

# DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE



DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA  
PERSONA

REGIONE BASILICATA

UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA  
E VERIFICA DEGLI OBIETTIVI  
13AB

STRUTTURA PROPONENTE

COD.

N° 13AB.2015/D.00333

DEL 19/6/2015

Codice Unico di Progetto:

## OGGETTO

DGR N. 137/2015 - APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO " LINEE DI INDIRIZZO E REQUISITI MINIMI PER L'IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE DELENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE REGIONALI"

## UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

### PREIMPEGNI

Num. Preimpegno	Bilancio	Missione.Programma	Capitolo	Importo Euro

### IMPEGNI

Num. Impegno	Bilancio	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Atto	Num. Prenotazione	Anno	Num. Impegno Perente

### LIQUIDAZIONI

Num. Liquidazione	Bilancio	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Num. Impegno	Atto	Num. Atto	Data Atto

### VARIAZIONI / DISIMPEGNI / ECONOMIE

Num. Registrazione	Bilancio	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Num. Impegno	Atto	Num. Atto	Data Atto

### ACCERTAMENTO

Importo da accertare

### Note

La presente Determinazione Dirigenziale non comporta visto di regolarità contabile.

Visto di regolarità contabile

IL DIRIGENTE Elio Manti

DATA 30/06/2015

Allegati N. 1 \_\_\_\_\_

Atto soggetto a pubblicazione  Integrale  Per oggetto  Per oggetto + Dispositivo

## IL DIRIGENTE

### VISTE

- la L.R. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernete la “ Riforma dell’organizzazione regionale”
- la D.G.R. 11/98 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale, la D.G.R. del 13 dicembre 2004, disciplina dell’iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta, come modificata dalla successiva D.G.R. n. 637 del 03.05.06
- la D.G.R. n. 227 del 19.02.2014 relativa alla denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali relativi alle aree istituzionali “ Presidenza della Giunta” e “Giunta Regionale”;
- La DGR n. 689/2015 relativa a dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta regionale – modifiche alla DGR 694/2014-
- la DGR n. 691/15 di ridefinizione dell’assetto organizzativo dei dirigenti delle aree istituzionali della Presidenza Giunta e Giunta Regionale – affidamento incarichi

### VISTE

- L.R. n. 4 del 27.1.2015 “Collegato alla Legge di Stabilità Regionale 2015”
- L.R. n. 5 del 27.1.2015 “Legge di Stabilità Regionale 2015”
- L.R. n. 6 del 27.1.2015 “Bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2015-2017”
- D.G.R. n. 114 del 3.2.2015 Approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese del “Bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2015-2017”

**VISTE** le “Raccomandazioni” elaborate dal Ministero della salute per la prevenzione del rischio e per la sicurezza dei pazienti, segnatamente la Raccomandazione n. 13/2011 – Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;

**VISTA** la DGR 137 del 10 febbraio 2015 che ha approvato il documento di “ Istituzione del Sistema Regionale di Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente in attuazione della DGR n. 238 del 23 febbraio 2011” dando mandato alle Aziende Sanitarie regionali della attuazione dei contenuti programmatici;

### ATTESO

**che** la predetta deliberazione delinea un sistema costituito da:

Gruppo Regionale di coordinamento per la gestione del rischio clinico ( GRC);

Gruppo aziendale di coordinamento per la gestione del rischio clinico (GAC) che deve essere integrato con esperti esterni della materia al fine di garantire completezza di valutazione e trasparenza;

Funzione aziendale per la gestione del rischio clinico;

Rete dei referenti aziendali per la gestione del rischio clinico (rete);

**che** il GRC, di fatto istituito con DGR n. 238/2011, e nominato con la DD 72AB/2011/D/540 del 25.10.2011, a seguito della indicazione da parte delle Aziende Sanitarie dei propri referenti, svolge la propria attività in qualità di organo tecnico del Dipartimento regionale con funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica di quanto pianificato;

#### **ATTESO**

**che** le cadute del paziente in ospedale rappresentano un evento avverso parzialmente prevenibile;

**che** la compressione del rischio caduta del paziente, degente in ospedale, rappresenta un indicatore dell'assistenza infermieristica e della qualità organizzativa di una Azienda Sanitaria;

**DATO ATTO** che il GRC ha redatto il documento “linee di indirizzo e requisiti minimi per l’implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente nelle strutture sanitarie regionali” allo scopo di omogeneizzare l’approccio metodologico ed uniformare le procedure già in essere nelle strutture sanitarie regionali in tema di prevenzione delle cadute;

**RITENUTO** necessario:

**di adottare** formalmente le predette linee di indirizzo, che si allegano alla presente determinazione quale parte integrante e sostanziale;

**di dare mandato** alle Aziende del SSR, con il supporto del Gruppo aziendale dedicato, di aggiornare le proprie procedure specifiche, anche rielaborando le procedure in essere, nonché di progettare la specifica necessaria attività formativa per il personale.

#### D E T E R M I N A

Per quanto esposto in premessa e che si intende integralmente riportato di :

**approvare il documento** - “**linee di indirizzo e requisiti minimi per l’implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente nelle strutture sanitarie regionali**” - elaborati dal Gruppo Regionale di coordinamento per la gestione del rischio clinico (GRC), che allegato alla presente determinazione ne costituisce parte integrate e sostanziale;

**dare mandato** alle Aziende del SSR, con il supporto del Gruppo aziendale dedicato, di aggiornare le proprie procedure specifiche, anche rielaborando le proprie procedure in essere, nonché di progettare la specifica necessaria attività formativa per il personale.

L'ISTRUTTORE \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE P.O. **Maria Luisa Zullo** \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE **Giuseppe Montagano** \_\_\_\_\_

La presente determinazione è firmata con firma digitale certificata. Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della determinazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

### OGGETTO

**DGR N. 137/2015 - APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO " LINEE DI INDIRIZZO E REQUISITI MINIMI PER L'IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE DEGENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE REGIONALI"**

### UFFICIO CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA

Note

Visto di regolarità amministrativa

IL DIRIGENTE **Anna Roberti**

DATA **29/06/2015**

### OSSERVAZIONI

IL DIRIGENTE GENERALE **Donato Pafundi**

La presente determinazione è consultabile, previa autorizzazione sulla rete intranet della Regione Basilicata all'indirizzo <http://attidigitali.regione.basilicata.it/AttiDigitali>

## **Elenco Firme del provvedimento n. 13AB.2015/D.00333 del 19/06/2015**

Numero Certificato: 19A4DBDAA4AA0F8CE0A65C477263792F

Rilasciato a: dnQualifier=12317836, SN=Zullo, G=Maria Luisa,  
SERIALNUMBER=IT:ZLLMLS59D51L062Z, CN=Zullo Maria Luisa, O=non presente, C=IT

Valido da: 26/08/2013 2.00.00

fino a: 27/08/2019 1.59.59

documento firmato il : 19/06/2015

---

Numero Certificato: 6DFF3B83475A1B9987DA5D528509EC60

Rilasciato a: dnQualifier=12348372, SN=Montagano, G=Giuseppe,  
SERIALNUMBER=IT:MNTGPP58R03F839X, CN=Montagano Giuseppe, O=non presente, C=IT

Valido da: 10/09/2013 2.00.00

fino a: 11/09/2019 1.59.59

documento firmato il : 19/06/2015

---

Numero Certificato: 0F3BDF9C3B69859DA7CC58826AF0BE37

Rilasciato a: dnQualifier=12823797, SN=Pafundi, G=Donato Vincenzo,  
SERIALNUMBER=IT:PFNDTV55E28A519T, CN=Pafundi Donato Vincenzo, O=non presente,  
C=IT

Valido da: 03/03/2014 1.00.00

fino a: 03/03/2020 0.59.59

documento firmato il : 19/06/2015

---

Numero Certificato: 2167D750F06CD8D62366B1D485ACE265

Rilasciato a: dnQualifier=12760018, SN=Roberti, G=Anna,  
SERIALNUMBER=IT:RBRNNA53S65F495D, CN=Roberti Anna, O=non presente, C=IT

Valido da: 11/02/2014 1.00.00

fino a: 12/02/2020 0.59.59

documento firmato il : 29/06/2015

---

Numero Certificato: 48987B2B63F1D19606FECBA7F4967E1B

Rilasciato a: dnQualifier=14056466, SN=Manti, G=Elio,  
SERIALNUMBER=IT:MNTLEI60A27F158H, CN=Manti Elio, O=non presente, C=IT

Valido da: 02/03/2015 1.00.00

fino a: 02/03/2021 0.59.59

documento firmato il : 30/06/2015

---



**LINEE DI INDIRIZZO E REQUISITI MINIMI PER  
L'IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA PER LA  
PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA  
DEL PAZIENTE DEGENTE NELLE STRUTTURE  
SANITARIE REGIONALI**

## INDICE ANALITICO

### INTRODUZIONE

1. BACKGROUND
2. GLOSSOLOGIA
3. DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO
4. ISTITUZIONE E ATTIVITA' DEL GRUPPO AZIENDALE DEDICATO ALLE CADUTE
  - 4.1 *Definizione di politiche e documentazione aziendale*
  - 4.2 *Strategie di prevenzione*
  - 4.3 *Modalità per la segnalazione e gestione delle segnalazioni*
  - 4.4 *Progettazione dell'attività formativa*
5. FLOW CHART
6. BIBLIOGRAFIA
7. IL GRUPPO DI LAVORO REGIONALE
8. ALLEGATI

# REGIONE BASILICATA

## INTRODUZIONE

Le cadute del paziente degente in ospedale rappresentano un evento sentinella oltre che un evento avverso parzialmente prevenibile. L'efficace compressione del rischio di caduta del paziente degente in Ospedale rappresenta un indicatore della Qualità dell'assistenza infermieristica e della qualità organizzativa di un'azienda sanitaria.

