

CADUTA

improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, assisa o clinostatica che viene descritta dal paziente o da testimoni

Epidemiologia

- Per OMS le cadute negli anziani ed i danni ad esse correlati sono una **problematica prioritaria** per i sistemi sanitari e sociali
- Le cadute nell'anziano rappresentano **uno dei primari problemi di sanità e di spesa pubblica**, essendo una delle principali cause di morbidità, disabilità, istituzionalizzazione e morte.
- L'entità del problema sta aumentando **proporzionalmente all'invecchiamento** della popolazione
- Le cadute nelle strutture sanitarie (Ministero della Sanità) rientrano tra gli “**eventi sentinella**” = eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario

La frequenza aumenta all'aumentare dell'età

- circa il **30%** dei soggetti ultrasessantacinquenni viventi a domicilio riportano almeno una caduta all'anno
- tale percentuale sale al **50%** considerando i soggetti ultraottantenni
- la percentuale supera il **50 %** nei soggetti istituzionalizzati (polipatologie, polifarmacoterapia, disabilità, scarsa assistenza)

La prevalenza è superiore nel sesso maschile fino ai 75 anni, quando la situazione si capovolge

Conseguenze

Nel **20-30%** dei casi si verificano **conseguenze importanti**:

- Aumenta la disabilità
- Si riduce la motilità
- Si riduce l' autonomia
- Aumenta l' ospedalizzazione ed i rischi ad essa correlati
- Aumenta il rischio di morte prematura

Caduta → nel 5% frattura → nel 95% femore

- Il **50%** non recupera una completa autonomia nella deambulazione
- Il **40-50%** dei soggetti va in contro, nello stesso anno, ad un altro episodio
- Il **20%** muore entro 6 mesi per complicanze

- Il perdurare di *eventi sentinella* sono l'espressione di un **mal funzionamento del sistema sanitario**
- Questi eventi sono un *campanello d'allarme* su situazioni che devono essere analizzate e risolte
- Nelle Strutture Sanitarie diventano **indicatori della qualità assistenziale**

- Le cadute rappresentano *il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali*, quasi sempre colpiscono le **persone fragili** (spesso anziani e dementi)

NOTA BENE: chi è la persona fragile?

La fragilità è descritta in geriatria come un quadro di estrema vulnerabilità, causata da una marcata **labilità omeostatica**, caratterizzata da:

- Elevata suscettibilità a sviluppare **quadri acuti** che si presentano con quadri clinici **atipici**
- Fluttuazione **rapida** dello stato di salute (in un arco temporale di ore) con spiccata tendenza a sviluppare **complicanze**
- Elevato rischio di **eventi avversi iatrogeni**
- **Lenta** capacità di recupero, quasi sempre **parziale**
- Necessità di **assistenza continuativa**, frequenti **ricoveri**
- Alto rischio di **mortalità**

L'anziano fragile presenta grande **complessità** medica e particolare **vulnerabilità** ad eventi avversi, soffre di molte **malattie croniche** e instabili, soffre di **problemi cognitivi, affettivi e funzionali**, è vulnerabile ai danni diretti ed indiretti da **farmaci**, è spesso **povero** economicamente e **isolato socialmente**, è ad alto rischio di **morbilità acuta e mortalità**.

- La caduta non deve essere considerata necessariamente e solamente come parte integrante del processo di **invecchiamento** ma come espressione di **problemi sottostanti** (malattie e relativa terapia) – spesso in **sinergia** – e frequentemente fa parte della più complessa sindrome clinica identificata come **FRAGILITA'**
- **CADUTA** → dovuta alla combinazione di molteplici fattori (nell' anziano la caduta rientra nelle **sindromi geriatriche**)

Viene posta attenzione alla prevenzione delle cadute dell'anziano perché le **CONSEGUENZE** delle cadute dell'anziano sono particolarmente temibili:

- l'anziano è più esposto del giovane ad avere **danni** conseguenti ai traumi (es: f. femore, f. polso, f. bacino, f. omero...) e il **rallentamento dei riflessi protettivi rende più gravi le conseguenze**
- I **danni da immobilizzazione** conseguente ai problemi ortopedici sono molto temibili (rigidità articolare, perdita di forza, disorientamento causato dall'ospedalizzazione, perdita del ritmo circadiano, lesioni da decubito, nuove cadute...)
- **L'esito psicologico/emotivo** della caduta comporta delle paure e la riduzione dell'autostima che implicano nuove limitazioni (es: paura di cadere di nuovo, paura di stare da soli...)

