


 Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE	Data di emissione DICEMBRE 2015
		Rev 00

Allegato Deliberazione n. 656 del 28.12.2015 – 1/23

<i>Documento</i>	<i>Codice documento</i>
PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE	PEGCP00

DATA	RUOLO	FIRMA
REDAZIONE		
17/ 12/ 2015	Dirigente Medico	F.TO: Dr.ssa A. Lapietra
17/12/2015	Coordinatore Infermieristico	F.TO: Dr.ssa M.Longo
17/ 12/ 2015	Coordinatore Infermieristico	F.TO: Dott. M.Rinaldi
VERIFICA		
21/ 12 / 2015	Dirigente Responsabile U.O. Qualità-Risk Management e Formazione	F.TO: Dr.ssa P. Nardulli
21 / 12 / 2015	Direttore Area Gestione Tecnica	F.TO: Ing. G.Salomone
21 / 12 / 2015	Dirigente Medico Responsabile Direzione Medica di Presidio	F.TO: Dott. A. Nigro
APPROVAZIONE		
23 / 12 / 2015	Direttore Sanitario	F.TO: Dott.ssa M.P. Trisorio Liuzzi

 Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE	Data di emissione DICEMBRE 2015
		Rev 00

INDICE

1.	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	3
2.	PREMESSA	4
3.	SCOPO DELLA PROCEDURA	5
4.	CAMPO D'APPLICAZIONE	5
5.	AZIONI E MODALITA' OPERATIVE.....	6
6.	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	12
	ALLEGATO A -SCALA DI CONLEY PARTE 1	13
	ALLEGATO B-SCALA DI CONLEY PARTE 2.....	14
	ALLEGATO C- TABELLA INTERVENTI MULTIFATTORIALI SUL PAZIENTE.....	16
	ALLEGATO D-CHECK LIST SICUREZZA AMBIENTALE.....	19
	ALLEGATO E- SEGNALAZIONE EVENTO CADUTA.....	21
	ALLEGATO F- LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	23



1. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. Best Practice Volume 2, Issue 2, 1998 ISSN 1329 - 1874. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Am J Med. 1986;80:429 – 434
2. Conley et al. The challenge of predicting patient at risk for falling: development of the Conley Scale. MEDSURING Nursing 1999; 8: 348-354.
3. Norelli GA, Magliona B, Bonelli A. La contenzione dell'anziano tra pratica clinica e violenza: aspetti medico legali. Riv It Med Leg. 1999; 21(4-5): 1064-75.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Fatal Falls : Lessons for the Future.Sentinel Event Alert. 2000; (14): 1-3.
5. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica. Nursing Oggi. 2001; 1(4): 58-67.
6. Lightbody E, Watkins C, Leathley M, Sharma A, Lye M. Evaluation of a nurse-led falls prevention programme versus usual care: a randomized controlled trial. Age Ageing. 2002; 31(3): 203-10.
7. Shaw FE et al.. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. BMJ. 2003; 326(7380): 73-5.
8. IPASVI – Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica, I Quaderni, 2003; n.6.
9. Chiari P, Suggestimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale, Centro Stampa Azienda Ospedaliera di Bologna, I versione, Bologna, 1 dicembre 2004.
10. National Institute for Clinical Excellence, Clinical guideline for the assessment and prevention of falls in older people, Royal College of Nursing, London, November 2004.
11. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), Prevention of falls and fall injuries in the older adult. Nursing Best Practice Guideline. Toronto, Canada, 2005.
12. Centro per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente della Regione Toscana (GRC), Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, La prevenzione delle cadute in ospedale, Firenze, 13 marzo 2007.
13. Gestione Rischio Clinico (GRC) Regione Toscana "La prevenzione delle cadute in ospedale" 2007.
14. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD007146. Review.
15. Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali - Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella, Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella, Roma, Luglio 2009.
16. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health Care Protocol: Prevention of Falls (Acute Care) Second Edition, USA, April 2010
17. Raccomandazione del Ministero della Salute n. 13 NOVEMBRE 2011.
18. NICE Clinical Guideline 161 - Falls: assessment and prevention of falls in older people, June 2013, pag. 15. - *"Do not use fall risk prediction tools to predict inpatients' risk of falling in hospital"*.



