



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA
GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO
OSPEDALIERO

Rev 00

Sommario

Premessa

1. Scopo/Obiettivo
2. Campo di applicazione
3. Definizioni
4. Matrice di Responsabilità/Attività
5. Diagramma di flusso
6. Descrizione delle attività
 - 6.1. Protocollo Operativo
7. Riferimenti e allegati
8. Indicatori/Parametri di controllo
9. Lista di distribuzione

	Nome	Funzione
Redatta da	Dott.ssa Patrizia Cuccaro	Referente Rischio Clinico per la Direzione Sanitaria
	Dott.ssa Daniela Schiavone	Referente Sicurezza dei Lavoratori e degli Ambienti di Lavoro
	Prof. Salvatore Panico	Commissione Rischio Clinico – Epidemiologia Clinica
	Dott. Derrick Clifford McGilliard	G.O. Commissione Rischio Clinico - AIF Igiene e Medicina Preventiva
	Dott. Pasquale Totaro	G.O. Commissione Rischio Clinico – Medicina Nucleare - Gruppo di Lavoro Cartella Infermieristica
	Dott.ssa Amalia Mattiello	Epidemiologia Clinica - G.O. Commissione Rischio Clinico
	Dott. Pietro Riccio	Gruppo di Lavoro Cartella Infermieristica – Chirurgia Generale
	Dott.ssa Albina Simioli	Gruppo di Lavoro Cartella Infermieristica – Medicina del lavoro
	Dott.ssa Annalisa Vitiello	Gruppo di Lavoro Cartella Infermieristica – UTIC - G.O. Commissione Rischio Clinico
	Dott.ssa Maria Foggia	Gruppo di Lavoro Cartella Infermieristica – Malattie Infettive
	Dott.ssa Marzia Longobardi	Gruppo di Lavoro Cartella Infermieristica – Neonatologia e TIN
	Dott.ssa Maddalena Turco	Gruppo di Lavoro Cartella Infermieristica – Ostetricia e Ginecologia
Dott. Maurizio Di Martino	Gruppo di Lavoro Cartella Infermieristica – Pediatria	
Verificata da	Dott. Gaetano D'Onofrio	Direttore Sanitario



Premessa

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e sono rilevanti anche per la gravità delle conseguenze. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi, per questi motivi vi è una grande attenzione da parte dei più autorevoli organismi internazionali.

Secondo la letteratura, ogni anno un terzo circa dei soggetti di età superiore ai 65 anni va incontro a cadute; tale dato sale fino al 50% fra gli anziani istituzionalizzati. In alcuni studi condotti sulla prevenzione l'incidenza delle cadute è pari a circa l'1% del totale dei ricoveri nei reparti studiati e riguardano prevalentemente la popolazione anziana (età maggiore o uguale di 65 anni). Il 40-50% delle cadute è attribuibile a cause accidentali, rappresentate per lo più da fattori ambientali e personali.

La caduta in ospedale è universalmente riconosciuta come indicatore di cattiva qualità dell'assistenza, tanto che negli ospedali americani Medicare non rimborsa più i ricoveri in cui ci sia stata una caduta con trauma (*Fonte bibliografica: Rosenthal MB. Nopayment for performance? Medicare's new reimbursement rule. N Engl J Med 2007*).

Secondo il protocollo ministeriale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella, l'evento caduta mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto ad una sottovalutazione dei fattori di rischio legati ai pazienti (ad esempio età, precedenti cadute, assunzione di determinati farmaci, deficit cognitivi, patologie concomitanti, calzature, abbigliamento inadeguato) o dei fattori di rischio legati all'ambiente (ad esempio pavimenti scivolosi, gradini non sicuri, carenza di illuminazione, mancanza di punti d'appoggio). Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

La Raccomandazione n.13 del Ministero della Salute definisce le cadute in ospedale come "eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive" e detta una serie di "azioni" che le Aziende devono realizzare per ridurre il rischio e minimizzarne gli affetti:

- Identificazione dei fattori di rischio



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO OSPEDALIERO

Rev 00

- Adozione e implementazione di modalità di valutazione del rischio caduta paziente
- Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute
- Strategie ambientali
- Gestione della terapia farmacologica
- Mobilizzazione e deambulazione
- Gestione della eliminazione urinaria e fecale
- Limitazione della contenzione
- Azioni per la gestione del paziente a seguito di caduta.

