

Infermieristica applicata alla persona in età geriatrica

L'INVECCHIAMENTO

- U. Senin, A. Cherubini, P. Mecocci,
**PAZIENTE ANZIANO PAZIENTE GERIATRICO MEDICINA DELLA
COMPLESSITA'.** Fondamenti di gerontologia e di geriatria.
EdiSES, Edizione Terza, 2010

- **Giorgio Nebuloni,**
ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA ANZIANA.
Casa Editrice Ambrosiana. Edizione Seconda, aprile 2017

- Materiale fornito dalla docente nella piattaforma Moodle

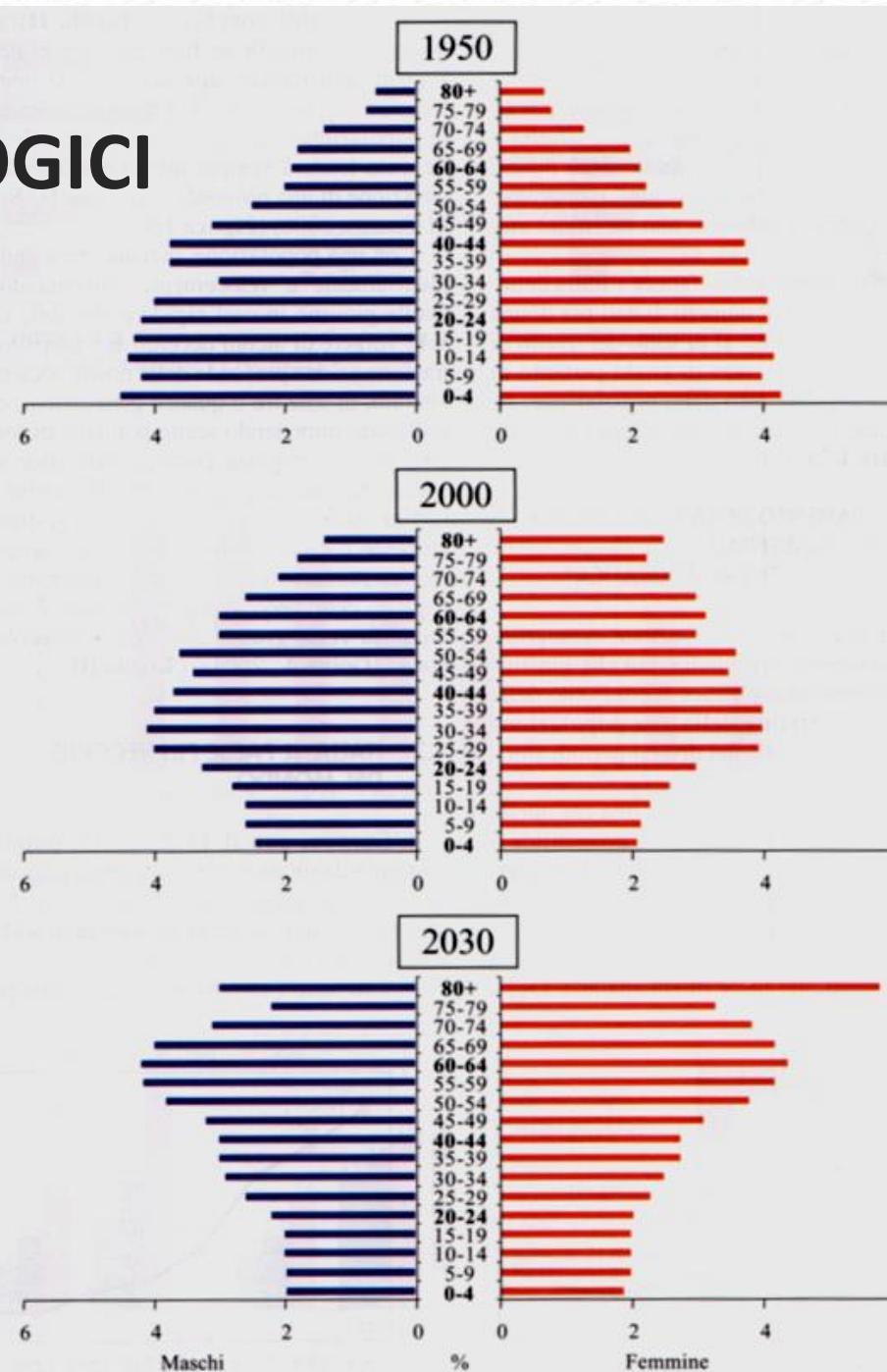
TESTI DI RIFERIMENTO



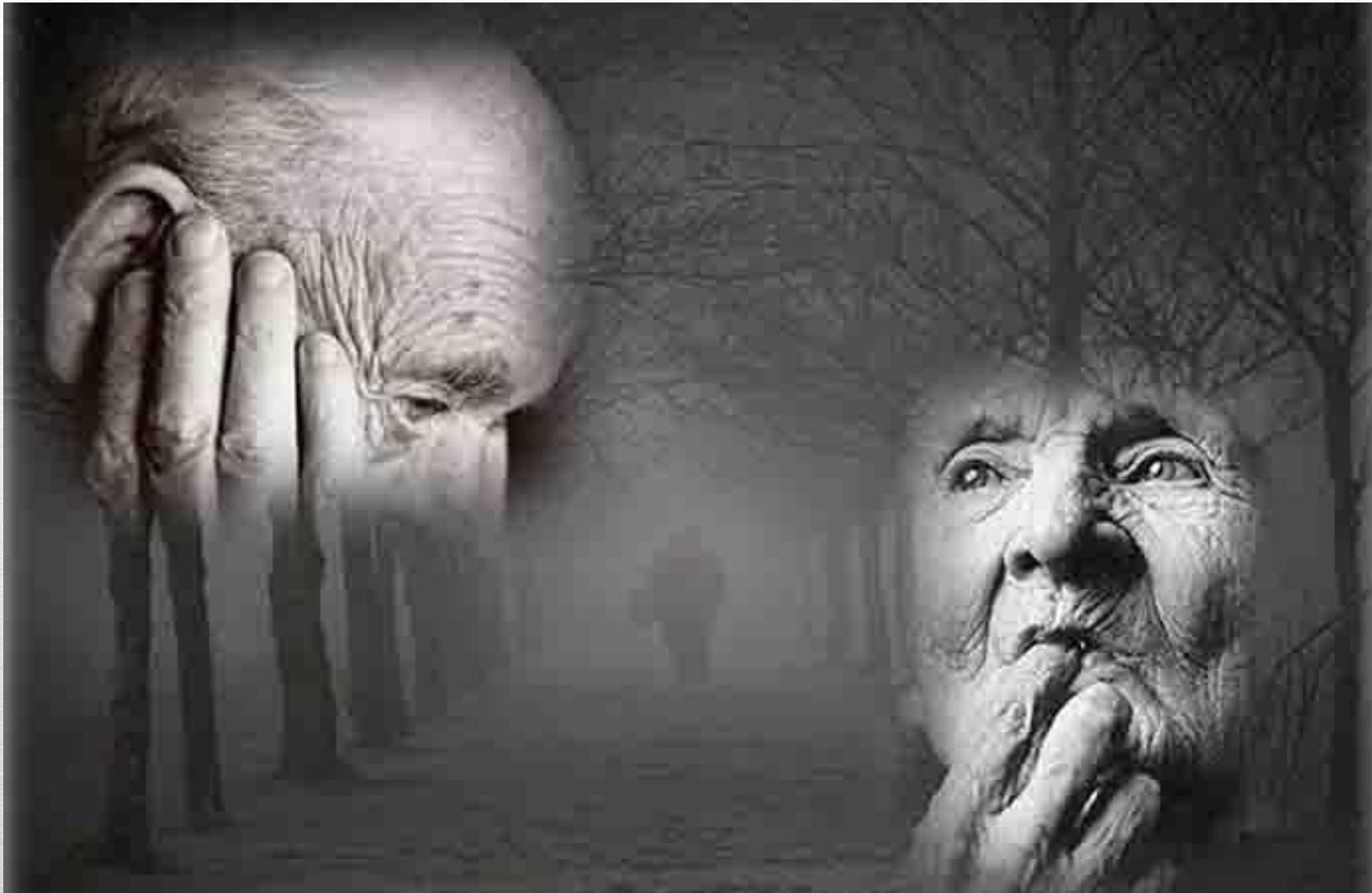
OBIETTIVI DELLA MEDICINA E ASSISTENZA GERIATRICA

