

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 1 di 50</p>

PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE

*Raccomandazione Ministero della Salute N.13/2011
(DGRC del 3/7/2017, N.48: Piano Regionale Cadute- Linee di indirizzo per il Servizio
Sanitario Regionale)*

<p>REDAZIONE</p>	<p>Dott.ssa Edvige Cascone, Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott. Francesco Paolo Ruocco, Dirigente Medico UOC Risk Management Dott.ssa Veneranda Imbimbo, Dirigente Biologo UOC Rsk Management</p>
<p>VERIFICA</p>	<p>Dott.ssa Edvige Cascone – Responsabile Direzione UOC Risk Management</p>
<p>CONDIVISIONE</p>	<p>Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, Direttore Dipartimento Salute Mentale, Direttore Sistema Operativo 118, Direttori Servizi Dipendenze, Direttore UOC Fasce deboli, Direttore UOC Assistenza Distrettuale, Direzioni Distretti Sanitari, Referenti Rischio clinico</p>
<p>ADOZIONE</p>	<p>Dott. Domenico Concilio, Direttore Amministrativo Aziendale Dott. Luigi Caterino, Direttore Sanitario Aziendale Dott.ssa Antonietta Costantini, Direttore Generale</p>

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 2 di 50</p>

INDICE/SOMMARIO

Premessa	3
Scopo/obiettivo	5
Destinatari/Campo di applicazione	5
Diffusione/Lista	5
Responsabilità/matrice delle responsabilità	5
Diagramma di flusso	8
Definizioni	9
Descrizione delle attività	10
Bibliografia/Normativa di riferimento	23
Segnalazione delle cadute	24
Revisione e Aggiornamento	25
Archiviazione	25
Verifica/Indicatori di monitoraggio	25
Allegato 1 – Check-List Valutazione del rischio di caduta del paziente	26
Allegato 2 – Get up and go test	28
Allegato 3 – Istruzioni per il personale	29
Allegato 4 – Scheda di valutazione rischi ambientali: Dispositivi/Presidi per la prevenzione delle cadute	30
Allegato 5 - Scheda di valutazione dei rischi ambientali: strutturali	33
Allegato 6 – Consenso Informato all’utilizzo di sponde di protezione o di altri mezzi di protezione e tutela personale ..	35
Allegato 7 – Scheda segnalazione caduta per pazienti ricoverati	36
Allegato 8 - Scheda segnalazione caduta per pazienti ambulatoriali	38
Allegato 9 - Lettera per la segnalazione delle cadute	40
Allegato 10 - Monitoraggio dei pazienti in terapia con farmaci che provocano alterazione dello stato psico-fisico e aumentano il rischio cadute	41
Approfondimenti	43
Appendice	47

 Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone		
PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE	Marzo 2018	Rev. 0	Pagina 3 di 50

PREMESSA

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta.

La Raccomandazione Ministeriale n. 13 del novembre 2011 si pone come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie, rappresentando uno strumento utile per la compressione del rischio di tale evento e per una appropriata ed efficace gestione del paziente a seguito di caduta.

Nel 2014 il servizio Risk Management aziendale ha avviato l'attività di mappatura dei rischi, cioè il complesso lavoro di identificazione dei rischi e dei pericoli prevenibili in ambito clinico, fondamentale per la valutazione ed analisi dei rischi stessi e la successiva adozione delle necessarie misure per migliorare la sicurezza dei pazienti.

Tale lavoro è stato possibile grazie all'utilizzo non solo delle segnalazioni spontanee degli eventi (sistema dell'incident reporting) e le informazioni del sistema di segnalazione degli eventi sentinella, ma anche grazie alla registrazione ed analisi dei sinistri e dei reclami, implementando a partire dall'anno corrente un sistema di registrazione informatizzata degli eventi.

I risultati preliminari di tale attività hanno consentito la conoscenza della dimensione del fenomeno caduta dei pazienti in ambito aziendale, confermando il dato nazionale, che indica l'evento sentinella "**Morte o grave danno per caduta del paziente**" come la prima categoria di evento segnalato sia nei dati nazionali (22,26%) che in quelli regionali (24%) (Monitoraggio Ministero della Salute). Si riportano di seguito i dati aziendali estratti dal Registro di "Incident Reporting" Aziendale.

Nel grafico n. 1, relativo agli anni 2014-2017, si riporta la distribuzione aziendale dell'evento "Caduta" che rappresenta il 25,9% di tutti gli eventi segnalati; in particolare, il numero assoluto di segnalazioni per caduta è pari a 50.

Il 90% dei casi riguarda pazienti con età anagrafica superiore a 65 anni. Solo in 7 casi l'evento caduta è avvenuto in reparto di degenza.

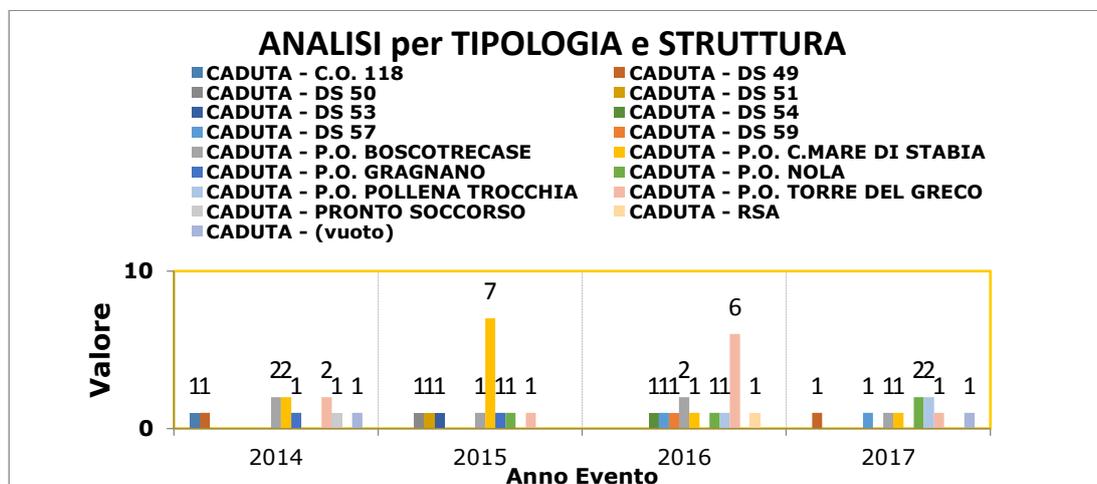


Grafico n.1.

Come si evince dai dati aziendali la frequenza dell'evento caduta impone l'adozione di una procedura aziendale,

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 4 di 50</p>

tenendo in debito conto che l'evento caduta, come confermano i dati di letteratura, è un evento nella maggior parte dei casi prevenibile.

La "Procedura aziendale per la prevenzione delle cadute in ospedale", elaborata ai sensi della Raccomandazione Ministeriale n. 13 e adottata con delibera n. 304 e successivamente contestualizzata in tutte le strutture aziendali, è stata rivisitata in seguito alla presa visione delle linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute emanate dal Decreto Dirigenziale n.48 del 3/07/2017 della Regione Campania nell'intento di facilitare le Aziende Campane a contestualizzare sul territorio la raccomandazione Ministeriale.

Il suddetto decreto, contenente il Piano Regionale per la Prevenzione Cadute, in recepimento della Raccomandazione n.13, formula una linea di indirizzo per tutte le Aziende del SSR e individua comportamenti e strumenti per la valutazione e la gestione del rischio caduta e per la gestione del paziente caduto. In particolare, il primo importante intervento per la prevenzione delle cadute consiste nell'identificare i possibili fattori di rischio, in relazione alle caratteristiche del paziente e dell'ambiente e della struttura che lo ospita, in termini di sicurezza, di organizzazione e di adeguatezza del processo assistenziale.

In seguito a revisione, la procedura è stata, pertanto, arricchita da un maggiore approfondimento dei fattori di rischio "caduta" con la revisione della check list di valutazione del rischio caduta (ambientale, strutturali o legate alla situazione clinica del paziente), con la relativa modifica della modulistica di segnalazione delle cadute accidentali dei pazienti ricoverati o ambulatoriali per fornire uno strumento di facile utilizzo, ma al tempo stesso completo ed utile.

DEFINIZIONE DI CADUTA

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

SCOPO/OBIETTIVI

Lo scopo della presente procedura è quello di comprimere il rischio di caduta e, nel caso che l'evento accada, di ridurre le conseguenze, favorendo un maggiore controllo da parte degli operatori ed il coinvolgimento delle persone assistite e dei loro familiari/caregiver.

Gli **obiettivi specifici** sono:

- Favorire il coinvolgimento di operatori e persone assistite nella prevenzione delle cadute;
- Identificare le persone a rischio caduta e garantire appropriati interventi di prevenzione;
- Identificare ed eliminare situazioni che comportano rischi di caduta legate all'ambiente;
- Fornire agli operatori sanitari istruzioni operative omogenee per la gestione del paziente caduto e la segnalazione dell'evento.

Sono descritti in maniera dettagliata, come raccomandato dalle suddette linee di indirizzo:

1. **I fattori di rischio**
2. **gli strumenti individuati per la prevenzione delle cadute:**

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 5 di 50</p>

- Scheda di valutazione del rischio cadute,
- Modalità assistenziali differenziate in base al rischio
- Scheda di segnalazione della caduta;
- Scheda per Identificare ed eliminare situazioni legate all'ambiente che comportano rischi di caduta;

3. le modalità con cui applicare gli strumenti descritti;

4. le azioni da compiere nel caso in cui si verifichi una caduta;

5. le responsabilità delle diverse azioni sia nella prevenzione che nella gestione delle cadute;

Sono, inoltre, illustrate, in allegato, le indicazioni sulla contenzione del paziente.

DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica a tutti i pazienti valutati a rischio di caduta, in regime di ricovero o ambulatoriale, in tutte le strutture aziendali.

DIFFUSIONE/LISTA DI DISTRIBUZIONE

La diffusione della procedura avviene con trasmissione attraverso la posta elettronica aziendale a tutte le Strutture Aziendali e attraverso la sua pubblicazione sul portale aziendale (<http://www.asnapoli3sud.it>), reperibile anche nell'area documentale della UOC Risk Management.

I Responsabili delle Macrostrutture ed i Responsabili delle UU.OO., dopo aver proceduto alla opportuna contestualizzazione della procedura, devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori coinvolti nel processo attraverso riunioni finalizzate alla presa visione e alla discussione onde garantire la diffusione capillare.

La copia cartacea deve essere sempre disponibile e consultabile, presso ogni struttura, in un luogo accessibile a tutti gli operatori.

Lista di distribuzione

Dipartimento Salute Mentale
 Direzioni Sanitarie di Presidi Ospedalieri
 Direzione UOC Assistenza Distrettuale
 Direzioni Servizi Dipendenze
 Direzioni Distretti Sanitari
 Direzione UOC Fasce Deboli
 Sistema Emergenza 118
 Coordinatori Infermieristici UU.OO.

RESPONSABILITA' /MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Le Direzioni Sanitarie di Presidio e di Distretto sono responsabili della diffusione a tutte le strutture interessate nonché del monitoraggio e della verifica dell'attuazione.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 6 di 50</p>

I Direttori delle UU.OO. sono responsabili della diffusione a tutto il personale operante nella U.O. della presente procedura e della relativa applicazione nella pratica assistenziale.

È responsabilità:

- **del personale infermieristico e/o tecnico e del personale medico** di tutte le UU.OO. interessate: la compilazione delle schede di notifica delle cadute accidentali occorse ai pazienti in regime di ricovero ordinario ed ai pazienti ambulatoriali;
- **del personale medico ed infermieristico** della U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e Pronto Soccorso: la compilazione della scheda di notifica delle cadute accidentali occorse a visitatori che si recano nella suddetta UO;
- **del Coordinatore Infermieristico e/o tecnico** dell'U.O. interessata: la verifica della completezza dei dati e la trasmissione della documentazione alla Direzione Sanitaria Presidiale/Distrettuale;
- **dei medici della Direzione Sanitaria Presidiale/Distrettuale**: valutare la congruità delle informazioni trasmesse dai reparti e l'inoltro della scheda alle U.O. C. Affari Generali e Risk Management.

 regione campania aslnapoli3sud Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone		
PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE	Marzo 2018	Rev. 0	Pagina 7 di 50

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'							
ATTIVITA'	Direttore Sanitario Presidio/Distretto /Dipartimento	Direttore UU.OO. /Distretti/Dipartimento	Medico	UOC Servizio tecnico	Inf. Coord.	Infermiere	OSS
<i>Prevenzione rischio caduta</i>							
Valutazione del paziente a rischio caduta					C	R	
Compilazione check list di controllo sicurezza ambiente	R (spazi comuni)	R		C	C	C	
Compilazione check-list per ausili trasporto/deambulazione			C		R	C	C
Verifica applicazione		R	C		C	C	
Monitoraggio applicazione	R	C					
<i>Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute</i>							
Attuazione di interventi preventivi			C			R	
Attuazione di interventi Ambientali	R	C	C	C	C	C	C
Terapia farmacologica			R			C	
Informazione/educazione paziente e caregivers						R	
<i>In caso di caduta</i>							
Gestione paziente caduto. Primo soccorso			C			R	C
Interventi assistenziali sul paziente caduto			R			C	
Informare la famiglia sull'evento caduta			R			C	
Compilazione scheda segnalazione caduta		C	R*		C	R*	
Compilazione cartella di PS su cui risulti l'evento caduta per utenti e visitatori			R				
Invio scheda segn. in Direzione medica di Presidio/Distretto e alle UUOCC Risk Management, Affari Generali		R	C				
Analisi dei dati/report	R	C			C		
Audit	R	C			C		

