
	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR60/49 PREVENZIONE RISCHIO CADUTA ACCIDENTALE	

SOMMARIO

1	PREMESSA.....	1
2.	FINALITA'.....	1
3.	DEFINIZIONE	1
4.	VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA/EVENTO INCIDENTALE	2
5.	INTERVENTI DI PREVENZIONE E FATTORI DI RISCHIO.....	2
6.	LA GESTIONE DELL'ANZIANO A SEGUITO DI CADUTA	3
7	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	6
8	RESPONSABILITA' DEI LAVORATORI.....	6
9	ALLEGATI.....	6
10	MODALITA' DI DISTRIBUZIONE	6

Revisione numero	Data emissione od ultima modifica	Emessa da (Servizio Infermieristico)	Approvata da (Direzione o Delegato)
00	Aprile 2022	RGA <i>Gabriel Moldovan</i>	Responsabile Appalto Vives <i>Michela Carlet</i> Direttore area cure sanitarie e socioassistenziali ASP <i>Patrizia Vicenzotto</i> Responsabile Qualità ASP <i>Gabriella De Luca</i> Direttore Generale ASP <i>Valentina Battiston</i>

1. PREMESSA

La seguente procedura si applica nella valutazione e gestione del rischio Cadute presso la Residenza per anziani di terzo livello ed il Servizio Semiresidenziale dell'A.S.P. Cordenonese VIRGINIA FABBRI TALIENTO ed è destinata al personale Asp e del Consorzio Vives.

La procedura segue le indicazioni contenute nella raccomandazione N. 13 del Ministero della Salute, del novembre 2011, per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.



2. FINALITA'

La seguente procedura ha lo scopo di:

- Fornire gli strumenti per una corretta valutazione del rischio caduta/evento incidentale
- Implementare la diffusione delle buone pratiche di valutazione e gestione del rischio caduta/evento incidentale
- Fornire un'evidenza documentale della avvenuta rilevazione del rischio e delle misure di trattamento attivate
- Monitorare attivamente l'applicazione della procedura e gli esiti dei trattamenti attivati
- Definire i livelli di responsabilità, delle modalità di valutazione e della gestione del rischio caduta/evento incidentale

3. DEFINIZIONE

Le cadute, ed in senso più generale gli eventi incidentali, rappresentano il più comune evento avverso che, nelle strutture residenziali e semiresidenziali, coinvolgono persone fragili, molte delle quali affette da demenza. Il rischio di evento incidentale/caduta, seppure

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR60/49 PREVENZIONE RISCHIO CADUTA ACCIDENTALE	

sempre presente, è diverso per i vari setting assistenziali ed è correlato alla tipologia di bisogno assistenziale e alla presenza di polipatologie, utilizzo di ausili, utilizzo o meno di mezzi di protezione individuale e terapie farmacologiche.

Si definisce caduta un "improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del residente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. (Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, Raccomandazione n. 13 di Novembre 2011)

4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA/EVENTO INCIDENTALE

Tramite la valutazione multidimensionale del rischio, a cura dell'**equipe multidisciplinare (referenti del servizio infermieristico, fisioterapico ed assistenziale)** è possibile individuare i soggetti a maggiore rischio di caduta; tale individuazione viene utilizzata per pianificare specifici interventi, finalizzati alla prevenzione delle cadute e dei possibili conseguenti danni.

All'analisi dei fattori di rischio individuali, si associa la valutazione dell'equipe come elemento indispensabile nella definizione del rischio di caduta. La valutazione del rischio di caduta, periodicamente riformulata, è inclusa nel PAI e va riformulata su base periodica e/o al mutare dell'assetto bio-psico-funzionale dell'anziano.

Ogni singolo ospite della struttura viene valutato per il rischio cadute nelle seguenti fasi:

- In fase di accoglimento
- ogni 3 mesi
- al rientro da ricovero ospedaliero
- ad ogni cambiamento delle condizioni cliniche

Gli strumenti di valutazione utilizzati, presenti nel sistema informatizzato INSOFIT, permettono di identificare la presenza e grado del rischio caduta accidentale:

- Scheda Tinetti (responsabilità del servizio fisioterapico) (All. 1)
- Scheda Conley (responsabilità del servizio infermieristico) (All. 2)

Le valutazioni vengono archiviate nella cartella informatizzata dell'anziano

Identificazione dei fattori di rischio

La prima azione necessaria per la prevenzione delle cadute consiste nell'identificare i possibili fattori di rischio, in relazione alle caratteristiche dell'anziano e dell'ambiente che lo ospita, in termini di sicurezza, di organizzazione e di adeguatezza del processo assistenziale.

