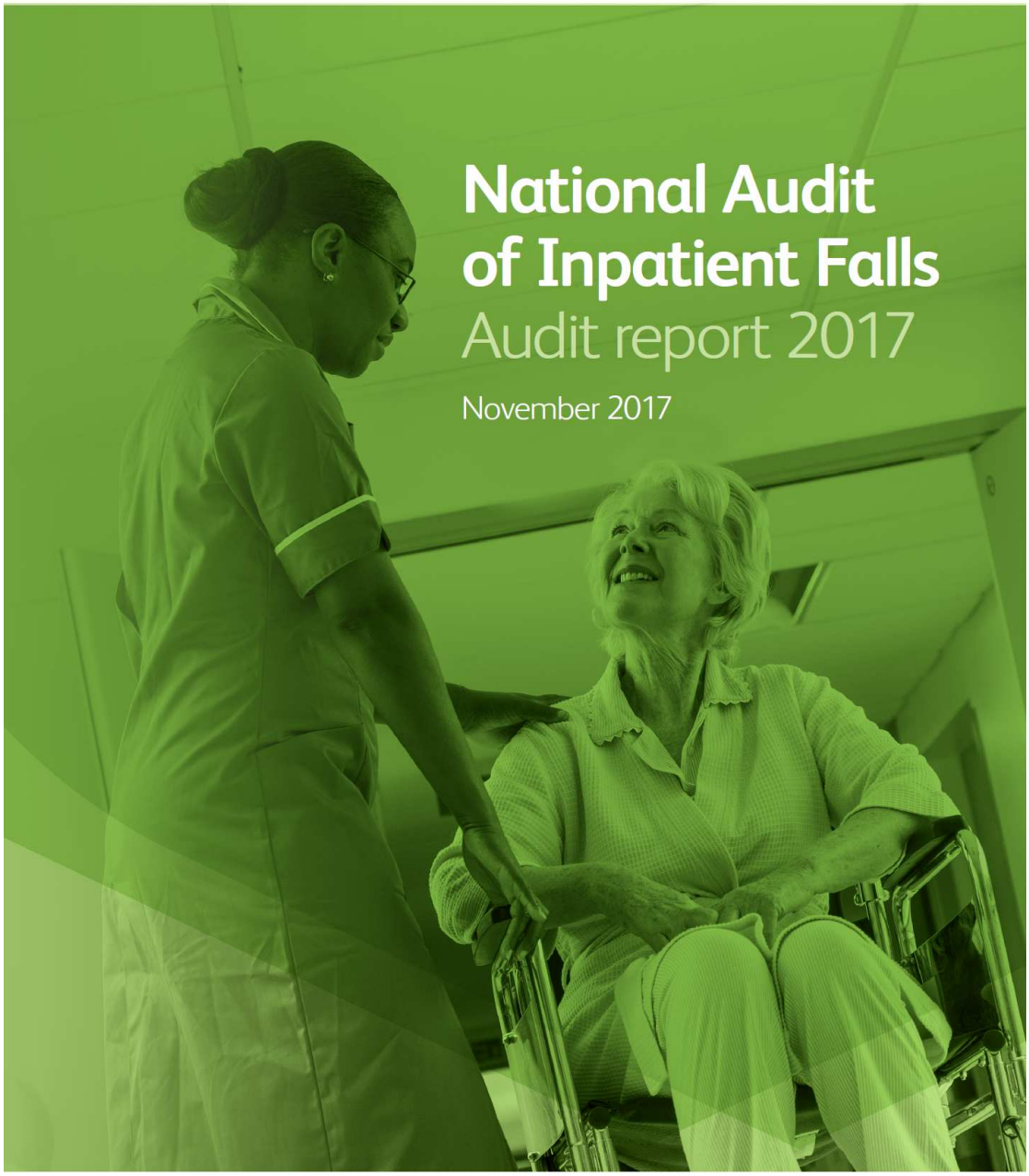
Royal College of Physicians | Falls and Fragility Fracture Audit Programme (FFFAP)



In association with:

BGS British Geriatrics Society Improving healthcare for older people

British Orthopaedic Association Society for Patients, Supporting Surgeons

National Osteoporosis Society

Public Health England

Commissioned by:

HQIP Healthcare Quality Improvement Partnership

AUDIT NAZIONALE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI DEGENTI

Novembre 2017

National Audit of Inpatient Falls audit report 2017

This report was prepared by the members of the National Audit of Inpatient Falls workstream project team.

