
Deliberazione del Direttore Generale N. 62 del 15/07/2020

Proponente: Il Direttore UOC RISK MANAGEMENT

**Oggetto: PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA NEL PAZIENTE
PEDIATRICO**

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 15/07/2020 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITÀ

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Angela Annecciarico - DIREZIONE SANITARIA

Danilo Lisi - UOC RISK MANAGEMENT

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Per delega del Direttore della UOC AFFARI GENERALI, il funzionario Pasquale Cecere

Oggetto: PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA NEL PAZIENTE PEDIATRICO

IL Direttore f.f. U.O.C. RISK MANAGEMENT

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l’adozione del presente provvedimento, ai sensi dell’art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l’insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell’art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso

- **che** la sicurezza del paziente all’interno delle organizzazioni sanitarie è obiettivo rilevante dei processi assistenziali in ragione del fatto che detti processi possono essere gravati da incidenti non voluti prevenibili attraverso interventi preventivi che riguardano la struttura, le procedure e la formazione degli operatori;
- **che** il Ministero della Salute ha divulgato la Raccomandazione n° 13 del Novembre 2011 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie definendo le cadute eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive ed una efficace gestione del paziente a seguito di caduta;
- **che** con Deliberazione n° 279 del 28 novembre 2017 questa AORN ha adottato la “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente in ambito ospedaliero” a recepimento della linea di indirizzo ai sensi del Decreto Dirigenziale n. 48 del 03.07.2017 della Regione Campania – “Piano Regionale Cadute. Documento di indirizzo per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania”.

Rilevato

- **che** il Documento di indirizzo regionale, di cui la DD 48/2017, anticipava la trattazione del fenomeno in ambito pediatrico e prevedeva la possibilità di integrare il Documento con una appendice dedicata alla prevenzione delle cadute del Paziente pediatrico;
- **che** il Decreto Regionale n. 52 del 05.03.2020 della Regione Campania prevede la “Modifica ed integrazione al DD n. 48 del 03.07.2017 – Appendice al Piano regionale delle cadute per la prevenzione e gestione delle cadute nel Paziente pediatrico”.
- **che** nel giugno 2011 sono state emanate le linee guida Ministeriali per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità;

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

- **che**, a questo punto, anche la caduta del paziente pediatrico in ambito ospedaliero rientra tra gli eventi sentinella tracciato dal ministero della Salute e assoggettati al Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella del luglio 2009.

Considerato

- **che** la messa in sicurezza di una pratica tanto determinante e delicata come quella della prevenzione e la gestione della caduta del paziente pediatrico è di convenienza universale (del piccolo Paziente, dell’Azienda, del SSN e della collettività);
- **che** è doveroso e conveniente per l’Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta adottare una procedura che prevenga e gestisca con regole operative, comportamentali ed organizzative la caduta del Paziente pediatrico in ambito ospedaliero.

Ritenuto

di adottare la “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta nel paziente pediatrico” che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale

Attestata

la legittimità della presente proposta, che è conforme alla vigente normativa in materia.

PROPONE

1. di adottare la “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta nel paziente pediatrico” che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché al Direttore del Dipartimento Salute della Donna e del Bambino e, per suo tramite, ai Direttori/Responsabili delle UU.OO. allo stesso afferenti;
3. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, per disposizione della Regione Campania.

IL DIRETTORE f.f. U.O.C. Risk Management

Dr. Danilo Lisi

Deliberazione del Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

nominato con D.P.G.R.C. n. 76 del 10/06/2020

insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore f.f. UOC Risk Management

Acquisito il parere favorevole Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Annecchiarico e del Direttore Amministrativo Avv Amalia Carrara sotto riportato:

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Annecchiarico _____

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara _____

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l’effetto, di:

ADOTTARE la “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta nel paziente pediatrico” che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

TRASMETTERE copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché al Direttore del Dipartimento Salute della Donna e del Bambino e, per suo tramite, ai Direttori/Responsabili delle UU.OO. allo stesso afferenti;

RENDERE lo stesso immediatamente eseguibile, per disposizione della Regione Campania.

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE
E LA GESTIONE DELLA CADUTA
NEL PAZIENTE PEDIATRICO

	Cobellis Luigi	Direttore del Dipartimento Salute della Donna e del Bambino	<i>Ettore Cobellis</i>
	Nunziata Felice	Direttore u.o.c. Pediatria	<i>Felice Nunziata</i>
	Bernardo Italo	Direttore f.f. u.o.c. TIN TNE	<i>Italo Bernardo</i>
	Lisi Danilo	Direttore f.f. u.o.c. Risk Management	<i>Danilo Lisi</i>
Redazione	Grassia Carla	Dirigente Medico u.o.c. TIN TNE	<i>Carla Grassia</i>
	Tierno Elpidio	Dirigente Medico u.o.c. Pediatria	<i>Elpidio Tierno</i>
	Perrotta Angelo	Dirigente Medico u.o.c. Pediatria	<i>Angelo Perrotta</i>
	Misefari Raffaele	Coll. Prof. San. - Infermiere u.o.c. Risk Management	<i>Raffaele Misefari</i>
	Papa Marilena	Coordinatore Infermieristico u.o.c. Pediatria	<i>Marilena Papa</i>
Approvazione	Annecciarico Angela	Direttore Sanitario	<i>Angela Annecciarico</i>
Adozione	Gubitosa Gaetano	Direttore Generale	<i>Gaetano Gubitosa</i>

