

**PROCEDURA AZIENDALE**  
**“Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”**

	<b>Nome e Cognome</b>	<b>Funzione</b>
<b>Redazione</b>	Dr. Giuseppe Bertozzi	Referente GRCB – Coordinatore GAC
	Dr.ssa Michela Ferrara	Specialista Medico Legale Esterno
	Dr. Aldo Di Fazio	Direttore SIC Medicina Legale
<b>Verifica e Approvazione</b>	Dr. Giovanni Vito Corona	Direttore Dipartimento Post-Acuzie e Continuità Ospedale Territorio
	Dr. Sergio Molinari	Direttore Distretto della Salute di Potenza
	Dr. Luigi D’Angola	Direttore Sanitario – Presidente GAC

## **INDICE**

### **Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.**

- Premessa	<b>pag. 3</b>
- Obiettivi	<b>pag. 3</b>
- Campo di applicazione	<b>pag. 7</b>
- Responsabilità	<b>pag. 7</b>
- Interventi	<b>pag. 11</b>
- Gestione del paziente caduto	<b>pag. 13</b>
- Segnalazione dell'evento	<b>pag. 13</b>
- Bibliografia	<b>pag. 15</b>
- Allegati	<b>pag. 17</b>

## 1. Premessa

Le cadute sono un evento comune e devastante delle cure ospedaliere, in particolare nei pazienti anziani. Studi epidemiologici hanno descritto che le cadute si verificano a un tasso di 3-5 ogni 1000 giorni di degenza e l'Agency for Healthcare Research and Quality stima che ogni anno cadano da 700.000 a 1 milione di pazienti ricoverati in ospedale. Anche i pazienti nelle strutture di assistenza a lungo termine sono a rischio molto elevato di cadute. Circa la metà degli 1,6 milioni di residenti nelle case di cura negli Stati Uniti cade ogni anno e quasi il 10% degli eventi avversi sperimentati dai residenti delle strutture di assistenza infermieristica qualificata Medicare erano cadute che hanno causato lesioni gravi<sup>1</sup>. Oltre un terzo delle cadute in ospedale provoca lesioni, tra cui lesioni gravi come fratture e traumi cranici. Come osservato in una prospettiva PSNet (AHRQ Patient Safety Network), "anche le cadute apparentemente 'senza danni' possono causare disagio e ansia ai pazienti, ai loro familiari e al personale sanitario e possono segnare l'inizio di un ciclo negativo in cui la paura di cadere porta una persona anziana a limitare la propria attività, con conseguenti ulteriori perdite di forza e indipendenza".

## 2. Obiettivi

La prevenzione delle cadute è stata oggetto di intense ricerche e sforzi di miglioramento della qualità. Gli sforzi di prevenzione iniziano con la valutazione del rischio di cadute dei singoli pazienti. **Esistono diverse regole di previsione clinica per identificare i pazienti ad alto rischio, ma nessuna ha dimostrato di essere significativamente più accurata di altre.** La maggior parte delle cadute si verifica in pazienti anziani, in particolare in coloro che soffrono di delirio, a cui sono stati prescritti farmaci psicoattivi come le benzodiazepine o hanno difficoltà iniziali con forza, mobilità o equilibrio. Tuttavia, anche i pazienti non anziani possono essere a rischio di cadute. Ci sono due considerazioni generali nella pianificazione di un programma di prevenzione delle cadute. In primo luogo, le misure di prevenzione delle cadute devono essere

---

<sup>1</sup> Falls, September 7, 2019 - AHRQ

personalizzate: non esiste un metodo "universale" per prevenire le cadute. Un programma di successo deve includere una combinazione di misure ambientali (come pavimenti antiscivolo o garantire che i pazienti siano nel campo visivo degli infermieri), interventi clinici (come ridurre al minimo i farmaci delirio-geni), interventi sul processo di cura (come l'utilizzo di uno strumento di valutazione del rischio standardizzato), interventi culturali (sottolineando che la prevenzione delle cadute è una responsabilità multidisciplinare) e interventi tecnologici/logistici (come allarmi da letto o abbassamento dell'altezza del letto).

**Il programma dovrebbe affrontare esplicitamente l'assunto di base sostenuto da molti operatori sanitari secondo cui le cadute sono inevitabili e non necessariamente prevenibili.** Una prospettiva PSNet del 2011 ha discusso i componenti specifici più spesso utilizzati negli interventi di prevenzione delle cadute di successo, tra cui:

- Responsabilità multidisciplinare (e non solo infermieristica) per l'intervento;
- Istruzione del personale e del paziente;
- Un piano di cura individualizzato che risponda ai diversi fattori di rischio, esigenze e preferenze degli individui;
- Revisione e (ove appropriato) interruzione dei farmaci "colpevoli" associati a un aumento del rischio di cadute, in particolare farmaci psicotropi;
- Gestione della continenza, comprese routine di assistenza frequente per l'uso del bagno;
- Accesso precoce a consigli, ausili per la mobilità e (ove appropriato) esercizi da fisioterapisti.
- Una revisione post-caduta usata come opportunità per pianificare la prevenzione secondaria.

