

REV. 01	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
04.2023	<p>Dott.ssa Sara Sblano Dirigente Medico UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management</p> <p>Dott.ssa Mara Masullo Dirigente Responsabile UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management</p> <p>Dott. Inf. Giulio Paradiso UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management</p> <p>Dott. Inf. Beatrice Dibenedetto UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management</p> <p>CPS Maria Luisa Dilorenzo UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management</p>	<p>Dott.ssa Mara Masullo Dirigente Responsabile UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed Management</p> <p>Dott. Giuseppe Dipaola Direttore Dip. Area Intensiva e delle Emergenze</p> <p>Dott. Emanuele Tatò Direttore Dip. Ospedaliero</p> <p>Enrico Restini Direttore Dip. Chirurgico – Traumatologico</p> <p>Michele Barbara Direttore Dip. Neurosensoriale e Malattie App. Respiratorio</p> <p>Dott. Giuseppe Bartucci Direttore Dip. Medico Specialistico</p> <p>Dott. Francesco Bartolomucci Direttore Dip. Cardiologico</p> <p>Dott. Pietro Mario Lalli Direttore Dip. Materno-Infantile</p> <p>Dott. Giuseppe Tarantini Direttore Dip. Oncologico</p> <p>Dott. Giuseppe Coratella Direttore Dip. Distretti S.S.</p> <p>Dott.ssa Domenica Ancona Direttore Dip. Farmaceutico</p> <p>Dott. Pasquale Difazio Direttore Dip. immagini e Diagnostica</p> <p>Dott. Giuseppe Barrasso Direttore Dip. Salute Mentale</p> <p>Dott. Riccardo Matera Direttore Dip. di Prevenzione</p> <p>Dott. Federico Ruta Dirigente Professioni Sanitarie</p>	<p>Dott. Alessandro Scelzi Direttore Sanitario ASL BT</p>

INDICE

Premessa	pag. 3
Campo di applicazione	pag. 4
Matrice della responsabilità	pag. 5
Le cadute: aspetti generali	pag. 6
Descrizione delle attività	pag. 8
Valutazione del rischio caduta nel paziente	pag. 8
Attività che seguono la iniziale valutazione del rischio caduta	pag. 12
Modalità di gestione del paziente a seguito di caduta	pag. 19
Comunicazione della caduta: La scheda segnalazione cadute	pag. 20
Approfondimento sulla contenzione	pag. 21
Monitoraggio della procedura	pag. 28
Allegati	pag. 29
Bibliografia	pag. 30



PREMESSA

La presente revisione è frutto delle risultanze delle attività di audit e degli studi condotti sugli eventi avversi più frequenti nella nostra ASL. All'esito delle valutazioni è emerso che le cadute dei pazienti continuano ad essere l'evento più frequente, conseguenza di una complessa interazione di numerosi fattori di rischio (intrinseci ed estrinseci al paziente) e che, anche se si verificano prevalentemente nelle persone anziane, in realtà, più in generale, possono riguardare soggetti fragili e/o affetti da disabilità motorie e/o cognitive di qualsiasi età. Le risultanze delle analisi condotte, in linea con i report Ministeriali e di letteratura, anche alla luce delle criticità emerse, sono univocamente dimostrative per la necessità di procedere con un cambio di prospettiva nell'approccio dei Sanitari e dell'utenza. Occorre porre in essere un intervento multifattoriale individualizzato che miri ad identificare e ad affrontare i fattori di rischio personali ed ambientali riconosciuti coinvolgendo in maniera attiva anche i pazienti ed i loro familiari/caregiver che dovranno rendersi parte attiva nel processo di prevenzione delle cadute. L'opuscolo allegato alla presente procedura rappresenterà il punto iniziale di incontro con l'utenza. Le informazioni contenute nello stesso dovranno essere discusse con il paziente e/o con i suoi familiari/caregiver cercando di personalizzare i contenuti in relazione alle esigenze dell'interlocutore sin da poter porre in essere, sin da subito, attività di tipo preventivo proattive. Il coinvolgimento diretto del paziente (familiare/caregiver), il passaggio umanizzante delle cure, rappresenta momento imprescindibile del percorso di prevenzione delle cadute, perché solo un coinvolgimento attivo potrà rendere il paziente e/o il familiare/caregiver più partecipe al processo di cura. D'altro canto solo un coinvolgimento attivo del paziente e/o del caregiver potrà fornire le informazioni anamnestiche necessarie per una valutazione specifica ed accurata del rischio caduta di un paziente. La frequenza dell'evento caduta e l'impatto assistenziale che ne deriva (soprattutto qualora dalla stessa ne derivi una disabilità con i correlati riflessi sulle famiglie e sulla Sanità Pubblica) richiedono un approccio concreto ed efficace poiché se è dato di fatto che il rischio caduta non può essere totalmente azzerato sono, altresì, noti i fattori contribuenti che possono essere controllati attraverso specifici interventi. Ed è proprio su questi



fattori che occorrerà lavorare in una ottica comune di maggiore coinvolgimento dei Sanitari, dell'Azienda e degli utenti nel percorso assistenziale di prevenzione del rischio caduta.

La presente revisione di procedura, pertanto, sulla scorta del dato esperienziale, ed alla luce dei riscontri applicativi nel tempo della precedente versione del 2014, aspira a questo cambio prospettico assicurando qualità e sicurezza delle cure per i pazienti e per gli operatori della ASL BT.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari delle UU.OO., degli ambulatori e dei servizi dell'ASL BT.

La procedura dovrà essere applicata al momento della presa in carico di un paziente presso le UU.OO. di degenza dei presidi ospedalieri dell'ASL BT, per tutti gli assistiti nei diversi regimi di ricovero (Ordinario, Day Hospital), per l'area Osservazione Breve Intensiva (OBI) dei MeCAU e per le aree di Day Service che prevedono un accesso continuativo nel tempo (es. prestazioni continuative per ciclo farmaci antitumorali). Negli accessi in Day Service per interventi chirurgici declassati (es. tunnel carpale, cataratta ecc...), non essendo realizzabile e valutabile una pianificazione assistenziale a lungo termine, l'Infermiere è tenuto comunque a compilare la scheda di valutazione rischio caduta ad espletare un'attività informativa nei confronti del paziente (e/o familiare e/o caregiver) circa il rischio caduta.

Negli ambulatori, al verificarsi dell'evento caduta si dovrà procedere a segnalazione della stessa nelle modalità previste.

Devono essere compiuti degli interventi educativi rivolti al personale sanitario, che dovrà essere opportunamente formato sui fattori di rischio per le cadute, sulla loro valutazione, sulle strategie e sugli interventi preventivi. Tutto il personale sanitario/tecnico deve sviluppare e mantenere costanti ed aggiornate competenze nell'assessment e nella prevenzione delle cadute attraverso una formazione periodica.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Per ciascuna attività sono indicate le responsabilità di ciascuna figura relativamente allo specifico ambito di competenza.