Indice

Premessa

1. Obiettivi

2. Terminologia

3. Campo di applicazione

4. Fattori di rischio caduta in età pediatrica

4.1 Valutazione del rischio estrinseco

4.2 Valutazione del rischio intrinseco

5. Prevenzione caduta

5.1 Interventi Universali su tutti i pazienti

5.2 Pazienti in sosta/ricovero in barella

5.3 Pazienti ricoverati in letti non adeguati al peso ed alla fascia di età

5.4 Applicazione procedura nei Soggetti a Rischio Alto

5.5 Accorgimenti per migliorare la comunicazione

6. Segnalazione ed analisi evento caduta

7. Formazione del personale

8. Informazione ed educazione sanitaria ai pazienti e ai caregiver

9. Matrice di Responsabilità/Attività

10. Indicatori/Parametri di controllo

11. Riferimenti e allegati

11.1 Riferimenti

Raccomandazione n. 13, novembre 2011 - Ministero della Salute

Decreto Dirigenziale n. 48 del 03.07.2017 della Regione Campania-Piano Regionale per la
Prevenzione delle Cadute in Ospedale

11.2 Allegati

Allegato 1 Scheda di valutazione infermieristica del rischio di caduta del paziente in ospedale

Allegato 2 Scheda di valutazione dei rischi ambientali / strutturali

Allegato 3 Scheda di valutazione dei rischi ambientali / dispositivi / presidi

Premessa

Le cadute dei pazienti rappresentano un problema estremamente rilevante sia per la frequenza che per la gravità delle conseguenze e sono, inoltre, tra le prime cause di sinistri oggetto di richiesta di risarcimento.

Per quanto riguarda l'ambito pediatrico le cadute risultano un fenomeno rilevante soprattutto nei primi tre anni di età.

In effetti negli ultimi studi più recenti si evidenzia che nel paziente pediatrico la caduta è l'incidente più frequente (62,6%), per lo più dal letto (29,7%), nella fascia di età 1-3 anni (41,5%), con esiti traumatici del capo in prevalenza e prognosi fino a 5 giorni (90,2%).

Sia la “Raccomandazione n. 13, novembre 2011 - Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” che il Decreto Dirigenziale n. 48 del 03.07.2017 della Regione Campania, “Piano Regionale Cadute. Documento d’indirizzo per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania” non riportano specifiche indicazioni per i pazienti in età pediatrica.

Pertanto, la Regione Campania ha modificato ed integrato il Decreto Dirigenziale n. 48 del 03.07.2017 con il con il Decreto Dirigenziale n. 52 del 05.03.2020 – Appendice al Piano regionale delle cadute per la prevenzione e gestione delle cadute nel paziente pediatrico.

1. Obiettivi

Il presente documento ha lo scopo di integrare la Procedura per la prevenzione e gestione della caduta del paziente in ambito ospedaliero (cfir deliberazione n° 279 del 28.11.2017) con linee di indirizzo specifiche per la prevenzione e gestione delle cadute nel Paziente Pediatrico.

Obiettivo generale della presente procedura è prevenire il rischio di caduta nei pazienti ricoverati in Area Pediatrica e Neonatalogica dell’Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta attraverso la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi del rischio caduta e l’utilizzo di metodiche e presidi specifici per l’età pediatrica atti a contrastare l’evento.

Gli obiettivi specifici sono:

- a) Divulgare le conoscenze e aumentare la sensibilità degli operatori dell’area sanitaria e dell’area tecnica interessate sul tema delle cadute del paziente in ospedale;
- b) Adottare uno strumento di rilevazione del rischio di caduta dei piccoli pazienti;
- c) Fornire indicazioni sulle modalità di prevenzione delle cadute dei piccoli pazienti;
- d) Favorire il coinvolgimento di operatori, caregivers e pazienti nella prevenzione delle cadute;
- e) Identificare i pazienti a rischio caduta e garantire appropriati interventi di prevenzione;

- f) Identificare ed eliminare situazioni che comportano rischi di caduta legate all’ambiente;
- g) Fornire agli operatori sanitari istruzioni operative omogenee per la gestione del paziente caduto e la segnalazione dell’evento.

2. Terminologia ed Abbreviazioni

Caduta

Il Ministero della Salute nella Raccomandazione n.13, novembre 2011 “Prevenzione e la Gestione della Caduta del Paziente nelle Strutture Sanitarie” definisce la caduta come: “*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*”.

In età pediatrica la descrizione dell’evento è legata al caregiver o al personale addetto all’assistenza.

