INDICE

1. INTRODUZIONE 2
2. OBIETTIVI 2
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI 3
5. DESTINATARI 5
6. RESPONSABILITÀ 6
7. DESCRIZIONE ATTIVITA' 12
7.2 VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTE 13
8. INDICATORI 19
9. REVISIONE 19
10. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE 19
11. ALLEGATI 19
12. RIFERIMENTI 20

DATA EMISSIONE	REVISIONE	REDATTO	VERIFICATO Coordinatore G.d.L	VERIFICA DI QUALITÀ Direttore UOSD Risk Management e Qualità	APPROVATO
29/09/2014	0 (EMISSIONE)	RISK MANAGER		UOC SAPS UOC DMO	DSA
8/05/2015	1	GdL		D.ssa M. Serva	D.ssa M. Colombo
14/04/2017	2	GdL	D.ssa M. Vescia	D.ssa M. Serva	Dott. P. Anibaldi
3/05/2017	3	GdL	D.ssa M. Vescia	D.ssa M. Serva	Dott. P. Anibaldi

REVISIONE	DATA	REDATTO dal G.d.L*	VERIFICATO Coordinamento G.d.L *UOSD Risk Management e Qualità*	VERIFICA DI QUALITÀ Responsabile UOSD Risk Management e Qualità *Dott. Maurizio Musolino*	APPROVATO Direttore Sanitario Aziendale *Dott.ssa Rita Le Donne*
04	25/06/2019				

*Gruppo di Lavoro: Dott. Pasquale Carducci – Direttore UOC DMO; Ing. E. Pace - Responsabile UOSD Ingegneria Clinica; Ing. Antonino Germolè – Responsabile UOC tecnico Patrimoniale; Dott. Vittorio Falchetti- DAPS; D.ssa Albertina Miccadei - UOSD Risk Management e Qualità.

1. INTRODUZIONE

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali anziane o affette da demenza.

Il rischio di caduta, seppur sempre presente, è diverso per i vari setting assistenziali e, l'anamnesi positiva per caduta, connota il paziente come soggetto ad alto rischio.

Il numero di anziani ricoverati in ospedale o presso residenze sanitarie assistenziali che va incontro a cadute è elevato, la metà degli anziani che riporta una frattura di femore non è più in grado di deambulare ed il 20% di essi muore, per complicanze, entro 6 mesi.

Le cadute possono determinare nei pazienti: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, ad una riduzione anche molto significativa della qualità della vita.

Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un aumento delle giornate di degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali. Si stima che circa il **14%** delle cadute in ospedale sia classificabile come ***accidentale***, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), **l'8%** come ***imprevedibile,*** considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il **78%** rientri tra le cadute ***prevedibili*** per fattori di rischio **identificabili** della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione). Le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. È fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali (vedi locandina informativa Allegato 6).

2. Obiettivi

Gli obiettivi delle presente procedura sono:

a. sul piano proattivo:

- Identificare i fattori che espongono il paziente a rischio cadute.
- Elaborare strategie idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di diminuire gli

incidenti.

- Prevenire il verificarsi dell'evento sentinella "Morte o grave danno per caduta di paziente".
- Regolamentare la contenzione fisica preventiva temporanea dei pazienti ad altissimo rischio di caduta.

b. sul piano reattivo:

- Definire le modalità uniformi di segnalazione dell'evento caduta.
- Standardizzare modalità reattive all'evento avverso compresa la gestione del possibile traumatismo cranio-facciale minore conseguente a caduta del paziente in corso di ricovero.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica a tutte le strutture ospedaliere e territoriali della ASL di Rieti in cui si presta assistenza, sia in ambito acuto che cronico e si rivolge a tutti gli operatori coinvolti in tale attività, a tutela dei pazienti fruitori di prestazioni sanitarie.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **Caduta** un "Improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso della 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".

  Tassonomia delle Cadute

  - **Cadute Prevedibili**: cadute che accadono in pazienti che sono ad alto rischio di caduta.
  - **Cadute non prevedibili**: cadute che non possono essere previste a priori prima della loro comparsa.
  - **Cadute accidentali**: la caduta può essere attribuita a fattori ambientali o a fatalità.

  I fattori di rischio che pongono il paziente a rischio caduta sono suddivisi in due categorie:

  a. Fattori dipendenti dalle condizioni di salute del paziente;

b. Fattori ambientali, ergonomici ed organizzativo – assistenziali.

- **La stratificazione del rischio sulla base dell'età del paziente** è stata classificata come riportato nella Tabella 1
-

Tabella 1 – Stratificazione del rischio caduta sulla base dell'età del paziente	
Età > 65 anni	Pazienti a rischio implicito di caduta.
Età fra i 50 e i 65 anni	I pazienti in questa fascia di età non sono a rischio implicito di caduta. Tuttavia devono essere precocemente valutati secondo un piano di valutazione clinico assistenziale.
Età < 50 anni	I pazienti in questa fascia di età non sono a rischio implicito di caduta. Devono essere sottoposti a una valutazione del rischio caduta solo in casi clinici particolari.

- **Caduta senza testimoni**: si configura quando un paziente viene trovato sul pavimento, e nessuno, né il paziente né altri soggetti, sanno come ciò sia avvenuto.

- **Caduta con danno**: caduta che esita in una frattura o altre lesioni dei tessuti molli che richiedono trattamento sanitario. Può essere utilizzata una scala di danno costituita da 5 punti, come previsto nel Health Care Protocol: Prevention of falls dell'ICSI:
  1. Assenza di danno apparente.
  2. Minore: contusione o abrasione.
  3. Moderato: danno che causa una dislocazione di cannula o di linea di infusione, o frattura, o una ferita che richieda sutura.
  4. Maggiore: danno che richiede un intervento chirurgico o trasferimento in terapia Intensiva per il monitoraggio di conseguenze che mettono in pericolo di vita.
  5. Morte.

