

SOC Rischio Clinico e Rischio Infettivo
Direttore: Dott.ssa Paola Costanzo
Settore Rischio Clinico

Report sulle "Segnalazioni cadute dei pazienti ricoverati in ospedale" Anno 2011

Le cadute possono rappresentare un problema importante nell'ambito del ricovero in Ospedale: da una caduta accidentale possono nascere conseguenze serie per il paziente, per la sua famiglia e per l'Azienda Sanitaria soprattutto quando gli esiti sono lesioni e fratture che riducono la motilità e riducono l'autosufficienza del paziente

Questi eventi possono costituire una maggiorazione dei costi anche per il prolungarsi del tempo di ricovero, per le ulteriori procedure diagnostiche e terapeutiche che si rendono necessarie e per le eventuali richieste di risarcimento danni da parte dell'assistito o dei suoi congiunti

Da alcuni anni le cadute in Ospedale sono oggetto di studio da parte di vari organismi scientifici internazionali; dal 2009 anche presso l'ASL AL si è iniziato a raccogliere ed analizzare i dati con lo scopo di individuare i fattori di rischio e verificare le strategie assistenziali preventive.

METODOLOGIA

Il progetto ha avuto inizio nel corso del 2009 con la costituzione di 2 gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari e rappresentativi di tutta l'ASL AL.

Il primo gruppo ha elaborato i "*Criteri guida aziendali per la prevenzione delle cadute dei pazienti in Ospedale*" utilizzando la *Scala di Conley* (in uso dal 01/06/2009) come strumento per la rilevazione dei rischi cadute da parte del personale infermieristico al momento del ricovero del paziente in reparto.

Il secondo gruppo ha elaborato una "*Scheda di segnalazione caduta del paziente in Ospedale*" al fine di poter creare una banca dati per il monitoraggio delle cadute uniforme a tutta l'ASL AL.

In precedenza le segnalazioni spontanee non seguivano iter omogenei in tutti i presidi: in qualche caso le cadute venivano comunicate alle Direzioni Mediche, in altri erano segnalati solo gli eventi con esiti rilevanti per i pazienti. Non erano raccolti dati né sulle circostanze in cui avveniva l'evento caduta, né sulle caratteristiche del paziente, né su eventuali atti diagnostici o di approfondimento successivi alla caduta.

La scheda formulata nel 2009 è stata oggetto di revisione dopo la valutazione dei dati raccolti raffrontando il 2° semestre 2009 e il 1° e 2° semestre 2010; sono stati modificati alcuni items in quanto risultati poco specifici e non utili all'indagine.

La scheda revisionata, unico strumento valido per la segnalazione delle cadute dei pazienti, **(Allegato 1)** è entrata in vigore il 01 Agosto 2011

Le elaborazioni dei dati sono state effettuate raffrontando tra loro dati comuni tra le segnalazioni ricevute nel corso dell'anno 2010 e quelle ricevute nel corso del 2011. **(Allegato 2)**

PRESENTAZIONE DEI DATI

Le schede pervenute alla SOC Rischio Clinico e Rischio Infettivo dall' 01/06/2009 al 31/12/2011 sono state 700

- 197 nel secondo semestre 2009
- 244 nell'anno 2010
- 259 nell'anno 2011

In seguito all'introduzione dei "Criteri guida aziendali per la prevenzione delle cadute dei pazienti in Ospedale" e degli eventi formativi realizzati dalla SOC Rischio Clinico e Rischio Infettivo per l'implementazione della procedura presso tutti i PP.OO. dell'ASL AL, da un primo esame dei dati complessivi emerge una maggior disponibilità da parte del personale sanitario dell'ASL AL a segnalare la caduta di un paziente

Le "Schede di segnalazione cadute" sono state elaborate raggruppando i vari items in 3 ambiti principali e precisamente nei fattori riferiti:

1. al paziente
2. all'ambiente
3. alle prestazioni medico-sanitarie successive alla caduta

1. al paziente:

- età,
- condizioni di soggetto a rischio da Scala di Conley
- modalità di caduta (dal letto, dal letto con spondine, dalla carrozzina, dalla barella, dalla barella con spondine, dalla posizione eretta)
- probabili cause (inciampato/scivolato, perdita di coscienza, agitazione psicomotoria)

2. all'ambiente:

- luogo dell'evento (stanza di degenza, corridoio, bagno, scale, sala visita/medicazioni),

3. agli aspetti di rilevanza clinica per il paziente:

- descrizione degli esiti
- prognosi
- accertamenti diagnostici e terapeutici

FATTORI RIFERITI AL PAZIENTE

Età. Per facilitare le analisi dei dati sono state individuate 3 fasce di età:

- **tra 65 e 75 anni**
- **tra 76 e 85 anni**
- **più di 85 anni**

dal grafico (**allegato 3**) emerge che:

sono state più numerose le cadute nei pazienti ricoverati tra i 76 e 85 anni

- **101** nell'anno 2010

- **115** nell'anno 2011

Su 101 cadute (anno 2010) **45** riguardano pazienti di genere femminile e **56** di genere maschile

Su 115 cadute (anno 2011) **55** riguardano pazienti di genere femminile e **60** di genere maschile.

