

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE

Rev. 02/RM Del 12/03/2024	Approvata dal Comitato per il Rischio Clinico	Verificato dal Responsabile della U.O.S. Rischio Clinico e Qualità Dr. Giovanni Ruta	Autorizzato alla diffusione dalla Direzione Strategica Aziendale Commissario Straordinario Dr. Giuseppe Drago
Pag. 30			

Standard JCI IPSC.6

L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale.

Intento

Le cadute rappresentano una quota significativa delle lesioni che colpiscono i pazienti ricoverati. Nel contesto della tipologia dei pazienti, dei servizi erogati e degli ambienti fisici di erogazione dell'assistenza, l'organizzazione dovrebbe provvedere a valutare il rischio di caduta dei propri pazienti e mettere in atto delle misure per ridurre il rischio di caduta e per ridurre il rischio di infortunio in caso di caduta accidentale. La valutazione del rischio di caduta potrebbe prendere in considerazione l'anamnesi di cadute pregresse, le revisioni del consumo di farmaci ed alcool, uno screening dell'andatura e dell'equilibrio del paziente, e gli ausili utilizzati dal paziente. L'organizzazione stabilisce un programma di riduzione del rischio di caduta sulla base di politiche e/o procedure appropriate.

Il programma prevede il monitoraggio delle conseguenze attese e volute e delle conseguenze inattese e indesiderate delle misure intraprese per ridurre le cadute accidentali: ad esempio, l'utilizzo inappropriato dei mezzi di contenzione fisica o la limitazione dell'assunzione di liquidi possono esitare in lesioni, danni circolatori o nella compromissione dell'integrità cutanea. Il programma è implementato.

Elementi misurabili

1. L'organizzazione implementa un processo per la valutazione iniziale del rischio di caduta del paziente e per la rivalutazione del paziente in caso di modifica, a titolo di esempio, delle condizioni di salute o della terapia farmacologica.
2. Sono implementate misure atte a ridurre il rischio di caduta per quei pazienti individuati a rischio di caduta nel corso della valutazione del paziente.
3. I risultati delle misure messe in atto sono oggetto di monitoraggio, sia in termini di un'effettiva riduzione degli infortuni conseguenti a caduta accidentali sia in termini di eventuali conseguenze inattese e indesiderate delle stesse misure.
4. Politiche e/o procedure supportano la riduzione continua del rischio di danno conseguente a caduta accidentale all'interno dell'organizzazione.

1. INTRODUZIONE

Secondo l'OMS *“le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita”*. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi. Vi è una grande attenzione al tema in oggetto da parte dei più autorevoli organismi internazionali anche grazie all'importanza assunta negli ultimi anni dalla tematica del miglioramento della qualità con particolare riferimento alla sicurezza delle cure e alla gestione del rischio clinico.

A dimostrazione di quanto affermato, oltre al documento dell'OMS sopra citato, si evidenzia che:

- l'evento “cadute” viene considerato dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) uno degli indicatori di sicurezza da monitorizzare all'interno del progetto di costruzione di un sistema di indicatori uniformi tra i paesi membri;
- l'Agency for Health Research and Quality (AHRQ) pone l'evento “cadute” tra gli indicatori di sicurezza delle cure;
- tra i sei obiettivi per la sicurezza del paziente (anno 2007) della Joint Commission on Accreditation for Health Care Organization (JCAHO) troviamo quello di *“ridurre il rischio di danni al paziente derivanti dalle cadute.”* Il requisito per la certificazione posto dalla JCAHO è quello di *“valutare e rivalutare il rischio del paziente incluso il rischio potenziale associato al regime di farmaci assunti e intraprendere azioni per ridurre o eliminare ogni rischio identificato”*
- la National Patient Safety Agency-Great Britain (NPSA) ha elaborato un report che si basa su un anno di segnalazioni (settembre 2005 Agosto 2006) dell'evento “cadute” al sistema di Incident Reporting nazionale inglese (National Reporting and Learning System); si tratta di dati di estrema importanza e peso statistico in quanto riguardano 200.000 cadute la cui segnalazione proviene dal 98% delle organizzazioni che forniscono servizi di ricovero in Gran Bretagna. Basandosi sull'analisi dei dati il report fornisce racco-mandazioni per interventi di gestione del rischio;
- A livello nazionale va infine segnalato che il *problema cadute delle persone assistite* è stato oggetto delle raccomandazioni del Ministero della Salute nell'ambito del Programma Rischio Clinico del Dipartimento della Qualità e attualmente viene previsto nella *Lista degli eventi sentinella prioritari come “Morte o grave danno per caduta di paziente”* del Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Dipartimento della qualità dei livelli di assistenza e dei

principi etici di sistema, della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, definito dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

In Italia uno studio condotto dall'A.O.S. Orsola Malpighi nel 2002 stima che le cadute accidentali si verificano nel 5% dei ricoveri nei reparti selezionati per lo studio e nell'1% circa del numero totale dei ricoveri del Presidio Ospedaliero. In Regione Lombardia il dato valutato nel 2004 è del 4,09 (su 1000 ricoveri ospedalieri, in tutte le Az. Ospedaliere della Regione).

La Regione Toscana, nel documento citato, evidenzia che le sole cadute con danni (lesioni o decessi) sono gradualmente aumentate a livello regionale da 1012 nel 2003 a 1222 nel 2005, da 1 decesso nel 2003 a 5 decessi nel 2005.

2. SCOPO/OBIETTIVO

Scopo principale della procedura è quello di migliorare la sorveglianza ed il monitoraggio del fenomeno "cadute" nei pazienti ricoverati e di fornire a tutti gli operatori sanitari istruzioni operative per la prevenzione delle cadute in ospedale e per la gestione del paziente caduto.

Gli obiettivi specifici sono:

- Favorire il coinvolgimento di operatori e persone assistite nella prevenzione delle cadute;
- Identificare ed eliminare situazioni che comportano rischi di caduta legate all'ambiente;
- Identificare le persone a rischio di caduta e garantire interventi assistenziali appropriati di prevenzione primaria;
- Condividere e applicare metodi e strumenti di rilevazione ed analisi della caduta;
- Garantire interventi assistenziali appropriati in caso di caduta e favorire il pronto recupero della persona assistita;
- Uniformare le modalità di segnalazione dell'evento caduta applicando una specifica scheda di segnalazione da indirizzare al Responsabile dell'U.O. Qualità e Gestione del Rischio Clinico;
- Attuare interventi che evitino il ripetersi dell'evento.

3. CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica a tutti i pazienti valutati a rischio di caduta.

Secondo l'OMS i fattori di rischio si possono suddividere in due categorie:

a. fattori intrinseci al paziente

b. fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature

Fattori intrinseci al paziente

- **Anamnesi di precedenti cadute** e/o ricovero causato da una caduta;
- **Età avanzata** (l'incidenza delle cadute aumenta con l'aumentare dell'età);
- **Farmaci assunti**. Secondo l'OMS le benzodiazepine sono associate con un aumento fino al 44% di rischio di frattura di femore e caduta nelle ore notturne. Aumento significativo del rischio anche per farmaci psicotropi, antiaritmici, digossina, diuretici e sedativi. Il rischio aumenta significativamente se una *“persona assume più di 4 farmaci indipendentemente dal tipo. L'utilizzo di 4 o più farmaci è associato con un rischio di nove volte maggiore di alterazione cognitiva e paura di cadere”*.
- **Patologie**: circolatorie, cerebro-vascolari, polmonari croniche-ostruttive, infezioni e malattie acute (infezioni delle vie urinarie, influenza), depressione e artriti;
- **Ridotta mobilità e alterata andatura** causate da debolezza muscolare;
- **Abitudini di vita sedentarie**; esse determinano, in una sorta di circolo vizioso, riduzione della forza e indebolimento muscolare che si somma a quello, di per sé fisiologico legato all'invecchiamento;
- **Stato psicologico / paura di cadere**; secondo l'OMS il 70% delle persone che sono cadute recentemente e circa il 40% di coloro che non riferiscono recenti cadute dichiarano di aver paura di cadere. La ridotta attività fisica e funzionale è associata alla paura e all'ansia di cadere. Si instaura un circolo vizioso per cui la persona, a causa della paura, tende a muoversi di meno con conseguenti danni da riduzione della mobilità e aumentato rischio di cadere;

- **Deficit nutrizionale:** un indice di massa corporea al di sotto della norma è associato con un aumentato rischio di caduta. La carenza di Vitamina D è particolarmente comune negli anziani istituzionalizzati e può portare ad alterazioni dell'andatura, debolezza muscolare e osteoporosi;
- **Deficit cognitivo:** anche a livello modesto è associato ad un rischio aumentato di caduta;
- **Problemi di vista:** acuità, sensibilità al contrasto, campo visivo, cataratta, glaucoma sono fattori contribuenti al rischio di caduta così come le lenti bifocali o multifocali;
- **Problemi ai piedi:** calli, deformità, ulcere, problemi alle unghie e dolore durante il cammino aumentano le difficoltà di equilibrio e il rischio di caduta. Le calzature adeguate sono fattori altrettanto importanti.

Fattori estrinseci relativi allo stato sociale, all'ambiente e alle attrezzature

- **Isolamento sociale, difficoltà finanziarie:** uno studio e molti lavori dimostrano che un reddito basso rappresenta un fattore di rischio significativo. La povertà, il grado di deprivazione relativa e i processi di esclusione sociale hanno un considerevole impatto sulla salute della popolazione. Risultano infatti ad alto rischio di caduta soggetti soli, divorziati, vedovi che hanno un basso reddito o una situazione socio-economica svantaggiata.

A livello strutturale, occorre invece considerare:

- **Pavimenti** (scivolosi, dislivelli, bagnati / presenza di cartelli durante il lavaggio);
- **Corridoi** (corrimano, larghezza, presenza di arredi ingombranti...);
- **Scale** (corrimano, gradini con materiale antiscivolo);
- **Camere di degenza e bagni** (dimensione minima a norma, apertura porta verso l'esterno, luci diurne e notturne adeguate, interruttori visibili al buio, maniglie doccia/vasca, WC rialzabile);
- **Letti** (altezza regolabile, spondine rimuovibili e adattabili in altezza, campanello di chiamata raggiungibile, ruote e freni funzionanti);
- **Carrozine** (braccioli e poggiatesta estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati);
- **Ausili per la deambulazione** adeguati.

4. DEFINIZIONI

Si definisce con il termine caduta :

- “Evento in cui il paziente viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito a tornare nel letto o sulla poltrona/sedia”. (GRC Regione Toscana “La prevenzione delle cadute in ospedale” 2007)
- “Improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa o clinostatica” La testimonianza della caduta è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto (Chiari P. Suggestimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale. Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi, Centro Studi EBN, Bologna, dic. 2

• **MATRICE DI RESPONSABILITA'**

R= responsabile C= collabora

ATTIVITA'	DIR. STRUTT.	DIR. MEDICO	INF. COORD.	INFERM. FISIOT. TECNICI	OSS/AUS. SPEC.	RISK MANAGER
Compilazione scheda di valutazione del paziente a rischio				R	C	
Compilazione check list di controllo sicurezza ambientale	R	C	R	C	C	
Attuazione interventi preventivi	R	R	R	R	R	
Gestione paziente caduto. Primo soccorso, dinamica evento, interventi assistenziali		R	C	R	C	
Informare la famiglia sull'evento caduta		R	C	C		
Compilazione scheda segnalazione		R	C	R		
Invio scheda segnalazione in direzione sanitaria e supervisione per il rispetto della procedura			R			
Informatizzazione dati scheda segnalazione e analisi dei dati / report						R

6 - DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Le linee guida internazionali sono concordi nel ritenere che l'intervento primario per prevenire le cadute accidentali consiste nella valutazione della persona al momento del ricovero in ospedale, nell'individuazione dei pazienti a rischio e nella messa in atto di misure di prevenzione.

6.1 Valutazione della persona assistita a rischio caduta

Dopo un'attenta revisione della letteratura basata sulle evidenze scientifiche si è giunti alla conclusione che nessuna scala di valutazione esistente ed utilizzata, è in grado di soddisfare criteri di sensibilità, specificità e predittività per quanto riguarda il rischio di cadute.

Nella valutazione del rischio la *scala di Conley* è quella che presenta un alto valore di sensibilità (69%), consentendo di individuare molti pazienti a rischio di cadute che effettivamente cadranno (veri positivi); è di facile comprensibile e di rapida compilazione, consentendo di discriminare quali pazienti siano maggiormente a rischio di caduta.

Avendo però un basso livello di specificità (41%), per ottenere una maggiore affidabilità e completezza, abbiamo ritenuto opportuno di integrarla con una seconda parte da compilare in base al risultato dell'indice di Conley.

In questo modo è possibile monitorare i fattori di rischio correlabili all'evento caduta e, se necessario, garantire una valutazione clinica multidimensionale del singolo paziente, per individuare e decidere se e quali interventi preventivi e/o curativi mettere in atto.