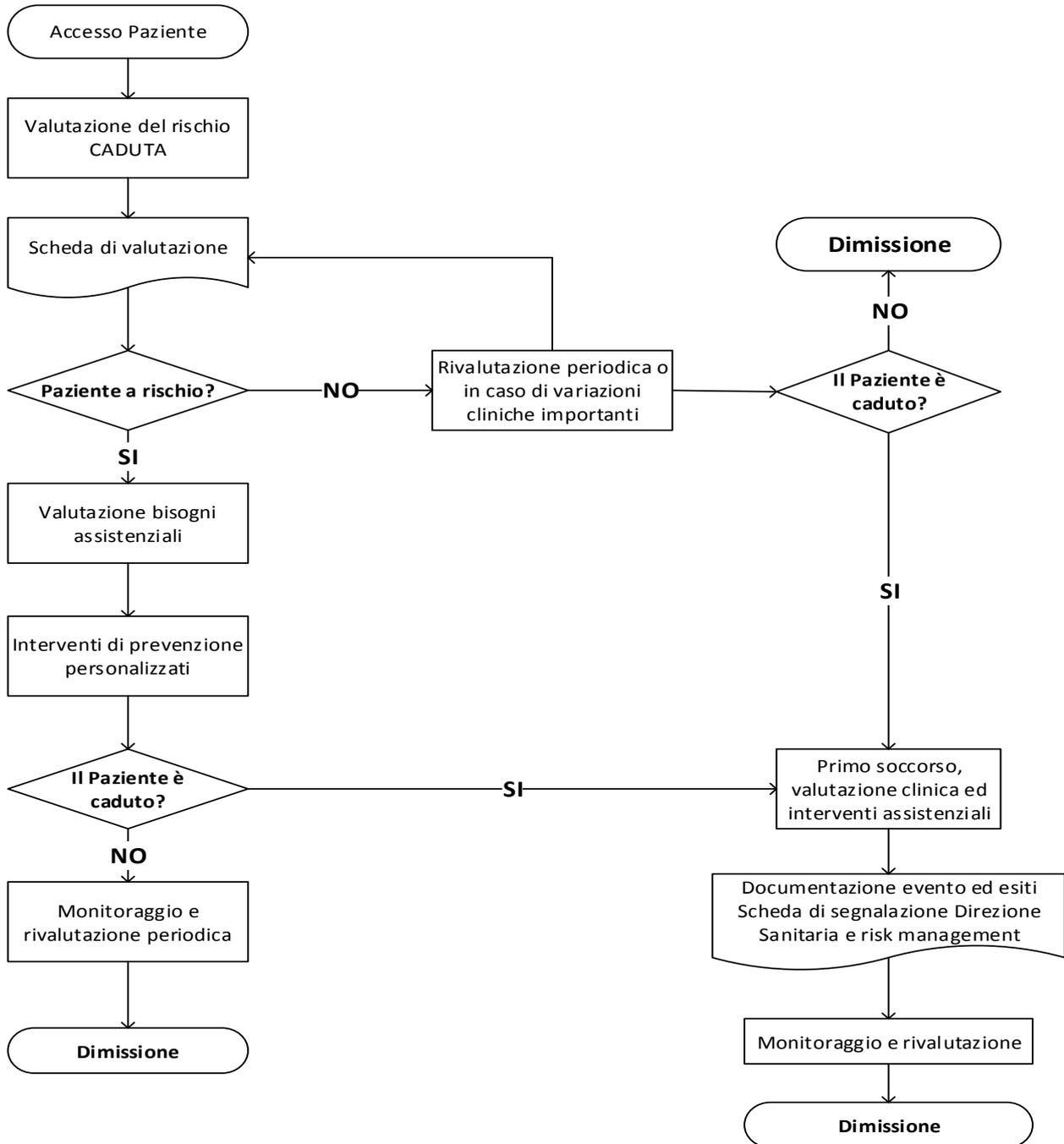
R = responsabile C = collabora

R* per quanto di competenza

N.B. tutti gli operatori possono segnalare gli eventi avversi/sentinella

<p>regione campania asnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 8 di 50</p>

DIAGRAMMA DI FLUSSO



 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 9 di 50</p>

DEFINIZIONI

Caduta: 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.

Caduta accidentale: la persona cade involontariamente (per esempio scivolando sul pavimento bagnato)

Caduta imprevedibile: determinata da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (per es. improvviso disturbo dell'equilibrio, frattura patologica femore)

Caduta prevedibile: quando avviene nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili

Mancata caduta (near fall): la condizione in cui la caduta viene evitata per qualche motivo, ma si sarebbe potuta verificare.

Anziano: persona di età uguale o superiore ai 65 anni.

Caregiver: (o assistente informale): Colui/colei che si prende cura di un'altra persona, per esempio di una persona non autonoma o con autonomia ridotta.

Contenzione: uso di mezzi fisici, farmacologici o ambientali che limitano la capacità di movimento volontario della persona assistita.

Contenzione fisica: i mezzi di contenzione sono quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento.

Contenzione farmacologica: viene attuata con l'uso di farmaci ad attività sedativa, tranquillanti minori e maggiori.

Paziente ambulatoriale caduto: Soggetto presente all'interno della struttura che cade mentre sta fruendo di prestazioni sanitarie.

Paziente caduto: soggetto ricoverato che cade.

Testimone: soggetto che assiste all'evento caduta.

Testimonianza: racconto basato sul ricordo del paziente e/o descrizione della caduta da parte di testimoni.

Visitatore caduto: soggetto presente all'interno della struttura che nel momento della caduta NON sta fruendo di prestazioni sanitarie (può averne fruito o aver accompagnato un utente).

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 10 di 50</p>

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

1. ANALISI DEI FATTORI DI RISCHIO

I fattori responsabili delle cadute possono essere suddivisi in due categorie:

- A.** Fattori intrinseci, relativi alle condizioni di salute del paziente, che comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le comorbidità e le terapie farmacologiche;
- B.** Fattori estrinseci, relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati.
 - A) Fattori intrinseci al paziente sono:
 - età > 65 anni;
 - anamnesi positiva per precedenti cadute;
 - incontinenza;
 - precarie condizioni di coscienza/vigilanza e/o delirium;
 - deterioramento dello stato mentale;
 - malattie e/o deterioramento delle funzioni neuromuscolari;
 - dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, rilevabile attraverso apposite scale;
 - riduzione della capacità visiva;
 - deformazioni o patologie del piede;
 - paura di cadere.
 - Presenta un indice di massa corporea inferiore (o superiore) alla norma
 - Presenta inappetenza
 - Presenta una carenza di vitamina D
 - Presenza anamnesi positiva per osteoporosi e fratture

E' necessario considerare particolarmente a rischio i pazienti affetti da patologie che possono:

- compromettere la stabilità posturale e la deambulazione; o condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio temporale; o causare episodi ipotensivi; o aumentare la frequenza minzionale.

Durante il trattamento farmacologico è importante considerare a rischio le seguenti situazioni:

- assunzione di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa;
- politerapia (più di tre farmaci contemporaneamente) o variazione della posologia con un incremento del dosaggio del farmaco;
- assunzione di farmaci che possono compromettere la stabilità posturale e la deambulazione, condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio-temporale del paziente, causare episodi ipotensivi, aumentare la frequenza minzionale.

 Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone		
PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE	Marzo 2018	Rev. 0	Pagina 11 di 50

CLASSI DI FARMACI	EFFETTI PREDISponentI ALLA CADUTA
Antiipertensivi	Ipotensione ortostatica, urge-incontinenza
Sedativi E Ipnocici	Sedazione, confusione mentale
Ipoglicemizzanti	Ipoglicemia
Neurolettici	Disturbi extrapiramidali
Antianginosi e Antiaritmici	Ipotensione ortostatica, vertigini, aritmie
Antidepressivi	Sedazione, astenia, stato confusionale, ipotensione ortostatica, tremore
Lassativi	Disidratazione

B) Fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature sono:

- dimensionamento inadeguato delle stanze di degenza e dei bagni;
- pavimenti e scale scivolosi a causa del consumo e/o dell'assenza di soluzioni antiscivolo;
- illuminazione carente in alcune aree,
- assenza di corrimano di appoggio nei corridoi;
- letti o barelle non regolabili in altezza;
- bagni senza supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.

Sono rilevanti, inoltre, gli elementi del processo assistenziale ed organizzativo:

- dotazione degli ausili necessari alla mobilitazione delle persone; o formazione di tutto il personale;
- adeguato inserimento degli operatori neoassunti nell'ambito dell'organizzazione delle attività;
- scelta di orari più idonei nell'ambito dell'organizzazione delle attività stesse.

In appendice sono riportati ulteriori approfondimenti in merito.

2. VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

2.1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGATO AL PAZIENTE

- **Prima valutazione:** Ogni paziente, ricoverato presso le UU.OO. dei presidi ospedalieri aziendali, viene sottoposto ad una valutazione del rischio-caduta da parte dell'infermiere, che esegue la valutazione infermieristica iniziale del paziente in fase di accettazione al ricovero del paziente in reparto (*entro 24 ore*), attraverso l'utilizzo delle indicazioni poste nelle allegate schede di valutazione del rischio (allegati 1 e 2).

Le linee guida internazionali sono concordi nel ritenere che l'intervento primario per prevenire le cadute accidentali consiste nella valutazione della persona al momento del ricovero in ospedale.

- Se si tratta di un ricovero in emergenza, si effettuerà la valutazione dopo la stabilizzazione clinica.
- **Uso scheda di valutazione del rischio:** Si effettua una prima individuazione del rischio-caduta della persona presa in carico, raccogliendo notizie in merito all'assunzione o meno di farmaci (sedativi con effetto sul S.N.C., oppiacei, diuretici e ipotensivi, farmaci cardiovascolari, lassativi), alla presenza di deficit motori (limitata autonomia nella mobilità) e deficit sensoriali (calo del visus). Se si rileva almeno una delle

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 12 di 50</p>

condizioni predette il paziente è da considerarsi a rischio caduta (quindi non è necessario compilare la Scala di Conley). In caso contrario si applica la scala di Conley.

- La scheda di valutazione del rischio (allegato n.1) deve essere inserita nella cartella clinica e sarà parte integrante di questa.
- Al paziente valutato si applicano le indicazioni assistenziali adeguate, così come indicato nelle “Istruzioni per il personale” (allegato n. 3).
- **Valutazioni successive:** Durante il periodo di degenza, l'infermiere, qualora verifichi una mutata condizione dello stato fisico del paziente o una variazione di terapia **rivaluta** il paziente rispetto al rischio-caduta, considerando gli eventuali nuovi fattori di rischio. Ulteriori valutazioni devono essere effettuate in caso di trasferimento di reparto, dopo una eventuale caduta ed alla dimissione.

Valutazioni rischio caduta successive alla valutazione iniziale:

- dopo 6/7 giorni dalla prima valutazione
- quando viene rilevato un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente
- in caso di trasferimento di reparto
- quando vengono effettuate variazioni terapeutiche coinvolgenti farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta (aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno/ansiolitici/psicofarmaci-benzodiazepine, diuretici, ecc).
- ad ogni cambiamento dei fattori di rischio
- dopo una caduta
- alla dimissione

2.2 VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI LEGATI AI PRESIDI/AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI

Va effettuata una verifica periodica delle dotazioni, dei mezzi di movimentazione del paziente e del corretto funzionamento degli ausili e presidi utilizzati per l'assistenza, attivando le necessarie azioni preventive per l'approvvigionamento dei presidi e correttive in caso di inadeguato funzionamento.

A tal fine è previsto l'utilizzo una check list di verifica per i presidi/ausili (allegato n. 4) la cui compilazione è affidata al coordinatore infermieristico del reparto/UO.

2.3 VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI STRUTTURALI

Dall'analisi dei dati relativi alle cadute rilevate nelle strutture sanitarie emerge una certa ricorrenza della dinamica e dei luoghi in cui avvengono le cadute, pertanto, appare necessario procedere alla valutazione periodica dei rischi ambientali.

Valutare prevalentemente:

- Pavimenti (scivolosi, dislivelli, bagnati / presenza di cartelli durante il lavaggio);
- Corridoi (corrimano, larghezza, presenza di arredi ingombranti...);
- Scale (corrimano, gradini con materiale antiscivolo);
- Camere di degenza e bagni (dimensione minima a norma, apertura porta verso l'esterno, luci diurne e notturne adeguate, interruttori visibili al buio, maniglie doccia/vasca, WC rialzabile);

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 13 di 50</p>

- Letti (altezza regolabile, spondine rimuovibili e adattabili in altezza, campanello di chiamata raggiungibile, ruote e freni funzionanti);
- Carrozine (braccioli e poggiatesta estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati);
- Ausili per la deambulazione adeguati.

- Per la valutazione dei rischi ambientali è disponibile una checklist (allegato n.5) che contiene i principali fattori di rischio ambientali riferiti alle strutture identificati attraverso l'analisi della letteratura ed i dati disponibili.
- Le checklist compilate saranno oggetto di audit in occasione di analisi su eventuali cadute di pazienti.

Istruzioni tecniche per la compilazione della checklist per la valutazione di rischi ambientali

- La checklist per la valutazione dei rischi ambientali dovrà essere applicata una sola volta, al momento della diffusione formale di questa procedura (entro 1 mese), ed in caso di eventuali successive straordinarie modifiche negli ambienti o nei presidi (entro 30 giorni) e definirà un profilo di rischio con l'individuazione dei problemi principali della struttura; potrà, pertanto, essere impiegata per programmare le azioni di prevenzione.
- Al momento dell'applicazione della checklist il Direttore della UOC e l'Infermiere Coordinatore effettueranno l'osservazione degli ambienti della struttura guidati dalla checklist.
- La compilazione della checklist per gli spazi comuni è affidata alle Direzioni Sanitarie Presidiali.
- Una volta compilata e debitamente firmata, la checklist andrà inviata in copia alla Direzione Sanitaria di Presidio per le successive valutazioni e la programmazione di interventi strutturali e/o acquisizione di suppellettili idonee.
- L'unità operativa, che ha compilato la checklist, adotterà tutte le procedure organizzative tese a rimuovere le criticità rilevate, nelle more dell'adozione di provvedimenti strutturali e/o della dotazione di suppellettili idonee.

