
	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	

SOMMARIO

1. PREMESSA.....	1
2. FINALITA'	2
3. DEFINIZIONI E PRINCIPI CORRELATI ALLA SITUAZIONE ASSISTENZIALE DIFFICILE	3
4. PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO DELL'INSORGENZA DI SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	3
5. STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	4
6. PREVENZIONE E GESTIONE DELLE PRINCIPALI SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	5
7. GESTIONE DELLA CARTELLA SOCIO SANITARIA E DELL'ANZIANO E RISPETTO DELLA PRIVACY	8
8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' E RESPONSABILITA' DEL LAVORATORE.....	9
9. MODALITA' DI DISTRIBUZIONE	9
10. ALLEGATI	10



Revisione numero	Data emissione od ultima modifica	Emessa da (Servizio Infermieristico)	Approvata da (Direzione o Delegato)
00	Aprile 2023	RGA <i>Gabriel Moldovan</i>	Responsabile Appalto Vives <i>Michela Carlet</i> Direttore area cure sanitarie e socioassistenziali ASP <i>Patrizia Vicenzotto</i> Responsabile Qualità ASP <i>Gabriella De Luca</i> Direttore Generale ASP <i>Valentina Battiston</i>

1. PREMESSA

La promozione dei diritti e della dignità delle persone sono il fondamento dell'intera organizzazione della struttura, da cui discendono valori, principi e comportamenti che ispirano l'agire professionale di ogni socio nell'ambito dei servizi erogati a favore dell'utenza.

I progetti individuali e la personalizzazione degli interventi sono gli strumenti e le modalità operative adottate, nell'ambito in cui sono riconosciute le peculiarità dei bisogni e le specifiche esigenze delle persone assistite. Tali modalità e strumenti, rappresentano, inoltre, cornice di riferimento e ambito di responsabilizzazione per gli operatori, nelle azioni di tutela della salute, del benessere e della sicurezza delle persone assistite, nelle diverse condizioni di fragilità, che coinvolgono la sfera fisica psichica e sociale.

La presente procedura è destinata al personale del Consorzio Vives e dell'ASP, si applica nella gestione dei processi di presa in carico degli anziani afferenti al servizio residenziale e semiresidenziale dell'ASP Virginia Fabbri Taliento con

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governato Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	

peculiare attenzione alle situazioni assistenziali caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto ed etero lesivi, da mancata adesione al trattamento e dalla volontà di allontanamento della persona assistita. La prevenzione e gestione delle situazioni difficili richiede un approccio multiprofessionale che vede anche il caregiver soggetto attivo e corresponsabile della progettazione multidisciplinare condivisa con l'ASP.

2. FINALITA'

L'adozione della procedura mira a garantire la promozione dei diritti, della dignità e della sicurezza della persona con compromissione delle facoltà cognitive e/o comportamentali, mediante la definizione di condizioni, criteri, strumenti di valutazione e modalità operative omogenee, da adottare dalla fase di accoglimento/presa in carico della persona e per tutto il periodo di permanenza in struttura o in carico ai servizi; ed in condizioni di stretta necessità, l'appropriato utilizzo dei sistemi di tutela e protezione della persona e degli ausili posturali.

La seguente procedura ha lo scopo di:

- Garantire un corretto processo di prevenzione;
- Fornire gli strumenti per la corretta gestione delle situazioni assistenziali difficili;
- Fornire un'evidenza documentale sanitaria ed assistenziale;
- Definire i livelli di responsabilità.

3. DEFINIZIONI E PRINCIPI CORRELATI ALLA SITUAZIONE ASSISTENZIALE DIFFICILE

Situazione assistenziale difficile: consiste in un'ampia casistica di comportamenti disturbati e pericolosi per l'assistito e l'assistente.



Posizione di garanzia: l'attività di presa in carico dell'utente nei servizi residenziali e semiresidenziali pone l'accento sulla salvaguardia della sicurezza dell'assistito, attraverso l'attuazione di idonee misure di prevenzione e tutela dello stesso. Intende anche sottolineare la qualità di 'garanzia' sociale che il professionista fornisce attraverso il suo operato; si tratta di un legame che si stabilisce anche al di fuori di rapporti formali o norme contrattuali, in ragione proprio dell'estremo valore del bene affidato alle sue cure, la salute (Corte di Cassazione, IV sezione penale, sentenza n. 447 del 2 marzo 2000).

Principio di autodeterminazione: si riferisce alla libertà di scelta dell'assistito (di adesione alla terapia, di permanenza ed allontanamento dal luogo di cura), qualora capace di agire con consapevolezza ed in grado di autodeterminarsi, che si correla all'obbligo di salvaguardia della salute del paziente da parte dei professionisti sanitari (posizione di garanzia). Le attività di prevenzione e gestione della situazione difficile sono ispirate alla tutela ed equilibrio di entrambi i principi.

Comportamento Aggressivo: comportamento per lo più disregolato, è una reazione difensiva verso qualcosa da cui il soggetto si sente minacciato. Le cause che possono scatenarla sono: frustrazione, ansia, ridotta comprensione delle situazioni e delle comunicazioni, percezione di pericolo, sensazione di insoddisfazione dei bisogni primari.

Comportamento Autolesivo: correlato alla sintomatologia depressiva, spesso trascurata e non trattata perché si verifica in concomitanza con altri problemi incontrati dagli anziani (WHO, 2017). Il disturbo depressivo è associato infatti a un aumento del rischio di morbilità, aumento del rischio di suicidio, diminuzione del funzionamento fisico, cognitivo e sociale e maggiore negligenza verso sé stessi, tutti indici a loro volta associati ad un aumento della mortalità (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). Il fenomeno suicidario, comportamento autolesivo per eccellenza, è ampiamente riconosciuto come un grave problema di salute pubblica e attualmente è la quindicesima causa di morte più comune al mondo. (Dennis, Thomas, Okolie, & John 2017). La figura infermieristica riveste un ruolo molto importante nel monitoraggio e nella gestione clinica delle persone che sono a rischio di commettere agiti autolesivi.

Allontanamento e fuga: si intende l'irreperibilità del soggetto, senza preventiva comunicazione/autorizzazione, nella struttura residenziale/semiresidenziale in cui è preso in carico ed è assistito. Per il soggetto allontanato ed irreperibile

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	

all'interno del servizio è necessario mettere in atto valutazioni di rischio e ricerche finalizzate al ritrovamento (*Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie*, Direzione C.le Sanità e Politiche Sociali per l'Integrazione Regione Emilia-Romagna 2015). Nello specifico:

- il concetto di allontanamento/fuga sottende l'intenzionalità dell'allontanamento di un anziano in grado di autodeterminarsi (principio di autodeterminazione), ma è spesso correlato ad un deterioramento cognitivo che inficia tale capacità;
- il concetto di scomparsa è correlato alla valutazione delle circostanze in cui il fatto è avvenuto, per la quale si possa determinare pericolo per la vita e l'incolumità della persona e pertanto risulta necessario denunciare il fatto alle autorità competenti.

Contenzione si intende l'atto di natura eccezionale applicabile solo quando tutte le altre misure alternative si siano dimostrate inefficaci, che, attraverso l'utilizzo di dispositivi fisici, farmacologici o ambientali, in qualche modo limita la libertà e la capacità di movimenti volontari o comportamenti della persona assistita allo scopo di controllarla o di impedirle di recare danni a sé o ad altri (*Raccomandazione per il superamento della contenzione* Delibera N. 1904 del 14.10.2016) (All.1).

Rientrano nell'ambito della contenzione le seguenti fattispecie:

1. contenzione meccanica: utilizza presidi e/o mezzi che riducono o impediscono i movimenti, posizionati sulla persona (tavolini applicati alla carrozzina, cinture addominali e pelviche, guanti, pigiama integrale)
2. contenzione farmacologica: corrisponde al ricorso al farmaco in forma inappropriata in quanto realizzata in assenza di prescrizione medica attuale e contestualizzata mediante somministrazione di principi attivi che modificano il comportamento (tranquillanti e sedativi)
3. contenzione ambientale: comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare o impedirne i movimenti.

In caso di ospiti affetti da particolari patologie o condizioni funzionali che determinano alterazioni dell'apparato muscolo-scheletrico, deficit motori e/o di controllo posturale, tali da richiedere interventi specifici volti al supporto posturale, di ausilio allo svolgimento di attività che altrimenti sarebbero impossibili o ad alto rischio di cadute accidentali, i professionisti competenti (Infermieri, fisioterapisti) attivano le procedure necessarie ai fini della proposta di adozione e prescrizione dell'ausilio idoneo da parte del MMG. L'indicazione all'utilizzo di un ausilio è riportata nel Diario Medico, Scheda Mezzi di Protezione Individuale (rivalutazione ogni 3 mesi) e PAI (rivalutazione ogni 6 mesi e al bisogno) presenti e archiviati nella cartella sanitaria nel sistema informatizzato.



L'utilizzo di ausili standard o personalizzati con questa finalità di cui all'Allegato n. 1 del D.M. n. 332 del 27 agosto 1999 e s.m.i. non costituisce ricorso a misure di contenzione e, pertanto, esula dall'ambito di applicazione della *Raccomandazione per il superamento della contenzione* Delibera N. 1904 del 14.10.2016.

4. PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO PER L'INSORGENZA DI UNA SITUAZIONE ASSISTENZIALE DIFFICILE

L'insorgenza di una situazione assistenziale difficile è correlata ad alcuni fattori interni ed esterni, il cui riconoscimento e valutazione facilita la messa in atto di strategie utili alla prevenzione e alla gestione di comportamenti aggressivi, auto/etero lesivi, allontanamenti/fughe evitando il ricorso a misure estreme come la contenzione.

- **fattori interni**: presenza di polipatologie e trattamenti farmacologici, dolore fisico, alterazione del ritmo sonno/veglia, disidratazione, deterioramento cognitivo, deliri/allucinazioni, deficit sensoriali di udito o di vista;
- **fattori relazionali**: comunicazione inefficace ed inadeguata (impazienza, uso di toni percepiti minacciosi, alto livello di stress, contatti frettolosi, relazione negativa o aspettative troppo elevate da parte del caregiver), sentimento di abbandono;
- **fattori ambientali**: stimoli ambientali eccessivi e disturbanti (disordine, rumorosità, temperatura ambientale elevata) o all'opposto ridotta stimolazione ambientale (mancanza di indizi visivi, illuminazione, temperatura ambientale ridotta), ingombri e presenza di oggetti pericolosi.

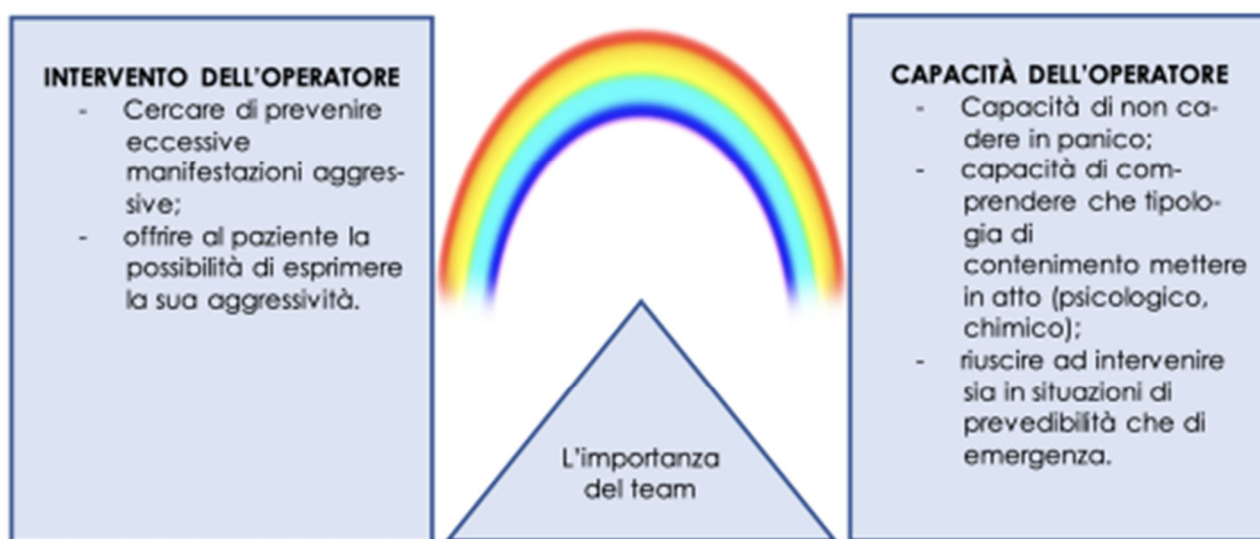
Questi fattori, suddivisi nelle macroaree sopra citate, sono predittivi e vengono intercettati dall'equipe multiprofessionale durante le attività di cura, attraverso l'osservazione e la valutazione professionale nella fase di accoglienza ed inserimento,

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	

registrando ogni elemento di criticità e le azioni immediate nella sezione Diario Multiprofessionale della cartella informatizzata.