In tal senso, i fattori responsabili delle cadute possono essere suddivisi in:

A) fattori **intrinseci**, relativi alle condizioni di salute del residente, che comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le comorbidità (età, precedenti cadute, incontinenza, deterioramento cognitivo, deterioramento funzioni neuromuscolari, autonomie funzionali, visus, stabilità posturale, paura di cadere, misure di protezione individuale) e le terapie farmacologiche che possono provocare (anche in associazione) alterazioni dello stato psicofisico



B) fattori **estrinseci**, relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza (intensità assistenziale, dotazione ausili, formazione del personale, organizzazione delle attività) alle caratteristiche ambientali (tipologia e stato del pavimento, illuminazione, ostacoli, regolabilità dei letti ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati)

5. INTERVENTI DI PREVENZIONE per la riduzione dei fattori di rischio

Attraverso la valutazione di ciascun utente e l'analisi del setup organizzativo, si mettono in atto interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali con la finalità di prevenire e comprimere il rischio di caduta

Le attività illustrate rappresentano elementi di miglioramento dei processi assistenziali e di prevenzione in generale, che ovviamente hanno effetti positivi sulla riduzione del rischio specifico di cadute.



RUOLO	INTERVENTI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE
Equipe multidisciplinare	<ul style="list-style-type: none"> • formula nei piani delle attività di ogni figura professionale, momenti per il passaggio di consegna e briefing che garantiscano la presenza contestuale degli operatori per aumentare la sorveglianza, cerca strategie per garantire la compresenza degli operatori negli orari (e ambienti) statisticamente più a rischio di cadute • interviene sui percorsi che quotidianamente vengono compiuti nei determinati spazi per l'esecuzione delle diverse mansioni, in modo da razionalizzare la percorrenza e da evitare la presenza di ostacoli lungo i tragitti • in base alle necessità degli utenti e le dinamiche interpersonali riconfigura i posti letto e le assegnazioni del nucleo (incompatibilità tra i compagni di stanza, ecc)

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR60/49 PREVENZIONE RISCHIO CADUTA ACCIDENTALE	

Servizio infermieristico	<ul style="list-style-type: none"> Il servizio infermieristico garantisce il controllo mensile del peso e controllo semestrale del BMI per tutti gli utenti, informa il medico curante per eventuale adeguamento dell'alimentazione a seconda della problematica monitora gli effetti collaterali dei farmaci e informa costantemente il medico curante per eventuale rivalutazione della terapia assunta per avere un effetto positivo sulla riduzione delle cadute nell'anziano. Supervisiona le attività degli OSS e collabora con loro nella sorveglianza
Servizio fisioterapico	<ul style="list-style-type: none"> Individua le cause osteoarticolari e/o muscolari e/o neurologiche e/o cardiovascolari, etc., che compromettono l'equilibrio e l'andatura; individua l'idoneo ausilio per la deambulazione (se necessario), inserendo nel PAI l'assistenza o supervisione al cammino; fornisce indicazioni per una migliore postura seduta attraverso cuscini e sedie o carrozzine di giusta altezza; verifica l'utilizzo di una calzatura adeguata imposta programmi individualizzati di mobilizzazione e deambulazione per coadiuvare in modo significativo il benessere dell'utente e favorire il mantenimento delle abilità motorie e le capacità funzionali residue in collaborazione con il servizio di manutenzione garantisce l'adeguatezza, la manutenzione e la conseguente efficienza degli ausili utilizzati per il trasporto degli utenti
Servizio animazione	<ul style="list-style-type: none"> in collaborazione con la psicologa, nei casi di soggetti con wandering, valuta la possibilità di inserimento in piccoli gruppi omogenei, per lo svolgimento di attività di stimolazione, occupazionali (fare gomitoli, piegare strofinacci, sgranare piselli, impastare, etc); imposta interventi non farmacologici per le persone con bisogni cognitivi, emozionali/comportamentali compromessi: stanza snoezelen, attività individuale, doll therapy, stimolazione cognitiva, ecc
Psicologa	<ul style="list-style-type: none"> Promuove la ricerca di modalità comunicative personalizzate e valorizza attraverso il PAI e le consegne integrate, la condivisione delle strategie più efficaci, segnalando quelle che ostacolano la comunicazione Coinvolge i familiari nelle strategie di contenimento degli episodi di agitazione psicomotoria Valuta lo stato cognitivo degli utenti
OSS	<ul style="list-style-type: none"> Osserva e comunica tempestivamente all'infermieri comportamenti anomali degli utenti (difficoltà nella deambulazione, segni di agitazione, problematiche nella postura) Osserva e comunica al servizio manutenzione eventuali danni agli ausili, attrezzature, arredamenti Identifica la scelta individualizzata dell'abbigliamento, bilanciando le scelte di sicurezza con i desideri e le abitudini degli anziani Sorveglianza degli utenti soprattutto negli spazi comuni come da piano di lavoro
Coordinatore	<ul style="list-style-type: none"> Mette in atto strategie organizzative per motivare il personale a sviluppare l'attenzione ai fattori di rischio e ad adottare comportamenti per rendere più sicuro l'ambiente di erogazione delle cure e assistenza Monitora i processi delle attività sanitarie al fine di efficientare i flussi di lavoro e contenere il rischio di eventi incidentali Supervisiona lo strumento della formazione per promuovere la responsabilizzazione e il coinvolgimento del personale
MMG	<ul style="list-style-type: none"> Valuta lo stato di salute dell'anziano, prescrive ed aggiorna le terapie farmacologiche e le diete Valuta e prescrive mezzi di tutela e protezione (MTP) dopo attenta valutazione con l'equipe multidisciplinare a tutela degli utenti in stato confusionale cronico o acuto ad elevato rischio di caduta