Il Decreto Dirigenziale n.48 del 3.07.2017 della Regione Campania, contenente il Piano Regionale per la Prevenzione delle Cadute in Ospedale, recepimento della Raccomandazione n.13, formula una linea di indirizzo per tutte le Aziende del SSR e individua comportamenti e strumenti per la valutazione e la gestione del rischio caduta e per la gestione del paziente caduto. In particolare, il primo importante intervento per la prevenzione delle cadute consiste nell'identificare i possibili fattori di rischio, in relazione alle caratteristiche del paziente e dell'ambiente e della struttura che lo ospita, in termini di sicurezza, di organizzazione e di adeguatezza del processo assistenziale.

I fattori responsabili delle cadute possono essere suddivisi in due categorie:

- A.** Fattori intrinseci, relativi alle condizioni di salute del paziente, che comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le comorbilità e le terapie farmacologiche;
- B.** Fattori estrinseci, relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati.

A) Fattori intrinseci al paziente sono:

- età > 65 anni;
- anamnesi positiva per precedenti cadute;
- incontinenza;
- precarie condizioni di coscienza/vigilanza e/o delirium;
- deterioramento dello stato mentale;
- malattie e/o deterioramento delle funzioni neuromuscolari;
- dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, rilevabile attraverso apposite scale;
- riduzione della capacità visiva;



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA
GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO
OSPEDALIERO

Rev 00

- deformazioni o patologie del piede;
- paura di cadere.
- Presenta un indice di massa corporea inferiore (o superiore) alla norma
- Presenta inappetenza
- Presenta una carenza di vitamina D
- Presenza anamnesi positiva per osteoporosi e fratture

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

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

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

- assunzione di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa;
- politerapia (più di tre farmaci contemporaneamente) o variazione della posologia con un incremento del dosaggio del farmaco;
- assunzione di farmaci che possono compromettere la stabilità posturale e la deambulazione, condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio-temporale del paziente, causare episodi ipotensivi, aumentare la frequenza minzionale.

CLASSI DI FARMACI	EFFETTI PREDISPONENTI ALLA CADUTA
Antiipertensivi	Ipotensione ortostatica, urge-incontinenze
Sedativi E Ipnotici	Sedazione, confusione mentale
Ipoglicemizzanti	Ipoglicemia
Neurolettici	Disturbi extrapiramidali
Antianginosi e Antiaritmici	Ipotensione ortostatica, vertigini, aritmie
Antidepressivi	Sedazione, astenia, stato confusionale, ipotensione ortostatica, tremore
Lassativi	Disidratazione

B) Fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature sono:

- dimensionamento inadeguato delle stanze di degenza e dei bagni;



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO OSPEDALIERO

Rev 00

- pavimenti e scale scivolosi a causa del consumo e/o dell'assenza di soluzioni antiscivolo;
- illuminazione carente in alcune aree,
- assenza di corrimano di appoggio nei corridoi;
- letti o barelle non regolabili in altezza;
- bagni senza supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.

Sono rilevanti, inoltre, gli elementi del processo assistenziale ed organizzativo:

- dotazione degli ausili necessari alla mobilitazione delle persone;
- formazione di tutto il personale;
- adeguato inserimento degli operatori neoassunti nell'ambito dell'organizzazione delle attività;
- scelta di orari più idonei nell'ambito dell'organizzazione delle attività stesse.

1. Scopo/Obiettivo

Scopo della presente procedura è fornire un modello organizzativo aziendale volto a prevenire le cadute, così come a supportare la sorveglianza ed il monitoraggio delle "cadute" nei pazienti ricoverati

Gli **obiettivi specifici** sono:

- Favorire il coinvolgimento di operatori e persone assistite nella prevenzione delle cadute
- Identificare le persone a rischio caduta e garantire appropriati interventi di prevenzione
- Identificare ed eliminare situazioni che comportano rischi di caduta legate all'ambiente
- Fornire agli operatori sanitari istruzioni operative omogenee per la gestione del paziente caduto e la segnalazione dell'evento.

