

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE F.F.

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0002444	22/11/2024

OGGETTO: Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie della ASL Bari - Aggiornamento

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE F.F. N.RO 20240002788 DEL 21/11/2024 COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 5 (cinque) PAGINE


DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 24 (ventiquattro) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE


Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

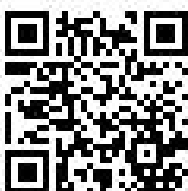
Parere del Direttore Amministrativo	Parere del Direttore Sanitario
 Firmato Digitalmente il 22/11/2024 14:05 Luigi FRUSCIO	 Firmato Digitalmente il 22/11/2024 14:12 Luigi ROSSI

Il Segretario	Il Direttore Generale F.F.
 Firmato Digitalmente il 22/11/2024 14:26 Filomena BAVARO	 Firmato Digitalmente il 22/11/2024 14:16 Luigi FRUSCIO

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **22/11/2024**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 22/11/2024 14:27

Filomena BAVARO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI – AGGIORNAMENTO
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IL DIRETTORE GENERALE F.F

Vista la deliberazione del Direttore Generale F.F. n. 573 del 19/03/2024, con l'assistenza del Segretario, sulla base della proposta formulata dal Dr. Vincenzo Defilippis, direttore della UOC Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legittimità, considera e determina quanto segue

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 29.04.2020 di approvazione del "Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale e relativo manuale utente";

- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 2182 del 06.12.2021 di Approvazione Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dirigenziali all'Albo Pretorio aziendale. Integrazione della DDG 504 del 29.04.2020; -

- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 454 del 29.02.2024 di approvazione del Regolamento per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle determinazioni dirigenziali all'albo pretorio aziendale. modifica art. 2, art. 3, art.7.

Premesso che

- Secondo la definizione del Ministero della Salute (Raccomandazione Ministeriale n. 13, "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, 2011") la caduta è 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".
- Il Ministero della Salute ha inserito la "morte o grave danno per caduta di paziente" nelle liste degli eventi sentinella e, nel novembre 2011 ha emesso la Raccomandazione n. 13 "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" fornendo uno strumento agli operatori per evitare o minimizzare il rischio di insorgenza di detto evento.
- L'evento caduta è potenzialmente prevenibile essendo correlato, nella maggior parte dei casi, a fattori intrinseci del paziente (età, precedenti cadute, assunzione di farmaci, deficit cognitivi, patologie concomitanti) e/o a fattori ambientali. Poiché la riduzione del rischio caduta dei pazienti degenti è un indicatore della qualità assistenziale è necessario predisporre e diffondere buone pratiche clinico-

assistenziali che perseguano tale obiettivo anche al fine, qualora tale evento si verifichi, di ridurre l'impatto sulla sfera delle autonomie del paziente. La sensibilizzazione del personale, che deve assicurare la propria collaborazione nell'identificare i possibili fattori di rischio correlati alle caratteristiche del paziente e dell'ambiente, ed il coinvolgimento diretto del degente e dei suoi familiari sono elementi imprescindibili ed indispensabili per il miglioramento di questo processo.

- Sulla scorta di tanto, al fine di fornire elementi di ottimizzazione dei percorsi assistenziali condivisi da tutti i professionisti sanitari, è stata elaborata una nuova procedura che aggiorna e sostituisce la precedente della ASL Bari, giusta D.D.G. n. 879 del 01/06/2015.

Tenuto presente che

- Il **gruppo di lavoro aziendale**, promosso dal Direttore del Dipartimento della Sicurezza e della Qualità, ha elaborato l'aggiornamento della procedura per la prevenzione delle cadute;

Evidenziato che

- La bozza della procedura elaborata è stata trasmessa in data 29 ottobre 2024 a tutti i Direttori dei Dipartimenti e dei Presidi Ospedalieri, oltre che alla Direzione Sanitaria Aziendale e al Presidente del Collegio di Direzione, con "con invito a condividerla con i direttori delle strutture complesse e UOSD" e "a far pervenire eventuali osservazioni / integrazioni / modifiche entro il 10 novembre pv.".
- Entro tale termine sono pervenute proposte di integrazioni e rimodulazioni, recepite nell'elaborato finale della procedura.

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario


DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

- **di recepire** l'aggiornamento della procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie della ASL Bari;
- **di disporre** la diffusione con eventi formativi promossi e gestiti nelle singole Unità Operative coinvolte, con modalità "formazione sul campo" a cura dei rispettivi Direttori e Dirigenti Responsabili;
- **di prendere atto** che tutto quanto presente in delibera, compresi gli allegati, sono parte costitutiva e integrale della presente deliberazione;
- **di trasmettere e notificare** il presente provvedimento al Collegio di Direzione, ai Direttori dei Presidi Ospedalieri, ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri, e, per loro tramite, a tutti i lavoratori della ASL Bari.

Di dare atto, altresì, che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale (DDG n.

470/2022) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

Redazione	Verifica	Approvazione	Adottato	Pag. 1 di 24
*Gruppo di lavoro ASL BA	U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione Dott. Vincenzo Defilippis	Direttore Sanitario Dott. Luigi Rossi	Direttore Generale f.f. ASL BARI Avv. Luigi Fruscio	Rev. 01

***GRUPPO DI LAVORO**

Dott. Mauro Carmine Martucci, Dirigente Responsabile U.O.S.A.V.S. Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali

Dott. Cosimo Della Pietà, Dirigente Ospedale - Territorio Area Sud

Dott.ssa Irene Fiorentino, Dirigente Area Fragilità e Complessità Assistenziale - Cure Palliative

Dott. Roberto Greco, Dirigente Ospedale - Territorio Area Centro Nord

Dott.ssa Maria Stella Montanaro, Dirigente Ospedale - Territorio Area Nord

Dott.ssa Angela Minenna, Coordinatrice Infermieristica - U.O.S.A.V.S. Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali

Dott.ssa Pia Inversì, Infermiera - U.O.S.A.V.S. Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali

Dott. Vito Antonicelli, Infermiere Tutor Didattico - U.O.S.A.V.S. Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali

Dott. Pietro Corvace, Infermiere Tutor Didattico - U.O.S.A.V.S. Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali

Dott. Valerio Marra, Infermiere Tutor Didattico - U.O.S.A.V.S. Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali

Dott. Daniele Papagni, Infermiere Tutor Didattico - U.O.S.A.V.S. Professioni Sanitarie Ospedaliere e Territoriali

Dott.ssa Crescenza Abbinante, Dirigente Medico, U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione

Dott.ssa Lorenza Maiellaro, Infermiere U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione

Dott.ssa Valeria Bruno, Dirigente Medico U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione

Dott.ssa Ilaria Santoiemma, Dirigente Medico U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione

Dott.ssa Silvia Trotta, Dirigente Medico U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione


Dott.ssa Sara Sblano, Dirigente Medico U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione

Dott.ssa Maria De Palma Responsabile Direzione Medica PO Corato

Dott.ssa Anna Mundo Responsabile Direzione Medica PO Molfetta

Dott.ssa Annalisa Altomare Direttrice di Dipartimento delle Direzioni Mediche

Dott.ssa Viviana Bruno Dirigente medico Direzione Medica PO Di Venere

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N° REVISIONE 01
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		

SOMMARIO

PREMESSA 3

1. SCOPO 4

2. CAMPO DI APPLICAZIONE..... 4

3. LISTA DI DISTRIBUZIONE..... 4

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI 4

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' 6

6.1 Identificazione dei fattori di rischio..... 6

 6.1.1 Fattori ambientali 6

 6.1.2 Fattori correlati al paziente 6

6.2 Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute..... 8

 5.2.1 Strategie ambientali 8

 5.2.2 Strategie correlate al paziente 9

6.3 Gestione dell'evento caduta del paziente12

6.4 Segnalazione dell'evento caduta.....13

FORMAZIONE14

INDICATORI DI MONITORAGGIO.....14

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....15

BIBLIOGRAFIA16

ALLEGATI17


ALLEGATO 1 – CHECKLIST RISCHI AMBIENTALI.....17

ALLEGATO 2 – SCHEDA DI CONLEY20

ALLEGATO 3 – INTEGRAZIONE DELLA SCHEDA DI CONLEY.....21

ALLEGATO 4 – SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE22

ALLEGATO 5 – SCHEDA INCIDENT REPORTING24

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

PREMESSA

Secondo la definizione del Ministero della Salute (Raccomandazione Ministeriale n. 13, *“Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, 2011”*) la caduta è 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”**.

Il Ministero della Salute ha inserito la *“morte o grave danno per caduta di paziente”* nelle liste degli eventi sentinella e, nel novembre 2011 ha emesso la Raccomandazione n. 13 *“Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”* fornendo uno strumento agli operatori per evitare o minimizzare il rischio di insorgenza di detto evento.


Secondo i dati del *“Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella – 6° rapporto”*, pubblicato nel gennaio del 2021, che analizza le segnalazioni pervenute attraverso il sistema SIMES nel periodo gennaio 2005-dicembre 2020, le cadute rappresentano il più comune evento avverso nelle strutture di ricovero con un 33,25% del totale degli eventi sentinella. L'evento evidenzia possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari.

Ogni anno 1/3 circa dei soggetti di età superiore ai 65 anni va incontro a cadute, con un 50% fra gli anziani istituzionalizzati. Le conseguenze della caduta variano per gravità. Inoltre, più del 10% (precisamente il 13.96%) dei casi segnalati al Ministero della Salute come eventi sentinella, nelle schede di segnalazione è indicato quale esito *“altro”*.

Il 40-50% delle cadute è attribuibile a cause accidentali, rappresentate per lo più da fattori di rischio intrinseci, quali età, precedenti cadute, assunzione di farmaci, deficit cognitivi, patologie concomitanti, calzature e/o abbigliamento inadeguato, propri del paziente e da fattori di rischio ambientali, come pavimenti scivolosi gradini non sicuri, carenza di illuminazione, mancanza di punti di appoggio.

L'evento caduta è potenzialmente prevenibile essendo correlato, nella maggior parte dei casi, a fattori intrinseci del paziente (età, precedenti cadute, assunzione di farmaci, deficit cognitivi, patologie concomitanti) e/o a fattori ambientali. Poiché la riduzione del rischio caduta dei pazienti degenti è un indicatore della qualità assistenziale è necessario predisporre e diffondere buone pratiche clinico-assistenziali che perseguano tale obiettivo anche al fine, qualora tale evento si verifichi, di ridurre l'impatto sulla sfera delle autonomie del paziente. La sensibilizzazione del personale, che deve assicurare la propria collaborazione nell'identificare i possibili fattori di rischio correlati alle caratteristiche del paziente e dell'ambiente, ed il coinvolgimento diretto del degente e dei suoi familiari sono elementi imprescindibili ed indispensabili per il miglioramento di questo processo.

Sulla scorta di tanto, al fine di fornire elementi di ottimizzazione dei percorsi assistenziali condivisi da tutti i professionisti sanitari, è stata elaborata la presente procedura che aggiorna e sostituisce la precedente della ASL Bari, giusta D.D.G. n. 879 del 01/06/2015.

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

1. SCOPO

Lo scopo della procedura è quella di aggiornare la precedente Procedura Aziendale “*Procedura prevenzione e gestione della caduta dei pazienti*”, atta ad implementare la Raccomandazione Ministeriale n.13, promuovendo la standardizzazione ed omogenizzazione dei comportamenti da porre in essere per la prevenzione e gestione dell’evento caduta in ospedale.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le strutture ospedaliere/di ricovero e lungodegenza della ASL Bari ed è rivolta agli operatori sanitari coinvolti nelle attività di assistenza a pazienti ricoverati in regime di urgenza, ricovero ordinario, O.B.I. e Hospice ed in tutte le UO dove sia prevista degenza dei pazienti compreso il Day Service

3. LISTA DI DISTRIBUZIONE


La presente procedura è indirizzata a:

- Direttori di Dipartimento Area medica e per loro tramite a tutte le UO;
- Direttori di Dipartimento Area Chirurgica e per loro tramite a tutte le UO;
- Direttore dipartimento delle Direzioni Mediche di PO e per loro tramite a tutte le UO;
- Direttore dipartimento Investimenti e Acquisti e tecnologie e per loro tramite a tutte le UO;
- Direttore di Dipartimento Assistenza Territoriale e per loro tramite a tutte le UO;
- Dirigente del Servizio Infermieristico;
- SPPA

Questi avranno l’obbligo di mettere a conoscenza della procedura tutti gli operatori coinvolti nel processo.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI


- CADUTA: La caduta è un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica.
- CHECKLIST: è un elenco esaustivo di cose da fare o da verificare per eseguire una determinata attività. Nello svolgimento di attività routinarie, che prevedono molti passaggi e richiedono particolare attenzione, la spunta di elementi di una lista di controllo è il metodo più sicuro per ridurre il rischio di errore.
- CONTENZIONE FISICA: atto sanitario- assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici forniti dall’azienda applicati direttamente all’individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Il processo decisionale di utilizzo della contenzione deve sempre essere documentato in cartella clinica o riscontrabile nella documentazione delle procedure diagnostico-terapeutiche.
- EVENTO AVVERSO: evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.
- EVENTO SENTINELLA: evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

confronti del Servizio Sanitario Nazionale.