2. PREMESSA

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle Strutture Sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta. Ogni anno una persona su tre di età > 65 anni va incontro ad un episodio di caduta (al di fuori del setting ospedaliero) ma meno della metà ricorre ai Servizi sanitari per la gestione delle conseguenze della caduta. Questa percentuale aumenta al 50% per il paziente ricoverato (più fragile rispetto ai non ricoverati). Il paziente che è caduto una prima volta, presenta un rischio elevato di cadere nuovamente nel corso dello stesso anno. Le cadute possono generare nei pazienti: paura di cadere nuovamente, ansia, depressione, perdita di sicurezza in sé stessi, inabilità, con notevole compromissione della qualità stessa della vita. La metà degli anziani che riporta una frattura di femore non è più in grado di camminare ed il 20% di essi muore per complicanze entro 6 mesi dall'evento. Oltre al danno di tipo fisico e psicologico, le cadute possono quindi allungare i tempi di degenza, aumentare il numero delle prestazioni diagnostico-terapeutiche per le conseguenze del trauma e il numero di ricoveri successivi, con conseguente incremento della spesa sanitaria e sociale. Il problema *delle cadute delle persone assistite* è oggetto di specifica **Raccomandazione** del Ministero della Salute, la **n. 13** del novembre 2011, emanata per prevenire il verificarsi dell'**evento sentinella "Morte o grave danno per caduta del paziente"** nelle strutture sanitarie. La maggior parte delle cadute rappresentano un evento ad eziologia multifattoriale. Si stima che circa il **14%** delle cadute in ospedale sia classificabile come **accidentale**, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'**8%** come **imprevedibile**, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), ed il **78%** rientri tra le cadute **prevedibili** per fattori di rischio **identificabili** della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione). Quindi nella maggior parte dei casi le cadute sono eventi potenzialmente prevedibili tramite opportuna valutazione che consente agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. La riduzione del rischio di caduta del paziente in struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale.



3. SCOPO DELLA PROCEDURA

- **prevenire** il verificarsi dell'evento sentinella "morte per grave danno per caduta del paziente" e in caso di caduta, **ridurne** le conseguenze
- **fornire** a tutti gli operatori sanitari **istruzioni operative** per la prevenzione delle cadute del paziente in ospedale e per la gestione del paziente caduto.

Questi gli obiettivi specifici:

- Favorire il coinvolgimento di operatori e persone assistite nella prevenzione delle cadute;
- Identificare ed eliminare situazioni che comportano rischi di caduta legate all'ambiente;
- Identificare le persone a rischio di caduta con apposita scala di valutazione
- Condividere e applicare metodi e strumenti di rilevazione ed analisi della caduta;
- Garantire interventi assistenziali appropriati in caso di caduta
- Uniformare le modalità di segnalazione dell'evento caduta
- Attuare interventi per prevenire il possibile ripetersi dell'evento.

4. CAMPO D'APPLICAZIONE

A CHI

La Procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" - Bari

DOVE

La Procedura si applica all'interno dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" - Bari

PER CHI:

La Procedura riguarda tutti i pazienti assistiti nell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" - Bari



5. AZIONI E MODALITA' OPERATIVE

DEFINIZIONE:

Si definisce **caduta** un *improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza della caduta è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte di testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia o sul letto cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute nonostante il supporto.*

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**.

IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

I fattori responsabili delle cadute possono essere distinti in :

- 1. Fattori intrinseci**
- 2. Fattori estrinseci**

Fattori intrinseci:

Sono relativi alle condizioni del paziente e comprendono sia le caratteristiche anagrafiche che la patologia motivo del ricovero, le comorbidità e le terapie farmacologiche. Tra i principali fattori di rischio:

- età > 65 anni
- precedente anamnestico di caduta
- deterioramento delle funzioni cognitive
- incontinenza
- alterazione dello stato di coscienza/vigilanza
- deterioramento delle funzioni neuromuscolari
- dipendenza per l'espletamento di alcune attività della vita quotidiana determinabile con apposite scale (scala IADL-Gerontology 1969).
- riduzione del visus
- patologie a carico del piede (alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi plantare)
- paura di cadere

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 del paziente



- causare episodi ipotensivi
- aumentare la frequenza minzionale

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

- Assunzione di **politerapia** (4 o più farmaci)
- **Assunzione di farmaci che influenzano** l'equilibrio, la postura o lo stato di coscienza, di vigilanza e la pressione arteriosa
- **Variazioni della posologia**, soprattutto l'incremento del dosaggio del farmaco

