

“LINEE DI INDIRIZZO E INFORMAZIONI UTILI PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE SANITARIE”

Capitolo 1. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA CONSEGUENTI A CADUTA E PER LA SEGNALAZIONE AL MINISTERO DELLA SALUTE

Il Ministero della Salute definisce come Evento Sentinella ogni *“evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.”* Specifica, inoltre, che *“Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione.”*

In considerazione delle definizioni fornite dal Protocollo ministeriale per il Monitoraggio degli eventi sentinella e dei criteri reperiti in letteratura, si propone di considerare **Evento Sentinella** le cadute che abbiano determinato:

- Morte
- Disabilità permanente
- Coma
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente *
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- Necessità di intervento chirurgico a seguito della caduta
- Rianimazione cardio-respiratoria

**Per la definizione di trauma maggiore la letteratura suggerisce tra gli altri il “Injury Severity Score (ISS)”. Questo indicatore, adottabile a discrezione delle Aziende anche in considerazione delle risorse e delle competenze specifiche, viene calcolato valutando la presenza di lesioni in 9 regioni corporee (testa, collo, faccia, torace, addome, bacino organi, bacino scheletro, estremità, superficie esterna) ed assegnando a ciascuna lesione un punteggio in funzione della sua gravità (AIS – Abbreviated Injury Scale). L’AIS prevede l’assegnazione ad ogni lesione di un punteggio variabile da 0 a 6, così suddiviso:*

- 1 *minor*
- 2 *moderate*
- 3 *serious*
- 4 *severe*
- 5 *critical*
- 6 *unsurvivable*

Si procede a calcolare l’indice sommando il quadrato del punteggio ottenuto dalle 3 aree maggiormente colpite (identificazione della 3 lesioni più significative rispetto alle 9 regioni corporee considerate). L’indice può assumere valori compresi fra 0 e 75. Si intende come maggiore un trauma con un punteggio > 15. Nei casi in cui sia presente una lesione mortale (AIS=6) viene automaticamente assegnato un ISS pari a 75.

La raccomandazione ministeriale prevede che al verificarsi di un evento sentinella, ovvero di “Morte o grave danno per caduta di paziente”, l’Azienda/Struttura sanitaria invii una specifica segnalazione al Referente regionale della gestione del Rischio Clinico ed al Ministero della Salute, secondo le modalità

previste dal protocollo SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) per il monitoraggio degli eventi sentinella. I dati informatizzati derivanti dalle segnalazioni delle cadute dovranno essere resi disponibili su richiesta da parte dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte; a tal proposito con DGR n. 8 – 10923 del 9 marzo 2009 è stato attivato il “Progetto di raccolta, analisi e trasmissione dati sugli eventi sentinella a livello regionale” che include un sistema centralizzato per la raccolta e l’inserimento nell’applicativo SIMES delle segnalazioni degli Eventi Sentinella, con un percorso specifico finalizzato ad una visione generale dell’andamento del fenomeno su tutto il territorio regionale (§ 6 della Raccomandazione ministeriale).

Nonostante il sistema messo in atto comunque residuano alcuni eventi sentinella relativi a cadute per le quali dopo attenta valutazione non è possibile identificare fattori causali o determinanti.

Per la segnalazione di cadute si raccomanda di procedere seguendo il percorso definito dalla Regione:

Fase I (Invio/validazione scheda A)

L’Azienda Sanitaria Regionale:

- compila la scheda A
- la invia entro 5 giorni dall’evento alla S.C. Qualità Risk Management e Accreditamento AO Città della Salute e della Scienza di Torino (SC QRMA)

La S.C. QRMA:

- conferma l’avvenuta ricezione della scheda di segnalazione A
- inserisce e valida i dati nel database SIMES entro 2 giorni

Fase II (Analisi delle cause ed invio scheda/validazione scheda B)

L’Azienda Sanitaria Regionale:

- compila la scheda B
- la fa pervenire entro 42 giorni alla S.C. QRMA

La S.C. QRMA:

- conferma l’avvenuta ricezione della scheda di segnalazione B, valuta l’analisi delle cause effettuata, inserisce e valida i dati nel database SIMES entro 3 giorni
- nel caso in cui non siano stati identificati fattori causali o determinanti né siano stati individuati piani d’azione, chiede l’annullamento della segnalazione all’interno del *DataBase* SIMES

Capitolo 2. LA SEGNALAZIONE DELLA CADUTA

La Raccomandazione ministeriale prevede che ogni ASR si doti di strumenti necessari alla raccolta di segnalazioni di caduta, indipendentemente dal fatto che essa abbia causato o meno un danno al paziente, così come delle segnalazioni di mancato evento (§ par.6).

Vengono pertanto definiti di seguito i requisiti minimi della scheda di segnalazione, sia per fornire un supporto alle ASR che non hanno ancora questo strumento sia per raccogliere dati che possono essere utilizzati e condivisi a livello regionale: un possibile sviluppo dello strumento potrebbe infatti essere l'elaborazione e condivisione di un *Database* regionale.

I campi ritenuti fondamentali risultano essere:

- percorso interno della segnalazione (a chi deve essere inviata la scheda e se i *near fall* devono essere segnalati con questo strumento)
- dati della struttura che segnala (Azienda/Unità operativa/Servizio/Struttura Complessa) e regime assistenziale (Ricovero ordinario/Day Hospital/Day Service/ambulatorio/altro)
- dati anagrafici del paziente (cognome e nome, data di nascita, sesso)
- se il paziente era stato selezionato a rischio di caduta e se sono state documentate in Cartella Clinica le misure di prevenzione adottate
- data e ora dell'evento, luogo, modalità e dinamica della caduta
- testimoni presenti
- cause estrinseche
- cause intrinseche
- conseguenze della caduta, presenza di lesioni evidenti, indagini diagnostico-strumentali richieste e trattamenti terapeutici effettuati
- data e firma di medico e infermiere/tecnico in turno al momento della caduta

Viene allegata di seguito (all. 2) un modello di scheda di segnalazione di caduta.

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

DGR n. 8 – 10923 del 9 marzo 2009.

Ministero della Salute : “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” – n. 13, Novembre 2011

Ministero della Salute “Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella” Luglio 2009

Marsh: “Mappatura dei sinistri RCT/O Regione Piemonte 2005 – 2011, quinta edizione

Capitolo 3. PROPOSTE INDICATORI PER L'ANALISI DELL'ATTIVITA' SVOLTA

Ernest Amory Codman (1869-1940), personaggio chiave per la costituzione nel 1913 dell'American College of Surgeons, affermava che gli ospedali per essere sicuri di migliorare devono esaminare i propri risultati per individuare punti forti e punti deboli, confrontare i propri esiti con quelli di altri ospedali, trattare solo i casi per cui sono in grado di fare un buon lavoro.

L'indicatore potrebbe esser definito come una «variabile misurabile che serve a confrontare un fenomeno nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà geografiche diverse) o rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere».

