

Infermieristica applicata alla persona in età geriatrica

IL PROBLEMA DELLE CADUTE

PERCHE' CI OCCUPIANO DELLE CADUTE?

Per l'OMS le cadute nella popolazione anziana sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali. Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ambienti di degenza. ¹⁻⁷

Le cadute nell'anziano costituisce un problema **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 sono espressione di mal funzionamento del sistema sanitario e 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.

Le cause che stanno a monte di questi eventi sentinella devono essere analizzate e risolte.

La compressione del rischio da caduta del paziente in struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale. ²⁻⁹

CADUTA:

Spostamento verso il basso, improvviso, non intenzionale e inaspettato, dalla posizione ortostatica, seduta o clinostatica che viene descritto dal paziente o da testimoni. ³



UN PROBLEMA RICORRENTE

La frequenza aumenta **all'aumentare dell'età**.

Consideriamo il problema delle persone a rischio di cadere presso il proprio **domicilio**, presso le **strutture residenziali** e nelle Strutture di **degenza ospedaliera**.

In media 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.

La caduta non è significativa di **invecchiamento**, ma è **espressione dei problemi sottostanti (malattie, polifarmacoterapia)** e spesso è indicatore della sindrome clinica identificata come **FRAGILITA'**.

Frail elderly

L'anziano fragile è sempre a rischio di caduta

IL PERCORSO DELLA FRAGILITA'		
Cause predisponenti	Aspetti clinici della fragilità	Conseguenze della fragilità
Polipatologia	Sintomi Debolezza Affaticabilità	Cadute Fratture
Polifarmacoterapia	Anoressia malnutrizione Perdita di peso	Ferite Malattie acute Ospedalizzazione
Declinio delle funzioni psicofisiche	Segni Ridotta forza muscolare	Disabilità Dipendenza
Declinio della riserva funzionale	Ridotta massa ossea Andatura ed equilibrio compromessi Decondizionamento cardiocircolatorio	Istituzionalizzazione Morte

LE CONSEGUENZE DELLE CADUTE

IN GENERALE:

- Contusioni, lesioni, fratture, traumi, decesso;
- Paura di cadere di nuovo;
- Perdita di sicurezza;
- Ansia;
- Depressione;
- Riduzione della motilità;
- Diminuzione dell'autonomia;
- Isolamento sociale;
- Aumento ospedalizzazioni;
- Istituzionalizzazione
- Aumento della disabilità;
- Riduzione anche molto significativa della qualità della vita.

SE LA CADUTA AVVIENE DURANTE LA DEGENZA:

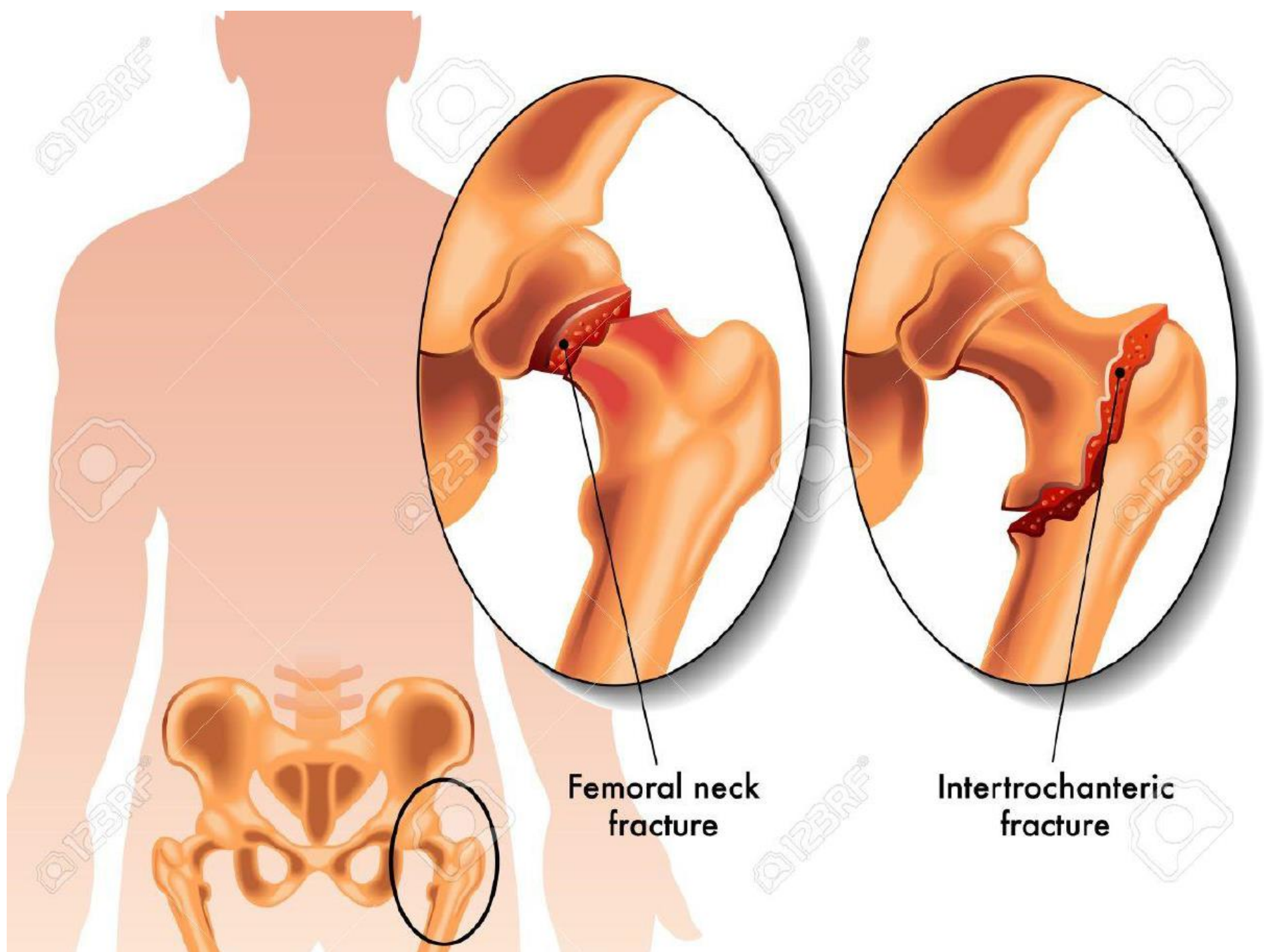
- Prolungamento della degenza;
- Trasferimenti;
- Aumento delle attività diagnostiche e terapeutiche;
- Eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione;
- Incremento dei costi sanitari e sociali;
- Conseguenze legali.



[http://www.epicentro.iss.it/problemi/
domestici/RischiCaduteAnziani.asp](http://www.epicentro.iss.it/problemi/domestici/RischiCaduteAnziani.asp)

- Le cadute esitano nel 5% dei casi in fratture, di queste nel 95% dei casi si tratta di fratture di femore
- Il 50% non recupera una completa autonomia nella deambulazione
- Il 40-50% dei soggetti va incontro nello stesso anno a nuova caduta
- Il 20% muore entro 6 mesi per complicanze





LE CONSEGUENZE DELLE CADUTE NELLA PERSONA ANZIANA

- L'anziano è più esposto del giovane ad avere **danni** conseguenti ai traumi (es: f. femore, f. polso, f. bacino, f. omero...) perchè il **rallentamento dei riflessi protettivi** rende più gravi le conseguenze.
- L'evoluzione **osteoporotica** del sistema scheletrico rende più esposto l'anziano a subire danni di maggiore gravità rispetto al giovane.
- 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...)

DANNI A CASCATA

La caduta può scatenare nell'anziano danni a cascata:

- Frattura
- Immobilità (peggiora l'osteoporosi, sarcopenia, perdita di autonomia, stipsi, depressione, paura di cadere di nuovo...)
- Lunga permanenza a terra (disidratazione, rabdomiolisi, IRA, LdP, ipotermia, polmoniti...)
- Spesso maschera patologie sottostanti i cui danni si assommano in seguito a quelli della caduta stessa
- Ricovero ospedaliero, istituzionalizzazione
- Prolungamento dei tempi di degenza
- Interventi chirurgici
- Aumento delle attività diagnostiche e terapeutiche
- Aumento costi sanitari
- Istituzionalizzazione...