2. Campo di applicazione

La presente procedura si applica a tutti i pazienti assistiti nelle unità operative e i servizi di degenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II. In particolare, la valutazione del rischio individuale si applica limitatamente ai pazienti adulti ricoverati in degenza ordinaria.

3. Definizioni

Caduta: Improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO OSPEDALIERO

Rev 00

sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto.

Caduta accidentale: la persona cade involontariamente (per esempio scivolando sul pavimento bagnato)

Caduta imprevedibile: determinata da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (per es. improvviso disturbo dell'equilibrio, frattura patologica femore)

Caduta prevedibile: quando avviene nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili

Mancata caduta (near fall): la condizione in cui la caduta viene evitata per qualche motivo, ma si sarebbe potuta verificare.

Anziano: persona di età uguale o superiore ai 65 anni.

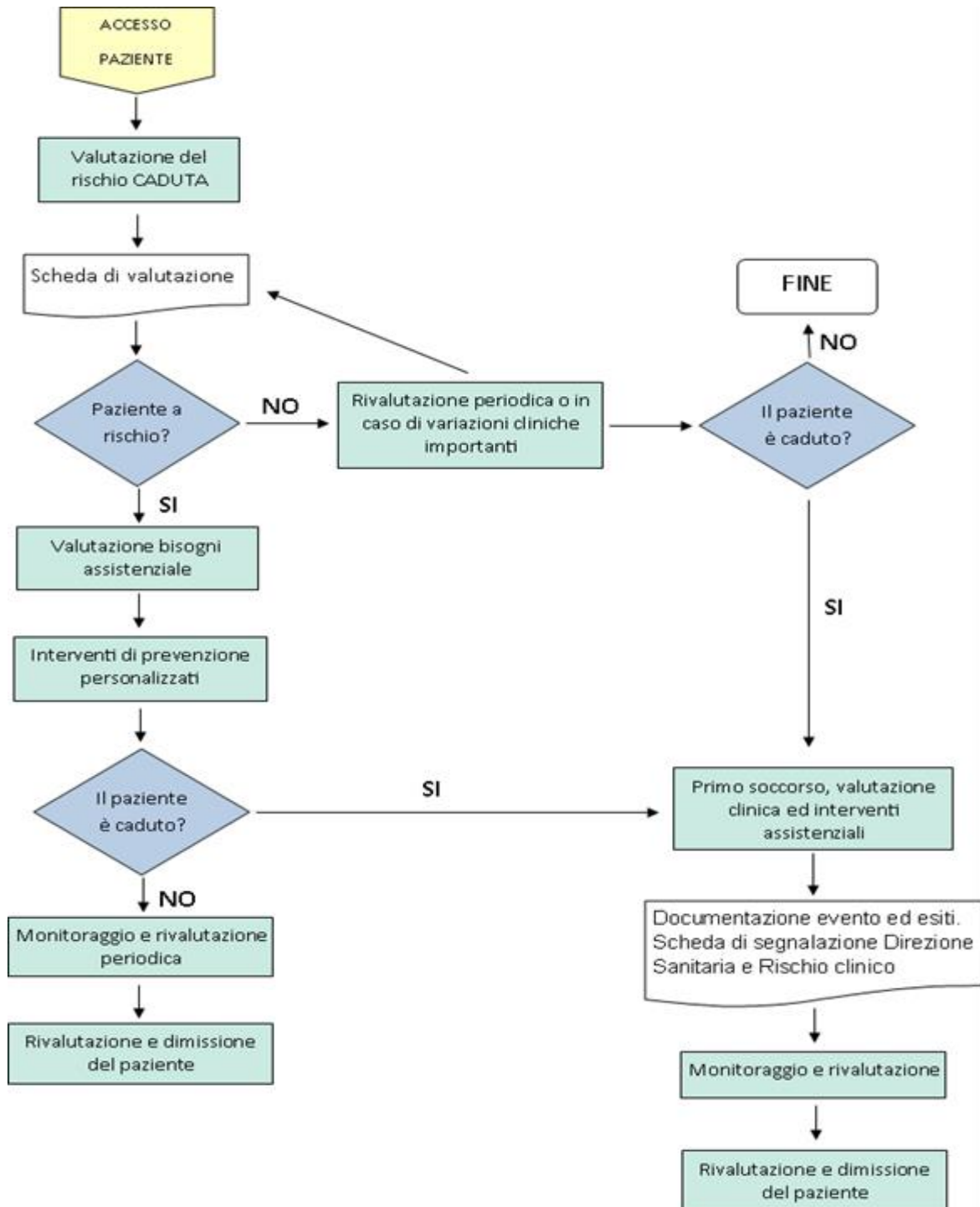
Caregiver: (o assistente informale): Colui/colei che si prende cura di un'altra persona, per esempio di una persona non autonoma o con autonomia ridotta.

