

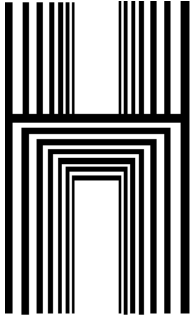
Azienda Ospedaliera  
di Bologna  
Policlinico  
S. Orsola Malpighi



## **SUGGERIMENTI DI PRATICA CLINICA PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE**



**Bologna, dicembre 2004**



## SUGGERIMENTI DI PRATICA CLINICA PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE

*Versione 1° - 1° Dicembre 2004*

Realizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi

➤ Direzione del Servizio Infermieristico e tecnico- *Direttore P. Taddia*

**Redazione:** *P. Chiari* – Centro studi EBN

**Stampa:** Centro stampa Azienda Ospedaliera di Bologna

***I suggerimenti possono essere consultati in:***

- Web: [http://www.med.unibo.it/reparti\\_servizi/servinfer/homepage.html](http://www.med.unibo.it/reparti_servizi/servinfer/homepage.html)  
<http://www.evidencebasednursing.it> - Progetti SIT – “Sorveglianza cadute dei pazienti in ospedale”

***I suggerimenti possono essere richiesti a:***

Direzione servizio infermieristico e tecnico  
Azienda Ospedaliera di Bologna  
Policlinico S.Orsola-Malpighi  
Via Massarenti, 9  
40138 Bologna - Italia

TEL. 051/6363457

FAX 051/6363025

E-mail: [servinf@aosp.bo.it](mailto:servinf@aosp.bo.it)

Web: [http://www.med.unibo.it/reparti\\_servizi/servinfer/homepage.html](http://www.med.unibo.it/reparti_servizi/servinfer/homepage.html)

## SOMMARIO

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>4</b>
SCOPO.....	4
TEAM.....	4
METODO.....	4
GRADO DELLE EVIDENZE.....	5
<b>ALGORITMO.....</b>	<b>6</b>
<b>LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI.....</b>	<b>7</b>
PAZIENTI A RISCHIO DI CADUTA.....	7
ACCERTAMENTO DEL RISCHIO.....	7
INTERVENTI MULTIFATTORIALI.....	8
FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	8
INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA ALLA PERSONA ED ALLA SUA FAMIGLIA.....	9
INTERVENTI INFERMIERISTICI.....	10
<i>Prevenzione delle cadute</i> .....	10
<i>Mobilizzazione e deambulazione</i> .....	10
<i>Gestione della eliminazione urinaria e fecale</i> .....	11
STRATEGIE AMBIENTALI.....	11
<i>Gestione dell'ambiente: sicurezza</i> .....	11
GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO IN OSPEDALE.....	11
<i>Documentazione delle cadute</i> .....	12
<i>Revisione del piano di cura</i> .....	12
MIGLIORAMENTO DELLE POLITICHE RIVOLTE ALLA PREVENZIONE DELLE CADUTE.....	13
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>14</b>
<b>APPENDICE I.....</b>	<b>15</b>
<i>SCALA CONLEY di valutazione del rischio di caduta del paziente</i> .....	16
<b>APPENDICE II.....</b>	<b>17</b>
<i>SCHEDA DI DESCRIZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE</i> .....	18

## INTRODUZIONE

### SCOPO

Questo documento si propone di fornire agli operatori sanitari che operano al S.Orsola-Malpighi le più aggiornate raccomandazioni multiprofessionali e multidisciplinari, basate sulle evidenze scientifiche e sul consenso del team di progetto, per ridurre il numero delle cadute tra le persone ricoverate in ospedale. Questo protocollo include informazioni riguardo i fattori di rischio, gli strumenti di valutazione, gli interventi, e la valutazione degli esiti che si riferiscono al paziente nei reparti di degenza.

Il documento, impostato come una linea guida, non ha ricevuto dagli autori questa denominazione, ma è stato classificato come “Suggerimenti di pratica clinica” in quanto la forza delle raccomandazioni è modesta e prevalentemente basata sul consenso di esperti piuttosto che su prove scientifiche.

