

PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE

Redazione	1° revisione	2° revisione	Redazione	Approvazione	Autorizzazione
Ottobre 2009	Febbraio 2014	Maggio 2019	- Dott.ssa Giovanna Marcella - Dott.ssa Angela Poddighe Coordinatrici SC Medicina Interna - Dott.ssa Monica Sara Coordinatrice SC Lungodegenza - Dott.ssa Giovanna Maria Sechi Coordinatrice SC Medicina d'accettazione e d'Urgenza - Dott.ssa Elena Costanza Idini Coordinatrice SSD Geriatria - Dott.ssa Manuela Martinez Coordinatrice SC Clinica Chirurgica - Dott. Mauro Chessa Coordinatore SC Pneumologia - Dott.ssa Anna Bellu Coordinatrice SC Neurologia - Dott. Gianfranco Bichiri P.O. Emergenza Urgenza - Dott. Roberto Foddanu Direttore SC Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio	SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio SSD Medicina Legale	Direzione Sanitaria Aziendale

INDICE:

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni
5. Matrice delle Responsabilità
6. Riferimenti
7. Descrizione attività
 - 7.1 Valutazione del rischio caduta
 - 7.2 La gestione del paziente caduto. Procedura assistenziale.
 - 7.3 Scheda di segnalazione della caduta.
 - 7.4 Scheda di follow up
 - 7.5 Modalità di invio della scheda di segnalazione-caduta
8. Archiviazione
9. Criteri di valutazione e registrazione dati
10. Allegati
11. Diagramma di flusso.

DA DISTRIBUIRE A:

A tutte le strutture dell'AOU di Sassari: Plesso SS. Annunziata e Plesso San Pietro
Direzione Medica di Presidio

1. PREMESSA

Le cadute rappresentano, nel caso specifico delle strutture sanitarie, un problema, per frequenza e conseguenze, di particolare importanza, oggetto di studio, monitoraggio ed interventi a vari livelli volti al continuo miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza del paziente. Per il Ministero della Salute Italiano si definisce caduta un “improvviso, non intenzionale, inaspettato, spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica”. Questa definizione include anche i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante i supporti. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni.

La Raccomandazione Ministeriale n.13, del novembre 2011, indica una serie di azioni da intraprendere per ridurre il rischio caduta nelle strutture sanitarie.

Il rapporto pubblicato dal Ministero della Salute nel 2015, relativo all'analisi degli eventi sentinella segnalati da strutture del SSN tra il 2005 e il 2012 e raccolti nel SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) riporta, correlati a cadute, la morte del paziente nel 35,6% dei casi, un trauma grave nel 15,9 % e un re-intervento chirurgico nel 10,6%.



Il danno, anche se fisicamente ininfluenza può, in particolare nell'anziano, generare un tale senso di insicurezza relativo alla paura di cadere, da pregiudicarne l'autonomia e la qualità di vita.

La frequenza delle cadute aumenta con l'avanzare dell'età e le stesse cadute sono la causa principale di infortuni, gravati da un'alta mortalità tra gli anziani di età superiore ai 65 anni.

Le donne cadono più frequentemente degli uomini e si fratturano con maggiore facilità.

La maggior parte delle cadute dell'anziano sono causate da malattie neurologiche e dell'apparato muscolo-scheletrico nonché dall'uso incongruo e/o dagli effetti collaterali di farmaci, specialmente sedativi, diuretici e ipotensivi.

Il 40-50% delle cadute è attribuibile a cause accidentali, rappresentate per lo più da fattori ambientali e personali.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p>	<p>PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE</p>	 <p>S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>
--	--	---

Si stima che il 14% delle cadute in ospedale sia accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. caduta su pavimento bagnato), l'8% sia imprevedibile (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), il rimanente 78% è prevenibile.

Dal 2009 il Servizio "Produzione, Qualità e Risk Management" della Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari, ha elaborato un progetto ed adottato degli strumenti per affrontare il tema della prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale. Nel 2014, anche alla luce dei monitoraggi effettuati, è stata fatta una revisione della procedura lasciando inalterate la scheda di segnalazione delle cadute e le istruzioni operative, riformulando una scala di valutazione del rischio caduta ed elaborando una nuova scheda di valutazione del rischio ambientale sul modello di quella definita dal "Gruppo Regionale Rischio Clinico" della regione Toscana.



Attualmente, modificatosi il perimetro aziendale dell'AOU di Sassari che ricomprende, dal 1° gennaio 2016, anche il plesso ospedaliero SS. Annunziata, già facente parte della ex ASL n.1 di Sassari, si è resa necessaria un'ulteriore revisione ad opera di un gruppo di lavoro appositamente costituito, finalizzata all'adozione di una procedura unica e condivisa da parte delle Unità Operative dei due plessi dell'AOU.

All'interno dell'AOU di Sassari nel 2017 sono state segnalate 33 cadute, 20 nel Plesso SS. Annunziata e 13 nel Plesso Le Cliniche.

Nel 2018, sono state segnalate 49 cadute, 16 nel Plesso SS. Annunziata e 33 nel Plesso Le Cliniche. In alcuni casi il rischio non risultava sufficientemente intercettato dalla scheda di valutazione in uso. La presente procedura, la cui revisione è già prevista dopo almeno sei mesi dalla sua applicazione, è il frutto di un gruppo di lavoro costituito da coordinatori infermieristici dei due plessi ospedalieri dell'AOU di Sassari che, dopo una valutazione delle pregresse attività, dei dati aziendali, della bibliografia e normativa di riferimento hanno condiviso una sintesi aggiornata delle due procedure aziendali preesistenti all'incorporazione delle UU.OO. dei due plessi nella stessa azienda sanitaria.