(R - Responsabile) (C - Collabora) (I- Informato)

Figure Responsabili	Resp. RSP	Direttore U.O.	Dirigente Medico	Coord inf/ tecn	Inferm. Fisiot/ Tecnici	Direttore Medico di P.O/ Dir DSS	SBL	Area Tecnica	Rischio Clinico	Direzione Generale
Attività										
Valutazione del paziente secondo procedura, compilazione scheda rischio cadute, condivisione contenuti brochure ed indicazioni assistenziali standard per paziente/familiare/caregiver per prevenire le cadute, rivalutazione paziente			C		R					
Pianificazione/Attuazione interventi preventivi assistenziali			R	R	R					
Valutazione Rischi ambientali U.O. e Compilazione check-list di controllo sicurezza ambiente	I	R	C	R	C	I			I	
Analisi risultati della valutazione rischi ambientali con programmazione di Azioni di Miglioramento	R					R			R	R
Gestione paziente caduto/ Primo soccorso, dinamica evento					R					
Gestione del paziente caduto/ Valutazione clinica/accertamenti			R		C					
Interventi clinico/assistenziali sul paziente caduto			R	C	R					
Informare la famiglia sull'evento caduta		C	R						C	C
Azioni educative rivolte a paziente/caregiver per prevenire nuovi eventi di caduta			C		R					
Compilazione scheda rilevazione cadute			R		R					
Invio scheda rilevazione cadute alla Direzione Medica di P.O.				R						
Verifica corretta compilazione e successivo Invio scheda rilevazione cadute al Rischio Clinico ed alla SBL						R	I		I	
Analisi dati scheda rilevazione cadute ed eventuale convocazione clinical audit, segnalazione ministeriale ES						C			R	
Istituzione data base cadute ai fini della gestione di eventuali contenziosi							R			
Indicazione ricorso ai mezzi di contenzione, proroga e cessazione della contenzione		R	R		C					
Monitoraggio della contenzione			I		R					
Monitoraggio degli indicatori della procedura						R			I	

LE CADUTE: ASPETTI GENERALI

Le cadute, nella popolazione in genere, rappresentano un importante fattore di morbilità, disabilità e nei casi più estremi di mortalità. Ad una caduta, infatti, può far seguito un evento lesivo che può compromettere la qualità della vita di un paziente o ingenerare nello stesso uno stato di “apprensione” (paura di cadere un’altra volta) che, a sua volta, può comportare una contrazione delle attività dallo stesso svolte e senso di insicurezza. Inoltre, le cadute che avvengono in un contesto assistenziale possono determinare un prolungamento della degenza del paziente, la necessità che lo stesso sia sottoposto ad attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive con inevitabili riflessi anche in termini di costi sanitari.

Secondo la definizione Ministeriale contenuta nella Raccomandazione 13, si intende per 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”*.

Le cadute hanno un’eziologia multifattoriale. L’OMS, come anche indicato nella raccomandazione ministeriale, rileva che i fattori di rischio si distinguono in personali (intrinseci) ed ambientali/organizzativi della struttura (estrinseci). Dalla capacità di valutare e gestire gli stessi deriva la possibilità di prevenire e comprimere il rischio.

A. Fattori intrinseci al paziente

- Età avanzata. L’incidenza delle cadute aumenta con l’aumentare dell’età (≥ 60 anni).
- Anamnesi di precedenti cadute.
- Farmaci assunti; secondo l’OMS il rischio aumenta significativamente se una *“persona assume più di 4 farmaci indipendentemente dal tipo. L’utilizzo di 4 o più farmaci è associato con un rischio di nove volte maggiore di alterazione cognitiva e paura di cadere”*. I farmaci più di frequente associati ad aumento del rischio caduta sono le benzodiazepine



(soprattutto cadute nelle ore notturne), farmaci psicotropi, antiaritmici, digossina, diuretici e sedativi.

- Patologie: circolatorie, cerebro-vascolari, cognitive, neuromuscolari, polmonari croniche-ostruttive, articolari (soprattutto a carico del piede), disturbi della vista e dell'udito, infezioni e malattie acute (infezioni delle vie urinarie, influenza), patologie urinarie associate a frequenza minzionale, incontinenza.
- Deficit nutrizionale: un indice di massa corporea al di sotto della norma è associato con un aumentato rischio di caduta così come un deficit di Vitamina D.
- Ridotta mobilità e alterata andatura: la debolezza muscolare è un fattore di rischio così come il deficit nell'andatura e nell'equilibrio.
- Abitudini di vita sedentarie che, inevitabilmente, comportano un indebolimento muscolare ed una riduzione della forza.
- Stato psicologico - paura di cadere: la persona, a causa della paura, tende a muoversi di meno con conseguenti danni da riduzione della mobilità e aumentato rischio di cadere.

B. Fattori estrinseci relativi all'ambiente, alle attrezzature ed organizzativo-assistenziali

- Pavimenti e scale (scivolosi, bagnati).
- Corridoi (assenza di corrimani, larghezza, presenza di arredi ingombranti).
- Camere di degenza e bagni (dimensioni degli ambienti).
- Illuminazione scarsa/inadeguata.
- Letti (altezza non regolabile; spondine non rimuovibili né adattabili in altezza; ruote e freni non funzionanti).
- Carrozine (braccioli e poggiapiedi non estraibili o reclinabili/ripiegabili; freni non funzionanti).
- Ausili per la deambulazione non adeguati.
- Bagni privi di supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

1. VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA NEL PAZIENTE

Al momento della presa in carico di un paziente occorre procedere con la valutazione del rischio cadute dello stesso utilizzando la **Scheda Valutazione del rischio cadute** (allegato n. 1). Tale rilievo dovrà essere eseguito dal personale infermieristico all'ingresso del paziente ammesso ai regimi di ricovero con pernottamento e nell'O.B.I. Le valutazioni consentiranno di individuare, sin nelle immediatezze, gli assistiti a rischio di caduta e mettere in atto per loro misure di prevenzione. Qualora il paziente versi in gravi condizioni, la valutazione del rischio caduta sarà eseguita alla stabilizzazione delle stesse.

L'adozione della scheda di valutazione rischio caduta consentirà di:

- uniformare i comportamenti legati alla valutazione paziente, limitandone la discrezionalità;
- effettuare una valutazione oggettiva del potenziale paziente a rischio di caduta in funzione della patologia di base a prescindere dall'età;
- calibrare, sin da subito, gli interventi preventivi da adottare sul singolo paziente.

La valutazione del rischio caduta del paziente è un rilievo **dinamico** e, pertanto, nel tempo dovrà essere eseguita una rivalutazione dello stesso e nello specifico:

- ogni qualvolta si proceda a variazione della terapia del paziente allorquando si includano farmaci che possano aumentare il rischio caduta;
- a seguito di riscontrate alterazioni dello stato di salute del paziente durante la degenza;
- nel corso di degenze prolungate, occorrerà eseguire rivalutazioni almeno ogni 72 ore;
- a seguito di un episodio di caduta;
- prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura ovvero prima delle dimissioni per favorire un processo di continuità assistenziale a domicilio.