6.1.1 Scheda di valutazione del paziente a rischio caduta (ALLEGATO 1)

Prima valutazione

La scheda di rilevazione del rischio di cadute permette di individuare il fabbisogno assistenziale in termini di carico di lavoro e viene applicata dall'infermiere in fase di accettazione del paziente in reparto (*entro 24 ore*). Se si tratta di un'ammissione in emergenza o in pronto soccorso, si compilerà dopo la stabilizzazione clinica.

Valutazioni successive

- dopo 72 ore dalla prima valutazione;
- quando viene rilevato un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente;

- quando vengono effettuate variazioni terapeutiche importanti (aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno, ansiolitici/, psicofarmaci-benzodiazepine, diuretici etc).

Criteri di inclusione/esclusione

La scheda dovrà essere somministrata a tutti i pazienti in regime di ricovero Ordinario, Day Hospital, Day Surgery che presentino i **3 fattori OMS** sotto riportati **o, in caso di dubbio, che ne presentino anche solo uno:**

- “assunzione di più di 4 farmaci”;
- “debolezza alle anche” che può essere tradotta come *debolezza dei muscoli stabilizzatori del bacino durante il passo e nei cambi di posizione;*
- “equilibrio instabile” che potrebbe essere valutato attraverso i seguenti parametri:
 - incapacità di mantenere la posizione seduta in autonomia
 - incapacità di mantenere la posizione eretta in autonomia

Per l’area chirurgica l’équipe deve tener presente che molti pazienti nell’immediato post-operatorio sono “*a rischio di caduta*” pertanto gli infermieri, già alla prima valutazione, dovranno tener conto di come si presenterà il paziente nelle prime ore del post intervento.

Istruzioni tecniche per la compilazione

L’ infermiere:

- valuta **tutti i pazienti ricoverati** per verificare la rispondenza ai criteri di inclusione della persona assistita compilando il primo riquadro della scheda di valutazione del rischio di caduta;
- se, dei criteri descritti nel riquadro ne risulta anche solo uno presente e si sia quindi crociato almeno un *SI* , l’infermiere continua con la compilazione del secondo riquadro della scheda (Scala di Conley);
- in presenza di “indice di Conley ≥ 2 ” viene quindi fatta *diagnosi infermieristica di paziente a rischio di caduta* e in questo caso, per maggiore completezza dei dati si continua la compilazione

del terzo riquadro della scheda verificando la presenza o assenza delle altre variabili contenute in essa (sulla base della documentazione sanitaria, dell'intervista fatta al paziente/familiare e l'osservazione diretta del paziente), annerendo i pallini corrispondenti a °SI °NO;

- rivaluta poi il tutto su tutti i pazienti dopo 72 ore dalla prima valutazione (anche quando la prima valutazione si fosse fermata alla compilazione del riquadro con tutti i criteri crociati sul *NO*);
- rivaluta inoltre il tutto ogni qual volta venga rilevato un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente oppure ancora quando vengano effettuate variazioni importanti nei trattamenti terapeutici (es. aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno, ansiolitici, psicofarmaci-benzodiazepine, diuretici etc).

La diagnosi infermieristica di *rischio caduta* comporterà per gli infermieri la stesura del ***piano assistenziale con gli interventi preventivi e di educazione sanitaria*** che vengono riportati al paragrafo 6.3.

Tale scheda andrà inserita in Cartella Sanitaria Integrata.

6.2 Valutazione dei rischi ambientali

Le caratteristiche dell'ambiente della struttura sanitaria possono influire sui rischi di caduta dei pazienti oltre che dei visitatori.

Nella presente procedura ci si pone pertanto l'obiettivo di determinare i fattori di rischio strutturali connessi con gli ambienti ed i presidi, che non dipendono dalle condizioni dei pazienti e possono contribuire al verificarsi della caduta.

In tutte le UU.OO. è necessario mettere a punto una checklist che contenga i principali fattori di rischio di ambienti e presidi per poter controllare costantemente il livello di rischio e contribuire alla segnalazione di fattori predisponenti le cadute (**ALLEGATO 2**).

Istruzioni tecniche per la compilazione della check list.

Al momento dell'applicazione della checklist i valutatori (Infermiere Coordinatore e Direttore U.O.) effettueranno a cadenza trimestrale l'osservazione degli ambienti della struttura guidati dalla checklist che verrà nel frattempo compilata.

Una volta compilata e debitamente firmata la checklist andrà inviata in copia protocollata a:

- Responsabile U.O Aziendale Gestione del Rischio Clinico
- Direzione Sanitaria
- Responsabile Ufficio Tecnico Prevenzione e Sicurezza (RSPP)

La checklist originale deve essere tenuta in archivio nella U.O.

In caso di riscontro di non conformità o gravi carenze strutturali o materiali, la checklist potrà essere utile al fine di determinare interventi migliorativi ambientali o materiali.

6.3 Interventi preventivi e di educazione sanitaria per la persona assistita a rischio di caduta

Vengono di seguito presentati i principali interventi preventivi e di educazione sanitaria per l'eliminazione o la riduzione dei rischi ambientali e legati alla persona assistita che rappresentano le attuali migliori evidenze disponibili basate su prove scientifiche di buona qualità e sull'opinione degli esperti.

PROBLEMI	INTERVENTI PREVENTIVI
<p>RISCHI AMBIENTALI</p>	<p>Collocare la persona nella camera e nel posto letto idoneo valutando le distanze e lo spazio nella camera (deve essere adeguato alle manovre da effettuare considerando le limitazioni del soggetto e le capacità residue). Limitare gli spostamenti per evitare problemi di orientamento.</p> <p>Illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni, gli ausili a disposizione nella camera di degenza (impianto di chiamata, illuminazione ecc.), nei corridoi (corrimano) e nei servizi igienici (supporti presenti, disponibilità di sedia da doccia, bagni attrezzati).</p> <p>Fornire gli accessori di supporto per il letto (spondine, trapezio ecc.). L'arredo deve prevedere spigoli arrotondati e mobili stabili a cui possa appoggiarsi la persona incerta nel cammino. Le sedie dovrebbero essere non troppo basse e prevedere i braccioli, i tavoli consentire alla carrozzina di infilarsi. Il mobilio troppo basso dovrebbe essere eliminato in quanto può costituire un inciampo.</p> <p>Verificare e/o far verificare periodicamente la funzionalità degli impianti, dei servizi e degli arredi.</p> <p>Migliorare l'illuminazione, rendendo comodi e visibili gli interruttori di chiamata e di illuminazione. Accendere le luci notturne vicine al letto e nei bagni. Far posizionare luci con accensioni automatiche in presenza di persone, soprattutto nei bagni.</p> <p>Rendere i percorsi liberi da ostacoli (es. fili elettrici, telefonici).</p> <p>Garantire l'ordine non lasciando sul pavimento oggetti che possono costituire intralcio.</p> <p>Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi, far pulire immediatamente i pavimenti sporchi di liquidi.</p> <p>Prediligere la presenza del doppio mancorrente in prossimità delle scale e la presenza di strisce antiscivolo sui gradini (meglio se segnalazione diversa sull'ultimo gradino).</p> <p>Utilizzare per la postura e la posizione seduta supporti adeguati (cinture di sicurezza, cuscini antiscivolamento, tavolino da carrozzina, poltrone geriatriche, carrozzine basculanti).</p> <p>Garantire una adeguata sicurezza nel letto/poltrona (segnalatori di confine, cuscini lungo il corpo, sedie o tavolo accanto al letto, trapezio per aumentare la mobilità del paziente nel letto, richiami visivi per incoraggiare il paziente a usare il campanello di chiamata).</p> <p>Rendere stabili i letti ed il mobilio ad esso vicino; assicurare la perfetta funzionalità delle carrozzine (freni ecc.).</p> <p>Disporre di barre a cui aggrapparsi vicino al water, che siano poste in verticale piuttosto che in orizzontale.</p>
<p>PERSONE A RISCHIO A CAUSA DELLE CONDIZIONI CLINICHE</p>	<p>Informare la persona assistita sulle strategie per ridurre le cadute in caso di vertigini o ipotensione (sedersi o stare seduti finché non ci si sente meglio o richiedere l'intervento del personale, cambiare posizione in maniera lenta, alzarsi lentamente per evitare instabilità ed in più fasi).</p>