- Assistenza globale del paziente, non soltanto trattamento della malattia
- Prevenzione della disabilità (qualsiasi limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o con l'ampiezza considerati normali)
- Miglioramento e/o mantenimento delle capacità funzionali del paziente e della sua qualità di vita
- Prevenzione
- Assistenza al malato terminale

GLI ASPETTI EPIDEMIOLOGICI



Composizione percentuale della popolazione italiana nel 1950, nel 2000, nel 2030 (proiezione) in rapporto alla età e al sesso. (U.S. Bureau of Census, 2000)



**Chi è
l'anziano**

Soggetto a massima individualità biologica, del quale non è possibile identificare un modello di riferimento espressione di normalità.

L'anziano

L'invecchiamento è un processo fisiologico naturale che costituisce «il complesso delle modificazioni cui l'individuo va incontro, nelle sue strutture e nelle sue funzioni, in relazione al progredire dell'età»

(Cesa-Bianchi 1987)

MATURAZIONE E ACCRESCIMENTO= è il processo attraverso il quale l'individuo aumenta quantitativamente le sue funzioni e strutture, e le differenzia qualitativamente.

SENEZENZA= è il processo attraverso cui l'individuo diminuisce quantitativamente le proprie strutture e perde progressivamente le proprie funzioni.

Il processo di invecchiamento si differenzia sia tra una persona e l'altra, sia all'interno dello stesso individuo nella evoluzione diversa di apparati, tessuti e organi.

L'ETA'

Esiste una grande variabilità inter-individuale nel processo di invecchiamento, per cui spesso si può osservare una dissociazione tra età cronologica (anni) ed età biologica:

ETA' BIOLOGICA: è la posizione attuale della persona rispetto alla potenziale durata della sua vita. E' affine alla età cronologica, ma non è sovrapponibile.

ETA' PSICOLOGICA: è riferita alle capacità adattive di una persona, manifeste con il suo comportamento.

ETA' SOCIALE: è riferita alle abitudini e ai ruoli sociali.

Questi aspetti della evoluzione della persona sono **interdipendenti**.

L'invecchiamento

L'invecchiamento è un processo **continuo, progressivo e modulabile**, che si caratterizza per una estrema **eterogeneità**, sia **interindividuale**, nel senso che si sviluppa con velocità diversa da soggetto a soggetto, che **intraindividuale**, non interessando in maniera omogenea nello stesso soggetto i diversi organi ed apparati e, all'interno di essi, le diverse componenti. Inoltre, è un processo caratterizzato da **marcata ed inesorabile perdita di funzioni** con l'età.

L'invecchiamento

Processo continuo e progressivo che si caratterizza per una estrema eterogeneità

ETEROGENEITA'
INTERINDIVIDUALE

Interindividuale: si sviluppa con velocità diversa da soggetto a soggetto

ETEROGENEITA'
INTRAINDIVIDUALE

Intraindividuale: interessa in maniera disomogenea nello stesso soggetto i diversi organi ed apparati e, all'interno di essi, le diverse componenti a causa della diversa velocità di invecchiamento degli organi.

L'invecchiamento comporta marcati cambiamenti nella composizione corporea, quale espressione di fattori genetici ed ambientali

“....muro vecio fa panza”



INVECCHIAMENTO

Modificazioni fisiopatologiche età-correlate

Aumentata prevalenza di patologie croniche

INVECCHIAMENTO

MALATTIA

Alcuni aspetti dell'invecchiamento non sono distinguibili da quelli indotti da processi patologici, che peraltro frequentemente coesistono.

Non esistendo biomarcatori dell'invecchiamento, è difficile distinguere ciò che è espressione dell'invecchiamento fisiologico da ciò che è determinato dalla patologia

LA RISERVA FUNZIONALE ORGANICA

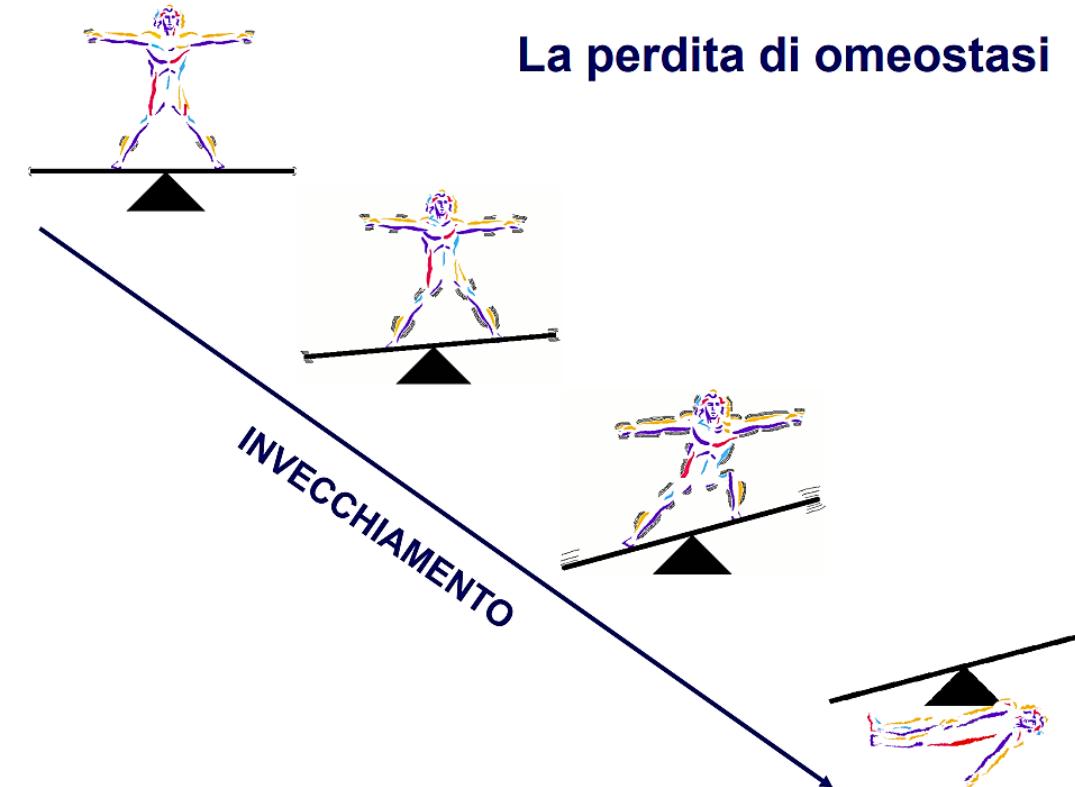
- L'invecchiamento è caratterizzato da un **graduale declino della riserva funzionale organica** che riduce progressivamente la **capacità di mantenere l'omeostasi** (l'equilibrio interno del corpo), soprattutto in condizioni di stress.
- Omeostasi (dal greco ómoios, "simile", e stasis, "posizione"): "capacità di un organismo di mantenere costanti le condizioni chimico-fisiche interne anche al variare delle condizioni ambientali esterne
- Si ritiene che per la maggior parte dei sistemi fisiologici la perdita funzionale **inizi a 30-40 anni** di età e poi proceda ad un ritmo di **circa 1% l'anno**.
- Tuttavia, sebbene tale processo sia continuo e irreversibile, il processo d'invecchiamento **NON rappresenta una patologia**.
- Esiste una **grande variabilità** inter-individuale sia in termini di **presenza**, che di **velocità** di progressione delle modificazioni funzionali età-correlate.
- Il processo d'invecchiamento, dunque, **non rappresenta per definizione una condizione patologica**, ma può rappresentare un **fattore predisponente** per lo sviluppo di alcune condizioni patologiche.