Secondo Kazandjian et al (2003) la funzione di un indicatore è di segnalare dove vi può essere un problema nella nostra organizzazione, come un allarme che si accende su di un pannello di comando. Ma sono poi i responsabili a dovere valutare se è prioritario (e fattibile) prendere provvedimenti.

Un'ulteriore definizione di indicatori è quella di "variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni" (Focarile F., 2003).

Vengono di seguito suggeriti alcuni degli indicatori che possono essere adottati dalle aziende per il monitoraggio dell'applicazione e dell'efficacia della procedura relativa alla prevenzione delle cadute, da considerare anche in relazione alle risorse disponibili, allo stato di informatizzazione generale e della documentazione sanitaria ed alle modalità organizzative interne della struttura.

INDICATORI DI PROCESSO

- è possibile verificare l'effettiva applicazione della procedura (tracciabilità all'interno della documentazione sanitaria)?: SI/NO [Std. SI]

Se sì: per valutare la conservazione delle evidenze di avvenuta valutazione del rischio di caduta, rilevare l'indicatore:

Numero di schede di valutazione del rischio cadute presenti in cartella clinica x 100/Numero totale di cartelle cliniche dei pazienti eleggibili [Std. 100%]

- è possibile verificare l'effettiva applicazione della procedura (attuazione delle azioni previste)?: SI/NO [Std. SI]

Se sì: per monitorare l'applicabilità dei tempi di rivalutazione, rilevare l'indicatore:

Numero di rivalutazione effettuate/numero di rivalutazioni previste [Std. 100%]

- vengono effettuate verifiche periodiche di qualità/audit/audit clinici dedicati?: SI/NO

Se sì: indicare il n° verifiche/audit effettuati negli ultimi 5 aa [Std. SI, almeno una volta negli ultimi 5 anni]

- attività formativa specifica (ovvero: l'Azienda ha progettato e svolto corsi di formazione che siano andati nella direzione della prevenzione del rischio di cadute, nel corso degli ultimi 5 anni?): SI/NO [Std. SI, almeno una volta negli ultimi 5 anni]

Se sì numero operatori formati/tot operatori (suddivisi per qualifica professionale: medici, infermieri, OSS, tecnici sanitari e della riabilitazione) [*Std. > 50% degli operatori*]

INDICATORI DI ESITO

- impatto del protocollo/procedura sul fenomeno “cadute” (da calcolarsi per specialità)
 1. numero pazienti effettivamente caduti /numero giornate di degenza per pazienti ricoverati [*Std.: = 0 < media regionale nell'anno xx*]
 2. numero pazienti effettivamente caduti /numero giornate di degenza per pazienti valutati a rischio caduta e ricoverati [*Std.: = 0 < media regionale nell'anno xx*]
 3. numero pazienti, valutati a rischio caduta, effettivamente caduti /numero pazienti valutati a rischio caduta [*Std.: nessuna caduta o comunque numero in riduzione rispetto a valore registrato in ASR in precedenza e tendente a 0*]
 4. numero di pazienti, valutati a rischio caduta, con più di una caduta/numero totale pazienti con caduta [*Std.: nessuna caduta o comunque numero in riduzione rispetto a valore registrato in ASR in precedenza e tendente a 0*]
 5. n° sinistri aperti per cadute per anno (fonte rapporto MARSH)/numero giornate di degenza per pazienti ricoverati [*Std.: = 0 < media regionale nell'anno*]
 6. n° sinistri aperti per cadute per anno (fonte rapporto MARSH)/numero segnalazioni cadute interne all'ASR [*Std.: = 0 < media regionale nell'anno*]
- **STANDARD:** come riferimento si propone in un primo tempo la media regionale (risultante dal primo anno di misurazioni); in un secondo tempo si potrà assumere come confronto anche il valore specifico di ogni singola azienda, proponendosi l'obiettivo di migliorare rispetto all'anno precedente e di tendere comunque alla media regionale o al di sotto di essa.

Capitolo 4. Definizione del rischio: aspetti preventivi, di intervento e di monitoraggio

CAMPO DI APPLICAZIONE E SCELTA DELLA POPOLAZIONE PER LE SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio cadute deve essere effettuata per tutti i pazienti in regime di ricovero ordinario, Day Hospital, Day Surgery . In accordo con i dati di letteratura è necessario valutare **ciascun paziente** in ingresso entro le prime 24 ore dal ricovero¹.

È utile considerare la necessità di utilizzo di modalità/scale di valutazione specifiche anche in altri setting assistenziali e di cura differenti

1. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

E' auspicabile che la matrice delle responsabilità si declini in modo dettagliato per ogni fase del processo.

ATTIVITÀ	SPECIFICARE FIGURE PROFESSIONALI
Valutazione rischio cadute con compilazione scheda specifica	CPSI
Pianificazione / attuazione interventi assistenziali per il paziente a rischio caduta	CPSE
Rivalutazione del paziente	CPSI
Gestione paziente caduto	CPSI /MEDICO
Continuità assistenziale	CPSI /MEDICO

TAB. 1 Esempio di matrice delle responsabilità

2. STRATEGIE DI PREVENZIONE

La letteratura è concorde nell'affermare che le cadute hanno un'eziologia multifattoriale e sono stati descritti più di 400 diversi fattori di rischio. E' quindi essenziale utilizzare un approccio sistemico, linee guida accreditate e interventi che abbiano dimostrato efficacia nel ridurre le cadute.

L'intervento primario per prevenire le cadute accidentali consiste nella valutazione della persona per l'individuazione del paziente a rischio² onde permettere di adottare le azioni di prevenzione più idonee.

¹ Ministero della Salute. Raccomandazione n. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie punto 5 . Azioni. Anno 2011

² Linea guida AHRQ 2006 – **Raccomandazioni con grado di evidenza A**

2.1 INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO INTRINSECI

I fattori di rischio intrinseci sono quelli correlati al paziente: anamnesi di precedenti cadute, età, farmaci assunti³, patologie, ridotta/alterata mobilità, paura di cadere, deficit nutrizionale, deficit cognitivo, deficit visivo. Sono da considerarsi anche gli stati conseguenti all'anestesia (agitazione, confusione, disorientamento), l'uso di ausili per la deambulazione e la lunghezza del ricovero⁴.

In accordo con le indicazioni del modello di Robbins, riportato anche nei documenti OMS, risulta fondamentale indagare almeno i seguenti tre fattori⁵.