6. GESTIONE DELL'ANZIANO A SEGUITO DI CADUTA/EVENTO INCIDENTALE

La gestione immediata e corretta dell'anziano dopo una caduta e di una assistenza appropriata per gli eventuali esiti, sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali per la struttura. Si ritiene, necessario il coinvolgimento di tutte le figure professionali nel

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR60/49 PREVENZIONE RISCHIO CADUTA ACCIDENTALE	

gruppo di lavoro multidisciplinare, per attuare il programma di gestione del rischio di caduta volto all'attivazione di appropriate modalità di azione.



A seguito di evento incidentale, l'anziano che rimane al suolo, richiede da parte dell'infermiere una valutazione delle condizioni e un trattamento immediati, nonché una necessaria rivalutazione del danno a valle della caduta per ridurre il danno secondario.

Il personale infermieristico adeguatamente formato ed aggiornato al supporto delle funzioni vitali (tramite formazione obbligatoria BLS) interviene in caso di trauma ed attiva i soccorsi sanitari.

Poiché **il residente caduto è da ritenere a rischio di ulteriore caduta**, tutto il personale di assistenza attiva ed incrementa l'osservazione ed il monitoraggio e contribuisce ad individuare e ad attuare interventi volti a ridurre i fattori di rischio.

Si elencano i processi da attivarsi, in ordine consequenziale, in seguito all'evento incidentale:

Responsabilità	Azioni	Descrizione							
OPERATORE rilevante la caduta di un ospite (IP – OSS – personale ausiliario)	Primo soccorso	Qualunque operatore che rilevasse la caduta di un ospite deve: <ul style="list-style-type: none"> - verificare lo stato di coscienza/incoscienza dell'ospite ed osservarne la posizione - segnalare immediatamente all'infermiere la caduta, richiedendo un intervento d'emergenza. 							
	Richiesta intervento d'emergenza	L'operatore deve richiedere immediatamente un intervento d'emergenza chiamando l'infermiere di piano o di riferimento: <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>PIANO TERRA e 2° PIANO</td> <td style="text-align: right;">202</td> </tr> <tr> <td>1° PIANO</td> <td style="text-align: right;">201</td> </tr> <tr> <td>CENTRO DIURNO</td> <td style="text-align: right;">219</td> </tr> <tr> <td>FISIOTERAPIA</td> <td style="text-align: right;">213/214</td> </tr> </table> E' necessario qualificarsi e comunicare: <ul style="list-style-type: none"> - il luogo in cui ci si trova - il nome dell'anziano incidentato - lo stato di coscienza/incoscienza apparente - la posizione rilevata 	PIANO TERRA e 2° PIANO	202	1° PIANO	201	CENTRO DIURNO	219	FISIOTERAPIA
PIANO TERRA e 2° PIANO	202								
1° PIANO	201								
CENTRO DIURNO	219								
FISIOTERAPIA	213/214								
OSS	Sorveglianza e compilazione della scheda segnalazione cadute	<ul style="list-style-type: none"> - collabora con l'infermiere e sorveglia l'ospite in attesa di soccorsi - compila il modulo cartaceo della scheda di segnalazione caduta e registra l'accaduto sul diario assistenziale 							
Infermiere	Valutazione clinica ed accertamento dello stato di salute	<ul style="list-style-type: none"> - valuta se la persona ha riportato lesioni prima di mobilizzarla - applica BLSD in caso di perdita di coscienza - tranquillizza il paziente e lo posiziona in modo appropriato e confortevole - rileva i parametri vitali - comunica al medico del paziente l'evento al fine di consentire una valutazione clinica, - predisporre il paziente per eventuali accertamenti diagnostici (RX), chiamando anche il servizio di emergenza del territorio (112), se necessario. 							
	Comunicazione dell'evento ai familiari	<ul style="list-style-type: none"> - informa telefonicamente la famiglia della caduta (tempestivamente se necessita invio in PS, entro 8 ore se la caduta non riporta trauma) 							

