



AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Via Oderisio 1 - 82100 Benevento

Deliberazione N. 4 del 08/01/2024

PROPONENTE: U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE

OGGETTO: RISCHIO CLINICO ' DELIBERAZIONE D.G. N. 697 DEL 25/10/2018 'PREVENZIONE E GESTIONE CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE' - REVISIONE

In pubblicazione dal 08/01/2024 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia - art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi

Atto immediatamente esecutivo

Elenco firmatari

Daniela De Luca - UFFICIO DELIBERE

Apollonia Di Mella - U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE

Carlo Esposito - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Marco De Fazio - DIREZIONE SANITARIA

Gennaro Volpe - DIREZIONE GENERALE

**UOC PROPONENTE: UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE****OGGETTO: RISCHIO CLINICO – DELIBERAZIONE D.G. N. 697 DEL 25/10/2018
“PREVENZIONE E GESTIONE CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE” -
REVISIONE**LA PRESENTE DELIBERAZIONE SI COMPONE DI n. _____ PAGINE CON n. _____ ALLEGATI CHE FORMANO
PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLA STESSA**DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE***Si attesta la regolarità giuridico-amministrativa del presente atto e di adeguata istruttoria (artt. 4, 5 e 6 L. 241/90)**Il Responsabile del Procedimento**Dott. ing. Roberto De Toma**Si attesta che il costo di € _____ imputato al conto n. _____ (denominazione del conto) del
Bilancio _____ ha capienza nel budget assegnato n. _____**Si attesta che il presente atto comporta costi per l'Azienda**Il Dirigente Responsabile UOC***ESECUTIVITA'**ORDINARIA IMMEDIATA

Dal _____

RELATA DI NOTIFICASi ATTESTA che la presente delibera è stata affissa in
modalità telematica all'Albo Pretorio informatico
dell'Ente.Il Responsabile della Pubblicazione
Il Funzionario Ufficio Delibere

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

Il Direttore Responsabile dell'Unità Operativa Complessa Prevenzione e Protezione, in forza della disposizione prot. n. 7508 del 23/01/2023, alla stregua dell'istruttoria compiuta ai sensi degli art. 4, 5 e 6 della Legge 241/90, delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità amministrativo – contabile resa a mezzo della sottoscrizione della presente;

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D. Lgs 30 giugno 2003, n.196, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n.190

Il Direttore
UOC Prevenzione e Protezione
Dott.ssa Apollonia Di Mella

PREMESSO che:

- con Deliberazione n. 697/2018 questa ASL ha adottato la procedura di “Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” recependo il Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 48 del 03/07/2017;
- la medesima procedura va rivista entro 5 anni dalla sua emissione in considerazione delle mutate esigenze e necessità organizzative aziendali;

VISTI:

- il Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 48 del 03/07/2017 “Piano Regionale cadute. Documento d'indirizzo per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania;
- la Raccomandazione n. 13 per la “Prevenzione e la Gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” del Ministero della Salute;

CONSIDERATO che è necessario:

- prevenire il verificarsi dell'evento sentinella morte o grave danno per caduta di paziente nelle strutture sanitarie in particolar modo in quelle di ricovero e, nel caso, ridurre le conseguenze per il paziente, anche attraverso la corretta gestione dell'accadimento;
- sensibilizzare, informare, coinvolgere gli operatori e le persone assistite e i caregiver/familiari nella prevenzione delle cadute mediante modalità di segnalazione (informatizzata) dell'evento, allo scopo di poter conoscere gli effettivi rischi presenti nelle strutture e di mettere a punto ed implementare interventi correttivi, atti ad evitare o contenere le conseguenze dell'accadimento

PROPONE

per i motivi suesposti, qui riportati e confermati, di adottare la revisione della procedura di “Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” che si allega alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale

Il Direttore
UOC Prevenzione e Protezione
Dott.ssa Apollonia Di Mella



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Gennaro Volpe, in virtù dei poteri conferitigli con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 325 del 21.06.2022 e D.P.G.R. n. 112 del 04.08.2022 e dell'atto Deliberativo n. 281/2022 col quale veniva immesso nelle funzioni con decorrenza 09.08.2022;

Visti i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario che con la sottoscrizione del presente provvedimento si intendono favorevoli:

Il Direttore Amministrativo
Dott. Carlo Esposito

Il Direttore Sanitario
Dott. Marco De Fazio


DELIBERA

per i motivi suesposti, qui riportati e confermati, di

1. approvare la revisione della procedura di "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" che si allega alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;
1. annullare la Deliberazione D.G. n. 697 del 25.10.2018;
2. conferire l'esecutività come indicato nel frontespizio, stante l'urgenza;
3. trasmettere il presente provvedimento a cura dell'Ufficio Delibere:
 - o al Collegio Sindacale ai sensi di legge, per quanto di competenza;
 - o ai Distretti Sanitari e al DSM.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Gennaro Volpe


Il Segretario verbalizzante
Sig.ra Daniela De Luca

 AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 1 di 12

**RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE
DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE**

N. REV	DESCRIZIONE MODIFICHE
02	Revisione

Status		Data	Firma
Elaborato	UOC Prevenzione e Protezione - Rischio Clinico	18.12.2023	
Verificato	Direttore UOC Prevenzione e Protezione	22.12.2023	