- Assunzione di più di quattro farmaci
- Debolezza alle anche
- Equilibrio instabile

Nel report dell'NPSA⁶ i fattori di rischio più significativi nei pazienti ospedalizzati sono:

- Cammino/andatura instabile
- Confusione/agitazione
- Incontinenza o necessità di usare frequentemente la toilette
- Anamnesi di precedenti cadute
- Assunzione di farmaci sedativi o ipnotici

2.2 SCELTA DELLA MODALITA' DI VALUTAZIONE DEI FATTORI INTRINSECI

Le modalità per la valutazione dei fattori intrinseci prevedono:

- a. Strumenti di screening
- b. Strumenti di valutazione funzionale
- c. Valutazione clinica medico/infermieristica completa

La valutazione clinica costituisce lo strumento fondamentale in tutti i settori. Ad essi può essere utile affiancare strumenti strutturati, con valenza specifica per settore, presenti e validati in letteratura.

La tabella sintetizza gli strumenti a disposizione per la valutazione dei pazienti nei diversi setting di cura.

	Cosa	chi	dove	Quando
Strumenti di screening	Morse Conley Stratify	Infermiere	Tutti i setting di cura	Entro 24 ore
Strumenti di valutazione funzionale	Berg Balance Test Tinetti	Fisioterapista	Ambito specialistico Geriatrics e	Entro 24 ore

- Identificare le persone che hanno una storia di cadute, determinare il rischio di future cadute e ridurre i fattori di rischio individuali
- Quando è possibile, si dovrebbe considerare la riduzione delle terapie farmacologiche per le persone anziane che prendono 4 o più farmaci e in generale per quelli che assumono psicofarmaci
- La minimizzazione dell'allettamento durante il ricovero per pazienti anziani è una misura pratica e realistica che ha implicazioni per la prevenzione delle cadute così come per altre complicazioni acquisite in ospedale
- Non c'è nessuna evidenza scientifica che supporta l'uso di mezzi fisici di contenimento come strategia per la prevenzione delle cadute in pazienti anziani

³ Sono state individuate specifiche classi di farmaci predisponenti la caduta: antiipertensivi sedativi e ipnotici, ipoglicemizzanti, neurolettici, antianginosi e antiaritmici, antidepressivi lassativi

⁴ Regione Toscana, Centro Gestione Rischio Clinico, *Progetto regionale sulla prevenzione delle cadute in ospedale*, 2007. www.salute.toscana.it

⁵ American Geriatrics Society-British Geriatrics Society-American Academy of Orthopaedic Surgeons. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. 2001

▪ WHO - World Health Organization Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Geneva: WHO. 2004

⁶ National Patient Safety Agency, *Slips, trips and falls in hospital*, 3rd report Patient Safety Observatory, 2007.

		riabilitazione	
Valutazione clinica medico/infermieristica completa	Medico Infermiere	Tutti i setting di cura	All'ammissione nel settore di cura

2.3 FASI DEL PROCESSO (strumenti di misura e loro uso)

- Identificazione delle scale di valutazione, più adeguate al setting di cura, supportate dalla letteratura
- Definizione della modalità di applicazione dello strumento (la valutazione deve risultare nella documentazione clinico-assistenziale⁷)
- Definizione dei fattori di protezione e precauzione, degli interventi preventivi rivolti alle persone assistite a rischio di caduta
- Formazione degli operatori su significato dell'utilizzo dello/degli strumenti – pianificazione-attuazione-documentazione interventi
- Valutazione corretto utilizzo dello/degli strumenti.

Per la scelta dello strumento di screening da impiegare devono essere tenuti in considerazione almeno i seguenti fattori: facilità nella compilazione, sostenibilità per l'organizzazione, elevata aderenza da parte del personale, forte valore predittivo.

Per l'utilizzo delle scale di valutazione del rischio caduta sarà necessario:

- ✓ Definire le sedi di utilizzo, i pazienti destinatari, i valutatori e le modalità di applicazione della scala scelta.
- ✓ Inserire lo strumento di valutazione quale parte integrante della documentazione clinica del paziente
- ✓ Condividere l'informazione dell'elevato livello di rischio con l'intera équipe (medici, infermieri, personale di assistenza)
- ✓ Garantire la continuità assistenziale e la prevenzione post – dimissione

La valutazione/rivalutazione del rischio caduta, sulla base della letteratura di riferimento andrà effettuata nei seguenti momenti:

- ingresso in reparto (entro 24 ore)
- trasferimento di reparto
- dimissione
- ad ogni cambiamento dei fattori di rischio
- ad ogni cambiamento delle condizioni del paziente
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta
- dopo una caduta

2.4 INDICAZIONE DELLE AZIONI PREVENTIVE

E' necessario prevedere istruzioni operative, contestualizzate ai diversi setting di cura, su:

- gli interventi preventivi da mettere in atto sulla base del profilo di rischio:
premesso che è necessario garantire interventi valutativi ed informativi generali per tutti i pazienti in tutte le strutture, nell'ambito della pianificazione assistenziale per pazienti con profilo di rischio elevato devono essere previste strategie ambientali, organizzative e clinico-assistenziali di contenimento del rischio (allegato A),

⁷ Ministero della Salute. Raccomandazione n. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie punto 5 . Azioni. Anno 2011

- le modalità di documentazione degli interventi messi in atto
- le modalità di trasmissione delle informazioni alla dimissione

3. INDICATORI DI MONITORAGGIO

Devono essere previste modalità di valutazione dell'applicazione mediante audit e/o il monitoraggio di indicatori specifici (vedi capitolo 3)

4. MONITORAGGIO DEI PAZIENTI IN TERAPIA CON FARMACI CHE PROVOCANO ALTERAZIONE DELLO STATO PSICO – FISICO E AUMENTANO IL RISCHIO DI CADUTA

In merito al monitoraggio di pazienti in terapia farmacologica, in particolare anziani⁸, che si associa ad un maggior rischio caduta, non emergono dalla letteratura evidenze scientifiche in grado di fornire indicazioni validate e specifiche sulle modalità e tempistiche dei controlli da eseguire.

Gli studi suggeriscono relativamente alla popolazione anziana⁹ l'importanza di un rigido controllo sui farmaci somministrati e di rivedere periodicamente le prescrizioni farmacologiche rimodulando, ove possibile, tali prescrizioni al fine di ridurre l'esposizione al rischio.

Vengono di seguito riportate le categorie di farmaci che possono aumentare il rischio di caduta.

Farmaci sedativi sul sistema nervoso centrale	Farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare	Lassativi
Barbiturici Ipnotico – sedativi Antidepressivi triciclici Antipsicotici neurolettici Antiparkinson Analgesici Ansiolitici Anticonvulsivi	Diuretici Antiarritmici Antipertensivi Vasodilatatori Cardioattivi glicosidi	Tutti i tipi

Farmaci che possono aumentare il rischio di caduta Ministero della Salute 2010.

