
Deliberazione del Direttore Generale N. 335 del 28/03/2025

Proponente: Il Direttore UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Oggetto: “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente (Revisione n° 1 Deliberazione del Direttore Generale n° 279 del 28 novembre 2017)”

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 28/03/2025 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITÀ

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Angela Annecciarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Danilo Lisi - UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente (Revisione n° 1 Deliberazione del Direttore Generale n° 279 del 28 novembre 2017)”

Direttore UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l’adozione del presente provvedimento, ai sensi dell’art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l’insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell’art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso

- **che** la sicurezza del paziente all’interno delle organizzazioni sanitarie è obiettivo rilevante dei processi assistenziali;
- **che** per l’A.O.R.N. di Caserta la prevenzione e la gestione del rischio clinico costituiscono un’esigenza prioritaria per l’ottimizzazione della qualità dell’assistenza sanitaria sotto l’aspetto della sicurezza delle cure;
- **che** il Ministero della Salute ha divulgato la Raccomandazione n° 13 del novembre 2011 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;
- **che** il Decreto Dirigenziale n.48 del 03.07.2017 della Regione Campania “Piano Regionale cadute. Documento di indirizzo per le aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania” formula una linea di indirizzo per tutte le Aziende del SSR ed individua comportamenti e strumenti per la valutazione e la gestione del rischio caduta e per la gestione del rischio caduta;
- **che** questa Azienda, con Deliberazione n° 279 del 28 novembre 2017, ha adottato la “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente in ambito ospedaliero”.

Considerato

- **che** in linea con i dati nazionali, anche nell’Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta, la caduta si conferma quale evento più frequentemente segnalato;
- **che** il personale della u.o.c. Gestione del Rischio Clinico ha ritenuto opportuno espletare degli Audit con gli operatori delle uu.oo. clinico-assistenziali allo scopo di analizzare le eventuali criticità della già in uso “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente in ambito ospedaliero”;
- **che** è stato istituito un Gruppo di Lavoro che, sulla base delle proposte migliorative avanzate, ha ritenuto opportuno revisionare/aggiornare la soparichiamata Procedura.

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

Rilevato

- **che** la Legge n. 24 del 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” si pone l’obiettivo di garantire la sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, nell’interesse dell’individuo e della collettività;
- **che** l’osservanza della “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente (Revisione n° 1 Deliberazione del Direttore Generale n. 279 del 28 novembre 2017)” garantisce uniformità di comportamenti, attraverso modalità operative ben definite che garantiscono la sicurezza del paziente.

Ritenuto

che è doveroso ed opportuno per l’Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta adottare la “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente (Revisione n° 1 Deliberazione del Direttore Generale n. 279 del 28 novembre 2017)”

Attestata

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia.

PROPONE

1. di adottare la “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente (Revisione n° 1 Deliberazione del Direttore Generale n. 279 del 28 novembre 2017)” che, allegata alla presente Delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di Legge, nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle uu.oo. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione per la conseguente implementazione;
3. di rendere la stessa immediatamente eseguibile, stante l’urgenza.

Il Direttore u.o.c. Gestione del Rischio Clinico

Dott. Danilo Lisi

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

individuato con D.G.R.C. n. 465 del 27/07/2023

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 80 del 31/07/2023

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore u.o.c. Gestione del Rischio Clinico Dott. Danilo Lisi

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in modalità telematica (art.6, punto 1, lett e del regolamento aziendale) e sotto riportati

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Annecchiarico Favorevole

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara Favorevole

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l’effetto, di:

ADOTTARE la “Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente (Revisione n° 1 Deliberazione del Direttore Generale n. 279 del 28 novembre 2017)” che, allegata alla presente Delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

TRASMETTERE copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di Legge, nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle uu.oo. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione per la conseguente implementazione;

RENDERE la stessa immediatamente eseguibile, stante l’urgenza.