le cadute e l'equilibrio instabile sono causa di:

- tassi di **mortalità** e conseguenze elevati
- **limitazione della mobilità** con scadimento della **qualità** di vita
- **ingresso prematuro in residenze assistite**

PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

Vengono definiti gli ambiti di **RESPONSABILITA'**

1 -Il personale infermieristico

è responsabile della

**valutazione e
rivalutazione**

del paziente e della

pianificazione assistenziale

per prevenire il rischio di caduta.

2 - Il personale sanitario e tecnico addetto alla cura, assistenza, riabilitazione

è responsabile della **corretta esecuzione** delle attività stabilite nel piano assistenziale

3- La Direzione Medica di Presidio, il Servizio di Vigilanza e Prevenzione

Sono responsabili del **monitoraggio** e delle **azioni di miglioramento** volte alla riduzione del rischio.

**VALUTAZIONE E
RIVALUTAZIONE DEI PAZIENTI
PER IL RISCHIO DI CADUTA**

Qual'è il campo di applicazione della procedura?

Devono essere valutati **tutti** i pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali di Trieste.

Tutti i pazienti devono essere sottoposti a screening per la rilevazione
del rischio di caduta

durante la valutazione infermieristica iniziale

**Per la valutazione e rivalutazione del rischio di caduta l'infermiere
utilizza la Scala Schmidt**

La **rivalutazione** deve essere effettuata:

- **ogni 24 ore nei pazienti ad alto rischio** di caduta (Schmid = 0 >3)

- **in occasione di ogni modificazione dello stato clinico-assistenziale**

(ad es: aggravamento di uno scc, recupero autonomia motoria, ripristino continenza, recupero di alcune ADL-IADL...)

- **a seguito di somministrazione di farmaci che possono aumentare il rischio di caduta**

(ad es: tranquillanti, ipnoinducenti, antipertensivi...)

- **dopo una caduta per identificare tempestivamente le cause della caduta e l'eventuale presenza di nuovi fattori di rischio.**

La comunicazione della rilevazione del rischio di cadute in un paziente deve essere data a **tutto il team** assistenziale sia verbalmente che all'interno della cartella clinica integrata, e attraverso gli strumenti di handover

Il migliore approccio è la condivisione della valutazione nel PAI fatto in maniera congiunta tra gli attori dell'assistenza.

ATTENZIONE!!!

- Si rammenta che la valutazione attraverso una scala è da considerare un supporto alla valutazione del clinico, **non è sostitutiva del suo giudizio**: nessuna scala di valutazione infatti ha una tale specificità e sensibilità da renderla strumento predittivo assoluto!!!
- **SE LA SCALA è POSITIVA**: C'è RISCHIO DI CADUTA
- **SE LA SCALA è NEGATIVA E IL GIUDIZIO CLINICO RILEVA PERÒ RISCHIO**: IL PAZIENTE è DA CONSIDERARE A RISCHIO E SI ATTUANO TUTTE LE MISURE PREVENTIVE COMUNQUE!!!

Una volta completata la valutazione, ed evidenziato il rischio di caduta deve essere adottato uno specifico piano assistenziale utilizzando il

“Programma per la prevenzione delle cadute”

PROGRAMMAZIONE PER LA PREVENZIONE DELL'EVENTO CADUTA:

Si identificano interventi:



CLINICI



ASSISTENZIALI



ORGANIZZATIVI



AMBIENTALI



CLINICI

- Trattare con priorità **fattori predisponenti**: es ipotensione, epilessia, disturbi neurologici...
- Soppesare l'utilizzo di **ipnoinducenti o di farmaci** che possono indurre stati confusionali
- Se possibile spostare gli orari dei **diuretici** per ridurre i bisogni notturni di minzione
- ...