La differenza rilevata non è stata ritenuta tale da richiedere ulteriori approfondimenti.

Modalità di caduta. (allegato 4) Dai dati rilevati, si può notare che:

- il 53% (53.28% 2010 ; 53.67% 2011) dei pazienti sono caduti mentre si trovavano in posizione eretta;
- il 21% (21.31% 2010 ; 20.46% 2011) dal letto senza spondine;
- Le cadute del letto con spondine, sono più che raddoppiate nel 2011 (16.21%) rispetto al 2010 (7.79%), 42 nel 2011 e 19 nel 2010 in valore assoluto.

Probabili cause. (allegato 5) In tutti i PP.OO. dell'Azienda si è potuto rilevare, coerentemente con la prevalenza di cadute dalla posizione eretta, un maggior numero di pazienti caduti perché **inciampati / scivolati** (68.44% anno 2010 ; 59.07% anno **2011**) rispetto ad altri motivi: agitazione psicomotoria / disorientato (28.27% anno 2010 ; 38.61% anno 2011) che si ricollegano alle cadute dal letto

I dati del 2010 relativi al pavimento asciutto / bagnato non sono risultati significativi pertanto l'item non è più stato preso in considerazione con la nuova scheda.

FATTORI RIFERITI ALL'AMBIENTE

Luogo dell'evento. (allegato 6)

La distribuzione dei valori è molto simile nei due anni considerati

- "stanza di degenza" 70%, (69.67% anno 2010 69.88% anno 2011), 170 nel 2010 e 181 nel 2011
- "bagno" 20% (19.67% anno 2010 ; 20.84% anno 2011),
- "corridoio" 5% (4.05% anno 2010 , 5.79% anno 2011),
- "sala visita / medicazioni" 1% (1.6% anno 2010 ; 0.39% anno 2011),
- "altro" 2.5% (2.45% anno 2010 ; 2.73% anno 2011),
- "scale" **nessuna caduta**

FATTORI RIFERITI AGLI ASPETTI DI RILEVANZA CLINICA PER IL PAZIENTE

Descrizione degli esiti.(allegato 7)

- nessuna conseguenza:(45.91% anno 2010 ; 40.15% anno 2011)
- contusioni 14.5% ;
- ecchimosi 11% ;
- escoriazioni (11% anno 2010 ; 5% anno 2011);
- ferita lacero contusa (9% anno 2010 ; 5.7% anno 2011) ;
- trauma cranico 5% ;
- fratture 3.5% ;
- algia (3% anno 2010 ; 1.5% anno 2011).

2 casi di epistassi dopo la caduta (anno 2011)
1 caduta di protesi dentale (anno 2010)
1 lussazione di protesi anca (anno 2011)
1 uretrorragia (anno 2011)
1 arresto cardiorespiratorio senza exitus (anno 2010)

Accertamenti diagnostici. (allegato 8)

- rilevazione della POA 68% anno 2010 - 74% anno 2011
- TC 11% nel 2010 - 13% nel 2011
- indagini radiologiche convenzionali 20.5% anno 2010 - 17% anno 2011
- altri accertamenti diagnostici: dati non significativi
- Per il 17% (2010) e il 13% (2011) dei pazienti nessun accertamento.

Prognosi. (allegato 9)

- giorni 0 (zero): 65.98% nel 2010 - 67.57% nell'anno 2011.
- da 1 a 5 giorni: il 23.77% nel 2010 - 23.94% nel 2011
- 30 giorni: 6 cadute (totale 244) nel 2010 - 2 cadute nel 2011 (totale 259)
- 60 giorni: 1 caduta nel 2010 - 1 cadute nel 2011

Prestazioni terapeutiche effettuate in relazione alla caduta. Questo parametro non è stato elaborato in quanto la scheda precedente a quella in uso non lo prevedeva.

CONSIDERAZIONI

Confrontando i dati raccolti, relativi agli anni 2010 e 2011, si è evidenziato un numero maggiore di segnalazioni delle cadute. **(allegato 10)**

15 segnalazioni in più rispetto all'anno precedente

- **244** nell'anno **2010**
- **259** nell'anno **2011**

Il confronto tra i PP.OO. , in relazione alla distribuzione dei posti letto appare in controtendenza dato del P.O. di Acqui, dove peraltro il numero assai esiguo di cadute comunicate farebbe pensare a una sottosegnalazione.

