



DATA Emissione	Revisionato da	Verificato da	Controllato da	Approvato da
22/05/2018	Gruppo di Lavoro regionale di cui alla Determinazione DPF010/14 del 8/11/2016	Gruppo di Lavoro regionale di cui alla Determinazione DPF010/14 del 8/11/2016	Gruppo di Lavoro regionale di cui alla Determinazione DPF010/14 del 8/11/2016	<ul style="list-style-type: none">• Dirigente del Servizio della Prevenzione e Tutela Sanitaria – Regione Abruzzo• Responsabile dell'Ufficio Prevenzione e Sicurezza ambienti di vita e di lavoro – Regione Abruzzo

Valenza documentale	Regionale	Aziendale	Dipartimento	Unità Operativa	Interdipart.le

Livello di diffusione	PEC	Lista di presa visione/distribuzione	Riunione
	X		

Storia del documento	Data	Numero revisione	Tipo revisione
	31/03/2012	0	Prima emissione
	22/05/2018	1	Modifica e integrazione



INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. RIFERIMENTI
4. DEFINIZIONI
5. RESPONSABILITÀ
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO
7. DESCRIZIONE ATTIVITA'
8. INDICATORI
9. DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

1. SCOPO

La seguente procedura si propone lo scopo di definire il processo di individuazione dei fattori di rischio connessi allo stato di salute ed al trattamento farmacologico delle persone ricoverate a seguito di caduta in ambiente domestico, attraverso una valutazione da parte della U.V.M. del Distretto ove insiste la struttura ospedaliera di ricovero, o comunque dell'U.V.M. individuata dalla Direzione Generale delle singole ASL.

Inoltre si propone lo scopo di condividere, tra gli operatori delle ASL regionali, strumenti predittivi dell'evento caduta e metodi di analisi di rilevazione delle cadute su cui basare futuri interventi di secondo livello.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tale procedura si applica agli utenti di età superiore a 64 anni, residenti nella regione Abruzzo ricoverati per frattura di femore nei Presidi Ospedalieri pubblici delle ASL della Regione.

3. RIFERIMENTI

- ✓ Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (Decreto del Commissario ad Acta n° 65 del 29 Giugno 2016) - Progetto Casa Sicura – Programma 8 – Azione 1;
- ✓ Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (DGR n° 1012 del 20 dicembre 2010) - Progetto Casa Sicura;



- ✓ P.N.L.G. 13. Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani. Aggiornamento 2009
- ✓ NICE. Clinical practice for assessment and prevention of falls in older people – november 2004
Pitidis A, Giustini M, Taggi F. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia. ISS 05/AMPP/AC/624, 2005;
- ✓ LR 10 marzo 2008 n. 5 "Sistema di garanzia per la salute PSR 2008-2010";
- ✓ Deliberazione del Commissario ad Acta n. 66/2009 del 18/9/09:" Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) – Linee Guida Regionali";
- ✓ Decreto Commissario ad Acta n. 4 del 7 giugno 2010 "Legge Regionale n. 5 del 10.03.2008 (PSR 2008/2010). Sospensione disposizioni di cui al punto 5.2.4.2.1";

4. DEFINIZIONI

CADUTA: improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa, o clinostatica.

INCIDENTE DOMESTICO: evento accidentale (ovvero casuale, fortuito, non previsto) violento, che altera il normale andamento dell'attività lavorativa/casalinga e che determina danni materiali ad impianti ed attrezzature ed è potenzialmente in grado di provocare lesioni o danni fisici.

INFORTUNIO DOMESTICO: evento lesivo per la salute (inabilità permanente assoluta o parziale, ovvero una inabilità temporanea assoluta ecc.) avvenuto per causa improvvisa, involontaria, violenta ed esterna, (comprese le intossicazioni/lesioni provocate dall'ingestione, contatto od inalazione di sostanze nocive) od a seguito dell'azione di persone od animali, occorse nell'ambito delle mura di casa o nelle "pertinenze" della stessa (giardino-garage, ecc.) in occasione di attività svolte in ambiente domestico, cui possa conseguire anche la morte.