- **GRAVE DANNO:** esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale come: disabilità permanente, coma, stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione, trauma maggiore, trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva, reintervento chirurgico, rianimazione cardio respiratoria, richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici, reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kell, Lewis.
- **INCIDENT REPORTING:** strumento di segnalazione strutturato che consente agli operatori sanitari di segnalare in maniera anonima e spontanea, eventi avversi e/o near miss.
- **MEZZI DI CONTENZIONE FISICA:** dispositivi applicati al corpo o allo spazio circostante la persona, per limitare la libertà dei movimenti volontari. I mezzi di contenzione fisica si classificano in: mezzi di contenzione per il letto (per esempio spondine), mezzi di contenzione per la sedia (per esempio corpetto), mezzi di contenzione per segmenti corporei (per esempio polsiere, cavigliere, fasce addominali), mezzi di contenzione per postura obbligata (per esempio cuscini anatomici).
- **NEAR MISS:** Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente
- **RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI:** documenti specifici, elaborati dal Ministero della Salute, con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.
- **SIGNIFICANT EVENT AUDIT (SEA):** Forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, per imparare e migliorare Processo in cui singoli eventi, significativi sia in senso positivo che negativo, sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.

ABBREVIAZIONI	DESCRIZIONE
CCE	Cartella Clinica Elettronica
D.M.P.O.	Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
P.O.	Presidio Ospedaliero
SEA	Significant Event Audit
SPPA	Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
U.O.C.	Unità Operativa Complessa

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Le attività sono così articolate:

- 1) Identificazione dei fattori di rischio
- 2) Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute
- 3) Gestione dell'evento caduta
- 4) Segnalazione dell'evento caduta

6.1 Identificazione dei fattori di rischio

La prima azione necessaria per la prevenzione delle cadute consiste nell'identificare i possibili fattori di rischio, in relazione alle caratteristiche del paziente ed a quelle dell'ambiente e della struttura che lo ospita, in termini di sicurezza, di organizzazione e di adeguatezza del processo assistenziale.

In tal senso, i fattori responsabili delle cadute possono essere suddivisi in:

1. fattori ambientali (o estrinseci), relativi agli aspetti organizzativi ed ergonomici della struttura di degenza, alle caratteristiche dei luoghi e dei presidi sanitari impiegati;
2. fattori correlati al paziente (o intrinseci), relativi alle condizioni di salute della persona assistita, che comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le comorbidità e le terapie farmacologiche.

6.1.1 Fattori ambientali

La valutazione dei rischi ambientali è eseguita dall'incaricato di funzione organizzativa trimestralmente, attraverso la compilazione di una checklist (allegato 1 "checklist rischi ambientali").

L'incaricato di funzione organizzativa invierà, dunque, il report trimestrale al proprio Responsabile di U.O.


In caso di malfunzionamento o inadeguatezza delle dotazioni, il Direttore di struttura deve richiedere, alle strutture di competenza, gli interventi correttivi e/o avviare le azioni per richieste di idonee forniture dei presidi o di qualsiasi altra carenza strutturale e tecnica.

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

6.1.2 Fattori correlati al paziente

La valutazione del paziente sarà effettuata **dall'infermiere**, in fase di accettazione del paziente o comunque entro 24 ore dal ricovero, attraverso la scheda di Conley (allegato 2). Se si tratta di un'ammissione in emergenza o in pronto soccorso, la scheda di Conley potrà essere compilata, dopo la stabilizzazione clinica del paziente.

Come si compila: è formata da sei item. Le prime tre domande verranno poste al paziente o al caregiver nel caso in cui esso non sia oggettivamente in grado di rispondere e le ultime tre domande invece si basano sulla capacità osservazionale dell'infermiere.

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

Come si calcola il punteggio: ad ogni domanda è attribuito un punteggio pari a 0 se negativa, o variabile tra 1 e 3 se positivo. Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi positivi. In presenza di un “indice di Conley” uguale o superiore a 2 (punteggio di cut off) viene fatta diagnosi infermieristica di “paziente a rischio di caduta”. In questo caso si provvede alla compilazione della integrazione della scheda di Conley. (allegato 3).

Per il paziente a rischio caduta, l’infermiere provvederà a stilare il piano di assistenza personalizzato, all’interno del diario infermieristico.


Sarà necessario effettuare una rivalutazione del rischio di caduta dei pazienti, in modo tempestivo e puntuale in ognuna delle seguenti condizioni:

- a distanza di 72 ore dalla prima valutazione;
- a seguito di episodio di caduta;
- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche ecc.);
- a seguito di qualunque evento significativo durante la degenza del paziente (es. interventi chirurgici, terapia trasfusionale ecc.);
- quando vengono effettuate variazioni terapeutiche importanti¹ (aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno, ansiolitici, psicofarmaci-benzodiazepine, diuretici etc.);
- prima del trasferimento ad altra unità operativa o struttura prima della dimissione, se necessario, per facilitare la continuità assistenziale a domicilio e la eventuale presa in carico di altri servizi aziendali.

Nel caso di rivalutazione l’infermiere dovrà tracciare la nuova valutazione del rischio e le nuove strategie da mettere in atto, in CCE.

¹ Esiste un’associazione tra cadute e uso di farmaci psicotropi, farmaci che influenzano ipotensione, vigilanza, orientamento, equilibrio, postura; porre dunque attenzione alle associazioni di più di tre farmaci e all’incremento del dosaggio di un farmaco. Di seguito i farmaci cui porre attenzione:

Farmaci sedativi sul sistema nervoso centrale	Farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare	Lassativi
<ul style="list-style-type: none"> • BARBITURICI • IPNOTICI-SEDATIVI • ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI • ANTIPICOTICI NEUROLETTICI • ANTIPARKINSON • ANALGESICI • ANSIOLITICI • ANTICONVULSIVI 	<ul style="list-style-type: none"> • DIURETICI • ANTIARITMICI • ANTIPERTENSIVI • VASODILATATORI • CARDIOATTIVI GLICOSIDI 	<ul style="list-style-type: none"> • TUTTI

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

6.2 Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute

Le azioni preventive consistono nell'attuare interventi multifattoriali finalizzati al contenimento del rischio di caduta in base ai risultati ottenuti dalla valutazione dei fattori di rischio ambientali e correlati al paziente.

5.2.1 Strategie ambientali

Stante l'impatto che gli ambienti ed i presidi hanno sul verificarsi dell'evento caduta, è necessario realizzare interventi ambientali e modifiche degli ausili/presidi al fine di ridurre significativamente il rischio.

Va posta particolare attenzione ai seguenti fattori di precauzione:


- Pavimenti non devono essere sconnessi;
- Le scale devono essere provviste di corrimano ed i gradini resi antiscivolo;
- I letti e le barelle siano adattabili in altezza e possibilmente modulari;
- Eventuali ruote e freni di barelle e letti o del mobilio presente, devono essere funzionanti;
- Le sedie devono prevedere i braccioli,
- I tavoli devono consentire l'accesso al paziente su sedia a rotelle;
- Disporre di barre a cui aggrapparsi vicino al water, che siano poste in verticale piuttosto che in orizzontale;
- Il campanello o il pulsante di chiamata deve essere reso facilmente accessibile al paziente, dal letto o dalla sedia/poltrona e nel bagno;
- L'illuminazione degli ambienti, in particolare quella notturna vicino al letto e al bagno, deve essere idonea e gli interruttori visibili al buio;
- Gli spigoli vivi devono essere eliminati;
- Gli ausili per la deambulazione devono essere adeguati e sottoposti a corretta manutenzione (es. carrozzine con braccioli e poggiatesta estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza ed altezza da terra dello schienale adeguati).