L'altra considerazione è riconoscere la tensione tra la prevenzione delle cadute e altri obiettivi dell'ospedalizzazione di un paziente. Un'ampia mole di letteratura documenta che i pazienti anziani perdono rapidamente mobilità e stato funzionale durante l'ospedalizzazione e che questa perdita di stato funzionale ha conseguenze a lungo termine. La promozione della mobilità e dell'attività è quindi diventata una componente

chiave dei programmi per migliorare i risultati dell'assistenza ospedaliera nei pazienti anziani. Sforzi eccessivi per limitare le cadute possono quindi avere la conseguenza negativa di limitare la mobilità durante l'ospedalizzazione, limitando la capacità dei pazienti di riprendersi da una malattia acuta e mettendoli a rischio di ulteriori complicazioni.

Le prove relative all'efficacia di specifici programmi di prevenzione delle cadute sono state contrastanti. Uno studio randomizzato di alta qualità ampiamente citato ha documentato una significativa riduzione delle cadute tra i pazienti anziani utilizzando un intervento di prevenzione delle cadute individualizzato basato su molti degli elementi sopra elencati. È probabile che le differenze tra le popolazioni di pazienti, i fattori di rischio e i fattori ambientali ospedalieri possano limitare la generalizzabilità degli interventi pubblicati tra gli ospedali.

Nel dettaglio, secondo la Joint Commission<sup>2</sup>, l'analisi delle cadute con lesioni nel database Sentinel Event rivela che i fattori contribuenti più comuni riguardano:

- Valutazione inadeguata
- Errori di comunicazione
- Mancanza di aderenza ai protocolli e alle pratiche di sicurezza
- Orientamento del personale, supervisione, livelli di personale o mix di competenze inadeguati
- Carenze nell'ambiente fisico
- Mancanza di leadership.

Prevenire le cadute è difficile e complesso. Le strategie di successo dovrebbero includere:

---

<sup>2</sup> Sentinel event, Issue 55, September 2015, The Joint Commission

1. Promuovere la consapevolezza della necessità di prevenire le cadute che causano lesioni;
2. Istituire un team interdisciplinare per la prevenzione delle cadute. **Ridurre le cadute che causano lesioni è responsabilità di tutti;**
3. Utilizzare uno strumento standardizzato e convalidato per identificare i fattori di rischio per le cadute (ad esempio, Morse Fall Scale o Hendrich II Fall Risk Model). **Oltre allo strumento, dovrebbe essere eseguita una valutazione completa e individualizzata del rischio di cadute e lesioni;**
4. Sviluppare un piano di cura personalizzato basato sui rischi di caduta e lesioni identificati e implementare interventi specifici per paziente, popolazione o contesto;
5. Standardizzare e applicare pratiche e interventi dimostrati efficaci, tra cui:
  - Un processo di comunicazione standardizzato di passaggio di consegne per comunicare il rischio di cadute con lesioni tra operatori sanitari;
  - Formazione individuale di ciascun paziente al letto da parte di professionisti sanitari qualificati circa il rischio di cadute e le cause e le strategie preventive;
6. Condurre una gestione post-caduta, che include: un incontro post-caduta; un sistema di reporting onesto e trasparente; trend e analisi delle cadute; e rivalutare il paziente.
  - Condurre un incontro post-caduta il prima possibile dopo la caduta. Coinvolgere il personale a tutti i livelli e, se possibile, il paziente, per discutere della caduta: cosa è successo, come è successo e perché (ad esempio fattori fisiologici dovuti a farmaci o condizioni mediche).
  - Rivalutazione continua del paziente, inclusi cambiamenti nella terapia farmacologica, stato cognitivo e funzionale. I rapporti sugli eventi sentinella esaminati dagli specialisti della sicurezza dei pazienti della Joint Commission mostrano che la chiave per la riduzione delle cadute è **la continua rivalutazione dei pazienti caduti**, al fine di identificare, il prima possibile, un cambiamento nelle condizioni mediche del paziente che può precipitare un esito negativo per il paziente (come un ematoma subdurale o una frattura non diagnosticata).

### **3. Campo di applicazione**

Lo screening si propone di approcciarsi alle persone a rischio caduta in tutte le strutture a carattere sanitario durante la degenza (ordinaria o Day Hospital) o in SPDC per:

- Tutti i pazienti di età > 65 anni;
- Pazienti di età compresa tra i 50 e 64 anni che sono giudicati ad alto rischio di caduta per condizioni sottostanti.

Una sezione sarà dedicata anche a consigli da assumere a domicilio.

### **4. Responsabilità**

#### **Direttore Sanitario Aziendale<sup>3</sup>:**

- Approva la procedura in qualità di Presidente del GAC

In caso di caduta del paziente:

- a. Riceve copia della scheda di segnalazione;
- b. Invia la documentazione all'U.O.S.D. di Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico.

#### **Il Responsabile del Risk Management:**

- Verifica a campione la corretta applicazione della procedura, che sottopone a revisione con la collaborazione del gruppo multidisciplinare allo scopo individuato.