Fattori estrinseci

Sono relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati. Considerata la ricorrenza della dinamica e dei luoghi in cui avviene la maggior parte delle cadute (in camera nel salire e nello scendere dal letto, nel percorso dalla camera al bagno ed in bagno), i principali fattori di rischio in questo ambito sono i seguenti:

- pavimenti e scale scivolosi per l'usura; mancata adozione o consumo di dispositivi antiscivolo sulle scale e nei corridoi
- percorso ad "ostacoli" per raggiungere il bagno
- insufficiente illuminazione degli ambienti
- mancanza di maniglie di supporto per sollevarsi dal WC nei bagni e nelle docce
- lettini/barelle non regolabili in altezza
- dimensioni inadeguate della stanze di degenza e dei bagni
- carrozzine sfornite di braccioli e poggiatesta estraibili, difficile manovrabilità, ruote e freni non agevolmente comandati

Sono rilevanti, inoltre, gli elementi di inadeguatezza del processo assistenziale ed organizzativo particolarmente in termini di tempo di assistenza per paziente al giorno, secondo il livello di intensità appropriato, di dotazione degli ausili necessari alla mobilitazione delle persone, di formazione di tutto il personale, di adeguato inserimento degli operatori neoassunti nonché, nell'ambito dell'organizzazione delle attività, di scelta degli orari più idonei per esse.



ADOZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA PAZIENTE

1) Valutazione della persona assistita

Premessa fondamentale per la qualità delle cure è la **valutazione clinica** ed assistenziale globale, soprattutto delle **persone anziane e fragili**. Per la valutazione del rischio di cadute è necessario l'uso di strumenti di rilevazione validi ed affidabili

Inoltre le linee guida internazionali indicano utile una **valutazione multidimensionale** del paziente attraverso

- *l'uso di strumenti di screening* come scale di valutazione globale delle autonomie del paziente (es. Barthel), scale relative al rischio di insorgenza di lesioni da decubito, scale specificatamente volte alla valutazione del rischio caduta (es. Conley)
- *l'uso di strumenti di inquadramento funzionale* (valutazione della mobilità ,es Tinetti performance)

Nella valutazione del rischio lo strumento di screening adottato dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II, è la **Scala di Conley (ALLEGATO A)**.

Come si calcola il punteggio: ad ogni domanda è attribuito un punteggio pari a 0 se negativa, o variabile tra 1 e 3 se positivo. Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi positivi. In presenza di un "indice di Conley" uguale o superiore a 2 (punteggio di *cut off*) viene fatta **diagnosi infermieristica di "paziente a rischio di caduta"** In questo caso, per maggiore completezza dei dati, si provvede alla compilazione della seconda parte (**ALLEGATO B**).

Il contenuto della valutazione, ovvero il livello di rischio stimato nel paziente e le sue modifiche deve essere segnalato in modo evidente nella documentazione sanitaria ad opera dell'operatore sanitario che ha effettuato la valutazione.

La diagnosi infermieristica di rischio caduta comporterà per gli infermieri la stesura del piano assistenziale con gli interventi preventivi e di educazione sanitaria .La valutazione del rischio di caduta dei pazienti deve essere effettuata, in modo tempestivo e puntuale, in ognuna delle seguenti condizioni:

Prima valutazione

- Entro le 24 ore dall'ingresso del paziente (particolarmente se anziano, *età pari o maggiore di 65 anni*) nella U.O.

Valutazioni successive

- dopo 72 ore 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;



- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati, in ogni tipo di struttura di ricovero;
- 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.

La scheda dovrà essere somministrata a tutti i pazienti in regime di Ricovero Ordinario, Day Hospital, Day Surgery che presentino i 3 fattori previsti dall'OMS sotto riportati o, in caso di dubbio, che ne presentino anche solo uno:

- "assunzione di più di 4 farmaci";
- evidente astenia dei muscoli stabilizzatori del bacino durante il passo e nei cambi di posizione;
- "equilibrio instabile" che potrebbe essere valutato attraverso i seguenti parametri:
 1. incapacità di mantenere la posizione seduta in autonomia
 2. incapacità di mantenere la posizione eretta in autonomia

Per l'area chirurgica l'équipe deve tener presente che molti pazienti nell'immediato post-operatorio sono "a rischio di caduta" pertanto gli infermieri, già alla prima valutazione, dovranno tener conto di come si presenterà il paziente nelle prime ore del post intervento

2) Valutazione ambientale

La valutazione del rischio ambientale verrà effettuata mediante compilazione di apposita check list (ALLEGATO E) a cura del Coordinatore infermieristico, con cadenza trimestrale.