 <p> AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO </p>	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 2 di 12


Contenuti del Documento

- 1. Gruppo di Lavoro**

- 2. Informazioni relative al documento**
 - 2.1 Periodo di validità e revisione
 - 2.2 Revisioni
 - 2.3 Obiettivi
 - 2.4 Ambito di applicazione
 - 2.5 Definizioni

- 3. Contenuti del Documento**
 - 3.1 Generalità
 - 3.2 Descrizione attività
 - 3.2.1 Fattori Intrinseci
 - 3.2.2 Fattori Estrinseci
 - 3.3 Proceduta Segnalazione Caduta
 - 3.4 Responsabilità
 - 3.5 Monitoraggio Implementazione
 - 3.6 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

- 4. Strumenti di Gestione del Documento**
 - 4.1 Documenti correlati/allegati

	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 3 di 12

1. Gruppo di Lavoro

UOC Prevenzione e Protezione – Rischio Clinico.

2. Informazioni relative al Documento

2.1 Periodo di validità e revisione

La revisione del presente documento è prevista entro 5 anni dalla data di emissione (la precedente procedura è stata deliberata in data 25.10.2018 con Deliberazione D.G. n. 697 che modificava la precedente Deliberazione D.G. n. 112 del 02.03.2017), salvo che mutate esigenze dell'Azienda o nuove necessità organizzative non ne richiedano la revisione in tempi più brevi. Il presente documento è comunque valido sino alla rimozione dalle aree di pubblicazione informatica (sito aziendale e TaleteWeb).

2.2 Revisioni


Sono state apportate modifiche alla precedente procedura, approvata con Deliberazione n. 697 del 25.10.2018 (che già recepiva il Decreto Dirigenziale n. 48 del 03.07.2017 della Regione Campania).

2.3 Obiettivi

Obiettivo primario dell'implementazione, o meglio della revisione, della procedura è la prevenzione del verificarsi dell'evento sentinella morte o grave danno per caduta di paziente nelle strutture sanitarie e, nel caso l'evento accada, della riduzione delle conseguenze per il paziente, anche attraverso la corretta gestione dell'accadimento. Ulteriore, e non meno importante obiettivo, è la sensibilizzazione, l'informazione del coinvolgimento degli operatori e delle persone assistite e caregiver/familiari nella prevenzione delle cadute. La presente procedura riporta le modalità di segnalazione (informatizzata) dell'evento e sottolinea l'importanza strategica della segnalazione, allo scopo di poter conoscere gli effettivi rischi presenti nelle strutture e di mettere a punto ed implementare interventi correttivi, atti ad evitare o contenere le conseguenze dell'accadimento.

2.4 Ambito di applicazione

La procedura si applica a tutti i pazienti assistiti nelle strutture ambulatoriali e di ricovero aziendali. Peraltro, nelle strutture aziendali attualmente attive, non sono stati segnalati - ad oggi - episodi di cadute negli ultimi 5 anni. La procedura è rivolta a tutto il personale dell'Azienda ed in particolar modo al personale afferente alle strutture di ricovero (RSA, SPDC, SIR e Case di Comunità). La raccomandazione comunque ha carattere trasversale per il contenuto riportato e può essere adattata a contesti specifici diversi fra loro (strutture sanitarie per lungodegenti vs ambulatorio).

	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 4 di 12

2.5 Definizioni

Caduta: improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o statica la testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte di testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sede cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento.

Caduta prevedibile: 78% del totale, si verifica in pazienti che sono a rischio caduta (difficoltà deambulatorie, disorientamento ...).

Caduta non prevedibile: 8% del totale, non può essere prevista prima che si verifichi spesso a carico di pazienti senza deficit cognitivi quali autonomamente disattendono prescrizioni esplicitamente e formalmente indicate dal personale sanitario.

Caduta accidentale: 14%, attribuibile a fattori imprevisi o fatalità spesso avvengono in soggetti non a rischio caduta per esempio scivolando sul pavimento bagnato.

Mancata caduta (near fall): condizione in cui la caduta viene evitata per qualche motivo, ma si sarebbe potuta verificare.

Caregiver: colui/colei che si prende cura di un'altra persona, per esempio di una persona non autonoma o con autonomia ridotta punto.

Contenzione: uso di mezzi fisici, farmacologici o ambientali che limitano la capacità di movimento volontario della persona assistita punto

Contenzione fisica: i mezzi di contenzione strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parte di esso nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

Contenzione farmacologica: viene attuata con l'uso di farmaci ad attività sedativa, tranquillanti minori e maggiori.

Fragilità: definisce una condizione di maggior rischio di accadimento di eventi avversi, che può essere determinata da:

- condizioni fisiche, età avanzate, patologie organiche con difficoltà di deambulazione spedita, riduzione dell'acuità e dell'integrità sensoria, perdita di autonomia;
- condizioni psicologiche: presenza di sintomatologia depressiva senso di stanchezza cronica, deterioramento mentale;
- problemi socio-economici: isolamento ed esclusione sociale, problemi economici, riduzione delle competenze ed abilità sociali nell'affrontare situazioni stressanti.

