


PROCEDURA GENERALE

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA

1. Premessa	pag 2
1.1 Le dimensioni del fenomeno	pag 3
1.2 I fattori di rischio	pag 4
2. Scopi e obiettivi	pag 6
2.1 Scopi	pag 6
2.2 Obiettivi	pag 6
3. Siglario / Glossario	pag 7
4. Matrice delle responsabilità	pag 8
5. Campo di applicazione	pag 9
6. Modifiche alle revisioni precedenti	pag 9
7. Descrizione delle attività	pag 10
7.1 Valutazione dei rischi ambientali	pag 10
7.2 Valutazione del rischio di caduta nella persona assistita	pag 11
7.3 Interventi preventivi ed educativi	pag 16
7.4 Gestione del paziente caduto	pag 27
8. La documentazione clinica medico/infermieristica	pag 29
9. Riferimenti / Bibliografia	pag 29
10. Allegati	pag 31
11. Indicatori / Parametri di controllo	pag 31
12. Lista di distribuzione	pag 32

Preparato e verificato	Approvato	Emesso
Per Di.P.Sa. G. Boarino	Direttore Di.P.Sa. M.G. Brociero	Servizio Qualità – Risk Management – Relazione con gli Utenti
Per QRMU E. Gorga	Direttore Sanitario P.O. M.C. Frigeri	Resp. L. Vero
	Resp. QRMU L. Vero	

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 2 di 32
---	---	---

1. Premessa

L'orientamento del Sistema Sanitario Nazionale è di offrire assistenza di alta qualità ed in condizioni di massima sicurezza su tutto il territorio nazionale (PSN 2006-2008; PSN 2011-2013; Patto per la Salute 2014-2016).

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari; infatti la complessità delle organizzazioni sanitarie, l'elevato livello tecnologico e l'alto numero di prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di eventi avversi.

Risulta evidente che la possibilità del verificarsi di un evento avverso, anche di particolare gravità, non è del tutto eliminabile, tuttavia devono essere attuate tutte le misure per prevenirli e/o ridurli.

Le cadute costituiscono un problema di significativa importanza nell'ambito del ricovero in ospedale dei pazienti, e da diversi anni sono oggetto di interesse e di studio da parte delle società scientifiche e delle istituzioni sanitarie internazionali.

Il *Centers for Diseases Control and Prevention*¹, nel settembre 2013 ha dichiarato che:

- tra le persone di età superiore a 65 anni, le cadute sono la causa principale di lesioni mortali e di lesioni non mortali irreversibili;
- tra le persone che cadono, circa un terzo subisce lesioni da moderate a gravi; queste lesioni possono dare difficoltà di deambulazione o di vita indipendente e aumentare il rischio di morte precoce;
- le cadute sono la causa più comune di lesioni traumatiche cerebrali;
- molte persone che cadono, anche se non si feriscono, sviluppano paura di cadere. Questa paura può causare riduzione delle loro attività, mobilità ridotta, perdita di forma fisica e aumento del rischio di caduta.

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e possono determinare conseguenze dannose, immediate e tardive, anche gravi.

Secondo l'OMS *"le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita"*². Con l'avanzare dell'età, infatti, aumenta il rischio di caduta e i conseguenti danni. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi.

Il contenimento del rischio da cadute del paziente in una struttura sanitaria è inoltre da considerare un indicatore della qualità assistenziale:

- tra i sei obiettivi per la sicurezza del paziente della Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali (anno 2014) troviamo *"ridurre il rischio di danno al paziente conseguente a caduta accidentale"*³.
- tra le pratiche fortemente raccomandate dal Agency for Healthcare Research and Quality troviamo *"interventi multifattoriali per la riduzione delle cadute"*^{4, 5}.

Il Ministero della Salute ha inserito la "morte o grave danno per caduta di paziente" nella liste degli eventi sentinella e nel novembre 2011 ha emesso la Raccomandazione n. 13, "Raccomandazione


¹ *Centers for Disease Control and Prevention (2013). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved July 13, 2015*

² *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*

³ *Joint Commission International Accreditation Standard for Hospital – 5th edition, 2014.*

⁴ *Evidence for Patient Safety Practices. AHRQ, marzo 2013.*

⁵ *Preventing Falls in Hospital – A toolkit for Improving Quality of Care. AHRQ, gennaio 2014.*

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 3 di 32
--	---	---

per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” fornendo uno strumento agli operatori per evitare o minimizzare il rischio di insorgenza di detto evento.

Negli anni 2013-2014 l’allora Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, al fine di definire a livello regionale delle linee di indirizzo e orientare l’operato delle strutture sanitarie sul tema cadute istituì un team multidisciplinare coinvolgendo le aziende sanitarie piemontesi: a questi lavori partecipò anche l’Azienda Sanitaria Locale CN2 Alba-Bra (ASL CN2 di seguito). Questo team multidisciplinare, nel gennaio 2014 emanò le “Linee di indirizzo e informazioni utili per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie” che dopo l’approvazione da parte della Direzione della Sanità della Regione Piemonte, vennero inviate a tutte le aziende sanitarie ospedaliere e a tutte le aziende sanitarie locali per guidarle verso significative azioni di miglioramento finalizzate a ridurre il rischio di caduta delle persone assistite.

Le indicazioni nazionali e regionali per le aziende sanitarie prevedono l’applicazione di strumenti per la valutazione del rischio di caduta, l’utilizzo di ausili per ridurre il rischio e lo sviluppo di procedure per la gestione dei pazienti a rischio caduta; richiedono inoltre un sistema di monitoraggio della *compliance* rispetto all’utilizzo degli strumenti di valutazione e dell’implementazione delle strategie per minimizzare il rischio.

Da segnalare ancora che nell’aprile 2015 il Ministero della Salute ha pubblicato il quinto Rapporto di Monitoraggio sugli eventi sentinella dal quale risulta che il maggior numero di segnalazioni da parte delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale è rappresentato dall’evento “caduta dei pazienti”: in particolare, poi, dal 2005 al 2012 al Ministero sono stati segnalati 471 casi di morte o di grave danno per caduta di paziente.

La frequenza dell’evento caduta e l’impatto assistenziale che ne deriva, richiede di affrontare il problema nei modi più efficaci; se da un lato non è realistico pensare che il fenomeno cadute possa essere ridotto a zero, dall’altro sono noti fattori contribuenti che possono essere controllati attraverso specifici interventi⁶.

1.1 Le dimensioni del fenomeno

Secondo l’OMS “il 30% delle persone sopra i 65 anni cade ogni anno, e per le persone sopra ai 75 anni i tassi sono più elevati.

Tra il 20% e il 30% di coloro che cadono subiscono danni che riducono la mobilità e l’indipendenza e aumentano il rischio di morte prematura. I tassi di cadute negli anziani residenti in istituzioni sono più alti di quelli registrati a livello di comunità”⁷.


Secondo l’American Geriatric Society ogni anno il 35-40% della popolazione sana al di sopra dei 65 anni subisce una caduta; questa percentuale supera il 50% sopra i 75 anni, con notevole impatto sulla sicurezza individuale e sulla qualità della vita.

Le cadute risultano il più frequente e serio incidente domestico nelle persone anziane e sono una delle principale ragioni di ricovero e di istituzionalizzazione degli anziani. “Circa il 10% delle cadute determina danni gravi; di questi il 5% sono fratture. Nelle persone anziane circa il 95% delle fratture del femore sono causate dalle cadute; tra le persone che cadono riportando la frattura del femore circa la metà non riprendono più il cammino e il 20% muore entro 6 mesi”⁸.

⁶ Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 5° rapporto. Aprile 2015

⁷ WHO - 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

⁸ WHO - What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent falls? Geneve: 2004

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 4 di 32
---	---	---

Le cadute possono anche portare a perdita di funzione, ansia, depressione, ostacoli alla riabilitazione, aumentata durata della degenza, incapacità di ritornare a casa, contribuendo in tal modo a costi aggiuntivi sociali e sanitari.

Il contesto italiano

In Italia, ogni anno, oltre 3000 persone muoiono tra le mura domestiche a causa di cadute e, secondo dati ISTAT e INAIL, ogni 10 secondi, nelle abitazioni si verifica un incidente che richiede un ricovero ospedaliero. Anche nel nostro paese il 35-40% degli anziani di età superiore a 65 anni cade almeno una volta l'anno e l'incidenza risulta ancora maggiore negli ultra settantacinquenni. Ancora un dato dell'ISTAT deve fare riflettere: gli ultrasessantacinquenni sono un quinto della popolazione italiana (11 milioni) e le persone pari o oltre gli 85 anni sono circa un milione e mezzo; gli ultracentenari risultano oltre 12.000. Il significativo incremento di questa popolazione e l'aumento continuo che ne danno le proiezioni (33,7% nel 2050) giustificano l'attenzione al fenomeno caduta posta dal Ministero della Salute al fine di attuare strategie idonee a limitarne il più possibile il numero, la gravità, i costi economici ed assistenziali⁹.

Interessante ancora notare che circa il 14% delle cadute in ospedale viene classificato come accidentale, l'8% come imprevedibile e il 78% rientra tra le cadute prevedibili per i fattori di rischio identificabili della persona.

Va infine segnalato che ospedali con tassi di cadute più alti della media potrebbero essere addirittura virtuosi ed aver adottato un sistema di segnalazione migliore oppure assistere pazienti più a rischio.

1.2 I fattori di rischio

Dalla letteratura esaminata risulta che le cadute hanno un'eziologia multifattoriale.

*"Sono stati descritti più di 400 separati fattori di rischio"*¹⁰. Ciò ha notevoli implicazioni in termini di riduzione del rischio come si evidenzierà nel successivo paragrafo. Secondo il citato documento dell'OMS, ripreso poi dalla raccomandazione ministeriale, i fattori di rischio si possono suddividere in due categorie:

A. fattori intrinseci al paziente

B. fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature


A. Fattori intrinseci al paziente

- **Anamnesi di precedenti cadute** e/o ricovero causato da una caduta.
- **Età avanzata**; l'incidenza delle cadute aumenta con l'aumentare dell'età.
- **Farmaci assunti**; secondo l'OMS le benzodiazepine sono associate con un aumento fino al 44% di rischio di frattura di femore e caduta nelle ore notturne. Aumento significativo del rischio anche per farmaci psicotropi, antiaritmici, digossina, diuretici e sedativi. Il rischio aumenta significativamente se una *"persona assume più di 4 farmaci indipendentemente dal tipo. L'utilizzo di 4 o più farmaci è associato con un rischio di nove volte maggiore di alterazione cognitiva e paura di cadere"*¹¹.

