

REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 98 del 30 Settembre 2015

OGGETTO: Approvazione procedura di prevenzione e gestione delle cadute di pazienti e visitatori in area sanitaria. P.O. 2013-2015 – P. 18: Sicurezza e Rischio Clinico.

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**

REGIONE CALABRIA
IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti

da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies*> comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

PREMESSO che il Punto 18 del Programma Operativo 2013-2015 "Sicurezza e Rischio Clinico" prevede, tra gli obiettivi, di:

- Implementare le attività del rischio clinico quale risposta globale e integrata alle richieste di maggiore sicurezza, di maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di maggiore qualità;
- Aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari completando e attuando quelle misure che consentono di ridurre gli eventi avversi prevenibili e indirettamente i costi;

-Potenziare e rendere più operativa la rete regionale per la gestione del rischio clinico che uniformi le organizzazioni delle singole Aziende determinando un'omogenea diffusione delle iniziative, degli strumenti di prevenzione e della cultura sulla sicurezza.

TENUTO CONTO che, tra le azioni del Programma Operativo, è prevista la realizzazione di nuove procedure aziendali e di buone pratiche cliniche e il monitoraggio dell'applicazione delle procedure ministeriali e regionali già predisposte;

VISTA la raccomandazione ministeriale n 13 "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie";

RITENUTO, pertanto, di dover procedere all'approvazione della procedura "Prevenzione e gestione delle cadute di pazienti e visitatori in area sanitaria", elaborata dal Centro Regionale per il rischio clinico e che fa parte integrante del presente decreto;

DATO ATTO che il presente provvedimento è stato redatto materialmente dal Dirigente di Settore;

D E C R E T A

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE la "Procedura di prevenzione e gestione delle cadute di pazienti e visitatori in area sanitaria", che si allega, quale parte integrante, al presente provvedimento;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di dare la massima diffusione al predetto documento, di promuovere l'attuazione di quanto in esso contenuto e di vigilare sul monitoraggio di attuazione;

DI STABILIRE CHE i risk manager aziendali:

- implementino la procedura, adattandola alle diverse strutture sanitarie ospedaliere e territoriali;
- provvedano alla sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari e alla loro formazione;
- effettuino il monitoraggio dell'applicazione della procedura.

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

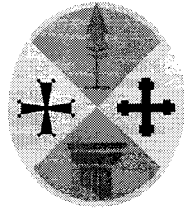
DI DARE MANDATO al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

Il Dirigente di Settore
Dott. Rosa Barone

Il Dirigente Generale
Dott. Riccarda Furella

Il sub Commissario
Dott. Andrea Urbani

Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura



**PROCEDURA DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE
DI PAZIENTI E VISITATORI IN AREA SANITARIA**

1. INTRODUZIONE

Secondo l'OMS "le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita". Con l'avanzare dell'età, infatti, aumenta il rischio di caduta e i conseguenti danni.

Il problema "*cadute delle persone assistite*" è stato oggetto delle Raccomandazioni (nello specifico la n.13) del Ministero della Salute nell'ambito del Programma Rischio Clinico del Dipartimento della Qualità e attualmente viene previsto nella Lista degli eventi sentinella prioritari come "*Morte o grave danno per caduta di paziente*".

2. OBIETTIVO/SCOPO

La prevenzione in tema caduta mira soprattutto a:

- ❖ Identificare precocemente i pazienti a rischio di caduta e garantire interventi assistenziali appropriati di prevenzione primaria (scheda di valutazione rischio caduta);
- ❖ Identificare ed eliminare situazioni ambientali che possono comportare rischio di caduta per i pazienti e i visitatori/utenti;
- ❖ Elaborare dei Protocolli operativi per la prevenzione e gestione delle cadute, per contenere i danni e favorire il recupero della persona caduta;
- ❖ Uniformare le modalità di segnalazione dell'evento caduta, utilizzando una specifica scheda di Segnalazione caduta paziente e caduta visitatore/utente da indirizzare alle rispettive unità gestionali;
- ❖ Attuare interventi per evitare il ripetersi dell'evento (prevenzione secondaria);
- ❖ Ridurre le conseguenze, anche giuridiche, nel caso che l'evento accada.

3. APPLICAZIONE

La procedura si rivolge a tutti gli operatori coinvolti, a vario titolo e livello, nel processo di assistenza e di cura, si applica in tutti i casi in cui si verifica l'evento avverso e/o un *near miss*, e in tutte le strutture dell'Azienda alle quali accedono utenti/visitatori nonché ricoverati.

4. DEFINIZIONE

Le cadute vengono definite come "*un improvviso, non intenzionale, inaspettato, spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica*".

Secondo Morse ci sono tre tipi di caduta che possono coinvolgere il paziente:

- ❖ **accidentali**, quando la persona cade involontariamente perché ad es. inciampa, o la caduta è determinata da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato);
- ❖ **Imprevedibili** quando le cause fisiche della caduta non rientrano tra quelle identificate come fattore di rischio, la caduta può avvenire ad es., per un episodio lipotimico, per un improvviso disturbo dell'equilibrio;
- ❖ **Prevedibili** sono le cadute causate da fattori di rischio identificabili della persona legati alle condizioni della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione).

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, l'8% come imprevedibile, mentre il restante 78% rientrerebbe fra le cadute prevedibili.

5. AZIONI

Per la prevenzione delle cadute la fondamentale azione da intraprendere è rappresentata dalla necessità di identificare tutti i possibili fattori di rischio, sia in relazione alle caratteristiche del paziente, che a quelle dell'ambiente e della struttura che lo ospita, in termini di sicurezza, organizzazione e di adeguatezza al processo assistenziale.

Una programma di prevenzione del rischio caduta si articola sull'individuazione precoce dei fattori di rischio intrinseci ed estrinseci.