DANNI A CASCATA

IMMEDIATE	TARDIVE	SOCIALI
Contusioni (30%) o lesioni superficiali (33%) Lesioni organi interne o tessuti molli (28%) Traumi cerebrali Fratture (3-5%) Decesso Paura di cadere ansia	Ridotta autonomia Depressione reattiva Ansia Isolamento sociale Aumento di disabilità Riduzione della qualità della vita Istituzionalizzazione	Impegno dell'organizzazione sanitaria Costi sanitari Costi sociali

LE CAUSE DELLE CADUTE

Si stima che:

- circa il 14% delle cadute in ospedale sia **accidentale** (ovvero possa essere determinato da fattori ambientali o a fatalità, eventi casuali);
- l'8% sia **imprevedibile**, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio). Sono eventi che si realizzano a carico di pazienti valutati non a rischio caduta o a carico di parenti, visitatori o utenti in aree comuni, sale di attesa e/o ambulatori ;
- il 78% rientri tra le cadute **prevedibili** per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione). ⁴

PREVEDIBILE=PREVENIBILE

Le cadute sono eventi prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi **strumenti di lavoro** che, **congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale**, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive.

E' fondamentale che **operatori, pazienti e familiari/caregiver** acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali di prevenzione.

LE CAUSE DELLE CADUTE: FATTORI INTRINSECI

- Età > 65 anni
 - Anamnesi positiva per precedenti cadute
 - Cambia la Postura e quindi il centro di gravità
 - Ridotta massa muscolare (sarcopenia), riduzione della forza, della velocità, di risposta reattiva
 - Modificazioni neuronali centrali e periferiche (si allungano i tempi di reazione)
 - Deficit sensitivi (vista, udito), alterazioni vestibolari e dell'equilibrio
 - Modificazioni cardiovascolari: alterata risposta sistemi recettori, ipotensione ortostatica, aritmie
 - Stile di vita: sedentarietà, abuso alcolico...
 - Riduzione del visus
 - Deformazioni o patologie del piede
 - Malnutrizione
 - Disidratazione
 - Paura di cadere
- Perdita delle ADL
 - Morbo di Parkinson
 - Demenze
 - Depressione
 - Delirium
 - SCC
 - BPCO
 - Incontinenza
 - Artrosi
 - Patologie del piede
 - Diabete
 - Osteoporosi
 - (comorbilità)

LE CAUSE DELLE CADUTE: FATTORI ESTRINSECI

FATTORI ORGANIZZATIVI

- Ridotta dotazione organica
- Personale poco formato
- Assenza di programmi mirati
- Assenza di procedure
- Contenzione
- Pulsante di chiamata non a portata di mano

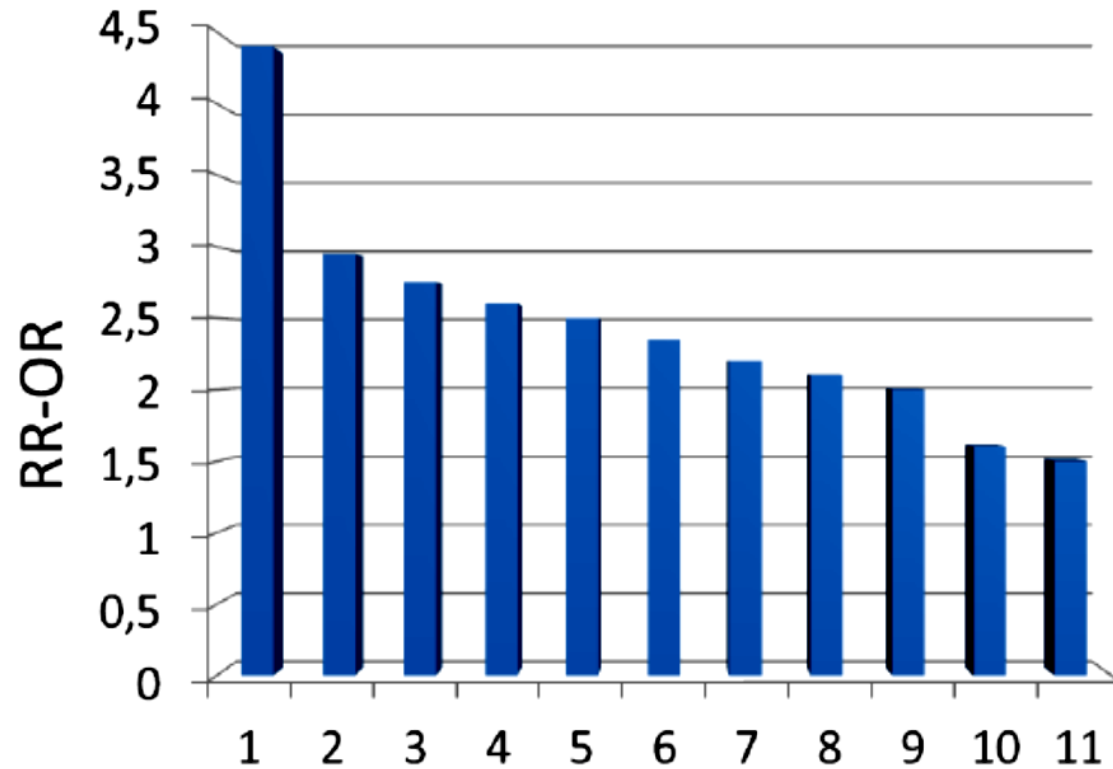
CARATTERISTICHE AMBIENTALI

- Pavimenti sdruciolevoli/bagnati
- Luci insufficienti
- Stanza piccola
- Ingombri e disordine
- Ausili (letti, maniglioni, supporti...)
- Calzature
- Isolamento sociale
- Reddito basso

CAUSE FARMACOLOGICHE

- Pazienti con polipatologie e quindi in polifarmacoterapia:
- **Più di 4 principi attivi** in terapia aumenta esponenzialmente la possibilità di avere effetti avversi, **4x maggiore il rischio di cadere**;
- **Assunzione di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa**
- **Variazione della posologia con un incremento del dosaggio del farmaco**
- Attenzione alle **benzodiazepine**, agli **psicofarmaci**, agli **ipotensivi**, ai **diuretici** e ai **dicumarolici** (non in quanto causa ma per le conseguenze!!!!)

FATTORI DI RISCHIO PIU' COMUNI DI CADUTA NELL'ANZIANO



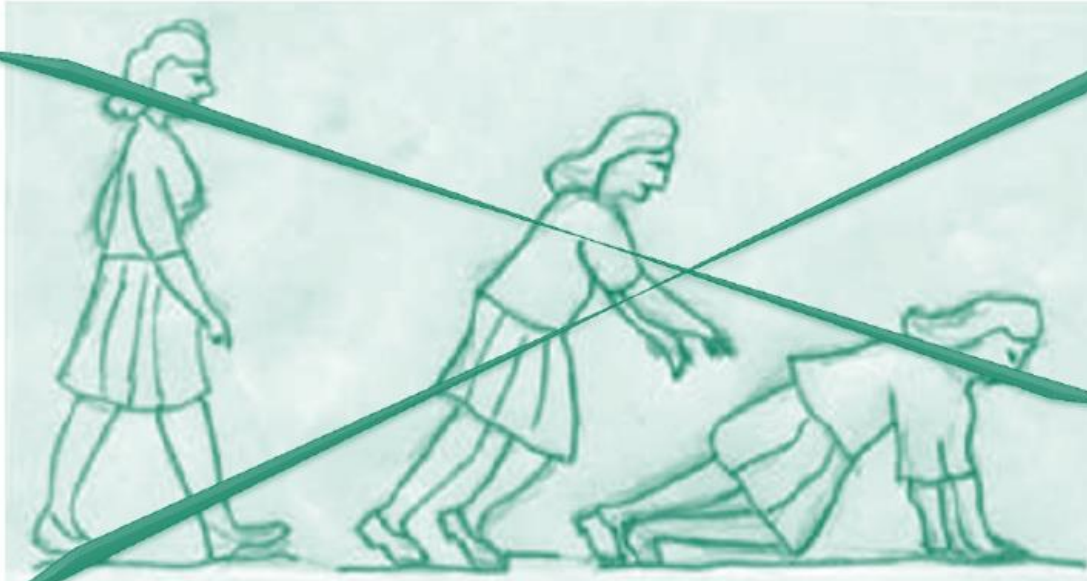
RR= rischio relativo derivato dagli studi di incidenza
OR= Odds ratio stima del rischio derivato dagli studi di prevalenza
da Senin 2010