⁹ <http://www.intempo-online.com> - Le cadute negli anziani - 29 luglio 2016

¹⁰ NPSA - The third report from the Patient Safety Observatory "Slips, trips and falls in hospital" - 2007

¹¹ NICE "Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people" - 2004

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 5 di 32
--	---	---

- **Patologie:** circolatorie, cerebro-vascolari, polmonari croniche-ostruttive, infezioni e malattie acute (infezioni delle vie urinarie, influenza), depressione e artriti sono associate ad un aumentato rischio. L'incontinenza è anche frequentemente presente nelle persone che cadono
- **Ridotta mobilità e alterata andatura:** la debolezza muscolare è un fattore di rischio così come il deficit nell'andatura e nell'equilibrio; la difficoltà nell'alzarsi da una sedia è anche associata ad un aumento del rischio. Uno studio effettuato in Italia nel 2007 dalla Società Internazionale di Propriocezione e Postura dimostra che il riprogrammare l'equilibrio della persona attraverso incontri per l'attivazione della *propriocezione*, ovvero del flusso di segnali/informazioni provenienti da muscoli, tendini e articolazioni che consentono al sistema nervoso di regolare il movimento e la postura, riduce le cadute del 36%¹².
- **Abitudini di vita sedentarie:** determinano, in una sorta di circolo vizioso, riduzione della forza e indebolimento muscolare che si somma a quello, di per sé fisiologico, legato all'invecchiamento.
- **Stato psicologico - paura di cadere:** secondo l'OMS il 70% delle persone che sono cadute recentemente e circa il 40% di coloro che non riferiscono recenti cadute dichiarano di aver paura di cadere. La ridotta attività fisica e funzionale è associata alla paura e all'ansia di cadere. Si instaura un circolo vizioso per cui la persona, a causa della paura, tende a muoversi di meno con conseguenti danni da riduzione della mobilità e aumentato rischio di cadere.
- **Deficit nutrizionale:** un indice di massa corporea al di sotto della norma è associato con un aumentato rischio di caduta. La carenza di Vitamina D è particolarmente comune negli anziani istituzionalizzati e può portare ad alterazioni dell'andatura, debolezza muscolare e osteoporosi.
- **Deficit cognitivo:** anche a livello modesto è associato ad un rischio aumentato di caduta. I residenti nelle Strutture Residenziali a basso/medio/alto livello di complessità (ex R.S.A., R.A.F. ecc...) affetti da demenza cadono il doppio di quelli senza deficit cognitivi.
- **Problemi di vista:** acuità, sensibilità al contrasto, campo visivo, cataratta, glaucoma sono fattori contribuenti al rischio di caduta così come le lenti bifocali o multifocali.
- **Problemi ai piedi:** calli, deformità, ulcere, problemi alle unghie e dolore durante il cammino aumentano le difficoltà di equilibrio e il rischio di caduta. Le calzature adeguate sono fattori altrettanto importanti.
- **Incontinenza:** dai risultati di un recente studio prospettico¹³ si rileva che soffrire di incontinenza urinaria aumenta di 5 volte il rischio di cadere di una persona.

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

- **Isolamento sociale, difficoltà finanziarie:** uno studio e molti lavori¹⁴ dimostrano che un reddito basso rappresenta un fattore di rischio significativo. La povertà, il grado di deprivazione relativa e i processi di esclusione sociale hanno un considerevole impatto sulla salute della popolazione. Risultano infatti ad alto rischio di caduta soggetti soli, divorziati, vedovi¹⁵ che hanno un basso reddito o una situazione socio-economica svantaggiata.

Nelle strutture socio-sanitarie occorre invece considerare:


- **Pavimenti** (scivolosi, dislivelli, bagnati / presenza di cartelli durante il lavaggio)
- **Corridoi** (presenza o meno di corrimani, larghezza, presenza di arredi ingombranti...)
- **Scale** (corrimano, gradini con materiale antiscivolo)

¹² Dominelli C. Anziani: -36% cadute grazie alla propriocezione. *Il Sole 24 Ore*, 20 gennaio 2009

¹³ Abreu HC, Reiners AA, Azevedo RC et al. Incident and predicting factors of falls of older inpatient. *Rev Saude Publica* 2015; 49-37.

¹⁴ Kelly KD, Pickett W., Yannakoulis N. et al. "Medication use and falls in community dwelling older persons. *Age ageing* 2003; 32: 503-9.

¹⁵ Biderman A, Cwikel J, Fried AV, Galinsky D J. Depression and falls among community dwelling elder people. A search for common risk factors. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 631-6.

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 6 di 32
---	---	---

- **Camere di degenza e bagni** (dimensione minima a norma, apertura porta verso l'esterno, luci diurne e notturne adeguate, interruttori visibili al buio)
- **Letti** (altezza regolabile, spondine rimuovibili e adattabili in altezza, campanello di chiamata raggiungibile, ruote e freni funzionanti)
- **Carrozine** (braccioli e poggiatesta estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza <70 cm, schienale basso cm 90-92 da terra max cm 95, con profondità di 43-45 cm (per le carrozine non portatili)
- **Ambienti** presenza o meno di barriere architettoniche
- **Ausili per la deambulazione** adeguati
- **Bagni** con adeguati supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.


2. Scopi/Obiettivi

2.1 Scopi

- Ridurre l'incidenza di cadute nelle diverse aree ospedaliere e territoriali dell'ASL CN2.
- Gestire il paziente caduto in termini di appropriatezza.
- Fornire al team multidisciplinare specifiche istruzioni operative per la prevenzione e gestione del fenomeno cadute.
- Migliorare la sorveglianza ed il monitoraggio del fenomeno "cadute" nei pazienti ricoverati.


2.2 Obiettivi

- Identificare ed eliminare situazioni legate all'ambiente che comportino rischi di caduta
- Identificare le persone a rischio di caduta per garantire interventi assistenziali appropriati di prevenzione primaria
- Favorire la *compliance* alle istruzioni operative da parte di operatori e persone assistite nella prevenzione delle cadute attraverso azioni educazionali
- Utilizzare efficaci metodi e strumenti di rilevazione/analisi della caduta derivanti dalla letteratura e condivisi dal team multidisciplinare
- Uniformare le modalità di segnalazione dell'evento caduta applicando una specifica scheda di segnalazione da indirizzare agli Uffici Competenti
- Garantire interventi assistenziali appropriati in caso di caduta e favorire il pronto recupero della persona assistita
- Attuare interventi che evitino il ripetersi dell'evento (prevenzione secondaria)
- Documentare tutte le fasi del processo di prevenzione e gestione delle cadute delle persone assistite attraverso la costruzione di specifiche, appropriate e funzionali schede clinico/assistenziali da inserire nella Cartella Sanitaria Integrata aziendale

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 7 di 32
---	---	---

3. Siglario/Glossario

CADUTA Definizione 1	“Evento in cui il paziente viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito a tornare nel letto o sulla poltrona/sedia”. (GRC Regione Toscana “La prevenzione delle cadute in ospedale” 2007)
CADUTA Definizione 2	“Improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa o clinostatica” La testimonianza della caduta è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte di testimoni. Si includono i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, quelli trovati sdraiati sul pavimento e le cadute avvenute nonostante il supporto (Chiari P. Bologna S.Orsola Malpighi, Centro Sudi EBN, dic. 2004) Nota: tale definizione è poi stata inserita anche nella Raccomandazione Ministeriale n. 13 del 01/12/2011
CADUTA ACCIDENTALE	Quando la persona cade involontariamente (x es. scivolando sul pavimento bagnato)
CADUTA IMPREVEDIBILE	Quando è determinata da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (per es. a causa di frattura patologica del femore)
CADUTA PREVEDIBILE	Quando avvengono nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili
CARTELLA	Documento aziendale riferito a Cartella Clinica/Cartella Socio-Sanitaria Integrata/Cartella Infermieristica
AHRQ	Agency for Health Research and Quality
D.I.	Diagnosi Infermieristica
Di.P.Sa.	Direzione delle Professioni Sanitarie
DSPO	Direzione Sanitaria di Presidio
GCS	Glasgow Coma Scale
NIC	Nursing Interventions Classification (Interventi Infermieristici)
NOC	Nursing Outcomes Classification (Risultati assistenziali)
NPSA	National Patient Safety Agency-Great Britain
OECD/OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OMS/WHO	Organizzazione Mondiale della Sanità/World Health Organization
Sigla⇒ p.a. =	Persona assistita
QRMU	Servizio Qualità, Risk Management, Relazione con gli Utenti
SC	Struttura Complessa
SPP	Servizio Prevenzione Protezione

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 8 di 32
---	---	---

4. Matrice delle responsabilità

ATTIVITA'	RESP SPP	DIR SC	MEDICO SC	INF/ TECN COORD	INFERM. FISIOT/ TECNICI	OSS	DIR. SANIT P.O/ Di.P.Sa.	RISK MAN AGE MEN T
Valutazione Rischi ambientali SC Compilazione checklist di controllo sicurezza ambiente		R		R				
Analisi risultati della valutazione rischi ambientali con eventuali relative decisione di Azioni di Miglioramento	R							
Valutazione paziente a rischio secondo procedura e compilazione scheda			R		R			
Pianificazione/ Attuazione interventi preventivi		S	R	S	R	C		
Gestione paziente caduto/ Primo soccorso, dinamica evento					R	C		
Gestione del paziente caduto/ Valutazione clinica/danno, accertamenti			R		C			
Discutere con il paziente la percezione dell'esperienza			R		R			
Interventi clinico/assistenziali sul paziente caduto			R	S	R	C		
Informare la famiglia sull'evento caduta			R					
Azioni educative rivolte a paziente/caregiver per compliance interventi per prevenire le cadute					R			
Compilazione scheda rilevazione cadute			R		R			
Invio scheda rilevazione cadute al QRMU con supervisione sul rispetto della procedura				R				
Informatizzazione - analisi dati da scheda rilevazione cadute							C	R
Analisi dei dati/report con individuazione di eventuali fattori correttivi/previs. incontri con SPP, Serv. Tecnico							C	R

LEGENDA: R = Responsabile; C = Collaboratore; S = Supervisore

5. Campo di applicazione

Le attività descritte in questa procedura devono essere applicate in tutte le Strutture Operative di degenza dei presidi ospedalieri dell'ASL CN2, per tutti gli assistiti nei diversi regimi di ricovero (Ordinario, Day Hospital, Day Service), per l'area Osservazione Breve Intensiva (OBI) del Dipartimento Emergenza Accettazione/Pronto Soccorso e per le aree di *Day Service* che prevedono un accesso continuativo nel tempo (es. prestazioni continuative S.C. Oncologia per ciclo farmaci antitumorali ecc...).


