



La prevenzione delle cadute in ospedale

Coordinatori: Tommaso Bellandi, Laura Rasero e Donatella Rizzini

Supervisor: Stefania Rodella e Riccardo Tartaglia



<http://www.salute.toscana.it/sst/rischio-clinico.shtml>
rischio.clinico@regione.toscana.it

Il percorso della sperimentazione: attività, attori e strumenti:

1) la valutazione dei pazienti a rischio di caduta



La valutazione dei pazienti a rischio di caduta

Obiettivi

1. Sperimentare la rilevazione dei principali fattori di rischio di caduta segnalati dalla letteratura in una varietà di setting clinici;
2. Stimare la validità della scala e identificare un numero contenuto di fattori di rischio maggiormente predittivi dell'evento caduta;
3. Proporre una nuova scala, basata sulla selezione di pochi fattori di rischio, applicabile in regione Toscana in un numero ampio di realtà assistenziali.



La valutazione dei pazienti a rischio di caduta

Risultati attesi

Nel corso delle attività per la realizzazione di tali obiettivi sarà possibile descrivere e monitorare nel periodo in studio:

- i pazienti a rischio di caduta
- i fattori di rischio correlabili all'evento caduta
- l'incidenza del rischio di caduta

La valutazione dei pazienti a rischio di caduta

Il campione dei pazienti in studio

Criteri di inclusione:

- Ricovero in regime ordinario/urgenza nei reparti medici e chirurgici identificati
- età \geq di 65 anni

Criteri di esclusione:

- ricovero in regime di DH o Day Surgery
- soggetti in stato di incoscienza

La valutazione dei pazienti a rischio di caduta

Modalità di applicazione della scala

LA SCALA (ReTos) SARA' SPERIMENTATA IN OGNI AREA ASSISTENZIALE.

Prima valutazione: all'ingresso nell'UO (entro 24 ore)
Se si tratta di un'ammissione in emergenza, compilare dopo stabilizzazione clinica.

Valutazioni successive (max 3 rivalutazioni):

- dopo 72 ore (3 giorni) dalla prima valutazione;
- dopo 120 ore (5 giorni) dalla prima valutazione;
- quando viene rilevato un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente;
- quando vengono effettuate variazioni terapeutiche importanti.

La scala ReToss

Istruzioni tecniche per la compilazione

L'operatore verifica la presenza/assenza delle variabili contenute nella scheda sulla base di:

- documentazione sanitaria
- intervista fatta al paziente/familiare
- osservazione diretta del paziente

Nel **caso di risposta positiva** annerire il pallino corrispondente al **SI**
Nel **caso di risposta negativa** annerire il pallino corrispondente al **NO**

La scala ReToss

Istruzioni tecniche per la compilazione

PER ANNERIRE I PALLINI (sesso paziente; risposte quesiti)

Usa solo penne con inchiostro di colore nero!

Annerisci il pallino rimanendo all'interno dei bordi così: ●

Attenzione! Non apporre crocette!

PER LA COMPILAZIONE DEI CAMPI APERTI (identificazione data, paziente e rilevatore; data variazioni cliniche)

Riporta ogni cifra nel corrispondente quadratino.

Scrivi i numeri in maniera leggibile rispettando gli spazi predefiniti.

La scala ReToss

QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO. QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO. QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO.

REGIONE TOSCANA
GRC
Gestione Regionale del Rischio Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE

PROGETTO REGIONALE - LA PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE
Scala ReToss - Scala di valutazione del rischio di caduta - Regione Toscana sperimentale

Data rilevazione

Azienda 101 Ospedale 09090601 Reparto 2601

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

Numero nosologico	Anno di nascita	Sesso	Codice Rilevatore			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CRITERI DI INCLUSIONE
La persona:
- Non è in stato di incoscienza
- Non è in stato terminale
- E' previsto un ricovero superiore alle 24 ore
- Ha un'età >= a 65 anni