### TEAM

- Opd Paolo Chiari - Direzione servizio infermieristico (Coordinatore)
- Opd Anna Bandini - Dip. Medicina interna e dell'invecchiamento
- Infermiera Paola Cugini - Infezioni ospedaliere
- Dott. Roberto D'Alessandro - Neurologia
- Infermiera Francesca D'Ercole - Geriatria Bertoncelli
- Infermiera Sabrina Fontana – Centro Studi EBN
- Fisioterapista Graziani Patrizia - Medicina Fisica e della Riabilitazione
- Dott. Roberto Iovine - Medicina Fisica e della Riabilitazione;

- Infermiera Daniela Mosci – Centro Studi EBN
- Capo Sala Ebe Panzetti - Medicina Interna Gullo
- Fisioterapista Peverati Patrizia - Medicina Fisica e della Riabilitazione
- Infermiera Barbara Ruffini – Centro Studi EBN
- Dott. Afro Salsi - Geriatria
- Dott. Nazzareno Manoni - Direzione Medica Ospedaliera
- Dott. Alberto Zanotti - Ufficio Prevenzione e Protezione
- Dott. Marco Zoli - Medicina Interna

### METODO

I suggerimenti sono stati elaborati seguendo un metodo che prevedeva in prima istanza l'identificazione dei temi da sviluppare sulla base dell'incidenza del fenomeno all'interno delle unità operative dell'ospedale. Il team si è soffermato sulle principali aree d'intervento, utilizzando la forza di raccomandazioni ricavate da linee guida già pubblicate. Nella descrizione di ogni raccomandazione il gruppo non ha espresso proprie valutazioni, ma ha ritenuto di fare riferimento al livello delle raccomandazioni da cui derivano. Inoltre, volendo costituire un documento “leggero e agile nella consultazione” non sono state riportate le discussioni su ogni raccomandazione, ma si rimanda gli interessati alla consultazione delle linee guida originali disponibili presso il Centro Studi EBN del Policlinico.

## GRADO DELLE EVIDENZE

Per una corretta interpretazione delle raccomandazioni che vengono fornite si faccia riferimento alla seguente tabella della *Registered Nurses Association of Ontario*.

Interpretazione dei livelli delle evidenze  
(*RNAO, 2002*)

**LIVELLO Ia:** Evidenza ottenuta da meta-analisi di randomized controlled trials, più il consenso.

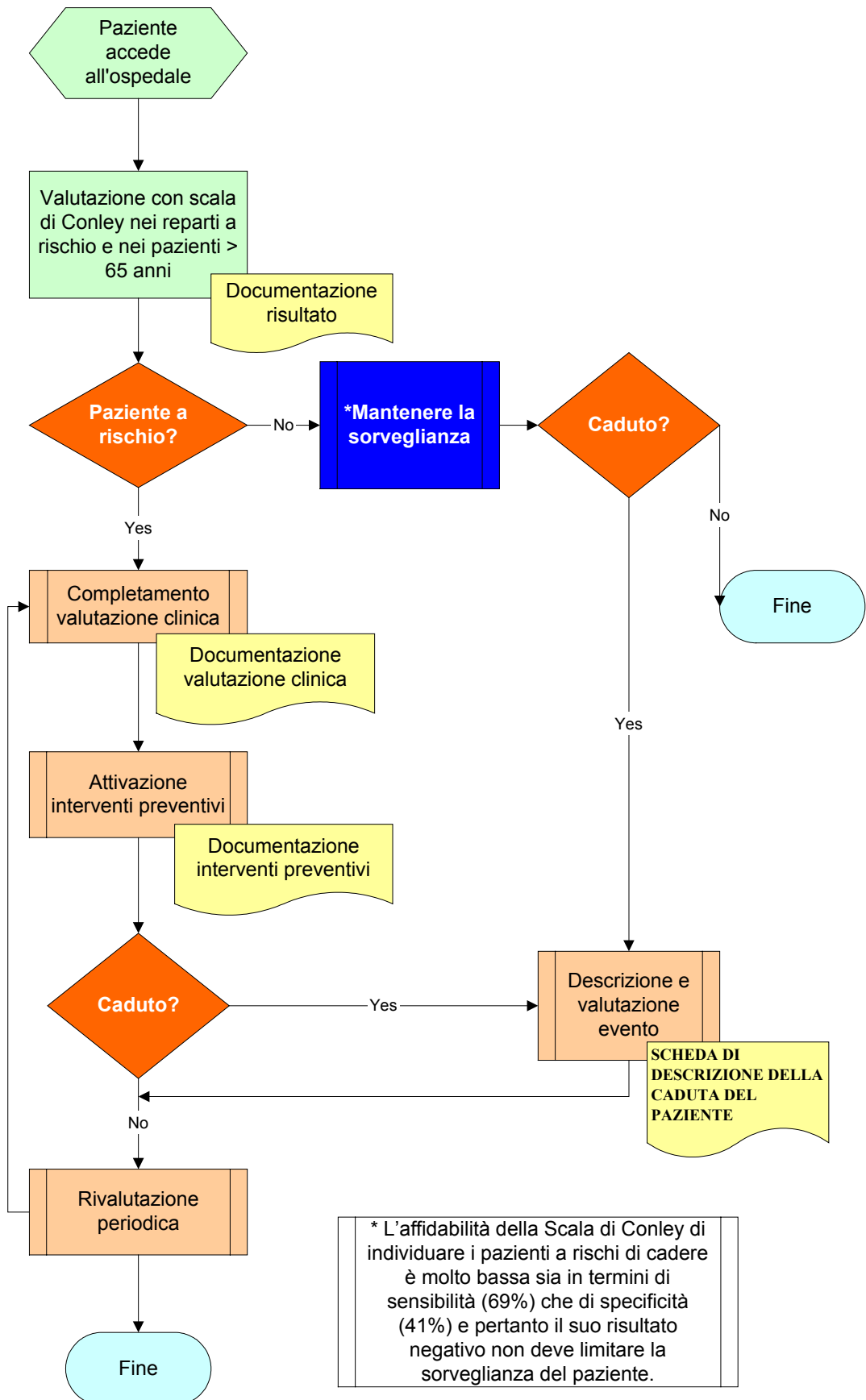
**LIVELLO Ib:** Evidenza ottenuta da almeno un randomized controlled trial, più il consenso.