LA PERDITA DELL'OMEOSTASI

In termini strettamente fisiologici l'invecchiamento consiste in una perdita progressiva delle riserve organiche e nella compromissione dei meccanismi omeostatici che è particolarmente evidente sotto condizioni di stress.

La minor efficienza omeostatica comporta:

- una risposta più lenta agli stimoli
- una più ampia variazione funzionale
- un ritorno più lento alla condizione di equilibrio



MODIFICHE FISIOLOGICHE DELL'INVECCHIAMENTO

SNC	Riduzione di attenzione, velocità cognitiva, memoria a breve termine, insonnia
MIDOLLO & NERVI PERIFERICI	Rallentamento riflessi, deficit sensoriali, ipotrofia muscolare
S. CARDIOVASCOLARE	Ipertensione, ipotensione ortostatica, ridotta tolleranza allo sforzo
S. RESPIRATORIO	Ridotta ventilazione, ridotta tolleranza allo sforzo, ipossia
APPARATO GASTROENTERICO	Dispepsia, acloridria, stipsi, diverticolosi, ernie
APPARATO RENALE	Ridotta capacità di concentrare o diluire le urine, ridotto metabolismo dei farmaci
S. MUSCOLO-SCHELETRICO	Riduzione della forza, facilità cadute, riduzione della statura, facilità alle fratture
S. ENDOCRINO	Menopausa, ridotta tolleranza al glucosio o diabete senile
VISTA	Presbiopia, riduzione visione notturna, aumento sensibilità all'abbigliamento
UDITO	Presbiacusia, ipoacusia
OLFATTO	Riduzione dell'olfatto
GUSTO	Riduzione del gusto, ridotta alimentazione
CUTE & ANNESSI	Rugosità, porpora senile, secchezza cutanea, canizie, calvizie, alterazioni ungueali

FATTORI CHE INFLUENZANO L'INVECCHIAMENTO

- **PATRIMONIO GENETICO**: definisce i tempi dell'invecchiamento
- **EDUCAZIONE/CULTURA**: un buon livello educativo e culturale agiscono favorevolmente sull'invecchiamento, la povertà di stimoli culturali porta a un rapido decadimento delle funzioni della persona
- **ECONOMIA**: la senescenza si attua in maniera più sfavorevole in persone appartenenti a classi sociali svantaggiate
- **SALUTE**: l'insorgenza di malattie può far precipitare l'invecchiamento
- **PERSONALITA'**: le persone attive, estroverse, tenaci hanno più risorse per rallentare l'involuzione rispetto a persone disimpegnate, introverse, labili...
- **FAMIGLIA**: l'invecchiamento varia molto se la persona vive in coppia, da sola, o in nuclei familiari più numerosi
- **AMBIENTE**: l'invecchiamento è espressione di una interazione continua con l'ambiente

Health is crucial to how we experience older age.

► WHAT INFLUENCES HEALTH IN OLDER AGE

INDIVIDUAL



Behaviours



Genetics



Disease

ENVIRONMENT THEY LIVE IN



Housing



Assistive technologies



Social facilities



Transport

DISEGNO TRATTO DA:

<http://www.uneba.org/giornata-mondiale-dellanziano-il-messaggio-dellorganizzazione-mondiale-della-sanit/>



INVECCHIARE
BENE

PER UN BUON INVECCHIAMENTO

PROMUOVERE STILI DI VITA E COMPORTAMENTI SANI:

attività fisica, alimentazione corretta, rapporti sociali, hobbies, continuare a coltivare i propri interessi, amicizie e relazioni sociali significative.

PREVENIRE IL PEGGIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLA VITA:

se ci sono problemi economici bisogna avvalersi della rete di supporto dei servizi pubblici

MANTENERE UNA VITA ATTIVA:

mantenersi intellettivamente attivi, partecipare a reti di volontariato, attività pubbliche e private, non rinunciare a ciò che fa piacere (cinema, vacanza, relazioni...)

PREVENIRE/CURARE LA CRONICITA':

partecipare ai programmi promossi dal SSN (prevenzione tumore utero, colon, mammella, ictus), una visita di screening almeno una volta all'anno, controllare PA e peso...

RIMUOVERE LE CONDIZIONI DI RISCHIO:

no a solitudine e isolamento, curare vista, udito, masticazione e dentatura, assumere le terapie prescritte, adattare l'abitazione alle proprie necessità.

1. **Nessun uomo è un'isola**: curare la vita sociale
2. **La cucina, arte della salute**: 5 porzioni al giorno di frutta e verdura
3. **Mantenere un peso corporeo adeguato**: lotta contro il diabete, le cardiopatie, e l'insorgenza delle patologie legate al sovrappeso e obesità.
4. **Praticare regolarmente attività fisica**
5. **Ridurre l'assunzione di alcolici**
6. **Fumo? No grazie**: un fumatore perde mediamente nel mondo 13 anni in aspettativa di vita. L'OMS riconosce nel fumo la prima causa di morte evitabile nel mondo.
7. **Il sole è vita, ma senza esagerare!** proteggere la pelle che più di ogni altro organo subisce gli effetti dell'invecchiamento nel corpo.
8. **Utilizzare sempre le opportunità della prevenzione in medicina**
9. **Prevenire gli incidenti domestici**: gli incidenti domestici uccidono il doppio degli incidenti stradali, e dieci volte gli incidenti sul lavoro. 1/3 degli incidenti domestici riguarda gli anziani.
10. **Il corretto uso dei farmaci**



ANZIANI E
MALATTIA

L'aumento dell'aspettativa di vita consente alla popolazione di raggiungere **età avanzate in discreto benessere**. Contemporaneamente tuttavia si assiste ad una crescita esponenziale di una nuova categoria di malati: anziani caratterizzati da **particolare vulnerabilità** per la contemporanea presenza di **molte malattie croniche, fragilità e disabilità** che pone problematiche assistenziali così complesse da rappresentare una sfida non solo per la medicina, ma anche per l'intero sistema socio-sanitario.