Il Direttore Generale

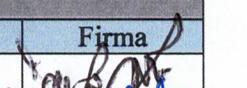
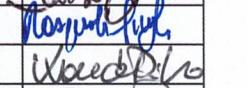
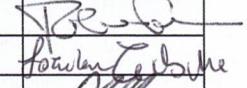
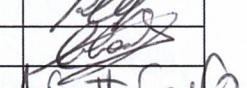
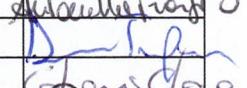
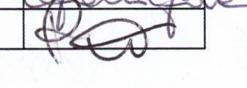
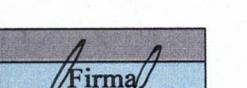
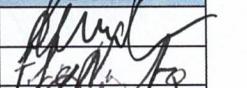
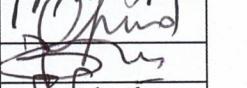
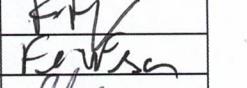
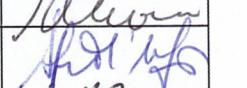
Gaetano Gubitosa

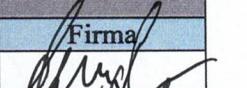
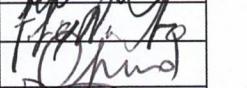
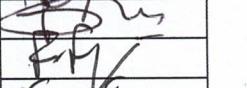
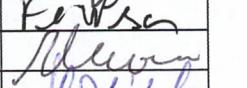
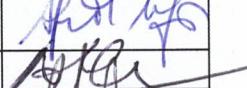
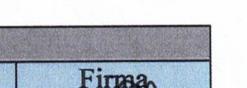
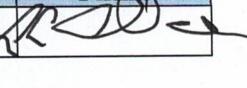
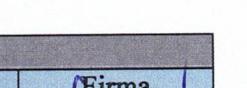
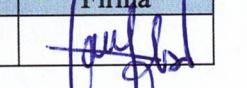
Deliberazione del Direttore Generale

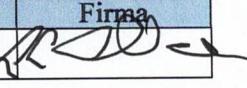
Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

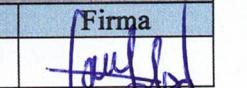
PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

(Revisione n° 1 Deliberazione del Direttore Generale n. 279 del 28 novembre 2017)

Redazione		
Nominativo	Funzione	Firma
Lisi Danilo	Direttore u.o.c. Gestione del Rischio Clinico	
Giugliano Pasquale	Direttore u.o.c. Medicina Legale	
Di Vico Wanda	Dirigente Medico u.o.c. Gestione del Rischio Clinico	
Casella Filomena	Dirigente Medico u.o.c. Medicina Legale	
Tibullo Loredana	Direttore u.o.c. Medicina Interna	
Misefari Raffaele	Infermiere u.o.c. Gestione del Rischio Clinico	
Casals Maria Cristina	Infermiera u.o.c. Pneumologia	
Fioremisto Antonietta	Infermiera u.o.c. Chirurgia Vascolare	
Trunfio Domenico	Infermiera u.o.c. Neurochirurgia	
Giannetti Giovanna	Infermiera Coordinatore u.o.c Ortopedia e Traumatologia	
Russo Luigi	Infermiera Coordinatore u.o.c Urologia	

Verifica		
Nominativo	Funzione	Firma
Calabrò Paolo	Direttore Dipartimento Cardio - Vascolare	
Nunziata Felice	Direttore Dipartimento della Donna e del Bambino	
Bruno Gaetano	Direttore Dipartimento Emergenza e Accettazione	
De Marinis Pasqualino	Direttore Dipartimento Testa-Collo	
Frigeri Ferdinando	Direttore Dipartimento Onco-Ematologico	
Fusco Ferdinando	Direttore Dipartimento Scienze Chirurgiche	
Cuomo Rosario	Direttore Dipartimento Scienze mediche	
Agresti Margherita	Direttore f.f. u.o.c. Medicina Preventiva, del Lavoro e Radioprotezione	
Rocchio Antonio	Direttore u.o.c. Ingegneria Ospedaliera	
Meles Antonio	Dirigente delle Professioni Sanitarie – S.I.T.R.A	

