinché i programmi di prevenzione delle cadute e di gestione del rischio clinico abbiano successo all'interno di una struttura sanitaria (2,20,54,55). La letteratura riporta che, ad impedire la segnalazione delle cadute, spesso è lo scordarsi da parte degli infermieri di compilare i moduli o le schede di rilevazione a causa di reparti occupati e caotici; a volte, però, è la convinzione che non vi sia motivo di segnalare (46). Questo si applica specialmente nel caso degli eventi mancati, i "near misses", che raramente vengono documentati ma possono invece offrire insegnamenti, e consentire di imparare prima che avvengano incidenti più gravi. La consapevolezza di saper valutare il rischio, monitorare il paziente, porre in atto le strategie preventive, e la coscienza dell'importanza che hanno la comunicazione con il gruppo lavorativo e la segnalazione delle cadute, permettono agli infermieri di garantire la sicurezza del paziente e di migliorare la qualità dell'assistenza offerta.

CAPITOLO 2- PIANO DI INDAGINE

2. Scopo dello studio

Nelle Strutture Sanitarie le cadute degli assistiti rappresentano uno degli eventi avversi più frequenti; a volte le conseguenze possono essere gravi, arrivando a comportare morbilità, disabilità e mortalità, creando insoddisfazione e malcontento nei pazienti e nei familiari.

Scopo di questo studio è quello di valutare l'entità del fenomeno caduta nell'Azienda ULSS 19 di Adria e la sua frequenza rispetto agli altri eventi segnalati, e di ottenere una visione generale della percezione del personale infermieristico di questo problema.

Si è ritenuto importante evidenziare l'autoefficacia e la consapevolezza che gli infermieri percepiscono di possedere nel valutare il rischio di caduta, nell'educare pazienti e famigliari, nel collaborare con l'équipe lavorativa condividendo le percezioni e le informazioni raccolte e l'importanza di segnalare ogni caduta, in un'ottica di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e di garanzia della sicurezza dei pazienti.

2.1 Obiettivi dello studio

Gli obiettivi dello studio sono:

- Descrivere il fenomeno delle cadute nella popolazione ospedalizzata dell'Azienda ULSS 19 di Adria:
 - Frequenza delle cadute rispetto agli altri eventi avversi;
 - Presenza del rischio, modalità, dinamica, gravità delle cadute riportate nelle schede di rilevazione.
- Valutare la percezione e la consapevolezza infermieristica dell'evento caduta.

2.2 Quesito di ricerca

In letteratura il fenomeno delle cadute è presentato come un problema maggiore delle Strutture Sanitarie, e, il più comune evento avverso segnalato negli ospedali. Esso implica importanti conseguenze nei pazienti che ne fanno l'esperienza, ma coinvolge anche gli infermieri, che ricoprono un ruolo primario nel garantire l'assistenza ai propri pazienti.

È possibile, quindi, osservare il grado di percezione del fenomeno-caduta da parte del personale infermieristico e confrontarlo con l'entità e le caratteristiche che questo presenta nell'Azienda, per poter ottenere un quadro generale del fenomeno e di quale sia la consapevolezza, negli infermieri, dell'importanza che questo tema ricopre?

2.2.1 Quesito di Foreground

La formulazione del quesito in forma PIO si presenta come segue:

Problema: rilevanza del fenomeno-caduta nei confronti del paziente e la sua percezione nel personale infermieristico

Intervento: indagare la percezione del fenomeno-caduta da parte degli infermieri e l'entità del fenomeno nell'Azienda.

Outcome: valutazione del fenomeno e della percezione del problema negli infermieri.

La ricerca della letteratura è stata effettuata utilizzando:

- Il motore di ricerca GOOGLE SCHOLAR
- Il portale AIRE fornito dal Sistema Bibliotecario di Ateneo
- La banca dati elettronica PUBMED

2.2.2 Parole chiave

Nella ricerca della letteratura sono state utilizzate le seguenti parole chiave:

- Fall risk factors
- Accidents prevention
- Inhospital falls
- Nurses awareness/perception/experiences/attitudes
- Nursing reporting

2.3 Disegno dello studio

Lo studio è stato realizzato attraverso una prima ricerca della letteratura, che ha evidenziato la rilevanza del problema delle cadute all'interno delle Strutture Sanitarie.

In seguito, lo studio è stato condotto presso l'Azienda ULSS 19 di Adria, in un periodo compreso tra il 15/06/15 e il 23/09/15, andando ad analizzare inizialmente i dati riportati nelle schede di rilevazione delle cadute, valutando così il fenomeno e le sue caratteristiche in Azienda. Si sono andate poi a visionare le schede di Incident Reporting pervenute alla Direzione Medica e relative allo stesso periodo considerato per l'analisi delle schede di rilevazione delle cadute. Nonostante la diversa modalità di segnalazione delle cadute utilizzata in Azienda rispetto alle altre tipologie di evento avverso (la quale non avviene più attraverso la scheda di Incident Reporting, ma tramite apposita scheda di rilevazione delle

cadute implementata nell'ospedale nel 2012) si è potuto comunque realizzare un confronto fra la frequenza del fenomeno-caduta e i restanti eventi segnalati.

Si è cercata poi la partecipazione attiva degli infermieri stessi, sottoponendoli ad un questionario per rilevare la loro percezione e consapevolezza in merito al fenomeno considerato. E' stata utilizzata per la valutazione della maggior parte delle risposte la classificazione di tipo Likert con cinque opzioni possibili.

2.4 Campione dello studio

L'indagine è stata condotta principalmente nei mesi di Giugno e Luglio, sono state analizzate tutte le schede di rilevazione delle cadute dei pazienti reperite, relative all'anno 2014 e al primo semestre del 2015. Sono stati poi coinvolti gli infermieri delle diverse Unità Operative, che hanno collaborato allo studio compilando i questionari loro consegnati.

2.4.1 Criteri di inclusione

Sono stati inclusi nello studio i pazienti le cui schede di rilevazione delle cadute erano pervenute alla Direzione Medica ospedaliera.

Sono stati inclusi poi gli infermieri afferenti ai Dipartimenti Medico e Chirurgico, in particolare alle Unità Operative di Medicina Generale, Ortopedia, Area Chirurgica e U.O.S.D. Cardiologia.

Sono state scelte queste unità operative di ricovero per la somministrazione dei questionari poiché, oltre ad essere tra le aree con il maggior numero di cadute, sono inoltre accomunate dalla tipologia dei loro pazienti, di tipo geriatrico, medico-internistico; alcuni pazienti vengono ricoverati nel reparto chirurgico senza poi essere sottoposti ad intervento, o quando ad esempio l'Unità nella quale vengono ammessi non è temporaneamente disponibile. Inoltre i pazienti operati possono presentare il rischio di caduta nell'immediato post-operatorio.

2.5 Strumenti utilizzati

Gli strumenti utilizzati ai fini dello studio sono:

- Scheda di rilevazione delle cadute (Allegato 1) implementata all'interno dell'Azienda ULSS 19 nel 2012;
- Questionario rivolto al personale infermieristico (Allegato 2).

Il questionario è strutturato in 4 sezioni che raccolgono le varie affermazioni.

La maggior parte delle domande è tratta dal questionario realizzato da Vasanthee Haripersad per il conseguimento di un Master in Infermieristica (35), volto ad individuare i fattori che impediscono l'efficace attuazione di un programma di prevenzione delle cadute.

Nella sezione A vengono individuati i dati relativi ai partecipanti allo studio. Nella sezione B si cerca di comprendere il valore che gli infermieri attribuiscono al fenomeno delle cadute. Si vuole analizzare se essi ritengano opportuno osservare e sorvegliare con maggiore attenzione i pazienti che presentano fattori di rischio favorevoli le cadute, così come la valutazione nei diversi momenti dell'assistenza, il valore che essi danno agli interventi multidisciplinari e all'educazione di pazienti e familiari. Viene valutato infine anche la percezione della gestione e delle strategie di prevenzione delle cadute adottate dall'azienda ospedaliera. Nella sezione C le domande sono legate alla frequenza della segnalazione, in presenza o meno del personale al momento dell'evento. Si è chiesto se i pazienti vengano poi monitorati per eventuali lesioni. La sezione D esplora la percezione degli infermieri sull'attività di prevenzione svolta nella propria unità operativa, e indaga il feedback ricevuto in seguito alla segnalazione delle cadute e alle indagini svolte dall'Azienda.

Le schede di rilevazione delle cadute e i questionari sono stati osservati e analizzati singolarmente. In seguito allo spoglio e alla selezione dei dati, questi sono stati inseriti e classificati attraverso il foglio di calcolo elettronico Excel, realizzando un'analisi dei dati di tipo descrittivo. È stata realizzata un'analisi dei dati di primo livello, calcolando, ove necessario, media, deviazione standard, frequenze assolute e percentuali.

CAPITOLO 3- RISULTATI DELLO STUDIO

3. Analisi dei risultati

Nell'analisi dei risultati sono descritti per primi i dati raccolti dall'osservazione delle schede di rilevazione delle cadute, cercando di offrire una panoramica generale del fenomeno all'interno dell'Azienda; in seguito è descritto ciò che è stato rilevato dalle risposte dei questionari completati dagli infermieri.

3.1 Descrizione del fenomeno caduta

Sono state valutate le schede di rilevazione delle cadute relative al periodo compreso tra il 01/01/14 e il 30/06/15.

Nel periodo esaminato di 18 mesi, gli eventi avversi comunicati all'Azienda sono stati complessivamente 85 (Grafico 3.1.1). Fra questi, il 69% sono risultate essere cadute (n.59), segnalate con l'apposita scheda di rilevazione; i restanti eventi sono stati segnalati con scheda di Incident Reporting, divisi tra le varie categorie.