5.1. FATTORI INTRINSECI: sono quelli relativi alle condizioni di salute del paziente e comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le comorbidità e le terapie farmacologiche. Sono, pertanto, da considerare:

- ✓ Anamnesi di precedenti cadute e/o ricovero determinato da una caduta
- ✓ Età avanzata (l'incidenza delle cadute aumenta con l'aumentare dell'età);
- ✓ Farmaci assunti: alcuni farmaci influenzano lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa; la politerapia: il rischio di caduta aumenta in modo considerevole se la persona assume più di 4 farmaci;
- ✓ Patologie: circolatorie, cerebro-vascolari, polmonari croniche - ostruttive, infezioni e malattie acute (infezioni delle vie urinarie, influenza), depressione, etc.;
- ✓ Deterioramento delle funzioni neuromuscolari: ridotta mobilità e alterata andatura causate da debolezza muscolare;
- ✓ Abitudini di vita sedentarie;
- ✓ Stato psicologico / paura di cadere;

- ✓ Deficit nutrizionale: un indice di massa corporea inferiore alla norma si associa ad un aumento del rischio di caduta;
- ✓ Deficit cognitivo: anche a livello modesto è associato ad un rischio di caduta;
- ✓ Problemi di vista:
- ✓ Le deformazioni o patologie del piede: calli, deformità, ulcere, problemi alle unghie e dolore durante il cammino aumentano le difficoltà di equilibrio e il rischio di caduta.
- ✓ Minzione imperiosa.

5.2. FATTORI ESTRINSECI: sono quelli relativi agli aspetti organizzativi, alle caratteristiche ambientali della struttura e dei presidi sanitari impiegati. Riguardo l'aspetto strutturale è da dire che: considerata la ricorrenza della dinamica e dei luoghi in cui si verificano la maggior parte delle cadute dei pazienti (in camera nel salire e nello scendere dal letto, nel percorso dalla camera al bagno e in bagno mentre si effettua l'igiene personale), e dei visitatori (scale interne e di accesso alla struttura, corridoi, aree parcheggio) i principali fattori di rischio in questo ambito sono:

- Pavimenti (scivolosi, con dislivelli, bagnati);
- Corridoi (larghezza, presenza di arredi ingombranti, etc.);
- Scale;
- Camere di degenza e bagni (dimensionamento inadeguato);
- Letti e carrozzine (non rispondenti ai criteri normativi);
- Ausili per la deambulazione non adeguati;
- Sistema di illuminazione carente;
- Mancanza di adeguata segnaletica di pericolo e/o percorso alternativo.

6. PROCEDURE OPERATIVE

La fase operativa della prevenzione si realizza attraverso:

- 6.1. valutazione della persona a rischio caduta (scheda valutazione rischio caduta del paziente);
- 6.2. valutazione dei rischi ambientali (check-list)

6.1 VALUTAZIONE DELLA PERSONA:

Secondo la Raccomandazione "l'intervento primario per prevenire le cadute consiste nella valutazione della persona al momento del ricovero in ospedale, nell'individuazione dei pazienti a rischio e nella messa in atto di misure di prevenzione".

Lo screening del rischio è un metodo efficace per identificare le persone a rischio di caduta. Questa valutazione dovrebbe essere effettuata:

- all'ammissione del paziente in ambienti di cura di carattere generale, medico, chirurgico, riabilitativo;
- a seguito di alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche);
- ad intervalli di tempo regolari nei ricoveri prolungati, in ogni tipo di struttura di ricovero;
- ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta;
- a seguito di episodio di caduta.

Come per tutte le valutazioni, occorre utilizzare uno strumento validato e standardizzato idoneo a rilevare il livello di rischio stimato.

6.1.1. STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE:

A. SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA PERSONA A RISCHIO CADUTA: SCHEDA DI CONLEY (allegato 1)

In letteratura sono descritti molti strumenti (scala di Conley, di Tinetti, di Morse, di Stratify) per attuare il programma di valutazione del paziente a rischio caduta.

Facendo riferimento ad esperienze già avviate e collaudate in altre Regioni e dopo un'attenta revisione della letteratura basata sulle evidenze scientifiche è stata adottata come Scheda di valutazione rischio caduta la Scala di Conley, che consente di individuare molti pazienti a rischio ed è facilmente comprensibile e veloce nella compilazione.

Tale documento va compilato ed inserito nella cartella clinica.

B. VALUTAZIONE DEI RISCHI AMBIENTALI: LA CHECK-LIST (allegato 2)

Le caratteristiche dell'ambiente della struttura sanitaria possono influire sui rischi di caduta dei pazienti oltre che dei visitatori.

In tutte le UU.OO è utile elaborare una checklist che contenga i principali fattori di rischio di ambienti e presidi per poter controllare costantemente il livello di rischio e contribuire alla segnalazione di fattori predisponenti le cadute.

Una volta compilata (Infermiere Coordinatore e Direttore U.O.) e debitamente firmata la checklist andrà inviata in copia protocollata a:

- ❖ Direzione Sanitaria
- ❖ RESPONSABILE UFFICIO TECNICO PREVENZIONE E SICUREZZA o RSPP.

La checklist originale deve essere tenuta in archivio nella U.O.

In caso di riscontro di non conformità o gravi carenze strutturali o materiali, la checklist potrà essere utile al fine di determinare interventi migliorativi ambientali o materiali.

7. ISTRUZIONI OPERATIVE

La prevenzione delle cadute richiede un approccio multifattoriale, grazie al quale è possibile attuare interventi non solo preventivi, ma anche di educazione sanitaria tendenti all'eliminazione o riduzione dei fattori di rischio legati all'ambiente e alla persona.