QUESITI	INGRESSO	72 ORE	120 ORE	VARIAZIONI CLINICHE*
ANAMNESI DI CADUTE	No Si	No Si	No Si	No Si
E' caduto nel corso dei 6 mesi precedenti il ricovero?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E' caduto durante la degenza? (solo per le valutazioni successive all'ingresso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PATOLOGIE IN CORSO - CONDIZIONI CLINICHE	No Si	No Si	No Si	No Si
Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psich (vedi legenda)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri nei 6 mesi precedenti il ricovero?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri durante la degenza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAZIONE DEI SENSI	No Si	No Si	No Si	No Si
Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta deficit dell'udito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ELIMINAZIONE	No Si	No Si	No Si	No Si
Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza? (ad intervalli < 3 ore)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta perdita di urine o feci mentre si reca in bagno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MOBILITA'	No Si	No Si	No Si	No Si
Cammina con stampelle o bastone o deambulatore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si sposta utilizzando la sedia a rotelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, sacchetto urine, drenaggio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uno dei casi precedenti, con necessità di assistenza negli spostamenti (da e verso il letto, nel bagno ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha difficoltà a muoversi nel letto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO. QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO. QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO.

QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO. QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO. QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO.

PROGETTO REGIONALE - LA PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE

QUESITI	INGRESSO	72 ORE	120 ORE	VARIAZIONI CLINICHE*
ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE	No Si	No Si	No Si	No Si
Ha un'andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, ampia base d'appoggio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane (spogliarsi, vestirsi, igiene personale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
STATO MENTALE - AGITAZIONE PSICOMOTORIA	No Si	No Si	No Si	No Si
E' disorientato e/o confuso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta alterazione della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E' agitato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es. incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti ecc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TERAPIA FARMACOLOGICA (vedi elenchi farmaci)	No Si	No Si	No Si	No Si
Assume psicofarmaci?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assume 1 o più dei seguenti farmaci (possibile più di una risposta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vasodilatatori usati nelle malattie cardiache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antipertensivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
diuretici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antistaminici per uso sistemico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antidolorifici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TERAPIA ENDOVENOSA	No Si	No Si	No Si	No Si
Il paziente viene trattato con infusioni endovenose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* VARIAZIONI CLINICHE Data variazioni cliniche

Se hai rivalutato il paziente prima dei 3 o 5 giorni previsti quali variazioni nelle condizioni cliniche hai rilevato? (possibile più di una risposta)

- Alterazione stato di coscienza
- Variazioni terapeutiche importanti e/o effetti collaterali terapia
- Alterazione parametri vitali
- Comparsa dolore
- Alterazione mobilità
- Altro

QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO. QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO. QUESTA È UNA BOZZA DEL MODULO.

La scala ReToss

Intestazione

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione Rischio Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE

PROGETTO REGIONALE - LA PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE
Scala ReToss - Scala di valutazione del rischio di caduta - Regione Toscana sperimentale

Data rilevazione / /

Azienda 101 Ospedale 09090601 Reparto 2601

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

Numero nosologico	Anno di nascita	Sesso	Codice Rilevatore			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

CRITERI DI INCLUSIONE
La persona:
- Non è in stato di incoscienza
- Non è in stato terminale
- E' previsto un ricovero superiore alle 24 ore
- Ha un'età >= a 65 anni

Identificazione data, paziente e rilevatore

Criteria d'inclusione



La scala ReToss

Data rilevazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Azienda	101	Ospedale	09090601	Reparto	2601			
IDENTIFICAZIONE PAZIENTE								
Numero nosologico			Anno di nascita		Sesso		Codice Rilevatore	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					○ M ○ F			

VARIABILI ANAGRAFICHE E IDENTIFICATIVE

DATA RILEVAZIONE: si intende la data di PRIMA COMPILAZIONE della scheda. Può essere uguale alla data di ricovero nei pazienti con ricovero in elezione o una data successiva nei pazienti ammessi in emergenza/urgenza, con successiva stabilizzazione clinica.

AZIENDA, OSPEDALE, REPARTO: codici già riportati nella scheda di rilevazione. Si raccomanda ai referenti di reparto di verificare la correttezza del codice.

NUMERO NOSOLOGICO: numero di 8 cifre, corrisponde al numero della cartella clinica e deve essere inserito dal rilevatore. Nel caso in cui il nosologico risulti con un numero di cifre inferiori a 8, inserire tanti 0 quante sono le cifre mancanti, partendo da sinistra (es: 12 riportare 00000012).

CODICE RILEVATORE: numero di 2 cifre, viene assegnato all'inizio dello studio e deve essere inserito dal rilevatore. Si raccomanda ai referenti di reparto di verificare la correttezza del codice.