L'infermiere di reparto dovrà assicurarsi che:

- Sia collocata la persona nella camera e nel posto letto più idoneo ai bisogni del paziente (deve essere adeguato alle manovre da effettuare considerando le limitazioni del soggetto e le capacità residue);
- Vengano forniti gli accessori di supporto per il letto (spondine, trapezio ecc.);
- I percorsi siano liberi da ostacoli (es. fili elettrici, telefonici);
- Sia garantito l'ordine non lasciando sul pavimento oggetti che possono costituire intralcio;
- Vengano puliti immediatamente i pavimenti sporchi di liquidi;
- Vengano utilizzati per la postura e la posizione seduta supporti adeguati (cinture di sicurezza, cuscini antiscivolamento, tavolino da carrozzina, poltrone geriatriche, carrozzine basculanti).

L'incaricato di funzione organizzativa deve sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente, anche attraverso l'apposizione di cartelli appositi che segnalino sui pavimenti bagnati e rischi connessi.

Sulla scorta delle risultanze della checklist dei rischi ambientali, il Direttore/Responsabile di UU.OO. deve richiedere gli interventi correttivi e/o avviare le azioni per richieste di idonee forniture dei presidi. Il personale

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

sanitario, comunque, è tenuto a segnalare tempestivamente all'Incaricato di funzione organizzativa, ogni eventuale situazione di carenza funzionale/manutentiva affinché lo stesso possa predisporre le successive attività di segnalazione.

Il Direttore/Responsabile dovrà, dunque, inviare la checklist ambientale o eventuali segnalazioni, per le azioni correttive di competenza, alle seguenti strutture:

- Direzione Medica di Presidio;
- SPPA;
- U.O.C. Area Gestione Tecnica;
- U.O.C. Ingegneria Clinica

che dovranno provvedere alla risoluzione delle problematiche segnalate, dandone riscontro alla Direzione Medica.

Le segnalazioni di criticità (mancanza di presidi, alterazioni strutturali da riparare, etc) saranno inviate alla UO di competenza ed alla Direzione Medica di Presidio.

Le checklist ambientali saranno inviate alle Direzioni Mediche di PO.

5.2.2 Strategie correlate al paziente


Si tratta di interventi specifici ed individuali per il paziente. L'infermiere, in seguito a diagnosi di paziente a rischio caduta, a seconda delle condizioni della persona assistita, del contesto assistenziale e delle problematiche riscontrate, provvederà a stilare il piano di assistenza personalizzato, nel diario infermieristico in relazione al rischio caduta precedentemente valutato. L'infermiere dovrà, dunque, esplicitare le azioni intraprese per ridurre il rischio di caduta del paziente all'interno del diario infermieristico presente in CCE. Durante la stesura del piano, l'infermiere consulterà il Medico per le azioni di competenza.

Di seguito alcune delle attività che possono essere intraprese suddivise per aree di intervento:

Gestione della terapia farmacologica

L'infermiere dovrà:

- Far rivalutare le terapie prescritte, lì dove sia possibile farlo, considerando la possibilità di modificare gli orari di somministrazione per diminuire gli effetti collaterali ed il rischio di cadute, limitando le interazioni tra farmaci quando possibile;
- Controllare i pazienti a cui sono stati somministrati lassativi o diuretici, monitorando in particolare pressione e frequenza cardiaca, facendo valutare al medico l'opportunità di utilizzare i presidi per l'incontinenza;
- Informare ed educare il paziente e i familiari e/o caregiver circa gli effetti della terapia con farmaci a rischio;
- Qualora il paziente effettui terapia infusione e, ove non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, programmare la loro somministrazione con una pausa durante il periodo di riposo notturno.

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

Dunque, **il medico** dovrà:

- Valutare la tipologia e il dosaggio dei farmaci prescritti, consultando, qualora necessario, Terap²;
- Valutare l'opportunità di utilizzare i presidi per l'incontinenza.
- Se necessario, sia valutata dal medico la possibilità di richiedere consulenza fisiatrica;

Mobilizzazione e deambulazione

L'infermiere, in caso di mobilità alterata, dovrà assicurarsi che:

- Il paziente sia aiutato a deambulare ad intervalli regolari, anche con il supporto di familiari e/o caregiver;
- Il Paziente utilizzi preferibilmente calzature chiuse con soles non scivolose;
- Sia controllata la deambulazione, l'equilibrio, l'affaticamento durante la mobilizzazione;
- I pazienti siano educati ad alzarsi lentamente ed a chiedere eventualmente aiuto durante gli spostamenti;
- Siano utilizzati ausili idonei alle necessità della persona (bastone, tripode, deambulatore, carrozzina, etc.) controllandone, preliminarmente, il corretto funzionamento; al fine di evitare un loro uso non congruo, istruire i pazienti ed il personale di assistenza al loro impiego;
- Sia garantita una adeguata sicurezza nel letto/poltrona (cuscini lungo il corpo, sedie o tavolo accanto al letto, trapezio per aumentare la mobilità del paziente nel letto, richiami visivi per incoraggiare il paziente a usare il campanello di chiamata);
- Sia mantenuto il letto in una posizione bassa assicurando che i freni del letto siano bloccati, facendo in modo che il paziente possa raggiungere gli oggetti che gli sono necessari;
- Sia valutato, in base alle condizioni del paziente, l'utilizzo di sponde lunghe metà letto per ridurre il bisogno del paziente di scavalcarle per alzarsi;
- Siano utilizzati cuscini antidecubito per prevenire lo scivolamento del paziente.

Gestione della eliminazione urinaria e fecale


L'infermiere dovrà:

- Ove possibile, porre i pazienti con urgenze evacuative vicino al bagno;
- Assicurare che venga mantenuto il letto in una posizione bassa assicurando che i freni del letto siano bloccati;

²Il database Terap, oltre a fornire RCP, classi di equivalenza, note AIFA, piani terapeutici, ricerca per patologia, per principio attivo e per specialità farmaceutica, è anche un ausilio di consultazione in merito alle principali interazioni con farmaci ed alimenti, tramite il "Modulo Interazioni Mario Negri", link:

<https://aslbari.terap.it/terapV4/#/user/signin?afterLogin=%2Fterap%2Fhome%2Fsezioni>



	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

- Invitare i pazienti a rischio di caduta, in particolare coloro che assumono lassativi e/o diuretici, ad andare in bagno accompagnati, ad intervalli regolari;
- Istruire i pazienti maschi ad urinare da seduti;
- Far valutare al medico l'opportunità di utilizzare i presidi per l'incontinenza;
- Invitare il paziente ad urinare subito prima del riposo notturno.