Nella segnalazione di evento caduta è necessario tradurre i 5 punti in giorni di prognosi per poter classificare correttamente l'evento avverso:

- Nessuna;
- Lieve: ≤ 3gg;
- Moderata: da 4 a 20 gg;
- Severa: da 21 gg e Grave:≥ 40 gg;
- Decesso.
- **Quasi caduta**: improvvisa e inattesa perdita di equilibrio che non esita in caduta o altro danno. Questa categoria può includere una persona che inciampa, scivola, fa un passo falso, ma è in grado di riprendere il controllo prima di cadere.
- **Anziano:** persona di età uguale o superiore ai 65 anni.
- **Caregiver (o assistente informale):** Colui/lei che si prende cura di un'altra persona, per esempio di una persona non autonoma o con autonomia ridotta.

- **Mancata caduta (near fall):** la condizione in cui la caduta viene evitata per qualche motivo, ma si sarebbe potuta verificare.
- **Contenzione:** uso di mezzi fisici, farmacologici o ambientali che limitano la capacità di movimento volontario della persona assistita.
- **Contenzione fisica:** i mezzi di contenzione sono quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento.
- **Contenzione farmacologica:** viene attuata con l'uso di farmaci ad attività sedativa, tranquillanti minori e maggiori.
- **Persone fragili**: in medicina geriatrica la "fragilità" definisce una condizione di maggior rischio di accadimento di eventi avversi, che comportano un significativo decadimento della qualità della vita. La fragilità include dimensioni di tipo:
  - → **Fisico biologico:** presenza di patologie organiche, riduzione della massa muscolare, difficoltà di deambulazione spedita, riduzione dell'acuità e dell'integrità sensoria, perdita di autonomia;
  - → **Psicologico:** presenza di sintomatologia depressiva, senso di stanchezza cronica, solitudine, riduzione delle competenze ed abilità sociali nell'affrontare situazioni stressanti;
  - → **Sociale:** possibile limitazione delle reti di supporto sociale, isolamento ed esclusione sociale.

5. DESTINATARI

Tutti gli operatori delle Unità Operative Coinvolte.

6. RESPONSABILITÀ

6.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

CHI	COSA	COME	CRITERIO
Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	Valuta il rischio ambientale e propone alla Direzione Strategica un piano di interventi per il miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori	valuta le caratteristiche ambientali che possono aumentare i potenziali rischi di caduta	Effettuazione della valutazione periodica del rischio ambientale/ attrezzature ecc.
UOC TECNICO PATRIMONIALE	individua le criticità ambientali/strutturali che possono aumentare il rischio caduta del paziente	❑ I cavi elettrici siano correttamente collocati. ❑ I corridoi con corrimano e senza possibili cause di inciampo o scivolamento. ❑ le scale con corrimano e gradini resi antiscivolo. ❑ i bagni con adeguati punti di appoggio (es. maniglie doccia/vasca, corrimano).	interventi per la ririticità struttuale/ambientali (laddove possibile)
UOC ACQUISIZIONE E LOGISTICA DI BENI E SERVIZI	verifica periodica o su segnalazione delle UU.OO delle attrezzature in uso	corretta manutenzione dei letti, ausili per la deambulazione, carrozzine con braccioli e poggiapiedi estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza ed altezza da terra dello schienale adeguati	sostituzione programmata o su richiesta

CHI	COSA	COME	CRITERIO
Infermiere che prende in carico il pz nell'UO	Valuta il rischio di caduta ed elabora la relativa diagnosi infermieristica	❑ Mediante la scheda di valutazione multidimensionale in tutti i soggetti con età < 65 anni e/o contraddistinti da fattori di rischio di caduta di natura intrinseca o estrinseca ed in pazienti con età inferiore solo se presenti fattori di rischio aggiuntivi. ❑ Allega la Scheda di valutazione in cartella clinico-assistenziale. ❑ Rivaluta il pz al modificarsi dello stato psico-fisico e della terapia. ❑ Se il paziente a rischio caduta informati i parenti. ❑ collabora a fornire le informazioni utili per la valutazione di tali rischi.	❑ Utilizzo scheda di valutazione multidimensionale ❑ Firma informativa
Infermiere	Mette in atto le misure generiche di sicurezza per i pazienti a rischio	❑ Favorisce per i pz. ad alto rischio, la presenza dei familiari/caregiver. ❑ Colloca il pz. a rischio di caduta vicino all'infermeria del reparto. ❑ Programma la somministrazione di liquidi, ove possibile, non in prossimità delle ore notturne. ❑ Utilizza preferibilmente strategie non farmacologiche per favorire il sonno o evita, su parere medico, somministrazioni ripetute di sedativi limitandone l'utilizzo alle ore notturne. ❑ Assiste i pz. con depressione, agitazione o aggressività adottando una comunicazione chiara e calma.	❑ Presenza del familiare/care giver per i pz. ad alto rischio ❑ Collocazione vicino all'infermeria di pz.ad alto rischio ❑ Terapia infusionale non effettuata durante la notte compatibilmente con le donazioni cliniche
Coordinatore infermieristico	Organizza gli interventi	❑ Acquisisce la modulistica. ❑ Valuta la conformità degli interventi con il piano di assistenza. ❑ Verifica l'uniformità e la corretta esecuzione della valutazione da parte del personale infermieristico. ❑ Segnala le criticità ambientali rilevate alla UOC Tecnico Patrimoniale. ❑ Organizza briefing periodici con il personale di reparto.	Predispone dei verbali per le riunioni periodiche

CHI	COSA	COME	CRITERIO
Medico	Adozione delle misure di contenimento specifiche	❑ Prende visione della scheda di valutazione multidimensionale.	❑ Utilizzo di misure di contenimento e/o somministrazione di farmaci sedativi
		❑ Per i pz ad altissimo rischio prescrive e registra in cartella clinica le misure di contenimento di sicurezza per il paziente e/o la somministrazione di farmaci sedativi.	
		❑ Predispone eventuale terapia di supporto.	❑ Documentazione in diario clinico
UOC Tecnico-Patrimoniale	Interviene sulle criticità strutturali ed ambientali	❑ interviene sulle criticità ambientali e strutturali, segnalate da parte delle UU.OO, UOSD Risk Management e Qualità, UOSD SPP, e comunica la risoluzione dei problemi.	❑ interventi tecnici per eliminare i possibili pericoli
UOSD Risk Management e Qualità	Implementazione dell'applicazione della procedura aziendale	❑ Revisione periodica della procedura.	❑ Revisione procedura