3 Contenuti del Documento


3.1 GENERALITÀ

Il ministero della salute definisce evento sentinella ogni *“evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario”*. *“Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione”*.

Il Ministero della Salute ha pubblicato l'elenco degli eventi sentinella:

Tabella 1 Eventi sentinella

• Procedura in paziente sbagliato
• Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
• Errata procedura su paziente corretto
• Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
• Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
• Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 5 di 12

• Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
• Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
• Morte o grave danno per caduta di paziente
• Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
• Violenza su paziente
• Atti di violenza a danno di operatore
• Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
• Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
• Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
• Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente


Secondo i dati del “Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella – 6° rapporto”, pubblicato nel gennaio del 2021, che analizza le segnalazioni pervenute attraverso il sistema SIMES nel periodo gennaio 2005- dicembre 2020, le cadute rappresentano il più comune evento avverso nelle strutture di ricovero con un 33,25% del totale degli eventi sentinella. L'evento evidenzia possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti slash familiari.

Ogni anno 1/3 circa dei soggetti di età superiore ai 65 anni va incontro a cadute, con un 50% fra gli anziani istituzionalizzati. Le conseguenze della caduta variano per gravità. Inoltre, più del 10% (precisamente il 13.96%) dei casi segnalati al Ministero della Salute come eventi sentinella, nelle schede di segnalazione è indicato quale esito “altro”.

Tabella 2 “Tipologia di danno grave”

Morte
Disabilità permanente
Coma
Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
Re-intervento chirurgico
Rianimazione cardio-respiratoria
Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
Altro

Il 40 50% delle cadute è attribuibile a cause accidentali, rappresentate per lo più da fattori di rischio intrinseci, quali età, precedenti cadute, assunzione di farmaci, deficit cognitivi, patologie concomitanti, calzature e/o abbigliamento inadeguato, propri del paziente e da fattori di rischio ambientali, come pavimenti scivolosi gradini non sicuri, carenza di illuminazione, mancanza di punti di appoggio. L'evento è in buona misura evitabile. Nella prevenzione è indispensabile la sensibilizzazione del personale, che deve assicurare la propria collaborazione nell'identificare i possibili fattori di rischio, in relazione alle caratteristiche del paziente e dell'ambiente, ma anche l'informazione e la collaborazione del degente e dei suoi familiari. In considerazione della frequenza e delle possibili gravi conseguenze dell'evento, è stata diffusa, a cura del Ministero della Salute, la “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta nelle strutture sanitarie”, del Ministero della Salute, che rappresenta un utile strumento per la prevenzione dell'evento e per la gestione del paziente a seguito di caduta. Per affrontare la problematica “cadute” in ambito Regionale, la Direzione Generale Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR - UOD Assistenza Ospedaliera ha individuato un gruppo di lavoro *ad hoc* “cadute”, costituito dalla componente regionale dalla componente

	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 6 di 12

aziendale universitaria Rischio Clinico, con l'intento di elaborare e diffondere un upgrade epidemiologico-scientifico sul fenomeno delle cadute nelle strutture assistenziali, con particolare riferimento ai dati nazionali e regionali, e fornire una linea di indirizzo per l'applicazione aziendale delle buone pratiche nella prevenzione del rischio e nella gestione dell'evento. I risultati del Gruppo di Lavoro hanno portato alla stesura del Piano Regionale prevenzione cadute, adottato con Decreto Dirigenziale numero 48 del 03.07.2017. Uno dei primi specifici ed importanti interventi di prevenzione consiste nella corretta valutazione multidimensionale, effettuato attraverso schede di valutazione del rischio (intrinseco ed estrinseco), che consentono agli operatori sanitari di adottare le azioni preventive per ridurre il rischio dell'accadimento e per minimizzarne gli effetti:

- Implementazione delle modalità di valutazione del rischio caduta, attraverso gli strumenti definiti nella procedura
- Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute
- Strategia ambientali
- Gestione della terapia farmacologica
- Mobilizzazione e deambulazione punto
- Gestione della eliminazione non è urinaria e fecale
- Limitazione della contenzione
- Azioni per la gestione del paziente a seguito di caduta.

Come indicato nella raccomandazione ministeriale n. 13: *“La prevenzione delle cadute ed il contenimento del rischio essere attuata attraverso una strategia multifattoriale, adottando interventi che contribuiscono ad aumentare il livello di sicurezza del paziente”*.

3.2 DESCRIZIONE ATTIVITÀ

“La caduta è un evento multifattoriale in cui entrano in gioco molti ordini di cause (fisiche, neurocognitive, bio-metaboliche, emodinamiche, ecc.) oltre a vari aspetti inerenti il grado di autonomia del paziente nella vita quotidiana”. È per questo motivo che l'utilizzo di strumenti o scale predittive, tramite l'uso di uno score di rischio, permette di effettuare una valutazione individualizzata sul paziente e di attuare piani di intervento preventivi.