2. SCOPO

La presente procedura si colloca nell'ambito delle attività aziendali di gestione della qualità e della sicurezza delle cure e risponde alla necessità, fortemente raccomandata anche dal Ministero della Salute, di prevenire le cadute dei pazienti in ospedale.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p>	<p>PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE</p>	 <p>S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>
--	--	---

Scopo della procedura e della sua revisione:

- valutare per ogni paziente ricoverato il rischio-caduta con uno strumento di previsione agile e consolidato e sensibile, che possa essere utilizzato dall'infermiere in fase di inquadramento del paziente all'ingresso in reparto;
- adeguare l'assistenza al paziente in relazione al rischio-caduta, proporzionale al punteggio ottenuto in fase di valutazione;
- diffondere una cultura di empowerment, di informazione e sensibilizzazione del personale sanitario, della persona assistita e dei suoi familiari/caregivers verso il rischio-caduta, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informativi;
- segnalare tutte le cadute che avvengono nelle strutture aziendali attraverso una scheda dettagliata, da compilarsi a cura sia dell'infermiere che del medico, che contenga tutti gli elementi descrittivi dell'evento, i provvedimenti adottati, la descrizione dell'eventuale danno subito dal paziente;
- indicare in maniera chiara i ruoli e le responsabilità dei diversi attori nelle fasi di articolazione della procedura;
- monitorare le cadute dei pazienti ricoverati nelle strutture aziendali e i loro esiti, al fine di un'analisi dei dati, utile a mappare e definire eventuali ulteriori azioni di contenimento dei rischi;
- gestire sia l'evento-caduta con i provvedimenti di assistenza necessari, sia la relazione adeguata con il paziente e con i familiari;
- uniformare gli strumenti e gli obiettivi descritti tra le varie UU.OO. dei due plessi ospedalieri dell'AOU di Sassari.

La procedura, elaborata anche sulla base delle esperienze già acquisite sul tema e sul monitoraggio aziendale basato sulle segnalazioni e sui sinistri, descrive:

1. *gli strumenti elaborati per prevenzione delle cadute:*

- scheda di valutazione del rischio cadute,
- interventi volti alla riduzione del rischio,
- cartellonistica e brochure informativa per pazienti e caregivers,
- scheda di segnalazione della caduta;
- scheda di follow up;

2. *le modalità con cui applicare gli strumenti descritti,*



3. *le azioni da fare nel caso in cui si verifichi una caduta,*
4. *le responsabilità delle diverse azioni sia nella prevenzione che nella gestione delle cadute,*
5. *le indicazioni sulla contenzione (es. applicazione di sponde ai letti) del paziente.*

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica in tutte le UU.OO. di degenza dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari del plesso SS. Annunziata e del plesso Le Cliniche, escluse le UU.OO. pediatriche e le Terapie Intensive.

4. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

AOU = Azienda Ospedaliera Universitaria
UO/UUOO = Unità Operativa/ Unità Operative
DH = Day Hospital
DMP = Direzione Medica di Presidio
SDO = Scheda dimissione ospedaliera
OMS = Organizzazione Mondiale della Sanità
OSS = Operatore Socio Sanitario
SPPA = Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
CPSI = Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere



 Direzione Sanitaria Aziendale	PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE	 S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio
---	---	---

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITÀ	Medico	Coord. Inf.	CPSI	OSS	S.C. Qual., Accr., G.R.
Compilazione scheda valutazione paziente a rischio in ingresso		C	R		
Definizione tipologia di assistenza	C	C	R	C	
Consegna brochure al paziente/caregiver		C	R		
Compilazione scheda di segnalazione (1^ sezione)	C	C	R		
Compilazione scheda di segnalazione (2^ sezione)	R	C	C		
Prescrizione per l'applicazione delle sponde al letto	R	C	C		
Richiesta consenso all'utilizzo delle sponde/contenzione	R	C	C		
Informazione alla famiglia sull'evento	R	C			
Compilazione scheda di follow up	R	C			
Invio scheda di segnalazione in D M di Presidio e SC Qualità, Accr., G.R	C	R	C		
Analisi dati schede di segnalazione	C	C			R
R = RESPONSABILE; C = COINVOLTO					

6. RIFERIMENTI

- 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).
- Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 5° rapporto, aprile 2015.
- Preventing Falls in Hospital – A toolkit for Improving Quality of Care. Agency for Healthcare Research and Quality, gennaio 2014
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Falls: assessment and prevention of falls in older people. NICE Clinical Guideline 161, 2013 (www.nice.org.uk)
- Quaderno GRC, Regione Toscana, “La prevenzione delle cadute in ospedale”, 2011 (www.regione.toscana.it)

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p>	<p>PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE</p>	 <p>S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>
--	--	---

- Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale, 2016 (www.salute.regione.emilia-romagna.it)
- Codice deontologico degli infermieri, 2019, artt. 2, 4, 7, 13, 24, 29, 30, 32,35,36.
- Codice di deontologia medica, 2014, artt. 5, 13, 14, 26, 33, 35.
- Costituzione italiana, 1948, art.13; art.32.
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, Delib. del D.G. N.132/2014: “Procedura prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale” (www. aousassari.it/produzione qualità).
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, Delib. del D.G. N. 120/2010: “Progetto di prevenzione e gestione delle cadute in ospedale” (www. aousassari.it/produzione qualità).
- A. 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
- Osservatorio Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti, Progetto AOU di Sassari, 2012. Agenas, Sezione Qualità e Accreditamento, (www.agenas.it).



7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA’

7.1 Valutazione del rischio caduta.

Ogni paziente, ricoverato in regime di ricovero ordinario presso le UU.OO. dell’AOU di Sassari viene sottoposto ad una prima valutazione del rischio caduta da parte dell’infermiere che esegue la valutazione infermieristica iniziale del paziente. La **scheda di valutazione del rischio-caduta (allegato N.1)** deve essere compilata, possibilmente all’ammissione, e comunque non oltre le 12 ore dall’ingresso del paziente in reparto.