ASSISTENZIALI

- Fornire l'assistenza specifica a supporto delle limitazioni derivanti dalle patologie della persona (cioè **soddisfare i bisogni**)
- Riprodurre le **abitudini** di casa in relazione all'eliminazione urinaria e fecale, se è possibile alla disposizione del letto, degli oggetti personali
- **Prevenire il bisogno**
- Coinvolgere il paziente in **attività** di intrattenimento e animazione per ridurre i tempi «vuoti»
- Controllare la deambulazione, l'equilibrio, sviluppare un piano assistenziale per la **mobilizzazione: per prevenire le cadute la persona non deve restare «più ferma» ma muoversi molto per reimpossessarsi della funzione motoria in sicurezza!!!**
- Compiere interventi **educativi** al **paziente** e alla sua **famiglia** riguardo ai fattori di rischio, ai problemi di sicurezza e alle problematiche legate alla limitazione della mobilità



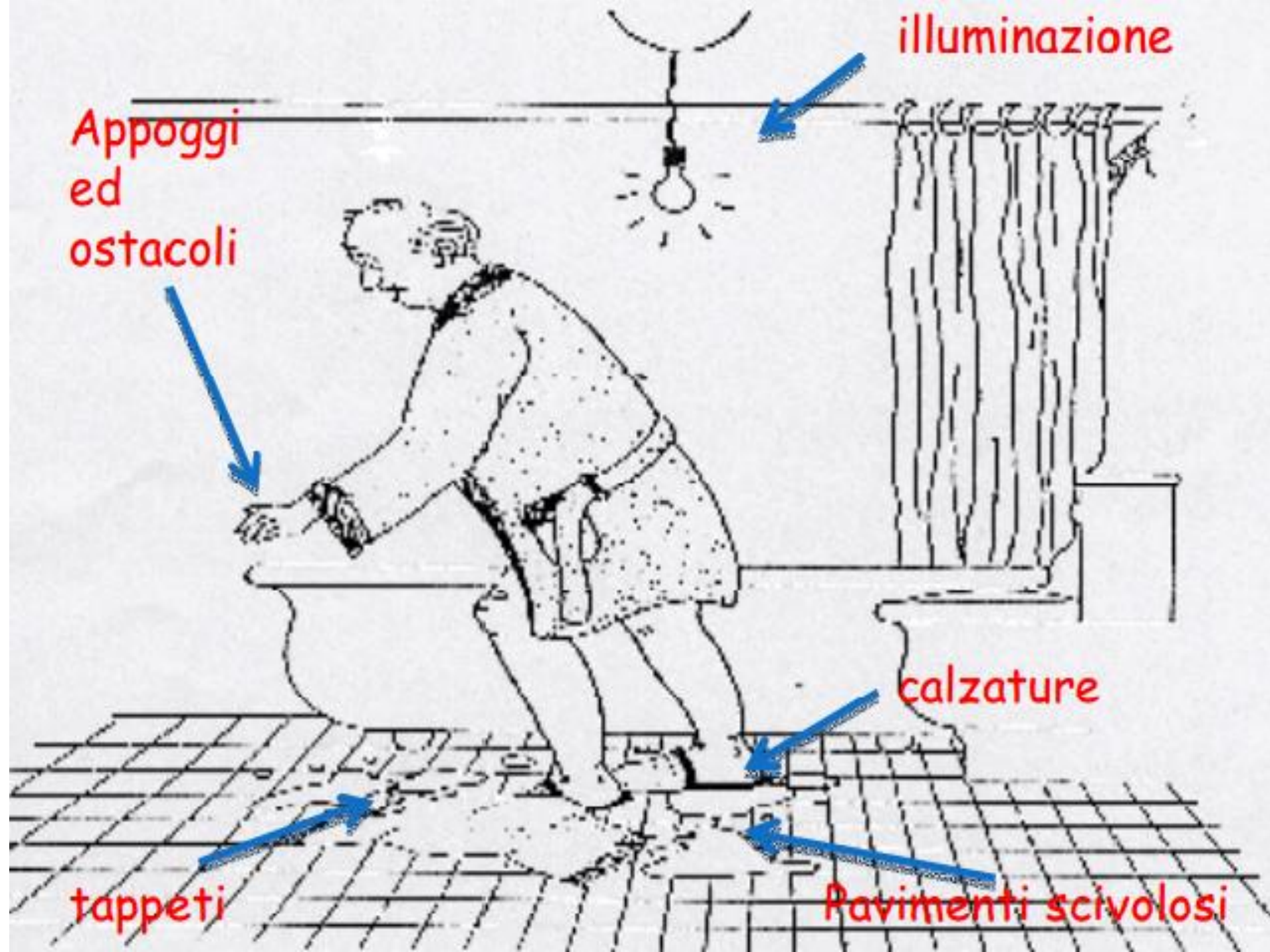
ORGANIZZATIVI

- **Studiare l'epidemiologia del fenomeno (quando si cade? Dove? Perché?)**
- **Intensificare la sorveglianza nell'intera giornata, anche nei momenti di minore attività**
- **Segnalare il rischio della caduta nel PAI e anche nella scheda di dimissione al termine della degenza**
- **Revisionare gli ausili**
- **Coinvolgere il tutto il tem della Struttura**
- **Coinvolgere il nucleo familiare e i care givers**
- **Formazione mirata**