7.1. ISTRUZIONI OPERATIVE PREVENZIONE CADUTA PAZIENTE A LIVELLO AMBIENTALE:

- ❖ Collocare la persona nella camera e nel posto letto idoneo alla sua condizione.
- ❖ Illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni, gli ausili a disposizione nella camera di degenza (impianto di chiamata, illuminazione etc.), nei corridoi (corrimano) e nei servizi igienici (supporti presenti, disponibilità di sedia da doccia, bagni attrezzati).
- ❖ Fornire gli accessori di supporto per il letto (spondine, trapezio etc.). L'arredo deve prevedere spigoli arrotondati e mobili stabili a cui possa appoggiarsi la persona incerta nel cammino. Le sedie, non basse, e provviste di braccioli; i tavoli ad altezza idonea al posizionamento della carrozzina.
- ❖ Utilizzare apposita cartellonistica, meglio se colorata, in prossimità di pavimento pericoloso (dislivelli, crepe, etc.)
- ❖ Migliorare l'illuminazione, rendendo visibili gli interruttori di chiamata e di illuminazione. Accendere le luci notturne vicine al letto e nei bagni. Far posizionare luci con accensioni automatiche in presenza di persone, soprattutto nei bagni.
- ❖ Rendere i percorsi liberi da ostacoli (es. fili elettrici, oggetti vari, mobili bassi).
- ❖ Sensibilizzare il personale delle imprese di pulizia rispetto all'informazione al paziente sui pavimenti bagnati e rischi connessi: utile l'impiego di appositi cartelli di segnalazione del rischio durante le attività di pulizia e in presenza di pavimento bagnato/scivoloso.
- ❖ Prediligere la presenza di strisce antiscivolo sui gradini delle scale (utile l'utilizzo di una segnalazione diversa sull'ultimo gradino).
- ❖ Utilizzare per la postura e la posizione seduta supporti adeguati (cinture di sicurezza, cuscini antiscivolo, ausili per il posizionamento degli arti).

- ❖ Garantire una adeguata sicurezza durante le fasi di movimentazione della persona: spostamento letto/carrozzina, letto/barella, letto/sedia.
- ❖ Garantire adeguata sicurezza nelle attività di trasporto in carrozzina/barella: cinture di sicurezza, spondine, freni e dispositivi di blocco funzionanti: non lasciare incustodito il paziente.
- ❖ Disporre di barre, meglio se poste in verticale, a cui aggrapparsi vicino al water.

7.2. ISTRUZIONI OPERATIVE PREVENZIONE CADUTA PAZIENTE A LIVELLO DELLA PERSONA:

- ❖ Istruire la persona assistita/caregiver circa le strategie da impiegare per evitare le cadute in caso di vertigini o ipotensione (lentezza nei movimenti durante il cambio di postura);
- ❖ Previa valutazione clinica, mobilitare precocemente la persona;
- ❖ Verificare le condizioni del paziente, controllare e gestire le sorgenti di dolore o le cause di agitazione;
- ❖ Eliminare o ridurre impedimenti o incertezze del soggetto causati da problemi facilmente risolvibili (es. sistemare gli occhiali o l'apparecchio acustico, o altro prima di effettuare attività di movimento);
- ❖ Correggere/sorreggere/gestire la persona se deambula in modo non coordinato (a testa bassa, trascinando i piedi, se cerca appoggio a qualunque oggetto, anche instabile, se utilizza il bastone, le stampelle o altro presidio in modo sbagliato);
- ❖ Fare riferimento ai protocolli specifici relativi alle diverse patologie (es. pazienti con ictus, m. di Parkinson, patologie cardiache etc.), circa le indicazioni per migliorare la mobilitazione/deambulazione;
- ❖ Valutare ed eventualmente suggerire l'abbigliamento adeguato alla persona (calzature chiuse possibilmente con chiusura a velcro, della giusta misura con suola antiscivolo, abiti comodi, abbottonati sul davanti, pantaloni non lunghi etc.);
- ❖ Richiedere la collaborazione di persone significative per la persona assistita;
- ❖ Riservare particolare attenzione ai risvegli, durante la notte, del paziente, riguardo al suo livello di adattamento all'ambiente e di sicurezza;
- ❖ Riservare particolare attenzione alla persona con deficit visivi o uditivi (stanza di degenza idonea a favorire l'orientamento del paziente, percorsi protetti all'interno dell'unità operativa anche mediante l'intervento degli operatori di supporto);

- ❖ Alterazione nella evacuazione: controllare e collocare i pazienti che assumono lassativi e diuretici in camere vicine al bagno, accompagnando quelli a rischio ad intervalli regolari e subito prima del riposo notturno;
- ❖ Valutare l'opportunità di utilizzare i presidi per l'incontinenza durante la notte;
- ❖ Mobilità alterata: mantenere il letto opportunamente bloccato, in una posizione bassa in modo che il paziente possa raggiungere gli oggetti che gli sono necessari.
- ❖ Controllare la deambulazione, l'affaticamento durante la mobilizzazione: Istruire i pazienti ad alzarsi e camminare lentamente; utilizzare cinture di sicurezza, presidi antidecubito e di posizionamento nelle carrozzine e nelle sedie/poltrone provviste di braccioli ad altezza appropriata per alzarsi e sedersi;
- ❖ Garantire sicurezza ed assistenza adeguata ai pazienti a rischio nei vari trasferimenti (letto/sedia/poltrona);
- ❖ Valutare i problemi della persona legati alla mobilizzazione e, se necessario, coinvolgere il Servizio di Riabilitazione /Rieducazione Funzionale;
- ❖ Andatura e attività ridotte: fornire gli ausili adeguati per la deambulazione (bastone, tripode, deambulatore, carrozzina, etc.);
- ❖ Stato mentale alterato:
 - ↓ Favorire il coinvolgimento dei familiari
 - ↓ Orientare il paziente nell'ambiente ospedaliero
 - ↓ Fornire distrazioni al paziente (musica, compagnia etc.) e attività di supporto anche con l'intervento di volontari.
- ❖ Rischio di effetti collaterali da terapia farmacologica: Far rivalutare le terapie prescritte (se possibile) considerando la possibilità di modificare gli orari di somministrazione per diminuire gli effetti collaterali ed il rischio di cadute;
- ❖ Limitare le interazioni tra farmaci quando possibile.