La valutazione e l'individuazione del paziente a rischio, al primo ingresso e quindi nel successivo monitoraggio delle condizioni, costituiscono la più efficace delle misure preventive, in quanto permettono di porre in essere le azioni più idonee ad evitare che l'evento si verifichi. La valutazione di ciascun paziente l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali può diminuire, attraverso la prevenzione, il rischio di caduta.

I fattori di rischio delle cadute possono essere suddivisi in fattori intrinseci e fattori estrinseci.

Per la rilevazione dei fattori di rischio il Decreto Dirigenziale nr. 48/2017 presenta schede di valutazione specifiche:

- 1) check list di valutazione del rischio di caduta accidentale del paziente ricoverato (allegato A);
- 2) Scheda di valutazione dei rischi ambientali strutturali (allegato B);
- 3) Scheda di valutazione dei rischi ambientali/dispositivi/presidi (allegato C).

In accordo con i dati di letteratura, è necessario valutare ciascun paziente in ingresso entro le prime 24 ore dal ricovero. Le schede di valutazione, devono essere presenti in cartella, consentono la tracciabilità dei processi e costituiscono, in caso di contenzioso, una tutela per gli operatori.

	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 7 di 12

3.2.1 Fattori Intrinseci

L'intervento primario per prevenire gratuite accidentali consiste nella valutazione del paziente che permette di individuare il paziente a rischio e di adottare le idonee azioni preventive.

Sono relative alle condizioni di salute del paziente e all'uso di particolari farmaci.

Tabella 3 Valutazione area clinico/assistenziale

<ul style="list-style-type: none"> - età > 65 anni - patologie neuromuscolari - infezioni del tratto urinario/ incontinenza - precarie condizioni di coscienza/vigilanza e/o delirium, deterioramento dello Stato mentale; - squilibri nutrizionali, indice massa corporea inf./sup. alla norma, inappetenza, carenza vitamina D; - ipotensione ortostatica - riduzione capacità visiva
<ul style="list-style-type: none"> - livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana - equilibrio e stabilità nella marcia deformazioni o patologie del piede, paura di cadere; - terapia farmacologica - precedente caduta/osteoporosi e fratture
<p>Bisogna considerazioni particolarmente a rischio</p> <ul style="list-style-type: none"> - i pazienti con patologie che possono: <ul style="list-style-type: none"> • compromettere la stabilità posturale la deambulazione; • condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio-temporale; • causare episodi potenziali; • aumentare la frequenza minzionale

Esiste associazione tra cadute e uso di farmaci psicotropi; quando possibile, bisogna considerare la riduzione delle terapie farmacologiche per le persone anziane che prendono quattro più farmaci ed in generale per quelli che assumono psicofarmaci.


Tabella 4 Farmaci che aumentano il rischio caduta

Farmaci sedativi sul sistema nervoso centrale	Farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare	Lassativi
Barbiturici Ipnotici-sedativi Antidepressivi triciclici Antipsicotici neurolettici Antiparkinson Analgesici Ansiolitici Anticonvulsivi	Diuretici Antiaritmici Antipertensivi Vasodilatatori Cardioattivi glicosidi	Tutti

Attenzione:

- Ai farmaci che influenzano ipotensione, vigilanza, orientamento, equilibrio, postura e provocano ipotensione;
- alle associazioni di più di tre farmaci e all'incremento del dosaggio di un farmaco.

Il consumo giornaliero di quattro più farmaci può essere associato a reazioni avverse e cadute, particolarmente negli anziani. Il rapporto tra farmaci e cadute sottolinea l'importanza dell'assistenza sanitaria nella prevenzione

	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 8 di 12

delle cadute: l'uso razionale dei farmaci, attraverso controlli periodici e il controllo delle dosi, può favorire la sicurezza del paziente.

La valutazione del rischio intrinseco di caduta dei pazienti verrà effettuato utilizzando la “check list di valutazione del rischio caduta accidentale del paziente ricoverato”, così come predisposta dal Decreto Dirigenziale regionale numero 48/2017, che costituisce l'allegato A della presente procedura, avendo cura di rispondere a tutte le voci riportate nella scheda stessa, assicurandosi la collaborazione del paziente e/o dei familiari e l'apporto del medico curante.

La valutazione va fatta a:

1. all'immissione del paziente, particolarmente se anziano (età pari o maggiore di 65 anni) nella struttura di ricovero, entro le 24 ore;
2. a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza;
3. a seguito di caduta;
4. ogni qualvolta si introducano in terapia farmaci che aumentano il rischio di caduta;
5. prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura prima della dimissione, se necessario, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio e la eventuale presa in carico di altri servizi aziendali.

3.3.2 Fattori estrinseci

Riguardano gli aspetti organizzativi, le caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e i presidi/ausili sanitari impiegati.

Fattori ambientali che possono causare/favorire l'evento possono essere vari, quali dimensionamenti inadeguati delle stanze di degenza e dei bagni, pavimenti e scale scivolosi, illuminazione carente, l'assenza di corrimano.

Tra i presidi/ausili fonte di rischio vi sono letti o barelle non regolabili in altezza; bagni senza supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia, e ancora, carenza o non idoneità di mezzi di movimentazione del paziente, di ausili/presidi per l'assistenza e la mobilizzazione.