6.2 COMPITI E RESPONSABILITÀ REATTIVE

CHI	COSA	COME	CRITERIO
Infermiere che soccorre e cura il paziente caduto	Valutazione e soccorso immediato del paziente	❑ Comunica al medico la caduta del paziente. ❑ Prima di mobilizzare la persona, valuta se ha riportato lesioni craniche o traumatismi determinanti fratture. ❑ Registra i parametri vitali, valuta lo stato di coscienza e le condizioni generali del paziente per eventuali correlazioni tra alterazioni emodinamiche e la caduta. ❑ Compila la scheda di caduta accidentale del pz in modo completo ed esauriente, con fedeltà temporale di relazione all'evento e con descrizione delle modalità della caduta e la invia al Risk Management e per conoscenza alla DMO. ❑ Registra la caduta sul diario infermieristico. ❑ Osserva la persona per le complicanze tardive.	❑ Registrazione evento ❑ Completezza ed invio della scheda caduta
Medico	Valutazione e trattamento del paziente	❑ Valuta la presenza di un trauma cranico minore. ❑ Nel caso di traumatismo cranico, segue le modalità operative contenute nell'Istruzione Operativa "Indicazioni per il monitoraggio del trauma cranico minore conseguente a caduta in corso di ricovero". ❑ Registra la caduta con accuratezza, veridicità, completezza, in cartella clinica. ❑ Effettua l'esame obiettivo e le relative registrazioni in diario medico. ❑ Compila la scheda di segnalazione caduta per i campi di competenza. In particolare riporta i giorni di prognosi ❑ Aggiorna la UOSD Risk Management sull'eventuale peggioramento delle condizioni cliniche del paziente. ❑ Informa i familiari e gli aventi diritto. ❑ Documenta eventuali azioni di follow-up post-dimissione. ❑ Riporta l'evento caduta nella SDO utilizzando il codice IC-D9 cm e 800-999 (classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento e i codici di classificazione supplementare di fattoti che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie).	❑ Documentazione in cartella clinica delle condizioni del paziente e dell'assistenza prestata ❑ Predisposizione SDO
Coordinatore infermieristico	Trasmissione della documentazione alla D.M.O e alla Funzione Risk Management	❑ Raccoglie e organizza ed invia la documentazione relativa all'evento (relazione infermieristica, scheda di valutazione multidimensionale se effettuata, eventuale referto, relazione medica), su richiesta della UOSD Risk Mangement e Qualità. ❑Predispone un controllo a campione sulla documentazione in cartella clinica e valuta la conformità degli interventi assistenziali.	❑ Completezza documentazione

CHI	COSA	COME	CRITERIO
Direzione Sanitaria Ospedaliera (DMO)	Acquisisce l'informazione e verifica la completezza della documentazione	❑ Acquisisce per conoscenza la scheda di segnalazione di evento caduta. ❑ Revisiona i documenti sanitari (cartella clinica e modulistica) relativa al paziente che ha subito l'evento avverso "caduta" ed adotta i relativi provvedimenti in caso di "non conformità" della documentazione. ❑ Verifica le condizioni organizzative ed assistenziali; analizza i processi assistenziali di competenza. ❑ Invia, quando richiesto, la documentazione alla UOC Affari generali e Legali.	❑ Conformità dei documenti sanitari e delle condizioni organizzative ed assistenziali Conformità dei documenti sanitari e delle condizioni organizzative ed assistenziali
Risk Manager	Alimenta il flusso SIMES	❑ Inserisce i dati della segnalazione nel Rating ASL.	❑ Adempimento del debito informativo
	Analizza le cause dell'evento avverso	❑ La valutazione della segnalazione può dar luogo a due azioni differenti: l'archiviazione o l'analisi reattiva delle cause profonde attraverso un audit. ❑ In caso di evento sentinelle effettua un AUDIT e individua le zioni correttive.	❑ Verbali Audit con relativo piano di miglioramento
	Rileva eventuali criticità	❑ Applica gli strumenti di risk assessment per la rilevazione delle criticità presenti.	❑ Relazione sulle criticità con relativo piano di miglioramento
	Elabora piani di miglioramento	❑ Propone azioni per il miglioramento dell'assistenza finalizzati alla riduzione delle cadute.	❑ Piani di miglioramento
	Valuta la corretta segnalazione e conoscenza della procedura	❑ Si occupa dell'analisi e dell'implementazione della procedura.	❑ Revisione della procedura
		❑ Elabora e diffonde eventuali aggiornamenti procedurali.	❑ Evento formativo annuale
	Valutazione del fenomeno cadute a livello aziendale	❑ Organizza eventi informativi/formativi . ❑ Analisi quantitativa del fenomeno. ❑ Analisi qualitativa del fenomeno. ❑ Analisi delle criticità. ❑ Elabora e diffonde il rapporto annuale sull'andamento del fenomeno.	❑ Report Annuale
	Collabora alla gestione del contenzioso	❑ Analisi organizzativa delle richieste di risarcimento	❑ Report Annuale
	Stabilisce un flusso informativo con il SPPA e la UOC Tecnico-Patrimoniale sull'evento caduta	❑ Invia segnalazione caduta, in cui siano evidenti problematiche di tipo Strutturale/Ambientale/Presidi, all'SPPA e alla UOC Tecnico-Patrimoniale. ❑ Proposta del tavolo delle sicurezze integrate alla Direzione Strategica Aziendale di un piano di intervento ❑ Rappresenta la problematica al tavolo delle sicurezze integrate.	❑ Proposta del tavolo delle sicurezze integrate alla Direzione Strategica Aziendale di un piano di intervento
UOC Tecnico-Patrimoniale/Ingegneria clinica	Attivano le misure per risolvere le criticità strutturali, ambientali e	❑ Verifica ambienti/attrezzature e risoluzione problematiche.	❑ Relazione tecnica