8. GESTIONE DEL PAZIENTE E E/O DEL VISITATORE/UTENTE CADUTO

8.1. PROCEDURA ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

- Non mobilizzare il paziente senza averlo prima valutato.
- Controllare i parametri vitali: TC, FC, FR, PAO, Sat. O2, stato di coscienza (orientato-disorientato-agitato-soporoso). Si può utilizzare la Glasgow Coma Scale. e, se necessario, applicare il protocollo BLSD;
- Accertare la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura;

- Se il paziente è cosciente ed orientato chiedere informazioni sul suo stato (dolore, formicolii e parestesie, in qualche punto specifico), controllare il movimento coordinato degli arti. Se il paziente è incosciente non escludere la possibilità di un trauma cranico, neanche nel caso in cui il paziente fosse precedentemente in stato di incoscienza;
- Predisporre il paziente per eventuali accertamenti diagnostici;
- Documentare e registrare in cartella clinica l'ora, il luogo, le circostanze dell'accaduto, tutti i dati dei parametri vitali e lo stato di coscienza;
- Comunicare al medico la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, al fine di una valutazione clinica ed eventuali relative prescrizioni;
- Mettere in atto le eventuali misure terapeutiche prescritte e verificare la necessità dell'impiego di dispositivi per immobilizzazione (collare, barella a cucchiaio, barella spinale, tutori);
- Informare la famiglia dell'assistito sulla caduta del parente, previo consenso;
- Monitorare il paziente nelle ore successive e allertare il medico in caso di peggioramento del quadro clinico: vigilanza, agitazione, parametri vitali, presenza di ematomi o emorragia, dolore;
- Compilare la scheda di segnalazione cadute in originale e in 2 copie: l'originale va inserita in Cartella Clinica; delle due copie, una va inviata Direzione Sanitaria e l'altra al Responsabile del Rischio Clinico;
- Rivalutare e modificare il programma di prevenzione delle cadute attuando interventi volti a ridurre i fattori di rischio: il paziente caduto è da ritenersi a rischio di ulteriori cadute.

Da ricordare che anche se le cadute non sempre comportano conseguenze disastrose rappresentano tuttavia eventi pericolosi per possibili quadri di:

- Immobilità: dovuta a contusione e/o lesione delle parti molli con dolore al movimento;
- riduzione della quota motoria quotidiana per l'ansia che la caduta si ripeta;
- complicanze legate soprattutto alla sindrome da immobilizzazione che potrebbe conseguire alla caduta (broncopolmonite, infezioni del tratto urinario, etc.).

8.2. PROCEDURA DI GESTIONE DEL VISITATORE/UTENTE CADUTO

In caso di caduta di un visitatore/utente, ed un operatore sia presente o chiamato su segnalazione, è importante valutare l'eventuale necessità di inviare il soggetto in P.S., se la caduta del visitatore si è manifestata nelle U.O. di degenza; se la caduta si è verificata in altri contesti dell'area sanitaria, allertare il servizio di 118.

Per le cadute del visitatore nelle UU.OO di degenza compilare la scheda di segnalazione cadute visitatore/utente (Allegato 4) in duplice copia: una va inviata alla Direzione Sanitaria, l'altra al Responsabile del Rischio Clinico.

9. LA SEGNALAZIONE DELL'EVENTO

Tutte le cadute devono essere segnalate, indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno al paziente o al visitatore/utente, con l'apposita scheda di segnalazione cadute: del paziente e/o del visitatore/utente:

9.1. Scheda di segnalazione dell'evento caduta paziente (Allegato 3) contiene informazioni relative:

- alla dinamica della caduta: notizie raccolte o dal paziente stesso (se possibile), o da parte di terzi che vi abbiano assistito (altri pazienti, parenti, visitatori, personale etc.),
- ai fattori di rischio del paziente,

Tale scheda è composta da due sezioni; la prima a compilazione infermieristica, la seconda a compilazione medica. Va compilata in triplice copia. L'originale va inserita in Cartella Clinica, una copia sarà inviata alla Direzione Sanitaria di Presidio, una copia al Responsabile del Rischio Clinico.

La segnalazione attiverà poi un processo a sé stante finalizzato all'analisi e alla prevenzione dei rischi di caduta con istruttoria tecnico-ambientale effettuata dalla Direzione Sanitaria (o Servizi Delegati) e istruttoria clinica espletata dal Risk Management (Allegato 4, DIAGRAMMA DI FLUSSO)

9.2. La scheda di segnalazione dell'evento caduta visitatore/utente (Allegato 5) contiene informazioni relative:

- generalità dell'infortunato (dati anagrafici, residenza etc.);
- data dell'evento;
- luogo in cui si è verificato l'evento;
- alla dinamica della caduta: notizie raccolte o dalla persona stessa (se possibile), o da parte di terzi che vi abbiano assistito (altri pazienti, parenti, visitatori, personale etc.);
- alle conseguenze riportate nella caduta;
- agli eventuali interventi effettuati sul luogo dell'evento;
- agli eventuali interventi effettuati in Pronto Soccorso.

La scheda va compilata in duplice copia: una copia al Risk Manager, la seconda al SSPP per l'espletamento delle attività di specifica competenza.

La eventuale sussistenza di un nesso di causalità tra deficienza ambientale dell'Azienda ed evento avverso, potrà costituire presupposto per eventuale attivazione contenzioso (Allegato 6, DIAGRAMMA DI FLUSSO).

10. RESPONSABILITA'

L'adozione della presente procedura nelle varie fasi operative richiede l'impegno e la collaborazione in maniera sistematica da parte di tutto il personale infermieristico, dei coordinatori, del direttore di struttura, del personale medico, della Direzione Sanitaria, del Risk Manager, del Servizio Prevenzione e Protezione nel rispetto delle specifiche competenze e ruoli.