Per i regimi diurni si prevedono modalità di intervento semplificate descritte più avanti.

Per le altre aree ambulatoriali e distrettuali dell'ASL CN2 nella PGSGQ55 si prevedono Moduli informativi su rischio di caduta e modalità di prevenzione da affiggere e da consegnare agli assistiti/caregiver.

Per le Cure Primarie la PGSGQ55 andrà applicata con la compilazione della Scheda di Valutazione del Rischio di Caduta per poi attivare interventi adattandoli al contesto abitativo e familiare.

6. Modifiche alle revisioni precedenti

Revisione	Data	Motivo dell'aggiornamento					
0	Marzo 2010	Prima emissione.					
1	Novembre 2017	<p>Aggiornamento periodico, adeguamento a normativa nazionale e regionale. In particolare si sintetizzano le principali modifiche/integrazioni precedente procedura, a cui porre attenzione:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">La "Scheda Pianificazione Interventi Infermieristici", ora Allegato 3a, è stata modificata inserendo nel dettaglio la D.I. "Rischio di caduta" adeguando la stessa ai dettami della Direzione Sanitaria Aziendale e alla Di.P.Sa. relativi alla Cartella Sanitaria Integrata</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Viene prevista una nuova "Scheda Attività preventive per il rischio cadute", Allegato 3b, da compilare per gli utenti ad accesso ambulatoriale in Day Service (ad es. interventi chirurgici come tunnel carpale, cataratta,...) non essendo realizzabile e valutabile, da parte del gruppo infermieristico, una pianificazione assistenziale a lungo termine</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Viene inserito il Modulo "Info parenti/utenti per la prevenzione delle cadute" (Allegato 5), già in uso da alcuni anni e già affisso alle pareti della struttura sanitaria, ma non ancora inserito in procedura</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Viene inserito Modulo "Info Ostetricia per la prevenzione cadute" (Allegato 6), già in uso da alcuni anni e già affisso alle pareti della S.C., ma non ancora inserito in procedura</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">La "Scheda rilevazione cadute" (Allegato 7) è stata modificata/integrata in alcune parti secondo quanto previsto dalla normativa vigente al fine di ottenere un'appropriate analisi dell'evento</td> </tr> </table>	La "Scheda Pianificazione Interventi Infermieristici", ora Allegato 3a, è stata modificata inserendo nel dettaglio la D.I. "Rischio di caduta" adeguando la stessa ai dettami della Direzione Sanitaria Aziendale e alla Di.P.Sa. relativi alla Cartella Sanitaria Integrata	Viene prevista una nuova "Scheda Attività preventive per il rischio cadute", Allegato 3b, da compilare per gli utenti ad accesso ambulatoriale in Day Service (ad es. interventi chirurgici come tunnel carpale, cataratta,...) non essendo realizzabile e valutabile, da parte del gruppo infermieristico, una pianificazione assistenziale a lungo termine	Viene inserito il Modulo "Info parenti/utenti per la prevenzione delle cadute" (Allegato 5), già in uso da alcuni anni e già affisso alle pareti della struttura sanitaria, ma non ancora inserito in procedura	Viene inserito Modulo "Info Ostetricia per la prevenzione cadute" (Allegato 6), già in uso da alcuni anni e già affisso alle pareti della S.C., ma non ancora inserito in procedura	La "Scheda rilevazione cadute" (Allegato 7) è stata modificata/integrata in alcune parti secondo quanto previsto dalla normativa vigente al fine di ottenere un'appropriate analisi dell'evento
La "Scheda Pianificazione Interventi Infermieristici", ora Allegato 3a, è stata modificata inserendo nel dettaglio la D.I. "Rischio di caduta" adeguando la stessa ai dettami della Direzione Sanitaria Aziendale e alla Di.P.Sa. relativi alla Cartella Sanitaria Integrata							
Viene prevista una nuova "Scheda Attività preventive per il rischio cadute", Allegato 3b, da compilare per gli utenti ad accesso ambulatoriale in Day Service (ad es. interventi chirurgici come tunnel carpale, cataratta,...) non essendo realizzabile e valutabile, da parte del gruppo infermieristico, una pianificazione assistenziale a lungo termine							
Viene inserito il Modulo "Info parenti/utenti per la prevenzione delle cadute" (Allegato 5), già in uso da alcuni anni e già affisso alle pareti della struttura sanitaria, ma non ancora inserito in procedura							
Viene inserito Modulo "Info Ostetricia per la prevenzione cadute" (Allegato 6), già in uso da alcuni anni e già affisso alle pareti della S.C., ma non ancora inserito in procedura							
La "Scheda rilevazione cadute" (Allegato 7) è stata modificata/integrata in alcune parti secondo quanto previsto dalla normativa vigente al fine di ottenere un'appropriate analisi dell'evento							

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 10 di 32
--	---	--

7. Descrizioni delle attività

7.1 Valutazione dei rischi ambientali

Le caratteristiche dell'ambiente fisico della struttura sanitaria impiegata nel prestare assistenza ai pazienti possono influire sui rischi di caduta dei pazienti oltre che dei visitatori e degli operatori. Nelle raccomandazioni di prevenzione delle cadute rilasciate da autorevoli organismi internazionali, l'intervento sull'ambiente e sui presidi è indicato come prioritario sia per le strutture per acuti che per le residenze sanitarie assistite.

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

A livello aziendale è stata messa a punto una **Checklist (Allegato n.1)** che contiene i principali fattori di rischio di ambienti e presidi desunti dall'analisi della letteratura e dall'esperienza.

Istruzioni tecniche per la compilazione

N.B. Tale checklist dovrà essere applicata entro **30 giorni** dall'emissione di questa procedura ed in caso di eventuali successive straordinarie modifiche negli ambienti o nei presidi (entro 30 giorni) e definirà un profilo di rischio con l'individuazione di eventuali problemi della struttura; potrà pertanto essere impiegata per programmare le azioni di miglioramento per la prevenzione.


Al momento dell'applicazione della checklist i valutatori, nella persona dell'Infermiere/Tecnico Coordinatore e del Direttore S.C. effettueranno l'osservazione degli ambienti della struttura guidati dalla checklist che verrà nel frattempo compilata. In caso di eventuali dubbi di valutazione potranno essere consultati, a seconda del quesito, il Direttore S.C. Servizi Tecnici, il responsabile S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione dell'ASLCN2 e il Direttore Sanitario di Presidio.

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

- S.S. Qualità e Risk Management e Relazione con gli Utenti
- S.C. Direzione Sanitaria di Presidio
- S.C. Servizi Tecnici
- S.S. Servizio Prevenzione e Protezione

N.B. La checklist originale andrà tenuta in archivio di reparto.

N.B. In caso di effettive gravi carenze strutturali o materiali tale checklist potrà essere utile al fine identificare più facilmente i problemi ed ottenere interventi migliorativi ambientali o materiali; si potrà anche eventualmente installare una specifica cartellonistica per segnalarli in attesa di sistemazione. La richiesta di tali interventi migliorativi dovrà essere indirizzata ai servizi di competenza (es. Servizio Tecnico o altri a seconda del problema rilevato) con un documento che andrà anch'esso protocollato con DOCS PA.

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 11 di 32
--	---	--

7.2 Valutazione del rischio di caduta nella persona assistita

Le attività identificate al fine di prevenire le cadute delle persone assistite derivano, in primis, dal Rapporto Mondiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla prevenzione delle cadute dell'anziano¹⁶ e dalla letteratura internazionale in merito.

Essi concordano nel ritenere che un intervento primario per la prevenzione delle cadute accidentali consiste nel valutare la persona al momento della presa in carico - in ospedale - presso le strutture residenziali - a livello domiciliare, al fine di individuare gli assistiti a rischio di caduta e mettere in atto per loro misure di prevenzione^{17, 18}.

C'è da rilevare che valutare una persona e determinare il rischio di caduta non è semplice e, soprattutto negli anziani, la maggior parte delle cadute sono dovute alla combinazione di numerosi fattori. Dagli studi esaminati, si può affermare che i *fattori intrinseci* sono più importanti nelle persone di 80 anni e oltre (più comune la perdita di coscienza che sottende una condizione medica come causa della caduta); nelle persone invece sotto i 75 anni, la caduta sembra maggiormente imputabile a *fattori estrinseci*.

Il rischio di caduta, inoltre (sia in ospedale che a livello di comunità), aumenta con l'aumentare dei *fattori di rischio*.

Il documento dell'OMS¹⁹, considerato ancora attuale, identifica **tre fattori di rischio**:

<ul style="list-style-type: none"> • “assunzione di più di 4 farmaci”
<ul style="list-style-type: none"> • “debolezza alle anche”
<ul style="list-style-type: none"> • “equilibrio instabile” che potrebbe essere valutato attraverso i seguenti parametri: <ul style="list-style-type: none"> - incapacità di mantenere la posizione seduta in autonomia - incapacità di mantenere la posizione eretta in autonomia

ed evidenzia un rischio di caduta fino al 100% in coloro che presentano tutti i tre fattori e del 12% in persone che non ne presentano alcuno.

Nessuna scala di valutazione esistente è in grado di soddisfare criteri di sensibilità, specificità e predittività per quanto riguarda il rischio di cadute. Nella nostra Azienda si è scelto di utilizzare la **Scala Conley** in quanto ha un alto valore di sensibilità (69%²⁰), consente di individuare molti pazienti a rischio di cadute che effettivamente cadranno (veri positivi), è facilmente comprensibile e veloce nella compilazione permettendo così di discriminare quali pazienti siano maggiormente a rischio di caduta.