Con la compilazione della **prima parte** della scheda di valutazione si ha una prima individuazione del rischio-caduta della persona presa in carico, attraverso tre domande da sottoporre al paziente, preferibilmente alla presenza del familiare/caregiver; le domande possono essere sottoposte al familiare/caregiver qualora il paziente abbia severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere.

Le domande riguardano:

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p>	<p>PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE</p>	 <p>S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>
--	--	---

- limitata autonomia nella mobilità;
- calo del visus tale da rendere il paziente dipendente da terzi;
- assunzione o meno di farmaci (con effetti diretti e/o indiretti sul S.N.C.: sedativi, oppiacei, cardiovascolari).

Le domande prevedono la risposta positiva o negativa. Se la risposta è positiva anche ad una sola domanda, il paziente è da considerare a rischio caduta ed occorre proseguire compilando la seconda parte della scheda di valutazione. Nel caso di risposta negativa a tutte e tre le domande, o in caso di risposta incerta da parte del paziente, sarà l'infermiere a valutare la necessità o meno di proseguire comunque la valutazione del rischio-caduta.

La **seconda parte** della scheda contiene la *scala di Conley*. La scala verifica la presenza di variabili (indicatori) sia attraverso l'osservazione diretta del paziente, sia con domande da parte dell'infermiere valutatore. Ad ogni domanda ed osservazione corrisponde un punteggio; il totale ottenuto assegnerà al paziente un punteggio correlato al rischio-caduta.

Al paziente valutato si applicano le indicazioni assistenziali adeguate al rischio, così come indicato negli **“interventi volti alla riduzione del rischio” (allegato N.3)**.

Inoltre al paziente e ai suoi familiari/caregivers l'infermiere consegna ed illustra la brochure con le indicazioni utili a prevenire le cadute ed invita gli stessi a leggere la cartellonistica presente nelle stanze di degenza e negli spazi comuni.



Durante il periodo di degenza, l'infermiere, qualora verifichi una mutata condizione dello stato fisico del paziente o una variazione di terapia (es. quando vengono prescritti psicofarmaci, diuretici ecc.), rivaluta il paziente rispetto al rischio-caduta, considerando gli eventuali nuovi fattori di rischio e aggiornando la scheda di valutazione.

La scheda di valutazione del rischio dev'essere inserita nella cartella clinica, costituendone parte integrante.



7.2 La gestione del paziente caduto. Procedura assistenziale.

Il paziente caduto dev'essere soccorso e valutato immediatamente, possibilmente prima ancora della sua mobilitazione:

- va avvertito prontamente il medico di reparto;

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p>	<p>PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE</p>	 <p>S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>
--	--	---

- il medico e l’infermiere verificano lo stato di coscienza (agitato/soporoso, orientato/disorientato);
- se il paziente è orientato, va chiesto se lamenta dolore e in quale punto corporeo specifico, se riesce a muovere gli arti, se lamenta alterazioni di sensibilità o del movimento;
- il medico e l’infermiere verificano la presenza di ferite, lesioni, ematomi, punti di dolore, traumi, deformazione di segmenti corporei suggestivi di fratture;
- va chiesto al paziente quale/i parte/i del corpo sono state interessate dalla caduta;
- una volta tranquillizzato e riportato il paziente nella posizione corretta (a letto o in sedia), l’infermiere deve rilevare i principali parametri vitali (PA, FC, FR, eventualmente Sat. O2) e comunicarli al medico al fine di completare la valutazione clinica immediata e procedere ad eventuali prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- se il medico lo ritiene subito necessario avvisa i familiari/caregivers del paziente, sulla base delle indicazioni comprese nel modulo di consenso al trattamento dei dati personali, contenuto nella cartella clinica;
- il medico e l’infermiere raccolgono le testimonianze di chiunque abbia assistito all'evento;
- nella **cartella clinica va registrato l’evento**, tutti i parametri vitali e lo stato di coscienza;
- va riportata anche l’eventuale segnalazione/informazione resa ai familiari;
- l’infermiere somministra l’eventuale terapia farmacologia prescritta dal medico;
- il paziente, adeguatamente informato, viene accompagnato per eventuali accertamenti indicati dal medico (radiografie, visite specialistiche, ecc.) poi registrati in cartella;
- al momento appropriato il medico e l’infermiere discutono con la persona assistita e con i familiari/caregivers sui fattori che hanno facilitato/portato alla caduta, per quanto possibile, modificandoli immediatamente;
- va compilata la scheda di segnalazione cadute (sezione infermieristica e sezione medica) documentando ora, luogo, circostanze della caduta, ecc. ed inviandola al Servizio Qualità, Accreditamento, Gestione del Rischio aziendale ed alla DMP;
- vanno documentate le azioni di follow-up;
- il paziente caduto va considerato a maggior rischio di caduta e modificato il programma di prevenzione per attuare interventi sui fattori di rischio;

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p>	<p>PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE</p>	 <p>S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>
--	--	---

- vanno monitorati nel tempo i principali parametri vitali (PA, FC., FR, ev. Sat. O2);
- l’infermiere deve avvertire immediatamente il medico qualora ci fosse un peggioramento del quadro clinico (sanguinamento, stato di agitazione, parametri vitali, stato di coscienza, ecc.);
- in caso di danno conseguente a caduta, il medico deve compilare al momento del trasferimento del paziente in altra U.O. o alla sua dimissione, la scheda di follow up, che andrà poi inviata al Servizio Qualità, Accreditamento, Gestione del Rischio aziendale;
- all'atto della dimissione l’infermiere deve provvedere ad una corretta informazione del paziente e dei familiari/caregivers sui comportamenti e gli accorgimenti da adottare per eliminare o almeno ridurre i fattori di rischio cadute anche in ambito familiare.

7.3 Scheda di segnalazione della caduta.

È responsabilità del medico e dell’infermiere, presenti in turno al momento dell’evento, compilare la scheda di segnalazione dell’evento caduta.



Devono essere segnalate tutte le cadute che avvengono nelle strutture aziendali, anche quando non comportano alcun danno per il paziente.