Sono rilevanti nella determinazione del rischio altre condizioni organizzative quali la formazione del personale, l'istruzione del personale nuovo nel servizio, la scelta di orari idonei per effettuare alcune attività.

Il già citato Decreto Dirigenziale Regionale numero 48/2017 prevede l'utilizzo di una scheda di rilevazione dei rischi ambientali (allegato B). La valutazione ambientale è mirata ad individuare possibili fattori di rischio. Tale scheda è compilata per le diverse strutture aziendali dal Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale.


La valutazione va fatta ogni qualvolta vi sia un cambiamento strutturale nel servizio e ad ogni rivalutazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR).

Va posta attenzione alla presenza di:

- pavimenti (non devono essere umidi, scivolosi e/o sconnessi);
- corridoi adeguata larghezza, con corrimano e sgombri da ostacoli;
- scale con corrimano e gradini resi antiscivolo;
- dimensione dei bagni che devono consentire il passaggio delle carrozzine e gli spostamenti del paziente e avere adeguati punti di appoggio (es. maniglie doccia/vasca, corrimano);
- buona illuminazione degli ambienti, in particolare quella notturno vicino al letto e al bagno, l'interruttore visibile al buio;
- eliminazione di spigoli vivi e oggetti potenzialmente taglienti.

Il Decreto Dirigenziale Regionale n. 48/2017 prevede l'utilizzo di una Scheda di valutazione dei rischi legati ai presidi/ausili per la movimentazione dei pazienti (allegato C).

La verifica delle dotazioni, dei mezzi di movimentazione del paziente e del loro corretto funzionamento, deve essere periodica a carico dei coordinatori infermieristici e deve essere inviata, con cadenza almeno semestrale, al Dirigente dell'articolazione aziendale. In caso di malfunzionamento o inadeguatezza delle dotazioni, il predetto dirigente deve

	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 9 di 12

richiedere gli interventi correttivi e/o avviare le azioni per richieste di idonee forniture dei presidi, utilizzando la normale procedura, già in uso.

La Raccomandazione Ministeriale ed il Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 48/2017 riconoscono l'importanza strategica per la prevenzione delle cadute in ambiente sanitario di una corretta informazione al paziente ed ai familiari. Considerato che, per ridurre il rischio caduta accidentale e migliorare la sicurezza dei pazienti, è fondamentale aumentare il livello di consapevolezza e conoscenza del problema tra i pazienti e i familiari/caregivers, seguirà, dopo questa procedura, la redazione e divulgazione di brochure informativa, contenente indicazioni base per pazienti e familiari, che sarà consegnata ai pazienti familiari all'ingresso nella struttura di ricovero e sarà illustrata dal personale.

La gestione del paziente caduto

In caso di caduta di un paziente, il primo operatore presente deve immediatamente prestare soccorso.

Di seguito le azioni da intraprendere in ordine temporale:

- 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-ortostatismo (se possibile);
- comunicare al medico di turno/reperibile/medico curante/CC.AA. la caduta del paziente per consentire una tempestiva valutazione clinica;
- al bisogno, allertare i servizi di emergenza;
- predisporre il paziente per eventuali accertamenti diagnostici;
- segnalare sempre l'evento, utilizzando la scheda di segnalazione che costituisce l'allegato D.

L'operatore seguirà la procedura per la gestione dell'emergenza/urgente già presente in reparto/servizio.


Dopo l'acuzie ovvero dopo il fatto acuto/caduta:

- informare la famiglia;
- discutere con la persona e/o i caregivers, valutando insieme i fattori di rischio modificabili e i relativi interventi;
- documentare l'evento compilando la scheda di segnalazione tramite la piattaforma aziendale TaleteWeb (www.talete.net);
- sorvegliare la persona caduta per complicanze e perché il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriore caduta;
- attuare interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili.

Il paziente caduto è da ritenere a rischio di ulteriore caduta, previa rivalutazione multidisciplinare il personale di assistenza deve incrementare osservazione e monitoraggio, contribuendo ed individuare e ad attuare interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili.

3.3 PROCEDURA SEGNALAZIONE CADUTA

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta. Ai fini della prevenzione e del contenimento del rischio, l'Azienda si è dotata di strumenti necessari alla raccolta di tutte le segnalazioni di caduta, indipendentemente dal fatto che essa abbia causato o meno un danno al paziente, così come anche le mancate cadute (near falls). Tali strumenti sono quelli contenuti nel software TaleteWeb. Devono infatti essere segnalate anche le mancate cadute rispettivamente al Direttore dell'articolazione, al Responsabile del Servizio, al Referente Rischio Clinico ed al Coordinatore Infermieristico allo scopo di adottare le misure correttive più adeguate e di fornire maggiori informazioni agli operatori (come da Raccom. Ministr. n° 13). La scheda di segnalazione cadute è informatizzata e deve essere compilata quanto prima dal personale