6.3 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ	DIRET UOC	MEDICO	COOR. INF.	INFERM. FISIOT. /TECNIC	OSS	RISK MANAGEMENT	SPPA	D.M.O	UOC T.P.
Valutazione di rischio ambientale(attrezzature/presidi/ausili)	C		C	C	C	I	R	/	
Attuazione interventi preventivi	C	C	R	C	C	I	C	I	
Compilazione scheda valutazione multidimensionale. paziente a rischio	I	C	C	R	I	/	/	/	
Gestione paziente caduto. Primo soccorso, dinamica evento	C	C	C	R	C	I		I	
Gestione del paziente caduto. Valutazione clinica/danno/accertamenti	C	R	C	C	/	I		I	
Interventi assistenziali sul paziente caduto	I	C	C	R	C	I	/	I	
Informazione alla famiglia sull'evento caduta	C	R	C	C		I	/	I	
Compilazione scheda segnalazione	I	C	C	R	C	I	/	I	
Invio scheda segnalazione Risk Management e supervisione rispetto della procedura	I	C	R	C	C	C	/	I	
Corretto inserimento evento	I	/	I	/	/	R	/	I	
Analisi dei dati / report	I	/	I	/	/	R	/	C	
Audit di Risk Management se necessari	C	C	C	C	C	R	C	C	
Applicazione delle misure correttive individuate	R	C	C	C	C	I	I	C	
Interventi sulle criticità strutturali ed ambientali	I		I			C	C	C	R

7. DESCRIZIONE ATTIVITA'

7.1 IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO RELATIVI AL PAZIENTE (ALL.1)

I fattori responsabili delle cadute possono essere suddivisi in:

A. **fattori intrinseci**: relativi alle condizioni di salute del paziente, che comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le comorbilità e le terapie farmacologiche;

B. fattori estrinseci: relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati.

A. Fattori Intrinseci, dipendenti dalle condizioni di salute del paziente

Tra i principali fattori di rischio riferibili alle condizioni generali del paziente possono essere identificati:

- l'età > 65 anni;
- l'anamnesi positiva per precedenti cadute;
- l'incontinenza;
- il deterioramento dello stato mentale;
- il deterioramento delle funzioni neuromuscolari;
- la dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana,
- la riduzione del visus;
- i disturbi metabolici;
- l' ipossia;
- le deformazioni o patologie del piede (es. alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee);
- la paura di cadere.

È necessario considerare particolarmente a rischio i pazienti affetti da patologie che possono:

- compromettere la stabilità posturale e la deambulazione;
- condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio temporale del paziente;
- causare episodi ipotensivi;
- aumentare la frequenza minzionale.

Durante il trattamento farmacologico è importante considerare a rischio le seguenti situazioni:

- ***assunzione di farmaci*** *che influenzano* particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa;
- ***politerapia,*** in cui i pazienti che assumono 4 o più farmaci possono essere ad alto rischio di caduta;

- ***variazione della posologia*** con un incremento del dosaggio del farmaco.

I portatori di disabilità fisica e psichica ed i pazienti in politerapia (che assumono 4 o più farmaci), VANNO COMUNQUE CONSIDERATI A RISCHIO.

B. Fattori Estrinseci (fattori ambientali, ergonomici e organizzativo–assistenziali)

Considerata la ricorrenza della dinamica e dei luoghi in cui avviene la maggior parte delle cadute (in camera nel salire e nello scendere dal letto, nel percorso dalla camera al bagno ed in bagno, mentre si effettua l'igiene personale), i principali fattori di rischio in questo ambito sono correlati agli elementi di ricovero.

7.2 VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTE (ALL. 1)

La caduta è un evento multifattoriale in cui entrano in gioco molti ordini di cause (fisiche, neuro- cognitive, bio-metaboliche, emodinamiche, ecc.), oltre a vari aspetti inerenti il grado di autonomia del paziente nella vita quotidiana. Un corretto processo di *assessment* integrato deve prevedere un piano di interventi preventivi e reattivi. I primi da effettuare il più precocemente possibile e comunque entro le prima giornata di ricovero, possibilmente prima delle ore notturne, che rappresentano un periodo particolarmente critico per molteplici fattori, in gran parte legati al disorientamento del paziente in un ambiente non familiare. I secondi da mettere in atto subito dopo la caduta del paziente al fine di contenerne e/o gestire i danni.

Il processo di valutazione deve verificare in primo luogo se il paziente è in grado di comprendere e ricordare le informazioni del personale sanitario. In caso di capacità cognitive e mnemoniche adeguate, il paziente deve essere informato e periodicamente aggiornato sui fattori di rischio individuale di caduta. Deve essere ben istruito sul corretto utilizzo del sistema di chiamata del personale di assistenza e deve, unitamente ai familiari e/o *caregiver*, ricevere informazioni sull'utilizzo motivato di sistemi di riduzione del rischio (programmazione di sorveglianza, contenzione e/o apposizione di spondine del letto, riduzione dell'altezza del letto/barella da terra). Per procedere a una

corretta valutazione multifattoriale, pertanto, occorre tener conto di tutti i fattori riportati nella Tabella 3.

Tabella 3 – Elementi per la corretta valutazione multifattoriale del rischio caduta	
1) Precedenti cadute	
Modalità di valutazione	**Aree di intervento**
In caso di anamnesi positiva per cadute, valutare il rischio di osteoporosi del paziente nonché la frequenza, il contesto e la dinamica della caduta e delle sue conseguenze. In particolare valutare: • Orario e luogo della caduta. • Terapia concomitante con la caduta. • Esiti della caduta. NB: Il paziente con positività anamnestica per caduta va considerato a rischio elevato.	Posizionare, in caso di rischio di frattura dell'anca un dispositivo *hip protector* tenendo tuttavia conto del parziale fattore protettivo del dispositivo.

Tabella 3 (SEGUE)– Elementi per la corretta valutazione multifattoriale del rischio caduta	
2) Deficit neuro-cognitivi e visivi	
Modalità di valutazione	**Aree di intervento**
Verificare la presenza di: • stato confusionale; • tremori; • rigidità; • stato convulsivo; • deficit del coordinamento psico-motorio; • ipo- o parestesie degli arti inferiori; • deficit visivi (ad eccezione delle forme comuni di ipermetropia senile).	**Orientamento e percezione del rischio di caduta** Favorire la presenza dei familiari presso il letto del paziente per le prime 48 ore di ricovero e, successivamente, sulla base della rivalutazione del grado di orientamento del paziente.