Caregiver: persona che abitualmente si prende cura del piccolo paziente e delle sue necessità, anche di carattere clinico assistenziale, all’interno della struttura ospedaliera e soprattutto a domicilio. Esso rappresenta il punto di riferimento anche per il personale sanitario che dovrà valutare l’evoluzione clinica nei percorsi di follow up.

Nel caso della nostra tipologia di utenza, il caregiver è rappresentato da un genitore (molto frequente), da un parente convivente o da un tutore/assistente.

3. Campo di applicazione

La presente procedura si applica a tutti i pazienti in età pediatrica che accedono in Area Pediatrica e Neonatologica dell’Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta nei seguenti setting assistenziali:

- ✓ Ricovero ordinario (programmato/urgente)
- ✓ Ambulatori
- ✓ Day hospital/day surgery
- ✓ Osservazione breve intensiva/Pronto Soccorso

In merito alla prevenzione delle cadute pediatriche in Pronto Soccorso si ritiene opportuno una prima valutazione del rischio caduta clinico/anamnestica da riportare nella scheda di Triage con una apposita nota che evidenzi il rischio maggiore di caduta che accompagnerà il paziente in tutte le procedure del Pronto Soccorso.

La rilevazione del “rischio individuale di caduta”, in fase di ricovero, invece verrà eseguita dall’infermiere del reparto di destinazione.

Gli utenti che sostano nelle sale d'attesa per visita ambulatoriale e nelle sale d'attesa per ingresso in Pronto soccorso, in caso di eventuale caduta, verranno opportunamente trattati come da procedura per gestione delle cadute nel paziente pediatrico (età <=14 anni).

4. Fattori di rischio caduta in età pediatrica

L'identificazione dei fattori di rischio è il presupposto di ogni programma di intervento.

La prima azione necessaria per la prevenzione delle cadute consiste nell'accertare i possibili fattori di rischio in relazione alle caratteristiche del piccolo paziente ed a quelle dell'ambiente e della struttura che lo ospita in termini di sicurezza, di organizzazione e di adeguatezza del processo assistenziale.

Secondo la Raccomandazione ministeriale n. 13 e la letteratura nazionale ed internazionale i fattori di rischio responsabili delle cadute possono essere suddivisi in:

- A. Fattori intrinseci, relativi alle condizioni di salute del piccolo paziente;
- B. Fattori estrinseci, relativi agli aspetti organizzativi del contesto di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati.

Le cadute dei neonati/attanti vanno ascritte agli incidenti ed alla distrazione degli adulti incaricati della sorveglianza dei piccoli nonché alla efficienza dei presidi/dispositivi e cautele utilizzate.

La loro prevenzione è affidata ad una attenta valutazione del rischio ambientale nelle uoou di Pediatria, Ostetricia, TIN e nel Nido.

4.1 Valutazione del Rischio Estrinseco

Le caratteristiche dell'ambiente della struttura sanitaria, ivi incluse le dotazioni dei dispositivi medici, dei mezzi di movimentazione paziente ed il funzionamento degli ausili e presidi utilizzati per l'assistenza, incidono sul rischio di caduta dei pazienti.

Si considera molto importante una valutazione ambientale periodica mirata dei possibili fattori di rischio, che coinvolga direttamente il personale preposto dell'Unità Operativa e, possibilmente in modo congiunto, il Servizio di Prevenzione e Protezione la u.o.c. Ingegneria Ospedaliera e Servizi Tecnici.

Il coinvolgimento delle sopraccitate uoou è ritenuto fondamentale per la realizzazione di verifiche di sicurezza ambientale e dei presidi con periodicità prestabilita.

L'utilizzo di strumenti di controllo (Check List), volti ad identificare i principali fattori di rischio cadute relativi al monitoraggio costante sia degli ambienti e sia dello stato di manutenzione dei dispositivi, si dimostra fondamentale nella riduzione dei rischi.

Il Piano Regionale Cadute proponeva due Check List per la valutazione del rischio estrinseco: la Check List di valutazione strutturale e la Check List di valutazione dei dispositivi/presidi ed ausili all'assistenza che sono *state modificate per le esigenze del bambino ricoverato (Allegati 2 e 3)*. E' fondamentale che il personale conosca i rischi di caduta correlati alle caratteristiche dei letti, delle spondine o dei bagni e che possa agire in modo tempestivo (es. abbassare l'altezza del letto o evitare l'utilizzo se i freni non funzionano, valutare l'opportunità di utilizzo delle spondine, mantenere l'illuminazione nel percorso dalla camera al bagno, interdire l'utilizzo del bagno quando il pavimento è bagnato, ecc.).

Rendersi conto di quando il presidio/dispositivo risulta malfunzionante rende possibile il suo allontanamento con la conseguenziale richiesta di intervento manutentivo.

La valutazione della sicurezza di ambienti e presidi, relativamente al rischio di caduta, deve essere condotta:

- almeno una volta all'anno
- a seguito di particolare rilevanza
- a seguito di importanti modifiche ambientali o dei presidi in uso.