I contenuti della Scheda di Valutazione del rischio allegati alla presente procedura sono in linea con le indicazioni del Rapporto Mondiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e

della letteratura internazionale in merito. Il documento dell’OMS, in special modo nei pazienti con più di 65 anni, focalizza l’attenzione su **tre fattori di rischio**:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • “assunzione di più di 4 farmaci” |
| <ul style="list-style-type: none"> • “debolezza alle anche”, da intendersi quale impaccio motorio nella deambulazione |
| <ul style="list-style-type: none"> • “equilibrio instabile” da valutarsi attraverso i seguenti parametri: <ul style="list-style-type: none"> - incapacità di mantenere la posizione seduta in autonomia - incapacità di mantenere la posizione eretta in autonomia |

La Scheda di Valutazione del rischio caduta è parte integrante della cartella clinica del paziente e, pertanto, deve essere **compilata in tutte le sue sezioni in modo completo**.

Nella scheda di valutazione rischio caduta del paziente i 3 items dell’OMS precedono la Scala di Conley (Fig. 1). Se nel paziente, all’ingresso, non ricorre nessuno dei 3 items indicati non si procederà alla compilazione della scala di Conley.

Qualora nel paziente ricorra almeno uno dei criteri indicati l’infermiere procederà con la compilazione della Scala di Conley secondo le modalità note. Si è mantenuta la scala valutativa Conley essendo il personale sanitario della ASL BT già addestrato al suo utilizzo.

L’infermiere rivolgerà le prime tre domande della Scala Conley al paziente; nel caso in cui il paziente non sia in grado di rispondere per gravi deficit fisici o cognitivi, le domande saranno poste al familiare/caregiver. Qualora non fosse presente alcun familiare/caregiver, sarà l’infermiere stesso, consultando la documentazione, a rispondere alla prima parte dello strumento di valutazione.

Le ultime tre domande, sono destinate all’infermiere compilatore che deve rispondere in base a quanto ha osservato sulla persona valutata. Per ogni domanda dovrà essere spuntata la risposta (SI/NO), Se ad una domanda si risponde “non so”, essa è da considerare come risposta negativa e pertanto dovrà essere spuntato il NO.

Ad ogni domanda è attribuito un punteggio pari a zero se negativa, o variabile da 1 a 3 se positiva. Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi.

Il paziente è considerato a rischio caduta se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2 (punteggio di cut off).

Fig.1 Scheda di valutazione rischio caduta

ASL BT PugliaSalute **SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI**

U.O.:
 Nome Cognome Paziente Data di nascita età
 Sesso | M | F

Data __/__/__ Data __/__/__ Data __/__/__

→ assume più di 4 farmaci (indipendente dalla tipologia) SI NO SI NO SI NO
 → debolezza alle anche SI NO SI NO SI NO
 → equilibrio instabile SI NO SI NO SI NO

SE SÌ/ RISPOSTO "SÌ" AD ALMENO UNA VARIABILE COMPILARE LA SCALA CONLEY

SCALA DI CONLEY

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte al paziente; in caso il paziente presenti gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscano 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 come risposta negativa.

Data:

	SI	NO	SI	NO
Precedenti cadute (domande al)				
C1-E' caduto negli ultimi 3 mesi?	2	0	2	0
C2-Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0	1	0
C3-Le è mai capitato di perdere urine e feci mentre si recava in bagno?(negli ultimi 3 mesi)	1	0	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)				
C4-Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0	1	0
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, ecc...).	2	0	2	0
C6-Deterioramento della capacità di giudizio/ mancanza del senso di pericolo	3	0	3	0

TOTALE:

CON INDICE DI CONLEY ≥ 2 Paziente a rischio di caduta

→ | SI | NO | SI | NO

Firma Infermiere:

Nel caso di pazienti che accedono nelle aree di Day Service che prevedono un accesso continuativo nel tempo (es. prestazioni continuative Oncologia ed Ematologia per ciclo farmaci antitumorali, Dialisi ecc...), nella fase di iniziale presa in carico, l'infermiere procederà con la



somministrazione della Scheda di Valutazione del rischio cadute e la riporterà nella cartella clinica del paziente; si dovrà procedere alla valutazione del rischio cadute ad ogni successivo accesso del paziente.

Le assistite in stato di gravidanza e le puerpere andranno informate anche sul rischio di caduta del neonato nelle circostanze in cui sia previsto il rooming-in. Nel caso in cui si verificasse una caduta del neonato, il personale sanitario dovrà procedere a segnalazione impiegando la apposita Scheda allegata alla procedura (Allegato n. 5).

Per le UU.OO. di Pediatria, nella presente revisione, non è stata prevista la somministrazione della scheda di valutazione del rischio nell'attesa dei futuri riscontri degli studi scientifici italiani in essere sulla specificità della scala Humpty Dumpty, all'esito dei quali, eventualmente, si procederà alla introduzione della stessa nella ASL.

Purtuttavia, all'ingresso del paziente, il personale medico ed infermieristico sarà comunque tenuto, qualora rilevi circostanze che rappresentino una condizione di potenziale rischio per il paziente, ad indicarlo in cartella con le conseguenti attività assistenziali di prevenzione predisposte.

Per gli assistiti che accedono alle MeCAU aziendali, nei quali si ravvisino elementi anamnestici e clinici indicativi per un aumentato rischio caduta, i Sanitari tutti, devono sin da subito predisporre eventuali attività di tipo preventivo come indicate nel paragrafo 2.

2. ATTIVITA' CHE SEGUONO LA INIZIALE VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

2.1 Attività assistenziali standard

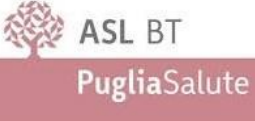
Dopo la iniziale valutazione del rischio caduta del paziente si procederà alla fase successiva che prevede la individuazione e la predisposizione degli interventi di prevenzione più idonei per il paziente.

Anzitutto, dopo la attività di valutazione del rischio caduta del paziente, il personale infermieristico mostrerà allo stesso, ovvero al familiare/caregiver, la dislocazione del reparto, la stanza di degenza, l'accesso ai servizi igienici. Sarà cura dell'infermiere mostrare la funzionalità del campanello di allarme, che andrà riposto a facile portata dell'assistito e la verifica che il paziente si dotato di calzature chiuse con suola antiscivolo. Diversamente dovrà richiedere allo stesso (o ai familiari/caregiver) che provvedano a fornire all'assistito un paio congruo.

Inoltre, in questa fase iniziale, è importante che l'infermiere stabilisca un dialogo disteso e rasserenante con l'interlocutore nel corso del quale dovranno essere trasferite informazioni generali assistenziali oltre che i contenuti della brochure informativa (Allegato n. 2) fornita al paziente (familiare/caregiver). Tanto al fine di coinvolgere attivamente il paziente (familiare/caregiver) nelle azioni di prevenzione delle cadute.