¹⁶ Rapporto Mondiale dell'OMS sulla prevenzione delle cadute dell'anziano a cura di: Cespi, Centro Studi delle Professioni Sanitarie, Torino 2015

¹⁷ PNLG Istituto Superiore di Sanità La prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani 21/2/2008

¹⁸ National Institute for Clinical Excellence “The assessment and prevention of falls in older people” 21/11/2004

¹⁹ WHO global report on falls prevention in older age - 2007

²⁰ P. Chiari, D. Mosci, S. Fontana. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2002, 21, 3:117-124.

SCALA CONLEY di valutazione del rischio di caduta del paziente


Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente; possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. *Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.*

	SI'	NO
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)		
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)		
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
C5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	2	0
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0
TOTALE		_____

Per la Scala Conley il valore di **cut off** è **2** quindi **valori = > 2** devono allertare il personale di assistenza sul rischio di caduta dell'assistito.

Presso l'ASL CN2 è stata definita una specifica SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI utilizzando sia i criteri indicati dall'OMS, sia appunto la Scala Conley; tale scheda viene presentata come **Allegato n.2** di questa procedura.

L'applicazione di tale SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI necessita di specificazioni descritte nella pagina seguente.

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 13 di 32
--	---	--

MODALITA' DI APPLICAZIONE DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI (Allegato n.2)

COMPILAZIONE:

1) Per le aree di degenza:

▪ prima valutazione della persona assistita

- con la SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI
- fatta dall'INFERMIERE in fase di accettazione al ricovero in reparto/presa in carico del paziente
- **entro 24 ore:** naturalmente in caso di un'ammissione in urgenza, si compilerà in un secondo tempo, dopo la stabilizzazione clinica dell'assistito.

▪ valutazioni successive

- **dopo 72 ore** dalla prima valutazione in caso il paziente sia risultato inizialmente non a rischio
- dopo una caduta
- ogni volta in cui si rileva un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente
- quando vengono effettuate variazioni terapeutiche importanti (aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno/ansiolitici/psicofarmaci - benzodiazepine, diuretici, ecc)
- prima del trasferimento presso altre strutture
- alla dimissione verso il domicilio.

→ Criteri di inclusione


La SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI dovrà quindi essere compilata per:

- tutti gli assistiti nei vari regimi di ricovero con pernottamento e nell'O.B.I.**
- i pazienti con accesso alle Cure Primarie, che presentano i 3 fattori OMS sotto riportati o, in caso di dubbio, che ne presentino anche solo 1:**

•“assunzione di più di 4 farmaci” (indipendentemente dal tipo)
•“debolezza alle anche” che può essere tradotta come <i>debolezza dei muscoli stabilizzatori del bacino con sbilanciamento dell'anca durante il passo e nei cambi di posizione</i>
•“equilibrio instabile” che potrebbe essere valutato attraverso i seguenti parametri: <ul style="list-style-type: none"> - incapacità di mantenere la posizione seduta in autonomia - incapacità di mantenere la posizione eretta in autonomia

→ Criteri di esclusione

- gli assistiti nei vari regimi di ricovero senza pernottamento**
- i pazienti con accessi ambulatoriali in Day Service** (ad es. interventi chirurgici declassati come tunnel carpale, cataratta ecc...)

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 14 di 32
---	---	--

Il rilevatore, un Infermiere:

- verifica su **tutti gli assistiti** la rispondenza - o meno - ai criteri di inclusione della persona assistita compilando il primo riquadro (|_1_|) della SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI
- se, dei criteri descritti nel riquadro |_1_| ne risulta anche solo uno presente e si sia quindi crociato almeno un SI, egli continua con la compilazione del secondo riquadro |_2_| della scheda (che comprende la Scala Conley). Si desume quindi che per i pazienti che non presentano neppure un criterio di inclusione, la “Scheda di Valutazione Rischio Caduta pazienti” rimarrà compilata solo nel primo riquadro, ma tale registrazione sarà comunque obbligatoria al fine di documentare in Cartella Infermieristica/Integrata che si è valutato il 100% dei pazienti. Notare bene: Per queste tipologie di pazienti sarà necessaria la rivalutazione dopo 72 ore
- in presenza di “indice di Conley = > 2” è tenuto a crociare il SI relativo alla diagnosi infermieristica “rischio di caduta”
- rivaluta dopo 72 ore il tutto solo sui pazienti risultati non a rischio nella prima valutazione
- rivaluta ancora, sempre per i pazienti inizialmente risultati non a rischio, ogni qual volta venga rilevato un cambiamento nelle loro condizioni cliniche oppure ancora quando vengano effettuate variazioni importanti nei trattamenti terapeutici (es. aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno/ansiolitici/psicofarmaci-benzodiazepine, diuretici ecc).


→ La DIAGNOSI INFERMIERISTICA DI RISCHIO CADUTA (indice di Conley = > 2) comporterà per gli infermieri la stesura e l’attuazione del piano assistenziale attraverso la compilazione della SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. “RISCHIO DI CADUTA” - Allegato n. 3a)

→ NOTARE BENE:

PER FACILITARE L’ATTIVITA’ INFERMIERISTICA SI FORNISCE LA SEGUENTE INDICAZIONE AL GRUPPO PROFESSIONALE:

per l’area medica, si ritiene necessario seguire le normali istruzioni tecniche di compilazione di tutte le Schede Assistenziali descritte nella PGSGQ55.

per l’area chirurgica si deve tener presente che tutti i pazienti che saranno operati presenteranno la diagnosi infermieristica “rischio di caduta” nell’immediato post operatorio, pertanto, già alla prima valutazione durante l’ammissione (o almeno entro le prime 24 ore dal ricovero), andranno educati e assistiti per tale diagnosi. → In tutti questi casi sarà possibile evitare la compilazione della SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI passando direttamente alla compilazione della SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. “RISCHIO DI CADUTA” – Allegato n. 3a)

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 15 di 32
---	---	--

2) Per le aree di Day Hospital - Day Service che prevedono accessi periodici programmati (ad esempio S.C. Oncologia, S.C. Nefrologia e Dialisi, ...)

▪ **prima valutazione della persona assistita**

la SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI viene redatta dall'INFERMIERE in fase di accettazione, al ricovero/presa in carico del paziente.

Il rilevatore, un Infermiere:

- verifica su **tutti gli assistiti** la rispondenza - o meno - ai criteri di inclusione della persona assistita compilando il primo riquadro ([1_]) della Scheda di Valutazione Rischio Caduta Pazienti (Allegato n.2).
- se, dei criteri descritti nel riquadro [1_] ne risulta anche solo uno presente e si sia quindi crociato almeno un SI, egli continua con la compilazione del secondo riquadro [2_] della scheda (che comprende la Scala Conley). Si desume quindi che per i pazienti che non presentano neppure un criterio di inclusione, la “Scheda di Valutazione Rischio Caduta Pazienti” rimarrà compilata solo nel primo riquadro, ma tale registrazione sarà comunque obbligatoria al fine di documentare in Cartella Infermieristica/Integrata che si è valutato il 100% dei pazienti.
- Nel caso di **successivi accessi** dell'utente, in cui venga a modificarsi uno o più dei 3 fattori OMS, l'Infermiere compila anche il secondo riquadro [2_] della scheda (Scala Conley).
- in presenza di “indice di Conley < di 2”, il paziente non risulta a rischio caduta.

▪ **valutazioni successive**

Nei successivi accessi dell'utente l'Infermiere effettuerà una nuova valutazione dei pazienti inizialmente risultati non a rischio:

- ogni qual volta venga rilevato un cambiamento nelle condizioni cliniche
 - quando vengano effettuate variazioni importanti nei trattamenti terapeutici
 - dopo una caduta
 - al termine dei trattamenti
- In presenza di “indice di Conley = > 2” è tenuto a crociare il SI relativo alla diagnosi infermieristica di “paziente a rischio di caduta”

➔ La DIAGNOSI INFERMIERISTICA DI RISCHIO CADUTA (indice di Conley = > 2) comporterà per gli infermieri la stesura e l'attuazione del piano assistenziale con gli interventi preventivi e di educazione sanitaria attraverso la SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. “RISCHIO DI CADUTA” – Allegato n. 3a).

7.3 Interventi Preventivi ed Educativi

In presenza di “indice di Conley = > 2” la persona è da ritenersi a rischio caduta; ciò comporta per gli infermieri la stesura e l’attuazione del piano assistenziale con interventi preventivi e di educazione sanitaria.

La SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. “RISCHIO DI CADUTA”– Allegato n. 3a), già citata nel precedente paragrafo, prevede:

- alla pagina 1: i principali *FATTORI DI RISCHIO* della D.I. “RISCHIO DI CADUTA”, il NOC “Comportamenti volti alla prevenzione delle cadute” con relativi indicatori(vedi Fac-simile):

Fac-simile pagina 1 della SCHEDA DI PIANIFICAZIONE INTERVENTI INFERMIERISTICI

COGNOME E NOME N° SDO


SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI									
DIAGNOSI INFERMIERISTICA: RISCHIO DI CADUTA									
A rischio di aumentata probabilità di cadute che possono essere causa di danni fisici (cod. 00155)									
FATTORI DI RISCHIO	(NOC) Risultati dell'assistenza			SCALA di valutazione degli indicatori di risultato					
	COMPORTAMENTI VOLTI ALLA PREVENZIONE DELLE CADUTE	Cod. 1909		Dimostrato *					
		data	ora	sigla inf.	Mai	Rar	Talv	Spe	Cost
<input type="checkbox"/> Et� di 65 anni o superiore									
Compromissione della mobilit�	<input type="checkbox"/> Adotta procedure sicure per gli spostamenti								
Compromissione dell'eq.ilibrio	<input type="checkbox"/> Richiede l'assistenza per la deambulazione								
Utilizzo di ausili (per es. deambulatore o bastone)	<input type="checkbox"/> Utilizza correttamente gli strumenti ausiliari								
Difficolt� visive	<input type="checkbox"/> Adotta strumenti di correzione della vista								
<input type="checkbox"/> Condizioni post operatorie	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Storia di cadute	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Riduzione delle facolt� mentali	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Contenzione									
<input type="checkbox"/> Bisogno urgente di urinare	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Agenti farmacologici	<input type="checkbox"/>								
NOTE:	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								

*LEGENDA: Scala di Valutazione degli indicatori di risultato (scala "m" da testi NANDA): Mai=mai dimostrato, Rar=Raramente dimostrato, Talv=Talvolta dimostrato, Spe=Spesso dimostrato, Cost=Costantemente dimostrato