(American Medical Association, 1990)



MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ'

QUALI SONO I QUADRI PATOLOGICI PREVALENTI NELLA POPOLAZIONE ANZIANA:

1. IPERTENSIONE
2. DEMENZA
3. SCOMPENSO CARDIACO
4. CARDIOPATIA ISCHEMICA
5. IPOVEDENZA/CECITA'
6. ANEMIA
7. FIBRILLAZIONE ATRIALE
8. DEPRESSIONE
9. CEREBROVASCULOPATIE
10. TIREOPATIE
11. IPOACUSIA/SORDITA'
12. BPCO
13. TUMORI MALIGNI
14. DIABETE
15. FRATTURA FEMORE

COMORBILITA'

MULTIPATOLOGIA



L'ANZIANO
FRAGILE

FRAGILITÀ'

La fragilità è descritta in geriatria come un quadro di estrema vulnerabilità e 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, presenta ridotto livello di risorse funzionali e precaria omeostasi.

SCOMPENSO FUNZIONALE

Organi che lavorano al limite delle loro possibilità e che per un incremento della richiesta o per un evento patologico banale vanno incontro a deficit funzionale

SCOMPENSO A CASCATA

Il deficit funzionale di un organo trascina anche altri organi che sono in condizioni simili
es SCC → coinvolge rene, respiro, cervello

FATTORI DI RISCHIO DELL'INVECCHIAMENTO PATOLOGICO

Fattori sociali ed economici :

- Perdita del coniuge o di una persona cara
- Iperprotezione della famiglia
- Solitudine
- Stress familiari
- Pensionamento obbligatorio o disoccupazione e perdita del ruolo
- Pregiudizi e stereotipi negativi sulla vecchiaia (ageismo)
- Difficoltà finanziarie
- Scarsa abitudine o pregiudizio ad usufruire dei servizi di supporto
- Mancanza o lontananza dai servizi assistenziali

Fattori legati alla Salute e allo stile di vita:

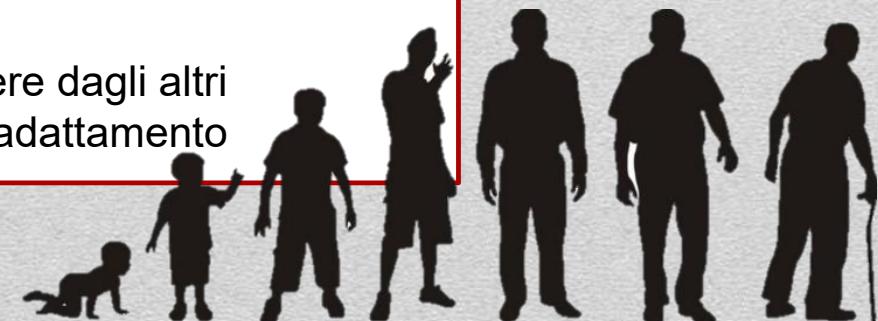
- Sindrome ipocinetica, sedentarietà, allattamento
- Alterazioni dell'equilibrio e sindromi vertiginose
- Abitudini voluttuarie (fumo alcol ...)
- Deficit sensoriali (vista, udito ..)
- Alterazione della masticazione (edentulia ..)
- Alimentazione inadeguata
- Patologie del piede
- Polipatologia cronica tipica dell'età senile
- Alterazioni mentali e tono dell'umore
- Farmaco-dipendenza e polifarmacoterapia

Fattori ambientali:

- Attività professionale e lavorativa precedente
- Fattori geografici e climatici
- Sradicamento dall'ambiente domestico
- Ospedalizzazione, Istituzionalizzazione
- Deprivazione sensoriale
- Inadeguatezza dell'alloggio
- Pericoli dell'urbanizzazione
- Emigrazione

Fattori psico-dinamici :

- Apatia, scarsi interessi
- Personalità rigida ed autoritaria
- Scarsa creatività
- Abitudine a dipendere dagli altri
- Scarse capacità di adattamento



LA PREVENZIONE IN GERIATRIA

La prevenzione è uno dei CARDINI principali della medicina geriatrica:

- ✓ Si occupa non solo del **riconoscimento e della cura precoce delle malattie e delle loro complicanze, ma anche del controllo dei fattori di rischio d'invecchiamento patologico**
- ✓ Con l'obiettivo di mantenere gli anziani in **autonomia** al proprio domicilio, per tutto il tempo che lo desiderano, nelle condizioni di autosufficienza migliori possibili.
- ✓ Necessita di **un'equipe multidisciplinare** (infermieri, medici, fisioterapisti, operatori socio sanitari, assistenti sociali e domiciliari, educatori ...) che sia in grado di riconoscere precocemente le situazioni di disabilità fisica, mentale, psicologica, sociale ed economica degli anziani.
- ✓ E' un settore vastissimo che implica anche aspetti **sociali, finanziari, politici, urbanistici, architettonici, psicologici** ...

GIANTS OF GERIATRICS

CADUTE

IATROGENESI

DELIRIUM

INCONTINENZA URINARIA

PAM

PERDITA AUTONOMIA

RIDUZIONE MOBILITA'

DECLINO COGNITIVO

Infermieristica applicata alla persona in età geriatrica

PAM

La Presentazione Atipica delle Malattie nell'anziano

Il paziente geriatrico come anche l’“anziano fragile”, ossia il “frail elderly” sono caratterizzati da elementi comuni, quali riduzione delle riserve funzionali, la polipatologia, l’atipia di presentazione clinica delle malattie, l’aumentato rischio iatrogeno e l’aumentato rischio di disabilità.

In particolare l’atipia di presentazione rappresenta uno degli elementi caratterizzanti la malattia nell’anziano ed è responsabile spesso del ritardo nella diagnosi e terapia. Solo il 40% degli anziani presenta sintomatologia tipica come prevede il modello tradizionale della one-disease, mentre spesso si assiste ad una presentazione dei problemi in assenza di sintomatologia o con segni e sintomi che spesso non interessano l’organo colpito ma l’organo o apparato più fragile.

La presentazione atipica delle malattie è stata definita come l’assenza di segni e sintomi o la presenza di segni e sintomi insoliti, estranei o addirittura opposti a quanto ci si aspetta di solito.

FATTORI DI RISCHIO DELLA PAM

- L' età (più frequente dopo gli 80-85 anni)
- La presenza di multimorbilità
- La politerapia
- Alterazioni cognitive
- Alterazioni funzionali.