La scala ReToss

Quesiti

QUESITI	INGRESSO		72 ORE		120 ORE		VARIAZIONI CLINICHE*	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
ANAMNESI DI CADUTE								
E' caduto nel corso dei 6 mesi precedenti il ricovero?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
E' caduto durante la degenza? (solo per le valutazioni successive all'ingresso)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANAMNESI DI CADUTE

È CADUTO NEL CORSO DEGLI ULTIMI 6 MESI ?

Sulla base della definizione di caduta, chiedere al paziente (o ai suoi familiari) se è caduto nei 6 mesi precedenti il ricovero.

Compilare solo all'ingresso

E' CADUTO DURANTE LA DEGENZA?

Segnalare le cadute avvenute durante la degenza.

Compilare solo nel caso di valutazioni successive all'ingresso.

La scala ReToss

Quesiti

PATOLOGIE IN CORSO - CONDIZIONI CLINICHE

Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psich (vedi legenda)

Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri nei 6 mesi precedenti il ricovero?

Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri durante la degenza?

No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PATOLOGIE IN CORSO - CONDIZIONI CLINICHE

PRESENTA ALMENO UNA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE: CEREBROVASCOLARI, CARDIACHE, NEUROLOGICHE E PSICHIATRICHE

L'operatore si basa sulla documentazione sanitaria e sull'intervista fatta al paziente/familiare. Per ciascuna delle patologie indicate viene qui proposto un elenco delle principali e più frequenti diagnosi. L'elenco potrà essere integrato successivamente, se necessario.

Cerebrovascolari	Cardiache	Neurologiche e psichiatriche
Ictus	Angina pectoris	Cefalea
TIA	Aritmie cardiache	Demenza
Trauma cranico	Infarto acuto del miocardio	Disturbi mentali
Tumori cerebrali	Iperensione arteriosa	Epilessia
	Scompenso cardiaco	Malattia di Alzheimer
		Malattia di Parkinson
		Sclerosi multipla

HA MANIFESTATO EPISODI DI VERTIGINI O CAPOGIRI NEI 6 MESI PRECEDENTI IL RICOVERO?

Compilare solo all'ingresso.

HA MANIFESTATO EPISODI DI VERTIGINI O CAPOGIRI DURANTE LA DEGENZA?

Compilare solo nel caso di valutazioni successive

L'operatore si basa sulla documentazione sanitaria e sull'intervista fatta al paziente/familiare. Vedi definizione di 'vertigini'.

La scala ReToss

Quesiti

ALTERAZIONE DEI SENSI	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta deficit dell'udito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALTERAZIONE DEI SENSI

Vedi definizioni di 'deficit della vista' e 'deficit dell'udito'.

L'operatore dovrebbe rilevare deficit della vista o dell'udito che rispondono alle definizioni proposte e dichiarati da paziente/familiari o documentati in cartella, anche nel caso in cui siano presenti strumenti di correzione (occhiali, apparecchio acustico). I deficit devono essere importanti, cioè tali da interferire pesantemente con la capacità di svolgere le attività quotidiane (con o senza strumenti correttivi).

La scala ReToss

Quesiti

ELIMINAZIONE	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza? (ad intervalli < 3 ore)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta perdita di urine o feci mentre si reca in bagno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ELIMINAZIONE

NECESSITA DI ANDARE IN BAGNO CON PARTICOLARE FREQUENZA (INTERVALLI < 3 H)

Ad esempio perché:

- il paziente assume diuretici
- Il paziente ha diarrea
- Il paziente ha assunto lassativi

PRESENTA PERDITA DI URINE E FECI MENTRE SI RECA IN BAGNO

Ad esempio perché:

- Il paziente è incontinente
- Il paziente assume diuretici
- Il paziente ha assunto lassativi
- Il paziente presenta disturbi mentali che influiscono sulla funzione di eliminazione

La scala ReToss

Quesiti

MOBILITA'	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Cammina con stampelle o bastone o deambulatore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si sposta utilizzando la sedia a rotelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, sacchetto urine, drenaggio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uno dei casi precedenti, con necessità di assistenza negli spostamenti (da e verso il letto, nel bagno ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha difficoltà a muoversi nel letto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mobilità (sono possibili più risposte)

CAMMINA USANDO STAMPELLE O BASTONE O DEAMBULATORE

Nessuna ulteriore indicazione.

