



## Misura di miglioramento della qualità: **Prevenzione delle cadute in ospedali e cliniche**

Svolgimento della proposta	Data
Inoltrata	07.08.2023
Riconoscimento dal punto di vista tecnico	27.11.2023
Riconoscimento a livello contrattuale	08.01.2024
Pubblicazione	gennaio 2024

### Disposizioni generali

Le misure di miglioramento della qualità sono provvedimenti concreti, sistematici e riconosciuti dalle parti contraenti che riguardano le strutture e i processi interni di un ospedale o una clinica. Il loro scopo è migliorare un aspetto parziale della qualità delle cure e della sicurezza delle/dei pazienti in un campo d'azione. La loro efficacia in uno specifico ospedale o in una specifica clinica viene valutata e continuamente migliorata nell'ambito del concetto generale sulla qualità relativo al campo d'azione. **La MMQ viene integrata nel ciclo PDCA del concetto sulla qualità del campo d'azione.** Tale integrazione deve essere inserita e descritta nel concetto sulla qualità.

## 1. Delimitazione della misura di miglioramento della qualità (MMQ)

<b>a) Nome della misura di miglioramento della qualità</b>
Prevenzione delle cadute in ospedali e cliniche
<b>b) Contestualizzazione</b>
<p>Le cadute sono eventi frequenti nell'ospedale: «Una caduta è un evento in seguito al quale una persona perviene inavvertitamente a terra, sul pavimento o altro livello inferiore (WHO 2020).»</p> <p>Dal 2 al 12% delle/dei pazienti cadono durante la loro degenza ospedaliera. Il 15-40 % delle/dei pazienti cadute/i si ferisce, di cui fino al 6% sono ferite gravi, obbligatoriamente da trattare, quali ad esempio fratture dell'anca. Per le persone interessate ciò comporta conseguenze negative quali dolori, immobilizzazione e degenze ospedaliere prolungate. Per l'ospedale tali eventi hanno conseguenze a livello di costi, dovuti alla durata prolungata della degenza.</p>
<b>c) Obiettivo della misura di miglioramento della qualità</b>
<p>La prevenzione delle cadute ha lo scopo di ridurre le cadute e di evitare o ridurre le conseguenze delle cadute.</p> <p>Una valutazione multifattoriale del rischio di cadute e i protocolli d'intervento riducono in maniera significativa la quota di cadute. Gli interventi vanno pianificati ed eseguiti in modo mirato, sulla base dei fattori di rischio individuali delle/dei pazienti e se possibile legati all'educazione.</p> <p>Coinvolgere le e i pazienti senza handicap cognitivi e i loro congiunti nella prevenzione delle cadute evidenzia una riduzione significativa di cadute e di ferite dovute a cadute.</p>
<b>d) Campi d'azione</b>
<p><input type="checkbox"/> Cultura della qualità</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sicurezza del paziente</p> <p><input type="checkbox"/> Ricerca delle decisioni basata sull'evidenza</p> <p><input type="checkbox"/> Approccio centrato sulle/sui pazienti</p>
<b>e) Settore(i) specializzato(i)</b>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Somatica acuta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Psichiatria</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Riabilitazione</p>
<b>f) Delimitazione: Reparti/settori, professioni, ecc.</b>
<p>La prevenzione delle cadute per principio è una mansione interprofessionale, che il personale sanitario (medici, infermiere/i, terapisti/i (fisioterapia ed ergoterapia), neuropsicologhe/gi, consulenza alimentare e altri) svolge in stretta collaborazione.</p> <p>Importante è la valutazione clinica da parte di infermiere/i con esperienza, terapisti/i e medici che poco dopo l'ammissione sono in grado di dare informazioni qualificate per quanto riguarda il rischio di cadute e le documentano.</p> <p>Fattori di rischio estrinseci, intrinseci, relativi all'ambiente e al comportamento sono le cause della maggior parte delle cadute, singolarmente o in combinazione tra di essi. Con l'uso di assessment per il rischio di cadute, è possibile rilevare in maniera interdisciplinare tali fattori di rischio.</p>

## 2. Metodologia, sviluppo ed effetto

### a) La metodologia della misura di miglioramento della qualità

La prevenzione delle cadute negli ospedali e nelle cliniche comprende la stima e la valutazione del rischio, la profilassi delle cadute entro 24 ore (o non appena lo stato clinico della/del paziente lo consente), e un'analisi post-caduta dopo l'evento e la pianificazione delle dimissioni.