Poiché la malattia negli anziani è complicata da cambiamenti fisici dell'invecchiamento e da molteplici problemi medici, è essenziale riconoscere le manifestazioni atipiche della malattia. Per esempio, lievi diminuzioni della funzione o un diminuito appetito molto spesso sono i primi segni di malattia in un anziano.

PERCHE' IL SEGNO/SINTOMO SI PRESENTA IN MANIERA ATIPICA?

- ▶ Interazione di **malattie croniche e acute**
- ▶ Difficoltà a discriminare un **segno/sintomo** riconducibile a invecchiamento o malattia
- ▶ Difficoltà soggettiva a **riconoscere e riferire segni e sintomi** che vengono sottovalutati
- ▶ Perdita della **riserva fisiologica** correlata all'età
- ▶ **Polipatologia**
- ▶ **Polifarmacoterapia**
- ▶ **Lacune mnesiche/deficit cognitivi**
- ▶ **Riduzione della sensibilità neurologica periferica**
- ▶ Difficile raccolta anamnestica a causa della **sfiducia dell'anziano di venire ascoltato/capito**
- ▶ Riluttanza delle persone anziane a lamentarsi dei problemi a causa di **timori di essere ignorati o di richiedere test onerosi per la diagnosi**
- ▶ Oggettive **difficoltà a comunicare**

PRESENTAZIONE ALTERATA

La presentazione di un sintomo o di un gruppo di sintomi negli anziani potrebbe essere confusa. Infatti i sintomi classici di malattia, quali ad es. il dolore toracico nell'infarto miocardico, la febbre nelle infezioni, il dolore e la distensione addominale nell'addome acuto, la tristezza nella depressione, l'agitazione nell'ipertiroidismo, la disuria in corso di infezione del tratto urinario, potrebbero non comparire negli anziani. Di contro un cambiamento nello stato mentale, è uno dei sintomi più frequenti di tutte queste condizioni nell'anziano.

PATOLOGIA	PRESENTAZIONE ATIPICA
Malattie infettive	<ul style="list-style-type: none">• Assenza di febbre• Sepsi senza leucocitosi e febbre usuali• Cadute, diminuzione dell'appetito o assunzione di liquidi, confusione, cambiamento dello stato funzionale
Addome acuto	<ul style="list-style-type: none">• Assenza di sintomi (presentazione silenziosa)• Lievi disagi e costipazione
Neoplasie	<ul style="list-style-type: none">• Alcuni sintomi respiratori tachipnea e probabilmente vaghi• Dolore alla schiena secondario a metastasi da masse mammarie a crescita lenta
Infarto miocardico	<ul style="list-style-type: none">• Masse silenziose dell'intestino• Assenza di dolore toracico• Sintomi vaghi di affaticamento, nausea e diminuzione dello stato funzionale.• Presentazione classica: Dispnea più comune rispetto al dolore toracico
Edema polmonare	<ul style="list-style-type: none">• Può non manifestare soggettivamente i sintomi classici come dispnea parossistica notturna o tosse• L'insorgenza è insidiosa con alterazioni dello stato funzionale, dell'assunzione di cibo o di liquidi o confusione
Malattie tiroidee	<ul style="list-style-type: none">• Ipertiroidismo che si presenta come "tireotossicosi apatica", cioè affaticamento e rallentamento• Ipotiroidismo, che si presenta con confusione e agitazione
Depressione	<ul style="list-style-type: none">• Mancanza di tristezza• Disturbi somatici, come alterazioni dell'appetito, sintomi Gastrointestinali vaghi, stitichezza e disturbi del sonno• Iperattività• Malinconia erroneamente interpretata come normale conseguenza dell'invecchiamento• Problemi medici che mascherano la depressione
Malattie che si presentano con depressione	<ul style="list-style-type: none">• Ipo ed ipertiroidismo che si presenta come diminuzione di energia e apatia

QUADRI PATOLOGICI TIPICAMENTE ATIPICI IN GERIATRIA

Patologia	Presentazione "tipica"	Presentazione "atipica"
<i>Polmonite</i>	Tosse, dispnea, espettorato	Assenza dei sintomi usuali, malessere, anoressia, confusione
<i>Infarto miocardico</i>	Dolore toracico retrosternale severo, dispnea, nausea	Dolore al petto lieve o no, confusione, debolezza, vertigini
<i>Infezione del tratto urinario</i>	Disuria, poliuria, ematuria	Assenza di disuria, confusione, incontinenza, anoressia
<i>Tireotossicosi (emergenza ipertiroida)</i>	Aumento frequenza cardiaca, irrequietezza, agitazione, tremore	Letargia, aritmie cardiache, stanchezza, perdita di peso
<i>Appendicite acuta</i>	Dolore addominale del quadrante inferiore destro, febbre, tachicardia	Dolore addominale diffuso, confusione, urgenza urinaria, assenza di febbre o tachicardia
<i>Infezione</i>	Febbre, tachicardia, conta dei globuli bianchi elevata	Temperatura normale o inferiore alla norma, assenza di tachicardia, conta dei globuli bianchi leggermente elevata
<i>Depressione</i>	Umore triste, aumento del sonno, fluttuazioni di peso	Confusione, apatia, assenza di sentimento soggettivo di depressione

Emmett, K.R. (1998). Nonspecific and atypical presentation of disease in the older patient, *Geriatrics*, 53(2), 50-60. O'Neill, P.A. (2002). Caring for the older adult: A health promotion perspective. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

RILEVAZIONE DEI PARAMETRI IN GERIATIRA

La frequenza respiratoria (v.n. 16-18 atti respiratori/min) deve essere integrata con la ricerca di eventuali alterazioni del ritmo del respiro, come il respiro periodico, per cui l'utilizzo del pulsossimetro, che informa sulla saturazione periferica dell' ossigeno (%satO₂), può risultare di particolare utilità.

La temperatura corporea deve essere rilevata ricordando la sua importanza clinica soprattutto se misurata opportunamente nel tempo (si deve definire il tipo di febbre: continua, intermittente e remittente), ricordando però come le malattie infettive possono decorrere nell'anziano in modo atipico cioè anche senza ipertermia. Infatti nell'anziano l'ipotermia è più frequente.

La valutazione della pressione arteriosa (PA) fornisce informazioni rilevanti se eseguita sia in clinostatismo (5 minuti di riposo) che nei tre minuti successivi alla assunzione della posizione eretta (ortostatismo). Se la PA sistolica diminuisce di 20 mmHg o più dopo 3 minuti si parla di ipotensione ortostatica (sintomatica o asintomatica). La valutazione dei valori di PA con continuità per 60 secondi dopo l'assunzione della posizione eretta permette di valutare la velocità di recupero dei valori di PA sistolica, e, quindi, della funzionalità barocettoriale, che può essere condizionata da diversi fattori quali i farmaci assunti e la volemia. Nell'anziano la rigidità delle pareti arteriose ostacola la compressione del vaso con lo sfigmomanometro e può determinare la pseudoipertensione (è consigliabile durante la misurazione della PA valutare anche il polso radiale per confermare il reperto auscultatorio quando utilizzato per rilevare la PA massima e minima).