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

- Direzione Medica di Presidio
- Responsabile S.S. Risk Management
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP).

.

INTERVENTI MULTIFATTORIALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

L'intervento multifattoriale è un intervento finalizzato ad affrontare i fattori di rischio per la caduta identificati attraverso la predisposizione di una strategia che agisce a più livelli.

Nell' ALLEGATO C) sono rappresentati i principali interventi preventivi e di educazione sanitaria finalizzati alla eliminazione/riduzione dei rischi ambientali e legati alla persona assistita.



Limitazione della contenzione

La contenzione può essere definita come l'insieme di quegli interventi che limitano la libertà di movimento e comportamento della persona al fine di prevenire un danno a sé o agli altri. Il Ministero della Salute, nella Raccomandazione n° 13 del novembre 2011, afferma che in letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l'uso della contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute. I mezzi di contenzione meccanica possono provocare, invece, effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti ed indiretti. È necessario, pertanto, identificare con cura i bisogni di sicurezza espressi dal paziente, basati sul suo livello di funzione psico-fisica e sulla storia comportamentale trascorsa. La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull'ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione.

ASSISTENZA AL PAZIENTE CADUTO

- prestare la propria opera di soccorso immediatamente, ed eventualmente, in caso di necessità, attivare i canali dell'emergenza/urgenza,
- essere in grado di effettuare manovre di BLS se necessario
- non mobilizzare la persona assistita senza averla prima valutata;
- controllare (e registrare) i parametri vitali e valutare lo stato di coscienza;
- tranquillizzare la persona
- Accertare la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura. *Se il paziente è cosciente ed orientato* chiedere se lamenta dolore in qualche punto specifico, se riesce a muovere gli arti, se accusa delle parestesie e formicolii, come è caduto, facendo specificare quale segmento è stato interessato dalla caduta. *Se il paziente è incosciente* non escludere la possibilità di un trauma cranico, neanche nel caso in cui il paziente fosse precedentemente in caso di incoscienza;
- Comunicare al medico la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, in modo che possa subito effettuare una valutazione clinica e le eventuali relative prescrizioni;



- Provvedere alla somministrazione di eventuali misure terapeutiche prescritte; verificare la necessità dell'uso di dispositivi per immobilizzazione e/o particolari tecniche di mobilizzazione (collare, barella a cucchiaio, barella spinale, tutori);
- Documentare ora luogo e circostanze dell'accaduto in cartella clinica con apposita scheda;
- Discutere, se possibile, con la persona assistita e/o caregiver la percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e gli eventuali interventi sui fattori di rischio modificabili. Informare la famiglia dell'assistito sulla caduta del parente;
- Monitorare il paziente nelle ore successive se ha riportato fratture, trauma cranico, ecc;
- Allertare il medico in caso di peggioramento del quadro clinico: vigilanza, agitazione, parametri vitali, presenza di ematomi o emorragia, dolore;
- sorvegliare la persona caduta per prevenire le possibili complicanze tardive
- attuare interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili
- documentare l'evento

Il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriore caduta: è pertanto necessario incrementare la sorveglianza ed effettuare la rivalutazione multifattoriale ed un nuovo intervento multifattoriale volti ridurre i fattori di rischio modificabili.

SEGNALAZIONE DELL'EVENTO CADUTA

L'infermiere e il medico, testimoni diretti o indiretti della caduta del paziente, sono tenuti a segnalare l'evento impiegando l'apposita scheda di segnalazione evento.

La scheda di segnalazione dell'evento (ALLEGATO F) prevede una prima parte, a cura dell'infermiere, di rilevazione dati sulle modalità di caduta e sulla situazione presente al momento della caduta. La seconda parte, relativa alla valutazione clinica del paziente, sarà a cura del medico con le eventuali prescrizioni diagnostiche e prognosi. L'invio del modulo dovrà avvenire al termine degli eventuali accertamenti diagnostici e sicuramente prima della dimissione/trasferimento del paziente.

Il modulo di segnalazione non deve essere archiviato in Cartella Clinica ma inviato alla S.S Qualità e Risk Management. Tutte le cadute che avvengono in Istituto devono essere segnalate con il modulo "segnalazione cadute" (allegato E).