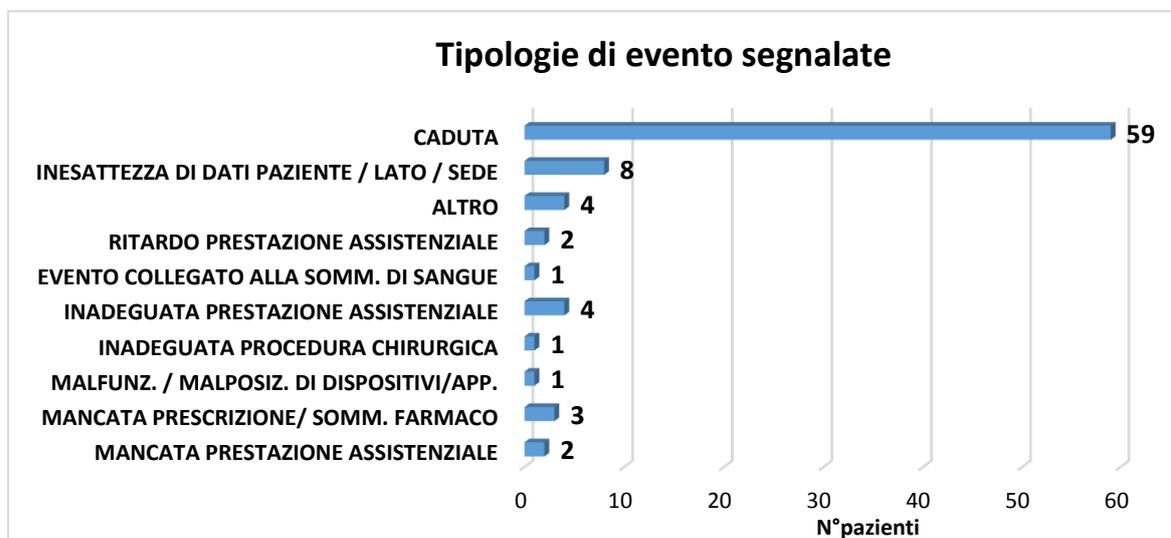


Grafico 3.1.1 Tipologie di evento avverso segnalate.

Durante il periodo di studio sono state visionate in totale 59 schede di rilevazione delle cadute: 33 relative all'anno 2014, e 26 al primo semestre dell'anno 2015.

Nel periodo osservato, il 53% (n.31) dei 59 pazienti caduti sono persone di sesso maschile, il restante 47% (n.28) sono di sesso femminile (Grafico 3.1.2).

L'età media del campione in esame è di $74 \pm 15,4$ anni, e il range d'età va da 29 a 96 anni. Il 74% dei pazienti supera i 65 anni d'età. All'analisi il dato è risultato statisticamente significativo (verificato con programma Excel, Test T per $p < 0,05$).

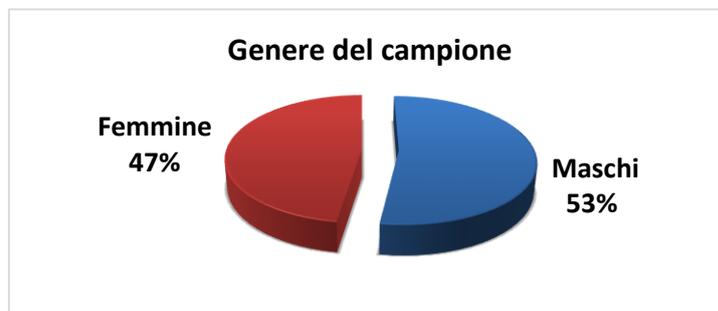


Grafico 3.1.2 Genere del campione.

Osservando il grafico 3.1.3, si può notare che 52 pazienti sono caduti in regime assistenziale di ricovero ordinario, corrispondente all'88% del campione analizzato. Un solo paziente è caduto durante una prestazione assistenziale ambulatoriale e, nel restante 10% (n.6) si trattava di pazienti in OBI del PS, tra le quali erano presenti segnalazioni di eventi mancati.

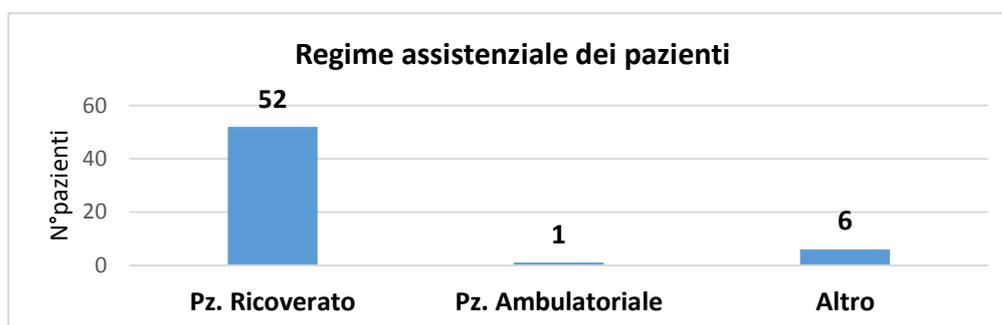


Grafico 3.1.3 Regime assistenziale di pazienti.

Nella tabella 3.1.1 si è osservata poi la prevalenza delle cadute. Nel periodo considerato la maggior frequenza di cadute si rileva nell'area di Medicina Generale, che al suo interno include una ripartizione maschile e una femminile (37% delle cadute totali). La frequenza interna è dello 1% rispetto al numero di dimissioni. In particolare, 14 delle 22 cadute verificatesi nell'area medica hanno avuto luogo nell'unità operativa di Medicina Maschile. Nell'area medica viene compresa anche l'unità operativa Semintensiva Cardiologica, dove però si sono verificate solo due cadute e la frequenza, rispetto al numero dei ricoveri, è una delle più alte. Il 19% (n.11) delle cadute verificatesi si riconducono all'area chirurgica, che non possiede una scala di valutazione del rischio cadute; la frequenza delle cadute nell'area

di Chirurgia in relazione al numero di ricoveri è la stessa dell'area medica, ovvero dell'1%. 11 cadute si sono verificate in SPDC dove, considerato il numero dei ricoveri, si ha una delle frequenze più alte tra i reparti; quest'area non è stata inclusa nello studio attraverso il coinvolgimento degli infermieri.

Tabella 3.1.1 Frequenza delle cadute.

Unità Operativa	Frequenza	n° dimissioni	%
Area Chirurgica	11	1432	1%
Medicina generale	22	2937	1%
Ortopedia	5	668	1%
Ostetricia e ginecologia	1	1135	0%
Pediatria / Nido	0	979	0%
SPDC	11	281	4%
Rianimazione	0	112	0%
Semintensiva coronarica	2	89	2%
Pronto soccorso (OBI astanteria)	5	-	-
Accessi Ambulatoriali	1	-	-
Altro	1	-	-
Totale	59	7633	0,8%

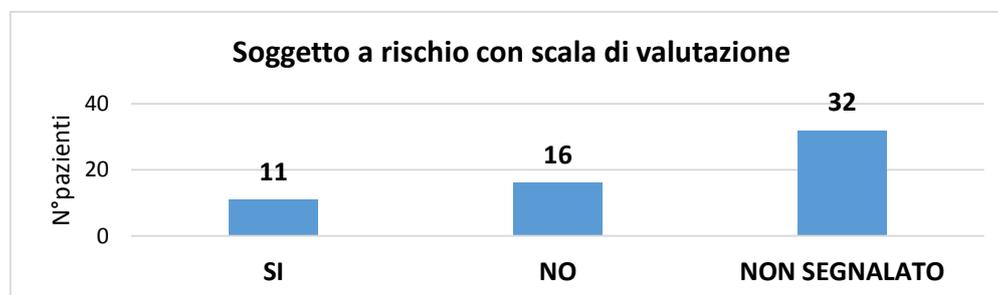


Grafico 3.1.4 Valutazione del rischio con scala di valutazione.

Nel grafico 3.1.4 si è osservato se i pazienti fossero stati sottoposti ad una scala di valutazione, e segnalati come soggetti nei quali fosse presente, o meno, il rischio di caduta. Nel periodo di osservazione, il 19% dei pazienti caduti (n.11) era stato considerato a rischio di caduta, utilizzando una scala di valutazione. Il 27% (n.16) invece, dopo la valutazione, non era risultato a rischio di caduta. In molte schede la compilazione di tale item è stata completamente ignorata: nel 54% delle schede di segnalazione non è stato indicato se i soggetti fossero stati valutati tramite apposita scala di valutazione e, quindi, identificati come pazienti a rischio o meno di caduta. Inoltre, nessuna tra le segnalazioni relative ai soggetti

valutati a rischio di caduta riportava, come richiesto dalla scheda, la data dell'ultima rilevazione di tale rischio.

Si sono osservati gli elementi segnalati nelle schede che contribuiscono alla ricostruzione dell'evento, quali il luogo in cui più frequentemente sono caduti i pazienti, e la modalità con cui la caduta si è verificata. La maggioranza di esse sono avvenute all'interno del reparto: 42 cadute, pari al 71%, si sono verificate in camera, 8 cadute (14%) in corridoio, 7 sono avvenute in bagno (12%). In 2 casi il luogo della caduta non è stato specificato. Tra le modalità di caduta più frequenti, il 31% dei pazienti (n.18) sono caduti dal letto con spondine, il 36 % (n.21) dalla posizione eretta, e il 14% (n.8) dal letto. In 4 casi la modalità della caduta non è stata rilevata.

Si è osservato se i pazienti avessero riportato precedenti cadute. Nel 68% delle segnalazioni (n.40), i pazienti non hanno riferito precedenti cadute; il 20% di essi (n.12) ha invece comunicato un'anamnesi positiva per precedenti cadute. In 7 schede non è stata segnalata questa informazione.