Usama Ali, medical statistician, Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences (NDORMS), University of Oxford
Chris Boulton, FFFAP programme manager, RCP
Catherine Gallagher, FFFAP project coordinator, RCP
James Hannaford, FFFAP project coordinator, RCP
Meghan Liddicoat, FFFAP project manager, RCP
Shelagh O'Riordan, falls clinical lead, RCP
Naomi Vasilakis, FFFAP project manager, RCP

Acknowledgements
We would like to acknowledge the members of the project subgroup who contributed significantly to the development of this report.

The National Audit of Inpatient Falls data collection webtool is provided by Crown Informatics **www.crowninformatics.com**.

Falls and Fragility Fracture Audit Programme
The National Audit of Inpatient Falls is commissioned by the Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP) and managed by the Royal College of Physicians (RCP) as part of the Falls and Fragility Fracture Audit Programme (FFFAP) alongside the Fracture Liaison Service Database (FLS-DB) and the National Hip Fracture Database (NHFD). FFFAP aims to improve the delivery of care for patients who have falls or sustain fractures through effective measurement against standards and feedback to providers.

Healthcare Quality Improvement Partnership
The Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP) is led by a consortium of the Academy of Medical Royal Colleges (AoMRC), the Royal College of Nursing (RCN) and National Voices. Its aim is to promote quality improvement, and in particular to increase the impact that clinical audit has on healthcare quality in England and Wales. HQIP hosts the contract to manage and develop the National Clinical Audit and Patient Outcomes Programme (NCAPOP). Its purpose is to engage clinicians across England and Wales in systematic evaluation of their clinical practice against standards and to support and encourage improvement in the quality of treatment and care. The programme comprises more than 30 clinical audits that cover care provided to people with a wide range of medical, surgical and mental health conditions.

The Royal College of Physicians
The Royal College of Physicians (RCP) is a registered charity that aims to ensure high-quality care for patients by promoting the highest standards of medical practice. It provides and sets standards in clinical practice, education and training; conducts assessments and examinations; quality assures external audit programmes; supports doctors in their practice of medicine; and advises the government, the public and the profession on healthcare issues.

Citation for this report: Royal College of Physicians. *National Audit of Inpatient Falls: audit report 2017.* London: RCP, 2017.

Copyright
All rights reserved. Applications for the copyright owner's written permission to reproduce significant parts of this publication (including photocopying or storing it in any medium by electronic means and whether or not transiently or incidentally to some other use of this publication) should be addressed to the publisher. Brief extracts from this publication may be reproduced without the written permission of the copyright owner, provided that the source is fully acknowledged.

Copyright © Healthcare Quality Improvement Partnership 2017

ISBN 978-1-86016-696-9
eISBN 978-1-86016-697-6

Royal College of Physicians
11 St Andrews Place, Regent's Park, London NW1 4LE
www.rcplondon.ac.uk

Registered Charity No 210508

TRADUZIONE

Contents

Key findings 6
- Organisational audit 6
- Clinical audit 6
- Key indicators 7

Key recommendations 8
- Recommendations for trust boards and executive teams 8
- Recommendations for clinical teams 8

Background and introduction 10
- This report 11

Methodology 12
- Dataset development 12
- Data entry 12
- Audit participation 12
- Data completeness 12
- Data accuracy 12

Results – organisational audit 13
- Falls reporting 13
- Leadership and service provision 14
- Local audit 16
- Falls risk screening / prevention tool 17

Results – clinical audit 18
- Overall performance 21
- Variation in performance 22
- Not applicable 22
- Variation by ward 22
- Comparison by reason for admission 22
- Variations in changes from 2015 to 2017 22