- alla pagina 2: il NIC “PREVENZIONE DELLE CADUTE” con l’elenco degli interventi infermieristici standard previsti dal piano assistenziale, che possono essere messi in atto dagli operatori per i pazienti a cui è stata fatta la D.I. “Rischio di caduta” (vedi sotto Fac. simile):

Fac-simile pagina 2 SCHEDA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE (D.I.“RISCHIO DI CADUTA”)

	COGNOME E NOME		N° SDO					
3.2 PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE	DIAGNOSI INFERMIERISTICA: RISCHIO DI CADUTA							
	Interventi e attività (NIC)	Attuazione						
	PREVENZIONE DELLE CADUTE	Cod. 6490	Data / Ora Sigla					
	All'ingresso del paziente							
	<input type="checkbox"/> Spiegare alla persona/caregiver come prevenire le cadute in ospedale rinforzando le informazioni con l'eventuale consegna del Mod. 01PGSGQ55							
	<input type="checkbox"/> Individuare i supporti/ausili per la mobilizzazione e la deambulazione							
	<input type="checkbox"/> Informare dell'importanza della presenza di un operatore e/o di un familiare per l'alzata dal letto o passaggi letto/carrozzina							
	Durante la degenza	Data / Ora Sigla	Data / Ora Sigla	Data / Ora Sigla	Data / Ora Sigla	Data / Ora Sigla	Data / Ora Sigla	Data / Ora Sigla
	<input type="checkbox"/> Istruire la persona/caregiver a chiedere assistenza nei movimenti/trasferimenti (letto/sedia/poltrona)							
	<input type="checkbox"/> Istruire l'assistito a portare occhiali e/o apparecchio acustico quando non è a letto							
	<input type="checkbox"/> Monitorare la capacità della persona di trasferirsi dal letto alla sedia e viceversa							
	<input type="checkbox"/> Incoraggiare e istruire l'assistito all'uso del bastone o del deambulatore							
	<input type="checkbox"/> Monitorare l'andatura, l'equilibrio e la resistenza alla deambulazione							
	<input type="checkbox"/> Assistere la persona instabile nella deambulazione, nei trasferimenti							
	<input type="checkbox"/> Aiutare nell'uso del gabinetto ad intervalli prefissati e frequenti							
<input type="checkbox"/> Durante il turno notte fare attenzione ai risvegli della persona verificando il suo livello di sicurezza								
<input type="checkbox"/> Utilizzare, se necessario, sponde lunghe a metà letto (se disponibili)								
In caso di caduta: <input type="checkbox"/> Rivalutare il paziente caduto e rinforzare l'educazione relativa agli interventi preventivi delle cadute in ospedale (come da PGSGQ55)								
Alla dimissione							Data/ora/ dimissione firma	
<input type="checkbox"/> Illustrare e consegnare alla persona assistita/caregiver l'opuscolo informativo "informazioni utili per la prevenzione delle cadute" Mod. 03PGSGQ55								

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 18 di 32
--	---	--

MODALITA' DI APPLICAZIONE DELLA "SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I.: RISCHIO DI CADUTA)"

COMPILAZIONE (seguendo le diverse colonne):

Pagina 1:

1) L'Infermiere accerta gli elementi utili per la pianificazione assistenziale indirizzata alla persona con Diagnosi Infermieristica "Rischio di caduta" e, sulla base della documentazione sanitaria, dell'intervista fatta a paziente/familiari/caregiver e dell'osservazione diretta, individua gli specifici *FATTORI DI RISCHIO* scegliendo tra quelli proposti.

2) Anche se la scelta dei fattori di rischio può prevedere numerosi items, per semplificare l'uso della scheda, si individua solo il *NOC "COMPORTAMENTI VOLTI ALLA PREVENZIONE DELLE CADUTE"* (cod. NANDA 1909) con i relativi 4 indicatori sottostanti. L'infermiere individua lo/gli indicatore/i adeguato/i e di conseguenza compila sulla destra la "*SCALA DI VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI DI RISULTATO*" crociando una tra le opzioni

- Mai Dimostrato (Mai)
- Raramente Dimostrato (Rar)
- Talvolta Dimostrato (Talv)
- Spesso Dimostrato (Spe)
- Costantemente Dimostrato (Cost).

L'indicatore di risultato va valutato:

- all'inizio della pianificazione assistenziale (quando il paziente risulta a rischio di caduta);
- ogni qual volta si modifica la situazione clinica del paziente o comunque almeno una volta durante il decorso clinico (nei casi di ricovero in Day Hospital - Day Service ad accesso periodico sarà considerato valido l'indicatore della presa in carico iniziale fino a quando si modifica la situazione clinica del paziente);
- alla dimissione del paziente.

Ogni volta che si effettua una compilazione occorre indicare la data, l'ora e apporre la propria sigla.


Pagina 2:

L'infermiere procede a pianificare gli "*INTERVENTI E ATTIVITA' (NIC)*" necessarie alla prevenzione delle cadute al momento dell'**ingresso del paziente, durante la degenza e alla dimissione**, mettendo una "x" sul quadratino sul lato sinistro dell'attività ritenuta necessaria.

Ogni qualvolta l'attività viene realizzata, l'infermiere appone la propria sigla con data e ora nella casella corrispondente del riquadro "**Attuazione**".

→ **In particolare:**

→ Per i **RICOVERI ORDINARI**, compilare la SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. RISCHIO DI CADUTA – Allegato n. 3a) per tutti i pazienti che risultano a rischio caduta (indice di Conley = > 2), in tutte le aree di degenza medica e chirurgica.

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 19 di 32
--	---	--

→ Per i **“RICOVERI BREVI”** intesi come ricoveri che prevedono anche un solo pernottamento *in regime di Day Surgery / Day Hospital / O.B.I.*, nei pazienti che risultano a rischio caduta, l’Infermiere segnalerà sulla SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. RISCHIO DI CADUTA – Allegato n. 3a) gli interventi attuati che, verosimilmente, saranno rapportati alla breve durata del ricovero.

→ Per gli **ACCESSI PERIODICI PROGRAMMATI nelle aree di Day Hospital - Day Service** (ad es. S.C. Oncologia, S.C. Nefrologia e Dialisi, ...), nei pazienti che risultano a rischio caduta, l’Infermiere indicherà sulla SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. RISCHIO DI CADUTA – Allegato n. 3a) gli interventi attuati che, verosimilmente, saranno correlati alla tipologia di ricovero/accesso e che, a partire dalla data di presa in carico, continueranno per tutti gli accessi. In questi casi sarà sufficiente scrivere la data del primo accesso seguita da una linea continua con freccia, fino al momento di eventuale modifica della situazione clinica del paziente o fino alla dimissione.

→ Per gli **ACCESSI “AMBULATORIALI” in Day Service** (ad es. interventi chirurgici declassati come tunnel carpale, cataratta ecc...), non essendo realizzabile e valutabile una pianificazione assistenziale a lungo termine, l’Infermiere è tenuto ad espletare un’attività semplificata compilando la breve scheda **“ATTIVITA’ PREVENTIVA PER IL RISCHIO DI CADUTA”** (**Allegato n. 3b**).

→ Per i **RICOVERI PRESSO la S.C. Ostetricia e Ginecologia**:

in Ostetricia, le *donne assistite in stato di gravidanza fisiologica e le puerpere*, non trovandosi in uno stato patologico, non sono da considerare a rischio caduta. Le stesse andranno però informate sul *rischio di caduta del neonato* in caso quest’ultimo venga appoggiato sul letto della neomamma nei momenti in cui la stessa si riposa: eventi sentinella avvenuti segnalano infatti rovinose cadute dal letto dei bimbi che rimangono senza protezione nei momenti di sonno profondo della puerpera. A tal fine è stato preparato anche un modulo informativo inserito in questa procedura (**Allegato n.6**) da consegnare alla madre e affiggere in ogni stanza di degenza.

Nel caso in cui si verificasse una caduta, gli operatori testimoni diretti o indiretti dell’evento sono comunque tenuti a segnalare l’evento impiegando l’apposita *Scheda Rilevazione Cadute* (**Allegato n.7**).

Invece per le *donne assistite sottoposte a parto cesareo*, trattandosi di un intervento chirurgico, andrà applicata la PGSGQ55 come per tutte le altre aree chirurgiche pertanto andrà prevista la SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. RISCHIO DI CADUTA).

In ultimo, per le *donne ricoverate in Ginecologia* è prevista la normale applicazione della procedura.

→ **ESCLUSIONE PER CASI PARTICOLARI**

Per le persone assistite in stato di coma con Glasgow Coma Scale ≤ 8 non è possibile applicare la SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. RISCHIO DI CADUTA) così come definita, ma viene prevista un’assistenza di base con mobilitazione passiva messa in atto dagli operatori sanitari ed altri particolari interventi messi in atto in modo specifico per questa tipologia di pazienti.


	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 20 di 32
---	---	--

TABELLA SINOTTICA

MODALITA' DI UTILIZZO DELLA DOCUMENTAZIONE DESCRITTA NELLA PRESENTE
PROCEDURA IN BASE AL TIPO DI RICOVERO/ACCESSO DELLA PERSONA ASSISTITA

	Scheda di valutazione rischio caduta (Allegato 2)	Scheda di pianificazione degli interventi infermieristici (Allegato 3a)	Scheda Attività preventive per il rischio caduta (Allegato 3b)	Affissione modulo MOD01 (Allegato 5)	Affissione modulo MOD02 Ostetricia (Allegato 6)	Scheda rilevazione cadute (Allegato 7)
Ricovero in area medica	X	X (per paz a rischio caduta)		X		X
Ricovero in area chirurgica		X		X		X
Ricoveri brevi in area chirurgica		X		X		X
O.B.I.	X	X (per paz a rischio caduta)				X
Day Hospital/ Day Service ad accesso periodico	X	X (per persone a rischio di caduta)		X		X
Ricovero ambulatoriale (per I.C. declassati)			X	X		X
Ricovero in Ostetricia					X	X
Accessi ambulatoriali/ Radiodiagnostica/ Lab. Analisi/...				X		X
Accesso alle Cure Primarie	X					

→ NOTARE BENE:


Si ricorda che **tutte le schede** descritte sono parte integrante della documentazione clinica del paziente e andranno inserite nella CARTELLA INFERMIERISTICA/CARTELLA SANITARIA INTEGRATA o altro Fascicolo Sanitario in uso presso la struttura di presa in carico della persona.