La scheda è composta da due sezioni:

- La prima sezione è di competenza infermieristica e riguarda la dinamica dell’evento, il meccanismo di caduta, la modalità di caduta, il luogo, l’ora, i testimoni presenti; dev’essere firmata dall’infermiere.
- La seconda sezione è di pertinenza medica e riguarda le conseguenze della caduta (con o senza danno), eventualmente il tipo di danno, gli accertamenti diagnostici richiesti, i trattamenti terapeutici effettuati, la terapia farmacologica in atto e le sue eventuali modifiche, l’eventuale trasferimento del paziente, la necessità di follow-up. Deve riportare la firma del medico.

7.4 Scheda di follow up

Dopo la segnalazione di una caduta **con danno rilevante**, per es. frattura ossea, trauma cranico ecc. (vedi procedura aziendale evento sentinella), è responsabilità del medico informare l’Azienda sulle condizioni del paziente e sul suo decorso clinico compilando, al trasferimento/dimissione, una scheda apposita di follow up, nella quale va riportato il danno diagnosticato dopo la caduta e l’evoluzione

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p>	<p>PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE</p>	 <p>S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>
--	--	---

clinica successiva. La scheda di follow up verrà inviata alla S.C. Qualità, Accreditamento e Gestione del Rischio.

7.5 Modalità di invio della scheda di segnalazione-caduta

La scheda di segnalazione caduta, debitamente compilata nelle due sezioni, dev'essere inviata, insieme alla scheda di valutazione del rischio, alla SC Qualità, Accreditamento, Gestione del Rischio ed alla Direzione Medica di Presidio, anche nel caso in cui non vi sia danno. **Successivamente, solo in caso di danno, verrà inviata la scheda di follow up.**

La trasmissione (possibilmente, quando ritenuta urgente, preceduta da comunicazione telefonica ai seguenti nn. tel.0792645-712/711/714) deve essere effettuata al S.C. Qualità, Accr., Gestione Rischio al seguente indirizzo mail: qualita.produzione@aousassari.it, e alla Direzione Medica di Presidio all'indirizzo mail: segreteria.po.ssa@aousassari.it (i moduli editabili sono reperibili nel sito aziendale alla pagina del Servizio Qualità, Accreditamento e Gestione del Rischio o richiedibili direttamente al medesimo Servizio).

8. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà inserita nel sito internet dell'AOU Sassari, nella sezione dedicata al Servizio Qualità, Accreditamento e Gestione del Rischio.



La presente procedura sarà consultabile nelle UU. OO. che operano in regime di degenza, negli uffici della Direzione Sanitaria di Presidio dell'AOU di Sassari.

9. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE DATI

Tutti i dati relativi alle cadute dei pazienti ricoverati presso le UU.OO. dell'AOU di Sassari, opportunamente segnalate secondo le modalità indicate, verranno valutati ed elaborati periodicamente dalla SC Qual., Accr., Gestione Rischio della AOU di Sassari.

Indicatori:

- n° cadute rilevate/ U.O./anno
- n° pazienti con più cadute/n° totale pazienti caduti

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p>	<p>PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI IN OSPEDALE</p>	 <p>A. D. MDLXII</p> <p>S.C. Qualità, Accreditamento, Gestione Rischio</p>
--	--	---

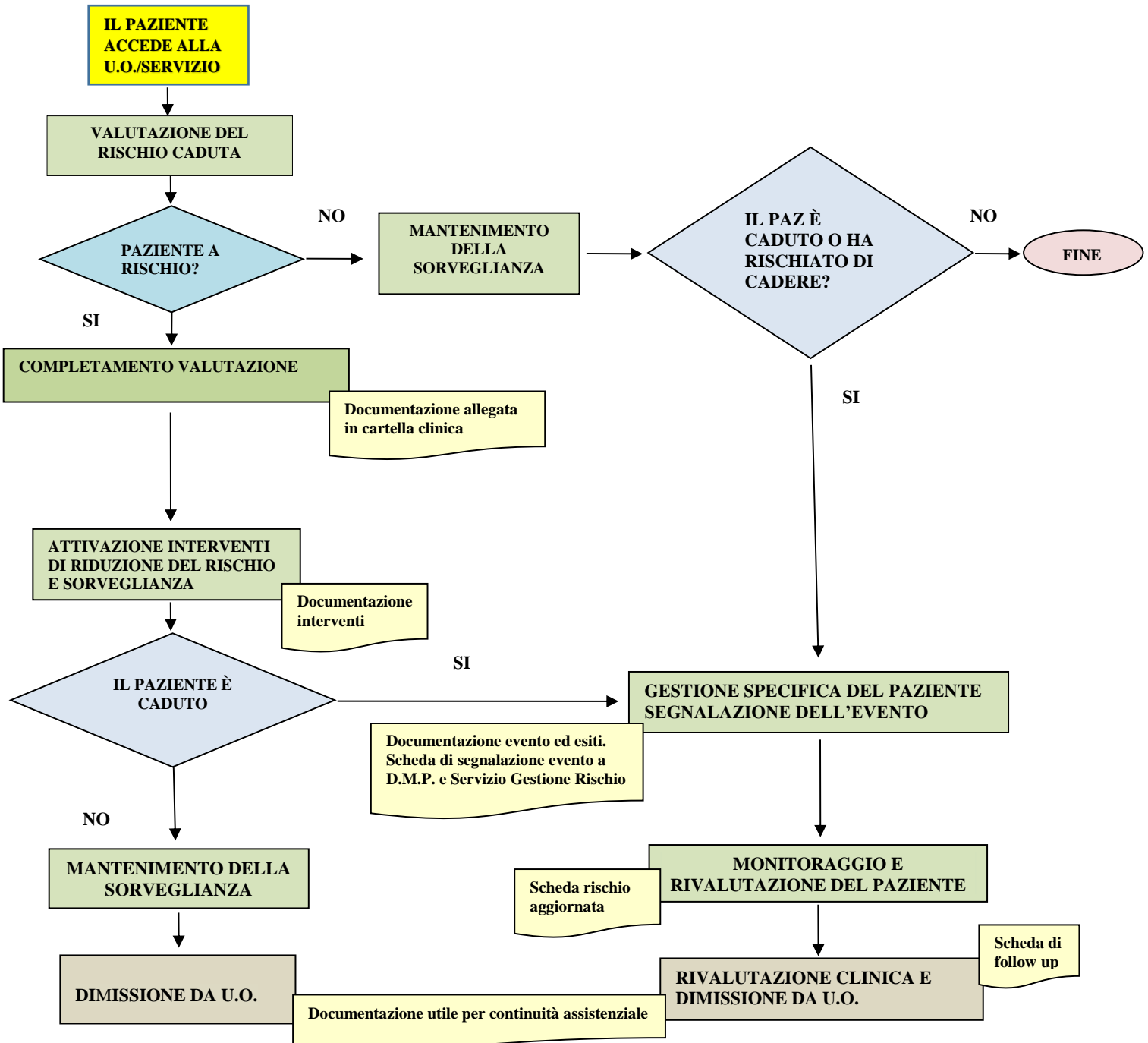
- n° schede di valutazione rischio caduta/ n° pazienti suscettibili di valutazione (valutazione a campione)

