

Il seguente articolo ha l'obiettivo di portare in evidenza gli interventi assistenziali, personalizzati e standard, da attuare al fine di prevenire le cadute in ospedale.

Gli interventi assistenziali per prevenire le cadute in ospedale: Revisione della letteratura

Care interventions to prevent falls in the hospital: Review of the literature

Dott.ssa Panebianco Sabrina

INDICE

Introduzionepag 4

Obiettivo.....	pag 5
Materiali e metodi.....	pag 5
Risultati.....	pag 6
Discussione.....	pag10
Conclusioni.....	pag 11
Bibliografia.....	pag 12
Allegati.....	pag 13

Abstract

Introduzione. Numerosi studi indicano che le cadute in ospedale sono tra i fenomeni più segnalati. In Italia sono stati raccomandati interventi assistenziali preventivi. L'obiettivo di questo progetto è

di identificare gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire le cadute dei pazienti ricoverati in ospedale.

Materiale e metodi. È stata condotta una revisione della letteratura di articoli pubblicati su questo argomento durante gli ultimi 5 anni consultando le banche dati *PubMed*, *Cochrane Collaboration*, *National Guideline Clearinghouse*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, *National Institute for Clinical Excellence*, *New Zealand Guidelines Group*, il sito istituzionale del Ministero della Salute, E.B.N dell'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi e governativo dell'*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*.

Risultati. Il problema delle cadute può essere affrontato con diversi interventi: standard e personalizzati. Una corretta valutazione del rischio, attraverso scala e valutazione del professionista, è il fulcro nella prevenzione delle cadute in ospedale e guida l'infermiere verso la scelta di interventi assistenziali personalizzati efficaci e di qualità.

Conclusioni. Gli studi esaminati forniscono indicazioni per elaborare e implementare programmi di prevenzione delle cadute in ospedale.

Keyword: accidental falls, prevention and control, inpatient

Parole chiave: cadute accidentali, prevenzione e controllo, paziente ricoverato (paziente ospedalizzato).

Introduzione

La caduta è un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o

la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include sia i pazienti trovati sdraiati sul pavimento sia le cadute avvenute nonostante il supporto¹.

Le cadute possono essere classificate come:

- **accidentali**: quando la persona cade involontariamente (per esempio scivolando sul pavimento bagnato);
- **fisiologiche imprevedibili**: quando sono determinate da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (per esempio inciampando durante la deambulazione);
- **fisiologiche prevedibili**: quando avvengono nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili (per esempio paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione).

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, l'8% come fisiologico imprevedibile, mentre il restante 78% rientrerebbe fra le cadute fisiologiche prevedibili¹.

In uno studio osservazionale nazionale condotto nel 2006 negli ospedali inglesi e gallesi si stima che il tasso di caduta per 1000 giorni di degenza fosse 4,8².

Uno studio Americano ha riportato un tasso medio di caduta in ospedale pari a 4,43 ogni 1000 pazienti³.

In Italia uno studio condotto nell'ospedale S.Orsola Malpighi nel 2002 stima che le cadute accidentali si verificano nell'1% del numero totale dei ricoveri del Presidio Ospedaliero (700 cadute su una popolazione di 70.000 ricoverati) mentre nell'ASL 11 di Empoli uno studio ha rilevato che la caduta dei pazienti si verifica nel 4,0% circa di tutti i ricoveri⁴.

Uno studio Italiano, condotto in Toscana, permette di identificare il genere più coinvolto nelle cadute in ospedale (maschile), l'età (>80), i reparti da cui provengono il maggior numero di segnalazioni (medicines), il luogo dove maggiormente avviene la caduta (camera di degenza), l'attività svolta dal paziente prima di cadere (discesa dal letto) e il turno lavorativo in cui si verificano il maggior numero di cadute (notte)⁴.