Tabella 3 (SEGUE)– Elementi per la corretta valutazione multifattoriale del rischio caduta	
3) Equilibrio, andatura e tono muscolare. Paura di cadere	
Modalità di valutazione	**Aree di intervento**
Valutare se la base di appoggio è larga; se vi è debolezza del tono muscolare; se il paziente manifesta una insicurezza motoria di recente insorgenza.	**Movimento e deambulazione** I pazienti devono essere stimolati ad utilizzare al meglio le proprie abilità e potenzialità residue, aiutandoli a superare la paura di cadere, particolarmente mediante interventi educativi e favorendo il più possibile la loro autonomia in collaborazione con personale esperto (come ad esempio: fisioterapisti, terapisti occupazionali). È importante educare il paziente e le persone che eventualmente lo assistono riguardo le modalità corrette per una movimentazione ed una deambulazione in sicurezza (ad esempio come eseguire passaggi posturali o spostamenti adeguati dal letto alla sedia e dalla sedia in piedi, senza compromettere l'equilibrio). Verificare che l'andatura non sia compromessa da un utilizzo di calzature inadeguate e raccomandare l'uso di pantofole chiuse e non di ciabatte aperte **Fattori ambientali** Eliminare o ridurre al minimo possibile la presenza di pericoli e ostacoli ambientali nell'area di ricovero. Predisporre ausili per i pazienti particolarmente a rischio (come ad esempio: utilizzo di pavimenti antisdrucciolo; scale antibarriera architettonica; adeguata illuminazione del pavimento nelle ore notturne; disponibilità di maniglie e corrimano specie nei servizi igienici.

Tabella 3 (SEGUE)– Elementi per la corretta valutazione multifattoriale del rischio caduta	
4) Incontinenza urinaria	
Modalità di valutazione	**Aree di intervento**
Verificare la presenza di nicturia, pollachiuria diurna anche correlata alla terapia.	Trattare eventuali infezioni delle vie urinarie

Tabella 3 (SEGUE)– Elementi per la corretta valutazione multifattoriale del rischio caduta	
5) Profilo emodinamico e cardiovascolare	
Modalità di valutazione	**Aree di intervento**
Verificare il recente accadimento di: • sincopi. • Lipotimie. • stato confusionale da ipoperfusioni cerebrali transitorie e/o croniche da aterosclerosi. • ipersensibilità del seno carotideo con precedenti di caduta.	**Raccomandazioni generali per la mobilizzazione del paziente** Quando si aiuta il paziente ad alzarsi dalla posizione seduta o clinostatica: • Fare alzare il paziente lentamente. • Quando seduto, invitare il paziente a flettere alternativamente i piedi, prima di camminare. • Invitare il paziente a spostare il proprio peso da un piede all'altro, dondolando, prima di rimanere fermo in piedi o prima di camminare. • Far sedere immediatamente il paziente, alla comparsa di vertigini. Dopo i pasti, se insorge ipotensione postprandiale, invitare il paziente a riposare prima di deambulare

Tabella 3 (SEGUE)– Elementi per la corretta valutazione multifattoriale del rischio caduta	
6) Consumo di sostanze e/o terapie in corso (o di imminente somministrazione)	
Modalità di valutazione	**Aree di intervento**
Verificare in particolare la prescrizione e la somministrazione di: • sedativi e depressori del SNC. • Farmaci vasoattivi e cardiovascolari. • Diuretici. • Lassativi. • Correttori del metabolismo glucidico.	**Corretta gestione della terapia farmacologica** Razionalizzare la terapia ad esempio: • evitare le somministrazioni diuretiche nelle ore serali (ad eccezione dei pazienti cateterizzati); • evitare i trattamenti con neurolettici e/o benzodiazepine nelle ore diurne (garantendo viceversa una somministrazione efficace nelle ore serali); • somministrare con cautela i farmaci ipotensivi e previo controllo dei parametri vitali. Qualora il paziente effettui terapia infusionale ed ove non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, programmare la somministrazione lasciando libero il periodo di riposo notturno.

7.3 SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL RISCHIO DI CADUTA (Allegato 1)

La valutazione del rischio di caduta dei pazienti deve essere effettuata dal personale infermieristico in ognuna delle seguenti condizioni:

- al momento del ricovero del paziente nella U.O., anche a seguito di trasferimento da altra UO dello stesso PO o da altra struttura sanitaria, e comunque entro le 24 ore dall'ammissione;
- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifica della marcia per patologie neurologiche);
- a seguito di episodio di caduta;
- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati, anche nei pazienti valutati come a basso rischio di caduta. Di norma tale rivalutazione andrà ripetuta ogni quattro giorni (72 h);
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia con farmaci che possono porre il paziente a maggior rischio di caduta.

Lo strumento di valutazione scelto per la valutazione del rischio di caduta è la *Scheda per la valutazione multidimensionale del rischio di caduta* (MRPGRMQA7/2) che dovrà essere compilata dal personale infermieristico che prende in carico il paziente. La

Scheda per la Valutazione Multidimensionale del Rischio di Caduta è parte integrante della documentazione clinico- assistenziale del paziente e va compilata il più precocemente possibile e comunque entro le prima giornata di ricovero, possibilmente prima delle ore notturne. Il periodo notturno, infatti, risulta essere particolarmente a rischio per molteplici fattori:

- stato confuso-onirico o disorientamento del paziente;
- presenza di ostacoli ambientali in un ambiente non familiare;
- bassa luminosità notturna degli ambienti;
- movimentazione autonoma in un letto differente da quello domestico.

7.4 INTERVENTI CLINICO ASSISTENZIALI

7.4.1 GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Si indicano di seguito gli ambiti di intervento ritenuti particolarmente significativi:

- i pazienti in terapia con farmaci che provocano un'alterazione dello stato psicofisico nonché le associazioni di 4 o più farmaci, indipendentemente dal tipo, debbono essere monitorati rispetto al rischio di cadute;
- è necessario informare ed educare il paziente ed i caregiver circa gli effetti della terapia con farmaci a rischio;
- qualora il paziente effettui terapia infusionale ed ove non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, sarebbe utile programmare la loro somministrazione con una pausa durante il periodo di riposo notturno.

7.4.2 MOBILIZZAZIONE E DEAMBULAZIONE

I pazienti devono essere stimolati ad utilizzare al meglio le proprie abilità e potenzialità residue, aiutandoli a superare la paura di cadere, qualora ne abbiano, anche attraverso interventi educativi e favorendo il più possibile la loro autonomia in collaborazione con personale esperto (es. fisioterapisti, terapisti occupazionali).