In un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie, a garanzia della qualità, efficienza, efficacia, equità e sostenibilità delle cure erogate, il **Gruppo Regionale di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico e per la Sicurezza del paziente** ha progettato un univoco, sistemico e sistematico approccio alla gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale iconografato nell'allegato documento dal titolo "*Linee di indirizzo e requisiti minimi per l'implementazione di un Sistema per la Prevenzione e la Gestione del Rischio Caduta del paziente degente nelle strutture sanitarie regionali*", al fine di omogeneizzare nelle aziende l'approccio metodologico.

Il Coordinatore Gruppo Regionale

# REGIONE BASILICATA

## 1.BACKGROUND

Le cadute che si verificano in ambiente “protetto” incidono in maniera significativa su costi e durata delle degenze e gravano sulla prognosi quoad vitam e quoad valitudinem del paziente<sup>1</sup>. È noto, infatti, che le cadute tra i pazienti ricoverati in ospedale sono evenienze piuttosto frequenti con valori di incidenza compresi tra 2.3- 7 cadute ogni 1000 pazienti ogni giorno, a seconda delle casistiche internazionali prese in considerazione<sup>2</sup>.

Study (Reference)	Site	Mean Age of Patients	Annual Incidence per 1000 Beds	Falls with Serious Injury	Falls with Fracture
		y		%	
Gryfe et al, 1977 (3)	BC	81% ≥ 75	650	17	6
Pablo, 1977 (4)	CC	72	730	17	0
Feist, 1978 (5)	NH	83	3300	4	3
Cacha, 1979 (6)	NH	82	2400	1	NA
Miller and Elliott, 1979 (7)	NH	82	1400	NA	1
Louis, 1983 (8)	NH	83	760	12	NA
Louis, 1983 (8)	NH	79	1100	14	NA
Colling and Park, 1983 (9)	NH	NA	2600	5	2
Blake and Morfitt, 1986 (10)	BC	≥ 60	3600	3	NA
Berry et al, 1981 (11)	CC	68% ≥ 70	1500	5	3
Berryman et al, 1989 (12)	NH	≥ 65	2000	NA	NA
Gross et al, 1990 (13)	NH and BC	82	220	15	10
Rubenstein et al, 1990 (14)	NH and BC	≥ 65	1200	NA	2
Gostynski, 1991 (15)	NH and BC	86	1300	6	2
Neufeld et al, 1991 (16)	NH and BC	84	630	NA	5
Svensson et al, 1991 (17)	NH	95% ≥ 65	350	35†	NA
Tinetti et al, 1992 (18)	NH	84	1530	3	3
Simple mean of all surveys			1450	11	4

\* BC = board and care facility; CC = chronic care facility; NA = not available; NH = nursing home.  
† Percentage of injurious falls in this study that were considered serious.

L’OMS nel 2013 ha documentato che su 10.000 ricoveri tra l’1,6 e 3 % sono i ricoveri riconducibili a danni riportati dalla popolazione ultrasessantenne a seguito di caduta in ambiente domestico. Il tasso di ospedalizzazione o prolungamento dell’ospedalizzazione nei pazienti già degenti a causa di caduta in ospedale oscilla – in letteratura – tra il 5,5 e l’8,9 %.

<sup>1</sup>Smart Risk. *The cost of fall*. SMARTIK 2004: <http://www.smartriskik.ca>

<sup>2</sup> In Gran Bretagna un terzo della popolazione sopra i 65 anni cade e metà di questi soggetti cade almeno due volte (Swift, 2001). Per l’anno 1997 la stessa fonte riferisce che il 67% delle morti accidentali nelle donne sopra i 65 anni è dovuta a cadute. Per quanto riguarda le cadute del paziente ricoverato, in Svezia quasi un terzo delle fratture dell’anca avvengono nella popolazione ospedalizzata (Uden, 1999), negli ospedali Australiani il 38% di tutti gli incidenti che avvengono durante il periodo di ricovero è dovuto a cadute (The Johanna Briggs Institute for EBN, 1998), il 50% dei pazienti anziani residenti in strutture residenziali cade ogni anno e circa il 7% di questi muore a causa della caduta (Kiely, 1998; Luukinen, 1995; Rubenstein, 1996).

## REGIONE BASILICATA

In Italia uno studio condotto nel 2000 presso l' Ulss 22 della Regione Veneto ha evidenziato che la frequenza delle cadute accidentali è pari allo 0,86% su tutti i ricoveri (Vanzetta, 2001). Un altro studio condotto dall'Ospedale. S. Orsola Malpighi nel 2002 stima che le cadute accidentali si verificano nel 5% dei ricoveri nei reparti selezionati per lo studio e nell' 1% circa del numero totale dei ricoveri del Presidio Ospedaliero (Chiari, 2002). Sempre nel 2002, uno studio osservazionale condotto nell'arco di sei mesi nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi di Firenze, ha osservato un' "incidenza di cadute nei pazienti anziani ricoverati pari al 1,2% (Brandi, 2005), (dato in aumento rispetto alle due precedenti indagini retrospettive relative agli anni 2000-2001). Nell'ASL 11 di Empoli uno studio condotto lo stesso anno sugli eventi avversi ha rilevato che la caduta dei pazienti si verifica nel 4,0% circa di tutti i ricoveri; il 13 % di queste sono cadute dal letto o dalla poltrona (CINEAS, 2002). In Regione Lombardia il dato valutato nel 2004 è del 4,09 (su 1000 ricoveri ospedalieri, in tutte le Az. Ospedaliere della Regione) (Bertani, 2006).

A dispetto della minore altezza, talora esigua, la lesività in caso di "low falls impact" può, in alcuni casi, essere anche rilevante, con una distribuzione pluridistrettuale ed una variabilità morfologica talora sovrapponibile a quella di traumi ad energia più elevata<sup>3</sup>. Ciò è vero soprattutto nei soggetti più anziani, nei quali l'effetto traumatico è amplificato dalla sussistenza di stati patologici a carattere cronico, che complicano il giudizio

---

<sup>3</sup> Tra le lesioni che portano al decesso i soggetti anziani, il trauma cranico costituisce la prima causa di morte nel 29% degli uomini e nel 14% delle donne, le fratture degli arti inferiori sono al secondo posto con il 68% nelle donne rispetto al 29% degli uomini. In Svezia almeno un terzo delle fratture di femore si verifica nella popolazione ospedalizzata (Uden, 1985). La mortalità è strettamente correlata all'età del soggetto (Balducci, 2002). È stato stimato che, se la frequenza del numero di fratture di femore continua ad aumentare come si è verificato dal 1990, l'incidenza annuale potrebbe aumentare in proporzione variabile tra il 60 e il 96% nel 2031 (Armstrong, 1994). Uno studio prospettico in una comunità di abitanti anziani in Baltimora ha evidenziato un costo pari a 37.250 dollari/anno per le fratture di femore conseguenti a caduta. Sottraendo i costi medi sostenuti annualmente per le cure sanitarie alla spesa totale pagata nell'anno dell'incidente, il costo addizionale attribuito alla frattura del femore diventa compreso tra i 16.300 e i 18.700 dollari (Brainsky, 1997).

## REGIONE BASILICATA

prognostico<sup>4</sup>. **Approssimativamente il 30% delle cadute nei pazienti ricoverati determina delle lesioni che nel 4-6% sono di grado severo.**

Tra i fattori di rischio di caduta in ambiente di ricovero, rientrano disturbi dell'equilibrio, anomalie del movimento, storia di pregresse cadute, età avanzata, alterazione dello stato di coscienza, sedazione, depressione, vertigini, ipotensione ortostatica, deficit visivo, l'impiego di farmaci, come le benzodiazepine, antipsicotici e sedativi<sup>5</sup>.

Negli Stati Uniti il *National Center for Patient Safety dei Veterans Affair* (NCPS) registra le cadute dei pazienti in Ospedale come il 47% degli Eventi Avversi. Il tasso medio di cadute dei pazienti in Ospedale (anziani e non) in letteratura è consolidato in 8 su 1000 giornate di degenza.