Fattori predisponenti ad un rischio maggiore:

- ✓ Lattante o bambino fino a 2 anni collocato inappropriatamente in un letto grande anziché in una culla o in un lettino;
- ✓ Il bambino usa ausili od ortesi come stampelle, deambulatori, bastone...;
- ✓ Presenza nella stanza di pompe o di altri dispositivi o di elementi di arredamento mobile;
- ✓ Scarsa o bassa illuminazione;
- ✓ Bambino che si trova fuori dal reparto per ricevere cure o assistenza in aree aperte al pubblico.

4.2 Valutazione del Rischio Intrinseco

I fattori di rischio intrinseci sono correlati allo stato clinico del paziente: anamnesi di precedenti cadute, età, farmaci assunti (sedativi sul sistema nervoso centrale, diuretici ecc.), patologie (neuromuscolari, del sistema nervoso, disidratazione), ridotta/alterata mobilità, disabilità' e/o l'uso di ausili per la deambulazione.

Sono da considerare a rischio anche gli stati conseguenti all'anestesia (agitazione, confusione, disorientamento).

Come rileva l'OMS, determinare il rischio del paziente non è facile.

La valutazione relativamente ai fattori di rischio intrinseci è un metodo efficace per identificare i Piccoli pazienti a rischio di caduta.

Tra i fattori di rischio statisticamente più significativi all'ammissione in ospedale e durante il ricovero in ambito pediatrico vi sono:

- l'età inferiore ai 3 anni;
- cadute pregresse;
- patologie di base correlate al sistema nervoso centrale e/o agli organi di senso:
 - convulsioni, trauma cranico, idrocefalo, paralisi cerebrale infantile ed altro;
 - patologie neuropsichiatriche o comportamentali: includono i disturbi dell'umore (depressione maggiore, disturbo bipolare), i disturbi del controllo degli impulsi ed altro;
 - sono inclusi anche i pazienti con diagnosi di patologia neurologica probabile ma non ancora definita.
- Altre patologie non ricomprese nelle precedenti: qualunque disturbo o condizione che non ricade negli altri tre criteri (ad esempio: cellulite, patologie ortopediche);
- Disturbi che alterano l'ossigenazione (le alterazioni dell'ossigenazione non si limitano ai problemi respiratori ma possono includere anche la disidratazione, l'anemia, la riduzione o l'assenza di appetito e di alimentazione, la perdita di coscienza ed altro).
- Bambino sottoposto a intervento chirurgico, quindi in sedazione o ad anestesia.
- Bambino in terapia con farmaci che lo possono esporre al rischio di alterazioni del livello di coscienza perché interferiscono con la cognitività, incluse le terapie anticonvulsivanti.

La valutazione di tali fattori di rischio deve essere effettuata, mediante uno strumento standardizzato e validato, all'atto del ricovero ed ogni qualvolta si modifichino significativamente le condizioni cliniche del piccolo paziente.

In base alla rivalutazione della letteratura nazionale ed internazionale si è deciso di proporre la Humpty Dumpty Falls Scale Modificata, che si allega, di facile utilizzo ed adatta ad un monitoraggio continuo (**Allegato 1**).

Essa valuta 3 aree ad ognuna delle quali viene attribuito un punteggio sulla base della presenza di alcuni elementi riportati sulla griglia di compilazione.

La somma dei punteggi riportati in ogni area corrisponde al punteggio finale della HDFS, variabile da 3 a 12.

Per un punteggio uguale o maggiore a 7 il bambino è considerato ad ALTO RISCHIO.

L'Infermiere aggiornerà nuovamente la scala di valutazione del rischio di caduta ogni qualvolta si verifichino significative variazioni delle condizioni cliniche del piccolo paziente (ivi comprese le significative variazioni terapeutiche), informando dei nuovi risultati l'equipe assistenziale.

La scheda di valutazione del rischio di caduta fa parte della documentazione clinica e va archiviata con essa.

L' Humpty Dumpty Fall Scale non approfondisce i pericoli nei neonati e nei piccoli lattanti che rappresentano invece una categoria ad alto rischio di cadute.

La caduta di un neonato/lattante avviene quando, per es trasportato da una persona, scivola dalle mani, braccia, grembo o quant'altro.

Per prevenire, o quantomeno ridurre tale evenienza, in ospedale è possibile attuare i seguenti provvedimenti che coinvolgono il personale sanitario e i genitori.