Per quanto riguarda l'esito delle cadute verificatesi nei 18 mesi di indagine, si osserva, nel grafico 3.1.5, la valutazione del livello della loro gravità. Il 32% (n.19) delle cadute, sono state valutate di livello 3; ciò che viene comunicato non è più un semplice evento potenziale, ma un evento effettivo ormai in fase conclusiva che però non ha comportato nessun danno o esito spiacevole. Il 29% (n.17) rappresenta cadute con esito di livello 4; comportano un danno minore occorso che non richiede trattamenti, ma necessita solo di ulteriori osservazioni o monitoraggi extra da parte del medico. Una percentuale del 22% (n.13) si riscontra anche per le cadute i cui esiti sono stati valutati di livello 6: il danno è moderato o significativo, necessita di monitoraggi o osservazioni extra, ulteriore visite o di indagini diagnostiche, come ad esempio procedure radiologiche.

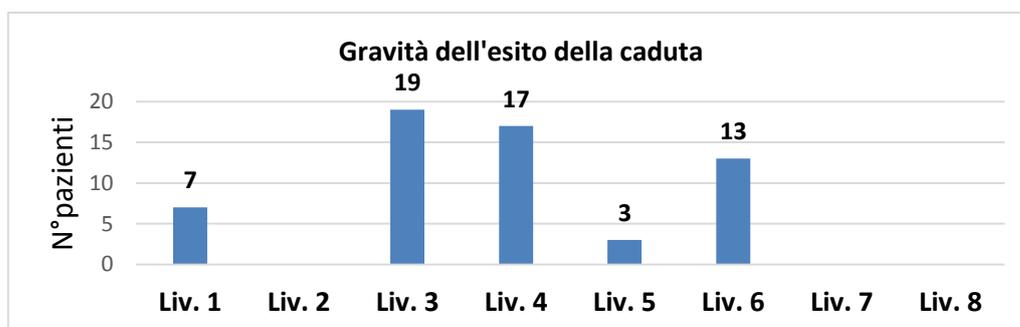


Grafico 3.1.5 Valutazione di gravità dell'esito di caduta.

3.2 Analisi della percezione del fenomeno caduta da parte degli infermieri

In questo paragrafo vengono esposti i risultati dei questionari somministrati agli infermieri delle varie unità operative, riguardanti la percezione che essi hanno del fenomeno-caduta del paziente. Il questionario è stato somministrato a un campione di 68 infermieri; i questionari restituiti alla fine dello studio e validi sono stati 56 e rappresentano circa l'82% del totale dei questionari consegnati.

Nella Sezione A, l'84% degli infermieri (n.47) è risultato essere di sesso femminile, il restante 16% (n.9), maschile (Grafico 3.2.1). L'età media dei partecipanti è di $41,5 \pm 9,6$ anni.

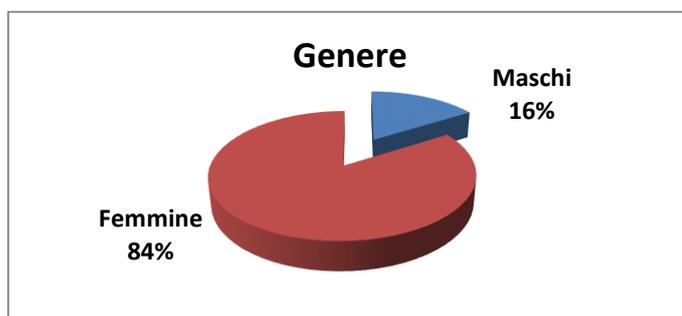


Grafico 3.2.1 Caratteristiche del campione.

Alla domanda n.1 si osserva l'unità operativa di riferimento dei partecipanti (Grafico 3.2.2). Il 21% (n.12) degli infermieri che ha partecipato allo studio ha dichiarato di appartenere alle Unità Operative di Ortopedia e di Chirurgia. Il 43% dei partecipanti afferisce ai reparti di Medicina Generale, ripartiti, al suo interno, in Medicina Femminile e Medicina Maschile. Il restante 15% degli infermieri appartiene invece all'UOSD di Cardiologia (n.8), risultata anche essere l'unità operativa che ha partecipato meno attivamente, in quanto i questionari sono stati compilati dal 66,7% degli infermieri di tale reparto.

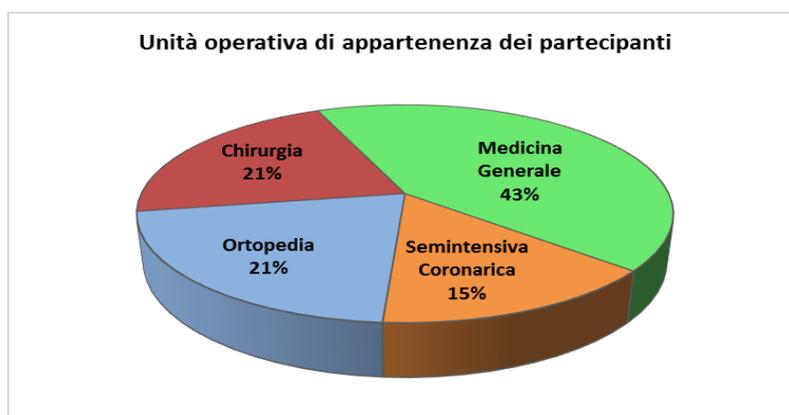


Grafico 3.2.2 Qual è la sua unità operativa in questo ospedale.

Alla domanda 2 (Da quanto tempo svolge la sua attuale professione?) è risultato che il 42% degli infermieri svolge la professione da 1 a 10 anni (24 infermieri), e il 58% da 11 a 21 anni o più (32 infermieri). La percentuale più numerosa risulta essere quella degli infermieri che svolgono la professione da 21 anni o più, rappresentando il 45 % del campione (n.25).

Alla domanda 3 (Da quanto tempo lavora in questo ospedale?) emerge che il 20% degli infermieri che hanno compilato il questionario (n.11 infermieri) lavora in quest'ospedale da meno di un anno; il 41% (n.23 infermieri) lavora da 1 a 10 anni – il 21% da 1 a 5 anni, e il 20% da 6 a 10 anni -; il 14% lavora all'interno dell'ospedale da 11 a 20 anni (n. 8 infermieri); infine il 25% (n.14 infermieri) lavora da 21 anni o più nell'ospedale.

Alla domanda 4 (Titolo di studio) è risultato che il 52% degli infermieri ha conseguito la Laurea in Infermieristica (n.35 infermieri); il 4% un Master (n.3 infermieri) -di cui uno è un Master di 2°livello in organizzazione aziendale- e un altro 4% un Master di I° livello (n.3 infermieri; Master Di Coordinamento delle Professioni Sanitarie); il 31 % (n.21 infermieri) ha frequentato la Scuola Regionale; infine il 7% (n.5) ha dichiarato di aver conseguito altri titoli di studio (laurea in scienze della formazione; abilitazione funzioni direttive; laurea specialistica in scienze infermieristiche/ostetriche;). Alcuni partecipanti hanno segnato più di un titolo di studio, la percentuale totale supera il 100%.

Nella Sezione B, all'affermazione 5 (Le cadute accidentali di un paziente costituiscono un problema sanitario importante.) la totalità degli infermieri è unanime nell'affermare che quello delle cadute accidentali è un problema importante, con un 45% ritenutosi "D'accordo" (n.25) e un 55% "Molto d'accordo" (n.31).

All'affermazione 6 (La prevenzione delle cadute rappresenta un aspetto importante del suo lavoro.) gli infermieri hanno espresso un parere concorde: un 59% si è ritenuto "Molto d'accordo" (n.33 infermieri) e un 38% "D'accordo" (n.21 infermieri). Solo due persone non sono invece d'accordo con quest'affermazione, ritenendo che in realtà quello delle cadute accidentali non sia un aspetto rilevante del proprio lavoro.

All'affermazione 7 (Tutti i pazienti sono valutati al momento del ricovero per determinare i fattori di rischio di cadute.) analizzando le risposte, si evince che per il 66% degli infermieri i pazienti sono valutati al momento del ricovero; ma il 34 % degli infermieri (n.19) non è d'accordo o è indeciso nell'affermare se i pazienti vengano o no valutati. (Grafico 3.2.3)

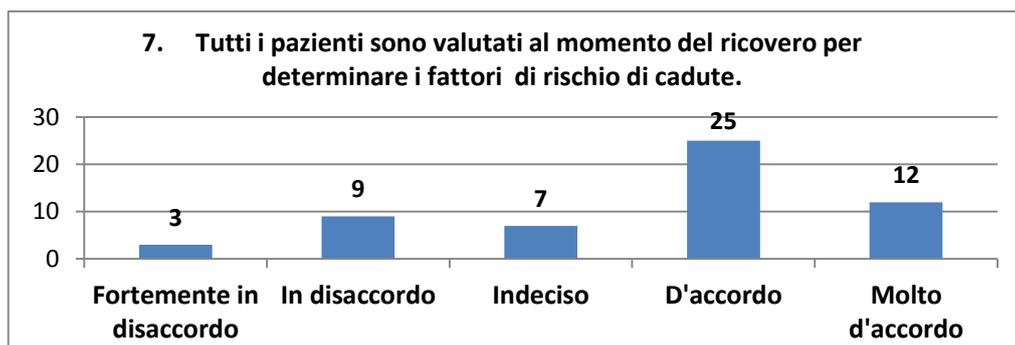


Grafico 3.2.3 Affermazione n.7.

All'affermazione 8 (Tutti i pazienti ad alto rischio di caduta sono riferiti al medico.) il 20% dei partecipanti (n.11 infermieri) si è dichiarato “in disaccordo” o “indeciso” nel sostenere questa affermazione; il restante 80% (n.45) però esprime di essere d'accordo nel comunicare anche al medico i pazienti che presentano un elevato rischio di caduta. Ciò va a concordare con quanto i partecipanti hanno in seguito dichiarato nell'affermazione n.10, nella quale la maggioranza di essi ha espresso il pensiero che la prevenzione delle cadute, per essere realmente efficiente, abbia bisogno di una valutazione multidisciplinare.