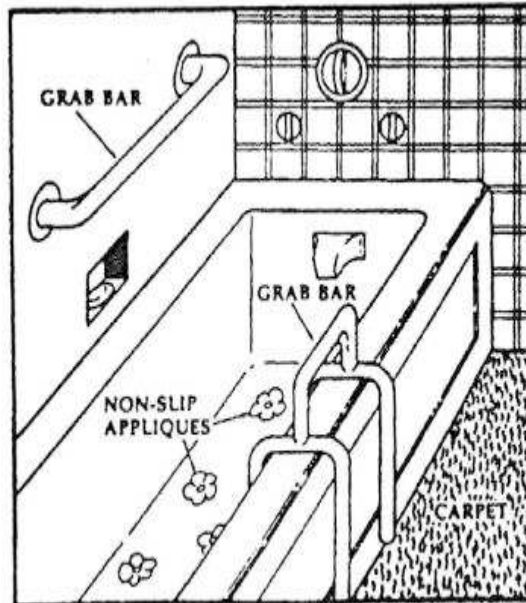
Per le S.C. aziendali che utilizzano la CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA tali interventi sono invece inseriti come NIC della D.I. "RISCHIO DI CADUTA" pertanto il documento cartaceo in oggetto non andrà compilato perché opportunamente sostituito dalla registrazione informatizzata.

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

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

Tali interventi preventivi ed educativi vengono inseriti, ma sinteticamente, nella SCHEDA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE (D.I. "RISCHIO DI CADUTA").

AMBITI PROBLEMATICI	INTERVENTI PREVENTIVI E EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTE/CAREGIVER
<p style="text-align: center;">RISCHI AMBIENTALI</p> 	<p>Collocare la persona nella camera e nel/nella posto letto/postazione idoneo/a valutando le distanze e lo spazio nella camera (deve essere adeguato alle manovre da effettuare considerando le limitazioni del soggetto e le capacità residue). Limitare gli spostamenti per evitare problemi di orientamento.</p> <p>Illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni, gli ausili a disposizione nella camera di degenza (impianto di chiamata, illuminazione ecc.), nei corridoi (corrimano) e nei servizi igienici (supporti presenti, disponibilità di sedia da doccia, bagni attrezzati).</p> <p>Fornire gli accessori di supporto per il letto (spondine, trapezio ecc.). L'arredo deve prevedere spigoli arrotondati e mobili stabili a cui possa appoggiarsi la persona incerta nel cammino. Le sedie dovrebbero essere non troppo basse e prevedere i braccioli, i tavoli consentire alla carrozzina di infilarci. Il mobilio troppo basso dovrebbe essere eliminato in quanto può costituire un inciampo.</p> <p>Verificare e/o far verificare periodicamente la funzionalità degli impianti, dei servizi e degli arredi.</p> <p>Migliorare l'illuminazione, rendendo comodi e visibili gli interruttori di chiamata e di illuminazione. Accendere le luci notturne vicine al letto e nei bagni. Far posizionare luci con accensioni automatiche in presenza di persone, soprattutto nei bagni.</p> <p>Rendere i percorsi liberi da ostacoli (es. fili elettrici, telefonici).</p>



Per tutti i turni di lavoro mantenere in ordine gli ambienti di cura rimuovendo qualsiasi oggetto che possa intralciare la marcia.

Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi, far pulire immediatamente i pavimenti sporchi di liquidi.

Prediligere la presenza del **doppio mancorrente in prossimità delle scale** e la presenza di **strisce antiscivolo** sui gradini (meglio se segnalazione diversa sull'ultimo gradino).

Utilizzare per la postura e la posizione seduta **supporti adeguati** (cinture di sicurezza, cuscini antiscivolamento, tavolino da carrozzina, poltrone geriatriche, carrozzine basculanti).

Garantire un'adeguata sicurezza nel letto/poltrona (segnalatori di confine, cuscini lungo il corpo, sedie o tavolo accanto al letto, trapezio per aumentare la mobilità del paziente nel letto, richiami visivi per incoraggiare il paziente a usare il campanello di chiamata).

Rendere stabili i letti ed il mobilio ad esso vicino.

Rendere stabili con fermi e freni gli ausili/dispositivi, che ne sono muniti, utilizzati per la mobilizzazione; assicurare la perfetta funzionalità delle carrozzine (freni ecc.).

Disporre di barre a cui aggrapparsi vicino al water, che siano poste in verticale piuttosto che in orizzontale.

Identificare prontamente qualsiasi caratteristica ambientale che possa aumentare il rischio caduta (es. pavimento bagnato, presidi rotti o usurati, ...).

Affiggere sulle pareti delle aree di degenza, nei servizi diurni, delle aree ambulatoriali intra ed extra ospedaliera, in Pronto Soccorso, nei corridoi, i **Moduli Informativi** relativi alla prevenzione delle cadute delle persone (vedi **Allegato n.5** "Informazioni per i signori utenti/parenti/badanti/visitatori/volontari per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie" e **Allegato n.6** "Come prevenire le cadute in ospedale - Ostetricia" di questa procedura).

**INTERVENTI PREVENTIVI/EDUCATIVI
LEGATI ALLA PERSONA ASSISTITA**



Spiegare alla persona/caregiver come prevenire le cadute in ospedale rinforzando le informazioni con l'eventuale consegna dell'informativa MOD01PGSGQ55 (Allegato 5).

In particolare:

- **Informare sulle strategie per ridurre le cadute** in caso di vertigini o ipotensione (sedersi o stare seduti finché non ci si sente meglio o richiedere l'intervento del personale, cambiare posizione in maniera lenta, alzarsi lentamente per evitare instabilità ed in più fasi; durante il giorno riposare sulla poltrona piuttosto che a letto ed evitare una stazione eretta prolungata).
- **Orientare il paziente nell'ambiente ospedaliero**, quando siede in poltrona sistemare un tavolino davanti a lui, pensare ad un sistema di allarme o sistemarlo in un locale vicino a zone dove vi sia movimento o vicino alla medicheria.
- Richiedere la **collaborazione di persone significative** per la persona assistita.
- Informare dell'importanza della **presenza di un operatore e/o di un familiare per l'alzata dal letto/carrozzina/postazione e nei trasferimenti.**
- Valutare ed eventualmente suggerire l'**abbigliamento adeguato alla persona** (calzature chiuse possibilmente con chiusura a velcro, della giusta misura con suola antiscivolo, abiti comodi, abbottonati sul davanti, pantaloni non lunghi ecc).

Individuare e consigliare l'utilizzo di **supporti/ausili** per la mobilizzazione e la deambulazione.

Istruire la persona/caregiver a **chiedere assistenza nei movimenti / trasferimenti** (letto/ sedia/ carrozzina/ poltrona).

Istruire fornendo **informazioni chiare e adeguate** alla persona, aiutare anche con incoraggiamenti e ulteriori chiarimenti durante l'azione, dando il tempo necessario.

Incoraggiare e istruire l'assistito all'**uso del bastone o del deambulatore.**

Istruire l'assistito, se portatore, a portare **occhiali e/o apparecchio acustico** quando non è a letto.

Monitorare la **capacità della persona** di trasferirsi dal letto alla sedia e viceversa.

Monitorare l'**andatura, l'equilibrio e la resistenza alla deambulazione.**



Assistere la persona instabile nella deambulazione, nei trasferimenti.

Aiutare all'uso del **gabinetto** ad intervalli prefissati e frequenti.

Durante il turno notturno fare **attenzione ai risvegli** della persona verificando il suo livello di sicurezza.

Porre particolare attenzione durante il turno notturno **ai risvegli del paziente**, verificando il suo livello di sicurezza.

Utilizzare, se necessario, **sponde lunghe metà letto** (se disponibili).

Inoltre, se necessario:

➤ **Verificare le condizioni del paziente, controllare e gestire le sorgenti di dolore** o le cause di agitazione. Valutare impedimenti o incertezze del soggetto dovute a problemi facilmente risolvibili (es. mettere gli occhiali o l'apparecchio acustico, accendere la luce o altro prima di effettuare gli spostamenti, attenzione a pannoloni non ben posizionati che possono muoversi durante la marcia).

➤ **In caso di mobilità alterata, anche in collaborazione con i professionisti Fisioterapisti:**

Previa valutazione clinica, alzare dal letto la persona il più presto possibile.

Correggere/gestire il soggetto se cammina a testa bassa, trascina i piedi, si appoggia ovunque con il rischio di tenersi a qualcosa di instabile, o se utilizza il bastone o le stampelle in modo sbagliato.

Far correggere l'ipotensione ortostatica e porre attenzione alle patologie cardiache, in particolare le aritmie; insegnare a evitare la disidratazione e la vasodilatazione (es. bagno in acqua molto calda).

Utilizzare, se necessari, esercizi fisici per aumentare la forza muscolare (ad. es. esercizi a letto di movimenti del piede per aumentare la pompa muscolare a livello del polpaccio), migliorare la respirazione e rinforzare le forze residue (nelle raccomandazioni pratiche e la discussione delle evidenze delle linee guida della Registered Nurse Association of Ontario, si sottolinea appunto la necessità di effettuare programmi di intervento con esercizi di rinforzo della muscolatura per



prevenire il rischio di caduta nell'anziano). Alcuni studi hanno riportato una riduzione significativa dell'incidenza di ulteriori cadute: gli interventi comprendevano programmi di esercizio individualizzati e mirati a migliorare la forza, la deambulazione, l'equilibrio, gli spostamenti e la salita delle scale. Altre indicazioni sostengono invece l'importanza dell'esercizio fisico abbinato ad altri interventi in un contesto multidimensionale e non come unico intervento. Vengono anche segnalati esercizi di Tai Chi che hanno dimostrato una significativa riduzione delle cadute solo tra coloro che non avevano riportato pregresse fratture da cadute e solo dopo quattro mesi dall'inizio del programma di allenamento.

Controllare la deambulazione, l'affaticamento durante la mobilizzazione. Istruire i pazienti ad alzarsi lentamente far deambulare i pazienti nel corridoio una o due volte per turno, eccetto la notte, anche ricorrendo ai familiari o altri caregiver. Utilizzare cinture di sicurezza nelle sedie e nelle carrozzine; utilizzare cuscini antidecubito e maglie di lattice sulla sedia per prevenire lo scivolamento del paziente; selezionare sedie adatte che abbiano i braccioli e siano di altezza appropriata per alzarsi e sedersi.