Gli studi di sorveglianza proposti dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale, dimostrano che nella maggior parte dei casi all'epoca della caduta esistevano condizioni cliniche importanti per il suo determinismo, e tra queste, nella quasi totalità delle ipotesi si trattava di condizioni pregresse già note, e non di condizioni sopraggiunte improvvisamente. A ciò si aggiunga che la mancata annotazione nel memoriale clinico per gran parte di tali evenienze (soprattutto quelle che non hanno comportato nessun danno per il paziente) ovvero il richiamo nel passaggio di consegne tra il personale sanitario sull'uso di particolari attenzioni per pazienti a rischio di caduta (es. posizionare spondine ecc.), depone per una generale bassa percezione del rischio caduta come evento prevenibile. In contrapposizione, autorevoli studi a livello internazionale (WHO, 2004; Quality + Safety Council, 2005; NPSA, 2005, VHA, 2004) richiamano l'attenzione del management e del personale delle strutture sanitarie alla gestione del rischio di cadute dei pazienti, per cui esistono raccomandazioni e strumenti validati da un punto di vista scientifico, efficaci nel

---

<sup>4</sup> Helling TS et al - Low falls: an underappreciate mechanism of injury, J Trauma 1999; Hannan EL et al - Multi-variate models for predicting survival of patients with trauma from low falls: the impact of gender and preexisting conditions, J Trauma. 1995; Kennedy RL et al - Low-impact falls: demands on a system of trauma management, prediction of outcome, and influence of comorbidities, J Trauma 2001.

<sup>5</sup> Halfon P et al -Risk of falls for hospitalized patients: a predictive model based on routinely available data, J Clin Epidemiol 2001; Rubenstein LZ et al - Falls in the nursing home, Ann Intern Med 1994; Bates DW et al -Serious falls in hospitalized patients: correlates and resource utilization, Am J Med 1995; Hitcho EB et al -Characteristics and Circumstances of Falls in a Hospital Setting A Prospective Analysis, J Gen Intern Med 2004.

## REGIONE BASILICATA

ridurre l'incidenza delle cadute ed utili per supportare la gestione del paziente a seguito dell'evento avverso che, a livello nazionale, hanno trovato giusto riconoscimento in sede Ministeriale, attraverso il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (2009).

### Lista degli eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Alla luce di queste evidenze oggettive nazionali e internazionali, la Regione Basilicata ha eseguito l'analisi dei dati sulle cadute ricavati dal "Database Regionale dei Sinistri".

Il risultato delle analisi rappresenta per le Aziende pubbliche un ulteriore strumento di declinazione degli standard assistenziali di *Patient Safety* ed ha posto l'accento sulla numerosità del fenomeno e sulla necessità di un approccio sistemico e sistematico, finalizzato alla compressione del rischio caduta in ospedale, come elemento qualificante l'assistenza sanitaria lucana.

L'analisi dei dati raccolti ha quindi suggerito la necessità di sistematizzare sia l'accezione tassonomica, in linea con la letteratura scientifica, sia la scheda di segnalazione per una gestione univoca e sistematica che definisca un approccio metodologico *evidence based* validato per la compressione del rischio e per azioni correttive/preventive volte al miglioramento delle prestazioni erogate.

## REGIONE BASILICATA

Il presente documento vuole, da un lato valorizzare le esperienze già avviate nelle diverse aziende sanitarie regionali, e dall'altro supportare le scelte strategiche dal punto di vista metodologico.

Questo, al fine di consolidare una base tassonomica e semantica comune, in linea con la letteratura internazionale che permetta di:

- Comparare dei dati monitorati;
- Analizzare e gestire i dati con univoca metodologia validata;
- Offrire un approccio sistematico condiviso.

Il documento descrive pertanto i requisiti minimi che le evidenze scientifiche identificano quali necessari alla gestione della *policy*, delle procedure, della tassonomia e degli strumenti gestionali degli eventi singoli e/o aggregati, della scheda di segnalazione e degli interventi formativi volti alla standardizzazione dell'approccio per la compressione del rischio di caduta in Ospedale.

# REGIONE BASILICATA

## 2.GLOSSOLOGIA

In letteratura sono riportate numerose definizioni dell'evento "caduta", alcune più restrittive, altre più generiche e comprensive di qualunque evento che provochi uno sbilanciamento o cambiamento non intenzionale di posizione. Queste differenze, unitamente alla mancanza di una chiara definizione dei criteri di inclusione ed esclusione degli eventi oggetto di rilevazione ed analisi, rendono poco confrontabili i risultati degli studi finalizzati a valutare la frequenza e le caratteristiche delle cadute e, soprattutto, l'efficacia degli interventi di prevenzione.

Obiettivo di questo paragrafo è fornire, tra le diverse definizioni e classificazioni delle cadute presenti in letteratura, quelle a cui i Gruppi Aziendali dedicati potranno far riferimento in modo omogeneo, al fine di garantire una metodologia di lavoro coerente e risultati confrontabili.

## REGIONE BASILICATA

### Glossario di Riferimento

Termine	Descrizione	Fonte
Caduta (Fall)	Un evento per cui una persona si accascia al suolo o altro livello più basso, con o senza perdita di coscienza	Clinical practice guideline for the assessment and prevention of fall in older people. Guideline commissioned by the National Institute for Clinical Excellence (NICE)
	Cambiamento nella posizione non intenzionale che costringe una persona ad accasciarsi a terra, sul pavimento o ad un livello più basso, escludendo il cambio intenzionale della posizione con appoggio a mobili, pareti o altri oggetti.	WHO global report on falls prevention in Older Ager- Geneve:WHO,2010;
Cadute senza testimone (un-witness fall)	Si configura quando un paziente viene ritrovato sul pavimento, e nessuno, né il paziente né altri soggetti, sanno come ciò sia avvenuto	Falla Toolkit. VHA NCPS
Caduta con danno (Falls with injury)	Caduta che esita in una frattura o altre lesioni dei tessuti molli che richiedono trattamento sanitario.	Clinical practice guideline for the assessment and prevention of fall in older people. Guideline commissioned by the National Institute for Clinical Excellence (NICE)
	Si raccomanda l'utilizzo di una scala di danno a 5 punti: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assenza di danno apparente</li> <li>2. Minore contusione o abrasione</li> <li>3. Moderato: danno che causa una dislocazione di cannula o di linea di infusione, o una frattura, o una ferita che richiede sutura.</li> <li>4. Maggiore: danno che richiede un intervento chirurgico o il trasferimento in Terapia intensiva per il monitoraggio di conseguenze che mettono in pericolo di vita;</li> <li>5. Morte.</li> </ol>	Health Care Protocol: Prevention of Falls (acute care). ICSI- Institute for Clinical System Improvement. First Edition March 2013.

## REGIONE BASILICATA

Corrispondenza tra scala valutazione gravità ICSI e classificazione da Database cadute regione	Scala Valutazione Gravità	Classificazione Cadute	
	1. Assenza di danno apparente	Nessuna	
	2. Minore :contusione o abrasione	Lieve: ≤3gg	
	3. Moderato ≤. Danno che causa una dislocazione di cannula o di linea di infusione, o una frattura, o una ferita che richiede sutura.	Moderata: da 4 a 20 gg	
	4. Maggiore: danno che richiede un intervento chirurgico o il trasferimento in terapia Intensiva per il monitoraggio di conseguenze che mettono in pericolo di vita	Severa: da 21 a 39 gg Grave:>40gg	
5. Morte	Decesso		
Quasi caduta (near fall)	Improvvisa e inattesa perdita dell'equilibrio che non esita in caduta o altro danno. Questa categoria può includere una persona che inciampa, scivola, fa un passo salvo, ma è in grado di riprendere il controllo prima di cadere.		Fall Toolkit.VHA NCPS May 2014

## TASSONOMIE DI RIFERIMENTO

Sistema di Classificazione	Descrizione	Fonte
Classificazione delle cadute per fattori di rischio	<ol style="list-style-type: none"> <li>Cadute da fattori di rischio intrinseci (anamnesi di cadute pregresse, deterioramento mentale, deterioramento sistema scheletrico e neuromuscolare, disturbi dell'equilibrio, instabilità posturale, riduzione del virus, dell'udito, incontinenza o urgenza di eliminazione, fattori psicologici che configurano la " fear of falling syndrome")</li> <li>Cadute da fattori di rischio estrinseci(uso di calzature aperte, uso di ausili alla</li> </ol>	<p>-EvansD,Hodgkinson B, Lmbert L, et al. International journal of nursing practice 2011,7:38-45</p> <p>-Lajoie Y, Gallagher SP.Arch Gerontol.Geriatr 2013;38:11-26</p> <p>- Stalenhoef PA, Diederiks JPM, Knottnerus JA, et al.Journal of Clinical Epidemiology 2012;55:1088-1094</p>

## REGIONE BASILICATA

	<p>deambulazione, ausili e arredi ad altezze inappropriate, inappropriato utilizzo di sponde o altri presidi, lontananza dei servizi igienici, irregolarità del pavimento, pavimento bagnato, scalini poco visibili, carenza di illuminazione)</p>	
<p>Classificazione delle cadute per tipologia di evento</p>	<p>1.accidentali:causate per lo più da inciampo, scivolamento del paziente, e attribuibili in genere a fattori ambientali(pavimento bagnato o disconnesso, scalini, assenza di appoggi)                  2.prevenibili/prevedibili: cadute di soggetti definiti <math>\leq 2^\circ</math> rischio”(per anamnesi di caduta recente, disturbi del cammino, uso di ausili, incontinenza, deficit cognitivi, disorientamento, farmaci)                  3.non prevedibili/non prevenibili: cadute che non possono essere previste prima che l’evento si verifichi (causate da crisi di vertigini, attacchi acuti cardiaci o vascolari)</p>	<p>-Morse JM.Thousand Oaks,CA.SagePublications.2007                   -Hendrich A, Bender P, Nyhuis A.Appl Nurs Res 2013;16(1):9-21</p>

## REGIONE BASILICATA

### 3.DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

#### **A) Documentazione Nazionale e Regionale**

Ministero della Salute. Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella. Evento n.9: Morte o grave danno per caduta paziente. Novembre 2011

D.M.11 Dicembre 2009 Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità. Pubblicato nella Gazz.Uff.12 gennaio 2010, n.8.