- 1 Debolezza muscolare
- 2 Storia di cadute
- 3 Atassia
- 4 Deficit posturali
- 5 Uso di ausili per la deambulazione
- 6 Deficit visivo
- 7 Artrosi
- 8 ADL compromesse
- 9 Depressione
- 10 Deterioramento cognitivo
- 11 Età > 80 anni

Classe di farmaci	Effetti predisponenti alla caduta
Sedativi- ipnotici	Sedazione, confusione
Antiipertensivi Diuretici	Ipotensione ortostatica Urge-incontinence
Ipoglicemizzanti	Ipoglicemia
Neurolettici	Disturbi extra-piramidali Sedazione
Antianginosi- e antiaritmici	Ipotensione ortostatica, vertigini Aritmie
Antidepressivi	Sedazione, astenia, stato confusionale, ipotensione ortostatica, tremore
Lassativi	Disidratazione

IDENTIKIT DELL'ANZIANO A RISCHIO DI CADERE

- E' già caduto
- Wandering (= deambulazione afinalistica)
- Uso di bastone o altro ausilio
- Basso punteggio ADL (scala Barthel)
- Età > 87 aa
- Marcia insicura
- Indipendente nei passaggi posturali
- Indipendente nell'uso della carrozzina
- Assume politerapia



COME
CADE
L'ANZIANO



PROCEDURA DI PREVENZIONE DELLE CADUTE NEGLI AMBIENTI DI DEGENZA

Le strutture ospedaliere e territoriali del SSN predispongono una procedura per la prevenzione e gestione delle cadute negli ambienti di degenza.

Per **tutti i pazienti di età ≥ 18 anni ricoverati** (sia in ambito ospedaliero che territoriale) il personale sanitario dovrà effettuare:

- la valutazione iniziale e la rivalutazione del rischio di caduta;
- l'eventuale applicazione di adeguate misure di prevenzione.

Fanno eccezione alcune realtà assistenziali particolari (vedi slide 25):

Non è necessario effettuare la valutazione del rischio di caduta nelle degenze intensive e semi-intensive, ostetricia e pediatria (**tutti i pazienti sono considerati a rischio**); in queste realtà assistenziali andranno invece applicate adeguate misure di prevenzione.

LE RESPONSABILITA'

Il **personale medico** è responsabile del **processo di cura** e in particolare di una corretta valutazione del dosaggio e della numerosità dei farmaci prescritti (**FRID=Fall Risk Increasing Drugs**);

Il **personale infermieristico** è responsabile della **valutazione** iniziale e successiva rivalutazione del rischio di caduta, dell'appropriata **pianificazione assistenziale** inclusiva delle azioni specifiche di prevenzione delle cadute.

Tutto il personale è responsabile della **corretta esecuzione delle attività** stabilite nel piano assistenziale, ciascuno per quanto di competenza del proprio profilo.

Attività	Fisioterapista	Infermiere Inf. pediatrico Ostetrica	Medico	OSS	Gruppo rischio clinico
Compilazione scheda valutazione paziente	R	R			
Attuazione interventi preventivi	R	R	R	R	
Gestione paziente caduto Primo soccorso, dinamica evento	R	R	R	R	
Gestione paziente caduto Valutazione clinica.	C	C	R		
Informare la famiglia sull'evento caduta	C	C	R		
Interventi educativi	R	R	R	R	
Compilazione e invio della scheda segnalazione	R	R	R	C	
Elaborazione dei dati e stesura e diffusione report					R

Legenda: **R** = responsabile **C** = collabora

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

Adeguate valutazione del rischio di caduta:

ADOZIONE DI VALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE

IRRINUNCIABILE VALUTAZIONE CLINICA E ASSISTENZIALE

Premesso che **nessuna scala** di valutazione esistente è in grado di soddisfare completamente criteri di sensibilità, specificità e predittività assoluti per quanto riguarda il rischio di cadute ⁵, nella Azienda ASUGI **si è scelto di utilizzare la scala Schmid** ⁶ in tutte le strutture ospedaliere come scala standard di valutazione del rischio caduta nei degenti ricoverati. Esistono tuttavia molti strumenti validati di valutazione del rischio di caduta (Scala Stratify, Scala Conley e Scala Tinetti).

VALUTAZIONE INIZIALE DEL RISCHIO DI CADUTA:

- **per tutte le persone di età > = 18 anni ricoverate**
Escluse le strutture identificate a rischio caduta elevato
- **entro 24 ore dall'arrivo in reparto**

NON A
RISCHIO:
**Interventi
universali**

A RISCHIO:
**Interventi
specifici**

RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA:

- **dopo eventuali cadute** durante il ricovero
- **a seguito di alterazioni significative** dello stato di salute o cognitivo
- **rivalutazione settimanale** se la degenza è superiore a 7 giorni
- **valutazione intermedia** nei ricoveri in RSA
- **alla dimissione di pazienti fragili e/o con** necessità di continuità assistenziale

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

SI PROCEDE AD UNA VALUTAZIONE MULTIFUNZIONALE

Si può ricorrere alla valutazione di molte funzioni della persona utilizzando in maniera integrata diversi strumenti di valutazione, tutti validati, scelti per stimare in maniera affidabile e oggettiva diversi aspetti e funzioni dell'individuo.

La stima del quadro complessivo che ne deriva fornirà le informazioni necessarie per delineare un profilo di rischio e di dipendenza/autonomia della persona.

VENGONO VALUTATI AD ESEMPIO:

- Stato funzionale: ADL (indice di Katz), IADL, Barthel
- Stato cognitivo: MMSE, GDS
- Stato Nutrizionale: MNA

ESISTONO DIVERSE SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA:

- Deambulazione: es. Scala Tinetti
- Rischio di caduta: Scala di Stratify, Scala Conley , Scala Schmid

SCALA SCHMID

VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA	VALUTAZIONE INIZIALE		MOTIVO RIVALUTAZIONE (CAD / MOD / INT / RIV / DIM)							
SCALA SCHMID										
VALUTAZIONE DELLA MOBILITA'										
Cammina con andatura sicura, senza alterazioni	0		0		0		0		0	
Cammina o si sposta con ausili o con aiuto	1		1		1		1		1	
Cammina con andatura malferma e senza aiuto	1		1		1		1		1	
Impossibilitato a camminare o spostarsi	0		0		0		0		0	
VALUTAZIONE DELLO STATO COGNITIVO										
Vigile e orientato	0		0		0		0		0	
Confuso a tratti (confusione periodica)	1		1		1		1		1	
Confusione costante	1		1		1		1		1	
Comatoso / non risponde agli stimoli	0		0		0		0		0	
VALUTAZIONE DELL'ELIMINAZIONE										
Autonomo nell'eliminazione	0		0		0		0		0	
Indipendente, con alterazioni dell'alvo e della diuresi	1		1		1		1		1	
Necessita di assistenza nell'igiene personale	1		1		1		1		1	
Incontinente	0		0		0		0		0	
VALUTAZIONE PREGRESSE CADUTE										
SI – Prima del ricovero (ultimi 6 mesi)	1		1		1		1		1	
SI – Durante il ricovero (data)	2		2		2		2		2	
NO - Nessuna caduta	0		0		0		0		0	
Non ricorda / non riferisce precedenti cadute	1		1		1		1		1	
TERAPIA FARMACOLOGICA										
Assunzione di farmaci anticonvulsivi / psicotropi / ipnotici	2		2		2		2		2	
PUNTEGGIO TOTALE										
SE $\geq 3 \Rightarrow$ PAZIENTE A RISCHIO DI CADUTA										
IL SOGGETTO E' A RISCHIO DI CADUTA ?	SI'	NO	SI'	NO	SI'	NO	SI'	NO	SI'	NO
Firma valutatore										
Data / ora valutazione										