Gli interventi clinico - assistenziali di prevenzione delle cadute, anche in relazione ai farmaci, devono considerare stabilità/instabilità clinica, grado di autonomia e livello di responsabilità/collaborazione del paziente e dei familiari/caregiver. La decisione sulla frequenza e modalità di monitoraggio dei pazienti a maggior rischio caduta (controlli periodici da parte del personale d'assistenza, verifiche di parametri clinici...) non può prescindere dall'esame multiparametrico e multi professionale sul paziente, nonché dall'esperienza professionale dei vari ruoli coinvolti nell'assistenza e cura. Di ogni prescrizione di

⁸ **I farmaci possono aumentare il rischio di caduta dell'anziano** C'è una associazione tra cadute e *farmaci psicotropi* (OR=1,7). Inoltre, il *consumo giornaliero di quattro o più farmaci* è associato alle cadute, probabilmente perché implica un maggior rischio di uso improprio di farmaci, reazioni avverse e interazioni farmacologiche. Le reazioni avverse sono particolarmente comuni negli anziani e la loro prevalenza, stimata intorno al 5% quando si assume un solo farmaco, sale a quasi il 100% quando se ne assumono dieci o più. Tuttavia bisogna essere cauti nell'affermare che la polifarmacoterapia causa cadute negli anziani, in quanto essa è anche un indicatore di cattivo stato di salute. In ogni caso, il rapporto tra farmaci e cadute sottolinea l'importanza dell'assistenza sanitaria nella prevenzione delle cadute: l'uso razionale dei farmaci, attraverso controlli periodici e il controllo delle dosi, può favorire la sicurezza del paziente. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/domestici/rischicaduteanziani.asp#interventi>

⁹ http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_incidenti_domestici.pdf

monitoraggio e di ogni controllo effettuato è opportuno sia data evidenza documentale sul fascicolo sanitario/assistenziale del paziente (cartella clinica/infermieristica) con le consuete caratteristiche previste per le annotazioni sulla documentazione sanitaria (data, ora e firma del redattore). La produzione di ulteriori schede dedicate non è assolutamente vincolante.

Allegato A

Esempio di istruzioni operative

Le seguenti raccomandazioni possono essere applicate in relazione al contesto ed a quanto esita dalla valutazione clinico – assistenziale

AREA CLINICO - ASSISTENZIALE

Valutare:

- patologie neuromuscolari
- infezioni del tratto urinario
- ipossia
- disidratazione
- squilibri nutrizionali
- ipotensione ortostatica

Valutare:

- livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana
- equilibrio
- marcia
- umore
- terapia farmacologica

In caso di elevato rischio caduta, documentare e comunicare il livello di rischio a tutta l'equipe assistenziale ed evidenziare il dato alla dimissione, per garantire la continuità assistenziale

AREA SICUREZZA AMBIENTALE

- Mantenere in ordine gli ambienti di cura rimuovendo qualsiasi oggetto che possa intralciare la marcia
- Identificare qualsiasi caratteristica strutturale /ambientale che possa aumentare il rischio di caduta (ad es. mancanza di cancelletti per protezione scale /pavimento bagnato)
- Garantire una corretta illuminazione degli ambienti ed in particolare dell'unità paziente e del bagno
- Rendere stabili con fermi o freni, qualsiasi presidio utilizzato nell'unità paziente o per la mobilizzazione

AREA SICUREZZA PAZIENTE

- Identificare i bisogni di sicurezza del paziente sulla base delle sue condizioni fisiche , cognitive e abitudini comportamentali
- Evitare l'uso di qualsiasi mezzo di contenzione
- Favorire la presenza di familiari
- Collocare il paziente a rischio di caduta in camere più facilmente osservabili
- Mostrare al paziente la stanza di degenza, il bagno , il reparto
- Mostrare al paziente come si suona il campanello
- Assicurare l'accesso al campanello, assicurarsi che questo funzioni e che vi sia pronta risposta alla chiamata
- In caso di elevato rischio di caduta, spiegare al paziente l'importanza di informare l'infermiere ogni volta che si reca in bagno o si allontana dal reparto, abbassare il letto il più possibile e considerare la possibilità di posizionare un materasso per terra se il paziente è particolarmente confuso

AREA MOBILIZZAZIONE
<input type="checkbox"/> Verificare che il paziente indossi abiti e scarpe della giusta misura e che non costituiscano intralcio al movimento prima della deambulazione
<input type="checkbox"/> Non utilizzare calzature aperte e con suola scivolosa
<input type="checkbox"/> Se il paziente è portatore di pannolone, verificare che questo sia ben posizionato
<input type="checkbox"/> Non utilizzare presidi per la mobilizzazione con predelle fisse e/o senza freni
<input type="checkbox"/> Se il paziente è in carrozzina, utilizzare apposite cinture di sicurezza e/o cuscini antidecubito/tavolini che impediscano lo scivolamento
<input type="checkbox"/> Mantenere correttamente funzionanti i presidi e gli ausili utilizzati per la mobilizzazione

AREA ELIMINAZIONE
<input type="checkbox"/> Collocare il paziente con emergenza evacuativa in unità degenza vicino ai servizi igienici
<input type="checkbox"/> Ridurre la distanza tra il letto o la sedia usati dal paziente e il bagno
<input type="checkbox"/> Accompagnare periodicamente i pazienti deambulanti in bagno
<input type="checkbox"/> Invitare il paziente ad urinare prima del riposo notturno
<input type="checkbox"/> Controllare i pazienti in trattamento farmacologico con diuretici o lassativi

AREA EDUCAZIONE TERAPEUTICA
<input type="checkbox"/> Informare il paziente, parenti e caregiver dei fattori di rischio per l'evento caduta
<input type="checkbox"/> Consegnare il materiale informativo predisposto e commentarlo
<input type="checkbox"/> Informare circa le modalità di passaggi posturali corrette
<input type="checkbox"/> Informare sulle modalità di mobilizzazione in caso di ipotensione ortostatica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ far alzare lentamente il paziente seduto, e se, in stazione eretta, compaiono vertigini, farlo sedere immediatamente ▪ prima di camminare, far alternativamente flettere i piedi e spostare il proprio peso, dondolando ▪ dopo i pasti, se insorge ipotensione postprandiale, invitare il paziente a riposare prima di camminare.
<input type="checkbox"/>

Per le Strutture sanitarie che utilizzano la tassonomia NANDA la diagnosi infermieristica di riferimento è "Rischio di cadute" (cod. 00155)¹⁰, con i relativi obiettivi ed interventi.

¹⁰ Nanda International. Diagnosi Infermieristiche definizioni e classificazione 2009-2011. Casa Ed. Ambrosiana, Milano. 2011.

Bibliografia

Agency for Healthcare Research and Quality. Fall prevention for older adults. National Guideline Clearinghouse 2006. http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=4833&stat=1&string=

Smith J, Forster A, Young J. Use of the 'STRATIFY' falls risk assessment in patients recovering from acute stroke. Age Ageing 2006 March;35(2):138-43.

Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA – RSD Regione Lombardia Direzione Generale Sanità http://www.ipasvibs.it/files/linee_regionali_indirizzo_prev_cadute.pdf

CENTRO STUDI EBN- A.O. BOLOGNA POLICLINICO S.ORSOLA MALPIGHI. Servizio infermieristico e tecnico "Stop alla caduta libera". BOLOGNA 2002.