10. ALLEGATI

- ✓ **Allegato N. 1:** Scheda di valutazione del rischio caduta.
- ✓ **Allegato N. 2:** Interventi finalizzati alla riduzione del rischio caduta.
- ✓ **Allegato N. 3:** Scheda di segnalazione cadute: parte infermieristica e parte medica.
- ✓ **Allegato N. 4:** Scheda di follow up
- ✓ **Allegato N. 5:** Scheda informativa familiari/caregivers
- ✓ **Allegato N. 6:** Istruzioni operative su posizionamento delle sponde a letto del paziente
- ✓ **Allegato N. 7:** Consenso informato all'utilizzo di sponde di protezione

11. DIAGRAMMA DI FLUSSO

ATTIVITA' ALL'INTERNO DELLE UU.OO., PER I PAZIENTI A RISCHIO CADUTA



Allegato. N. 1

SCHEMA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

U.O. 1a DATA DI RILEVAZIONE

NOME E COGNOME PAZIENTE

DATA DI NASCITA Sesso: M F

- Limitata autonomia nella mobilità SI NO
 - Deficit visivo tale da limitarne l'autonomia SI NO
 - Il paziente assume più di 4 farmaci di cui almeno uno appartenente alle seguenti categorie:
- | | | |
|--|----|----|
| Farmaci con effetto sedativo su SNC e/o oppiacei | SI | NO |
| Farmaci con effetti sul sistema cardiovascolare | SI | NO |

- IN CASO DI 3 RISPOSTE NEGATIVE PROCEDERE IN BASE ALLA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA
- **SE SI E' RISPOSTO "SI" AD ALMENO UNA VOCE, COMPILARE LA SUCCESSIVA SCALA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA**

SCALA DI CONLEY (Valutazione del rischio di caduta del paziente)

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte al paziente; in caso il paziente presenti gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere possono essere rivolte ad un familiare o al caregiver o all'infermiere. Occorre poi barrare il valore corrispondente alla risposta fornita e sommare i valori positivi. La risposta "non so" è da considerare risposta negativa. **Rivalutazione dopo ogni caduta e al variare delle condizioni cliniche.**

Data

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)

- C1 – È caduto negli ultimi 3 mesi?
- C2 – Ha mai avuto vertigini o capogiri? (ultimi 3 mesi)
- C3- Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (ultimi 3 mesi)

		SI	NO	SI	NO
		2	0	2	0
		1	0	1	0
		1	0	1	0
		1	0	1	0
		2	0	2	0
		3	0	3	0

Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)

- C4 – Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile
- C5 – Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es. incapacità di stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, etc.)
- C6- Deterioramento della capacità di giudizio/mancaza del senso del pericolo

- **INDICE DI CONLEY: 0 = minimo rischio; 8= massimo rischio** **TOTALE:**
- **I. di C. ≥ 2 → PAZIENTE A RISCHIO CADUTA** **SI** **NO** **SI** **NO**

Compilare la parte sottostante solo nel caso l'indica di Conley sia ≥ 2

Presenta almeno una delle seguenti patologie (sottolineare):

- cerebrovascolari, neurologiche, cardiache, psichiatriche, respiratorie;
- ha subito interventi chirurgici maggiori e/o demolitivi.

Data e Ora dal ricovero	Data e Ora dal ricovero	Data e Ora dal ricovero
.....
NO SI	NO SI	NO SI

Firma CPSI	Data e Ora
Firma CPSI	Data e Ora
Firma CPSI	Data e Ora
Firma CPSI	Data e Ora