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR60/49 PREVENZIONE RISCHIO CADUTA ACCIDENTALE	

		<ul style="list-style-type: none"> - documenta l'accaduto sul diario infermieristico e compila la scheda di comunicazione incidente nella cartella informatizzata INSOFIT - informa dell'accaduto il Coordinatore.
Coordinatore/Referente infermieristico	Comunicazione dell'evento per gli adempimenti amministrativi	Il Coordinatore o il referente infermieristico inoltra via e-mail la scheda COMUNICAZIONE INCIDENTE completa di tutte le sezioni [segnalazione - descrizione e conseguenze della caduta] contestualmente a: <ul style="list-style-type: none"> - Direttore e Servizio Sociale

Ai fini della prevenzione e del contenimento del rischio, la struttura si è dotata di strumenti necessari alla raccolta di tutte le segnalazioni di caduta, indipendentemente dal fatto che essa abbia causato o meno un danno all'anziano, così come delle segnalazioni di mancato evento.

La segnalazione avviene con i seguenti strumenti:

- Segnalazione Infermieristica ed Assistenziale attraverso sistema informatizzato INSOFIT (diario informatizzato)
- Scheda Comunicazione di incidente attraverso sistema informatizzato INSOFIT a compilazione infermieristica (All.3)
- Scheda caduta a compilazione assistenziale (All.4)
- Invio comunicazione (ed allegati Scheda evento incidentale e Scheda caduta) alla Direzione ASP Virginia Fabbri Taliento
- Comunicazione al familiare/ADS dell'evento (immediata per invio 112), per fornire le informazioni sullo stato di salute (nelle 24 ore a seguito di aggiornamenti con PS o reparto OC) e al rientro da OC.

Scheda di comunicazione incidente

Le cadute vengono registrate tramite la scheda Comunicazione Incidente (SK-CI) presente nel sistema informatizzato INSOFIT a cura dall'infermiere in turno; l'analisi della caduta è effettuata dal Coordinatore dei servizi/referente infermieristico/infermiere e referente fisioterapico.

Per avere una visione più completa del quadro della caduta l'OSS presente in turno compila a sua volta una scheda di segnalazione dell'evento sul modulo cartaceo.



La scheda COMUNICAZIONE DI INCIDENTE, il cui scopo è quello di rilevare le conseguenze ad una caduta, è un fascicolo unico che ha più sezioni:

1. DATA E ORA DELL'EVENTO
 - Va descritto con precisione la data e l'ora dell'evento
2. COME E' STATO TROVATO L'OSPITE
 - Descrizione del luogo dove è stato trovato e in quale posizione
3. IN CASO DI CADUTA INDICARE COME SIA SUCCESSO

Identificare la causa e nello spazio dedicato della sezione e precisare:

- Specificare l'ipotesi sui fattori determinanti della caduta
 - Dinamica della caduta
 - Le circostanze dell'evento
 - Eventuali ostacoli ambientali rilevati
 - Specificare se indossava correttamente le calzature
 - Precisare se l'ambiente era illuminato
4. SI E' PROCURATO LESIONI EVIDENTI?
 - Riportare la sede e la descrizione della lesione
 5. COGNOME E RUOLO DEL SOCCORITORE
 6. TESTIMONI PRESENTI AL FATTO
 7. INTERVENTI ATTUATI
 - Descrivere le azioni intraprese a seguito dell'evento: esame obiettivo generale, misurazione parametri vitali, eventuale medicazione, eventuale invio in PS, ecc
 8. RIENTRO DALL'OSPEDALE
 - Specificare la diagnosi, eventuali accertamenti richiesti

E' cura dell'infermiere che ha prestato soccorso, compilare la segnalazione della caduta, stampare e firmare la scheda

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR60/49 PREVENZIONE RISCHIO CADUTA ACCIDENTALE	

La scheda, va altresì firmata dal MMG (da mettere in visione medica dopo la compilazione).

7 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FASE	IP	OSS	CG	MMG	FKT	M. SPEC.	COORD
Screening TINETTI - CONLEY	C	I		I	R		I
VALUT. Clinica	C		I	R	C		C
Consulenza SPECIALISTICA	I		I	C	I	R	I
Verifica fornitura ausili	I	I	I	C	R		I
Stesura Piano Trattamento Riabilitativo (PTR)	C	I	I	I	R		C
Esecuzione attività come da PTR	C	C	I	I	R		I
MONITORAGGIO	C	I	I	I	C		R

Legenda 1: IP = Infermiere; OSS = operatore sociosanitario; CG = Care Giver/Familiare; MMG = Medico Medicina Generale; FKT = Fisioterapista; = Medico Specialista; COORD = Coordinatore dei Servizi

Legenda 2: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

8 RESPONSABILITÀ DEI LAVORATORI

- È fatto obbligo a qualsiasi destinatario della presente procedura attenersi scrupolosamente a quanto indicato, consultando eventualmente il preposto, qualora le indicazioni di sicurezza non possano essere applicate per problemi particolari.
- Il lavoratore che non rispetti le procedure di sicurezza può essere soggetto ad azione disciplinare.
- L'azienda si riserva la facoltà di attuare tutte le misure necessarie al fine di evitare il ripetersi di azioni pericolose da parte dei lavoratori, qualora si verificassero.

