

# Mobility Action Group

## *Change Package and Toolkit*



Sharon K. Inouye, MD, MPH

### Contributors:

Bruce Finke, MD, Isaac Burrows, MPH, Cynthia Brown, MD, MSPH; Fred Rubin, MD; Heidi

Wierman, MD; Susan Heisey, MSW

### Hospital Elder Life Program (HELP) Contributors:

Sarah Gartaganis, LICSW, MPH

Maggie Webb, BA



This work was created by Dr. Sharon K. Inouye and is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). To view a copy of this license, visit: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

# Mobility Action Group

## *Change Package and Toolkit*

**TRADUZIONE E ADATTAMENTO AL CONTESTO ITALIANO**

**Si ringraziano**

Christian Pozzi, Marco Calabrese, Matteo Gentili, Alessandra Guarneri, Alessandro Lanzoni, Alessandro Morandi, Corinne Muzzarelli, Valeria Pallotta, Chiara Sidoli, Andrea Stagliano', Camilla Tagliasacchi, Giuseppe Bellelli

La traduzione in lingua italiana del *Change Package and Toolkit* è un progetto sostenuto dalla scuola di dottorato di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Milano Bicocca e dalla Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana (SUPSI).

## Indice

Background e rationale	pag. 3
Scopo	pag. 3
Come usare il Change Package	pag. 4
Tabella di marca per l'implementazione del programma Mobility	pag. 4
Step 1: Crea il tuo Mobility Team	pag. 5
Step 2: Seleziona le tecniche di cambiamento che il tuo Mobility Team dovrà implementare	pag. 5
Step 3: Scegli un'unità di lavoro e una popolazione target	pag. 5
Step 4: Seleziona le misure che in seguito dovrai monitorare	pag. 11
Step 5: Utilizza il support tra pari	pag. 14
Step 6: Pianifica per garantire sostenibilità	pag. 14
Appendice A: Migliorare la Mobilità nel setting acuto, Bibliografia	pag. 16
Appendice B: Mobility Action Group Toolkit	pag. 21

## Background e rationale

Quando gli anziani sono ospedalizzati vi è una intrinseca difficoltà nel mediare fra la prevenzione delle cadute e la promozione della mobilità. In risposta all'attenzione pubblica e professionale agli errori medici, le policy Medicare e, di conseguenza, la cultura ospedaliera hanno fortemente prioritizzato la prevenzione delle cadute determinando così possibili conseguenze sulla mobilità del paziente, le abilità funzionali e il benessere<sup>1</sup>. È ben documentato, comunque, che l'immobilità del paziente in ospedale possa contribuire a outcome indesiderabili che includono il rischio di cadute dall'esito infausto, delirium, ulcere da pressione, infezioni ospedaliere acquisite (es. infezioni del tratto urinario o polmoniti da aspirazione), declino funzionale, durata del ricovero prolungata, istituzionalizzazione, riammissioni in reparto e un accresciuto carico economico assistenziale.

La storia degli eventi cominciò nel 2007, quando il Centro per i Servizi Medicare e Medicaid (CMS) cercò di identificare le condizioni che potessero aumentare i costi di Medicare e che potessero essere prevenuti con assistenza evidence-based. Nel 2008, il CMS ha promulgato nuove disposizioni inerenti al pagamento di prestazioni sanitarie con indicazione che non sarebbero più state rimborsate agli ospedali prestazioni sanitarie relative a comorbidità insorte a causa della degenza ospedaliera (HAC) comprese le cadute con lesioni. Nel 2010, l'Affordable Care Act ha istituito un programma per ridurre le condizioni acquisite in ospedale, che ha imposto sanzioni pecuniarie agli ospedali che si classificano nel quartile più basso per le misure HAC.

Mentre le cadute con conseguenze dovrebbero, ovviamente, essere evitate in ospedale, gli attuali sforzi di prevenzione delle cadute riflettono un preoccupante presupposto di fondo, cioè che impedire ai pazienti di muoversi possa fermare le cadute in ospedale. Dal 2007, si è verificata una grave epidemia di immobilità tra gli anziani ospedalizzati. Secondo una stima del 2009, i pazienti in ospedale trascorrono oltre l'83% del loro tempo a letto<sup>2</sup>. Al contrario, le prove attuali suggeriscono che la mobilitazione precoce **riduca** effettivamente il rischio di cadute dannose. Per ulteriore letteratura sui vantaggi della mobilità precoce, vedere l'**Appendice A**.

## Scopo

Durante il periodo 2016-2018, la dott.ssa Sharon Inouye ha partecipato alla Health and Aging Policy Fellowship. Per il suo progetto Fellowship, ha proposto di sviluppare una strategia per migliorare la mobilità e ridurre l'uso di allarmi per letti e sedie negli anziani ospedalizzati. Lavorando con il dott. Bruce Finke, il sig. Isaac Burrows, la dott.ssa Cynthia J. Brown e i leader dell'Hospital Elder Life Program (il dott. Fred Rubin, la dott.ssa Heidi Wierman e la signora Susan Heisey), un gruppo di azione per la mobilità con cui sono stati coinvolti oltre 100 ospedali statunitensi partecipanti. Il Mobility Action Group si basava vagamente sulla Breakthrough Series<sup>3</sup> dell'Institute for Healthcare Improvement e molti concetti di miglioramento della qualità derivano dal Modello per il miglioramento<sup>4</sup>. Questo pacchetto di modifiche e toolkit del gruppo di azione per la mobilità (**Appendice B**) è stato inizialmente sviluppato per assistere questa iniziativa; ed è stato ora adattato per l'uso pubblico.

Lo scopo di questo Change Package e toolkit è **di fornire un quadro concettuale, una tabella di marcia e una guida passo-passo** per aiutare te e il tuo team a implementare un programma di mobilità presso il tuo istituto. I materiali includono anche una bibliografia completa, strumenti, risorse e suggerimenti utili dai siti per guidarti in questo processo. Ci auguriamo che troverai utili indicazioni e ispirazione in queste pagine.

---

1 Growdon ME, JAMA Intern Med, 2017

2 Brown CJ, J Am Geriatr Soc, 2009

3 IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 2003

4 Langley GL. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance, 2009

## Come Utilizzare il Change Package

Strutturare un nuovo programma può essere un compito arduo. Può diventare fattibile se prendi le cose passo dopo passo. Ecco alcuni passaggi utili e collaudati:

1. Crea il tuo team. Il modo migliore per iniziare è mettere insieme la tua squadra e organizzare riunioni regolari.
2. Seleziona le tue tattiche di cambiamento. Imposta i tuoi obiettivi iniziali (vedi la tabella Change Tactics Table 1) e la sequenza temporale. Fai sì che siano realistici. Inizia ad affrontare le questioni logistiche: adattamenti EHR, sviluppa moduli e strumenti di monitoraggio, forma il personale.
3. Scegli l'unità da cui partire e la tua popolazione target.
  - Ottieni il consenso dell'amministrazione e del personale dell'unità con cui dovrai lavorare.
4. Identifica le valutazioni chiave per monitorare il successo.
5. Utilizzare il supporto tra pari. Muoviti per affrontare le domande e le sfide.
6. Pianificare la sostenibilità dall'inizio (vedi Sustainability Planning).

Questo Change Package and Toolkit ti fornirà dettagli e risorse per guidarti attraverso gli step descritti. Inoltre maggiori risorse, supporti e community sono disponibili tramite il sito Web dell'Hospital Elder Life Program (HELP) ([www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org)), inclusi HELP Google Groups per rispondere alle domande man mano che si presentano. Anche valutare la prontezza della tua organizzazione al cambiamento può essere utile come punto di partenza (vedi Sondaggio ORIC, pag. 43).

## Tabella di marcia per l'implementazione del programma Mobility

Potresti notare che alcuni componenti del programma Mobility sono già adeguati, per questo motivo, potresti iniziare da differenti step della tabella di marcia della mobilità (Figura 1). La sequenza generale delle attività descritte di seguito si è dimostrata vincente per molti degli ospedali coinvolti in questa iniziativa.



**Figura 1. Panoramica della Tabella di Marcia del Mobility**

## Step 1: Crea il tuo Mobility Team

Un team multidisciplinare è la strategia migliore per avere successo. È importante includere tutte le figure all'interno del team – come medici, infermieri, OSS, fisioterapisti e terapisti occupazionali. Nelle fasi iniziali, prendi in considerazione la possibilità di chiedere input ai pazienti e alle famiglie, al personale di approvvigionamento centrale (per supportare la disponibilità di dispositivi di assistenza), al personale informatico (per supportare gli adattamenti alla tua cartella clinica elettronica che faciliteranno la comunicazione e la documentazione) e il personale dedicato alla gestione del rischio ( per supportare l'uso di volontari nel tuo programma di mobilità se scegli quella strategia). È importante che tu abbia un campione amministrativo - un leader ospedaliero con autorità decisionale e capacità di allocare risorse e rimuovere le barriere, a sostegno del tuo Mobility Team. Come indicato nella tabella 1, può essere utile iniziare con il tuo team di prevenzione delle cadute ed espandere il loro ruolo per includere la mobilità. È importante programmare riunioni regolari del Mobility Team per avviare il progetto.

## Step 2: Seleziona le tattiche di cambiamento che il tuo Mobility Team dovrà implementare

Esamina il Mobility Action Group Change Package (**Tabella 1**), e identifica, come punto di inizio, 1-2 tattiche che il tuo team potrebbe testare o implementare nel tuo programma di mobilità. L'obiettivo iniziale è quello di fissare degli obiettivi realistici e con una timeline e poi procedere da questo punto. Prendi in considerazione test su piccola scala utilizzando PDSA o Plan-Do-Study-Act. Questo modello iterativo di risoluzione dei problemi in quattro fasi viene utilizzato per migliorare un processo o per apportare delle modifiche. Man mano che si verificano miglioramenti incorpora gradualmente le nuove tattiche su campioni più grandi finché non sei sicuro che le modifiche dovrebbero essere adottate in modo più ampio.

Il Mobility Action Group Change Package è organizzato in strategie, concetti di cambiamento, tattiche e strumenti/risorse/esempi. Le strategie sono presentate in sequenza, poiché molti programmi di successo hanno trovato utile iniziare con la Strategia 1, quindi passare alla Strategia 2 e così via. Se stai sviluppando un nuovo programma di mobilità, ti consigliamo di iniziare con le tattiche della Strategia 1, "Creare coinvolgimento in una cultura della mobilità" o della Strategia 2, "Valutare e pianificare la mobilità". Tuttavia, va bene procedere in qualsiasi ordine in base alle priorità del tuo ospedale.

Ogni strategia è supportata dai concetti e dalle tattiche di cambiamento. I concetti di cambiamento sono approcci generali che hanno lo scopo di stimolare il pensiero creativo e critico e sono ulteriormente fondati su tattiche specifiche che qualsiasi organizzazione può iniziare a testare allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza, migliorare i risultati inerenti il benessere e ridurre i costi dell'assistenza. Nota che i programmi di mobilità non hanno la pretesa di implementare tutte le tattiche. In ultimo, quando possibile, gli strumenti, le risorse e le misure sono fornite per dare esempi concreti su come rendere operative le strategie e le misurazioni per raggiungere gli obiettivi. Questo Change Package può essere visto come un punto di partenza per iniziare questo lavoro. I servizi dovrebbero adattare queste strategie e tattiche alle esigenze locali ed aggiungere i propri materiali per ottimizzare il programma.

## Step 3: Scegli un'unità di lavoro e una popolazione target

L'iniziativa è principalmente focalizzata sulle persone anziane, gli adulti ospedalizzati; ciò nonostante il programma è adatto per ogni popolazione che necessita di mobilitazione. I membri del Mobility Action Group hanno testato il programma nelle seguenti unità/reparti all'interno del loro ospedale: medicina generale, geriatria, oncologia, cardiologia, chirurgia generale, ortopedia e terapia intensiva. Quando scegli il reparto o l'unità in cui focalizzare inizialmente il tuo programma di mobilità potresti aver bisogno di considerare l'adeguatezza clinica della deambulazione frequente per la popolazione di pazienti, il supporto della leadership, l'impegno e la disponibilità del personale dell'unità per un programma di mobilità. Sarà importante acquisire il consenso del personale sanitario nell'unità scelta. La sequenza delle attività della

tabella di marcia dovrebbe essere ripetuta man mano che l'iniziativa si estende ad unità aggiuntive

TABELLA 1 Mobility Action Group Change Package

Strategie	Cambio di concetto	Cambio di tattica	Risorse
1 – Creare motivazione per una cultura della mobilità	Ottenere l'adesione e l'impegno dei pazienti e delle famiglie	Comunicare le aspettative per la mobilitazione ai pazienti e alle famiglie (per esempio, tramite opuscoli per pazienti/famiglie, o durante le visite)	Pg. 56 Brochure sulla mobilità per il paziente e la sua famiglia Pg. 58 Brochure sulla mobilità per il paziente Pg. 65 Approfondimento Ospedale A
		Collaborare con i pazienti per dare priorità alla mobilità nel contesto del raggiungimento dei loro obiettivi funzionali (ad esempio, dimissione anticipata, massimizzazione dell'indipendenza)	Pg. 54 Esempio di consenso informato
		Mostrare promemoria visivi degli obiettivi di mobilità nella stanza e nel corridoio (per esempio, indicatori di distanza nel corridoio)	Pg. 59 Cartello obiettivi del paziente Pg. 62 Poster Mobility Action Group
	Ottenere l'adesione e l'impegno da parte del personale sia esso clinico che non clinico	Arruolare un team interdisciplinare per progettare il programma di mobilità	Pg. 46 Indagine sulla preparazione organizzativa dello strumento per il cambiamento (ORIC) Survey Pg. 66 Approfondimento Ospedale B
		Educare il personale e i leader dell'ospedale sulle ragioni di una maggiore mobilità	Pg.14 Appendice A: migliorare la mobilità nel setting acuto, bibliografia
		Condividere regolarmente i progressi inerenti agli obiettivi che il programma di mobilità possiede	Pg. 43 Analisi dei progressi nell'applicazione Delle tecniche di cambiamento Pg. 51 Esempio di raccolta dati delle passeggiate / deambulazioni quotidiane (Diagramma di controllo)
2 - Valutare e pianificare la mobilità	Valutare la funzione e la mobilità durante tutta l'ospedalizzazione	Standardizzare la valutazione della mobilità infermieristica all'ammissione e alla dimissione	Pg. 37 Valutazione di base della mobilità Pg. 38 Valutazione infermieristica per una mobilitazione in sicurezza
		Valutare lo stato funzionale all'ammissione e alla dimissione	Pg. 40-41 Checklist delle attività della vita quotidiana (ADL/IADL). Modulo di ammissione e dimissione dall'ospedale.

		Valutare qualsiasi evidenza di cambiamento acuto dello stato mentale	Pg. 42 Screening stato mentale
		Utilizzare uno strumento di mobilità progressiva o un algoritmo di mobilizzazione per rivalutare la mobilità del paziente durante la sua permanenza in ospedale e aumentare di conseguenza la sua attività/deambulazione	Pg. 36 Protocollo Medico – chirurgico di progressione della mobilità Pg. 31 Protocollo di progressione della mobilità Pg. 38 Valutazione infermieristica per una mobilizzazione in sicurezza Pg. 69 Approfondimento ospedale C
		Registrare quotidianamente la mobilità (ad es. lavagna, diagramma di flusso del paziente, EHR)	Pg. 37 Valutazione di base della mobilità Pg. 48 Documentazione delle mobilizzazioni ospedaliere Pg. 49 Strumento di mobilizzazione per il personale infermieristico Pg. 67 Approfondimento Ospedale D
Includere il piano di mobilizzazione nel piano di cura di ogni paziente		Impostare l'obiettivo di base della deambulazione (distanza), con l'obiettivo di 3 volte al giorno	Pg. 60 Cartello degli obiettivi del paziente
		Limitare i riferimenti alla fisioterapia per la mobilità generale	Pg. 73 Approfondimento ospedale E
		Identificare il personale primario e di supporto responsabile della mobilizzazione	Pg. 61 Esempio di job description di un assistente della mobilità Pg. 74 Approfondimento ospedale F Pg. 76 Approfondimento ospedale G
		Identificare chiaramente quali pazienti sono stati valutati come appropriati per la deambulazione	Pg. 77 Approfondimento ospedale H Pg. 74 Approfondimento ospedale F
Rivedere i protocolli clinici per promuovere la mobilità/deambulazione (con l'assistenza necessaria)		Giustificare tutti gli ordini di riposo a letto, e il default dovrebbe essere la deambulazione	Pg. 79 Approfondimento ospedale I
		Fornire un ordine di attività specifico (ad esempio, "deambulare con assistenza, 1 giro di unità")	Pg. 73 Approfondimento ospedale E

3 - Fornire una mobilitazione precoce con approcci sicuri per i pazienti e il personale	Formare tutto il personale alla mobilitazione sicura	Formare all'ergonomia e alla sicurezza infermieri, assistenti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, volontari.	Pg. 26 Using your Body Safely (HELP) Pg. 27 Care of the Falling Patient (HELP) Pg. 28 Care of the Falling Patient (HELP) Competency Based Checklist Pg. 24 HELP Mobility Competency Checklist Pg. 22 HELP Mobility Protocol
		Premiare/riconoscere il personale di prima linea per l'utilizzo di nuove idee per favorire la mobilitazione dei pazienti	Pg. 64 Mobility Champion Award
		Formare ed informare i membri della famiglia alla mobilità sicura	Materiale per la formazione: <a href="http://hospitalelderlifeprogram.org">hospitalelderlifeprogram.org</a>
	Mobilizzare e far deambulare i pazienti presto e spesso.	Eseguire la deambulazione almeno 3 volte al giorno	Pg.22 HELP Mobility Protocol
		Progredire nella deambulazione/mobilizzazione in base ai miglioramenti nelle valutazioni dello stato funzionale	Pg. 30 Protocollo di progression della mobilità
	Avere appropriati ausili per ogni paziente	Fornire ausili per la deambulazione / mobilizzazione in ogni stanza	Pg. 73 Approfondimento ospedale E
		Rendere i deambulatori, i bastoni, le stampelle disponibili in modo centralizzato - accesso facile e affidabile 24 ore su 24	Pg. 29 Daily Safe Mobility Scan (HELP)
		Fornire occhiali, apparecchi acustici e calzature appropriate secondo necessità	Pg. 22 HELP Mobility Protocol
	Cambiare approccio dal Team per prevenire le cadute al Team a favore della mobilità	Considerare le cadute come risultati critici della mobilità	Pg. 77 Approfondimento ospedale H
		Considerare sempre il mantenimento della mobilità in tutte le azioni correttive per la prevenzione delle cadute	Pg. 14 Appendice A: Bibliography (Growdon ME, ShorrRI, Inouye SK. The tension between promotingmobility and preventing falls in the hospital. JAMAInternal Medicine 2017;177:759-60.)

		Generare rapporti specifici dell'unità (ed eventualmente dell'intero ospedale) sui tassi di mobilità e sulle cadute (con e senza ferite)	Pg. 49 Valutazione del rischio di caduta raccomandato dal Forum Nazionale di Qualità Pg. 50 Esempio di raccolta dati delle passeggiate / deambulazioni quotidiane Pg. 52 Esempio di raccolta dati dell'impatto dell'attività sullo stato funzionale
4 - Ridurre al minimo i dispositivi di immobilizzazione	Ridurre/minimizzare gli allarmi inseriti in letti e sedie per ridurre la mobilità	Sviluppare un sistema al piano/reparto per un giro di visite orarie mirate alla mobilità e una conseguente rapida risposta ai campanelli di chiamata	Pg. 17 Appendice A: Bibliografia (adattamento mirato)
		Rimuovere gli allarmi letto/sedia dai protocolli di caduta e dai set di ordini / acquisti permanenti	Pg. 53 Letto / sedia allarmata: evidenze e bibliografia
		Misurare l'uso di allarmi per letti/sedie sui piani	Pg. 10 Tabella 2 (Letto / Sedia allarmata)
	Scansione quotidiana della "mobilità del paziente" per identificare le barriere alla mobilità	Identificare e ridurre tutti gli impedimenti (cateteri urinari, ossigeno con tubi corti, dispositivi di compressione)	Pg. 24 HELP Mobility Competency Checklist Pg. 22 HELP Mobility Protocol
		Verificare la disponibilità di calzature idonee	Pg. 24 HELP Mobility Competency Checklist Pg. 22 HELP Mobility Protocol
		Individuare e validare il percorso pedonale senza ostacoli nella stanza del paziente e nel corridoio	Pg. 29 Daily Safe Mobility Scan (HELP)
		Valutare la presenza di altri ostacoli alla mobilità quotidiana	Pg. 29 Daily Safe Mobility Scan (HELP)

## Step 4: seleziona le misure che in seguito dovrai monitorare.

Perché “misurare” è importante? Il monitoraggio delle misure fondamentali è importante per capire dove siamo e cosa dobbiamo fare mentre lavoriamo per migliorare la mobilità. Condividere i risultati con il tuo team e il personale della tua unità ti consentirà di evidenziare i successi ottenuti e al contempo di identificare opportunità di miglioramento. La condivisione dei risultati con la dirigenza dell'ospedale ti consentirà di dimostrare i progressi verso i tuoi obiettivi e, in definitiva, di facilitare la sostenibilità del programma.