Case studies – quality improvement 24

Site-level results for key indicators 26

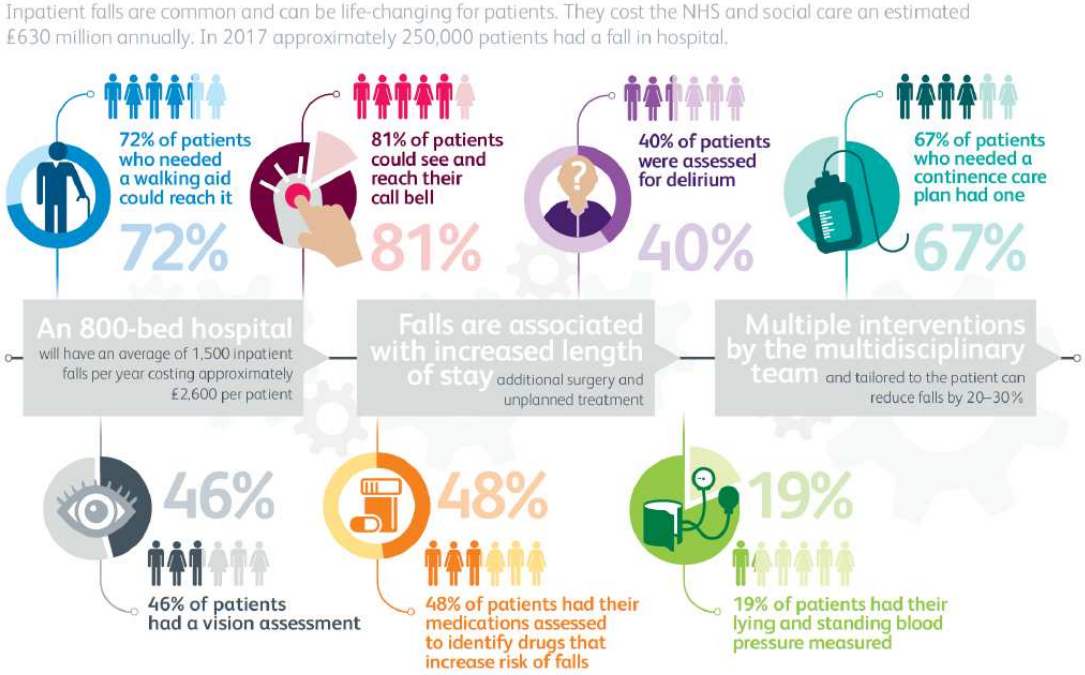
References 39

Appendices 40
- Appendix A – structure and governance 40
  - Inpatient falls subgroup 40
  - Inpatient falls advisory group 40
  - FFFAP board 40
- Appendix B – Patient demographics (acute hospitals) 41

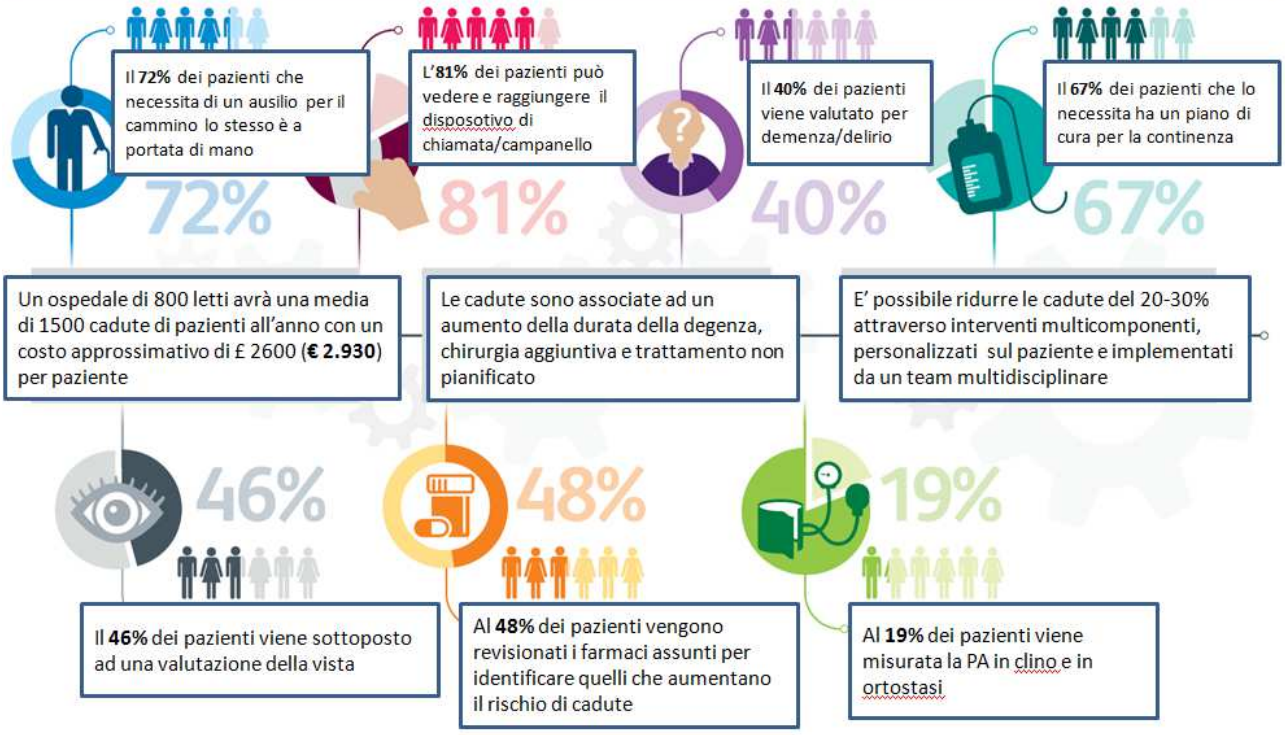
© Healthcare Quality Improvement Partnership 2017