Analisi dei costi degli eventi avversi da cadute in pazienti ospedalizzati. Ricerca IReR Codice 2009B042. Ottobre 2009.

Progetto per il servizio triennale di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e di trasferimento del Know-how alle Aziende sanitarie Locali. Obiettivo 6: Ridurre il Rischio di danno al paziente a seguito di caduta. Joint Commission International Maggio 2008.

Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani. Linee Guida PNLG 13 maggio 2007.

Delibera Giunta Regionale n. 238 del 23.02.2011 :Adozione Linee Guida per la gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie;

DD72AB/2011/D.540 del 25.10.2011 :Nomina del Gruppo di Coordinamento Regionale

Delibera Giunta regionale n.137/2015 : istituzione del Sistema Regionale di gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del paziente in attuazione della DGR n.238/2011;

#### **B) Documentazione Internazionale**

WHO Global report on Falls Prevention i Older Age.World Health Organization 2007

Guidebook for preventing falls and harm from falls in older people:australian hospitals

A Short Version of preventing falls and harm from falls in older people:Best practice Guidelines for Australian Hospitals. Australian Commission on safety and quality in health care.2009

Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people. Guidelines commissioned by the National Institute for Clinical Excellence (NICE). Novembre 2004

## REGIONE BASILICATA

### 4. ISTITUZIONE ED ATTIVITA' DEL GRUPPO AZIENDALE DEDICATO ALLE CADUTE

Ogni azienda, al fine di definire un percorso rivolto alla prevenzione e gestione dell'evento caduta dei pazienti, deve istituire un Gruppo di lavoro Aziendale Dedicato designato con atto della Direzione Strategica Aziendale. Il gruppo potrà coincidere – o costituire sottogruppo – di commissioni, comitati già operativi cui afferiscono attività di gestione del rischio e qualità.

Il Gruppo Aziendale dedicato è un gruppo operativo ristretto, i cui componenti sono in possesso di:

- a. Competenze infermieristiche e cliniche;
- b. Conoscenze dei principi, metodi e strumenti di Risk Management;
- c. Conoscenza degli strumenti e metodi per la gestione della Qualità;
- d. Conoscenza dei principi e delle tecniche per la formazione.

#### 4.1 DEFINIZIONE DI POLITICHE E DOCUMENTAZIONE AZIENDALE

Ogni Azienda, in ottemperanza alla Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico, deve elaborare politiche e procedure aziendali.

A questo compito è deputato il Gruppo Aziendale dedicato che elabora un piano di azione e gli strumenti per la sua implementazione.

Fra gli strumenti da adottare si ritiene indispensabile:

- L'elaborazione di una procedura operativa;
- La progettazione dell'attività formativa;

La procedura aziendale deve utilizzare linee guida accreditate, che descrivano le varie fasi del processo, specificando, per ciascuna fase, i metodi, gli strumenti, e le responsabilità per la rilevazione/inquadrimento dei rischi, l'analisi dei rischi, la riduzione/prevenzione dei rischi.

## REGIONE BASILICATA

### 4.1.1 Requisiti minimi di contenuto della Procedura

La procedura deve contenere i seguenti requisiti minimi:

- ✓ Glossario di riferimento (definizione di caduta, etc.);
- ✓ Ambito di applicazione: individuare il setting assistenziale (struttura che applica la prevenzione);
- ✓ Scelta della popolazione di riferimento
- ✓ Oggetto del monitoraggio
- ✓ Scelta della modalità di valutazione dei fattori intrinseci (legati al paziente);
- ✓ Scelta della modalità di valutazione dei fattori estrinseci (fattori legati all'ambiente);
- ✓ Modalità di segnalazione;
- ✓ Modalità di analisi e gestione eventi;
- ✓ Strumenti di misura e loro uso;
- ✓ Indicazione delle azioni preventive;
- ✓ Utilizzo dei mezzi di contenzione;
- ✓ Interventi da attuarsi nella fase post caduta;
- ✓ Indicatori di monitoraggio;
- ✓ Responsabilità per ciascuna fase di processo;

Pertanto in ogni azienda sanitaria della Regione si dovrà riscontrare l'esistenza di una procedura approvata redatta dal Gruppo Aziendale dedicato. La procedura deve essere integrata nel processo assistenziale secondo le indicazioni fornite nella sezione relativa alla "continuità assistenziale".

La procedura va presentata, discussa e condivisa ad ogni livello organizzativo, dandone opportuna evidenza.

E' opportuna una applicazione sperimentale della procedura/documento: In letteratura sono consigliate applicazioni iniziali (sperimentazioni) campione limitate ad alcuni reparti.

La Procedura prima della sua applicazione va trasmessa per la sua validazione al Gruppo Regionale di Coordinamento (GRC).

La procedura va aggiornata almeno ogni due anni sulla base dei dati della letteratura e della esperienza acquisita sul tema.

# REGIONE BASILICATA

## 4.2. STRATEGIE DI PREVENZIONE

L'approccio consigliato è basato su linee guida accreditate e deve essere sistemico o multimodale.

### 4.2.1 Integrazione nei processi aziendali

Il coinvolgimento di tutti i processi aziendali deve avvenire mediante l'integrazione degli obiettivi di prevenzione del danno da caduta nel **processo di pianificazione strategica** e negli atti di **programmazione dell'allocazione delle risorse** (acquisizione di beni e servizi, ristrutturazioni ambientali).

**I piani di miglioramento dell'assistenza** erogata riporteranno gli obiettivi e gli indicatori relativi a questo ambito. Il percorso di **inserimento dei neoassunti** e i **piani di formazione e di retraining** del personale comprenderanno specificatamente le azioni previste nella strategia aziendale. La declinazione dal livello strategico alla *line* avverrà mediante l'integrazione negli obiettivi di budget delle singole UU.OO. e /o Dipartimenti degli obiettivi scelti da ogni Azienda Sanitaria in relazione allo stato di implementazione della procedura, ovvero delle azioni in essa previste. Analogamente le azioni necessarie alla prevenzione del rischio caduta vanno inserite nelle politiche della documentazione sanitaria, prevedendo che la stessa sia integrata dalla documentazione prevista a supporto del processo assistenziale.

### 4.2.2 Le strategie di prevenzione multifattoriale

Le strategie di prevenzione multifattoriale prevedono:

- Inquadramento dei fattori di rischio
- Formazione ed aggiornamento
- Integrazione dei fattori e delle competenze
- Interventi di prevenzione/protezione multipli, mirati e specifici
- Monitoraggio degli eventi

**L'inquadramento dei fattori di rischio prevede l'individuazione di fattori di rischio intrinseci ed estrinseci.**

# REGIONE BASILICATA

## Individuazione dei fattori di rischio intrinseci

Per definire i rischi intrinseci occorre effettuare la valutazione dei fattori correlati al paziente: età, patologie, deficit fisici e cognitivi, anomalie comportamentali, paura di cadere.

Gli strumenti a disposizione sono i seguenti:

1. Strumenti di screening
2. Strumenti di valutazione funzionale
3. Valutazione medica completa.

### **1. Strumenti di Screening**

Gli strumenti di Screening possono essere:

- ✚ Strumenti di screening di uso infermieristico
- ✚ Strumenti per identificazione di livelli o di aree di rischio
- ✚ Strumenti che producono un continuum di score, per valutare il rischio cumulativo o l'indice di probabilità
- ✚ Strumenti dicotomici, che producono categorie si/no, predittive di alto/basso rischio

Gli strumenti di screening servono per inquadramento del rischio caduta a livello di ospedale e generalmente si utilizzano strumenti di valutazione infermieristica, quali le scale (*Morse, Conley, STRATIFY, Hendrich, ecc*).

### **4.2.3 Scelta della Scala di Valutazione del Rischio**

La **valutazione del rischio caduta** del paziente risulta di fondamentale importanza ed ha generalmente un impatto significativo sul successo o sull'insuccesso dei programmi di prevenzione delle cadute. Condurre uno screening dei pazienti per individuare in modo predittivo quali, più probabilmente, sono maggiormente a rischio di caduta diventa quindi fondamentale per la sicurezza del paziente e per un'alta qualità della cura, in quanto strumenti di valutazione appropriati possono contribuire a:

- dare supporto nella classificazione dell'urgenza e dei tipi di interventi richiesti per specifiche categorie di pazienti a rischio, correttamente individuati (consentendo

## REGIONE BASILICATA

inoltre un corretto utilizzo di risorse, evitando di consumare risorse preziose per la prevenzione di cadute in fasce di pazienti che non ne necessitano, a discapito forse di gruppi di pazienti che avrebbero necessità di livelli di protezione maggiore);

- giocare un ruolo nella sensibilizzazione del personale, aumentando la consapevolezza dello stesso sul tema delle cadute;
- fornire all'organizzazione informazioni significative sulla sua popolazione.