Tali osservazioni/valutazioni ed interventi precedono e guidano la valutazione con lo strumento regionale Valgraf e la redazione del PAI, effettuati nel primo mese di permanenza nei servizi residenziali/semiresidenziali, con rivalutazione periodica ogni sei mesi e al bisogno, ad ogni evento significativo o cambiamento della situazione clinica generale. Nel PAI sono definite: le possibili situazioni di disagio e di rischio; le azioni di soddisfazione del bisogno, di riduzione del disagio e correttive del rischio; nelle revisioni si registra l'esito dei correttivi introdotti.

Box 2 - Capacità per l'intervento dell'operatore nell'approccio multidisciplinare dell'aggressività



Fonte: elaborazione degli autori



Van Manen A. S., Aarts S., Metzelthin S. F., Verbeek H., Hamers J. P. H., Zwakhalen S. M. G. (2021), A communication model for nursing staff working in dementia care: Results of a scoping review, in International Journal of Nursing Studies, (113):1-15.

5. STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Per un'accurata valutazione delle principali problematiche comportamentali e cognitive che correlano con gli stati di agitazione e di aggressività sono utilizzate schede di osservazione e protocolli di valutazione standardizzata. Gli strumenti adottati permettono di poter comunicare con un linguaggio comune e trasversale a tutte le figure professionali coinvolte nell'equipe.

In particolare, vengono somministrati alla persona:

- a) **Mini - Mental State Examination (MMSE)** di Folstein et al., 1975. Strumento (All.5) per la valutazione neuropsicologica di screening, per evidenziare i principali deficit cognitivi ed eventualmente un deterioramento cognitivo nei soggetti anziani. Valutazione e relazione (All.4) sono archiviati nella cartella sanitaria nel sistema informatizzato.
- b) **Montreal Cognitive Assessment Battery (MOCA)** di Nasreddine et al., 2006. Strumento (All.6) per la valutazione neuropsicologica alternativo al precedente MMSE, maggiormente sensibile nell'evidenziare deficit cognitivi anche in casi di patologie dementigene in comorbidità con altre (es. Parkinson). Le aree indagate (orientamento spazio/tempo, memoria, attenzione, linguaggio, funzioni esecutive) forniscono un rimando breve sulle capacità della persona di far fronte alle attività di vita quotidiana, percezione del rischio e capacità di giudizio. Valutazione e relazione sono archiviati nella cartella sanitaria nel sistema informatizzato.

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	

- c) **Neuropsychiatric Inventory (NPI)** di Cummings J.L, et al., (1994). La scala (All.7) per la valutazione dei disturbi non cognitivi è la più usata. Tale strumento permette una valutazione della quantità dei disturbi comportamentali associati alle patologie dementigene, nonché una valutazione del livello di gravità e stress emotivo/psicologico arrecato a terzi. La valutazione è archiviata nella cartella sanitaria nel sistema informatizzato.
- d) **Geriatric Depression Scale (GDS)** di Sheikh e Yesavage, (1986). Scala (All.8) di rilevazione della deflessione del tono dell'umore, con rimandi sulla presenza di pensieri autolesivi. La valutazione viene archiviata nella cartella sanitaria nel sistema informatizzato.
- e) **Rilevazione dei disturbi comportamentali.** Opportuna segnalazione sul sistema informatizzato da parte dell'equipe multiprofessionale della presenza di eventuali comportamenti patologici, tramite la compilazione della scheda relativa, specificando le modalità e le tempistiche osservate.

In associazione a tali valutazioni, non può e non deve mancare la **raccolta della storia di vita** della persona, al fine di conoscere elementi chiave che permettono all'equipe multidisciplinare di prevenire il verificarsi di situazioni difficili o, alternativamente, di saperle gestire quando si verificano. Tale momento di condivisione avviene in un tempo precedente l'ingresso in struttura, coinvolgendo i familiari di riferimento, che diventano parte attiva nella gestione della persona con patologie dementigene.



6. PREVENZIONE E GESTIONE DELLE PRINCIPALI SITUAZIONI DIFFICILI

L'equipe multidisciplinare valuta le situazioni di rischio ambientale e della persona assistita e intraprende le relative azioni, finalizzate alla diminuzione del rischio di comportamenti lesivi e di altre turbe del comportamento, da intraprendere per evitare la contenzione (*Raccomandazione per il superamento della contenzione* Delibera N. 1904 del 14.10.2016).

Gli **stati confusionali acuti, l'irrequietezza/agitazione psicomotoria, i comportamenti aggressivi, i deliri** sono situazioni assistenziali difficili rispondenti agli interventi preventivi, ivi descritti, che consentono di evitare il ricorso alla contenzione.

APPROCCIO CLINICO	AZIONI PREVENTIVE E DI GESTIONE della situazione difficile
RESPONSABILE: MMG	Valutazione clinica medica dello stato di salute e della terapia in corso
COLLABORA: Coordinatore-Referente Infermieristico - Infermiere	Approfondimenti con indagini cliniche per la valutazione di condizioni sanitarie che possono influire sul benessere percepito dall'anziano
	Adeguamento della terapia e monitoraggio esiti

APPROCCIO ASSISTENZIALE	AZIONI PREVENTIVE E DI GESTIONE della situazione difficile
RESPONSABILE: Coordinatore	Valutazione dei bisogni fondamentali della persona (alimentazione, idratazione, eliminazione, cure igieniche, dolore, temperatura ambientale) attraverso l'osservazione e la rilevazione delle attività assistenziali (compilazione schede presenti su sistema informatizzato)
COLLABORA: personale assistenziale OSS	Promozione delle ADL attraverso un atteggiamento supportivo e protesico, evitare comportamenti sostitutivi (limitano le autonomie e vengono percepiti come invasivi)
	Azioni preventive adeguamento delle pratiche assistenziali e modalità di soddisfacimento dei bisogni fondamentali (frequenza, durata, momento della

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	



giornata, tipologia attrezzatura/ausili utilizzati, dispositivi personali adeguati calzature/occhiali/protesi)
Adeguamento delle pratiche assistenziali alle necessità dell'ospite - PAI

APPROCCIO AMBIENTALE	AZIONI PREVENTIVE E DI GESTIONE della situazione difficile
RESPONSABILE: Coordinatore	Identificazione e rimozione di fattori ambientali di rischio (illuminazione diurna/notturna, ausili di assistenza, rimozione di ostacoli) con implementazione delle misure evidence based per la prevenzione degli eventi incidentali/cadute
COLLABORA: Infermiere, FKT, OSS, Educatore, Psicologo, servizio igiene ambientale, servizio cortesia	Valutazione trasferimento in ambiente protetto N. Protetto (N. Verde) della struttura residenziale per garantire la maggiore possibilità di movimento autonomo in condizione di sicurezza ambientale e sorveglianza
	Installazione di dispositivi di allarme

APPROCCIO PSICOLOGICO	AZIONI PREVENTIVE E DI GESTIONE della situazione difficile
RESPONSABILE: Coordinatore e Psicologo	Massimizzazione della comunicazione (spiegazione/motivazione degli obiettivi di cura semplificata in base alle caratteristiche dell'interlocutore, ascolto attivo per ridurre sentimenti/preoccupazioni/paure dell'interlocutore, utilizzo interpreti) con l'anziano e il caregiver
COLLABORA: Infermiere, FKT, OSS, Educatore	Informazione e coinvolgimento dell'assistito e del caregiver nei processi decisionali (condivisione del PAI) e di cura (programmazione eventuale attività di cura diretta da parte del caregiver, favorire le visite, fornitura di oggetti personali/foto da parte del caregiver a corredo delle informazioni di vita)
	Interventi: di orientamento spazio-temporale, tecniche di rilassamento, terapia occupazionale, interventi psicosociali e Terapie Non Farmacologiche, approccio empatico, reminiscenza, adeguare le interazioni sociali.
	Formazione e consulenza al personale in merito a strategie di gestione delle attività quotidiane, supporto e supervisione all'equipe
	Supporto, consulenza, Caffè AD per caregiver

L'allontanamento dal servizio e la fuga pur rientrando tra le situazioni difficili descritte dalle precedenti valutazioni e soggette alle azioni citate, necessita di un ulteriore approfondimento in merito all'intenzionalità e consapevolezza del comportamento attuato dall'anziano, oltre ad azioni specifiche preventive.

- Valutazione clinica e psichica della persona (MMG, specialista Psichiatra, specialista Neurologo) e di adesione dell'ospite al trattamento farmacologico (Infermiere)
- Rilevazione di segni e sintomi per la valutazione del rischio di allontanamento registrati su Diario Multiprofessionale informatizzato (Infermiere, Psicologo, Fisioterapista, Educatore, OSS)
- Interventi preventivi per la riduzione del rischio di allontanamento (approccio clinico, assistenziale, ambientale, psicologico) riportati nel PAI
- Organizzazione e orientamento squadra incaricata alla ricerca della persona allontanata (Coordinatore, Infermiere)
- Comunicazione alla Direzione ASP e alle autorità competenti (Coordinatore, Infermiere)
- Comunicazione al familiare e ove possibile convocazione dello stesso (Coordinatore, Infermiere, Psicologo, Assistente Sociale)

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	



- Predisposizione fascicolo sociosanitario per le autorità competenti (Infermiere)
- Al ritrovamento rivalutazione dello stato clinico (MMG)
- Al ritrovamento revisione PAI con la definizione di tutte le azioni correttive

Comportamento auto/etero lesivo

Tra le situazioni di difficile gestione assistenziale a cui applicare gli interventi di prevenzione e gestione sopra citati, rientrano i comportamenti aggressivi autodiretti o eterodiretti, che per loro natura possono essere ricondotti a disturbi dell'umore (disturbi depressivi e disturbo bipolare), all'abuso/dipendenza da sostanze psicoattive (alcol/droghe), disturbi schizofrenici, disturbi di personalità (borderline o antisociale), a disturbi d'ansia (*Il Suicidio oggi: implicazioni sociali e psicopatologiche* E. Giampieri, M. Clerici, 2013).

La prevenzione e gestione del comportamento auto lesivo richiede:

- Valutazione Clinica Medica aggiornamento diagnostico (polipatologie) e farmacologico, valutazione dell'adesione alla terapia
- Valutazione Psicologica, in collaborazione con Infermiere e MMG, differenziare la diagnosi tra comportamento suicidario, in cui un atto intenzionale ed ideato per essere letale causa la morte, e autolesionismo non suicidario, ferirsi deliberatamente senza intento suicidario (Christine Moutier, MD, American Foundation For Suicide Prevention, 2021), per orientare l'intervento; in collaborazione con Infermiere valutazione della eventuale mancata adesione al piano terapeutico
- Valutazione dei principali fattori di rischio e segnali d'allarme per comportamento auto lesivo:
 - gravi condizioni di salute mentale
 - precedenti tentativi di suicidio
 - disturbi della personalità
 - impulsività e aggressività
 - esperienze traumatiche infantili
 - anamnesi familiare di suicidio e/o condizioni psichiatriche
 - uso alcol, droghe d'abuso, abuso di analgesici da prescrizione
 - condizioni di salute gravi e/o croniche
 - tempi di perdita (lutti recenti di familiari o amici)
 - conflitti relazionali
 - stress economici
- Interventi di prevenzione, complementari rispetto quanto sopra riportato:
- Approccio sanitario: MMG definisce il regime farmacologico; Infermiere somministra e monitora l'adesione al regime farmacologico; Infermiere valuta con l'anziano quotidianamente la percezione soggettiva dello stato di salute (salute, sonno, umore, attività della vita quotidiana); MMG richiesta consulenza specialistica e piano terapeutico, ed eventuale accesso programmato in struttura sanitaria
- Approccio Ambientale: ambiente sorvegliato e protetto, rimozione di attrezzature pericolose, installazione di apparecchiatura per la videosorveglianza
- Approccio Assistenziale: OSS collabora alla raccolta di informazioni sulla percezione del benessere da parte dell'anziano durante le attività quotidiane, OSS mantiene un atteggiamento supportivo non sostitutivo, monitora e sorveglia
- Approccio Psicologico: Psicologo, raccolta storia personale e familiare approfondita con l'assistito ed in collaborazione con caregiver, valutazione e monitoraggio funzioni psichiche e componenti psicologiche coinvolte, colloqui clinici, supporto individuale all'assistito e caregiver; Educatori e OSS favoriscono la partecipazione alle attività di socializzazione, attività occupazionali, relazione con la rete familiare ed amicale; potenziamento del coinvolgimento del caregiver nei processi di presa in carico e cura
- Interventi di gestione:
- Soccorso in emergenza: Infermiere intervento di primo soccorso, se necessario ricorso ai servizi di emergenza 112, comunicazione al MMG, comunicazione al caregiver
- Comunicazione ai familiari
- Predisposizione fascicolo sanitario e sociale completo (Procedura Continuità di Cura Assistenziale)

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governato Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	

- Analisi dell'evento e attività di miglioramento delle misure di prevenzione e gestione del rischio

Applicazione di mezzi di tutela e protezione individuale (MTP)

L'ASP Virginia Fabbri Taliento si allinea alla corrente di pensiero che vede come obiettivo prospettato la "contenzione zero". In tale direzione l'applicazione di mezzi di tutela, discussa in equipe e condivisa col familiare, viene considerata come l'estrema soluzione di un percorso che prevede strategie alternative e di prevenzione rispetto l'adozione di un mezzo di protezione e tutela.