Mantenere il letto in una posizione bassa (se disponibile) assicurando che i freni del letto siano bloccati, facendo in modo che il paziente possa raggiungere gli oggetti che gli sono necessari. Utilizzare sponde lunghe metà letto per ridurre il bisogno del paziente di scavalcarle per alzarsi.

Valutare i problemi della persona legati alla mobilizzazione e, come team multidisciplinare, se necessario, **coinvolgere il Servizio di Riabilitazione.**

➤ **In caso di alterazione dei sensi:**

Porre attenzione alla persona assistita con deficit visivi - uditivi predisponendo la stanza di degenza in modo da favorire l'orientamento del paziente e percorsi ad hoc all'interno dell'unità operativa; garantire l'intervento degli operatori di supporto in base ai problemi emersi.

➤ **In caso di eliminazione alterata:**

Porre il paziente con urgenze evacuative vicino al bagno, identificando il bagno con disegni o scritte; sistemare eventuale sedia comoda in camera. Controllare i pazienti che assumono lassativi e diuretici; accompagnare in bagno i pazienti a rischio ad intervalli regolari e subito prima del riposo notturno; istruire i pazienti maschi soggetti alle vertigini ad urinare da seduti.

Valutare l'opportunità di utilizzare i presidi per l'incontinenza durante la notte.

➤ **In caso di stato mentale alterato:**

Favorire il coinvolgimento dei familiari

Fornire distrazioni al paziente (musica, compagnia ecc.), favorire attività di supporto anche con volontari. Coinvolgere i parenti/caregiver agevolandone l'accesso.

Assicurare tutti gli interventi previsti per il rischio ambientale.


Limitare il ricorso alla CONTENZIONE. La riduzione della libertà di movimento comporta un indebolimento muscolare e riduce la funzionalità fisica, con conseguente ulteriore rischio. Studi osservazionali sostengono infatti che la contenzione fisica può aumentare la mortalità, il rischio di caduta, di lesioni gravi e di prolungamento dell'ospedalizzazione. Legislazione e norme deontologiche regolano il ricorso alla contenzione: in Italia le norme giuridiche ammettono il ricorso alla contenzione solo quando esista una finalità terapeutico-assistenziale e in casi straordinari e motivati configurabili nello stato di necessità, ovvero quando il soggetto si trova in condizione di pericolo grave oppure quando il soggetto può mettere in pericolo se stesso o altri. Si ricorda che il *Codice Deontologico degli Infermieri* (2009) all'*art.30* recita: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali".

➤ **Valutare il rischio di effetti collaterali da terapia farmacologica:**

Far rivalutare le terapie prescritte (se possibile) considerando la possibilità di modificare gli orari di somministrazione per diminuire gli effetti collaterali ed il rischio di cadute; limitare le interazioni tra farmaci quando possibile.

Controllare i pazienti a cui sono stati somministrati lassativi o diuretici.

Prima della dimissione illustrare e consegnare il Modulo informativo per la gestione della mobilità della persona assistita a domicilio presentato nell'Allegato n.4 di questa Procedure Generale.

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 27 di 32
---	---	--

7.3.2. Approfondimento sul ricorso alla CONTENZIONE

La contenzione può essere ottenuta sia tramite *mezzi fisici* quali spondine per il letto, carrozzine dotate di fasce, corpetti, bande per polsi e caviglie, cinghie, sia tramite *mezzi farmacologici*.

Se il ricorso sistematico alla contenzione è un fattore di rischio per le cadute nel paziente anziano, un suo uso accorto e correlato ad uno studio attento del singolo caso non deve essere stigmatizzato.

In generale il ricorso alla contenzione per la prevenzione delle cadute deve rappresentare un'*extrema ratio* ed essere limitato ai soli casi in cui:

- sia ravvisabile uno stato di necessità, ovvero di evitare un rischio attuale di morte o danno grave alla salute del paziente;
- non sia possibile fare ricorso a mezzi alternativi efficaci;
- l'applicazione dei mezzi di contenzione sia un mezzo proporzionato rispetto al rischio corso dal paziente.

Qualora si ritenga opportuno ricorrere ad un mezzo di contenzione, si dovrà:

- utilizzare il minimo contenimento possibile per il minor tempo possibile;
- applicare solo mezzi di contenzione forniti dall'Azienda come tali senza apportare alcuna modifica;
- rivalutare frequentemente la necessità di contenzione;
- osservare periodicamente il paziente durante il periodo di contenzione.

In particolare:

- il paziente e i familiari dovranno sempre essere informati riguardo alla necessità dell'utilizzo del mezzo di contenzione;
- il medico dovrà effettuare la prescrizione per iscritto in cartella clinica, annotando la motivazione, il tipo di contenzione e, possibilmente, durata, tempi di controllo, verifica di eventuali effetti collaterali. In caso di assenza di personale medico in reparto, l'infermiere, in base all'art. 30 del *Codice Deontologico degli Infermieri Italiani* (febbraio 2009) può ricorrere alla contenzione se sostenuto "da documentate valutazioni assistenziali".
- dovrà essere garantita la possibilità di assistere adeguatamente il paziente e di verificare frequentemente la sua condizione clinica, il permanere delle indicazioni alla contenzione, l'assenza di effetti collaterali, il mantenimento di un confort e sicurezza adeguati per il paziente.

La contenzione non può mai essere utilizzata e giustificata dalla necessità di porre rimedio a carenze di risorse strutturali ed organizzative.


L'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice Penale.

7.4 Gestione del paziente caduto

7.4.1 La gestione clinico/assistenziale del paziente caduto

Gli interventi clinico/assistenziali sono a carico del Medico e dell'Infermiere con la cooperazione da parte del personale di supporto:


- 1) Non mobilizzare la persona assistita (p.a.) senza averla prima valutata.
- 2) Controllare i parametri vitali [TC, FC, FR, PAO, Sat O2, stato di coscienza (orientato-disorientato-agitato-soporoso)...]. Si può anche utilizzare la Glasgow Coma Scale. Applicare il protocollo BLSD in caso di perdita di coscienza.

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 28 di 32
--	---	--

- 3) Accertare la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura. Se la p.a. è cosciente ed orientata chiedere se lamenta dolore in qualche punto specifico e rilevare il dato sulla scala del dolore riportata sulla specifica scheda aziendale, se riesce a muovere gli arti, se accusa delle parestesie e formicolii, come è caduta, facendo specificare quale segmento è stato interessato dalla caduta. Se la p.a. è incosciente non escludere la possibilità di un trauma cranico (neanche nel caso in cui la p.a. fosse precedentemente in stato di incoscienza).
- 4) Comunicare al medico la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, in modo che possa subito effettuare una valutazione clinica e le eventuali relative prescrizioni.
- 5) Registrare tutti i dati dei parametri vitali e stato di coscienza.
- 6) Provvedere alla somministrazione di eventuali misure terapeutiche prescritte. Verificare la necessità dell'uso di dispositivi per immobilizzazione e/o particolari tecniche di mobilizzazione (collare, barella a cucchiaio, barella spinale, tutori,..). Trasportare la p.a. in caso di accertamenti diagnostici prescritti dal medico.
- 7) Discutere, se possibile, con la persona assistita e/o caregiver la percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e gli eventuali interventi sui fattori di rischio modificabili. Informare la famiglia dell'assistito sulla caduta del parente.
- 8) Documentare l'evento caduta sulla specifica **Scheda Rilevazione Cadute (Allegato n.7)**; dati relativi a: ora, luogo, modalità della caduta, fattori di rischio del paziente, conseguenze riportate nella caduta, interventi effettuati e eventuali azioni di follow up. Far poi protocollare tale Scheda con DOCS PA, inserire l'originale in Cartella Clinica/Cartella Sanitaria Integrata e inviare copia a S.S. Qualità e Risk Management; nei casi ritenuti necessari il Servizio QRMU invierà la scheda al settore di competenza.
- 9) Rivalutare il paziente caduto e modificare il programma di prevenzione delle cadute attuando interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili in quanto il paziente è da ritenersi a rischio di ulteriori cadute.
- 10) Documentare sulla **SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. "RISCHIO DI CADUTA")** di aver rivalutato il paziente caduto e aver rinforzato l'educazione relativa agli interventi preventivi delle cadute in ospedale.
- 11) Monitorare (e naturalmente documentare in Cartella Clinica/Cartella Infermieristica/Cartella Sanitaria Integrata) la p.a. nelle ore successive, in particolare se ha riportato fratture, trauma cranico, ecc..
- 12) Allertare il medico in caso di peggioramento del quadro clinico: vigilanza, agitazione, parametri vitali alterati, presenza di ematomi o emorragia, dolore.
- 13) Nel piano di dimissione prevedere per la p.a. ed i suoi familiari/caregiver un programma di educazione alla prevenzione delle cadute in ambito domestico che contempra la verifica su presenza di ostacoli o pericoli modificabili ed eventualmente l'installazione di dispositivi che rendano più sicuro l'ambiente di vita. Illustrare e consegnare il Modulo Informativo per la prevenzione delle cadute rivolto a paziente/caregiver in dimissione (**Allegato n.4**). Attivare, nei casi più gravi, servizi di assistenza e supporti sociali atti ad attenuare i disagi causati da povertà ed esclusione.

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

- ❖ **IMMOBILITÀ**: dovuta a contusione e/o lesione delle parti molli con dolore al movimento.
- ❖ **RIDUZIONE DELLA QUOTA MOTORIA QUOTIDIANA** per l'ansia che la caduta si ripeta.
- ❖ **COMPLICANZE INTERNISTICHE**: ad esempio infezioni delle vie urinarie, broncopneumite, legate soprattutto alla sindrome da immobilizzazione che potrebbe conseguire alla caduta.

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 29 di 32
---	---	--

Richiesta danni post caduta

In caso di richiesta danni post caduta da parte di pazienti/parenti con azioni di rivalsa verso l'ASL, i Direttori S.C./Coordinatori Infermieristici/Tecnici dovranno indirizzare gli utenti verso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico per i provvedimenti del caso.