Le linee guida internazionali sottolineano l'importanza della valutazione del rischio di caduta nella persona che si ricovera in ospedale quale parte integrante dei programmi di prevenzione (RNAO, 2005; Gillespie, 2003; The Johanna Briggs Institute, 1998; Leipzig, 1999; Moreland, 2003; American Geriatric Society, 2001; Health Care Association of New Jersey, 2005; NICE, 2004; Chiari, 2004).

La letteratura e le linee guida più recenti tendono ormai a considerare il *risk assessment* non tanto sulla base dell'utilizzo di scale "preformate" e relativi punteggi, quanto piuttosto sulla base di singole variabili in grado di rilevare un 'core set' di fattori di rischio; addirittura si suggerisce che pochissimi fattori (tra cui sono senz'altro inclusi un'anamnesi di cadute e problemi di andatura ed equilibrio) costituiscano il set minimo adatto allo screening dei pazienti, sia in ospedale sia in comunità (Rubenstein, 2006). Lo strumento

prescelto è quello della checklist di valutazione del rischio di cadute, ottenuta sulla scorta delle scale di valutazione proposte dalla letteratura scientifica internazionale e già oggetto di sperimentazione (ALLEGATO 1).

La valutazione deve essere condotta dal personale infermieristico **al momento dell'ammissione** e seguita da **successive rivalutazioni**, poiché il rischio può cambiare nel corso del processo di cura ed assistenza (es. per cambiamento delle condizioni del paziente o per aggiunta/cambio di farmaci, quotidianamente e/o al cambio turno per pazienti ad alto rischio, subito dopo una caduta e con successiva rivalutazione decorse 24-48 ore dalla caduta stessa).

## REGIONE BASILICATA

L'infermiere provvede quindi alla somministrazione della scala al momento del ricovero, a 72 ore e 120 ore dal ricovero, e alla definizione di un punteggio che definisca "l'arruolamento" del paziente all'interno di una delle categorie di rischio di caduta (basso / medio / alto). Lo schema seguente riporta in maniera sintetica i soggetti coinvolti e le attività svolte dagli stessi.

<b>Soggetti Coinvolti</b>	<b>Attività Svolte</b>
Personale Infermieristico al momento dell'ammissione	Valutazione del Rischio
Personale Infermieristico	Successive rivalutazioni del rischio (es. per cambiamento delle condizioni del paziente o per aggiunta/cambio di farmaci, quotidianamente e/o al cambio turno per pazienti ad alto rischio, subito dopo una caduta e con successiva rivalutazione decorse 24-48 ore dalla caduta stessa)
Personale Infermieristico	Provvede alla somministrazione della scala al momento del ricovero, a 72 ore o 120 ore dal ricovero, e alla definizione di un punteggio che definisca l'arruolamento del paziente all'interno di una delle categorie di rischio di caduta (bassa/medio/alto)

La scheda si compone di 9 ITEMS:

1. anamnesi cadute;
2. patologie in corso – condizioni cliniche;
3. alterazione dei sensi;
4. eliminazione;
5. mobilità;
6. andatura e attività quotidiane;
7. stato mentale-agitazione psicomotoria;
8. terapia farmacologica;
9. terapia endovenosa.

## REGIONE BASILICATA

Per un numero di items con almeno una risposta affermativa compreso tra 0 e 2, il paziente viene giudicato a rischio basso di caduta; al contrario, per un numero di items con almeno una risposta affermativa compreso tra 3 e 5 il rischio di caduta in reparto del paziente sarà giudicato medio, mentre per punteggi tra 6 e 9 il rischio di caduta sarà alto. La scheda al termine della sua compilazione, sarà custodita in un apposito archivio. Sulla scorta dell'attribuzione del rischio di caduta, sarà cura del personale infermieristico e medico del reparto l'adozione delle più **interventi informativi / educativi rivolti alla persona e alla sua famiglia**:

### **Interventi Informativi / Educativi rivolti alla persona e alla famiglia**

**Interventi informativi**

All'ingresso:

- ☛ **Mostrare alla persona la stanza di degenza, il bagno, il reparto.**
- ☛ **Mostrare come si suona il campanello.**
- ☛ **Quando il rischio di caduta è alto, informarne la persona e la sua famiglia.**
- ☛ **Spiegare alla persona ad alto rischio l'importanza di informare l'infermiere ogni volta che si reca in bagno o si allontana dal reparto.**

**Interventi educativi**

L'educazione sanitaria deve riguardare:

- ☛ **I fattori di rischio presenti;**
- ☛ **Le modalità con cui eseguire i passaggi posturali in sicurezza;**
- ☛ **Le modalità con cui alzarsi in presenza di ipotensione ortostatica.**

## REGIONE BASILICATA

### ✚ Interventi Infermieristici:

#### Interventi infermieristici

- ☛ Favorire la presenza dei familiari
- ☛ Collocare il paziente a rischio di caduta vicino alla guardiola
- ☛ Collocare il paziente con urgenza evacuativa vicino al bagno
- ☛ Accompagnare periodicamente i pazienti deambulanti a rischio di caduta in bagno
- ☛ Qualora il paziente effettui terapia infusione, e non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, programmare la somministrazione lasciando libero il periodo di riposo notturno.

### ✚ Prevenzione delle cadute:

#### Accorgimenti per la deambulazione del paziente a rischio di caduta

- ☛ Prima della deambulazione controllare che il paziente indossi abiti e scarpe della giusta misura;
- ☛ evitare le ciabatte e le calzature con suola scivolosa;
- ☛ se il paziente è portatore di pannolone, controllare che sia ben posizionato;
- ☛ utilizzare gli ausili idonei alla persona ed in collaborazione con il fisioterapista, fornire l'addestramento necessario;
- ☛ non utilizzare carrozzine con predella fissa e/o senza freni;
- ☛ se il paziente è in carrozzina utilizzare apposite cinture di sicurezza e/o cuscini antidecubito che impediscano lo scivolamento.

## REGIONE BASILICATA

### 4.2.4 INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI ESTRINSECI

#### **Introduzione della Check List relativa alla gestione del rischio ambientale e dei Presidi.**

Le caratteristiche dell'ambiente fisico della struttura sanitaria e dei presidi sanitari impiegati nel prestare assistenza ai pazienti possono influire sul rischio di caduta dei pazienti, dei visitatori ed anche degli operatori. Nelle raccomandazioni di prevenzione delle cadute rilasciate da autorevoli organismi internazionali, l'intervento sull'ambiente e sui presidi è indicato, infatti, come prioritario sia per le strutture per acuti che per le residenze sanitarie assistite. La rilevazione dei fattori di rischio strutturali connessi con gli ambienti ed i presidi, che non dipendono dalle condizioni dei pazienti e possono contribuire al verificarsi della caduta. All'uopo è stata messa a punto una checklist (Allegato 2) che contiene i principali fattori di rischio di ambienti e presidi desunti dall'analisi della letteratura, dai referti delle cadute verificatesi in due aziende del SSR e dalle nostre osservazioni sul campo<sup>6</sup>.

La checklist dovrà essere applicata prima dell'avvio della procedura ed in caso di modifiche negli ambienti o nei presidi, dopo due settimane dal cambiamento. Una volta compilata la checklist, la struttura aziendale "Gruppo Aziendale di Coordinamento (GAC)", analizzerà i dati ottenuti con l'ausilio di una griglia e definirà un profilo di rischio del reparto, che potrà essere impiegato per valutare l'effettivo impatto degli ambienti e dei presidi sulle cadute verificatesi nel periodo di riferimento. Il profilo di rischio metterà in luce i problemi principali dell'ambiente e dei presidi del reparto. Pertanto, potrà essere impiegato per programmare le azioni di prevenzione:

---

<sup>6</sup> La checklist è organizzata in modo tale da guidare i valutatori nell'osservazione in sequenza dei diversi ambienti e presidi che popolano il reparto. La prima sezione è dedicata alla valutazione di pavimenti, corridoi e scale. Sono da includere nell'osservazione le aree di accesso ai reparti. La seconda sezione contiene i presidi impiegati per la movimentazione dei pazienti non deambulanti. In caso di reparti dotati di presidi dello stesso tipo ma in modelli diversi, la valutazione si riferisce alla stima della qualità media della varietà di modelli presenti per ciascun presidio. Ad esempio se in reparto ci sono tre modelli diversi di sedie a rotelle, i valutatori devono verificare almeno una sedia a rotella per ciascun modello. La terza sezione è dedicata agli ambienti di degenza in cui i pazienti trascorrono la maggior parte del tempo ed ai presidi che vi si possono trovare. In caso di reparti in cui ci sono diverse tipologie di camera o bagno, la valutazione si riferisce alla stima della qualità media della varietà di camere e bagni presenti. Ad esempio, se in un reparto ci sono due formati di camere, i valutatori devono verificare almeno una camera per formato.

## REGIONE BASILICATA

nell'immediato per favorire un buon uso degli ambienti e dei presidi disponibili intervenendo sulla formazione e sull'informazione del personale e dei pazienti; nel medio periodo per decidere sugli acquisti e sulle eventuali ristrutturazioni prioritarie.

### 4.2.5 Utilizzo di ausili di contenzione

L'utilizzo della contenzione fisica come prevenzione delle cadute, non trova riscontro negli studi condotti: non vi è infatti alcuna prova che la contenzione fisica eviti la caduta nei soggetti anziani ospedalizzati (Journal of the American Geriatrics Society marzo 2012).