Le misure che scegli di monitorare dovrebbero essere guidate sia da considerazioni sulla capacità del tuo programma che sulle priorità dell'ospedale. La **Tabella 2** presenta alcune misure raccomandate per monitorare l'implementazione, il processo clinico e gli esiti. Le misure del processo clinico, elencate in alto, sono considerate essenziali per tutte le unità operative che partecipano a questa iniziativa. Ogni unità operativa è inoltre incoraggiata a monitorare almeno 2 outcome aggiuntivi nell'elenco in base alle priorità del tuo ospedale.

Va notato che molte delle seguenti misure di outcome sono già monitorate dal tuo ospedale. Ti sarà utile coordinarti con i dipartimenti che tengono traccia di questi risultati per effettuare queste misurazioni sui tuoi specifici pazienti del programma Mobility. Ciò ti consentirà di tenere traccia di questi risultati chiave e dimostrare l'impatto del tuo programma di mobilità (ad esempio: confrontare un periodo di 3 mesi prima dell'implementazione con un periodo di 3 mesi dopo l'implementazione o confrontare la tua unità target con un'altra unità comparabile senza un programma di mobilità). Idealmente, misurerai i processi e i risultati chiave nel tempo per rilevare le tendenze e monitorare i risultati imprevisti. Questi dati possono essere utilizzati anche per il benchmarking interno del tuo sito. Questi includono:

- La durata del ricovero, le riammissioni, i costi ospedalieri sono monitorati dall'ufficio finanziario o di fatturazione
- La destinazione delle dimissioni e le riammissioni possono essere monitorate dal coordinamento delle cure.
- Le cadute e l'uso dei sistemi di contenzione possono essere monitorati dal comitato cadute, dai dipartimenti di gestione dei rischi, sicurezza del paziente o dai responsabili della qualità.
- Lo stato funzionale (come le attività della vita quotidiana) è generalmente raccolto come parte della valutazione infermieristica del singolo paziente e può essere disponibile nella cartella clinica elettronica. Il tuo programma avrà bisogno di misurazioni al momento del ricovero e della dimissione per tenere traccia di qualsiasi declino funzionale o viceversa di miglioramento nel tempo.

**Tabella 2. Misure per valutare i progressi e i risultati associati al programma Mobility della tua organizzazione**

Dominio	Misura e definizione	Razionale
<b>Misure del processo clinico (***) Sono tutte raccomandate (***)</b>		
<b>Mobilità</b>	Passeggiate quotidiane: il numero di passeggiate al giorno del paziente. Con passeggiata si intende il paziente che lascia la sua stanza a piedi (le passeggiate verso il bagno o nella propria stanza non contano).	È stato dimostrato che il numero di passeggiate svolte dal paziente è associato a esiti di salute positivi. Ciò contribuirà anche a determinare l'efficacia dell'iniziativa.

	Percentuale di pazienti che raggiungono l'obiettivo di deambulazione ottimale: percentuale di pazienti che svolgono almeno 3 passeggiate al giorno	È stato dimostrato che il numero di passeggiate del paziente è associato a esiti positivi sulla salute e l'obiettivo ottimale è di almeno 3 passeggiate al giorno.
<b>Allarmi per letto/sedia</b>	Allarmi per letto/sedia: numero medio di allarmi letto/sedia utilizzati per giorno dal paziente ogni mese	Gli allarmi per letto/sedia sono un deterrente e non incoraggiano la mobilità. Questa misura avviserà il team di potenziali ostacoli alla mobilità precoce che devono essere affrontati.
<b>Misure di outcome [usane almeno 2]</b>		
<b>Costrizioni fisiche</b>	Numero medio di costrizioni fisiche utilizzate per giorno dal paziente ogni mese	Le costrizioni fisiche sono un deterrente e non incoraggiano la mobilità. Questa misura avviserà il team di potenziali ostacoli alla mobilità precoce che devono essere affrontati.
<b>Cadute</b>	Tasso di caduta dei pazienti totale Numero di cadute subite dai pazienti partecipanti al programma di mobilità	La diminuzione delle cadute è uno degli esiti positivi attesi della mobilitazione precoce. Il monitoraggio della sua frequenza sarà un indicatore dell'impatto dell'iniziativa. In alternativa, un aumento delle cadute può indicare popolazioni o circostanze in cui la mobilitazione precoce può causare conseguenze indesiderate.
	Tasso di cadute con lesioni del paziente: Misura NQF numero 0202 (Cadute con lesioni): numero di cadute con lesioni con un livello di lesioni di minore o maggiore entità sperimentate dai partecipanti al programma di mobilità per 1000 giorni-paziente (numero totale di cadute con lesioni subite dai pazienti nel programma di mobilità nel mese solare / Giorni paziente X 1000)	La diminuzione di lesioni da caduta è uno degli esiti positivi attesi dalla mobilitazione precoce. Il monitoraggio della sua frequenza sarà un indicatore dell'efficacia dell'iniziativa. In alternativa, un aumento delle lesioni può identificare popolazioni o circostanze in cui la mobilitazione precoce può causare conseguenze indesiderate.
<b>Stato funzionale</b>	Ottenere all'ingresso e alla dimissione: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ADL e IADL</li> <li>▪ Barthel Index</li> <li>▪ Functional Independence Measure (FIM)</li> </ul>	Un miglioramento nello stato funzionale (multidominio) è un beneficio previsto dall'intervento e una misura base dell'efficacia dell'iniziativa. Deve essere indagato al momento del ricovero e della dimissione e poi valutato il cambiamento.

<b>Delirium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confusion Assessment Measure (CAM), altri strumenti di valutazione si possono trovare su: <a href="http://hospitalelderlifeprogram.org">hospitalelderlifeprogram.org</a></li> </ul>	I cambiamenti dello stato mentale e il delirium sono complicazioni dell'immobilità. Inoltre, la mobilità del paziente può essere difficile o pericolosa nei pazienti che manifestano delirium. Valutare al momento del ricovero, della dimissione e in caso di sospetto cambiamento dello stato mentale. Queste misure possono aiutare a tenere traccia delle diminuzioni relative a un programma di mobilità di successo
<b>VTE (Tromboembolismo Venoso)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero di screening Doppler per sospetto tromboembolismo venoso</li> </ul>	La trombosi venosa profonda e l'embolia polmonare sono complicanze dell'immobilità. Queste misure possono aiutare a tenere traccia delle diminuzioni relative a un programma di mobilità di successo.
<b>Lesioni da decubito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scala Braden</li> <li>Numero di ulcere da pressione per ogni stadio (I-IV, non stadiabile)</li> </ul>	Le ulcere da pressione sono una complicazione dell'immobilità. Queste misure possono aiutare a tenere traccia delle diminuzioni relative a un programma di mobilità di successo.
<b>Condizioni alla dimissione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentuale di pazienti deambulanti dimessi in una struttura di riabilitazione subacuta</li> <li>Percentuale di pazienti del programma di mobilità dimessi in una struttura infermieristica qualificata</li> <li>Percentuale di pazienti dimessi a domicilio</li> </ul>	Questa misura consentirà di valutare se una maggiore mobilità ha comportato un miglioramento della salute dei pazienti in modo che siano in grado di accedere a setting non acuti dopo la dimissione, il che ha il potenziale per ridurre i costi all'interno dei modelli di pagamento.
<b>Durata del ricovero</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero medio di giorni in ospedale, specifico per un gruppo con diagnosi omogenea</li> </ul>	Questa misura ti consentirà di valutare se l'aumento della mobilità ha comportato un miglioramento della salute dei pazienti in modo che vengano dimessi prima in sicurezza.
<b>Soddisfazione del paziente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)</li> <li>Servizio clienti specifico dell'ospedale o risultati del sondaggio sulla soddisfazione del paziente</li> </ul>	Nella maggior parte degli ospedali, la soddisfazione del paziente aumenta con i programmi di mobilità. Pertanto, la soddisfazione del paziente non dovrebbe essere compromessa per raggiungere gli obiettivi di mobilità. Questa misura ti consentirà di valutare se la soddisfazione del paziente sta diminuendo a causa del tuo programma di mobilità e di adeguarti di conseguenza, se necessario.

Misure associate a potenziali conseguenze indesiderate di una maggiore mobilità [opzionale]		
<b>Infortuni del personale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Numero di infortuni sul personale al mese per partecipanti al programma di mobilità</li> <li>▪ Tasso totale di incidenza dei casi di infortuni registrabili OSHA</li> <li>▪ Giorni di assenza limitati o trasferiti (OSHA)</li> <li>▪ Numero di infortuni alla schiena o alla movimentazione di pazienti tra il personale per ore lavorate al mese</li> </ul>	Questa misura identificherà ogni incremento degli infortuni nel personale come una conseguenza indesiderata del programma di mobilità
Strumenti di valutazione aggiuntivi (opzionale)		
<b>Progressi nell'attuazione del programma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valutare la pianificazione e i progressi relativi alle tattiche del Mobility Action Group Change Package come elencato nel <a href="#">Change Tactic Implementation Progress Survey</a></li> </ul>	Questo sondaggio ti aiuterà a monitorare i tuoi progressi nell'attuazione del programma e ad avvisare il team in caso di ostacoli.
<b>Organizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La prontezza e l'impegno dell'organizzazione al cambiamento utilizzando il sondaggio ORIC (Organizational Readiness for Implementing Change)</li> </ul>	Questa misura identificherà i punti di forza organizzativi che consentiranno l'attuazione del programma e le barriere che potrebbero influire sulla sua attuazione

## Step 5: Utilizza il supporto fra pari

Rivolgiti agli altri per aiutarti a rispondere alle domande e alle sfide che stai affrontando. La condivisione e l'apprendimento da parte di altri ospedali che stanno implementando programmi di mobilità può aiutarti a raggiungere i tuoi obiettivi in modo più rapido ed efficiente.

Una risorsa importante che può facilitare questa condivisione è l'Hospital Elder Life Program (HELP). HELP è un programma completo di assistenza al paziente che garantisce un'assistenza ottimale agli anziani in ospedale, compresa la prevenzione del delirium e delle cadute. Aumentare la mobilità è una strategia raccomandata da HELP. Tra l'altro, il programma HELP offre un'opportunità per la condivisione peer-to-peer tramite un gruppo Google. Per ulteriori informazioni su HELP e sull'accesso al Google Group, visitare <http://www.hospitalelderlifeprogram.org/>.

## Step 6: pianifica per garantire sostenibilità.

Mentre procedi con il tuo programma Mobility, ti consigliamo di pianificare la sostenibilità a lungo termine. Questo è importante in ogni fase del programma. La misurazione continua e le comunicazioni complete e di routine ti aiuteranno a sviluppare, perfezionare e sostenere il tuo programma Mobility.

Misurazione continua. Sarà importante continuare a misurare i processi clinici chiave e le misure di outcome dell'assistenza. Questi dati aiuteranno il tuo Mobility Team ad ottenere il sostegno continuo nel programma nel tuo ospedale. Si consiglia di dare priorità alle seguenti misure per il monitoraggio continuo: passeggiate giornaliere; proporzione di pazienti con almeno 3 passeggiate al giorno; uso di allarmi letto/sedia; cadute; stato funzionale; durata del ricovero; e disposizione date alla dimissione. Tenete inoltre conto della possibilità di ripetere la Disponibilità Organizzativa ad Implementare il Cambiamento (DOIC) quando si considera l'espansione a nuove unità operative o target di pazienti.

Comunicazione completa e regolare. La pianificazione per la sostenibilità è importante in ogni fase del programma e vorremmo evidenziare alcune considerazioni chiave.

- Comunica regolarmente con i dirigenti dell'ospedale.
- Tieni traccia delle misure e dei risultati del tuo processo; si consiglia di presentare un rapporto annuale alla direzione dell'ospedale.
- Pubblica il tuo programma attraverso comunicazioni ospedaliere, newsletter e siti Web, media locali e nazionali, presentazioni di conferenze, premiazioni e cerimonie.

Relazione annuale. Il rapporto annuale può essere redatto in diversi formati, tenendo conto che potrebbe esserci un tipo di approccio preferito all'interno della tua organizzazione. Rivolgiti ai dirigenti ospedalieri per scoprire cosa è preferibile: alcuni preferiscono una presentazione PowerPoint; altri preferiscono un documento scritto; alcuni chiederanno entrambi. Alcuni aspetti chiave da includere sono:

- Descrizione del tuo programma:
  - Obiettivi del tuo programma e allineamento con la missione dell'ospedale
  - Struttura del tuo programma: leadership, personale, volontari/aiutanti (numero di ciascuno, FTE dedicati)
- Misure di processo (come il numero di passeggiate al giorno, percentuale di pazienti che svolge almeno 3 passeggiate al giorno, ecc.) - forniscono numeri e mostrano aumenti nel tempo
- Risultati chiave di interesse per il tuo ospedale (ad esempio):
  - Diminuzione della durata del soggiorno
  - Diminuzione delle riammissioni
  - Mantenimento o miglioramento dello stato funzionale alla dimissione
  - Luogo di dimissione (ad es., più dimissioni a casa, meno ai servizi di assistenza post-acuta o a case di cura)
  - Diminuzione delle cadute
  - Diminuzione dell'uso di contenzioni
  - Diminuzione degli allarmi letto/sedia
  - Miglioramento della soddisfazione del paziente e della famiglia rispetto all'assistenza
  - Diminuzione dei costi giornalieri (in collaborazione con il dipartimento finanziario dell'ospedale)
- Feedback qualitativo: testimonianze e lettere di pazienti, familiari, personale, che possono fornire storie avvincenti, potenti e personali
- Riepilogo generale dei successi del programma durante il periodo di riferimento

## Appendice A: Migliorare la Mobilità nel setting acuto, Bibliografia

Questo elenco fornisce i riferimenti di base che potrebbero esserti utili durante l'implementazione del programma Mobility presso il tuo ospedale. Essi comprendono le evidenze che motivano l'implementazione del programma. Potrebbero essere importanti per aiutarti a giustificare con la dirigenza ospedaliera l'iniziativa, o fornire importanti informazioni di base mentre sviluppi le tue presentazioni per sostenere il tuo caso. I collegamenti forniti di seguito sono o agli abstract di PubMed o al testo completo di PubMed Central (PMC), quando disponibili.

### **Introduzione generale al Mobility Action Group:**

- Growdon ME, Shorr RI, Inouye SK. The tension between promoting mobility and preventing falls in the hospital. JAMA Internal Medicine 2017;177:759-60.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5500203/>
- Inouye SK, Brown CJ, Tinetti ME. Medicare nonpayment, hospital falls, and unintended consequences. The New England Journal of Medicine 2009;360:2390-3.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19494213>

### **Introduzione sull'Immobilità - Frequenza e possibili Complicazioni:**

- Hoyer EH, Needham DM, Atanelov L, Knox B, Friedman M, Brotman DJ. Association of impaired functional status at hospital discharge and subsequent rehospitalization. Journal of Hospital Medicine 2014;9:277-82.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4347875/>
- Fisher SR, Kuo YF, Sharma G, et al. Mobility after hospital discharge as a marker for 30-day readmission. The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 2013;68:805-10.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3674716/>
- Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA 2011;306:1782-93.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22028354>
- Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. The under recognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. Journal of the American Geriatrics Society 2009;57:1660-5.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19682121>
- Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness: incidence and significance. The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 1998;53:M307-12.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18314571> Change Package as of February 2018 14

- Lazarus BA, Murphy JB, Coletta EM, McQuade WH, Culpepper L. The provision of physical activity to hospitalized elderly patients. Archives of Internal Medicine 1991;151:2452-6.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1747003>
- Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. Journal of the American Geriatrics Society 1990;38:1296-303
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2123911>

#### **Costi associati alle complicazioni dell'immobilità:**

- Nelson JM, Rosenthal L. How nurses can help reduce hospital readmissions. American Nurse Today 2015;10.
  - Fulltext: <https://www.americannursetoday.com/nurses-can-help-reduce-hospital-readmissions/>
- Rappleye E. Average cost per inpatient day across 50 states. Becker's Hospital Review 2015.
  - Full text: <http://www.beckershospitalreview.com/finance/average-cost-per-inpatient-day-across-50-states.html>
- Rubin FH, Neal K, Fenlon K, Hassan S, Inouye SK. Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. Journal of the American Geriatrics Society 2011;59:359-65.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3588581/>
- Wong CA, Recktenwald AJ, Jones ML, Waterman BM, Bollini ML, Dunagan WC. The cost of serious fall-related injuries at three Midwestern hospitals. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2011;37:81-7.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21939135>
- Schiffman J, Golinko MS, Yan A, Flattau A, Tomic-Canic M, Brem H. Operative debridement of pressure ulcers. World Journal of Surgery 2009;33:1396-402.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691928/>
- Scott RD. The direct medical costs of healthcare-associated infections in U.S. hospitals and the benefits of prevention: Centers for Disease Control and Prevention; 2009 March.
  - Full text: [https://www.cdc.gov/hai/pdfs/hai/scott\\_costpaper.pdf](https://www.cdc.gov/hai/pdfs/hai/scott_costpaper.pdf)
- Leslie DL, Zhang Y, Bogardus ST, Holford TR, Leo-Summers LS, Inouye SK. Consequences of preventing delirium in hospitalized older adults on nursing home costs. Journal of the American Geriatrics Society 2005;53:405-9.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15743281>
- Rizzo JA, Bogardus ST, Jr., Leo-Summers L, Williams CS, Acampora D, Inouye SK. Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: what is the economic value? Medical Care 2001;39:740-52.

- PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11458138>

### **Esempi di programmi Mobility di successo in ospedale:**

- Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, et al. Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the ICU: Systematic Review with Meta-Analysis. *Annals of the American Thoracic Society* 2017.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28231030>
- Brown CJ, Foley KT, Lowman JD, Jr., et al. Comparison of Post hospitalization Function and Community Mobility in Hospital Mobility Program and Usual Care Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine* 2016;176:921-7.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27243899>
- Pua YH, Seah FJ, Clark RA, Poon CL, Tan JW, Chong HC. Development of a Prediction Model to Estimate the Risk of Walking Limitations in Patients with Total Knee Arthroplasty. *The Journal of Rheumatology* 2016;43:419-26.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26628603>
- Toonstra AL, Zanni JM, Sperati CJ, et al. Feasibility and Safety of Physical Therapy during Continuous Renal Replacement Therapy in the Intensive Care Unit. *Annals of the American Thoracic Society* 2016;13:699-704
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26788890>
- Dubb R, Nydahl P, Hermes C, et al. Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. *Annals of the American Thoracic Society* 2016;13:724-30.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144796>
- Yager M, Stichler J. The Effect of Early Ambulation on Patient Outcomes for Total Joint Replacement. *Orthopedic Nursing* 2015;34:197-200; quiz 1-2.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26213872>
- Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Internal Medicine* 2015;175:512-20
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4388802/>
- Hastings SN, Sloane R, Morey MC, Pavon JM, Hoenig H. Assisted early mobility for hospitalized older veterans: preliminary data from the STRIDE program. *Journal of the American Geriatrics Society* 2014;62:2180-4
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264567/>
- Rubin FH, Neal K, Fenlon K, Hassan S, Inouye SK. Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011;59:359-65.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3588581/>

- Rubin FH, Williams JT, Lescisin DA, Mook WJ, Hassan S, Inouye SK. Replicating the Hospital Elder Life Program in a community hospital and demonstrating effectiveness using quality improvement methodology. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006;54:969-74.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16776794>
- Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM, Jr. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Hospital Elder Life Program. Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48:1697-706.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11129764>
- Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine* 1999;340:669-76.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10053175>

### **Adattamento mirato**

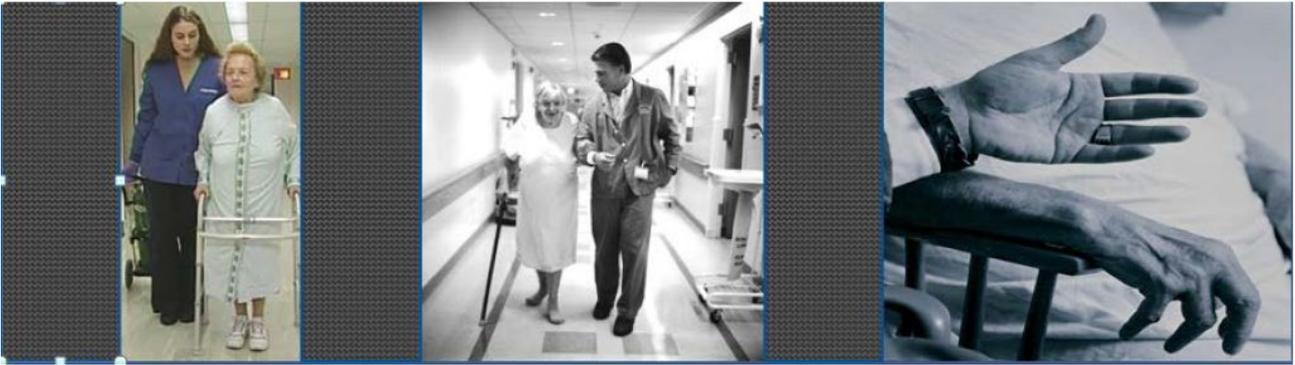
- Morgan L, Flynn L, Robertson E, New S, Forde-Johnston C, McCulloch P. Intentional Rounding: a staff-led quality improvement intervention in the prevention of patient falls. *Journal of Clinical Nursing* 2017;26:115-24.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27219073>
- Flowers K, Wright K, Langdon R, McIlwrath M, Wainwright C, Johnson M. Intentional rounding: facilitators, benefits and barriers. *Journal of Clinical Nursing* 2016;25:1346-55.
  - PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27028974>
- Mitchell MD, Lavenberg JG, Trotta RL, Umscheid CA. Hourly rounding to improve nursing responsiveness: a systematic review. *Journal of Nursing Administration* 2014;44:462-72.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4547690/>

### **Bed/Chair Alarms: Lack of Effectiveness for Fall Prevention**

- Barker AL, Morello RT, Wolfe R, et al. 6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: cluster randomized controlled trial. *BMJ (Clinical research ed)* 2016;352:h6781.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727091/>
- Sahota O, Drummond A, Kendrick D, et al. REFINE (REducing Falls in In-patienT Elderly) using bed and bedside chair pressure sensors linked to radio-pagers in acute hospital care: a randomized controlled trial. *Age and Ageing* 2014;43:247-53.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927772/>
- Shorr RI, Chandler AM, Mion LC, et al. Effects of an intervention to increase bed alarm use to prevent falls in hospitalized patients: a cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2012;157:692-9.
  - PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549269/>

### **Delirium/Confusione come importante fattore di rischio di caduta:**

- Mazur K, Wilczynski K, Szewieczek J. Geriatric falls in the context of a hospital fall prevention program: delirium, low body mass index, and other risk factors. *Clinical Interventions in Aging* 2016;11:1253-61.
- PubMed (full text): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5027952/>
- Babine RL, Hyrkas KE, Bachand DA, et al. Falls in a Tertiary Care Hospital-Association With Delirium: A Replication Study. *Psychosomatics* 2016;57:273-82.
- PubMed:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27063812>
- Moe K, Brockopp D, McCowan D, Merritt S, Hall B. Major Predictors of Inpatient Falls: A Multisite Study. *The Journal of Nursing Administration* 2015;45:498-502.
- PubMed:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26425974>
- Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine* 2010;26:645-92.
- PubMed:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20934615>
- Lakatos BE, Capasso V, Mitchell MT, et al. Falls in the general hospital: association with delirium, advanced age, and specific surgical procedures. *Psychosomatics* 2009;50:218-26.
- PubMed:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19567760>



## Appendice B: Mobility Action Group Toolkit

### **Come usare questo strumento:**

Il Toolkit è stato ideato per essere utilizzato congiuntamente al Mobility Action Group Change Package (tabella 1), e per fornire risorse ed esempi in generale e per ogni cambio di approccio scelto. Pur non essendo completo speriamo che il materiale possa fornire un punto di partenza per guidarti in questo processo. Questi sono esempi reali forniti dagli ospedali partecipanti, che potrebbero aver bisogno di essere adattati al tuo contesto.

