

# ESPERIENZE DI BUONA PRATICA CLINICA: INNOVAZIONE NEI MODELLI DI GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE

Mesaglio M\*, Morgante S\*, Vesca R\*, Noacco S\*, Comuzzi C\*, Sbaiz D\*, Del Forno M, Guardini I\*

\*Direzione Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine  
Piattaforma Assistenziale di Cividale, Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine

## Introduzione e motivazioni che hanno condotto al progetto

Le cadute dei pazienti rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie. Secondo dati nazionali del rapporto ministeriale cadute del 2011, l'evento sentinella più segnalato è rappresentato dalle cadute e nel 36,8% di tali eventi si è verificato il decesso del paziente. Le cadute comportano aumento della durata della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e incremento dei costi sanitari.

## Materiali e metodi

Il progetto, condotto da una commissione di esperti, si compone di due fasi:

### FASE 1

- Revisione della letteratura e ricerca delle migliori esperienze di buona pratica clinica di interventi di assistenza innovativi applicabili nello specifico contesto ospedaliero;
- Sperimentazione delle raccomandazioni in contesti selezionati e analisi dei risultati;
- Elaborazione di raccomandazioni di comportamento clinico - assistenziale per la prevenzione delle Cadute e la gestione della protezione e contenzione dei pazienti ricoverati.

L'applicazione sperimentale delle buone pratiche ha consentito di introdurre nella procedura la distinzione tra **interventi obbligatori** e **interventi raccomandati**: modello che consente agli operatori di costruire percorsi personalizzati per la prevenzione delle cadute

La procedura di "Gestione misure di protezione/contenzione" introduce la distinzione tra la condizione di paziente "contenuto" e "protetto" e standardizza l'intervento assistenziale di protezione come tutela massima per il paziente

### FASE 2

Definizione di infermieri referenti per struttura e formazione del personale;

- Indagine di prevalenza relativa alle misure di contenimento/protezione dei pazienti ricoverati;
- Audit su casi di pazienti caduti con danno (2012) in strutture selezionate in base a matrici di rischio che consideravano il tasso cadute, il tasso di cadute con danno e il rischio ambientale;
- Diffusione ed implementazione delle linee guida relative ai comportamenti assistenziali attesi a livello aziendale.

## INNOVAZIONE

**Audit 2012: 76 casi di pazienti caduti; circa il 50% degli eventi caduta risulta secondario a situazioni cliniche modificabili/controllabili attraverso:**

- a) percorso di "Assistenza Condivisa" per la prevenzione delle cadute con coinvolgimento del paziente collaborante e/o della famiglia;
- b) metodologia "Teach - Back" di rinforzo educativo per il paziente;
- c) Consulenza e intervento del fisioterapista, per la prevenzione del rischio caduta per pazienti con compromissione della mobilizzazione.

Definizione di *Job Description* specifiche per i referenti cadute di struttura che prevedono azioni di supporto al progetto cadute (formazione e sensibilizzazione del team, educazione sanitaria ai pazienti/caregiver, monitoraggio e diffusione dei dati, attività di ricerca).

Indagine di prevalenza per monitorare le attività di protezione/contenzione mette in luce che la maggioranza dei pazienti sottoposti a sistemi di fissaggio o a limitazione del movimento sono "protetti":

- su specifica richiesta documentata del paziente;
- nel periodo pre-post sedazione/anestesia e durante procedure tecnico-assistenziali che lo richiedano;
- nello stato di incoscienza;
- durante le attività di trasporto interno/esterno alle strutture.

## Risultati

Attraverso una modifica dell'imprinting culturale degli operatori, il progetto si prefigge di raggiungere i seguenti risultati:

1. Ridurre le cadute in ambito ospedaliero per i pazienti a rischio e i danni conseguenti a caduta;
2. Incrementare l'integrazione delle figure assistenziali nel processo di prevenzione e gestione delle cadute;
3. Attivare l'alleanza con i *caregiver* per aumentare *compliance* ed *empowerment* del paziente;
4. Attivare una maggiore tutela proteggendo il paziente in particolari condizioni clinico- assistenziali;
5. Implementare metodi e strumenti di studio degli eventi avversi per l'individuazione di buone pratiche da adottare nelle strutture.

## Conclusioni

Le cadute in ambiente ospedaliero sono prevenibili. I titolari del processo assistenziale devono tradurre nella pratica clinica le raccomandazioni di *best practice* per ridurre le cadute e/o i danni conseguenti. L'adozione sistematica degli strumenti messi a disposizione può migliorare gli esiti sia in termini di prevenzione delle cadute (processo) che di riduzione delle complicanze (esito); l'impianto organizzativo e di processo attivato, consente ai professionisti di riflettere in modo significativo sulla qualità percepita dal paziente relativamente al servizio ricevuto e, in modo indiretto, sui costi legati agli eventi avversi non prevenuti.

## Referenze

- Spiegel S. Fall prevention in hospitals: an integrative review. *Clin Nurs Res* 2012;21(1),92-112.
- Kalisch B, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing and patient falls. *J Nurs Care Qual* 2012;27(1),6-12.
- Van Harten-Krouwel D, Schuurmans M, Emmelot-Vobnk M, Pel-Littel R, Department of Geriatric Medicine, University Medical Center Utrecht, The Netherlands. Development and feasibility of falls prevention advice. *J Clin Nurs* 2011;20(19),2761-76.
- Haines TP, Hill AM, Hill KD, McPhail S, Oliver D, Brauer S, Hoffmann T, Beer C. Patient education to prevent falls among older hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2011;171(6),561-4.
- Neiman J, Rannie M, Thrasher J, Terry K, Kahn G. Development, implementation, and evaluation of a comprehensive fall risk program. *Journal for Specialist in Pediatric Nursing* 2011;130-9. Advisory Board Company. <http://www.advisory.com/International/>