All'affermazione 9 (Tutti i pazienti sono riesaminati per determinare i fattori di rischio di caduta in caso di cambiamento delle loro condizioni di salute.) il 39% degli infermieri (n.22) dichiara di non essere d'accordo o di essere indeciso nei confronti dell'affermazione, lasciando intendere quindi che i pazienti non sono sempre rivalutati nel caso in cui, durante il loro percorso clinico, avvengano cambiamenti nella loro salute che inducano la comparsa di nuovi o ulteriori fattori di rischio favorevoli le cadute. Solo il 23% dichiara di essere “Molto d'accordo” nell'affermare invece che i pazienti vengono riesaminati, e il 38% si dichiara “D'accordo”. (Grafico 3.2.4)



Grafico 3.2.4 Affermazione n.9.

All'affermazione 10 (La prevenzione delle cadute necessita di valutazione e interventi multidisciplinari.) la quasi unanimità degli infermieri (91%) si pone a favore di interventi multidisciplinari al fine di prevenire le cadute, mentre solo il 9% non concorda con l'utilità di tali provvedimenti o esprime indecisione al riguardo.

All'affermazione 11 (E' importante l'aggiornamento alla prevenzione delle cadute e l'educazione alla stessa dei pazienti e dei familiari.) solo il 6% dei partecipanti (n.3) era indeciso al riguardo o non si è dichiarato d'accordo con l'affermazione, sancendo un generale consenso, indicato dal 94% dei partecipanti, a favore dell'educazione di pazienti e parenti sulla prevenzione alle cadute.

All'affermazione 12 (Lo strumento di valutazione del rischio di caduta, se presente, è facile da usare.) il 62% dei partecipanti si dichiara d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione, ma il 38% degli infermieri non ha una chiara opinione riguardo alla facilità dello strumento in uso o non concorda con l'affermazione (n.21).

All'affermazione 13 (I pazienti ad alto rischio di cadute vengono comunicati durante il momento del cambio turno.) la quasi totalità ancora una volta si trova d'accordo (l'82%), mentre troviamo solo un 6% in disaccordo (n.3) e un 12% indeciso (n.9).

All'affermazione 14 (Tutti i pazienti caduti in reparto vengono riesaminati per ulteriori fattori di rischio di caduta.) la maggioranza degli infermieri, ovvero il 75%, concorda nell'affermare che i pazienti, dopo una caduta, sono sottoposti ad ulteriori valutazioni per evitare che tale evento si verifichi nuovamente. Il 25% (n.14) ha espresso indecisione o non concorda con l'affermazione.

All'affermazione 15 (La gestione ospedaliera offre un ambiente di lavoro che promuove la prevenzione delle cadute.) i partecipanti vengono interrogati sulla responsabilità dell'Azienda ospedaliera riguardo alla prevenzione delle cadute. I pareri sono discordanti: mentre solo il 7% si esprime "Molto d'accordo" nell'affermare che l'ospedale promuova la sicurezza del paziente (n.4), il 36% si dichiara "D'accordo" (n.20), il 21% "In disaccordo" (n.12), e un 36% "Indeciso" (n.20).

All'affermazione 16 (Le azioni del programma ospedaliero dimostrano che la prevenzione delle cadute è una priorità assoluta.) si rileva, come nella domanda precedente, un'alta frequenza di persone indecise, pari al 45% (n. 25 infermieri); delle restanti, la maggioranza, cioè il 46%, si trova d'accordo (n.26), mentre solo il 9% non concorda (n.5).

All'affermazione 17 (La gestione ospedaliera si interessa alla prevenzione delle cadute solo dopo una lesione grave del paziente.) si ripresenta una situazione simile alle precedenti: ad un alto numero di indecisi (32%), si affianca una maggioranza di infermieri (44%) concordi con l'affermazione e che sembrano quasi percepire, quindi, il disinteresse dell'ospedale verso le cadute di entità più lieve. Solo il 23% dei partecipanti non concorda con l'affermazione. (Grafico 3.2.5)

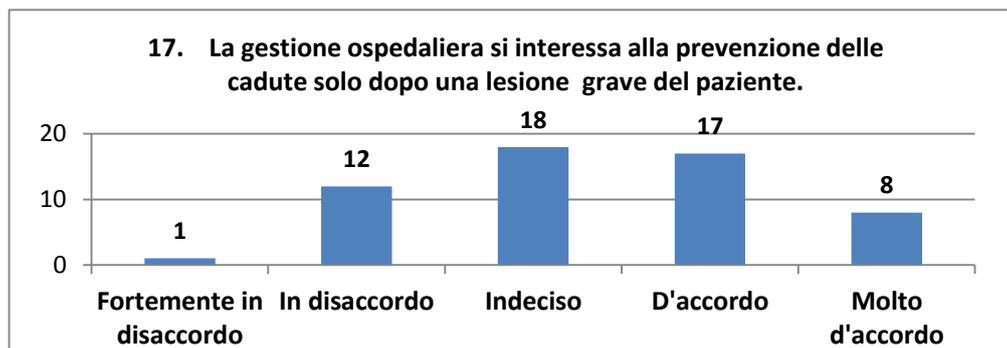


Grafico 3.2.5 Affermazione n.17.

Nella Sezione C, alla domanda 18 (Quanto spesso è segnalata la caduta di un paziente che non ha riportato lesioni evidenti, assistito dal personale al momento della caduta?) la maggioranza degli infermieri, pari al 70%, dichiara di segnalare sempre, o comunque nella maggior parte dei casi, le cadute a cui era presente il personale, nonostante queste non abbiano comportato gravi danni al paziente. Il 30% degli infermieri (n.18) afferma però di riportarle raramente o solo qualche volta (Grafico 3.2.6).

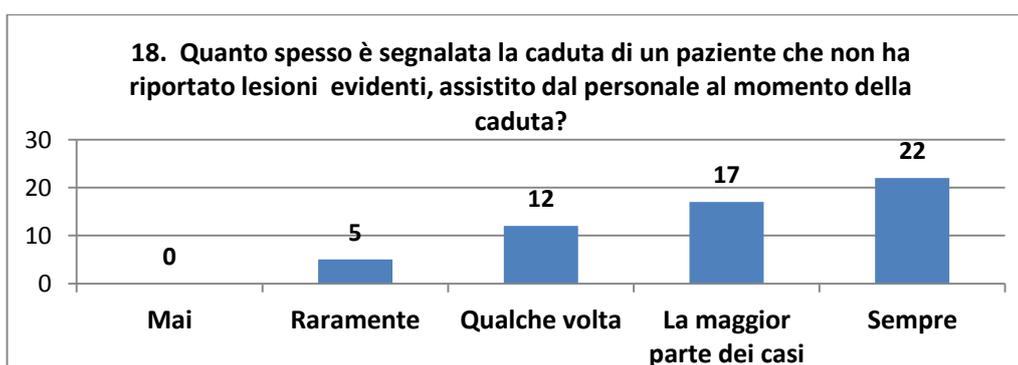


Grafico 3.2.6 Domanda n.18.

Alla domanda 19 (Quando un paziente riferisce una caduta, ma al momento della caduta non era presente il personale, quanto viene riportato questo?) le risposte degli infermieri suggeriscono che tali cadute vengono riportate nella maggior parte dei casi: infatti, il 48%

dei partecipanti (n.27) ha risposto di segnalare sempre questi episodi, il 32% nella maggior parte dei casi (n.18); il 20% però ha espresso di riportarle solo raramente o qualche volta se, al momento dell'evento, il personale non era presente (n.11).

Alla domanda 20 (I pazienti sono monitorati per identificare possibili lesioni dopo una caduta?) il 93% degli infermieri (n.52) afferma che i pazienti vengono monitorati a seguito di una caduta; il 5% dichiara che questo viene fatto solo qualche volta (n.3) e il 2% raramente.

La Sezione D, alla domanda 21 (Nella sua unità operativa di appartenenza si discutono metodi per prevenire che le cadute si ripetano?) il 68% degli infermieri (n.38) ha affermato di essere stato informato, nel proprio reparto, riguardo ai metodi volti a prevenire le cadute.

Alla domanda 22 (Viene dato feedback riguardo ai cambiamenti messi in atto sulla base di indagini delle cadute?) si dividono equamente i pareri dei partecipanti: il 52%, pari a 29 infermieri, dichiara di non ricevere feedback su eventuali cambiamenti a seguito di indagini sulle cadute; il restante 48% ha espresso un parere contrario. Durante l'analisi si è osservata questa divisione omogenea nelle risposte di tutti i reparti in cui ha preso luogo l'indagine (Grafico 3.2.7).

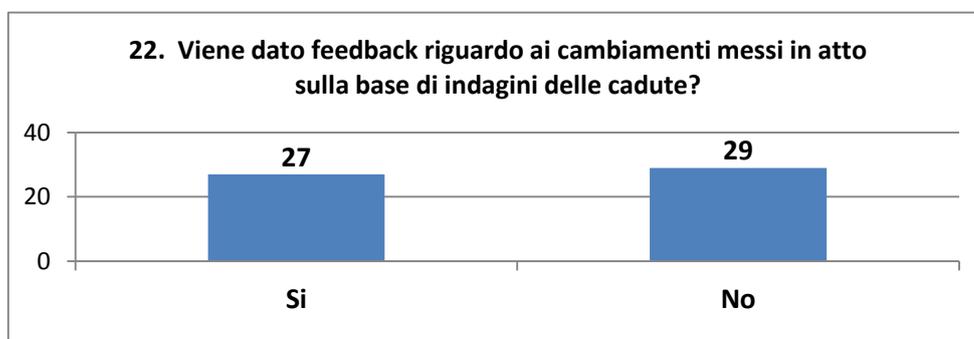


Grafico 3.2.7 Domanda n.22.

Alla domanda 23 (Nel corso della sua carriera professionale ha mai partecipato a seminari o corsi di aggiornamento riguardanti il tema delle cadute accidentali?) più della metà degli infermieri, ovvero il 64 %, afferma di aver partecipato a corsi formativi riguardo al tema in esame (n.36), a differenza del restante 36% (n.20) che non ha mai preso parte a tali attività.