3. INTERVENTI MULTIFATTORIALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

Le misure di prevenzione delle cadute devono essere messe in atto per tutti i pazienti per i quali è stato rilevato un rischio aumentato di caduta.

3.1 Strategie ambientali

Azioni per mettere in sicurezza l'ambiente che circonda il paziente e agevolarlo durante la sua degenza:

- l'**altezza** del **letto** e della **barella** deve essere regolata in modo che il paziente possa poggiare facilmente i piedi sul pavimento; eventuali spondine debbono essere rimovibili, adattabili in altezza e possibilmente modulari, eventuali ruote e freni devono essere funzionanti e controllati periodicamente;
- i **tappeti** debbono essere utilizzati solo se con caratteristiche antiscivolo e se fissati sul pavimento, nella doccia, nella vasca da bagno;
- il **campanello** o il **pulsante di chiamata** deve essere reso facilmente accessibile al paziente, dal letto o

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 14 di 50</p>

dalla sedia/poltrona e nel bagno;

- **i poggiapiedi, tavolini o eventuali altri ostacoli**, che possono costituire pericolo per il movimento e per la stabilità del paziente, devono essere rimossi.

3.1.1 Interventi preventivi dei rischi ambientali

- Collocare la persona nella camera e nel posto letto idoneo valutando le distanze e lo spazio nella camera (deve essere adeguato alle manovre da effettuare considerando le limitazioni del soggetto e le capacità residue).
- Limitare gli spostamenti per evitare problemi di orientamento.
- Illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni, gli ausili a disposizione nella camera di degenza (impianto di chiamata, illuminazione ecc.), nei corridoi (corrimano) e nei servizi igienici (supporti presenti, disponibilità di sedia da doccia, bagni attrezzati).
- Verificare e/o far verificare periodicamente la funzionalità degli impianti, dei servizi e degli arredi.
- Accendere le luci notturne vicine al letto e nei bagni. Far posizionare luci con accensioni automatiche in presenza di persone, soprattutto nei bagni.
- Rendere i percorsi liberi da ostacoli (es. fili elettrici, telefonici).
- Garantire l'ordine non lasciando sul pavimento oggetti che possono costituire intralcio.
- Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi, far pulire immediatamente i pavimenti sporchi di liquidi.
- Garantire una adeguata sicurezza nel letto/poltrona (segnalatori di confine, cuscini lungo il corpo, sedie o tavolo accanto al letto, trapezio per aumentare la mobilità del paziente nel letto, richiami visivi per incoraggiare il paziente a usare il campanello di chiamata).
- Rendere stabili i letti ed il mobilio ad esso vicino; assicurare la perfetta funzionalità delle carrozzine (freni ecc.).
- L'arredo deve prevedere spigoli arrotondati e mobili stabili a cui possa appoggiarsi la persona incerta nel cammino. Le sedie dovrebbero essere non troppo basse e prevedere i braccioli, i tavoli consentire alla carrozzina di infilarsi. Il mobilio troppo basso dovrebbe essere eliminato in quanto può costituire un inciampo.
- Disporre di barre a cui aggrapparsi vicino al water, che siano poste in verticale piuttosto che in orizzontale
- Utilizzare per la postura e la posizione seduta supporti adeguati (cinture di sicurezza, cuscini antiscivolo, tavolino da carrozzina, poltrone geriatriche, carrozzine basculanti).
- Utilizzare per la postura e la posizione seduta supporti adeguati (cinture di sicurezza, cuscini antiscivolo, tavolino da carrozzina, poltrone geriatriche, carrozzine basculanti).
- Migliorare l'illuminazione, rendendo comodi e visibili gli interruttori di chiamata e di illuminazione.

Prediligere la presenza del doppio mancorrente in prossimità delle scale e la presenza di strisce antiscivolo sui gradini (meglio se segnalazione diversa sull'ultimo gradino)

3.2 Principali fattori di rischio individuale: strategie possibili, precauzioni ed interventi

- Valutare:

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 15 di 50</p>

<input type="checkbox"/> patologie neuromuscolari <input type="checkbox"/> infezioni del tratto urinario <input type="checkbox"/> ipossia <input type="checkbox"/> disidratazione <input type="checkbox"/> squilibri nutrizionali <input type="checkbox"/> ipotensione ortostatica	<input type="checkbox"/> livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana <input type="checkbox"/> equilibrio <input type="checkbox"/> marcia <input type="checkbox"/> umore <input type="checkbox"/> terapia farmacologica
---	---

▪ Predisporre un piano di assistenza differenziato in base alla valutazione del rischio (**Vedi Allegato n. 3 Istruzioni per il personale**):

- Tenere in debita considerazione i risultati della valutazione del rischio caduta e dei bisogni assistenziali differenziati, nella fase di assegnazione dei pazienti nelle camere di degenza: Collocare il paziente a rischio di caduta vicino alla guardiola. Collocare il paziente con urgenza evacuativa vicino al bagno.
- Accompagnare i pazienti deambulanti a rischio di caduta periodicamente in bagno.
- Informare la persona assistita sulle strategie per ridurre le cadute in caso di vertigini o ipotensione: sedersi o stare seduti finché non ci si sente meglio o richiedere l'intervento del personale, cambiare posizione in maniera lenta, alzarsi lentamente per evitare instabilità ed in più fasi.
- Segnalare l'ipotensione ortostatica e porre attenzione alle patologie cardiache, in particolare le aritmie; insegnare a evitare la disidratazione e la vasodilatazione (es. bagno o doccia in acqua molto calda).
- Previa valutazione clinica, aiutare il paziente ad alzarsi dal letto il più presto possibile.
- Verificare le condizioni del paziente, controllare e gestire le sorgenti di dolore o le cause di agitazione.
- Valutare impedimenti o incertezze del paziente dovute a problemi facilmente risolvibili (es. mettere gli occhiali o l'apparecchio acustico, accendere la luce o altro prima di effettuare gli spostamenti, pannoloni non ben posizionati che possono muoversi durante la marcia).
- Correggere/gestire il soggetto se cammina a testa bassa, trascina i piedi, si appoggia ovunque con il rischio di tenersi a qualcosa di instabile, o se utilizza il bastone o le stampelle in modo sbagliato.
- Valutare e, se necessario, suggerire l'abbigliamento adeguato (calzature chiuse possibilmente con chiusura a velcro, della giusta misura con suola antiscivolo, abiti comodi, abbottonati sul davanti, pantaloni non lunghi ecc.).
- Se il paziente effettua terapia infusiva, qualora non sia necessario infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, programmare la somministrazione lasciando libero il periodo di riposo notturno.
- Favorire la presenza dei familiari.

Nei paragrafi che seguono si identificano gli interventi e le precauzioni possibili per i principali fattori di rischio individuale.

3.2.1 Il rischio iatrogeno

Il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci e la rivalutazione della terapia assunta dal soggetto può avere un effetto positivo sulla riduzione delle cadute.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 16 di 50</p>

- È opportuno pertanto che il medico di reparto valuti periodicamente la necessità e utilità di ogni farmaco prescritto, tenendo conto del rapporto rischio/beneficio anche per quanto riguarda il “rischio cadute”;
- è importante inoltre prestare particolare attenzione nel monitoraggio della prescrizione (adeguato dosaggio, modalità somministrazione) di alcune categorie farmacologiche che possono aumentare il rischio caduta del paziente (vedi scheda valutazione rischio caduta e all. n.10 “*Monitoraggio dei pazienti in terapia con farmaci che provocano alterazione dello stato psico – fisico e aumentano il rischio di caduta*”);
- per quanto riguarda le modalità di somministrazione, vanno evitate quelle che possono indurre comportamenti che aumentano il rischio di cadere. Ad esempio vanno valutati gli orari di somministrazione dei diuretici e, in particolare, l’effettiva necessità della somministrazione del diuretico dopo le ore 16, al fine di evitare frequenti alzate durante il riposo notturno.

3.2.2 L’anamnesi di precedenti cadute

Se il paziente dichiara di essere caduto negli ultimi tre mesi:

- Intensificare la supervisione nei confronti dei pazienti già caduti; ad esempio, nell’assegnazione della camera e/o del posto a tavola, porre attenzione alla vicinanza con i punti maggiormente presidiati dagli operatori;
- Accompagnare periodicamente in bagno i pazienti deambulanti a rischio di caduta.

3.2.3 I disturbi dell’equilibrio, instabilità posturale e andatura

L’accurata valutazione multi dimensionale da parte dell’intera equipe assistenziale, consente di:

- Individuare i pazienti che possono deambulare autonomi, anche con ausilio, oppure solo se assistiti, oppure con supervisione;
- individuare le cause osteoarticolari e/o muscolari e/o neurologiche e/o cardiovascolari, etc., che compromettono l’equilibrio e l’andatura;
- individuare l’idoneo ausilio per la deambulazione (se necessario), inserendo nel PAI l’assistenza o supervisione al cammino;
- ricercare una migliore postura seduta attraverso cuscini e sedie o carrozzine di giusta altezza (importanza dell’appoggio dei piedi a terra o alle pedane);
- verificare l’utilizzo di una calzatura adeguata, l’eliminazione di ostacoli lungo il percorso (sedie lontane dai tavoli, deambulatori in mezzo alle stanze, etc.) e la presenza dei corrimani necessari nei corridoi e nei bagni.

3.2.4 I deficit cognitivi e/o i disturbi comportamentali

La valutazione delle funzioni cognitive e della presenza di disturbi comportamentali deve essere parte integrante della Valutazione Funzionale Multidimensionale di ogni paziente all’ingresso e deve essere ripetuta periodicamente e secondo necessità.

- Individuare i pazienti che possono deambulare solo se assistiti o con supervisione;
- Favorire la presenza dei familiari;
- Provare strategie non farmacologiche per favorire il sonno (per esempio: fare assumere bevande rilassanti,

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 17 di 50</p>

creare un ambiente favorevole al riposo).

- Se il paziente ha la sindrome del “vagabondaggio” (wandering), se possibile, favorire la deambulazione nell’ambito di uno spazio senza barriere architettoniche e sorvegliato.

3.2.5 La riduzione del visus e/o dell’udito

- Verificare che gli ambienti siano adeguatamente illuminati durante il giorno;
- Garantire un’adeguata illuminazione ambientale notturna, sia negli spazi comuni che nelle camere, affinché i pazienti possano facilmente orientarsi nell’ambiente (per esempio, una piccola luce accesa nella stanza permette al paziente di individuare più facilmente gli ostacoli);
- Educare e facilitare il paziente nell’uso del “campanello” di chiamata, invitandolo a chiamare in caso di necessità.

3.2.6 Alterazioni dell’eliminazione urinaria e fecale

- Se il paziente deambulante è portatore di catetere vescicale, controllare che la sacca sia ben posizionata, in modo da non essere di intralcio al movimento del paziente;
- Privilegiare abiti comodi e facilmente gestibili da parte del paziente in caso di urgenza di eliminazione;
- Rendere facilmente accessibili i bagni, evitando di lasciare oggetti o carrozzine davanti alle porte;
- Se possibile, collocare il paziente con urgenza evacuativa vicino al bagno;
- Nello specifico, verificare periodicamente l’eventuale bisogno di recarsi in bagno ed accompagnare il paziente nel bagno;
- Controllare maggiormente i pazienti in terapia con diuretici e lassativi ed invitarli ad urinare subito prima del riposo notturno.

3.3 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 e se, in stazione eretta, compaiono vertigini, farlo sedere immediatamente prima di camminare; quindi, 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.

3.4 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 (allegato n. 6) e, in collaborazione con il fisioterapista, fornire l’addestramento necessario;

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 18 di 50</p>

- 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.

3.5 Il paziente pediatrico

E' necessario applicare raccomandazioni particolari:

- Indagine accurata e valutazione dello stato sociale del familiare/caregiver, che assiste il bambino (il degrado socio-ambientale può essere causa indiretta di carenza di attenzione della persona che assiste il bambino);
- È necessario che il bambino venga assistito da un genitore/caregiver maggiorenne, che non faccia uso di psicofarmaci e che non assuma più di 4 farmaci;
- E' necessario ricoverare in culla con sponde di protezione alte il bambino con età inferiore a 3 anni
- Sono necessari ausili per l'intrattenimento sicuro del bambino (seggioloni, recinti, sedie di altezza adeguata, scaletta a 3 gradini per facilitare l'accesso al letto).

3.6 Limitazione della contenzione

L'uso dei mezzi di contenzione viene prescritto:

- dal medico dopo la attenta valutazione multidisciplinare con gli altri operatori a tutela dei pazienti in stato confusionale cronico o acuto ad elevato rischio di caduta;
- dopo documentate e attente valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico;
- dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa.

Durante l'utilizzo dei mezzi di contenzione è necessario un monitoraggio attento dell'utente come previsto nella prescrizione. L'utilizzo dei mezzi di contenzione deve essere periodicamente rivalutato e richiede che motivazioni, tempi e presidi siano annotati su appositi moduli di prescrizione che vanno conservati nella cartella sanitaria (all. n. 6 Acquisizione del consenso informato).

4. GESTIONE DEL SOGGETTO CADUTO (paziente ricoverato, ambulatoriale o visitatore)

FASI:

- Primo soccorso;
- Valutazione clinica/danno, prescrizione indagini e farmaci;
- Interventi assistenziali sul paziente caduto;
- Attuazione di interventi preventivi.