**LIVELLO II:** Evidenza ottenuta da almeno uno studio ben disegnato controllato senza randomizzazione o evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale ben disegnato, più il consenso

**LIVELLO III:** Evidenza ottenuta da studi descrittivi ben disegnati descrittivi non sperimentali, studi correlati e studi di casi, più il consenso

**LIVELLO IV:** Evidenza ottenuta da un report di un committente esperto o dall'opinione e/o dall'esperienza clinica d'autorità rispettate, più il consenso.

### ALGORITMO



\* L'affidabilità della Scala di Conley di individuare i pazienti a rischi di cadere è molto bassa sia in termini di sensibilità (69%) che di specificità (41%) e pertanto il suo risultato negativo non deve limitare la sorveglianza del paziente.

## LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI

### PAZIENTI A RISCHIO DI CADUTA

Attraverso la revisione delle cadute, sono stati identificati molti fattori che pongono il paziente a rischio di caduta. Questi fattori sono stati divisi in due categorie di seguito descritte.

Il livello di rischio è definito attraverso la misurazione con la scala di Conley e il completamento della valutazione clinica rispetto ai fattori di rischio. Questa valutazione è alla base degli interventi individuali ed ambientali per prevenire le cadute ed i danni da caduta (III).

#### TIPO DI CADUTA

Cadute prevedibili: cadute che accadono in pazienti che sono ad alto rischio di caduta.

Cadute non prevedibili: cadute che non possono essere previste a priori prima della loro comparsa.

Cadute accidentali: La caduta può essere attribuita a fattori ambientali o a fatalità.

### ACCERTAMENTO DEL RISCHIO

Lo screening del rischio è un metodo efficace per identificare le persone a rischio di caduta. Questa valutazione dovrebbe essere effettuata su tutte le persone ammesse in ambienti di cura per acuti di carattere generale, medico, chirurgico, riabilitativo, entro 24-48 ore e qualora le condizioni del paziente si modificano.

### DEFINIZIONE DELLE CADUTE

Definiamo 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.

La valutazione del rischio deve essere effettuata mediante uno strumento standardizzato, quale la scala di Conley (in APPENDICE I) e mediante la valutazione clinica del professionista, che è un elemento irrinunciabile nella definizione del rischio di caduta, in quanto nessuno strumento di valutazione del rischio, da solo, è in grado di identificare tutte le persone a rischio o tutti i fattori di rischio.

È necessaria una valutazione specialistica per avere informazioni cliniche dettagliate relative a specifici fattori di rischio, come base per l'identificazione degli interventi necessari (vedi tabella FATTORI ASSOCIATI ALLE CADUTE).