CAPITOLO 4- DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'analisi dei dati ha permesso di osservare e descrivere le variabili che caratterizzano l'evento caduta presso l'Azienda ULSS 19 di Adria. Si sono controllati i report relativi alle cadute realizzati dall'Azienda negli anni precedenti, per cercare di ottenere una visione d'insieme delle cadute segnalate, notando come l'andamento sia variato nel tempo.

Nel 2010, le cadute registrate sono state 50; nel corso dell'anno era stato costruito e presentato agli infermieri dei reparti di degenza il protocollo aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute, in vista della visita di accreditamento tenutasi nell'Azienda alla conclusione dell'anno stesso. Nel 2011 si è registrata invece una diminuzione delle cadute comunicate, pari ad un totale di 34 schede pervenute alla direzione medica.

Nel 2012 si è assistito ad un nuovo aumento nella segnalazione, arrivando ad un totale di 64 cadute. Nel corso dell'anno, era stata revisionata la procedura di prevenzione e gestione delle cadute adottata precedentemente nel 2010, conformandola alla Raccomandazione Ministeriale n.13/2011 (relativa alla prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie); ha seguito la divulgazione della modalità di compilazione della nuova scheda di rilevazione delle cadute regionale adottata nell'Azienda ULSS 19 di Adria.

L'anno successivo si è osservata una nuova diminuzione nella segnalazione, pari ad un totale di 35 cadute nel 2013, ed infine, come riportato nell'analisi dei dati di questo studio, un andamento simile è stato registrato per le cadute analizzate e relative all'anno 2014 e al primo semestre del 2015.

Si sono esaminati quali sono stati gli eventi avversi segnalati nel periodo osservato: le cadute hanno rappresentato il 69% delle segnalazioni complessive. Durante il periodo considerato per lo studio, corrispondente all'anno 2014 e al primo semestre del 2015, sono caduti 59 pazienti totali; la maggioranza di essi è di genere maschile (53%).

Dall'analisi delle schede di rilevazione delle cadute si è notata coerenza con quanto viene riportato in letteratura, soprattutto riguardo all'età del campione, alla dinamica, alle modalità di caduta più frequentemente riportate.

L'età media del campione totale è di $74 \pm 15,4$ anni, e il 74% dei pazienti caduti supera i 65 anni. All'analisi, rispetto alla frequenza delle cadute, è risultata statisticamente significativa l'età superiore ai 65 anni (verificata tramite programma Excel e Test T per $p < 0,05$).

Analizzando le schede si è osservato che la quasi totalità dei pazienti è caduta in regime assistenziale di ricovero ordinario, e solo un paziente è caduto in regime ambulatoriale; alla

voce “altro” sono state riportate le segnalazioni afferenti agli OBI del PS, che segnalavano eventi potenziali, i cosiddetti “near misses”. Sono state rilevate solo 4 schede, sul totale di 59 segnalazioni, riportanti eventi mancati.

I dati evidenziano che la frequenza totale delle cadute nel periodo complessivo osservato, in base alle dimissioni, è pari allo 0,8% di tutti i ricoveri. La maggior parte delle cadute segnalate si sono verificate nei reparti di Medicina Generale (37%), seguiti dal reparto chirurgico (19%).

I luoghi di accadimento delle cadute più frequentemente rilevati, durante il periodo considerato, sono stati la camera, il bagno e il corridoio. Il 31% del campione totale è caduto dal letto con spondine, il 36% dalla posizione eretta.

Quello che più si è notato nell’osservazione dei dati raccolti è la mancanza della compilazione dell’item relativo alla presenza del rischio di caduta, identificato in reparto con scala di valutazione. Nel 54% delle schede di segnalazione totali non è stato indicato se i soggetti fossero stati valutati tramite apposita scala di valutazione e ritenuti, o meno, a rischio. La segnalazione della presenza del rischio di caduta non risulta quindi sempre espressa.

La maggior parte delle cadute è stata valutata con una gravità dell’esito di livello 3 o 4, segnalando quindi eventi ormai conclusi che non hanno però comportato lesioni, o solo danni minori che hanno necessitato unicamente di ulteriori osservazioni. Si nota una percentuale del 22% (n.13 cadute) i cui esiti sono stati valutati di livello 6: il danno è moderato o significativo, ha necessitato di monitoraggi/osservazioni extra, e di indagini diagnostiche.

Dai risultati ottenuti dall’analisi dei questionari, emerge che percepire la caduta come un problema non è poi determinante ai fini della prevenzione. Infatti, la totalità dei partecipanti ritiene che le cadute siano un problema, ma la valutazione del paziente al momento del ricovero non viene applicata nella pratica quotidiana secondo il 34% degli infermieri.

Inoltre il 39% degli infermieri dichiara di non essere d’accordo o di essere indeciso nell’affermare se i pazienti vengano riesaminati in caso di cambiamento delle loro condizioni di salute, lasciando intendere quindi, che i pazienti non sono sempre rivalutati nel caso in cui, durante il loro percorso clinico, avvengano cambiamenti nella loro salute che inducano la comparsa di nuovi o ulteriori fattori di rischio favorenti le cadute. Si rilevano disaccordo o indecisione relativi al monitoraggio del rischio soprattutto in area medica. Si presuppone

che in area chirurgica le rivalutazioni siano collegate all'intervento chirurgico e più frequenti, e che nell'area medica siano distanziate nel tempo, o post-caduta. Il 38% degli infermieri non ha una chiara opinione riguardo alla facilità dello strumento in uso o non concorda che esso sia di facile utilizzo. In questo caso, lo strumento di riferimento nell'azienda è la scala di Conley. Durante l'elaborazione dei dati è stata notata l'eterogeneità nelle risposte tra gli infermieri di area medica e chirurgica: il dissenso, infatti, è principalmente riconducibile ai reparti di Chirurgia, dove non sono dotati di tale strumento, e Ortopedia, dove non viene ritenuto adeguato.

La maggior parte degli infermieri ha poi concordato nell'affermare l'attuazione della segnalazione al medico dei pazienti a rischio di caduta; ciò si rispecchia con la convinzione, espressa dai partecipanti nella successiva affermazione, che la prevenzione delle cadute per essere realmente efficiente abbia bisogno di una valutazione multidisciplinare.

È stata esplorata la percezione dei partecipanti sulla responsabilità dell'Azienda ospedaliera nei confronti della prevenzione delle cadute: la maggioranza di essi percepisce disimpegno nella creazione di un ambiente di lavoro che promuova la prevenzione, e non ritiene che questa sia una delle priorità fondamentali del programma ospedaliero. Nonostante quasi il 60% dei partecipanti dichiarò di essere stato informato, nel proprio reparto, sulle strategie volte a prevenire le cadute, il 52% dichiarò di non ricevere feedback sulla frequenza delle cadute e le indagini svolte dall'azienda. La mancanza di feedback sui tassi di caduta e i cambiamenti apportati dall'azienda in seguito alle indagini, legata alla percezione dei partecipanti che l'azienda si interessi alla prevenzione delle cadute solo in seguito a lesioni gravi, può creare demotivazione negli infermieri a segnalare.

Infatti, ciò che affiora dai dati è quanto dichiarato da il 30% dei partecipanti, che ha affermato di segnalare raramente o solo qualche volta le cadute di pazienti che non hanno riportato lesioni evidenti. Il 20% di essi ha dichiarato di segnalare con la medesima frequenza le cadute riferite, ma alle quali non era presente il personale. Si può supporre che questa demotivazione nella segnalazione possa essere ricondotta alla paura dei partecipanti di ritorsioni legate alle proprie responsabilità nei confronti della caduta, o all'apparente disinteresse dell'azienda, nei confronti del problema, percepito dagli infermieri.

CAPITOLO 5- CONCLUSIONI

Nonostante i numerosi studi presenti in letteratura, quello delle cadute rimane un problema nelle strutture sanitarie.

Se si confronta il numero delle cadute totali dell'Azienda ULSS 19 di Adria con il numero dei ricoveri effettuati nelle unità operative oggetto dell'analisi, emerge una percentuale relativamente bassa, pari allo 0,8%. Lo stesso accade se il confronto avviene tra i ricoveri e le cadute di ogni singola unità operativa. Ciò si è dimostrato comunque essere affine ai risultati ottenuti dalle indagini di altre aziende sanitarie italiane, nei quali è stata rilevata una frequenza delle cadute compresa fra lo 0,8-1,2%. Il fenomeno, seppur contenuto nelle sue dimensioni, è presente all'interno dell'ospedale, risultando l'evento avverso maggiormente segnalato, pari al 69% delle segnalazioni totali pervenute alla Direzione Medica nel periodo di osservazione. Questi dati devono aprire la strada ad ulteriori e approfondite riflessioni. Infatti, essendo la caduta un evento avverso, le considerazioni non devono essere sul numero, bensì in ordine al fatto che si verifica, e perché.

Analizzando i report relativi alle segnalazioni degli anni precedenti al periodo indagato per lo studio, dopo il 2012, (anno della revisione del protocollo della prevenzione e gestione delle cadute, e della divulgazione della modalità di compilazione della nuova scheda di rilevazione), il numero delle cadute segnalate è diminuito. Poiché per esprimere valutazioni e formulare ipotesi sarebbero necessari altri parametri, in futuro si potrà valutare se tale riduzione è legata ad una reale coscienza del problema da parte degli operatori (che li ha portati a porre maggiore attenzione alla prevenzione e alla valutazione del rischio di caduta), o se invece essi ritengono di estendere la segnalazione solo ai casi in cui il paziente riporta o potrebbe riportare conseguenze più o meno importanti ed evidenti. Quando non vi è coscienza del problema e cultura relativa al fenomeno, non vi è la necessità di valutarlo e segnalarlo. La sua valutazione o segnalazione deve essere guidata da un senso di necessità da parte degli infermieri, che vivono il problema e rivendicano quindi i bisogni di sicurezza dell'assistito, e non da un senso di obbligatorietà.

Gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nel garantire la sicurezza dei pazienti e prevenirne le cadute, devono per questo prendere in considerazione il rischio di cadute come un punto cardine dell'assistenza infermieristica e attuare e valutare i risultati degli interventi per la prevenzione. L'ambito professionale di intervento relativo a questa problematica è assai ampio ma, spesso, all'interno dell'équipe multi professionale, la figura dell'infermiere

diviene, per competenza e professionalità, il professionista cui affidare il coordinamento e la responsabilità delle misure di sorveglianza e prevenzione del fenomeno che devono essere messe in atto. All'infermiere compete la valutazione del rischio di caduta dei pazienti al momento del ricovero, e il supporto e l'educazione necessari all'assistito e ai suoi familiari per l'eventuale adozione di sistemi di protezione individuale e per la pianificazione degli interventi di prevenzione delle cadute e delle loro conseguenze. Dalla letteratura si possono ricavare alcune raccomandazioni, le quali costituiscono un sicuro quadro di riferimento in merito alle priorità di cui tener conto nel momento in cui si pianifica l'assistenza per il paziente a rischio di caduta. Quest'ultima interessa la mobilità, la sicurezza, l'aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane, il rischio di traumi o di sindrome post-traumatica, la verifica della corretta assunzione della terapia farmacologica, le variazioni nelle relazioni interpersonali, il rischio di solitudine, il controllo dell'immagine di sé e dell'autostima.

Un fattore limitante la prevenzione delle cadute del paziente è rappresentato dalla consapevolezza che il problema non è completamente eliminabile, che non è possibile garantire una stretta e continua sorveglianza da parte del personale di assistenza e che molto dipende dalla collaborazione dei familiari. L'infermiere ha un ruolo importante nell'identificare le persone ad alto rischio, conoscere i fattori di rischio contribuenti, implementare pratiche di sicurezza, così come ha la responsabilità di istruire i pazienti, gli operatori sanitari e i colleghi al fine di ridurre il verificarsi delle cadute. Anche gli infermieri possono fare la differenza nel promuovere la consapevolezza, affinché colleghi e pazienti possano adottare le scelte più sicure possibili per prevenire le cadute.

Dal presente studio emerge l'inadeguatezza di feedback sui tassi di caduta e sulle indagini svolte dall'azienda, e si può pensare che questo influisca sulla mancata valutazione al momento del ricovero o nel caso in cui vi siano cambiamenti rilevanti di salute, oltre all'insufficiente segnalazione delle cadute senza danno. Nonostante le opinioni relative alla facilità o meno d'utilizzo dello strumento di valutazione del rischio, non valutare tutti i degenti in ingresso vuol dire non fare un'attenta lettura dei bisogni assistenziali per una parte importante dei pazienti a rischio. Le scale di rilevazione dei rischi sono strumenti utili, tuttavia non sono in grado di sostituire un accertamento sistematico del rischio di caduta.

Lo strumento focalizza l'attenzione degli infermieri sul problema ma può rischiare di diventare fine a sé stesso, mancando così di utilità.

Alle unità operative sembra non rimangano e/o non ritornino i dati globali relativi alle cadute verificatesi in un arco temporale definito. Questo è per molti aspetti limitante se si tiene conto che l'analisi dei dati ha senso e produce cambiamento se è contestualizzata e, cioè, se avviene laddove i dati vengono prodotti e coinvolge tutti gli operatori interessati.

L'azienda deve creare la cultura e sensibilità del fenomeno negli infermieri, assicurando la restituzione dei dati ai diversi professionisti, per consentire loro di valutarli e dar luogo, ove e quando necessario, a cambiamenti finalizzati al miglioramento.

Il coinvolgimento del personale, attraverso incontri periodici, nella discussione dei tassi di caduta e dei cambiamenti posti nel programma di prevenzione, potrebbe creare un sostegno per la prevenzione o, almeno, per la riduzione delle cadute. Creare un sistema, quindi, che faciliti e non ostacoli i flussi informativi. I dati trattati in modo "asettico e burocratico" non generano cambiamenti ma solamente demotivazione.

Il feedback sui tassi di caduta e le indagini svolte dall'azienda dovrebbe essere una leva motivazionale per segnalare le cadute, soprattutto quelle senza danno e i "near misses" (quasi eventi). Quest'ultimi sono raramente documentati, ma si verificano più frequentemente degli eventi avversi e forniscono preziosi insegnamenti, ad esempio sui meccanismi di recupero, senza le conseguenze negative di un evento avverso. Ciò significa avere un'opportunità in meno di analisi, valutazione, cambiamento e miglioramento della qualità dell'assistenza erogata. Dovrebbe quindi essere stimolata, inoltre, una corretta e completa compilazione della scheda di segnalazione delle cadute, strumento di analisi per un possibile cambiamento. Come Operatori Sanitari dobbiamo acquisire la consapevolezza che in ospedale la classificazione "cadute prevedibili" è la più frequente, essendo motivata dalle fragilità insite nelle persone assistite. Fragilità che nel contesto di degenza vengono potenziate diventando diffusissimi fattori di rischio.

La valutazione dell'opinione degli operatori deve accompagnare l'analisi quantitativa dei dati e delle schede di segnalazione, affinché le aziende e le strutture sanitarie possano costruire la consapevolezza e la cultura del fenomeno nel personale infermieristico, che lavora in prima linea per garantire l'assistenza e la sicurezza dei propri pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Raccomandazione n. 13 (Novembre 2011). Roma. 2014; Available at: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=1639. Accessed 20/08/2015, 2015.
- (2) Bennett PN, Ockerby C, Stinson J, Willcocks K, Chalmers C. Measuring hospital falls prevention safety climate. *Contemporary nurse* 2014;47(1-2):27-35.
- (3) Choi Y, Lawler E, Boenecke CA, Ponatoski ER, Zimring CM. Developing a multi-systemic fall prevention model, incorporating the physical environment, the care process and technology: a systematic review. *J Adv Nurs* 2011;67(12):2501-2524.
- (4) JCAHO. International Patient Safety Goals. 2007; Available at: <http://it.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. Accessed 07/20/2015, 2015.
- (5) Hart J, Chen J, Rashidee A, Kumar S. Epidemiology and Impact of Patient falls in Healthcare facilities. *Patient Safety* 2009.
- (6) Poe SS, Cvach MM, Gartrell DG, Radzik BR, Joy TL. An Evidence-based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention, and Management: Lessons Learned. *J Nurs Care Qual* 2005;20(2):107-116.
- (7) Dykes PC, Carroll DL, Hurley AC, Benoit A, Middleton B. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? *J Nurs Adm* 2009 Jun;39(6):299-304.
- (8) DiBardino D, Cohen ER, Didwania A. Meta-analysis: multidisciplinary fall prevention strategies in the acute care inpatient population. *J Hosp Med* 2012 Jul-Aug;7(6):497-503.
- (9) Cumbler EU, Simpson JR, Rosenthal LD, Likosky DJ. Inpatient Falls: Defining the Problem and Identifying Possible Solutions. Part II: Application of Quality Improvement Principles to Hospital Falls. *Neurohospitalist* 2013 Oct;3(4):203-208.
- (10) Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Ngugi KE, Dunagan WC, Fischer I, et al. A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *J Gen Intern Med* 2005 Feb;20(2):116-122.
- (11) World Health Organization. Ageing, Life Course Unit. WHO global report on falls prevention in older age. : World Health Organization; 2008.
- (12) Salvioli G. Fratture del femore ed anziani: un problema crescente. *G Gerontol* 2004;52:113.
- (13) Vanzetta M, Vallicella F. Qualità dell'assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale. *Management Infermieristico* 2001;2:32.

- (14) Bertani G, Macchi L, Carreri V, Cerlesi S, editors. Un benchmarking regionale: indicatori di risk management nelle Aziende Ospedaliere Lombarde. Atti del IV Convegno nazionale di Organizzazione, Igiene e Tecnica Ospedaliera; 6-7 aprile 2006; ; 2006.
- (15) Chiari P, Mosci D, Fontana S, Orsola-Malpighi BS. Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza infermieristica e Ricerca 2002;21(3):117-124.
- (16) Gonnella S, Basso AM, Scaffidi MC. Quanto, come e perché si cade in ospedale? Indagine in un'ASL piemontese. Prof Inferm 2014;67(1).
- (17) Oliver D, Healey F. Falls risk prediction tools for hospital inpatients: do they work. Nurs Times 2009;105(7):18-21.
- (18) 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 Dec;17(6):424-430.
- (19) Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing 2004 Mar;33(2):122-130.
- (20) Hendrich A. Inpatient falls: lessons from the field. Patient safety and quality healthcare 2006;3(3):26-30.
- (21) Jackson L, Gleason J. Patient safety special. Proactive management breaks the fall cycle. Nurs Manage 2004 06;35(6):37-38.
- (22) Williams TA, King G, Hill A, Rajagopal M, Barnes T, Basu A, et al. Evaluation of a falls prevention programme in an acute tertiary care hospital. J Clin Nurs 2007 02;16(2):316-324.
- (23) Haggqvist B, Stenvall M, Fjellman-Wiklund A, Westerberg K, Lundin-Olsson L. "The balancing act"--licensed practical nurse experiences of falls and fall prevention: a qualitative study. BMC Geriatr 2012 Oct 15;12:62-2318-12-62.
- (24) Cumbler EU, Simpson JR, Rosenthal LD, Likosky DJ. Inpatient falls: defining the problem and identifying possible solutions. Part I: an evidence-based review. Neurohospitalist 2013 Jul;3(3):135-143.
- (25) Robey-Williams C, Rush KL, Bendyk H, Patton LM, Chamberlain D, Sparks T. Spartanburg Fall Risk Assessment Tool: A simple three-step process. Applied Nursing Research 2007 5;20(2):86-93.
- (26) Suprani, R., Taglioni, M. Scheda Mosaico: definizione e sperimentazione di uno strumento per valutare il rischio di caduta e per pianificare l'assistenza durante la degenza Ospedaliera. Prof Inferm 2014;67(2).