Si prega di notare che per alcune risorse sono forniti più esempi (come per i Mobility Protocols e gli Assessments). L'obiettivo è quello di fornirti più scelte in modo che tu possa scegliere quello che meglio si adatta al tuo setting.

Gli "spotlights" sono esempi di casi reali di Mobility Program che sono stati arricchiti con suggerimenti specifici e consigli utili per guidarti nella tua pratica.

## Tabella dei contenuti

Item	Pagine
<b>Mobility Protocols:</b>	
• <u>HELP Mobility Protocol</u>	22
• <u>HELP Mobility Competency Checklist</u>	24
• <u>Using Your Body Safely (HELP)</u>	26
• <u>Care of the Falling Patient (HELP) Protocol</u>	27
• <u>Care of the Falling Patient (HELP) Competency Based Checklist</u>	28
• <u>Daily Safe Mobility Scan (HELP)</u>	29
• <u>Protocollo di progressione della mobilità</u>	30
• <u>Protocollo medico – chirurgico di progressione della mobilità</u>	35
<b>Valutazioni</b>	
Mobility Assessments	
• <u>Valutazione di base della mobilità</u>	36
• <u>Valutazione infermieristica per la mobilitazione in sicurezza</u>	37
Altre Valutazioni Cliniche	
• <u>Checklist delle attività di vita quotidiana (ADL/IADL) – valutazione funzionale all’ammissione e alla dimissione</u>	39-40
• <u>Screening dello stato mentale</u>	41
Strumenti di valutazione dell’implementazione	
• <u>Analisi dei progressi nell’applicazione delle tecniche di cambiamento</u>	42
• <u>Indagine sulla preparazione organizzativa dello strumento per il cambiamento</u>	45
<b>Procedimento e Misurazioni di Outcome</b>	
• <u>Documentazione della mobilità ospedaliera</u>	46
• <u>Strumento di mobilità per il personale infermieristico</u>	47
• <u>Valutazione del rischio di caduta raccomandato dal forum nazionale di qualità</u>	48
Esempi di relazione di outcome	
• <u>Esempio di raccolta dati delle passeggiate / deambulazione quotidiane</u>	49
• <u>Esempio di raccolta dati dell’impatto delle attività sullo stato funzionale</u>	51
Letto / Sedie con allarmi	
• <u>Evidenze e riferimenti bibliografici</u>	52
Materiale per I pazienti e la famiglia	
• <u>Esempio di consenso informato</u>	53
• <u>Brochure sulla mobilità per il paziente e la famiglia</u>	55
• <u>Brochure sulla mobilità per il paziente</u>	57
• <u>Obiettivi del paziente</u>	58
Materiale per lo staff / equipe:	
• <u>Esempio di Job Description di un assistente della mobilità</u>	59
• <u>Poster Mobility Action Group</u>	61
• <u>Mobility Champion Award</u>	62
Partecipanti al Mobility Action Group – Approfondimenti:	
• <u>Ospedale A</u>	64
• <u>Ospedale B</u>	65

• <a href="#">Ospedale C</a>	67
• <a href="#">Ospedale D</a>	69
• <a href="#">Ospedale E</a>	71
• <a href="#">Ospedale F</a>	72
• <a href="#">Ospedale G</a>	74
• <a href="#">Ospedale H</a>	75
• <a href="#">Ospedale I</a>	77
Altre risorse	
• <a href="#">Links e altre risorse online</a>	79
• <a href="#">HRET HIIN Falls Myth Busting</a>	84

Vorremmo ringraziare i seguenti collaboratori per aver condiviso le risorse per il Mobility Action Group Toolkit:

*Adventist Health System*  
*CentraState Healthcare System*  
*Cynthia J. Brown, MD, MSPH, AGSF*  
*Health Research & Educational Trust (HRET)*  
*Hospital Elder Life Program*  
*Inova Fairfax Hospital*  
*MAct Leadership Team*  
*MultiCare Health System*  
*Ogden Regional Medical Center*  
*Shawnee Mission Medical Center*  
*St. Luke's Hospital*  
*St. Peter's Hospital*  
*The Valley Hospital*  
*UnityPoint Health – Meriter Hospital*  
*UPMC ShadySide*

Questo protocollo è stato disegnato per fornire un background di materiali per formare gli attuatori del vostro programma Mobility – i collaboratori e i volontari. Questo potrebbe essere utilizzato come parte di un programma di formazione strutturato, con il coinvolgimento di infermieri, fisioterapisti (FT) e terapisti occupazionali (TO).

---

## HELP Mobility Protocol

*Adattato per l'ospedale Elder Life Program HELP [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org)*

L'allettamento interferisce con la funzionalità dei maggiori organi corporei e conduce a un peggioramento generalizzato includendo perdita di forza muscolare, equilibrio e resistenza. Mantenere le persone anziane in piedi in movimento e facendole camminare frequentemente può prevenire severe complicazioni .

**Obiettivo:** lo scopo della mobilizzazione precoce è quello di mantenere in movimento i pazienti anziani mentre sono in ospedale. Per pazienti che deambulavano al domicilio è raccomandato camminare con assistenza per tre volte al giorno. Per quelli che non erano in grado di camminare dovrebbero, per tre volte al giorno, svolgere semplici esercizi di movimento detti esercizi di mobilizzazione attiva. Camminare almeno 2- 3 volte al giorno è essenziale per il benessere fisico e mentale. Camminare aiuta a prevenire la perdita di massa muscolare e l'elasticità, che avviene molto velocemente quando i pazienti di età avanzata rimangono confinati a letto.

### Procedimento:

1. Verifica con l'infermiere che il paziente sia in grado di alzarsi dal letto e camminare. L'infermiere potrebbe dover sistemare i tubi delle flebo (se presenti) per camminare. Assicurati di avere tutto il materiale necessario (calze antiscivolo/ciabatte/scarpe, robe e il deambulatore, bastone o la cintura di mobilizzazione)
2. Abbassare il letto all'altezza più bassa, alza la testata del letto, abbassa le sponde laterali.
3. Assisti il paziente mentre si siede
  - a. Chiedi al paziente di girarsi su un fianco, spostare le gambe a bordo del letto, e poi far scendere le gambe oltre la fine del letto
  - b. Chiedi al paziente di mettersi seduto spingendo con il gomito di un braccio e la mano dell'altro contro il letto.
  - c. Lascia che il paziente stia seduto a bordo del letto per qualche minuto per evitare dei capogiri. Invita il paziente a muovere le caviglie verso l'alto e verso il basso per stimolare la circolazione.
  - d. Aiuta il paziente ad indossare le ciabatte antiscivolo/calze/scarpe e la vestaglia(robe) (se necessario).
  - e. Se il paziente è instabile o usa un bastone, valuta di utilizzare una cintura di mobilizzazione. Se la utilizzi tieni la cintura di mobilizzazione per tutto il trasferimento e durante il cammino.
4. Assisti il paziente mentre si alza:
  - a. Chiedi al paziente di scivolare verso il bordo del letto.
  - b. Fai sì che il paziente abbia i piedi appoggiati a terra direttamente sotto le ginocchia.
  - c. Tieni il deambulatore o il bastone a portata di mano se necessari.

- d. Chiedi al paziente di alzarsi in piedi inclinandosi in avanti e spingendo sul letto con le mani.
  - e. Lascia che il paziente rimanga in piedi per alcuni minuti per recuperare l'equilibrio. Incoraggia il paziente a stare dritto, con la testa alta le spalle basse e la schiena eretta.
  - f. Aspetta qualche minuto e verifica che non abbia le vertigini o dei capogiri
5. Chiedi al paziente di camminare
- a. Se necessario sostienilo in vita con il tuo braccio
  - b. Seguiamo camminando dietro o di fianco a lui.
  - c. Invita il paziente a camminare normalmente; non avere fretta. Stai con il paziente tutto il tempo.
  - d. Cammina solo finché il paziente si sente a suo agio. Ricorda di tornare indietro prima che il paziente sia troppo affaticato. L'obiettivo a lungo termine è un giro attorno alla guardiola infermieristica per tre volte al giorno.
  - e. Riporta immediatamente il paziente a letto o sulla sedia se si manifestano capogiri o debolezza.
6. Riaccompagna il paziente al letto
- a. Lascia che il paziente stia in piedi a lato del letto, vicino alla testata così che la sua testa possa facilmente raggiungere il cuscino; chiedi al paziente di voltarsi e dare le spalle al letto.
  - b. Chiedi al paziente di arretrare verso il letto finché non sente che il dietro delle sue gambe raggiunge il bordo del materasso.
  - c. Chiedi al paziente di raggiungere con una mano alla volta il bordo del materasso.
  - d. Di flettere le anche, le ginocchia e di abbassarsi lentamente nella posizione seduta.
  - e. Lascia che il paziente sposti il sedere in dietro in modo che sia fermamente seduto lontano dal bordo del materasso.
  - f. Una volta seduto in sicurezza, rimuovi le scarpe (la cintura di mobilizzazione se utilizzata) e permetti al paziente di spostare le gambe sul letto, con l'assistenza necessaria.
7. Metti il campanello del letto a portata di mano.

Questa checklist dovrebbe essere usata al completamento della formazione per garantire la competenza degli attuatori del tuo programma Mobility – dei collaboratori o dei volontari. Questa checklist dovrebbe essere usata come parte del programma di formazione.

---

# HELP Mobility Competency Checklist

(Adattato dall' *Hospital Elder Life Program*, HELP [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org))

## COMPETENCY BASED CHECKLIST:

### HELPING THE PATIENT TO WALK

- Lavati le mani
- Bussa; chiama il paziente per nome, presentati
- Spiega quello che andrai a fare
- Prendi gli ausili per il cammino (deambulatore o bastone) se necessari
- Procurati una vestaglia (o un camice in più dell'ospedale), scarpe antiscivolo
- Rimuovi gli ostacoli

### **Aiutare il Paziente ad Alzarsi dal Letto:**

- Abbassare il letto il più possibile, alza la testata del letto, abbassa le sponde laterali
- Assisti il paziente mentre si siede:
  - Chiedi al paziente di girarsi su un fianco, spostare le gambe a bordo del letto, e poi far scendere le gambe oltre la fine del letto.
  - Chiedi al paziente di mettersi seduto spingendo con il gomito di un braccio e la mano dell'altro contro il letto.
  - Lascia che il paziente stia seduto a bordo del letto per qualche minuto per evitare dei capogiri.
  - Chiedi al paziente a muovere le caviglie per stimolare la circolazione.
  - Aiuta il paziente ad indossare la vestaglia e le ciabatte.
- Assisti il paziente mentre si alza:
  - Chiedi al paziente di scivolare verso il bordo del letto.
  - Posiziona i piedi a terra direttamente sotto le ginocchia.
  - Tieni il deambulatore o il bastone a disposizione.
  - Dai un comando verbale: Inclinati in avanti, spingi le mani contro il letto, spingi i piedi contro il pavimento, stai in piedi a bordo del letto e afferra il deambulatore/bastone per stare in equilibrio.
- Lascia che il paziente rimanga in piedi per alcuni minuti per evitare dei capogiri.

### **Assistere il Paziente nel Cammino**

- Sostieni il paziente in vita con il tuo braccio (se necessario)
- Seguiamo camminando dietro o di fianco a lui.
- Invita il paziente a camminare normalmente, tacco-punta, non strisciando o camminando sulle punte.

- Stai con il paziente tutto il tempo.
- Cammina solo finché il paziente si sente a suo agio, fermati se il paziente si affatica
- Riaccompagna il paziente a letto/sedia se mostra capogiri o debolezza.

**Riaccompagnare il paziente al letto:**

- Chiedi al paziente di stare in piedi vicino alla testata del letto, rimuovere la vestaglia
- Lascia che il paziente di arretri verso il letto finché il dietro delle gambe raggiunge il bordo del letto.
- Chiedi al paziente di raggiungere con una mano alla volta il bordo del letto.
- Chiedi al paziente di inclinarsi e di flettere le anche, le ginocchia e di abbassarsi lentamente nella posizione seduta.
- Lascia che il paziente sposti il sedere in dietro verso il centro del letto
- Rimuovi le scarpe e fai sì che il paziente sposti le gambe sul letto
- Aiuta il paziente a posizionarsi al centro del letto
  - Abbassa la testata del letto
  - Chiedi al paziente di flettere entrambe le ginocchia, spingere con i piedi e i gomiti per alzare il sedere e sistemarsi nel letto
- Assicurati che il paziente sia comodo,
- Alza le sbarre del letto e metti il campanello a portata di mano
- Rimetti a posto gli abiti, il mobilio e gli ausili per il cammino
- Lavati le mani

Nome: \_\_\_\_\_

Convalidato da: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Copyright 1998, 2003 Hospital Elder Life Program. All rights reserved, [hospitalelderlifeprogram.org](http://hospitalelderlifeprogram.org)

Questo protocollo è stato disegnato per fornire un background di materiali per formare gli attuatori del vostro programma Mobility – i collaboratori e i volontari. Questo potrebbe essere utilizzato come parte di un programma di formazione strutturato, con il coinvolgimento di infermieri e/o FT/TO.

---

## Using Your Body Safely (HELP)

(Adattato dall' *Hospital Elder Life Program*, HELP [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org))

**Obiettivo:** Per poter assistere qualcuno durante il cammino, il primo step è quello di imparare a usare il tuo corpo in modo sicuro per prevenire infortuni a te stesso o ai pazienti.

### Procedimento:

1. Meccanica del corpo
  - a. Definizione – usare i muscoli corretti e posizionarli per il lavoro. Quando utilizzi correttamente i tuoi muscoli utilizzi il tuo corpo in modo più efficace.
2. Postura
  - a. Una buona meccanica del corpo inizia con una buona postura. Una buona postura permette un corretto bilanciamento dei gruppi muscolari e un corretto allineamento delle parti corporee (la loro posizione) es., le orecchie sopra le spalle sopra le anche, le ginocchia e sopra i talloni. Questo permette al corpo di funzionare al meglio in tutte le attività
  - b. Una buona postura eretta:
    - i. Piedi ben appoggiati a terra, distanziati di circa 30 cm
    - ii. Braccia a lato
    - iii. Schiena dritta
    - iv. Muscoli addominali in tensione
3. Regole Base da Ricordare per Permettere ai Tuoi Muscoli di Lavorare per Te
  - a. Prenditi del tempo per assumere la corretta postura prima di assistere qualcuno. Evita di avere fretta.
  - b. Tieni la schiena dritta
  - c. Allontana i piedi per avere una base di appoggio allargata
  - d. Piega le anche e le ginocchia per avvicinarti al paziente o agli oggetti. Non piegare la schiena. La schiena è tenuta dritta per proteggere i piccoli muscoli lungo la colonna vertebrale.
  - e. Tenere gli oggetti pesanti vicino al corpo.
  - f. Usa il peso del tuo corpo per aiutare a spingere o tirare gli oggetti. Spingere o tirare un oggetto è più facile e sicuro che sollevarlo.
  - g. Utilizza i muscoli più forti per svolgere un lavoro.
  - h. Evita di torcere il tronco o le ginocchia e di rimanere piegato per lunghi periodi mentre stai lavorando. Ruota l'intero tronco come una sola unità.
  - i. Chiedi sempre aiuto se senti che qualcuno o qualcosa è troppo pesante da movimentare da solo. Non avviare un movimento che non sarai in grado di fermare.

Copyright 1998, 2003 Hospital Elder Life Program. All rights reserved, [hospitalelderlifeprogram.org](http://hospitalelderlifeprogram.org)

Questo protocollo è stato disegnato per fornire un background di materiali per formare gli attuatori del vostro programma Mobility – i collaboratori e i volontari. Questo potrebbe essere utilizzato come parte di un programma di formazione strutturato, con il coinvolgimento di infermieri e/o FT/TO.

---

## Care of the Falling Patient (HELP)

(Adattato dall' *Hospital Elder Life Program*, HELP [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org))

### Obiettivo:

Occasionalmente, i pazienti potrebbero iniziare a cadere stando in piedi o camminano. Potrebbero sentirsi deboli, storditi o avere le vertigini. La caduta potrebbe essere dovuta a uno scivolamento causato da pavimenti cerati o bagnati ecc. Quando un paziente cade, c'è una tendenza naturale a voler fermare la caduta. Tuttavia, cercare di prevenire la caduta potrebbe causare un danno maggiore. Sforzarsi o torcersi per fermare la caduta può risultare in un infortunio per te e per il paziente.

Se senti che un paziente sta per cadere, la miglior cosa da fare è aiutarlo a raggiungere terra. Aiutare il paziente a raggiungere il pavimento, ti permette di controllare la direzione della caduta. Sarai anche in grado di proteggere il capo del paziente.

### Procedimento:

1. Mentre assisti un paziente durante la caduta mantieni la tua schiena dritta con le ginocchia leggermente piegate e i piedi allargati
2. Stando dietro, sostieni il paziente al di sotto delle braccia o attorno alla vita e avvicinati il più velocemente possibile. Se stavi utilizzando una cintura di mobilizzazione, tira il paziente verso di te il più vicino possibile e, da dietro, posiziona le mani sotto le braccia o intorno alla vita.
3. Accompagna il paziente a terra, proteggendo la testa. Piegati dalle anche e dalle ginocchia mentre accompagni il paziente a terra. Mantieni la parte lombare della schiena dritta.
4. Stai con il paziente. Chiama un infermiere o un medico per controllare. Non muoverlo finché non è stato visitato

Copyright 1998, 2003 Hospital Elder Life Program. All rights reserved, [hospitalelderlifeprogram.org](http://hospitalelderlifeprogram.org)

Questa checklist dovrebbe essere usata al completamento della formazione per garantire la competenza degli attuatori del tuo programma Mobility – dei collaboratori o dei volontari. Questa checklist dovrebbe essere usata come parte del programma di formazione.

---

## COMPETENCY BASED CHECKLIST: THE FALLING PATIENT

(Adattato dall' *Hospital Elder Life Program*, HELP [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org))

- Mantieni la schiena dritta e i piedi allargati
- Sostieni il paziente al di sotto delle braccia o intorno alla vita e avvicinati a lui il più velocemente possibile
- Accompagna il paziente a terra proteggendo la testa
- Chiama un infermiere
- Stai con il paziente finché non arriva l'infermiere. Non muovere il paziente.