NICE (National Institute of Clinical Excellence) "Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in hospital" 2007.

RNAO (Registered Nursis' Association of Ontario) Guidelines for "Prevention of fallas and Falls Injuries in the Older Adult"- 2005 <http://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries-older-adult> Supplement: 2011

Ministero della Salute Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie – Raccomandazione n. 13 Novembre 2011

NPSA (National patient Safety agency) The third report from the Patient Safety Observatory "Slips, trips and falls in hospital"- 2010

Ministero della Salute . Osservatorio Nazionale degli eventi sentinella. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella. Evento n. 9: Morte o grave danno per caduta di paziente. Marzo 2008,

Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani. Linee Guida PNLG Maggio 2007

WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age: World Health Organization 2007 http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? GENEVE: WHO, 2004

Nanda International. Diagnosi Infermieristiche definizioni e classificazione 2009-2011. Casa Ed. Ambrosiana, Milano. 2011

American Geriatrics Society-British Geriatrics Society-American Academy of Orthopaedic Surgeons. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. 2001

Un importante fattore di rischio per le cadute è rappresentato da elementi strutturali ed è associato alla quotidiana gestione e manutenzione dei reparti; pertanto è importante una valutazione periodica dei rischi ambientali determinati dagli aspetti strutturali con cui il paziente è in contatto, in stretto collegamento con le attività di programmazione degli interventi di manutenzione straordinaria, costruzione e ristrutturazione. Per contenere il rischio di caduta dei pazienti è anche necessario verificare periodicamente le dotazioni ed il corretto funzionamento degli elementi utilizzati per l'assistenza e la mobilitazione del paziente (carrozine, letti, deambulatori...), attivando le necessarie azioni correttive in caso di inadeguato funzionamento. Sarà cura delle Aziende individuare sia la competenza prevalente per la valutazione dello stato di manutenzione degli elementi indicati tra i propri servizi/uffici, quali ad esempio il Servizio Tecnico, il Servizio di Prevenzione e Protezione, la Direzione Medica, i reparti stessi, ecc.), sia la periodicità della rilevazione. Tale scelta dovrà essere inevitabilmente fatta tenendo conto delle realtà specifiche di ogni azienda e delle risorse e competenze disponibili.

La tabella sottostante illustra la proposta emersa dal gruppo in ordine agli elementi più importanti ed alle relative condizioni desiderabili.

Elemento	Condizione
Percorsi (corridoi, luoghi comuni)	Assenza ingombri
Scale	Gradini antiscivolo
	Presenza di corrimano, almeno su un lato
	Gradini integri
Pavimenti	Antiscivolo
	Assenza di dislivelli/buchi/affossamenti
Illuminazione	Intensità adeguata alla normativa
	Presenza in prossimità del letto e del bagno
Spigoli arredi	Assenza di spigoli vivi
Bagni	Presenza di pavimenti antiscivolo
	Presenza di punti d'appoggio idonei
Attrezzature e ausili	Numero adeguato alle esigenze del Servizio
	Buona efficienza e manovrabilità (con particolare riferimento ai freni)
	larghezza e altezza da terra dello schienale
Letti*	Adattabili in altezza
	Sponde adattabili in altezza
	Sponde completamente abbassabili
	Sponde rimovibili
	Spazio tra le sbarre (secondo normativa)
	Dotati di aste flebo
	Dotati di materasso di dimensioni congruenti al letto
	Efficienza illuminazione trave testa-letto
	Presenza di campanelli di chiamata facilmente raggiungibili
	Disponibilità di letti bariatrici nell'eventualità di dover ricoverare pazienti obesi o di modalità di approvvigionamento
Freni e ruote efficienti	
Sedie/poltrone/lettini visita	Buona stabilità
	Altezza seduta standard

Barelle	Regolabili in altezza
	Presenza di spondine
	Spondine removibili e/o regolabili in altezza
	Freni efficienti
	Ruote efficienti
Sedie a rotelle	Ruote efficienti
	Freni efficienti
Sedie "comode"	Presenza in caso di necessità ed in buona efficienza
Deambulatori	Buona stabilità
	Maniglie integre (non deteriorate)
	Regolazione in altezza
Aste flebo	Buona efficienza ruote
	Base a 5 razze (per una buona stabilità)
Tappeti / zerbini	Solo dove strettamente necessari: antiscivolo e fissati al pavimento

* nella stesura dei capitolati di acquisto occorrerà porre grande attenzione a quanto definito dalla normativa vigente anche in considerazione del fatto che i letti di degenza ed materassi partecipano spesso al meccanismo causale delle cadute.

Tutto quanto proposto va ad integrare e non intende essere sostitutivo dei generali requisiti normativi e di accreditamento strutturali, nonché dell'ordinaria attività di vigilanza.

Capitolo 6. Informazione dell'utenza circa la prevenzione del rischio cadute

La Raccomandazione Ministeriale riconosce l'importanza strategica per la prevenzione delle cadute in ambiente sanitario della corretta informazione al paziente ed ai familiari¹. La medesima indicazione è fornita da diverse agenzie nazionali ed internazionali².

Recependo tali indicazioni, a seguito anche di una revisione della letteratura di settore, il gruppo di lavoro ha elaborato uno strumento informativo (Allegato 3) utile per il coinvolgimento del paziente al perseguimento dell'obiettivo.

Bibliografia

- 1) Raccomandazione per la prevenzione e la gestione delle cadute nelle strutture sanitarie – Ministero della Salute
- 2) La Prevenzione delle cadute in ospedale: i quaderni delle campagne per la sicurezza dei pazienti – Regione Toscana

ALLEGATO 1

STRUMENTO DI AUTOVALUTAZIONE PER LA MESSA IN ATTO DELLE RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE STRUTTURE SANITARIE

USO DELLA CHECK LIST

Per un corretto uso della check list, sarà sufficiente rispondere alle domande (una risposta per domanda, ad eccezione delle domande 1.4, 2.3 e 3.2 a scelta multipla). Sono stati attribuiti in maniera arbitraria pari valori ai vari aspetti trattati dalle “Raccomandazioni per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”, in questo modo risulta possibile verificare il grado percentuale di adempimento alle norme ministeriali.