Le prescrizioni di mezzi di tutela hanno una scadenza trimestrale (All.3), alla cui data viene rivalutata la permanenza o la sospensione in collaborazione con il medico curante. L'applicazione di MTP si valuta ad ogni incontro multidisciplinare per la stesura del PAI e ad ogni cambiamento delle condizioni cliniche dell'ospite.

Adempimenti in caso di ricorso a mezzi di tutela e protezione individuale (MTP)



- MTP vengono attivati solo in presenza di un pericolo grave ed attuale che la persona assistita compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi; in questo caso il personale sanitario può ricorrere ad azioni ed interventi di difesa e contrasto, limitandoli al tempo strettamente necessario e sospendendoli immediatamente al cessare della situazione di pericolo. L'Infermiere avvisa immediatamente MMG dell'evento e delle misure temporanee adottate (All.4).
- La cartella sanitaria informatizzata della persona assistita viene immediatamente aggiornata dall'Infermiere con la registrazione nel diario della dinamica dell'evento pericoloso e con la compilazione della documentazione cartacea, contenente le motivazioni che hanno giustificato l'intervento contenitivo e le procedure seguite per la sua adozione, posta in visione al MMG.
- Comunicazione al familiare/caregiver dell'ospite, già a conoscenza delle situazioni di rischio ambientale e della persona assistita e delle azioni intraprese, attraverso la condivisione del PAI, viene tempestivamente coinvolto ed esaurientemente informato, in modo chiaro e comprensibile, circa l'avvenuto intervento contenitivo, fornendo tutte le informazioni richieste con particolare riguardo alla motivazione. La tempestiva ed esauriente informazione fornita al familiare/caregiver relativamente all'intervento contenitivo deve essere annotata nella cartella sanitaria assistenziale dello stesso, al fine di assicurare la registrazione del percorso informativo seguito dai professionisti.
- Per l'intera durata di un atto limitativo della libertà e della capacità dei movimenti volontari o comportamenti della persona, il soggetto viene monitorato a vista senza interruzione, da parte di personale sanitario e/o dagli operatori al fine di rivalutazione continuativa per la rimozione del MTP nel minore tempo possibile.
- Nella cartella sanitaria assistenziale devono risultare almeno le seguenti annotazioni, sottoscritte da due operatori presenti in servizio: a) personale sanitario e/o operatori coinvolti; b) motivazione circostanziata; c) tipo, modalità e durata dell'intervento.

7. GESTIONE DELLA CARTELLA SOCIOSANITARIA DELL'ANZIANO E RISPETTO DELLA PRIVACY

La Cartella sociosanitaria dell'anziano è conservata con le seguenti modalità:

- formato cartaceo per quanto attiene la refertazione delle indagini cliniche e visite specialistiche, dopo la presa visione del MMG. Ad esclusivo utilizzo delle professioni sanitarie.
- formato informatizzato per quanto attiene la scheda terapia, scheda anagrafica, monitoraggio di tutte le attività sociosanitarie programmate, valutazione multidimensionale e PAI. Consultabili su sistema informatizzato limitatamente alle specifiche autorizzazioni professionali (credenziali personali con limitazione di consultazione. Es.: OSS accesso, consultazione e registrazione limitate all'area socioassistenziale)

Le cartelle sociosanitarie sono posizionate all'interno degli armadi presenti nell'ambulatorio al piano Terra e suddivise in ordine alfabetico.

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	

L'infermiere è il responsabile della gestione dei dati sensibili di ogni singolo ospite. L'ambulatorio medico del piano Terra, contenente tutta la documentazione ed informazioni personali degli ospiti, deve essere chiuso a chiave ogni qualvolta che è lasciato incustodito. Al momento dell'invio dell'ospite in ospedale/struttura residenziale/domicilio, l'infermiere prepara e consegna la documentazione in busta chiusa.

8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' E RESPONSABILITA' DEI LAVORATORI

FASE	IP	OSS	CG	MMG	FKT	PSICO	COORD	ASS. SOCIALE
Valutazione Clinica Medica	C	I	I	R	I	I	C	I
Revisione Valutazione multidimensionale e PAI	R	R	I	I	R	R	R	C
Predisposizione documentazione sanitaria	R		I	I	R	R	R	I
Attività di prevenzione secondo PAI	R	R	R	R	R	R	R	R
Comunicazione al caregiver	R	I	I	I	I	R	R	R
Gestione della situazione difficile	R	C	C	R	C	C	R	R

Legenda 1: IP = Infermiere; OSS = operatore sociosanitario; CG = Care Giver/Familiare; MMG = Medico Medicina Generale; FKT = Servizio Fisioterapico; PSICO. = Servizio Psicologico; COORD = Coordinatore dei Servizi; ASS. SOCIALE = Assistente Sociale ASP

Legenda 2: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

È fatto obbligo, a qualsiasi destinatario della presente procedura, di attenersi scrupolosamente a quanto indicato, consultando eventualmente il Coordinatore dei Servizi, qualora le indicazioni di sicurezza non possano essere applicate per problemi particolari.



Il lavoratore che non rispetti le procedure di sicurezza può essere oggetto di azione disciplinare.

L'azienda si riserva la facoltà di attuare tutte le misure necessarie al fine di evitare il ripetersi di azioni pericolose da parte dei lavoratori, qualora si verificassero.

9. MODALITÀ' DI DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

La presente procedura viene distribuita a tutto il personale in servizio presso la Residenza per anziani di Terzo livello e presso il Servizio Semiresidenziale, attraverso il sistema informatizzato INSOFT, che garantisce le seguenti attività:

- caricamento di procedure e di allegati (formato PDF)
- accesso individuale tracciato (utilizzo di credenziali personali)
- verifica da parte del Coordinatore dell'effettiva presa visione del documento

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR64/52 PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI	

10. ALLEGATI

- ALL. 1: *Raccomandazione per il superamento della contenzione* Delibera N. 1904 del 14.10.2016
- ALL. 2: *Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie*, Direzione C.le Sanità e Politiche Sociali per l'Integrazione Regione Emilia-Romagna 2015)
- ALL. 3 Scheda MTP
- ALL. 4 Scheda valutazione e applicazione dei sistemi di tutela e protezione temporanea in caso di emergenza
- ALL: 5 Relazione del Servizio Psicologico
- ALL: 6 Mini - Mental State Examination (MMSE)
- ALL: 7 Montreal Cognitive Assessment Battery (MOCA)
- ALL: 8 Neuropsychiatric Inventory (NPI)
- ALL. 9 Geriatric Depression Scale (GDS)
- ALL. 10 Doll Therapy scheda 15 gg

RACCOMANDAZIONE PER IL SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE

1. FINALITA'

La presente raccomandazione ha lo scopo di fornire indicazioni per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi e auto o etero lesivi, da non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita, per il superamento della contenzione e per assicurare comportamenti omogenei e rispettosi delle libertà individuali e della dignità umana nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali della Regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia.

Gli enti del SSR devono, in particolare, attivare iniziative e processi finalizzati al superamento delle pratiche di contenzione in tutte le strutture pubbliche e private convenzionate, garantendo la partecipazione di tutto il personale a percorsi di formazione relativi alle diverse soluzioni organizzative e metodiche alternative alla contenzione.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente raccomandazione è destinata a tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali in cui venga prestata assistenza, sia in ambito acuto che cronico (strutture ospedaliere, di riabilitazione, di lungodegenza, case di riposo, comunità terapeutiche, ecc.) e si rivolge agli operatori coinvolti nelle attività a tutela dei pazienti fruitori di prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali (soggetti deboli quali ospiti fragili, vulnerabili, portatori di disabilità fisica e/o psichica, non autosufficienti e anziani).

3. VALUTAZIONE PRELIMINARE DELLE SITUAZIONI DI RISCHIO AMBIENTALE E DELLA PERSONA ASSISTITA

I professionisti e gli operatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali devono essere in grado di valutare le situazioni di rischio ambientale e della persona assistita e di intraprendere le relative azioni finalizzate alla diminuzione del rischio di comportamenti lesivi e di altre turbe del comportamento.

Le suddette valutazioni delle situazioni di rischio e le relative azioni intraprese sono riportate per iscritto nella cartella sanitaria assistenziale della persona assistita e sottoscritte dai professionisti e dagli operatori sanitari, in quanto la cartella sanitaria assistenziale costituisce uno strumento formativo ed informativo per il personale preposto all'assistenza e deve essere conservata agli atti della struttura ai sensi della normativa vigente.

Di seguito sono riportate le più frequenti situazioni di rischio e le azioni da intraprendere per evitare la contenzione.

SITUAZIONI DI RISCHIO	AZIONI DA INTRAPRENDERE
<p>Agitazione psicomotoria e tentativi di fuga</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Strategie relazionali dell'operatore e attività occupazionali atte a distogliere l'ospite dal fattore scatenante dando significato al tempo delle e per le persone; • Organizzazione di un ambiente confortevole con luci soffuse, privo di rumori di sottofondo (TV, radio ecc.) e oggetti potenzialmente pericolosi con particolare attenzione al benessere della persona ed alla personalizzazione della cura; • Predisposizione di spazi di sicurezza, possibilmente ben illuminati e con poche suppellettili, dove l'ospite possa camminare senza rischi;

	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione di uscite mimetizzate o comunque dotate di sistemi d'allarme e/o codice d'ingresso; • cromoterapia.
Alterazioni del ciclo sonno veglia	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre quanto più possibile i tempi di allettamento nelle ore diurne; • Garantire maggiore tolleranza e flessibilità nella scansione degli orari della messa a letto serale; • Valutare la presenza di possibili cause di insonnia: dolore, tosse, dispnea, fame, sete, necessità di essere cambiati o la presenza di condizioni ambientali sfavorevoli quali rumorosità, materassi non idonei, temperature troppo elevate, illuminazione eccessiva.
Deliri - allucinazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Non criticare né negare la situazione vissuta dalla persona assistita; • Evitare di commentare o banalizzare la situazione della persona assistita; • Assumere un atteggiamento empatico.
Trattamenti sanitari	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo frequente dell'ospite/persona assistita da parte degli operatori; • Verificare la possibilità e chiedere la collaborazione dei familiari durante il trattamento sanitario.

Al fine della corretta valutazione multidisciplinare e multidimensionale della persona assistita, è indispensabile che si condividano in équipe le possibili situazioni di disagio e di rischio e che nella cartella sanitaria assistenziale vengano registrate necessariamente almeno le seguenti informazioni:

- la valutazione multidisciplinare e multidimensionale della persona assistita, sia in fase di accoglienza che in seguito a variazioni cliniche o ambientali;
- l'eventuale attuazione di azioni di soddisfazione del bisogno, di riduzione del disagio e correttive del rischio, tra le quali non rientrano le misure di contenzione;
- l'esito dei correttivi introdotti.

Della valutazione preliminare delle situazioni di rischio ambientale e della persona assistita, delle azioni intraprese e delle strategie di contesto ritenute opportune e/o poste in essere dal personale sanitario sono coinvolti e informati, in modo completo ed esaustivo, il paziente/ospite e i suoi familiari/caregivers. L'informazione adeguata e tempestiva, resa in maniera chiara e comprensibile, rappresenta un momento necessario e importante sia per l'interessato che per i familiari/caregivers dello stesso, i quali possono prestare la loro fattiva collaborazione per l'adozione di idonee strategie di contesto finalizzate all'attenuazione e al superamento delle situazioni di rischio presenti.

A tal fine, i professionisti o gli operatori rilasciano ai familiari/caregivers della persona assistita un documento informativo contenente le valutazioni delle situazioni di rischio ambientale e del paziente/ospite, le azioni intraprese e le strategie di contesto ritenute opportune e/o poste in essere dal personale sanitario. Il suddetto documento informativo deve essere sottoscritto dai familiari/caregivers della persona assistita per presa visione e deve essere conservato all'interno della cartella sanitaria assistenziale del paziente/ospite.

4. STRATEGIE DI CONTESTO

Il personale sanitario deve, inoltre, essere in grado di adottare strategie di contesto ogni qualvolta rilevi condizioni di disagio o di malessere della persona assistita che possano generare situazioni di rischio.

Compagnia continuata

- Fare in modo che la persona assistita non stia da sola: possono stare con lui il personale, familiari, caregivers, volontari, anche e soprattutto durante le ore notturne.

Rivalutare l'effettiva necessità di trattamenti che possono indurre agitazione nel persona assistita/ospite

- Rimozione tempestiva di devices (SNG, catetere vescicale, fleboclisi di mantenimento, ecc.) non indispensabili.