	<p>Far correggere l'ipotensione ortostatica e porre attenzione alle patologie cardiache, in particolare le aritmie; insegnare a evitare la disidratazione e la vasodilatazione (es. bagno o doccia in acqua molto calda).</p> <p>Pravia valutazione clinica, alzare dal letto la persona il più presto possibile.</p> <p>Verificare le condizioni del paziente, controllare e gestire le sorgenti di dolore o le cause di agitazione. Valutare impedimenti o incertezze del soggetto dovute a problemi facilmente risolvibili (es. mettere gli occhiali o l'apparecchio acustico, accendere la luce o altro prima di effettuare gli spostamenti, pannoloni non ben posizionati che possono muoversi durante la marcia).</p> <p>Correggere/gestire il soggetto se cammina a testa bassa, trascina i piedi, si appoggia ovunque con il rischio di tenersi a qualcosa di instabile, o se utilizza il bastone o le stampelle in modo sbagliato.</p> <p>Istruire il paziente ed i suoi familiari fornendo informazioni chiare e adeguate al soggetto e aiutare il paziente anche con incoraggiamenti e ulteriori chiarimenti durante l'azione, dando al paziente il tempo necessario.</p> <p>Valutare ed eventualmente suggerire l'abbigliamento adeguato alla persona (calzature chiuse possibilmente con chiusura a velcro, della giusta misura con suola antiscivolo, abiti comodi, abbottonati sul davanti, pantaloni non lunghi ecc).</p> <p>Richiedere la collaborazione di persone significative per la persona assistita (compatibilmente con le esigenze di reparto).</p> <p>Porre particolare attenzione durante il turno notturno ai risvegli del paziente, sorvegliandolo soprattutto durante le prime notti per verificare il suo livello di sicurezza.</p>
<p>ALTERAZIONE DEI SENSI</p>	<p>Porre attenzione alla persona assistita con deficit visivi -uditivi predisponendo la stanza di degenza in modo da favorire l'orientamento del paziente e percorsi ad hoc all'interno dell'unità operativa; garantire l'intervento degli operatori di supporto in base ai problemi emersi.</p>
<p>ELIMINAZIONE ALTERATA</p>	<p>Porre il paziente con urgenze evacuative vicino al bagno, identificando il bagno con disegni o scritte; sistemare eventuale sedia comoda in camera. Controllare i pazienti che assumono lassativi e diuretici; accompagnare in bagno i pazienti a rischio ad intervalli regolari e subito prima del riposo notturno.</p> <p>Valutare l'opportunità di utilizzare i presidi per l'incontinenza durante la notte.</p>
<p>MOBILITA' ALTERATA</p>	<p>Mantenere il letto in una posizione bassa (se disponibile) assicurando che i freni del letto siano bloccati, facendo in modo che il paziente possa raggiungere gli oggetti che gli sono necessari. Utilizzare sponde lunghe metà letto per ridurre il bisogno del paziente di scavalcarle per alzarsi.</p> <p>Controllare la deambulazione, l'affaticamento durante la mobilitazione. Istruire i pazienti ad alzarsi lentamente. Utilizzare cinture di sicurezza nelle sedie e nelle carrozzine (<u>attenzione: le cinture sono mezzi di contenzione, quindi informare accuratamente il paziente e chiedere il consenso</u>); utilizzare cuscini antidecubito per prevenire lo scivolamento del paziente; selezionare sedie adatte che abbiano i braccioli e siano di altezza appropriata per alzarsi e sedersi.</p> <p>Assistere i pazienti a rischio nei vari trasferimenti (letto/sedia/poltrona)</p>

	Valutare i problemi della persona legati alla mobilitazione e, come team multidisciplinare, se necessario, coinvolgere il Servizio di Riabilitazione/Rieducazione Funzionale.
ANDATURA ATTIVITA' QUOTIDIANE RIDOTTE	Fornire gli ausili per la deambulazioni indicati dal caso (bastone, tripode, deambulatore, carrozzina..). Aiutare la persona ad alzarsi, sedersi e stabilizzare il corpo da un lato all'altro, per stimolare i meccanismi di equilibri.
STATO MENTALE ALTERATO	Favorire il coinvolgimento dei familiari Orientare il paziente nell'ambiente ospedaliero, quando siede in poltrona sistemare un tavolino davanti a lui, pensare ad un sistema di allarme o sistemarlo in un locale vicino a zone dove vi sia movimento o vicino alla medicheria. Il ricorso alla contenzione aumenta il rischio di caduta (v. paragrafo 6.3.1).
RISCHIO DI EFFETTI COLLATERALI DA TERAPIA FARMACOLOGICA	Far rivalutare le terapie prescritte (se possibile) considerando la possibilità di modificare gli orari di somministrazione per diminuire gli effetti collaterali ed il rischio di cadute; limitare le interazioni tra farmaci quando possibile. Controllare i pazienti a cui sono stati somministrati lassativi o diuretici.

