



EDITORIALE

Agire sulla base di evidenze scientifiche che indirizzino gli operatori sanitari nelle loro attività è un preciso dovere professionale; per questo motivo, a partire da questo numero di *Informazioni di Qualità*, si affronteranno alcuni temi trasversali e si presenteranno i risultati ottenuti da alcuni progetti significativi, augurandoci di mantenere viva l'attenzione di tutti gli operatori che, direttamente o indirettamente, sono coinvolti nell'assistenza della persona. Si ritiene, quindi, di invitare tutti i nostri professionisti a proporre articoli o segnalazioni per diffondere al meglio la cultura dell'Evidence Based Medicine e Nursing in ospedale.



LA PREVENZIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI IN OSPEDALE

Elena Bozzato, Sr. Elisabetta Galli, Vilma Rigobello

La letteratura internazionale definisce le cadute accidentali come "un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica".

Questa definizione comprende quindi tutte le circostanze in cui il paziente cade nonostante il supporto tecnologico e il controllo del personale. Le cadute costituiscono un evento avverso che si verifica frequentemente in ambito ospedaliero e rappresentano la causa di importanti complicanze nel corso della degenza, nonché la causa di invalidità temporanea e permanente della persona, soprattutto se anziana.

L'approccio più comune nella prevenzione delle cadute è l'uso di un programma di interventi multipli finalizzati a ridurre il rischio. In tal senso, l'Ufficio Qualità dell'Ospedale Cottolengo ha realizzato negli anni scorsi una serie di incontri multidisciplinari e multiprofessionali con l'obiettivo di definire strategie e interventi ad hoc. Al termine dei lavori, il gruppo di progetto elaborò la procedura dal titolo "interventi preventivi e rilevazione delle cadute accidentali", attiva dal 2006. L'aggiornamento della procedura,

ha consentito un migliore monitoraggio del fenomeno in quanto, anche in assenza di lesioni fisiche, il medico e l'infermiere segnalano l'evento tramite la compilazione di un modulo alla Direzione Sanitaria che provvede, a sua volta, a trasmettere tale informazione all'Ufficio Qualità.

Risultati

A distanza di circa due anni, i dati rilevati hanno consentito di evidenziare e descrivere le variabili che caratterizzano il fenomeno delle cadute accidentali presso il nostro ospedale.

Nel 2007 si è notato un lieve incremento delle segnalazioni e delle lesioni in seguito a caduta accidentale. Il confronto con altri ospedali italiani evidenzia una frequenza delle cadute notevolmente diversificata da ospedale ad ospedale (0,86 - 5%); tendenzialmente,

OSPEDALE COTTOLENGO		
anno	% cadute accidentali	% lesioni
2006	0,6	0,2
2007	0,9	0,3

tale aumento è progressivo e correlato, specie in questi ultimi anni, a una maggiore attenzione degli operatori alla segnalazione dell'evento.

Tra i fattori di rischio (età, farmaci assunti, tipo di calzatura, pavimento bagnato, ecc.) si è rilevato che le cadute accidentali, nel nostro ospedale, si manifestano più frequentemente se l'età è superiore ai 65 anni. Come prevedibile le unità di degenza di area medica, sono quelle in cui avvengono maggiormente le cadute; tra le dinamiche registrate il fattore predominante è "recandosi/tornando dal bagno"; nello specifico le occasioni più frequenti di caduta sono "mentre la persona tentava di sedersi/alzarsi dal water" e/o "mentre tentava di raccogliere l'urina per controllo diuresi".

Dai dati raccolti risulta che la calzatura è nella maggior parte dei casi di tipo aperta; in nessun caso la causa della caduta è associata alla presenza di pavimento bagnato. Tra le terapie prevalgono i sedativi del SNC, gli ipotensivi e i diuretici.

Nella maggior parte dei casi la persona è stata soccorsa dall'infermiere presente in reparto; le lesioni più frequenti riscontrate sono le contusioni, in particolare della testa/collo; in un caso, la caduta ha determinato la frattura della spalla.