Modifiche ambientali

- Aumentare l'illuminazione (soffusa e non diretta);
- Accogliere l'ospite vicino alle aree di lavoro del personale di assistenza;
- Creare un ambiente tranquillo, senza troppi stimoli uditivi o visivi;
- Rendere accessibili campanello e altro di necessità;
- Utilizzare letti il più possibile bassi o regolabili in altezza;
- Prevedere accessi mimetizzati/facilitati a seconda delle necessità;
- Prevedere percorsi circolari.

Diversivi ed attività

- Fornire alla persona assistita attività significative e di interesse (lettura di giornali, TV, radio, giochi, attività varie);
- Attività occupazionali individuali e/o di gruppo;
- comprendere, mediante ascolto e osservazione approfondita, i bisogni dell'ospite e quindi rassicurarlo, riducendone l'aggressività e/o gli atteggiamenti lesivi verso terzi e/o auto lesivi.

5. CONTENZIONE

La contenzione sotto il profilo sanitario è da considerare un atto non terapeutico: non cura, non previene e non riabilita e può causare lesioni, grave disabilità e morte della persona assistita.

Per contenzione delle persone assistite si intende l'atto di natura eccezionale applicabile solo quando tutte le altre misure alternative si siano dimostrate inefficaci, che, attraverso l'utilizzo di dispositivi fisici, farmacologici o ambientali, in qualche modo limita la libertà e la capacità di movimenti volontari o comportamenti della persona assistita allo scopo di controllarla o di impedirle di recare danni a sé o ad altri.

Rientrano nell'ambito della contenzione le seguenti fattispecie:

1. contenzione meccanica: utilizza presidi e/o mezzi che riducono o impediscono i movimenti, posizionati sulla persona;
2. contenzione farmacologica: corrisponde al ricorso al farmaco in forma inappropriata in quanto realizzata in assenza di prescrizione medica attuale e contestualizzata mediante somministrazione di principi attivi che modificano il comportamento (tranquillanti e sedativi).
3. contenzione ambientale: comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare o impedirne i movimenti.

In caso di pazienti/ospiti affetti da particolari patologie o condizioni funzionali che determinano alterazioni dell'apparato muscolo-scheletrico, deficit motori e/o di controllo posturale, tali da richiedere interventi specifici volti al supporto posturale nonché di ausilio allo svolgimento di attività che altrimenti sarebbero impossibili o ad alto rischio di cadute accidentali, i professionisti del SSR (fisioterapisti, medici specialisti di riferimento per la patologia, MMG) attivano le procedure necessarie ai fini della proposta di adozione e prescrizione dell'ausilio idoneo. L'indicazione all'utilizzo di un ausilio verrà riportata nell'ambito del PAI (Piano assistenziale individuale) o PRI (Piano riabilitativo individuale).

L'utilizzo di ausili standard o personalizzati con questa finalità di cui all'Allegato n. 1 del D.M. n. 332 del 27 agosto 1999 e s.m.i. non costituisce ricorso a misure di contenzione e, pertanto, esula dall'ambito di applicazione della presente raccomandazione¹.

6. ADEMPIMENTI E INFORMAZIONE AI FAMILIARI /CAREGIVER

Solo in presenza di un pericolo grave ed attuale che la persona assistita compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi, il personale sanitario e/o gli operatori presenti in servizio possono ricorrere ad azioni ed interventi di difesa e contrasto, **limitandoli al tempo strettamente necessario** e sospendendoli immediatamente al cessare della situazione di pericolo.

Laddove sussista un pericolo grave ed attuale e il personale addetto all'assistenza si trovi nella condizione di adottare interventi di contenzione fisica in assenza di professionisti sanitari, quest'ultimo è tenuto a informare tempestivamente il personale sanitario (medico dell'interessato e/o infermiere), provvedendo, nel più breve tempo possibile, ad inserire nella cartella sanitaria assistenziale della persona assistita la documentazione contenente le motivazioni che hanno giustificato l'intervento contenitivo e le procedure seguite per la sua adozione.

Anche i familiari/caregivers del paziente/ospite, già a conoscenza delle situazioni di rischio ambientale e della persona assistita e delle azioni intraprese, come previsto al punto n. 3, devono essere tempestivamente coinvolti ed esaustivamente informati, in modo chiaro e comprensibile, circa l'avvenuto intervento contenitivo, fornendo tutte le informazioni richieste con particolare riguardo alla motivazione.

La tempestiva ed esaustiva informazione fornita ai familiari/caregivers del paziente/ospite relativamente all'intervento contenitivo deve essere annotata nella cartella sanitaria assistenziale dello stesso, al fine di assicurare la registrazione del percorso informativo seguito dai professionisti e dagli operatori.

Alla persona assistita che abbia accusato circostanze per le quali gli operatori presenti in servizio abbiano ritenuto irrinunciabile il ricorso alla contenzione fisica deve essere assicurata la riproducibilità tempestiva di quanto

¹ Per completezza si segnala la D.G.R. n. 2190 del 13 dicembre 2012 con cui sono state adottate le "Linee guida regionali per l'assistenza protesica".

eccezionalmente praticato, nel rispetto di quanto previsto dalla presente raccomandazione, anche al fine di implementare le attività di verifica e cambiamento finalizzate all'eliminazione della contenzione.

Per l'intera durata di un atto limitativo della libertà e della capacità dei movimenti volontari o comportamenti della persona dovrà in tutti i casi essere assicurata senza interruzione l'osservazione da parte di personale sanitario e/o operatori finalizzata alla rivalutazione continuativa per l'estinzione del medesimo nel minore tempo possibile.

Nella cartella sanitaria assistenziale devono risultare almeno le seguenti annotazioni, sottoscritte da due operatori presenti in servizio:

- personale sanitario e/o operatori coinvolti;
- motivazione circostanziata;
- tipo, modalità e durata dell'intervento.

7. DANNI CORRELATI ALLA CONTENZIONE

Il personale sanitario e gli operatori addetti all'assistenza della persona devono essere informati e formati sui possibili danni correlati alla contenzione.

In letteratura i danni associati alla contenzione sono sostanzialmente divisi in due gruppi:

1. danni diretti: causati dalla presenza del mezzo di contenzione meccanica (lesività di natura contusiva);
2. danni indiretti: tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione etc.).

Le informazioni relative alla prevalenza di danni, diretti o indiretti, conseguenti all'utilizzo della contenzione sono numerose.

Più studi hanno inoltre dimostrato che la contenzione meccanica può essere causa diretta di morte.

I danni più frequentemente correlati all'utilizzo dei mezzi di contenzione sono:

Traumi meccanici:

- Morte da asfissia (da compressione delle vie aeree, da compressione della gabbia toracica);
- Lesioni di tessuti e strutture vascolo nervose.

Malattie funzionali e organiche

- Decondizionamento psicofisico;
- Incontinenza;
- Lesioni da pressione;
- Infezioni;
- Aumento dell'osteoporosi;
- Diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare;

- Effetti collaterali e reazione avverse ai farmaci.

Sindromi della sfera psicosociale

- Stress;
- Umiliazione;
- Depressione;
- Paura e sconforto;
- Rassegnazione.

8. INDICATORI PER IL MONITORAGGIO PER IL SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE

Gli enti del SSR, nell'ambito dell'attività di vigilanza di propria competenza, sono tenuti a controllare il rispetto delle seguenti evidenze:

- presenza della cartella sanitaria assistenziale contenente tutte le seguenti annotazioni:
 - valutazione iniziale delle situazioni di rischio ambientale e della persona assistita, le eventuali azioni intraprese e le strategie di contesto ritenute opportune e/o poste in essere dal personale sanitario;
 - in caso di ricorso alla contenzione, registrazione sottoscritta da almeno due operatori con le annotazioni indicate al precedente punto 6 e annotazione della tempestiva ed esaustiva informazione fornita ai familiari/caregivers del paziente/ospite .
- presenza di una prescrizione medica nell'ambito del PAI (Piano assistenziale individuale) o del PRI (Piano riabilitativo individuale) per il ricorso a specifici e idonei ausili personalizzati di natura protesica di cui all'Allegato n. 1 del D.M. n. 332 del 27 agosto 1999 e s.m.i.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Artt. 1, 2, 3 e 6 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e art. 35: Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.

- Art. 5, c. 1, lett e) della Convenzione Europea dei diritti dell'uomo (CEDU): Ogni persona ha diritto alla libertà e alla sicurezza. Nessuno può essere privato della libertà, se non nei casi seguenti e nei modi previsti dalla legge: se si tratta della detenzione regolare di una persona suscettibile di propagare una malattia contagiosa, di un alienato, di un alcolizzato, di un tossicomane o di un vagabondo.

- Art. 13, c. 1, della Costituzione Italiana: La libertà personale è inviolabile e art. 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

- Artt. 50, 51, 52, 54, 328, 571, 572, 589, 590, 591, 593, 605 e 610 del Codice Penale.

- Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 10/081/CR07/C7 "Contenzione Fisica in Psichiatria: una strategia possibile di prevenzione";
- Comitato Nazionale per la Bioetica "La contenzione: problemi bioetici" 23 aprile 2015;
- Comitato Nazionale per la Bioetica "Bioetica e diritti degli anziani" 2006;
- Comitato Nazionale per la Bioetica "Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici" 2000;
- Ministero della Salute Raccomandazione n. 13, novembre 2011 "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie".
- Decreto del Ministero della Sanità n. 332 del 27 agosto 1999 e s.m.i.: "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe".

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE



DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI E PER L'INTEGRAZIONE

«Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie»



Luglio 2015

INDICE DEL DOCUMENTO

1. Premessa e Principi Fondamentali.....	3
2. Obiettivi	4
3. Ambito di applicazione	4
4. Definizioni	5
5. Azioni	6
5.2.1. <i>Misure strutturali e tecnologiche</i>	7
5.2.2. <i>Misure organizzative</i>	8
6. Documentazione sanitaria	11
7. Raccordo con la Prefettura per l'applicazione delle linee guida per favorire la ricerca di persone scomparse.....	12
8. Comunicazione, informazione e formazione	12
9. Segnalazione degli eventi e flussi informativi.....	13
10. Bibliografia.....	14

1. Premessa e Principi Fondamentali

L'allontanamento di un paziente preso in carico da una struttura sanitaria senza che il personale ne sia stato messo a conoscenza rappresenta un evento che implica diverse problematiche per il paziente e per l'organizzazione stessa. Per le rilevanti implicazioni che possono derivare da tale accadimento, è opportuno che le organizzazioni sanitarie si dotino di chiare indicazioni e specifiche istruzioni sui provvedimenti da adottare e le relative azioni da attuare.

Nella gestione dell'allontanamento di un paziente sono interessati almeno due principi di grande rilevanza: la libertà di scelta che si lega al *principio di autodeterminazione dell'assistito* e l'obbligo di salvaguardia della salute del paziente da parte dei professionisti sanitari che fa riferimento alla *posizione di garanzia dei sanitari verso l'assistito*.

In riferimento al principio di autodeterminazione dell'assistito, ciascun paziente capace di agire ed in grado di autodeterminarsi può liberamente decidere di allontanarsi dal luogo di degenza. Ciò rappresenta l'espressione del più generale principio di libertà personale, specificamente tutelato da diversi atti, a partire dalla Carta Costituzionale¹.

Gli Operatori sanitari hanno d'altro canto l'obbligo di garantire, nell'ambito delle prestazioni sanitarie da erogarsi, anche un'assistenza ospedaliera adeguata alla salvaguardia della sicurezza del paziente, attraverso l'attuazione di misure idonee di protezione e tutela dello stesso. Ciò in riferimento alla *posizione di garanzia dei sanitari verso l'assistito*, che insiste su tutti gli operatori sanitari². Il termine "posizione di garanzia" intende anche sottolineare la qualità di 'garanzia' sociale che il professionista fornisce attraverso il suo operato; si tratta di un legame che si stabilisce anche al di fuori di rapporti formali o norme contrattuali, in ragione proprio dell'estremo valore del bene affidato alle sue cure, la salute.

Le attività correlate alla gestione dell'allontanamento del paziente saranno quindi ispirate alla tutela di entrambi i principi e a garantire il necessario equilibrio degli stessi, anche attraverso la

¹ Nota 1. Art. 13 della Costituzione: *"La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge"*.

² Corte di Cassazione, IV sezione penale, sentenza n. 447 del 2 marzo 2000

E' da riconoscere che gli operatori sanitari – medici e paramedici – di una struttura sanitaria sono tutti, ex lege, portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure e attenzioni, e, in particolare, sono portatori della posizione di garanzia che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale, come è noto, è contrassegnata dal dovere giuridico, incombente al soggetto, di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità."

Corte di Cassazione, V sezione penale, sentenza n. 9739 dell'11 marzo 2005

"Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori 'ex lege' di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; e l'obbligo di protezione dura per l'intero tempo del turno di lavoro".

predisposizione di una molteplicità di interventi, che rendono conto della complessità della tematica, in diversi ambiti a cui si fa riferimento nei capitoli di questo documento.