Allegato N. 2

INTERVENTI FINALIZZATI ALLA RIDUZIONE DEL RISCHIO CADUTA

SICUREZZA AMBIENTE		
Assicurare l'ordine nella stanza, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire inciampo per i pazienti. Identificare qualsiasi elemento ambientale, nei percorsi del paziente, che possa aumentare il rischio di cadere (es. pavimenti bagnati, presidi instabili o rotti, ecc).	Stabilizzare il letto ed il mobilio ad essi vicino. Abbassare quanto più possibile i letti, assicurando che i freni siano bloccati. Selezionare sedie che abbiano braccioli e che siano ad altezza appropriata per sedersi ed alzarsi senza particolare difficoltà. Posizionare le sponde solo se appropriato e utilizzare quelle lunghe metà letto per ridurre il bisogno del pz. di scavalcarle per alzarsi. Assicurare che il pz. possa raggiungere facilmente gli oggetti necessari.	Garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità, soprattutto durante la notte, vicino al letto ed al bagno.
INTERVENTI PREVENTIVI SUL PAZIENTE		
Mostrare alla persona la stanza di degenza, il bagno, il reparto. Mostrare come si usa il campanello. Identificare i bisogni di sicurezza richiesti dal pz, basati sul livello di funzione fisica e cognitiva e la storia passata del comportamento. Ad es.: porre le sponde al letto al pz. che le richieda, facendo firmare un consenso informato. Evitare la contenzione, salvo casi specifici documentati e solo su prescrizione medica.	In presenza di ipotensione ortostatica istruire il pz. ad attuare manovre finalizzate alla sua prevenzione: alzarsi da seduti lentamente, dondolare prima di stare in piedi e prima di camminare, alzare od abbassare aritmicamente le caviglie da seduti prima di camminare, sedersi immediatamente alla comparsa di vertigini, riposare dopo i pasti se insorge ipotensione postprandiale. I passaggi posturali nei pz. ad alto rischio devono essere eseguiti lentamente. Prestare particolare attenzione durante lo spostamento del pz. dal letto alla barella, dal letto alla sedia.	Quando il rischio di caduta è alto, educare il pz. e la famiglia sui problemi di sicurezza e le limitazioni di mobilità. Richiedere la collaborazione dei familiari in modo tale, se possibile, da garantirne la presenza 24h su 24h.
In collaborazione con i fisioterapisti, fare deambulare i pz. a rischio ad intervalli regolari, anche ricorrendo ai familiari o ai caregivers. Programmare mobilitazione precoce ed esercizi di rinforzo della muscolatura.	Prima della deambulazione controllare che il pz. indossi abiti e scarpe della giusta misura, evitando le ciabatte e calzature con suola scivolosa. Utilizzare gli ausili idonei alla persona ed in collaborazione con il fisioterapista, fornire l'addestramento necessario.	Intraprendere strategie interdisciplinari per assistere le persone con depressione o aggressività, comunicare in modo rilassato o calmo, favorire la presenza da parte dei familiari.
EVACUAZIONE		
Collocare il pz. con urgenze evacuative vicino al bagno. Portare periodicamente i pz. deambulanti, a rischio di caduta, in bagno.	Spiegare alla persona ad alto rischio l'importanza di informare l'infermiere ogni volta che si reca in bagno o si allontana dal reparto. Accompagnare in bagno i pazienti considerati a più alto rischio.	Istruire i pz. maschi soggetti alle vertigini ad urinare mentre sono seduti. Se il pz. è portatore di pannolone, controllare che sia ben posizionato.
FARMACI		
Controllare i pazienti che assumono lassativi e diuretici.	Limitare le associazioni di farmaci potenzialmente ipotensivizzanti, quando possibile (ad es.: lassativi, analgesici, ecc.).	Far rivalutare gli orari di somministrazione concomitante di farmaci ad effetto ipotensivo.

Allegato n. 3
SCHEMA DI SEGNALAZIONE CADUTE (sez. A)

Cod. fiscale pz _____

 SESSO F M N° ADT _____

Data evento "caduta" _____

Ora _____

Testimoni presenti alla caduta	<input type="radio"/> nessuno/il pz era solo <input type="radio"/> altri pz <input type="radio"/> familiari <input type="radio"/> personale sanitario <input type="radio"/> altro.....	Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO (abituamente confuso/disorientato) <input type="radio"/> NO (non ricorda)
Precedenti cadute durante il ricovero	nessuna 2°caduta 3° caduta più di 3 cadute	
Luogo della caduta	<input type="radio"/> stanza <input type="radio"/> servizi igienici <input type="radio"/> scale	<input type="radio"/> corridoio <input type="radio"/> ambulatorio <input type="radio"/> spazi esterni <input type="radio"/> altro.....
Modalità della caduta	<input type="radio"/> caduto da posizione eretta <input type="radio"/> caduto da seduto: wc/comoda carrozzina sedia/poltrona <input type="radio"/> caduto dal letto: con sponde senza sponde <input type="radio"/> caduto dalla barella <input type="radio"/> altro.....	
Meccanismo della caduta	Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo	
<input type="radio"/> inciampato <input type="radio"/> scivolato <input type="radio"/> perdita di forza/cedimento <input type="radio"/> perdita di equilibrio <input type="radio"/> perdita di coscienza <input type="radio"/> vertigini <input type="radio"/> altro..... <input type="radio"/> non rilevabile	<input type="radio"/> camminava: <input type="checkbox"/> verso o dal bagno <input type="checkbox"/> in stanza <input type="checkbox"/> in corridoio <input type="radio"/> scendeva dal letto <input type="radio"/> saliva sul letto <input type="radio"/> si stava alzando o sedendo sulla sedia/poltrona carrozzina/comoda <input type="radio"/> si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa <input type="radio"/> stava utilizzando la toilette <input type="radio"/> stava effettuando l'igiene personale <input type="radio"/> si stava vestendo o svestendo <input type="radio"/> stava raggiungendo un oggetto <input type="radio"/> stava raggiungendo il campanello di chiamata <input type="radio"/> stava dormendo e/o cambiando posizione a letto <input type="radio"/> aspettava in barella <input type="radio"/> non rilevabile <input type="radio"/> altro.....	
ALTRO _____ _____ _____		
Data: _____	Firma dell'infermiere _____	



AOU Sassari

Direzione Sanitaria
Aziendale

**PROCEDURA
PREVENZIONE E
GESTIONE DELLE
CADUTE DEI
PAZIENTI IN
OSPEDALE**



A. D. MDLXII

**S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

SCHEMA SEGNALAZIONE CADUTE (sez. B)