Per evitare le cadute è, quindi, importante individuare i pazienti a rischio. A tal proposito, una revisione critica della letteratura pubblicata nel 2003 sottolinea che nessuna scala di rischio sembra essere stata sufficientemente studiata in termini di validità e affidabilità. Nella recente linea guida "Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani" del PNLG, si raccomanda l'uso di strumenti di valutazione (cat. IA) e una attenta osservazione da parte del medico curante (cat. IB).

Recentemente, in alcuni ospedali, è stato adottato anche un apparecchio a infrarossi, collegato al letto del paziente, in grado di segnalare a distanza l'eventuale movimento finalizzato, anche in assenza di richiesta cosciente e volontaria, a una richiesta di assistenza, tale apparecchiatura è tuttora in studio in quanto, oltre ad alcuni limiti tecnici, deve essere ancora valutato il suo reale impatto sulla riduzione delle cadute.

AGIRE SU PIÙ FRONTI NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE E DEL CONTROLLO DELL'AMBIENTE.

E' necessario quindi agire su più fronti sempre nell'ambito della prevenzione e del controllo dell'ambiente.

In primo luogo, l'ambiente e le attrezzature sanitarie devono essere predisposte in modo tale da facilitare gli spostamenti; quindi è necessario attivarsi per:

- la riduzione degli ostacoli e del disordine
- l'accensione delle luci notturne vicino al letto e nel bagno
- la disposizione di barre per sostenersi vicino al water
- l'utilizzo di sedie adatte con braccioli e di altezza appropriata per alzarsi e sedersi
- l'utilizzo di cuscini antidecubito o di altri presidi per evitare lo scivolamento del paziente in carrozzina
- la manutenzione periodica delle carrozzine, dei deambulatori e dei bastoni.

E' importante *la valutazione del livello di rischio del degente* al momento dell'ammissione nell'Unità di degenza, in particolare se si tratta di:

- pazienti anziani e confusi
- pazienti post-operati
- pazienti a cui sono prescritti sedativi o analgesici
- pazienti a cui sono prescritti lassativi o diuretici (se portatori di pannolone, controllare che sia

ben posizionato)

- pazienti con alterate condizioni cognitive.

Se il rischio è presente, saranno necessari alcuni accorgimenti:

- mantenere il letto in posizione bassa
- assicurare che i freni del letto siano bloccati
- utilizzare le sponde solo se strettamente necessario (intervento ritenuto poco efficace)
- fare in modo che il paziente possa raggiungere gli oggetti che gli sono necessari.

Per tutti i malati adattare *calzature non scivolose, chiuse e della giusta misura!!!*

Per la prevenzione delle cadute è fondamentale l'educazione sanitaria nei confronti del degente e dei suoi famigliari, con particolare attenzione:

- all'informazione sul rischio di caduta, sulle misure di sicurezza e sulle limitazioni di mobilità del paziente stesso;
- all'indicazione al paziente di cambiare posizione lentamente;
- all'orientamento della persona nella stanza, nel reparto, illustrandole l'uso del campanello e delle risorse assistenziali presenti.

IL TIPO DI CALZATURA COME FATTORE DI RISCHIO

Come descritto, sono diversi i fattori che possono favorire o causare una caduta accidentale, tra questi, il tipo di calzatura utilizzato spesso dai pazienti ricoverati in ospedale: **le ciabatte!!!**

In persone anziane con problemi cognitivi o di deambulazione, o che assumono una terapia sedativa, analgesica o diuretica, l'utilizzo di ciabatte non calzate perfettamente, con una suola liscia e scivolosa, può aumentare il rischio caduta, con conseguenze spiacevoli per la salute dei pazienti.

E' fondamentale indirizzare all'uso di calzature chiuse tipo pantofola di tela morbida con o senza chiusura a strappo.

A rischio caduta!



Maggiore sicurezza!





Al personale sanitario cottolenghino, attento all'assistenza globale della persona, è richiesta competenza nel "prendersi cura", anche attraverso la ricerca di ciò che è meglio per la persona assistita e la sollecitudine nella risposta alle richieste espresse e non.

Nel nostro caso la prevenzione delle cadute è soprattutto data da gesti di cura semplici e di attenzione nei momenti di maggiore rischio, quali il bisogno di recarsi in bagno e alzarsi dal letto.