2. Obiettivi

- Presentazione di misure (strutturali e organizzative) che consentano la riduzione del rischio e la prevenzione dell'allontanamento del paziente preso in carico dalle strutture sanitarie.
- Esplicitazione di azioni e attività finalizzate alla gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie.
- Definizione di conoscenze e competenze degli operatori sanitari necessarie per gestire l'evento.

3. Ambito di applicazione

DOVE E QUANDO:

In tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, pubbliche e del privato accreditato.

Durante la degenza (ordinaria e di Dh), l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), il Day Service Ambulatoriale, l'erogazione di prestazioni di Pronto Soccorso successivamente all'effettuazione del triage e della presa in carico.

A CHI:

A tutti gli operatori coinvolti in processi correlati alla cura e all'assistenza della persona (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, tecnici sanitari, personale non sanitario).

4. Definizioni

Presa in carico: la presa in carico del paziente è uno dei momenti fondamentali nell'accesso alle cure e nella definizione del progetto di cura. Si tratta di un'attività definita in ogni contesto, coordinata, multiprofessionale e proattiva che si esplicita nella valutazione dei problemi di salute/bisogni del paziente presenti e potenziali, e nell'organizzazione e attuazione di risposte appropriate di cura, assistenza e prevenzione.

Allontanamento: irreperibilità del paziente (senza preventiva comunicazione\autorizzazione) nel luogo di diagnosi\cura presso il quale è stato preso in carico e viene assistito dal personale sanitario.

Paziente allontanato: paziente preso in carico dalla struttura sanitaria che risulta irreperibile e per il quale è necessario, in base a specifiche valutazioni di rischio, attivare le ricerche finalizzate al suo ritrovamento.

Scomparsa: allontanamento che, per le circostanze in cui è avvenuto il fatto, si ritiene possa determinare pericolo per la vita e per l'incolumità personale e che può pertanto essere denunciato alle autorità competenti.

5. Azioni

Affrontare tema dell'allontanamento di paziente in carico delle strutture sanitarie richiede che l'organizzazione sanitaria ponga in essere opportune strategie di prevenzione di tale evento; a tal fine, si ritiene opportuno che le strutture sanitarie mettano in atto interventi che comprendano almeno le azioni di seguito riportate.

5.1. Esplicitazione dell'impegno programmatico della Direzione

Ciascuna struttura sanitaria dovrebbe esplicitare il proprio impegno programmatico sul tema, con la finalità di:

- diffondere una cultura di disponibilità, accoglienza e comunicazione all'interno dell'organizzazione e verso gli utenti;
- promuovere forme di collaborazione con tutti i soggetti interessati nella prevenzione e gestione degli episodi di allontanamento;
- dare rilievo alle scelte strutturali e organizzative effettuate per la prevenzione e gestione degli episodi di allontanamento;
- assegnare le responsabilità e le risorse per la gestione degli interventi di prevenzione e gestione dell'allontanamento;
- sensibilizzare il personale a segnalare prontamente gli episodi allontanamento e a suggerire eventuali ulteriori misure per ridurre o eliminare tale rischio;
- prevedere un percorso aziendale di gestione degli episodi di allontanamento e l'esplicitazione dei soggetti interessati;
- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di allontanamento e garantirne l'opportuna formazione sul tema;
- informare i familiari, congiunti e/o caregiver informali nel caso di persone non autosufficienti, che si prendono cura abitualmente del paziente, sulle misure adottate dalla struttura sanitaria per prevenire il rischio di allontanamento e chiederne la collaborazione ai fini della tutela e sicurezza dei pazienti;
- garantire che gli stessi familiari, congiunti e/o caregiver informali del paziente che si è allontanato siano informati tempestivamente;

- inserire le attività correlate alla prevenzione e gestione dell'allontanamento nel piano-programma aziendale per la gestione del rischio.

5.2. Definizione ed implementazione di misure di prevenzione e controllo

Riguardo alla possibilità di definire e mettere in atto misure di prevenzione e controllo, si presentano di seguito alcune soluzioni di tipo logistico-organizzativo e/o strutturali e tecnologiche, la cui applicazione, anche in relazione alle risorse disponibili, potrebbe contribuire a ridurre o controllare le situazioni di rischio.

5.2.1. Misure strutturali e tecnologiche

- Valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della riduzione dei fattori di rischio connessi ad allontanamento;
- Valutare le necessità di dotarsi e mantenere regolarmente in funzione i sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza (allarmi acustici alle porte di uscita, porte apribili con badge...) nei luoghi e nelle situazioni identificati come potenzialmente a rischio. Assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato;
- Segnalare opportunamente zone di pericolo o di divieto di accesso;
- Valutare la necessità di installare impianti video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio (cavedi, magazzini, sotterranei,...);
- Assicurare che i luoghi di cura siano confortevoli e adeguati all'accoglienza degli utenti;
- Gestire l'accesso e l'uscita dai locali mediante regole e sistemi;
- Assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto;
- Mantenere in buono stato le strutture e le attrezzature (finestre, serrature, ...);
- Garantire adeguate informazioni finalizzate all'applicazione delle misure di sicurezza previste in caso di cantieri, a partire dagli strumenti di segnalazione della presenza del cantiere.

5.2.2. Misure organizzative

Elaborazione di procedure aziendali nell'ambito delle quali possono essere esplicitati e sviluppati i seguenti item:

- Individuazione di fattori di rischio correlati al tema dell'allontanamento di paziente;
- definizione dei provvedimenti da adottare e delle azioni differenziate da attuare a seconda delle specifiche evenienze;
- precisazione degli elementi informativi e delle indicazioni utili per l'identificazione del paziente;
- definizione delle fasi operative (evidenza di allontanamento e preallarme, allarme di scomparsa, gestione dell'intervento di ricerca che preveda una progressione temporale del coinvolgimento dei soggetti dedicati alle operazioni di ricerca, sospensione e chiusura delle ricerche) e delle relative azioni correlate a ciascuna fase;
- individuazione di tutti i soggetti interessati e precisazione delle relative responsabilità (nella custodia ed assistenza del paziente, nella gestione delle fasi operative, nel coordinamento delle ricerche, nella comunicazione interna ed esterna ecc.);
- definizione delle risorse che dovranno essere coinvolte ed impiegate nelle diverse fasi;
- debito informativo ed utilizzo della documentazione sanitaria;
- raccordo con le procedure aziendali sulla gestione degli eventi sentinella o eventi critici maggiori;
- individuazione dei soggetti abilitati alla denuncia di persona scomparse e a darne comunicazione alle autorità interessate;
- raccordo con la Prefettura per l'applicazione delle linee guida per favorire la ricerca di persone scomparse.

5.3. Allontanamento e Rischio

Un approccio proattivo al tema richiede che l'équipe clinico assistenziale non trascuri la ricerca di elementi predittivi di un eventuale decisione del paziente di allontanarsi dalla struttura.

Tali elementi predittivi di un eventuale allontanamento possono essere, solo a titolo di esempio, i seguenti:

- intenzione verbalizzata di allontanarsi
- pregressi episodi di allontanamento conosciuti
- paziente con wandering
- palese disaccordo per quanto riguarda il piano diagnostico terapeutico assistenziale
- pazienti affetti da gravi patologie che hanno ricevuto comunicazione di prognosi infausta
- pazienti sottoposti a Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)
- paziente con restrizione della libertà personale

Il personale della struttura che ha preso in carico il paziente potrà tenere conto di tali o altri elementi al fine della eventuale valutazione delle azioni strutturali e tecnologiche e/o organizzative da attuare per la prevenzione dell'allontanamento. Tale valutazione risulta ad esempio necessaria al fine di una corretta programmazione della sorveglianza infermieristica i cui elementi qualificanti sono rappresentati da osservazione e accertamento continui.

Successivamente all'evidenza di allontanamento di un paziente occorre effettuare una valutazione di rischio sulla probabilità che l'allontanamento dalla struttura possa determinare una situazione di compromissione della sicurezza e dell'incolumità del paziente e/o di pericolo per la salute pubblica.

Elementi che possono essere presi in considerazione per la valutazione del profilo di rischio e che sono legati alle **condizioni cliniche** del paziente sono ad esempio:

- alterazioni della sfera cognitiva e/o dello stato di coscienza (deficit della memoria, dell'attenzione, dell'orientamento temporo-spaziale, del pensiero, della percezione e della comprensione, del ciclo sonno-veglia, ecc)
- disturbi patologici dell'umore (depressione, disturbo maniacale, ecc), disturbi d'ansia e comunque tutti i disturbi psichiatrici che influenzano il comportamento
- pazienti che hanno tentato il suicidio o con valutazione positiva per intento suicidario
- pazienti sottoposti a terapie farmacologiche che hanno effetti sul sistema nervoso centrale (ad esempio: sedativi, ipnoinducenti, narcotici, ecc)
- pazienti che presentano patologie e quadri clinici in grado di determinare un'alterazione

dello stato mentale (disturbi endocrino-metabolici, patologie organiche cerebrali, gravi patologie del sistema cardio-respiratorio, alterazioni idro-elettrolitiche, febbre, ecc.)

- pazienti con malattie infettive contagiose (ad esempio, TBC polmonare bacillifera)

Rispetto alla valutazione del rischio andrebbero inoltre considerate le **situazioni ambientali**, quali ad esempio:

- le condizioni climatiche esterne;
- il tipo di abbigliamento indossato dal paziente al momento dell'allontanamento (se noto o desumibile dagli indumenti mancanti).

Altri elementi che bisognerebbe tenere in considerazione rispetto alla valutazione multifattoriale del rischio del paziente che si è allontanato sono correlate alle **caratteristiche giuridico-sociali** (ad esempio, paziente senza fissa dimora, minorenni, ecc.)

5.4. Elementi informativi e indicazioni utili per l'identificazione del paziente

Al fine della gestione dell'allontanamento e per l'eventuale effettuazione di una denuncia di scomparsa, risulta utile disporre almeno dei seguenti dati:

- generalità (cognome, nome, età, sesso, nazionalità)
- descrizione della persona che si è allontanata, con precisazione ove possibile dell'abbigliamento al momento dell'allontanamento
- stato di salute e condizioni particolari di disabilità
- informazioni indicative relative al tempo e al luogo dell'allontanamento
- elementi potenzialmente indicativi di allontanamento con altre persone
- fotocopia del documento d'identità del paziente allontanatosi dall'UO, ove disponibile

5.5 Definizione e attuazione delle fasi operative

La gestione dell'allontanamento dovrebbe essere definita nelle procedure aziendali seguendo una progressione che prevede le seguenti fasi: evidenza di allontanamento, preallarme, allarme, ricerca, sospensione e chiusura delle ricerche (solo a titolo esemplificativo tali fasi sono state rappresentate nell'allegata flow chart). La durata indicativa di ciascuna fase dovrebbe essere esplicitata. Dovrebbero altresì essere definite le risorse coinvolte ed impiegate nelle diverse fasi operative.

Per ciascuna fase dovrebbero essere inoltre individuati tutti i soggetti coinvolti e precisate le relative responsabilità, compresa quella di coordinamento delle ricerche e della comunicazione interna ed esterna (familiari, autorità di polizia, magistratura, mass media, ecc.)

In considerazione di quanto definito dalla legge 14 novembre 2012 n°203 *“Disposizioni per la ricerca di persone scomparse”* la quale prevede che *“chiunque venga a conoscenza dell’allontanamento di una persona dalla propria abitazione o dal luogo di temporanea dimora e, per le circostanze in cui è avvenuto il fatto, ritiene che dalla scomparsa possa derivare un pericolo per la vita o per l’incolumità personale della stessa, può denunciare il fatto alle forze di polizia o alla polizia locale”*, dovrebbero essere individuati i soggetti abilitati a tale denuncia e a darne comunicazione alle autorità competenti.

Particolare attenzione dovrebbe essere riservata alla definizione della eventuale sospensione o chiusura delle ricerche, con esplicitazione delle modalità con cui queste avvengono, dei soggetti che ne sono responsabili e di coloro che ne vengono informati.

6. Documentazione sanitaria

L’attenzione al puntuale utilizzo della documentazione sanitaria, anche su questa tematica come per altri ambiti, risulta essere un elemento di rilievo.

In caso di allontanamento, oltre all’attivazione delle idonee misure di ricerca del paziente, il personale sanitario dovrà assicurare una corretta registrazione degli eventi nella documentazione sanitaria, annotando almeno le seguenti informazioni:

- l’orario di rilevazione dell’assenza e la fonte dell’informazione
- l’ultimo orario in cui il paziente risultava presente
- la valutazione del rischio
- le persone che eventualmente accudivano il paziente
- le azioni intraprese e le notizie utili nel frattempo raccolte specificando le fonti informative.

Qualora il paziente venga rintracciato, oltre ad informare tutti i servizi e le figure precedentemente attivate per far cessare le ricerche, il personale sanitario dovrà riportare nella documentazione di competenza almeno le seguenti informazioni:

- ora, luogo e modalità del ritrovamento
- stato di salute al rientro
- eventuali motivi che hanno indotto il paziente ad allontanarsi, se noti

- eventuali indagini diagnostico/terapeutiche ulteriori intraprese a seguito dell'allontanamento con le relative motivazioni.