9 ALLEGATI

- All. 1 Procedura per la gestione e monitoraggio delle cadute in area sanitaria ASFO 7/2/20214
- All. 2 Scheda valutazione Tinetti
- All. 3 Scheda valutazione Conley
- All. 4 Scheda Comunicazione incidente (compilazione Infermieristica)
- All. 5 Scheda Caduta (compilazione OSS)

10 MODALITÀ DI DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

La presente procedura viene distribuita a tutto il personale in servizio presso la Residenza per anziani di Terzo livello e presso il Servizio Semiresidenziale, attraverso il sistema informatizzato INSOFT, che garantisce le seguenti attività:

- caricamento di procedure e di allegati (formato PDF)
- accesso individuale tracciato (utilizzo di credenziali personali)
- verifica da parte del Coordinatore dell'effettiva presa visione del documento

PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL MONITORAGGIO DELLE CADUTE IN AREA SANITARIA

Revisione del 7 febbraio 2014

INDICE

- 1. SCOPO**
- 2. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI**
- 4. RESPONSABILITÀ**
- 5. MODALITÀ ESECUTIVE**
- 6. ARCHIVIAZIONE**
- 7. DESTINATARI**
- 8. RIFERIMENTI (bibliografici, scientifici, legislativi)**
- 9. ALLEGATI**

REDAZIONE

Antonella Franzo

VERIFICA

Maria Grazia Moro

APPROVAZIONE

Paolo Andrian

1. SCOPO

Scopo di questa procedura è il miglioramento del monitoraggio del fenomeno “cadute” ed una appropriata ed efficace gestione di tali eventi occorsi in ambiente sanitario adottando la raccomandazione N. 13 del Ministero della Salute, del novembre 2011, per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, nel rispetto della privacy.

Si intende raggiungere questo scopo anche attraverso la revisione delle modalità di segnalazione ed analisi dell'evento e l'estensione di questo strumento, nel tempo, anche alle Case di Riposo con la finalità dell'identificazione delle criticità ai fini di un miglioramento.

Dalla sua applicazione ci si attende di poter descrivere e monitorare:

- l'incidenza delle cadute,
- gli effetti delle cadute,
- i fattori correlati alle cadute.

La gestione di questi dati sarà finalizzata:

- a fornire informazioni agli operatori,
- ad adottare misure correttive,
- a migliorare gli interventi informativi/formativi per operatori, pazienti, familiari e visitatori.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Procedura si applica a tutte le strutture sanitarie in cui venga prestata assistenza, sia in ambito acuto che cronico e si rivolge agli operatori coinvolti nelle attività, a tutela dei pazienti fruitori di prestazioni sanitarie.

3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Definizione di caduta

Ai fini della presente procedura si definisce caduta un “improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto”.

4. RESPONSABILITÀ

La capacità e la possibilità di una gestione immediata e corretta del paziente caduto e di un'assistenza appropriata per gli eventuali esiti sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali per gli operatori e per le strutture.

Ciascun operatore sanitario che assiste un paziente che è caduto segnala l'evento al medico o all'infermiere e collabora per fornire le rilevazioni sulla dinamica dell'evento.

L'infermiere, il fisioterapista e il medico hanno la responsabilità di compilare la scheda di segnalazione (allegato 1).

L'infermiere, in collaborazione con il coordinatore e con il medico che ha in carico il paziente, ha la responsabilità della trasmissione di una copia della scheda di segnalazione alla S.C. Accreditamento e Qualità che cura l'informatizzazione dei dati, mentre l'originale va inviato alla DIREZIONE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA per la trasmissione all'Autorità Giudiziaria, se ve ne sono gli estremi.

La responsabilità dell'analisi statistica, del trattamento, della compilazione del report semestrale e della diffusione dei dati è in carico alla S.C. Accreditamento e Qualità. Alla stessa Struttura attiene l'archiviazione e la conservazione della presente procedura.

5. MODALITÀ ESECUTIVE

5.1 Approvazione

Il Responsabile della S.C. Accreditamento e Qualità approva la presente procedura.

5.2 Azioni per la gestione del paziente a seguito di caduta

Il paziente che rimane al suolo, a seguito di caduta improvvisa, richiede una valutazione delle condizioni e un trattamento immediati da parte degli operatori. E' necessario, quindi, che tutto il personale, sanitario e non, secondo le proprie competenze professionali, sia preparato per affrontare una situazione di emergenza-urgenza.