U.V.M.: Unità di valutazione multidimensionale

U.O.: Unità operativa

5. RESPONSABILITÀ

Nel seguente *Diagramma a Blocchi*, vengono descritte le attività in cui si articola l'intero processo, i ruoli e le responsabilità per ciascuna fase ed il flusso documentale che garantirà il corretto e completo trasferimento delle informazioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO

FASE	RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ (come da Tab. 6. DELLA Procedura UVM)	DOCUMENTI
1	Operatore triage P.S.	ACCOGLIENZA Raccolta informazioni	Scheda di ammissione P.S.
2	Dirigente Medico U.O. reparto Specialistico di Ortopedia	Segnalazione	Allegato A
3	Infermiere/Assistente sociale	Invio Allegato A ad U.V.M.	Allegato A
4	U.V.M. valutante	Valutazione Rilevazione Fattori di rischio	Allegato B
5	Infermiere/amministrativo U.V.M. valutante	Invio Allegato A e B ad U.V.M. Distretto di residenza	Allegato A e B
6	Infermiere/amministrativo U.V.M. residenza	Invio allegato A e B al Dip.to di Prevenzione	Allegato A e B

7. DESCRIZIONE ATTIVITÀ

- 1) All'atto dell'accesso del soggetto infortunato in Pronto Soccorso, l'operatore addetto al Triage raccoglie le informazioni circa il luogo e le modalità dell'evento. I casi di frattura di femore per incidente domestico in utenti eleggibili alla rilevazione (persone con età > 64 anni), vengono opportunamente segnalati nella documentazione che accompagna il paziente stesso nel suo



- trasferimento al Reparto Specialistico di Ortopedia;
- 2) giunto il paziente in reparto, il Dirigente medico dell'U.O. esamina la documentazione di cui al precedente punto e, qualora le informazioni circa le modalità ed il luogo fossero mancanti, raccoglie le relative informazioni direttamente dal paziente o tramite un familiare presente. Subito dopo, compila una scheda di segnalazione (allegato A) in cui si esprime anche il consenso firmato da parte dell'Utente o suo familiare ad essere inserito nel progetto;
 - 3) L'Infermiere o l'Assistente sociale dell'U.O. invia all'U.V.M. valutante il modello A, via fax, entro 72 ore dalla presunta dimissione, escluso il festivo;
 - 4) L'UVM redige l'apposito modello "allegato B" per la rilevazione dei fattori di rischio connessi allo stato di salute ed alla terapia farmacologica in atto al momento della caduta, attraverso un'intervista all'Utente e/o ad un suo familiare;
 - 5) L'U.V.M. valutante, nel caso di pazienti non residenti, provvede ad inviare per via telematica (o, nei casi in cui tale canale fosse impedito, via fax) all'U.V.M. del Distretto di residenza, la scheda anagrafica (allegato A) unitamente alla valutazione effettuata (allegato B);
 - 6) L'U.V.M. del distretto di residenza del paziente provvede ad inviare per via telematica (o, nei casi in cui tale canale fosse impedito, via fax) al Dipartimento di Prevenzione, la scheda anagrafica (allegato A) unitamente alla scheda di rilevazione fattori di rischio (allegato B);
 - 7) le schede A e B trasmesse al Dipartimento di Prevenzione, costituiscono la base dati per la strutturazione di interventi di 2° livello come la valutazione dell'alloggio dei soggetti che hanno espresso il consenso durante l'intervista a cura dell'UVM valutante, l'effettuazione di corsi di formazione rivolti agli anziani e/o alle relative associazioni facenti capo alle varie sigle sindacali ecc.

8. STRUMENTI DI ARCHIVIAZIONE ED ELABORAZIONE DATI

Il flusso di informazioni (schede A e B) in forma cartacea e/o attraverso la trasmissione degli allegati A e B in formato Word compilabile, mediante la rete intranet aziendale, ha carattere temporaneo.

Parallelamente alla approvazione del presente documento, si intende infatti avviato l'iter di sviluppo di un software applicativo che, strutturato su un'architettura derivata dalle stesse schede, consentirà l'inserimento dei dati in forma digitale.

Il sistema sarà di tipo "client-server", nel quale le risorse software e la base dati saranno residenti in un server remoto di proprietà regionale, a cui si accederà, attraverso la rete internet, previa autenticazione con apposite credenziali di accesso (login e password).

Tale sistema garantirà l'inserimento in tempo reale delle informazioni circa l'evento infortunistico, la disponibilità continua della base dati e la possibilità di estrarre informazioni e produrre reports attraverso appositi strumenti di "inquiry" predeterminati.

Una volta a regime, il sistema di archiviazione digitale in parola sostituirà definitivamente il flusso di documentazione cartacea.



9. INDICATORI

numero di anziani in età > 64 anni con frattura di femore da incidente domestico dimessi e sottoposti a valutazione / totale anziani con frattura di femore da incidente domestico dimessi.