Appendix C – Community hospital results 42
Recruitment and participation 42
Patient sample and completeness of patient-level data..... 42
Feedback from audit participants 42
Conclusion 43
Organisational audit results 43
Clinical audit results 44

L'infografica che segue (originale e traduzione) indica in % la media nazionale di adesione di adesione da parte delle aziende sanitarie alle raccomandazioni chiave delle lineeguida NICE.



Interventi chiave per prevenire le cadute in ospedale.
Le cadute dei pazienti in ospedale sono comuni e possono cambiare la vita dei pazienti.
Il loro costo per il servizio sanitario nazionale e per le cure sociali è stimato in £ 630 milioni **(€ 710 milioni)** all'anno.
Nel 2017 circa 250.000 pazienti sono caduti in ospedale.



PRINCIPALI RISULTATI – AUDIT

1. Molti TRUSTS[1] hanno interrotto l'utilizzo di strumenti di screening per la valutazione del rischio di caduta (una riduzione dal 64% nel 2015 al 34% nel 2017). Questi strumenti non sono sufficientemente predittivi nell'individuare i pazienti che cadranno e non sono raccomandati dal NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Nei contesti dove vengono utilizzati è probabile che il personale NON individui alcuni pazienti a rischio (sottostima);
2. Più di un quarto delle aziende sanitarie non segnalano come danno grave tutte le cadute dei pazienti che causano una frattura di femore. Le lineeguida del National Reporting and Learning System (NRLS) chiarisce che tutte le fratture di femore devono essere segnalate come danno grave e ciò indipendentemente dalle circostanze della caduta;
3. Alcune aziende sanitarie (31%) stanno già individuando il gap tra cadute segnalate e cadute effettive. Raccomandiamo a tutte le aziende sanitarie di raccogliere questo dato in maniera sistematica poiché ciò aiuta l'interpretazione / analisi dei tassi di cadute e fornisce un'indicazione della cultura della segnalazione (più piccolo è il gap migliore è la cultura).