I danni a cui vanno incontro le persone che cadono si dividono in:

-
1. Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie: Raccomandazione n.13. Novembre 2011. In: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf (ultimo accesso 13/01/2014)
 1. Healey F, Scobie S, Oliver D, Pryce A, Thomson R, Glampson B. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Qual Saf Health Care* 2008;17:424-30.
 1. Alcée D. The experience of a community hospital in quantifying and reducing patient falls. *J Nurs Care Qual* 2000;14:43-53.
 2. Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente. I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente: la prevenzione delle cadute in ospedale. Edizione ETS 2011. In: <http://www.usl2.toscana.it/documenti/quadernoprevenzionedellecadute.pdf> (ultimo accesso 13/1/2014)
 4. Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente. I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente: la prevenzione delle cadute in ospedale. Pisa: Edizione ETS 2011. In: <http://www.usl2.toscana.it/documenti/quadernoprevenzionedellecadute.pdf> (ultimo accesso in data 13/1/2014)

- lievi;
- moderati;
- gravi.

Lo studio di Healey *et al* dichiara che il 64,7% delle persone cadute non ha riportato danni, il 31,1% danni lievi, il 3,6% danni moderati, lo 0,6% danni gravi e in totale ci sono state 26 segnalazioni di morti.

In Italia, il Ministero della Salute definisce che gli esiti delle cadute sono nella maggior parte dei casi senza danno (67,3%) mentre le tipologie di danno più frequenti sono le contusioni (15,1%) e le escoriazioni (15,1%).

L'evento sentinella maggiormente segnalato dal Ministero della Salute (321 segnalazioni, pari al 22,3% del totale) è la morte o il grave danno derivato dalla caduta del paziente e l'entità della cifra è stata ricondotta alla scarsa conoscenza e applicazione delle linee guida, delle raccomandazioni, dei protocolli assistenziali e delle procedure⁵.

La conoscenza statistica del fenomeno e la tipologia di interventi attualmente utilizzati nel contesto italiano sono fondamentali per iniziare a improntare programmi di prevenzione e di azione (interventi assistenziali), basati su evidenze scientifiche, contro il verificarsi delle cadute.

Obiettivo

Identificare gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire le cadute dei pazienti ricoverati in ospedale.

Materiali e metodi

Quesito: Quali sono gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire le cadute dei pazienti ricoverati in ospedale?

L'allegato 1, che riprende il metodo PICOS, mostra il quesito in forma analitica.

Tra ottobre e novembre 2013 è stata condotta una ricerca preliminare della letteratura internazionale riguardante l'argomento nelle banche dati *PubMed*, *Cochrane Collaboration*, *National Guideline Clearinghouse*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, *National Institute for Clinical Excellence* e *New Zealand Guidelines Group*, nel sito istituzionale del Ministero della Salute, nel sito E.B.N (*Evidence Based Nursing*) dell'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi e nel sito dell'agenzia governativa *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*.

5. Ministero della Salute. Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4°Rapporto. Febbraio 2013. In: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf (ultimo accesso 13/01/2014)

La ricerca è stata effettuata in tutti i database utilizzando i termini “*accidental falls*”(MeSH), “*prevention & control*”(subheading), “*inpatient*”(termini liberi), combinati tramite l’operatore booleano AND, con limiti per lingua, data di pubblicazione e tipi di studi selezionati (rispettivamente inglese o italiana, ultimi 5 anni, linee guida, revisioni sistematiche).

Nella pianificazione delle modalità di ricerca sono stati combinati termini *MeSH*, *subheading* e termini liberi.

Contestualmente è stata ricercata la letteratura nazionale sull’argomento tramite il motore di ricerca Google.

Risultati

La ricerca, riportata in forma sintetica nell’allegato 2, ha identificato complessivamente 37 (3 in *National Guideline Clearinghouse*, 19 in *Cochrane Library*, 12 in *PubMed*, 1 in Ministero della Salute, 1 in E.B.N. S.Orsola Malpighi, 1 in *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*).

Sono stati selezionati 7 studi che esaminano gli interventi assistenziali da attuare ai pazienti ricoverati in ospedale per prevenire le cadute: 3 revisioni sistematiche (di cui 1 articolo è presente in due database: *PubMed* e *Cochrane Library*), un protocollo, una raccomandazione del Ministero della Salute, una revisione della letteratura effettuata dal Centro Studi E.B.N. A.O. Universitaria di Bologna S. Orsola Malpighi e una linea guida Australiana¹⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹.