SI SPOSTA UTILIZZANDO LA SEDIA A ROTELLE

Nessuna ulteriore indicazione.

CAMMINA SENZA AUSILI AGGRAPPANDOSI AGLI ARREDI

Nessuna ulteriore indicazione.

CAMMINA CON UNO DEI SEGUENTI PRESIDI (ASTA PER FLEBO, SACCHETTO DELLE URINE, DRENAGGIO ECC)

Il soggetto cammina sostenendo o spingendo (asta per flebo, sacchetti delle urine, drenaggi)

UNO DEI CASI PRECEDENTI, CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA NEGLI SPOSTAMENTI (DA E VERSO IL LETTO, NEL BAGNO ECC.)

Il soggetto ha difficoltà nel sollevarsi e spostarsi dalla sedia-letto-wc e viceversa e può compiere questa operazione solo facendosi assistere da un parente o da un infermiere o da altre persone

HA DIFFICOLTÀ A MUOVERSI NEL LETTO

Il paziente, che può presentare anche una o più delle precedenti condizioni), ha difficoltà a muoversi nel letto, ad es. girarsi sul lato opposto, mettersi seduto, allungare un braccio per afferrare oggetti sul comodino ecc.)



La scala ReToss

Quesiti

ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE

Ha un'andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, ampia base d'appoggio)

No

Si



No

Si



No

Si



No

Si



Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta



Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane (spogliarsi, vestirsi, igiene personale)



ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE

HA UN'ANDATURA COMPROMESSA (MARCIA INSTABILE, PASSO STRISCIANTE, SCARSO EQUILIBRIO, AMPIA BASE DI APPOGGIO)

Nessuna ulteriore indicazione.

HA DIFFICOLTÀ A MANTENERSI STABILMENTE IN POSIZIONE ERETTA

Il soggetto presenta una diminuzione del tono muscolare tale da non permettere la posizione eretta.

HA DIFFICOLTÀ NEL COMPIERE LE SUE ATTIVITÀ QUOTIDIANE

Il soggetto ha difficoltà nel compiere gesti o mantenere la postura quando si spoglia/si veste, si allaccia le scarpe, effettua l'igiene personale ecc



La scala ReToss

Quesiti

STATO MENTALE – AGITAZIONE PSICOMOTORIA		No	SI	No	SI	No	SI	No	SI
E' disorientato e/o confuso		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta alterazione della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E' agitato		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es. incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti ecc.									

STATO MENTALE- AGITAZIONE PSICOMOTORIA

E' DISORIENTATO E/O CONFUSO

Difficoltà o incapacità di stabilire le relazioni spazio-temporali e/o di riconoscere persone.
Mancanza di consapevolezza verso se stessi o disorientamento nello spazio e/o nel tempo.

PRESENTA ALTERAZIONE DELLA CAPACITÀ DI GIUDIZIO

Il soggetto non sembra conoscere, comprendere e discernere i motivi della propria condotta in modo autonomo e si dimostra non capace di rendersi conto del valore delle proprie azioni.

E' AGITATO

Vedi definizione riportata nella scheda.

La scala ReToss

Quesiti

TERAPIA FARMACOLOGICA (vedi elenchi farmaci)

Assume psicofarmaci ?

No Si No Si No Si No Si

Assume 1 o più dei seguenti farmaci
(possibile più di una risposta)

vasodilatatori usati nelle malattie cardiache

No Si No Si No Si No Si

antipertensivi

No Si No Si No Si No Si

diuretici

No Si No Si No Si No Si

antistaminici per uso sistemico

No Si No Si No Si No Si

antidolorifici

No Si No Si No Si No Si

La scala ReToss

TERAPIA FARMACOLOGICA

Data la complessità delle informazioni sui farmaci, per la corretta compilazione di questa sezione della scheda è consigliabile una verifica incrociata, con l'aiuto del referente di reparto e/o del medico che ha in carico il paziente.

Il referente di reparto avrà cura di condurre una verifica specifica sulla correttezza e completezza dei dati rilevati, prima dell'invio delle schede.