Stato mentale ed alterazione dei sensi

L'infermiere dovrà:

- Verificare la presenza di eventuali ausili visivi/uditivi normalmente in uso da parte del paziente;
- Porre attenzione alla persona assistita con deficit visivi-uditivi predisponendo la stanza di degenza in modo da favorire l'orientamento del paziente e percorsi ad hoc all'interno dell'unità operativa; garantire l'intervento degli operatori di supporto in base ai problemi emersi;
- Informare la persona assistita sulle strategie per ridurre le cadute in caso di vertigini o ipotensione (sedersi o stare seduti finché non ci si sente meglio o richiedere l'intervento del personale, cambiare posizione in maniera lenta, alzarsi lentamente per evitare instabilità ed in più fasi);
- Far correggere l'ipotensione ortostatica e porre attenzione alle patologie cardiache, in particolare le aritmie; insegnare a evitare la disidratazione e la vasodilatazione (es. bagno o doccia in acqua molto calda). Previa valutazione clinica, alzare dal letto la persona il più presto possibile;
- Verificare le condizioni del paziente, controllare e gestire le sorgenti di dolore o le cause di agitazione. Valutare impedimenti o incertezze del soggetto dovute a problemi facilmente risolvibili (es. mettere gli occhiali o l'apparecchio acustico, accendere la luce o altro prima di effettuare gli spostamenti, pannoloni non ben posizionati che possono muoversi durante la marcia);
- In caso di stato mentale alterato o di particolari condizioni cliniche, richiedere la collaborazione di familiari/caregiver (compatibilmente con le esigenze di reparto).


Limitazione della contenzione

In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l'uso della contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute. I mezzi di contenzione meccanica possono provocare, invece, effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti ed indiretti.

La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull'ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione. Tutte le soluzioni alternative sperimentate, ovvero le motivazioni della non percorribilità di tali soluzioni, dovranno essere esplicitate in cartella clinica affinché l'atto si configuri come necessario.

Il medico:

- determina la necessità di adottare il provvedimento di contenzione fisica, valutando:
 - il rischio oggettivo per il paziente e per le altre persone presenti;
 - l'inefficacia di altri mezzi: interventi relazionali, ambientali, farmacologici;

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

- lo sbilanciamento rischio-beneficio: il provvedimento dovrà essere proporzionato al rischio di una mancata contenzione con riguardo ad eventuali controindicazioni cliniche;
 - la scelta del mezzo di contenzione adeguato e proporzionato al bisogno, che deve risultare il meno possibile restrittivo della libertà del soggetto.
- Documenta in CCE le motivazioni dell'eventuale provvedimento di contenzione;
 - Prescrive in CCE il tipo di contenzione, la durata e le modalità di monitoraggio;
 - Informa il paziente e/o i familiari/caregiver/tutori legali del paziente circa le motivazioni e le modalità di contenzione;
 - Rivaluta periodicamente il paziente al fine di decidere in merito alla prosecuzione dell'atto contenitivo ovvero alla sua rimozione.

L'infermiere:

- Fa valutare al medico la possibilità di adottare un provvedimento di contenzione, qualora lo ritenga opportuno, anche in base al rischio di caduta e le condizioni del paziente;
- Applica i mezzi di contenzione prescritti, spiegando al paziente cosa si sta facendo, se questi è nelle condizioni di comprendere;
- Monitora lo stato di contenzione con osservazione, rilevazione di parametri vitali ove prescritti e segni e sintomi con la cadenza richiesta dalla prescrizione medica, documentando in CCE;
- Comunica al medico ogni alterazione significativa dei parametri sottoposti a monitoraggio.


6.3 Gestione dell'evento caduta del paziente

In caso di caduta di un paziente, l'operatore sanitario presente, o che per primo viene informato della caduta, deve immediatamente allertare il personale medico e prestare soccorso.

L'infermiere, in acuzie, dovrà:

- Valutare lo stato di coscienza ed i parametri vitali del paziente;
- Attivare, qualora necessario, i protocolli di emergenza/urgenza a supporto delle funzioni vitali (BLS, RCP etc.)
- Valutare se il paziente ha riportato lesioni traumatiche evidenti, alterazioni anatomiche (es. arto extraruotato) o riferisca dolori in particolari distretti prima di mobilizzarlo (ferite, possibili traumi fratturativi, etc.);
- Tranquillizzare il paziente ed utilizzare la metodologia dell'intervista per rilevare i sintomi e le modalità dell'accadimento;
- Predisporre il paziente per eventuali accertamenti clinico-diagnostici;
- Riportare l'accaduto in CCE;
- Aggiornare la scheda di Conley ed il piano assistenziale personalizzato;
- Procedere alla segnalazione dell'evento caduta.

N.B. Nel caso di paziente non cosciente prima della caduta o con deficit cognitivo, non escludere la possibilità di un trauma cranico.

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

Il medico dovrà:

- Richiedere accertamenti strumentali/laboratoristici ed eventuali consulenze specialistiche;
- All'esito delle risultanze degli accertamenti richiesti, qualora necessario, prevedere il trasferimento del paziente presso il setting assistenziale più idoneo, previo accordo con il personale della U.O. ricevente;
- Definire modalità e tempistiche del monitoraggio clinico, riportandole in CCE;
- Attuare interventi volti a ridurre i fattori di rischio modificabili (es. rivalutazione terapeutica);
- Informare i familiari/caregiver dell'evento caduta aggiornandoli circa il successivo iter clinico;
- Procedere alla segnalazione dell'evento caduta.

6.4 Segnalazione dell'evento caduta

Ai fini della prevenzione e del contenimento del rischio occorre segnalare tutte le tipologie dell'evento caduta, indipendentemente dal fatto che essa abbia causato o meno un danno al paziente, così come anche i near miss, con lo scopo di migliorare i processi assistenziali.

Gli strumenti da utilizzare per la segnalazione dell'evento caduta sono:

- 1) la scheda di segnalazione caduta utilizzata in ASL Bari (Allegato 4) in modalità cartacea.

La scheda di segnalazione si compone di due sezioni:

- una sezione infermieristica in cui sono riportati i dati del paziente, la valutazione dei fattori di rischio e gli eventuali interventi correttivi messi in atto, la descrizione della caduta con informazioni riguardanti la modalità della caduta e l'ambiente circostante;
- una sezione medica comprendente la valutazione clinica del paziente, le eventuali prescrizioni diagnostico-terapeutiche e la prognosi. Inoltre è necessario specificare il danno che ha subito il paziente ai fini della classificazione dell'evento.