In caso di allontanamento di paziente valutato "non a rischio", il personale sanitario oltre ad attivare le opportune ricerche e tentare il contatto telefonico con il paziente e/o i suoi familiari, dovrà registrare nella documentazione sanitaria i fatti, i provvedimenti adottati e le azioni eseguite con i rispettivi risultati.

Qualora l'assenza del paziente dal luogo di cura si prolunghi e le azioni volte al suo ritrovamento nel frattempo condotte abbiano dato esito negativo, il paziente, entro 24 ore dalla scomparsa, verrà considerato amministrativamente dimesso, annotandolo nella documentazione sanitaria e, in caso di dimissione da struttura ospedaliera, nella SDO con specifica causale (episodio di allontanamento).

7. Raccordo con la Prefettura per l'applicazione delle linee guida per favorire la ricerca di persone scomparse

Tenendo conto delle linee guida per favorire la ricerca di persone scomparse promulgate dal Ministero dell'Interno e alla relativa pianificazione territoriale finalizzata alla definizione dell'assetto organizzativo, dei ruoli operativi e delle attività connesse alle azioni di ricerca, si raccomanda il necessario raccordo con le Prefetture.

Nelle procedure aziendali dovrebbero essere riportati gli elementi utili per la gestione della scomparsa contenuti nei relativi accordi tra Prefettura e Azienda Sanitaria.

8. Comunicazione, informazione e formazione

La centralità del paziente nel percorso di cura, a partire dalla presa in carico, si concretizza nell'instaurare un'efficace relazione tra equipe sanitaria e paziente (estensivamente alla sua famiglia e alle persone di riferimento attraverso uno scambio bidirezionale di informazioni), nel coinvolgimento\supporto nelle scelte\decisioni di cura e assistenza. Tale approccio, che tiene conto dei valori e delle preferenze espresse dal paziente e attiva le sue potenzialità e le sue competenze, contribuisce alla instaurazione di un clima di disponibilità e accoglienza e può essere funzionale alla permanenza nel contesto di cura.

Al momento della presa in carico del paziente nell'ambito della struttura sanitaria coinvolta, oltre alle informazioni di natura clinico assistenziale, il personale dovrebbe provvedere ad informare il

paziente che, nel caso si volesse allontanare, anche temporaneamente, è tenuto a comunicarlo agli operatori di riferimento. Al paziente devono essere fornite tutte le indicazioni utili a facilitare tale comunicazione. Il riferimento al tema dell'allontanamento può ad esempio essere previsto nel materiale informativo di unità operativa.

Mantenendo la necessaria tutela dei dati personali, per il cui trattamento si ottiene il consenso, al fine di perseguire una finalità di tutela della salute, dell'incolumità fisica e della salvaguardia della vita dell'interessato, è opportuno acquisire elementi che, nell'eventualità dell'allontanamento, facilitino le ricerche e la comunicazione con il paziente e con i familiari, congiunti e/o caregiver informali o referenti delle strutture sociosanitarie che assistono abitualmente la persona, nel primario interesse del soggetto allontanatosi. Va considerata in tal senso l'acquisizione, al momento dell'ammissione, dei recapiti telefonici da utilizzare in caso di informazioni urgenti da comunicare al paziente o ai familiari interessati e/o alle persone di riferimento giuridicamente legittimate. Tali dati devono essere riportati nella documentazione sanitaria del paziente.

Per tutte le persone ricoverate che presentano un quadro clinico (diagnosticato o supposto sulla base dei sintomi e dell'anamnesi ed eventualmente validato da esami diagnostici), che evidenzia una forma di deterioramento cognitivo o altra condizione di fragilità tale da interferire con l'autonomia stessa della persona, è opportuno favorire la presenza di un familiare e/o caregiver per tutta la durata della permanenza del paziente stesso nella struttura interessata o per il periodo ritenuto necessario.

Dovrebbe essere prevista una formazione rivolta al personale riguardo alla prevenzione e alla gestione degli episodi di allontanamento. Tutto il personale deve inoltre essere messo a conoscenza delle procedure da seguire nel caso si verifichi un episodio di allontanamento.

9. Segnalazione degli eventi e flussi informativi

Nelle organizzazioni sanitarie dovrebbe essere assicurata la diffusione e l'utilizzo di strumenti di segnalazione degli episodi di allontanamento. Dovrebbe essere comunque assicurato il raccordo con le procedure aziendali sulla segnalazione degli eventi sentinella.

È opportuno effettuare un monitoraggio periodico del fenomeno utilizzando i dati provenienti dai sistemi di segnalazione utilizzati e le informazioni che si ottengono dalla specifica codifica 'episodio di allontanamento' del campo modalità di dimissione della SDO.

Dalla registrazione e monitoraggio degli eventi, e dall'analisi degli stessi è possibile individuare le relative azioni di miglioramento.

10. Bibliografia

- L'allontanamento del paziente dal luogo di cura: tra obblighi di sorveglianza e libera scelta. Barbieri G., Palma E.; *L'infermiere* 2011;55(1):57–59.
- Wandering, Elopements, and Missing Patients; *Elopement*, Inside the Joint Commission Online May 25, 2009; 15:4-8.
- Elopement, AHRQ Web M&M Case, Gerardi D; Dec. 2007.
- Evidence-Based Guideline: Wandering, National Guideline Clearinghouse.
- Policy for Assessment and Care Management of Patients who are at risk of Wandering in the Acute Care Setting. Spencer E., University Hospitals of Leicester. Aug. 2008
- Missing Patient Standard Operating Procedure, clinical standard operating procedure (SOP), NHS National Health Service, Halton & St Helens; Jan 2011.
- Policy and procedure for the identification and management of Missing Patients. NHS National Health Service, RUH Royal United Hospital Bath; Ref. N° 7009, Nov. 2010.
- Missing patient (in patient) policy, procedures and check list, NHS National Health Service, Ashford & St. Peter's Hospital, Rev. n° 3, Feb. 2008.
- Absconding Adult Patients – HKHS Procedure, Northern Sydney local health district, July 2012.
- Missing Patients Policy, Procedure & Guidelines, NHS National Health Service, Sheffield Health & Social Care; Ver. n° 3, Oct 2008.
- Procedure for Patients Missing from Hospital or Other Healthcare Settings, NHS National Health Service, North East London; Ver. n° 2, Aug. 2011.
- Management of wandering and missing patients, Department of Veterans Affairs; Dec 2010.
- Hospital security and patient elopement: protecting patients and your healthcare facility, T.A. Smith - University of North Carolina Hospitals, Chapel Hill, USA - *J Healthc Prot Manage.* 2012;28(1):7-20.
- Linee guida per favorire la ricerca di persone scomparse – Ministero dell'Interno – 2010
- Legge 14 novembre 2012, n. 203 – Disposizioni per la ricerca delle persone scomparse

Si ringraziano i professionisti, componenti del gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dal Servizio Assistenza Ospedaliera della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione - RER, che hanno prodotto le linee di indirizzo. Hanno partecipato ai lavori e hanno fornito un contributo alla stesura del documento:

Pierluigi Bartoli	Azienda USL della Romagna
Annita Caminati	Azienda USL della Romagna
Antonella Carafelli	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione
Dorella Costi	Azienda USL di Reggio Emilia
Donata Dal Monte	AUSL della Romagna
Ilaria De Santis	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione
Antonella Dovani	Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma
Giulia Falasca	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione
Salvatore Ferro	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione
Fabrizia Fregni	Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena
Vania Maselli	Azienda USL di Modena
Ottavio Nicastro	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione
Teresa Palladino	Azienda USL di Bologna
Cristiano Pelati	Azienda USL di Ferrara
Maddalena Santangelo	Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena
Francesco Vercilli	Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Il presente documento va citato come:

LINEE DI INDIRIZZO SU PREVENZIONE E GESTIONE DELL'ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE PRESO IN CARICO DA STRUTTURE SANITARIE - Regione Emilia-Romagna, Luglio 2015.

Per eventuali contatti: onicastro@regione.emilia-romagna.it

PRESCRIZIONE DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA PERSONALE

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ preso atto dei problemi

attuali dell'ospite: _____
valutato con la scheda Conley = _____ e la scheda Tinetti = _____ prescrive l'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

- Spondine bilaterali
- Cintura imbottita per carrozzina/sedia
- Tavolino per carrozzina
- Cuneo divaricatore
- Fascia pelvica per carrozzina
- Corpetto con bretelle e cinture
- Guanti di protezione
- Tuta pigiama con cerniera posteriore
- Altro _ _ _ _ _

dal _____ al _____,

con il seguente orario di utilizzo:

- Durante il riposo a letto
- Durante l'alzata in carrozzina
- Altro _ _ _ _ _

Motivazione della prescrizione:

- Prevenire i traumi da cadute accidentali
- Fornire un supporto come ausilio per mantenere una corretta postura
- Protezione dei devices sanitari (catetere venoso, catetere vescicale, SNG, PEG, ecc.)
- Su richiesta dell'ospite o del familiare/rappresentante/amministratore di sostegno.

Misure alternative messe in atto: _____

L'utilizzo di tale/i mezzo/i verrà riportato nel PAI, registrato sul sistema informatico SIRA e rivisto ogni 3 mesi e al bisogno.

Il personale socio-sanitario sarà tenuto alla verifica della tolleranza, al controllo, al monitoraggio e alla segnalazione di eventuali effetti collaterali.

Il/i parente/i di riferimento o rappresentante legale verrà informato della decisione, e invitato ad esprimere il consenso in forma scritta sull'apposito modulo.

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____



**SCHEDA VALUTAZIONE E
APPLICAZIONE DEI SISTEMI DI
TUTELA E PROTEZIONE TEMPORANEA
IN CASO DI EMERGENZA**



SERVIZIO: ASP Cordenonese "VIRGINIA FABBRI TALIENTO"

Nome e Cognome Ospite :

Data di nascita:

VALUTAZIONE CLINICO – ASSISTENZIALE

Sintomi/diagnosi medica:

Osservazioni infermieristiche (valutazioni comportamentali):

CONLEY:

Data :

Firma:

Osservazioni fisioterapiche (valutazione rischio cadute, necessità posturali e capacità motorie)

TINETTI:

Data :

Firma:

MISURE ALTERNATIVE MESSE IN ATTO	si	non attuabile	non efficace
Alternative psico - sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività occupazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro			_____

Motivi della prescrizione

Richiesta esplicita della persona assistita/tutore _____
Data _____ Firma _____

Persona che necessita di supporto posturale e/o ausilio allo svolgimento di attività che altrimenti sarebbero impossibili o ad alto rischio di cadute accidentali (Allegato 1 del D.M. n. 332 1999 e s.m.i.)

Persona che ha accusato circostanze (pericolo di recare danno a sé o ad altri) per le quali si sia ritenuto irrinunciabile il ricorso alla contenzione meccanica e si renda necessaria la riproducibilità tempestiva di quanto eccezionalmente praticato

Altro _____

Dichiaro di essere stato informato dei motivi e dei rischi dell'applicazione dei sistemi di tutela e protezione.

Data _____ Firma persona assistita/familiare/ADS (specificare) _____



**SCHEDA VALUTAZIONE E
APPLICAZIONE DEI SISTEMI DI
TUTELA E PROTEZIONE TEMPORANEA
IN CASO DI EMERGENZA**



INFERMIERE:

la contenzione deve essere limitata nel tempo. La prescrizione deve indicare il termine dell'intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità. La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive a meno che non lo richieda la condizione del soggetto.