In questa *legenda* vengono fornite indicazioni generali relative ad alcune categorie di farmaci che possono influire sul rischio di caduta. Per ciascuna categoria viene riportato anche il corrispondente codice della classificazione internazionale ATC.

Poiché per ciascuna categoria i possibili principi attivi (sostanza farmacologica) e i relativi nomi commerciali sono numerosissimi, non è stato possibile né sembra opportuno stilare un elenco completo.

Il suggerimento per l'operatore è dunque il seguente:

- consultare la cartella clinica e/o la scheda terapia per identificare i nomi dei principali farmaci assunti dal paziente e, con l'aiuto del referente di reparto e/o del medico, individuarne l'eventuale appartenenza a una delle categorie di interesse;
- nel caso ci siano dubbi, è possibile risalire alla categoria di appartenenza di un singolo farmaco conoscendone il nome commerciale e, attraverso quest'ultimo, consultando il prontuario terapeutico (nazionale o ospedaliero), che dovrebbe essere disponibile in ogni reparto.

Le informazioni sui farmaci devono essere rilevate sia all'ingresso sia nelle valutazioni successive:

- **all'ingresso:** dovranno essere indagati i farmaci che il paziente assumeva a domicilio
- **valutazioni successive:** dovranno essere indagati i farmaci assunti durante la degenza

ATTENZIONE: nel caso di farmaci che appartengono a più di una categoria (ad es. i diuretici sono usati anche come antipertensivi) barrare una sola delle due categorie di appartenenza.

La scala ReToss

CATEGORIE DI FARMACI	COD. ATC
Psicofarmaci Sostanze in grado di agire sul sistema nervoso centrale provocando attivazione o depressione dell'attività cerebrale. Comprendono tra gli altri:	
- ansiolitici (benzodiazepine)	N05B
- barbiturici, antiepilettici	N03A
- ipnotici e sedativi	N05C
- antidepressivi	N06A
- antipsicotici	N05
Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache Questa categoria include tutti i nitroderivati usati nelle malattie coronariche.	C01D
Antiipertensivi Sostanze impiegate nel trattamento dell'ipertensione, che agiscono attraverso diversi meccanismi d'azione. Comprendono anche diversi diuretici (es. clortalidone, idroclorotiazide, furosemide ecc.).	C02
Diuretici Farmaci che stimolano la secrezione di acqua e sali dai reni aumentando la produzione e secrezione dell'urina (diuresi). I diuretici possono essere prescritti in diverse patologie acute o croniche per le quali è necessario ridurre il carico di liquidi nell'organismo. Alcuni diuretici vengono prescritti per il loro effetto	C03
Antistaminici per uso sistemico Sostanze che agiscono come antagonisti degli effetti farmacologici dell'istamina inibendone la liberazione oppure bloccandone i recettori. Vengono usati soprattutto per prevenire o ridurre reazioni allergiche. Per il nostro studio interessano soltanto i farmaci antistaminici somministrati per bocca o per via venosa. Sono esclusi gli antistaminici per uso locale (creme).	R06
Antidolorifici Farmaci usati nei casi di dolore acuto e cronico, diminuiscono la sensibilità al dolore attenuandone la percezione. Comprendono sostanze stupefacenti e non. Sono usati a scopo antidolorifico anche farmaci antinfiammatori e antireumatici che includono gli antinfiammatori non steroidei (FANS)	N02 (analgesici, oppioidi e non) M01 (antinfiammatori) M01A (FANS)

La scala ReToss

Quesiti

TERAPIA ENDOVENOSA	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Il paziente viene trattato con infusioni endovenose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TERAPIA ENDOVENOSA

Il paziente viene trattato con farmaci o soluzioni in infusione endovenosa. Questa domanda intende esplorare soltanto l'esistenza di una specifica modalità di somministrazione dei farmaci, che spesso condiziona la mobilità dei pazienti. Non è quindi di interesse specificare quale sia il tipo di infusione.

La scala ReToss

Variazioni cliniche

* VARIAZIONI CLINICHE

Data variazioni cliniche

 / /

Se hai rivalutato il paziente prima dei 3 o 5 giorni previsti quali variazioni nelle condizioni cliniche hai rilevato? (possibile più di una risposta)

- Alterazione stato di coscienza
- Alterazione parametri vitali
- Alterazione mobilità
- Variazioni terapeutiche importanti e/o effetti collaterali terapia
- Comparsa dolore
- Altro

In caso di rivalutazione del paziente a seguito di variazioni cliniche, indicare la data della rivalutazione e rispondere alla domanda relativa alle motivazioni della rivalutazione.