Nome: \_\_\_\_\_

Convalidato da: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Copyright 1998, 2003 Hospital Elder Life Program. All rights reserved, [hospitalelderlifeprogram.org](http://hospitalelderlifeprogram.org)

Questa checklist può essere utilizzata giornalmente dagli attuatori del tuo programma Mobility perché si assicurino della sicurezza ambientale per permettere il cammino

## Daily Safe Mobility Scan (HELP)

(Adattato dall' *Hospital Elder Life Program*, HELP [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org))

### DAILY SAFE MOBILITY SCAN

- Verifica che tutto il necessario per camminare sia a portata di mano (guarda HELP Mobility Protocol), ad es., il deambulatore o il bastone. Verifica che siano presenti le calzature o delle pantofole antiscivolo, l'accappatoio e la cintura di sicurezza, se necessario.
- Verificare la presenza di eventuali barriere o ostacoli alla mobilità lungo tutto il percorso.

Potenziali Barriere	Note	Checklist
Ossigeno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendi una bombola di ossigeno portatile</li> </ul>	
Flebo endovenose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlla con l'infermiere e chiedi un'asta porta-flebo portatile</li> </ul>	
Catetere vescicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlla con l'infermiere e attacca la sacca alla biancheria o al deambulatore</li> </ul>	
Altri fili o tubi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica con l'infermiere per avere maggiore assistenza</li> </ul>	
Spazio libero da ingombri nella stanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libera dagli ostacoli almeno 1 metro di diametro</li> <li>• Sposta tutto il mobilio o l'attrezzatura dotata di ruote (ad es. comodini o sedie a rotelle)</li> <li>• Verificare la presenza di cestini della spazzatura, poiché rappresentano un rischio di caduta</li> <li>• Nota: i pazienti possono cercare di sostenersi su tavoli mobili, il che non è sicuro</li> </ul>	
Spazio libero da ingombri nel corridoio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libera un percorso di almeno 1 metro di diametro</li> <li>• Rimuovi tutti gli ostacoli nel corridoio fino al punto di arrivo della camminata</li> <li>• Assicurati che gli oggetti mobili/dotati di ruote vengano spostati</li> <li>• Verificare la presenza di cestini della spazzatura poiché rappresentano un rischio di caduta</li> </ul>	

# Mobility Progression Protocol

<b>Risultato atteso</b>	Mantenere o migliorare la funzionalità di base del paziente durante la degenza ospedaliera
<b>Livello (di performance)</b>	La valutazione dello stato funzionale del paziente viene eseguita dal terapista o da un'infermiera adeguatamente formata. L'infermiere o l'assistente alla mobilità (OSS specializzato) possono assistere nella progressione dell'attività su indicazione del terapista.
<b>Informazioni rilevanti</b>	L'immobilità porta alla diminuzione della forza muscolare, al peggioramento della capacità aerobica, all'aumento della perdita di massa ossea e allo sviluppo dell'instabilità vasomotoria. L'immobilità è un fattore di rischio per decondizionamento, delirium, polmonite, ulcere da pressione, cadute e tromboembolia venosa. La diminuzione dello stato funzionale è un fattore potenzialmente modificabile che può condizionare ulteriori ricoveri ospedalieri.

---

<b>Valutazione</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Valutare la capacità funzionale del paziente al momento dell'ammissione.</li><li>2. Paziente in terapia intensiva: Eseguire lo screening di sicurezza per determinare il livello iniziale di attività.</li><li>3. Valutare quotidianamente l'adeguatezza dell'ordine di attività. Collaborare con il medico per un chiarimento se il paziente ha un ordine di riposo a letto.<ol style="list-style-type: none"><li>a. Le indicazioni per il riposo a letto includono, ma non sono limitate a:<ul style="list-style-type: none"><li>• Fratture instabili</li><li>• Instabilità emodinamica</li><li>• Perdita di liquido cerebrospinale (CSF)</li><li>• Restrizioni post-procedura limitate dal tempo o dal dispositivo</li></ul></li></ol></li><li>4. Valutare l'attuale capacità funzionale del paziente e il suo bisogno di ausili o presidi al momento dell'ammissione, la prima volta che si alza dal letto, e con qualsiasi cambiamento del livello di performance, come di seguito:</li></ol>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

---

b. Livello di assistenza all'attività:

- Indipendente - il paziente esegue il 100% delle attività (per esempio, il paziente esegue tutte le ADL e deambula nei corridoi senza alcuna assistenza).
- Assistenza minima - il paziente esegue almeno il 75% dell'attività (per esempio, il paziente è in grado di deambulare nei corridoi con l'assistenza di un operatore e con minimi suggerimenti/supporti. Considerare la cintura per la deambulazione).
- Assistenza moderata - il paziente esegue almeno il 50% del compito (ad esempio, il paziente ha bisogno dell'assistenza di una persona per effettuare il trasferimento e/o deambulare con ausili per la deambulazione, come bastone/deambulatore/cintura per la deambulazione/tutori speciali).
- Assistenza massima - il paziente esegue almeno il 25% del compito (per esempio, il paziente ha bisogno dell'assistenza di 2 persone per mantenere la stazione eretta, fare perno e/o deambulare per alcuni passi con ausili per la deambulazione/cintura per la deambulazione).
- Assistenza totale - il paziente esegue meno del 25% del compito. È necessario un sollevatore meccanico per spostare il paziente dal letto alla sedia.

c. Necessità di tecnologie assistive

---

**Pianificazione**

1. Collaborare con il paziente in ogni fase per stabilire gli obiettivi che permettano di tornare al livello di attività antecedente.
  2. Definire una progressione graduale della mobilità per raggiungere gli obiettivi.
  3. Collaborare con il medico fisiatra per considerare la possibilità di terapia fisica quando vi sono tentativi infruttuosi di mobilizzare il paziente, se il paziente era precedentemente deambulante.
-

<b>Intervento</b>	<p>1. Identificare l'attuale livello di mobilità del paziente e attuare interventi per progredire attraverso i punti chiave della mobilità.</p> <p>2. Punti chiave della mobilità:</p>	
	<b>Pazienti in reparto per acuti/ cure intermedie</b>	<b>Pazienti in Terapia Intensiva</b>
<b>Punto chiave 1</b>	<p>1. Testata del letto (HOB) alzata durante i pasti</p> <p>2. Riposizionamento ogni 2 ore</p> <p>3. Range di movimento (ROM)</p> <p>4. Mobilizzazione in sedia ogni giorno</p> <p><i>Passare al punto chiave 2 se opportuno</i></p>	<p>1. HOB <math>\geq</math> 30</p> <p>2. ROM passivo 2x/giorno</p> <p>3. Terapia di rotazione laterale continua (CLRT) a letto iniziata se il paziente soddisfa i criteri OR, Q 2 ore di rotazione se i criteri CLRT non sono soddisfatti</p>
<b>Punto chiave 2</b>	<p>1. Seduto sulla sedia durante i pasti</p> <p>2. Camminare fino a 8 metri (3 volte al giorno)</p> <p><i>Passare al punto chiave 3 se opportuno</i></p>	<p>1. Q 2 ore di rotazione</p> <p>2. ROM passivo/attivo 3x/d</p> <p>3. HOB 45° X 15 min.</p> <p>4. HOB 45°; gambe in posizione di scarico X 15 min.</p> <p>5. HOB 65°; gambe in posizione di scarico (modalità sedia completa) X 20 min., 3x/d, assistenza completa sulla sedia 2x/d</p>
<b>Punto chiave 3</b>	<p>1. Sedersi sulla sedia durante i pasti</p> <p>2. Camminare per 8 metri o più (fino alla porta e ritorno) (3x/d)</p> <p><i>Passare al punto chiave 4 se opportuno</i></p>	<p>1. Rotazione in autonomia o assistita Q 2 ore</p> <p>2. Seduto sul bordo del letto (max gonfiato), piedi che toccano il pavimento o sgabello X 15 min.</p> <p>3. Posizione seduta progressiva a letto X 20 min. minimo, 3x/d OR trasferimento dal letto alla sedia 2x/d</p>
<b>Punto chiave 4</b>	<p>1. Sedersi sulla sedia durante i pasti</p> <p>2. Camminare nel corridoio, aumentando la distanza secondo tolleranza (3x/d)</p>	<p>1. Rotazione in autonomia o assistita Q 2 ore</p> <p>2. Posizione seduta a letto X 20 min. minimo, 3 volte al giorno</p>

	<i>Passare al punto chiave 5 se opportuno</i>	<p>3. Seduto sul bordo del letto piedi, che toccano il pavimento o sgabello; in piedi con assistenza</p> <p>4. Trasferimento attivo sulla sedia (OOB) con assistenza minimo 3x/giorno</p>
<b>Punto chiave 5</b>	<p>Camminare nel corridoio in autonomia (3x/d), aumentando la distanza secondo tolleranza</p> <p>Incoraggiare il paziente a continuare l'attività motoria dopo la dimissione</p>	<p>1. Rotazione in autonomia o assistita Q 2 ore</p> <p>2. Sedia (OOB) con assistenza minimo 3 volte al giorno</p> <p>3. Se si mangia, pasti consumati mentre seduti sul bordo del letto o sulla sedia</p> <p>4. Deambulare progressivamente per distanze sempre più lunghe e con sempre minor assistenza 2-3 volte al giorno</p>

**Interventi (continuativi):**

3. Documentare nel grafico:
- Stato dell'attività
  - Assistenza all'attività
  - Ausilio utilizzato
  - Tempo in cui si rimane sulla sedia
  - Distanza percorribile

**Valutazione:**

1. Segnalare in cartella quale punto chiave della mobilità è stato raggiunto.
2. Documentare l'apprendimento
3. Comunicare il punto chiave della mobilità che è stato raggiunto e il livello di assistenza all'attività durante il passaggio di consegne.

# Protocollo medico-chirurgico di progressione della mobilità

Inova Health System Copyright® 2015

LIVELLI	<u>Livello 1</u> Riposo a letto	<u>Livello 2</u> Esercizi da supino	<u>Livello 3</u> Mobilità a letto	<u>Livello 4</u> Sul bordo del letto	<u>Livello 5</u> Trasferimento sulla sedia	<u>Livello 6</u> Camminare nella stanza	<u>Livello 7</u> Camminare fuori dalla stanza
<b>Partecipazione del paziente</b>	Non richiesta	Richiesta					
<b>Range of Motion</b>	ROM passivo	ROM attivo a letto					
<b>Posizionamento</b>	Girare Q2 Hr**		Assistere con il cambio decubito ogni 2 ore	Ricordare al paziente di cambiare decubito ogni 2 ore			
<b>Nuova attività</b>	1.HOB a 30 gradi o Trendelenburg invertito	1.Assistere a ruotare nel letto 2.Assistere allo scorrere verso HOB 3.Assistenza nell'igiene 4.Sedersi sul letto dove possibile	1.In grado di sollevare braccia e gambe contro gravità 2.Assistere allo scorrere verso HOB 3.Assistenza nell'igiene 4.Richiesta medica per consulenza TO o FT	1.Gambe a penzolini a bordo letto	1.In piedi vicino al letto 2.ADL da seduto 3.Trasferimento sulla sedia	1.Deambulare nella stanza con assistenza di un operatore	1.Deambulare in corridoio con assistenza del terapeuta
<b>Quando Progredire</b>	1.Partecipazione alle cure 2.Stabilità clinica	1.in grado di compiere movimenti attivi 2.seduto in posizione eretta 3.Aiuta nella mobilità a letto	1. Aiuta nella mobilità a letto 2.Può sollevare le braccia e le gambe dal letto	1.In grado di sedersi a bordo letto senza vertigini	1.Verticalizzazione con minima assistenza 2.Tollera la posizione seduta in sedia e partecipa alle ADL della parte superiore del corpo 3.In grado di camminare sul posto per 10 passi	1.Deambulare nella stanza con assistenza di un operatore 2.Igiene al lavandino con minima assistenza	1.Deambulare in autonomia 2.Autonoma nelle ADL

**Progredire al livello successivo una volta raggiunto l'obiettivo; permettere al paziente di saltare le fasi secondo tolleranza o tornare al livello precedente se il livello non è tollerato.**

**\*Richiedere la consulenza di FT/TO se non in grado di valutare il numero della fase all'inizio della mobilità o se il paziente non sta progredendo al livello successivo**

**\*\*I pazienti dovrebbero essere incoraggiati ad aiutarsi a girare se sono in grado di svolgere tutti i livelli, a partire dal livello 2**

# Valutazione alla baseline della mobilità

*Tracking Health Recovery in veterans: THRIVE*

**Valutazione della mobilità:** Il livello di mobilità raccomandato al paziente dal personale infermieristico dipenderà dal singolo paziente e incorporerà le attività che i pazienti sono stati ritenuti in grado di eseguire autonomamente durante ogni sessione di cammino. Per esempio, se un partecipante può stare in piedi al capezzale del letto autonomamente ma richiede assistenza per camminare, il partecipante sarà incoraggiato a sedersi sul lato del letto per i pasti e ad alzarsi in piedi accanto al letto per 3-5 minuti ogni due ore, se possibile.

**Valutazione della prontezza per la mobilità:** L'assistente alla mobilità deve verificare con il personale infermieristico che il paziente sia emodinamicamente stabile ( $pO_2 > 90\%$ , pressione arteriosa e polso stabili) prima di visitarlo.

**Chiedere al paziente di girarsi nel letto e sedersi.** Valutare la capacità del paziente di farlo senza assistenza.

Una volta seduto, è in grado di mantenere la stazione eretta senza aiuto? Se sì, allora progredire.



**Chiedere al paziente di alzarsi dal bordo del letto.** Dopo essersi assicurato di avere le calzature adatte, chiedere al paziente di piantare i piedi saldamente a terra e alzarsi dal bordo del letto. Valutare se è in grado di alzarsi da solo e il livello di assistenza di cui ha bisogno per alzarsi. Se è in grado di raggiungere e mantenere questa posizione senza difficoltà, allora procedere.



**Chiedere al paziente di spostare il suo peso dal piede sinistro al destro e viceversa.** Ripetere questa operazione diverse volte incoraggiando il paziente a tenersi alla sponda del letto. È in grado di spostare il peso rimanendo in posizione verticale? Se sì, allora progredire.



**Chiedere al paziente di marciare sul posto** al lato del letto, sempre tenendo la sponda del letto. Marcia per circa 20-30 secondi. Sono in grado di sollevare entrambi i piedi? Sono in grado di mantenere l'equilibrio mentre marciano? Se sì, allora progredite.

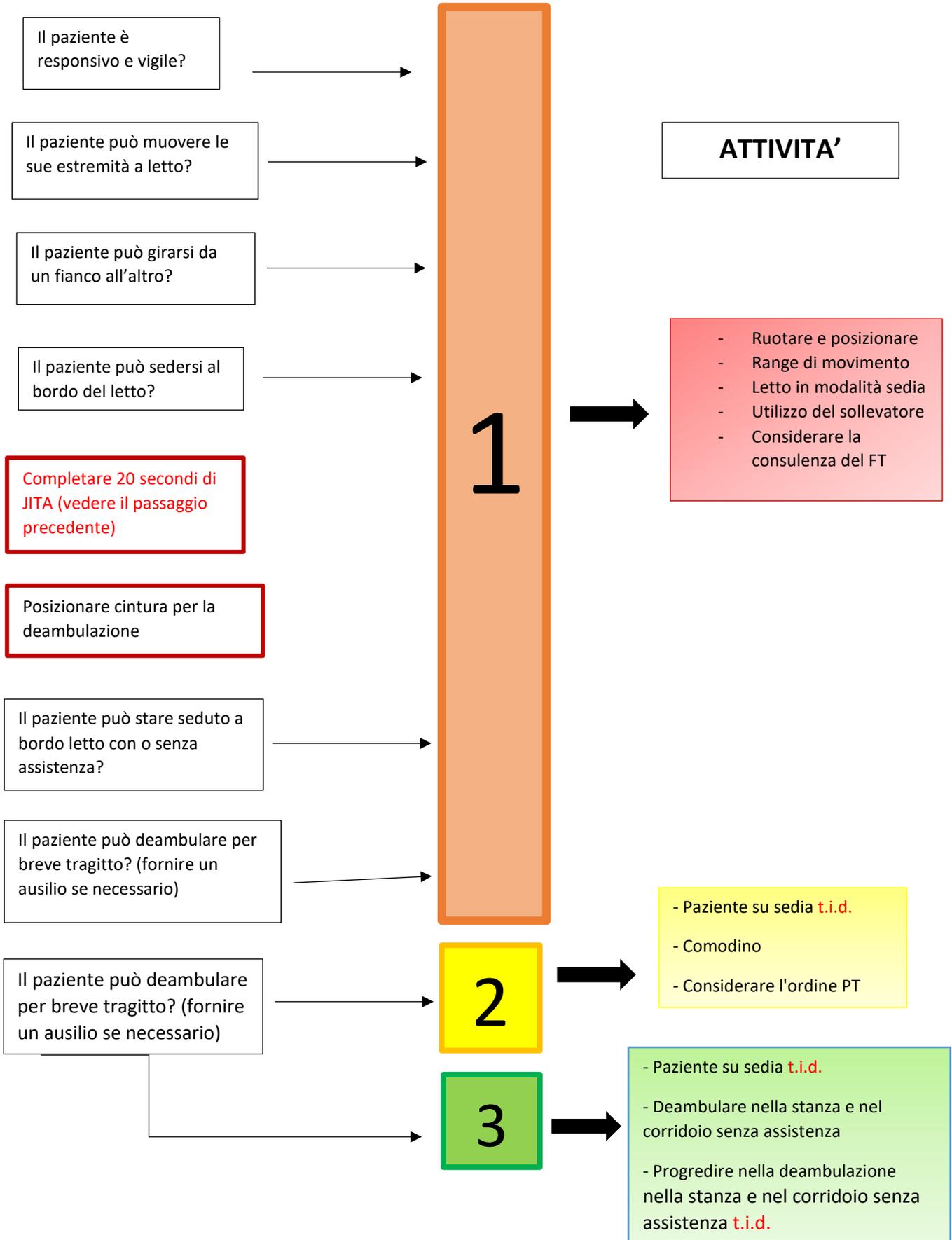


**Chiedere al paziente di deambulare** usando il deambulatore, se necessario, e la cintura per la deambulazione. Chiedere al paziente di deambulare il più lontano possibile prima di affaticarsi. Se necessario, collocare una sedia nel corridoio per dare al paziente un obiettivo. È possibile anche portare una sedia a rotelle dietro di sé in modo che il paziente possa sedersi quando si sente affaticato. Verrà fornito un deambulatore per deambulare secondo necessità. Questo ausilio può essere lasciato nella stanza se i pazienti lo desiderano e se dimostrano di essere in grado di usarlo in modo sicuro ed in autonomia.

PI: Cynthia J. Brown, MD, MSPH

# Valutazione infermieristica per una mobilizzazione in sicurezza

## Algoritmo per una mobilizzazione in sicurezza: Assegnazione del Livello di Attività Giornaliera



## **20 secondi di Just In Time Assessment (JITA) della mobilità del paziente**

- Prima di mobilizzare, riposizionare, effettuare il trasferimento e verticalizzare il paziente, assicurati che riesca a svolgere quanto segue:
  - a) Chiedi al paziente di sollevare la sua gamba destra e tenerla sollevata per 5 secondi, poi abbassarla;
  - b) Chiedi al paziente di sollevare la sua gamba sinistra e tenerla sollevata per 5 secondi, poi abbassarla;
  - c) Chiedi al paziente di tenere sollevate entrambe le braccia per 5 secondi, poi abbassarle;
- Quando il paziente è pronto, farlo sedere sul bordo del letto, dondolando le gambe con protezioni per non cadere in avanti.  
Allena, aiuta e/ o solleva la testata del letto per permettergli di sedersi.

### **Ripeti la seguente valutazione prima di verticalizzare**

- Se il paziente è in grado di eseguire tutti i 3 compiti, allora:
  - a) Il paziente può comprenderti e seguire le tue direttive
  - b) Il paziente è collaborante

### **Prima di alzarti con il paziente, posiziona una cintura per la deambulazione attorno a lui**

- Raggiungi la stazione eretta, aiutalo se ne ha bisogno, fai una pausa, cammina sul posto per 5 secondi
- Se la stazione eretta è mantenuta in sicurezza, procedi con il trasferimento e la deambulazione
- Se questa attività non risulta sicura e/ o il paziente non risulta in grado di alzarsi, usa un sollevatore per mobilizzarlo fuori dal letto.

## Checklist delle attività della vita quotidiana (ADL/IADL) Modulo di ammissione

Da acquisire all'ammissione in ospedale

Funzione	Autonomo	Con Assistenza	Dipendente	Non lo svolge
Bagno				
Vestizione				
Igiene				
Igiene orale				
Toilette				
Trasferimento				
Camminare				
Salire le scale				
Mangiare				
Fare shopping				
Cucinare				
Gestione farmaci				
Usare il telefono				
Lavori domestici				
Fare il bucato				
Guidare				
Gestire le finanze				

Adattamento da:

Katz, S. (1983). Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31: 721–727.

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.

## Checklist delle attività della vita quotidiana (ADL/IADL) Modulo di dimissione

Da acquisire alla dimissione

Funzionalità nelle ADL	Autonomo	Con Assistenza	Dipendente	Non lo svolge
Bagno				
Vestizione				
Igiene				
Igiene orale				
Toilette				
Trasferimento				
Camminare				
Salire le scale				
Mangiare				

Adattamento da:

Katz, S. (1983). Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31: 721–727.