AZIONI:

- Valutare immediatamente il paziente caduto in occasione dell'evento, prima ancora di procedere alla mobilitazione (*infermiere*);
- Avvertire immediatamente il medico di reparto/ambulatorio (*infermiere*);
- Accertare la presenza di ferite, lesioni, aree di dolore, trauma cranico, ematomi e/o deformazione dei vari

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 19 di 50</p>

segmenti corporei suggestivi di fratture (*medico e infermiere*);

- Verificare lo stato di coscienza (agitato/saporoso, orientato/disorientato) e procedere all'esame obiettivo: Se il paziente è orientato, chiedere se lamenta dolore e in quale punto corporeo specifico, se riesce a muovere gli arti, se lamenta parestesie e formicolii. Utilizzare la Glasgow Coma Scale in caso di trauma cranico;
- Applicare il protocollo BLSD in caso di perdita di coscienza (*medico e l'infermiere*);
- Riportare il paziente nella posizione corretta (a letto o in sedia) e tranquillizzare il paziente (*infermiere*);
- Chiedere al paziente informazioni sulla dinamica della caduta e sulla parte del corpo interessata (*medico e l'infermiere*);
- Procedere, se necessario, alla prescrizione di esami, indagini e terapia farmacologica (*medico*);
- Registrare nella documentazione sanitaria i parametri vitali (TC, FC, FR, PAO, Sat O2), stato di coscienza (orientato - disorientato - agitato - soporoso), nonché l'evento, documentando le circostanze della caduta relativamente al luogo, all'orario, alla attività svolta (*medico e infermiere*);
- Predisporre il paziente a eventuali accertamenti prescritti (radiografie, visite specialistiche, ecc.) e Somministrare l'eventuale terapia farmacologia prescritta (*infermiere*);
- Avvisare i familiari del paziente o il tutore, fornendo tutte le informazioni circa le circostanze dell'evento, i rilievi effettuati e le azioni intraprese, nel rispetto delle indicazioni fornite;
- Follow-up: Osservare la persona per le complicanze tardive nel caso di trauma cranico o frattura (Medico e Infermiere);
- Documentare le azioni di follow-up: Registrare tutti i dati dei parametri vitali e stato di coscienza (Medico e Infermiere);
- Segnalare l'evento: L'infermiere e il medico, testimoni diretti o indiretti della caduta del paziente, sono tenuti a segnalare l'evento comunicando i dati relativi alla modalità della caduta, ai fattori di rischio del paziente, alle conseguenze riportate nella caduta, agli interventi effettuati. Tale comunicazione va inoltrata alla Direzione della struttura su apposita scheda di segnalazione, compilando ciascuno la parte di competenza, (allegato n. 7 e allegato n.8) alla UOC Risk Management e alla UOC Affari Generali;
- Prevedere programma educazione alla prevenzione della caduta in ambito domestico: Il paziente caduto è da ritenere a rischio di ulteriore caduta e per tale ragione nel piano di dimissione prevedere per la persona assistita ed i suoi familiari/caregiver un programma di educazione alla prevenzione delle cadute in ambito domestico, che contempli la verifica su presenza di ostacoli o pericoli modificabili ed eventualmente l'installazione di dispositivi che rendano più sicuro l'ambiente di vita;
- Informare sulle modalità di mobilizzazione in caso di ipotensione ortostatica: far alzare lentamente il paziente seduto, e se, in stazione eretta, compaiono vertigini, farlo sedere immediatamente prima di camminare, far alternativamente flettere i piedi e spostare il proprio peso, dondolando dopo i pasti, se insorge ipotensione postprandiale, invitare il paziente a riposare prima di camminare. Attivare nei casi più gravi servizi di assistenza e supporti sociali atti ad attenuare i disagi causati da povertà ed esclusione.

se si tratta di pazienti ricoverati:

- documentare le circostanze della caduta, relativamente alle modalità, condizioni, sede, orario, tipo di calzatura, etc.;
- Informare la famiglia;

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 20 di 50</p>

- osservare la persona per eventuali complicanze tardive, specie nel caso di traumi cranici o di fratture;
- compilare la scheda di segnalazione della caduta (allegato 7);
- raccogliere eventuali testimonianze;
- inviare copia della scheda di segnalazione alla DSP che provvederà ad inoltrarla al Risk Management e all'U.O. Affari Generali;
- documentare nella cartella clinica tutte le azioni intraprese (diagnostiche e terapeutiche) e di follow-up; pianificare ed attuare misure specifiche atte ad eliminare o ridurre i fattori di rischio.

se si tratta di pazienti ambulatoriali:

- compilare la scheda di segnalazione della caduta (allegato 8) e trasmetterla secondo procedura
- valutare la necessità di accompagnare il paziente ambulatoriale caduto al Pronto Soccorso ovvero fornire al soggetto e/o all'accompagnatore indicazioni per recarsi al Pronto Soccorso

se si tratta di visitatori:

valutare la necessità di accompagnare il visitatore al Pronto Soccorso ovvero fornire al visitatore e/o all'accompagnatore indicazioni per recarsi al Pronto Soccorso.

Attenzione: il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriore caduta!

Cadute accidentali occorse a pazienti in regime di ricovero

Il personale di assistenza:

- chiamerà tempestivamente il medico di guardia che presterà tutte le cure del caso al paziente registrandole in cartella clinica, come per ogni altro trattamento sanitario;
- compilerà la *scheda di segnalazione delle cadute del paziente ricoverato* (allegato 7) nella prima sezione - dedicata all'infermiere intervenuto - trascriverà i dati anagrafici, le patologie concomitanti e gli stati morbosi, le terapie assunte e dichiarerà quanto visto;
- acquisirà anche dal paziente, ove le condizioni dello stesso lo permettano e vi sia memoria dell'accaduto, informazioni circa la dinamica dell'evento, le attività svolte dallo stesso prima della caduta, i sintomi precedenti la caduta.

Il medico di guardia:

- compilerà la seconda sezione della scheda indicando le eventuali lesioni riportate, le indagini diagnostiche e strumentali eseguite, gli esiti delle stesse e i trattamenti terapeutici posti in atto.

Il medico di guardia è tenuto altresì ad ottemperare all'obbligo del referto unicamente nei casi di morte o lesione personale per cui si possa supporre responsabilità di terzi perseguibili dall'Autorità Giudiziaria (Obbligo di Referto: art. 334 CPP; Omissione di referto: art. 365 Codice Penale).

- Il personale sanitario dovrà far compilare e sottoscrivere al paziente, ove lo stesso sia in grado di intendere e volere, la sezione dedicata alla dichiarazione resa dall'infortunato descrivendo le dinamiche della caduta

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 21 di 50</p>

e dichiarando le generalità degli eventuali testimoni presenti.

- Qualora il paziente non sia in grado di scrivere, lo stesso dovrà dettare la sua dichiarazione al personale di reparto e siglare la stessa, dopo averla attentamente letta, in presenza del medico di guardia.
- Qualora il paziente non sia cosciente oppure non sia in grado di intendere o di volere la sua dichiarazione verrà omessa.
- Qualora il paziente non sia in grado di scrivere o leggere la dichiarazione verrà resa successivamente alla presenza dell'Assistente Sociale o del Coordinatore Infermieristico.
- Sarà cura del personale di assistenza far compilare e sottoscrivere le sezioni dedicate alle dichiarazioni rese da eventuali testimoni.
- Il Coordinatore Infermieristico avrà cura di verificare che la *scheda di segnalazione* (allegato 7) sia compilata in ogni sua parte, conservare l'originale nella cartella clinica ed inviare copia della stessa alla DSP, entro tre giorni, corredata della *lettera di accompagnamento* (allegato 9) e dell'eventuale *referto* (allegato 10). La DSP provvederà ad inoltrarla alla UOC Risk Management ed all'UOC Affari Generali.

Cadute accidentali occorse a pazienti ambulatoriali

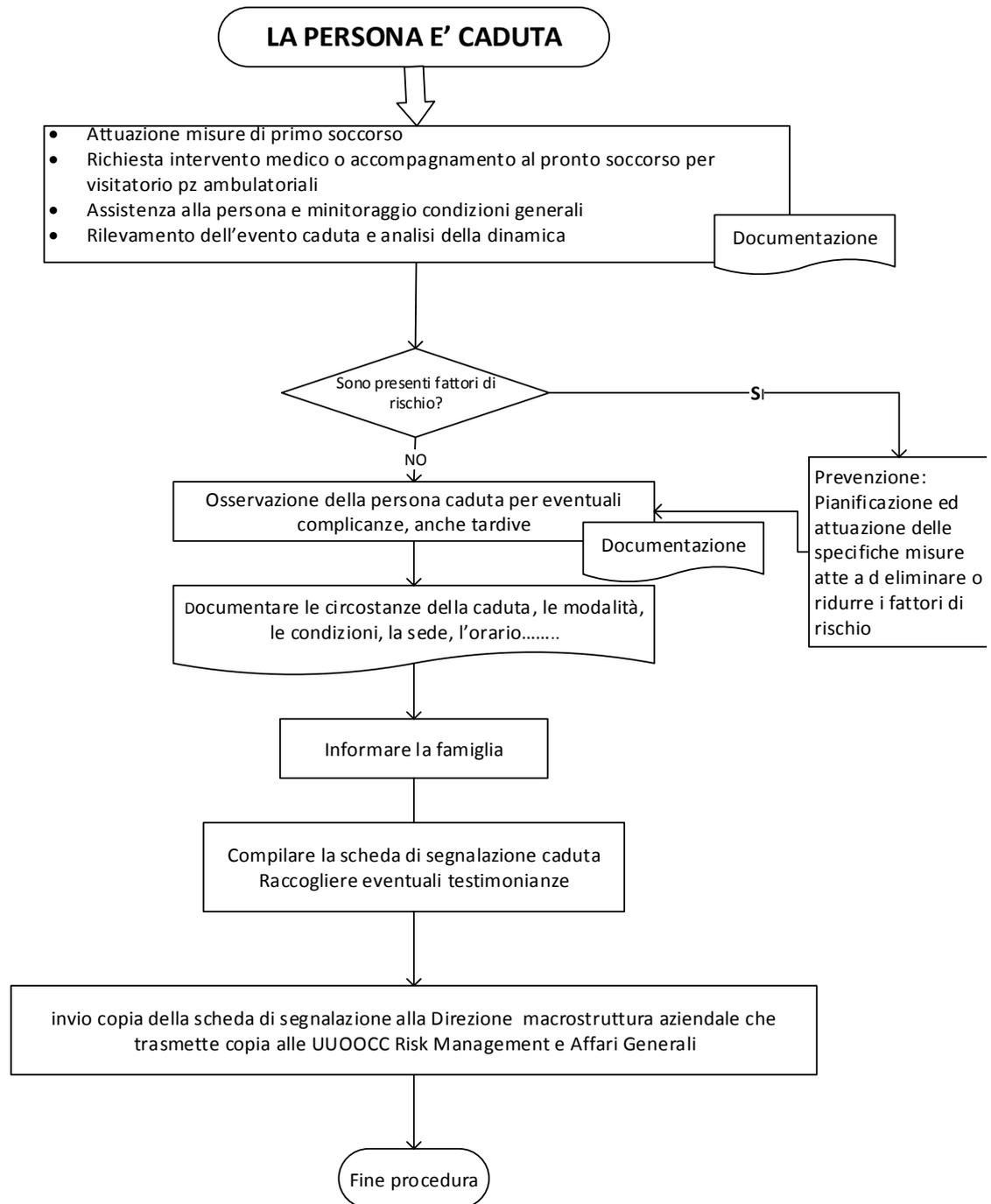
- **Il personale dipendente**, testimone della caduta, presta i primi soccorsi e valuta, insieme al medico, l'eventuale necessità di accompagnare il paziente in Pronto Soccorso per le cure del caso ovvero di fornire al paziente e/o all'accompagnatore indicazioni per recarsi presso il Pronto Soccorso.
- Restano invariati gli obblighi di compilazione della *scheda di segnalazione delle cadute accidentali del paziente ambulatoriale* (allegato 8) a carico del **personale sanitario dell'ambulatorio** in cui si verifica la caduta.
- **Il Coordinatore Infermieristico del Pronto Soccorso** avrà cura di verificare che la scheda sia compilata in ogni sua parte e di inviarla alla Direzione Sanitaria Presidiale/Distretto.
- Il medico di guardia è tenuto altresì ad ottemperare all'obbligo del referto unicamente nei casi di morte o lesione personale per cui si possa supporre responsabilità di terzi perseguibili dall'Autorità Giudiziaria (Obbligo di Referto: art. 334 CPP; Omissione di referto: art. 365 Codice Penale).

Cadute accidentali occorse a visitatori

- Qualora un visitatore/accompagnatore cada all'interno del perimetro ospedaliero, o di altra struttura aziendale, e si rechi in Pronto Soccorso per le cure del caso, il medico di turno avrà cura di raccogliere l'anamnesi sulle modalità dell'infortunio e far firmare all'infortunato la cartella di Pronto Soccorso.
- Il medico di Pronto Soccorso è tenuto altresì ad ottemperare all'obbligo del referto unicamente nei casi di morte o lesione personale per cui si possa supporre responsabilità di terzi perseguibili dall'Autorità Giudiziaria (Obbligo di Referto: art. 334 CPP; Omissione di referto: art. 365 Codice Penale).
- Il Coordinatore Infermieristico del Pronto Soccorso deve inviare copia della cartella di Pronto Soccorso, unitamente alla *lettera di accompagnamento* (allegato 9) ed eventuale *referto* in Direzione Sanitaria Presidiale/Distretto/Dipartimento, entro 3 giorni dalla caduta.