In caso di caduta del paziente:

---

<sup>3</sup> Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 41 del 24-03-2015

- a. Riceve dalla Direzione Sanitaria o dalle UU.OO., in cui il fatto si è verificato, copia della scheda di segnalazione;
- b. Analizza la documentazione ricevuta;
- c. Procede all'analisi degli accadimenti (Audit/RCA);
- d. Se l'evento si configura come evento sentinella, lo inserisce nel SIMES;

**Il Direttore dell'U.O. è responsabile:**

- Della costante applicazione della procedura;
- Della continuità dell'informazione e formazione del personale medico afferente all'U.O. sulle modalità di utilizzo della procedura, nonché della corretta conservazione della documentazione ai fini dell'archiviazione;
- Nei casi precedentemente previsti partecipa e collabora con il Risk Manager e la DSA per le azioni di analisi e correzione dei comportamenti.

**Il Medico dell'U.O.:**

- Valuta il rischio di caduta legato alle condizioni cliniche proprie di ogni singolo paziente;
- Per i pazienti ad altissimo rischio prescrive e registra in cartella eventuali misure di contenimento del rischio;
- Collabora alla corretta applicazione della procedura;

**In caso di caduta del paziente:**

- a. Valuta il trattamento del paziente, effettuando l'esame obiettivo;
- b. Registra l'evento avverso sulla cartella clinica;
- c. Informa i familiari;

- d. Documenta eventuali azioni post-dimissione;
- e. Redige in maniera dettagliata e accurata la parte di sua competenza della “Scheda segnalazione cadute”.
- f. Partecipa e collabora con il Direttore di UO, il Risk Manager e la DSA per le azioni di analisi e correzione dei comportamenti.

**Il Coordinatore Infermieristico dell’U.O. è responsabile:**

- Della continuità dell’informazione e della formazione del personale infermieristico, ivi compreso il personale di supporto, neoassunto, neo inserito e degli studenti infermieri sulle modalità di utilizzo della scheda di segnalazione e della scala di valutazione
- Della rilevazione delle non conformità ambientali relativamente ai criteri di sicurezza;
- Della corretta conservazione della documentazione.

In caso di caduta del paziente:

- a. Raccoglie e organizza tutta la documentazione relativa all’evento (Scheda Conley, relazione infermieristica, relazione medica e referto);
- b. Trasmette la documentazione alla Direzione Sanitaria e alla Gestione del Rischio Clinico.

**L’infermiere/Fisioterapista/ Tecnico di radiologia/Tecnico di laboratorio:**

- All’accettazione valuta il rischio di caduta del paziente, mediante la Scala selezionata e predispone un piano di assistenza adeguato. Valutazioni successive:
  - 1. Dopo 72 ore dalla prima valutazione;
  - 2. Quando viene rilevato un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente;

3. Quando vengono effettuate variazioni terapeutiche importanti (aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno, ansiolitici, psicofarmaci, benzodiazepine, diuretici ...);

- Individua le caratteristiche ambientali che possono aumentare i rischi, mettendo quindi in atto le misure ambientali di sicurezza;

- Collabora alla corretta applicazione della procedura;

- Mette in atto interventi di educazione sanitaria e informazione per il paziente e la famiglia;

In caso di caduta del paziente:

a. Redige correttamente la parte di sua competenza della “Scheda segnalazione cadute”.

## **5. Lo screening**

La Joint Commission sul punto: *“Utilizzare uno strumento standardizzato e convalidato per identificare i fattori di rischio per le cadute (ad esempio, Morse Fall Scale o Hendrich II Fall Risk Model), preferibilmente integrato nella cartella clinica elettronica. Oltre allo strumento, dovrebbe essere eseguita una valutazione completa e personalizzata per le cadute e il rischio di lesioni. Assicurarsi che l'età, il sesso, lo stato cognitivo e il livello di funzionalità del paziente siano inclusi nella valutazione. Fornire formazione al personale sull'utilizzo dello strumento per garantire l'affidabilità inter-valutatore (il grado di coerenza tra i valutatori).”*

Le scale di valutazione utilizzate in letteratura scientifica sono riportate nella tabella 1. La letteratura è univoca nel ritenere tali scale dotate di percentuali non soddisfacenti di sensibilità e specificità, per cui la AHRQ ha raccomandato l'utilizzo di associazione di più scale insieme, come MFS e STRATIFY.

Tuttavia, una metanalisi pubblicata dal "National Institute for Health and Care Excellence (NICE)" *Falls. Assessment and prevention of falls in older people" June 2013*" e successive indagini di sorveglianza del 2016 e 2019 hanno dato rilevanza alla valutazione multiprofessionale – multifattoriale, specificando come l'utilizzo di scale sia nel complesso poco predittivo del reale rischio di cadute. Questi dovrebbero includere:

- deterioramento cognitivo
- problemi di continenza
- anamnesi di cadute, comprese cause e conseguenze (come lesioni e paura di cadere)
- calzature inadatte o mancanti
- problemi di salute che possono aumentare il rischio di cadute
- farmaci
- instabilità posturale, problemi di mobilità e/o problemi di equilibrio
- sincope
- deterioramento della vista.

Pertanto, la capacità predittiva della scala Morse Fall Scale ha mostrato risultati incoerenti, sebbene possa essere utile se combinata con la valutazione dell'uso di farmaci associati alle cadute.