Si ritiene particolarmente importante che il personale infermieristico sia adeguatamente formato all'applicazione di una procedura mirata, in cui prevedere le seguenti azioni:

- valutare rapidamente la dinamica dell'evento per ipotizzare il possibile meccanismo di lesione e la possibilità di mobilitazione;
- agire con prontezza ed efficacia sul controllo e sul sostegno delle funzioni vitali del paziente, come da protocollo Basic Life Support (BLS);
- attivare, se necessario, la procedura prevista all'interno della struttura/servizio/unità operativa in caso di emergenza-urgenza;
- valutare, prima di mobilitare la persona, se questa ha riportato lesioni craniche o traumatismi determinanti fratture (es. presenza di deformità degli arti);
- tranquillizzare il paziente, se è cosciente, e posizionarlo in maniera appropriata e confortevole;
- rilevare e registrare i parametri vitali;
- comunicare al medico la caduta del paziente al fine di consentire una tempestiva valutazione clinica ed una puntuale informazione alla famiglia in merito;
- avvisare tempestivamente dell'accaduto i familiari/le persone di riferimento per il paziente;
- coinvolgere il paziente, se possibile e/o le altre persone presenti all'evento per comprendere la loro percezione dell'esperienza e valutare insieme i fattori che hanno determinato la caduta;
- preparare il paziente per eventuali indagini diagnostico-strumentali;
- monitorare ed assistere la persona caduta per le possibili complicanze tardive in caso di trauma cranico o frattura o dove vi sia un sospetto di lesioni;
- documentare le azioni di monitoraggio del paziente;
- procedere alla riclassificazione del rischio di caduta del paziente;
- procedere congiuntamente al medico, dopo aver riportato l'evento sulla documentazione clinico-assistenziale del paziente, alla compilazione della scheda di segnalazione post-caduta

Poiché il paziente caduto è da ritenere a rischio di ulteriore caduta, è necessario, infine, che tutto il personale di assistenza attivi ed incrementi l'osservazione ed il monitoraggio e contribuisca ad individuare e ad attuare interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili.

5.3 Segnalazione evento

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

Ciascun operatore che assiste un paziente che è caduto accidentalmente segnala l'evento al medico e/o all'infermiere e/o fisioterapista e collabora per fornire le rilevazioni sulla dinamica dell'evento.

5.4 Compilazione e analisi della segnalazione

La compilazione della scheda di segnalazione (Allegato 1) va comunque effettuata, nel rispetto della privacy, dal personale presente in servizio al momento dell'evento nel più breve lasso di tempo immediatamente successivo all'evento stesso, raccogliendo informazioni complete avvalendosi dei resoconti del paziente, se possibile, o di altre persone che abbiano assistito all'accaduto. Se il medico non è presente, compilerà la sua parte nella scheda non appena accede alla struttura e visita il paziente.

La scheda va quindi **inviata alla Direzione della STRUTTURA DI APPARTENENZA**, che provvederà a trasmetterla all'Autorità Giudiziaria, se ve ne sono gli estremi.

Una copia della scheda va inviata alla S.C. Accreditamento e Qualità che cura l'informatizzazione dei dati.

Solo al verificarsi di un evento sentinella, ovvero di *“Morte o grave danno a seguito di caduta del paziente”*, la Direzione della struttura di appartenenza invierà una specifica segnalazione al Ministero della Salute, tramite la S.C. Accreditamento e Qualità.

5.5 Identificazione delle criticità e delle azioni di miglioramento

Con cadenza semestrale il Direttore o Responsabile di Struttura/Servizio ed il Coordinatore:

-ricevono i dati e, utilizzando i report periodici, forniscono il feedback agli operatori;

-verificano il grado di raggiungimento dell'ipotesi di miglioramento ed elencano i motivi di NON o PARZIALE raggiungimento degli obiettivi e li trasmettono alla S.C. Accreditamento e Qualità.

5.6 Implementazione e monitoraggio azioni di miglioramento

Le azioni che possono essere gestite a livello di unità operative sono implementate e monitorate nel tempo dal Direttore di Struttura, dal Coordinatore e dal gruppo di lavoro per la gestione del rischio clinico.

Le azioni che hanno bisogno di un supporto della Direzione Strategica sono analizzate dal gruppo di lavoro aziendale in collaborazione con la S.C. Accreditamento e Qualità.

5.7 Sistema di distribuzione interna e di diffusione delle politiche e procedure

E' responsabilità della S.C. Accreditamento e Qualità la distribuzione interna e la diffusione della presente, inclusi i suoi Allegati, mediante la pubblicazione in intranet e l'invio, in modalità informatica, a tutti i responsabili di struttura.