L'utilizzo di spondine, bracciali per fissare gli arti o fasce addominali rientra nelle modalità operative di contenzione. La contenzione fisica, così come quella farmacologica, deve essere effettuata solo su prescrizione del medico.

L'utilizzo di una sola spondina, durante la notte, richiesta e /o concordata con il paziente per aumentare il bisogno di sicurezza, è consentito.

### Raccomandazioni all'utilizzo di mezzi di contenzione

- *La contenzione deve essere utilizzata come ultima risorsa e solo se i potenziali benefici sono superiori ai potenziali danni.*
- *Utilizzare il minimo contenimento per il minor tempo.*
- *Rivalutare frequentemente la necessità di contenere.*
- *Applicare i mezzi di contenzione nel rispetto delle indicazioni fornite dal costruttore.*
- *Osservare la persona durante il periodo di contenzione.*
- *Durante il periodo di contenzione garantire alla persona la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore, con esclusione della notte;*
- *Durante il periodo di contenzione la persona deve avere altresì la possibilità di essere idratata, nutrita, accompagnata in bagno.*
- *La valutazione di eventuali effetti dannosi attribuibili alla contenzione, quali abrasioni o ulcere da pressione, deve essere fatta ogni 3-4 ore.*
- *Dare evidenza (documentare in cartella) eventuali osservazioni rilevate durante il controllo e i conseguenti interventi attuati.*

## 4.3. MODALITA' PER LA SEGNALAZIONE E GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI

### 4.3.1 La segnalazione e l'utilizzo dei dati

Il sistema di segnalazione delle cadute è da considerarsi a tutti gli effetti come una forma di incident reporting e, come tale, deve trovare la sua naturale collocazione all'interno del sistema aziendale di gestione del rischio clinico e della qualità, ciò anche con riferimento al SiMES.

## REGIONE BASILICATA

Come ogni forma di incident reporting la segnalazione delle cadute deve essere intesa dall'organizzazione come un campanello d'allarme; in quanto tale rappresenta uno degli strumenti utilizzabili per definire il suo profilo di rischio e raccogliere dati e informazioni utili a garantire la sicurezza dei pazienti e comprimere i livelli di rischio ma, fra gli strumenti, non è l'unico né il principale.

Lo strumento esprime tutto il suo valore se gestito in modo integrato con l'insieme delle attività sviluppate nell'area della qualità e della gestione del rischio, in modo particolare il sistema di rilevazione delle cadute deve lavorare in sinergia con:

- gli altri sistemi di rilevazione degli eventi e del rischio;
- lo studio dei processi condotto con tecniche di analisi qualitativa.

Ad ogni livello di intervento e per ogni nuova attività intrapresa, deve essere prevista, con l'obiettivo di incidere sulla cultura dell'organizzazione, un'azione organica e duratura nel tempo di informazione e formazione.

La procedura approntata dalla struttura deve specificare il significato, le finalità e l'operatività della segnalazione; in modo particolare devono essere descritte le modalità di segnalazione della caduta e le modalità di analisi e di gestione degli eventi.

Il percorso della segnalazione e la scelta dello strumento devono garantire:

- La raccolta di tutte le informazioni necessarie ad assolvere ai flussi informativi istituzionali cui le aziende sono tenute;
- La messa a disposizione dei dati che permettono l'analisi, da un lato del singolo evento, laddove necessario, dall'altro degli eventi in forma aggregata.

Il percorso e gli strumenti scelti devono in ogni modo rispondere al criterio di sostenibilità; la struttura e i singoli operatori devono essere chiamati a condurre attività che capiscono, condividono e sono strutturate in modo da essere compatibili con l'organizzazione del lavoro in essere.

Nella progettazione e nello sviluppo del sistema di segnalazione delle cadute è di grande utilità dare preliminarmente riposta ad una serie di quesiti guida:

**Perché si segnala, come si segnala, chi segnala, con quale strumento si segnala.**

**La mancata registrazione è una omissione.**

La registrazione dei dati della caduta deve essere immediata e contestuale all'intervento del sanitario.

Ogni Azienda ha facoltà, in funzione della propria organizzazione, di definire come meglio ritiene il percorso della segnalazione.

Comunque, indipendentemente dai passaggi che possono essere stabiliti dall'organizzazione e dalla comunicazione che può interessare più soggetti, la segnalazione deve avere come destinatario finale la funzione che all'interno della struttura gestisce il Risk Management.

# REGIONE BASILICATA

## 4.4 PROGETTAZIONE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

Il Piano di Prevenzione e gestione delle cadute ha come presupposto fondamentale la progettazione e realizzazione di un piano di formazione formulato sulla base delle peculiarità dell'organizzazione e del percorso di miglioramento già effettuato sull'argomento. Il piano prevede:

- L'analisi del fabbisogno formativo,
- La definizione degli obiettivi
- Contenuti
- Tempistica
- Destinatari
- L'individuazione dei docenti,
- La verifica dei risultati del percorso formativo e delle ricadute organizzative;

### 4.4.1 Coinvolgimento di operatori, pazienti e familiari.

Il coinvolgimento di operatori, pazienti e familiari, rappresenta un componente fondamentale dei programmi di prevenzione delle cadute; è finalizzato ad aumentare la consapevolezza di questi soggetti rispetto al rischio caduta ed a fornire strategie per la prevenzione.

### 4.4.2 Educazione del paziente

L'educazione del paziente e dei familiari, nell'ambito della prevenzione delle cadute, è parte integrante del suo programma di cura e assistenza. E' da considerarsi come un'azione di indirizzo continua, strutturata e organizzata che avviene con il contributo di tutti i professionisti sanitari coinvolti, orientata al potenziamento delle risorse del paziente, delle sue capacità residue.

Con il modello educativo che persegue l'empowerment del paziente si intende mantenere il più elevato livello possibile di autosufficienza e quindi di qualità di vita della persona durante il ricovero e, successivamente, nel suo contesto familiare.

Affinchè il paziente e/o i suoi familiari siano in grado di adottare comportamenti appropriati, tenendo in considerazione il rischio di caduta, il processo educativo dovrà prevedere:

- La segnalazione efficace dei rischi strutturali presenti nella struttura di degenza e cura;
- La distribuzione di materiale informativo all'ingresso per i fattori di rischio estrinseci e le raccomandazioni comportamentali da osservare durante la degenza;
- La comunicazione e la sensibilizzazione del paziente e familiari rispetto ai fattori di rischio intrinseci rilevati nella fase di valutazione del paziente;
- La distribuzione di materiale informativo, alla dimissione, per la sicurezza ambientale a domicilio e le raccomandazioni comportamentali.

# REGIONE BASILICATA

A tal fine occorre che ogni struttura sanitaria preveda e predisponga:

- La presenza di cartellonistica e segnaletica ad hoc predisposta e l’informativa attraverso strumenti di comunicazione aziendale (sito, riviste pubblicate dall’Azienda ,)
- La disponibilità e l’utilizzo di materiale informativo cartaceo all’accoglienza e alla dimissione;

## 4.4.3 Continuità assistenziale

La Continuità assistenziale, all’interno di un sistema sanitario complesso che si pone l’obiettivo di prevenire e ridurre le cadute, costituisce elemento irrinunciabile per fornire risposte adeguate a bisogni complessi, così come l’integrazione interdisciplinare e interprofessionale rappresenta uno strumento indispensabile per il raggiungimento di tale obiettivo. E’ pertanto necessario implementare un nuovo modello assistenziale basato su un approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni rese da tutte le professionalità.

L’integrazione interdisciplinare e interprofessionale avviene attraverso l’individuazione di momenti strutturati di comunicazione tra gli operatori e il passaggio di informazioni critiche. Tali momenti dovranno riguardare anche la diffusione della reportistica elaborata dal GAD. La comunicazione all’equipe dell’individuazione di un paziente ad elevato rischio di caduta, delle relative eventuali raccomandazioni e dell’individuazione di rischi ambientali, deve essere tempestiva.

Gli strumenti di garanzia della continuità assistenziale e di integrazione sono rappresentati da:

- Registrazione accurata e rintracciabilità in cartella clinica di tutte le annotazioni relative al rischio di caduta: punteggio delle scale di rischio, fattori di rischio particolari, valutazioni mediche specialistiche, le prescrizioni ed i provvedimenti per la prevenzione/protezione;
- Definizione ed utilizzo dei requisiti minimi della comunicazione tra operatori;
- Documentazione che accompagna il paziente nei trasferimenti intra ospedalieri, extra ospedalieri o al domicilio;
- Raccomandazioni ad operatori delle strutture di trasferimento.

## 5.FLOW CHART

Responsabilità	Attività	Documentazione
DG-DS-Sitra-Risk Manager	Definizione Politica aziendale	Piano del Rischio
DG-DS-Sitra	Istituzione del gruppo aziendale dedicato(GAD)	Delibera
GAD	Linee Guida regionali/situazione aziendale	LG Regionali

## REGIONE BASILICATA

GAD	Elaborazione progetto operativo	Progetto
GAD	Istituzione gruppi di lavoro	Note di convocazione
GAD	Analisi del contesto	Documento analisi
GAD	Ricerca Bibliografica	Definizione dei documenti Bibliografici
GAD	Produzione di schede di valutazione Rischio e delle Check list ambientali	Scale di valutazione
GAD	Stesura della procedura Aziendale	Tutti i documenti citati
GAD	Informazione/formazione operatori	Progetto formativo
Unità Operative	Start Up delle nuove modalità	Procedure/LG
Auditor Interni	Audit	Check list di valutazione

### 6. BIBLIOGRAFIA

1. Oliver D, Papaioannou A, Giangregorio L, et al. A systematic review and meta-analysis of studies using STRATIFY tool for prediction of falls in hospital patients: how well does it work? *Age and Ageing* 2008;37:621-62.