La clinica o l'ospedale definiscono le tempistiche predisposte, le responsabilità ecc., a dipendenza del collettivo dei pazienti e lo annota nel concetto per la prevenzione delle cadute. Occorre inoltre stabilire se tale misura di miglioramento della qualità viene applicata ad ampio raggio o per determinati collettivi di pazienti (ad es. sulla base di diagnosi, piano di cura standardizzato, età, settore specializzato).

Viene definito un responsabile della qualità che controlla l'attuazione e lo sviluppo ulteriore del concetto interno di prevenzione delle cadute.

#### 1. Stima del rischio

Al momento di ogni ammissione, mediante assessment validati di screening (sono raccomandati: ePA-AC, Morse Fall Scale, mobilità 6click), le operatrici e gli operatori sanitari valutano rapidamente il rischio attuale di cadute di un paziente. Se secondo la prima stima non sussiste un rischio elevato di cadute, vengono adottate misure generali per la prevenzione delle cadute (istruzione per il letto, luce/luce per la notte, orientamento nei dintorni, scarpe, mezzi ausiliari per camminare, educazione alla prevenzione del rischio).

#### 2. Valutazione del rischio

Se il rischio di cadute dopo una prima stima viene considerato elevato, in un accertamento individuale vengono rilevati ulteriori fattori di rischio (fattori intrinseci, estrinseci, riferiti all'ambiente e al comportamento).

- Fattori di rischio intrinseci risiedono «nella/nel paziente medesima/o» e nella maggioranza dei casi sono di natura patofisiologica. Vi rientrano ad esempio, nell'anamnesi, una limitazione muscolare nella mobilità, un handicap cognitivo o una caduta.
- Fanno parte dei fattori estrinseci i fattori relativi all'ambiente, che dall'esterno influenzano sul rischio di cadute della/del paziente. Può trattarsi da una parte di medicinali (ad es. sedativi), dall'altra parte di mezzi ausiliari mal adattati o mal impiegati (bastoni in cui la persona rischia di inciampare) o scarpe non adatte.
- I pericoli legati all'ambiente circostante sono l'illuminazione scarsa, il brutto tempo e la pavimentazione difficoltosa.
- Pure fattori legati al comportamento possono aumentare il rischio di cadute, ad esempio il modo in cui la/il paziente svolge le attività. Esempi sono la fretta mentre la persona si reca alla toilette o una distrazione mentre sale le scale.

Se non è documentato alcun ulteriore rischio di cadute con interventi derivati dal medesimo, nonostante dalla prima stima risulti un rischio elevato di cadute, ciò va motivato nella documentazione corrispondente. Un motivo, ad esempio, è una riduzione dell'acutezza visiva (visus), corretta mediante occhiali idonei, che sono anche indossati.

Con prescrizioni corrispondenti, il servizio medico può far svolgere ulteriori accertamenti.

#### 3. Profilassi delle cadute

Sulla base dei rischi di cadute valutati (valutazione del rischio) vengono attivate misure adatte. Tali misure ed eventuali istruzioni vengono registrati (ad es. sotto forma di documentazione del decorso).

La profilassi delle cadute e delle ferite si orienta al principio secondo cui la combinazione di diversi interventi singoli mirati, adattati individualmente, riducono il rischio di cadute e di ferite.

Tali interventi multifattoriali, ad esempio esercizi di equilibrio e di forza combinati con un'ottimizzazione della medicazione, ottengono i migliori risultati nella prevenzione delle cadute.

La valutazione e l'eventuale adattamento degli interventi di prevenzione delle cadute hanno luogo regolarmente (è raccomandato una volta alla settimana, ad esempio durante la visita), e quando sorgono dei cambiamenti. Le visite ai pazienti sono adatte a tale scopo. Le misure discusse vengono documentate.

#### **4. Analisi post-cadute & valutazione sistematica**

Quando si è verificata una caduta, la medesima viene rilevata mediante protocolli delle cadute. Le competenze e le misure sono contenute in documenti interni della clinica (ad es. il manuale delle cure o il concetto di prevenzione).

I protocolli delle cadute vengono analizzati sistematicamente (ad es. la frequenza, eventuali fattori, dovuti al sistema, che influiscono sulle cadute) e ne vengono derivate misure di miglioramento.

#### **5. Pianificazione delle dimissioni**

Se al momento delle dimissioni ancora sussiste un elevato rischio di cadute, idealmente al più tardi 24 ore prima delle dimissioni previste, viene svolta un'istruzione o la consegna di un promemoria per la prevenzione delle cadute e la raccomandazione di proseguire con le misure raccomandate. Lo svolgimento di tali misure viene documentato (servizio medico/ infermiera/e / terapie). I risultati rilevanti della stima e della valutazione del rischio e della profilassi delle cadute (ad es. la valutazione effettuata in merito alla sicurezza della deambulazione e il rischio di cadute valutato in maniera corrispondente) vengono documentati nei rapporti di uscita.