## Screen dello stato mentale

(Adattato dal FAM-CAM in Hospital Elder Life Program, HELP [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org))

### Per verificare la presenza di cambiamenti recenti dello stato mentale (un rischio di caduta):

1. Chiedere alla famiglia/al caregiver di pensare alla settimana passata: Durante questa settimana, avete notato qualche cambiamento nel pensiero o nella concentrazione del paziente, come ad esempio:

- |                                                                  |    |    |
|------------------------------------------------------------------|----|----|
| a. essere meno attento                                           | Sì | No |
| b. apparire confuso o disorientato (non sapere dove si trovava), |    |    |
| c. comportarsi in modo inappropriato, o                          |    |    |
| d. essere estremamente assonnato tutto il giorno?                |    |    |

- |                                                                                                           |                |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|
| 2. Alcuni dei cambiamenti erano presenti per tutto il tempo o andavano e venivano da un giorno all'altro? | Tutto il tempo | Andavano e venivano |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|

**Se 1= Sì o 2= Andavano e venivano, allora il paziente potrebbe essere affetto da delirium e si dovrebbe procedere ad una valutazione del delirium e/o indirizzarlo al medico. Gli strumenti di valutazione del delirium sono disponibili su: [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org) [Strumenti per il delirio]**

**Considerare il paziente a rischio di caduta fino al completamento di un'ulteriore valutazione.**

Reference: Steis MR, Evans L, Hirschman KB, Hanlon A, Fick DM, Flanagan N, Inouye SK. Screening for Delirium via Family Caregivers: Convergent Validity of the Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM) and Interviewer-Rated CAM. J Am Geriatr Soc. 2012; 60:2121-26. [www.hospitalelderlifeprogram.org](http://www.hospitalelderlifeprogram.org)

## Analisi dei progressi nell'applicazione delle tecniche di cambiamento

Per accompagnare il vostro programma di movimento, scegliete alcune tecniche di cambiamento per iniziare, dopodiché rivalutatele ogni mese. Ricordate che le tecniche sotto riportate sono solo una parte di quelle possibili; non è previsto che una struttura si occupi di tutte queste tecniche come parte del loro programma di mobilitazione. Questo vi aiuterà a monitorare i vostri progressi nel tempo. È sufficiente segnare “1 – non considerata tecnica di cambiamento” per alcune di queste tecniche e per quelle che non producono cambiamenti nel tempo (*che si valuta che non cambino nel tempo lett.*). Alcune di queste tecniche potrebbero già essere state utilizzate dalla vostra struttura (team) prima di questo progetto (*iniziativa lett.*). Perciò, è anche possibile iniziare con un punteggio maggiore di 1 durante il primo mese di valutazione.

*Nota: 1 = Non considerata tecnica di cambiamento; 2 = Considerata tecnica di cambiamento, ma non è ancora stata applicata; 3 = tecnica di cambiamento in fase di pianificazione; 4 = Tecnica di cambiamento applicata, ma la si sta mettendo in dubbio; 5 = Tecnica di cambiamento applicata e sta funzionando bene.*

Strategia	Idea (concetto) di cambiamento	Tecnica di cambiamento	Andamento dell'attuazione
<b>1. Creare un coinvolgimento o sulla cultura della mobilitazione</b>	Investire nella creazione e nel coinvolgimento di pazienti e famiglie	Comunicare le aspettative sul (progetto) di mobilitazione ai pazienti ed alle famiglie (es. tramite brochure per pazienti e famigliari o durante i turni)	
		Collaborare con i pazienti per dare priorità alla mobilitazione all'interno di un contesto in cui si considerino ( <i>lett. si incontrino</i> ) le loro attività funzionali (es. dimissione precoce, massimizzazione dell'indipendenza)	
		Appendere ( <i>lett. rendere visibili</i> ) promemoria circa gli obiettivi della mobilitazione nella stanza e nel corridoio (es. numerare i metri in corridoio <i>lett. segni della distanza percorsa in corridoio</i> )	
	Investire nella creazione e nel coinvolgimento di un personale clinico e non	Ingaggiare un team interdisciplinare per ideare il programma di mobilitazione	
		Istruire il personale circa la logica che sta dietro ad un aumento della mobilitazione	
		Condividere l'avanzamento verso gli obiettivi del programma di mobilitazione regolarmente	
<b>2 Valutazione e progetto di</b>	Valutare l'attività e la mobilitazione durante	Standardizzare la valutazione infermieristica della mobilitazione all'ingresso ed in dimissione	

mobilizzazione	l'ospedalizzazione	Valutare lo stato funzionale in ingresso e in dimissione	
		Valutazione di qualsiasi evidenza di cambiamento di uno stato mentale acuto	
		Utilizzare un progressivo strumento mobilitativo o un algoritmo di mobilizzazione per rivalutare la mobilità dei pazienti durante la loro degenza in ospedale ed il conseguente aumento della loro attività(funzionalità)/mobilizzazione	
		Registrare quotidianamente la mobilizzazione (es. su una lavagna, diagramma di flusso dei pazienti, electronic health record)	
	Inserire un piano di mobilizzazione in ogni programma di cura dei pazienti	Inserire un obiettivo da raggiungere per la deambulazione (distanza) con un target di 3 volte al giorno	
		Limitare l'invio alla fisioterapia (riabilitazione) per la mobilizzazione grossolana	
		Identificare il personale primario e di supporto responsabile della mobilizzazione	
		Identificare chiaramente quali pazienti possono essere selezionati per la deambulazione (nella electronic health record, sulla lavagna dei pazienti)	
	Rivedere i protocolli clinici per promuovere la mobilizzazione/deambulazione (con assistenza al bisogno)	Giustificare tutte le prescrizioni di riposo a letto, l'impostazione predefinita dovrebbe essere la deambulazione	
		Stabilire una tipologia specifica di attività (es. "deambulazione con aiuto 1 giro del reparto" TID??)	
<b>3 – Fornire una precoce mobilizzazione e con metodi sicuri per i pazienti e per il personale</b>	Addestrare il personale ad una mobilizzazione in sicurezza	Insegnare e far vedere la mobilizzazione sicura e la biomeccanica corporea per infermieri, OSS, badanti, tecnici fisioterapici(?), volontari e "portantini"	
		Gratificare il personale con idee innovative sulla mobilizzazione dei pazienti	
		Addestrare i famigliari alla mobilizzazione in sicurezza	
	Far camminare/mobilizzare i pazienti precocemente e spesso	Far camminare i pazienti almeno 3 volte al giorno	
		Progresso della deambulazione/mobilizzazione basato sui miglioramenti (dei risultati) nella valutazione dello stato	

		funzionale	
	Avere appropriati strumenti per l'assistenza per ogni paziente	Fornire indicazioni/segnali per il cammino in ogni stanza	
		Rendere i deambulatori, i canadesi facilmente accessibili – semplici e sicuri per un utilizzo h24	
		Fornire occhiali, apparecchi acustici e calzature appropriate al bisogno	
	Passaggio dal Team delle Cadute al Mobility Team	Accostare alla mobilitazione anche le cadute come risultato critico	
		Considerare sempre il mantenimento della mobilità in tutti gli interventi correttivi per la prevenzione delle cadute	
<b>4– Minimizzare le tecniche di mobilitazione</b>	Ridurre/minimizzare gli allarmi dei letti e delle sedie	Sviluppare un Sistema sul piano per determinati giri ogni ora (infermieri che hanno aderito e del personale infermieristico qualificato) e risposte rapide ai campanelli	
		Rimuovere gli allarmi dei letti e delle sedie dai protocolli di cadute ed ordinare degli apparecchi per stare in piedi	
		Misurare l'utilizzo dell'allarme dei letti e delle sedie sul piano	
	Revisione quotidiana del "Patient Mobility" per individuare i limiti della mobilitazione	Identificare e ridurre tutto ciò che limita il movimento (cateteri urinari, occhialini con filo corto, dispositivi compressivi)	
		Verificare la disponibilità di calzature e strumenti per l'assistenza	
		Validare un percorso non ostacolato per il cammino all'interno della stanza dei pazienti e in corridoio	
		Individuare gli altri ostacoli alla mobilitazione quotidiana	
<b>Totale</b>			

Il punteggio totale può variare da 25 a 125. Punteggi elevati indicano un maggior sviluppo/progresso nell'attuazione.

## Indagine sulla preparazione organizzativa dello strumento per il cambiamento

Questo strumento può aiutarvi a capire se la vostra organizzazione è pronta ad applicare il programma di mobilitazione. Le misure a sostegno di questi dati dovrebbero essere considerate prima dell'attuazione per favorire il successo/la buona riuscita del vostro programma. Per valutare, indicare il livello con cui siete d'accordo o meno con le seguenti affermazioni e ripetete queste misurazioni ogni mese.

*Nota: 1 = Disaccordo; 2 = Parzialmente in disaccordo; 3 = Nè d'accordo nè in disaccordo; 4=Parzialmente d'accordo; 5 = D'accordo*

Affermazioni	Livello di accordo
1. Le persone che lavorano qua sono sicure che questa organizzazione possa portare le persone ad impegnarsi per rendere effettivo questo cambiamento.	
2. Le persone che lavorano qua si impegnano a rendere effettivo questo cambiamento.	
3. Le persone che lavorano qua sono sicure di poter seguire lo sviluppo nel rendere effettivo questo cambiamento.	
4. Le persone che lavorano qua faranno ciò che serve per rendere effettivo questo cambiamento.	
5. Le persone che lavorano qua sono sicure che l'organizzazione possa sostenere le persone in modo che si adattino al cambiamento.	
6. Le persone che lavorano qua vogliono rendere effettivo il cambiamento.	
7. Le persone che lavorano qua sono sicure di poter sostenere l'innovazione nel rendere effettivo questo cambiamento.	
8. Le persone che lavorano qua sono sicure di riuscire a gestire i problemi che possono insorgere nel rendere effettivo questo cambiamento.	
9. Le persone che lavorano qua sono motivate a rendere effettivo questo cambiamento.	
10. Le persone che lavorano qua sono sicure di riuscire a coordinare i compiti in modo che l'attuazione avvenga senza problemi.	
11. Le persone che lavorano qua sono motivate a rendere effettivo questo cambiamento.	
12. Le persone che lavorano qua sono sicure di poter gestire la parte burocratica per rendere effettivo questo cambiamento	
<b>Totale</b>	

Il punteggio totale va da 12 a 60. Un punteggio elevato indica una maggior prontezza organizzativa per attivare il programma di movimento.

*Shea CM et al. Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implementation Science. 2014; 9:7. Used with Permission.*

## Documentazione della mobilitazione ospedaliera

PI: Cynthia J. Brown, MD, MSPH

### DOCUMENTAZIONE DELLA MOBILIZZAZIONE OSPEDALIERA

(Registrazione quotidiana)

**ID Paziente** \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ **NELLE ULTIME 24 ORE HAI..**

Sei stato aiutato da un'altra persona?

FREQUENZA

Hai utilizzato un sostegno o un'attrezzatura speciale?

COME CI SEI RIUSCITO?

Sceso dal letto e seduto su una sedia (Livello 1)	Sì		No		Una Due 3x > 4x				Sì		No	
	1	0	1	0	1	2	3	4	0	1	0	1

Punteggio \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = Punteggio livello 1 \_\_\_\_\_

Camminato dentro la stanza (Livello 2)	Sì		No		Una Due 3x >4x				Sì		No	
	1	0	1	0	1	2	3	4	0	1	0	1

Punteggio \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = Punteggio livello 2 \_\_\_\_\_

Camminato nel corridoio del reparto (Livello 3)	Sì		No		Una Due 3x >4x				Sì		No	
	1	0	1	0	1	2	3	4	0	1	0	1

Punteggio \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = Punteggio livello 3 \_\_\_\_\_

Camminato fuori dal reparto (Livello 4)	Sì		No		Una Due 3x >4x				Sì		No	
	1	0	1	0	1	2	3	4	0	1	0	1

**Tipologia di attrezzatura utilizzata:**

\_\_\_Trapezio \_\_\_Spondine del letto \_\_\_Tavoletta dei trasferimenti \_\_\_Bastoni canadesi \_\_\_Deambulatore \_\_\_Deambulatore 4 ruote \_\_\_Stampelle

Sei caduto nelle ultime 24 ore? \_\_\_Sì \_\_\_No

Ti sei ferito quando sei caduto? \_\_\_Sì \_\_\_No

Che tipo di danni ti ha causato? (spiega) \_\_\_\_\_

## Strumento di mobilitazione per il personale infermieristico

Data:

**Obiettivo: 3 passeggiate\giorno!**

Stanza	Iniziali pz	Accompagnato da:	Rifiuto: (orario)	Cammino1 (metri/tempo)	Cammino2 (metri/tempo)	Cammino3 (metri/tempo)
101		Personale				
		Personale				
102		Personale				
		Personale				
103		Personale				
		Personale				
104		Personale				
		Personale				
105		Personale				
		Personale				
106		Personale				
		Personale				
107		Personale				
		Personale				
108		Personale				
		Personale				
109		Personale				
		Personale				
110		Personale				
		Personale				
111		Personale				
		Personale				
112		Personale				
		Personale				
113		Personale				
		Personale				
114		Personale				
		Personale				
115		Personale				
		Personale				

**Controlla con il personale che ha aderito prima di iniziare!**

**Consideralo come un documento accreditato!**

**Parole chiave:**

Vol= squadra

Livello di autonomia del paziente

AIUTO

Assistenza di 1 persona per il cammino; potrebbe essere la seconda persona per assistenza 2(?)

## Valutazione del rischio di caduta raccomandato dal Forum Nazionale di Qualità

*(Per verificare che non ci sia un aumento del rischio di caduta con l'iniziativa di mobilità)*

Nome della misurazione	Descrizione della misurazione	Affermazione al numeratore (in un report di un reparto ospedaliero)	Affermazione al denominatore
Cadute complessive con danni/ferite	Tutte le cadute documentate dei pz con un livello di danno minore o maggiore rispetto a delle unità standard qualificate, in un trimestre. Riportate come cadute con danno per 1000 numero totale di degenti.  Numero totale di cadute con danni/numero totale di degenti x 1000	Numero totale delle cadute dei pz con livello di danno minore o maggiore (che sia o meno assistito dal personale) da un reparto ospedaliero qualificato durante un mese di calendario per 1000. Ciò potrebbe includere pz del reparto che non partecipano al programma di mobilitazione. <u>Popolazione inclusa</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadute con livello di danno di caduta "minore" o maggiore, includendo quelle con assistenza e le cadute ripetute con un livello di danno minore o maggiore.</li> <li>• Cadute dei pz con danno verificatesi durante la raccolta dati all'interno di un reparto qualificato.</li> </ul>	Numero totale dei degenti per gruppo di unità durante un mese di calendario. <u>Popolazione inclusa</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricoverati in un reparto di degenza qualificato per tutto o parte del giorno in un'unità di medicina, chirurgia e medicina e chirurgia.</li> <li>• I beneficiari dell'assistenza sanitaria dai 65 anni in su in una dichiarazione certificata in reparto, sono inclusi nel conteggio dei giorni da pz.</li> </ul>
Tasso di caduta dei partecipanti	Il tasso di incidenza trimestrale di cadute fra i partecipanti alla mobilitazione per 1000 degenti.	Cadute subite dai partecipanti al programma di mobilitazione durante il mese.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero dei giorni di degenza in reparto, moltiplicati x 1000</li> <li>• Il denominatore rappresenta l'esposizione dei partecipanti alla mobilitazione al rischio di caduta</li> </ul>
Tasso di caduta con danni dei partecipanti	Il tasso trimestrale di cadute con danno tra i partecipanti alla mobilitazione per 1000 degenti.	Cadute con danno subite dai partecipanti al programma di mobilitazione durante il mese.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero dei giorni di degenza in reparto x 1000</li> <li>• Il denominatore rappresenta l'esposizione dei partecipanti alla mobilitazione al rischio di caduta.</li> </ul>

Per maggiori informazioni su queste misurazioni, si prega di visitare il sito del Forum Nazionale di Qualità: <http://www.qualityforum.org/QPS/>

## Esempio di raccolta dati delle passeggiate / deambulazioni quotidiane (Diagramma di controllo)

Il Mobility Action Group team ha utilizzato la carta/diagramma di controllo per analizzare il progresso che ogni ospedale ha fatto durante il corso del loro programma di mobilitazione. I diagrammi di controllo sono stati creati per quegli ospedali che hanno raccolto i dati per almeno 17 settimane consecutive. I dati sono stati analizzati da:

- media della porzione di pz con un allarme al letto o alla sedia,
- media delle passeggiate per pz, e
- media della porzione di pz che hanno effettuato almeno 3 passeggiate al giorno

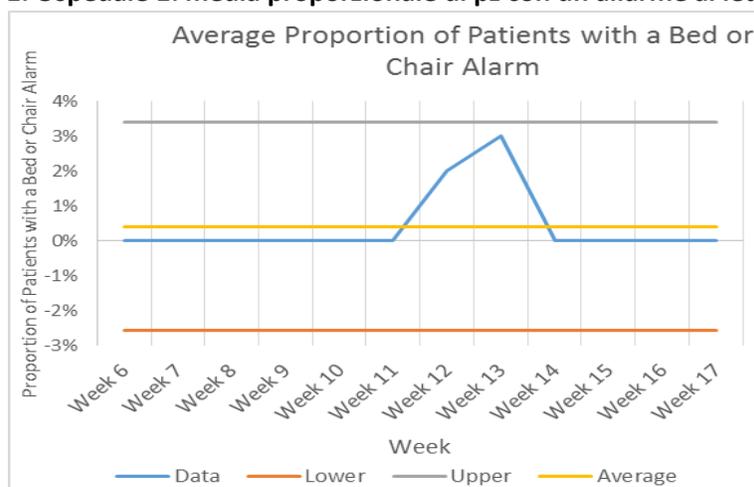
Per sviluppare i diagrammi di controllo, il gruppo ha identificato la media, la deviazione standard ed i limiti superiori e inferiori, che sono i tre punti più o meno la deviazione standard, per ogni ospedale all'interno di ognuno dei tre componenti di dati. Questi diagrammi di controllo sono stati progettati per gli ospedali per utilizzare i loro stessi dati in maniera significativa. Alcuni ospedali hanno sperimentato una complessiva tendenza crescente o decrescente, mentre altri hanno assistito ad oscillazioni per tutta la durata del loro programma di mobilitazione.

Durante la sessione di controllo del Mobility Action Group, a tre ospedali è stato chiesto di documentare i loro diagrammi di controllo, includendo dati a disposizione circa quali fossero i cambiamenti avvenuti da una settimana all'altra che potessero aver originato le tendenze analizzate.

### *Ospedale 1*

L'ospedale 1 ha indicato di aver lavorato in un piccolo reparto di 13 posti letto con un centralino infermieristico localizzato centralmente, che permettesse agli infermieri di avere una visione diretta sui pz. Loro tendenzialmente non utilizzano allarmi alle sedie o ai letti o alcuna forma di contenimento, ma c'è stata una settimana in cui hanno usufruito dell'allarme sedia/letto per un pz che frequentemente tentava di alzarsi da solo piuttosto che aspettare l'assistenza.

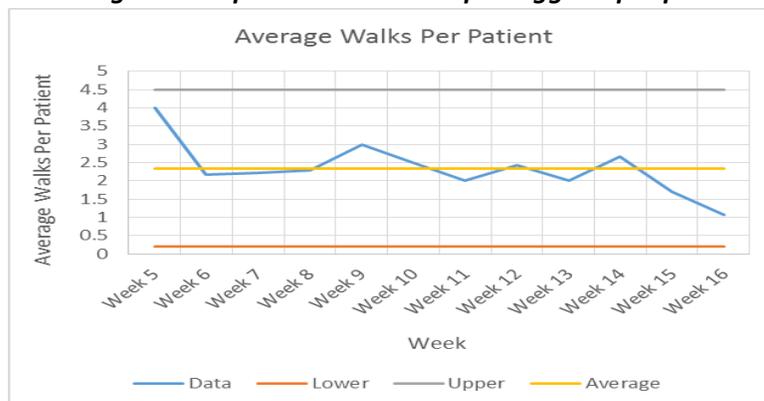
**Figura 1. Ospedale 1: media proporzionale di pz con un allarme al letto/sedia**



## Ospedale 2

L'ospedale 2 ha assistito ad un significativo calo nel numero di camminate per pz durante la nona settimana. Un'occhiata più attenta ha dimostrato che loro avevano due pz che soffrivano di pressione bassa ed avevano bisogno di essere trasfusi, e due pz che si sono rifiutati di farsi accompagnare, cosa che ha rappresentato una sfida in termini di pz deambulanti. Un altro problema individuato è che a volte i pz erano dimessi la mattina presto e quindi non potevano compiere le loro tre passeggiate prima della dimissione. Comunque, loro avevano, per la maggior parte, volontari qualificati per far deambulare i pz ed hanno sostituito la carenza di personale infermieristico nel reparto.