Legenda: CAD = caduta durante il ricovero, MOD = modificazioni significative dello stato di salute, INT = intervento chirurgico / procedure invasive o in sedazione, RIV = rivalutazione a 7 giorni o intermedia se RSA DIM = rivalutazione per dimissione se paziente fragile

Scala Conley di valutazione del rischio di caduta del paziente

Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)	SI	NO
C1 - È caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)	SI	NO
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0
C5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.)	2	0
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio/ mancanza del senso del pericolo	3	0

Calcolo e interpretazione del punteggio

Ad ogni quesito si attribuisce un punteggio:

- > il punteggio 0 indica una risposta negativa;
- > i punteggi fra 1 e 3 rappresentano una risposta positiva.

Sommando i punteggi positivi si otterrà il **risultato della scala**:

- > i valori compresi **tra 0 e 1** indicano un **rischio minimo** di caduta;
- > i valori compresi **tra 2 e 10** indicano, in progressione, un **rischio di caduta da basso ad alto**.

Il punteggio **uguale o superiore a 2** (punteggio di **cut-off**) identifica un paziente in condizione di **rischio**.

SCALA STRATIFY

Valutazione del rischio di caduta

(Oliver et al., 1997)

Compilare per tutte le persone assistite in regime di degenza ordinaria entro 24 ore dal ricovero.
Compilare nuovamente in caso di cambiamento delle condizioni cliniche e/o caduta, trasferimento, dimissione.

Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi.

1. Il paziente è stato ricoverato in seguito ad una caduta, oppure è caduto durante la degenza? (esame della documentazione)	SI 1	NO 0
Ritieni che il paziente:		
2. Si presenta agitato? (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	1	0
3. Abbia un calo della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	1	0
4. Necessiti di andare in bagno con particolare frequenza? (< 3 ore)	1	0
5. Il paziente ha un punteggio di mobilità corrispondente a 3 o a 4 ? *(per il calcolo compilare lo schema sottostante)	1	0
		Totale _____

*Schema per il calcolo del punteggio di mobilità

Per la compilazione dell'item 5 si deve segnalare 1 se il punteggio totale del calcolo corrisponde a 3 o 4; si deve segnalare 0 se il punteggio totale corrisponde ai valori 0, 1, 2 oppure 5, 6.

Il paziente è in grado di:	No	Con aiuto Maggiore	Con aiuto Minore	Indipendente	Punteggio
1) Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare <i>(include il sedersi sul letto)</i>	0	1	2	3	
2) Camminare sul piano <i>(spingere la sedia a rotelle se non cammina)</i>	0	1	2	3	
Totale					

Con punteggio ≥ 2 considerare il paziente a rischio caduta

Note aggiuntive: ☐ ipoteso ☐ età >65 anni ☐ procedure interventistiche ☐ anemico ☐ sedazione moderata/profonda ☐ diminuita tolleranza all'attività ☐ altro

Se si ritiene in seguito alla valutazione complessiva del paziente che lo stesso sia a rischio di caduta (anche se con score < 2), il paziente è da considerarsi a rischio.

A rischio ☐ SI ☐ NO

Data ... Ora... Firma ...

CASI PARTICOLARI

Nei presidi ospedalieri esistono alcuni reparti di degenza / servizi caratterizzati da un **profilo di rischio caduta elevato** a causa della complessità clinica o particolari caratteristiche dei pazienti o particolare tipologia di prestazioni erogate o modalità operative del servizio.

Classificazione di default ad alto rischio di caduta

Non è necessario compilare la scheda di valutazione del rischio

Pianificare SEMPRE gli interventi di prevenzione

- Terapie intensive
- Terapie semi-intensive
- Rianimazione
- Recovery Room
- TIPO (post-operatorie)
- Unità Coronarica
- Medicina d'Urgenza
- Ostetricia
- Pediatria
- Sale operatorie
- Sale Emodinamica
- Sale endoscopiche
- Aree in cui si eseguono procedure in sedazione
- Pronto Soccorso
- OBI
- Aree con pazienti barellati
- Sezioni Radiologiche

- Adottare sorveglianza visiva continua;
- E' ammesso il ricorso all'uso di bandine protettive;
- In area neonatale/pediatria fornire informazioni ed educazione sul rischio di caduta del neonato/bambino e sulle misure preventive da adottare;
- Porre la massima attenzione nel trasferimento del paziente da letto/barella/tavolo operatorio: allineare i due piani e bloccare le ruote dei due presidi;
- Nelle S.O. assicurare il paziente al letto operatorio con idonee cinghie di fissaggio e prevedere l'uso di appoggi laterali;
- Sorvegliare/sostenere il paziente durante il ripristino della posizione eretta;
- Le barelle devono essere ad altezza variabile e poste all'altezza minima.

COSA FARE PER PREVENIRE LE CADUTE NEI LUOGHI DI DEGENZA

GLI INTERVENTI

ATTUARE PER
LE PERSONE
A RISCHIO

ATTUARE SEMPRE

GLI INTERVENTI UNIVERSALI:

Fornire a tutti i pazienti ricoverati, ai familiari e ai caregivers, le **informazioni** relative a:

- Fattori di rischio di caduta, legati a caratteristiche della persona
- Percorsi idonei per muoversi all'interno della stanza e per raggiungere i servizi igienici
- Ubicazione ed uso degli ausili, dei campanelli di chiamata e degli interruttori della luce
- Movimentazione del letto, sull'altezza di sicurezza e la frenatura del presidio
- Utilizzo di abbigliamento idoneo (*vestiario comodo, scarpe chiuse, con suola antiscivolo*).
- Esecuzione dei passaggi posturali in sicurezza se presenti problemi motori o deficit di forza
- Chiamata del personale se difficoltà di alzarsi o deambulare e /o uso del servizio igienico

GLI INTERVENTI SPECIFICI:

- Utilizzare letti ad altezza variabile, posizionarli al livello di altezza minima per favorire l'autonomia nella mobilità e limitare gli eventuali danni provocati dalla caduta da letto
- Collocare il paziente in una stanza o area che permetta di agevolare il più possibile la sorveglianza da parte degli operatori sanitari
- Favorire la presenza di familiari o caregivers
- Accompagnare in bagno, ad intervalli regolari, ove possibile, il paziente in trattamento farmacologico con diuretici e/o lassativi;
- Verificare il corretto posizionamento del presidio per l'incontinenza, quando presente, lo stato igienico prima del riposo notturno e durante la notte in occasione di risvegli
- Consegnare, se necessario, presidi per urinare, pappagalli o padelle, per evitare di recarsi ai servizi durante il riposo notturno
- Agli utenti con deficit motori, in collaborazione con il fisioterapista, favorire l'utilizzo di ausilio idoneo per la deambulazione, fornendo l'addestramento necessario e registrando in cartella le indicazioni date.
- Implementare gli interventi preventivi in presenza di terapia con farmaci (se >3) depressori del S.N.C.; considerare con il medico l'opportunità di rimodulare la terapia.
- Favorire il riposo evitando, se possibile, di infondere liquidi durante la notte.

SI IDENTIFICANO INTERVENTI DI CARATTERE:

CLINICO

- Trattare con priorità fattori predisponenti: es ipotensione, epilessia, disturbi neurologici...
- Soppesare l'utilizzo di ipnoinducanti o di farmaci che possono indurre stati confusionali;
- Se possibile spostare gli orari dei diuretici per ridurre i bisogni notturni di minzione;
- Ridurre la politerapia;
- Valutazione dell'apparato muscolo articolare e dell'andatura: patologie del piede, deficit di forza, ridotta escursione articolare, difficoltà nei passaggi posturali...)
- Valutazione sistema cardiocircolatorio: PA, FC, Soffi valvolari, aritmie, FA...
- Valutazione sistema neurologico: neuropatie periferiche (es diabetiche), parkinson/parkinsonismi...