La scheda deve essere compilata dal personale sanitario presente al momento dell'evento o che venga a conoscenza dell'accaduto, raccogliendo informazioni dal paziente e da eventuali altre persone che hanno assistito all'accaduto. Deve essere inviata alla U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione a mezzo mail a rischio.clinico@asl.bari.it.

- 2) la scheda di Incident Reporting (Allegato 5) utilizzata per la segnalazione degli eventi che è possibile compilare anche in modalità online al link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfaDheJ8-VhhArI0KDjy39fcc_crrznHEqWZSXopuw1fV9eQ/viewform

La scheda qualora compilata manualmente, dal personale sanitario presente al momento dell'evento o che venga a conoscenza dell'accaduto, anche in forma anonima, può essere inviata a mezzo mail a rischio.clinico@asl.bari.it, può essere consegnata in forma anonima presso l'Ufficio Protocollo da recapitare alla UOC Medicina Forense, Gestione del Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione o in qualsiasi altra forma.

Nel caso di evento sentinella, la U.O.C. di Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Qualità e Formazione provvederà alla segnalazione sulla piattaforma SIMES del Ministero della Salute.

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

L'evento sarà oggetto, da parte della U.O. sede dell'evento, di SEA, mirato ad evidenziare le criticità e i fattori causali favorevoli il suo verificarsi così come le azioni di miglioramento da implementare.


FORMAZIONE

La procedura dovrà essere diffusa e condivisa all'interno di ciascuna UO attraverso eventi formativi promossi e gestiti nelle singole Unità Operative di degenza, con modalità "formazione sul campo" a cura dei rispettivi Direttori e Dirigenti con l'ausilio dei Referenti del Rischio.

INDICATORI DI MONITORAGGIO

Il controllo sulla corretta applicazione della procedura prevedrà il monitoraggio degli indicatori di seguito riportati, i quali saranno oggetto di un report da inviare alla Direzione Medica di Presidio a cadenza, annuale. Con il monitoraggio saranno verificate da parte delle Direzioni Mediche eventuali criticità riscontrate nell'applicazione della procedura al fine di promuovere azioni correttive di miglioramento.

Indicatori	Valore limite	Valore atteso
N.ro di eventi sentinella secondari all'evento caduta di paziente/ N.ro di eventi caduta (a cura della U.O.C. Medicina Forense, Gestione Rischio Clinico, Sistema Qualità e Formazione)	5%	0%
N.ro checklist rischi ambientali trimestrali inviate dalle UU.OO./ Nr. UU.OO. di degenza (a cura delle Direzioni Mediche di P.O.)	100%	100%
N.ro di eventi caduta di paziente nell'anno in corso/ N.ro di eventi caduta di paziente nell'anno precedente (a cura di ogni UU.OO.)	70%	50%
N.ro di schede di Conley correttamente compilate/ N.ro di cartelle cliniche (a cura delle Direzioni Mediche secondo modalità che loro stessi individueranno)	100%	100%
Numero di eventi formativi per l'implementazione della presente procedura all'interno di ogni UU.OO. (a cura di ogni UU.OO.)	4	4

	PROCEDURA AZIENDALE		
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)		CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis			REVISIONE 01

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ


<i>Responsabile</i> Attività	DIRETTORE UU.OO.	DIRIGENTE MEDICO	INCARICATO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA	INFERMIERE	OSS	SPPA/ ING. CLINICA/ AREA TECNICA	DIREZIONE MEDICA P.O.:	REFERENTI DEL RISCHIO
VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI <i>CHECKLIST RISCHI AMBIENTALI</i>	C		R			I		C
VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO INTRINSECI <i>SCHEDA DI CONLEY</i>		C	I	R	I			C
AZIONI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO AMBIENTALE	R		I	C	C	R	R	C
AZIONI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRELATO AL PAZIENTE		R		R	I			C
GESTIONE DELL'EVENTO CADUTA	I	R		R				C
SEGNALAZIONE DELL'EVENTO CADUTA	I	R	R	R				C
SEA	R	C	C	C	C		C	C
REPORT MONITORAGGIO da inviare alle Direzioni Mediche	R	C	C	C	C	C	C	C
Verifica della Implementazione della procedura aziendale Attraverso la valutazione dei report di monitoraggio inviati	R	C	C	C	C	C	R	C
Formazione	R	C	C	C	C		I	C

Legenda:

R = Responsabile


C = Coinvolto

I = Informato

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N° REVISIONE 01
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		

BIBLIOGRAFIA


- Abreu HC, Reiners AA, Azevedo RC et al. Incident and predicting factors of falls of older inpatient. Rev Saude Publica 2015; 49-37.
- Centers for Disease Control and Prevention (2013). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved July 13, 2015.
- Evidence for Patient Safety Practices. Agency for Healthcare Research and Quality, marzo 2013.
- Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Novembre 2011.
- Deliberazione della Giunta Regionale 20 febbraio 2015, n. 232 Gestione del rischio clinico - Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 41 del 24-03-2015.
- Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 5° rapporto. Aprile 2015.
- Regione Piemonte – Direzione Sanità. Linee di indirizzo e informazioni utili per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie. DD n 45 del 27 gennaio 2014. Standard for Hospital. Joint Commission International Accreditation – 5th edition, 2014.
- Gestione Rischio Clinico (GRC) Regione Toscana “La prevenzione delle cadute in ospedale” 2007”
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Dipartimento della Qualità.
- Protocollo Azienda Ospedaliera Città della Salute di Torino n. A909.I009: “La gestione del rischio di caduta del paziente ricoverato”. Revisione del 26/02/2019
- “Procedura prevenzione e gestione delle cadute in ospedale” AOU Sassari 2019
- “Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute in Ospedale” ASP Ragusa 2024

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N° REVISIONE 01
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		


ALLEGATI

ALLEGATO 1 – CHECKLIST RISCHI AMBIENTALI

Azienda _____		
Unità Operativa _____		
PAVIMENTI	Si	No
Non scivolosi		
Assenza buche o avvallamenti		
Assenza di dislivelli		
Presenza di cartello di pericolo durante il lavaggio		
CORRIDOI	Si	No
Corrimano		
Illuminazione diurna idonea		
Illuminazione notturna idonea		
Assenza di ostacoli ingombranti (arredi, ausili, altro)		
SCALE	Si	No
Corrimano su almeno un lato		
Gradini dotati di antiscivolo		
DEAMBULATORI	Si	No
Stato d'uso generale buono		
Maniglie in buono stato		
Stabile		
SEDIE A ROTELLE	Si	No
Stato d'uso generale buono		
Ruote e freni efficienti		
Poggiapiedi funzionanti		
Braccioli rimovibili		
BARELLE	Si	No
Spondine funzionanti		
Ruote e freni efficienti		
AUSILI PER MOVIMENTAZIONE PAZIENTI	Si	No
Stato d'uso generale buono		
Disponibili in reparto		
Numero sufficienti		
Presenza magazzini/ripost. dedicato		