AMBIENTALI

- Realizzare **interventi ambientali** e modifiche delle attrezzature a favore della sicurezza (es: attrezzare i bagni con maniglioni, fissare gli alzawater, adottare sanitari per disabili, manutenzione della pavimentazione...)
- Identificare ed eliminare le caratteristiche ambientali che possono aumentare i potenziali rischi di caduta (liquidi o ostacoli sui pavimenti, ambienti **disordinati**, **ausili mobili** o non frenati, presenza di intralci negli ambienti, **illuminazione** inappropriata...)



QUANDO PERO'

LA CADUTA AVVIENE...

<http://www.parkinson-italia.it/rubriche/notizie/contro-il-problema-delle-cadute-consigli-e-buone-pratiche-dal-i-congresso-della-sif>

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

Nella procedura aziendale vengono descritte le modalità operative per l'assistenza al paziente dopo la caduta
e la revisione del piano assistenziale al fine di ridurre il danno conseguente alla caduta.

ASSISTENZA AL PAZIENTE DOPO LA CADUTA

Prima di mobilizzare la persona:

- Avvertire il medico
- Valutare se la persona ha riportato lesioni, specialmente in caso di trauma cranico, o traumi determinanti fratture
- Valutare l'entità del danno
- Registrare i parametri vitali

• **Poi:**

- **Documentare** le circostanze della caduta riguardo il luogo, l'orario, l'attività svolta
- Informare la **famiglia** della caduta
- **Discutere con la persona in un momento appropriato la personale percezione** dell'esperienza, valutando insieme i possibili fattori che hanno determinato la caduta
- **Compilare la scheda di segnalazione sinistro ai pazienti ricoverati**
 - Controllare e documentare la risposta del paziente agli interventi attuati per ridurre le cadute ed il rischio
 - Valutare le **circostanze** che hanno favorito la caduta e attuare, all'occorrenza, le revisioni dei processi preventivi
- **Documentare le azioni di follow up!**
- **il rischio di caduta è segnalato nella lettera di dimissione**

LA SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA
(presentare la scheda)

L'elaborazione dei dati relativi alle cadute, alle cause di caduta e ai danni dei pazienti a seguito di caduta è trasmessa a tutti i gli operatori ed è **utile per individuare le situazioni ed i comportamenti a rischio**, che determinano le cadute o che aumentano il rischio di danno al paziente.

IN UN CONTESTO IN CUI SI CERCA LA SICUREZZA DELL'ASSISTITO SI
RICERCANO LE CAUSE DEGLI ERRORI:

- CAUSE CHE DIPENDONO DALL'ASSISTITO
- CAUSE CHE DIPENDONO DALL'OPERATORE
- CAUSE LEGATE AL GRUPPO
- CAUSE LEGATE ALL'ORGANIZZAZIONE
- CAUSE CHE DIPENDONO DALLA COMUNICAZIONE
- CAUSE LEGATE ALL'AMBIENTE

**NON PER CERCARE IL COLPEVOLE MA PER
TROVARE LA SOLUZIONE!!!**

BIBLIO SITOGRAFIA

- <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4882>
- http://www.ass1.sanita.fvg.it/servlet/page?_pageid=53&_dad=pass1&_schema=PASS1
- <http://www.epicentro.iss.it/problemi/domestici/RischiCaduteAnziani.asp>
- <http://www.parkinson-italia.it/rubriche/notizie/contro-il-problema-delle-cadute-consigli-e-buone-pratiche-dal-i-congresso-della-sif>
- http://www.evidencebasednursing.it/progetti/articolo_cadute.pdf
- http://www.fisiobrain.com/web/wp-content/uploads/downloads/2010/06/Valutazione_equilibrio_paziente_geriatrico.pdf