Le prestazioni fisiche e cognitive diventano un quinto segno vitale nella persona anziana. In particolare la depressione è la più frequente alterazione della salute mentale nell' anziano, che compromette una buona qualità della vita, provoca disabilità funzionale e rappresenta un fattore di rischio per mortalità.

Anche il peso corporeo rappresenta un parametro fondamentale dal punto di vista clinico, in particolare nei pazienti allettati dove va verificato con l'utilizzo di strumenti disponibili.

L'alterata deglutizione è frequente nell' anziano e dovrebbe essere valutata ponendo il paziente seduto in posizione comoda ed eretta : si valuta la presenza di segni di disfagia come tosse (fino a un minuto dopo la deglutizione), gorgoglio o cambiamenti di voce.

La percezione del dolore nell'anziano è spesso sottostimata.

WEAKEST LINK

Clinica d'esordio legata al **sistema che più fragile, che ha una riserva funzionale ridotta cioè più vicino alla soglia di scompenso.**

I sintomi si presentano con quadri clinici di sofferenza del sistema e/o dei sistemi che si trovano in quell'individuo in condizioni di maggiore precarietà omeostatica ...

Es: una patologia infettiva si manifesta con sintomi cardiovascolari o cerebrali ...

Es: polmonite che si presenta con delirium...

Es: una infezione urinaria che si presenta con cadute ricorrenti...

CONSEGUENZE DELL'ATIPIA DEI SINTOMI/SEGANZI DELL'ANZIANO

.. la presentazione atipica conduce ...

- ▶ un ritardo nella diagnosi e delle cure
- ▶ futura disabilità
- ▶ declino funzionale con aumento della probabilità di un ulteriore deficit e di più elevata mortalità

- La possibilità che negli anziani le malattie si presentino a volte in modo non caratteristico rappresenta una sfida alle capacità diagnostiche-assistenziali di tutta l'èquipe sanitaria

Formazione specifica del personale di assistenza

Aumento della sorveglianza

Utilizzo di appropriate schede di valutazione

Documentazione infermieristica specifica

Team multidisciplinare

Formazione dei caregiver

Presa in carico H-T integrata

**PRESA IN CARICO
LONG TERM**

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 ospedaliere**.

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 **superà 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 **FRAGILITÀ**.

Frail elderly

L'anziano fragile è sempre a rischio di caduta

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

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:

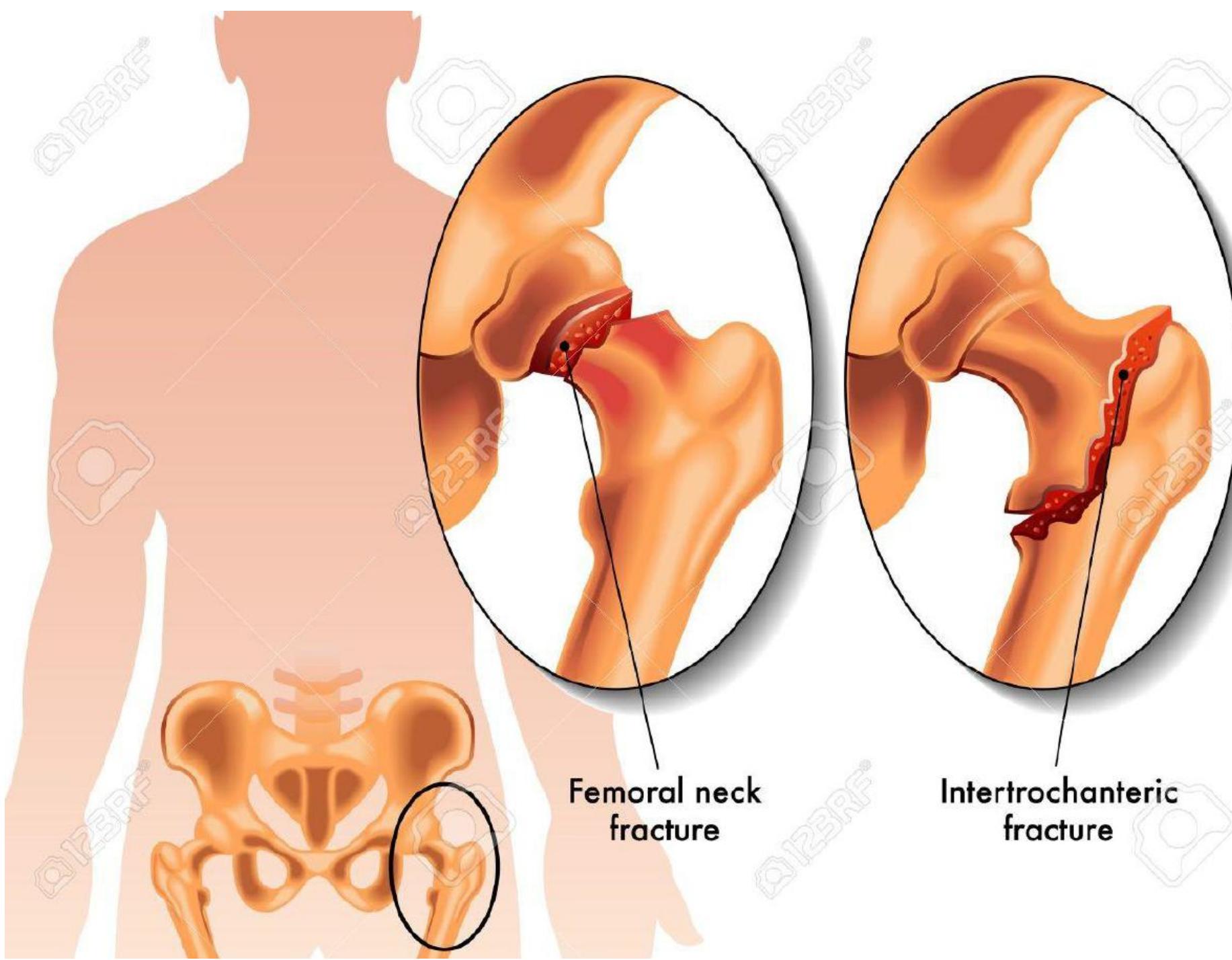
- Prolungamento della degenza;
- Trasferimenti;
- Aumento delle attività diagnostiche e terapeutiche;
- Eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione;
- Incremento dei costi sanitari e sociali;
- Conseguenze legali.



[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...

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 sdrucciolevoli/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!!!!)

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

SCALA SCHMID

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

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	NO
Ritieni che il paziente:	1	0
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.).		
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.

- 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

Classificazione di default ad alto rischio di caduta

Non è necessario compilare la scheda di valutazione del rischio

Pianificare SEMPRE gli interventi di prevenzione

- Adottare sorveglianza visiva continua;
- E' ammesso il ricorso all'uso di bandine protettive;
- In area neonatale/pediatrica 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.

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**;
- Compire **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

Delibera n° 1904
Estratto del processo verbale della seduta del
14 ottobre 2016
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.





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 accettare 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.