11. FORMAZIONE

La formazione del personale è, come specifica la Raccomandazione n. 13, un parametro "strategico", estremamente efficace sia per quanto concerne la prevenzione dei rischi caduta, sia in riferimento agli interventi operativi da mettere in atto in seguito al verificarsi dell'evento caduta.

Una adeguata attività di formazione, sia di base che continua, deve offrire agli operatori sanitari la competenza di sviluppare opportune strategie di prevenzione del rischio caduta coinvolgendo anche lo stesso paziente e i suoi familiari o i *caregivers*, e di sviluppare ulteriori competenze riguardo una corretta gestione dell'evento caduta. Ne deriva che urge formazione/informazione in tema non solo di cadute, di dati statistici, epidemiologici, di fattori di rischio, di documentazione circa la valutazione della caduta e gli strumenti per l'accertamento del rischio basati sulle prove di efficacia, ma anche formazione/informazione riguardo le conseguenze della caduta. Gli esiti dell'evento caduta non sono solo di natura giuridica in termini di responsabilità, di costi, e di contenziosi, ma esplicano i loro effetti anche in termini di impatto sulla qualità della vita, sull'autonomia della persona, sulla sua dignità e sui valori etici.

Le strutture aziendali, devono, pertanto, provvedere ad una adeguata formazione degli operatori, che sia in grado di coinvolgere anche i pazienti e i *caregivers* per una rivalutazione del rischio caduta e la messa in atto di nuove e più efficaci strategie di prevenzione.

12. MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE

La Direzione Sanitaria di Presidio e l'U.O. Rischio Clinico sovrintendono allo sviluppo e all'implementazione della presente procedura, nonché della sussistenza degli indicatori applicabili.

L'applicazione richiede un approccio multidisciplinare delle diverse funzioni aziendali, ai diversi livelli di ruolo e di attività: i coordinatori infermieristici e i direttori delle UU.OO. provvedono alla corretta attuazione della procedura.

Il Rischio Clinico, dopo una fase di prima applicazione, procederà ad un monitoraggio circa la corretta applicazione della stessa.

La U.O. rischio clinico provvederà a raccogliere eventuali segnalazioni relative a criticità riscontrate nell'applicazione della procedura e ad eventuali richieste motivate di integrazioni o modifiche della stessa.

ALLEGATI:

ALLEGATO N° 1 SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTE (SCALA DI CONLEY)

ALLEGATO N° 2 CEK-LIST SICUREZZA AMBIENTALE

ALLEGATO N° 3 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE

ALLEGATO N° 4 DIAGRAMMA DI FLUSSO CADUTA PAZIENTE

ALLEGATO N° 5 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA VISITATORE/UTENTE

ALLEGATO N° 6 DIAGRAMMA DI FLUSSO CADUTA VISITATORE/UTENTE

ALLEGATO N° 1 LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEI PAZIENTI: LA SCHEDA DI CONLEY

U.O.----- SESSO M F

Cognome-----Nome-----data di nascita-----

Prima valutazione

	data	data	data
ASSUME PIÙ DI 4 FARMACI	SI NO	SI NO	SI NO
DEBOLEZZA ALLE ANCHE	SI NO	SI NO	SI NO
EQUILIBRIO INSTABILE	SI NO	SI NO	SI NO

Se si è risposto sì ad almeno una variabile , proseguire con la compilazione della scheda, altrimenti rivalutare (ogni 72 ore tranne se cambiano alcune condizioni)

SCALA DI CONLEY

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte al paziente; se il paziente presenta gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere, le domande possono essere rivolte al familiare o al caregiver o all’infermiere. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita e sommare i valori positivi. La risposta “non so” va considerata come risposta negativa.

	data	data	data
Precedenti cadute (domanda al paz., caregiver, infermiere)	SI NO	SI NO	SI NO
E' caduto negli ultimi tre mesi?	2 0	2 0	2 0
Ha mai avuto vertigini o capogiri?	1 0	1 0	1 0
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (ultimi tre mesi)	1 0	1 0	1 0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)			
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile	1 0	1 0	1 0
agitato	2 0	2 0	2 0
Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3 0	3 0	3 0
TOTALE			

Se l'Indice di Conley >=2 paz. a rischio caduta.

In tal caso si procede con la compilazione della seconda parte della Scala di Conley

QUESITI	DATA	DATA	DATA
PATOLOGIE IN CORSO: presenta almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurol/psichiatriche, respiratorie, o ha subito interventi chirurgici maggiori o demolitivi	SI NO	SI NO	SI NO
ALTERAZIONE DEI SENSI presenta deficit della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane	SI NO	SI NO	SI NO
presenta deficit dell'udito	SI NO	SI NO	SI NO
ELIMINAZIONE Ha necessità di andare in bagno con particolare frequenza (intervalli < 3 ore)	SI NO	SI NO	SI NO
Presenta perdite di urine o feci mentre si reca in bagno	SI NO	SI NO	SI NO
MOBILITA' (sono possibili più risposte)			
↓ cammina con stampelle/bastone/deambulatore	SI NO	SI NO	SI NO
↓ si sposta utilizzando la sedia a rotelle	SI NO SI NO	SI NO SI NO	SI NO SI NO
↓ cammina senza ausili aggrappandosi agli arredi	SI NO	SI NO	SI NO
↓ cammina con uno dei seguenti presidi: asta, drenaggio, busta urine	SI NO	SI NO	SI NO
↓ necessita di assistenza negli spostamenti	SI NO SI NO	SI NO SI NO	SI NO SI NO
↓ ha difficoltà a muoversi nel letto	SI NO	SI NO	SI NO
↓ utilizza calzature aperte senza soles antiscivolo	SI NO	SI NO	SI NO
ANDATURA E ATTIVITA' QUOTIDIANE ha difficoltà a mantenersi stabilmente in posizione eretta	SI NO	SI NO	SI NO
ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane	SI NO	SI NO	SI NO
cammina a testa bassa? (trascinando i piedi)	SI NO	SI NO	SI NO
STATO MENTALE e' disorientato e/o confuso	SI NO	SI NO	SI NO
TERAPIA FARMACOLOGICA assume psicofarmaci	SI NO	SI NO	SI NO
assume uno o più dei seguenti farmaci:	SI NO	SI NO	SI NO
↓ vasodilatatori usati nelle malattie cardiache	SI NO	SI NO	SI NO
↓ antipertensivi	SI NO	SI NO	SI NO
↓ diuretici	SI NO	SI NO	SI NO
↓ antistaminici	SI NO	SI NO	SI NO
↓ antidolorifici	SI NO	SI NO	SI NO
CONTENZIONE fisica	SI NO	SI NO	SI NO
farmacologica	SI NO	SI NO	SI NO