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N° REVISIONE 01
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		

CAMERE	Sì	No
Funzionalità luci personali su testata letto		
Illuminazione diurna idonea		
Illuminazione notturna idonea		
Luci notturne percorso camera bagno		
Mobilio stabile, ordinato e in buono stato		
Larghezza porta adeguata al passaggio del letto		
Interruttori accessibili		
Interruttori visibili al buio		
Tappeti		
Spigoli sporgenti		
LETTI	Sì	No
Regolabili in altezza (elettrici o a pedale)		
Dotati di spondine		
Spondine rimovibili		
Spondine completamente abbassabili		
Campanelli chiamata raggiungibili		
Ruote efficienti		
Freni efficienti		
COMODINI	Sì	No
Tavolo servitore		
Ruote efficienti		
Freni efficienti		
Piano d'appoggio regolabile in altezza		
Piano di appoggio girevole		
ASTE FLEBO	Sì	No
Regolabili in altezza		
Ruote efficienti		
Integrate nel letto		
BAGNI	Sì	No
Dimensione minima rispettata		
Interruttori funzionanti		
Interruttori visibili al buio		
Illuminazione diurna idonea		


	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N° REVISIONE 01
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		

illuminazione antibagno		
Campanelli di chiamata funzionanti		
Presenza di gradini		
Accessibile con carrozzina		
Spigoli sporgenti		
Tappetini antiscivolo		
Pavimento antiscivolo		
Doccia/vasca		
Maniglia doccia/vasca		
Maniglie tazza wc		

Sulla base delle non conformità rilevate sono necessarie le seguenti azioni di miglioramento:

Data rilevamento _____

I RILEVATORI


	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

ALLEGATO 2 – SCHEDA DI CONLEY

Azienda _____												
Unità Operativa _____						Cartella clinica n. _____						
Cognome e nome del paziente _____												
Data di nascita ____/____/____			Età del paziente ____			Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>						
PARTE 1					Data e ora rilevazione <i>(accettazione)</i>	Data e ora rilevazione <i>(dopo 72 h)</i>	Data e ora rilevazione	Data e ora rilevazione				
					_____	_____	_____	_____				
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)					Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
C1	È caduto nel corso degli ultimi tre mesi				2	0	2	0	2	0	2	0
C2	Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi tre mesi)				1	0	1	0	1	0	1	0
C3	Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi tre mesi)				1	0	1	0	1	0	1	0
					Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)					Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
C4	Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile				1	0	1	0	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)				2	0	2	0	2	0	2	0
C6	Deterioramento delle capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo				3	0	3	0	3	0	3	0
Totale												

FIRMA DEL VALUTATORE

N. B.: In presenza di “Indice di Conley” ≥ 2 viene fatta diagnosi infermieristica di paziente a rischio di caduta. In tal caso si consiglia quindi di procedere alla compilazione della parte 2 della Scheda di Conley.


	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N° REVISIONE 01
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		

ALLEGATO 3 – INTEGRAZIONE DELLA SCHEDA DI CONLEY

(Da compilare solo se l'Indice di Conley ≥ 2)


PARTE 2	Data e ora rilevazione (accettazione)		Data e ora rilevazione (dopo 72 h)		Data e ora rilevazione		Data e ora rilevazione	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psych., respiratorie, o ha subito interventi chirurgici maggiori o demolitivi								
ALTERAZIONE DEI SENSI								
Presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane								
Presenta deficit dell'udito								
ELIMINAZIONE								
Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza (intervalli 3 ore)								
Presenta perdite di urine o feci mentre si reca in bagno								
MOBILITÀ								
Si sposta utilizzando la sedia a rotelle								
Cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi								
Cammina con uno dei seguenti presidi: asta, sacchetto urine, drenaggio								
Necessita di assistenza negli spostamenti								
Ha difficoltà a muoversi nel letto								
Utilizza calzature aperte senza suola antiscivolo								
ANDATURA E ATTIVITÀ QUOTIDIANE								
Ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta								
Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane								
Cammina a testa bassa (trascinando i piedi)								
STATO MENTALE								
È disorientato/confuso								
TERAPIA FARMACOLOGICA								
Assume psicofarmaci								
Assume vasodilatatori								
Assume antiipertensivi								
Assume diuretici								
Assume antistaminici per uso sistemico								
Assume antidolorifici								
CONTENZIONE								
Fisica								
Farmacologica								

Successivamente alla compilazione della scheda di valutazione del rischio, è necessario stilare il piano di assistenza personalizzato.

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N° REVISIONE 01
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		

ALLEGATO 4 – SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

Azienda _____ Unità Operativa: _____ C _____ a n. _____ Cognome e nome del paziente: _____ Data di nascita: ____/____/____ Età del paziente: ____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Diagnosi di ammissione: _____
SEZIONE A COMPILAZIONE INFERMIERISTICA
Data e ora di accadimento dell'evento: ____/____/____ H. ____ Chi ha rilevato l'evento: Medico Strutturato <input type="checkbox"/> ; Guardia Interdivisionale <input type="checkbox"/> ; Infermiere <input type="checkbox"/> ; OTA/Ausiliario <input type="checkbox"/> ; altri pazienti <input type="checkbox"/> ; familiari <input type="checkbox"/> ; il paziente era da solo <input type="checkbox"/> ; altro _____ <input type="checkbox"/> Data di segnalazione dell'evento: ____/____/____ Chi ha segnalato l'evento: Medico Strutturato <input type="checkbox"/> ; Guardia Interdivisionale <input type="checkbox"/> ; Infermiere professionale <input type="checkbox"/> Scheda di rilevazione del rischio di caduta (Scheda di Conley): presente <input type="checkbox"/> ; assente <input type="checkbox"/> . <i>Se presente</i> , indicare l'indice di Conley: all'accettazione ____; dopo le 72 h ____; ultima rilevazione ____ <i>Se in una delle rilevazioni l'indice di Conley è stato ≥ 2</i> , sono stati messi in atto interventi preventivi e/o correttivi? SI <input type="checkbox"/> ; NO <input type="checkbox"/> Se NO, perchè _____ Scheda di rilevazione dei rischi ambientali dell'Unità Operativa (check-list): presente <input type="checkbox"/> ; assente <input type="checkbox"/> <i>Se presente</i> , allegarla. Precedenti cadute durante il ricovero: nessuna (1°caduta) <input type="checkbox"/> ; 2° caduta <input type="checkbox"/> ; 3° caduta <input type="checkbox"/> ; più di 3 cadute <input type="checkbox"/> Luogo caduta: stanza <input type="checkbox"/> ; servizi igienici (nella stanza di degenza) <input type="checkbox"/> ; servizi igienici (non nella stanza di degenza) <input type="checkbox"/> ; scale <input type="checkbox"/> ; corridoio <input type="checkbox"/> ; ambulatorio <input type="checkbox"/> ; spazi esterni <input type="checkbox"/> ; altro _____ <input type="checkbox"/>