2. Healey F, Scobie S, Oliver A, et al. Falls in English and Welsh hospitals: a National observational study based on retrospective analysis of 12 months of patients safety incident reports. *Qual Saf Health care* 2008;17:424-430.

3. Evans D, Hogkinson B, Lambert L, et al. Falls risk factor in the hospital setting: a systematic review. *International Journal of nursing practice* 2011;7:38-45

4. Myers H, Hospital fall risk assessment tools: A critique of the literature. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9:223-235

5. Chiari B, Mosci D, Fontana S. Valutazione degli strumenti di misura del rischio di caduta dei pazienti. *Assistenza Infermieristica e ricerca* 2002,21(3):117-124

6. Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG), Ministero della Salute, Documento 13, Maggio 2007, aggiornamento 2009.

7. <http://www.ctfphc.org>

8. <http://www.jcrinc.com/The Joint Commission- Perspectives-on-Patient-Safety/>

# REGIONE BASILICATA

## 7. GRUPPO REGIONALE

Il presente documento è stato approntato dal Gruppo di Coordinamento Regionale Rischio Clinico e Sicurezza dei pazienti costituito presso il Dipartimento della Persona della Regione Basilicata:

Dott. Giuseppe Montagano - Dirigente Ufficio Pianificazione Sanitaria – Regione Basilicata

Dott.ssa Maria Luisa Zullo – Funzionario medico Ufficio Pianificazione Sanitaria – Regione Basilicata

Dott.ssa Angela Pia Bellettieri - Dirigente Medico Direzione Sanitaria AOR San Carlo di Potenza,  
Responsabile Struttura “Qualità, Risk Management ,Accreditamento”;

Dott. Mario Greco- Dirigente Medico, AOR San Carlo di Potenza, FF. UOC Medicina Legale;

Dott. Aldo Di Fazio - Dirigente Medico Azienda Sanitaria di Matera U.O. di Medicina legale e gestione del rischio

Dott.ssa Giuseppina Ammirati - Dirigente Medico Azienda Sanitaria di Potenza U.O. Osservatorio Epidemiologico

dott. Antonio Colasurdo – Dirigente Medico – Direzione Sanitaria IRCCS CROB di Rionero in Vulture

## 8. ALLEGATI

### ALLEGATO 1

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

# REGIONE BASILICATA

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE									
NOME PAZIENTE	DATA DI NASCITA		/		SESSO		M / F		
QUESITI	INGRESSO		72 ORE		120 ORE		VARIAZIONI CLINICHE		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>ANAMNESI DI CADUTE</b>									
E' caduto nel corso dei 6 mesi precedenti il ricovero?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
E' caduto durante la degenza? (solo per le valutazioni successive all'ingresso).			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PATOLOGIE IN CORSO – CONDIZIONI CLINICHE</b>									
Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psich (vedi legenda)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri nei 6 mesi precedenti il ricovero?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri durante la degenza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ALTERAZIONE DEI SENSI</b>									
Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta deficit dell'udito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ELIMINAZIONE</b>									
Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza? (ad intervalli < 3 ore)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta perdite di urine o feci mentre si reca in bagno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>MOBILITA'</b>									
Cammina con stampelle, bastoni o deambulatore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si sposta utilizzando la sedia a rotelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, sacchetto, urine, drenaggio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uno dei casi precedenti, con necessità di assistenza negli spostamenti (da e verso il letto, nel bagno, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha difficoltà a muoversi nel letto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE</b>									
Ha un andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, ampia base di appoggio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane (spogliarsi, vestirsi, igiene personale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>STATO MENTALE – AGITAZIONE PSICOMOTORIA</b>									
E' disorientato e/o confuso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta alterazione della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E' agitato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>TERAPIA FARMACOLOGICA (vedi elenchi farmaci)</b>									
Assume psicofarmaci?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assume 1 o più dei seguenti farmaci (possibile più di una risposta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipertensivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diuretici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antistaminici per uso sistemico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidolorifici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppioidi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>TERAPIA ENDOVENOSA</b>									
Il paziente viene trattato con infusioni endovenose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>VARIAZIONI CLINICHE</b>	Data variazioni cliniche / /								
Se hai rivalutato il paziente prima dei 3 o 5 giorni previsti quali variazioni nelle condizioni cliniche hai rilevato (possibile più di una risposta)									
<input type="radio"/> Alterazione stato di coscienza	Variazioni terapeutiche		<input type="radio"/>						
<input type="radio"/> Alterazione parametri vitali	Alterazione mobilità		<input type="radio"/>						
<input type="radio"/> Comparsa dolore	Altro		<input type="radio"/>						
			<b>PUNTEGGIO</b>						
			0 – 2 rischio cadute basso						
			3 – 5 rischio cadute medio						
			6 – 9 rischio cadute alto						

ALLEGATO 1

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

# REGIONE BASILICATA

È CADUTO NEL CORSO DEGLI ULTIMI 6 MESI ?

Sulla base della definizione di caduta, chiedere al paziente (o ai suoi familiari) se è caduto nei 6 mesi precedenti il ricovero.

*Compilare solo all'ingresso*

E' CADUTO DURANTE LA DEGENZA?

Segnalare le cadute avvenute durante la degenza.

*Compilare solo nel caso di valutazioni successive all'ingresso.*

## PATOLOGIE IN CORSO - CONDIZIONI CLINICHE

PRESENTA ALMENO UNA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE: CEREBROVASCOLARI, CARDIACHE, NEUROLOGICHE E PSICHIATRICHE

L'operatore si basa sulla documentazione sanitaria e sull'intervista fatta al paziente/familiare. Per ciascuna delle patologie indicate viene qui proposto un elenco delle principali e più frequenti diagnosi.

L'elenco potrà essere integrato successivamente, se necessario.

Cerebrovascolari	Cardiache	Neurologiche e psichiatriche
Ictus	Angina pectoris	Cefalea
TIA	Aritmie cardiache	Demenza
Trauma cranico	Infarto acuto del miocardio	Disturbi mentali
Tumori cerebrali	Iperensione arteriosa	Epilessia
	Scopenso cardiaco	Malattia di Alzheimer

HA MANIFESTATO EPISODI DI VERTIGINI O CAPOGIRI NEI 6 MESI PRECEDENTI IL RICOVERO?

*Compilare solo all'ingresso.*

HA MANIFESTATO EPISODI DI VERTIGINI O CAPOGIRI DURANTE LA DEGENZA?

*Compilare solo nel caso di valutazioni successive*

L'operatore si basa sulla documentazione sanitaria e sull'intervista fatta al paziente/familiare. Vedi definizione di 'vertigini'.

## ALTERAZIONE DEI SENSI

Vedi definizioni di 'deficit della vista' e 'deficit dell'udito'.

L'operatore dovrebbe rilevare deficit della vista o dell'udito che rispondono alle definizioni proposte e dichiarati da paziente/familiari o documentati in cartella, anche nel caso in cui siano presenti strumenti di correzione (occhiali, apparecchio acustico). I deficit devono essere importanti, cioè tali da interferire pesantemente con la capacità di svolgere le attività quotidiane (con o senza strumenti correttivi).

## ELIMINAZIONE

NECESSITA DI ANDARE IN BAGNO CON PARTICOLARE FREQUENZA (INTERVALLI < 3 H)

Ad esempio perché:

- il paziente assume diuretici
- Il paziente ha diarrea
- Il paziente ha assunto lassativi

PRESENTA PERDITA DI URINE E FECI MENTRE SI RECA IN BAGNO

Ad esempio perché:

- Il paziente è incontinente
- Il paziente assume diuretici
- Il paziente ha assunto lassativi
- Il paziente presenta disturbi mentali che influiscono sulla funzione di eliminazione

### TERAPIA FARMACOLOGICA

Data la complessità delle informazioni sui farmaci, per la corretta compilazione di questa sezione della scheda è consigliabile una verifica incrociata, con l'aiuto del referente di reparto e/o del medico che ha in carico il paziente.

Il referente di reparto avrà cura di condurre una verifica specifica sulla correttezza e completezza dei dati rilevati, prima dell'invio delle schede.

**In questa *legenda* vengono fornite indicazioni generali relative ad alcune categorie di farmaci che possono influire sul rischio di caduta. Per ciascuna categoria viene riportato anche il corrispondente codice della classificazione internazionale ATC.**

Poiché per ciascuna categoria i possibili principi attivi (sostanza farmacologica) e i relativi nomi commerciali sono numerosissimi, non è stato possibile né sembra opportuno stilare un elenco completo.