**Il percorso della sperimentazione:
attività, attori e strumenti:**

**3) la rilevazione e l'analisi delle
cadute**



La rilevazione e l'analisi delle cadute

La caduta è definita come: “l' evento in cui il paziente/visitatore viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito a ritornare nel letto o sulla poltrona/sedia.”

In questa definizione sono comprese tutte le situazioni in cui il paziente ha rischiato di cadere.

Tutte le cadute sono da segnalare sia che il paziente abbia subito un danno sia che non vi siano danni apparenti.



La rilevazione e l'analisi delle cadute

Obiettivo

Sperimentare il sistema di segnalazione ed analisi delle cadute, come modulo inserito all'interno del sistema aziendale di gestione del rischio clinico.

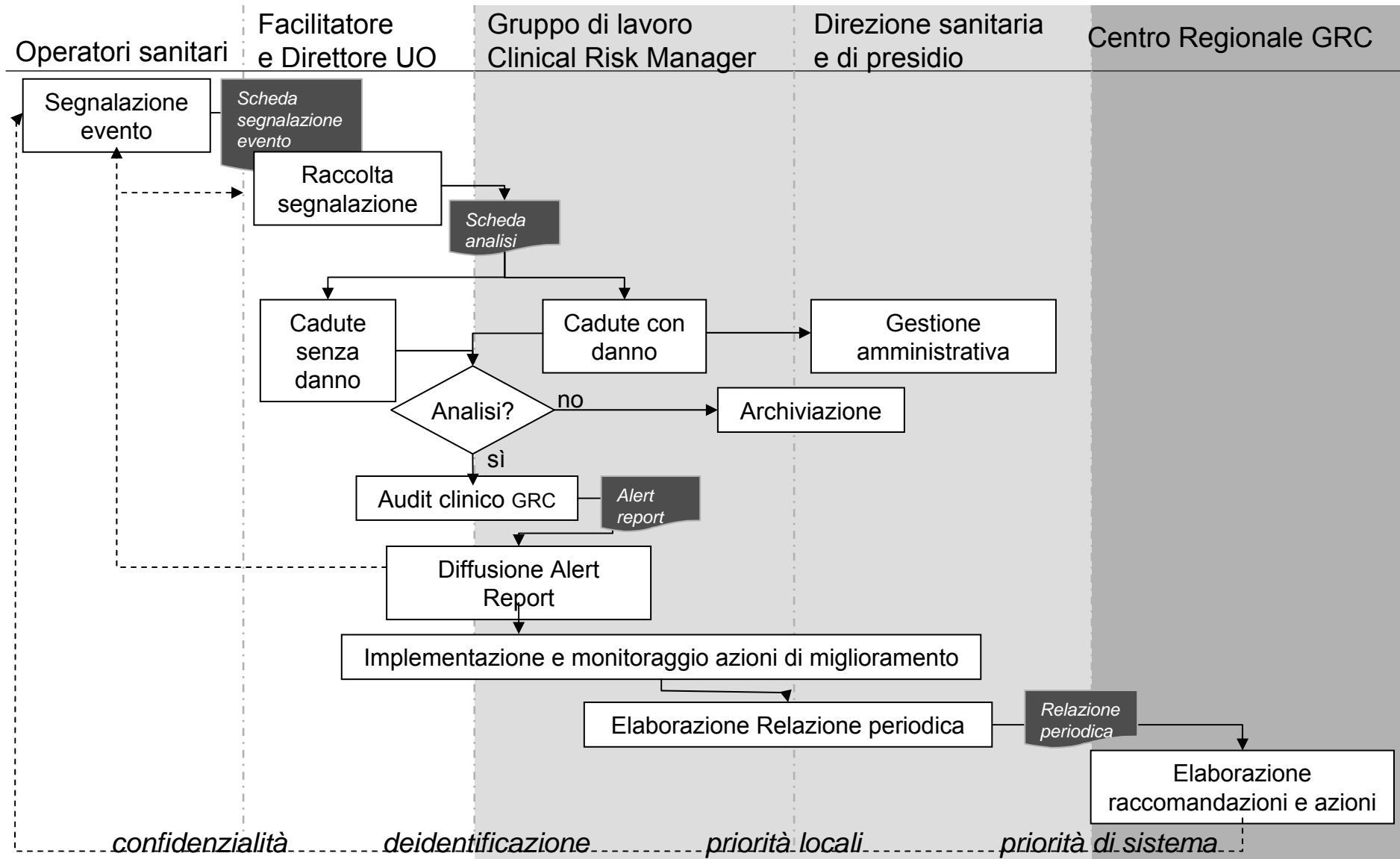
La rilevazione e l'analisi delle cadute

Risultati attesi

descrivere e monitorare:

- l'evento caduta (luogo, modalità e dinamica);
- gli effetti delle cadute (con o senza danno, tipo di danno);
- i fattori contribuenti (paziente, organizzazione, ambienti e presidi);
- l'incidenza delle cadute.

La rilevazione e l'analisi delle cadute



La rilevazione e l'analisi delle cadute

Scheda di segnalazione
delle cadute in ospedale*
(da consegnare al facilitatore)



REGIONE TOSCANA
GRC Gestione
Rischio
Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE



Evento

Descrizione (luogo e dinamica, eventuali conseguenze):

Data _____

Ora _____

Soggetto caduto

Paziente

Visitatore

IMPORTANTE: Tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate dal facilitatore di riferimento.

Autore della segnalazione

Nome e Cognome _____

Reparto / Servizio _____

Data segnalazione _____

*Gli eventi da segnalare sono:

- cadute senza danno
- cadute con danno

CADUTA: Evento in cui il paziente/visitatore viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito a ritornare nel letto o sulla poltrona/sedia.

La rilevazione e l'analisi delle cadute

Ricostruzione dell'evento