## 6. Interventi

**Fornire informazioni orali e scritte e supporto ai pazienti, ai loro familiari, fiduciari e/o amministratori se il paziente è d'accordo.** Tenere in considerazione la capacità del paziente di comprendere e conservare le informazioni. Le informazioni dovrebbero includere:

- spiegare i fattori di rischio individuali del paziente per le cadute in ospedale;
- mostrare al paziente come utilizzare il sistema di chiamata infermieristica e incoraggiarlo a utilizzarlo quando ha bisogno di aiuto;
- informare i familiari e gli assistenti su quando e come alzare e abbassare le sponde del letto;
- fornire messaggi coerenti su quando un paziente dovrebbe chiedere aiuto prima di alzarsi o muoversi;

- aiutare il paziente a impegnarsi in qualsiasi intervento multifattoriale mirato ad affrontare i suoi fattori di rischio individuali;

Altre misure di buon senso:

- Quando si aiuta il paziente ad alzarsi dalla posizione seduta o clinostatica osservare i seguenti accorgimenti:
  - 1 fare alzare il paziente lentamente;
  - 2 quando seduto, invitare il paziente a flettere alternativamente i piedi, prima di camminare;
  - 3 invitare il paziente a spostare il proprio peso da un piede all'altro, dondolando, prima di rimanere fermo in piedi o prima di camminare;
  - 4 far sedere immediatamente il paziente, alla comparsa di vertigini;
  - 5 dopo i pasti, se insorge ipotensione postprandiale, invitare il paziente a riposare prima di deambulare.
- Migliorare l'ambiente circostante: assicurare la vicinanza degli oggetti d'uso vicino al paziente, sistemare i pazienti a rischio vicino alla guardiola, garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte, vicino al letto ed al bagno; identificare le caratteristiche ambientali che possono aumentare i potenziali rischi di caduta.
- Aiutare i pazienti che presentano problemi di deambulazione, suggerendo l'utilizzo di pantofole antiscivolo, aiutarlo ad alzarsi e sedersi, migliorare e stimolare la deambulazione.

Tuttavia è opportuno precisare che:

- La prevenzione del delirio è stata dimostrata in grado di ridurre le cadute;
- Cochrane ha rilevato che la fisioterapia ha ridotto il rischio di cadute ma non il tasso di cadute;
- gli allarmi dei sensori del letto e della sedia non hanno avuto alcun effetto sul rischio di cadute o sul tasso di cadute in ospedale;

- non ci sono studi sulla efficacia delle sponde del letto sulle cadute in ospedale.

## **7. Gestione del paziente caduto**

- Prima di mobilizzare la persona, valutare se ha riportato lesioni, specialmente in caso di trauma cranico, o traumi determinanti fratture; registrare i parametri vitali;
- Se intervento infermieristico, comunicare al medico la caduta del paziente e procedere alla immediata valutazione clinica;
- riportare in documentazione le circostanze della caduta relativamente al luogo, all'orario, alla attività svolta;
- informare i familiari della caduta, se il paziente autorizza;
- mantenere elevata l'attenzione per l'appalesarsi delle complicanze tardive nel caso di trauma cranico o frattura;
- segnalare al Direttore di UO, nonché alla DSA o al Risk Manager dell'evento.

**MEMENTO: Il paziente caduto è da ritenere a rischio di ulteriore caduta.**

## **8. Segnalazione dell'evento**

**Gli operatori sanitari** che abbiano assistito all'evento e intervengano per primi devono provvedere alla segnalazione dell'evento al Direttore dell'UO e, mediante compilazione della scheda di segnalazione cadute, alla DSA o al Risk Management.

La segnalazione dell'evento è necessaria al fine dell'analisi del processo, al monitoraggio della applicazione della procedura e, quindi, per la prevenzione del rischio.

Il referente del rischio clinico provvederà a valutare la segnalazione dell'evento nell'ambito del flusso SIMES, nonché all'analisi del caso secondo la metodologia del risk management ed alla archiviazione della documentazione relativa.

## **Biografia**

Appendix A: Summary of evidence from surveillance 2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (2013) NICE guideline CG161

Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 9. Art. No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub4

GRC Toscana, Check list sicurezza ambiente e presidi, [https://www.ao-pisa.toscana.it/index.php?option=com\\_attachments&task=download&id=1603](https://www.ao-pisa.toscana.it/index.php?option=com_attachments&task=download&id=1603)

Jewell VD, Capistran K, Flecky K, Qi Y, Fellman S. Prediction of Falls in Acute Care Using The Morse Fall Risk Scale. Occup Ther Health Care. 2020 Oct;34(4):307-319. doi: 10.1080/07380577.2020.1815928. Epub 2020 Sep 9. PMID: 32907452.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) " Falls. Assessment and prevention of falls in older people" June 2013

Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”</b></p>	<p>Edizione 30.10.2024 Revisione n.0 30.10.2024 Pag. 16 di 26</p>
---	---	---

prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2011 Jan;59(1):148-57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x. PMID: 21226685.

Paracadute. Campagna regionale per la prevenzione delle cadute. Regione Emilia Romagna

PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI, Documento di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro istituito dalla Determina n. G14486 del 24/11/2015 recante “Costituzione di Gruppi di lavoro tematici in materia di Rischio Clinico”

Procedura dalla Prevenzione alla Gestione della Caduta in Ospedale; Procedura Generale Sanitaria 02/11/2016

Falls. PSNet [internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. 2019.