La realizzazione della check list proposta ha tenuto conto delle principali indicazioni riportate nel documento ministeriale suddividendoli per le seguenti categorie: **ASPETTI GESTIONALI, ASPETTI PREVENTIVI PERSONALI ED AMBIENTALI, ASPETTI OPERATIVI ED ASPETTI FORMATIVI.**

1 ASPETTI GESTIONALI (valore 20%)	Check	Riferimento Racc. 13
1.1 Presso la propria Azienda esiste un Gruppo di Lavoro multidisciplinare per la Prevenzione delle Cadute nelle strutture sanitarie?	Si: <input type="checkbox"/> (valore 4 %) No: <input type="checkbox"/>	<i>Cap. 5</i>
1.2 Il Gruppo di Lavoro è afferente a:	UGR, Direzione Medica/Sanitaria, Qualità: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Altre strutture: <input type="checkbox"/> Nulla: <input type="checkbox"/>	<i>Cap. 5</i>
1.3 In Azienda esiste già una modalità operativa codificata per la Prevenzione delle Cadute nelle strutture sanitarie?	Si: <input type="checkbox"/> (valore 10%) Se sì, <input type="checkbox"/> Esiste una procedura <input type="checkbox"/> Esistono altre modalità No: <input type="checkbox"/>	<i>Cap. 5</i>
1.4 E' predisposto un programma periodico per lo sviluppo dei seguenti temi riguardo alla prevenzione delle cadute?	Individuazione del profilo di rischio: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Definizione di misure di prevenzione: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Sviluppo sistema informativo: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Definizione protocolli per gestione paziente acuto: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Programmazione interventi informativi/formativi: <input type="checkbox"/> (valore 1%)	<i>Cap. 5</i>
2 ASPETTI OPERATIVI Prevenzione del rischio personale (valore 20%)		
2.1 Con quale strumento avviene la valutazione del rischio caduta dei pazienti?	Scala Morse: <input type="checkbox"/> Scala Conley: <input type="checkbox"/> Scala Stratify: <input type="checkbox"/> BBS: <input type="checkbox"/> Tinetti Balance: <input type="checkbox"/> Altro strumento validato: <input type="checkbox"/> (valore 3%) Strumenti ad hoc realizzati dall'Azienda Sanitaria: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Il rischio di caduta non viene valutato: <input type="checkbox"/>	<i>Cap. 5.2</i>
2.2 Quando viene valutato il rischio di	All'ammissione/Rivalutazione in casi di alterazione	<i>Cap. 5.2</i>

cadere dei pazienti?	stato di salute del paziente/A seguito di caduta/Ad intervalli regolari nei ricoveri prolungati: <input type="checkbox"/> (valore 4%) Nel corso della degenza: <input type="checkbox"/> Solo dopo una caduta: <input type="checkbox"/> Mai, il rischio di caduta non viene valutato: <input type="checkbox"/>	
2.3 Il rischio personale viene valutato in tutti i reparti di degenza? (OBI, RO, DH)	Si: <input type="checkbox"/> (valore 3%) No, solo in alcuni reparti: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Il rischio di caduta non viene valutato in nessun reparto: <input type="checkbox"/>	
2.4 Sono attuati interventi per la riduzione del rischio di caduta dei <u>pazienti a rischio</u> ?	Si, le spondine dei letti, se presenti ed utilizzate, sono removibili <input type="checkbox"/> (valore 1%) Si, riducendo altezza dei letti: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Si, monitorando i pazienti: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Si, informando i pazienti/parenti delle condizioni: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Si, altri interventi: <input type="checkbox"/> (valore 1%) No, non si attuano interventi: <input type="checkbox"/> Il rischio di caduta non viene valutato: <input type="checkbox"/>	Cap. 5.3.1 Cap. 5.3.2
2.4.1 C'è evidenza degli interventi messi in atto per la riduzione del rischio cadute?	Si: <input type="checkbox"/> (valore 1%) No: <input type="checkbox"/> No, non si attuano interventi: <input type="checkbox"/> Il rischio di caduta non viene valutato: <input type="checkbox"/>	
2.5 I pazienti in terapia con farmaci che provocano alterazione dello stato psico-fisico sono monitorati rispetto al rischio di cadere?	Si: <input type="checkbox"/> (valore 3%) Se si, indicare di seguito le modalità di monitoraggio _____ No: <input type="checkbox"/>	Cap. 5.3.2
3 ASPETTI OPERATIVI Prevenzione del rischio ambientale (valore 20%)		
3.1 Sono valutati i fattori di rischio ambientali per cadute accidentali?	Si periodicamente <ul style="list-style-type: none"> • in tutte le strutture: <input type="checkbox"/> (valore 6%) • in più del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> (valore 1%) • in meno del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> Si è stato fatto una volta: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Cap. 5.3.1
3.2 Sono presenti misure strutturali anti-caduta?	Pavimenti antiscivolamento: <ul style="list-style-type: none"> • in più del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> (valore 2%) • in meno del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> Corridoi sgombri da arredi: <ul style="list-style-type: none"> • in più del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> (valore 2%) • in meno del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> Scale con corrimano: <ul style="list-style-type: none"> • in più del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> (valore 2%) • in meno del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> Bagni con punti d'appoggio (maniglie/corrimano): <ul style="list-style-type: none"> • in più del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> (valore 2%) • in meno del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> Le superfici calpestabili non presentano tappeti: <ul style="list-style-type: none"> • in più del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> (valore 2%) • in meno del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> I pulsanti di chiamata sono facilmente raggiungibili: <ul style="list-style-type: none"> • in più del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> (valore 2%) • in meno del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> L'illuminazione dei locali è adeguata: <ul style="list-style-type: none"> • in più del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> (valore 2%) • in meno del 50% delle strutture : <input type="checkbox"/> 	Cap. 5.3.1
4 ASPETTI OPERATIVI A SEGUITO DI		

CADUTA (valore 20%)		
4.1 Esistono delle indicazioni aziendali per la gestione clinica del paziente caduto?	Si, sono individuati interventi di supporto immediato, accertamenti diagnostici specifici, azioni terapeutiche e misure di monitoraggio: <input type="checkbox"/> (valore 5%) No: <input type="checkbox"/>	Cap. 5.4
4.2 Esiste un sistema per la segnalazione delle cadute accidentali?	Si: <input type="checkbox"/> (valore 5%) No: <input type="checkbox"/>	Cap. 6
4.3 Le segnalazioni vengono registrate?	Si, su supporto informatico: <input type="checkbox"/> (valore 5%) Si, vengono solo raccolte in cartaceo ed archiviate: <input type="checkbox"/> (valore 1%) Se si, specificare lo strumento usato (excel, File Maker, ecc.) _____ No: <input type="checkbox"/> Non esiste procedura di segnalazione: <input type="checkbox"/>	Cap. 6
4.4 Vengono effettuate valutazioni delle segnalazioni?	Si: <input type="checkbox"/> (valore 5%) Se si, con quale periodicità? _____ No: <input type="checkbox"/> Non esiste procedura di segnalazione: <input type="checkbox"/>	Cap. 6
5 ASPETTI FORMATIVI (valore 20%)		
5.1 Vengono diffusi tra il personale interessato i contenuti della Raccomandazione n.13?	Si: <input type="checkbox"/> (valore 5%) No: <input type="checkbox"/>	Cap. 3
5.2 Il personale sanitario è formato circa la corretta gestione dei pazienti a rischio cadute e/o di quelli che cadono?	Si: <input type="checkbox"/> (valore 10%) No: <input type="checkbox"/>	Cap. 7
5.3 Gli utenti sono adeguatamente informati circa il rischio di cadute?	Si: <input type="checkbox"/> (valore 5%) No: <input type="checkbox"/>	Cap. 7