6.3.1 Particolari raccomandazioni in pediatria.

Il paziente pediatrico richiede particolari raccomandazioni:

- Indagine accurata e valutazione dello stato sociale del familiare/caregiver che assiste il bambino (il degrado socio-ambientale può essere causa indiretta di carenza di attenzione della persona che assiste il bambino);
- È necessario che il bambino venga assistito da un genitore/caregiver maggiorenne che non faccia uso di psicofarmaci e che non assuma più di 4 farmaci;
- Il bambino con età inferiore a 3 anni è opportuno che venga ricoverato in culla con sponde di protezione alte;
- Sono necessari ausili per l'intrattenimento sicuro del bambino (seggioloni, recinti, sedie di altezza adeguata, scaletta a 3 gradini per facilitare l'accesso al letto).

6.3.2 Il ricorso alla contenzione fisica.

Attualmente, nella letteratura internazionale, non vi sono evidenze che l'uso della contenzione protegga i pazienti ospedalizzati dalle cadute ma anzi è stato dimostrato che l'utilizzo stesso di tale pratica è causa di cadute.

Studi osservazionali suggeriscono che la contenzione fisica può aumentare la mortalità, il rischio di caduta, di lesioni gravi e di prolungamento dell'ospedalizzazione. La legislazione e le norme deontologiche regolano il ricorso alla contenzione: in Italia le norme giuridiche ammettono il ricorso alla contenzione solo quando esista una finalità terapeutico-assistenziale, in caso di trasporti in barella e in casi straordinari e motivati configurabili nello stato di necessità (art. 54 c.p.).

Raccomandazioni nell'uso della contenzione fisica.

La contenzione è consentita dopo aver corretto le cause scatenanti ed escluso ogni possibile alternativa in caso di:

- sedazione, incoscienza, ebbrezza;
- periodi pre e post-sedazione;
- trasporto in barella;
- protezione di dispositivi medicali necessari per l'immediato benessere (sondini nasogastrici, cateteri, drenaggi, aghi, CVC, ecc);
- auto o eterolesionismo o comportamenti di immediato rischio per sé o per gli altri;
- per mantenere un corretto allineamento posturale in pazienti con deficit psicomotori;
- continuo rischio di cadute in pazienti inconsapevoli del deficit motorio.

La contenzione fisica è consentita alle seguenti condizioni:

- la decisione deve essere documentata in cartella, è una prescrizione medica o, in situazione di emergenza, può essere una decisione dell'infermiere, previa ratifica del medico nel più breve tempo possibile;
- la prescrizione deve contenere la motivazione, il tipo di contenzione utilizzata, la durata limitata nel tempo (12-24 ore) e riprescritta previa rivalutazione;
- durante il periodo di contenzione il paziente deve essere rivalutato almeno ogni 30 minuti, rimuovendo la restrizione se non è più necessaria;
- la valutazione di eventuali effetti dannosi deve avvenire almeno ogni 4 ore;

- durante la contenzione deve essere garantito il movimento per almeno 10 minuti ogni 2 ore;
- devono essere perseguiti il comfort e la sicurezza, devono essere utilizzati mezzi autorizzati e il personale deve essere istruito sull'uso;
- è opportuno informare i familiari sul provvedimento terapeutico intrapreso per favorire la compliance ed incrementare il rapporto di fiducia.

La contenzione non è adeguata nella prevenzione di delirio, stati confusionali e agitazione e non è consentita come punizione, comodità dello staff, alternative al controllo, routine o con mezzi di fortuna.

Considerata la complessità dell'argomento, è opportuno che ogni azienda provveda ad implementare una propria procedura ad hoc che riguardi esclusivamente la contenzione fisica.

6.4 Gestione del paziente caduto

6.4.1 Procedura assistenziale per la gestione del paziente caduto

- 1) Non mobilizzare la persona assistita senza averla prima valutata;
- 2) Controllare i parametri vitali [TC, FC, FR, PAO, Sat O2, stato di coscienza (orientato-disorientato-agitato-soporoso) ...];
- 3) Accertare la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura. Se il paziente è cosciente ed orientato chiedere se lamenta dolore in qualche punto specifico, se riesce a muovere gli arti, se accusa delle parestesie e formicolii, come è caduto, facendo specificare quale segmento è stato interessato dalla caduta. Se il paziente è incosciente non escludere la possibilità di un trauma cranico, neanche nel caso in cui il paziente fosse precedentemente in stato di incoscienza;
- 4) Comunicare al medico la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, in modo che possa subito effettuare una valutazione clinica e le eventuali relative prescrizioni;
- 5) Registrare tutti i dati dei parametri vitali e lo stato di coscienza;

- 6) Provvedere alla somministrazione di eventuali misure terapeutiche prescritte; Verificare la necessità dell'uso di dispositivi per immobilizzazione e/o particolari tecniche di mobilizzazione (collare, barella a cucchiaio, barella spinale, tutori,...);
- 7) Documentare ora luogo e circostanze dell'accaduto in cartella clinica con apposita scheda;
- 8) Discutere, se possibile, con la persona assistita e/o caregiver la percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e gli eventuali interventi sui fattori di rischio modificabili. Informare la famiglia dell'assistito sulla caduta del parente;
- 9) Monitorare il paziente nelle ore successive se ha riportato fratture, trauma cranico, ecc...;
- 10) Allertare il medico in caso di peggioramento del quadro clinico: vigilanza, agitazione, parametri vitali, presenza di ematomi o emorragia, dolore;
- 11) Compilare la scheda di segnalazione cadute in originale + 2 copie: l'originale da inserire in Cartella Clinica Integrata, poi inviare una copia alla Direzione Sanitaria e l'altra al Responsabile aziendale U.O. Risk Management;
- 12) Documentare le azioni di follow-up;
- 13) Valutare e modificare il programma di prevenzione delle cadute attuando interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili in quanto il paziente caduto è da ritenere a rischio di ulteriori cadute.

Si ricorda che anche se le cadute non sempre comportano conseguenze disastrose rappresentano tuttavia eventi pericolosi per possibili quadri di:

- **immobilità:** dovuta a contusione e/o lesione delle parti molli con dolore al movimento.
- **riduzione della quota motoria quotidiana** per l'ansia che la caduta si ripeta.
- **complicanze internistiche:** ad esempio infezioni delle vie urinarie, broncopolmonite, legate soprattutto alla sindrome da immobilizzazione che potrebbe conseguire alla caduta.

6.4.2 La segnalazione dell'evento

L'infermiere e il medico, testimoni diretti o indiretti della caduta del paziente, sono tenuti a segnalare l'evento impiegando l'apposita **scheda di segnalazione evento**.