AUDIT CLINICO

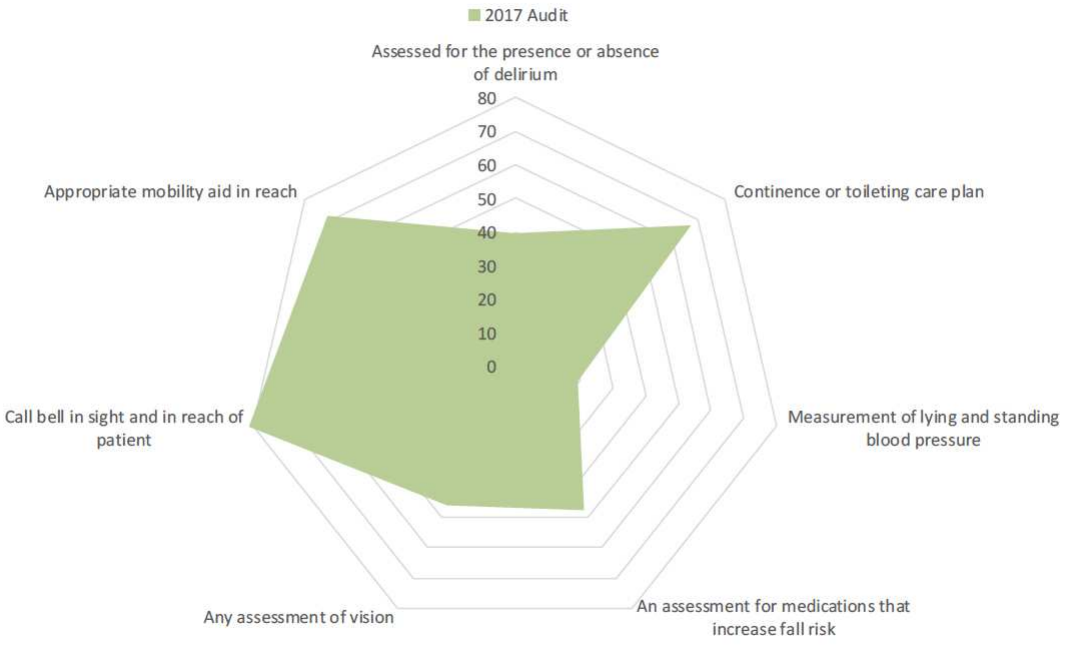
1. L'età media (nazionale) dei pazienti in questo audit era di 80 anni e 54% erano donne;
2. Alcune aziende sanitarie hanno dimostrato un miglioramento della performance in tutte le aree; ciò indica che è possibile effettuare una valutazione del rischio multifattoriale ed implementare interventi per ridurre le cadute;
3. Ci sono stati 3 indicatori chiave che sono migliorati in maniera significativa dal 2015 al 2017. Essi sono: misurazione della PA in clino e ortostasi (dal 16% al 19%), valutazione del paziente per demenza / delierio (dal 37% al 40%), possibilità da parte del paziente di raggiungere l'ausilio per il cammino (dal 68% al 72%). Tuttavia c'è ancora spazio per il miglioramento nella maggior parte delle aziende sanitarie;
4. Non vi sono stati cambiamenti significativi relativamente agli altri 4 indicatori: piani di cura per la continenza (2015 69%, 2017 67%), valutazione della vista (2015 48%, 2017 46%), dispositivo di chiamata / campanello raggiungibile / disponibile (2015 82%, 2017 81%) revisione dei farmaci che aumentano il rischio di caduta (2015 46%, 2017 48%);
5. Vi sono state variazioni significative nei livelli di valutazione e interventi tra i diversi ospedali; più di quanto possa essere spiegato con la variazione del casemix o la gamma di buone pratiche cliniche;
6. Mentre la media nazionale è variata in misura minima, vi è stato una cambiamento sostanziale in molti items dell'audit incluso gli indicatori chiave nella maggior parte degli ospedali. Anche considerando errori di campionamento, è probabile che vi sia **i)** incoerenza nella pratica **ii)** cambiamenti – un misto di miglioramenti e peggioramenti – dal 2015 nella maggior parte degli ospedali. Ciò merita un'analisi dettagliata dei risultati locali per identificare dove alcune aree di pratica stanno migliorando o peggiorando;
7. E' fattibile effettuare l'audit negli ospedali di comunità (ospedali non specializzati che servono un'area locale) e i dati preliminari suggeriscono che possano avere una performance migliore delle aziende sanitarie con strutture per acuti negli indicatori chiave. Tuttavia si trattava di un audit pilota di ospedali che avevano aderito volontariamente, servono quindi dati più completi.

[1] **TRUST**: letteralmente fiducia oppure società, corporation. In ambito sanitario è corrispondente approssimativamente ad una ASL. Esempio: Mid Staffordshire NHS Foundation Trust fornisce servizi sanitari ai cittadini di Stafford, Cannock, Rugeley e aree limitrofe per una popolazione totale 276,500 persone. Il Trust gestisce due ospedali a Stafford e Cannock (cittadine a nord di Londra). In questo documenti **Trusts** verranno denominati ***"Aziende sanitarie"***

INDICATORI CHIAVE

Il grafico riportato in figura 1 mostra l'adesione media nazionale alle linee guida per ciascuno dei 7 indicatori chiave, basata su tutti i pazienti per i quali sono stati forniti dati analizzabili.