Bibliografia
Joanna Briggs Institute, *Falls in hospital*, Vol 2(2), 1998. Traduzione a cura di Mosci D.
Regione Toscana, *La Prevenzione delle cadute in ospedale*, 13/03/2007
M.Vanzetta, F. Vallicella, *Qualità dell'assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale*, M.I. n. n. 2001/32/336
Chiani P. et al., *Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti*, Centro Studi EBN, 2002



IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO REGIONALE "OSPEDALE SENZA DOLORE" STUDIO DI PREVALENZA SUL DOLORE

Suor Anna Maria Derossi, Riccardo Sperlinga, Enrica Scavino

Il dolore è un fenomeno complesso che riveste una naturale e fondamentale funzione: infatti il dolore inteso come sensazione soggettiva di sofferenza è un segnale di un malessere fisico o di una patologia sottostante.

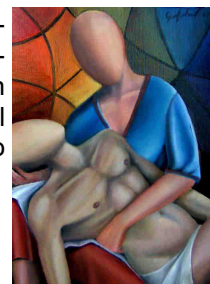
"La valutazione è un passo fondamentale per un efficace controllo del dolore e richiede la comprensione non solo degli aspetti somatici, ma anche di quelle componenti psicologiche, spirituali, relazionali, sociali ed economiche che costituiscono il *dolore* della persona assistita". Il primo problema nell'assistenza alla persona che prova dolore è la difficoltà di comunicazione: la persona che soffre esprime con difficoltà quanto prova, non si sente capita e spesso è convinta che gli altri tendano a sottovalutare la sua sofferenza.

Nonostante si parli molto di dolore nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, il suo trattamento è ancora talvolta sporadico e disomogeneo.

In molte realtà assistenziali il dolore viene misurato tramite scale come la Visual Analogic Scale (VAS) o la Numeric Rating Scale (NRS) solo in quelle persone che sono in grado di comprendere quanto viene loro detto e richiesto, quanto viene loro mostrato come immagini visive (si pensi ai bambini molto piccoli);

ancora più raramente, rispetto alla misurazione del dolore standard, il dolore viene misurato, prevenuto e curato nelle persone che hanno incapacità comunicative, verbali e non verbali, derivanti da particolari problemi di salute o da affezioni cronic-degenerative importanti.

Nella giornata del 4 giugno u.s., si è svolto, nel nostro Presidio, uno studio di prevalenza volto a valutare, tra i ricoverati in una giornata "indice", sia la presenza del dolore, sia quante e quali persone erano in trattamento con terapia antalgica.



L. Guglielmo, dolore primario

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO

La popolazione è rappresentata da tutte le persone ricoverate presso le Unità di Degenza e il Day Hospital Multispecialistico.

METODO

Al fine di evitare distorsioni nelle diverse fasi della raccolta dati, il gruppo di progetto ha coinvolto un gruppo di volontari non sanitari e lo ha addestrato alla somministrazione di una intervista e della scala VAS alle persone responsive.

La rilevazione del dolore con scale indirette nelle persone non responsive è stata condotta, invece, da personale sanitario attraverso l'utilizzo della PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) Scale.

Inoltre è stato somministrato un questionario anonimo a tutti gli operatori sanitari, infermieri e medici, con la finalità d'indagare gli atteggiamenti e le conoscenze relative alla gestione del dolore.

RISULTATI PRINCIPALI

Tutte le unità di degenza del presidio hanno partecipato e collaborato alla raccolta dati sul dolore nella giornata di riferimento (Tabella 1). Nella giornata indice sono state esaminate le percezioni di 158 persone nelle diverse unità di cura del Presidio, di cui 62 di sesso maschile (39.2%) e 96 di sesso femminile (69.8%). La popolazione era composta da 148 persone (93.7%) in grado di rispondere alle domande degli intervistatori e da 10 persone (6.3%) non in grado di farlo; una di queste ultime non era presente in reparto nei diversi momenti della rilevazione.