	PROCEDURA AZIENDALE	
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	CODICE PR N°
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		REVISIONE 01

Modalità caduta: caduto dalla posizione eretta ; caduto da seduto ; caduto dal letto con spondine ; caduto dal letto senza spondine ; caduto dalla barella ; altro _____

Meccanismo caduta: inciampato ; scivolato ; perdita di forza/cedimento ; inciampato ; perdita di equilibrio ; perdita di coscienza ; capogiro/svenimento ; non rilevabile ; camminava verso il bagno — in stanza — in corridoio ; stava effettuando l'igiene personale/vestizione ; stava raggiungendo un oggetto ; stava raggiungendo il campanello di chiamata ; stava dormendo e/o cambiando posizione a letto ; altro _____

Tipo di calzatura: aperta ; chiusa ; calzini/scalzo

Firma Infermiere/tecnico/fisiot.

SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA

L'evento ha avuto conseguenze: SI ; NO **Vi è stata perdita di coscienza?:** SI ; NO

Lesione:
 tipo _____
 Sede _____

Accertamenti diagnostici richiesti: ECG ; Visita Medica ; Visita specialistica ; Intervento chirurgico ; Esami di laboratorio ; Esami radiologici: RX (specificare distretto _____) ; TAC (specificare distretto _____) ; RMN (specificare distretto _____) ; Altro (specificare _____) ; Ricovero terapia intensiva ; Trasferimento in altra U.O. (specificare _____) ; altro _____

Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine: nessuno ; sutura ; steristrips ; medicazione ; altro _____

Attuale terapia farmacologica: sedativi del SNC ; antistaminici per uso sistemico ; diuretici ; antiaritmici ; ipotensivanti ; vasodilatatori ; altro _____


Altri eventuali interventi correttivi intrapresi: _____

Come si sarebbe potuto evitare l'evento?

 Necessita di follow up dopo la
dimissione in seguito alla caduta? SI ; NO

L'evento è stato registrato in cartella? SI ; NO

Firma Medico

	PROCEDURA AZIENDALE	CODICE PR N° REVISIONE 01
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL BARI (Aggiornamento)	
U.O.C. Medicina Forense Gestione Rischio Clinico qualità e Formazione Direttore: Vincenzo Defilippis		

ALLEGATO 5 – SCHEDA INCIDENT REPORTING

Scheda di segnalazione spontanea degli eventi			
			<u>Data compilazione</u>
Dati relativi a Struttura e Operatore	Struttura		Unità Operativa
	Operatore che segnala l'evento (facoltativo)		
Dati relativi al paziente	Qualifica		Altre (specificare) _____
	Nome e Cognome paziente (facoltativo)		
Tipo di prestazione	Anno nascita/età		n. ricovero (facoltativo)
	<input type="checkbox"/> Ricovero ord.	<input type="checkbox"/> Prestazione Amb.	<input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare
	<input type="checkbox"/> Ricovero DH	<input type="checkbox"/> Intervento chirurg.	<input type="checkbox"/> Altro
PROCEDURA	RITARDO PROCEDURA	INESATTA/NON APPROPRIATA	MANCATA PROCEDURA
Tipo di evento	<input type="checkbox"/> procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> inesatta identificazione paziente/lato	<input type="checkbox"/> procedura diagnostica
	<input type="checkbox"/> procedura chirurgica	<input type="checkbox"/> inesatta procedura Chirurgica	<input type="checkbox"/> procedura chirurgica
	<input type="checkbox"/> procedura terapeutica	<input type="checkbox"/> inesatta procedura Terapeutica	<input type="checkbox"/> procedura terapeutica
	<input type="checkbox"/> somministrazione farmaco	<input type="checkbox"/> inesatta somministrazione farmaco	<input type="checkbox"/> somministrazione farmaco
	<input type="checkbox"/> prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> inappropriata procedura Diagnostica	<input type="checkbox"/> prestazione assistenziale
	<input type="checkbox"/> prestazione riabilitativa	<input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Chirurgica	
		<input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Riabilitativa	
		<input type="checkbox"/> inappropriata procedura terapia	
Altro	<input type="checkbox"/> Aggressione operatore	<input type="checkbox"/> Trasfusione emoderivati	<input type="checkbox"/> Lesioni da pressione (nuova insorgenz
	<input type="checkbox"/> Trasporto paziente	<input type="checkbox"/> Utilizzo impianti/attrezzature	<input type="checkbox"/> Condizioni ambientali pericolose
	<input type="checkbox"/> Caduta accidentale	<input type="checkbox"/> Infezioni Correlate Assistenza	<input type="checkbox"/> Altro _____
DESCRIZIONE DELL'EVENTO - svolgimento dei fatti			
(Che cosa è successo? Dove? Quando? Come e perchè è accaduto?)			
Data _____ ora _____ Luogo (camera, bagno...) _____ <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/> Feriale			
Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)			
Fattori legati al paziente	<input type="checkbox"/> Condizioni generali fragilità/infemità		Fattori legati al sistema
	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo		
	<input type="checkbox"/> Instabilità della marcia		
	<input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali		
	<input type="checkbox"/> Utilizzo farmaci		
Fattori legati al personale	<input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Contenzione		Fattori legati al sistema
	<input type="checkbox"/> Difficoltà nell'eseguire istruzioni/procedure		
	<input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza		
	<input type="checkbox"/> Fatica/stress		
	<input type="checkbox"/> Inosservanza procedura/protocollo		
<input type="checkbox"/> Inesatta lettura documento/etichetta		Fattori legati al sistema	
<input type="checkbox"/> Mancata supervisione			
<input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchio			
Fattori che possono aver ridotto l'esito			
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce		<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo	
<input type="checkbox"/> Osservanza dei protocolli/procedure		<input type="checkbox"/> altro (specificare)	
<input type="checkbox"/> Casualità			
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni			
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio		<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Ricovero in T.I.
<input type="checkbox"/> Indagini radiologiche		<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Altro _____
L'evento è documentato in cartella clinica? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Come si poteva prevenire/evitare il ripetersi dell'evento			
Livello di gravità	<input type="checkbox"/> nessun danno		<input type="checkbox"/> medio danno <input type="checkbox"/> morte
	<input type="checkbox"/> lieve danno		<input type="checkbox"/> grave danno

PROFILI CONTABILI

RILEVANTE, a valere su: NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

SOGGETTA a pubblicazione NON soggetta a pubblicazione

ONERI DI RISERVATEZZA:


CONTIENE dati personali da NON pubblicare NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20240002788 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20240002444 DEL 22/11/2024

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Direttore/Responsabile di Struttura	Defilippis Vincenzo	 Firmato digitalmente il 21/11/2024 13:54