Strini V, Schiavolin R, Prendin A. Fall Risk Assessment Scales: A Systematic Literature Review. Nurs Rep. 2021 Jun 2;11(2):430-443. doi: 10.3390/nursrep11020041. PMID: 34968219; PMCID: PMC8608097.

The Joint Commission, Sentinel Event Alert 55, September 2015



SERVIZIO SANITARIO  
REGIONALE BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**PROCEDURA AZIENDALE**  
**“Prevenzione e gestione della caduta del**  
**paziente nelle strutture sanitarie”**

Edizione 30.10.2024  
Revisione n.0 30.10.2024  
Pag. 17 di 26

**ALLEGATO 1 - Principali Scale di screening**

Scala	Punteggio	Campione	Tempo di somministrazione	Come valuta
Tinetti Performance-Oriented Mobility Assessment, USA	0–28 <18–19 paziente a rischio di caduta	Setting ospedaliero (Malattia di Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica, Huntington e anziani residenti in comunità)	5 a 10 min	Performance
Morse Fall Scale, Canada	0–125 0–20 nessuno o basso; $\geq 25$ medio; $\geq 45$ , 50–55 alto rischio	Setting ospedaliero (pazienti acuti, riabilitazione and strutture a setting infermieristico).	2 min	Questionario
Timed Up and Go (TUG) test, Canada	Rischio caduta $>13.5$	Setting ospedaliero e screening della popolazione (pazienti acuti o residenti in comunità, in caso di diverse patologie: Parkinson o disabilità mentali).	1 to 3 min	Performance
Berg Balance Scale (BBS), Canada	0–56 Rischio caduta $<45$	Setting ospedaliero e screening della popolazione (anziani in comunità o affetti da patologie croniche o con disabilità visive e cognitive patologie, neuromuscolari)	20 to 30 min.	Performance
Downton Fall Risk Index, England	0–11. Rischio caduta $\geq 3$	Setting ospedaliero (riabilitazione post-ictale)	N/a.	Questionario
Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC Scale), Canada	0–100% <50 basso; 50–80 medio; $>80$ alto livello di funzionalità	Screening della popolazione (anziani che vivono a casa, Malattia di Parkinson, post-ictus, amputazioni di arti inferiori e disordini vestibolari)	20 min	Questionario
Dynamic Gait Index (DGI), USA	0–24 Rischio caduta $<19$	Setting ospedaliero e screening della popolazione (anziani, affetti da disfunzioni vestibolari, sclerosi multipla and post-ictus)	15 min	Performance
St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY), England	0–5 Rischio caduta $\geq 2$ (validata in Italiano nel 2014)	Setting ospedaliero (ICU, dipartimenti geriatria e riabilitazione)	3 min	Questionario



SERVIZIO SANITARIO  
REGIONALE BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## PROCEDURA AZIENDALE “Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”

Edizione 30.10.2024  
Revisione n.0 30.10.2024  
Pag. 18 di 26

Conley Scale, USA	Score 0–10 0–2 nessuno; $\geq 2$ a rischio; $\geq 8$ alto rischio (validata in Italiano nel 2002)	Setting ospedaliero (dipartimenti medici e chirurgici)	2 min	Questionario
Minimal Chair Height Standing Ability Test (MCHSAT), Australia	Performance > 47 cm = rischio molto alto; performance 34–47 cm = alto rischio; performance < 34 cm basso rischio	Setting ospedaliero e screening della popolazione (patologia cardiaca o ictus)	N/a	Performance
Aachen Falls Prevention Scale, Germany	0–10 Alto rischio di caduta $\leq 5$	Screening della popolazione (contesto domiciliare).	N/a	Questionario + Performance
Falls Risk for Older Persons-Community Setting Screening Tool (FROP Com Screen), Australia	0–45 0–5 basso; 6–20 medio; 21–45 alto rischio	Setting ospedaliero (dipartimenti subacuti)	N/a	Questionario
Five Times Sit to Stand Test (5T-ST), USA	Tempo $\geq 15$ s = rischio caduta	Setting ospedaliero e screening della popolazione (Malattia di Parkinson, ictus, artrite degli arti inferiori)	N/a	Performance.
Falls Efficacy Scale—International (FES-I), England	16–64	Screening della popolazione (anziani a domicilio)	N/a	Questionario
Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT), USA	0–35 0–6 basso; 7–13 medio; 14–35 alto rischio	Setting ospedaliero e screening della popolazione (ICU, dipartimenti medici)	5 min	Questionario
Fullerton Advanced Balance (FAB) Scale, USA	0–40	Screening della popolazione (adulti funzionalmente indipendenti)	10 to 12 min	Performance.
Hendrich II Fall Risk Model, USA	0–16 Rischio caduta $\geq 5$ (validata in Italiano nel 2011)	Setting ospedaliero (adulti in ospedali per acuti)	10 min	Questionario + Performance
Medication fall risk score, USA	Rischio caduta $\geq 6$	Setting ospedaliero (politerapie)	N/a	Questionario



SERVIZIO SANITARIO  
REGIONALE BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