Gli studi sono descritti sinteticamente nell’allegato 3.

-
1. Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie: Raccomandazione n.13. Novembre 2011. In: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1639_allegato.pdf (ultimo accesso 13/1/2014)
 6. Hempel S, Newberry S, Wang Z, Booth M, Shanman R, Johnsen B, Shier V, Saliba D, Spector WD, Ganz DA. Hospital fall prevention: a systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61:483-94.
 7. Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, Lundquist L, Webb B. Prevention of falls (acute care). Health care protocol. *ICSI* 2012:43-54.
 8. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:CD005465.
 9. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158:390-6.
 10. Cappuccio R, Granatello J, Pizzuto M, Chiari P. La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l’interruzione dei trattamenti e l’aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo. Centro Studi EBN A.O. Universitaria S. Orsola Malpighi 2008:1-9. In: <http://www.evidencebasednursing.it/homepage1.htm> (ultimo accesso 16/1/2014)
 11. Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. Australian Commission on Safety and Quality in health care 2009 In: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/Guidelines-HOSP1.pdf> (ultimo accesso 17/1/2014)

Tutti i lavori selezionati giungono alla medesima conclusione: il problema delle cadute è un fenomeno complesso che deve a sua volta essere affrontato con interventi a 360°, standard e personalizzati.

Tra gli interventi assistenziali standard la letteratura propone:

- valutare il rischio di cadere del paziente attraverso l'utilizzo di scale validate;
- effettuare un accertamento per individuare i fattori di rischio presenti;
- “presentare” l'ambiente al paziente;
- fornire un *depliant* a scopo informativo per illustrare a parenti e pazienti come prevenire la caduta in ambiente ospedaliero;
- garantire l'ordine delle aree comuni e camere di degenza;
- mantenere la luce anche durante il turno notturno;
- mantenere pavimenti asciutti;
- garantire la presenza di scorrimento per scale e lungo i corridoi e nastri antiscivolo;
- valutare l'intensità del dolore;
- effettuare l'esercizio fisico;
- valutare la capacità di leggere e riconoscere gli oggetti;
- effettuare un esame sulle urine periodico per il riscontro di infezioni delle vie urinarie;
- consigliare di deambulare - alzarsi dal letto - coricarsi lentamente;
- installare allarmi alle porte di uscita di sicurezza,
- rilevare la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca in ortostatismo.

Tra gli interventi assistenziali personalizzati la letteratura propone:

- fornire ausili per facilitare la deambulazione/mobilizzazione,
- concordare con il paziente gli orari per l'assunzione di terapie farmacologiche (nel limite del possibile mantenere gli orari d'assunzione seguiti a domicilio dal paziente) o per accompagnarlo in bagno;
- richiedere l'intervento del fisioterapista;
- posizionare il paziente a rischio elevato di cadere nella camera di degenza più vicino all'ufficio degli infermieri;
- richiedere l'assistenza continua di un parente;
- interrompere gradualmente l'uso di psicotici;
- utilizzare la manovra di Eply per gestire la vertigine;
- utilizzare la riabilitazione vestibolare per gestire la vertigine parossistica.

Alcuni interventi assistenziali proposti, come posizionare accanto al paziente il sistema di chiamata o gli oggetti a lui maggiormente utili, far indossare scarpe chiuse o calze antiscivolo, comunicare a pazienti e parenti i fattori di rischio riscontrati e somministrare scale di valutazione dell'equilibrio/forza, a seconda del documento esaminato, vengono proposti sia come standard sia come personalizzati.

Vi sono inoltre evidenze che indicano l'inefficacia di alcuni interventi assistenziali utilizzati nei contesti italiani e proposti da alcuni documenti tra cui utilizzo di letti bassi, braccialetti posizionati al polso delle persone identificate ad alto rischio di caduta (o scarpe rosse), contenzione fisica, uso di psicofarmaci, Vit D e calcio.

La linea guida proposta dagli Australiani raccomanda agli infermieri, qualora il medico decida di prescrivere una terapia farmacologica con antipsicotici a scopo contenitivo, di concordare per l'uso di una dose minima di farmaco.