Fig 1 Indicatori clinici chiave – medie nazionali di adesione



Raccomandazioni chiave

Occorre notare che alcune di queste raccomandazioni sono state formulate nel report del 2015, sono indicate con il seguente contrassegno: *. La ripetizione è necessaria a causa di un insufficiente miglioramento.

Raccomandazioni per le direzioni aziendali e per i teams dirigenziali

Leadership per la sicurezza del paziente
Raccomandiamo che tutte le aziende sanitarie e le direzioni locali abbiano un gruppo a livello aziendale o ospedaliero per la sicurezza del paziente che includa nel suo mandato la prevenzione delle cadute e l'invio di report alla direzione aziendale. Questo gruppo deve analizzare in maniera regolare i dati sulle cadute, i conseguenti danni moderati o gravi e le morti per 1000 giornate di degenza oltre a valutare i miglioramenti della pratica rispetto al trend dei dati. Questi gruppi devono essere supervisionati da un membro del team dirigenziale e gli outcomes devono essere discussi / analizzati a livello di direzione aziendale.

Valutazione dei pazienti
Vi è stato un miglioramento molto variabile nelle attività di prevenzione delle cadute e, a livello nazionale, vi sono stati progressi minimi. Di conseguenza raccomandiamo che vengano messe in atto procedure per una valutazione rapida dei pazienti acuti anziani alfine di assicurare una rilevazione tempestiva dei principali rischi incluso le cadute.

Cadute che causano una frattura di femore
Assicurarsi che tutte le cadute in ospedale che causano una frattura di femore vengano segnalate come **GRAVI** come raccomandato dal NRLS (National Reporting and Learning System – sistema nazionale di segnalazione e apprendimento del NHS – Servizio Sanitario Nazionale inglese). NON modificare il livello di danno in base alle circostanze della caduta.

Numero di cadute
Verificare che non vi sia un gap tra il numero di cadute segnalate e quelle realmente avvenute. Questo è un indicatore della cultura dell'organizzazione e aiuta a interpretare i dati sulle cadute per 1000 gg degenza.

Demenza e delirio*
Raccomandiamo alle aziende sanitarie e alle direzioni locali di revisionare la pratica sulla demenza e il delirio inserendo l'utilizzo di strumenti standardizzati e correlando la valutazione alle problematiche cliniche quali le cadute.

Ausili per il cammino*
Raccomandiamo alle aziende sanitarie e alle direzioni locali di sviluppare una politica che assicuri che tutti i pazienti che lo necessitano abbiano accesso al tipo più appropriato di ausilio a partire dal momento dell'ammissione, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Raccomandazioni per i teams clinici

Gruppo di lavoro multidisciplinare per la prevenzione delle cadute
Raccomandiamo di studiare / analizzare i dati locali e nazionali di questo audit e di riflettere sui cambiamenti a livello locale dal 2015 ad oggi. Il gruppo deve riflettere sui propri metodi di miglioramento della qualità alla luce del quadro generale.

Non utilizzare strumenti per la valutazione del rischio di caduta*
Dove questi strumenti sono ancora utilizzati, suggeriamo che il gruppo revisioni le forti evidenze e la logica sottostante alle linee guida NICE, revisioni il posto che occupa la valutazione del rischio di caduta e la prevenzione nel processo di cura per pazienti acuti e lavori con i colleghi per rimuovere tale attività dove necessario.

Audit rispetto all'indicatore di qualità NICE QS86 4–6
Link alle linee guida NICE https://www.nice.org.uk/guidance/qs86/resources/falls-in-older-people-2098911933637 Queste raccomandazioni identificano come viene gestito un paziente dopo una caduta e come condurre un audit di conseguenza dopo l'evento. In questo modo sarà possibile identificare criticità e migliorare l'assistenza di questi pazienti vulnerabili.

Misurazione PA in clino e ortostasi
Se i tassi di adesione risultano bassi nell'audit locale prendere in considerazione l'utilizzo dello strumento elaborato dal Royal College of Physicians[2] (RCP) per standardizzare la pratica. Link al documento **www.rcplondon.ac.uk/bp-measurement** **"***Measurement of lying and standing blood pressure: A brief guide for clinical staff"* - Produced by: Inpatient Falls Quality Improvement.