Proposta scheda segnalazione caduta paziente

- La Scheda deve essere inviata a: (inserire destinatario) e non archiviata in Cartella Clinica

- Eventuali segnalazioni di mancata caduta (near fall) sono segnalate con sistema di rilevazione spontaneo (es. Incident Reporting)

Azienda:			
Unità operativa/Servizio/SC:			
Cognome e nome paziente:		Data di nascita	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Regime assistenziale:	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> DH/DS	<input type="checkbox"/> ambulatorio	<input type="checkbox"/> Altro
Diagnosi di ammissione:		Numero cartella clinica	
Data dell'evento:	ora		

Paziente selezionato a rischio caduta	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sono documentate in Cartella Clinica le misure di prevenzione della caduta adottate	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

Testimoni della caduta	<input type="checkbox"/> Operatori	Qualifica operatore:	<input type="checkbox"/> Parenti/Assistenti <input type="checkbox"/> Nessuno
-------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	---

Luogo della caduta	<input type="checkbox"/> Camera di degenza <input type="checkbox"/> Sala diagnostica	<input type="checkbox"/> Bagno <input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Aree comuni reparto <input type="checkbox"/> Aree comuni ospedale	<input type="checkbox"/> Camera operatoria <input type="checkbox"/> Altro.....
---------------------------	---	--	---	---

Modalità della caduta:	<input type="checkbox"/> dal letto <input type="checkbox"/> dalla carrozzina <input type="checkbox"/> in deambulazione <input type="checkbox"/> durante igiene personale	<input type="checkbox"/> dalla barella <input type="checkbox"/> dalla sedia/poltrona <input type="checkbox"/> durante minzione/evacuazione <input type="checkbox"/> altro, specificare...
-------------------------------	---	--

Dinamica della caduta	camminava <input type="checkbox"/> da/verso il bagno <input type="checkbox"/> in stanza <input type="checkbox"/> in corridoio	Dal letto <input type="checkbox"/> scendeva <input type="checkbox"/> saliva
si stava alzando/sedendo dalla <input type="checkbox"/> sedia/poltrona <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> comoda <input type="checkbox"/> letto	si stava trasferendo <input type="checkbox"/> dal letto alla sedia <input type="checkbox"/> dal sedia al letto	scivolava dalla <input type="checkbox"/> sedia/poltrona <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> comoda
<input type="checkbox"/> stava utilizzando la toilette	<input type="checkbox"/> stava effettuando l'igiene personale	<input type="checkbox"/> si stava vestendo/svestendo
Scivolava su pavimento <input type="checkbox"/> asciutto <input type="checkbox"/> bagnato	<input type="checkbox"/> stava raggiungendo il campanello di chiamata	<input type="checkbox"/> stava dormendo e/o cambiando posizione
<input type="checkbox"/> Caduto durante movimentazione assistita	<input type="checkbox"/> aspettava in barella	<input type="checkbox"/> Trovato sul pavimento
<input type="checkbox"/> Altro		

Cause estrinseche				
individuali	<input type="checkbox"/> Scalzo	<input type="checkbox"/> Ciabatte aperte	<input type="checkbox"/> Protesi/ausili utilizzati dal paziente	
<input type="checkbox"/> Abbigliamento /medicazioni che hanno intralciato la deambulazione		<input type="checkbox"/> Presenza di drenaggi, sonde o cateteri che hanno intralciato la deambulazione		
ambientali	<input type="checkbox"/> Pavimento bagnato	<input type="checkbox"/> Pavimento sconnesso	<input type="checkbox"/> Spazio limitato	<input type="checkbox"/> Luce scarsa
<input type="checkbox"/> Letto non regolabile/non regolato in altezza	<input type="checkbox"/> Sponde abbassate	<input type="checkbox"/> Sponde alzate	<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Mancanza corrimano o maniglioni nei bagni
<input type="checkbox"/> Altro.....				
Cause Individuali intrinseche				
<input type="checkbox"/> Pregressa caduta recente (ultimi tre mesi)		<input type="checkbox"/> Politerapia (più di quattro farmaci)		<input type="checkbox"/> Deterioramento cognitivo
<input type="checkbox"/> Instabilità dell'andatura/deficit funzionali motori/vertigini		<input type="checkbox"/> Utilizzo di psicofarmaci		<input type="checkbox"/> riduzione del visus
<input type="checkbox"/> Incontinenza		<input type="checkbox"/> Altro.....		
Era già stato valutato il rischio di cadere del paziente al momento dell'ingresso in reparto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Era stato rivalutato il suo rischio (più di una valutazione) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se si, quando: <input type="checkbox"/> trasferimento di reparto <input type="checkbox"/> cambiamento dei fattori di rischio <input type="checkbox"/> cambiamento delle condizioni del paziente <input type="checkbox"/> variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta <input type="checkbox"/> dopo una caduta		
Conseguenze della caduta				
<input type="checkbox"/> Assenza di lesioni	<input type="checkbox"/> Trauma minore	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Trauma maggiore	<input type="checkbox"/> Morte del paziente
Lesioni Evidenti	<input type="checkbox"/> Nessuna		<input type="checkbox"/> Contusione/Escoriazione	<input type="checkbox"/> Ferita
<input type="checkbox"/> Taglio	<input type="checkbox"/> Distorsione	<input type="checkbox"/> Frattura		<input type="checkbox"/> Trauma cranico
<input type="checkbox"/> Altro.....				
Indagini diagnostico-strumentali richieste	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> Esami di laboratorio	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica
Altro (<i>Specificare</i>)				
Trattamenti terapeutici effettuati	<input type="checkbox"/> terapia antidolorifica <input type="checkbox"/> Terapia sedativa <input type="checkbox"/> Terapia idratante <input type="checkbox"/> Altre terapie		<input type="checkbox"/> Medicazione ferita <input type="checkbox"/> Bendaggio/doccia gessata <input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Rifiuto trattamento terapeutico	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico a seguito della caduta <input type="checkbox"/> Trattamento ortopedico <input type="checkbox"/> Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva <input type="checkbox"/> Altro
Note.....				

Data ____/____/____

L'INFERMIERE/IL TECNICO
firma leggibile

IL DIRIGENTE MEDICO
timbro e firma leggibile

ALLEGATO 3

--

COSA SI PUO' FARE PER EVITARE LE CADUTE

Per Familiari/Assistenti

Il rischio di cadere in ospedale è aumentato dal fatto che i malati sono spesso in terapia con farmaci, inoltre – soprattutto in alcuni reparti – i pazienti sono per lo più anziani. Oltre ad eventuali danni diretti sul malato, una caduta può determinare anche un rallentamento del processo di guarigione con conseguente allungamento del tempo di degenza.