Per il personale di assistenza:

- Evitare che il bambino sia lasciato solo su fasciatoio, bilancia, letto;
 - Utilizzare la culla per gli spostamenti ed evitare tragitti lunghi con neonati o lattantini in braccio;
 - Tenere il piano della culla orizzontale durante gli spostamenti;
 - Adagiare il bambino nel lettino/culla a spondine alzate o, se in incubatrice, accertarsi della chiusura degli oblò prima di allontanarsi.
- Inoltre è importante sensibilizzare le mamme sul pericolo di una caduta dal letto e/o dalle braccia del proprio piccolo, informandole di:
- non lasciare il figlio da solo sul letto e/o fasciatoio;
 - se si sentono stanche, deboli o con sensazione di svenimento, non sollevare il proprio piccolo ma chiamare aiuto;
 - non dormire col bimbo nel letto o in poltrona o su una sedia;
 - tenere il proprio letto nella posizione più bassa possibile;
 - prima di addormentarsi, adagiare il piccolo nella culla;
 - se si assumono sedativi, il piccolo paziente sarà assistito dal personale sanitario fino a quando la madre non sarà più vigile e sveglia.
- E' necessario annotare, quindi, il rischio elevato di caduta in cartella clinica (es. sul frontespizio) o sulla bachecca presente in medicheria.
- I genitori e tutti i caregivers dei piccoli pazienti devono essere informati della entità del rischio caduta, del regolamento di accesso e comportamento nella struttura sanitaria e delle modalità di interazione con il personale della U.O. di degenza, in particolar modo per la prevenzione delle cadute.

A tale scopo, già nel 2017, è stata redatta e diffusa una locandina contenente consigli da fornire ai familiari dei pazienti ricoverati in pediatria.

In seguito alla valutazione e in coerenza con i risultati della stessa è necessario intraprendere delle azioni di gestione e prevenzione del rischio identificato.

5. Prevenzione caduta

La prevenzione della caduta risulta maggiormente attuabile nell’ambito del ricovero ospedaliero dove il piccolo paziente soggiorna per un periodo superiore alle 24 ore mentre assume una valenza diversa nei piccoli pazienti afferenti agli ambulatori ed in Pronto Soccorso quando l’esiguità di tempo non consente di instaurare un piano assistenziale.

5.1 Interventi Universali su tutti i pazienti

L’informazione e l’educazione sanitaria impartita dal personale infermieristico è un atto dovuto all’ingresso del paziente e durante la sua degenza.

L’infermiere, al momento del ricovero del piccolo paziente in reparto, ha la responsabilità di effettuare gli interventi individuati per la prevenzione delle cadute, e cioè:

- ✓ presenta la struttura di degenza;
- ✓ dispone il letto in posizione bassa e bloccato;
- ✓ alza le guide laterali se le condizioni cliniche e l’età del piccolo paziente non consentono di garantirne la sicurezza;
- ✓ invita all’uso di calzature antiscivolo per la deambulazione e all’uso di indumenti con taglie adeguate per prevenire rischio di inciampare;
- ✓ valuta il bisogno di eliminazione e ne cura gli ausili, se necessario;
- ✓ mette il campanello a portata di mano, educa paziente /caregiver al suo utilizzo;
- ✓ provvede che l’ambiente sia sgombero di attrezzature inutilizzate e che la mobilia sia sistemata nella collocazione corretta per minor ingombro possibile;
- ✓ valuta la corretta illuminazione;
- ✓ applica la Scala di valutazione del rischio di caduta Humpty Dumpty Full Scale HDFS per stabilire lo score;
- ✓ educa il caregiver (genitore) informandolo sul grado di rischio caduta del proprio congiunto e dei comportamenti da tenere per contribuire alla prevenzione e invita a prendere visione di tutte le istruzioni presenti in reparto rivolte all’accompagnatore.

5.2 Pazienti in sosta/ricovero in barella

La sosta ed il ricovero in barella determina un notevolissimo aumento di probabilità di caduta.

La lunga sosta/ricovero del piccolo paziente in barella non rispetta la normativa sulla sicurezza in quanto la barella non può essere considerato un idoneo appoggio per le manovre assistenziali, anche elementari.

Se è pur vero che nel corso degli anni le barelle sono state rese sempre più sicure, restano comunque degli appoggi temporanei destinati al trasporto del piccolo paziente.

Per tale motivo il piccolo paziente in barella ha sempre una valutazione ad **ALTO RISCHIO** di caduta.

5.3 Pazienti ricoverati in letti non adeguati al peso ed alla fascia di età

Il lattante ed il bambino hanno la peculiarità di avere conformazione fisica differente in ragione dell'età (fascia ad alto rischio tra 3 mesi a 2 anni).

In caso di affollamento ed esaurimento culle diventa necessario collocare temporaneamente il piccolo paziente in posti letto idonei.

In tale caso diventa fondamentale prevedere protezioni adeguatamente impiantabili al bisogno.

Come per il ricovero in barella, si è stabilito quindi di considerare sempre ad **ALTO RISCHIO** di caduta il lattante/bambino collocato in letto non adeguato.

In caso di sovrappiombamento e all'atto del ricovero sono vietati appoggi del bambino in dispositivi non sanitari quali il port enfant o il carrozzino.

In tali casi si dovrà prevedere in tempi brevi a collocare correttamente il paziente in letto o culla idonei, in relazione alle disponibilità.

Il piccolo paziente collocato nel dispositivo port-enfant non andrà mai appoggiato sulla barella o sul letto.