	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 10 di 12

medico e infermieristico in servizio al momento dell'evento, raccogliendo informazioni dal paziente e da eventuali altre persone che hanno assistito all'accaduto. La scheda di segnalazione cadute sarà poi inviata, sempre telematicamente: al Dirigente dell'articolazione aziendale, al Responsabile del Servizio, al Referente Rischio Clinico ed al Coordinatore Infermieristico. Il Facilitatore del Rischio Clinico deve compilare, anche in secondo momento, la Scheda di incident reporting che si trova sempre sul portale di Talete (www.talete.net). In caso di evento sentinella, la procedura informatizzata procederà alla specifica segnalazione. L'evento sarà oggetto di audit mirato ad evidenziare i fattori causali favorevoli al suo verificarsi. Viene quindi messo a punto un piano di miglioramento che deve essere implementato e che contiene indicatori atti a monitorarne l'attivazione. Gli episodi connotati da criteri di gravità (eventi sentinella) sono sottoposti alla procedura di segnalazione regionale e ministeriale, ma è opportuno segnalare, come già affermato in precedenza, tutte le cadute, indipendentemente dal fatto che abbiano causato meno un danno al paziente, ed anche i quasi eventi (il paziente è quasi caduto e solo un caso fortuito ha impedito e verificarsi dell'evento potenzialmente dannoso), in quanto sono da considerarsi sempre eventi indesiderabili che possono essere prevenibili e prevedibili e possono essere spia di problemi risolvibili.

3.4 RESPONSABILITÀ

La responsabilità viene suddivisa in funzione delle attività del personale che opera o collabora nell'assistenza al paziente in funzione delle proprie competenze. È affidato ai Direttori, o loro delegato, delle varie strutture (UOC, UOSD, UO, RSA, Case di Comunità, ecc.) il compito di monitorare nel tempo i livelli di conoscenza di tutto il personale e la capacità di adesione alle presenti indicazioni.

Tabella 5 Matrice delle responsabilità per attività di valutazione del rischio caduta

	Inf. Prof.	Coord. Inf.	Resp. Medico	Ref. Rischio Clinico	Resp. S.P.P.	Facilitatore	Gruppo Audit	Area Tecnico/Manutentiva	Area Provveditorato
1) valutazione rischio intrinseco									
Compilazione check list fattori intrinseci	C	R	R	F			F		
2) valutazione rischio ambientale									
Compilazione (CHI DEVE FARLA?)	C	C/I	C/I	F	R	C	F	I/R	I/R
3) valutazione rischio dispositivi/presidi									
Compilazione	C	R	C	F			F	I/R	I/R
4) interventi multifattoriali per la prevenzione									
Ambiente	C		R	F	I/C		F	I/R	I/R
Terapia	C	C	R	F					
Informazione /ed ubicazione paziente caregiver/familiari	R	R	C	F					

LEGENDA: R=Responsabile attività C=Collabora all'attività F=verifica I=informato


	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura		22/12/2023 Pag. 11 di 12

Tabella 6 Matrice delle responsabilità per attività dopo la caduta

	I.P.	Coord. Inf.	Resp. Medico	Ref. Rischio Clinico	Resp. S.P.P.	Facilitatori	Gruppo Audit	Area Tecnico/Manutentiva	Area Provveditorato
Primo Soccorso	R	R	R			I			
Valutazione clinica e interventi assistenziali	C	C	R						
Informazione ai familiari	C	R	R						
1) Segnalazione Evento e quasi evento									
Compilazione (ed invio) Scheda (informatizzata) Segnalazione	R	R	R	F		R	R		
Audit	C	C	C	R	C	C	R		
Implementazione azioni correttive	C	C	R	F	C	F	F		
Monitoraggio		C	R	F		F	F		
Implementazione/Monitoraggio attività	C	R	R	F		F	F		

LEGENDA: R= Responsabile attività C=Collabora all'attività F=verifica I=informato

3.5 MONITORAGGIO DELL'IMPLEMENTAZIONE


La modulistica cartacea è riportata in allegato e comprende i report dell'applicazione della valutazione del rischio per i pazienti e saranno scannerizzati ed allegati alla scheda di segnalazione sulla piattaforma Talete (www.taletenet.it).

Il report relativo all'applicazione della check list di valutazione del rischio intrinseco (allegato A), insieme al report relativo all'applicazione della valutazione dispositivi/presidi (allegato C), è semestrale, redatto a cura dei coordinatori infermieristici e trasmesso dai referenti/Facilitatori e consegnata al momento della riunione trimestrale al referente rischio clinico aziendale.

La scheda relativa al rischio ambientale (allegato B) deve essere trasmessa dal S.P.P. al Referente Rischio Clinico aziendale, al primo rilievo e quindi con l'aggiornamento del DVR o ogni qualvolta vi sia un trasferimento della sede del servizio o lavori di adeguamento.

3.6 BIBLIOGRAFIA, FONTI E RIFERIMENTI

- Ministero della salute - Raccomandazione n. 13, novembre 2011 (aggiornata al 1° dicembre 2011).
- Regione Campania, Piano Regionale prevenzione cadute, Decreto regionale n. 48 del 3 luglio 2017.
- Centro Gestione Rischio Clinico, Regione Toscana, La prevenzione delle cadute dei pazienti (aggiornato al 30.03.2020).
- Centro Gestione Rischio Clinico, Regione Lazio, Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della persona assistita (prima emissione 26.10.2022).
- Prevenzione delle cadute negli anziani, Politiche e azioni della Regione Emilia-Romagna (aggiornata al 17.02.2016).

 AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie		Rev. 02
	Procedura	22/12/2023	Pag. 12 di 12

4 Strumenti di Gestione del Documento

4.1 Documenti Correlati

- 4.1.1. Check list di valutazione del rischio di caduta accidentale del paziente ricoverato (allegato A);
- 4.1.2. Scheda di valutazione dei rischi ambientali strutturali (allegato B);
- 4.1.3 Scheda di valutazione dei rischi ambientali/dispositivi/presidi (allegato C).

CHECK LIST DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA ACCIDENTALE DEL PAZIENTE RICOVERATO

Età ≥65 anni SI NO

DATI ANAMNESTICI E TERAPIE FARMACOLOGICHE	INGRESSO		72 H			Dimissione/ Trasferimento	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
DATA COMPILAZIONE	.../...//...//...//...//.../	
Disturbi apparato locomotore	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi neurologici	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alterazioni vista	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi uditivi	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Confuso, Agitato, Disorientato	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Assume almeno uno di questi farmaci	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<i>Sedativi</i>										
<i>Ansiolitici</i>										
<i>Antidepressivi</i>										
<i>Antipertensivi</i>										
<i>Diuretici</i>										
<i>Barbiturici</i>										
<i>Anticomiziali</i>										
<i>Antiaritmici</i>										

Scala di Conley	SI	NO
E' caduto nel corso degli ultimi 3 mesi?	2	0
Ha accusato vertigini o capogiri negli ultimi 3 mesi?	1	0
E' capitato che perdesse urine o feci mentre si recava in bagno?	1	0
Presenta compromissione della marcia(passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile?)	1	0
Presenta agitazione psicomotoria (eccessiva attività motoria, anche non finalizzata e associata ad irrequietezza?)	2	0
Presenta un deterioramento della capacità di giudizio/ mancanza del senso del pericolo?	3	0
TOTALE	/10	

PAZIENTE A RISCHIO MAGGIORE¹

SI
 NO

Previste misure preventive personalizzate

SI
 NO

Se si, sbarrare una o più caselle per indicare quale/i intervento/i tra quelli riportati nell'elenco pagina successiva (NB. L'azione o le azioni intraprese vanno riportate anche nel Piano Assistenziale Individuale - PAI)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

¹ Se ALMENO UN SI NEI CAMPI ANAMNESI E TERAPIA o PUNTEGGIO TOTALE CONLEY SUPERIORE A 2/10

Compilato da: _____

Istruzioni per

Al fine di personalizzare l'intervento di prevenzione, in aggiunta alle misure preventive universali e a quelle standard, possono essere messe in atto le misure di seguito riportate, selezionandole in base alle caratteristiche del singolo paziente:

1. proporre o consentire ai familiari/caregiver di stare vicini al paziente fino a nuova rivalutazione, al fine di evitare che il paziente effettui spostamenti senza la dovuta sorveglianza (per esempio, chiamare il personale, aiutare il paziente in alcuni spostamenti, ...);
 2. incrementare la sorveglianza del paziente e favorire, se possibile, il collocamento del paziente in stanze vicino al locale infermieri;
 3. ove possibile, posizionare il paziente in un letto ad altezza variabile, posizionandolo ad altezza minima, assicurandosi che i freni siano bloccati;
 4. utilizzare le spondine non contenitive, se presente rischio di rotolamento.
-
5. Ove possibile, porre i pazienti con urgenze evacuative vicino al bagno;
 6. invitare i pazienti, in particolare coloro che assumono lassativi e/o diuretici, ad andare in bagno accompagnati ad intervalli regolari, per evitare le urgenze evacuative;
 7. assistere o supervisionare il paziente durante l'igiene personale;
 8. fornire e utilizzare ausili per la deambulazione idonei alla persona qualora necessari;
 9. se si intravedono margini di miglioramento, valutare l'opportunità di attivare la collaborazione del fisioterapista, per migliorare la mobilità del paziente;
 10. gestire i disturbi cognitivo-comportamentali e attivare il medico per eventuali interventi mirati;
 11. nelle UU.OO. di riabilitazione verificare l'uso dei corpetti a scopo posturale (non scopo contenitivo).

A cura del C.P.S.E. di Reparto

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI/DISPOSITIVI/PRESIDI

U.O. _____ 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 ingombranti			
SEDIA A ROTELLE			
Ruote posteriori grandi e schienale inclinabile			
Possibilità inserimento tavola per il pasto			
Freni/ruote efficienti e agevolmente comandati			
Braccioli removibili			
Poggiapiedi funzionanti ed estraibili			
Buona manovrabilità			
Larghezza seduta <70cm			
Profondità 43-45 cm (per le carrozzine non portatili)			
Schiena 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 bloccabili all'altezza desiderata			
Ruote/freni efficienti			
GRADINO REMOVIBILE PER APPOGGIO PIEDE IN CASO NON VI SIANO LETTI REGOLABILI IN ALTEZZA			
Superficie antiscivolo			