8. La documentazione clinica medico/infermieristica

Tra le responsabilità medico/infermieristiche rientra quella di documentare sulla Cartella Clinica/ Cartella Infermieristica/Sanitaria Integrata la valutazione della persona circa il rischio di caduta e gli interventi preventivi/educativi/assistenziali messi in atto.

Al fine di facilitare tale compito, come già precisato nei capitoli precedenti, occorre far riferimento alla SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO DI CADUTA PAZIENTI (**Allegato n.2**) e alla SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. "RISCHIO DI CADUTA" – **Allegato n.3a**).

Come già anticipato per le strutture che utilizzano la Cartella Infermieristica Informatizzata tali interventi sono invece inseriti come NIC della diagnosi infermieristica "paziente a rischio di caduta" pertanto, il documento cartaceo in oggetto non andrà compilato perché opportunamente sostituito dalla registrazione informatizzata.

Naturalmente la stessa attenzione di registrazione dati andrà espletata in caso il paziente subisse una caduta, con tanto di compilazione dettagliata della specifica "SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA" (**Allegato n.7**)


Per eventuali ulteriori registrazioni il *team* multiprofessionale delle singole SS.CC. individuerà la modalità più confacente per le proprie tipologie di persone assistite e per il team stesso.

Si ricorda che la giurisprudenza amministrativa, per quanto riguarda la documentazione, ha precisato che "in mancanza di una puntuale determinazione normativa inerente i dati assistenziali e sanitari da riportarsi, il contenuto della cartella clinica deve ricavarsi dall'attività infermieristica, così come oggi la intende il quadro normativo dopo le innovazioni apportate con le riforme dell'esercizio professionale operate dalle leggi 42/1999 e 251/2000".


"Al riguardo della suddetta normativa e dallo stesso DM 739/94 possono evincersi elementi costitutivi della cartella infermieristica, anche quale documentazione, ai fini giuridici, degli atti assistenziali, identificabili nelle sottoelencate parti: la raccolta dei dati anamnestici; la pianificazione degli interventi; il diario infermieristico; le schede della terapia, dei parametri vitali e degli esami diagnostici; la valutazione dell'assistenza prestata all'utente (...)" (Tar del Trentino-Alto Adige, sentenza 75 del 14 marzo 2005).

9. Riferimenti/Bibliografia/Sitografia

- Abreu HC, Reiners AA, Azevedo RC et al. Incident and predicting factors of falls of older inpatient. Rev Saude Publica 2015; 49-37.
- Centers for Disease Control and Prevention (2013). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved July 13, 2015.
- Evidence for Patient Safety Practices. Agency for Healthcare Research and Quality, marzo 2013.

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 30 di 32
--	---	--

- Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Novembre 2011.
- Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 5° rapporto. Aprile 2015.
- Preventing Falls in Hospital – A toolkit for Improving Quality of Care. Agency for Healthcare Research and Quality, gennaio 2014.
- Regione Piemonte – Direzione Sanità. Linee di indirizzo e informazioni utili per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie. DD n 45 del 27 gennaio 2014.
- Standard for Hospital. Joint Commission International Accreditation – 5th edition, 2014.
- Codice Deontologico Infermieri Italiani, Federazione I.P.A.S.V.I. febbraio 2009
- Casati M., Maricchio R. La Documentazione infermieristica: riflessioni operative e giuridiche. I Quaderni de L’Infermiere. In L’Infermiere N°1 - 2009
- Dominelli C. Anziani: meno 36% cadute grazie alla propriocezione. Il Sole 24 Ore Sanità, 20 gennaio 2009
- Caldara C., Destrebecq A., Savoldi L. Determinazione del valore predittivo di una scala di valutazione del rischio di cadute in pazienti anziani ospedalizzati. In “Assistenza infermieristica e ricerca” Vol. 27 N°3, Il Pensiero Scientifico Editore - settembre 2008
- Gestione Rischio Clinico (GRC) Regione Toscana “La prevenzione delle cadute in ospedale” 2007
- Programma nazionale per le linee guida (PNLG). “Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani”, documento 13 - Istituto Superiore di Sanità, 21/02/2008
- Ministero della Salute “Protocollo sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 1° Rapporto settembre 2005 - febbraio 2007” - aprile 2007 - allegato 2 - “Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti: cadute dei pazienti”
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Dipartimento della Qualità. Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella” luglio 2009
- NPSA - The third report from the Patient Safety Observatory “Slips, trips and falls in hospital” – 2007
- Protocollo Azienda Sanitaria Genovese “Le cadute in ospedale e nelle strutture residenziali: gestione del paziente caduto e segnalazione dell’evento”. Revisione 2 - 2007
- Barelli P. Prevenzione delle cadute nell’anziano. Dossier infad. Editore ZADIG, n. 5 2006
- Oliver D. et al *Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses British Medical Journal* - 2006
- RNAO (Registered Nurses’ association of Ontario) Guidelines for “Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult” -2005
- 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
- JCAHO “Patient safety goals” – sito Internet
- NICE “Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people” - 2004
- Oliver D. et al. “Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review” *Age and Ageing* 2004
- P. Chiari, D. Mosci, S. Fontana. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. In Assistenza infermieristica e ricerca. Vol. 21 N°3, Il Pensiero Scientifico Editore - 2002

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 31 di 32
---	---	--

- Brandi A. et al “Indagine retrospettiva sulle cadute nei pazienti ricoverati in ospedale” in AIR Vol. 2 n. 3 - 2002
- D.M. 739/1994 Profilo Professionale Infermiere


10. Allegati

- Allegato 1: ALL1PGSGQ55 : Checklist controllo sicurezza ambiente
- Allegato 2: ALL2PGSGQ55 : Scheda di Valutazione Rischio Caduta Pazienti
- Allegato 3a: ALL3aPGSGQ55: Scheda di Pianificazione degli Interventi Infermieristici (D.I. “Rischio di Caduta”)
- Allegato 3b: ALL3bPGSGQ55: Attività preventive per il rischio di caduta
- Allegato 4: MOD03PGSGQ55: Informazioni utili per la prevenzione delle cadute
- Allegato 5: MOD01PGSGQ55: Informazioni per i signori utenti/ parenti/ badanti/visitatori/ volontari, come prevenire le cadute nelle strutture ospedaliere
- Allegato 6: MOD02PGSGQ55: Come prevenire le cadute in ospedale – Ostetricia
- Allegato 7: ALL7PGSGQ55: Scheda Rilevazione Cadute
- Allegato 8: ALL8PGSGQ55: Checklist audit interno ASL CN2 e Modulo per il rapporto di audit

11. Indicatori/Parametri di controllo

La Direzione delle Professioni Sanitarie, di concerto con il Servizio Qualità e Risk Management, dopo specifici corsi di formazione/re training/FAD su questa procedura generale, indirizzati a tutti i dipendenti appartenenti all’area sanitaria di questa ASL, procederà a controllare annualmente, quanto messo in pratica presso le SS.CC. del Presidio Ospedaliero attraverso l’utilizzo di specifica *check list di audit interno* avente come oggetto di verifica:

- la presenza e accessibilità del documento *PGSGQ55 Rev 1*.
- la presenza della *Checklist Procedura Controllo Sicurezza Ambiente* compilata, protocollata con DOCS PA con relativo invio agli organi competenti indicati da questa PGSGQ55 Rev1, archiviata in via Informatica o cartacea presso la S.C.
- l’avvenuto accertamento dell’eventuale rischio di caduta della persona assistita attraverso la presenza della SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO DI CADUTA (Allegato n.2) compilata all’interno di tutte le Cartelle Infermieristiche/Cartelle Sanitarie Integrate dei pazienti secondo le indicazioni di questa PGSGQ55 Rev1 (per i pazienti operati dell’area chirurgica sarà sufficiente verificare la presenza della SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. “RISCHIO DI CADUTA” – Allegato n. 3a) con registrazione degli interventi attuati.
- la presenza, in tutte le Cartelle Cliniche/Cartelle Infermieristiche/Cartelle Sanitarie Integrate dei pazienti considerati a rischio di caduta, della SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI (D.I. “RISCHIO DI CADUTA” – Allegato n. 3a) con registrazione dei fattori di rischio, il NOC con i relativi indicatori di risultato, la pianificazione e l’attuazione degli interventi preventivi ed educativi, come indicato da PGSGQ55 Rev 1 “Prevenzione e Gestione delle Cadute della Persona Assistita”.

	PROCEDURA GENERALE PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA	Cod.: PGSGQ55 Data: 3 febbraio 2018 Rev.: 1 Pagina 32 di 32
---	---	--

- la presenza della *Scheda di Rilevazione Cadute* in originale, compilata e protocollata con DOCS PA all'interno di tutte le Cartelle Cliniche/Cartelle Sanitarie Integrate in caso siano presenti in struttura pazienti caduti durante il ricovero ospedaliero; tale scheda dovrà anche riportare eventuali prescrizioni/trattamenti terapeutici prescritti dal medico nel post caduta.
- la presenza di *registrazione*
 - su tutte le Cartelle Cliniche/Cartelle Infermieristiche/Cartelle Sanitarie Integrate dei pazienti caduti, degli interventi assistenziali attuati sul paziente caduto come indicato da procedura aziendale 2017 “Prevenzione e Gestione delle Cadute della Persona Assistita”
 - sulla seconda parte della Scheda di Rilevazione Cadute di prescrizioni/trattamenti terapeutici medici.

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

Nell'**Allegato n. 8** di questa procedura generale vengono riportate la *Checklist di Audit Interno ASL CN2 ed il Modulo per il rapporto di Audit*.

12. Lista di distribuzione

Procedura generale emessa dalla S.S. Qualità, Risk Management, Relazione con gli Utenti tramite protocollo informatico per la pubblica amministrazione DOCSPA a:

- tutti i Direttori SS.CC. - SS.SS. - SS.SS.DD. e Distretti 1 Alba e 2 Bra, anche per la diffusione ai loro dirigenti collaboratori
- tutti gli Infermieri/Tecnici Coordinatori o Referenti SS.CC - SS.SS. – SS.SS.DD. e Distretti di Alba e Bra, anche per la diffusione a tutti i professionisti sanitari loro collaboratori e agli operatori di supporto
- Direzione Generale ASL CN2, Direzione Sanitaria di Presidio, Direzione delle Professioni Sanitarie, Servizio Prevenzione e Protezione, S.C. Servizi Tecnici