ASSISTENZIALE

- Attivare tutto il team **multiprofessionale** (medici, fisioterapisti, infermieri, OSS, famiglia, volontari, MMG, badanti...) che agiscono in équipe sui fattori estrinseci modificabili;
- Fornire **l'assistenza specifica** a supporto delle limitazioni derivanti dalle patologie della persona (**cioè soddisfare i bisogni**), compensare la perdita funzionale;
- 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**;
- 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;
- Coinvolgere i **caregiver** e i familiari;
- Promuovere la **presenza** dei visitatori;
- Coinvolgere volontari, studenti, servizio civile, associazioni...per **aumentare la sorveglianza** e le attività nelle strutture per persone geriatriche;
- Modulare **l'intensità dell'assistenza** in funzione dei bisogni specifici della persona;
- Intensificare la **riabilitazione** (favorire il recupero di forza/equilibrio/recupero della funzione del cammino/autonomia nei movimenti...)
- Stendere un **piano integrato assistenziale/riabilitativo** assieme i colleghi fisioterapisti
-

AMBIENTALE

- 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**, buona **illuminazione**, ...)
- 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...)

ORGANIZZATIVO

- Studiare l'**epidemiologia del fenomeno** (quando si cade? Dove? Perché?)
- Intensificare la **sorveglianza** nell'intera giornata, anche nei momenti di minore attività
- **Assistenza 1:1** in casi di persone con bisogni di assistenza specifica
- **Segnalare il rischio della caduta** nel PAI e anche nella scheda di dimissione al termine della degenza
- Revisionare gli **ausili**
- Coinvolgere il tutto il **team** della Struttura
- Coinvolgere il **nucleo familiare** e i care givers
- **Formazione** mirata
- Fornire **materiale informativo**
- Adottare **poster** e **reminders**
- ...

LA CONTENZIONE NON E' PRATICA ATTA A RIDURRE IL RISCHIO DI CADUTA

Come enunciato nella D.G.R. del FVG N.1904 del 14 ottobre 2016 per il superamento della contenzione, la contenzione non è strategia preventiva delle cadute. E' responsabilità di tutta l'equipe assistenziale compiere un'adeguata valutazione multidimensionale e multidisciplinare, stendere ed attuare un piano di assistenza libero da pratiche di contenzione.



RETE CURE SICURE FVG

oggetto:

ADOZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE PER IL SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE NELLE
STRUTTURE SANITARIE SOCIO-SANITARIE E ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE
CONVENZIONATE CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.

Delibera n° 1904

Estratto del processo verbale della seduta del
14 ottobre 2016

LIBERTA'

SICUREZZA

LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA

 ASUGI Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana-Isonza REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA E PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE	ALLEGATO 1 P_24_00
MODULO		Pagina 1 di 3 22/08/2022

STRUTTURA _____

Cognome	spazio etichetta	Inizio ricovero
Nome		Data
Data di nascita/...../.....		Ora
N°Acc		

LA VALUTAZIONE INIZIALE DEL RISCHIO CADUTA SI EFFETTUA

- Alle persone di età > 18 anni in regime di ricovero ospedaliero o territoriale (RSA, Hospice, etc)
- Entro 24 ore dal ricovero e/o trasferimento da altra struttura/servizio

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA NON SI EFFETTUA

- Reparti di degenza intensiva e sub-intensiva
- Ostetricia
- Pediatria

perché in questi setting tutti i pazienti sono considerati ad alto rischio di caduta. Dovranno essere sempre pianificati interventi di prevenzione dedicati.

PUNTEGGIO SCALA SCHMID	RISCHIO DI CADUTA	INTERVENTI DA APPLICARE
< 3	NON A RISCHIO	➤ INTERVENTI UNIVERSALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE
≥ 3	A RISCHIO	➤ INTERVENTI UNIVERSALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE + ➤ INTERVENTI AGGIUNTIVI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

LA RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA SI EFFETTUA

- Dopo eventuali cadute durante il ricovero
- In caso di modificazioni significative dello stato di salute, coscienza e mobilità durante la degenza
- Dopo intervento chirurgico, indagine diagnostica o prestazioni con sedazione – ansiolisi
- Rivalutazione settimanale in caso di degenza superiore a 7 giorni
- Valutazione intermedia nei ricoveri in RSA
- Alla dimissione in caso di pazienti fragili o con necessità di continuità assistenziale

 ASUGI Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana-Isonza REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA E PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE	ALLEGATO 1 P_24_00
MODULO		Pagina 2 di 3 22/08/2022

INTERVENTI UNIVERSALI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

Devono essere forniti a tutti i pazienti ricoverati, ai familiari e ai caregivers, con informazioni verbali / opuscoli informativi relativi alle precauzioni standard da adottare per prevenire il rischio caduta quali:

Fattori di rischio di caduta, legati a caratteristiche della persona	SI	N.A.
Percorsi idonei per muoversi all'interno della stanza e per raggiungere i servizi igienici	SI	N.A.
Istruzioni su ubicazione ed uso degli ausili, dei campanelli di chiamata e degli interruttori della luce	SI	N.A.
Istruzioni sulla movimentazione del letto, sull'altezza di sicurezza e la frenatura del presidio	SI	N.A.
Indicazioni all'utilizzo di abbigliamento idoneo (vestiario comodo, scarpe chiuse con suola antiscivolo)	SI	N.A.
Se limitazione della mobilità informare sul modo con cui eseguire i passaggi posturali in sicurezza	SI	N.A.
Educazione alla chiamata del personale se difficoltà di alzarsi o deambulare e /o uso del servizio igienico	SI	N.A.

Legenda: SI = intervento effettuato NA = intervento non applicabile

VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA	VALUTA- ZIONE INIZIALE	MOTIVO RIVALUTAZIONE (CAD / MOD / INT / RIV / DIM)						
SCALA SCHMID								
VALUTAZIONE DELLA MOBILITA'								
Cammina con andatura sicura, senza alterazioni	0	0	0	0	0			
Cammina o si sposta con ausili o con aiuto	1	1	1	1	1			
Cammina con andatura malferma e senza aiuto	1	1	1	1	1			
Impossibilitato a camminare o spostarsi	0	0	0	0	0			
VALUTAZIONE DELLO STATO COGNITIVO								
Vigile e orientato	0	0	0	0	0			
Confuso a tratti (confusione periodica)	1	1	1	1	1			
Confusione costante	1	1	1	1	1			
Comatoso / non risponde agli stimoli	0	0	0	0	0			
VALUTAZIONE DELL'ELIMINAZIONE								
Autonomo nell'eliminazione	0	0	0	0	0			
Indipendente, con alterazioni dell'alvo e della diuresi	1	1	1	1	1			
Necessita di assistenza nell'igiene personale	1	1	1	1	1			
Incontinente	0	0	0	0	0			
VALUTAZIONE PREGRESSE CADUTE								
SI – Prima del ricovero (ultimi 6 mesi)	1	1	1	1	1			
SI – Durante il ricovero (data)	2	2	2	2	2			
NO - Nessuna caduta	0	0	0	0	0			
Non ricorda / non riferisce precedenti cadute	1	1	1	1	1			
TERAPIA FARMACOLOGICA								
Assunzione di farmaci anticonvulsivi / psicotropi / ipnotici	2	2	2	2	2			
PUNTEGGIO TOTALE								
SE ≥ 3 ➡ PAZIENTE A RISCHIO DI CADUTA								
IL SOGGETTO E' A RISCHIO DI CADUTA ?	SI'	NO	SI'	NO	SI'	NO	SI'	NO
Firma valutatore								
Data / ora valutazione								