FIRMA DEL VALUTATORE-----

ALLEGATO 2 CHECK LIST PROCEDURA CONTROLLO SICUREZZA AMBIENTALE

U.O. _____ DATA _____

<p>PAVIMENTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ scivolosi ↓ presenza di dislivelli ↓ presenza di ostacoli ↓ presenza di cartello di pericolo durante le operazioni di lavaggio 	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	
<p>CORRIDOI</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ corrimano ↓ illuminazione diurna/notturna che permetta una buona visione, ↓ assenza di ostacoli (mobili ingombranti, ausili...), ↓ larghezza che permette di muoversi agevolmente 	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	
<p>SCALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ corrimano preferibilmente sui due lati o almeno da un lato ↓ gradini dotati di antiscivolo 	<p>SI NO SI NO</p>	
<p>BASTONI/STAMPALLE/TRIPODI: regolabili in altezza</p>	<p>SI NO</p>	
<p>DEAMBULATORI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ bassi o alti secondo il caso ↓ poco ingombranti 	<p>SI NO SI NO</p>	
<p>SEDIA A ROTELLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ ruote posteriori grandi e schienale inclinabile ↓ possibilità di inserimento tavola per il pasto ↓ freni/ruote efficienti e agevolmente comandati ↓ braccioli removibili ↓ poggiatesta funzionanti ed estraibili ↓ buona manovrabilità ↓ sistema di ancoraggio con cinture 	<p>SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO</p>	

ASTA PER FLEBO: ↓ integrata col letto ↓ base stabile ↓ ruote efficienti ↓ regolabile in altezza	SI NO SI NO SI NO SI NO	
BARELLE: ↓ regolabili in altezza ↓ sponde di sicurezza ↓ ruote/freni efficienti	SI NO SI NO SI NO	
AUSILI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI: ↓ sollevatori elettrici ↓ tutori per evitare l'atteggiamento flesso arti inferiori ↓ tavole di trasferimento rigide ↓ teli di trasferimento per passaggi laterali ↓ cuscini sagomati per posizionamento paziente ↓ trapezio ai letti (o sistema elettrico) ↓ ausili in numero sufficiente ed efficienti	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	
CAMERE: ↓ dimensione minima rispettata ↓ apertura porta verso l'esterno ↓ illuminazione diurna/notturna sufficiente ↓ interruttori accessibili e visibili al buio ↓ luci personali sulla testata del letto ↓ luci notturne percorso camera/bagno ↓ mobili stabile ed ordinato ↓ sedia comoda ↓ assenza di tappeti ↓ pavimenti asciutti e senza cera ↓ assenza di spigoli sporgenti ↓ assenza di fili elettrici malposizionati ↓ maniglioni che servono per la deambulazione del paziente LETTI:	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	

<ul style="list-style-type: none"> ✚ elettrici regolabili in altezza (o con sistema a pedale) ✚ possibilità di inserire sponde o semisponde ✚ possibili ausili per il paziente per girarsi 	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	
<p>POLTRONE: reclinabili e allungabili</p>	<p>SI NO</p>	
<p>COMODINO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ presenza di tavolo servitore ✚ piano di appoggio adeguato, regolabile in altezza e girevole ✚ ruote/freni efficienti 	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	
<p>BAGNI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ dimensione minima rispettata con spazi adeguati all'ingresso e alle manovre della carrozzina ✚ apertura della porta verso l'esterno ✚ interruttori accessibili e visibili al buio ✚ illuminazione diurna/notturna adeguata ✚ specchi accessibili a chi è seduto ✚ doccia/vasca con dotazione di ausili ✚ doccia con piano-sedile inclinato antiscivolo ✚ campanelli di chiamata raggiungibili dalla doccia e dai sanitari ✚ water adattabili in altezza (o con ausili inseribili) ✚ alza- water e maniglioni ribaltabili ✚ rubinetti con leve lunghe x facilitare l'apertura e la chiusura ✚ tappetini antiscivolo sicuri (ad. es. con sistema di fissaggio) 	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	

Infermiere Coordinatore Direttore U.O. -----

ALLEGATO N° 3 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE

Sezione a compilazione infermieristica

U.O. -----DATA-----

COGNOME-----NOME-----DATA DI NASCITA-----

DATA RICOVERO-----DATA EVENTO CADUTA-----ORA CADUTA-----

SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PRESENTE ASSENTE

ADOZIONE ACCORGIMENTI PREVENZIONE RISCHIO CADUTA? SI NO

SPECIFICARE-----

PRECEDENTI CADUTE IN ALTRI RICOVERI SI NO I caduta II caduta più cadute

PERSONE PRESENTI ALLA CADUTA

NESSUNO/IL PAZIENTE ERA SOLO ALTRI PAZIENTI PERSONALE SANITARIO

FAMILIARI ALTRI------

IL PAZIENTE E' IN GRADO DI FORNIRE DESCRIZIONE CIRCA LA DINAMICA DELLA CADUTA?