Dopo l'approvazione, la procedura e la scheda di segnalazione sono distribuite a tutti i Responsabili di Struttura complessa, che hanno la responsabilità di informare i Coordinatori tecnici ed infermieristici e concordare con loro le ulteriori azioni per l'informazione e la formazione di tutto il personale interessato. Sono distribuiti attraverso apposite liste controfirmate dai riceventi che saranno anche utilizzate per la sostituzione di ogni documento superato o modificato; il ricevente è responsabile dell'eliminazione e distruzione della copia superata. Si utilizzano le didattiche della formazione sul campo (FSC) che consentono di valutare ed eventualmente modificare comportamenti e attività.

6. ARCHIVIAZIONE

I Responsabili di struttura e i Coordinatori infermieristici e tecnici hanno la responsabilità del ritiro e distruzione delle copie superate della procedura e delle schede nella propria struttura. Qualora documenti non validi siano conservati presso le strutture/unità operative per motivi legali e/o di conservazione della conoscenza, devono recare sul frontespizio del documento la dicitura “copia superata”. La scheda e la procedura sono archiviate presso la S.C. Accreditamento e Qualità.

7.DESTINATARI

Tutti gli operatori sanitari dipendenti dell'ASS6 sono individuati quali destinatari della presente Procedura.

8.RIFERIMENTI (bibliografici, scientifici, legislativi)

Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Novembre 2011. www.salute.gov.it/qualità

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

NICE (National Institute for Clinical Excellence Falls). The assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21, 2004. www.nice.org.uk/CG021NICEguideline

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2001; 49(5): 664-72.

Health Care Association of New Jersey (HCANJ). Fall management guidelines. Hamilton (NJ): HCANJ, 2005 Feb. 25 p.

Dykes PC, Carroll DP, Hurley A., et al. Fall Prevention in Acute Care Hospitals: A Randomized Trial . JAMA: The Journal of the American Medical Association , 2010; 304 (17):):1912-1918.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev 2003;(4): CD000340.

Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing 2004; 33(2): 122-30.

Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age and Ageing 2006; 35-S2: ii37-ii41.

9.ALLEGATI

1. Scheda di segnalazione delle cadute nelle strutture sanitarie (versione 2014)
2. Conley con rivalutazioni + Check list
3. Mappa responsabilità struttura
4. Diagramma di flusso strutture
5. Manuale paziente e familiari struttura
6. Tinetti balance and Gait Scale o Performance

	<h2>Scheda Tinetti</h2>	<p>ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento" Via Cervel 68 33084 Cordenons PN 0434930440 Protocollo@aspcordenonese.191.it</p>
---	-------------------------	---

Ospite: _____ Sesso: _____
Data e luogo di nascita: _____
Comune di residenza: _____
Struttura: **ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"**
Data di ingresso in struttura: _____ Letto: -
Provenienza: _____
Compilatore: _____
Indirizzo: _____
Data compilazione: _____ Firma: _____

<i>Parametri</i>	<i>Osservazioni</i>	<i>P</i>
Equilibrio da seduto	<input type="radio"/> Si inclina, scivola dalla sedia <input type="radio"/> E' stabile, sicuro	
Alzarsi dalla sedia	<input type="radio"/> E' incapace senza aiuto <input type="radio"/> Deve aiutarsi con le braccia <input type="radio"/> Si alza senza aiutarsi con le braccia	
Tentativo di alzarsi	<input type="radio"/> E' incapace senza aiuto <input type="radio"/> Capace, ma richiede più di un tentativo <input type="radio"/> Capace al primo tentativo	
Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)	<input type="radio"/> Instabile(vacilla,muove i piedi,marcata oscillazione del tronco) <input type="radio"/> Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili <input type="radio"/> Stabile senza ausili	
Equilibrio nella stazione eretta prolungata	<input type="radio"/> Instabile(vacilla,muove i piedi,marcata oscillazione del tronco) <input type="radio"/> Stabile,ma a base larga (i malleoli mediali distano > 10 cm) <input type="radio"/> Stabile, a base stretta, senza supporti	
Romberg	<input type="radio"/> Instabile <input type="radio"/> Stabile	
Romberg sensibilizzato	<input type="radio"/> Comincia a cadere <input type="radio"/> Oscilla, ma si riprende da solo <input type="radio"/> Stabile	
Girarsi di 360 gradi (passi)	<input type="radio"/> A passi discontinui <input type="radio"/> A passi continui	
Girarsi di 360 gradi (equilibrio)	<input type="radio"/> Instabile <input type="radio"/> Stabile	
Sedersi	<input type="radio"/> Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) <input type="radio"/> Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo <input type="radio"/> Sicuro, movimento continuo	
Inizio della deambulazione	<input type="radio"/> Una certa esitazione, o più tentativi <input type="radio"/> Nessuna esitazione	
Lunghezza piede destro	<input type="radio"/> Il piede destro non supera il sinistro	