Nello specifico occorrerà informare il paziente (familiare/caregiver) su:

- come richiedere assistenza se ha necessità per andare in bagno o per i trasferimenti (letto/sedia/carrozzina);
- sulle modalità di esecuzione dei passaggi posturali in sicurezza;
- sulle strategie per ridurre le cadute in caso di vertigini o ipotensione (es. 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) avendo cura di istruire i pazienti maschi soggetti a vertigini ad urinare da seduti;
- sulla necessità di utilizzare un abbigliamento adeguato (calzature chiuse con suola antiscivolo, abiti comodi, abbottonati sul davanti, pantaloni non lunghi etc);

 <p>ASL BT PugliaSalute</p>	<p style="text-align: center;">MANUALE AZIENDALE PREVENZIONE DELLE CADUTE NEI PAZIENTI</p>	<p style="text-align: right;">Rev. 01 Pagina 13 di 30</p>
--	---	--

- sull'utilizzo di supporti/ausili per la mobilizzazione e la deambulazione qualora il paziente ne faccia già uso in casa;
- sulla necessità di impiego degli occhiali e/o apparecchio acustico quando non è a letto;
- sulle misure comportamentali nel caso in cui si verifichi un episodio di caduta.

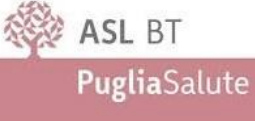
È importante fornire tutte le predette indicazioni poiché, a prescindere dall'età del paziente e dal punteggio rilevato con la Scala Conley, qualsiasi ricovero in ambito ospedaliero -per le prime 48 ore- si accompagna ad uno stato di "disorientamento/confusione" del paziente e, quindi, ad un maggior rischio cadute. Si tratta di un intervallo temporale che, di per sé, necessita di essere particolarmente attenzionato. D'altro canto, una siffatta modalità di iniziale approccio consente al paziente di percepire l'ambiente come familiare e confortevole.

L'avvenuta esecuzione della predetta attività informativa deve essere riportata nella sezione infermieristica della cartella clinica (attività informativa e consegna della brochure).

2.2 Pianificazione assistenziale ed attuazione attività di prevenzione delle cadute

Qualora il paziente risulti a rischio caduta, oltre alle predette attività assistenziali standard, occorrerà pianificare strategie mirate e personalizzate di prevenzione gestendo e valutando l'assistenza da porre in essere secondo una visione multidisciplinare. Si tratta, infatti, di azioni di tipo multifattoriale da operarsi sui fattori di rischio modificabili (intrinseci ed estrinseci).

La pianificazione è un momento imprescindibile delle attività di prevenzione delle cadute in cui il ruolo degli infermieri è di precipuo rilievo (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*).

 <p>ASL BT PugliaSalute</p>	<p style="text-align: center;">MANUALE AZIENDALE PREVENZIONE DELLE CADUTE NEI PAZIENTI</p>	<p style="text-align: right;">Rev. 01 Pagina 14 di 30</p>
--	---	--

a) Interventi assistenziali preventivi mirati

Di seguito si riportano le principali attività che il personale infermieristico e medico, ognuno per le proprie competenze, dovrà porre in essere.

- Sul testa-letto degli assistiti a rischio di caduta e degli assistiti che hanno già subito cadute sarà posizionata apposita segnaletica indicativa (Allegato n. 3). Inoltre, i pazienti a maggior rischio caduta dovranno essere sistemati in stanze di degenza allocate di fronte alle infermerie. Se tale allocazione non sarà possibile, tale circostanza andrà indicata nel diario infermieristico della CCE, ed occorrerà procedere a frequenti controlli dei pazienti, sempre segnalati in CCE. Ove ritenuto opportuno e necessario e, previa autorizzazione del Direttore/Responsabile UU.OO., dovrà essere favorita la presenza di un familiare/caregiver. Tanto al fine di limitare il ricorso alla contenzione (per tale argomento si rimanda allo specifico paragrafo della procedura).
- Al termine delle attività assistenziali, mantenere il letto del paziente in una posizione bassa (se disponibili letti regolabili in altezza) assicurandosi che i freni siano bloccati e che il paziente possa raggiungere facilmente gli oggetti che gli sono necessari.
- Accompagnare periodicamente in bagno per l'espletamento delle funzioni fisiologiche e subito prima del riposo notturno, i pazienti a rischio caduta con conservata stabilità dell'equilibrio e della deambulazione in particolar modo quelli che assumono lassativi e diuretici. Ove possibile, allocare i pazienti con urgenze evacuative vicino al bagno.
- Fornire la necessaria ed adeguata gestione assistenziale per quelle che possono le eventuali comorbilità insistenti nel paziente e che possono contribuire al rischio di caduta dello stesso (es. patologie neuromuscolari; ipotensione ortostatica; infezioni del tratto urinario; iperammoniemia). Nell'approccio al paziente a rischio di caduta, occorrerà trattare con priorità l'eventuale ipotensione ortostatica, contestualizzare la terapia e, quando possibile, sarà necessario realizzare interventi che migliorino l'equilibrio, la capacità di eseguire i passaggi posturali e la marcia.

- Nel caso in cui il paziente si presenti in stato mentale alterato occorre favorire il coinvolgimento dei familiari/caregiver agevolandone l'accesso e la permanenza in ospedale. Sarà necessario limitare il ricorso alla contenzione meccanica e/o farmacologica ai soli casi in cui sarà documentato in cartella clinica che altre strategie non hanno sortito alcun effetto. Per le ulteriori specifiche si rimanda al paragrafo sulla contenzione

b) Gestione della Terapia farmacologica

La rivalutazione della terapia assunta dal soggetto e la riduzione del numero di farmaci ha un effetto positivo sul rischio cadute, soprattutto nell'anziano.

Nella tabella che segue sono riportate le categorie di farmaci che possono aumentare il rischio di caduta (Fig. 2, mod. da report del Ministero della Salute, 2010).

Fig. 2

Farmaci con effetto sedativo sul sistema nervoso centrale	Farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare	Lassativi
Barbiturici Ipnotico-sedativi Antidepressivi triciclici Antipsicotici – neurolettici Antiparkinson Analgesici Ansiolitici Anticonvulsivi	Diuretici Antiaritmici Antiipertensivi Vasodilatatori Cardioattivi glicosidi	Tutti i tipi

Se il paziente è in terapia con i farmaci su indicati occorre che sia il paziente stesso sia i suoi familiari/caregiver siano informati dal personale infermieristico sui potenziali effetti di rischio agli stessi correlati e sulle cautele da osservare nel corso degli spostamenti.

Qualora il paziente effettui una terapia di tipo infusione, se non ricorre la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo, il personale medico dovrà programmare la somministrazione con pausa durante il riposo notturno.

c) Trasferimenti e deambulazione

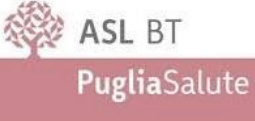
Ove possibile, occorre che il paziente conservi le proprie abilità e potenzialità motorie poiché conservare l'autonomia nelle attività fisiche è un fattore protettivo verso le cadute. Se necessario, il personale infermieristico dovrà istruire il paziente ovvero i familiari/caregiver sulle corrette modalità per gli spostamenti e per la deambulazione. Inoltre:

- se il paziente è portatore di pannolone, prima degli spostamenti il personale infermieristico verificherà che sia ben posizionato (in modo tale che non scenda durante la marcia);
- il coordinatore infermieristico/tecnico dovrà provvedere a verificare che le sedie a rotelle e i deambulatori presenti in reparto siano ben funzionanti. Diversamente, provvederà a dismettere il presidio ed a segnalarlo nella apposita check-list allegata alla procedura;
- il personale infermieristico provvederà, altresì, ad addestrare il paziente e/o il personale di assistenza sul corretto impiego dei presidi.