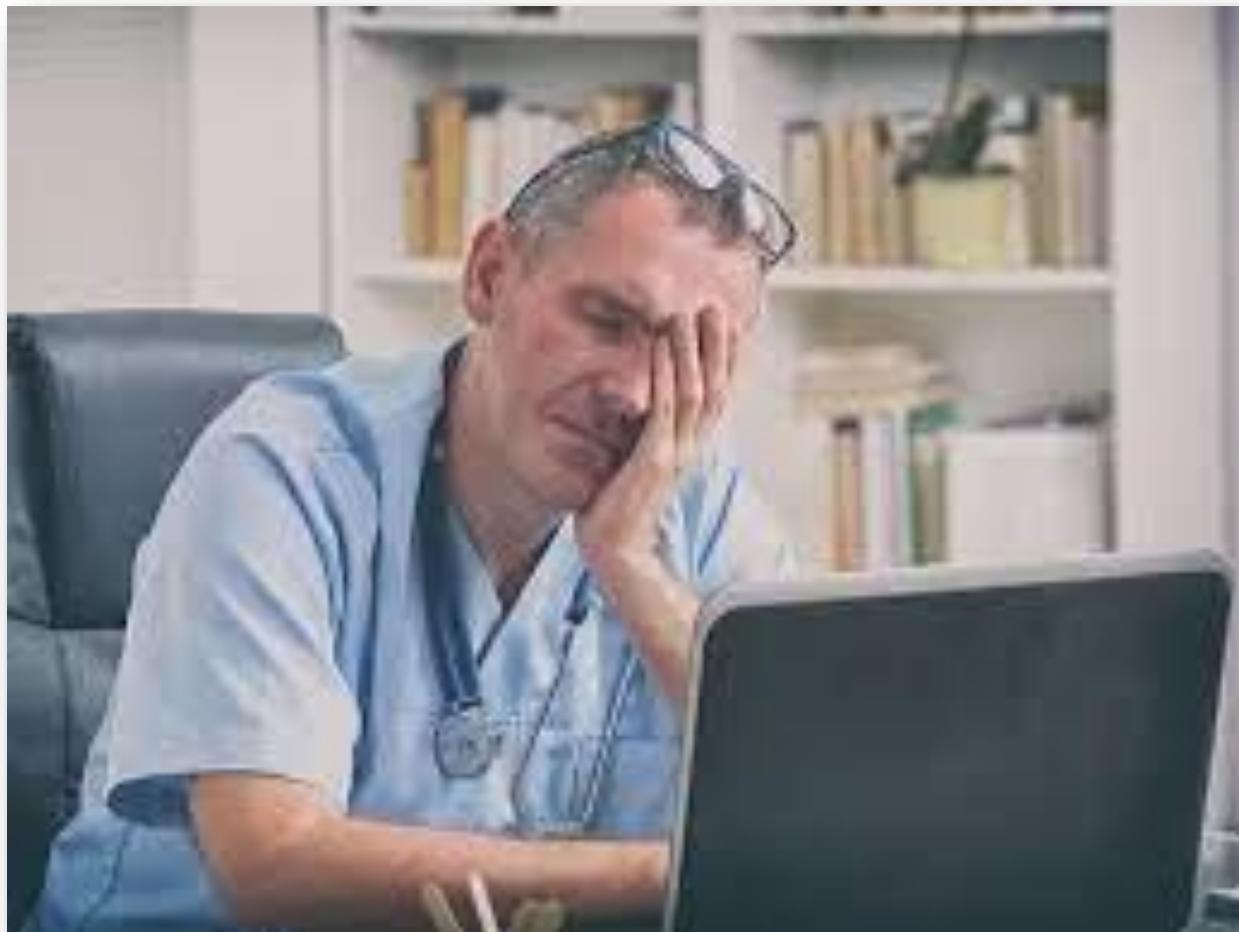
13. Nella **lettera di dimissione segnalare** l'evento caduta durante il ricovero

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.



**Liberi da contenzione
... si può!**

***“Non è stata follia ‘liberare’ i matti,
non può essere follia liberare i vecchi”***
(Bicego, 2016)

Per contenzione si intende un metodo meccanico, chimico o ambientale per controllare il **corpo**

una sua **parte**

o il **comportamento**

di una persona.

contenzione fisica: attuata da una persona senza utilizzo di strumenti

contenzione meccanica: attuata per mezzo di strumenti fisici (es.: fasce e cinture di contenzione, sponde applicate al letto, polsiere...)

contenzione farmacologica: attuata per mezzo di farmaci (es.: tranquillanti, sedativi)

contenzione ambientale: confina la persona in un ambiente, anche vasto (es. in un reparto ospedaliero, in una casa di cura, nella stanza) vietandogli di uscire liberamente

La contenzione non è solo la limitazione della libertà personale, ma è un atto che può portare gravi conseguenze sul piano psicologico della persona e di chi la assiste, oltre che provocare gravi conseguenze fisiche a chi viene contenuto.

Queste conseguenze sono distinguibili in **danni diretti** causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione e **danni indiretti** dovuti alla immobilità forzata, come ad esempio le lesioni da pressione, le cadute, infezioni, il prolungamento dell'ospedalizzazione e l'aumento della mortalità.

... non protocollabile, non prescrivibile...

Dice Francesco Maisto, Procuratore Aggiunto alla Procura di Milano al Convegno Giornate della Salute tenutesi a Trieste il 25 maggio 2006, **che la contenzione fisica è ammessa solo per uno stato di necessità, quindi in situazione non prevedibili né protocollabili e per questo non prescrivibili.**

Riferimenti legislativi

Costituzione della Repubblica Italiana, Articolo 13

"La **libertà personale** è **inviolabile**.

Non è ammessa alcuna forma di detenzione, d'ispezione o perquisizione personale e qualsiasi altra **restrizione della libertà personale**, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

*In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere **comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria** e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.*

È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà."

Costituzione della Repubblica Italiana, Articolo 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.

Ordinamento Penitenziario

Art. 41

L'impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione.

“... non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento ... e solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire l'incolumità dello stesso soggetto ... l'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario ...”.

Codice penale

art. 40

***“Non impedire un evento che si ha il
dovere di impedire,
equivale a cagionarlo”***

Codice penale

art. 571

Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente.

Codice Deontologico 2025 dell'Infermiere, art. 38:

ART. 38 - CONTENZIONE

L'infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere **cautelare** di natura **eccezionale** e **temporanea**; **può essere attuata dall'équipe** o, in caso di urgenza indifferibile, **anche dal solo infermiere, se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.**

La contenzione deve comunque

- essere **motivata** e
- **annotata** nella documentazione clinico assistenziale,
- deve essere **temporanea**
- e **monitorata** nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se essa ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Ipotesi di reato

Applicando la contenzione meccanica si intravedono varie ipotesi di reato, in particolare delitti contro la persona come:

- violazione della libertà personale,**
- sequestro di persona,**
- violenza privata,**
- minaccia,**
- stato di incapacità ottenuto mediante violenza**
- lesioni personali**
- mantenimento in schiavitù della persona contenuta**

Per contenzione si intende un metodo meccanico, chimico o ambientale per controllare il **corpo**
una sua **parte**
o il **comportamento**
di una persona.

contenzione fisica: attuata da una persona senza utilizzo di strumenti

contenzione meccanica: attuata per mezzo di strumenti fisici (es.: fasce e cinture di contenzione, sponde applicate al letto, polsiere...)

contenzione farmacologica: attuata per mezzo di farmaci (es.: tranquillanti, sedativi)

contenzione ambientale: confina la persona in un ambiente, anche vasto (es. in un reparto ospedaliero, in una casa di cura, nella stanza) vietandogli di uscire liberamente

Ma quante altre forme di contenzione conosciamo?