Legenda: CAD = caduta durante il ricovero, MOD = modificazioni significative dello stato di salute, INT = intervento chirurgico / procedure invasive o in sedazione, RIV = rivalutazione a 7 giorni o intermedia se RSA DIM = rivalutazione per dimissione se paziente fragile

 ASUGI Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana-Isonza REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA	VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA E PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE	ALLEGATO 1 P_24_00
MODULO		Pagina 3 di 3 22/08/2022

INTERVENTI DI PREVENZIONE NEL PAZIENTE A RISCHIO DI CADUTA

Da compilare sempre se punteggio SCALA SCHMID > 3

La decisione di scegliere se e quali provvedimenti mettere in atto va presa tenendo conto della valutazione clinica del singolo paziente

INTERVENTI DI PREVENZIONE	Data	Data	Data	Data
Utilizzare letti ad altezza variabile, posizionarli nel livello di altezza minima per favorire l'autonomia nella mobilità e limitare gli eventuali danni provocati dalla caduta da letto	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Collocare il paziente in una stanza o area che permetta di agevolare il più possibile la sorveglianza da parte degli operatori sanitari	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Favorire la presenza di familiari o caregivers	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Accompagnare in bagno, ad intervalli regolari, ove possibile, il paziente in trattamento farmacologico con diuretici e/o lassativi	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Verificare il corretto posizionamento e lo stato igienico del presidio per l'incontinenza, prima del riposo notturno e durante la notte in caso di risvegli. Consegnare, se necessario, pappagalli o padelle, per evitare di recarsi in bagno durante la notte	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Agli utenti con deficit motori, in collaborazione con il fisioterapista, favorire l'utilizzo di ausilio idoneo per la deambulazione, fornendo l'addestramento necessario e registrando in cartella le indicazioni date	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Implementare gli interventi preventivi in presenza di terapia con farmaci (se ≥ 4) depressori del S.N.C.; considerare con il medico l'opportunità di rimodulare la terapia. Se possibile non infondere liquidi durante la notte	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.
Firma valutatore				

Legenda: SI = intervento opportuno ed applicabile, NO = intervento non opportuno NA = intervento non applicabile (documentare il motivo)



Quando però le cose sono andate male:



GESTIONE DEL PAZIENTE CADUTO

Nel caso in cui si verificasse la caduta di un paziente nel corso della degenza andranno intrapresi i seguenti provvedimenti:

1. **Valutare i parametri vitali** e lo stato di coscienza; se necessario applicare il protocollo **BLSD**.
2. Accertare l'eventuale **presenza di ferite**, ematomi e/o segni/sintomi suggestivi di frattura;
Se l'infortunato è cosciente ed orientato **chiedere se lamenta dolore** in qualche punto specifico, valutare la **mobilità attiva** degli arti ed accertare la presenza di eventuali parestesie o formicolii; se possibile, **chiedere notizie su come è avvenuta la caduta**, facendo indicare quale segmento del corpo è stato interessato dal trauma per orientare l'attenzione sul possibile danno.
3. **Mobilizzare la persona solo dopo la valutazione, tranquillizzare** l'infortunato, posizionarlo in maniera appropriata e confortevole.
4. **Comunicare al medico** la caduta del paziente, i dati dei parametri e i problemi già rilevati, in modo che possa effettuare tempestivamente una valutazione clinica e formulare le eventuali relative prescrizioni.
5. Mobilizzare l'infortunato in sicurezza utilizzando, se necessario **ausili per l'immobilizzazione** e/o particolari tecniche di mobilizzazione (collare, barella a cucchiaio, barella spinale, tutori,...)
6. Garantire l'esecuzione di eventuali **accertamenti diagnostici e provvedimenti terapeutici** prescritti
7. **Documentare in cartella clinica** (Cartella Infermieristica/Cartella Sanitaria Integrata/ scheda dedicata) l'evento e i dati di monitoraggio
Rivalutare il rischio di caduta del paziente e modificare il programma di prevenzione delle cadute, piano di assistenza.
8. **Monitorare** l'infortunato nelle ore successive, in particolare se ha riportato fratture e/o trauma cranico.
9. **Informare la famiglia** dell'assistito sulla caduta del parente.
10. Condividere, se possibile, con la persona assistita e/o caregiver la **percezione dell'esperienza**, valutando insieme i fattori che hanno determinato la caduta e gli eventuali interventi sui fattori di rischio modificabili e le azioni di prevenzione.
11. **Segnalare l'evento caduta al Servizio Rischio Clinico, utilizzando la scheda informatizzata (solo se non possibile utilizzare la scheda cartacea ("Scheda di segnalazione delle cadute accidentali" di cui all' allegato 2))**
12. Attuare azioni di **educazione alla prevenzione** delle cadute all'assistito e ai caregiver.
13. Nella **lettera di dimissione segnalare** l'evento caduta durante il ricovero

SEGNALAZIONE DELL'EVENTO CADUTA

La segnalazione relativa ad episodi di caduta va fatta solitamente utilizzando una scheda informatizzata o cartacea di segnalazione che viene inviata all'unità di gestione del Rischio Clinico dell'Azienda.

Devono essere segnalate tutte le cadute, anche se non hanno provocato danno.

Sulla scheda di segnalazione è necessario indicare con precisione le conseguenze della caduta del paziente e il danno riportato.



Le schede di segnalazione delle cadute raccolgono informazioni più specifiche delle semplici schede di *incident reporting*.

Si raccolgono informazioni sul momento specifico della caduta, l'ambiente, le persone che hanno assistito, i fattori predisponenti, i fattori ambientali...

Le Unità di Rischio Clinico all'interno delle Aziende Sanitarie elaborano i dati che derivano dalle segnalazioni e forniscono un report periodico che sta alla base dell'analisi dei fattori predisponenti della struttura e dell'avvio delle azioni di miglioramento che devono essere introdotte.

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLA CADUTA

DOVE SI E' VERIFICATO L'EVENTO			
☐ Ospedale TS Maggiore	☐ Distretto 1	☐ Distretto Alto Isontino	☐ Dipartimento Delle Dipendenze
☐ Ospedale TS Cattinara	☐ Distretto 2	☐ Distretto Basso Isontino	☐ Dipartimento Salute Mentale
☐ Ospedale Gorizia	☐ Distretto 3		☐ Dipartimento Prevenzione
☐ Ospedale Monfalcone	☐ Distretto 4		☐ Altro _____

Struttura segnalante _____

DATI RELATIVI AL PAZIENTE		
DATI ANAGRAFICI (compilare dati o utilizzare etichetta identificativa)	Cognome _____	Anni _____
	Nome _____	Genere ☐ Maschi
	Data di Nascita ____ / ____ / ____	☐ Femmi
	N° cartella clinica _____	

INFORMAZIONI GENERALI	QUANDO E' SUCCESSO	Data ____ / ____ / ____ Ora _____	☐ Festivo	☐ Mattina
	DOVE E' ACCADUTO L'EVENTO	☐ Stanza di degenza	☐ Ambulatorio	☐ Pomeriggio
		☐ Bagno	☐ Spazi comuni	☐ Notte
	MODALITA' DI CADUTA	☐ Corridoio	☐ Altro _____	
☐ Sala d'attesa/soggiorno				
	☐ Dal letto/barella senza spondine			
	☐ Dal letto/barella con spondine			
	☐ Dalla sedia/poltrona/carrozzina/wc			
	☐ Durante trasferimento letto/ barella/carrozzina/wc			
	☐ Durante la deambulazione			
	☐ Altro _____			

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA E INTERVENTI DI PREVENZIONE	
SCALA DI VALUTAZIONE UTILIZZATA	DATA ULTIMA VALUTAZIONE ____ / ____ / ____
☐ Schimd ☐ Conley ☐ Tinetti ☐ Stratify ☐ Reparto ad alto rischio con esclusione di valutazione del rischio ☐ Non è stata fatta la valutazione	ESITO VALUTAZIONE ☐ Paziente A RISCHIO caduta ☐ Paziente NON A RISCHIO caduta
Sono stati applicati gli interventi universali di prevenzione delle cadute ? ☐ Sì ☐ No	