Come ribadiscono tutti gli autori, affidarsi alle sole cure standard (interventi assistenziali standardizzati) non può essere una strategia vincente; bisogna perciò individuare interventi assistenziali mirati (personalizzati).

Sia le revisioni sistematiche di Miake-Lye et al. e di Hempel et al. sia il protocollo di Degelau et al sottolineano la necessità di informare il paziente e il *caregiver* sui fattori di rischio riscontrati e di istituire con loro un programma informativo/educativo su come evitare la caduta durante in ricovero. Tale intervento informativo dev'essere composto da una parte comune a tutti i pazienti (per la quale può essere anche solo utilizzato un *depliant* informativo) e da una parte individuale.

Miake-Lye et al, mettendo a confronto il gruppo che ha beneficiato di un intervento educativo personalizzato con coloro a cui è stato proposto un intervento informativo standard, hanno permesso di definire che nel primo gruppo si sono verificate meno cadute rispetto al secondo gruppo (tasso caduta 4,18X1000 giorni di degenza vs 3,15 X1000 giorni di degenza). Tale risultato ha permesso di definire l'intervento informativo personalizzato un intervento assistenziale da integrare a quello standard al fine di prevenire la caduta in ospedale.

Tutti i documenti propongono l'utilizzo nel quotidiano di uno strumento di valutazione del rischio da somministrare a tutti i nuovi ingressi. Gli strumenti proposti dalla letteratura sono numerosi e permettono di intercettare i pazienti potenzialmente a rischio di caduta attraverso l'individuazione di fattori di rischio (età, precedenti cadute, ecc).

Tali strumenti devono però essere adeguati al contesto e alla popolazione e pertanto necessitano, prima di essere adottati, di essere testati.

Inoltre il Ministero della Salute, la linea guida, il protocollo e la revisioni di Miake-Lye raccomandano di integrare le scale con una valutazione individuale della persona assistita. Tale valutazione

aggiuntiva deve essere effettuata sia da infermieri sia da medici e permette di individuare ulteriori fattori di rischio non rintracciabili con il solo utilizzo della scala.

Sia la linea guida sia il protocollo riferiscono inoltre la necessità di riproporre la valutazione del rischio di caduta dopo la variazione della terapia farmacologica, dello stato clinico del paziente, in prossimità della dimissione o trasferimento in altra sede.

Il Ministero della Salute al fine di prevenire le cadute propone:

- uno *screening* del rischio caduta della persona assistita attraverso strumenti di valutazione (*Morse Fall Scale, Stratify Risk Assessment Tool, Hendrich II Fall Risk Model*) che permettono di individuare i fattori di rischio intrinseci (precedenti cadute, deficit dell'udito e della vista, deambulazione instabile, l'incontinenza, deterioramento dello stato mentale, politerapia/variazione della posologia, ecc);
- una valutazione dell'ambiente e dei fattori non legati alle caratteristiche della persona detti fattori di rischio estrinseci (caratteristiche dell'ambiente, calzature, uso di tranquillanti, non corretto utilizzo di ausili per la deambulazione);
- interventi informativi- educativi essenziali per tutte le tipologie di pazienti e interventi informativi- educativi personalizzati in base al livello di rischio emerso (per esempio revisione delle terapie farmacologiche, utilizzo di ausili per la mobilizzazione).

Alcuni studi condotti, come quello Toscano⁴, propongono tra gli interventi citati alcuni degli interventi proposti dalla letteratura presa in esame (tra cui la valutazione del rischio attraverso apposite scale, gli interventi educativi rivolti a pazienti, la valutazione dell'ambiente).

Rimane però necessario che ogni Azienda, o se necessario singolo servizio:

- individui la scala di valutazione del rischio caduta da adottare nel proprio contesto;
- elabori una lista comprendente i fattori di rischio non indagati dalla scala che necessitano di valutazione;
- elabori delle procedure/ *check list* che permettano:
 - di ufficializzare quali sono gli interventi standard da proporre a tutti i nuovi ingressi;
 - di guidare anche l'infermiere meno esperto nella scelta di interventi assistenziali personalizzati che servano per prevenire la caduta del paziente;
 - di guidare anche l'infermiere meno esperto nella comunicazione dei fattori di rischio individuati all'equipe, paziente e *caregiver*;
 - guidare anche l'infermiere meno esperto nella conduzione di un intervento informativo personalizzato rivolto a paziente e *caregiver*.