Approvazione		
Nominativo	Funzione	Firma
Annecciarico Angela	Direttore Sanitario	

Adozione		
Nominativo	Funzione	Firma
Gubitosa Gaetano	Direttore Generale	

Indice

Premessa

1. Scopo / Obiettivi
2. Campo di applicazione
3. Compiti e responsabilità
 - 3.1 L'Infermiere della u.o. che ha in carico il paziente
 - 3.2 Il Dirigente Medico della u.o. che ha in carico il paziente
 - 3.3 Il Direttore della u.o. che ha in carico il paziente
 - 3.4 L'Infermiere Coordinatore della u.o. che ha in carico il paziente
 - 3.5 Il Direttore della u.o.c. Gestione del Rischio Clinico
 - 3.6 Il Direttore della u.o.c. Ingegneria Ospedaliera
4. Descrizione delle attività
 - 4.1 Identificazione dei fattori di rischio
 - 4.2 Valutazione del rischio caduta paziente
 - 4.3. Informazione e comunicazione dei pazienti e familiari/caregiver
 - 4.4 Formazione del personale
5. Indicatori e Standard
6. Riferimenti bibliografici

Allegati

Allegato 1 Scheda di valutazione infermieristica del rischio di caduta del paziente in ospedale

Allegato 2 Modulo informativo

Allegato 3 Scheda di valutazione dei rischi ambientali / dispositivi / presidi

Allegato 4 Scheda di valutazione dei rischi ambientali / strutturali

Allegato 5 Scheda segnalazione cadute

Premessa

La morte o grave danno per caduta di paziente rappresenta l'evento più frequentemente segnalato al Ministero della Salute, con una percentuale di casi pari al 22,3% rispetto al totale degli Eventi Sentinella segnalati.

In linea con i dati nazionali, anche nell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, la caduta si conferma quale evento più frequentemente segnalato; pertanto, la u.o.c. Gestione del Rischio Clinico ha ritenuto opportuno espletare degli Audit con gli operatori delle uu.oo. clinico-assistenziali allo scopo di analizzare le eventuali criticità della già in uso "Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente in ambito ospedaliero".

A tal scopo è stato istituito un Gruppo di Lavoro che, sulla base delle proposte migliorative avanzate, ha ritenuto opportuno revisionare la "Procedura per la Prevenzione e la Gestione della caduta del paziente in ambito ospedaliero" adottata nell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta con Deliberazione del Direttore Generale n. 279 del 28 novembre 2017 rispondente alle indicazioni di cui alla Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" del novembre 2011 e del Decreto Dirigenziale n. 48 del 03.07.2017 della Regione Campania "Piano Regionale Cadute".

1. Scopo / Obiettivi

Scopo del presente documento è aggiornare e più accuratamente adeguare ai percorsi assistenziali la già esistente "Procedura per la Prevenzione e la Gestione della caduta del paziente in ambito ospedaliero".

Gli obiettivi specifici sono:

- garantire una omogeneità di comportamento degli operatori sanitari nell'applicare la presente procedura relativamente alle attività di prevenzione, gestione e segnalazione dell'evento caduta;
- prevenire le cadute nei soggetti che presentano fattori di rischio identificabili;
- definire gli strumenti e le modalità di prevenzione delle cadute;
- coinvolgere il paziente e/o suo familiare e/o caregiver nell'attività assistenziale, informandolo circa i fattori di rischio individuati e le relative misure di prevenzione da attuare.

2. Campo di applicazione

Le attività descritte nella presente Procedura devono essere applicate dagli operatori sanitari a tutti i pazienti ricoverati in regime di Degenza Ordinaria e Day Hospital, in Osservazione Breve Intensiva OBI (se il ricovero si prolunga oltre le 24 ore) dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, fatta eccezione per i pazienti ricoverati presso la u.o.c. Anestesia e

Rianimazione, la u.o.c. Anestesia e Terapia Intensiva Cardiovascolare, la u.o.c. Neonatologia con Terapia Intensiva Neonatale e la u.o.c. Pediatria.

3. Compiti e responsabilità

3.1 L'Infermiere della u.o. che ha in carico il paziente

Al momento del ricovero o trasferimento da altra unità operativa e comunque entro le 24 ore:

- Valuta il rischio di caduta dei pazienti, compilando la “Scheda di Valutazione del rischio di caduta” e qualora il paziente sia a rischio caduta mette in atto le misure preventive adeguate al rischio rilevato selezionandole dall'apposito elenco (**Allegato 1**).
- Informa l'équipe assistenziale del rischio rilevato e delle misure di prevenzione individuate.
- Informa il paziente e/o suo familiare e/o caregiver dei fattori di rischio individuati e delle relative misure di prevenzione da adottare utilizzando l'apposito modulo (**Allegato 2**).
- Rivaluta il paziente come indicato al punto 4.2.