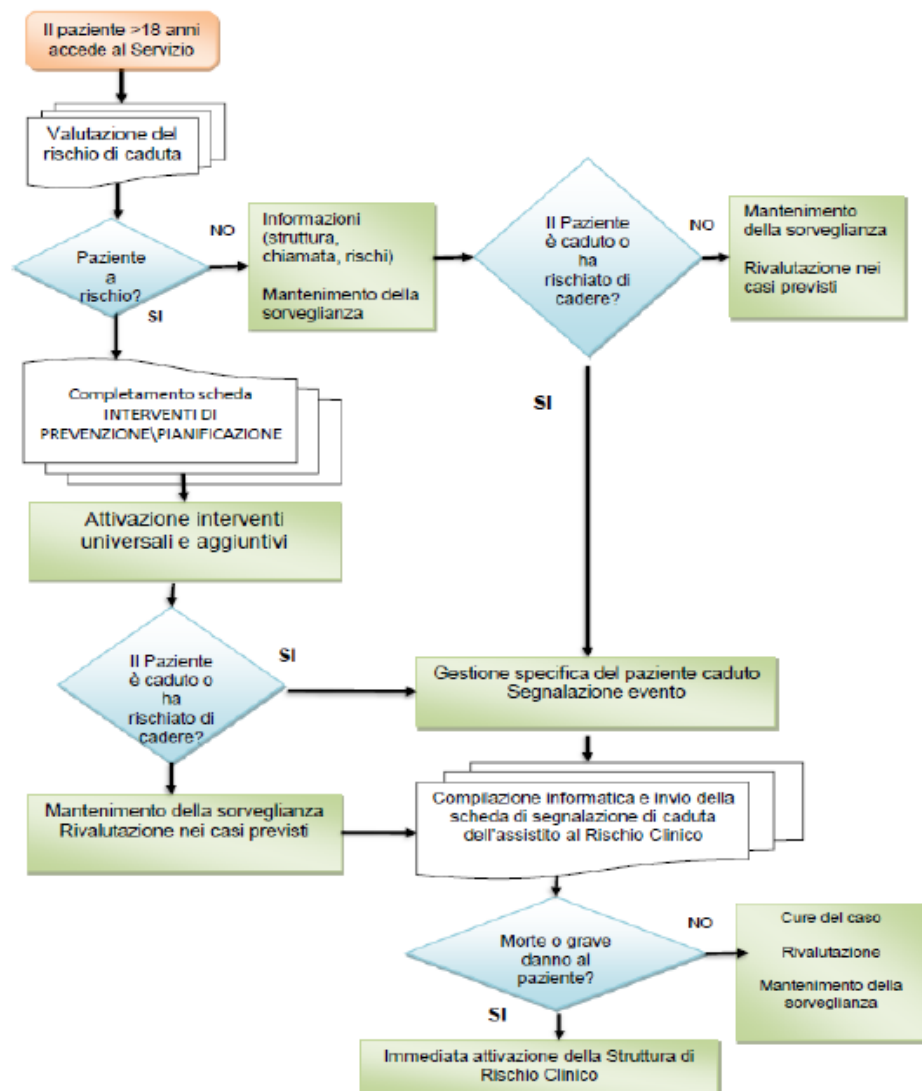
FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (sono possibili scelte multiple)	
FATTORI LEGATI ALL'AMBIENTE	☐ Pavimento bagnato ☐ Pavimenti con dislivelli e/o discontinuità ☐ Presenza di materiali o ingombri ☐ Assenza di corrimano ☐ Illuminazione scarsa
FATTORI LEGATI AGLI ARREDI E AUSILI	☐ Letto/barella posizionato troppo alto ☐ Letto/barella non frenato ☐ Poltrona /comoda non frenata ☐ Sedia non idonea (poco capiente, assenza di braccioli, schienale fragile) ☐ Cedimento di ausili / ausili inadeguati
FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	☐ Perdita di equilibrio ☐ Cedimento/perdita di forza ☐ Capogiro/svenimento ☐ Terapia con farmaci che aumentano il rischio di caduta (sedativi del SNC, diuretici, ipotensivi, antiaritmici, polifarmacoterapia) ☐ Calzature inadeguate
FATTORI LEGATI AL PERSONALE	☐ Manovra di mobilizzazione non coordinata tra operatori ☐ Altro _____

VALUTAZIONE DEL DANNO	
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESCRITTI	☐ Nessuno ☐ Monitoraggio/osservazione ☐ Rx scheletrica ☐ TAC ☐ Visita specialistica ☐ Altro _____
TIPO DI DANNO RIPORTATO DAL PAZIENTE	☐ Nessuno ☐ Ferita che necessita di medicazione ☐ Distorsione / lussazione ☐ Altro _____ ☐ Contusione, ematoma, abrasione ☐ Ferita che necessita di sutura ☐ Frattura
SEDE DEL DANNO	☐ Testa / collo ☐ Torace ☐ Dorso ☐ Addome ☐ Pelvi ☐ Arto superiore destro ☐ Arto superiore sinistro ☐ Arto inferiore destro ☐ Arto inferiore sinistro ☐ Altro _____

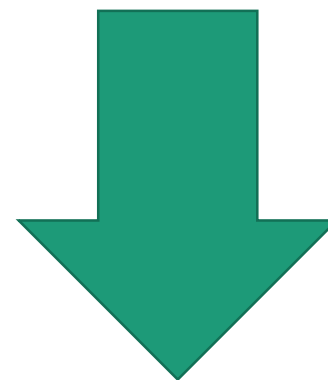
GRAVITA' DEL DANNO RIPORTATO DAL PAZIENTE			
GRAVITA'		ESEMPI	
Basso	☐	ASSENZA DI DANNO APPARENTE	Non si riscontra nessuna lesione cutanea, la mobilità articolare è conservata, non segnalato dolore alla palpazione ed al movimento
	☐	ESITO MINORE	Contusioni, ematomi, abrasioni, ferite da taglio e/o lacero contuse superficiali che non necessitano di sutura
Moderato	☐	ESITO MODERATO	Ferite da taglio o lacero contuse che necessitano di sutura e/o steri-strip, distorsione e/o lussazione d'arto, trauma cranico lieve, dislocazione di cateteri, drenaggi, linee infusionali, fratture che richiedono un trattamento conservativo e senza immobilizzazione gessata
	☐	ESITO TRA MODERATO e SIGNIFICATIVO	Fratture che richiedono immobilizzazione gessata o trattamento chirurgico, lussazioni, lesioni che richiedono un intervento chirurgico minore, condizione clinica che necessita di ricovero ospedaliero, trasferimento da RSA ad ospedale per acuti o trasferimento in altro reparto (es. ortopedia)
Severo	☐	ESITO SIGNIFICATIVO	Intervento chirurgico maggiore, necessità di trasferimento in area intensiva, prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione
	☐	ESITO SEVERO/ MORTE	Disabilità permanente / lesione che ha contribuito al decesso

Data: ____ / ____ / ____ COGNOME NOME compilatore _____

FLOW CHAT PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE ACCIDENTALI



NEL CASO DI UN EVENTO SENTINELLA



ATTIVAZIONE IMMEDIATA DELLA STRUTTURA DI RISCHIO CLINICO

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

PREVENIRE LE CADUTE IN OSPEDALE, RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA) E CASE DI RIPOSO

INFORMAZIONI PER LE PERSONE A RISCHIO DI CADUTA

COME POSSO PREVENIRE LE CADUTE?

- usi scarpe o pantofole chiuse, della giusta misura senza lacci e con suole antiscivolo;
- indossi vestiti comodi che non le impediscono i movimenti;
- tenga le cose che le servono sul comodino, così non farà movimenti pericolosi per raggiungerli;
- tenga il letto nella posizione più bassa possibile, così è più facile salire o scendere;
- cammini quando il pavimento è asciutto: un cartello giallo con il segnale di pericolo indica dove il pavimento è bagnato;
- faccia attenzione quando il personale fa le pulizie;
- quando va in bagno utilizzi sempre i maniglioni, la aiuteranno ad alzarsi ed a sedersi più facilmente sul water;
- vada in bagno prima di dormire, così eviterà di alzarsi durante la notte;
- eviti di alzarsi da solo se:
 - è notte;
 - le gira la testa;
 - si sente male;
 - si sente debole.