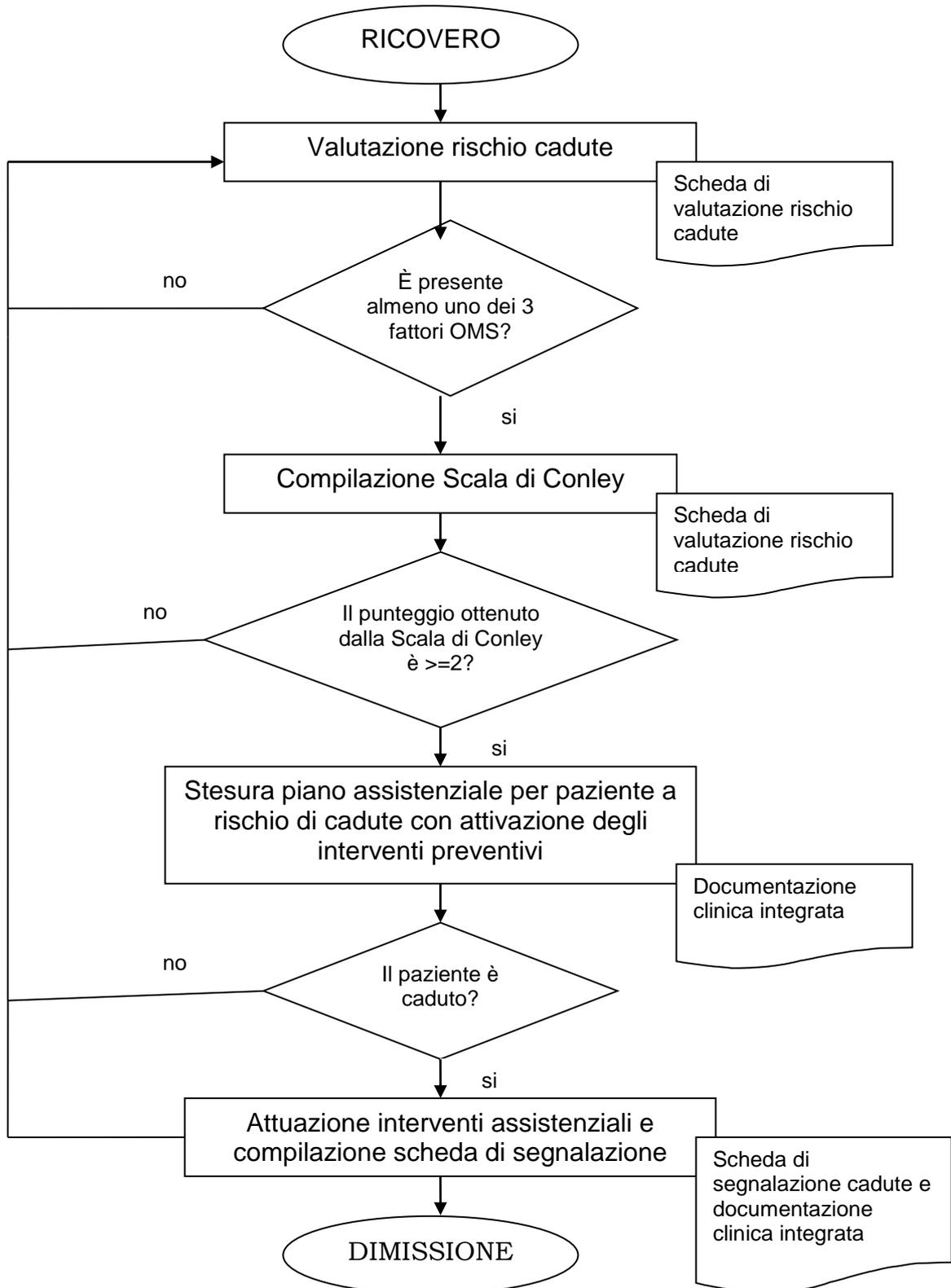
La scheda di segnalazione dell'evento contiene dati relativi alla modalità della caduta, ai fattori di rischio del paziente, alle conseguenze riportate nella caduta, agli interventi effettuati e alla eventuale necessità di follow up.

Tale scheda deve essere inviata al Responsabile dell'U.O. Aziendale Gestione del Rischio clinico e tale segnalazione attiverà poi un processo a sé stante finalizzato all'analisi e alla prevenzione dei rischi di cadute.

Al fine di una gestione più agevole e con l'obiettivo di implementare l'utilizzo dei sistemi informatizzati, l'U.O.S. Rischio Clinico e Qualità ha fornito un link contenente il format dell'allegato 3 e un link riguardante la redazione degli audit. In questo modo, avremo una tracciabilità e dei tempi di interazione molto più veloci e delle risultanti utilizzabili anche a fini statistici.

Al termine dell'anno solare, l'U.O.S. Rischio Clinico e Qualità invierà alla Direzione Strategica e ai direttori dei PP.OO., con lo scopo di diffusione alle UU.OO. rispettive, le risultanti delle segnalazioni pervenute, al fine di avviare uno studio proattivo dell'evento caduta.

7. Diagramma di flusso



8. Indicatori/Parametri di controllo

I Responsabili di tutte le UU.OO. Aziendali, dopo specifico Corso di formazione su questa procedura, indirizzato a tutto il personale sanitario di ciascuna U.O. procederanno a verificare annualmente quanto messo in pratica presso la propria U.O. attraverso la redazione di un **audit interno** che avrà come oggetto di verifica:

- la presenza e l'accessibilità del presente documento;
- l'avvenuto accertamento dell'eventuale rischio di caduta della persona assistita attraverso la presenza della *Scheda di Valutazione della Persona Assistita a Rischio di Caduta* compilata all'interno di tutte le Cartelle Cliniche dei pazienti considerati a rischio di caduta secondo le indicazioni della procedura aziendale;
- la presenza della *Checklist Procedura Controllo Sicurezza Ambientale* riposta in archivio di reparto;
- la presenza di *registrazione*, su tutte le Cartelle Cliniche dei pazienti considerati a rischio di caduta, dell'adozione di interventi preventivi ed educativi e per la loro prevenzione.

Al termine dell'audit in caso di presenza di non conformità verrà redatto un *Rapporto di audit*.

L'analisi e l'elaborazione dei dati raccolti attraverso le schede di segnalazione avviene ad opera del Responsabile dell'U.O. Aziendale Gestione Rischio Clinico, allo scopo di mettere in atto tutte le misure preventive necessarie.