È importante educare il paziente e le eventuali persone che l'assistono riguardo le modalità corrette per una movimentazione e per una deambulazione in sicurezza (es. come eseguire passaggi posturali o spostamenti adeguati dal letto alla sedia, dalla sedia in piedi, senza compromettere l'equilibrio).

Gli ausili utilizzati debbono essere idonei alle necessità della persona e, al fine di evitare un loro uso scorretto, i pazienti ed il personale di assistenza debbono essere addestrati al loro utilizzo.

7.4.3 GESTIONE DELLA ELIMINAZIONE URINARIA E FECALE

Poiché l'incontinenza e la conseguente urgenza possono rappresentare elementi di pericolo di caduta per i pazienti, il personale sanitario dovrà:

- Verificare periodicamente l'eventuale bisogno di recarsi in bagno.
- Controllare i pazienti in terapia con diuretici e lassativi.
- Inviare il paziente ad urinare subito prima del riposo notturno.

7.4.4 LIMITAZIONE DELLA CONTENZIONE

L'utilizzo di contenzione, laddove ritenuta indispensabile, deve seguire le indicazioni presenti nell'Istruzione operativa "La contenzione temporanea dei pazienti"

In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l'uso della contenzione fisica o farmacologica protegga, in assoluto nel tempo, i pazienti dalle cadute. Tuttavia i mezzi di contenzione possono essere utilizzati per ridurre temporaneamente il rischio di caduta.

È necessario, pertanto, identificare con cura i bisogni di sicurezza espressi dal paziente, basati sul suo livello di funzione psico-fisica e sulla storia comportamentale trascorsa.

La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico e medico, dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull'ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione.

La contenzione non deve essere utilizzata come alternativa all'osservazione diretta, alla presenza di personale preparato e in numero adeguato alle esigenze assistenziali.

La contenzione farmacologica (sedazione) è ammissibile solo quando rappresenti un intervento sanitario e sia parte integrante della terapia.

La scelta deve essere limitata al tempo minimo indispensabile, con le adeguate precauzioni durante l'applicazione, coinvolgendo il paziente stesso, laddove possibile, e dandone informazione tempestiva ai familiari/caregiver. L'intervento di contenzione deve essere puntualmente documentato all'interno della cartella sanitaria.

7.5 INFORMAZIONI DA FORNIRE AL PAZIENTE E AI FAMILIARI/CAREGIVER

7.5.1 SCHEDA DI DESCRIZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

La scheda di segnalazione è allegata al presente documento e deve riportare la prognosi clinica al fine di classificare correttamente l'evento come avverso o sentinella.

7.5.2 MONITORAGGIO DEL TRAUMA CRANICO MINORE CONSEGUENTE A CADUTA IN CORSO DI RICOVERO

Vedi Istruzione Operativa "Indicazioni per il monitoraggio del trauma cranico minore conseguente a caduta in corso di ricovero"

8. INDICATORI

- **Indicatori di struttura:**
  - Disponibilità del documento procedurale
  - Disponibilità di spondine e dispositive per la prevenzione della caduta
- **Indicatori di processo:**
  - Attribuzione della classe di rischio a tutti i pazienti ricoverati
- **Indicatori di esito:**
  - Numero di cadute annuo segnalate in incident reporting.

9. REVISIONE

La revisione della procedura dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

10. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è diffusa a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.

La procedura è pubblicata sull'intranet aziendale, area documentazione Risk Management.

11. ALLEGATI

1. Scheda per la valutazione multidimensionale del rischio caduta
2. Consenso informato per la contenzione temporanea dei pazienti
3. Scheda di utilizzo della contenzione temporanea
4. Revoca del consenso informato per la contenzione temporanea dei pazienti
5. Scheda di descrizione della caduta del paziente
6. Locandina informativa

12. RIFERIMENTI

12.1 RIFERIMENTI INTERNI

12.1.1 Scheda di valutazione multidimensionale del rischio di caduta (ALL.1).
12.1.2 Locandina informativa (ALL. 6).
12.1.3 Scheda di descrizione della caduta del paziente (ALL. 5)

12.2 RIFERIMENTI ESTERNI

- Determinazione n. G12356 del 25/10/2016 della Regione Lazio recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".
- Ministero della Salute. Governo Clinico, qualità e sicurezza nelle cure. Raccomandazioni agli operatori. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu= sicurezza.
- Ministero della Salute. Governo Clinico, qualità e sicurezza nelle cure. Glossario.
- http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=314&menu=sicurezzaNational. Institute for health and Care Excellence: Falls, assessment and prevention of falls in older people. NICE Clinical Guideline 161, 2013.
- Isomi M. Miake-Lye, B.A.; Susanne Hempel, Ph.D.; David A. Ganz, M.D., Ph.D.; Paul G. Shekelle, M.D., Ph.D. Prevenzione delle cadute nelle strutture demenziali – AHRQ 2013
- BMJ: Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community. March 2008.
- David Oliver, James B Connelly, Christina R Victor, Fiona E Shaw, Anne Whitehead, Yasemin Genc, Alessandra Vanoli, Finbarr C Martin, Margot A Gosney Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses BMJ (published 8 December 2006).
- Best Practice, volume 2, Issue 2, 1998, "Cadute in ospedale" — traduzione a cura di Daniela Mosci.
- Codice Deontologico dell'Infermiere (art. 3, 30).