<p>regione campania asnapoli3sud</p> <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 22 di 50</p>

Flow chart caduta



 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 23 di 50</p>

BIBLIOGRAFIA/NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Costituzione italiana, 1948, art.13; art.32.
- Codice penale italiano, R.D. 18 ottobre 1930, art.: 51, 54, 572, 586, 589, 590, 591, 605, 610
- Ministero della Salute, Raccomandazione N.13 sulla Prevenzione degli Eventi Sentinella, 2011): Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (www.salute.gov.it);
- Codice Deontologico dell’Infermiere, 2009;
- Codice di Deontologia Medica, 2014;
- Virdis, E. Mara, M. Iavarone, S. Zanda “La prevenzione delle cadute in Ospedale: progetto dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari”, Annali di Igiene, 2012, Vol. 24: pag. 249-259 Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti In ospedale, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari
- Osservatorio Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti, Progetto AOU di Sassari, 2012. Agenas (www.agenas.it);
- Anderson O, Boshier PR, Hanna GB, Interventions designed to prevent healthcare bed-related injuries in patients (Review), The Cochrane Library, 2012, Issue 3;
- Conley D, Schultz AA, Selvin R. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. MEDSURG Nurs 1999; 8: 348-354;
- P. Chiari, D. Mosci, S. Fontana. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. In Assistenza infermieristica e ricerca. Vol. 21 N°3, Il Pensiero Scientifico Editore – 2002;
- 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;
- Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review. Int J Nurs Pract 2001; 7: 38-45.
- 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,;
- 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;
- Best Practice Guidelines per Ospedali australiani, residenziali Aged Care Facilities e Community Care 2009;
- Bandolier 27 Index [May 1996] <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band27/b27-2.html> ;
- <http://www.epicentro.iss.it/problemi/domestici/rischicaduteanziani.asp#interventi>;

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 24 di 50</p>

- Decreto Dirigenziale n. 48 del 03/07/2017: “PIANO REGIONALE CADUTE. DOCUMENTO D'INDIRIZZO PER LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE DELLA CAMPANIA”.

SEGNALAZIONE DELLE CADUTE

In linea a quanto previsto per la segnalazione degli eventi avversi (deliberazione n. 452 del I luglio 2014), tutte le cadute devono essere segnalate indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno al paziente.

Scheda di segnalazione di caduta - modalità di invio della scheda

Quando compilare la scheda:

Devono essere segnalate tutte le cadute che avvengono nelle UU.OO., anche quando non hanno determinato alcun danno al paziente, utilizzando preferibilmente una scheda di descrizione delle cadute (allegato n.7/N.8), che sarà inserita nella cartella del paziente.

Chi compila la scheda:

La responsabilità di compilare la scheda è del medico e dell'infermiere di turno. La prima parte è di competenza infermieristica e riguarda la dinamica dell'evento, il luogo, l'ora, il meccanismo di caduta, la modalità di caduta, i testimoni presenti; deve essere firmata dall'infermiere. Per la compilazione della segnalazione è importante raccogliere informazioni complete avvalendosi per la descrizione della dinamica dei resoconti:

- del paziente (se possibile);
- di altro/i pazienti che abbiano assistito alla caduta;
- di qualsiasi altro testimone (parente, personale di altri reparti).

La seconda sezione è di pertinenza medica e riguarda la conseguenza della caduta (con o senza danno), il tipo di danno, gli accertamenti diagnostici richiesti, i trattamenti terapeutici effettuati, la terapia farmacologica in atto, l'eventuale necessità di follow-up e deve riportare la firma del medico

Trasmissione scheda:

Una copia della scheda sarà trasmessa alla Direzione Medica di Presidio/Distretto come documento di denuncia dell'evento.

Sarà cura della Direzione Medica trasmettere una copia della scheda di segnalazione, eventualmente con una relazione dell'esito dell'indagine eseguita, all'U.O.C. Risk Management e alla U.O.C. Affari Generali.

Tale segnalazione attiverà poi un processo a sé stante finalizzato all'analisi e alla prevenzione dei rischi di cadute. Compete alla Direzione Sanitaria la valutazione sull'opportunità di trasmissione delle segnalazioni all'Ufficio Legale per la denuncia cautelativa di sinistro alla compagnia assicuratrice e sulla necessità di attivare un'indagine interna.

Questo tipo di segnalazione consentirà di effettuare le opportune valutazioni anche in merito alla necessità di segnalazione del fatto come. Evento Sentinella secondo le modalità previste dal SIMES (*Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità*).

Le segnalazioni sono di estrema utilità alla Direzione Sanitaria per apprendere quali fattori di rischio contribuiscono maggiormente al fenomeno e attuare di conseguenza interventi mirati di riduzione del rischio.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 25 di 50</p>

REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente Procedura sarà oggetto di revisione periodica, che dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda o evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Al fine di migliorare la Procedura nella pratica clinica, gli operatori sanitari coinvolti sono invitati a fornire suggerimenti e commenti, all'indirizzo di posta elettronica:

riskmanagement@asnapoli3sud.it; riskmanagement@pec.asnapoli3sud.it

ARCHIVIAZIONE

L'archiviazione del documento cartaceo viene effettuata dal Direttore/Responsabile della U.O. C. e dal Coordinatore Infermieristico/Tecnico in luogo accessibile a tutti gli operatori afferenti alla Struttura, presso tutte le UU.OO coinvolte.

La procedura sarà resa disponibile nell' Area documentazione della U.O.C. Risk Management.

Le funzioni interessate possono a loro volta pubblicare la procedura sul sito aziendale nella relativa area di competenza.

VERIFICA/INDICATORI DI MONITORAGGIO

Tutte le attività intraprese per la prevenzione cadute sono monitorate e sottoposte a verifica costante con l'utilizzo di diversi strumenti:

- Verifica iniziale, intermedia e finale dell'adesione operativa alle tecniche proposte, attraverso strumenti come l'Audit.
- Monitoraggio del rispetto delle procedure con indagini sul "campo".
- Indicatori di processo e di esito.

OSPEDALE:

1. Numero pazienti effettivamente caduti in ospedale / numero giornate di degenza per pazienti ricoverati
2. Numero di schede di valutazione del rischio di caduta presenti nelle cartelle x 100 / Numero totale di cartelle cliniche valutate di pazienti eleggibili

TERRITORIO

1. Numero pazienti caduti / Numero visite ambulatoriali

 Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone		
PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE	Marzo 2018	Rev. 0	Pagina 26 di 50

Allegato N. 1

CHECK LIST VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE (da DGRC n.48/2017)

U.O. _____ Cartella N. _____

Età : ____ Rilevazione : data _____ ore: _____

Accettazione
 Entro 48 ore dal ricovero
 6/7 giorni dal ricovero
 Alla dimissione

Età ≥65 anni SI NO

DATI ANAMNESTICI E TERAPIE FARMACOLOGICHE	INGRESSO		72 H		...		...		Dimissione/ Trasferimento	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<i>DATA COMPILAZIONE</i>	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Disturbi apparato locomotore	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi neurologici	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alterazioni vista	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Disturbi uditivi	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Confuso, Agitato, Disorientato	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Assume almeno uno di questi farmaci:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
sedativi, ansiolitici, antidepressivi, diuretici, barbiturici, antiaritmici, antimicotici										

Scala di Conley	SI	NO
E' caduto nel corso degli ultimi 3 mesi?	2	0
Ha accusato vertigini o capogiri negli ultimi 3 mesi?	1	0
E' capitato che perdesse urine o feci mentre si recava in bagno?	1	0
Presenta compromissione della marcia (passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile)?	1	0
Presenta agitazione psicomotoria (eccessiva attività motoria, anche non finalizzata e associata ad irrequietezza)?	2	0
Presenta un deterioramento della capacità di giudizio/ mancanza del senso del pericolo?	3	0
TOTALE	_____/10	

PAZIENTE A RISCHIO MAGGIORE¹ SI NO Previste misure preventive personalizzate SI NO

Se si barrare una o più caselle per indicare quale/i intervento/i da effettuare, tra quelli riportati nell'elenco seguente, (NB. L'azione o le azioni intraprese vanno riportate anche nel Piano Assistenziale Individuale - PAI)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

¹ se almeno un si nei campi anamnesi e terapia o punteggio totale Conley superiore a 2/10

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 27 di 50</p>

Al fine di personalizzare l'intervento di prevenzione, in aggiunta alle misure preventive universali e a quelle standard, possono essere messe in atto le misure di seguito riportate, selezionandole in base alle caratteristiche del singolo paziente:

1. *Proporre o consentire ai familiari/caregiver di stare vicini al paziente fino a nuova rivalutazione, al fine di evitare che il paziente effettui spostamenti senza la dovuta sorveglianza (es.: chiamare il personale, aiutare il paziente in alcuni spostamenti, etc);*
2. *Incrementare la sorveglianza del paziente e favorire, se possibile, il collocamento del paziente in stanze vicino al locale infermieri;*
3. *Posizionare il paziente in un letto ad altezza variabile, posizionandolo ad altezza minima, assicurandosi che i freni siano bloccati, ove possibile;*
4. *Utilizzare le spondine non contenitive, se presente rischio di rotolamento;*
5. *Porre i pazienti con urgenze evacuative vicino al bagno, ove possibile;*
6. *Invitare i pazienti, in particolare coloro che assumono lassativi e/o diuretici, ad andare in bagno accompagnati ad intervalli regolari, per evitare le urgenze evacuative;*
7. *Assistere o supervisionare il paziente durante l'igiene personale;*
8. *Fornire e utilizzare ausili per la deambulazione idonei alla persona qualora necessari;*
9. *Valutare l'opportunità di attivare la collaborazione del fisioterapista, per migliorare la mobilità del paziente, se si intravedono margini di miglioramento;*
10. *Gestire i disturbi cognitivo-comportamentali e attivare il medico per eventuali interventi mirati;*
11. *Verificare l'uso dei corpetti a scopo posturale (non scopo contenitivo), nelle UU.OO. di riabilitazione.*

Compilato da: _____
L'infermiere compilatore

P.S. Tale scheda è da intendersi parte integrante della documentazione sanitaria del paziente

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 28 di 50</p>

Allegato N. 2

GET-UP-AND-GO TEST (TEST “ALZATI E CAMMINA”)

Questo test si basa sulla capacità del paziente di alzarsi da una sedia ed assumere una posizione eretta. Il punteggio del test va da 0 a 4. Per valutare la capacità del paziente di alzarsi, l’infermiere deve far sedere su una sedia o sul lato del letto il paziente con le mani appoggiate sulle cosce e chiedere di alzarsi: il paziente che è in grado di alzarsi con un unico movimento senza l’utilizzo delle mani e di fare qualche passo ottiene un punteggio di 0; il paziente che si alza con una sola spinta delle mani ha un punteggio di 1; il paziente che ha bisogno di più tentativi per alzarsi appoggiandosi al letto, al deambulatore o ai braccioli della sedia, ma in ultima analisi è in grado di alzarsi ha un punteggio di 3; un paziente che non è in grado di alzarsi senza aiuto riceve un punteggio di 4.

Se il paziente ha vertigini o deficit di equilibrio è sempre consigliabile che il test sia effettuato da 2 operatori per supportare il paziente durante la prova.

Il paziente si alza con un unico movimento	<input type="checkbox"/>	0
Il paziente si alza con una sola spinta delle mani	<input type="checkbox"/>	1
Il paziente necessita di più tentativi per alzarsi o ha bisogno di qualche ausilio	<input type="checkbox"/>	3
Il paziente non è in grado di alzarsi senza aiuto (oppure c’è una prescrizione medica che definisce la stessa cosa e/o si prescrive riposo assoluto a letto)	<input type="checkbox"/>	4

Se il paziente avrà un punteggio di 3 o 4 dovrà essere considerato ad alto rischio caduta.

Allegato N. 3

ISTRUZIONI PER IL PERSONALE

PAZIENTE A BASSO RISCHIO	PAZIENTE A MEDIO RISCHIO	PAZIENTE AD ALTO RISCHIO
Mostrare alla persona la stanza di degenza, il bagno e il reparto. Mostrare come si usa il campanello.	Mostrare alla persona la stanza di degenza, il bagno e il reparto. Mostrare come si usa il campanello.	Collocare la persona nella camera e nel posto letto idoneo. Valutando le distanze e lo spazio nella camera. Mostrare come si usa il campanello.
Garantire un'adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte.	Garantire un'adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte, vicino al letto e al bagno.	Garantire un'adeguata illuminazione per aumentare la visibilità durante la notte. Se possibile far posizionare luci con accensioni automatiche vicino al letto e al bagno.
Assicurare l'ordine nella stanza, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire intralcio per i pazienti.	Assicurare l'ordine nella stanza, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire intralcio per i pazienti.	Assicurare l'ordine nella stanza, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire intralcio per i pazienti.
Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi, far pulire immediatamente i pavimenti sporchi di liquidi.	Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi, far pulire immediatamente i pavimenti sporchi di liquidi	Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi, far pulire immediatamente i pavimenti sporchi di liquidi
	Selezionare sedie che abbiano braccioli e altezza adeguata, per facilitare al paziente di sedersi ed alzarsi.	Selezionare sedie che abbiano braccioli e altezza adeguata, per facilitare al paziente di sedersi ed alzarsi in presenza di un familiare o di un caregiver.
	Prestare particolare attenzione durante lo spostamento del paziente dal letto alla barella, dal letto alla sedia.	Prestare particolare attenzione durante lo spostamento del paziente dal letto alla barella, dal letto alla sedia. Se necessario posizionare e utilizzare le sponde lungo il letto. Abbassare il letto il più possibile e considerare la possibilità di posizionare un materasso per terra se il paziente è particolarmente confuso
	Rendere stabile il mobilio, assicurando che i freni del letto siano bloccati.	Rendere stabile il mobilio. Se il paziente è in stato confusionale, posizionarlo su un letto basso (se disponibile) e assicurare che i freni del letto siano bloccati.

 Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone		
PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE	Marzo 2018	Rev. 0	Pagina 30 di 50

Allegato N. 4

SCHEDA VALUTAZIONE RISCHI AMBIENTALI: DISPOSITIVI/PRESIDI

A cura del Coordinatore Infermieristico di Reparto

U.O. _____ Data Rilevazione ____/____/____

DISPOSITIVI/PRESIDI	SI	NO	OSSERVAZIONI/AZIONI DI MIGLIORAMENTO
BASTONI/STAMPELLE/TRIPODI			
Regolabili in altezza	SI	NO	
DEAMBULATORI			
Bassi o alti secondo il caso, con o senza cestino e sedile e quattro ruote	SI	NO	
Poco ingombranti	SI	NO	
SEDIA A ROTELLE			
Ruote posteriori grandi e schienale inclinabile	SI	NO	
Possibilità inserimento tavola per il pasto	SI	NO	
Freni/ruote efficienti e agevolmente comandati	SI	NO	
Braccioli removibili	SI	NO	
Poggiapiedi funzionanti ed estraibili	SI	NO	
Buona manovrabilità	SI	NO	
Larghezza seduta <70cm	SI	NO	
Profondità 43 - 45 cm (per le carrozzine non portatili)	SI	NO	
Schienale basso (altezza cm 90-92 da terra max 95 cm)	SI	NO	
Sistema di ancoraggio con cinture	SI	NO	
Presenza carrozzine basculanti	SI	NO	
BARELLE			
Regolabili in altezza	SI	NO	
Spondine adattabili in altezza e bloccabili all'altezza desiderata	SI	NO	
Ruote/freni efficienti	SI	NO	

GRADINO REMOVIBILE PER APPOGGIO PIEDE IN CASO NON VI SIANO LETTI REGOLABILI IN ALTEZZA			
Superficie antiscivolo	SI	NO	
Pedana sufficiente	SI	NO	
Piedini antiscivolo	SI	NO	
ASTA PER FLEBO			
Integrata con il letto	SI	NO	
Base stabile con più di cinque piedini	SI	NO	
Ruote efficienti	SI	NO	
Regolabile in altezza	SI	NO	
AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI			
Sollevatori elettrici con base allargabile e con altezza adeguata per il passaggio sotto il motore elettrico del letto con valido sistema di sicurezza e imbracatura affidabile di varie misure e con braccio abbassabile fino a sollevare una persona da terra	SI	NO	
Tutori per evitare l'atteggiamento flesso degli arti inferiori	SI	NO	
Tavolette rotanti per spostamenti tra letto e carrozzina	SI	NO	
Cinture per pazienti spaventati o molto pesanti	SI	NO	
Tavole di trasferimento rigide	SI	NO	
Teli di trasferimento per passaggi laterali stessa altezza	SI	NO	
Cuscini sagomati per posizionamento paziente	SI	NO	
Trapezio ai letti	SI	NO	
Ausili disponibili in reparto	SI	NO	
Ripostiglio/magazzino dedicati	SI	NO	
Ausili in numero sufficiente	SI	NO	
Efficienti	SI	NO	
CAMERE			
Assenza di tappeti	SI	NO	
Pavimenti asciutti e senza cera	SI	NO	
	SI	NO	
LETTI			
Elettrici regolabili in altezza (o con sistema a pedale) con piano abbassabile fino a pochi cm da terra	SI	NO	

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 32 di 50</p>

Possibilità di inserire sponde o semi sponde	SI	NO	
Possibili ausili per il paziente per girarsi	SI	NO	
POLTRONE			
Reclinabili ed allungabili	SI	NO	
SEGNALATORI			
	SI	NO	
COMODINO			
Presenza di tavolo servitore	SI	NO	
Piano di appoggio adeguato, regolabile in altezza e girevole	SI	NO	
Ruote/freni efficienti	SI	NO	

Nome e Cognome Rilevatore _____

Firma del Rilevatore _____

Consegnata al Rischio Clinico in data _____

Allegato N. 5

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI/STRUTTURALI

A cura di: Direzioni UU.OO con il supporto del Servizio Tecnico Aziendale

U.O. _____

Data Rilevazione ____/____/____

AMBIENTI	SI	NO	OSSERVAZIONI/AZIONI DI MIGLIORAMENTO
PAVIMENTI			
Non scivolosi	SI	NO	
Assenza di dislivelli	SI	NO	
Assenza di ostacoli (arredi, ausili, o altro ingombrante)	SI	NO	
Assenza di buche e avvallamenti	SI	NO	
Presenza di cartello di pericolo durante le operazioni di lavaggio	SI	NO	
CORRIDOI			
Corrimano	SI	NO	
Illuminazione diurna sufficiente	SI	NO	
Illuminazione notturna che permetta una buona visione	SI	NO	
Assenza di ostacoli ingombranti	SI	NO	
Larghezza che permette di muoversi agevolmente	SI	NO	
SCALE			
Corrimano preferibilmente sui due lati o almeno da un lato	SI	NO	
Gradini dotati di antiscivolo	SI	NO	
Illuminazione diurna sufficiente	SI	NO	
Illuminazione notturna che prevede una buona visione	SI	NO	
Uscite di sicurezza con allarmi funzionanti	SI	NO	
CAMERE			
Dimensione minima rispettata	SI	NO	
Apertura porta verso l'esterno	SI	NO	
Illuminazione diurna sufficiente	SI	NO	
Illuminazione notturna che permette una buona visione	SI	NO	

Interruttori accessibili e visibili al buio	SI	NO	
Luci personali sulla testata del letto	SI	NO	
Luci notturne percorso camera-bagno	SI	NO	
Mobilio stabile e ordinato	SI	NO	
Assenza di spigoli sporgenti	SI	NO	
Assenza di fili elettrici mal posizionati	SI	NO	
Maniglioni dove servono per la deambulazione del paziente	SI	NO	
BAGNI			
Dimensione minima rispettata con spazi adeguati all'ingresso e alle manovre della carrozzina	SI	NO	
Apertura della porta verso l'esterno	SI	NO	
Interruttori accessibili e visibili al buio	SI	NO	
Illuminazione diurna sufficiente	SI	NO	
Illuminazione notturna che permette una buona visione	SI	NO	
Specchi accessibili a chi è seduto	SI	NO	
Doccia/vasca con dotazione di ausili	SI	NO	
Doccia con piano-sedile inclinato antiscivolo ribaltabile a muro	SI	NO	
Campanelli di chiamata raggiungibili dalla doccia e dai sanitari	SI	NO	
Alzavate e maniglioni ribaltabili	SI	NO	
Rubinetti con leve lunghe per facilitare l'apertura e la chiusura	SI	NO	
Doccetta inserita sul davanti della tazza di ceramica del water (o altro sistema laterale)	SI	NO	
Tappetini antiscivolo sicuri (con sistema di fissaggio)	SI	NO	

Nome e Cognome Rilevatore _____

Firma del Rilevatore _____

Data di verifica azioni correttive _____

Allegato N. 6

**CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI SPONDE DI PROTEZIONE O DI ALTRI MEZZI DI
PROTEZIONE E TUTELA PERSONALE**

U.O. _____

Il/la sottoscritto/a _____

dichiara di essere stato informato/a in modo dettagliato, comprensibile e completo, nel corso di un colloquio con il
Dr. _____

sulla necessità che vengano posizionate le sponde al letto: l'esigenza di ricorrere all'uso di sponde è dovuta alla concreta
possibilità che in assenza di esse il paziente possa cadere dal letto. Data di inizio _____ Orario di
utilizzo _____

sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

Presidio (specificare) _____ Data di inizio _____ Orario di utilizzo _____

Al fine di _____

Dichiaro di essere soddisfatto delle informazioni ricevute e che le stesse sono state da me effettivamente comprese.

Dichiaro inoltre di avere ottenuto adeguate risposte ai chiarimenti richiesti.

Reso edotto delle indicazioni e delle modalità di utilizzo nonché dei possibili effetti collaterali,

Acconsente ()

Non acconsente ()

all'utilizzo dei mezzi di protezione e tutela personale individuati

**Dichiara inoltre di essere stato informato che variazioni della tipologia dei mezzi di protezione e tutela personale
utilizzati oppure del loro orario di utilizzo renderanno necessaria la sottoscrizione di un nuovo consenso.**

Firma del paziente o del tutore/legale rappresentante _____

Firma del medico _____

Data _____

Allegato N. 7

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE RICOVERATO

(Originale in cartella, inviare copia alla direzione sanitaria entro tre giorni dall'evento)

P.O./Altra Struttura Sanitaria _____ U.O. _____ Data evento "caduta" ____ / ____ / ____ ora ____ : ____ NOME _____ COGNOME _____ nato il: ____ / ____ / ____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Reparto _____ Data Ricovero _____ Diagnosi di Accettazione _____		
Prima parte 1) Precedenti cadute durante l'attuale ricovero <input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> 2° caduta <input type="checkbox"/> 3° caduta <input type="checkbox"/> più di 3 2) Luogo della caduta <input type="checkbox"/> stanza <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> scale <input type="checkbox"/> corridoio <input type="checkbox"/> salone <input type="checkbox"/> spazi esterni <input type="checkbox"/> altro _____ 3) Modalità della caduta <input type="checkbox"/> caduto da posizione eretta <input type="checkbox"/> caduto da seduto: <input type="checkbox"/> comoda <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> sedia/poltrona <input type="checkbox"/> caduto dal letto: <input type="checkbox"/> con spondine <input type="checkbox"/> senza spondine <input type="checkbox"/> caduto dalla barella <input type="checkbox"/> altro _____ 4) Meccanismo della caduta <input type="checkbox"/> inciampato <input type="checkbox"/> scivolato <input type="checkbox"/> perdita forza/cedimento <input type="checkbox"/> perdita equilibrio <input type="checkbox"/> capogiro/svenimento <input type="checkbox"/> disorientato/agitato <input type="checkbox"/> non rilevabile <input type="checkbox"/> altro _____ 5) Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo <input type="checkbox"/> camminava <input type="checkbox"/> da/verso il bagno <input type="checkbox"/> in stanza <input type="checkbox"/> in corridoio <input type="checkbox"/> scendeva dal letto <input type="checkbox"/> saliva sul letto <input type="checkbox"/> si stava alzando o sedendo dalla <input type="checkbox"/> sedia <input type="checkbox"/> poltrona <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> comoda <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa <input type="checkbox"/> scivolava dalla <input type="checkbox"/> sedia <input type="checkbox"/> poltrona <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> comoda <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> stava utilizzando la toilette <input type="checkbox"/> stava effettuando l'igiene personale	<input type="checkbox"/> si stava vestendo o svestendo <input type="checkbox"/> scivolava su pavimento <input type="checkbox"/> asciutto <input type="checkbox"/> bagnato <input type="checkbox"/> stava raggiungendo il campanello di chiamata <input type="checkbox"/> stava dormendo e/o cambiando posizione <input type="checkbox"/> durante movimentazione assistita <input type="checkbox"/> non rilevabile <input type="checkbox"/> altro _____ 6) Il paziente riferisce di: <input type="checkbox"/> essersi reso conto che stava cadendo essersi ritrovato in terra senza sapere come e perché <input type="checkbox"/> Non riferisce nulla (stato confusionale, agitazione psicomotoria, stato soporoso) 7) Il paziente riferisce che prima di cadere ha avuto i seguenti sintomi: <input type="checkbox"/> Il paziente non riferisce sintomi <input type="checkbox"/> Stordimento <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/> Palpitazioni <input type="checkbox"/> Difficoltà di esprimersi <input type="checkbox"/> Debolezza o torpore alle gambe o parti del corpo <input type="checkbox"/> Vertigine <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratorie 8) Il paziente ha memoria dell'accaduto: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parziale 9) Il paziente ha perso conoscenza: <input type="checkbox"/> Sì, per quanto tempo <input type="checkbox"/> NO 10) Testimoni presenti alla caduta <input type="checkbox"/> nessuno/il paziente era solo <input type="checkbox"/> altri pazienti <input type="checkbox"/> familiari/care giver <input type="checkbox"/> personale sanitario <input type="checkbox"/> altro _____ 11) Sono stati informati: <input type="checkbox"/> il medico <input type="checkbox"/> i parenti <input type="checkbox"/> responsabili Timbro e firma Infermiere _____	Seconda parte 12) Esiti della caduta <input type="checkbox"/> evitata <input type="checkbox"/> nessuna lesione evidente <input type="checkbox"/> contusione <input type="checkbox"/> distorsione <input type="checkbox"/> escoriazione <input type="checkbox"/> ferita/e <input type="checkbox"/> dolore: sede _____ <input type="checkbox"/> trauma cranico <input type="checkbox"/> fratture (anche se sospette) <input type="checkbox"/> ematoma <input type="checkbox"/> ecchimosi <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> morte <input type="checkbox"/> altro _____ 13) Procedure eseguite / se evitata descr. com <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Ecografia <input type="checkbox"/> Es. di laboratorio <input type="checkbox"/> Consul. Spec. <input type="checkbox"/> Altro _____ 14) Esito delle indagini _____ 15) Necessità di monitoraggio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Quale 16) Prognosi di giorni _____ 14) Il paziente è: <input type="checkbox"/> ritornato alle sue attività <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> ricoverato <input type="checkbox"/> altro _____ 15) È stato compilato il registro cadute <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Timbro e firma medico: _____

DICHIARAZIONE RESA DALL'INFORTUNATO

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria personale responsabilità che il giorno ___ / ___ / ___ alle ore __, __ si è infortunato con le seguenti modalità:

 Erano presenti i seguenti testimoni:
 li, ___ / ___ / _____ In fede

DICHIARAZIONE RESA DAL PRIMO TESTIMONE PRESENTE ALL'INFORTUNIO

Il sottoscritto nato a il ___ / ___ / ____, tel. dichiara, sotto la propria personale responsabilità che il giorno ___ / ___ / 20__ alle ore __, __ era presente all'infortunio del/la sig. re /ra e che lo stesso si è verificato con le seguenti modalità:

 li, ___ / ___ / _____ In fede

DICHIARAZIONE RESA DAL SECONDO TESTIMONE PRESENTE ALL'INFORTUNIO

Il sottoscritto nato a il ___ / ___ / ____, tel. dichiara, sotto la propria personale responsabilità che il giorno ___ / ___ / ___ alle ore __, __ era presente all'infortunio del/la sig. re /ra: e che lo stesso si è verificato con le seguenti modalità:

li, ___ / ___ / 20__ In fede

Allegato N. 8

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA ACCIDENTALE PAZIENTE AMBULATORIALE

(Originale in cartella, inviare copia alla direzione sanitaria entro tre giorni dall'evento)

P.O./Altra Struttura _____ **U.O.** _____ data evento "caduta" ___/___/___ ora _____

NOME _____ **COGNOME** _____ nato il: ___/___/___ **M** **F**

Tipologia di prestazione sanitaria visita esami diagnostici o strumentali altro:-----

PRIMA PARTE

1) Luogo della caduta

- Ambulatorio di _____
 Servizio di _____
 servizi igienici
 scale
 corridoio salone spazi esterni
 altro _____

3) Modalità della caduta

- caduto da posizione eretta
 caduto da seduto:
 comoda carrozzina sedia/poltrona
 caduto dal letto:
 con spondine senza spondine
 caduto dalla barella
 altro _____

4) Meccanismo della caduta

- inciampato
 scivolato
 perdita forza/cedimento
 perdita equilibrio
 capogiro/svenimento
 disorientato/agitato
 non rilevabile
 altro _____

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

- camminava
 da/verso il bagno in stanza in corridoio
 scendeva dal letto
 saliva sul letto
 si stava alzando o sedendo dalla
 sedia poltrona carrozzina comoda
 letto
 si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa
 scivolava dalla
 sedia poltrona carrozzina comoda
 letto
 stava utilizzando la toilette
 si stava vestendo o svestendo

scivolava su pavimento

asciutto bagnato

stava raggiungendo il campanello di chiamata

durante movimentazione assistita

non rilevabile

altro _____

6) Il paziente riferisce di:

- essersi reso conto che stava cadendo
 essersi ritrovato in terra senza sapere come e perché
 Non riferisce nulla (stato confusionale, agitazione psicomotoria, stato soporoso)

7) Il paziente riferisce che prima di cadere ha avuto i seguenti sintomi:

- Il paziente non riferisce sintomi
 Stordimento
 Precordialgia
 Palpitazioni
 Difficoltà di esprimersi
 Debolezza o torpore alle gambe o parti del corpo
 Vertigine
 Difficoltà respiratorie

8) Il paziente ha memoria dell'accaduto:

- Sì
 No
 Parziale

9) Il paziente ha perso conoscenza:

- Sì, per quanto tempo
- NO

10) Testimoni presenti alla caduta

- nessuno il paziente era solo
 altri pazienti
 familiari/care giver
 personale sanitario
 altro _____

11) Sono stati informati:

- il medico i parenti responsabili

Timbro e firma Infermiere

SECONDA PARTE

12) Esiti della caduta

- evitata
 nessuna lesione evidente
 contusione
 distorsione
 escoriazione
 ferita/e
 dolore:
sede _____
 trauma cranico
 fratture (anche se sospette)
 ematoma
 ecchimosi
 coma
 morte
 altro _____

13) Procedure eseguite / se evitata descr. com

- Nessuna
 RX
 TC
 Ecografia
 Es. di laboratorio
 Consul. Spec.
 Altro _____

14) Esito delle indagini

15) Necessità di monitoraggio

- No Sì
 Quale.....

16) Prognosi di giorni _____

17) Il paziente è:

- ritornato alle sue attività
 allettato
 ricoverato
 altro _____

15) È stato compilato il registro cadute

- Sì
 No

Timbro e firma medico: -----

DICHIARAZIONE RESA DALL'INFORTUNATO

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria personale responsabilità che il giorno ___/___/20__ alle ore ____, ___ si è infortunato con le seguenti modalità:

.....
.....

Erano presenti i seguenti testimoni:

li, ___/___/20__

In fede

.....

DICHIARAZIONE RESA DAL PRIMO TESTIMONE PRESENTE ALL'INFORTUNIO

Il sottoscritto nato a il ___/___/___,

tel. dichiara, sotto la propria personale responsabilità

che il giorno ___/___/20__ alle ore ____, ___ era presente all'infortunio del/la sig. re /ra

..... e che lo stesso si è verificato con le seguenti modalità:

.....
.....

li, ___/___/20__

In fede

.....

DICHIARAZIONE RESA DAL SECONDO TESTIMONE PRESENTE ALL'INFORTUNIO

Il sottoscritto nato a il ___/___/___,

tel. dichiara, sotto la propria personale responsabilità

che il giorno ___/___/20__ alle ore ____, ___ era presente all'infortunio del/la sig. re /ra:

..... e che lo stesso si è verificato con le seguenti modalità:

.....
.....

li, ___/___/20__

In fede

.....

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 40 di 50</p>

Allegato N. 9

LETTERA DI ACCOMPAGNO PER SCHEDA DI SEGNALAZIONE CADUTE
(Originale in cartella, inviare copia alla DSP entro tre giorni dall'evento)

ALLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO/DISTRETTO _____

OGGETTO: Infortunio del sig. _____

Si invia la documentazione relativa all'infortunio della persona in oggetto nato/a il _____ e occorso in data _____ .

Condizione:

- Ricoverato
- Ambulatoriale
- Visitatore

La documentazione allegata è composta da:

- Scheda di segnalazione delle cadute accidentali del paziente in ricovero ordinario
- Scheda di segnalazione delle cadute accidentali del paziente in ambulatorio
- Cartella di Pronto Soccorso
- Copia del referto
- Scheda di valutazione e suggerimenti.

Data, _____ Il Coordinatore infermieristico _____

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 41 di 50</p>

Allegato N. 10

**MONITORAGGIO DEI PAZIENTI IN TERAPIA CON FARMACI CHE PROVOCANO
ALTERAZIONE DELLO STATO PSICO – FISICO E AUMENTANO IL RISCHIO DI CADUTA**

In merito al monitoraggio di pazienti in terapia farmacologica, in particolare anziani, che si associa ad un maggior rischio caduta, non emergono dalla letteratura evidenze scientifiche in grado di fornire indicazioni validate e specifiche sulle modalità e tempistiche dei controlli da eseguire.

Gli studi suggeriscono relativamente alla popolazione anziana l'importanza di un rigido controllo sui farmaci somministrati e di rivedere periodicamente le prescrizioni farmacologiche rimodulando, ove possibile, tali prescrizioni al fine di ridurre l'esposizione al rischio. Vengono di seguito riportate le categorie di farmaci che possono aumentare il rischio di caduta (*Ministero della Salute 2010*):

- **Barbiturici**
- **Ipnotico – sedativi**
- **Antidepressivi triciclici**
- **Antipsicotici neurolettici**
- **Antiparkinson**
- **Analgesici**
- **Ansiolitici**
- **Anticonvulsivi**
- **Diuretici**
- **Antiaritmici**
- **Antipertensivi**
- **Vasodilatatori**
- **Cardioattivi glicosidi**

Gli interventi clinico - assistenziali di prevenzione delle cadute, anche in relazione ai farmaci, devono considerare stabilità/ instabilità clinica, grado di autonomia e livello di responsività/collaborazione del paziente e dei familiari/caregiver. La decisione sulla frequenza e modalità di monitoraggio dei pazienti a maggior rischio caduta (controlli periodici da parte del personale d'assistenza, verifiche di parametri clinici...) non può prescindere dall'esame multiparametrico e multi professionale sul paziente, nonché dall'esperienza professionale dei vari ruoli coinvolti nell'assistenza e cura. Di ogni prescrizione di monitoraggio e di ogni controllo effettuato è opportuno sia data evidenza documentale sul fascicolo sanitario/assistenziale del paziente (cartella clinica/infermieristica) con le consuete caratteristiche previste per le annotazioni sulla documentazione sanitaria (data, ora e firma del redattore).

I farmaci possono aumentare il rischio di caduta dell'anziano C'è una associazione tra cadute e *farmaci psicotropi* (OR=1,7). Inoltre, il *consumo giornaliero di quattro o più farmaci* è associato alle cadute, probabilmente perché implica un maggior rischio di uso improprio di farmaci, reazioni avverse e interazioni farmacologiche. Le reazioni avverse sono particolarmente comuni negli anziani e la loro prevalenza, stimata intorno al 5% quando si assume un solo farmaco, sale a quasi il 100% quando se ne assumono dieci o più. Tuttavia bisogna essere cauti nell'affermare che la

 <p>Direttore Generale <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p><i>Marzo 2018</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 42 di 50</i></p>

polifarmacoterapia causa cadute negli anziani, in quanto essa è anche un indicatore di cattivo stato di salute. In ogni caso, il rapporto tra farmaci e cadute sottolinea l'importanza dell'assistenza sanitaria nella prevenzione delle cadute: l'uso razionale dei farmaci, attraverso controlli periodici e il controllo delle dosi, può favorire la sicurezza del paziente.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 43 di 50</p>

Approfondimento

VALUTAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA A RISCHIO CADUTA: APPROFONDIMENTI

Occorre sottolineare, come rileva l'OMS, la difficoltà a determinare il rischio del paziente. Infatti, soprattutto nelle persone anziane, la maggior parte delle cadute sono dovute alla combinazione di numerosi fattori e l'interazione tra essi è di cruciale importanza.

Tuttavia dagli studi esaminati si può affermare che i fattori intrinseci sono più importanti nelle persone di 80 anni e oltre (più comune, in questo gruppo, la perdita di coscienza che sottende una condizione medica come causa della caduta); nelle persone invece sotto i 75 anni la caduta sembra maggiormente imputabile a fattori estrinseci. Molti studi hanno dimostrato che il rischio di caduta (sia in ospedale che a livello di comunità), aumenta con l'aumentare dei fattori di rischio che abbiamo già precedentemente analizzato.

Autorevoli studi a livello internazionale richiamano l'attenzione del management del personale delle strutture sanitarie alla gestione dei rischi di cadute dei pazienti, per cui esistono raccomandazioni e strumenti validati da un punto di vista scientifico, efficaci nel ridurre l'incidenza delle cadute ed utili per supportare la gestione del paziente a seguito dell'evento avverso.

Le linee guida internazionali sono concordi nel ritenere che l'intervento primario per prevenire le cadute accidentali consiste nella valutazione della persona al momento del ricovero in ospedale o presso le strutture residenziali o ancora al momento della presa in carico a livello domiciliare, nell'individuazione dei pazienti a rischio e nella messa in atto di misure di prevenzione.

Dalla letteratura esaminata risulta che le cadute hanno un'eziologia multifattoriale.

“Sono stati descritti più di 400 diversi fattori di rischio”. Ciò ha notevoli implicazioni in termini di riduzione del rischio.

Secondo l'OMS i fattori di rischio si possono suddividere in due categorie:

a. fattori intrinseci al paziente

b. fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature

A. Fattori intrinseci al paziente

- **Anamnesi di precedenti cadute** e/o ricovero causato da una caduta.
- **Età avanzata**; l'incidenza delle cadute aumenta con l'aumentare dell'età.
- **Farmaci assunti**; secondo l'OMS le benzodiazepine sono associate con un aumento fino al 44% di rischio di frattura di femore e caduta nelle ore notturne. Aumento significativo del rischio anche per farmaci psicotropi, antiaritmici, digossina, diuretici e sedativi. Il rischio aumenta significativamente se una *“persona assume più di 4 farmaci indipendentemente dal tipo. L'assunzione di 4 o più farmaci è associato con un rischio di nove volte maggiore di alterazione cognitiva e paura di cadere”.*
- **Patologie**: circolatorie, cerebro-vascolari, polmonari croniche-ostruttive, infezioni e malattie acute (infezioni delle vie urinarie, influenza), depressione e artriti sono associate ad un aumentato rischio.

L'incontinenza è anche frequentemente presente nelle persone che cadono

- **Ridotta mobilità e alterata andatura**; la debolezza muscolare è un fattore di rischio così come il
- deficit nell'andatura e nell'equilibrio; la difficoltà nell'alzarsi da una sedia è anche associata ad un aumento del

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 44 di 50</p>

rischio. Uno studio effettuato in Italia nel 2007 dalla Società Internazionale di Propriocezione e Postura dimostra che il riprogrammare l'equilibrio della persona attraverso incontri per l'attivazione della *propriocezione*, ovvero del flusso di segnali/informazioni provenienti da muscoli, tendini e articolazioni che consentono al sistema nervoso di regolare il movimento e la postura, riduce le cadute del 36%.