Controlla ogni 3 ore che la contenzione non arrechi danni all'ospite (abrasioni, edemi agli arti, ematomi) e che provochi il minor disagio possibile

Registra puntualmente le osservazioni sul diario infermieristico

OPERATORE SOCIO SANITARIO

Controlla frequentemente l'ospite, e comunica le osservazioni all'infermiere

Data	Mezzo di protezione	Durata (fascia oraria)	Firma infermiere	Firma OSS

Data:

Per presa visione MMG



VALUTAZIONE COGNITIVA

OSPITE: COGNOME NOME

DATA DI NASCITA: _____ (__ anni)

DATA DELLA PROVA: _____

STRUMENTO: Montreal Cognitive Assessment Battery (MoCA, di Nasreddine Z., 2006)

PUNTEGGIO DELLA PROVA: __/30 corretto per età e scolarità – PRESENTE/NON PRESENTE DECADIMENTO COGNITIVO [INDICARE IL GRADO DI COMPROMISSIONE: LIEVE-MODERATO-GRAVE]

	<i>Punteggi:</i>
Orientamento Tempo-Spazio	__/6
Capacità visuospatiali/esecutive	__/5
Capacità linguistiche:	
Denominazione	__/3
Ripetizione	__/2
Fluenza verbale	__/1
Capacità di memoria a lungo termine	__/5
Capacità attentive	__/6
Capacità di astrazione	__/2
TOTALE	__/30
TOTALE CORRETTO PER ETÀ E SCOLARITÀ	__/30

OSSERVAZIONI:

Firma

Nome e Cognome Paziente..... Cartella n°

ORIENTAMENTO (1 punto per ogni risposta esatta)			
In che anno siamo?			
In che stagione siamo?			
In che mese siamo?			
In che giorno del mese siamo?			
In che giorno della settimana siamo?			
In quale stato siamo?			
In quale regione siamo?			
In quale città (o paese) siamo?			
Dove si trova adesso (casa, stanza della casa,..)?			
In quale piano ci troviamo?			
MEMORIA (1 punto per ogni parola ripetuta correttamente)			
<p>Far ripetere: casa, pane, gatto, al ritmo di uno al secondo.</p> <p>Successivamente se non li ricorda tutti, ripeterli fino alla memorizzazione (max 6 volte).</p>	Casa		
	Pane		
	Gatto		
ATTENZIONE E CALCOLO			
<p>Far eseguire entrambe le prove conteggiando solo la prova che ha dato il punteggio migliore</p>	<p>Far sottrarre 7 da 100 per cinque volte consecutive assegnando 1 punto per ogni sottrazione corretta (fermarsi a 65)</p>	100 – 7	
		93 – 7	
		86 – 7	
		79 – 7	
		72 – 7	
	<p>Far ripetere la parola CARNE al contrario (assegnare 1 punto per ogni lettera correttamente posizionata)</p>	ENRAC	
RICORDO			
<p>Chiedere al soggetto in esame se si ricorda i tre nomi memorizzati in precedenza, ed assegnare 1 punto per ogni nome ricordato.</p>	Casa		
	Pane		
	Gatto		

òòò

LINGUAGGIO	
Indicate al soggetto un orologio e chiedetegli di dirne il nome (1 punto se lo riconosce)	

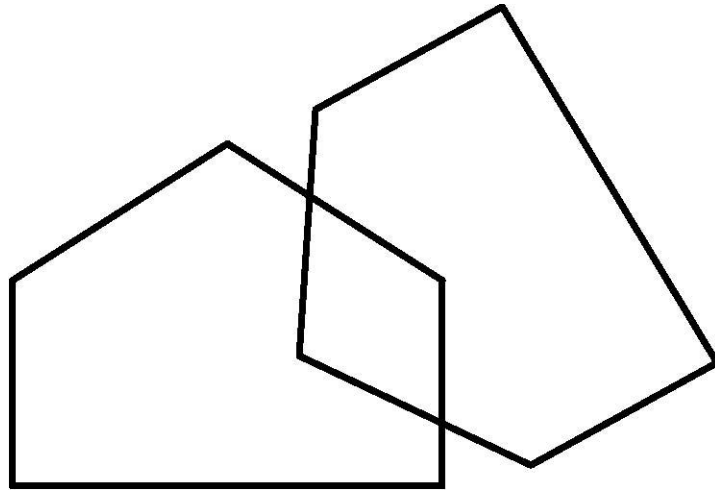
Indicate al soggetto una matita e chiedetegli di dirne il nome (1 punto se la riconosce)	
Far ripetere: "non c'è né sé né ma che tenga" (1 punto se la ripete correttamente)	
Date al soggetto il seguente comando: "Prendi un foglio con la mano destra, piegalo a met` e mettilo sul tavolo" (3 punti se le operazioni vengono eseguite correttamente)	
Presentate al soggetto il foglio con la frase "Chiudi gli occhi". Invitare il soggetto ad eseguire il comando indicato (1 punto se il soggetto chiude gli occhi)	
Chiedere al soggetto di scrivere una frase con soggetto e verbo (1 punto se la scrive)	
ABILITA' PRASSICO - COSTRUTTIVA	
Presentare al soggetto il disegno, chiedendogli di ricopiarlo a sua volta (1 punto se sono presenti tutti gli angoli dei poligoni e la loro sovrapposizione)	

Coefficienti di aggiustamento del MMSE per classi di età e educazione nella popolazione italiana da sommare o sottrarre al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato (Magni et a., 1996)	Livello di educazione	Intervallo di età				
		65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
	0-4 anni	+0.4	+0.7	+1.0	+1.5	+2.2
	5-7 anni	-1.1	-0.7	-0.3	+0.4	+1.4
	8-12 anni	-2.0	-1.6	-1.0	-0.3	+0.8
	13-17 anni	-2.8	-2.3	-1.7	-0.9	+0.3

PUNTEGGIO COMPLESSIVO _____/30

PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO _____/30

Data..... Firma dell'operatore



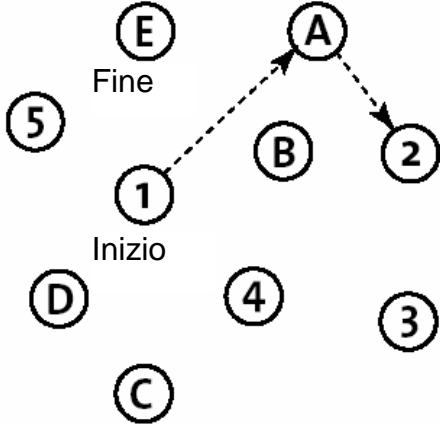
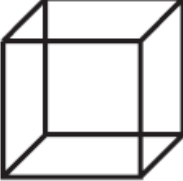
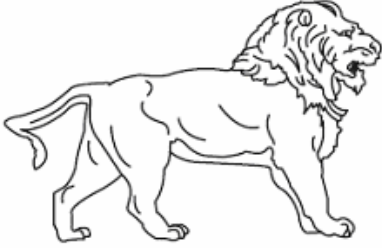
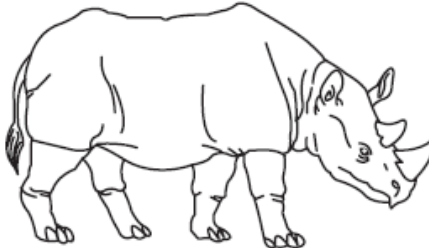
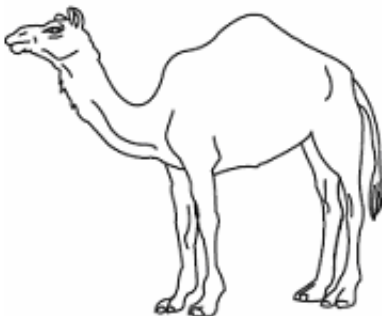
CHIUDA

GLI

OCCHI

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
- ITALIA -

NOME: _____
Scolarità: _____ Data di nascita: _____
Sesso: _____ DATA: _____

VISUOSPAZIALE / ESECUTIVO		 		Copi Il cubo	Disegni un orologio (undici e dieci) (3 punti)			PUNTI				
[]		[]		[]	[]	[]	___/5					
DENOMINAZIONE		  					___/3					
MEMORIA	Leggere la lista di parole: il soggetto deve ripeterle. Fare le prime 2 prove di seguito e il "Richiamo" dopo 5 min.		Faccia	Velluto	Chiesa	Margherita	Rosso	0				
		1° prova						punti				
		2° prova										
ATTENZIONE	Leggere la serie di cifre (una cifra / sec.)	Il soggetto deve ripeterle		[]	2 1 8 5 4			___/2				
		Il soggetto deve ripeterle in ordine inverso		[]	7 4 2							
	Leggere la serie di lettere. Il soggetto deve dare un colpetto con la mano sul tavolo ad ogni lettera "A". 0 punti se ≥ 2 errori			[]	F B A C M N A A G H L B A F A H D E A A G A M O F A A B			___/1				
	Sottrazione di 7 partendo da 100 per 5 volte	[]	93	[]	86	[]	79	[]	72	[]	65	___/3
		4 o 5 sottrazioni corrette: 3 pt, 2 o 3 corrette: 2 pt, 1 corretta: 1 pt, 0 corrette: 0 pt										
LINGUAGGIO	Ripeta: So solo che oggi dobbiamo aiutare Giovanni. Il gatto si nascondeva sempre sotto il divano quando c'erano cani nella stanza.			[]				___/2				
				[]								
Fluenza	In 1 minuto, nomini il maggior numero possibile di parole che iniziano con la lettera "F".			[]	___(N ≥ 11 parole)			___/1				
ASTRAZIONE	Similitudini tra per es. banana / arancio = frutti;			[]	treno / bicicletta	[]	orologio / righello	___/2				
RICHIAMO DIFFERITO	Deve ricordarsi le parole SENZA AIUTO	Faccia	Velluto	Chiesa	Margherita	Rosso	Punti solo per ripetizione SENZA AIUTO	___/5				
		[]	[]	[]	[]	[]						
Opzionale	AIUTO	Categoria Seman.										
		Scelta multipla										
ORIENTAMENTO	[] Data	[] Mese	[] Anno	[] Giorno	[] Luogo	[] Città	___/6					

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

di Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J, *Neurology*, 1994; 44:2308-2314
Valid. italiana di Binetti et al., 1998

Le informazioni vanno raccolte con la persona che vive vicino al paziente e possono essere verificate interrogando o osservando il paziente stesso. Le domande si riferiscono sempre a modificazioni insorte dopo l'esordio della malattia. Non vanno registrate quelle caratteristiche legate alla situazione premorbosa del paziente (depressione, ansietà, ecc.) che non si sono modificate dopo l'esordio della demenza. Bisogna ricordare periodicamente durante l'intervista che ci riferiamo ai cambiamenti insorti con la demenza. Le domande devono riferirsi alla situazione del paziente nelle 6 settimane precedenti all'intervista (l'ultimo mese e mezzo). Ogni area indagata è formata da una domanda di screening e da domande di approfondimento che vanno compilate solo se risulta positiva la domanda di screening. Nel caso esistano evidenti discrepanze tra quanto osservabile e quanto segnalato dal caregiver, o se le risposte fornite non vengono ritenute valide, occorre segnalare la non applicabilità (n.a.).

Per la valutazione della **frequenza** delle manifestazioni si chiede, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere con quale frequenza sono presenti questi problemi [si deve fare riferimento alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione]".

Per la valutazione della **gravità** delle manifestazioni si chiede, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere questi comportamenti quanto sono gravi, vorrei che mi riferisse la gravità riferendosi al grado di coinvolgimento e di disabilità sperimentato dal suo congiunto [si deve fare riferimento alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione]".

Per la valutazione dello **stress emotivo o psicologico del caregiver** si chiede, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora mi indichi quale stress o disagio le hanno provocato questi comportamenti descritti [si deve fare riferimento alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione]".

NOME DELL'INTERVISTATO: _____

GRADO DI PARENTELA O QUALIFICA: _____

	n.a.	Frequenza (x)				Gravità (y)			x × y												Distress (w)				
		[1]	[2]	[3]	[4]	[1]	[2]	[3]	[1]	[2]	[3]	[4]	[6]	[8]	[9]	[12]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]			
A. DELIRI																									
B. ALLUCINAZIONI																									
C. AGITAZIONE																									
D. DEPRESSIONE / DISFORIA																									
E. ANSIA																									
F. EUFORIA / ESALTAZIONE																									
G. APATIA / INDIFFERENZA																									
H. DISINIBIZIONE																									
I. IRRITABILITÀ / LABILITÀ																									
J. ATTIVITÀ MOTORIA																									
K. SONNO																									
L. DISTURBI DELL'APPETITO E DELL'ALIMENTAZIONE																									

LEGENDA

FREQUENZA: 1 = raramente; 2 = talvolta; 3 = frequentemente; 4 = quasi costantemente;

GRAVITÀ: 1 = lieve (non produce disturbo al paziente); 2 = moderata (comporta disturbo per il paziente); 3 = severa (estremamente disturbante per il paziente/ richiede la somministrazione di farmaci);

DISTRESS (STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO PER IL CAREGIVER): 0 = nessuno; 1 = minimo; 2 = lieve; 3 = moderato; 4 = severo; 5 = grave;

A. DELIRI

Il paziente crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa; dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

n.a.

SÌ NO

Se sì procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male?

SÌ NO

2. Il paziente crede che qualcuno lo stia derubando?

SÌ NO

3. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie lo/la tradisca?

SÌ NO

4. Il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa?

SÌ NO

5. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie o altre persone non siano in realtà chi dicono di essere?

SÌ NO

6. Il paziente crede che la propria abitazione non sia casa propria?

SÌ NO

7. Il paziente crede che i familiari vogliano abbandonarlo?

SÌ NO

8. Il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse]

SÌ NO

9. Il paziente crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto?

SÌ NO

FREQUENZA:

- 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
- 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
- 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana)
- 4. Molto Frequentemente (una o più volte al giorno)

GRAVITÀ:

- 1. Lieve (deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente)
- 2. Moderata (i deliri sono disturbanti e dirompenti)
- 3. Marcata (i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali).

Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri.

STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:

- 0. Nessuno
- 1. Minimo
- 2. Lieve
- 3. Moderato
- 4. Severo
- 5. Grave

B. ALLUCINAZIONI

Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva, quanto piuttosto vogliamo sapere se il paziente presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

n.a.

SÌ NO

Se sì procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse?