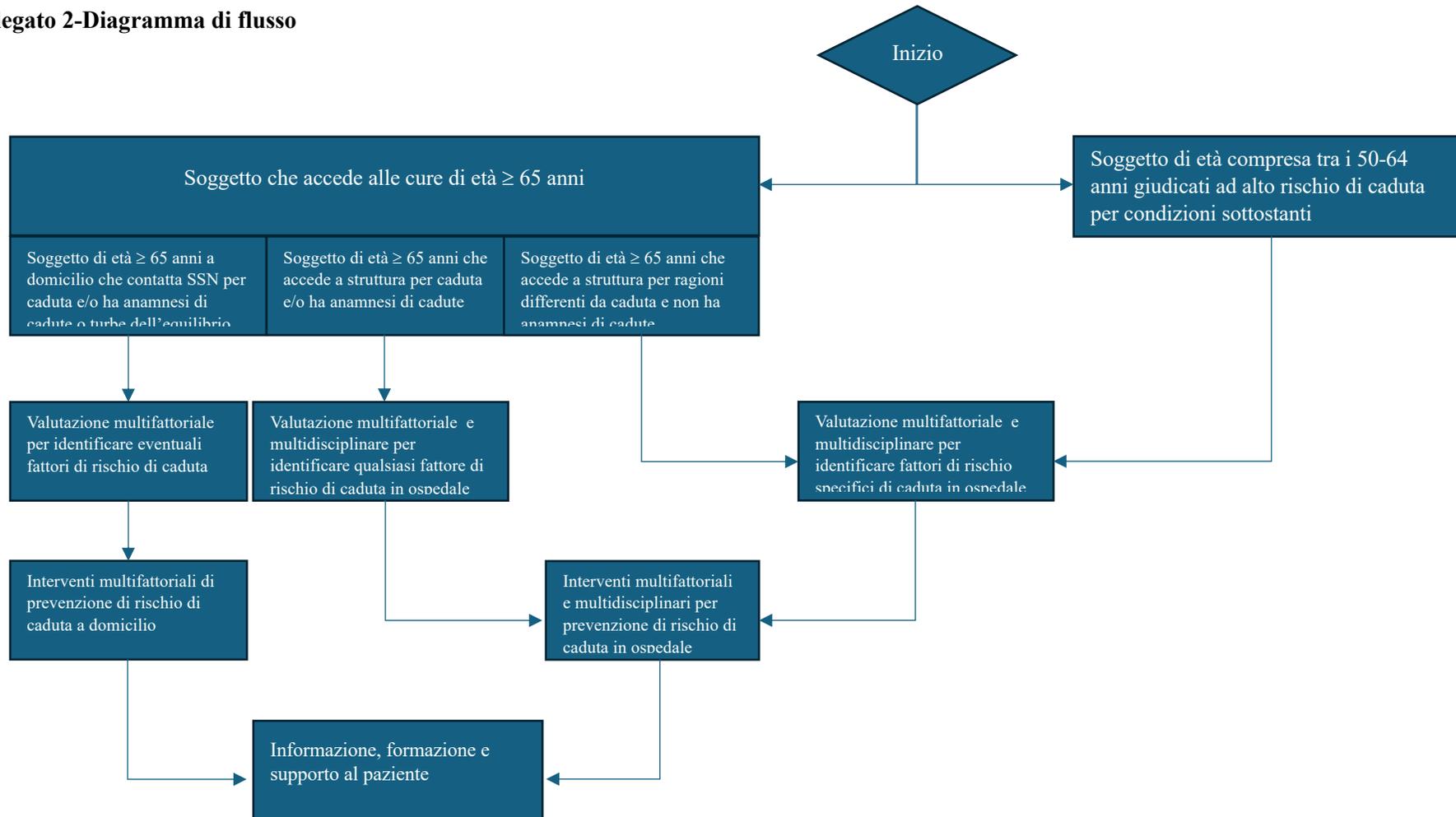
**PROCEDURA AZIENDALE**  
**“Prevenzione e gestione della caduta del  
paziente nelle strutture sanitarie”**

Edizione 30.10.2024  
Revisione n.0 30.10.2024  
Pag. 19 di 26

Mini Balance Evaluation Systems Test (Mini-BESTest), Italy	0–28 (validata in Italiano nel 2009)	Setting ospedaliero (Malattia di Parkinson)	10 a 20 min	Performance
Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries (STeADI), USA	“No” a tutte le domande = basso rischio; almeno una risposta affermativa alle domande e superamento dei test = rischio medio; mancato superamento dei test o segnalazioni di numerose cadute o frattura dell'anca = rischio alto.	Setting ospedaliero e screening della popolazione (routine)	N/a	Questionario + Performance



**Allegato 2-Diagramma di flusso**



	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Prevenzione e gestione della caduta del  paziente nelle strutture sanitarie”</b>	Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 21 di 26
---	--	--

**Allegato 3-Scheda di segnalazione della caduta in ospedale**

**Unità Operativa:**

**Cartella clinica n.**

**Cognome e nome del paziente:**

**Data di nascita:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ **Età del paziente:** \_\_\_\_

**Diagnosi di ammissione:**

---

**Sezione di pertinenza di professionisti sanitari non medici**

Data e ora di accadimento dell’evento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ H. \_\_\_\_

Chi ha rilevato l’evento: Medico Strutturato ; Guardia Interdivisionale ; Infermiere ; OTA/Ausiliario;  
altri pazienti; familiari ; il paziente era da solo ; altro \_\_\_\_\_

Data di segnalazione dell’evento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Chi ha segnalato l’evento: Medico Strutturato ; Guardia Interdivisionale ; Infermiere professionale

Scheda di rilevazione del rischio di caduta: presente ; assente .