d) Interventi ambientali

Le caratteristiche dell'ambiente fisico della struttura sanitaria possono influire sui rischi di caduta dei pazienti oltre che dei visitatori e degli operatori. Nelle raccomandazioni di prevenzione delle cadute rilasciate da autorevoli organismi internazionali, l'intervento sull'ambiente e sui presidi è indicato come basilare. Occorre, pertanto, individuare i fattori di rischio strutturali connessi con gli ambienti ed i presidi che possono contribuire al verificarsi dell'evento caduta. In tal senso, realizzare interventi ambientali e modifiche delle attrezzature può significativamente ridurre il rischio cadute dei pazienti. Ci sono circostanze a cui prestare sempre le dovute attenzioni come:

- garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità, soprattutto nelle ore notturne, vicino al letto ed al bagno;

	MANUALE AZIENDALE PREVENZIONE DELLE CADUTE NEI PAZIENTI	Rev. 01 Pagina 17 di 30
---	--	--

- assicurare l'ordine nella stanza evitando di lasciare oggetti sul pavimento che potrebbero costituire inciampo per i pazienti;
- rendere stabili i letti ed il mobilio attivando gli appositi freni;
- prestare attenzione a potenziali rischi di caduta (liquidi sui pavimenti, o pavimenti umidi, pavimentazione sconnessa);
- impiego di letti ad altezza regolabile;
- ausili per la deambulazione adeguati;
- presenza di corrimano lungo i corridoi.

In questa revisione è proposta una check list valutativa (Allegato n. 4, Fig. 3) che il Coordinatore infermieristico/Tec ed il Direttore/Responsabile della U.O./Servizio/Ambulatorio dovranno applicare a cadenza quadrimestrale per individuare quelli che sono gli interventi da realizzare per migliorare la sicurezza per i pazienti e per gli operatori. La check list, pertanto, ha il fine di consentire di programmare le azioni di miglioramento per la prevenzione, ognuno per le proprie competenze, poiché, una volta compilata e firmata ne sarà inviata una copia:


- alla Direzione Medica di Presidio (Direttore di Distretto);
- all'Area Tecnica;
- al Servizio Prevenzione e Protezione;
- al Rischio Clinico, Qualità e Bed Management.

L'originale della check-list sarà conservata in archivio, presso il reparto a cura del Coordinatore. Le informazioni acquisite a mezzo delle check-list consentiranno di definire strategie di priorità di intervento a breve, a medio ed a lungo termine con la Direzione Generale.

Il personale sanitario, comunque, è tenuto a segnalare tempestivamente al Coordinatore ogni eventuale situazione di carenza funzionale/manutentiva affinché lo stesso possa predisporre le successive attività di segnalazione.

Fig. 3

Allegato 4



Check-list per la valutazione ambientale delle aree assistenziali

Unità Operativa di _____ P.O. _____

Barrare con una "X" le condizioni presenti

AMBIENTE

Pavimento

Pavimento in buono stato SI NO Se presenti dislivelli o buchi indicare dove _____

Presenza cartello di pericolo durante il lavaggio SI NO

Corridoi

Corrimani nei reparti presenti Se presenti indicare se in buono stato e accessibili

Illuminazione diurna SI NO eventuali carenze _____

Illuminazione notturna SI NO eventuali carenze _____

Presenza di materiali o mobili ingombranti SI NO

Bagni

Maniglie wc/bide SI NO

maniglie doccia SI NO

Interruttori accessibili e visibili SI NO

Se presenti carenze indicare dove _____

Camere di degenza


Arredi troppo ingombranti SI NO

Illuminazione notturna carente SI NO

ATTREZZATURE

Letti Adattabili in altezza SI NO

Allegato 4



Check-list per la valutazione ambientale delle aree assistenziali

Sponde in buono stato SI NO

Sponde corte SI NO

Sponde lunghe SI NO

Ruote efficienti SI NO

Sedie a rotelle

Braccioli efficienti SI NO

Poggiatesta efficienti e ribaltabili SI NO

Ruote efficienti SI NO

Freni efficienti SI NO

Comodino

Piano di appoggio girevole SI NO

Piano di appoggio regolabile SI NO

Freni efficienti SI NO

Aste per flebo

Integrate nei letti SI NO

Se mobili, con ruote efficienti SI NO

Ausili movimentazione

Disponibili SI NO

Efficienti SI NO

Se non efficienti indicare la motivazione _____

Data del rilevamento _____ Firma Dirigente/Responsabile U.O. _____

Firma Coordinatore In.co U.O. _____

MODALITA' DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI CADUTA

Qualora dovesse verificarsi la caduta di un paziente, in qualsiasi setting, gli interventi clinico/assistenziali sono a carico del Medico e dell'Infermiere (o del tecnico in sua assenza).

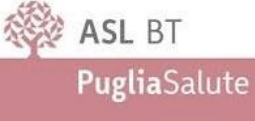
L'infermiere, preliminarmente:

- dovrà valutare il paziente attraverso il rilievo dei parametri vitali (TC, FC, FR, PAO, Sat O2, stato di coscienza);
- dovrà accertare/escludere la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestivi per fratture;
- se il paziente è cosciente dovrà richiedere se avverte dolore in qualche sede specifica e verificare se riesce a muovere gli arti, se accusa delle parestesie e formicolii;
- dovrà chiedere al paziente di spiegare le modalità della caduta e quale segmento anatomico è stato interessato dalla caduta;
- se il paziente è incosciente occorre considerare anche la possibilità di un trauma cranico (anche nel caso in cui l'assistito già fosse in stato di incoscienza).

Completate queste iniziali valutazioni, l'infermiere procederà alla mobilizzazione in sicurezza del paziente e contatterà il medico comunicando i parametri ed i problemi già rilevati, in modo che egli possa subito effettuare una valutazione clinica e le eventuali relative prescrizioni.

Il personale infermieristico aggiornerà la valutazione della Scala Conley del paziente e programmerà, se necessari, nuovi interventi assistenziali.

Il personale medico provvederà ad informare i familiari del paziente dell'evento caduta. In caso di evento caduta di particolare gravità la comunicazione con il paziente ed o i familiari dovrà seguire le indicazioni della Del. Az.le n. 2108 del 6.12.2021 ("Modalità di comunicazione degli eventi avversi"). Ove necessario e possibile, occorrerà discutere con la persona assistita e/o il familiare/caregiver per valutare insieme i fattori che hanno determinato la caduta e gli eventuali interventi sui fattori di rischio modificabili.

 <p>ASL BT PugliaSalute</p>	<p style="text-align: center;">MANUALE AZIENDALE PREVENZIONE DELLE CADUTE NEI PAZIENTI</p>	<p style="text-align: right;">Rev. 01 Pagina 20 di 30</p>
--	---	--

Il personale sanitario, medico ed infermieristico/tecnico, esaurita la fase assistenziale provvederà alla compilazione della scheda segnalazione caduta del paziente.