Pedana sufficiente			
Piedini antiscivolo			
ASTA PER FLEBO			
Integrata con il letto			
Base stabile con più di cinque piedini			
Ruote efficienti			
Regolabile in altezza			
AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI			
Sollevatori elettrici con base allargabile e con altezza adeguata per il passaggio sotto il motore elettrico del letto con valido sistema di sicurezza e imbracatura affidabile di varie misure e con braccio abbassabile fino a sollevare una persona da terra			
Tutori per evitare l'atteggiamento flesso degli arti inferiori			
Tavolette rotanti per spostamenti tra letto e carrozzina			
Cinture per pazienti spaventati o molto pesanti			
Tavole di trasferimento rigide			
Teli di trasferimento per passaggi laterali stessa altezza			
Cuscini sagomati per posizionamento paziente			
Trapezio ai letti			
Ausili disponibili in reparto			
Ripostiglio/magazzino dedicati			
Ausili in numero sufficiente			
Efficienti			
CAMERE			
Assenza di tappeti			
Pavimenti asciutti e senza cera			

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			
Possibili ausili per il paziente per girarsi			
POLTRONE			
Reclinabili ed allungabili			
SEGNALATORI			
COMODINO			
Presenza di tavolo servitore			
Piano di appoggio adeguato, regolabile in altezza e girevole			
Ruote/freni efficienti			

Nome e Cognome Rilevatore _____

Firma del Rilevatore _____

Consegnata al Rischio Clinico in data _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI/STRUTTURALI

U.O. _____ Data Rilevazione ____/____/____

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 avvallamenti			
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			

Interruttori accessibili e visibili al buio			
Luci personali sulla testata del letto			
Luci notturne percorso camera-bagno			
Mobilio 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			
Interruttori 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			
Doccia con piano-sedile inclinato antiscivolo ribaltabile a muro			
Campanelli di chiamata raggiungibili dalla doccia e dai sanitari			
Alzavate e maniglioni ribaltabili			
Rubinetti con leve lunghe per facilitare l'apertura e la chiusura			
Doccetta inserita sul davanti della tazza di ceramica del water (o altro sistema laterale)			
Tappetini antiscivolo sicuri (con sistema di fissaggio)			

Nome e Cognome Rilevatore _____

Firma del Rilevatore _____

Data di verifica azioni correttive _____

Fase	Obiettivo specifico della fase	Attività	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	
FASE 1. RICOGNIZIONE	censire gli strumenti attualmente in uso per la rilevazione delle cadute, la modalità di gestione delle informazioni e l'attuazione di azioni di prevenzione nelle AASSLL/AOOO Campane.	Ricognizione delle iniziative campane in materia di Prevenzione del Rischio Cadute												
		Reperimento dei documenti aziendali												
		Analisi dei documenti												
		Sintesi delle esperienze												
		Analisi del fenomeno cadute in Campania												
		Reperimento e messa a disposizione degli EvSen												
		Analisi Eventi Sentinella												
		Analisi Piani d'Azione (Miglioramento)												
		Elaborazione report												
		Analisi dei dati aziendali sulle cadute in ASL NA2 (trend e contenzioso)												
		Analisi della letteratura scientifica												
		Analisi Scale di valutazione dei pazienti a rischio di cadute per ospedale e strutture territoriali: sintesi delle evidenze												
Analisi delle Checklist per la valutazione degli ambienti e dei presidi: sintesi delle evidenze														
Analisi degli strumenti di prevenzione delle cadute: sintesi delle evidenze														
FASE 2 RACCOMANDAZIONE	definire una raccomandazione di buona pratica a tutte le strutture del SSR	Elaborazione Raccomandazione Regionale												
		Bozza indice dei capitoli del documento												
		Percorso documentale (adozione, implementazione ecc)												
		Glossario												
		Identificazione target: età (es. casi pediatrici), tipologia assistenziale (ricoverati, ambulatoriali), regime (es. T.I.)												
		Raccomandazione sui contenuti minimi dei documenti aziendali												
		Raccomandazione sulle scale di valutazione del rischio e delle check list di valutazione ambientale												
		Raccomandazione sugli strumenti di rilevazione, analisi e gestione del rischio caduta												
		Raccomandazione sugli strumenti di prevenzione delle cadute												
		Elaborazione Indicatori di Struttura, di Processo e Esito e Modalità di monitoraggio												
		Selezione indicatori												
Brainstorming														
Identificazione indicatori finali														
FASE 3 FORMAZIONE E SPERIMENTAZIONE	avviare sperimentalmente l'utilizzo della Raccomandazione Regionale	Pubblicazione del Piano Regionale e indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali												
		Realizzazione modello di riferimento per valutazione rischio paziente												
		Realizzazione modello di riferimento per valutazione rischio ambientale												
		Realizzazione modello di riferimento per materiale divulgativo/informativo paziente e caregiver												
		Indicazione alle Aziende Sanitarie Regionali												
		Sperimentazione e Monitoraggio												
		Avvio Monitoraggio												
		Elaborazione dati di monitoraggio												
		Pubblicazione dati di monitoraggio												
Revisione degli strumenti														