#### **6. Insegnamento/ trasferimento di conoscenze**

Si garantisce che tutte le collaboratrici e i collaboratori partecipanti siano a conoscenza del concetto di prevenzione delle cadute e che le collaboratrici e i collaboratori corrispondenti conoscano i contenuti (soprattutto assessment, protocollo delle cadute, provvedimenti) e li applichino correttamente. Ciò vale in egual misura sia per collaboratrici e collaboratori nuovi sia per quelli di lunga data.

*Allegati alla metodologia delle misure di miglioramento della qualità*





nessuno

#### **b) Margine di manovra**

Il rilevamento del rischio di cadute è pertinente sia negli ospedali di cure acute sia nelle cliniche di riabilitazione e psichiatriche. Nel concetto di prevenzione delle cadute l'ospedale o la clinica stabilisce a quali collettivi di pazienti si applica la MMQ. In tal modo il rispettivo concetto dell'ospedale stesso può essere trasmesso al personale sanitario definito internamente. Quest'ultimo esegue le tappe per il rilevamento del rischio di cadute come stabilito nel concetto.

Per adeguare il contenuto e le misure da eseguire ai bisogni particolari dell'ospedale/della clinica in questione è necessario disporre di un margine di manovra individuale.

Raccomandiamo di lavorare con assessment esistenti validati (rinviamo al punto 2a per gli esempi). Prescrivere gli assessment in modo esaustivo non renderebbe giustizia all'individualità dell'ospedale.

<b>c) Trasferibilità su altri reparti e/o ospedali</b>			
Grazie al margine di manovra individuale previsto nella MMQ, il concetto può essere introdotto in tutti i settori in cui vengono trattate/i pazienti in un contesto stazionario.			
<b>d) Fase dello sviluppo</b>			
Autodichiarazione: La misura di miglioramento della qualità ...			
<input checked="" type="checkbox"/> ...è stata sviluppata in modo da essere vicina alla pratica.	<input checked="" type="checkbox"/> ...ed è stata sperimentata da almeno un <u>progetto pilota</u> .	<input type="checkbox"/> non è adempiuta	
	<i>Se le MMQ sono state attuate in almeno un ospedale o settore parziale di un ospedale e se sono state raccolte delle esperienze in merito, esse sono considerate un progetto pilota.</i>		
Sviluppo vicino alla pratica grazie a personale sanitario direttamente coinvolto. Clinicamente sperimentato con adattamenti individuali degli ospedali (USZ, KSW, Stadtspital Triemli, ospedali di Soletta, KSSG).			
<b>e) Effetto desiderato sulla qualità delle cure e/o la sicurezza delle e dei pazienti</b>			
È possibile ridurre o evitare conseguenze negative per le persone colpite, quali dolori, immobilizzazione, operazioni susseguenti e degenze ospedaliere prolungate. Per l'ospedale si riducono i costi supplementari causati dalle cadute.			
<i>Allegati in merito all'effetto o all'evidenza</i>			
Bibliografia			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matthew E. Growdon, MD, Ronald I. Shorr, MD and Sharon K. Inouye, MD: "<i>The Tension Between Promoting Mobility and Preventing Falls in the Hospital</i>"; JAMA Intern Med. 2017 June 01; 177(6): 759–760. doi:10.1001/jamainternmed.2017.0840</li> <li>- Ann L. Hendrich (PhD, RN, FAAN), Angelo Bufalino (PhD), Clariencia Groves (DEng, CHDA): "<i>Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: The imperative to reduce modifiable risk factors</i>"; Applied Nursing Research 53 (2020) 151243</li> <li>- Montero-Odasso, Manuel, et al.: "World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative"; <i>Age and ageing</i> 51.9 (2022): afac205</li> <li>- Beth Taylor, DCN, RD-AP, CNSC, FCCM; Heidi Tymkew, DPT, MHS, PT, CCS; Kara Vyers, BS; Madeline Taylor, BS; Wilhelmina Roney, MSN, RNEileen Constantinou, MSN, RN-BC: "<i>Implementation of Fall Preventions Over the Past 15 Years: Impact on Inpatient Injury and Insights for the Future</i>"; J Nurs Care Qual • Vol. 35, No. 4, pp. 365–371</li> <li>- Christina Wapp, Anne-Gabrielle Mittaz Hager, Roger Hilfiker and Philippe Zysset: "<i>History of falls and fear of falling are predictive of future falls: Outcome of a fall rate model applied to the Swiss CHEF Trial cohort</i>"; 10.3389/fragi.2022.1056779</li> </ul>			
			