- (27) Oliver D. Falls risk-prediction tools for hospital inpatients. Time to put them to bed? *Age Ageing* 2008 May;37(3):248-250.
- (28) Vassallo M, Vignaraja R, Sharma JC, Hallam H, Binns K, Briggs R, et al. The effect of changing practice on fall prevention in a rehabilitative hospital: the Hospital Injury Prevention Study. *J Am Geriatr Soc* 2004 03;52(3):335-339.
- (29) Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1(1).
- (30) Fonda D, Cook J, Sandler V, Bailey M. Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *Med J Aust* 2006;184(8):379.
- (31) Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004 BMJ Publishing Group Ltd;328(7441):680.
- (32) Schwendimann R, Buhler H, De Geest S, Milisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Serv Res* 2006 Jun 7;6:69.
- (33) Dykes PC, Carroll D, McColgan K, Hurley AC, Lipsitz SR, Colombo L, et al. Scales for assessing self-efficacy of nurses and assistants for preventing falls. *J Adv Nurs* 2011 Feb;67(2):438-449.
- (34) Vaccari É, Lenardt MH, Willig MH, Bettioli SE, de Oliveira ES. Safety of the hospital environment in terms of preventing falls on the part of the elderly: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 2014;13(3):271-281.
- (35) Vasanthee Haripersad. Factors preventing the successful implementation of a Fall Prevention Program (FPP) in an acute care hospital setting in Abu Dhabi, United Arab Emirates. [http://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/1039/browse?value: Stellenbosch: University of Stellenbosch; 2011](http://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/1039/browse?value:Stellenbosch:University%20of%20Stellenbosch;2011).
- (36) IPASVI. Il codice deontologico dell'infermiere. 2009; Available at: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>. Accessed 12/08/2015.
- (37) Shorr RI, Guillen MK, Rosenblatt LC, Walker K, Caudle CE, Kritchevsky SB. Restraint Use, Restraint Orders, and the Risk of Falls in Hospitalized Patients. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(3):526-529.
- (38) Currie L. Chapter 10: Fall and Injury Prevention. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2653> 2008.

- (39) Tan K, Austin B, Shaughnessy M, Higgins C, McDonald M, Mulkerrin E, et al. Falls in an acute hospital and their relationship to restraint use. *Ir J Med Sci* 2005;174(3):28-31.
- (40) Hanger HC, Ball MC, Wood LA. An Analysis of Falls in the Hospital: Can We Do Without Bedrails? *J Am Geriatr Soc* 1999;47(5):529-531.
- (41) Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly JB. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age Ageing* 2008 Jul;37(4):368-378.
- (42) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *N Engl J Med* 1991 02/07; 2015/08;324(6):370-376.
- (43) Cho S, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith DG. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nurs Res* 2003;52(2):71-79.
- (44) Tartaglia R, Albolino S, Bellandi T, Bianchini E, Biggeri A, Fabbro G, et al. Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani. *Epidemiol Prev* 2012;36(3-4):151-161.
- (45) Ministero della salute. 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012). Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella. Aprile 2015. Roma. 2015; Available at: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2034. Accessed 12/08/2015, 2015.
- (46) Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 2006 Feb;15(1):39-43.
- (47) Mills PD, Neily J, Luan D, Stalhandske E, Weeks W. Using aggregate root cause analysis to reduce falls and related injuries. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2005;31(1):21-31.
- (48) Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust* 2004 Jul 5;181(1):36-39.
- (49) Moutzoglou A. Factors impeding nurses from reporting adverse events. *J NURS MANAGE* 2010 07;18(5):542-547.
- (50) Shorr RI, Mion LC, Chandler AM, Rosenblatt LC, Lynch D, Kessler LA. Improving the capture of fall events in hospitals: combining a service for evaluating inpatient falls with an incident report system. *J Am Geriatr Soc* 2008 Apr;56(4):701-704.
- (51) Sherrod MM, Good JA. Crack the code of patient falls. *Nurs Manage* 2006 08;37(8):25.
- (52) Rush KL, Robey-Williams C, Patton LM, Chamberlain D, Bendyk H, Sparks T. Patient falls: acute care nurses' experiences. *J Clin Nurs* 2009;18(3):357-365.

(53) Dempsey J. Nurses values, attitudes and behaviour related to falls prevention. *J Clin Nurs* 2009;18(6):838-848.

(54) Hendrich A. How to try this: predicting patient falls. Using the Hendrich II Fall Risk Model in clinical practice. *Am J Nurs* 2007 Nov;107(11):50-8; quiz 58-9.

(55) Stenberg M, Wann-Hansson C. Health care professionals' attitudes and compliance to clinical practice guidelines to prevent falls and fall injuries. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2011;8(2):87-95.

ALLEGATI

- 1.** Scheda di rilevazione delle cadute
- 2.** Questionario rivolto al personale infermieristico

ALLEGATO 1: Scheda di rilevazione delle cadute



Regione Veneto

Azienda U.L.S.S. n. 19

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLE CADUTE 1^ SEZIONE ANALISI DELL'EVENTO

REGIME ASSISTENZIALE: Pz. Ricoverato <input type="checkbox"/> Pz. Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Altro _____	
Data dell'evento _____ Ora _____	
Soggetto a rischio con scala di valutazione <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (data ultima rilevazione) _____	
STRUTTURA _____ UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO _____	
<input type="checkbox"/> PAZIENTE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> VISITATORE <input type="checkbox"/> F	
DATI ANAGRAFICI DATA DI _____	

RICOSTRUZIONE DELL'EVENTO	PERSONE PRESENTI	Nessuno <input type="checkbox"/> Personale Sanitario <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Assistenza privata <input type="checkbox"/> Altri pazienti <input type="checkbox"/> Altro _____			
	LUOGO	Camera <input type="checkbox"/> Corridoio <input type="checkbox"/> Bagno <input type="checkbox"/> Scale <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Esterni <input type="checkbox"/> Sala d'attesa <input type="checkbox"/> Sala Operatoria <input type="checkbox"/> Altro _____			
	MODALITA' CADUTA	Dal letto <input type="checkbox"/> Dal letto con sponde <input type="checkbox"/> Dalla sedia a rotelle <input type="checkbox"/> Dalla sedia <input type="checkbox"/> Dalla barella <input type="checkbox"/> Dalla posizione eretta <input type="checkbox"/> Non rilevato <input type="checkbox"/>			
	DINAMICA DELL'EVENTO	Non rilevato <input type="checkbox"/> Camminava per andare in bagno <input type="checkbox"/> Effettuava l'igiene personale <input type="checkbox"/> Durante movimentazione assistita <input type="checkbox"/> Aspettava in sedia a rotelle <input type="checkbox"/> Aspettava in barella <input type="checkbox"/> Camminava in corridoio <input type="checkbox"/> Scendeva dal letto <input type="checkbox"/> Trasferimento autonomo letto/barella/carrozzina/sedia <input type="checkbox"/>			
	MECCANISMO DELLA CADUTA	Perdita di forza <input type="checkbox"/> Perdita di equilibrio/capogiro <input type="checkbox"/> Perdita di coscienza <input type="checkbox"/> Scivolato con pavimento asciutto <input type="checkbox"/> Scivolato su pavimento bagnato <input type="checkbox"/> Inciampato <input type="checkbox"/> Non rilevabile <input type="checkbox"/>			
IL PAZIENTE E' IN GRADO DI FORNIRE INFORMAZIONI SULLA DINAMICA DELLA CADUTA?					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO (non ricorda) <input type="checkbox"/>					

FATTORI CONTRIBUTENTI	FATTORI INTRINSECI		FATTORI ESTRINSECI		
	PRECEDENTI CADUTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CALZATURE	Non idonee <input type="checkbox"/> paziente scalzo <input type="checkbox"/> Ciabatte aperte <input type="checkbox"/>	
	PATOLOGIE E DISABILITA'	Deterioramento stato mentale <input type="checkbox"/>		Non conformità ambientali	
		Problemi muscolo scheletrici (osteoporosi, atrofia muscolare) <input type="checkbox"/>		Struttura del bagno <input type="checkbox"/> Condizioni del pavimento <input type="checkbox"/> Illuminazione insufficiente <input type="checkbox"/>	
		Sdr ipocinetica <input type="checkbox"/> Deambulazione instabile <input type="checkbox"/>		Non conformità/scorretto utilizzo degli ausili	
		Incontinenza <input type="checkbox"/> Denutrizione /disidratazione <input type="checkbox"/>		Deambulatore <input type="checkbox"/> Letto <input type="checkbox"/> tripode <input type="checkbox"/> Barella <input type="checkbox"/>	
		Febbre <input type="checkbox"/> Ipotensione ortostatica <input type="checkbox"/>		Sedia a rotelle <input type="checkbox"/> Sponde del letto <input type="checkbox"/> Altri mezzi <input type="checkbox"/>	
Post-operatorio <input type="checkbox"/> M. del sangue (anemia, ect.) <input type="checkbox"/>		Altro _____			
Patologie del piede <input type="checkbox"/> Stato confusionale <input type="checkbox"/>		Terapie farmacologiche			
Deficit della vista/udito/vertigini <input type="checkbox"/>		Ipotensivi <input type="checkbox"/> sedativi SNC <input type="checkbox"/> Lassativi <input type="checkbox"/>			
Disorientamento <input type="checkbox"/> Altro _____		Ipoglicemizzanti <input type="checkbox"/> Politerapia (n. 4 o più farmaci) <input type="checkbox"/> Altro _____			