COMUNICAZIONE DELLA CADUTA: LA SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE

Le cadute dei pazienti, anche quelle senza esito per il paziente, devono essere comunicate nelle immediatezze dell'evento alla Direzione Medica di Presidio utilizzando la "Scheda di segnalazione cadute" (allegato n. 5). Anche le cadute dei pazienti che potrebbero occorrere presso le UU.OO. servizi/ambulatori, dovranno essere riportate nella cartella clinica del paziente e segnalate alla Direzioni di competenza.

La Scheda di Segnalazione caduta è parte integrante della cartella clinica del paziente e dovrà essere compilata in tutti i suoi campi e dovrà successivamente essere allegata alla cartella.

La Scheda di Segnalazione delle cadute prevede una prima parte di rilevazione dati sulle modalità di caduta e sulla situazione presente al momento della caduta a cura dell'**infermiere/tecnico**. La seconda parte, relativa alla valutazione clinica del paziente, sarà a cura del **medico** con le eventuali prescrizioni diagnostiche e prognosi.

Qualora la scheda di segnalazione caduta dovesse risultare incompleta nei suoi campi, la Direzione Medica di P.O. (ovvero la Direzione di Distretto) provvederà a richiedere le integrazioni specifiche alla U.O. di provenienza prima di inviarne copia alla Struttura Burocratico Legale ed alla UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed management.

Per le cadute valutate come "significative" ai fini delle attività assistenziali, la UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed management procederà, in uno con le UU.OO. coinvolte e la Direzione Medica di Presidio (Direzione Medica di Distretto) a significant clinical audit così come, anche, nel caso di evento sentinella ("Morte o grave danno per caduta di paziente"). In quest'ultima circostanza seguirà poi la segnalazione, come da procedura ministeriale, secondo protocollo SIMES sempre di pertinenza della UOSVD Gestione Rischio Clinico.

La SBL, deve provvedere alla costituzione di un proprio data-base contenente le segnalazioni di caduta dei pazienti al fine di poter disporre di un rapido dato di consultazione nei casi di richiesta risarcitoria relativi a caduta dei pazienti. Tanto consentirà di snellire i passaggi endoprocedimentali della SBL favorendo, d'altro canto, un più rapido riscontro all'utenza in caso di eventuale richiesta risarcitoria e/o contenzioso.

APPROFONDIMENTO SULLA CONTENZIONE

Legislazione e norme deontologiche regolano il ricorso alla contenzione. La contenzione è quell'atto con il quale, attraverso l'uso di mezzi (fisici, meccanici, farmacologici e ambientali, vedi quadro sinottico che segue), sono limitati i movimenti volontari di tutto o di una parte del corpo della persona assistita. I presidi che riducono o limitano il movimento di una persona sono considerati mezzi di contenzione allorquando il paziente sia **incapace o impossibilitato a rimuovere tale mezzo** (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2009).

Quadro sinottico tipi di contenzione

- la contenzione fisica si realizza quando i movimenti di una persona sono bloccati, da uno o più membri del personale dell'assistenza, attraverso una limitazione manuale, spesso con ricorso alla forza;
- la contenzione meccanica è una qualsiasi azione o procedura che impedisca il movimento del corpo di una persona attraverso il ricorso di un mezzo fissato (es. polsiere) o adiacente al corpo del soggetto (es. applicato al letto o alla carrozzina) che non possa essere controllato o rimosso facilmente dallo stesso;
- la contenzione farmacologica consiste, invece, nella somministrazione di farmaci (in genere tranquillanti o sedativi) che modificano il comportamento del paziente allo scopo di ottenere una sedazione e agevolare interventi assistenziali in risposta a un atto percepito come violento o aggressivo contro sé stessi o gli altri;
- la contenzione ambientale consiste nell'isolare un individuo lontano dagli altri limitando fisicamente la sua capacità di lasciare uno spazio definito.

La contenzione **non è un atto terapeutico e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitativa** e il ricorso alla stessa è ammesso solo ed esclusivamente in casi di **estrema necessità**, cioè in presenza di situazioni nelle quali sussista un pericolo grave e attuale di condotte autolesive e/o eterolesive del paziente che ne mettano a rischio la vita dello stesso o degli altri. Questo implica



che gli strumenti di contenzione dovranno essere impiegati esclusivamente per **un tempo strettamente necessario**, essere **proporzionati alle circostanze** nonché richiedere le modalità meno invasive possibili. Le valutazioni che hanno indotto al ricorso alla contenzione dovranno essere indicate dai Sanitari nella CCE e dalle stesse si dovranno evincere tutti gli elementi obiettivi che hanno reso -in concreto- inevitabile il ricorso alla stessa, rammentando che tutti i contenuti assistenziali riportati in CCE sono atti pubblici (pertanto, passibili ai sensi di legge per Reato di falso ideologico, art. 479 c.p.).

Di tale aspetto occorre tener conto perché, così come richiamato dalla Costituzione Italiana, dal Codice di Deontologia Medica e dal Codice di Deontologia dell'infermiere, la contenzione è un atto **illecito** allorquando il ricorso alla stessa vada oltre i confini di azione previsto dall'art. 54 c.p. (Stato di necessità) potendo configurare reati quali: l'abuso di mezzi di contenzione e disciplina (art. 571 c.p.); maltrattamenti (art. 572 c.p.); sequestro di persona (art. 605 c.p.); violenza privata (art. 610 c.p.); lesioni personali colpose (art. 590 c.p.) e omicidio colposo (art. 589 c.p.) allorquando, nei casi più estremi, alla contenzione segua la morte del paziente. D'altro canto, qualora la stessa non sia applicata nelle eventuali situazioni di urgenza o emergenza, per le quali l'atto di contenzione rappresenti in quel momento l'unico e inevitabile strumento per la salvaguardia dell'incolumità della persona o di terzi, si potrebbe configurare il reato di omissione di soccorso ovvero di lesioni personali/omicidio colposi qualora dalla mancata applicazione delle misure contenitive, invece necessarie, derivassero lesioni all'integrità psicofisica o la morte della persona assistita.

La decisione del provvedimento contenitivo è del medico e, solo in situazioni di estrema urgenza, in sua assenza possono provvedere altri professionisti. Allorquando il medico decide per la contenzione, fatte salve le situazioni di urgenza o emergenza, egli dovrà sempre informare, in modo chiaro e comprensibile con particolare riguardo alla motivazione, la persona assistita, se in grado di intendere e di volere, oppure i familiari/caregivers dello stesso. Qualora dovesse essere l'assistito stesso, capace di intendere e di volere, a richiederla (es. sponde al letto per sentirsi più sicuro) il personale sanitario dovrà valutare la richiesta e le motivazioni



della stessa. Se la richiesta del paziente dovesse essere accolta, anche in questo caso, si dovrà procedere ad una adeguata gestione e monitoraggio dell'assistito.