The tension between promoting	Validation of the Hendrich II Fall Risk	Implementation of fall preventions over	History of falls and fear of falling are pr

### 3. Attuazione e costi

<b>a) Registro</b>		
La MMQ prevede la tenuta di uno o più registri?	<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
<b>b) Certificazione</b>		
La MMQ prevede una certificazione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
<b>c) Licenze</b>		
La MMQ prevede delle licenze (ad es. questionario, sistema IT)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
<b>d) Stima dell'impiego di personale e della spesa economica per l'attuazione della misura di miglioramento della qualità</b>		
<p>La prevenzione delle cadute nell'ospedale è parte integrante del rilevamento dello stato di salute da parte del personale delle cure infermieristiche (o altro personale sanitario). Tale rilevamento spesso effettuato mediante ePA-AC (o altri assessment) permette di valutare il potenziale rischio di cadute senza un dispendio supplementare di personale. Le misure attuate direttamente possono essere integrate nelle normali attività quotidiane, necessitano tuttavia di un dispendio maggiore una tantum di circa 30 minuti. Ciò vale pure per ulteriori accertamenti da parte del servizio medico e delle terapie. Le misure attuate e i corrispondenti risultati nelle terapie vengono discussi in occasione delle visite ai pazienti. In tale circostanza è possibile discutere i risultati e ulteriori provvedimenti in modo interdisciplinare (dispendio per disciplina coinvolta: 10 minuti). Tale discussione viene documentata.</p> <p>Il dispendio supplementare per rilevare il rischio di cadute non è remunerato mediante un aumento corrispondente del Case-Mix-Index CMI della diagnosi di base.</p> <p>Ciò nonostante, vale la pena rilevare il rischio di cadute e il dispendio di tempo che vi è collegato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- il rilevamento del rischio di cadute e i provvedimenti che ne derivano evitano eventuali cadute in ospedale. In tal modo vengono sgravate risorse di tempo, personale e finanziarie.</li></ul> <p>La/il paziente può riprendersi dalla propria malattia acuta in un ambiente sicuro, la durata della degenza rimane ottimizzata.</p>		

### 4. Verifica dell'integrazione nel concetto sulla qualità interno all'azienda

*L'organismo di controllo esterno verifica se la MMQ è integrata nel concetto interno sulla qualità (ciclo PDCA). Per verificare tale integrazione in modo costruttivo ed equo, qui di seguito sono stabiliti dei **criteri**.*

Sussiste un concetto per la prevenzione delle cadute adattato individualmente ai bisogni dell'ospedale/della clinica, che comprende:

- la stima del rischio/valutazione del rischio/profilassi delle cadute
  - la definizione del collettivo di pazienti oggetto dello screening
  - gli strumenti dell'assessment
  - il periodo in cui va effettuato il primo assessment e intervalli di verifica
  - le misure basate sui rischi (misure standard o misure preventive adattate)

- gli standard della documentazione, tra gli altri la motivazione, nel caso in cui, nonostante il rischio elevato di cadute, non venga attuato alcun intervento.
- Responsabilità
- **Analisi post-cadute & valutazione sistematica**
  - Protocollo delle cadute: contenuto del protocollo e attuazione tecnica
  - procedura di analisi sistematica del protocollo delle cadute (soprattutto a quali intervalli si tengono i protocolli) e derivazione di misure
- **Pianificazione delle dimissioni**
  - Sono documentati i risultati e i provvedimenti prima delle dimissioni.
  - I risultati rilevanti della stima del rischio, della valutazione del rischio, della profilassi delle cadute e di eventuali cadute sono documentati nel rapporto di uscita.
- **Insegnamento/ trasferimento di conoscenze**
  - Gli intervalli tra gli insegnamenti sono stabiliti e garantiscono che tutte le collaboratrici e tutti i collaboratori partecipanti siano a conoscenza del concetto di prevenzione delle cadute e che i contenuti (soprattutto assessment, protocollo delle cadute, provvedimenti) vengano applicati correttamente.

L'attuazione del concetto è documentata grazie:

- alla documentazione del paziente: stima del rischio/valutazione del rischio/profilassi delle cadute pianificazione delle dimissioni
- alla valutazione sistematica dei protocolli delle cadute, compresa la derivazione dei provvedimenti

alle prove degli insegnamenti /dei corsi di formazione effettuati

## 5. Proponente e conflitti d'interesse

<b>Proponente</b> (istituzione)	Ospedali Sciaffusa Ospedale universitario di Zurigo
<i>Descrizione di eventuali conflitti d'interesse del proponente</i>	
Non sussistono conflitti d'interesse.	