In caso di caduta del paziente

- Presta soccorso.
- Redige, per la parte di sua competenza, la “Scheda segnalazione cadute” (**Allegato 5**).
- Registra l'evento e le azioni adottate nella cartella infermieristica.
- Collabora con il Direttore dell'Unità Operativa ed il Risk Manager all'analisi dell'evento e alla correzione delle eventuali criticità rilevate.

3.2 Il Dirigente Medico della u.o. che ha in carico il paziente:

- Informato del rischio rilevato e delle misure di prevenzione individuate adotta, ove possibile, le modifiche terapeutiche finalizzate a contenere il rischio di caduta.
- Informa il personale infermieristico delle modifiche apportate alla terapia farmacologica, se questa prevede l'aggiunta o sostituzione dei farmaci previsti nell'Allegato 1.

In caso di caduta del paziente

- Valuta le condizioni cliniche e prescrive, se necessario, esami strumentali finalizzati a rilevare eventuali condizioni patologiche correlate alla caduta.
- Registra l'evento e le azioni adottate nella cartella clinica.
- Informa i familiari dell'evento.
- Redige, per la parte di sua competenza, la “Scheda segnalazione cadute” (**Allegato 5**).
- Collabora con il Direttore dell'Unità Operativa ed il Risk Manager all'analisi dell'evento e alla correzione delle eventuali criticità rilevate.
- Suggerisce eventuali azioni post-dimissione.

3.3 Il Direttore della u.o. che ha in carico il paziente è responsabile:

- della corretta applicazione della procedura e della costante informazione e formazione del personale medico afferente alla u.o.
- della segnalazione di criticità ambientali/strutturali alla u.o.c. Ingegneria Ospedaliera che potrebbero correlarsi al rischio di caduta del paziente.

In caso di caduta del paziente:

- Trasmette alla u.o.c. Gestione del Rischio Clinico, debitamente compilata, la “Scheda di “Segnalazione Caduta”, in uno alla documentazione sanitaria sul caso, a mezzo protocollo. Si precisa che tale scheda non deve essere allegata alla cartella clinica, riportando dati esclusivamente finalizzati alla gestione del rischio clinico (art. 16 della Legge 24/2017) e non attinenti al percorso assistenziale del paziente.
- Collabora con il Risk Manager all’analisi dell’evento e alla correzione delle eventuali criticità rilevate.

3.4 L’Infermiere Coordinatore della u.o. che ha in carico il paziente è responsabile

- della corretta applicazione della procedura e della costante informazione e formazione del personale infermieristico e di supporto;
- della compilazione e trasmissione alla u.o.c. Gestione del Rischio Clinico della Scheda di Valutazione dei Rischi Ambientali /Dispositivi / Presidi (**Allegato 3**).

In caso di caduta del paziente

Collabora con il Direttore dell’Unità Operativa ed il Risk Manager all’analisi dell’evento e alla correzione delle eventuali criticità rilevate.

3.5 Il Direttore della u.o.c. Gestione del Rischio Clinico:

Verifica la corretta applicazione della procedura attraverso i Safety Walk Around.

In caso di caduta del paziente

- Riceve la segnalazione dell’evento attraverso l’apposita “Scheda di segnalazione caduta”.
- Provvede, congiuntamente al personale coinvolto, ad analizzare l’evento e ad individuare misure correttive utili a contenere il rischio del ripetersi dell’evento, avvalendosi di Audit Clinici.
- Provvede all’inserimento dell’evento in piattaforma SIMES, se esso si configura come Evento Sentinella.
- Archivia la documentazione relativa all’evento.

3.6 Il Direttore della u.o.c. Ingegneria Ospedaliera e il Direttore della u.o.c. Medicina Preventiva, del Lavoro e Radioprotezione sono responsabili:

- della compilazione, ognuno per la parte di competenza, della Scheda di Valutazione dei Rischi Ambientali / Strutturali che dovrà essere trasmessa alla u.o.c. Gestione del Rischio Clinico (**Allegato 4**).