È stato rivalutato? SI ; NO  Se NO, perché

---

Se in una delle rilevazioni è stato identificato a rischio di caduta, 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

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

Luogo caduta: stanza ; servizi igienici (nella stanza di degenza) ; servizi igienici (non nella stanza di degenza) ; scale ; corridoio ; ambulatorio ; spazi esterni ; altro \_\_\_\_\_

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: inciampato ; scivolato ; perdita di forza/cedimento ; inciampato ; perdita di equilibrio ; perdita di coscienza ; capogiro/svenimento ; non rilevabile ; camminava: verso il bagno  – in stanza  – in corridoio ; stava effettuando l’igiene personale/vestizione ; stava raggiungendo un oggetto ; stava raggiungendo il campanello di chiamata ; stava dormendo e/o cambiando posizione a letto ; altro \_\_\_\_\_

Tipo di calzatura: aperta ; chiusa ; calzini/scalzo

L’evento è stato registrato in cartella? SI ; NO

Firma Infermiere/tecnico/fisioterapista

\_\_\_\_\_

### Sezione di pertinenza 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 ; Visita specialistica ; Intervento chirurgico ; Esami di laboratorio ; Esami radiologici: RX (specificare distretto \_\_\_\_\_) ; TAC (specificare distretto \_\_\_\_\_) ; RMN (specificare distretto \_\_\_\_\_) ; Altro (specificare \_\_\_\_\_) ; Ricovero terapia intensiva ; Trasferimento in altra U.O. (specificare \_\_\_\_\_) ; altro \_\_\_\_\_



SERVIZIO SANITARIO  
REGIONALE BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**PROCEDURA AZIENDALE**  
**“Prevenzione e gestione della caduta del  
paziente nelle strutture sanitarie”**

Edizione 13.11.2024  
Revisione n.0 13.11.2024  
Pag. 23 di 26

Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine: nessuno ; sutura ; steristrips ; medicazione ; altro

\_\_\_\_\_

Attuale terapia farmacologica: sedativi del SNC ; antistaminici per uso sistemico ; diuretici ; antiaritmici

; ipotensivanti ; vasodilatatori ; altro \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

ALLEGARE SCHEDE DI VALUTAZIONE CADUTE

ALLEGARE SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHI AMBIENTALI UO

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b></p> <p><b>“Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”</b></p>	<p>Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 24 di 26</p>
---	--	---

**Allegato 4 - Esempio di utilizzo di due scale in associazione: Sezione superiore: MORSE; Sezione inferiore: MEDICATION FALL RISK SCORE**

**Morse Fall Scale**

Item valutati	Ingresso	48-72h post-int. chir. /o dopo 5gg dall'ingresso	Variazioni o condizioni/o dopo la caduta
<b>1. Anamnesi di cadute</b>			
Se il paziente è caduto nei tre mesi precedenti all'ammissione o cade per la prima volta durante il ricovero in corso	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>
<b>2. Presenza di patologie a rischio</b>			
Se il paziente è affetto da almeno una delle patologie a rischio (es: cerebrovascolari, cardiache, neurologiche, muscolo-scheletriche diabete, neoplasie, ecc.)	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>
<b>3. Mobilità</b>			
Se il paziente usava o usa le stampelle, il bastone o il deambulatore da solo	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>
Se il paziente cammina senza ausili, aggrappandosi agli arredi	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>4. Terapia Endovenosa</b>			
Se il paziente deambula con un sistema di terapia endovenosa o infusiva continua	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>5. Andatura</b>			
Se è debole, cioè se il paziente ha una postura curva pur mantenendo l'equilibrio	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
Se è pericolosa, cioè se il paziente ha scarso equilibrio, una marcia instabile, un passo strisciante, cammina a gambe larghe	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>6. Stato mentale</b>			
Se il paziente appare disorientato	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>
<b>TOTALE</b>			

<b>Livello di rischio</b>		
B = Basso	M = Medio	A = Alto
0 - 24	25 - 50	> 51

**Medication Fall Risk Score**

Livello di Rischio	Classe di Farmaci	Commenti
3 (Alto)	Analgesici, * antipsicotici, anticonvulsivanti, benzodiazepine <sup>†</sup>	Sedazione, vertigini, disturbi posturali, alterazione dell'andatura e dell'equilibrio, compromissione cognitiva
2 (Medio)	Antipertensivi, farmaci cardiaci, antiaritmici, antidepressivi	Ortostasi indotta, perfusione cerebrale compromessa, cattivo stato di salute
1 (Basso)	Diuretici	Aumento della deambulazione, ortostasi indotta
Punteggio ≥ 6		Rischio più elevato di caduta; valutare il paziente

\* Include oppioidi.

<sup>†</sup> Sebbene non incluse nel Sistema originale AHRQ raccomanda di includere sedativi-ipnotici non benzodiazepinici (e.g., zolpidem)

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b></p> <p><b>“Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”</b></p>	<p>Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 25 di 26</p>
---	--	---

Sommare il valore in punti (livello di rischio) per ogni farmaco che il paziente sta assumendo. Se il paziente sta assumendo più di un farmaco in una particolare categoria di rischio, il punteggio dovrebbe essere calcolato da (punteggio del livello di rischio) x (numero di farmaci in quella categoria di livello di rischio). Per un paziente a rischio, si dovrebbero utilizzare “Evaluation Tools” per determinare se la dose dei farmaci può essere ridotta, sospesa o sostituita con un'alternativa più sicura.