FATTORI ASSOCIATI ALLE CADUTE	
FATTORI INTRINSECI	FATTORI ESTRINSECI
Precedenti cadute	Farmaci
Deficit della vista	Contenzione
Ictus	Fattori ambientali:
Atrite	•

Ipotensione ortostatica	• • • • •
Patologie acute	
Instabilità della marcia	
Deficit cognitivo	
Incontinenza	

Una volta completata la valutazione, se si evidenzia il rischio di caduta è possibile attivare la specifica diagnosi infermieristica (prevista nella cartella infermieristica aziendale) per pianificare l'assistenza alla persona con questo problema.

Diagnosi Infermieristiche	Obiettivi	Interventi
Potenziale rischio di:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> uso di dispositivi di contenzione autorizzati.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sorveglianza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> i dispositivi .....	<input type="checkbox"/> monitorare segni e sintomi specifici di
	<input type="checkbox"/>	.....
		<input type="checkbox"/> .....

## INTERVENTI MULTIFATTORIALI

E' fortemente raccomandata la realizzazione di programmi per la prevenzione delle cadute che comprendano più interventi, in quanto i fattori di rischio associati ad esse sono multifattoriali (**Ib**).

Fornire la necessaria gestione clinica delle patologie preesistenti che possono contribuire al rischio di caduta della persona come:

- patologie neuromuscolari;
- infezioni del tratto urinario;
- ipossia;
- disidratazione;
- bisogni nutrizionali;
- iperammoniemia;
- ipotensione ortostatica.

Nell'approccio al paziente a rischio di caduta, trattare con priorità l'ipotensione ortostatica, razionalizzare la terapia, quando possibile e realizzare interventi che migliorino l'equilibrio, la capacità di eseguire i passaggi posturali e che migliorino la marcia.

## Mobilizzazione del paziente con ipotensione ortostatica

Quando si aiuta il paziente ad alzarsi dalla posizione seduta o clinostatica osservare i seguenti accorgimenti:

- ☛ Fare alzare il paziente lentamente;
- ☛ Quando seduto, invitare il paziente a flettere alternativamente i piedi, prima di camminare;
- ☛ Invitare il paziente a spostare il proprio peso da un piede all'altro, dondolando, prima di rimanere fermo in piedi o prima di camminare;
- ☛ Far sedere immediatamente il paziente, alla comparsa di vertigini;
- ☛ Dopo i pasti, se insorge ipotensione postprandiale, invitare il paziente a riposare prima di deambulare.

## FORMAZIONE DEL PERSONALE

Devono essere compiuti degli interventi educativi rivolti al personale di assistenza, che deve essere addestrato riguardo i fattori di rischio, la loro valutazione, le strategie e gli interventi preventivi.



- Accrescere il livello d'abilità dello staff nell'accertamento. (IV)
- Sviluppare la consapevolezza dello staff rispetto ai fattori di rischio di caduta e alle strategie preventive. (IV)

I professionisti hanno bisogno della formazione e del supporto delle raccomandazioni fornite dalle schede informative per il miglioramento dell'assistenza (EVIDENCE-BASED NURSING E PRATICA CLINICA N. 6/2003), al fine di assicurarne il rispetto. Sviluppare risorse di sostegno per le linee guida (IV).

Il core dei contenuti formativi da includere in un programma di prevenzione delle cadute è:

- valutazione della capacità di mobilitazione;
- valutazione della marcia e dell'equilibrio;
- alternative all'uso della contenzione;
- legislazione corrente sulla contenzione;
- uso appropriato degli ausili alla mobilitazione;
- valutazione post-caduta e follow-up assistenziale;
- gli effetti psicologici delle cadute, della paura di cadere, e l'impatto sulla loro sicurezza nell'esecuzione delle attività quotidiane. (IV).

### **INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA ALLA PERSONA ED ALLA SUA FAMIGLIA**

All'ingresso, mostrare al paziente nuovo entrato: la stanza di degenza, il bagno e il reparto. Mostrare come si suona il campanello.

Quando il rischio di caduta è alto, informarne la persona e la sua famiglia.