Contenzione: uso di mezzi fisici, farmacologici o ambientali che limitano la capacità di movimento volontario della persona assistita.

Contenzione fisica: i mezzi di contenzione sono quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

Contenzione farmacologica: viene attuata con l'uso di farmaci ad attività sedativa, tranquillanti minori e maggiori.

4. Diagramma di flusso





PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA
GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO
OSPEDALIERO

Rev 00



5. Descrizione delle attività

Attraverso la valutazione di ciascun paziente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali è possibile prevenire e comprimere il rischio di caduta.

5.1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Una valutazione clinica ed assistenziale globale è premessa fondamentale per cure di qualità.

Una osservazione accurata del paziente è particolarmente significativa per le persone anziane e fragili.

L'AOU Federico II ha elaborato un modello per la valutazione del rischio caduta partendo dalla Scala di Conley, che come emerso in ambito regionale risulta la più utilizzata sul territorio, la quale è stata arricchita con alcuni fattori ritenuti predittivi in letteratura. **(ALLEGATO A)**

La valutazione del rischio di caduta dei pazienti va effettuata, in modo tempestivo e puntuale, in ognuna delle seguenti condizioni:

- all'ammissione del paziente, particolarmente se anziano (età pari o maggiore di 65anni), in ogni tipo di struttura di ricovero;
- a distanza di 72h dalla prima valutazione;
- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche);
- a seguito di episodio di caduta;
- prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura e prima della dimissione, se necessario, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio;
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta.

5.2 VALUTAZIONE DEI RISCHI LEGATI AI PRESIDI/AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI



Va effettuata una verifica periodica delle dotazioni, dei mezzi di movimentazione del paziente e del corretto funzionamento degli ausili e presidi utilizzati per l'assistenza, attivando le necessarie azioni preventive per l'approvvigionamento dei presidi e correttive in caso di inadeguato funzionamento.

A tal fine è previsto l'utilizzo di una check list di verifica per i presidi/ausili (**ALLEGATO B**)

5.3 VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI

Deve essere fatta una valutazione ambientale periodica mirata ai possibili fattori di rischio, è coinvolto direttamente il personale preposto dell'Unità Operativa/Servizio e, possibilmente in modo congiunto, il Servizio di Prevenzione e Protezione della struttura interessata.

Va posta particolare attenzione ai seguenti fattori di precauzione:

- i **pavimenti** non debbono essere umidi, scivolosi e/o sconnessi;
- i **corridoi**, di adeguata larghezza, debbono essere dotati di corrimano e non ingombrati da arredi potenzialmente causa di inciampo o scivolamento;
- le **scale** devono essere provviste di corrimano ed i gradini resi antiscivolo;
- le dimensioni dei **bagni** devono consentire il passaggio delle carrozzine e gli spostamenti del paziente e, in questi ambienti, devono essere garantiti adeguati punti di appoggio (es. maniglie doccia/vasca, corrimano);
- l'**illuminazione** degli ambienti, in particolare quella notturna vicino al letto e al bagno, deve essere idonea e gli interruttori visibili al buio;
- gli **spigoli vivi** e gli **oggetti potenzialmente taglienti** devono essere eliminati;


La raccolta e la valutazione dei dati di sicurezza ambientale consentirà alla Direzione della struttura di definire strategie e priorità di intervento a breve, medio e lungo termine.