Lo staff di questo ospedale ha bisogno della Sua collaborazione per ridurre il rischio di cadere (e di tutte le complicanze che questo evento può portare) del suo familiare/assistito. Insieme possiamo fare in modo che il nostro paziente non cada, mantenga o riguadagni la sua indipendenza e non stia in ospedale più a lungo del previsto. Lei può aiutare il suo familiare/assistito seguendo queste indicazioni:

Durante la visita

- Conoscere il grado di rischio di caduta del paziente ed il relativo tipo di assistenza di cui ha bisogno;
- Allertare sempre il personale nel caso in cui si osservassero condizioni non attese;
- In caso ci siano precise disposizioni in merito, chiedi sempre aiuto al personale di assistenza prima di "far muovere/alzare" il paziente;
- Fornire assistenza al paziente nelle attività che cerca di svolgere;
- Assicurarsi che il paziente usi i corretti presidi per camminare (scarpe chiuse e di gomma, vestiti comodi, occhiali, apparecchi acustici o deambulatori se prescritti, ecc);
- Camminare con il paziente, non lasciarlo mai solo mentre cammina;
- Accompagnare sempre il paziente in bagno o chiedere l'assistenza del personale infermieristico;
- Incoraggiare il paziente a fare le cose entro le proprie attuali possibilità in funzione della patologia di cui è affetto o delle terapie a cui è sottoposto;

Prima di andare via

- Lasci il letto e le sue sponde così come le ha trovate quando è arrivato;
- Si assicuri che il campanello di chiamata sia facilmente raggiungibile dal paziente;
- Avvisi il personale del fatto che sta andando via;
- Si assicuri che il paziente abbia sempre a portata gli oggetti per la deambulazione sicura.

OGGETTI PER LA DEAMBULAZIONE SICURA

- Scarpe chiuse con la suola di gomma morbida;
- Occhiali
- Apparecchi acustici
- Pigiama comodo o vestaglia corta
- Ausili per la deambulazione (deambulatore, bastone, treppiede, ecc)

Ulteriori informazioni

Quanto è contenuto in questo libretto è finalizzato soltanto a fornire informazioni generali utili al paziente per prevenire le cadute in ospedale; per la richiesta di informazioni dettagliate e specifiche non esiti a contattare il personale di reparto.



Logo Azienda
Sanitaria Regionale

Sede Legale: via Tal dei tali, 29 – CITTA'

Centralino 011.1234567
www.nomeazienda.piemonte.it

DENOMINAZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO**PREVENIRE LE CADUTE
IN OSPEDALE****Informazioni per i pazienti ed i loro famigliari**

A cura del Gruppo di lavoro regionale per la "Prevenzione delle cadute nelle strutture di ricovero" (D.D. n. 292 del 24 Aprile 2012)



www.regione.piemonte.it/sanita

**PREMESSA**

Le cadute in ambito ospedaliero rappresentano un serio problema per la sicurezza del paziente: si stima che l'1,9-3% delle persone ricoverate cade in ospedale, di queste 1 su 3 riporta un infortunio. Inoltre a seguito dell'evento caduta, oltre ai danni fisici soprattutto nell'individuo anziano, si sviluppa un forte senso di insicurezza che induce a limitare l'attività fisica compromettendo a volte la propria autonomia e la qualità di vita. La buona notizia è che la maggior parte delle cadute in ospedale è prevenibile: al momento del ricovero in reparto verrà valutato il Suo "rischio di cadere" attraverso una scheda di valutazione che poi sarà conservata in cartella clinica.

Nel caso in cui Lei venisse attribuito un rischio di cadere oltre soglia, il personale infermieristico le fornirà tutte le informazioni necessarie per ridurre al minimo questo rischio, inoltre il Suo rischio di cadere verrà rivalutato periodicamente nel corso della degenza.

SCOPI DEL PRESENTE OPUSCOLO

Quest'opuscolo è stato progettato per aiutare a prevenire le cadute fra pazienti ricoverati in ospedale. Le dirà dove, quando e perché avvengono le cadute e ciò che Lei, i Suoi familiari e coloro che La assistono potete fare per aiutare a prevenire le cadute.

PERCHE', DOVE E QUANDO SI CADE

Molte cadute avvengono quando i pazienti tentano di svolgere delle attività senza la sorveglianza o l'assistenza di cui necessitano; fra queste attività sono incluse andare al gabinetto, salire e scendere dal letto o alzarsi da una sedia o dal water. Inoltre i pazienti cadono anche mentre eseguono "piccole" attività intorno al proprio letto, quale sporgersi per prendere qualche oggetto sul comodino o dagli armadietti; anche raccogliere oggetti da terra può rappresentare un momento critico: perciò se vi sono oggetti fuori dalla Sua portata chieda assistenza.

Due terzi delle cadute avvengono intorno al letto: altri luoghi in cui le cadute avvengono frequentemente sono i bagni ed i corridoi.

Le cadute possono avvenire in qualunque momento, di giorno o di notte ma i periodi più comuni sono intorno all'ora di colazione e dopo il pasto della sera. Questi sono i periodi in cui il personale è spesso occupato ad assistere i pazienti ad eseguire molteplici attività.

COSA PUO' FARE PER EVITARE LE CADUTE

Per Pazienti

- Chieda di conoscere il Suo livello di rischio di cadere agli operatori sanitari dell'ospedale;
- Segua sempre le indicazioni che le sono state fornite per ridurre il Suo rischio di cadere: se Lei è stato detto di chiedere aiuto per scendere dal letto, andare in bagno o per altre attività, chiami il personale usando l'apposito campanello;
- Si alzi sempre molto lentamente; stia seduto qualche minuto sul letto prima di alzarsi in piedi. Quando si alza si appoggi sempre a qualcosa di stabile; una volta in posizione eretta, prima di incominciare a camminare, si accerti di essere ben solido sulle gambe;
- Anche coloro per i quali è permesso camminare da soli possono stancarsi verso la fine della giornata. Usi il deambulatore e chieda aiuto se sente di averne bisogno.
- Indossi sempre scarpe chiuse e con la suola di gomma morbida; non cammini mai scalzo o a piedi nudi;
- Il locale in cui si muove deve sempre essere ben illuminato in modo da consentirle di vedere eventuali ostacoli;
- Porti sempre gli occhiali e gli apparecchi acustici, se ne ha bisogno;



- Quando è in bagno o nella doccia si appoggi sempre al corrimano;
 - Non lasci mai oggetti (giornali, vestiti, borse, ecc.) a terra nella stanza;
- Oltre a queste poche raccomandazioni, è importante che Lei sia conscio delle sue condizioni di salute durante il soggiorno in ospedale e delle relative limitazioni. Faccia le cose in sicurezza, segua le istruzioni che le sono state fornite dal personale addetto all'assistenza e non esiti a cercare aiuto presso il personale. Si ricordi di suonare il campanello quando ha bisogno di assistenza.