Nel caso di morte o grave danno in seguito a caduta di paziente, oltre alla compilazione della Scheda di segnalazione, occorre contattare al più presto la S.S Risk Management aziendale per la segnalazione al Ministero della salute tramite il protocollo SIMES per il monitoraggio degli Eventi Sentinella.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'attività formativa è strategica sia per quanto concerne la prevenzione che le azioni da intraprendere dopo la caduta. E' importante che i programmi di formazione di base e continua del personale sanitario comprendano contenuti aggiornati volti a:

- sviluppare la consapevolezza rispetto ai fattori di rischio e alle strategie di prevenzione delle cadute, anche attraverso il coinvolgimento del paziente e dei familiari
- migliorare il livello di competenza nella gestione delle cadute

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Legenda : R. Responsabile dell'Attività C. Coinvolto

ATTIVITA'	DIREZIONE MEDICA PRESIDIO	DIRIGENTE MEDICO REPARTO	DIRETTORE SC /DIRIGENTE RESPONSABILE SSD	RSPP	RISK MANAGEMENT	COORDINATORE INFERMIERISTICO	INFERMIERE	UFFICIO FORMAZIONE
Applicazione della procedura	R	R	R		R	R	C	
Diffusione della procedura			R			R		
Verifica idoneità ambienti	C	C	C	R	C	C		
Training specifico per operatore								R
Compilazione scheda Segnalazione evento	R	R				R	R	



ALLEGATO A)- SCALA DI CONLEY-PARTE 1

PARTE 1 SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEI PAZIENTI

U.O. _____ Paziente _____ data di nascita ___/____/____/

PRIMA VALUTAZIONE

	DATA ___/___/___ Firma _____	DATA ___/___/___ Firma _____	DATA ___/___/___ Firma _____
Assume più di 4 farmaci	_si _no	_si _no	_si _no
Ipostenia muscolare	_si _no	_si _no	_si _no
Equilibrio instabile	_si _no	_si _no	_si _no

Se si è risposto "si" ad almeno ad una variabile, proseguire la scheda con la compilazione della Scala di Conley, altrimenti continuare a rivalutare (ogni 72 ore tranne se cambiano alcune condizioni):

SCALA DI CONLEY

Conley et al. The challenge of predicting patients at risk for falling :development of the Conley Scale

MEDSURING Nursing 1999;8:348-354

Istruzioni: le prime 3 domande devono essere rivolte solo al paziente : possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa (0). Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. Se il punteggio è uguale o superiore a 2 il paziente è a di rischio di caduta.

	1° valutazione		2° valutazione	
	Data _____	Firma _____	Data _____	Firma _____
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver):	SI	NO	SI	NO
C 1- E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi	2	0	2	0
C 2- Ha mai avuto vertigini o capogiri negli ultimi tre mesi	1	0	1	0
C 3- Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi tre mesi).	1	0	1	0
Deterioramento cognitivo: (osservazione infermieristica)	SI	NO	SI	NO
C 4-Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0	1	0
C 5-Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore)	2	0	2	0
C 6 Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0	3	0
PUNTEGGIO 2 a 3 :Rischio probabile	TOT.	TOT.	TOT.	TOT
PUNTEGGIO 4 a 5: Rischio medio				
PUNTEGGIO 6 a 10:Rischio alto				

Se indice di Conley > =2

Diagnosi infermieristica: paziente a rischio di caduta



ALLEGATO B)- SCALA DI CONLEY-PARTE 2

.PARTE 2 : INTEGRAZIONE DELLA SCALA DI CONLEY

QUESITI	data e ora di rilevazione		data e ora di rilevazione	
	SI	NO	Si	NO
PATOLOGIE IN CORSO				
Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psych., respiratorie, o ha subito interventi chirurgici				
ALTERAZIONE DEI SENSI				
Presenza deficit della vista da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane				
Presenza deficit dell'udito				
INCONTINENZA				
Necessita' di andare in bagno con particolare frequenza (intervallo di 3 ore)				
Presenta perdite di urine e/o feci mentre si reca in bagno				
MOBILITA'				
Si sposta utilizzando la sedia a rotelle				
Cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi				
Cammina con uno dei seguenti presidi:asta,sacchetto urine, drenaggio				
Necessita di assistenza negli spostamenti				
Ha difficoltà a muoversi nel letto				
Utilizza calzature senza suola antiscivolo				
ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE				
Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta				
Difficolta' compiere attività quotidiane,				
Cammina a testa bassa trascinando i piedi				