Discussione

Tutti i pazienti ricoverati in ospedale sono esposti al rischio di cadere, ma il rischio è più alto tra coloro che hanno maggiori fattori di rischio e in primo luogo per coloro che hanno un'età superiore a 80 anni, di genere maschile e ricoverati nei servizi di medicina .

Le cadute possono ripercuotersi negativamente sulla durata del ricovero e sulla qualità di vita.

È compito del *team* identificare i fattori di rischio e attuare opportune strategie preventive.

In Italia nonostante le raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute il fenomeno non sembra arrestarsi, anzi tra gli eventi sentinella maggiormente segnalati si riscontra “la morte o grave danno conseguente a caduta”.

La letteratura esaminata sottolinea l'importanza di integrare, per ogni paziente ricoverato in ospedale, un programma costituito da interventi assistenziali preventivi “standard” con un programma costituito da interventi assistenziali “personalizzati”.

La valutazione del rischio di caduta, che rientra tra gli interventi assistenziali standard, permette di individuare quanto la persona assistita è a rischio di cadere (livello basso, medio e alto rischio di caduta). Tale valutazione dovrebbe essere effettuata più volte durante la degenza al fine di poter individuare la comparsa di nuovi fattori di rischio che richiedono una tempestiva rivisitazione del piano assistenziale. Inoltre è raccomandato far effettuare la valutazione del rischio della persona assistita da un'equipe multidisciplinare composta almeno da infermiere e medico.

La singola unità operativa può scegliere di utilizzare una tra le numerose scale di valutazione del rischio riportate in letteratura (*Conley, Stratify, Morse, Hendrich I e II*, ecc) e nel caso questa non fosse sufficiente a indagare tutti i fattori di rischio di caduta della persona si può procedere integrando la scala con una valutazione individuale.

Una corretta valutazione del rischio, attraverso scala e valutazione del professionista, è il fulcro nella prevenzione delle cadute in ospedale; infatti guida l'infermiere verso la scelta di interventi assistenziali personalizzati efficaci e di qualità.

Conclusione

Gli studi analizzati suggeriscono interventi standard e personalizzati di dimostrata efficacia per prevenire gli episodi di caduta dei pazienti ricoverati in ospedale.

Solo l'impegno comune di tutta l'*equipe* può migliorare l'approccio al problema e assicurare un ricovero sicuro a tutti i degenti.

Nonostante le revisioni sistematiche prese in analisi non riportino studi condotti in Italia (Australia, Francia, Stati Uniti, Germania) gli interventi assistenziali proposti, sia standard sia personalizzati, risultano essere spendibili nel contesto sanitario ospedaliero italiano.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie: Raccomandazione n.13. Novembre 2011. In: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf (ultimo accesso in data 13/1/2019)
2. Healey F, Scobie S, Oliver D, Pryce A, Thomson R, Glampson B. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Qual Saf Health Care* 2008;17:424-30.
3. Alcée D. The experience of a community hospital in quantifying and reducing patient falls. *J Nurs Care Qual* 2000;14:43-53.
4. Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente. I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente: la prevenzione delle cadute in ospedale. Pisa: Edizione ETS 2011. In: <http://www.usl2.toscana.it/documenti/quadernoprevenzionedellecadute.pdf> (ultimo accesso in data 13/1/2019)
5. Ministero della Salute. Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto. Febbraio 2013. In: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf (ultimo accesso in data 13/1/2019)
6. Hempel S, Newberry S, Wang Z, Booth M, Shanman R, Johnsen B, Shier V, Saliba D, Spector WD, Ganz DA. Hospital fall prevention: a systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61:483-94.
7. Degelau J, M Belz, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, L Lundquist, Webb B. Prevention of falls (acute care). *Health care protocol. ICSI 2012* :43-54.
8. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:CD005465.
9. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158:390-6.
10. Cappuccio R, Granatello J, Pizzuto M, Chiari P. La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo. *Centro Studi EBN A.O. Universitaria S. Orsola Malpighi* 2008:1-9. In: <http://www.evidencebasednursing.it/homepage1.htm> (ultimo accesso 16/1/2019)
11. Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. Australian Commission on Safety and Quality in health care 2009 In: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/Guidelines-HOSP1.pdf> (ultimo accesso 17/1/2019)