10. DOCUMENTAZIONE INTERNA DI RIFERIMENTO

- Allegato A
- Allegato B

REVISIONE 05/12/2017

**SCHEDA ANAMNESTICA PER LA SEGNALAZIONE DELLE FRATTURE DI FEMORE
A SEGUITO DI INCIDENTE DOMESTICO**

DATI ANAGRAFICI UTENTE

COGNOME: _____ **NOME:** _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

NAZIONALITÀ: ITALIANA UNIONE EUROPEA EXTRACOMUNITARIA

SESSO: MASCHIO FEMMINA

CODICE FISCALE: _____

RESIDENZA: VIA _____ **N°** _____

DOMICILIO: VIA _____ **N°** _____

LIVELLO DI ISTRUZIONE: _____

RECAPITI TELEFONICI: _____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO O ALTRA PERSONA REFERENTE:

COGNOME: _____ **NOME:** _____

RECAPITI TELEFONICI: _____

MEDICO CURANTE: _____

DATI CLINICI

DATA INCIDENTE DOMESTICO: _____

TIPO DI FRATTURA FEMORE: _____

TIPO DI TRATTAMENTO: _____

DATA DI RICOVERO: _____ **DATA DI PRESUNTA DIMISSIONE:** _____

FIRMA DEL MEDICO DI REPARTO

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a accetta l'inserimento nel progetto casa sicura di cui al Piano Regionale di Prevenzione 2014 - 2018 (Decreto del Commissario ad Acta n° 65 del 29/06/2016) - Progetto Casa Sicura – Programma 8 – Azione 1

Firma _____

ANAMNESI SOCIO-AMBIENTALE DELL'ANZIANO VITTIMA DI FRATTURA DI FEMORE A SEGUITO DI INCIDENTE DOMESTICO

1. CON CHI VIVE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solo/a | <input type="checkbox"/> coniuge |
| <input type="checkbox"/> Figlio/a non sposati | <input type="checkbox"/> Figlio/a + nuora/genero |
| <input type="checkbox"/> Figli "a turno" | <input type="checkbox"/> Fratello/sorella |
| <input type="checkbox"/> Nipote/i | <input type="checkbox"/> Altri parenti |
| <input type="checkbox"/> Altri a pagamento | <input type="checkbox"/> Altri parenti |

2. CARATTERISTICHE ABITAZIONE

- Raggiungibile dall'ospedale in un'ora
- Accessibile a un anziano in carrozzina
- Con servizi igienici interni e adatti
- Con riscaldamento efficiente
- Con telefono interno funzionante

3. STATO CIVILE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coniugato/a | <input type="checkbox"/> Vedovo/a |
| <input type="checkbox"/> Separato/a – divorziato/a | <input type="checkbox"/> Celibe/nubile |

4. N° FIGLI VIVENTI

- 0 uno due tre o più

5. N° ALTRI PARENTI

- 0 uno due ≥ tre

6. N° AMICI E/O VICINI (solo se aiutano)

- 0 uno due ≥ tre

7. AIUTO A DOMICILIO FORNITO DA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> coniuge | <input type="checkbox"/> figli |
| <input type="checkbox"/> Altri parenti | <input type="checkbox"/> amici |
| <input type="checkbox"/> volontariato | <input type="checkbox"/> Servizio pubblico |

SOCIAL SUPPORT SCALE (valida solo per anziani non istituzionalizzati)

A. SITUAZIONE ABITATIVA

Vive stabilmente con altre persone?
(cioè, tutto l'anno e per la maggior parte del giorno, salvo ferie e lavoro diurno) SI NO

L'abitazione in cui vive è adeguata?
(cioè, ha almeno 4 delle 5 caratteristiche riportate a lato, nell'anamnesi socio-ambientale) SI NO

B. RAPPORTI SOCIALI

Ha un coniuge e/o almeno un figlio capaci e disposti ad aiutarlo?
(cioè, fisicamente e psichicamente sono in condizioni di aiutare l'anziano e lo fanno, già adesso, anche insieme o a turno) SI NO

Ha altri parenti e/o amici e/o vicini di casa capaci e disposti ad aiutarlo?
(vedi spiegazione precedente) SI NO

Ha un reddito totale lordo annuo > 17000 € (se vive solo > 6000€)?
(secondo parametri ISEE e reg. Ambiti Soc.) SI NO

Ha già in atto qualche tipo di aiuto domiciliare adeguato al problema?
(cioè, qualunque aiuto pubblico o privato fornito in qualità e quantità sufficienti alle attuali necessità della persona) SI NO