5.4 Applicazione procedura nei Soggetti a Rischio Alto

In caso di uno Score Rischio di Caduta del Paziente uguale o maggiore di 7 (Rischio alto)

l'Infermiere mette in atto tutte le azioni standard indicate per pazienti ad alto rischio:

- ✓ identifica paziente a rischio di caduta e lo indica sulla documentazione clinica del paziente;
- ✓ informa il caregiver che il piccolo paziente è a rischio caduta e gestisce la corretta informazione e educazione sanitaria dello stesso;
- ✓ garantisce che il paziente durante la deambulazione sia accompagnato;
- ✓ sistema il paziente in un letto adeguato al suo sviluppo neurocomportamentale;
- ✓ valuta la necessità di maggiore sorveglianza;
- ✓ rimuove tutte le attrezzature sanitarie non usate;
- ✓ evita che gli spostamenti dei piccoli pazienti vengano effettuati da caregiver non educati;

- ✓ in caso di paziente ricoverato in barella o in letto non idoneo verifica la presenza protezioni adeguate;
- ✓ si accerta che in nessun caso il bambino venga ricoverato con proprio mezzo (ovetto, passeggino);
- ✓ in caso di ricovero in barella o in letto non idoneo, si fa carico di spostare il paziente in culla/letto idoneo appena possibile.

5.5 Accorgimenti per migliorare la comunicazione

La comunicazione risulta essere fondamentale per il coinvolgimento del paziente e del caregiver nella prevenzione della caduta.

Allo scopo, bisogna:

- comunicare in modo rassicurante e calmo;
- fornire istruzioni semplici, evitando motivazioni troppo dettagliate e spiegazioni ripetitive.

6. Segnalazione ed analisi evento caduta

Tutte le cadute debbono essere segnalate utilizzando la Scheda di Incident reporting in uso nella nostra Azienda, sia che il paziente abbia subito una lesione sia che non vi siano state conseguenze. L'operatore sanitario in turno che è testimone diretto o indiretto della caduta di un paziente segnala l'evento con il modulo in uso in Azienda per gli adulti e secondo i percorsi già consolidati per le cadute dei pazienti adulti.

Tale segnalazione non sostituisce alcun adempimento di legge in merito (Denuncia, Referto, ecc), né tantomeno sostituisce quanto i sanitari hanno obbligo di annotare compilando la cartella clinica e quella infermieristica, ciascuno per le proprie competenze.

Per gli eventi rientranti nel Monitoraggio SIMES vengono eseguiti anche gli obblighi derivanti dalla segnalazione di Evento Sentinella.

La caduta è un evento avverso.

In caso di caduta di un paziente il primo operatore presente deve immediatamente prestare soccorso; di seguito le azioni da intraprendere in ordine temporale sono:

- Valutare se la persona ha riportato lesioni prima di mobilizzarla (ferite, traumi cranici, dolori / traumi determinanti fratture);
- tranquillizzare il paziente / posizionarlo in maniera appropriata e confortevole;
- rilevare i parametri vitali: PA in clino e ortostatismo (se possibile);
- comunicare al medico la caduta del paziente al fine di consentire una tempestiva valutazione clinica;

- predisporre il paziente per eventuali accertamenti diagnostici (RX...);
- informare la famiglia della caduta analizzando insieme i fattori di rischio modificabili e relativi interventi;
- documentare l'evento compilando la scheda di segnalazione già in uso ed inviarla all'uoc Risk Management; in caso di trauma maggiore, quest'ultima attiverà il flusso SIMES per la segnalazione di evento sentinella;
- sorvegliare la persona caduta per la possibile comparsa di complicanze tardive in caso di trauma cranico e frattura;
- attuare interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili in quanto il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriore caduta.

7. Formazione del personale

La formazione del personale è strategica sia per quanto concerne la prevenzione che le azioni da intraprendere dopo la caduta.

L'uoc Risk Management continuerà ad organizzare percorsi formativi aziendali sia per quanto concerne la gestione dell'evento caduta, sia per intraprendere percorsi di prevenzione per la riduzione dei rischi ad esso associati.

Tali eventi andranno organizzati periodicamente con l'ausilio della uoc Formazione Aziendale e delle altre articolazioni aziendali coinvolte nell'assistenza all'utente pediatrico (Ostetricia, Pediatria, Nido, TIN, etc..) e coinvolgerà tutto il personale individuato.

8. Informazione ed educazione sanitaria ai pazienti ed ai caregiver

All'ingresso nella u.o, mostrare al piccolo paziente/caregiver la stanza di degenza, il bagno, il reparto e come si suona il campanello.

Durante gli interventi educativi, l'educazione sanitaria deve riguardare le tre tematiche principali:

- i fattori di rischio presenti;
- le modalità con cui eseguire i passaggi posturali in sicurezza;
- le modalità con cui alzarsi in presenza di ipotensione ortostatica.