4. Descrizione delle attività

4.1 Identificazione dei fattori di rischio

Le caratteristiche dell'ambiente/struttura e del paziente possono condizionare il rischio di caduta, pertanto la prima azione preventiva consiste nell'identificare i possibili fattori di rischio.

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

Fattori intrinseci

I fattori intrinseci comprendono l'età (**≥65 anni**), la patologia motivo del ricovero, l'anamnesi positiva per precedenti cadute e/o ricovero causato da caduta, le comorbilità e le terapie farmacologiche.

Fattori estrinseci

I fattori estrinseci sono rappresentati da elementi ambientali/strutturali o legati a malfunzionamento di dispositivi/presidi.

A tal fine è previsto l'utilizzo di una Scheda di valutazione dei rischi ambientali / dispositivi / presidi ed una Scheda di valutazione dei rischi ambientali /strutturali che dovranno essere compilate al momento dell'applicazione della presente procedura e in seguito con cadenza trimestrale.

4.2 Valutazione del rischio caduta paziente

La rilevazione del rischio di cadute permette di individuare il fabbisogno assistenziale in termini di carico di lavoro e **rappresenta uno strumento di tracciabilità ai fini della tutela medico-legale per l'operatore.**

Pertanto ogni uu.oo. deve responsabilizzarsi alla valutazione degli aspetti relativi alle condizioni del paziente, quali l'età, le comorbilità, le terapie farmacologiche e il livello di autonomia della persona. Un'attenzione specifica deve essere posta ai pazienti con età ≥ 65 anni ed ai pazienti in barella, che devono essere considerati sempre a rischio caduta.

La prima valutazione deve essere effettuata dall' infermiere al ricovero o, comunque, nel più breve tempo possibile in quanto le cadute si presentano più frequenti nei primi giorni di degenza. Se si tratta di un'ammissione in Emergenza si compilerà dopo la stabilizzazione clinica.

Deve essere programmata una rivalutazione almeno:

- dopo 72 ore dalla prima valutazione;

- ogni 5 giorni dalla seconda valutazione e con tale cadenza fino alla dimissione;
- quando viene rilevato un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente;
- quando vengono effettuate variazioni terapeutiche importanti con aggiunta o sostituzione dei farmaci previsti nella sezione della scheda di valutazione;
- dopo ogni eventuale caduta;
- in occasione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche che si ritiene possano aver determinato cambiamenti del quadro clinico del paziente;
- trasferimento da altra unità operativa.

A tale scopo deve essere utilizzata la “Scheda di Valutazione del rischio caduta” che:

- ✓ integra la valutazione dei Dati Anamnestici e della Terapia Farmacologica con scala di Conley;
- ✓ prevede che siano considerati a rischio di caduta i pazienti per i quali sia stato rilevato almeno un “SI” nei campi Anamnesi e Terapia e/o con un punteggio ≥ 2 alla scala di Conley.

Per i pazienti individuati a rischio caduta, la stessa prevede che siano esplicitate le misure di preventive personalizzate.

4.3. Informazione e comunicazione ai pazienti e familiari / caregivers

Per ridurre il rischio di cadute accidentali e migliorare la sicurezza dei pazienti risulta fondamentale aumentare il livello di consapevolezza e conoscenza tra i pazienti e i familiari / caregivers ed è auspicabile che essi collaborino in modo integrato e costante all’applicazione di strategie multifattoriali.

E’ stato, pertanto, predisposto un apposito Modulo Informativo da diffondere al paziente individuato come potenzialmente a rischio caduta e/o suo familiare e/o caregiver, con precauzioni e raccomandazioni da adottare durante il ricovero.

Il processo di valutazione deve verificare se la persona assistita è in grado di comprendere le informazioni fornite dal personale sanitario.

Alternativamente l’informazione sarà fornita al familiare e/o caregiver.

4.4 Formazione del personale

Tutti i professionisti saranno periodicamente aggiornati in base alle proprie competenze sia per quanto concerne la gestione dell’evento caduta, sia per intraprendere percorsi di prevenzione.