Tanto in premessa, come è agevole comprendere, nell'attività quotidiana taluni presidi possono essere considerati alternativamente mezzi di contenzione o ausili riabilitativi in base alle finalità con la quale essi sono utilizzati. Ad esempio, un tavolino della carrozzina usato per sostenere una parte del corpo (es. arto superiore nella persona emiplegica) o per appoggiare oggetti utili nello svolgimento di attività funzionali (es. alimentazione o cura della persona) o ancora un bretellaggio per posturare correttamente una persona (es. paziente con scarso controllo del tronco) o una spondina usata per favorire la mobilitazione autonoma del paziente nel letto o nel corso della riabilitazione non sono mezzi di contenzione. Al contrario, i presidi applicati direttamente al corpo della persona o ad esso adiacenti quando utilizzati allo scopo di ridurre o impedire la libertà di movimento della persona, come anticipato, devono considerarsi mezzi di contenzione meccanica.

Con particolare riferimento all'impiego delle spondine, dalle valutazioni condotte dalla UOSVD Rischio Clinico, Qualità e Bed management è emerso che nel corso degli anni è aumentato il ricorso alle stesse assistendosi, altresì, ad un aumento delle cadute dei pazienti in cui tale presidio era stato impiegato. A tutt'oggi, non esistono evidenze scientifiche che dimostrino che l'uso delle spondine riduca il numero delle cadute o che diminuisca il livello di agitazione della persona assistita. Di contro, il ricorso alle spondine si associa alla tendenza dei pazienti a scavalcarle con aumentato rischio di gravi conseguenze qualora il paziente cada. Ne deriva che, il ricorso alle stesse, richiede una attenta valutazione medica del paziente in una ottica rischio/beneficio dovendo tenere bene a mente che, qualora si ricorra alle spondine che coprono tutta la lunghezza del letto come mezzo di contenzione, si dovrà procedere ad un attento monitoraggio del paziente da riportare nella cartella infermieristica come nel prosieguo sarà specificato. Le sponde parziali non occlusive, che permettano alla persona assistita di uscire dal letto e non limitino la sua libertà di muoversi, non sono uno strumento di contenzione; purtroppo, soprattutto nei pazienti con agitazione psicomotoria, disorientati e confusi, l'utilizzo di tali sponde si associa a potenziali rischi, pertanto, se ne consiglia un uso ponderato.



Invece, se la persona si trova su una barella o durante il trasporto su letto/barella, le sponde integrali rappresentano un mezzo di protezione e devono essere utilizzate.

Per quanto attiene il contesto della sala operatoria, i mezzi utilizzati al fine di permettere l'immobilità della persona durante l'intervento chirurgico e per il tempo di permanenza nel blocco operatorio (es. cinghie, immobilizzatori di arti, sponde, ecc.) non sono da considerarsi contenzione in quanto necessari per la sua sicurezza e incolumità. Anche in questo caso è opportuno fornire alla persona l'informazione rispetto al loro utilizzo durante l'intervento e in fase di risveglio spiegandone le finalità.

Proprio per quanto sin qui indicato, il limite tra l'impiego di un presidio quale ausilio o quale mezzo di contenzione, soprattutto nel caso delle spondine, è determinato dalle finalità con cui lo stesso è impiegato, pertanto, è necessario che tutto il personale sanitario sia adeguatamente formato sul punto e sia in grado di porre in essere **modalità assistenziali alternative** finalizzate ad evitare l'utilizzo dei mezzi di contenzione che, si ribadisce, fatte salve le previsioni di legge prima riportate, dovrà essere considerata solo come extrema ratio qualora le azioni preliminari ed alternative alla contenzione siano risultate inefficaci.

Le azioni preventive ed alternative alla contenzione non possono prescindere sia da un'attenta valutazione delle caratteristiche clinico-assistenziali della persona assistita, che includerà il livello di orientamento, le abilità psicologiche e funzionali, sia da una valutazione dei fattori ambientali. I professionisti sanitari dovranno analizzare le situazioni di rischio in modo multidimensionale e interprofessionale e dovranno intraprendere le relative azioni finalizzate alla diminuzione di comportamenti potenzialmente lesivi della persona assistita verso sé stessa o verso terzi.

Di seguito, si riporta un elenco (ovviamente non esaustivo essendo varie e molteplici i setting assistenziali) con alcuni dei possibili interventi preliminari. La stessa può anche essere impiegata e affissa nei luoghi ritenuti opportuni al fine di agevolarne la consultazione da parte dei professionisti sanitari e fornire loro un supporto per reperire soluzioni utili.

Approccio clinico-assistenziale	Approccio ambientale
Mostrare al paziente ed ai familiari/caregiver la disposizione della stanza di degenza ed il funzionamento del campanello d'allarme	Provvedere ad una adeguata illuminazione degli ambienti ed a rimuovere gli ostacoli eventualmente presenti nella stanza
Coinvolgere il paziente ed i familiari/caregiver nel percorso assistenziale	Assicurarsi che l'assistito possieda le protesi acustiche e gli occhiali se ne fa utilizzo a domicilio
In caso di confusione del paziente, riorientare lo stesso indicando, ad esempio, giorno della settimana ed ora	Collocare i pazienti con maggiore rischio caduta di fronte alla infermeria e, se tanto non sarà possibile, procedere ad intensificare i controlli degli stessi, special modo nelle ore notturne, indicandolo in cartella
Eliminare/ridurre trattamenti o dispositivi invasivi/fastidiosi il prima possibile.	Favorire l'orientamento del paziente identificando gli ambienti con apposita segnaletica
Provvedere alla soddisfazione dei bisogni evacuativi degli assistiti che ne hanno bisogno programmando, quando possibile, gli accessi	Abbassare i letti, se possibile, e/o posizionare un materassino sul pavimento accanto al letto soprattutto in caso di pazienti irrequieti o agitati
Attuare una revisione della terapia farmacologica e, ove possibile, evitare le infusioni continue nelle ore notturne	
Provvedere ad una adeguata gestione della terapia del dolore che può rappresentare potenzialmente una causa di agitazione del paziente	
Trattare le cause scatenanti il delirium	

Si rileva che qualora si utilizzino mezzi che siano stati prescritti come ausilio, la persona assistita deve comunque essere sottoposta al monitoraggio infermieristico ad intervalli di tempo prestabiliti come da indicazione medica.

Qualora gli interventi posti in essere per prevenire la contenzione siano risultati inefficaci, ovvero nel paziente persistano comportamenti che costituiscono un pericolo grave e attuale di condotte autolesive o eterolesive (nei confronti di altri utenti o degli operatori), previa indicazione da parte del medico (o in autonomia, in caso di assenza del medico con successiva e tempestiva comunicazione al medico), gli operatori sanitari possono ricorrere, come extrema ratio, alla contenzione.

È bene ribadire che un'indicazione al provvedimento, per essere valida, oltre a rispettare tutti i requisiti previsti dalla sua adozione, deve essere preceduta - se possibile - dall'accettazione del provvedimento da parte della persona assistita interessata. Con riferimento a soggetti capaci di intendere e di volere e cognitivamente integri, il medico ha quindi il dovere di informarli, tenendo conto delle capacità di comprensione del singolo individuo ed avendo quindi cura di usare un linguaggio semplice e accessibile, avvalendosi anche di mediatori culturali, se



necessario. Nel caso, invece, di soggetti incapaci di intendere e di volere (a causa di alterazioni dello stato mentale dovute a deterioramento cognitivo o ad alterazioni dello stato di coscienza conseguenti a patologie o all'uso di sostanze psicotrope) è difficile pensare ad un loro pieno coinvolgimento. In queste circostanze, il medico procederà informando i familiari/caregiver della persona assistita. Fermo restando, come si è già anticipato che ricorra uno stato di necessità poiché come anche rappresentato dalla più recente Cassazione, non è "assolutamente ammissibile" una contenzione applicata in "via precauzionale", come non è ammissibile una contenzione che non sia temporanea (V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497).