- Codice Deontologico del Medico (art. 5, 21, 40).
- Costituzione italiana (art. 13, 32).
- Codice Penale (art. 54, 591, 610).
- Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria, Mc Graw-hill 2^ edizione.
- Rivista "L'infermiere", Contenzione una pratica da limitare, marzo/aprile 1998
- Rivista "Nursing Oggi", Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica, numero 4, 2001.
- Zanetti E., Costantini S., Uso dei mezzi di contenzione fisica, Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia, Divisione di Geriatria, Ospedale di Felettino, Azienda USL 5 (La Spezia).
- Trattamento del trauma cranico minore e severo - SNLG-ISS.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

All. 1
REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

UO _____ Cognome _____ Nome _____

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL RISCHIO DI CADUTA **(BARRARE LA CASELLA D'INTERESSE)**		
□	Paziente con età >65 anni ricoverato per caduta o per qualunque altra causa ma con storia positiva per caduta	**Paziente ad alto rischio** (rischio aggravato se il paziente è affetto o potenzialmente affetto da osteoporosi)
□	Paziente con età >85 anni ricoverato per qualunque causa anche se con storia negativa per caduta	
Deficit neuro-cognitivi, deficit visivi Verificare e descrivere la presenza di tremori, rigidità, stato convulsivo, deficit del coordinamento psico-motorio, parestesie degli arti inferiori, deficit visivi (ad eccezione delle forme comuni di ipermetropia senile)		SI NO ....
Deficit dell'equilibrio, andatura incerta, alterazioni del tono muscolare ed eventuale paura di cadere Valutare e descrivere se la base di appoggio è larga, se vi è debolezza e se il paziente manifesta una insicurezza motoria di recente insorgenza		SI NO ....
Incontinenza urinaria Verificare e descrivere se presente nicturia, pollachiuria diurna o correlata con l'assunzione di farmaci		SI NO ....
Profilo emodinamico e cardiovascolare Verificare e descrivere il recente accadimento di sincopi, lipotimie, stato confusionale da ipoperfusioni cerebrali transitorie e/o croniche da aterosclerosi, ipersensibilità del seno carotideo con precedenti di caduta		SI NO ....
Consumo di sostanze e/o terapie in corso Verificare e descrivere l'eventuale prescrizione e somministrazione di sedativi e depressori del SNC, farmaci vasoattivi e cardiovascolari, diuretici e lassativi, correttori del metabolismo glucidico		SI NO ....
Valutazione complessiva (barrare la casella d'interesse)		
□ **Soggetto a basso rischio** (nessun item positivo)		□ **Soggetto ad alto rischio** (almeno un item significativamente positivo)

Data_____ Firma _____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE NALE
ASL RIETI

All. 2
REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

CONSENSO INFORMATO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA DEI PAZIENTI

Cognome e nome del paziente_____

Il/la sottoscritto/_____ informato/a sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

- ☐ Spondine per letto
- ☐ Cintura per carrozzina
- ☐ Tavolino per carrozzina
- ☐ Bracciali di immobilizzazione
- ☐ Fascia toracica
- ☐ Farmaci (tranquillanti e sedativi): _____

Al fine di:

_____

_____

Reso edotto delle indicazioni e delle modalità di utilizzo nonché dei possibili effetti collaterali, quali ad esempio, il superamento delle spondine, nonostante le informazioni fornite e la vigilanza da parte del personale di UU.OO.

□ ACCONSENTE **□ NON ACCONSENTE**

all'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati.

Dichiaro inoltre, di essere stato informato che qualunque intervento di tipo contenitivo è la risultante di un processo in cui l'equipe multi-professionale ha attuato, in " scienza e coscienza", ogni tentativo per evitarla mediante l'individuazione, la correzione e la rimozione di tutte le cause di impropria applicazione.

Firma Paziente: **Nome** _____ **Cognome** _____

Firma dell'avente diritto: **Nome** _____ **Cognome** _____
(esplicitare grado di parentela)_____

Data _____ _____
Firma e timbro del Medico

Data _____ _____
Firma e timbro del Coordinatore Infermieristico/Infermiere

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

SCHEDA DI UTILIZZO DELLA CONTENZIONE TEMPORANEA

UO _____ Cognome _____ Nome _____

Circostanza che determina il ricorso alla contenzione
□ Paziente a rischio di caduta
□ Stato di Confusione mentale (condizione cronica)
□ Periodo pre o post sedazione
□ Pericolo di fughe in degenza disorientato/non collaborante
□ Stato di Confusione mentale o incoscienza o ebrezza (estemporaneo)
□ Altro (specificare)_____

Alternative alla contenzione valutate	Non Possibile	Non Idoneo	Non efficace
Colloquio	□	□	□
Assistenza da parte dei familiari	□	□	□
Utilizzo letto abbassabile	□	□	□
Interventi gestionali/logistici finalizzati ad aumentare l'attività di sorveglianza e ridurre il tempo di azione fra la situazione di rischio a l'intervento professionale	□	□	□
Altro (specificare)_____	□	□	□

Tipo di contenzione prescritta				
□ Sponde al letto				
□ Cintura per carrozzina o sedia				
□ Sedia con piano di appoggio fisso				
□ Bracciali di immobilizzazione	□ polsi	□ destro □ sinistro □ Ambedue	□ caviglie	□ destro □ sinistro □ Ambedue
□ Fascia toracica				
□ Altro (specificare)_____				

Tempo di applicazione	Data e ora di attivazione	Data e ora di termine
□ Temporaneo		
□ Continuativo (non oltre le 12 h)		
□ Ciclico		

Note_____

_____

_____ _____

Firma e timbro del Coordinatore Infermieristico/Infermiere

Firma e timbro del Medico

Data _____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

SCHEDA DI UTILIZZO DELLA CONTENZIONE TEMPORANEA

UO ____________________ Cognome __________________ Nome ____________________

DATA/ORA	DIARIO CONTENZIONE

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RIETI

All. 4
REGIONE
LAZIO

REVOCA CONSENSO INFORMATO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA DEI PAZIENTI

Io sottoscritto/a

Nome_____**Cognome**_____

Essendo stato informato che l'intervento di tipo contenitivo è la risultante di un processo in cui l'equipe multi-professionale ha attuato, in "scienza e coscienza", ogni tentativo per evitarla mediante l'individuazione, la correzione e la rimozione di tutte le cause di impropria applicazione

dichiaro di voler REVOCARE **il consenso prestato**

Firma Paziente **Nome**_____ **Cognome** _____

Firma dell'avente diritto **Nome**_____**Cognome**_____

(esplicitare grado di parentela)_____

Data _____ _____

Firma e timbro del Medico

Data _____ _____

Firma e timbro del Coordinatore Infermieristico/Infermiere

ALL. 5

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 –02100 RIETI – Tel. 07462781
PEC: asl.rieti@pec.it C.F. e P.I. 00821180577