[2] Il **Royal College of Physicians** è l'organo professionale dei medici in Gran Bretagna; la sua finalità è quella di migliorare la pratica della medicina principalmente attraverso l'accreditamento dei medici dopo specifico esame. Fondato nel 1518 ha elaborato il primo standard internazionale per la classificazione delle malattie; la sua biblioteca contiene testi medici di grande interesse storico.

Revisione dei farmaci
Dove i tassi di revisione e correzione risultano bassi raccomandiamo di lavorare a livello locale con i colleghi, incluso i farmacisti, per revisionare l'approccio alla documentazione rilevante, assicurando che le ragioni per i cambiamenti nella prescrizione farmacologica siano chiare e comunicate al MMG al momento della dimissione.

Deficit visivo
Se i tassi di adesione locali sono bassi prendere in considerazione lo strumento elaborato dal Royal College of Physicians[2] (RCP) per standardizzare la pratica. Link al documento. **www.rcplondon.ac.uk/bedsidevisioncheck** *"Bedside vision check for falls prevention: assessment tool"* Produced by: Inpatient Falls Quality Improvement.

Ausili per il cammino*
Effettuare audit periodici per valutare l'efficacia del metodo di lavoro e/o se gli ausili per la mobilità sono raggiungibili dal paziente ove necessario.

Piano di cura per la continenza
Si raccomanda che per pazienti con sintomi del tratto urinario inferiore come frequenza, urgenza, nicturia o incontinenza vengano considerate le implicazioni per il rischio di caduta e di conseguenza contemplate nel piano di cura.

Dispositivi di chiamata
I tassi altamente variabili per pazienti con facile accesso al dispositivo di chiamata suggeriscono che questa semplice misura di sicurezza riceva scarsa considerazione in alcuni ospedali. Raccomandiamo, per questo problema, un approccio globale a livello di tutta la struttura ospedaliera.

Background e introduzione

Nei pazienti degenti nelle strutture sanitarie in Inghilterra si sono verificate **250.000 cadute** durante l'anno 2015/16. Queste erano suddivise tra strutture per acuti, ospedali di comunità e strutture per pazienti psichiatrici. Le cadute sono comunemente riportate come incidenti relativi alla sicurezza del paziente e danno luogo a:

- Più di **2500** fratture di femore;
- Perdita di fiducia in se stessi e rallentata guarigione anche quando il danno fisico è minimo;
- Distress per le famiglie e il personale;
- Contenzioso tra le diverse aziende sanitarie (trusts vedi sopra definizione);
- Un costo complessivo per gli ospedali di **£ 630 milioni** ogni anno.

Malattie acute, soprattutto in persone anziane e fragili o in quelle in fase di recupero dopo grave malattia o intervento chirurgico, aumentano il rischio di caduta in ospedale. I pazienti sono vulnerabili per delirio / demenza, disidratazione e decondizionamento; tutte queste condizioni incidono negativamente sull'equilibrio e la mobilità specialmente in un ambiente non familiare. La maggioranza delle cadute avviene tra i pazienti ricoverati in reparti di area medica durante i primi giorni dopo il ricovero.

Queste circostanze indicano che non tutte le cadute sono prevenibili. Tuttavia l'applicazione delle lineeguida NICE può prevenire fino al **20-30% delle cadute**. La prevenzione dipende da una tempestiva valutazione per identificare i fattori di rischio potenziali, seguita da una risposta clinica per ridurre i loro effetti.