Il suggerimento per l'operatore è dunque il seguente:

- **consultare la cartella clinica e/o la scheda terapia per identificare i nomi dei principali farmaci assunti dal paziente e, con l'aiuto del referente di reparto e/o del medico, individuarne l'eventuale appartenenza a una delle categorie di interesse;**
- **nel caso ci siano dubbi, è possibile risalire alla categoria di appartenenza di un singolo farmaco conoscendone il nome commerciale e, attraverso quest'ultimo, consultando il prontuario terapeutico (nazionale o ospedaliero), che dovrebbe essere disponibile in ogni reparto.**

**Le informazioni sui farmaci devono essere rilevate sia all'ingresso sia nelle valutazioni successive:**

- **all'ingresso: dovranno essere indagati i farmaci che il paziente assumeva a domicilio**
- **valutazioni successive: dovranno essere indagati i farmaci assunti durante la degenza**

**ATTENZIONE:** nel caso di farmaci che appartengono a più di una categoria (ad es. i diuretici sono usati anche come antipertensivi) barrare una sola delle due categorie di appartenenza.

# REGIONE BASILICATA

## ALLEGATO 2 - LA CHECK LIST DEGLI AMBIENTI E DEI PRESIDI

Unità Operativa o Servizio \_\_\_\_\_ Valutatori (SEP, GRC) \_\_\_\_\_

Sezione 1	PAVIMENTI:	<input type="checkbox"/> Scivolosi	<input type="checkbox"/> Dislivelli o buchi	<input type="checkbox"/> Presenza cartello di pericolo durante il lavaggio
	CORRIDOI:	<input type="checkbox"/> Corrimano	<input type="checkbox"/> Illuminazione diurna	<input type="checkbox"/> Illuminazione notturna
	SCALE:	<input type="checkbox"/> Presenza di materiali o di mobili ingombranti	<input type="checkbox"/> Corrimano su almeno un lato	<input type="checkbox"/> Gradini dotati di antiscivolo
Sezione 2	DEAMBULATORI:	<input type="checkbox"/> Maniglie deteriorate	<input type="checkbox"/> Instabile	
	SEDIE A ROTELLE:	<input type="checkbox"/> Freni efficienti	<input type="checkbox"/> Braccioli rimovibili	
		<input type="checkbox"/> Ruote efficienti	<input type="checkbox"/> Poggiapiedi funzionanti	
	BARELLE:	<input type="checkbox"/> Spondine adattabili in altezza	<input type="checkbox"/> Spondine bloccabili all'altezza desiderata	
		<input type="checkbox"/> Ruote efficienti	<input type="checkbox"/> Freni efficienti	
Sezione 3	AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI:	<input type="checkbox"/> Disponibili in reparto	<input type="checkbox"/> Numero sufficiente	<input type="checkbox"/> Efficienti
		<input type="checkbox"/> Presenza ripostiglio/magazzino dedicato		
	CAMERE:	<input type="checkbox"/> Dimensione minima rispettata	<input type="checkbox"/> Apertura porta verso l'esterno	
		<input type="checkbox"/> Interruttori accessibili	<input type="checkbox"/> Interruttori visibili al buio	<input type="checkbox"/> Luci personali sulla testata letto
		<input type="checkbox"/> Illuminazione diurna	<input type="checkbox"/> Illuminazione notturna	
		<input type="checkbox"/> Veneziane / tende	<input type="checkbox"/> Presenza comoda	<input type="checkbox"/> Luci notturne percorso camera/bagno
	LETTI:	<input type="checkbox"/> Adattabilità in altezza	<input type="checkbox"/> Spondine adattabili in altezza	<input type="checkbox"/> Spazio tra le sbarre
		<input type="checkbox"/> Spondine rimovibili	<input type="checkbox"/> Spondine completamente abbassabili	
		<input type="checkbox"/> Campanelli chiamata raggiungibili	<input type="checkbox"/> Ruote efficienti	<input type="checkbox"/> Freni efficienti
	GRADINO RIMOVIBILE:	<input type="checkbox"/> Superficie antiscivolo	<input type="checkbox"/> Instabile	<input type="checkbox"/> Pedata sufficiente
ASTE PER FLEBO:	<input type="checkbox"/> Integrate nel letto	<input type="checkbox"/> Regolabili in altezza	<input type="checkbox"/> Ruote efficienti	
COMODINO:	<input type="checkbox"/> Tavolo servitore	<input type="checkbox"/> Ruote efficienti	<input type="checkbox"/> Freni efficienti	
	<input type="checkbox"/> Piano di appoggio regolabile in altezza	<input type="checkbox"/> Piano di appoggio girevole		
BAGNI:	<input type="checkbox"/> Dimensione minima rispettata	<input type="checkbox"/> Apertura porta verso l'esterno	<input type="checkbox"/> Interno camera	
	<input type="checkbox"/> Interruttori accessibili	<input type="checkbox"/> Interruttori visibili al buio		
	<input type="checkbox"/> Illuminazione diurna	<input type="checkbox"/> Illuminazione notturna	<input type="checkbox"/> Doccia	
	<input type="checkbox"/> Maniglie doccia/vasca	<input type="checkbox"/> Campanelli chiamata raggiungibili dalla doccia/vasca	<input type="checkbox"/> Vasca	
	<input type="checkbox"/> Tappetini antiscivolo	<input type="checkbox"/> Accessibile con carrozzina		

RILEVAZIONI TECNICHE (10 ril. per reparto):

	Luce:					Temperatura:				
Corridoi:										
Camere:										
Scale:										

# REGIONE BASILICATA

## ALLEGATO 3 - LA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELL'EVENTO-CADUTA

SEGNALATORE (professione)	<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Medico in formazione	<input type="checkbox"/> Medico consulente	<input type="checkbox"/> Tecnico
	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Infermiere in formazione	<input type="checkbox"/> OTA/OSS	<input type="checkbox"/> Altro
	Data segnalazione _____		Reparto / Servizio _____	
Paziente <input type="checkbox"/>	Anno di nascita _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° nos. <input type="text"/>	
Visitatore* <input type="checkbox"/>	Selezionato a rischio con la scala di valutazione		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
*compilare solo descrizione evento				
Tipo di caduta:	<input type="checkbox"/> Con danno	<input type="checkbox"/> Senza danno		
Tipo di danno:	<input type="checkbox"/> Trauma cranico	<input type="checkbox"/> Fratture	<input type="checkbox"/> Distorsioni	
	<input type="checkbox"/> Contusioni	<input type="checkbox"/> Ferite	<input type="checkbox"/> Altro _____	
	<input type="checkbox"/> Escoriazioni	<input type="checkbox"/> Ematomi	<input type="checkbox"/> Non rilevato	
Data caduta _____	Ora caduta _____	N° giornata di degenza _____		
Luogo dell'evento:	<input type="checkbox"/> Camera	<input type="checkbox"/> Corridoio	<input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Scale
	<input type="checkbox"/> Sala d'attesa	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Sala operatoria	<input type="checkbox"/> Esterni
	<input type="checkbox"/> Altro _____			
Modalità caduta:	<input type="checkbox"/> Dal letto	<input type="checkbox"/> Dal letto con spondine	<input type="checkbox"/> Dalla sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> Dalla sedia
	<input type="checkbox"/> Dalla barella	<input type="checkbox"/> Dalla barella con spondine	<input type="checkbox"/> Dalla posizione eretta	<input type="checkbox"/> Non rilevato
Dinamica evento:	<input type="checkbox"/> Non rilevato	<input type="checkbox"/> Camminava per andare in bagno		
	<input type="checkbox"/> Aspettava in barella	<input type="checkbox"/> Durante movimentazione assistita		
	<input type="checkbox"/> Effettuava l'igiene personale	<input type="checkbox"/> Aspettava in sedia a rotelle		
	<input type="checkbox"/> Camminava in corridoio	<input type="checkbox"/> Scendeva dal letto	<input type="checkbox"/> Saliva sul letto	
	<input type="checkbox"/> Trasferimento autonomo letto/barella/carrozzina/sedia	<input type="checkbox"/> Altro _____		
Fattori che possono aver contribuito all'evento:	CONDIZIONI DEL PAZIENTE		P R E S I D I	
	<input type="checkbox"/> Condizioni cliniche	<input type="checkbox"/> Mezzi di contenzione		
	<input type="checkbox"/> Cadute pregresse	<input type="checkbox"/> Pavimento		
	<input type="checkbox"/> Alterazione dei sensi	<input type="checkbox"/> Corridoio		
	<input type="checkbox"/> Problemi di eliminazione	<input type="checkbox"/> Deambulatore		
	<input type="checkbox"/> Mobilità	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle		
	<input type="checkbox"/> Terapie farmacologiche	<input type="checkbox"/> Barella		
	<input type="checkbox"/> Andatura e attività quotidiane	<input type="checkbox"/> Camera		
	<input type="checkbox"/> Stato mentale	<input type="checkbox"/> Letto		
	<input type="checkbox"/> Abbigliamento / calzature	<input type="checkbox"/> Asta per flebo		
	<input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Comodino		
	ORGANIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> Bagno		
	<input type="checkbox"/> Carico assistenziale	<input type="checkbox"/> Ausili movimentazione		
	<input type="checkbox"/> Turni di lavoro	<input type="checkbox"/> Altro _____		
	<input type="checkbox"/> Comunicazione			
	<input type="checkbox"/> Protocolli/procedure			
	<input type="checkbox"/> Altro _____			