REGIONE LAZIO

UOSD RISK MANAGEMENT E QUALITÀ

SCHEDA di SEGNALAZIONE della CADUTA del PAZIENTE

Cognome: …… Nome: ……

Data di nascita: ……/……../…….. (età ……) Sesso: ☐ M ☐ F

Data di ricovero: ……/……/…….. Reparto: ……

Sezione a compilazione infermieristica

Data dell'Evento: ……/……/…….. Ora: ……

Chi era presente: ☐ solo ☐ altri pazienti ☐ familiari ☐ personale sanitario
☐ altro: ……

Soggetto classificato a rischio caduta: ☐ si ☐ no

MODALITA' DI CADUTA:

☐ caduto dalla posizione eretta ☐ caduto da seduto ☐ caduto dal letto ☐ caduto durante la movimentazione del paziente ☐ altro: ……

……

CONTESTO:

☐ inciampato ☐ stava dormendo cambiando posizione ☐ scivolato con pavimento asciutto
☐ scivolato con pavimento bagnato ☐ scivolato da letto/carrozzina/sedia ☐ scavalcamento spondine
☐ ignoto ☐ altro ……
……

FATTORI CONCAUSALI:
(è possibile indicare più di un fattore)

☐ deficit neuro-cognitivi ☐ deficit visivi ☐ deficit dell'equilibrio ☐ andatura incerta
☐ alterazione del tono muscolare ☐ paura di cadere ☐ incontinenza urinaria
☐ instabilità emodinamica e cardiovascolare ☐ inadeguatezza ausili
Tipo di calzatura: ☐ aperta ☐ chiusa

LUOGO:

☐ stanza ☐ corridoio ☐ bagno ☐ scale ☐ ambulatorio
☐ altro ……

L'Infermiere _____
(Timbro e Firma)

Sezione a compilazione medica

ESITI DELL'EVENTO

Tipo: .....

Sede: .....

P.A. in clinostatismo: ..... e ortostatismo:.....(se possibile)

GRAVITA' DELL'EVENTO:

International Classification for Patient Safety (2009) dell'OMS

☐ Nessuno:
il paziente è asintomatico; oppure non sono stati rilevati sintomi e non si è reso necessario alcun trattamento.

☐ Lieve:
il paziente presenta sintomi lievi, la perdita di funzione o il danno è minimo, oppure medio ma di breve durata, e non è necessario alcun intervento oppure un intervento minimo (ad es. osservazione extra, esami o trattamenti minori, rivalutazione).

☐ Moderato:
il paziente presenta sintomi che richiedono un intervento (ad es. reintervento chirurgico; trattamento terapeutico aggiuntivo); si ha un prolungamento della degenza; si è verificato un danno o una perdita di funzione permanente a di lunga durata.

☐ Severo:
il paziente presenta sintomi che richiedono interventi salvavita o un intervento chirurgico/medico maggiore; si ha una diminuzione dell'aspettativa di vita, oppure si è verificato un danno maggiore o una perdita permanente di una funzione importante.

☐ Morte:
su base probabilistica, la morte è stata provocata o anticipata dall'evento.

IL PAZIENTE RICORDA L'ACCADUTO*: ☐ si ☐ no
*(*campo obbligatorio)*

INDAGINI O PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO:

☐ consulenza specialistica

☐ indagini di laboratorio

☐ Indagini strumentali: ☐ TAC ☐ RX ☐ altro: .....

☐ medicazione/sutura

☐ trasferimento altra U.O./ P.O.

☐ intervento/reintervento chirurgico

☐ manovre rianimatorie

☐ ricovero in terapia intensiva

☐ altro: .....

TERAPIA

Assunzione di farmaci correlabili alla caduta: ☐ no ☐ si

Se si, ☐ sedativi del SNC ☐ lassativi ☐ diuretici ☐ ipotensivanti

Concomitante terapia con anticoagulanti/antiaggreganti: ☐ no ☐ si

Se si, quali.....

PROGNOSI*: n. giorni: ..... s.c.
*(*campo obbligatorio)*

(Il campo riferito alla prognosi è obbligatorio e deve essere comunicato entro le 24 ore)

Il Medico _____
(Timbro e Firma)

La presente scheda deve essere inviata alla U.O.S.D. Risk Management e Qualità,
al n. di fax 9631 oppure all'indirizzo di posta elettronica segreteriariskmanagement@asl.rieti.it

All. 6

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI

UOSD Risk Management e Qualità

REGIONE LAZIO

VADEMECUM PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE

RIVOLTO AI PAZIENTI E FAMILIARI / ASSISTENTI

Durante il ricovero ospedaliero bisogna usare scarpe chiuse e della giusta misura ed indossare vestiti comodi che non intralcino i movimenti.
Evitare lacci, abbigliamento troppo largo e pantaloni troppo lunghi.

Si consiglia fin da subito di osservare con attenzione l'ambiente circostante e tutti gli eventuali ostacoli presenti valutando distanze, oggetti mobili ed arredamento. In caso di deficit visivi utilizzare sempre gli occhiali.

Si ricorda di tenere il campanello vicino al letto e di non esitare a suonarlo in caso di necessita. I campanelli di allarme sono disponibili anche nei bagni, è importante imparare a riconoscerli.

Assicurarsi che gli oggetti di uso frequente siano a portata di mano per evitare movimenti azzardati nel loro raggiungimento. Ad esempio occhiali, acqua, telefono cellulare.

Per agevolare la salita e la discesa dal letto tenerlo nella posizione più bassa ove possibile.

Per la propria incolumità valutare stanchezza, debolezza, giramenti di testa, dolore ed eventuali problemi visivi esegnalare tali disturbi agli operatori.

Quando ci si alza dal letto bisogna passare dalla posizione seduta muovendosi molto lentamente e respirando profondamente. Ci si può alzare solo dopo aver percepito bene il pavimento sotto la pianta dei piedi.

Quando ci si veste e ci si spoglia e importante farlo da seduti.

Porre la massima prudenza nell'utilizzo del bagno. In caso di incontinenza o improvvisa urgenza evitare di correre per raggiungerlo. Cercare sempre di andare in bagno prima di dormire per evitare di doversi alzare durante la notte.

In caso di "paura di cadere" lo comunichi agli operatori che la aiuteranno a trovare il gusto ausilio per spostarsi in sicurezza.