Gli interventi educativi dovrebbero comprendere:

- i fattori di rischio presenti;
- le possibili strategie preventive; quando il paziente è ad alto rischio di caduta, spiegargli l'importanza di informare l'infermiere ogni

volta che si reca in bagno o si allontana dal reparto;

- l'effettuazione dei passaggi posturali in sicurezza; i passaggi posturali, nel paziente ad alto rischio di caduta devono essere eseguiti lentamente;
- in presenza di ipotensione ortostatica istruire il paziente ad attuare manovre finalizzate alla sua prevenzione: alzarsi da seduti lentamente; dondolare prima di stare in piedi o prima di camminare; alzare ed abbassare ritmicamente le caviglie da seduti prima di camminare; sedere immediatamente alla comparsa di vertigini; riposare dopo i pasti se insorge ipotensione postprandiale.

#### **Interventi informativi**

All'ingresso:

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

#### **Interventi educativi**

L'educazione sanitaria deve riguardare:

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

- Nel caso in cui la persona sia già caduta in passato esplorare gli effetti psicologici delle cadute, della paura di cadere, e l'impatto sulla sicurezza nell'eseguire le attività quotidiane. (IV).

## INTERVENTI INFERMIERISTICI

Collaborare con la persona e la sua famiglia rispettando le scelte individuali. (IV).

Le strategie per prevenire le cadute dipenderanno dalla valutazione del rischio di cadere del paziente e dal livello del rischio appurato.

Fornire approcci non farmacologici per le persone con bisogni cognitivi, emozionali/comportamentali menomati (IV):

- intraprendere strategie interdisciplinari per

### Interventi infermieristici

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

assistere le persone con depressione, agitazione o aggressività;

- comunicare in modo rilassato e calmo;
- fornire istruzioni semplici, evitando motivazioni dettagliate e spiegazioni;
- favorire la presenza da parte dei familiari ;
- fornire strategie non farmacologiche per favorire il sonno.

Le strategie organizzative che possono essere usate per i pazienti a rischio includono le seguenti azioni:

### Prevenzione delle cadute

- Istituire speciali precauzioni per i pazienti a rischio di caduta.
- Ridurre la distanza tra il letto o la sedia usati dal paziente ed il bagno;
- assicurare l'accesso al campanello al paziente, che esso funzioni, e che vi sia pronta risposta alla chiamata;
- in situazione di emergenza e solo per periodi di tempo limitati, considerare la possibilità di collocare il materasso per terra se il paziente è particolarmente confuso.

### Mobilizzazione e deambulazione

- Prima della deambulazione controllare che il paziente indossi abiti e scarpe della giusta misura; le ciabatte devono essere evitate; le scarpe non devono avere la suola scivolosa; se il paziente è portatore di pannolone, controllare che sia ben posizionato (in modo tale che non scenda durante la marcia);
- Utilizzare i presidi individuali raccomandati, ben progettati e sicuri (come gli ausili per la mobilizzazione) per ridurre i potenziali rischi ambientali. Ad esempio le sedie a rotelle, i deambulatori, i bastoni

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

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

devono essere in buono stato ed adatti ai bisogni della persona. (IV);

- in collaborazione con il fisioterapista, fornire l'addestramento per gli ausili necessari e monitorarne il reale uso;
- non utilizzare carrozzine con predella fissa e/o senza freni;
- se il paziente è in carrozzina utilizzare apposite cinture di sicurezza e/o cuscini antidecubito che impediscano lo scivolamento;
- mantenere in modo appropriato le sedie a rotelle, i deambulatori ed i bastoni (ad esempio assicurare che i freni della sedia a rotelle funzionino bene; posizionare punta di gomma o punteruolo nei bastoni a seconda di cosa è richiesto)
- sviluppare un piano posturale per il paziente, che comprenda anche la posizione seduta;
- qualora il paziente effettui terapia infusione ed ove non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24, programmare la somministrazione lasciando libero il periodo di riposo notturno.

### Gestione della eliminazione urinaria e fecale

- verificare periodicamente l'eventuale bisogno di recarsi in bagno;
- controllare i pazienti in terapia con diuretici e lassativi;
- invitare il paziente ad urinare subito prima del riposo notturno;

#### Strategie ambientali

- ☛ Assicurare l'ordine, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire inciampo per i pazienti;
- ☛ garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte, vicino al letto ed al bagno.