Tabella 1: persone sottoposte a rilevazione dati per unità di degenza

UNITA' DI DEGENZA	N°	%
chirurgia -ginecologia	10	6,3
DHM	18	11,4
lungodegenza	19	12,0
medicina s.Pietro	18	11,4
medicina s.Giovanni	25	15,8
oncologia	17	10,8
ortopedia	15	9,5
riabilitazione	23	14,6
urologia	13	8,2
Totale	158	100

E' stato richiesto il consenso, prima della rilevazione dati. Non hanno aderito 18 persone su 158 (11.4%). Per le 9 persone non responsive il consenso è stato chiesto ai familiari o al care giver principale.

131 (87.3%) pazienti hanno dichiarato di avere provato dolore nelle ultime 24 ore. I risultati di tali rilevazioni sono riportati in tabella 2.

	MEDIA	MEDIANA	DS
VAS 0 - 10	3,40	4	3,45
PAINAD	2,5	3	2

Tabella 2: risultati del percepito dei pazienti sul proprio dolore

Infine è stato chiesto se il personale sanitario avesse valutato tramite intervista la presenza o meno di dolore tra le persone ricoverate: hanno risposto positivamente 111 persone (84.7%) e negativamente 20 (15.3 %).

Le persone ricoverate hanno riferito che l'operatore che ha chiesto loro se provavano dolore è stato:

- Infermiere (62.5 %)
- Medico (55.7 %)
- OSS (28.5 %)

Alcune risposte hanno incluso diverse figure professionali

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Nonostante Infermieri e Medici ritengano importante prevenire e curare il dolore in ogni sua forma, la prevalenza del dolore riferito dalle persone assistite è ancora alta. Qualitativamente, da una scala da 0 a 10, si rileva che il dolore è di intensità tra il lieve e moderato (media di 3,4; DS \pm 3,45).

Le persone assistite che riferiscono di provare dolore si ritengono comunque soddisfatte degli interventi del personale sanitario.

Le linee di indirizzo regionali indicano la formazione e la sensibilizzazione del personale dedicato all'assistenza quali strumenti strategici nella lotta al dolore e sottolineano l'importanza della motivazione dei singoli professionisti per la promozione dei cambiamenti e dei miglioramenti continui dell'assistenza erogata.

Bibliografia

Allegato alla Delibera regionale n. 31-1142 approvata in Giunta Regionale del Piemonte il 17/10/2005. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Provvedimento 24 Maggio 2001. **NORMATIVA SULL' OSPEDALE SENZA DOLORE.** Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale - Serie Generale - n. 149 del 29-06-2001.
 Di Giacomo P, Di Giulio C, Zaccaro A. L'infermiere e il dolore post operatorio: quale percezione del fenomeno dolore. Prof.Inferm 2006; 59 (4): 233-241.
 Savoia G, Ambrosio F, Paletti F. et al. Raccomandazioni della SIAARTI per il trattamento del dolore postoperatorio. Minerva Anestesiol 2002; 68:1-10.



RINNOVO INCARICHI REFERENTI QUALITÀ

Nel mese di giugno sono stati rinnovati gli incarichi dei Referenti Qualità per l'anno in corso

SEDI	REFERENTE 2008
B.O. e C.S.	Walter Pagliasso
CARDIOLOGIA	Zoe Bouslenko
CENTRO PRELIEVI	Suor Lucia Mossucca
DHM	Donatella Chialando
DIAGN. PER IMMAGINI	Claudia De Feo
FISIOKINESITERAPIA	Suor Elisabetta Galli
LAB.ANALISI-ISTOPAT	Laura Prandi
CHIRURGIA GENERALE	Elisabetta Laganà
LUNGODEGENZA	Myriam Contreras
MEDICINA S.G.	Elena Cason
MEDICINA S.P.	Loris Varvello
ONCOLOGIA	Michela Stivanello
ORTOPEDIA	Luisa Quatrocchi
RRF	Stefania Pioletti
UROLOGIA	Giuseppe Barotto
POLIAMBULATORI	Clementina Ungureanu
DIREZIONE SANITARIA	Vilma Rigobello
SERV.AMMINISTR.VI	Paolo Ravizza
CENTRO FORMAZIONE	Suor Silvia Trezzi

Ringraziamo sentitamente i colleghi per la loro disponibilità.