Allegato 1: PICOS

P	I	C	O	S
pazienti ricoverati in ospedale	adulti in	interventi assistenziali per la prevenzione delle cadute	prevenzione delle cadute - riduzione % cadute rispetto i dati della letteratura	Revisioni Sistematiche, Linee Guida/protocolli

Allegato 2: Griglia di ricerca.

Banca dati	Parole chiave con limiti	Documenti rilevati	Documenti selezionati	Autori e titolo degli articoli selezionati
National Guideline Clearinghouse	<i>accidental falls AND prevention and control AND inpatient</i>	3	1	<ul style="list-style-type: none"> Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, Lundquist L, Webb B. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention of falls (acute care). Health care protocol.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	<i>accidental falls AND prevention and control AND inpatient</i>	0	0	
New Zealand Guidelines Group	<i>accidental falls AND prevention and control AND inpatient</i>	0	0	

National Institute for Clinical Excellence	<i>accidental falls AND prevention and control AND inpatient</i>	0	0	
Cochrane Library	<i>accidental falls published in the last 5 years</i>	19	1	<ul style="list-style-type: none"> Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals.
Pub Med	("accidental falls"[MeSH Terms] OR ("accidental"[All Fields] AND "falls"[All Fields]) OR "accidental falls"[All Fields]) AND ("prevention and control"[Sub heading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields]) AND ("inpatients"[MeSH Terms] OR "inpatients"[All Fields] OR "inpatient"[All Fields]) AND ((systematic[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "2009/02/18"[PDat] : "2014/02/16"[PDat])	12	3	<ul style="list-style-type: none"> Hempel S, Newberry S, Wang Z, Booth M, Shanman R, Johnsen B, Shier V, Saliba D, Spector WD, Ganz DA. Hospital fall prevention: a systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals.

Ministero della Salute	Cadute accidentali e prevenzione	1	1	<ul style="list-style-type: none"> Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie:Raccomandazione n.13. Novembre 2011
E.B.N. S.Orsola Malpighi	Cadute accidentali e prevenzione	2	1	<ul style="list-style-type: none"> Cappuccio R, Granatello J, Pizzuto M, Chiari P. La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo.
Australian Commission on Safety and Quality in health care	Cadute accidentali e prevenzione	1	1	<ul style="list-style-type: none"> Preventing Falls and Harm From Falls in Older People:Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. Australian Commission on Safety and Quality in health care 2009

Allegato 3:Descrizione sintetica di ogni articolo selezionato

Autore – titolo dello studio	Pazienti	Obiettivo	Intervento	Risultato	Commento
------------------------------	----------	-----------	------------	-----------	----------