9. Riferimenti e bibliografia

- Procedura Generale Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita – ASL CN2 BRA ALBA – 31 marzo 2009, rev. 0
- Caldara C., Destrebecq A., Savoldi L. Determinazione del valore predittivo di una scala di valutazione del rischio di cadute in pazienti anziani ospedalizzati. In “Assistenza infermieristica e ricerca” Vol. 27 N°3, Il Pensiero Scientifico Editore - settembre 2008
- Gestione Rischio Clinico (GRC) Regione Toscana “La prevenzione delle cadute in ospedale” 2007
- Programma nazionale per le linee guida (PNLG). “Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani”, documento 13 - Istituto Superiore di Sanità, maggio 2007 Ministero della Salute “Protocollo sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto settembre 2005 - febbraio 2007” - aprile 2007 - allegato 2 - “Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti: cadute dei pazienti”
- Protocollo Azienda Sanitaria Genovese “Le cadute in ospedale e nelle strutture residenziali: gestione del paziente caduto e segnalazione dell’evento”. Revisione 2 - 2007
- Barelli P. Prevenzione delle cadute nell’anziano. Dossier infad. Editore ZADIG, n. 5 2006
- P. Chiari, D. Mosci, S. Fontana. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. In Assistenza infermieristica e ricerca. Vol. 21 N°3, Il Pensiero Scientifico Editore - 2002

10. Elenco allegati

- ALLEGATO 1. Scheda di valutazione del paziente a rischio caduta
- ALLEGATO 2. Check list controllo sicurezza ambientale
- ALLEGATO 3. Scheda segnalazione cadute.

11. Lista di distribuzione

- Direzione Aziendale
- Direzione Sanitaria
- Ufficio Tecnico
- Direttori di Struttura Complessa
- Coordinatori Infermieristici, Tecnici e della Riabilitazione

ALLEGATO 1 SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEI PAZIENTI

U.O. _____ Paziente _____

Data di nascita

Sesso M F

PRIMA VALUTAZIONE

	Data		Data		Data	
	si	no	si	no	si	no
Assume più di 4 farmaci	<input type="checkbox"/>					
Debolezza alle anche	<input type="checkbox"/>					
Equilibrio instabile	<input type="checkbox"/>					

Se si è risposto "si" ad almeno una variabile, proseguire la scheda con la compilazione della Scala di Conley, altrimenti continuare a rivalutare (ogni 72 ore tranne se cambiano alcune condizioni).

SCALA DI CONLEY

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte al paziente; in caso il paziente presenti gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere possono essere rivolte ad un familiare o al caregiver o all'infermiere. Occorre poi barrare il valore corrispondente alla risposta fornita e sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.

	Data		Data		Data	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)						
C1- E' caduto negli ultimi 3 mesi?	2	0	2	0	2	0
C2- Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0	1	0	1	0
C3- Le è mai capitato di perdere urine e feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0	1	0	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)						
C4- Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile	1	0	1	0	1	0
C5- Agitato	2	0	2	0	2	0
C6- Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso di pericolo	3	0	3	0	3	0
Totale						

Se Indice di Conley ≥ 2 allora Diagnosi Infermieristica: paziente a rischio di caduta

si

no

Compilare la parte sottostante solo nel caso in cui l'indice di Conley sia ≥ 2

QUESITI	Data	Data	Data
PATOLOGIE IN CORSO Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol./psych. respiratorie, o ha subito interventi chirurgici maggiori o demolitivi	↑ si ↑ no	↑ si ↑ no	↑ si ↑ no
ALTERAZIONE DEI SENSI Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane Presenta deficit dell'udito	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no
ELIMINAZIONE Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza (intervalli < 3 ore) Presenta perdite di urine o feci mentre si reca in bagno	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no
MOBILITA' (sono possibili più risposte) Cammina con stampelle/bastone/deambulatore Si sposta utilizzando la sedia a rotelle Cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, sacchetto urine, drenaggio Necessita di assistenza negli spostamenti Ha difficoltà a muoversi nel letto Utilizza calzature aperte senza suola antiscivolo	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no
ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane Cammina a testa bassa? (trascinando i piedi)	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no
STATO MENTALE E' disorientato e/o confuso	↑ si ↑ no	↑ si ↑ no	↑ si ↑ no
TERAPIA FARMACOLOGICA Assume psicofarmaci Assume uno o più dei seguenti farmaci: - vasodilatatori usati nelle malattie cardiache - antiipertensivi - diuretici - antistaminici per uso sistemico - antidolorifici	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no ↑ si ↑ no ↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no ↑ si ↑ no ↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no ↑ si ↑ no ↑ si ↑ no ↑ si ↑ no
CONTENZIONE Fisica Farmacologia	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no	↑ si ↑ no ↑ si ↑ no
FIRMA DEL VALUTATORE			

Successivamente alla compilazione della scheda di valutazione del rischio, è necessario stilare il piano di assistenza personalizzato.

ALLEGATO 2

CHECK LIST PROCEDURA CONTROLLO SICUREZZA AMBIENTALE

U.O. _____ DATA

PAVIMENTI: . non scivolosi . assenza di dislivelli . assenza di ostacoli . presenza di cartello di pericolo durante le operazioni di lavaggio	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
CORRIDOI: . corrimano . illuminazione diurna/notturna che permetta una buona visione . assenza di ostacoli (mobili ingombranti, ausili...) . larghezza che permette di muoversi agevolmente	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
SCALE: . corrimano preferibilmente sui due lati o almeno da un lato . gradini dotati di antiscivolo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
BASTONI/STAMPILLE/TRIPODI: . regolabili in altezza	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
DEAMBULATORI: . bassi o alti secondo il caso . poco ingombranti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
SEDIA A ROTELLE: . ruote posteriori grandi e schienale inclinabile . possibilità di inserimento tavola per il pasto . freni/ruote efficienti e agevolmente comandati . braccioli removibili . poggiatesta funzionanti ed estraibili . buona manovrabilità . larghezza seduta <70 cm., . profondità 43-45 cm (per le carrozzine non portatili) . schienale basso (altezza cm 90-92 da terra max 95 cm) . sistema di ancoraggio con cinture	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
BARELLE: . regolabili in altezza . spondine . ruote/freni efficienti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
ASTA PER FLEBO: . integrata col letto . base stabile con più di cinque piedini . ruote efficienti . regolabile in altezza	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI: - sollevatori elettrici - tutori per evitare l'atteggiamento flesso arti inferiori - tavole di trasferimento rigide - teli di trasferimento per passaggi laterali - cuscini sagomati per posizionamento paziente - trapezio ai letti (o sistema elettrico) . ausili in numero sufficiente . efficienti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