In questi casi chiami il personale e attenda il loro arrivo.

SE CADO COSA DEVO FARE?

- Chiami subito il personale, con il campanello di allarme.
- Chiami il personale anche se non si è fatto male.
- Se non riesce a raggiungere il campanello, chiedi alla persona più vicina di avvisare il personale.
- I campanelli di allarme sono disponibili anche nei bagni. Chiedi al personale di mostrarle quali sono.

SONO UN PARENTE O ASSISTO UN PAZIENTE A RISCHIO, COSA POSSO FARE?

Si assicuri che il paziente segua le indicazioni di questo foglio.

Può segnalare al personale eventuali pericoli, come ad esempio buche, ostacoli o pavimento bagnato.

In caso di dubbi, si rivolga al personale.

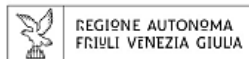
Ottobre 2015

A cura del gruppo referenti aziendali "La prevenzione delle cadute accidentali".

Gli autori dichiarano che le informazioni contenute in questa informativa non hanno sponsorizzazioni o conflitti di interesse. Le informazioni contenute non sostituiscono il rapporto medico/infermiere e paziente.

INFORMAZIONI UTILI

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE



PREVENIRE LE CADUTE ACCIDENTALI A DOMICILIO

INFORMAZIONI PER LE PERSONE A RISCHIO DI CADUTA.

COME POSSO PREVENIRE LE CADUTE A CASA?

È molto importante vivere in un ambiente sicuro ed evitare comportamenti pericolosi.

Illuminazione:

- illumini bene le stanze di casa.

Pavimenti:

- eviti di usare i tappeti;
- eviti di usare la cera;
- non cammini quando il pavimento è bagnato;
- stia attento ai gradini ed ai pavimenti rotti o irregolari.

Bagni:

- usi appoggi fissi o maniglioni per non scivolare nella doccia o nella vasca;
- metta un maniglione a muro vicino al water. Lo usi per alzarsi o sedersi;
- metta un rialzo sulla tavoletta del water. Potrà sedersi ed alzarsi più facilmente.

Scale:

- tenga le scale libere da tappeti od altri ostacoli;
- utilizzi il corrimano.

Arredamento:

- mantenga le zone di passaggio libere da ostacoli;
- stia attento ai giocattoli lasciati in giro dai bambini;
- non usi prolunghe e fili elettrici volanti;
- utilizzi poltrone o sedie con braccioli per i momenti di riposo.

Abbigliamento:

- usi scarpe o pantofole chiuse, della giusta misura, senza lacci e con suole antiscivolo;
- indossi vestiti comodi che non impediscano i movimenti;
- stia seduto quando si veste e quando si toglie vestiti e calzature.

Vita quotidiana:

- non salga su scalette o sedie ma si faccia aiutare;
- stia attento a cani e gatti: possono farla inciampare;
- usi gli strumenti che l'aiutano a muoversi in modo corretto e sicuro. Per esempio il bastone, le stampelle, il girello o la carrozzina. Il personale del distretto sanitario, le darà tutte le informazioni per usare gli strumenti in modo corretto.

INFORMAZIONI UTILI

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE



COME EVITO DI CADERE FUORI CASA?

- Non esca se c'è vento forte.
- Non esca se c'è neve o ghiaccio.
- Non esca quando piove.
- Faccia attenzione alle foglie sparse per terra.
- Se è stanco o si sente poco bene si sieda su una panchina.
- Aspetti che l'autobus sia fermo prima di salire e di scendere.
- Stia attento ai gradini quando entra ed esce dai negozi o dai locali.
- Stia attento a non inciampare nei marciapiedi.
- Stia attento alle buche sulla strada.

TRE SEMPLICI REGOLE PER PREVENIRE TUTTE LE CADUTE

Per diminuire il rischio di cadere, segua queste semplici regole:

- faccia esercizio fisico seguendo le indicazioni del personale sanitario: migliora l'equilibrio, la coordinazione, la forza e l'agilità;
- controlli le medicine: chiedi al suo medico di controllare le medicine che lei prende, alcune medicine aumentano il rischio di cadere;
- controlli la vista: se lei usa gli occhiali o ha problemi agli occhi, faccia i regolari controlli della vista.

Per qualsiasi dubbio contatti il suo medico.

Annoti di seguito, le domande che ritiene importante fare:

Ottobre 2015

A cura del gruppo referenti aziendali "La prevenzione delle cadute accidentali".
Gli autori dichiarano che le informazioni contenute in questa informativa non hanno sponsorizzazioni o conflitti di interesse.
Le informazioni contenute non sostituiscono il rapporto medico/infermiere e paziente.

Si ringrazia la Biblioteca Scientifica e per i pazienti del CRO di Aviano
per la collaborazione nel controllo della qualità linguistica e formale dell'informativa.
La presente informativa è stata sottoposta alla valutazione di associazioni di volontariato.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE

ex Ufficio III

**RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA
CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE**

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1639_allegato.pdf

Le cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie possono causare gravi danni e, in alcuni casi, procurare la morte.

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta.

La presente Raccomandazione si pone come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie e può trovare utile applicazione anche per la compressione del rischio di tale evento e per una appropriata ed efficace gestione del paziente a seguito di caduta.

NON CADERE!

**DURANTE LA MALATTIA LE PERSONE POSSONO
CADERE ANCHE SE NON ERA MAI SUCCESSO PRIMA!**



**USARE SCARPE
BASSE COMODE E
CHIUSE**



**INDOSSARE
VESTITI COMODI**

**ORDINE SUL
COMODINO!
ORDINE ATTORNO
AL LETTO!**



**NON CAMMINARE SUL
PAVIMENTO BAGNATO**

**USARE I MANIGLIONI
PER TENERSI NEL
BAGNO**



**ANDARE SEMPRE IN
BAGNO PRIMA DI
CORICARSI PER NON
ALZARSI DURANTE LA
NOTTE**



**CAMPANELLO A PORTATA DI MANO!
CI CHIAMO PER AVERE AIUTO!**



BIBLIOGRAFIA

1. Oliver D. et al, Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses, BMJ, 2007; 334: 82.
2. Harlein J., Dassen T. et al, Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: a systematic review, J. Advanc. Nursing, 2009; 65: 922.
3. Atti del 6° Congresso Nazionale AGE, La Geriatria: punto d'incontro tra territorio ed ospedale nella gestione della "fragilità" e della "complessità di cura", Parma, 2009.
4. Allen M. L., Ballard C. G. et al, Incidence and prediction of falls in Dementia: a Prospective Study in Older People, PloS ONE 4(5):e5521, 2009.
5. Palese A, Gonella S, Lant A, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, Bazoli L, Casson P, Marin M, Padovan M, Picogna M, Taddia P, Salmaso D, Chiari P, Frison T, Marognolli O, Canzan F, Ambrosi E, Saiani L. Post-hoc validation of the Conley Scale in predicting the risk of falling with older in-hospital medical patients: findings from a multicentre longitudinal study. Aging Clin Exp Res. 2016 Feb;28(1):139-46. doi: 10.1007/s40520-015-0378-4. Epub 2015 May 30. PMID: 26025462.
6. Schmid NA. 1989 Federal Nursing Service Award Winner. Reducing patient falls: a research-based comprehensive fall prevention program. Mil Med. 1990 May;155(5):202-7. PMID: 2114579.
7. U. Senin, A. Cherubini, P. Mecocci, PAZIENTE ANZIANO PAZIENTE GERIATRICO MEDICINA DELLA COMPLESSITA'. Fondamenti di gerontologia e di geriatria, EdiSES, Edizione Terza, 2010
8. Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN, DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE, *raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie*, 2011
9. Giorgio Nebuloni, ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA ANZIANA. Casa Editrice Ambrosiana. Edizione Seconda, aprile 2017