VALUTAZIONE DI GRAVITA' DELL'ESITO DELLA CADUTA (barrare una sola scelta)		
EVENTO POTENZIALE	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato	Livello 2 <input type="checkbox"/>
EVENTO EFFETTIVO	NESSUN ESITO _ evento in fase conclusiva/nessun danno occorso	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MINORE _ osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico, nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO _ osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico, indagini diagnostiche minori trattamenti (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO _ osservazioni o monitoraggi extra, ulteriore visita del medico, indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO _ ammissione in ospedale o prolungamento della degenza, condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	ESITO SEVERO _ disabilità permanente, contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>

FIRMA OPERATORE _____	DATA SEGNALAZIONE _____
-----------------------	-------------------------

(allegare alla documentazione clinica/copia alla Direzione Medica)

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLE CADUTE - 2^a - SEZIONE - ACCERTAMENTI SANITARI

REGIME ASSISTENZIALE: Pz. Ricoverato <input type="checkbox"/>		Pz. Ambulatoriale <input type="checkbox"/>	
Altro _____			
Data dell'evento _____		Ora _____	Orario non precisabile _____
Soggetto a rischio con scala di valutazione <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (data ultima rilevazione) _____			
STRUTTURA _____		UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO _____	
<input type="checkbox"/> PAZIENTE	<input type="checkbox"/> M		
<input type="checkbox"/> VISITATORE	<input type="checkbox"/> F	DATI ANAGRAFICI _____	DATA DI NASCITA _____
PRIMO ACCERTAMENTO DOPO LA CADUTA			
Capacità di alzarsi autonomamente dopo la caduta:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stato di coscienza (al momento del ritrovamento):		vigile <input type="checkbox"/>	soporoso <input type="checkbox"/> inconsciente <input type="checkbox"/>
PA	Fc.....	TC.....	Glicemia mg/dl perdite sfinteriali <input type="checkbox"/>
Caduta senza danno <input type="checkbox"/>		Caduta con danno <input type="checkbox"/>	
Richiesto accertamento medico: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Firma dell Operatore _____		DATA _____	
ACCERTAMENTO MEDICO			
Capacità di alzarsi autonomamente dopo la caduta:		SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Stato di coscienza : vigile <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> inconsciente <input type="checkbox"/>			
Lesioni riportate: ematoma <input type="checkbox"/> ecchimosi <input type="checkbox"/> scoriazioni <input type="checkbox"/> ferita <input type="checkbox"/>			
trauma cranico <input type="checkbox"/> frattura <input type="checkbox"/> altro _____			
Sede della lesione _____			
Indagini richieste: es. ematochimici <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> Consulenze <input type="checkbox"/> Altro _____			
Trattamenti terapeutici: nessuno <input type="checkbox"/> sutura <input type="checkbox"/> medicazione <input type="checkbox"/> terapia farmacologica <input type="checkbox"/> intervento chirurgico <input type="checkbox"/>			
Diagnosi _____		Prognosi gg _____	
ESITO	Necessario follow-up ricovero/trasferimento in _____		
	Altro _____		
Risponsabilità di terzi		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Firma del Medico		Data	
segnalazione			
(allegare alla documentazione clinica – copia alla Direzione Medica)			



Regione Veneto

Azienda U.L.S.S. n. 19

CHECK LIST Sicurezza ambiente e presidi

Struttura Sanitaria _____

Unità Operativa/Servizio _____ data della valutazione _____
 Valutatori/e _____

STRUTTURA	PAVIAMENTI	<input type="checkbox"/> Scivolosi Dislivelli o buchi Presenza cartello di pericolo durante lavaggio
	CORRIDOI	Corrimano Presenza di materiale o mobilio ingombrante
	SCALE	<input type="checkbox"/> Corrimano su almeno un lato Gradini dotati di antiscivolo
	BAGNI	Dimensione minima rispettata Apertura porta verso l'esterno <input type="checkbox"/> Accessibile con carrozzina <input type="checkbox"/> Maniglie doccia/vasca <input type="checkbox"/> Doccia <input type="checkbox"/> Vasca <input type="checkbox"/> Tappeto antiscivolo Campanelli chiamata raggiungibili dalla doccia/vasca
AUSILI	DEAMBULATORI	<input type="checkbox"/> Maniglie deteriorate Instabili
	BARELLE	<input type="checkbox"/> Sponde adattabili in altezza Sponde bloccabili all'altezza desiderata <input type="checkbox"/> Ruote efficienti Freni efficienti
	SEDIE A ROTELLE	<input type="checkbox"/> Freni efficienti Braccioli rimovibili <input type="checkbox"/> Poggiatesta funzionanti Ruote efficienti
	AUSILI PER MOVIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> Disponibili in reparto Numero sufficienti Presenza magazzino/ripostiglio dedicato
	ASTE PORTAFLEBO	Integrate nel letto Regolabili in altezza <input type="checkbox"/> Base a 5 piedi
ILLUMINAZIONE	INTERRUTORI	<input type="checkbox"/> Interruttori accessibili Luci personali sul testa letto <input type="checkbox"/> Interruttori visibili al buio <input type="checkbox"/> Luci notturne percorso camera-letto <input type="checkbox"/> Illuminazione notturna Illuminazione diurna
MOBILIO	LETTI	Adattabilità in altezza <input type="checkbox"/> Spazio tra le sbarre <input type="checkbox"/> Sponde completamente abbassabili <input type="checkbox"/> Sponde rimovibili <input type="checkbox"/> Sponde <input type="checkbox"/> Freni efficienti <input type="checkbox"/> Campanelli chiamata raggiungibili Ruote efficienti
	COMODINO	<input type="checkbox"/> Piano di appoggio regolabile in altezza Tavolo servitore Piano di appoggio girevole

ALLEGATO 2: Questionario rivolto al personale infermieristico

Scheda di presentazione del questionario

Sono una studentessa del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Padova (sede di Rovigo) e sto conducendo un'indagine per analizzare il fenomeno delle cadute accidentali nell'Azienda ULSS 19 di Adria.

Questo questionario ha lo scopo di osservare il grado di percezione del fenomeno caduta da parte del personale infermieristico delle varie unità operative dell'Azienda.

Da tale indagine può emergere qual è la consapevolezza di tale fenomeno; un problema, quello delle cadute accidentali, che comporta un impatto sanitario, sociale ed economico rilevante.

La compilazione di tale questionario costituisce il consenso a partecipare a questa indagine.

La vostra partecipazione è volontaria; il vostro nome non è richiesto sul questionario e le risposte non saranno collegate a nessun partecipante.

Ringrazio anticipatamente per la vostra collaborazione.

Laura Busatto

Questionario per la valutazione della percezione del fenomeno caduta accidentale da parte del personale infermieristico

Si prega di rispondere alle seguenti domande.

Sezione A.

• Sesso M F • Et 

1. Qual   la sua unit  operativa in questo ospedale

2. Da quanto tempo svolge la sua attuale professione?

1. Meno di 1 anno? 4. 11 a 15 anni?
 2. 1 a 5 anni? 5. 16 a 20 anni?
 3. 6 a 10 anni? 6. 21 anni o pi 

3. Da quanto tempo lavora in questo ospedale?

1. Meno di 1 anno? 4. 11 a 15 anni?
 2. 1 a 5 anni? 5. 16 a 20 anni?
 3. 6 a 10 anni? 6. 21 anni o pi 

4. Titolo di studio:

- Laurea in Infermieristica
 Master
 Master I   livello _____ Specificare
 Scuola Regionale
 Altro

Sezione B. Si prega di indicare il vostro accordo o disaccordo con le seguenti affermazioni posizionando una X nella casella corrispondente.

	Fortemente in disaccordo ▽	In Disaccordo ▽	Indeciso ▽	D'accordo ▽	Molto d'accordo ▽
5. Le cadute accidentali di un paziente costituiscono un problema sanitario importante?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. La prevenzione delle cadute rappresenta un aspetto importante del suo lavoro?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Tutti i pazienti sono valutati al momento del ricovero per determinare i fattori di rischio di cadute?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Tutti i pazienti ad alto rischio di caduta sono riferiti al medico?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Tutti i pazienti sono riesaminati per determinare i fattori di rischio di caduta in caso di cambiamento delle loro condizioni di salute?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. La prevenzione delle cadute necessita di valutazione e interventi multidisciplinari?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. E' importante l'aggiornamento alla prevenzione delle cadute e l'educazione alla stessa dei pazienti e dei familiari?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Lo strumento di valutazione del rischio di caduta, se presente, è facile da usare?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. I pazienti ad alto rischio di cadute vengono comunicati durante il momento del cambio turno?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Tutti i pazienti caduti in reparto vengono riesaminati per ulteriori fattori di rischio di caduta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. La gestione ospedaliera offre un ambiente di lavoro che promuove la prevenzione delle cadute?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Le azioni del programma ospedaliero dimostrano che la prevenzione delle cadute è una priorità assoluta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. La gestione ospedaliera si interessa alla prevenzione delle cadute solo dopo una lesione grave del paziente?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sezione C. Si prega di individuare con una X la frequenza delle seguenti affermazioni.

	Mai ▼	Raramente ▼	Qualche volta ▼	La maggior parte dei casi ▼	Sempre ▼
18. Quanto spesso è segnalata la caduta di un paziente che non ha riportato lesioni evidenti, assistito dal personale al momento della caduta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Quando un paziente riferisce una caduta, ma al momento della caduta non era presente il personale, quanto viene riportato questo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. I pazienti sono monitorati per identificare possibili lesioni dopo una caduta?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sezione D. Si prega di rispondere alle seguenti domande barrando una delle caselle corrispondenti S/NO.

21. Nella sua unità operativa di appartenenza si discutono metodi per prevenire che le cadute si ripetano?

- Sì
 No

22. Viene dato feedback riguardo ai cambiamenti messi in atto sulla base di indagini delle cadute?

- Sì
 No

23. Nel corso della sua carriera professionale ha mai partecipato a seminari o corsi di aggiornamento riguardanti il tema delle cadute accidentali?

- Sì
 No