Quando il rischio di caduta è alto, informarne la persona e la sua famiglia avendo come obiettivo l'illustrazione di:

- fattori di rischio presenti;
- possibili strategie preventive;
- informare l'infermiere ogni qual volta voglia recarsi in bagno o voglia allontanarsi dal reparto;

- corretti passaggi posturali in sicurezza (es. i passaggi posturali, nel paziente ad alto rischio di caduta devono essere eseguiti lentamente);
 - istruzione del paziente ad attuare manovre finalizzate alla sua prevenzione in presenza di ipotensione ortostatica (es. alzarsi da seduti lentamente; dondolare prima di stare in piedi o prima di camminare; alzare ed abbassare ritmicamente le caviglie, stando seduti, prima di camminare; sedere immediatamente alla comparsa di vertigini; riposare dopo i pasti in caso di ipotensione postprandiale);
 - valutazione degli effetti psicologici delle cadute, della paura di cadere;
 - sicurezza nell'eseguire le attività quotidiane, nel caso in cui la persona sia già caduta in passato;
 - affissione di cartellonistica informativa, eventualmente integrata da filmati.
- L'informazione e l'educazione sanitaria impartita dal personale infermieristico è un atto dovuto all'ingresso del piccolo paziente e durante la sua degenza.
- Tutti i momenti informativi, che sono tempo di cura, devono essere riportati in Cartella Clinica precisando data ed ora in cui è stato fatto.
- L'annotazione va ripetuta ogni qualvolta l'attività venga reiterata.

9. Matrice di Responsabilità/Attività

Attività	Figure Responsabili			
	Infermiere	Caposala	Medico reparto	Risk Management
PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTA	R	I	I	I
Valutazione del paziente a rischio caduta	R	I	I	I
Scheda di valutazione dei rischi ambientali / dispositivi / presidi	R	I	I	I
Scheda di valutazione dei rischi ambientali / strutturali			I	R
INTERVENTI MULTIFATTORIALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE				
Ambientali	C	R		
Informazione / educazione paziente e caregiver	R			
IN CASO DI CADUTA	R	R	R	I
Gestione del paziente caduto, primo soccorso	C	C	R	I
Valutazione clinica ed interventi assistenziali sul paziente caduto	C	C	R	
Informazione alla famiglia	C	C	R	
Compilazione scheda di segnalazione caduta	R	R	R	I
Invio della scheda di segnalazione all'uoc Risk Management	R	R	R	
Attivazione Audit / flusso SIMES			R	

R: responsabile; **C:** collabora; **I:** informato

10. Indicatori/Parametri di controllo

Indicatore	Valutazione infermieristica del rischio di caduta del paziente anziano	Standard
Numeratore	Numero di pazienti valutati per il rischio di caduta nell'unità operativa	> 80%
Denominatore	Numero di pazienti ricoverati nell'unità operativa	

Indicatore	Valutazione dei rischi ambientali / dispositivi / presidi	Standard
Numeratore	Personale sanitario formato sulla prevenzione delle cadute dei pazienti	> 80%
Denominatore	Personale sanitario dell'unità operativa	

Indicatore	Segnalazione cadute	Standard
Numeratore	Numero di cadute segnalate dagli operatori dell'unità operativa	> 80%
Denominatore	Numero di cadute nell'unità operativa	

Indicatore	Valutazione dei rischi ambientali / strutturali	Standard
Numeratore	Numero di cadute nell'unità operativa oggetto di richiesta di risarcimento	> 80%
Denominatore	Numero di cadute segnalate dagli operatori dell'unità operativa	

11. Riferimenti e allegati

1.1 Riferimenti

- ✓ Raccomandazione n. 13, novembre 2011 - Ministero della Salute
- ✓ Decreto Dirigenziale n. 48 del 03.07.2017 della Regione Campania-Piano Regionale per la Prevenzione delle Cadute in Ospedale
- ✓ Decreto Dirigenziale n. 52 del 05.03.2020 – Appendice al Piano regionale delle cadute per la prevenzione e gestione delle cadute nel paziente pediatrico.

11.2 Allegati:

- ✓ Allegato 1 Scheda di valutazione infermieristica del rischio di caduta del paziente in ospedale (Humpty Dumpty Falls Scale Modificata)
- ✓ Allegato 2 Scheda di valutazione dei rischi ambientali / strutturali
- ✓ Allegato 3 Scheda di valutazione dei rischi ambientali / dispositivi / presidi