<p>Degelau J, M Belz, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, L Lundquist, Webb B. Prevention of falls (acute care). Health care protocol.</p>	<p>Pazienti adulti ricoverati in ospedale in reparti per acuti</p>	<p>Eliminare le cadute attraverso l'introduzione di un protocollo di prevenzione delle cadute</p> <p>Aumentare la percentuale delle persone che ricevono la valutazione del rischio caduta e ai quali vengono pianificati interventi al fine di prevenire le cadute</p>	<p>Modalità di prevenzione delle cadute dei pazienti adulti durante il ricovero ospedaliero o in reparti per acuti. (USA)</p>	<p>Il documento fornisce diversi interventi relativi alla modalità di prevenzione delle cadute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accertamento del problema identificando i fattori di rischio attraverso l'utilizzo di uno strumento di valutazione (scala di Hendrich I o II, Morse, Tinetti, STRATIFY, ecc) correlato dall'individuazione di fattori di rischio non presenti nelle voci (es. cadute avvenute nell'ultimo anno, anomalie rilevate nell'equilibrio o deambulazione, età maggiore di 85 anni, assunzione di terapia anticoagulanti/antipsicotici/antidepressivi, presenza di ferita chirurgica, presenza di osteoporosi, delirio, demenza, ecc). L'accertamento deve essere seguito sia da infermieri sia da medici (o altre figure professionali). La valutazione del rischio deve essere effettuata periodicamente e non solo all'ingresso. - Comunicazione dei fattori di rischio all'equipe, al paziente e ai familiari. - Pianificare, attuare e monitorare interventi assistenziali standard e personalizzati. <p><u>Standard:</u> "presentare" l'ambiente al paziente, garantire l'ordine delle aree, mantenere la luce anche durante il turno notturno, mettere a portata di mano gli oggetti del paziente, valutare il dolore, consigliare scarpe chiuse o l'utilizzo di calzini antiscivolo, consigliare di deambulare - alzarsi dal letto e coricarsi lentamente, posizionare il sistema di chiamata vicino al paziente.</p> <p><u>Personalizzati:</u> posizionare un bracciale ai pazienti considerati ad</p>	<p>Il protocollo conferma che è necessario effettuare una distinzione tra gli interventi assistenziali da offrire a tutti i degenti ricoverati e gli interventi da pianificare/attuare/valutare per il singolo. Due elementi emergono dal protocollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accertamento deve essere effettuato sia dal medico sia dall'infermiere; - i fattori di rischio devono essere valutati periodicamente e non solo all'ingresso in ospedale.
---	--	---	---	---	--

				<p>alto rischio di caduta, fornire ausili per la mobilizzazione-deambulazione (girello, tripode, carrozzina), pianificare con il paziente gli orari per accompagnarlo in bagno, pianificare con il paziente l'orario per assumere determinate categorie di farmaci (ipotensivi, diuretici).</p>	
--	--	--	--	---	--

Autore - titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato	Commento
Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals.	Pazienti ricoverati sottoposti a interventi assistenziali per prevenire la caduta	Valutare gli effetti degli interventi volti a prevenire e ridurre l'incidenza delle cadute nelle persone anziane ricoverate in ospedale.	Modalità di gestione della prevenzione delle cadute	<p>Il letto basso non ha alcun effetto sul tasso di cadute (Rar 1,39 IC95% 0,22-8,78)</p> <p>La somministrazione di Vit D non individua differenze statisticamente significative nel rischio di caduta (RR 0,82, IC 95% 0,59-1,14)</p> <p>Il braccialetto posizionato al polso delle persone a rischio elevato di cadere non ha ridotto il rischio di caduta (RR1,34 IC95% 0,76-2,36)</p> <p>La moquette aumenta il rischio di cadere (RR 8,33, IC 95% 0,95-73,37)</p> <p>L'intervento del fisioterapista nei reparti di riabilitazione ha evidenziato una significativa riduzione del rischio di caduta (RR0,36 IC95% 0,14-0,93)</p>	La revisione sistematica permette di individuare i primi interventi assistenziali che producono un effetto positivo sul paziente in termini di diminuzione della caduta e di escludere interventi superflui.
Hempel S, Newberry S, Wang Z, Booth M, Shanman R, Johnsen B, Shier V, Saliba D, Spector WD, Ganz DA. Hospital fall prevention: a systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness.	Pazienti ricoverati sottoposti a interventi assistenziali per prevenire la caduta	Documentare quali sono gli interventi messi in atto per prevenire le cadute dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti negli ospedali americani.	Modalità di gestione della prevenzione delle cadute	<p>Il documento fornisce diverse raccomandazioni relative alle modalità di gestione della prevenzione delle cadute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - istruire il personale sull'utilizzo delle scale di valutazione del rischio e mirare ad aumentare in loro la consapevolezza dell'importanza della prevenzione della caduta. - valutazione del rischio caduta a tutti i pazienti e comunicazione dei fattori di rischio riscontrati a paziente e familiare - interventi personalizzati a pazienti ad alto rischio di caduta: sistema di allarme vicino alla persona, assistenza durante la mobilizzazione, calzature antiscivolo, concordare con il paziente l'orario di somministrazione dei farmaci, richiedere ai parenti l'assistenza continua. 	Gli studi considerati nella revisione sistematica hanno evidenziato l'utilizzo di interventi standard a tutti i pazienti ricoverati e l'utilizzo di un piano personalizzato ai pazienti risultati ad alto rischio di caduta.
Autore – titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato	Commento