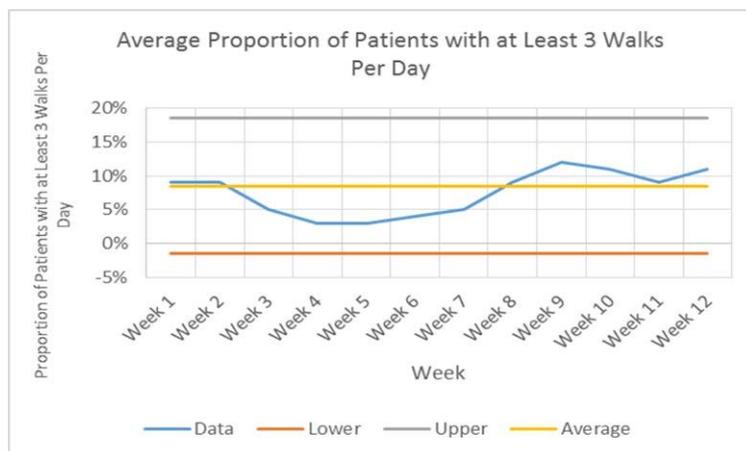
**Figura 2. Ospedale 2: Media di passeggiate per pz**



## Ospedale 3

La media proporzionale nel terzo ospedale di pz con almeno tre camminate al giorno è fluttuante nel corso delle settimane. L'ospedale ha dichiarato di aver trovato difficile contare il numero delle camminate durante i giorni di ingresso e dimissione, in modo particolare per quei pz che necessitavano di essere stabilizzati prima di iniziare a camminare. In aggiunta, loro sono localizzati in un paese rurale, ed i pz spesso devono fare i conti con un bel po' di percorsi su terreni irregolari, lunghi vialetti di accesso, ecc. Perciò, la mobilitazione nello stesso giorno della dimissione non è un elemento prioritario per l'ospedale.

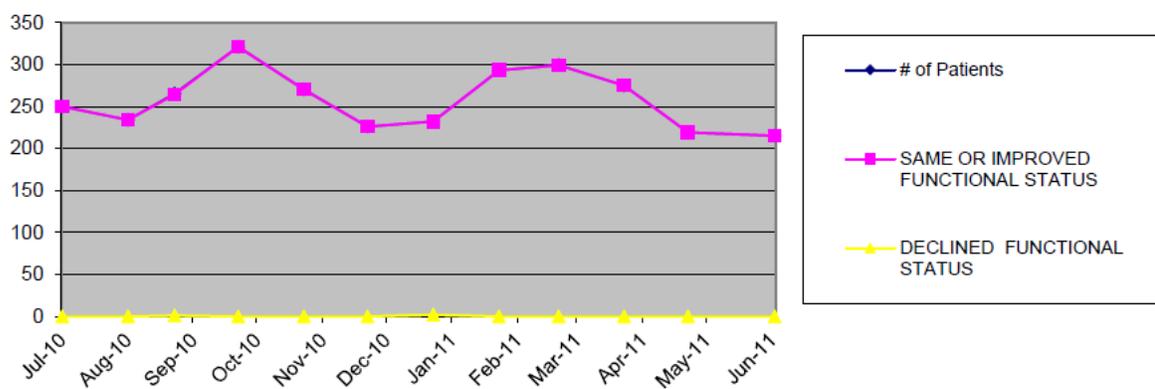
**Figura 3. Ospedale 3: Media proporzionale di pz con almeno 3 camminate al giorno**



## Esempio di raccolta dati dell'impatto dell'attività sullo stato funzionale

MESE/ANNO	N° di pazienti	UGUALE O MIGLIORE STATO FUNZIONALE	STATO FUNZIONALE DIMINUITO	Percentuale dello stato funzionale
Luglio-10	250	250	0	100%
Agosto-10	234	234	0	100%
Settembre-10	265	264	1	99%
Ottobre-10	321	321	0	100%
Novembre-10	270	270	0	100%
Dicembre-10	228	226	0	100%
Gennaio-11	232	232	2	99%
Febbraio-11	293	293	0	100%
Marzo-11	299	299	0	100%
Aprile-11	275	275	0	100%
Maggio-11	219	219	0	100%
Giugno-11	215	215	0	100%

**Functional Status**



## Letto/sedia allarmata: evidenze e bibliografie

### **Dimostrata mancanza di efficacia nella prevenzione delle cadute**

Numerosi protocolli ospedalieri utilizzano allarmi per letti e poltrone per la prevenzione delle cadute, i quali si attivano ogni volta che il paziente tenta di alzarsi dal letto o dalla sedia. Tuttavia, le valutazioni pubblicate sull'efficacia di specifici programmi che utilizzano questi tipi di allarmi non hanno dimostrato alcuna efficacia per la prevenzione delle cadute. In un trial randomizzato pubblicato nel 2012 gli allarmi per letti e sedie sono risultati inefficaci nella riduzione delle cadute, e gli autori hanno suggerito che possono sia contribuire allo stress infermieristico sotto forma di "stanchezza di allarme" e sia incrementare i costi sanitari (Shorr 2012). Uno studio più recente pubblicato nel 2014 ha dimostrato che gli allarmi per letti e poltrone non riducono le cadute in ospedale e non sono economicamente vantaggiose (Sahota 2014). In un trial cluster-randomizzato pubblicato nel 2016 basato su una strategia di intervento multi-componente che includeva allarmi per letti e poltrone non è stata rilevata una significativa riduzione nelle cadute o cadute con lesioni contusive (Barker 2016).

### **Referenze (Leggi anche: Appendice A: Bibliografia):**

Barker AL, Morello RT, Wolfe R, et al. 6-PACK program to decrease fall injuries in acute hospitals: a cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2016; 352:h6781.

Sahota O, Drummond A, Kendrick D, et al. REFINE (Reducing Falls in In-patient Elderly) using bed and bedside chair pressure sensors linked to radio-pagers in acute hospital care: a randomized controlled trial. *Age Aging*. 2014; 43:247-253.

Shorr RI, Chandler AM, Mion LC, et al. Effects of an Intervention to Increase Bed Alarm Use to Prevent Falls in Hospitalized Patients: A Cluster Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2012; 157(10):692-699.

PI: Sharon K. Inouye, MD, MPH

## Esempio di Consenso informato

La ringraziamo per aver scelto questo ospedale per il suo intervento ortopedico. Il suo intervento chirurgico di successo ed il recupero sono molto importanti per noi! Lavoriamo sodo per rendere straordinario il suo tempo con noi. Le preghiamo di farci sapere se ci fosse qualcosa da fare per migliorare la vostra cura. Non vediamo l'ora di servirla.

Maggiori conoscenze possiede riguardo al suo intervento, più consapevolmente è preparato alle condizioni post-intervento. Il Programma di Sostituzione Articolare si articola in un team composto da professionisti sanitari che la aiuteranno prima, durante e dopo il suo intervento. Prima del ricovero la istruiremo circa il suo tipo di intervento e la durata della degenza. Il team composto da medici, infermieri, fisioterapisti e terapisti occupazionali lavoreranno insieme a lei per coordinare la migliore cura per i suoi bisogni specifici.

Abbiamo trovato il modo per assicurarci che il suo periodo nel nostro Programma di Sostituzione Articolare sia un successo. Ci teniamo che sia in salute ed altrettanto preparato prima del suo intervento. Il nostro obiettivo è farla alzare dal letto il giorno stesso dell'intervento. La mobilitazione precoce la aiuterà ad evitare problemi ed a guarire.

Le nuove tecniche di terapia antalgica aiutano a ridurre il livello di dolore dopo l'intervento e l'utilizzo di antidolorifici. I nostri pazienti sono più vigili e tranquilli dopo l'intervento. L'ottimizzazione del controllo del dolore e la ridotta sedazione permette ai pazienti di mobilizzarsi ed essere rapidamente pronti per il rientro al domicilio rispetto al passato. A casa, continuerà gli esercizi di fisioterapia che le verranno raccomandati, il riposo e gradualmente ritornerà a svolgere le sue attività di vita quotidiana.

Il contratto di iscrizione al Programma di Sostituzione Articolare è stato creato per far sì che comprenda il nostro programma. Inoltre vogliamo assicurarci che abbia dei familiari o amici che siano disponibili per aiutarla durante il suo periodo di recupero al domicilio. Siamo grati di essere stati scelti da lei per prenderci cura di lei prima, durante e dopo l'intervento chirurgico. Siamo contenti di averla nel nostro programma.

Le chiediamo gentilmente di portare questo documento firmato durante il corso preoperatorio che dovrà seguire prima del suo intervento chirurgico di sostituzione articolare.

Cordialmente

*Il Team Ortopedico*

Benvenuto nel **Programma di Sostituzione Articolare!** Seguendo le istruzioni riportate in seguito, la aiuterà ad avere la migliore esperienza possibile con il suo intervento di sostituzione articolare sia in ospedale sia quando ritornerà a casa. Il suo chirurgo vuole dimmetterla a casa (con aiuto dei famigliari ed amici) non appena è sicuro. Il suo chirurgo non ha in programma di inviarla in un centro riabilitativo a meno che non necessiti maggiore assistenza rispetto a quella fornita al domicilio.

Le presentiamo una lista di cose che devono succedere per aiutarla a ritornare a casa velocemente:

- Le viene richiesto di partecipare al corso preoperatorio di sostituzione articolare. Durante questo corso le spiegheremo come prepararsi all'intervento ed è incluso: cosa succederà durante il suo intervento e durante la degenza in ospedale, la sua fisioterapia/terapia occupazionale, gli esercizi quotidiani e la mobilizzazione, la strumentazione che potrebbe servirle a casa, ed il programma dopo la sua dimissione dall'ospedale. *Questo corso è obbligatorio.*
- Il suo caregiver—la persona principale che la aiuterà a casa—sarà presente al corso preoperatorio con lei. Il suo caregiver sarà pronto ad aiutarla per i primi 5-7 giorni dopo la sua dimissione dall'ospedale.

Nome caregiver: \_\_\_\_\_ Rapporto di parentela: \_\_\_\_\_

- Si dovranno soddisfare delle linee guida per far sì che il suo intervento sia in sicurezza. 2-4 settimane prima del suo intervento, sarà valutato nell'ufficio del suo chirurgo per esaminarla e per raccogliere la storia anamnestica. Se dovessero essere necessari ulteriori approfondimenti, il suo chirurgo le programmerà gli appuntamenti con specifici specialisti.
- Al fine di migliorare la guarigione successiva all'intervento, se è fumatore, deve evitare di fumare per almeno 4 settimane prima dell'intervento.
- 2 settimane prima del suo intervento avrà un appuntamento orientativo preoperatorio in ospedale. Durante la visita, esamineremo il suo intervento e la sua durata in ospedale. Le controlleremo anche la sua salute per assicurarci che sia pronto per l'intervento.
- Le lasceremo dei recapiti telefonici nel caso voglia contattarci per ulteriori chiarimenti o per delucidazioni dopo la sua dimissione dall'ospedale. Non vogliamo che vada in Pronto Soccorso per problemi legati al dolore, gonfiore, arrossamento o segni di infezione senza aver prima contattato il suo chirurgo.
- Potrebbe ricevere prescrizioni per farmaci dolorifici che potrà assumere al domicilio. Le prescrizioni saranno valide per i primi 90 giorni dopo l'intervento. Dopo i 90 giorni, non dovrebbe avere più bisogno delle prescrizioni dei farmaci per il dolore chirurgico.

Firmi nel riquadro sottostante per indicare che ha letto la lista e che comprende le cose da fare nel suo programma. Inoltre accetta di aderire al piano di cura quando lascerà l'ospedale e che seguirà le indicazioni fornitegli dal chirurgo. Se non dovesse aderire al piano che include di tutto l'elenco della lista sovrastante, il suo intervento verrà cancellato o ritardato non appena il piano di cura verrà messo in atto.

\_\_\_\_\_  
Firma del paziente

\_\_\_\_\_  
Nome e Cognome

\_\_\_\_\_  
Data

**CONTRATTO DI ISCRIZIONE PROGRAMMA  
SOSTITUZIONE ARTICOLARE**

Pagina 1 di 1

Consenso del paziente

rev: 4/16

# Brochure sulla mobilità per il paziente e la famiglia

## BENEFICI DELLA MOBILIZZAZIONE DURANTE IL RICOVERO

- Migliora la respirazione
- Migliora l'appetito
- Aiuta a prevenire la perdita di forza
- Aiuta a mantenere la pelle sana
- Migliora il sonno
- Migliora l'umore

## CONSIGLI PER MANTENERTI IN MOVIMENTO

- Siediti su una sedia durante i pasti
- Siediti sulla sedia quando hai visitatori
- Cammina per la stanza o l'unità, se necessario con assistenza
- Chiedi allo staff il tuo programma di attività quando inizi a scendere dal letto



## VISITATORI

- Non assistere il tuo caro per alzarlo dalla sedia o letto prima di aver discusso con lo staff infermieristico
- Ricorda al tuo caro di utilizzare il campanello e di aspettare lo staff a meno che sia indipendente. Il segno di Assistenza Rosa nella stanza indicherà se il paziente è indipendente
- Mantieni la stanza in ordine
- Disponi gli oggetti nella stanza affinché siano facilmente raggiungibili dal tuo caro



## Promuovere la sua Sicurezza in Ospedale

Questo sistema sanitario vuole assicurarsi che sia assistita in modo da mantenere la sua forza, equilibrio e buon livello di indipendenza mente è ricoverato da noi. In ospedale il rischio di caduta è elevato, quanto il suo corpo non funziona correttamente come dovrebbe essere nella normalità(per via della malattia, farmaci, chirurgia, dolore, persone che entrano ed escono dalla stanza, devices, eccetera). Il primo giorno e durante tutto il ricovero, lavoreremo con lei per impostare un programma di attività di sicurezza. Nel programma sarà spiegato come alzarsi dal letto/sedia e muoversi non appena sarà capace, con l'obiettivo di recuperare e manterne il suo livello autonomia precedente. Siamo impegnati nel farla rimanere con noi al sicuro. Insieme a lei ed alla sua famiglia ed amici, ci sono molte cose che possiamo fare per promuovere la sicurezza ed ancora alzarla e farla camminare durante la degenza.



### PAZIENTE

Mentre è con noi le chiediamo di:

- Informarci come si muove a casa e se ha bisogno di aiuto.
- Avvisarci se ha bisogno del bastone, walker stampelle o altri strumenti per muoversi.
- Utilizzare gli occhiali o protesi acustiche, come se fosse a casa.
- Avvisare lo staff in caso di capigiro, vertigini, o dolore durante il movimento.
- Utilizzare sempre calzature anti-scivolo. Richieda le scarpe se le servono per camminare.
- Chiedere allo staff il suo programma di attività e quando potrà iniziare ad uscire dal letto.
- Chiamare ed aspettare sempre per l'assistenza, a meno che sia chiaro allo staff che può mobilizzarsi da solo.
- Prestare attenzione ai devices e cavi che possono esserle attaccati.
- Se è presente un cartello giallo di isolamento fuori dalla sua stanza, controlli con l'infermiera se può entrare nella stanza comune.

### PROSPETTIVA DELLO STAFF

- Durante le 24 ore dal suo ingresso lavoreremo con lei per creare un programma di attività di sicurezza.
  - Il segno rosa del Livello di Assistenza sarà assegnato alla sua stanza. Il segno ci indicherà che tipo di assistenza potrebbe avere bisogno durante il movimento
    - ~ per esempio, la aiuteremo nell'alzarsi dalla sedia, e se si sente sicuro, nel camminare.
    - ~ utilizzeremo il livello 1,2 o 3 in base alla sua capacità di muoversi con sicurezza.
- Controlleremo con lei ogni ora durante il giorno ed ogni due ore la notte il livello di dolore, la posizione degli oggetti per essere facilmente raggiungibili, aiuto nella toelette e qualsiasi altro aiuto dovesse aver bisogno.
- Potremmo usare l'allarme per il letto o la sedia mentre è ricoverato. Ci aiuta a capire se si sta alzando in caso abbia dimenticato di avvisarci. Questo crea un ambiente sicuro per lei. Per regolamentazione dell'ospedale tutti i pazienti degenti devono avere il letto o la sedia allarmata.

### NOTE:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## Alzati...Muoviti...Guarisci!

### Camminare la mantiene Forte

Camminare durante la degenza in ospedale la mantiene forte. E' noto che camminare mentre si è ricoverati in ospedale rinforza i muscoli e la aiuterà ad essere attivo una volta dimesso.

E' inoltre una buona idea stare seduti su una sedia durante la consumazione dei pasti.

E' importante essere in sicurezza mentre si muove per l'ospedale. Si assicuri di poter chiedere aiuto quando vuole uscire per camminare. E' una buona idea chiedere se i tuoi famigliari possono camminare con te nella sala comune.

*E' a conoscenza che l'inattività porta a riduzione della massa muscolare? E' anche associata a declino emotivo e cognitivo*

#### Ci sono tanti benefici nel camminare e muoversi in sicurezza:

Migliora la forza muscolare e la flessibilità	Migliora il sonno
Riduce il rischio di polmonite	Migliora l'appetito
Sentimento di indipendenza e maggiore sicurezza	Riduce lo stress
Prevenzione della formazione di trombi	Stimola la minzione e l'evacuazione

#### Ci sono tanti modi per aiutarla a rimanere attivo mentre è ricoverato in ospedale:

- E' presente un cartello degli obiettivi posto nella sua stanza per aiutarla a monitorare la sua mobilità quotidiana.
- Sono presenti dei segni nelle sale per aiutarla a misurare la sua mobilità
- Sono presenti dei volontari qualificati per aiutare a camminare chi dovesse aver bisogno di una mano

Cartello degli obiettivi del paziente

# Alzati...Muoviti...Guarisci!

Giorno: \_\_\_\_\_

**OBIETTIVO: 3 passeggiate**

**OBIETTIVO: alzarsi dalla sedia 3x**

# Esempio di Job Description di un Assistente della Mobilità

DIPARTIMENTO: Infermieristica

QUALIFICA: Assistente della Mobilità del Paziente

RESPONSABILE: Caposala, Mobility Team

## I. OBIETTIVI DEL LAVORO:

L'Assistente della Mobilità del Paziente è un assistente infermiere (preferibilmente qualificato) o assistente PT con un training sulla mobilitazione del paziente che assicura assistenza ai pazienti durante la mobilitazione utilizzando devices e procedure certificate in setting di ricovero per acuti.

## II. COMPITI:

### Attività essenziale:

1. Capacità nel selezionare la strumentazione adeguata ed il metodo di mobilitazione del paziente dopo aver considerato la capacità del paziente di fornire assistenza, sopportare il peso, cooperare e seguire le indicazioni date, altezza/peso, circostanze speciali, e le indicazioni dal personale medico- sulla base della formazione e/o algoritmo.
2. Dimostrare l'uso di attrezzature/dispositivi per il trasferimento dei pazienti, tecniche di mobilitazione dei pazienti e la meccanica del corpo in sicurezza. Esempi di mobilitazione da eseguire sono: dal letto alla sedia, uso del WC/ comoda, recarsi al W/ C e tornare indietro, passaggio letto-barella e viceversa, e riposizionamento a letto o in sedia.
3. Fornire una sicura mobilitazione, con l'obiettivo di progredire la mobilità tre volte/giorno, seguendo le procedure del Mobility Team.
4. Essere in grado di gestire multiple priorità quando necessarie e comunicare adeguatamente con gli altri membri del Mobility Team e del team sanitario circa l'adempimento delle mansioni quotidiane.
5. Documentare e riportare per ciascun paziente, il completamento della mobilità nella cartella clinica elettronica alla fine del turno, seguendo le procedure del Mobility Team.
6. Insegnare/allenare il personale sulla mobilitazione ed avvalersi della loro assistenza se necessario.
7. Eseguire esercizi di riscaldamento ad ogni turno prima dell'inizio del lavoro.
8. Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza, in modo amichevole.
9. Offrire assistenza al team o agli infermieri, se necessario.
10. Può fornire assistenza diretta al paziente all'interno dell'abilitazione al "Certified Nurse Assistant (CNA)" in caso di necessità e tempo permettendo, durante lo svolgimento dei compiti di mobilitazione, ad esempio per la gestione dell'incontinenza, per la gestione del paziente o per portare il vassoio dei pasti, ecc.

### Responsabilità aggiuntive:

1. Svolgere altri compiti assegnati.

## III. SPECIFICHE DELLE MANSIONI:

1. Istruzione - Diploma di scuola superiore o GED, preferibile presenza di certificazione CNA, e richiesta certificazione BLS attiva.
2. Dimostrare la capacità di parlare, leggere, scrivere, eseguire semplici calcoli aritmetici e seguire

istruzioni orali o scritte in inglese.

3. Esperienza - 2 anni di esperienza come CNA o preferibilmente assistente fisioterapista. Richiesta eccellente capacità di servizio al cliente.

**Autorità e responsabilità:**

1. Il responsabile infermieristico, membro del Mobility Team ha la responsabilità di supervisione.

**Relazioni interpersonali nell'ambiente ospedaliero:**

1. Questa posizione di lavoro ha contatti sia con tutto il personale di cura, sia con i pazienti di tutte le Unità Operative dell'ospedale.

2. Può entrare in contatto con il personale del dipartimento ausiliario durante l'esercizio delle sue funzioni.

**Condizioni di lavoro e pericoli fisici:**

Il lavoro sarà svolto nelle stanze dei pazienti e nelle unità infermieristiche, possibilmente in reparti ausiliari. La posizione è di un lavoro fisico con molte mobilizzazioni dei pazienti, movimentazione dei pazienti nel letto, e trasferimento di pazienti allettati. La posizione richiede l'utilizzo frequente di mobili, barelle, sedie a rotelle, scale, sollevatori e altri dispositivi.

**Esigenze Fisiche:**

10 % Stare in piedi

20 % Camminare

     % Stare seduto

     % Stare chinato

     % Raggiungimento

     % Stare in ginocchio

     % Arrampicarsi

70 % Sollevamento

     10 lbs. massimo.