Al fine di garantire la sicurezza della persona assistita, durante il periodo di contenzione lo stesso dovrà essere monitorato a intervalli regolari definiti dal medico ed indicati in cartella, in base alla tipologia del mezzo di contenzione utilizzato e ai rischi ad esso connessi. Il monitoraggio, a cura del personale infermieristico, comporta l'attenta valutazione delle condizioni cliniche generali dovendo l'infermiere riportare nella CCE lo stato di vigilanza, respiro, polso/pressione arteriosa e, se necessario, motilità, sensibilità e termotatto delle estremità "contenute", eventuali bisogni espressi dalla persona assistita, eventuali danni-lesioni correlabili ai mezzi di contenzione meccanica nonché il loro corretto posizionamento. Le predette valutazioni hanno primariamente lo scopo di verificare la persistenza delle condizioni cliniche che hanno portato all'adozione della contenzione e di monitorare la persona assistita dal punto di vista clinico al fine di prevenire eventuali complicanze legate alla contenzione. Qualora le condizioni per la contenzione non ricorrono più il medico dovrà provvedere alla immediata revoca della stessa.

Almeno ogni 2 ore e sotto costante supervisione, la contenzione deve essere interrotta (per non meno di 10 minuti) per consentire alla persona assistita di muovere liberamente gli arti, il busto e il capo.

La durata dell'atto contenitivo non dovrebbe superare di norma le 12 ore consecutive, potendo prolungarsi fino ad un massimo di 24 ore nei casi che lo richiedono. Oltre le 24 ore, qualora sussistano le condizioni per la necessaria prosecuzione del trattamento, la contenzione potrà



essere prolungata solo attraverso una nuova indicazione del medico di reparto; tale indicazione dovrà tuttavia essere controfirmata dal Responsabile/Direttore dell'U.O. Inoltre, nei casi in cui vi sia la necessità di rinnovare l'indicazione della contenzione e si vada oltre le 24 ore se ricorrono condizioni di completa immobilizzazione dell'assistito sarà necessario valutare l'opportunità di impostare una terapia di profilassi della trombosi venosa profonda (eventualmente, laddove possibile, attivare una consulenza internistica o ematologica).

La **responsabilità** della sicurezza della persona assistita a cui si applica la contenzione è **in capo a tutti i componenti del team clinico-assistenziale** che devono collaborare alla gestione della contenzione, ognuno per il proprio specifico professionale. Per la contenzione meccanica dovranno essere impiegati solo mezzi forniti dall'Azienda senza apportare alcuna modifica agli stessi.

In conclusione e riassumendo, per ogni atto di contenzione si possono individuare generalmente le seguenti fasi:

- 1) valutazione ed eventuale messa in campo di interventi alternativi;
- 2) decisione clinica con indicazione del provvedimento contenitivo ovvero devono essere chiaramente e dettagliatamente esplicitate le ragioni della decisione, vale a dire l'occorrenza delle circostanze che rendono l'atto indispensabile. Si deve chiaramente evincere dalla CCE l'adeguatezza e la proporzionalità dell'atto rispetto alla gravità e alla attualità del pericolo di una condotta autolesiva o eterolesiva nei confronti di terzi;
- 3) attuazione, monitoraggio e rivalutazione;
- 4) interruzione.

Ogni fase deve essere dettagliatamente riportata in CCE con cronodazione, descrizione delle attività e/o dei rilievi eseguiti sul paziente e firma in del personale sanitario che compie l'azione.

MONITORAGGIO DELLA PROCEDURA

Le Direzioni Mediche di P.O. procederanno:

- ad una valutazione random su un campione di cartelle per la verifica della presenza della Scheda di Valutazione rischio caduta del paziente;
- alla verifica, annuale, dell'avvenuto invio delle check-list di valutazioni ambientali da parte delle UU.OO.;
- alla valutazione, per le singole UU.OO., del numero di cadute/anno rapportato al numero dei ricoveri nell'anno.

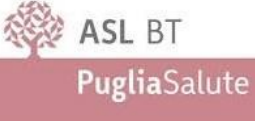
I predetti dati saranno trasmessi alla UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed management, entro il 15 gennaio dell'anno successivo e saranno parte integrante del report sugli eventi avversi aziendale.

Indicatore	Standard	Strumenti di rilevazione
Presenza scheda di valutazione del rischio caduta	100 % del campione esaminato	Campione random di cartelle cliniche degenze ordinarie
Presenza delle 3 check-list di rilevazione ambientale per ogni UU.OO. su base annua	100 %	Mail di invio con relativa check-list
n. pazienti caduti U.O. /n. pazienti ricoverati nella U.O. su base annua	Attesa riduzione percentuale nel corso degli anni	Scheda di segnalazione cadute e SDO



ALLEGATI

1. Scheda valutazione rischio caduta
2. Brochure informativa prevenzione delle cadute
3. Segnaletica paziente a rischio caduta
4. Check-list valutativa interventi ambientali
5. Scheda di segnalazione cadute
6. Schema di descrizione sintetica delle attività

	MANUALE AZIENDALE PREVENZIONE DELLE CADUTE NEI PAZIENTI	Rev. 01 Pagina 30 di 30
---	--	--

BIBLIOGRAFIA:

- Ministero della Salute, Raccomandazioni per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie - novembre 2011
- Ministero della Salute, Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto - febbraio 2013
- Falls in older people: assessing risk and prevention, NICE, 2013.
- “Prevenzione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie”, Del. n. 1177 del 18.07.2014, ASL BT.
- Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale, Regione Emilia Romagna, 2016.
- Preventing falls and reducing injury from falls, 4th Edition Clinical Best practice Guidelines, 2017.
- The Potential to Reduce Falls and Avert Costs by Clinically Managing Fall Risk. Stevens JA, Lee R., Am J Prev Med. 55(3):290, 2018;
- Il Codice deontologico delle professioni infermieristiche, Approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche, Roma, 2019
- Buone Pratiche Per La Prevenzione Della Contenzione In Ospedale, Direzione Generale Cura Della Persona, Salute E Welfare Servizio Assistenza Ospedaliera e Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, 2021.
- Studio osservazionale multicentrico sulle cadute dei bambini ospedalizzati e validazione linguistico-culturale della Humpty Dumpty Fall Scale. Ciofi, D., Albolino, S., et al . PROFESSIONI INFERMIERISTICHE, 73(4), 296–305, 2021;
- The revised Humpty Dumpty Fall Scale: An update to improve tool performance and predictive validity, Danielle Altares Sarik, Deborah Hill-Rodriguez, et al, J Pediatr Nurs, 67: 34-37, 2022.