TOTALE SI _____

INTERPRETAZIONE DEL RISULTATO

0÷2 => insufficiente; 3 => scarso; 4 => sufficiente; 5÷6 => buono

14. FARMACI ASSUNTI A DOMICILIO

0 uno due ≥ tre

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> narcotici | <input type="checkbox"/> antiipertensivi |
| <input type="checkbox"/> antiepilettici | <input type="checkbox"/> diuretici |
| <input type="checkbox"/> antidepressivi | <input type="checkbox"/> cardiovascolari |
| <input type="checkbox"/> Sedativi/ipnotici | <input type="checkbox"/> antidolorifici |
| <input type="checkbox"/> altro: _____ | |

15. DISTURBI MOTORI/EQUILIBRIO – DATI ANAMNESTICI

- Pregressi accidenti cerebro vascolari: _____
- Pregresse fratture: _____
- Malattie neurodegenerative: _____
- Patologie muscolo-scheletriche: _____
- Altre cause: _____

Uso di ausili:

- No
- Si => bastone deambulatore Sedia a rotelle altro _____

16. DISTURBI VISIVI

- assenti
- cecità
- Cataratta monolaterale
- Cataratta bilaterale
- glaucoma
- Retinopatia : => ipertensiva diabetica altro: _____
- Degenerazione maculare
- Altro: _____

17. VALUTAZIONE DELLA PAURA DI CADERE:

SHORT FALLS EFFICACY SCALE-I

AZIONE	MI PREOCCUPA			
	AFFATTO Punteggio: 1	UN PO' Punteggio: 2	ABBASTANZA Punteggio: 3	MOLTO Punteggio: 4

1	Vestirsi o svestirsi				
2	Fare il bagno o la doccia				
3	Sedersi o alzarsi da una sedia				
4	Salire o scendere le scale				
5	Prendere qualcosa sopra la testa o a terra				
6	Camminare su una superficie scivolosa (es.: bagnata o ghiacciata) o in pendenza				
7	Uscire per un evento sociale (es.: messa o riunione familiare)				
SUB TOTALE		0	0	0	0
TOTALE GENERALE		0			

PUNTEGGIO FINALE ASSEGNATO(*): _____

Timbro
UVM

L'ADDETTO UVM

NOTA SULL'UTILIZZO DELLA TABELLA:

Le domande hanno lo scopo di quantificare la preoccupazione sull'evento caduta da parte del soggetto. Quest'ultimo, dovrà dunque fornire le risposte pensando alle sensazioni che vive abitualmente nelle normali attività domestiche e/o familiari. Per ognuna delle attività riportate, dovrà essere contrassegnata la casella più vicina alla sensazione di paura provata dal soggetto, **riportando direttamente il punteggio numerico corrispondente alla scelta effettuata** (Es.: 1, 2, 3, 4).

NOTA SUL CALCOLO DEL PUNTEGGIO FINALE:

Una volta completata l'assegnazione dei punteggi in corrispondenza dei vari item, basterà evidenziare la cifra del "SUB TOTALE" per ogni colonna (in rosso), premendo successivamente il tasto funzione F9.

Ottenuti i 4 totali parziali di colonna, dovrà essere evidenziata la cifra del "TOTALE GENERALE" (in blu), premendo successivamente il tasto funzione F9.

(*) Nel caso di risposte complete (ovvero 7 risposte su 7), il TOTALE GENERALE equivale al PUNTEGGIO FINALE ASSEGNATO, che dovrà essere riportato manualmente nell'apposita casella.

Qualora mancasse la risposta ad un solo item (ovvero 6 risposte su 7), calcolare la somma dei soli sei elementi presenti, dividerla per 6 e moltiplicare il risultato per 7.

Il nuovo valore, così ottenuto, dovrà poi essere arrotondato al numero intero più vicino per l'assegnazione del punteggio individuale finale.

Esempi:

- somma su 6 item = 15; $15/6 = 2,17$; $2,17*7 = 15,19$ => punteggio assegnato = 15.
- somma su 6 item = 23; $23/6 = 3,83$; $3,83*7 = 26,81$ => punteggio assegnato = 27.

La mancanza di risposte su più item, comporta la non utilizzabilità del questionario e del relativo risultato.

INTERPRETAZIONE DEL RISULTATO FINALE:

- 7-8 => Bassa preoccupazione
- 9-13 => Preoccupazione moderata
- 14-28 => Preoccupazione elevata