**Medication Fall Risk Evaluation Tools**

Utilizzare gli strumenti sottostanti quando si valutano pazienti a cui è stato riscontrato un rischio elevato di cadute correlato ai farmaci. La sezione commenti fornisce informazioni su come valutare gli indicatori.

Indicatori	Commenti
Farmaci	aggiustamento della dose in base alla funzionalità renale o allo stato della malattia, uso eccessivo di farmaci, accesso EV
Laboratorio	Livelli terapeutici dei farmaci (digossina, fenitoina), rapporto internazionale normalizzato, elettroliti, emoglobina/ematocrito
Stati patologici	Comorbidità, ipertensione, insufficienza cardiaca congestizia, diabete, chirurgia ortopedica, caduta precedente, demenza
Formazione	Capacità/volontà di apprendere del paziente, stato mentale del paziente



## Allegato 5- Check list sicurezza ambiente

### Unità Operativa

	Si	No	
Sezione 1	PAVIMENTI:	<input type="checkbox"/> Scivolosi	
		<input type="checkbox"/> Dislivelli o buchi	
		<input type="checkbox"/> Assenza cartello di pericolo durante il lavaggio	
	CORRIDOI:	<input type="checkbox"/> Assenza corrimano	
		<input type="checkbox"/> Illuminazione diurna non idonea	
		<input type="checkbox"/> Illuminazione notturna non idonea	
	SCALE:	<input type="checkbox"/> Presenza di materiali o di mobili ingombranti	
		<input type="checkbox"/> Assenza corrimano	
		<input type="checkbox"/> Gradini scivolosi	
	Sezione 2	SEDIE:	<input type="checkbox"/> Assenza braccioli
<input type="checkbox"/> Instabile			
<input type="checkbox"/> Seduta di dimensioni non idonee			
<input type="checkbox"/> Altezza seduta fuori standard			
SEDIE A ROTELLE:		<input type="checkbox"/> Freni inefficienti	
		<input type="checkbox"/> Ruote inefficienti	
		<input type="checkbox"/> Braccioli fissi	
		<input type="checkbox"/> Poggiatesta non funzionanti	
Sezione 3		CAMERE:	<input type="checkbox"/> Dimensione minima non rispettata
			<input type="checkbox"/> Interruttori inaccessibili
	<input type="checkbox"/> Illuminazione diurna non idonea		
	<input type="checkbox"/> Mancanza di veneziane / tende		
	<input type="checkbox"/> Apertura porta verso l'interno		
	<input type="checkbox"/> Interruttori invisibili al buio		
	<input type="checkbox"/> Assenza luci personali sulla testata letto		
	<input type="checkbox"/> Illuminazione notturna non idonea		
	<input type="checkbox"/> Assenza comoda		
	<input type="checkbox"/> Mancanza luci notturne percorso camera/bagno		
	LETTI:	<input type="checkbox"/> Non adattabili in altezza	
		<input type="checkbox"/> Spondine non rimovibili	
		<input type="checkbox"/> Spondine non completamente abbassabili	
		<input type="checkbox"/> Spondine non adattabili in altezza	
		<input type="checkbox"/> Ruote inefficienti	
	GRADINO RIMOVIBILE:	<input type="checkbox"/> Freni inefficienti	
		<input type="checkbox"/> Campanelli chiamata non raggiungibili	
		<input type="checkbox"/> Luce tra sbarre/sponde > 10 cm	
		<input type="checkbox"/> Superficie scivolosa	
	ASTE PER FLEBO:	<input type="checkbox"/> Instabile	
<input type="checkbox"/> Pedata insufficiente			
<input type="checkbox"/> Piedini scivolosi			
<input type="checkbox"/> Non integrate nel letto			
COMODINO:	<input type="checkbox"/> Non regolabili in altezza		
	<input type="checkbox"/> Ruote inefficienti		
	<input type="checkbox"/> Freni inefficienti		
	<input type="checkbox"/> Piano di appoggio non girevole		
BAGNI:	<input type="checkbox"/> Dimensione minima non rispettata		
	<input type="checkbox"/> Interruttori non accessibili		
	<input type="checkbox"/> Illuminazione diurna non idonea		
	<input type="checkbox"/> Maniglie doccia/vasca assenti		
	<input type="checkbox"/> Assenza tappetini antiscivolo		
	<input type="checkbox"/> Interruttori invisibili al buio		
	<input type="checkbox"/> Apertura porta insufficiente		
	<input type="checkbox"/> Campanelli chiamata irraggiungibili dalla doccia/vasca		
	<input type="checkbox"/> Pavimento scivoloso		
	<input type="checkbox"/> Assenza doccia		
	<input type="checkbox"/> Assenza vasca		
<input type="checkbox"/> Esterno camera			
<input type="checkbox"/> Inaccessibile con carrozzina			
<input type="checkbox"/> Illuminazione notturna non idonea			
<input type="checkbox"/> Assenza illuminazione antibagno			