Tale programma formativo rientrerà tra quello previsto e attuato dal personale della u.o.c. Gestione del Rischio Clinico.

5. Indicatori e Standard

Il fenomeno delle cadute dei pazienti è sottoposto a monitoraggio annuale.

L’analisi delle cadute accidentali sarà effettuata dal Direttore della u.o.c Gestione del Rischio Clinico.

Indicatore	Standard
Scheda di valutazione infermieristica del rischio di caduta compilata e presente nella documentazione sanitaria	> 95%
Modulo informativo compilato e presente nella documentazione sanitaria	> 95%

6. Riferimenti bibliografici

- ✓ VI Rapporto pubblicato dal Ministero della Salute - Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella - Gennaio 2005 Dicembre 2020.
- ✓ Raccomandazione n. 13, novembre 2011 - Ministero della Salute
- ✓ Decreto Dirigenziale n. 48 del 03.07.2017 della Regione Campania-Piano Regionale per la Prevenzione delle Cadute in Ospedale
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 279 del 28 novembre 2017 – Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta

Allegati:

Allegato 1 Scheda di valutazione infermieristica del rischio di caduta del paziente in ospedale

Allegato 2 Scheda di valutazione dei rischi ambientali / dispositivi / presidi

Allegato 3 Scheda di valutazione dei rischi ambientali / strutturali

Allegato 4 Modulo informativo

Allegato 5 Scheda segnalazione cadute



SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE

PAZIENTE _____	Data		Data		Data		Data	
	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora
Età ≥65 anni								
Disturbi apparato locomotore	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi neurologici	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi visivi	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi uditivi	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi cognitivi e comportamentali (Confusione, Agitazione, Disorientamento)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
□ Ansiolitici □ Antidepressivi □ Anticominali	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
□ Antipertensivi □ Antiaritmici □ Diuretici □ Sedativi	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
□ Ipoglicemizzanti	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Scala di Conley

Scala di Conley	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
E'caduto negli ultimi tre mesi?										
Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Compromissione della marcia (passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Agitato (Es: incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti ecc.)	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0

PAZIENTE A RISCHIO

Anamnesi e Terapia

<input type="checkbox"/> Autoperfusivi	<input type="checkbox"/> Autotunici	<input type="checkbox"/> Diuretici	<input type="checkbox"/> Sedativi
<input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti			

Misure preventive personalizzate

MODULO INFORMATIVO

Gentile Sig.ra/e le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze gravi. La valutazione effettuata al momento del suo ingresso in reparto ha fatto rilevare un potenziale rischio di una caduta.

Pertanto, **Le comunichiamo alcune precauzioni e raccomandazioni da adottare durante il ricovero.**

1. Usi scarpe o pantofole chiuse, della giusta misura, senza lacci e con suole antiscivolo. Indossi vestiti comodi che non le impediscono i movimenti.
2. Osservi con attenzione l'ambiente circostante e tutti gli eventuali ostacoli presenti (sedie, tavolini) perché un ambiente nuovo può presentare pericoli sconosciuti.
3. Tenga il campanello vicino al letto e non esiti a suonarlo in caso di necessità. Quando ha bisogno di alzarsi dal letto/sedia e non si sente sicura/o oppure quando non può raggiungere i suoi oggetti personali sul comodino suoni il campanello.
4. Si vesta e si spogli da seduto. Quando si alza dal letto o dalla poltrona si muova lentamente, attenda qualche minuto e, se ha capogiri o si sente debole, si rimetta a letto e suoni il campanello.
5. Prima di uscire dalla stanza verifichi che il corridoio non sia bagnato. Cammini quando il pavimento è asciutto: un cartello giallo con il segnale di pericolo indica dove il pavimento è bagnato. Faccia attenzione quando il personale fa le pulizie.
6. Comunichi al personale sanitario eventuale "paura di cadere" e cambiamenti dello stato fisico (stanchezza, debolezza, giramenti di testa, dolore ed eventuali problemi visivi in seguito alla somministrazione di farmaci che alterano le capacità funzionali).
7. Vada in bagno prima di dormire, così eviterà di alzarsi durante la notte. Quando va in bagno utilizzi sempre gli appositi maniglioni e in caso di incontinenza o improvvisa urgenza eviti di correre per raggiungerlo.
8. Utilizzi regolarmente gli occhiali da vista / gli apparecchi acustici.
9. Tenga gli effetti personali sul comodino, a portata di mano (acqua, occhiali, telefono cellulare).
10. Tenga il letto nella posizione più bassa possibile per agevolare la salita e la discesa. Richieda al personale, se si sente più sicuro, di posizionare una spondina per ausili.
11. Si faccia assistere, se necessario, nella deambulazione e soprattutto nelle operazioni di toilette in bagno.
12. Eviti di alzarsi da solo se:
 - Le gira la testa;
 - Si sente male;
 - Si sente debole;In questi casi chiami il personale e attenda il loro arrivo.