SEGNALATORE (professione) Medico Medico in formazione Medico consulente Tecnico
 Infermiere Infermiere in formazione OTA/OSS Altro

Data segnalazione _____ Reparto / Servizio _____

Paziente Anno di nascita _____ Sesso M F N° nos.

Visitatore*
*compilare solo descrizione evento (vedi retro) Valutato con la Scala ReToss Sì No

Tipo di caduta: Con danno Senza danno

Tipo di danno: Trauma cranico Fratture Distorsioni
 Contusioni Ferite Altro _____
 Escoriazioni Ematomi Non rilevato

Data caduta _____ Ora caduta _____ N° giornata di degenza _____

Luogo dell'evento: Camera Corridoio Bagno Scale Esterni
 Sala d'attesa Ambulatorio Sala operatoria Altro _____

Modalità caduta: Dal letto Dal letto con spondine Dalla sedia a rotelle Dalla sedia
 Dalla barella Dalla barella con spondine Dalla posizione eretta Non rilevato

Dinamica evento: Non rilevato Camminava per andare in bagno
 Aspettava in barella Durante movimentazione assistita
 Effettuava l'igiene personale Aspettava in sedia a rotelle
 Camminava in corridoio Scendeva dal letto Saliva sul letto
 Trasferimento autonomo letto/barella/carrozzina/sedia Altro

La rilevazione e l'analisi delle cadute

Valutazione | Pre-analisi dell'evento

Fattori che possono aver contribuito all'evento:

- CONDIZIONI DEL PAZIENTE**
- Condizioni cliniche
 - Cadute pregresse
 - Alterazione dei sensi
 - Problemi di eliminazione
 - Mobilità
 - Terapie farmacologiche
 - Andatura e attività quotidiane
 - Stato mentale
 - Abbigliamento / calzature
 - Altro _____
- ORGANIZZAZIONE**
- Carico assistenziale
 - Turni di lavoro
 - Comunicazione
 - Protocolli/procedure
 - Altro _____

- A M B I E N T I / P R E S I D I**
- Mezzi di contenzione
 - Pavimento
 - Corridoio
 - Deambulatore
 - Sedia a rotelle
 - Barella
 - Camera
 - Letto
 - Asta per flebo
 - Comodino
 - Bagno
 - Ausili movimentazione
 - Altro _____

Indice di priorità:^{RT}

Verde

Giallo

Rosso

FACILITATORE:

Nome e Cognome _____

Firma _____

Data, li _____