Lo studio dell'ASO S. Orsola di Bologna del 2002 (tuttora tra i più rappresentativi sull'argomento in questione) ha rilevato un'incidenza di cadute pari all'1% del totale dei ricoveri (valore atteso come riferimento massimo all'inizio del progetto)

Comparando i dati dello studio di Bologna con i risultati dell'ASLAL degli ultimi due anni, l'incidenza delle cadute è risultata inferiore a questo target essendo dello 0.46% nel 2010 **(allegato 11)** e dello 0.65% nel 2011 **(allegato 12)**

Per meglio fotografare la situazione nell'ASL AL, si è approfondito lo studio delle cadute prendendo in considerazione il numero delle cadute segnalate, in relazione a :

- numero dei posti letto **(allegato 13)** **(allegato 14)**
- giornate di degenza (2010 – 2011) presso le SOC di Ortopedia - Chirurgia Generale - Medicina Generale - RRF in tutti PP.OO. **(allegato 15)** **(allegato 16)**

Ipotizzando una relazione diretta tra numero delle cadute e giornate di degenza, con questa taratura diventa ancora più evidente la disomogeneità delle segnalazioni, non essendo verosimile una tale reale disomogeneità dell'evento caduta

Confrontando le due degenze chirurgiche prese in considerazione sia utilizzando il parametro dei posti letto che delle giornate di degenza, si rileva una percentuale maggiore di cadute in Chirurgia Generale. La maggior parte delle cadute in assoluto viene però segnalata dalla Medicina Generale, in queste SOC si evidenzia inoltre un aumento delle segnalazioni cadute.

Per quanto riguarda la SOC RRF, confrontando i dati elaborati si evidenzia una riduzione della segnalazione delle cadute nel 2011 rispetto al 2010.

Per quanto riguarda le segnalazioni delle cadute in strutture territoriali nel 2010 sono state segnalate 11 cadute mentre nel 2011 sono state 6

Dall'inizio del progetto le cadute identificate come Eventi Sentinella "trauma con frattura" sono state 8: di cui 4 nel 2009 e 4 nel 2011; con riferimento alla modalità di caduta 2 dovute alla caduta dal letto con spondine e 6 causate dallo scivolamento e perdita di equilibrio. Si precisa che per le cadute da segnalare come Eventi Sentinella la Regione Piemonte ha individuato criteri specifici, in particolare l'Injury Severity Score (ISS) e la necessità di intervento chirurgico.

Sono stati gestiti N° 11 casi di richiesta di risarcimento legati a caduta: 6 erano stati segnalati mediante apposita scheda già al momento dell'evento, per i 5 rimanenti non era pervenuta la segnalazione (pazienti non ricoverati, utenti esterni, visitatori)

PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

L'analisi dei dati evidenzia due possibili ambiti di intervento dal momento che risultano significativi, quanto a numerosità, la percentuale di cadute dalla posizione eretta dovute a "scivolamento" o "inciampare" (53.67% nel 2011) e quanto a problema assistenziale le cadute dal letto con spondine (16.21% nel 2011), dovute a scavalcamiento delle medesime.

Nel primo caso gli interventi possibili sono compresi nelle attività proprie del nursing, come istruire i pazienti ad alzarsi lentamente, assistere nei passaggi posturali i pazienti ad alto rischio di caduta, sollecitare ogni degente, fin dal momento del ricovero, ad indossare calzature chiuse fornite di suola antiscivolo.

Anche le cadute dal letto con spondine alzate rappresentano una problematica importante; gli interventi possibili finalizzati a ridurre il rischio di caduta mentre il paziente è nel letto includono: abbassare il letto il più possibile rispetto al pavimento, assicurarsi della stabilità del letto quando è inserito il sistema frenante, fare in modo che il paziente possa raggiungere facilmente gli oggetti che gli sono necessari sul comodino, che deve essere anch'esso frenato, utilizzare sponde lunghe "metà letto" per ridurre il bisogno del paziente di scavalcarle per alzarsi e sedersi.

In relazione ai disorientamenti e all'agitazione psicomotoria, spesso legata alla caduta dal letto con spondine (38.61%) è sempre buona norma che le prescrizioni terapeutiche prevedano utilizzo particolarmente attento dei farmaci psicotici.

Al fine di valutare gli aspetti di sicurezza dei letti di degenza attualmente in uso negli ospedali dell'ASL AL sono in corso ispezioni nei reparti ove le cadute sono più frequenti, esaminando in particolare: possibilità di abbassare elettricamente i letti, stabilità dell'apparato frenante, stabilità del sistema di bloccaggio delle spondine una volta collocate.

Di tale analisi verrà comunicata reportistica non appena disponibile.