CAMERE:		
. dimensione minima rispettata	ĭ si	ĭ no
. apertura porta verso l'esterno	ĭ si	ĭ no
. illuminazione diurna/notturna sufficiente	ĭ si	ĭ no
. interruttori accessibili e visibili al buio	ĭ si	ĭ no
. luci personali sulla testata del letto	ĭ si	ĭ no
. luci notturne percorso camera/bagno	ĭ si	ĭ no
. mobilio stabile ed ordinato	ĭ si	ĭ no
. sedia comoda	ĭ si	ĭ no
. assenza di tappeti	ĭ si	ĭ no
. pavimenti asciutti e senza cera	ĭ si	ĭ no
. assenza di spigoli sporgenti	ĭ si	ĭ no
. assenza di fili elettrici malposizionati	ĭ si	ĭ no
. maniglioni che servono per la deambulazione del paziente	ĭ si	ĭ no
LETTI:		
. elettrici regolabili in altezza (o con sistema a pedale)	ĭ si	ĭ no
. possibilità di inserire sponde o semisponde	ĭ si	ĭ no
. possibili ausili per il paziente per girarsi	ĭ si	ĭ no
POLTRONE:		
. reclinabili e allungabili	ĭ si	ĭ no
SEGNALATORI:		
. utilizzati su carrozzine o letti per segnalare se il paziente espleta movimenti a rischio	ĭ si	ĭ no
COMODINO:		
. presenza di tavolo servitore	ĭ si	ĭ no
. piano di appoggio adeguato, regolabile in altezza e girevole	ĭ si	ĭ no
. ruote/freni efficienti	ĭ si	ĭ no
BAGNI:		
. dimensione minima rispettata con spazi adeguati all'ingresso e alle manovre della carrozzina	ĭ si	ĭ no
. apertura della porta verso l'esterno	ĭ si	ĭ no
. interruttori accessibili e visibili al buio	ĭ si	ĭ no
. illuminazione diurna/notturna adeguata	ĭ si	ĭ no
. specchi accessibili a chi è seduto	ĭ si	ĭ no
. doccia/vasca con dotazione di ausili	ĭ si	ĭ no
. doccia con piano-sedile inclinato antiscivolo ribaltabile a muro	ĭ si	ĭ no
. campanelli di chiamata raggiungibili dalla doccia e dai sanitari	ĭ si	ĭ no
. water adattabili in altezza (o con ausili inseribili)	ĭ si	ĭ no
. alzawater e maniglioni ribaltabili	ĭ si	ĭ no
. rubinetti con leve lunghe x facilitare l'apertura e la chiusura	ĭ si	ĭ no
. tappetini antiscivolo sicuri (ad. es. con sistema di fissaggio)	ĭ si	ĭ no

Infermiere/Tecnico/Fisioterapista Coordinatore

Direttore U.O.

ALLEGATO 3

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA

Cognome..... Nome..... Data di nascita Data del ricovero Data evento cadutaOra caduta.....			
<p style="text-align: center;">Giorno della caduta:</p> <input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì <input type="checkbox"/> Sabato <input type="checkbox"/> Domenica			
<p style="text-align: center;">Scheda di rilevazione del rischio</p> <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente			
Adozione accorgimenti per prevenire le cadute	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se SI, Quali?		
Testimoni della caduta	<table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> nessuno/il paziente era solo <input type="checkbox"/> altri pazienti <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> altro </td> <td> Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no (non ricorda) </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nessuno/il paziente era solo <input type="checkbox"/> altri pazienti <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> altro	Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no (non ricorda)
<input type="checkbox"/> nessuno/il paziente era solo <input type="checkbox"/> altri pazienti <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> altro	Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no (non ricorda)		
Precedenti cadute durante il precedente ricovero	<input type="checkbox"/> nessuna (1° caduta) <input type="checkbox"/> 2° caduta <input type="checkbox"/> 3° caduta <input type="checkbox"/> più di 3 cadute		

Luogo della caduta	<input type="checkbox"/> stanza <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> scale <input type="checkbox"/> corridoio <input type="checkbox"/> ambulatorio <input type="checkbox"/> spazi esterni <input type="checkbox"/> altro
Pavimento bagnato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non si sa	Illuminazione locale degenza: <input type="checkbox"/> buona illuminazione notturna <input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> assente
Modalità della caduta	<input type="checkbox"/> caduto da posizione eretta <input type="checkbox"/> caduto da seduto: <ul style="list-style-type: none"> • comoda • carrozzina <input type="checkbox"/> sedia/poltrona <input type="checkbox"/> caduto dal letto: <ul style="list-style-type: none"> • con spondine • senza spondine <input type="checkbox"/> caduto dalla barella <input type="checkbox"/> altro
Tipo di calzatura	<input type="checkbox"/> aperta <input type="checkbox"/> chiusa <input type="checkbox"/> calzini/scalzo
Meccanismo della caduta	<input type="checkbox"/> inciampato <input type="checkbox"/> scivolato <input type="checkbox"/> perdita di forza/cedimento <input type="checkbox"/> perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> perdita di coscienza <input type="checkbox"/> capogiro/svenimento <input type="checkbox"/> non rilevabile
Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo	<input type="checkbox"/> camminava: <ul style="list-style-type: none"> • verso il bagno • in stanza • in corridoio <input type="checkbox"/> scendeva/saliva sul letto, sedia, carrozzina, comoda <input type="checkbox"/> stava utilizzando la toilette <input type="checkbox"/> stava effettuando l'igiene personale/vestizione <input type="checkbox"/> stava raggiungendo un oggetto <input type="checkbox"/> stava raggiungendo il campanello di chiamata <input type="checkbox"/> stava dormendo e/o cambiando posizione a letto <input type="checkbox"/> aspettava in barella <input type="checkbox"/> non rilevabile <input type="checkbox"/> altro
Data	Firma infermiere/tecnico/fisiot.

Sezione a cura del medico

Conseguenze caduta	<input type="checkbox"/> con danno <input type="checkbox"/> senza danno
Sede del danno	Tipo di danno: <input type="checkbox"/> Escoriazione <input type="checkbox"/> Distorsione <input type="checkbox"/> contusione <input type="checkbox"/> trauma cranico <input type="checkbox"/> ematoma <input type="checkbox"/> frattura femore <input type="checkbox"/> ferita <input type="checkbox"/> altre fratture
Accertamenti diagnostici richiesti	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> visita specialistica
Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Steristrips <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> altro
Attuale terapia farmacologica	<input type="checkbox"/> sedativi del SNC <input type="checkbox"/> antistaminici per uso sistemico <input type="checkbox"/> Diuretici <input type="checkbox"/> Antiaritmici <input type="checkbox"/> Ipotensivanti <input type="checkbox"/> vasodilatatori per malattie cardiache
Altri eventuali interventi correttivi intrapresi	
Specifici Generali Note	

FOLLOW UP

Necessita di follow up dopo la dimissione in seguito alla caduta?

- SI
- NO

U.O.

Firma del medico

.....