Si tratta di un compito complesso che richiede un approccio di team multidisciplinare. Un paziente può richiedere diversi interventi personalizzati. Richiede anche un approccio alla sicurezza del paziente a livello di organizzazione con supporti pratici quali ausili per il cammino sempre disponibili, una cultura affidabile di incident reporting e una chiara responsabilità e impegno da parte della dirigenza.
L'audit nazionale per le cadute nei pazienti degenti (National Audit of Inpatient Falls -NAIF) è stato disegnato per catturare tutti questi elementi. E' basato sulle linee guida NICE e su indicazioni del settore qualità del NHS (National Health Service corrispondente al nostro SSN).
Nel maggio 2015 il sopra citato audit nazionale ha raccolto dati relativamente alle responsabilità della leadership, politiche e procedure in atto dal 96% (136) delle aziende con ospedali per acuti e di comunità in Inghilterra e Galles e il 90% (179) degli ospedali ha fornito dati clinici sulle modalità di valutazione e interventi registrati entro 3 giorni dal ricovero per un totale di **5174** pazienti. I dati raccolti nel 94% dei casi erano di buona qualità per l'analisi.
In generale il livello delle principali politiche e procedure era soddisfacente ma l'audit clinico ha dimostrato che l'implementazione pratica era altamente variabile tra ospedali e anche scarsamente coerente per diversi aspetti incluso la valutazione della vista, l'ipotensione ortostatica e il delirio. Inoltre nel 2015 il **73%** delle aziende sanitarie ha segnalato di utilizzare uno strumento di valutazione del rischio di caduta per guidare le attività di prevenzione, nonostante le LG NICE già nel 2013 affermavano che tali strumenti non erano efficaci e di conseguenza non raccomandati.
I risultati sono stati diffusi a tutti i gruppi clinici, ai clinical commissioning groups (CCGs), alle direzioni locali e alle direzioni aziendali; inoltre è stata distribuita una guida per pazienti e famiglie allo scopo di migliorare la consapevolezza rispetto al rischio di caduta. Le informazioni sulla valutazione degli ospedali rispetto agli standard sono pubblicate e disponibili su **data.gov** e all'organo regolatore Care Quality Commission (CQC) (Commissione sulla qualità delle cure)
Il team del Royal College of Physicians (vedi sopra) ha inoltre elaborato e diffuso strumenti clinici per assistere il personale ospedaliero nell'affrontare due particolari criticità: la valutazione della vista e la misurazione della PA in orto e clinostasi. www.rcplondon.ac.uk/projects/inpatient-falls-quality-improvement.
Questo secondo round di audit ha utilizzato un approccio simile a quello del 2015 con alcune riduzioni nei dati richiesti e chiarificazioni ove necessario basandosi sul feedback degli auditors locali. Lo scopo era quello di identificare i cambiamenti raggiunti rispetto al 2015. Questa volta abbiamo anche attuato un approccio pilota su un campione di ospedali di comunità. Viene descritto in Appendice C.

Questo report

In questo report vengono forniti:

- dati nazionali aggregati per gli aspetti organizzativi delle responsabilità della leadership, politiche in atto e procedure, che evidenziano carenze e cambiamenti rispetto al 2015;
- medie nazionali aggregate per ogni item previsto dall'audit, focalizzandosi sui cambiamenti rispetto al 2015, in particolare dove vi è stato scarso miglioramento o dove vi è ampia variazione nei risultati raggiunti;
- risultati dettagliati di tutti i singoli ospedali consentendo raffronto con la performance nel 2015, con la loro performance rispetto agli standard delle linee guida e il raffronto con altri ospedali.

Nel report del 2015 abbiamo anche pubblicato i dati riportati a livello locale sul numero e la gravità delle cadute e abbiamo riportato le stesse in termini di tasso per 1000 gg di degenza. A seguito delle discussioni con il sistema informativo del NHS e il gruppo progetto abbiamo deciso di non riportare ancora i tassi.

La raccomandazione del National Quality Board (Direzione nazionale qualità delle cure) afferma che:

I dati raccolti attraverso sistemi di incidenti reporting (IR) o come incidenti gravi non devono mai essere presentati come incidenti reali o danni effettivi … fare ciò è controproducente rispetto agli scopi / finalità dell'incident reporting.

Lo scopo dell'IR (Incident Reporting) non è semplicemente quello di contare il numero di cadute, ma invece di supportare l'apprendimento sulle ragioni per le quali l'incidente è accaduto e che cosa l'azienda può fare per garantire sicurezza al paziente.
La nostra triangolazione di dati con quelli sulle fratture di femore ottenuti dal *National Hip Fracture Database* (Database Nazionale sulle fratture di femore) suggerisce che questi numeri derivati a livello locale non sono una sorgente affidabile di dati sull'incidenza delle cadute.
In aggiunta a ciò i tassi di cadute delle Aziende sanitarie sono influenzati dalla demografia della popolazione afferente, dai servizi specialistici di cui dispongono (es. servizi focalizzati sulla riabilitazione o sulle persone con demenza avranno probabilmente tassi più elevati di cadute) così come dalla qualità dei loro interventi di prevenzione. **Abbiamo pertanto focalizzato questo audit sulle pratiche riportate dagli ospedali anziché sui numeri riportati.**