     20 lbs. massimo.

     50 lbs. massimo.

X 75 lbs. massimo.

X 100 lbs. O più con dispositivo e assistenza

**IV. STATISTICHE:**

1. Orario: 07.00 – 19.30

2. Weekends: Richiesto ogni due fine settimana.

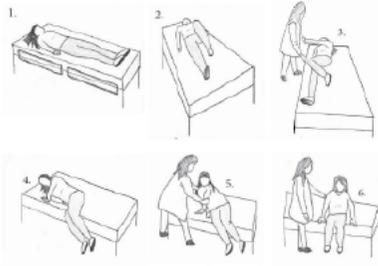
3. Abbigliamento speciale: pantalone bianco uniforme e casacca scrub blue navy, scarpe bianche pulite.

4. Attrezzatura/Software: apparecchiature e dispositivi di mobilizzazione del paziente, computer, telefono, cercapersone

# Poster Mobility Action Group

## Il progetto pilota Mobility Action Group L'idea principale

### Da supino a seduto



- Il **Mobility Action Group** cerca di cambiare la cultura sulla mobilitazione
- L'idea principale è rivolta agli infermieri e tecnici sanitari per essere in grado di mobilitare il paziente in sicurezza e farlo camminare
- Il numero ideale di camminate al giorno per paziente è 3
- Sappiamo che non tutti i pazienti sono in grado di camminare, per cui misuriamo i suoi progressi con un supporto chiamato **Protocollo Progressivo di Mobilità (PMP)**
- Il PMP è una sezione della "Sicurezza/Cura giornaliera". Diagramma in EPIC

### Da seduto in piedi



### Documentazione

- Ecco come si configura il PMP
- Nota che ci sono 7 steps, lo step 7 è il più variabile
- Ogni volta che il paziente cammina o effettua un qualsiasi step di movimento, va segnalato in cartella
- in questo modo possiamo misurare (per esempio) le camminate al giorno

Lo step 5 è documentato ogni volta che è completato

Lo step 7

### Benefici

- La mobilitazione è strettamente correlata ad una ridotta durata della degenza
- L'allettamento per un lungo periodo incrementa il peso degli organi vitali, incrementa il deterioramento della cure e favorisce la formazione di trombi
- La mobilitazione può essere anche mentalmente stimolante e previene il delirium

# Mobility Champion Award



MOBILITY CHAMPION AWARD

Questo certificato viene conferito a

Nome \_\_\_\_\_

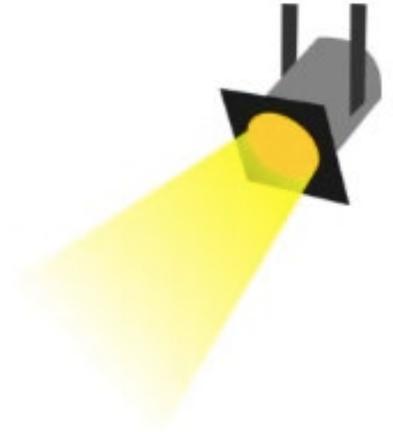
in riconoscimento dello straordinario  
impegno nel migliorare la mobilità dei  
nostri pazienti

Conferito da: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

# Approfondimenti dei partecipanti del Mobility Action Group

---

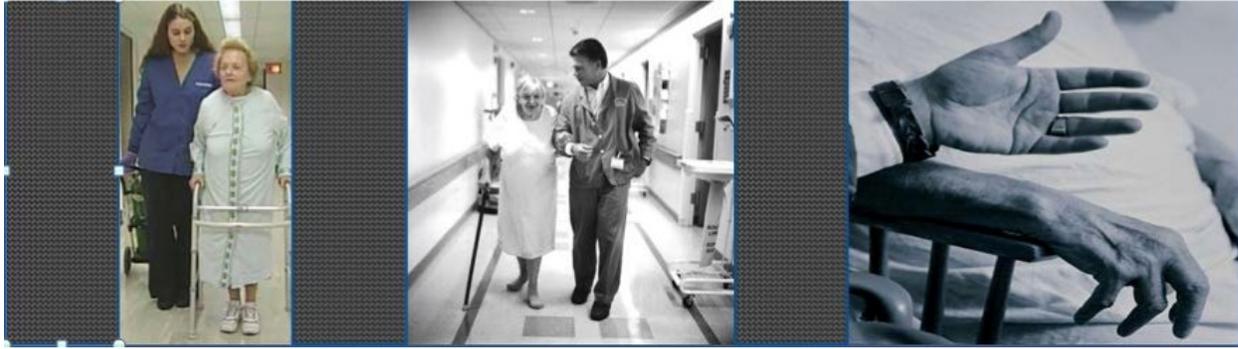
Questi approfondimenti sono stati realizzati attraverso le interviste con i partecipanti del Mobility Action Group al fine di descrivere i loro risultati iniziali. Essi forniscono casi di studio ed esempi di successo con il Change Package. Insieme ad altri quesiti, i partecipanti sono stati intervistati in particolare sulle strategie di cambiamento che hanno scelto di implementare e sulle componenti del Change Package che hanno trovato utili. In molti casi, hanno fornito validi suggerimenti su come implementare con successo un programma ed ottenere il supporto dai numerosi gruppi di persone coinvolte presso i loro ospedali.



Speriamo che questi approfondimenti forniscano informazioni e idee, pratiche ed importanti, per guidarvi nell'implementazione del vostro programma di mobilità!

## Guida alle abbreviazioni

ACE Unit	Acute Care for Elders Unit	Unità di Cura Acuta Geriatrica
BMI	Body Mass Index	Indice di Massa Corporea
CEO	Chief Executive Officer	Amministratore Delegato
CNA	Certified Nursing Assistant	Assistente Infermieristico Certificato
CNO	Chief Nursing Officer	Coordinatore infermieristico
EMR	Electronic Medical Record	Cartella Clinica Elettronica
FTE	Full-Time Equivalent (employment)	Occupazione Equivalente a Tempo Pieno
HELP	Hospital Elder Life Program	Programma di Vita per Anziani Ospedalizzati
IT	Information Technology	Tecnologia dell'Informazione
LOS	Length of Stay	Durata della Degenza
OT	Occupational Therapy	Terapista Occupazionale
PT	Physical Therapy	Fisioterapista



## Approfondimenti dei partecipanti del Mobility Action Group:

### Ospedale A

<p><b>Punti salienti del Mobility Action Group</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coinvolgimento</li> <li>• Formazione alla deambulazione rivolta al personale infermieristico, assistenti infermieristici e familiari</li> </ul>
<p><b>Quali servizi/professionisti sono coinvolti nel vostro programma di mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La discussione su come avviare un programma di mobilità, oltre ai medici, ha incluso il personale riabilitativo, infermieristico e clinico.</li> <li>• I fisioterapisti, gli assistenti fisioterapisti, gli assistenti infermieristici certificati ed i terapisti occupazionali sono stati formati e sono responsabili della deambulazione dei pazienti.</li> </ul>
<p><b>Quali principali strategie di cambiamento ha messo in pratica il vostro ospedale per aumentare la mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutti i pazienti nel reparto di degenza partecipano a due sedute di esercizio: alle 10:30 e alle 14:30.</li> <li>• Al fine di portare i pazienti nella migliore forma possibile prima dell'intervento sono ottimizzati in termini di status di fumatore, BMI, livelli di A1c, livelli di albumina e stato di malattia polmonare/renale.</li> <li>• Utilizzo del Patient Agrimeent che descrive ciò che l'ospedale farà per il paziente e ciò che il paziente farà per sé stesso.</li> </ul>
<p><b>In che modo il vostro ospedale ha attuato queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comunicazione è stata fondamentale per educare i pazienti e definire le aspettative. Il team comunica ai pazienti: "Questo sarà il programma; potrebbe esserci sintomatologia dolorosa associata alla mobilitazione; ti faremo alzare in piedi e camminerai entro due ore dall'intervento". Ottenere l'appoggio del paziente è necessario e l'ospedale guida il paziente nel prendere possesso della propria salute.</li> <li>• Oltre al personale, anche i familiari possono aiutare il paziente a camminare purché il paziente dimostri di deambulare con sicurezza. I membri della famiglia ricevono una breve formazione individuale dal personale.</li> </ul>

**Quali strumenti o risorse utilizzate per supportare l'implementazione di queste strategie?**

- Per garantire che i pazienti raggiungano risultati migliori possibili prima dell'intervento, il team utilizza gli standard "Fitness for Surgery" sviluppati da Bree Collaborative ([http://www.breecollaborative.org/wp-content/uploads/TKRTHR\\_bundle.pdf](http://www.breecollaborative.org/wp-content/uploads/TKRTHR_bundle.pdf)).

## Approfondimenti dei partecipanti del Mobility Action Group:

### Ospedale B

<p><b>Punti salienti del Mobility Action Group</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione dell'ospedale, medico e coinvolgimento dell'infermiere</li> <li>• L'infermiere e il fisioterapista hanno la responsabilità della mobilità</li> <li>• Politica ospedaliera: come standard ogni paziente si alza dal letto, non rimane a riposare a letto</li> </ul>
<p><b>Quali servizi/professionisti sono coinvolti nel vostro programma di mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Unità di Cura Acuta Geriatrica (ACE) (42 posti letto, il 65-75% dei pazienti ha 65 anni e oltre e la LOS – giornate di degenza - è in aumento)</li> <li>• Un team interdisciplinare con medici e amministratori dell'ospedale. I ruoli coinvolti includono: il Dipartimento di Infermieristica, la Divisione Medico Chirurgica, il Dirigente Infermieristico dell'unità ACE e il Direttore dei Servizi di Riabilitazione.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il direttore ha investito molto nella mobilità per circa 10 anni.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Quali principali strategie di cambiamento ha messo in pratica il vostro ospedale per aumentare la mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione alla mobilità per tutto il personale; infermieri e terapisti si assumono la responsabilità della mobilizzazione.</li> <li>• Implementazione di uno strumento di valutazione della mobilità di base.</li> <li>• Aumentare la consapevolezza della necessità e dell'appropriatezza dell'utilizzo di allarmi da letto e da sedia.</li> </ul>
<p><b>In che modo il vostro ospedale ha attuato queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transizione in una unità ACE.</li> <li>• Sviluppo di una brochure per l'unità ACE che includerà informazioni sulla mobilità dei pazienti.</li> <li>• Promuovere la mobilizzazione precoce per prevenire la perdita funzionale (utilizzando i dati raccolti).</li> <li>• Rieducare il personale sulle politiche ospedaliere in materia di mobilità e l'uso degli ordini di riposo a letto (hanno avuto una politica di mobilità secondo cui tutti si alzano dal letto a meno che non ci siano ordini di riposo a letto, ma il personale non lo seguiva).</li> <li>• Il personale, oltre a monitorare visivamente i pazienti, dedica loro del tempo per chiedergli se sono usciti dalle loro stanze.</li> <li>• Utilizzo di lavagne bianche situate accanto alla postazione degli infermieri per tenere traccia di quante volte un paziente ha camminato (chiamate "lavagne della mobilità").</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promuovere la mobilitazione precoce per aiutare a identificare il bisogno di ausili prima della dimissione.</li></ul>
<b>Quali strumenti o risorse utilizzate per supportare l'implementazione di queste strategie?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavagne bianche nella guardiola degli infermieri</li><li>• Materiale Educativo/Attività per il personale (es. tour della demenza, in cui il personale ha simulato l'esperienza del paziente con demenza)</li></ul>

# Approfondimenti dei partecipanti del Mobility Action Group:

## Ospedale C

<b>Punti salienti del Mobility Action Group</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• I pazienti vengono educati prima dell'intervento sugli obiettivi di mobilità.</li><li>• Il personale infermieristico è responsabile della mobilità, implementata da terapisti e OSS.</li></ul>
<b>Quali servizi/professionisti sono coinvolti nel vostro programma di mobilità?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il programma di mobilità ha previsto inizialmente un team multidisciplinare (medici, infermieri e fisioterapisti, terapisti occupazionali) dedicato alla terapia intensiva che si è poi diffuso ad altri reparti.</li><li>• Assistenti infermieristici certificati sono responsabili della maggior parte del cammino del paziente.</li><li>• Hanno lavorato con i medici anestesisti per ridurre l'incidenza di ipertensione e nausea dopo l'intervento, il che ha migliorato la mobilità.</li></ul>
<b>Quali principali strategie di cambiamento ha messo in pratica il vostro ospedale per aumentare la mobilità?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• I chirurghi sono stati istruiti sul fatto che i pazienti sarebbero stati mobilizzati il primo giorno postoperatorio.</li><li>• Le seguenti tre strategie erano in atto nell'ambito di una precedente iniziativa:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Il team mobilità ha sviluppato una procedura scritta che sottopone i pazienti ad una progressione dei livelli di attività e stabilisce obiettivi di mobilità con i singoli pazienti, che vengono tracciati su lavagne.</li><li>○ Il numero di ordini di riposo a letto è stato ridotto.</li><li>○ Sono stati implementati test di uscita che valutano la mobilità di un paziente per passare dalla posizione seduta a in piedi; marcia sul posto; passo avanti e passo indietro. I pazienti devono completare con successo tutte le tre prove per deambulare in modo indipendente.</li></ul></li></ul>
<b>In che modo il vostro ospedale ha attuato queste strategie?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• I pazienti vengono istruiti durante l'educazione preoperatoria sulla ripresa della stazione eretta e della mobilità dopo l'intervento chirurgico</li><li>• Se i pazienti sono in reparto prima di mezzogiorno, ricevono due sedute di fisioterapia. Se sono in reparto entro le sei di sera, quel giorno ricevono una seduta di fisioterapia.</li><li>• L'aspettativa prestabilita con il personale infermieristico assegnava a questi ultimi il compito di far muovere i pazienti, se i pazienti non avessero deambolato sarebbe stato chiesto di documentarne il motivo.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I medici hanno prescritto fisioterapia per i pazienti che non riuscivano a raggiungere gli obiettivi personali di mobilità.</li> <li>• La documentazione è stata laboriosa, ma il personale attualmente sta monitorando con che frequenza il paziente si alza, quanto il paziente sta camminando e quanto sforzo è richiesto per camminare.</li> </ul>
<p><b>Quali strumenti o risorse utilizzate per supportare l'implementazione di queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono stati studiati standard di riferimento e risorse per il cambiamento di processo trovate esternamente.</li> </ul>

## Approfondimenti dei partecipanti del Mobility Action Group:

### Ospedale D

<p><b>Punti salienti del Mobility Action Group</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gli obiettivi del programma sono stati scelti sulla base del presente pacchetto di cambiamento (Change Package) e delle strategie di cambiamento.</li> <li>• I cartelli presenti nella stanza d'ospedale sottolineano l'importanza di camminare tre volte al giorno.</li> <li>• Nelle riunioni infermieristiche verranno coinvolti i terapisti facilitatori della mobilità.</li> </ul>
<p><b>Quali servizi/professionisti sono coinvolti nel vostro programma di mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Come parte di HELP, i professionisti hanno sempre lavorato sulla mobilità con i pazienti anziani arruolati nel programma.</li> <li>• Prima del Mobility Action Group (gruppo di lavoro per facilitare la mobilità) nelle unità coinvolte i programmi terapeutici di mobilità venivano forniti con modalità eterogenee, senza un programma specifico.</li> </ul>
<p><b>Quali principali strategie di cambiamento ha messo in pratica il vostro ospedale per aumentare la mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipano da 7 anni al Programma di Vita per Anziani Ospedalizzati (HELP).</li> <li>• Il Gruppo d'Azione ha rafforzato la necessità di una migliore comunicazione tra HELP e terapia.</li> <li>• Più pazienti che deambulano all'interno dell'unità neurologica.</li> </ul>
<p><b>In che modo il vostro ospedale ha attuato queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppare uno strumento/protocollo di comunicazione basato su ciò che altri professionisti hanno condiviso durante le attivazioni del Mobility Action Group e sul contributo del personale infermieristico.</li> <li>• Sono state inserite delle indicazioni nelle stanze d'ospedale che raccomandano passeggiate 3 volte al giorno.</li> <li>• In diverse riunioni del personale nell'unità di neurologia si respirava molta energia e motivazione per incrementare la mobilitazione dei pazienti. Nuove riunioni sono state pianificate per ricordare e coinvolgere il personale per favorire la mobilità.</li> <li>• Pianificare l'impiego di ausili specifici per supportare il programma una volta che il personale risulta al completo.</li> <li>• Attualmente è in via di sviluppo una modalità per mostrare i dati raccolti dal personale infermieristico e i progressi raggiunti.</li> </ul>

<p><b>Quali strumenti o risorse utilizzate per supportare l'implementazione di queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il Mobility Action Group Charter ed il Change Package<ul style="list-style-type: none"><li>○ Sono state utilizzate alcune componenti per favorire lo sviluppo dello strumento/protocollo di comunicazione e per giustificare l'impegno e l'educazione del personale sull'importanza della mobilità.</li><li>○ Ha utilizzato articoli scientifici per far comprendere la necessità di tempo per poter dialogare e riflettere con infermieri di altre unità di cura.</li><li>○ L'esame dei singoli punti d'azione ha aiutato nella scelta degli obiettivi del programma.</li></ul></li></ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Approfondimenti dei partecipanti del Mobility Action Group:

## Ospedale E

<b>Punti salienti del Mobility Action Group</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Istituire un Mobility group interdisciplinare.</li><li>• Deambulatori e cinture di sicurezza presenti in ogni stanza.</li><li>• La deambulazione inizia precocemente (2 ore dopo l'intervento).</li></ul>
<b>Quali servizi/professionisti sono coinvolti nel vostro programma di mobilità?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il nucleo del gruppo che implementa il programma di mobilità comprende un terapeuta occupazionale che si occupa dell'educazione del paziente, un fisioterapista, un infermiere e un coordinatore infermieristico.</li></ul>
<b>Quali principali strategie di cambiamento ha messo in pratica il vostro ospedale per aumentare la mobilità?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Infermieri, fisioterapisti e terapisti occupazionali sono attualmente i responsabili della deambulazione dei pazienti e si sono offerti di educarli formalmente sull'importanza della deambulazione.</li><li>• In stanza di ogni paziente è presente un deambulatore e ausili necessari alla deambulazione.</li><li>• I pazienti ortopedici e neurochirurgici hanno l'ordine di iniziare a deambulare due ore dopo l'intervento e di continuare ogni due ore.</li></ul>
<b>In che modo il vostro ospedale ha attuato queste strategie?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• È in programma la creazione del ruolo di "Mobility Team" (professionista/i della riabilitazione) che sarà principalmente responsabile della deambulazione dei pazienti e della raccolta di dati per aiutare a ridurre il carico di lavoro degli altri membri del personale.</li><li>• L'equipe sta lavorando per ridurre il numero di rinvii alla fisioterapia mobilitando i pazienti precocemente.</li></ul>
<b>Quali strumenti o risorse utilizzate per supportare l'implementazione di queste strategie?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• I Mobility Action Group Charter ed il Change Package sono stati molto utilizzati.</li></ul>

# Approfondimenti dei partecipanti del Mobility Action Group:

## Ospedale F

<b>Punti salienti del Mobility Action Group</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impiego di studenti volontari formati per far deambulare i pazienti.</li><li>• In corridoio sono state utilizzate delle indicazioni come punti di riferimento per il cammino.</li></ul>
<b>Quali servizi/professionisti sono coinvolti nel vostro programma di mobilità?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il personale clinico è stato inizialmente ingaggiato dal Coordinatore Infermieristico, il quale si è dimostrato molto favorevole al programma di mobilità.</li><li>• Il personale è stato coinvolto fin dall'inizio per aiutare con gli aspetti burocratici / tecnologici relativi al monitoraggio dei pazienti.</li><li>• Il programma di mobilità viene discusso nelle riunioni mensili del reparto di Ortopedia, nonché nelle riunioni trimestrali dei responsabili.</li><li>• I pazienti vengono fatti deambulare da studenti volontari dei college locali.</li></ul>
<b>Quali principali strategie di cambiamento ha messo in pratica il vostro ospedale per aumentare la mobilità?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La componente principale del programma di mobilità è rappresentata da studenti volontari formati i quali hanno il compito di far deambulare i pazienti. Il programma attualmente coinvolge dodici volontari.</li><li>• I pazienti ricevono opuscoli introduttivi sul programma di mobilità.</li><li>• Sono stati posizionati delle indicazioni sulle pareti del corridoio per segnalare i punti di riferimento durante il cammino.</li><li>• Sono state posizionate delle icone sulle schede in stanza dei pazienti, al fine di indicare lo stato di mobilità.</li></ul>
<b>In che modo il vostro ospedale ha attuato queste strategie?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Una volta che i volontari sono formati e fanno deambulare i primi due pazienti, devono dimostrare competenza rispetto alla compilazione di una checklist che ha il compito di verificare se la deambulazione avviene in sicurezza.</li><li>• Il personale può contattare i volontari telefonicamente ogni volta che un paziente ha bisogno di deambulare.</li><li>• I volontari sono disponibili per far deambulare i pazienti almeno due ore al giorno, sette giorni alla settimana.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I volontari sono stati formati anche sul linguaggio e sulle frasi da utilizzare in quanto influivano sul numero di camminate che i pazienti stavano facendo (ad esempio, sottolineando che il medico aveva chiesto al paziente di alzarsi e muoversi, non identificandosi esplicitamente come "volontario").</li> </ul>
<p><b>Quali strumenti o risorse utilizzate per supportare l'implementazione di queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Safe Patient Mobility Assessment del Mobility Action Group Charter e il Change Package è stata modificata per formare volontari, fornitori di cure primarie, assistenti infermieristici e infermieri su come far muovere i pazienti.</li> <li>• Dopo aver fatto deambulare i pazienti, i volontari compilano lo strumento Hospital Mobility Documentation, anch'esso parte del Change Package.</li> <li>• È stata inoltre utilizzata The Discharge Functional Assessment del Change Package.</li> </ul>