A tal fine è previsto l'utilizzo di una check list che consenta di identificare i principali fattori di rischio riferibili alle condizioni di sicurezza degli ambienti (**ALLEGATO C**)

5.4 INTERVENTI MULTIFATTORIALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

Le misure di prevenzione delle cadute devono essere messe in atto per tutti i pazienti per i quali è stato rilevato un rischio aumentato di caduta

5.4.1 Strategie ambientali

	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO OSPEDALIERO	Rev 00
--	--	--------

Azioni per mettere in sicurezza l'ambiente che circonda il paziente e agevolarlo durante la sua degenza:

- l'**altezza** del **letto** e della **barella** deve essere regolata in modo che il paziente possa poggiare facilmente i piedi sul pavimento; eventuali spondine debbono essere rimuovibili, adattabili in altezza e possibilmente modulari, eventuali ruote e freni devono essere funzionanti e controllati periodicamente;
- i **tappeti** debbono essere utilizzati solo se con caratteristiche antiscivolo e se fissati sul pavimento, nella doccia, nella vasca da bagno;
- il **campanello** o il **pulsante di chiamata** deve essere reso facilmente accessibile al paziente, dal letto o dalla sedia/poltrona e nel bagno, ogni qualvolta l'operatore si allontana da lui;
- **poggiapiedi, tavolini o eventuali altri ostacoli**, che possono costituire pericolo per il movimento e per la stabilità del paziente, devono essere rimossi.

5.4.2 Principali fattori di rischio individuale: strategie possibili, precauzioni ed interventi

Nei paragrafi che seguono, per i principali fattori di rischio individuale, si identificano interventi e precauzioni possibili.

-Il rischio iatrogeno

Il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci e la rivalutazione della terapia assunta dal soggetto può avere un effetto positivo sulla riduzione delle cadute.

- È opportuno pertanto che il medico di reparto valuti periodicamente la necessità e utilità di ogni farmaco prescritto, tenendo conto del rapporto rischio/beneficio anche per quanto riguarda il "rischio cadute";
- è importante inoltre prestare particolare attenzione nel monitoraggio della prescrizione (adeguato dosaggio, modalità somministrazione) di alcune categorie farmacologiche che possono aumentare il rischio caduta del paziente (vedi scheda valutazione rischio caduta);
- per quanto riguarda le modalità di somministrazione, vanno evitate quelle che possono indurre comportamenti che aumentano il rischio di cadere. Ad esempio vanno valutati gli orari di somministrazione dei diuretici e, in particolare, l'effettiva necessità della somministrazione del diuretico dopo le ore 16, al fine di evitare frequenti alzate durante il riposo notturno.



-L'anamnesi di precedenti cadute

Se il paziente dichiara di essere caduto negli ultimi tre mesi:

- Intensificare la supervisione nei confronti dei pazienti già caduti; ad esempio, nell'assegnazione della camera e/o del posto a tavola, porre attenzione alla vicinanza con i punti maggiormente presidiati dagli operatori.
- Accompagnare periodicamente in bagno i pazienti deambulanti a rischio di caduta.

-I disturbi dell'equilibrio, instabilità posturale e andatura

L'accurata valutazione multi dimensionale da parte dell'intera equipe assistenziale, consente di:

- Individuare i pazienti che possono responsabilmente deambulare autonomi, anche con ausilio, oppure solo se assistiti, oppure con supervisione;
- individuare le cause osteoarticolari e/o muscolari e/o neurologiche e/o cardiovascolari, etc., che compromettono l'equilibrio e l'andatura;
- individuare l'idoneo ausilio per la deambulazione (se necessario), inserendo nel PAI l'assistenza o supervisione al cammino;
- ricercare una migliore postura seduta attraverso cuscini e sedie o carrozzine di giusta altezza (importanza dell'appoggio dei piedi a terra o alle pedane);
- verificare l'utilizzo di una calzatura adeguata, l'eliminazione di ostacoli lungo il percorso (sedie lontane dai tavoli, deambulatori in mezzo alle stanze...) e la presenza dei corrimani necessari nei corridoi e nei bagni.