STATO MENTALE				
E' disorientato/confuso				
TERAPIA FARMACOLOGICA				
psicofarmaci				
vasodilatatore				
antipertensivi				
diuretici				
antiistaminici per uso sistemico				
antidolorifici				
CONTENZIONE				
Fisica				
Farmacologica				



ALLEGATO C)- TABELLA INTERVENTI MULTIFATTORIALI SUL PAZIENTE

PROBLEMI EVIDENZIATI	INTERVENTI PREVENTIVI E DI EDUCAZIONE SANITARIA A PAZIENTE /CAREGIVER
RISCHI AMBIENTALI	<ul style="list-style-type: none"> • Collocare la persona nella camera e nel posto letto idoneo valutando le distanza e lo spazio nella camera (deve essere adeguato alle manovre da effettuare considerando le limitazioni del soggetto e le capacità residue). • Limitare gli spostamenti del paziente per evitare problemi di orientamento. • Illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni, gli ausili a disposizione nella camera di degenza (impianto di chiamata, illuminazione ecc. e verifica della loro funzionalità), nei corridoi (corrimano) e nei servizi igienici (supporti presenti). • Fornire gli accessori di supporto per il letto. • Rendere i percorsi liberi da ostacoli • Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto alla informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi • Far asciugare subito i pavimenti sporchi di liquidi. • Utilizzare per la postura e la posizione seduta supporti adeguati (cinture di sicurezza, cuscini antiscivolamento, poltrone geriatriche). • Garantire una adeguata sicurezza nel letto/poltrona (cuscini lungo il corpo, sedie o tavolo accanto al letto, trapezio e/o spondine per aumentare la mobilità del paziente nel letto). • Controllare l'altezza del letto e della barella in modo che il paziente possa poggiare facilmente i piedi sul pavimento. • Rendere stabili i letti ed il mobilio ad esso vicino (freni ecc). • Utilizzare i tappeti solo se con caratteristiche di antiscivolo e se fissati sul pavimento, nella doccia, nella vasca da bagno. • Rendere facilmente accessibile al paziente il campanello o il pulsante di chiamata, ogni qualvolta l'operatore si allontana da lui. • Rendere idonea l'illuminazione degli ambienti, in particolare quella notturna vicino al letto e al bagno (gli interruttori devono essere visibili al BUIO) • Verificare l'adeguatezza degli ausili per la deambulazione e sottoporli a corretta manutenzione
PERSONE A RISCHIO A CAUSA DELLE CONDIZIONI CLINICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Informare la persona assistita sulle strategie per ridurre le cadute in caso di vertigini o ipotensione (sedersi o stare seduti finché non ci si sente meglio o richiedere l'intervento del personale, cambiare posizione in maniera lenta, alzarsi lentamente per evitare instabilità ed in più fasi) • Far correggere l'ipotensione ortostatica, porre attenzione alle patologie cardiache, in particolare le aritmie; insegnare a evitare la disidratazione e la vasodilatazione (es. bagno o doccia in acqua molto calda) • Previa valutazione clinica, alzare dal letto la persona il più presto possibile • Verificare le condizioni del paziente, controllare le sorgenti di dolore/cause di agitazione. Valutare impedimenti/incertezze del soggetto facilmente risolvibili (es. mettere gli occhiali o l'apparecchio acustico, accendere la luce)