### STRATEGIE AMBIENTALI

Realizzare interventi ambientali e modifiche delle attrezzature, che siano economici, ma di alta resa, come l'aggiustamento dell'illuminazione, la disponibilità di ausili per la mobilitazione appropriati, accesso ai campanelli di allarme sia al letto che alla sedia, letti ad altezza variabile e sedie di buona qualità (IV).

- Rimuovere il mobilio basso (poggiapiedi, tavolini) che possono costituire inciampo alle persone accanto al paziente ad alto rischio;
- evitare disordine o cumuli di cose sul pavimento, soprattutto accanto al letto del paziente;
- garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte, vicino al letto ed al bagno;
- assicurare l'ordine, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire inciampo per i pazienti;
- rendere stabili i letti ed il mobilio o allontanare il mobilio non fermo dal paziente a rischio.

### Gestione dell'ambiente: sicurezza

- Identificare le caratteristiche ambientali che possono aumentare i potenziali rischi di caduta (liquidi sui pavimenti, o pavimenti umidi);
- identificare i bisogni di sicurezza richiesti dal paziente, basati sul livello di funzione fisica e cognitiva e la storia passata del comportamento. Ad esempio porre le sponde al letto al paziente che le richieda, facendo firmare un consenso informato.

### GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO IN OSPEDALE

Implementare un "protocollo post caduta" per tutti gli individui che cadono, includendovi gli appropriati passi di valutazione, il trattamento

immediato, la gestione medica, il monitoraggio, la valutazione dell'efficacia delle strategie di prevenzione ed educazione (IV).

Gli infermieri possono:

- valutare se la persona ha riportato lesioni, prima di mobilizzarla, specialmente in caso di trauma cranico, o traumi determinanti fratture;
- registrare i parametri vitali, includendo la pressione arteriosa in

### 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;
- ☛ documentare le circostanze della caduta relativamente al luogo, all'orario, alla attività svolta;
- ☛ comunicare al medico la caduta del paziente al fine di consentire una rapida valutazione clinica;
- ☛ informare la famiglia della caduta;
- ☛ osservare la persona per le complicanze tardive nel caso di trauma cranico o frattura;
- ☛ compilare la scheda di denuncia post-caduta ed inoltrarla alla Direzione Sanitaria, trattenendone copia in cartella;
- ☛ documentare le azioni di follow-up.

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

clinostatismo, in ortostatismo (a meno che il paziente non abbia riportato lesioni tali da non permetterlo).

- discutere con la persona in un momento appropriato la loro percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori possibili che hanno determinato la caduta;
- documentare le circostanze della caduta relativamente al luogo, all'orario, alla attività svolta;
- comunicare al medico la caduta del paziente al fine di consentire una rapida valutazione clinica;
- informare la famiglia della caduta;

- osservare la persona per le complicanze tardive nel caso di trauma cranico o frattura;
- realizzare interventi assistenziali per l'assistenza alle persone che riportano traumi cranici, per coloro che cadono e che sono in terapia anticoagulante, o dove siano sospette delle lesioni;
- informare il medico di cambiamenti comportamentali o dolore inspiegabile alla luce di una recente caduta;
  - compilare la scheda di denuncia post-caduta ed inoltrarla alla Direzione Sanitaria, trattenendone copia in cartella;
  - documentare le azioni di follow-up.

Il paziente caduto è da ritenere a rischio di caduta.

### Documentazione delle cadute

Si introduce una scheda di descrizione delle cadute (in APPENDICE II) che viene inserita nella cartella del paziente e trasmessa alla Direzione Sanitaria come documento di denuncia dell'evento.

Questo strumento deve comunque essere utilizzato dopo che il paziente è caduto. Il suo uso può aiutare lo staff ad individuare le situazioni ed i comportamenti precipitanti, che determinano le cadute o che aumentano notevolmente il rischio.

La scheda consta di due parti a rilevazione medica ed infermieristica.

### Revisione del piano di cura

Controllare e documentare la risposta del paziente agli interventi attuati per ridurre le cadute ed il rischio.

Valutare e modificare il programma di prevenzione delle cadute.

Il piano di cura del paziente deve indicare o presumere le cause di caduta per permettere la revisione dell'efficacia degli interventi eseguiti su una causa specifica.

Il piano di cura deve considerare lo stato delle condizioni che predispongono il paziente alla

caduta, specificando lo sforzo di prevenzione delle stesse e ogni risposta del paziente ai vari interventi.