-I deficit cognitivi e/o i disturbi comportamentali

La valutazione delle funzioni cognitive e della presenza di disturbi comportamentali deve essere parte integrante della Valutazione Funzionale Multidimensionale di ogni paziente all'ingresso e deve essere ripetuta periodicamente e secondo necessità.

- Individuare i pazienti che possono deambulare solo se assistiti o con supervisione;
- favorire la presenza dei familiari;
- provare strategie non farmacologiche per favorire il sonno (per esempio: fare assumere bevande rilassanti, creare un ambiente favorevole al riposo).
- Se il paziente ha la sindrome del "vagabondaggio" (wandering), se possibile, favorire la deambulazione nell'ambito di uno spazio senza barriere architettoniche e sorvegliato.



-La riduzione del visus e/o dell'udito

- Verificare che gli ambienti siano adeguatamente illuminati durante il giorno;
- garantire un'adeguata illuminazione ambientale notturna sia negli spazi comuni che nelle camere affinché i pazienti possano facilmente orientarsi nell'ambiente (per esempio, una piccola luce accesa nella stanza permette al paziente di individuare più facilmente gli ostacoli)
- educare e facilitare il paziente nell'uso del "campanello" di chiamata, invitandolo a chiamare in caso di necessità.

-Alterazioni dell'eliminazione urinaria e fecale

- Se il paziente deambulante è portatore di catetere vescicale, controllare che la sacca sia ben posizionata, in modo da non essere di intralcio al movimento del paziente;
- privilegiare abiti comodi e facilmente gestibili da parte dell'paziente in caso di urgenza di eliminazione;
- rendere facilmente accessibili i bagni, evitando di lasciare oggetti o carrozzine davanti alle porte;
- se possibile, collocare il paziente con urgenza evacuativa vicino al bagno;
- nello specifico, verificare periodicamente l'eventuale bisogno di recarsi in bagno ed accompagnare il paziente nel bagno;
- controllare maggiormente i pazienti in terapia con diuretici e lassativi ed invitarli ad urinare subito prima del riposo notturno.

-Accorgimenti cautelativi per la Mobilizzazione e la deambulazione

Per Prevenire il rischio cadute è fondamentale favorire il mantenimento delle abilità motorie e le capacità funzionali residue del paziente favorendo il più possibile la loro autonomia in collaborazione con personale esperto.

Tuttavia, è utile tenere presenti, dal punto di vista della prevenzione delle cadute, alcuni accorgimenti cautelativi.

- Fare alzare il paziente gradualmente;
- favorire una posizione con i piedi distanziati tra loro che aumenta la stabilità (base allargata);



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO OSPEDALIERO

Rev 00

- prima di iniziare la marcia, invitare a spostare il peso del corpo da un piede all'altro, perché aiuta a partire con maggiore sicurezza;
- se il paziente avverte capogiri o vertigini occorre farlo sedere/coricare immediatamente;
- se dopo i pasti insorge ipotensione postprandiale, invitare il paziente a riposare prima di riprendere il cammino.

In generale, particolare attenzione nella mobilizzazione e deambulazione deve essere prestata agli pazienti con ipotensione ortostatica per i quali deve essere periodicamente rivalutata l'appropriatezza della terapia.

-Limitazione della contenzione

L'uso dei mezzi di contenzione viene prescritto:


- dal medico dopo la attenta valutazione multidisciplinare con gli altri operatori a tutela dei pazienti in stato confusionale cronico o acuto ad elevato rischio di caduta;
- dopo documentate e attente valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico;
- dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa,

Durante l'utilizzo dei mezzi di contenzione è necessario un monitoraggio attento dell'utente come previsto nella prescrizione. L'utilizzo dei mezzi di contenzione deve essere periodicamente rivalutato e richiede che motivazioni, tempi e presidi siano annotati su appositi moduli di prescrizione che vanno conservati nella cartella sanitaria.