Conseguenza caduta			<input type="radio"/> con danno	<input type="radio"/> senza danno
Sede del danno		Tipo di danno		
Sedi _____		<input type="radio"/> escoriazione	<input type="radio"/> distorsione	
		<input type="radio"/> contusione	<input type="radio"/> trauma cranico	
		<input type="radio"/> ematoma	<input type="radio"/> frattura femore	
		<input type="radio"/> ferita	<input type="radio"/> altre fratture: specificare	
Accertamenti diagnostici richiesti		<input type="radio"/> nessuno <input type="radio"/> RX _____ <input type="radio"/> TAC _____ <input type="radio"/> visita specialistica _____ <input type="radio"/> altro.....		
Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine		<input type="radio"/> nessuno <input type="radio"/> sutura <input type="radio"/> steri-strips <input type="radio"/> medicazione <input type="radio"/> altro.....		
Terapia farmacologica in atto		<input type="radio"/> sedativi del SNC <input type="radio"/> diuretici <input type="radio"/> ipotensivi <input type="radio"/> antiaritmici <input type="radio"/> altro.....	Il paziente assume più di 4 farmaci <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
ALTRO _____ _____ _____ _____ _____				
FOLLOW-UP				
Necessità di follow-up dopo la caduta			<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Esito accertamenti diagnostici (riportare esito referto) _____ Trasferimento paziente: _____ _____				
Data: _____		Firma del medico _____		

Si chiede di inviare il modulo al seguente indirizzo mail: qualita.produzione@aousassari.it



AOU Sassari

Direzione Sanitaria
Aziendale

**PROCEDURA
PREVENZIONE E
GESTIONE DELLE
CADUTE DEI
PAZIENTI IN
OSPEDALE**



A.D. MDLXII

**S.C. Qualità, Accreditamento,
Gestione Rischio**

Allegato N. 4

SCHEDA DI FOLLOW UP - CADUTA PAZIENTE

U.O.

DATA DELLA CADUTA

C.F. PAZIENTE:

NOME DEL MEDICO

DATA DI SEGNALAZIONE..... Sesso: M F

DESCRIZIONE DANNO DOPO LA CADUTA _____

DANNI RILEVATI SUCCESSIVAMENTE ALLA CADUTA _____

Data _____ Firma del medico (leggibile) _____

ESITO DOPO LA CADUTA:

DECESSO, IL _____

TRASFERIMENTO AD ALTRA U.O. PER:

○ MIGLIORAMENTO _____

○ PEGGIORAMENTO _____

DIMISSIONE IL _____

ALTRO _____

Firma del medico (leggibile) _____

Allegato. N. 5

Prevenzione e Gestione delle cadute in Ospedale

Preveniamo le cadute in ospedale**CONSIGLI PER PAZIENTI E FAMILIARI****Per i pazienti**

per prevenire le cadute segui alcune accortezze:

- Se usi il deambulatore, prima di alzarti premi il campanello e aspetta che arrivi l'assistenza.
- Alzati lentamente dal letto o dalla sedia, e se hai vertigini siediti immediatamente e chiama l'infermiere.
- Porta calzature adatte (non solo calze) quando cammini, con tacchi piatti e soles in gomma, hanno un effetto antiscivolo.
- Non indossare vestaglie e capi d'abbigliamento lunghi, eviterai di inciampare. nel vestirti e/ o svestirti stai seduto o appoggiati al bordo del letto.
- Quando ti inchini o ti allunghi, tieniti sempre ad un supporto ben saldo evitando di girarti troppo velocemente.
- Se porti occhiali o apparecchi acustici usali anche durante il ricovero • possono sentirsi stanchi anche coloro che sono autosufficienti, perciò sei pregato di chiedere aiuto se ne senti il bisogno • Se hai bisogno di assistenza, chiama un membro del personale! se non dovesse arrivare immediatamente abbi un po' di pazienza: il personale è spesso occupato con altri pazienti e non può sempre venire subito, ma è molto importante che tu aspetti che arrivi!!!!

Per i familiari

1. quando vai a visitare il tuo familiare assicurati che sappia dove trovare il campanello e come usarlo. se è annoiato o irrequieto chiedi il permesso al personale di poter portarlo a fare una passeggiata. controlla l'area intorno al suo letto per assicurare che non vi siano ostacoli.
2. assicurati che il paziente abbia l'abbigliamento adatto da portare mentre cammina per il reparto o, che lo faccia stare comodo a letto: vestaglie e capi di abbigliamento lunghi possono farlo inciampare; le calzature devono essere della giusta misura, con tacchi piatti e soles antiscivolo; se il tuo familiare porta occhiali o apparecchi acustici sei pregato di assicurarti che lo faccia anche durante il suo ricovero in ospedale.
3. se hai portato una sedia durante gli orari di visita, quando vai via, sei pregato di rimuoverla; assicurati anche che il tuo familiare riesca a raggiungere il campanello per chiedere assistenza o per prepararsi a tornare a letto.
4. i pazienti potranno beneficiare di ulteriori visite da parte dei familiari (al di fuori degli orari delle visite) nel caso ce ne sia necessità e, noi ci auguriamo che tu sia disponibile a collaborare con noi.

Allegato N. 6**Istruzioni operative riguardanti il posizionamento delle sponde**

L'indicazione della contenzione è anzitutto un atto medico terapeutico e quindi prescrittivo, che deve tenere in debita considerazione anche le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali. Non vi sono prove scientifiche che la contenzione riduca il rischio caduta.

La contenzione non dovrà mai essere applicata come atto dettato da emergenze gestionali o di assistenza (carenza di personale, difficile organizzazione).

Al soggetto contenuto dovranno essere garantite idonea sorveglianza ed assistenza come previsto da indicazioni nazionale ed internazionali.

Va assicurato un processo assistenziale efficace e rispettoso della dignità del paziente perseguendo un'omogeneità di comportamenti nell'applicazione e nel monitoraggio della contenzione.

Al momento del ricovero del paziente l'infermiere compila la scheda di valutazione del rischio cadute. Anche in base al risultato ottenuto, se ritenuto necessario il posizionamento delle sponde, finalizzato a ridurre temporaneamente il pericolo per il paziente di subire lesioni e traumatismi da caduta, l'infermiere deve informare il medico della specifica situazione clinica, il quale, se ritenuto necessario nell'interesse del paziente, prescriverà il posizionamento sul diario clinico.