Il Sottoscritto _____ in qualità di _____

dichiara di essere stato informato dal personale infermieristico circa le precauzioni e raccomandazioni da adottare durante il ricovero al fine di prevenire la caduta.

Firma del paziente e/o familiare/caregiver _____

Caserta, , _____

Firma dell'infermiere _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI/DISPOSITIVI/PRESIDI

DISPOSITIVI/PRESIDI	SI	NO	OSSERVAZIONI/AZIONI DI MIGLIORAMENTO
SEDIA A ROTELLE			
Ruote posteriori grandi e schienale inclinabile			
Freni/ruote efficienti e agevolmente comandati			
Braccioli removibili			
Poggiapiedi funzionanti ed estraibili			
Buona manovrabilità			
Larghezza seduta <70cm			
Profondità 43-45 cm (per le carrozzine non portatili)			
Schiendale basso (altezza cm 90-92 da terra max 95 cm)			
BARELLE			
Regolabili in altezza			
Spondine adattabili in altezza e bloccabili all'altezza desiderata			
Ruote/freni efficienti			
GRADINO REMOVIBILE PER APPoggIO PIEDE IN CASO NON VI SIANO LETTI REGOLABILI IN ALTEZZA			
Superficie antiscivolo			
Pedana sufficiente			
Piedini antiscivolo			
ASTA PER FLEBO			
Integrata con il letto			
Base stabile con più di cinque piedini			
Ruote efficienti			
Regolabile in altezza			
AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI			
Tavole di trasferimento rigide			
Teli di trasferimento per passaggi laterali stessa altezza			
Trapezio ai letti			
Ausili disponibili in reparto			
Ripostiglio/magazzino dedicati			
Ausili in numero sufficiente			
Efficienti			
LETTI			
Elettrici regolabili in altezza (o con sistema a pedale) con piano abbassabile fino a pochi cm da terra			
Possibilità di inserire sponde o semi sponde			
Possibili ausili per il paziente per girarsi			
COMODINO			
Presenza di tavolo servitore			
Piano di appoggio adeguato, regolabile in altezza e girevole			
Ruote/freni efficienti			

U.O. Cognome e Nome del Coordinatore - Rilevatore

Data Rilevazione

Firma del Coordinatore – Rilevatore

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI/STRUTTURALI

AMBIENTI	SI	NO	OSSERVAZIONI/AZIONI DI MIGLIORAMENTO
PAVIMENTI			
Non scivolosi			
Assenza di dislivelli			
Assenza di ostacoli (arredi, ausili, o altro ingombrante)			
Assenza di buche e avvallamenti			
Presenza di cartello di pericolo durante le operazioni di lavaggio			
CORRIDOI			
Corrimano			
Illuminazione diurna sufficiente			
Illuminazione notturna che permette una buona visione			
Assenza di ostacoli ingombranti			
Larghezza che permette di muoversi agevolmente			
SCALE			
Corrimano preferibilmente sui due lati o almeno da un lato			
Gradini dotati di antiscivolo			
Illuminazione diurna sufficiente			
Illuminazione notturna che prevede una buona visione			
Uscite di sicurezza con allarmi funzionanti			
CAMERE			
Dimensione minima rispettata			
Illuminazione diurna sufficiente			
Illuminazione notturna che permette una buona visione			
Interruttori accessibili e visibili al buio			
Luci personali sulla testata del letto			
Luci notturne percorso camera-bagno			
Mobilio stabile e ordinato			
Assenza di spigoli sporgenti			
Assenza di fili elettrici mal posizionati			
Maniglioni dove servono per la deambulazione del paziente			
BAGNI			
Dimensione minima rispettata con spazi adeguati all'ingresso e alle manovre della carrozzina			
Apertura della porta verso l'esterno			
Interruttori accessibili e visibili al buio			
Illuminazione diurna sufficiente			
Illuminazione notturna che permette una buona visione			
Specchi accessibili a chi è seduto			
Doccia/vasca con dotazione di ausili			
Doccia con piano-sedile inclinato antiscivolo ribaltabile a muro			
Campanelli di chiamata raggiungibili dalla doccia e dai sanitari			
Alzavate e maniglioni ribaltabili			
Rubinetti con leve lunghe per facilitare l'apertura e la chiusura			
Doccetta inserita sul davanti della tazza di ceramica del water (o altro sistema laterale)			
Tappetini antiscivolo sicuri (con sistema di fissaggio)			