SI NO NON RICORDA CONFUSO

LUOGO DELLA CADUTA

CORRIDOIO BAGNO LETTO STANZA SPAZI ESTERNI SCALE ALTRO -----

PAVIMENTO BAGNATO/SCIVOLOSO S I NO NON SI SA

ILLUMINAZIONE BUONA SCARSA ASSENTE

MODALITA' DELLA CADUTA : CADUTA DA

POSIZIONE ERETTA SEDUTO DALLA CARROZZINA

DALLA SEDIA/POLTRONA DALLA BARELLA ALTRO

DAL LETTO CON SPONDINE SENZA SPONDINE

TIPO DI CALZATURA

CHIUSE APERTE CALZINI PIEDI NUDI

MECCANISMO DELLA CADUTA DINAMICA DELL'EVENTO E/O ATTIVITÀ CHE LA PERSONA STAVA SVOLGENDO

INCIAMPATO | SCIVOLATO | PERDITA DI FORZA/CEDIMENTO | PERDITA DI EQUILIBRIO

| PERDITA DI COSCIENZA |CAPOGIRO / SVENIMENTO |NON RILEVABILE

| CAMMINAVA: |VERSO O DAL BAGNO | IN STANZA | IN CORRIDOIO

| SCENDEVA DAL LETTO | SALIVA SUL LETTO

| SI STAVA ALZANDO O SEDENDO DALLA SEDIA / POLTRONA / CARROZZINA / COMODA

| SI STAVA TRASFERENDO DAL LETTO ALLA SEDIA O VICEVERSA

| STAVA UTILIZZANDO LA TOILETTE

| STAVA EFFETTUANDO L'IGIENE PERSONALE

| SI STAVA VESTENDO O SVESTENDO

| STAVA RAGGIUNGENDO UN OGGETTO

| STAVA RAGGIUNGENDO IL CAMPANELLO DI CHIAMATA

| STAVA DORMENDO E/O CAMBIANDO POSIZIONE A LETTO

| ASPETTAVA IN BARELLA

| NON RILEVABILE ALTRO

Firma infermiere-----

SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA PAZIENTE

Sezione a compilazione medica

Cognome-----nome-----

Data nascita-----

Conseguenze visibili della caduta

Con danno senza danno

Sede del danno-----

Tipo di danno

Escoriazione

Contusione

Ematoma

Ferita

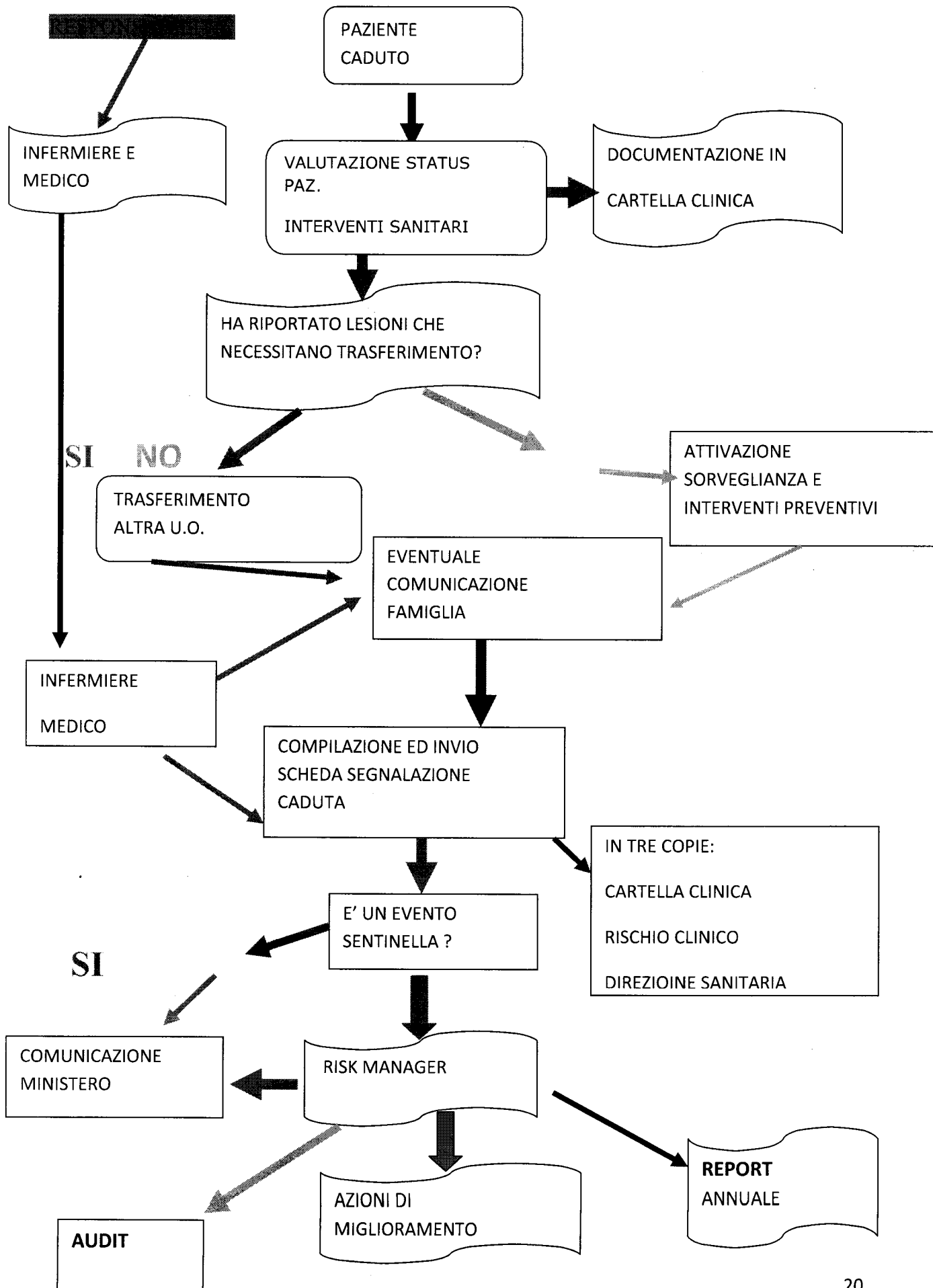
Altro

Note-----

Data----- Firma medico



ALLEGATO N° 4 DIAGRAMMA DI FLUSSO PAZIENTE CADUTO



15

ALLEGATO N° 5 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA VBISITATORE/UTENTE