**MIGLIORAMENTO DELLE  
POLITICHE RIVOLTE ALLA  
PREVENZIONE DELLE  
CADUTE**

Le politiche delle organizzazioni dovrebbero supportare in modo chiaro il ruolo specifico degli infermieri, come membri del team multidisciplinare, nella valutazione, nella mobilitazione delle persone e nell'uso d'ausili alla mobilitazione (IV).

Assicurare politiche organizzative per la presenza del supporto familiare, permettendo l'accesso e la visita 24 ore su 24 (IV).

Identificare un supporto continuo per gli infermieri nella risoluzione di problemi clinici e nella identificazione delle strategie di prevenzione delle cadute (IV).

Fornire l'opportunità di realizzare collaborazioni interdisciplinari sulla prevenzione e sul management clinico delle cadute, attraverso l'accesso a professionisti sanitari con conoscenze specialistiche in geriatria e riabilitazione (IV).

## BIBLIOGRAFIA

- Conley D., Schultz A.A., Selvin R. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. MEDSURG Nursing, Dicembre 1999 Vol. 8/N. 6. 348-354
- Oliver D., Britton M., Seed P., Martin FC., Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. BMJ 1997; 315:1049-1053 (25 October).
- Zanetti E. Gli strumenti di valutazione in geriatria. Ed. Lauri, Milano 1998.
- Systematic review - Preventing Falls and Subsequent Injury in Older People, 1996. NHS Center for Reviews and Dissemination University of York;
- Meta-analysis: Several strategies prevent falls and subsequent injury in older persons, 1996. NHS Center for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health.
- Research-Based Protocol: Prevention of falls, 1997. The University of Iowa, Gerontological Nursing Intervention Research Center;  
[University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Web site.](#)
- Cochrane Review: Intervention for preventing falls in elderly, 1997;
- Guideline: Falls and fall risk, 1998. The American Medical Directors Association;
- Guideline: Falls in Hospitals, 1998. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery - Australia;  
<http://www.joannabriggs.edu.au/>
- Consensus Report: Falls and Falls Injuries in the Acute and Residential Setting, 1999. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery - Australia;
- Directory of Falls and Falls Injury Prevention Programs, 2000. National Ageing Research Institute – Australia;
- Prevention of fall and fall injuries in the older adult, 2002. Registered Nurses Association of Ontario, Canada.

## **APPENDICE I**



## SCALA CONLEY DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE

- Solo per pazienti  $\geq 65$  anni -

Timbro del Reparto

Codice a barre

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ...../...../..... Età ..... Sesso: M F

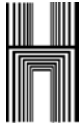
Data di ricovero: ...../...../..... Data della rilevazione: ...../...../..... Ora: .....

Istruzioni: **le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente**; possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. *Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi.*  
**La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.**

	SI	NO
<b>Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)</b>		
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
<b>Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)</b>		
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
C5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	2	0
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0
<b>TOTALE</b>	_____	



## **APPENDICE II**



## SCHEDA DI DESCRIZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

Timbro del Reparto

Codice a barre

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita:...../...../..... (età .....) Sesso: M F

Data di ricovero: ...../...../.....

### Sezione a compilazione infermieristica

Data dell'evento: ...../...../..... Ora: .....

Chi era presente:  solo  altri pazienti  familiari  personale sanitario

Altro .....

### Modalità caduta:

caduto dalla posizione eretta  caduto da seduto  caduto dal letto

Altro .....

### Motivo:

perdita di forza  perdita di equilibrio  perdita di coscienza  Inciampato

scivolato con pavimento asciutto  scivolato con pavimento bagnato  ignoto

Altro .....

### Luogo:

stanza  corridoio  bagno  scale Altro:.....

Che cosa stava facendo il paziente quando è caduto? .....

Tipo calzatura:  aperta  chiusa

L'infermiere .....

### Sezione a compilazione medica

**Lesione:** tipo .....

sede .....

P.A. in clinostatismo ..... e ortostatismo ..... (se possibile)

Accertamenti diagnostici richiesti:  TAC .....  RX .....

Altro .....

**Terapia in atto:**  sedativi del SNC  lassativi  diuretici  ipotensivanti

Il medico .....

Una copia deve essere inviata alla Direzione Medica Ospedaliera ed una copia deve essere posta nella cartella clinica del paziente.