	<ul style="list-style-type: none">• Correggere/gestire il soggetto se cammina a testa bassa, trascina i piedi, si appoggia ovunque con il rischio di tenersi a qualcosa di instabile, o se utilizza il bastone o le stampelle in modo errato• Istruire il paziente ed i suoi familiari fornendo informazioni chiare e adeguate al soggetto e aiutare il paziente anche con incoraggiamenti e ulteriori chiarimenti durante l'azione, dando al paziente il tempo necessario• Valutare ed eventualmente suggerire l'abbigliamento adeguato alla persona (calzature chiuse possibilmente con chiusura a velcro, della giusta misura con suola antiscivolo, abiti comodi, abbottonati sul davanti, pantaloni non lunghi ecc)• Richiedere la collaborazione di persone significative per la persona assistita (compatibilmente con le esigenze di reparto)• Porre particolare attenzione durante il turno notturno ai risvegli del paziente, sorvegliandolo soprattutto durante le prime notti per verificare il suo livello di sicurezza
ALTERAZIONE DEI SENSI	<ul style="list-style-type: none">• Porre attenzione alla persona assistita con deficit visivi-uditivi predisponendo la stanza di degenza in modo da favorire l'orientamento del paziente e percorsi ad hoc all'interno dell'U.O.;garantire gli interventi degli operatori di supporto in base ai problemi emersi
EVACUAZIONE ALTERATA	<ul style="list-style-type: none">• Porre il paziente con urgenze evacuative vicino al bagno, identificando il bagno con disegni o scritte; sistemare eventuale sedia comoda in camera• Controllare i pazienti che assumono lassativi e diuretici• Accompagnare in bagno i pazienti a rischio ad intervalli regolari e subito prima del riposo notturno• Valutare l'opportunità di utilizzare i presidi per incontinenza durante la notte
MOBILITA ALTERATA	<ul style="list-style-type: none">• Mantenere il letto in una posizione bassa (se disponibile) assicurando che i freni del letto siano bloccati, facendo in modo che il paziente possa raggiungere gli oggetti che gli sono necessari• Utilizzare sponde lunghe metà letto per ridurre il bisogno del paziente di scavalcarle per alzarsi• Controllare la deambulazione, l'affaticamento durante la mobilizzazione.• Istruire i pazienti ad alzarsi lentamente.• Utilizzare cinture di sicurezza nelle sedie e nelle carrozzine (le cinture sono mezzi di contenzione, quindi informare accuratamente il paziente e chiedere il consenso); utilizzare cuscini antidecubito per prevenire lo scivolamento del paziente; selezionare sedie adatte che abbiano i braccioli e siano di altezza appropriata per alzarsi e sedersi• Assistere i pazienti a rischio nei vari trasferimenti (letto/sedia/poltrona).• Valutare i problemi della persona legati alla mobilizzazione
ANDATURA E ATTIVITA QUOTIDIANE RIDOTTE	<ul style="list-style-type: none">• Fornire gli ausili per la deambulazioni indicati dal caso (bastone, tripode, deambulatore, carrozzina..)• Aiutare la persona ad alzarsi, sedersi e stabilizzare il corpo da un lato all'altro, per stimolare i meccanismi di equilibri



STATO MENTALE ALTERATO	<ul style="list-style-type: none">• orientare il paziente nell'ambiente ospedaliero• quando siede in poltrona sistemare un tavolino davanti a lui, pensare ad un sistema di allarme• sistemare il paziente confuso in un locale vicino a zone dove vi sia movimento o vicino alla medicheria• Il ricorso alla contenzione aumenta il rischio di caduta
RISCHIO DI EFFETTI COLLATERALI DA TERAPIA FARMACOLOGICA	<ul style="list-style-type: none">• Far rivalutare le terapie prescritte (se possibile) considerando la possibilità di modificare gli orari di somministrazione per diminuire gli effetti collaterali ed il rischio di cadute; limitare le interazioni tra farmaci quando possibile.• Controllare i pazienti a cui sono stati somministrati lassativi o diuretici



ALLEGATO D)- CHECK LIST SICUREZZA AMBIENTALE

PAVIMENTI	Non scivolosi	SI	NO
	Assenza di buche o avvallamenti	SI	NO
	Presenza di cartello di pericolo durante il lavaggio	SI	NO
CORRIDOI	Assenza di ostacoli ingombranti	SI	NO
	Illuminazione diurna idonea	SI	NO
	Illuminazione notturna idonea	SI	NO
SCALE	Assenza di ostacoli ingombranti	SI	NO
DEAMBULATORI	Stato d uso generale buono	SI	NO
	Maniglie in buono stato	SI	NO
	Stabile	SI	NO
SEDIE A ROTELLE	Stato duso generale buono	SI	NO
	Ruote e freni efficienti	SI	NO
	Poggiapiedi funzionanti	SI	NO
BARELLE	Spondine funzionanti	SI	NO
	Ruote e freni efficienti	SI	NO
AUSILI PER MOVIMENTAZIONE PAZIENTI	Stato d'uso generale buono	SI	NO
CAMERA	Luci personali su testata del letto	SI	NO
	Illuminazione diurna idonea	SI	NO
	Illuminazione notturna idonea	SI	NO
	Luci notturne percorso camera bagno	SI	NO
	Mobiliario stabile e ordinato	SI	NO