- **Abitudini di vita sedentarie;** esse determinano, in una sorta di circolo vizioso, riduzione della forza e indebolimento muscolare che si somma a quello, di per sé fisiologico, legato all'invecchiamento.
- **Stato psicologico - paura di cadere;** secondo l'OMS il 70% delle persone che sono cadute recentemente e circa il 40% di coloro che non riferiscono recenti cadute dichiarano di aver paura di cadere. La ridotta attività fisica e funzionale è associata alla paura e all'ansia di cadere. Si instaura un circolo vizioso per cui la persona, a causa della paura, tende a muoversi di meno con conseguenti danni da riduzione della mobilità e aumentato rischio di cadere.
- **Deficit nutrizionale:** un indice di massa corporea al di sotto della norma è associato con un aumentato rischio di caduta. La carenza di Vitamina D è particolarmente comune negli anziani istituzionalizzati e può portare ad alterazioni dell'andatura, debolezza muscolare e osteoporosi.
- **Deficit cognitivo:** anche un livello modesto è associato ad un rischio aumentato di caduta. I residenti nelle Strutture Residenziali a basso/medio/alto livello di complessità (ex R.S.A.) affetti da demenza cadono il doppio di quelli senza deficit cognitivi (vedi procedura prevenzione delle cadute nelle RSA, del N del).
- **Problemi di vista:** acuità, sensibilità al contrasto, deficit campo visivo, cataratta, glaucoma sono fattori contribuenti al rischio di caduta così come le lenti bifocali o multifocali .
- **Problemi ai piedi:** calli, deformità, ulcere, problemi alle unghie e dolore durante il cammino aumentano le difficoltà di equilibrio e il rischio di caduta. Le calzature adeguate sono fattori altrettanto importanti.

B. Fattori estrinseci relativi allo stato sociale, all'ambiente e alle attrezzature

- **Isolamento sociale, difficoltà finanziarie:** uno studio e molti lavori dimostrano che un reddito basso rappresenta un fattore di rischio significativo. La povertà, il grado di deprivazione relativa e i processi di esclusione sociale hanno un considerevole impatto sulla salute della popolazione. Risultano, infatti, ad alto rischio di caduta soggetti soli, divorziati, vedovi che hanno un basso reddito o una situazione socio-economica svantaggiata.
- Nelle strutture socio-sanitarie occorre invece considerare:
- **Pavimenti** (scivolosi, dislivelli, bagnati / presenza di cartelli durante il lavaggio)
- **Corridoi** (corrimano, larghezza, presenza di arredi ingombranti...)
- **Scale** (corrimano, gradini con materiale antiscivolo)
- **Camere di degenza e bagni** (dimensione minima, apertura porta verso l'esterno, luci diurne e notturne inadeguate, interruttori non visibili al buio, maniglie doccia/vasca)
- **Letti** (altezza non regolabile, spondine non rimuovibili e non adattabili in altezza, campanello di chiamata non raggiungibile, ruote e freni non funzionanti)
- **Carrozine** (braccioli e poggiatesta non estraibili o non reclinabili/ripiegabili, cattiva manovrabilità, ruote con freni non agevolmente comandati, larghezza inadeguata, schienale basso e inadeguata, assenza di cinture di sicurezza e assenza di cuscino antiscivolo).

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 45 di 50</p>

- **Ausili per la deambulazione** inadeguati o assenti.

Valutazione dei fattori intrinseci al paziente

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

INFERMIERE RESPONSABILE DI TURNO AREA CLINICO-ASSISTENZIALE DOVRA' VALUTARE:

- Anamnesi cadute recenti e/o cadute dello stesso paziente in altro episodio di ricovero
- Patologie neuromuscolari
- Infezioni del tratto urinario
- Ipossia
- Disidratazione
- Squilibri nutrizionali
- Ipotensione ortostatica
- Livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana
- Equilibrio
- Marcia
- Terapie farmacologiche in atto tutti gli interventi raccomandati vengono svolti di routine in quanto parte delle attività proprie del servizio.
- Informare la persona assistita/caregiver sulle strategie per ridurre le cadute in caso di vertigini
- Ipotensione (sedersi o stare seduti)

Finché non ci si sente meglio o richiedere l'intervento del personale, cambiare posizione in maniera lenta, alzarsi lentamente per evitare instabilità ed in più fasi; durante Il giorno riposare sulla poltrona piuttosto che a letto ed evitare una stazione eretta prolungata

STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

In letteratura esistono numerose scale di valutazione del rischio di caduta, ma la loro efficacia è basata su studi assolutamente variabili fra loro, sia metodologicamente sia per il contesto d'uso.

Gli innumerevoli fattori di rischio evidenziati e i diversi contesti in cui questi si possono manifestare rendono arduo il compito di costruire e validare una scala che possa predire il rischio di cadute.

Spesso le scale difettano sottostimando o sovrastimando il rischio di caduta.

Ne elencheremo alcune tra quelle più utilizzate ed a più alto valore di sensibilità:

La scala **Stratify** è stata proposta da Oliver et al. ed è costituita da 5 fattori che concorrono ad esprimere il rischio di cadere del paziente. Gli autori non indicano un valore soglia oltre il quale il rischio è presente (per questo studio si è usato il valore 2). Parte della scheda utilizzata per lo studio è presentata nel Riquadro 1. Le singole variabili, ad eccezione del primo che è verificato dal rilevatore sulla documentazione clinica, vengono raccolte intervistando

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 46 di 50</p>

l'infermiere a cui è assegnato il paziente (primary nurse).

Il test di **Tinetti** è uno dei più diffusi a livello mondiale in ambito geriatrico ed è basato sulla valutazione delle performance finalizzate all'**equilibrio**, delle performance finalizzate all'**andatura** ed all'analisi delle caratteristiche che influenzano la **mobilità** in soggetti anziani cognitivamente integri o affetti da demenza lieve e moderata.

La scala di **Conley** (ha un alto valore di sensibilità pari a 69%) è stata proposta da Conley et al. ed è composta da 6 fattori che classificano il rischio di cadere ed individuano un valore soglia di 2 punti su 10 per indicare la presenza di rischio. La scheda utilizzata è presentata in allegato. I primi tre fattori sono raccolti dal rilevatore intervistando direttamente il paziente o i familiari o l'infermiere a cui è assegnato il paziente, mentre i rimanenti tre sono rilevati mediante osservazione diretta.

L'affidabilità della Scala di Conley di individuare i pazienti a rischio 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

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.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 47 di 50</p>

Appendice

IL RICORSO ALLA CONTENZIONE FISICA

La legislazione e le norme deontologiche regolano il ricorso alla contenzione: in Italia le norme giuridiche ammettono il ricorso alla contenzione solo quando esista una finalità terapeutico-assistenziale, in caso di trasporti in barella e in casi straordinari e motivati configurabili nello stato di necessità (art. 54 c.p.).

IL RICORSO ALLA CONTENZIONE FISICA DEVE ESSERE LIMITATO A CIRCOSTANZE ECCEZIONALI, QUALI:

- Situazioni di emergenza, quando il comportamento del paziente rappresenti un immediato pericolo per sé o/e per altri, e l'uso della contenzione si dimostri la scelta migliore.
 - Auto ed eterolesionismo
 - Protezione di presidi medicali necessari per il benessere del paziente
 - Quando è in pericolo la sicurezza del paziente in quanto soggetto a caduta conseguente ad ogni tentativo di alzarsi o camminare
 - Stato di incoscienza od ebbrezza
 - Periodo pre e post sedazione
 - Trasporto con barella
 - Per mantenere il corretto allineamento posturale in soggetti con deficit psicomotorio che necessitano di un ancoraggio e supporto ortesico.
1. la prescrizione della contenzione deve essere effettuata dal medico attraverso la registrazione della disposizione in cartella clinica o nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Normare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico. La decisione di porre un paziente in contenzione deve essere riportata sui documenti clinici del paziente: la prescrizione è competenza del medico.

LA PRESCRIZIONE DEVE CHIARAMENTE INDICARE:

- a. Motivazione (Le circostanze eccezionali e le motivazioni riportate più sopra sono gli unici elementi da considerare per decidere di contenere il paziente);
- b. Tipo di contenzione (Particolare attenzione deve essere posta nella scelta del tipo di contenzione, di cui è necessario conoscere le principali caratteristiche e la corretta tecnica di applicazione);
- c. Durata (La contenzione, deve essere limitata nel tempo: la prescrizione deve indicare il termine dell'intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità. La necessità di prolungare o di ridurre l'uso della contenzione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto da parte dell'équipe).

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 48 di 50</p>

- 1) La contenzione **non può essere imposta per più di 12 ore consecutive**, a meno che non lo richieda la condizione del soggetto.
2. Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere **controllato ogni 30 minuti** e la decisione del ricorso alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata
3. Durante il periodo di contenzione garantire al paziente **la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di dieci minuti ogni due ore** con esclusione della notte.
4. La **valutazione di eventuali effetti dannosi** direttamente attribuibili alla contenzione, quali abrasioni o ulcere da decubito, deve essere fatta ogni 3 o 4 ore.
5. **Il comfort e la sicurezza del paziente sono entrambe da perseguire durante il periodo di contenzione.**
6. Gli operatori durante tutta la fase di contenzione devono **attenersi scrupolosamente agli interventi ed adempimenti prescritti dal medico.**
7. Prima di procedere alla contenzione **è necessario informare, anche per approvazione, l'Ospite o i parenti** (consenso informato o sottoscrizione del Piano di intervento personalizzato).
8. **Non è mai autorizzato l'uso improprio di lenzuola, garze o qualsiasi altro materiale in luogo di mezzi di contenzione appropriati.**

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 49 di 50</p>

RACCOMANDAZIONI NELL'USO DELLA CONTENZIONE FISICA

La contenzione è consentita dopo aver corretto le cause scatenanti ed escluso ogni possibile alternativa in caso di:

- sedazione, incoscienza, ebbrezza;
- periodi pre e post-sedazione;
- trasporto in barella;
- protezione di dispositivi medicali necessari per l'immediato benessere (sondini nasogastrici, cateteri, drenaggi, aghi, CVC, ecc);
- auto o eterolesionismo o comportamenti di immediato rischio per sè o per gli altri;
- per mantenere un corretto allineamento posturale in pazienti con deficit psicomotori;
- continuo rischio di cadute in pazienti inconsapevoli del deficit motorio.

La contenzione fisica è consentita alle seguenti condizioni:

- È una prescrizione medica
- La decisione deve essere documentata in cartella;
- La prescrizione deve contenere la motivazione, il tipo di contenzione utilizzata, la durata limitata nel tempo (12-24 ore) e riprescritta previa rivalutazione;
- Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere rivalutato almeno ogni 30 minuti, rimuovendo la restrizione se non è più necessaria;
- La valutazione di eventuali effetti dannosi deve avvenire almeno ogni 4 ore, fatta dal medico ed infermiere;
- Durante la contenzione deve essere garantito il movimento per almeno 10 minuti ogni 2 ore;
- Devono essere perseguiti il comfort e la sicurezza, devono essere utilizzati mezzi autorizzati e il personale deve essere istruito sull'uso;
- E' opportuno, se possibile, informare il paziente e i familiari sul provvedimento terapeutico intrapreso per favorire la compliance ed incrementare il rapporto di fiducia.
- La contenzione non è adeguata nella prevenzione di delirio, stati confusionali e agitazione;
- La contenzione non è consentita come punizione, comodità dello staff, alternative al controllo, routine e non deve essere effettuata con mezzi di fortuna.

ELENCO DEI PRESIDI UTILIZZATI IN REPARTO A SCOPO DI CONTENZIONE:

Descrizione e applicazione:

– *Spondine per letto:*

Ne esistono di diversi tipi: possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza o essere asportabili da parte del personale. Non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità, da parte del paziente, di scavalcarle.

– *Bracciali di immobilizzazione:*

Sono solitamente in gommasciuma o in poliuretano e rivestiti in materiali morbidi e traspiranti, come il vello. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste cinghie di fissaggio con fibbie. Possono anche essere utilizzati in situazioni di emergenza nel caso di auto-eterolesionismo.

– *Fasce di sicurezza per il letto:*

Sono solitamente costituite da una fascia imbottita applicata alla vita del paziente e fissata al letto mediante cinghie di ancoraggio.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino</p> <p>Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p>	<p>Marzo 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 50 di 50</p>

Responsabilità

La contenzione viene decisa dal medico, quindi la responsabilità clinica viene assunta dal medico che la prescrive o l'autorizza; la responsabilità delle condizioni assistenziali del suo mantenimento è assunta dal medico unitamente al personale infermieristico. L'OSS collabora nell'attuazione del contenimento.

Inoltre, la prescrizione medica deve sempre contenere:

- motivazione;
- tipo di contenzione;
- durata della contenzione;

Azioni:

- Verifica della corretta applicazione delle contenzioni: Medico con la collaborazione dell'Infermiere
- Prescrizione della contenzione: Medico
- Azione/manovra di contenimento: Medico, Infermiere, OSS (personale di supporto)
- Chiusura delle fasce di contenzione: Medico, Infermiere, OSS (personale di supporto)
- Monitoraggio/interventi/assistenza durante e post Contenzione: Medico con la collaborazione dell'Infermiere e dell'OSS (personale di supporto)
- Registrazione in cartella clinica medica e infermieristica, compilazione della documentazione specifica: Medico ed Infermiere
- Prescrizione della sospensione della contenzione fisica: medico
- Rimozione dei mezzi di contenzione: Medico in collaborazione dell'infermiere

ASPETTI NORMATIVI DELLA CONTENZIONE FISICA

- -Principio di inviolabilità della libertà personale (*art. 13 Costituzione italiana*)
- Consenso all'atto terapeutico (*art. 32 Costituzione italiana*)
- Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente (...)” (*art. 571 Codice penale*)
- Difesa della libertà e della dignità della persona (*art. 2 Codice deontologico dell'infermiere, art. 5 Codice deontologico del medico*)
- “L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali” (*art. 4.10 Codice deontologico*)
- “L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza” (*art. 610 Codice penale*)
- “Va dall'altro canto ricordato che se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (*art. 54 Codice penale*), la misura di contenzione (sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) non solo può, ma deve essere applicata se non si vuole incorrere nel reato di abbandono di incapaci” (*art. 591 Codice penale*).