Parametro	Criterio	Score data	Score data	Score
	Inferiore a 3 anni	4	4	4
	Compresa fra 3 anni compiuti e 7 anni meno un giorno	3	3	3
	Compresa fra 7 anni compiuti e 13 anni meno un giorno	2	2	2
	Da 13 anni in su	1	1	1
	Problemi neurologici (convulsioni, trauma cranico, idrocefalo, paralisi cerebrale infantile ecc.)	4	4	4
	Disturbi che alterano l'ossigenazione (problemI respiratori, anemia, disidratazione, inappetenza, perdita di coscienza, vertigini ecc.)	3	3	3
	Patologie neuropsichiatriche o comportamentali (disturbi dell'umore, disturbi del controllo degli impulsi ecc.)	2	2	2
	Altre patologie non ricomprese nelle precedenti	1	1	1
	Storia di precedenti cadute dal letto e/o barella oppure Lattante o bambino fino a 2 anni messo in letto grande	4	4	4
	Utilizza supporti o ausili per muoversi oppure Lattante o bambino fino a 2 anni messo in culla o in lettino appropriato per l'età oppure Presenza di pompe o altri dispositivi nella stanza; scarsa illuminazione nella stanza	3	3	3
	Bambino collocato in letto appropriato per l'età	2	2	2
	Bambino in visita ambulatoriale	1	1	1
	Score			
	PAZIENTE A RISCHIO MAGGIORE Score uguale o > a 7	SI	NO	SI
				NO
				SI
				NO

IL BAMBINO POSIZIONATO IN BARELLA VIENE CONSIDERATO SEMPRE AD ALTO RISCHIO

	AMBIENTI	SI	NO	OSSERVAZIONI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
PAVIMENTI					
Non scivolosi					
Assenza di dislivelli					
Assenza di ostacoli (arredi, ausili, o altro ingombrante)					
Assenza di buche e avallamenti					
Presenza di cartello di pericolo durante le operazioni di lavaggio					
CORRIDOI					
Corrimano					
Illuminazione diurna sufficiente					
Illuminazione notturna che permetta una buona visione					
Assenza di ostacoli ingombranti					
Larghezza che permette di muoversi agevolmente					
SCALE					
Corrimano preferibilmente sui due lati o almeno da un lato					
Gradini dotati di antiscivolo					
Illuminazione diurna sufficiente					
Illuminazione notturna che prevede una buona visione					
Uscite di sicurezza con allarmi funzionanti					
CAMERE					
Dimensione minima rispettata					
Apertura porta verso l'esterno					
Illuminazione diurna sufficiente					
Illuminazione notturna che permette una buona visione					
Interruptori accessibili e visibili al buio					
Luci personali sulla testata del letto					
Luci notturne percorso camera-bagno					
Mobili stabile e ordinato					
Assenza di spigoli sporgenti					
Assenza di fili elettrici mal posizionati					
Maniglioni dove servono per la deambulazione del paziente					
BAGNI					
Dimensione minima rispettata con spazi adeguati all'ingresso e alle manovre della carrozzina					
Apertura della porta verso l'esterno					
Interruptori accessibili e visibili al buio					
Illuminazione diurna sufficiente					
Illuminazione notturna che permette una buona visione					
Specchi accessibili a chi è seduto					
Doccia/vasca con dotazione di ausili					
Campanelli di chiamata raggiungibili dalla doccia e dai sanitari					
Water adattabili in altezza (con ausili inseribili)					
Alzavate e maniglioni ribaltabili					
Rubinetti con leve lunghe per facilitare l'apertura e la chiusura					
Doccetta inserita sul davanti della tazza del water (o altro sistema laterale)					
Tappetini antiscivolo sicuri (con sistema di fissaggio)					

U.0. _____ Data Rilevazione _____ / _____

DISPOSITIVI/PRESIDI		SI	NO	OSSERVAZIONI AZIONI DI MIGLIORAMENTO
BASTONI/STAMPELLE/TRIPODI				
Regolabili in altezza				
DEAMBULATORI				
Bassi o alti secondo il caso + cestino e sedile e quattro ruote				
Poco ingombrianti				
SEDIE				
Presenza Braccioli				
Altezza idonea				
Seduta idonea				
SEDIA A ROTELLE				
Ruote posteriori grandi e schienale inclinabile				
Possibilità inserimento tavola per il pasto				
Freni/ruote efficienti e agevolmente comandati				
Braccioli removibili				
Poggia piedi funzionanti ed estraibili				
Buona manovrabilità				
Larghezza seduta <70cm				
Profondità 43-45 cm (per le carrozzine non portatili)				
Schiene basso (altezza cm 90-92 da terra max 95 cm)				
Sistema di ancoraggio con cinture				
Presenza carrozzine basculanti				
BARELLE				
Regolabili in altezza				
Spondine adattabili in altezza e blocabili all'altezza desiderata				
Ruote/freni efficienti				
ASTA PER FLEBO				
Integrata con il letto				
Base stabile con più di cinque piedini				
Ruote efficienti				
Regolabile in altezza				
LETTI				
Elettrici regolabili in altezza (o con sistema a pedale) con piano abbassabile fino a pochi cm da terra				
Possibilità di inserire sponde o semi sponde				
Adattabili in altezza				
Spondine adattabili in altezza				
CULLE per le varie età				
Freni efficienti				
Ruote efficienti				
POLTRONE PER LA MAMMA O ALTRO CAREGIVER				
Reclinabili ed allungabili				
COMODINO				
Presenza di tavolo servitore				
Piano di appoggio adeguato, regolabile in altezza e girevole				
Ruote/freni efficienti				

Firma del Coordinatore – Rilevatore _____