SÌ NO

2. Il paziente parla con persone che non sono presenti?

SÌ NO

3. Il paziente riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci, ecc.)?

SÌ NO

4. Il paziente dice di sentire odori che gli altri non sentono?

SÌ NO

5. Il paziente riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle?

SÌ NO

6. Il paziente riferisce di percepire sapori senza una causa nota?

SÌ NO

7. Il paziente riferisce altre esperienze sensoriali insolite?

SÌ NO

FREQUENZA:

- 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
- 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
- 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana)
- 4. Molto Frequentemente (una o più volte al giorno)

GRAVITÀ:

- 1. Lievi (allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente)
- 2. Moderate (le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti)
- 3. Marcate (le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali). Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare le allucinazioni.

STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:

- 0. Nessuno
- 1. Minimo
- 2. Lieve
- 3. Moderato
- 4. Severo
- 5. Grave

C. AGITAZIONE / AGGRESSIVITÀ

Il paziente ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? E' difficile da gestire?

n.a.

Sì	No
----	----

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno o il cambio dei vestiti? | Sì | No |
| 2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo? | Sì | No |
| 3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri? | Sì | No |
| 4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione? | Sì | No |
| 5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato? | Sì | No |
| 6. Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti? | Sì | No |
| 7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri? | Sì | No |
| 8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione? | Sì | No |

- FREQUENZA:**
- 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
 - 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
 - 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana)
 - 4. Molto Frequentemente (una o più volte al giorno)

- GRAVITÀ:**
- 1. Lieve (il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni)
 - 2. Moderata (comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare)
 - 3. Marcata (l'agitazione è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause dei disturbi comportamentali; può esserci pericolo per la sicurezza personale). Farmaci sono spesso necessari.

- STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:**
- 0. Nessuno
 - 1. Minimo
 - 2. Lieve
 - 3. Moderato
 - 4. Severo
 - 5. Grave

D. DEPRESSIONE / DISFORIA

Il paziente sembra essere triste e depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

n.a.

Sì	No
----	----

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza? | Sì | No |
| 2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda? | Sì | No |
| 3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito? | Sì | No |
| 4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito? | Sì | No |
| 5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non aver speranze per il futuro? | Sì | No |
| 6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui? | Sì | No |
| 7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere? | Sì | No |
| 8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza? | Sì | No |

- FREQUENZA:**
- 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
 - 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
 - 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
 - 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

- GRAVITÀ:**
- 1. Lievi (la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione e rassicurazioni)
 - 2. Moderata (la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare)
 - 3. Marcata (la depressione è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente)

- STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER:**
- 0. Nessuno
 - 1. Minimo
 - 2. Lieve
 - 3. Moderato
 - 4. Severo
 - 5. Grave

E. ANSIA**n.a.**

Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato? E' impaurito dal rimanere lontano da voi?

SÌ NO

Se sì procedere con le seguenti domande di approfondimento:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Il paziente dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Il paziente ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Il paziente ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Il paziente si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (sintomi non spiegabili da malattie)? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Il paziente evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Il paziente diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione?] | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Il paziente manifesta altri segni di ansia? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

- | | |
|--|---|
| FREQUENZA: | <input type="checkbox"/> 1. Raramente (meno di una volta alla settimana) |
| | <input type="checkbox"/> 2. Talvolta (circa una volta alla settimana) |
| | <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni) |
| | <input type="checkbox"/> 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente) |
| GRAVITÀ: | <input type="checkbox"/> 1. Lieve (l'ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione e rassicurazioni) |
| | <input type="checkbox"/> 2. Moderata (l'ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare) |
| | <input type="checkbox"/> 3. Marcata (l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente) |
| STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER: | <input type="checkbox"/> 0. Nessuno |
| | <input type="checkbox"/> 1. Minimo |
| | <input type="checkbox"/> 2. Lieve |
| | <input type="checkbox"/> 3. Moderato |
| | <input type="checkbox"/> 4. Severo |
| | <input type="checkbox"/> 5. Grave |

F. ESALTAZIONE / EUFORIA**n.a.**

Il paziente è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono regali, o quando si sta coi parenti. Vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente e anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

SÌ NO

Se sì procedere con le seguenti domande di approfondimento:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Il paziente trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Il paziente ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come ad esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Il paziente fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Il paziente compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Il paziente si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Il paziente mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

- | | |
|--|--|
| FREQUENZA: | <input type="checkbox"/> 1. Raramente (meno di una volta alla settimana) |
| | <input type="checkbox"/> 2. Talvolta (circa una volta alla settimana) |
| | <input type="checkbox"/> 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni) |
| | <input type="checkbox"/> 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente) |
| GRAVITÀ: | <input type="checkbox"/> 1. Lieve (l'esaltazione è evidente ma non dirompente) |
| | <input type="checkbox"/> 2. Moderata (l'esaltazione è evidentemente anormale) |
| | <input type="checkbox"/> 3. Marcata (l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo) |
| STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER: | <input type="checkbox"/> 0. Nessuno |
| | <input type="checkbox"/> 1. Minimo |
| | <input type="checkbox"/> 2. Lieve |
| | <input type="checkbox"/> 3. Moderato |
| | <input type="checkbox"/> 4. Severo |
| | <input type="checkbox"/> 5. Grave |

G. APATIA / INDIFFERENZA**n.a.**

Il paziente ha poco interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato ad iniziare cose nuove? Il paziente ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa? Il paziente è apatico o indifferente?

SÌ**NO**

Se sì procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente è meno spontaneo o meno attivo del solito?

SÌ**NO**

2. Il paziente è meno disponibile ad iniziare conversazioni?

SÌ**NO**

3. Il paziente si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito?

SÌ**NO**

4. Il paziente contribuisce meno alle faccende di casa?

SÌ**NO**

5. Il paziente sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri?

SÌ**NO**

6. Il paziente ha perso interesse verso gli amici ed i parenti?

SÌ**NO**

7. Il paziente è meno entusiasta dei suoi interessi?

SÌ**NO**

8. Il paziente mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove?

SÌ**NO****FREQUENZA:**

1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

1. Lieve (l'apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività)
 2. Moderata (l'apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di familiari)
 3. Marcata (l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento o evento esterno)

STRESS EMOTIVO O

0. Nessuno

PSICOLOGICO DEL

1. Minimo

CAREGIVER:

2. Lieve
 3. Moderato
 4. Severo
 5. Grave

H. DISINIBIZIONE**n.a.**

Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

SÌ**NO**

Se sì procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze?

SÌ**NO**

2. Il paziente parla ad estranei come se li conoscesse?

SÌ**NO**

3. Il paziente dice delle cose offensive o irrispettose?

SÌ**NO**

4. Il paziente dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva?

SÌ**NO**

5. Il paziente parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico?

SÌ**NO**

6. Il paziente si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento?

SÌ**NO**

7. Il paziente mostra altri segni di disinibizione?

SÌ**NO****FREQUENZA:**

1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

1. Lieve (la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni)
 2. Moderata (la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte del caregiver)
 3. Marcata (la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte del caregiver ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali)

STRESS EMOTIVO O

0. Nessuno

PSICOLOGICO DEL

1. Minimo

CAREGIVER:

2. Lieve
 3. Moderato
 4. Severo
 5. Grave

I. IRRITABILITÀ / LABILITÀ

Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? E' impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se il paziente presenta un'irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito

n.a.

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

Sì **No**

1. Il paziente ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose?

Sì **No**

2. Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia?

Sì **No**

3. Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia?

Sì **No**

4. Il paziente è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato?

Sì **No**

5. Il paziente è irritabile e nervoso?

Sì **No**

6. Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo?

Sì **No**

7. Il paziente presenta altri segni di irritabilità?

Sì **No**

FREQUENZA: 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ: 1. Lieve (l'irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni)
 2. Moderata (l'irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver)
 3. Marcata (l'irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi del paziente)

STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER: 0. Nessuno
 1. Minimo
 2. Lieve
 3. Moderato
 4. Severo
 5. Grave

J. COMPORTAMENTO MOTORIO ABERRANTE

Il paziente cammina continuamente, continua a fare e rifare le stesse cose, come ad es. aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe o i lacci?

n.a.**Sì** **No**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente cammina per la casa senza un preciso scopo?

Sì **No**

2. Il paziente si aggira per la casa aprendo o rovistando cassetti ed armadi?

Sì **No**

3. Il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti?

Sì **No**

4. Il paziente fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere?

Sì **No**

5. Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe, ecc.?

Sì **No**

6. Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita?

Sì **No**

7. Il paziente presenta altre attività ripetitive?

Sì **No**

FREQUENZA: 1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ: 1. Lieve (l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane)
 2. Moderata (l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver)
 3. Marcata (l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali del paziente)

STRESS EMOTIVO O PSICOLOGICO DEL CAREGIVER: 0. Nessuno
 1. Minimo
 2. Lieve
 3. Moderato
 4. Severo
 5. Grave

K. SONNO**n.a.**

Il paziente presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

SÌ**NO**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente presenta difficoltà ad addormentarsi?

SÌ**NO**

2. Il paziente si alza spesso volte durante la notte? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

SÌ**NO**

3. Il paziente vaga per la casa o svolge attività inopportune?

SÌ**NO**

4. Il paziente disturba i familiari e li tiene svegli?

SÌ**NO**

5. Il paziente si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina?

SÌ**NO**

6. Il paziente si sveglia molto presto al mattino [rispetto alle sue abitudini]?

SÌ**NO**

7. Il paziente dorme eccessivamente durante il giorno?

SÌ**NO**

8. Il paziente presenta altri disturbi notturni che provocano fastidio e che non ho nominato?

SÌ**NO****FREQUENZA:**

1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

1. Lieve (le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti)
 2. Moderata (le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo)
 3. Marcata (le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti)

STRESS EMOTIVO O

0. Nessuno

PSICOLOGICO DEL

1. Minimo

CAREGIVER:

2. Lieve
 3. Moderato
 4. Severo
 5. Grave

L. DISTURBI DELL'APPETITO E DELL'ALIMENTAZIONE**n.a.**

Il paziente presenta disturbi dell'alimentazione, come ad esempio alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari? Ha subito variazioni di peso? [Se incapace di alimentarsi rispondere n.a.]

SÌ**NO**

Se si procedere con le seguenti domande di approfondimento:

1. Il paziente presenta perdita dell'appetito?

SÌ**NO**

2. Il paziente presenta aumento dell'appetito?

SÌ**NO**

3. Il paziente presenta diminuzione di peso?

SÌ**NO**

4. Il paziente presenta aumento di peso?

SÌ**NO**

5. Il paziente ha cambiato le sue abitudini alimentari (ad es. mangia voracemente)?

SÌ**NO**

6. Il paziente presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano (ad es. mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)?

SÌ**NO**

7. Il paziente ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine?

SÌ**NO**

8. Il paziente presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non ho nominato?

SÌ**NO****FREQUENZA:**

1. Raramente (meno di una volta alla settimana)
 2. Talvolta (circa una volta alla settimana)
 3. Frequentemente (diverse volte alla settimana, ma non tutti i giorni)
 4. Molto Frequentemente (praticamente sempre presente)

GRAVITÀ:

1. Lieve (i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente)
 2. Moderata (i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente)
 3. Marcata (i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti)

STRESS EMOTIVO O

0. Nessuno

PSICOLOGICO DEL

1. Minimo

CAREGIVER:

2. Lieve
 3. Moderato
 4. Severo
 5. Grave

Geriatric Depression Scale (Sheikh e Yesavage 1986)

Geriatric Depression Scale (Sheikh e Yesavage 1986) del 24.04.2023 - - compilata da: ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"

Parametro	Osservazione	
E' soddisfatto della vostra vita?	<input type="radio"/> Sì - 0 <input type="radio"/> No - 1	<input type="text"/>
Ha abbandonato molte delle sue attività e interessi?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>
Ritiene che la sua vita sia vuota?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>
Si annoia spesso?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>
E' di buon umore per la maggior parte del tempo?	<input type="radio"/> Sì - 0 <input type="radio"/> No - 1	<input type="text"/>
Ha paura che le possa accadere qualcosa di brutto?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>
Si sente felice per la maggior parte del tempo?	<input type="radio"/> Sì - 0 <input type="radio"/> No - 1	<input type="text"/>
Si sente spesso indifeso?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>
Preferisce rimanere in casa piuttosto che uscire e fare cose nuove?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>
Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>
Pensa che sia bello stare al mondo adesso?	<input type="radio"/> Sì - 0 <input type="radio"/> No - 1	<input type="text"/>
Trova che la sua condizione attuale sia indegna di essere vissuta?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>
Si sente carico di energia?	<input type="radio"/> Sì - 0 <input type="radio"/> No - 1	<input type="text"/>
Le sembra che la sua situazione sia senza speranza?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>
Pensa che la maggior parte delle persone sia in una condizione migliore della sua?	<input type="radio"/> Sì - 1 <input type="radio"/> No - 0	<input type="text"/>

[Conferma](#)[Conferma e Torna](#)[Torna](#)