La prescrizione è di competenza del medico o, **in situazione di emergenza**, dell'infermiere, previa ratifica del medico nel più breve tempo possibile. Si dovranno informare della decisione presa e del suo significato il soggetto da contenere (se in grado di comprendere) e/o i familiari e l'eventuale tutore legale; va spiegata l'importanza e la necessità dell'applicazione, tranquillizzando il paziente. Inoltre, si provvederà a fare firmare il consenso informato non oltre le 24 ore dopo l'inizio del trattamento stesso.

Il consenso deve essere firmato congiuntamente dal medico e dal paziente/tutore, indicando chiaramente:

- data
- orario
- modalità e tempi di posizionamento
- motivazione/i
- modalità di monitoraggio/controllo del paziente

La contenzione senza il consenso dell'interessato o di chi lo rappresenta è giustificata solo da uno stato di necessità, per condizioni di pericolo per sé e/o per altri, che va obbligatoriamente documentato ed allegato alla documentazione sanitaria del paziente.

La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive, salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto, adeguatamente documentate. Il modulo deve inoltre contenere una dichiarazione esplicita da parte del paziente/tutore sulla chiarezza delle informazioni ricevute.

L'infermiere provvederà a riportare le annotazioni sul diario infermieristico e, durante il periodo di contenzione, il paziente deve essere rivalutato frequentemente, anche per l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione stessa. Devono essere perseguiti il comfort e la sicurezza, utilizzati mezzi autorizzati e il personale deve essere istruito sull'uso, rimuovendo la restrizione, quando non più necessaria.

Aspetti normativi sulla contenzione fisica

Costituzione italiana, art. 13 - Principio di inviolabilità della libertà personale

Costituzione italiana, art. 32 - Consenso all'atto terapeutico: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Codice penale, art. 571 - "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 (...)"

Codice penale, art. 610 - "L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza".

Va dall'altro canto ricordato che se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (*Codice penale, art. 54: "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo..."*), 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*).

Il principale riferimento di legge specifico sulla contenzione rimane l’art. 60 del R.D. n° 615 del 1909: “Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l’autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell’Istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione”.

La contenzione fisica della persona assistita, che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, è ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cura, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

Il Codice Penale, infatti, prevede situazioni nelle quali la contenzione è giustificata (*art. 51 c.p.*, ‘Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere’; *art. 54 c.p.*, ‘Stato di necessità’) o è dovuta, (*art. 589 c.p.*, ‘Omicidio colposo’; *art. 590 c.p.*, ‘Lesioni personali colpose’; *art. 591 c.p.*, ‘Abbandono di persone minori o incapaci’).

Qualora la contenzione fosse ingiustificata perché sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare o per sopperire a carenze organizzative o, ancora, per convenienza del personale sanitario, si possono configurare i reati di *sequestro di persona* (*art. 605 c.p.*), *violenza privata* (*art. 610 c.p.*) e *abuso di mezzi di correzione o disciplina* (*art. 571 c.p.*) e *maltrattamenti* (*art. 572 c.p.*).

Qualora, per l’uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche), si potrebbero configurare le ipotesi di reato per responsabilità colposa (*art. 589 c.p. Omicidio colposo* e *art. 590 c.p., Lesioni personali colpose*).

Aspetti deontologici della contenzione fisica

Fra i doveri principali dei professionisti sanitari, secondo quanto disciplinato dai rispettivi codici deontologici, vi è la tutela della libertà e della dignità della persona.

Codice deontologico del medico (2014):

Art. 18 - Trattamenti che incidono sull’integrità psico-fisica. I trattamenti che incidono sull’integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona.

Art. 26 - Cartella clinica. Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte. Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione. Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale anche relativamente al trattamento dei dati sensibili, in particolare in casi di arruolamento in protocolli di ricerca.

Art. 32 - Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili. ... Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

Codice deontologico dell'infermiere (2019):

Art. 3 – Rispetto e non discriminazione: L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Art. 30 – Responsabilità nell'organizzazione: L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale. **Art 32 – Partecipazione al governo clinico:** L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

Art. 35 – Contenzione: L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i

presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Art. 36 – Operatori di supporto L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

La contenzione fisica deve essere limitata a circostanze eccezionali:

1. Quando il comportamento dell'ospite rappresenti un immediato pericolo per sé o/e per altri e la contenzione si dimostri la scelta migliore.
2. Auto ed etero-lesionismo.
3. Protezione di presidi medicali in uso sul paziente ed a lui necessari.
4. Soggetto esposto a caduta conseguente ad ogni tentativo di alzarsi e camminare.
5. Stato di incoscienza o ebbrezza.
6. Periodo pre o post sedazione.
7. Trasporto con barella.
8. Mantenimento della corretta postura in soggetti con deficit psicomotorio che necessitano di stabilità.
9. Quando il comportamento dell'ospite rappresenti un immediato pericolo per sé o/e per altri e la contenzione si dimostri la scelta migliore.

NB. Va predisposto e formalizzato in cartella un adeguato piano di monitoraggio e sorveglianza del paziente durante la sua contenzione

Allegato N. 7

U.O. _____

CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI SPONDE DI PROTEZIONE

Io sottoscritto/a.....

in qualità di paziente tutore

dichiaro di essere informato/a in modo dettagliato, comprensibile e completo, nel corso di un colloquio personale con il Dr./Prof.

sulla necessità che vengano posizionate le sponde di protezione per la concreta possibilità che in assenza di esse si possa verificare una caduta dal letto/barella.

Dichiaro, pertanto, di consentire espressamente che vengano posizionate nel letto/barella:

in data entrambe le sponde/una sponda, dalle ore alle ore.....

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.

Ai sensi della normativa vigente i dati personali e sensibili saranno conservati, custoditi e soggetti a segreto professionale, assieme alla restante documentazione clinica.

Firma del paziente o del tutore

Firma del medico che ha informato

Data