5.4.3 Formazione del personale

L'azienda organizza periodicamente incontri formativi con i Referenti per i Rischio Clinico di ogni UOC, questi nel ruolo di facilitatori devono:

- Sensibilizzare i colleghi sul tema del rischio cadute e sulle importanti ripercussioni che questo ha sulla qualità dell'assistenza;
- essere vettore di tutti gli strumenti e miglioramenti organizzativi realizzati con la collaborazione della Direzione Sanitaria;
- diffondere la presente procedura e formare il personale della propria UOC.

	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO OSPEDALIERO	Rev 00
--	--	--------

Il Direttore di UOC, per garantire l'adeguata assistenza del paziente caduto, deve assicurarsi che tutto il personale frequenti regolarmente i corsi di BLS/D resuscitazione realizzati periodicamente dall'Azienda.

5.4.4 Informazione e comunicazione dei pazienti e familiari/caregivers

Per ridurre il rischio di cadute accidentali e migliorare la sicurezza dei pazienti è fondamentale aumentare il livello di consapevolezza e conoscenza tra i pazienti e i familiari/caregivers, a questo scopo l'azienda ha creato un poster da apporre nelle stanze di degenza, corridoi e sale d'attesa dei reparti. **(ALLEGATO D)**

Alcune indicazioni e buone prassi per pazienti e caregivers:

- Indossare scarpe chiuse e della giusta misura e vestiti comodi che non intralcino i movimenti.
- Osservare con attenzione l'ambiente circostante e tutti gli eventuali ostacoli presenti, perché un ambiente nuovo può presentare pericoli sconosciuti.
- Utilizzare sempre gli occhiali in caso di deficit visivi.
- Tenere il campanello vicino al letto e non esitare a suonarlo in caso di necessità. I campanelli di allarme sono disponibili anche nei bagni, è importante imparare a riconoscerli.
- Assicurarsi che gli oggetti di uso frequente siano a portata di mano per evitare movimenti azzardati nel loro raggiungimento. Ad esempio occhiali, acqua, telefono cellulare, telecomando, ecc.
- Tenere il letto nella posizione più bassa possibile per agevolare la salita e la discesa.
- Vestirsi e spogliarsi da seduti.
- Passare dalla posizione seduta muovendosi molto lentamente e respirando profondamente quando ci si alza dal letto bisogna. Ci si può alzare solo dopo aver percepito bene il pavimento sotto la pianta dei piedi.
- Comunicare al personale sanitario eventuali cambiamenti dello stato fisico (stanchezza, debolezza, giramenti di testa, dolore ed eventuali problemi visivi in seguito alla somministrazione di farmaci che alterano le capacità funzionali).

- Usare sempre gli appositi maniglioni posti nei bagni e in caso di incontinenza o improvvisa urgenza evitare di correre per raggiungerlo. Cercare sempre di andare in bagno prima di dormire per evitare di doversi alzare durante la notte.
- In caso di “paura di cadere” comunicarlo agli operatori.

6. LA GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

In caso di caduta di un paziente il primo operatore presente deve immediatamente prestare soccorso, di seguito le azioni da intraprendere in ordine temporale:

- ✓ Valutare se la persona ha riportato lesioni prima di mobilizzarla (ferite, traumi cranici, dolori / traumi determinanti fratture);
- ✓ applicare protocollo BLS in caso di perdita di coscienza;
- ✓ tranquillizzare il paziente / posizionarlo in maniera appropriata e confortevole;
- ✓ rilevare i parametri vitali: PA in clino e ortostatismo (se possibile);
- ✓ comunicare al medico la caduta del paziente al fine di consentire una tempestiva valutazione clinica;
- ✓ predisporre il paziente per eventuali accertamenti diagnostici (RX...);
- ✓ discutere con la persona e/o i caregivers (in un momento appropriato), la percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e l'eventuale intervento su fattori di rischio modificabili;
- ✓ informare la famiglia della caduta analizzando insieme i fattori di rischio modificabili e relativi interventi;
- ✓ documentare l'evento compilando la scheda di segnalazione;
- ✓ sorvegliare la persona caduta per complicanze tardive in caso di trauma cranico, frattura e paziente demente, confuso / disorientato;
- ✓ attuare interventi volti ad ridurre i fattori di rischio modificabili in quanto il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriore caduta.