Firma del Rilevatore Ingegneria Ospedaliera

Firma del Rilevatore Medicina Preventiva ,del Lavoro e Radioprotezione

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE

Dipartimento _____	Unità operativa _____
Paziente _____	Data di nascita: ____/____/____ (età ____) Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data ricovero ____/____/____	Diagnosi _____
Giorni di degenza _____	Data evento caduta _____
	Ora caduta _____

Sezione a compilazione infermieristica

Paziente

Valutato per rischio caduta SI NO

Classificato a rischio caduta SI NO

Modulo informativo compilato SI NO

Adottate misure preventive personalizzate per prevenire le cadute SI NO

Quali? _____

Luogo dell'evento

Camera Bagno Corridoio Altro _____

Evento riferito da: paziente parente altro paziente altro operatore sanitario

Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? SI No Non ricorda

Modalità di caduta:

caduto dalla posizione eretta caduto da seduto caduto dal letto con spondine senza spondine

dalla barella caduto durante la movimentazione

Altro: _____

Meccanismo della caduta

inciampato scivolato scivolato da letto carrozzina sedia scavalcamento spondine

perdita di forza/cedimento perdita di equilibrio perdita di coscienza capogiro svenimento

non rilevabile

Erano in uso le spondine laterali? SI NO

Altro: _____

Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo

camminava: verso il bagno in stanza in corridoio scendeva/saliva sul letto sedia carrozzina

stava utilizzando la toilette stava effettuando ligiene personale/vestizione

stava raggiungendo un oggetto stava raggiungendo il campanello di chiamata

stava dormendo e/o cambiando posizione a letto aspettava in barella non rilevabile

Altro: _____

Sezione a compilazione medica**Conseguenze caduta**

- Assenza di lesioni Danno minore /moderato Danno maggiore Altro
 Sede della lesione: _____

Tipo di lesione

- Escoriazione Contusione Ematoma Ferita Distorsione Trauma cranico
 Frattura femore Altre fratture Altro _____

Il paziente ricorda l'accaduto: SI NO

INDAGINI O PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO:

- Visita medica Consulenza specialistica Indagini di laboratorio
 TAC _____
 RX _____
 Trasferimento altra U.O. Medicazione Sutura
 Intervento/Reintervento chirurgico Manovre rianimatorie Ricovero in terapia intensiva
Altro _____

Necessità di monitoraggio dopo l'evento SI NO

FATTORI CONCAUSALI:

- Deficit neuro-cognitivi Deficit dell'equilibrio Alterazione del tono muscolare Instabilità emodinamica e cardiovascolare Assunzione farmaci ad alto rischio Recente variazione della terapia

TERAPIA

Assunzione di farmaci correlabili alla caduta SI NO

Se sì, Sedativi del SNC Lassativi Diuretici Ipotensivanti Ipoglicemizzanti

Concomitante terapia con anticoagulanti/antiaggreganti: SI NO

Se sì,

quali _____

Il paziente è stato informato dell'evento? SI NO I familiari sono stati informati dell'evento? SI NO

L'evento è documentato in cartella clinica? SI NO

Evento prevenibile SI NO

Se SI come: _____

Data di rilevazione

Ora di rilevazione

Firma Medico