## Mobility Action Group – il punto di vista dei partecipanti: Ospedale G

<p><b>Punti salienti del Mobility Action Group</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma di mobilità interdisciplinare generale che coinvolge infermieri, fisioterapisti e terapisti occupazionali. Ampliato il programma HELP<sup>1</sup> esistente.</li> <li>• L'uso di personale assistenziale specializzato (OSS) impiegato a tempo pieno per aiutare i pazienti a camminare ha contribuito a rendere estremamente efficace il programma.</li> </ul>
<p><b>Quali servizi/professionisti sono stati coinvolti nel vostro programma di mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il programma di mobilità è stato implementato in tutto l'ospedale, inclusa la terapia intensiva. Infermieri, fisioterapisti e terapisti occupazionali hanno lavorato insieme per mobilitare i pazienti alla loro massima funzionalità.</li> </ul>
<p><b>Quali principali strategie di cambiamento ha messo in pratica il vostro ospedale per aumentare la mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ospedale ha impiegato due OSS (Assistenti per la mobilità) per ruotare sistematicamente tra i reparti e aiutare a far alzare i pazienti per i pasti. Nel tempo restante hanno aiutato i pazienti a camminare. Ognuna delle risorse impiegate in supporto alla mobilità ha mobilitato fino a 30 pazienti al giorno.</li> </ul>
<p><b>In che modo il vostro ospedale ha attuato queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inizialmente hanno svolto attività di educazione sul programma di mobilità per tutto l'ospedale. Il personale di supporto alla mobilità è stato molto efficace durante il giorno per mobilitare i pazienti e il resto dell'equipe ha visto l'opportunità di estendere questa presenza anche alla sera. Ora stanno cercando di inserire un'altra persona a tempo pieno per supportare questo lavoro.</li> </ul>
<p><b>Quali strumenti o risorse utilizzate per supportare l'implementazione di queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando hanno iniziato il programma di mobilità, è stata insegnata la corretta meccanica del corpo e la mobilitazione sicura dei pazienti. Viene utilizzato il materiale del Toolkit per la valutazione e la documentazione. Gli Assistenti alla mobilità documentano i loro interventi sui pazienti.</li> </ul>

<sup>1</sup> HELP è un approccio innovativo che utilizza volontari dedicati a migliorare l'assistenza ai pazienti anziani in un ambiente ospedaliero. Ciò rende più piacevole il loro ricovero e facilita il passaggio dall'ospedale al domicilio

## Mobility Action Group – il punto di vista dei partecipanti: Ospedale H

<p><b>Punti salienti del Mobility Action Group</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riorientato il Team cadute con l'obiettivo di puntare alla mobilità</li> </ul>
<p><b>Quali servizi/professionisti sono stati coinvolti nel vostro programma di mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• All'interno del Total Joint Center e nello Spine Institute vengono effettuate molte terapie e i pazienti camminano frequentemente.</li> <li>• Le strutture posseggono la certificazione d'eccellenza Joint Commission per entrambi questi programmi e la maggior parte dei pazienti cammina quattro volte al giorno. Esistono altre scale di valutazione che vengono proposte ai pazienti, ma il programma della mobilità è concentrato sul piano medico.</li> </ul>
<p><b>Quali principali strategie di cambiamento ha messo in pratica il vostro ospedale per aumentare la mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per introdurre e promuovere il programma sulla mobilità all'interno dell'ospedale sono stati organizzati incontri con il personale.</li> <li>• La presenza di un Assistente Fisioterapista con una lunga permanenza in struttura e una grande familiarità con il personale, piuttosto che reclutare volontari o effettuare qualsiasi formazione aggiuntiva.</li> <li>• Una lavagna è stata utilizzata per identificare quali pazienti erano liberi di poter camminare.</li> </ul>
<p><b>In che modo il vostro ospedale ha attuato queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La frequenza con cui far camminare i pazienti non era compatibile con il lavoro dell'Assistente Fisioterapista, in quanto impegnato in relazione alle altre attività all'interno dell'ospedale. Per questo motivo l'ospedale ha integrato un volontario, addestrato dall'Assistente Fisioterapista, presente due volte a settimana.</li> <li>• Le infermiere segnalavano all'Assistente Fisioterapista, con un puntino sulla lavagna, i pazienti che dovevano essere mobilizzati e questo ha permesso di ridurre i tempi. Stanno pianificando di portare il programma di mobilità alle infermiere e agli OSS sul campo, fornire loro le prove di efficacia e la letteratura per far sì che siano i "motori" del programma.</li> </ul>

**Quali strumenti o risorse utilizzate per supportare l'implementazione di queste strategie?**

- Lavagna per indicare quali pazienti dovevano essere mobilitati.
- Incontri telefonici – il Team cadute ha modificato il proprio nome in “Mobility Dream Team”. Questo ha aiutato a trovare approvazione e supporto tra il personale. Il Dirigente Medico e le assistenti Caposala sono stati coinvolti all’interno del Team.
- Volontari – hanno impiegato una volontaria fantastica e molto disponibile, ma con problemi di trasporto, che per questo poteva essere presente 1-2 volte a settimana. Stanno pianificando di formare più volontari (almeno uno o due) e lasciare loro la responsabilità di far camminare i pazienti. Idealmente questi volontari potrebbero essere presenti e aiutare dalle 16.00 alle 20.00.
- Sviluppare un programma formativo strutturato aumentando il coinvolgimento delle infermiere.
- Utilizzare il Clinical Framework nel Mobility Action Group Charter e Change Package per aiutare a capire che cosa si sta già facendo e cosa invece deve ancora essere messo in atto.
- Inserire in cartella clinica le scale di valutazione e le misure proposte dal Mobility Action Group Charter e Change Package.

## Mobility Action Group – il punto di vista dei partecipanti: Ospedale I

<p><b>Punti salienti del Mobility Action Group</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Team building interdisciplinare</li> <li>• Incontri con il personale per promuovere il programma</li> <li>• Indicazioni permanenti di riposo a letto sostituite da indicazioni alla mobilità</li> </ul>
<p><b>Quali servizi/professionisti sono stati coinvolti nel vostro programma di mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il reparto di geriatria ha avuto l'obiettivo di implementare il programma, guidato da un</li> <li>• I pazienti sono stati mobilizzati da infermieri, OSS e fisioterapisti</li> <li>• Alle riunioni del Mobility Action Group erano presenti fisiatri, fisioterapisti, personale sanitario, case manager e il personale di assistenza domiciliare. Partecipavano in un a stessa sala per facilitare il lavoro d'equipe</li> </ul>
<p><b>Quali principali strategie di cambiamento ha messo in pratica il vostro ospedale per aumentare la mobilità?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono stati usati incontri con il personale per promuovere il programma per la mobilità all'interno dell'ospedale..</li> <li>• Indicazioni permanenti di riposo a letto sostituite da indicazioni alla mobilità</li> </ul>
<p><b>In che modo il vostro ospedale ha attuato queste strategie?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'equipe si è concentrata sulla documentazione come modalità per aumentare la mobilitazione dei pazienti</li> <li>• Gli infermieri identificavano quali pazienti potevano essere mobilizzati durante la mattina; una scelta in qualche modo "soggettiva", ma legata alla situazione clinica del paziente.</li> <li>• Il gruppo di lavoro dell'ospedale ha proposto di modificare gli attuali ordini di riposo a letto all'interno della cartella clinica elettronica. Questa modifica è stata supportata dall'amministrazione e dal Comitato per la sicurezza del paziente e sta attualmente andando al Comitato consultivo medico per la risoluzione.</li> </ul>

**Quali strumenti o risorse utilizzate per supportare l'implementazione di queste strategie?**

- Le principali risorse sono state il Mobility Action Group Charter e il Change Package. Questo ha aiutato a rispondere alle sfide date dalla documentazione e a dare una priorità ai cambiamenti necessari. Le informazioni contenute nel Change Package sono state presentate al gruppo di lavoro durante le riunioni citate in precedenza.
- Il modello per la raccolta dati è stato anche utilizzato per guidare l'implementazione del progetto.
- Hanno acquisito informazioni anche dalle brochures, checklist, ecc.. condivise dagli altri ospedali partecipanti al progetto

**Di seguito è possibile recuperare ulteriori risorse che possono contribuire a riesaminare il vostro programma per la mobilità.**

- Hospital Elder Life Program: Early Mobility Protocol:  
<https://www.hospitalelderlifeprogram.org/>
  - Senior Friendly Hospitals Toolkit to Prevent Functional Decline:  
<http://seniorfriendlyhospitals.ca/toolkit/processes-care/functional-decline/prevention>
  - Hospital-Associated Disability:  
<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1104539>
  - John Hopkins Early Mobility Toolkit:  
[https://cdn.community360.net/app/jh/VAP/resources\\_e/Early\\_Mobility\\_Toolkit%206.10.14nr.docx](https://cdn.community360.net/app/jh/VAP/resources_e/Early_Mobility_Toolkit%206.10.14nr.docx)
- Health Research & Educational Trust: Facts about Falls in Hospitals  
<http://www.hret-hiin.org/Resources/falls/18/stop-to-start-improving-fall-injuries.pdf>

# CADUTE IN OSPEDALE

## LE EVIDENZE

1

### LA SOLA SEGNALAZIONE NON INFLUISCE SULLA CURA

Non esistono evidenze che dimostrino che l'assistenza sia differente in presenza di segnali di rischio cadute, braccialetti o calze colorate (Spolestra et al 2012)

2

### INTERVENTI BASATI SU PUNTEGGI DI SCALE DI VALUTAZIONE NON SONO EFFICACI nel prevenire cadute

(Oliver et al 2010). State trattando dei punteggi o dei fattori di rischio individuali?

3

### LE CADUTE NON SONO TUTTE UGUALI

Le cadute a cui non si assiste sono spesso associate a lesioni. Le cadute assistite di solito non provocano danni e non dovrebbero essere trattate come un fallimento. (Staggs et al. 2014)

4

### L'IMMOBILITÀ FORZATA CAUSA DANNI

e contribuisce a delirium, declino funzionale e a dipendenza nel cammino negli anziani. Il 16-59% degli anziani è dipendente nella deambulazione dopo il ricovero in ospedale. (Hirsh 1990, Lazarus 1991, Mahoney 1998)

5

### IL DELIRIUM È UNA DELLE PRINCIPALI CAUSE DI CADUTE.

Il delirium si verifica nel 29-64% degli anziani ospedalizzati ed è la principale causa di cadute ospedaliere (Inouye et al 2014) e aumenta il rischio di caduta 4,55 volte. (Pendelbury et al 2015) Gli interventi mirati alla prevenzione del delirium possono ridurre le cadute del 64%. (Hshieh et al 2015)

6

**I CAMPANELLI CAUSANO PIU' DANNI CHE BENEFICI**, inclusi stanchezza, immobilità forzata e insoddisfazione dei pazienti. Non ci sono evidenze che riducano le cadute (Shorr et al 2011)

7

### IL TERMINE "NON COMPLIANTE" È ABUSATO.

Il 50-88% dei pazienti non crede di essere a rischio cadute in ospedale (Twibell et al 2015, Sonnad et al 2014). Le evidenze dimostrano che un'educazione strutturata riguardo il rischio cadute in pazienti cognitivamente sani può ridurre gli incidenti del 45-100% (li-Chi Huang 2015, Haines et al 2011)

8

**LA SOLA ASSISTENZA NON PUO' RIDURRE LE LESIONI DERIVATE DALLE CADUTE** e sostenere una mobilità sicura. Gli enti che utilizzano un approccio più ampio accelerano questi miglioramenti. (Miake-Lye et al 2013)

9

### I MEDICINALI SONO IL FATTORE DI RISCHIO PIU' FACILE DA MODIFICARE.

Altri fattori di rischio: età avanzata, precedent cadute, debolezza muscolare, problem di andatura ed equilibrio, ipotensione e condizioni croniche sono più complicate da modificare



---

Fare affidamento solo sul cammino

> Ottimizzare la mobilità funzionale a letto e sulla sedia e fornire esercizi progressivi

- > ROM attivo e passivo
  - > Mobilità funzionale: mobilità a letto, passaggi posturali, verticalizzazioni, marcia sul posto.
  - > Mobilità a letto – arti superiori e arti inferiori
  - > Corretta postura da sdraiati
-

## FALSI MITI SULLE CADUTE: CHE COSA FARE PER MIGLIORARE



STOP	START	INTERVENTI   STRATEGIE
<p>Fornire ai pazienti sole indicazioni o dire ai pazienti cosa fare</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Coinvolgere attivamente i pazienti in una loro sicura mobilitazione</li> <li>&gt; Istruire sui rischi e sulle conseguenze delle cadute, e sulle strategie di prevenzione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Usare il Teach Back per verificare la comprensione dei fattori di rischio personali, delle conseguenze delle cadute e sulle precauzioni da prendere per evitare cadute e lesioni</li> <li>&gt; Fornire un'educazione strutturata sulle cadute ad opera di personale dedicato</li> <li>&gt; Utilizzare un "accordo sulle cadute" firmato dall'equipe e dai pazienti e posizionato vicino al letto</li> </ul>
<p>Credere di non potersi permettere di finanziare un programma di mobilità</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Formare personale assistenzial e aiutanti a mobilitare i pazienti</li> <li>&gt; Utilizzare il personale più appropriato per mobilitare i pazienti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Sviluppare un programma di investimenti basato sul livello attuale di danni e lesioni tra gli impiegati e la riduzione attesa</li> <li>&gt; Addestrare volontari e assistenti a svolgere correttamente i compiti legati alla mobilità dei pazienti per essere in grado di supportare il lavoro di riabilitatori e infermieri</li> </ul>
<p>Mirare esclusivamente all'assistenza infermieristica per prevenire lesioni legate alle cadute</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Le posizioni di coordinamento possono supportare la rimozione delle barriere e la comprensione dei dati</li> <li>&gt; Collaborare in maniera interdisciplinare per la gestione dei rischi legati alla mobilitazione e ai farmaci</li> <li>&gt; Mantenere un ambiente sicuro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; I coordinatori partecipano alle riunioni seguenti le cadute o visitano i pazienti dopo la caduta</li> <li>&gt; Discutere in riunioni dedicate i singoli casi per identificare le opportunità che si possono presentare</li> <li>&gt; Le cadute sono incluse nelle riunioni in cui si discute di sicurezza</li> <li>&gt; Formare tutto il personale sulle precauzioni contro le cadute e stabilire una "zona di divieto di passaggio"</li> <li>&gt; I coordinatori assicurano il manenimento di un ambiente il più sicuro possibile</li> <li>&gt; Riunioni interdisciplinari sulla sicurezza e i rischi</li> <li>&gt; Concentrare l'analisi delle cadute non assistite o con presenza di lesioni per identificare i fattori, sia del singolo paziente che del sistema, a cui è possibile porre rimedio per prevenire future cadute</li> </ul>

## EVIDENZE



Staggs, V. S., Mion, L. C., & Shorr, R. I. (2014). Assisted and Unassisted Falls: Different Events, Different Outcomes, Different Implications for Quality of Hospital Care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources*, 40(8), 358–364. Retrieved at: [Free full article](#)

Spoelstra, Sandra L.; Given, Barbara A.; and Given, Charles W., "Fall Prevention in Hospitals: An Integrative Review" (2012). Peer Reviewed Articles. Paper 28. Retrieved at: [Free full article](#)

Oliver D, Healey F, Haines TP. Falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2010;26: 645-692. Retrieved 12/31/17. [Free full article](#)

Pendelbury S, Lovett N, Smith S, Dutta N, Bendon C, et al. Observational, longitudinal study of delirium in consecutive unselected acute medical admissions: age-specific rates and associated factors, mortality and re-admission. *BMJ Open*. 2015;5. Retrieved 12.31.17. [Free full article](#)

Hshieh T, Yue J, Puelle M, et al Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015 Apr;175(4):512-20. Retrieved 12.31.17. [Pub med link](#)

Mahoney J, Sager M, Jalaluddin M. New walking dependence associated with hospitalization and acute illness: incidence and significance. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1988 Jul;53(4):M307-12. Retrieved 12/31/17. [Pub med link](#)

Lazarus, B. A., Murphy, J. B., Coletta, E. M., McQuade, W. H., & Culpepper, L. (1991). The provision of physical activity to hospitalized elderly patients. *Archives of Internal Medicine*, 151, 2452–2456. Retrieved 12.31.17. [Pub med link](#)

Hirsch, C., Sommers, L., Olsen, A., Mullen, L., & Winogard, C. (1990). The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 1296–1303. Retrieved 12.31.17. [Pub med link](#)

Sonnad S, Mascioli S, Cunningham J, Goldsack J. Do patients accurately perceive their fall risk? *Nursing*. 2014 Nov;44(11):58-62. Retrieved 12/30/17: [Pub med link](#)

R. S. Twibell, D. Siela, T. Sproat, G. Coers. Perceptions Related to Falls and Fall Prevention Among Hospitalized Adults. *American Journal of Critical Care*, 2015; 24 (5): Retrieved 12/30/17. [Pub med link](#)

Li-Chi Huang, Wei-FenMa, Tsai-Chung Li, Yia-Wun Liang Tsai, Fy-Uan Chang. The effectiveness of participatory program on fall prevention in oncology patients. *Health Educatin Research*. April:30(2) 298-308. Retrieved 12/30/17. [Free full article](#)

Haines T, Hill A, Hill K et al. Patient Education to Prevent Falls Among Older Hospital Inpatients. *Arch Intern Med*. 2011;17(6):516-524. Retrieved 12.30.17. [Free full article](#)

Shorr R, Chandler A, Mion L, Waters T, Liu M, Daniels M, Kessler L, Miller, S.T. (2012). Effects of an intervention to increase bed alarm use to prevent falls in hospitalized patients. A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 157, 692–699. Retrieved 12.30.17. [Free full article](#)

Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013 Mar 5;158(5 Pt2). Retrieved 12.30.17: [Free full article](#)

## ASSISTENZA CENTRATA SUL PAZIENTE / PREVENZIONE INFORTUNI

### Strumenti di pianificazione del rischio e dell'assistenza

- > [NICE Multifactorial Fall Risk Assessment and Management Tool](#)
- > Fall TIPS© Risk Screening and care plan tool
  - » [Article](#)
  - » [Fall TIPS Webinar: How to Implement on your unit](#)
- > [Fall and Injury Screening, Assessment and Intervention Algorithm](#)

### Valutazione rischio lesioni

- > [Safe From Falls Roadmap – Anticoagulation](#)
- > [ABCS Injury Risk Assessment](#)

### Riduzione lesioni

- > [Floor Mat Resource and Implementation Guide](#)

## MOBILIZZAZIONE SICURA

### Valutazione mobilità

- > [Banner Mobility Assessment Tool for Nurses \(BMAT\) video and Tool](#)
- > [Timed Get up and Go Test](#)
- > [Get Up and Go Test](#)

### Strumenti per la mobilità

- > [Walk of Fame Mobility Board](#)
- > [CAPTURE Falls mobility training videos, mobility tools](#)
- > [Activity tracker article](#)

### Articoli per stimolare la riflessione

- > [False Bed Alarms a Teachable Moment](#)
- > [The Tension Between Promoting Mobility and Preventing Falls in the Hospital](#)
- > [The Frances Healey Reader: Key ideas and references](#)

## Protocolli e risorse sulla mobilità

- > [Med Surg Mobility Protocol](#)
- > [ICU Mobility Protocol](#)
- > [Beach Chair Positioning Article](#)

## Valutazione delirium

- > [ICU Liberation - Delirium and Mobility Resources](#)
- > [Hospital Elder Life Program \(HELP\) for the Prevention of Delirium](#)

## Gestione farmaci

- > [British Geriatric Society: Medicines and Falls in the Hospital Guidance Sheet](#)
- > [AHRQ Medication Fall Risk Score and Evaluation](#)

## COINVOLGIMENTO DI PAZIENTI E FAMILIARI

- > [Anticoagulation Teach Back Tool](#)
- > [Teach Back Tool for Fall Prevention](#)
- > [Teach Back Event Recording](#)
- > [Fall Tips for Patient and Families Handout](#)
- > Patient Agreements:
  - » [Intermountain Health Patient Agreement](#)
  - » [Cox Health Fall Prevention Partnership](#)

## INTERDISCIPLINARIETA'

- > [Guide: Creating a Safe Environment to Prevent Toileting Related Injuries](#)
- > No Pass Zone Resources:
  - » [Sample Peer General No pass zone video](#)
  - » [Sample Peer Intro Video for Leadership](#)
  - » [Generic Non-clinical training video](#)
  - » All Staff video from HRET Critical Thinking Video Series: [Critical Thinking Video Series](#)

## SVILUPPO PIANO ECONOMICO PER LA MOBILITA'

- > Financial modeling for mobility program: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23318489>
- > ROI tool forthcoming