6.1 LA SEGNALAZIONE DELL'EVENTO



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE CADUTE IN AMBITO OSPEDALIERO

Rev 00

Tutte le cadute devono essere segnalate indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno al paziente.

A proposito si chiede di seguire la procedura aziendale per la “SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI, DEI QUASI EVENTI E DEGLI EVENTI SENTINELLA: SISTEMI DI REPORTING” nella quale viene spiegato come utilizzare lo strumento informatico di Incident Reporting TaleteWEB

Le segnalazioni sono di estrema utilità alla Direzione Sanitaria per apprendere quali fattori di rischio contribuiscono maggiormente al fenomeno e attuare di conseguenza interventi mirati di riduzione del rischio.

Per la compilazione della segnalazione è importante raccogliere informazioni complete avvalendosi per la descrizione della dinamica dei resoconti:

- del paziente (se possibile)
- di altro/i pazienti che abbiano assistito alla caduta
- di qualsiasi altro testimone (parente, personale di altri reparti).

Nella present e edizione della Procedura per la Prevenzione e Gestione delle Cadute, si raccomanda che la segnalazione avvenga seguendo la modalità generale di segnalazione di eventi avversi, near miss, eventi sentinella e criticità organizzative (accedendo a Taleteweb dalla maschera di AREAS e cliccando sul link <PER SEGNALARE ALLA DIREZIONE SANITARIA EVENTI AVVERSI, NEAR MISS ED EVENTI SENTINELLA CLICCA QUI (TALETE WEB)> oppure digitando nella barra degli strumenti l'url: <http://10.1.101.25/>).

Nella revisione 01 della presente procedura, sarà avviato l'utilizzo di uno specifico strumento di segnalazione della caduta.

Ricevuta la segnalazione, la Direzione Sanitaria provvederà:

- ✓ a inviare formalmente, al più presto possibile, ogni denuncia caduta all'U.O. Affari Generali per la denuncia cautelativa di sinistro alla compagnia assicuratrice;
- ✓ analizzare i dati, elaborare report periodici e fornire feedback agli operatori;
- ✓ individuare interventi mirati di riduzione del rischio.

7. Matrice di Responsabilità/Attività

Attività	Figure Responsabili				
	Infermiere	Caposala	Medico reparto	Responsabile Rischio Clinico	OOS
<i>Prevenzione del rischio caduta</i>					
Valutazione del paziente a rischio caduta	R	C			
Compilazione della check-list ambientale	C	R	C		
Compilazione check-list per ausili trasporto/deambulazione	R	C			C
<i>Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute</i>					
Ambientali	R				C
Terapia farmacologica	C		R		
Informazione/educazione paziente e caregivers	R				
<i>In caso di caduta</i>					
Gestione del paziente caduto, primo soccorso.	R	R	R		R
Valutazione clinica ed interventi assistenziali sul paziente caduto	C		R		
Informazione alla famiglia sull'evento caduta	C		R		
Compilazione scheda di segnalazione caduta	R	R	R		
Invio della scheda di segnalazione in Direzione Sanitaria e al RRC		R			
Audit di Risk Management se necessario	C	C	C	R	C

R= Responsabile attività

C=Collabora all'attività

F=Verifica, valida e firma

l'attività

8. Riferimenti e allegati

8.1 **Riferimenti:** *Raccomandazione n. 13, novembre 2011*

8.2 **Allegati:**

ALLEGATO A Scheda Valutazione

ALLEGATO B Check-list presidi ed ausili

ALLEGATO C Check-list ambientale

ALLEGATO D Poster consigli e buone prassi