LETTI	Regolabili in altezza	SI	NO
	Spondine funzionanti	SI	NO
	Campanelli chiamata raggiungibili	SI	NO
	Ruote efficienti	SI	NO
	Freni efficienti	SI	NO
COMODINI	Ruote efficienti	SI	NO
	Freni efficienti	SI	NO
	Piano di appoggio stabili	SI	NO
ASTE FLEBO	Integrate nel letto	SI	NO
	Regolabili in altezza	SI	NO
	Ruote efficienti	SI	NO
BAGNI	Interruttori funzionanti	SI	NO
	Illuminazione diurna idonea	SI	NO
	Illuminazione notturna idonea	SI	NO
	Illuminazione antibagno	SI	NO
	Campanelli di chiamata funzionanti	SI	NO

Sulla base delle non conformita' rilevate sono necessarie le seguenti azioni di miglioramento: _____

Azioni correttive _____

Data rilevamento _____

Il Rilevatore _____



ALLEGATO E)- SEGNALAZIONE CADUTA

Unità Operativa: _____ Cartella clinica n. _____

Cognome e nome del paziente: _____

Data di nascita: ___/___/_____ Età del paziente: _____ Sesso M F

Diagnosi di ammissione: _____

SEZIONE A COMPILAZIONE INFERMIERISTICA

Data e ora di accadimento dell'evento: ___/___/_____ H. _____

Chi ha rilevato l'evento: Medico ; Infermiere , altro personale sanitario (specificare)

; altri pazienti ; familiari ; il paziente era da solo ; altro _____

Data di segnalazione dell'evento: ___/___/_____

Operatore sanitario che segnala evento : Medico; _____ Infermiere _____

Scheda di rilevazione del rischio di caduta (Scheda di Conley): presente ; assente

Se presente, indicare l'indice di Conley: all'accettazione ____; dopo le 72 h ____; ultima rilevazione ____

Se in una delle rilevazioni l'indice di Conley è stato ≥ 2 , sono stati messi in atto interventi preventivi e/o correttivi?

SI/ NO Se NO, perchè _____

Scheda di rilevazione dei rischi ambientali dell'Unità Operativa (check-list): presente ; assente

Se presente, allegarla.

Precedenti cadute durante il ricovero: nessuna (1°caduta); 2° caduta; 3° caduta; più di 3 cadute

Luogo caduta: (descrivere) _____

Modalità caduta: caduto dalla posizione eretta ; caduto da seduto ; caduto dal letto con spondine ; caduto dal letto senza spondine ; caduto dalla barella ; altro _____

Meccanismo caduta: (descrivere) _____

Tipo di calzatura: aperta ; chiusa ; calzini/scalzo

Firma Infermiere

.....

SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA

L'evento ha avuto conseguenze: SI/ NO

Vi è stata perdita di coscienza?: SI /NO

Lesione: tipo _____

Sede _____



Accertamenti diagnostici richiesti: ECG

Visita Medica specialistica

Intervento chirurgico

Esami di laboratori

Esami radiologici: *RX* (specificare distretto _____)

TAC (specificare distretto _____); *RMN* (specificare distretto _____) *Altro*

(specificare _____) Ricovero terapia intensiva

Trasferimento in altra U.O. (specificare _____)

altro _____

Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine (descrivere):

Attuale terapia farmacologica: _____

Altri eventuali interventi correttivi intrapresi: _____

Come si sarebbe potuto evitare l'evento? _____

Necessita di follow up dopo la dimissione in seguito alla caduta? SI /NO

L'evento è stato registrato in cartella? SI / NO

Firma Medico



ALLEGATO F)- LISTA DI DISTRIBUZIONE

NR.	DATA	OPERATORE	PRESA VISIONE
01		Direttore S.C. Radiodiagnostica per Immagini e Interventistica	Cosimo Damiano Gadaleta
02		Direttore S.C. Otorinolaringoiatra	Luciano Grammatica
03		Direttore S.C. Ematologia	Attilio Guarini
04		Direttore S.C. Oncologia Medica	Vito Lorusso
05		Direttore S.C. Chirurgia Apparato Digerente	Michele Simone
06		Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione e T.I.P.O.	Giuseppe Carravetta
07		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Direzione Medica di Presidio	Aldo Nigro
09		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Ginecologia	Gaetano Falco
10		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Chirurgia Plastica	Cosimo Maurizio Ressa
11		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Endoscopia Digestiva	Francesco Scotto
12		Dirigente Medico Responsabile S.S.D. Chirurgia Senologica	Sergio Diotaiuti
13		Responsabile Servizio Infermieristico	Vincenza Nigro
14		Coordinatore infermieristico	Francesca Bari
15		Coordinatore infermieristico	Grazia Bradascio
16		Coordinatore infermieristico	Michele Rinaldi