cognome----- nome-----

nato/a il-----a-----

residente -----

data evento-----ora-----luogo evento-----

Compilazione obbligatoria ai fini dell'accertamento di una eventuale responsabilità aziendale, a cura dell'infortunato

descrizione evento-----

circostanze-----

cause-----

testimone/i presenti (dati anagrafici) -----

data----- - firma dell' infortunato

Firma testimoni

descrizione interventi del medico del pronto soccorso: riportare le notizie anamnestiche relative all'evento, le riferite cause dirette e indirette, informazioni cliniche/diagnostiche/terapeutiche e prognostiche

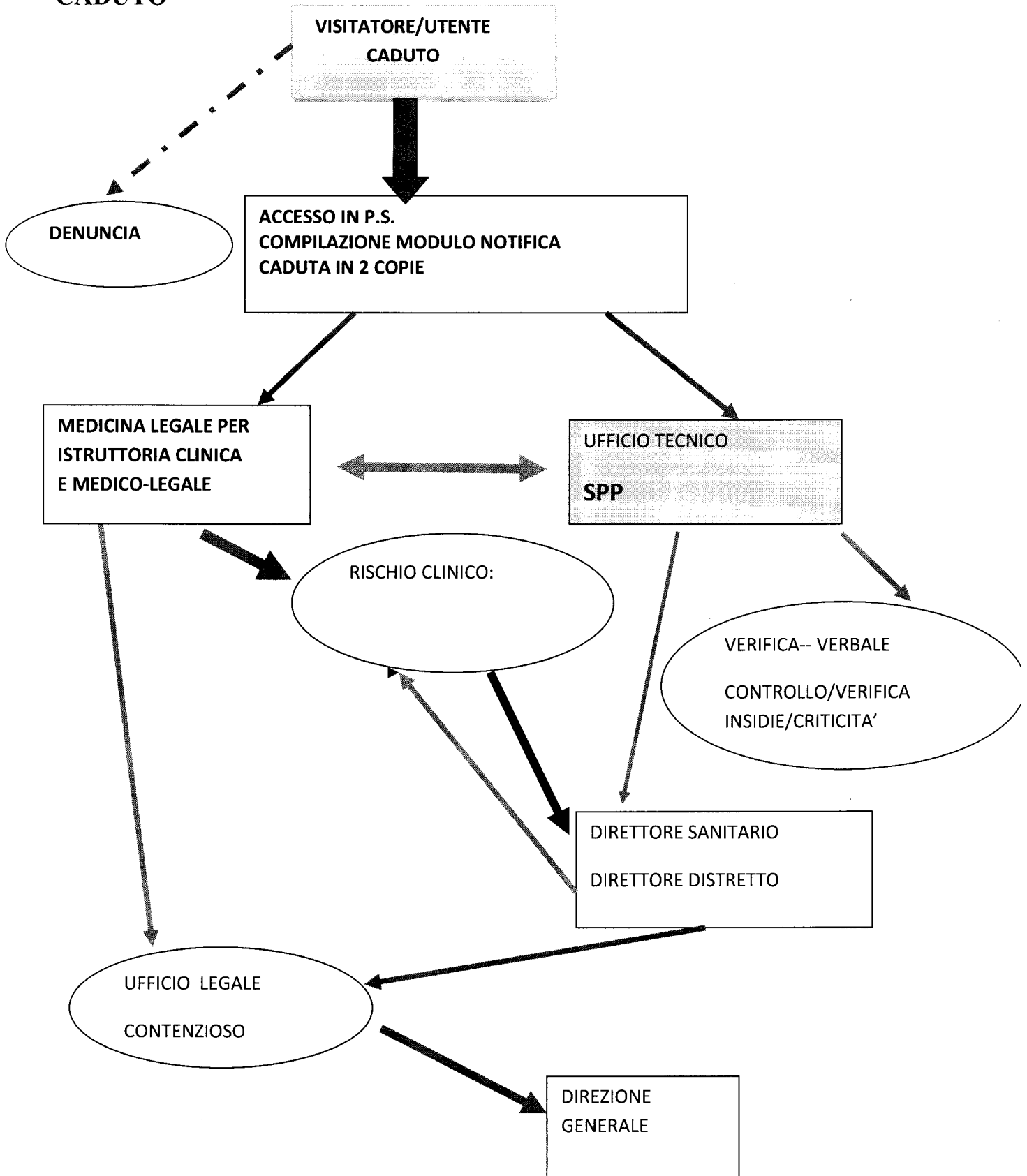
data-----ora----- FIRMA DEL MEDICO DI P.S.

descrizione interventi del medico U.O. o luogo sede dell'evento caduta: informazione circa eventuali cure prestate sul luogo dell'evento, notizie anamnestiche relative all'evento, ogni altro elemento di interesse

Data-----ora medico soccorritore

COPIA DA INVIARE AL RISK MANAGEMENT E AL SPP AZIENDALE PER GLI ULTERIORI RILIEVI ED ACCERTAMENTI DI LEGGE

ALLEGATO N° 6 DIAGRAMMA DI FLUSSO VISITATORE/UTENTE CADUTO



11