<p>Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review .</p>	<p>Pazienti ricoverati sottoposti a interventi assistenziali per prevenire la caduta</p>	<p>Rivalutare benefici e rischi dei programmi di prevenzione delle cadute</p>	<p>Modalità di prevenzione delle cadute dei pazienti adulti durante il ricovero ospedaliero in reparti per acuti</p>	<p>La somministrazione di VIT D non individua differenze statisticamente significative nel rischio di caduta. Lo strumento di valutazione del rischio correlato a una valutazione del personale diminuisce il rischio di cadere.</p>	<p>Lo strumento di valutazione del rischio + valutazione del team diminuisce il rischio di cadere.</p>
<p>Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie: Raccomandazione n.13. Novembre 2011</p>	<p>Pazienti nelle strutture sanitarie</p>	<p>Comprimere il rischio di caduta e ridurre le conseguenze</p>	<p>Valutazione di ciascun paziente e attuazione di interventi</p>	<p>Identificazione dei fattori di rischio, interventi multifattoriali, gestione del paziente a seguito della caduta, segnalazione dell'evento</p>	<p>La raccomandazione evidenzia l'importanza di valutare il rischio caduta (fattori estrinseci e intrinseci + scale) della persona assistita e attuare degli interventi preventivi (multifattoriali)</p>
<p>Cappuccio R, Granatello J, Pizzuto M, Chiari P. La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo.</p>	<p>Pazienti con demenza e disorientamento cognitivo</p>	<p>Verificare se esistono evidenze che dimostrino l'efficacia della contenzione fisica rispetto la sedazione farmacologica nella prevenzione delle cadute</p>	<p>Contenzione vs sedazione</p>	<p>La contenzione fisica è inefficace come intervento preventivo L'utilizzo della terapia farmacologica può portare all'aumento del rischio di caduta</p>	<p>Entrambi non sono interventi raccomandabili</p>

<p>Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. Australian Commission on Safety and Quality in health care 2009</p>	<p>Pazienti ricoverati in ospedale</p>			<p>Interventi standard per prevenire le cadute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - screening del rischio caduta all'ingresso - screening del rischio caduta a seguito di caduta, variazione terapia farmacologica/ condizioni cliniche, in prossimità di dimissione/ trasferimento - valutare la capacità di leggere o riconoscere gli oggetti - posizionare gli oggetti personali vicino alla persona - mantenere invariate le abitudini di assunzione della terapia domiciliare - effettuare analisi sulle urine periodici per valutare presenza di infezioni - consigliare delle calzature antiscivolo e con soles più sottili e senza tacchi - garantire la presenza dell'illuminazione notturna, - rilevare pressione arteriosa e frequenza cardiaca in ortostatismo. <p>Interventi personalizzati per prevenire le cadute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fornire ausili per la mobilizzazione - somministrare scale di valutazione della mobilità/equilibrio/forza e/o richiedere l'intervento del fisioterapista - fornire supplemento di calcio e vit d - richiedere l'assistenza da parte di parenti/badanti - accompagnare il paziente in bagno ad orari - valutare l'orario di assunzione della terapia domiciliare medica - utilizzare la manovra di Eply per gestire la vertigine parossistica - utilizzare la riabilitazione vestibolare per trattare i problemi di vertigini e di equilibrio , dove indicato - interrompere gradualmente l'uso di farmaci psicotici 	<p>Le raccomandazioni confermano che è necessario effettuare una distinzione tra gli interventi assistenziali da offrire a tutti i degenti ricoverati e gli interventi da pianificare/attuare/valutare per il singolo</p>
---	--	--	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none">- posizionare il paziente ad alto rischio caduta vicino all'ufficio degli infermieri- nel caso di prescrizione di farmaci ad uso sedativo da parte del medico concordare la dose minima	
--	--	--	--	--	--