- Alzata piede destro
- Il piede destro supera il sinistro
 - Il piede destro non si alza completamente dal pavimento
 - Il piede destro si alza completamente dal pavimento
- Lunghezza piede sinistro
- Il piede sinistro non supera il destro
 - Il piede sinistro supera il destro
- Alzata piede sinistro
- Il piede sinistro non si alza completamente dal pavimento
 - Il piede sinistro si alza completamente dal pavimento
- Simmetria del passo
- Il passo destro ed il sinistro non sembrano uguali
 - Il passo destro ed il sinistro sembrano uguali
- Continuità del passo
- Interrotto o discontinuo
 - Continuo
- Traiettorie
- Deviazione marcata
 - Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili
 - Assenza di deviazione e di uso di ausili
- Tronco
- Marcata oscillazione o uso di ausili
 - Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia
 - Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili
- Cammino
- I talloni sono separati
 - I talloni quasi si toccano durante il cammino



Scala di Conley

ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"
 Via Cervel 68
 33084 Cordenons PN
 0434930440
 Protocollo@aspcordenonese.191.it

Ospite: _____ Sesso: _____
 Data e luogo di nascita: _____
 Comune di residenza: _____
 Struttura: **ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"**
 Data di ingresso in struttura: _____ Letto: -
 Provenienza: _____
 Compilatore: _____
 Indirizzo: _____
 Data compilazione: _____ Firma: _____

<i>Parametri</i>	<i>Osservazioni</i>	<i>P</i>
E' caduto nel corso degli ultimi 3 mesi?	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____	___
Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____	___
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____	___
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____	___
Agitato (eccessiva attività motoria. Es. incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.)	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____	___
Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso di pericolo	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____	___



Comunicazione di incidente

ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"
Via Cervel 68
33084 Cordenons PN
0434930440
Protocollo@aspcordenonese.191.it

Ospite: _____ Sesso: _____
 Data e luogo di nascita: _____
 Comune di residenza: _____
 Struttura: **ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"**
 Data di ingresso in struttura: _____ Letto: - _____
 Provenienza: _____
 Compilatore: _____
 Indirizzo: _____
 Data compilazione: _____ Firma: _____

<i>Parametri</i>	<i>Osservazioni</i>	<i>P</i>
Si comunica che:	in data _____ alle ore _____	_____
E' stato trovato:	dove _____ come _____	_____
In caso di caduta, indicare come sia successo:	<input type="radio"/> caduta dal letto <input type="radio"/> caduta dalla sedia <input type="radio"/> caduta dal wc <input type="radio"/> caduta durante la deambulazione <input type="radio"/> caduta durante il trasferimento <input type="radio"/> caduta dalla carrozzina <input type="radio"/> altro (specificare) _____	_____
Si è procurato lesioni evidenti?	Se sì, dove e di che tipo? _____	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
Cognome e ruolo del soccorritore/i	_____	_____
Testimoni presenti al fatto:	_____	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
Cognome e ruolo del testimone/i:	_____	_____
Specificare:	non è necessario controllo medico immediato	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
	visto dal MMG presente in struttura	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
	il MMG ha inviato in ospedale per accertamenti	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
	l'IP ha inviato in ospedale per accertamenti (se sì quale ospedale? e a che ora?)	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
	avvertito un familiare (se sì chi?)	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____

IN QUALSIASI CASO SEGNALARE L'ACCADUTO AL MEDICO CURANTE!

A cura dell'ambulatorio centrale:

Interventi attuati _____
 Rientro dall'ospedale: in data _____
 alle ore _____
 diagnosi completa _____

SCHEMA SEGNALAZIONE CADUTA

Compilazione a cura dell'operatore socio sanitario

Cognome e nome ospite _____ Data di nascita ____/____/____

Nucleo _____ Data caduta ____/____/____ ora ____,__

Testimoni presenti alla caduta: _____

Primo operatore intervenuto	FKT _____	OSS _____	IP _____	
	altro: _____			
L'ospite è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta?	SI	NO		
Dopo la caduta l'ospite si ricorda dell'accaduto?	SI	NO	dato non disponibile	
Prima di cadere l'ospite ha percepito qualche disturbo?	confusione	vertigini	palpitazioni	difficoltà di esprimersi
	dato non disponibile	altro: _____		
Luogo dell'evento	camera	bagno	scale	corridoio
	altro: _____			
Modalità caduta	dal letto	dalla sedia	dalla carrozzina	
	altro: _____			
La persona era in grado di alzarsi da sola dopo la caduta?	SI	NO		
Tipo di calzatura	ciabatte	calzature chiuse	scalzo	
	altro: _____			
Ostacoli ambientali	contenzione	pavimento scivoloso o con ostacoli	luminosità inadeguata	altezza inadeguata della seduta
	ausili inadeguati	altro: _____		

E' obbligatorio riportare nel diario INSOFIT la dinamica della caduta in modo completo e dettagliato

Data: _____

Firma _____