La contenzione sta nella **relazione**...

Nelle **intenzioni** dei gesti...

La contenzione sta nella **comunicazione** ...

Quando non lascia spazio al dibattito, quando si fa finta di non sentire o di non capire

La contenzione sta nella **scelta del progetto di vita**... se non rispetta la volontà della persona

LA LETTERATURA SEGNALA IN MANIERA TECNICISTICA LE CONSEGUENZE DELLA CONTENZIONE

- Errori nella somministrazione dei farmaci
- Cadute
- Polmoniti
- Infezioni del tratto urinario
- Ulcere da pressione
- Morte
- **Incontinenza**
- **Umiliazione**
- **Depressione**
- **Confusione mentale...**

CONTENERE E'
UN ERRORE

ERRORI ATTIVI
GLI ERRORI DIPENDONO DA
CHI COMPIE IL GESTO

ERRORI LATENTI
GLI ERRORI DIPENDONO
DALL'ORGANIZZAZIONE



I «DETERMINANTI» DI CONTENZIONE...

CHI è A RISCHIO DI SUBIRE CONTENZIONE:

- PERSONE A RISCHIO DI CADERE
- AGITAZIONE PSICOMOTORIA
- DETERIORAMENTO COGNITIVO
- AUTOLESIONISMO

MA ANCHE:

- SCARSA RETE AFFETTIVA
- DIFFICOLTÀ A COMUNICARE

IL PROFESSIONISTA
CON LE IDEE
CONFUSE

IL PROFESSIONISTA
CHE HA PAURA

IL PROFESSIONISTA
STANCO

ORGANIZZAZIONI
RIGIDE

ASSENZA DI
DIBATTITO

DISTANZA TRA
LIVELLI DI
GESTIONE

LE CURE
STANDARDIZZATE

I DETERMINANTI DI LIBERTÀ!

- La personalizzazione delle cure produce libertà
- Non aver paura del disordine o di rompere le regole
- Dare tempo
- Creare relazione nell'assistenza...
- Domiciliarità
- La partecipazione dei caregiver

IL PROFESSIONISTA
CHE CERCA IL
CONFRONTO

IL PROFESSIONISTA CHE SA E
CHE CONDIVIDE LA CULTURA
DELL'ORGANIZZAZIONE

ORGANIZZAZIONI IN
CONTINUO
RINNOVAMENTO

DIBATTITO APERTO

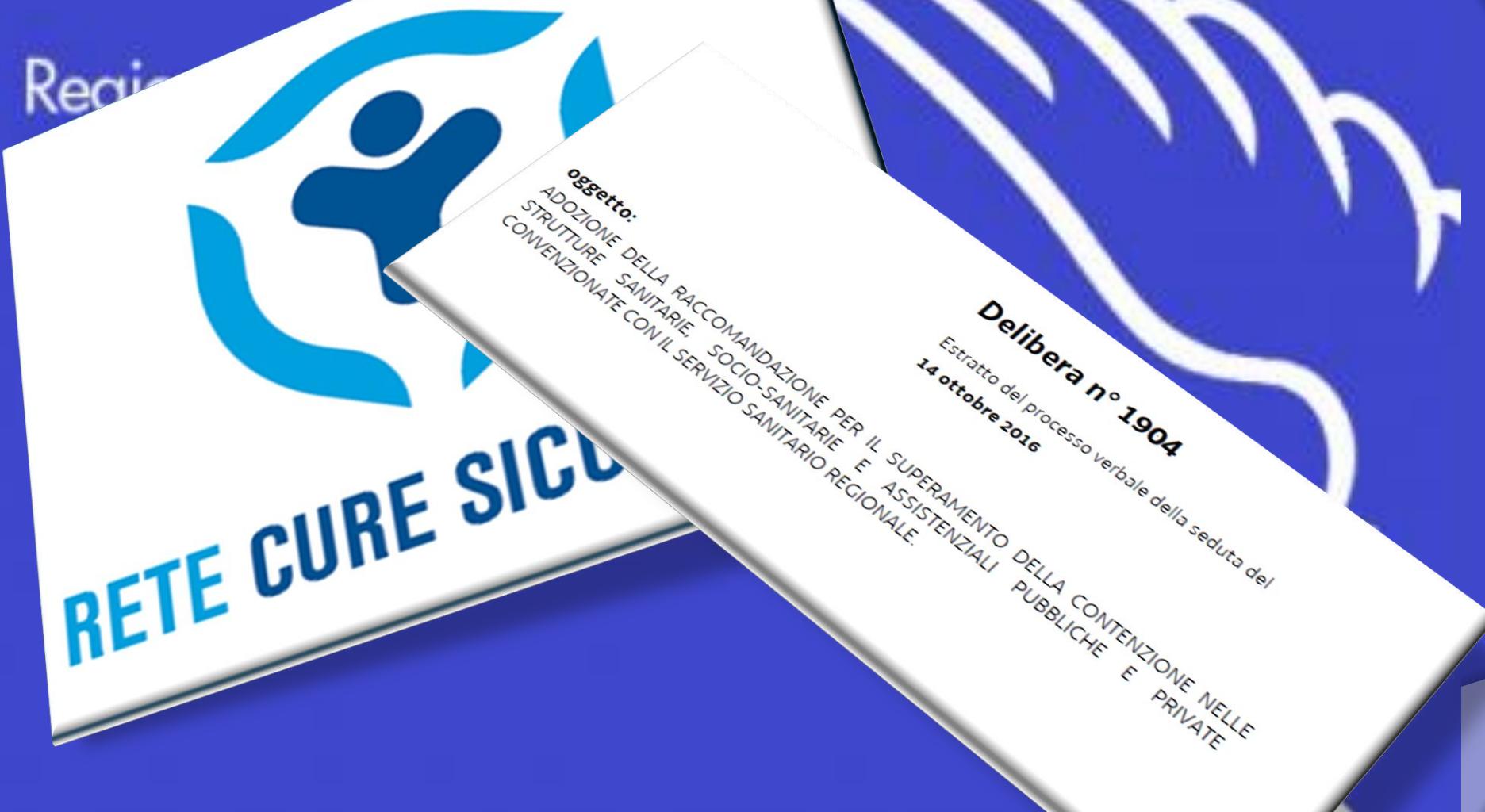
MULTIDISCIPLINARIETÀ

FORMAZIONE



Non c'è una ricetta pronta

Ci sono dei buoni ingredienti!



Delibera n°1904 14 ottobre 2016 FVG

Raccomandazioni per il superamento della contenzione in tutte le aziende della regione fvg

La 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.

LA PROCEDURA AZIENDALE

PRESA IN CARICO PERSONALIZZATA LIBERA DA CONTENZIONE	
1	Individuazione precoce delle situazioni di rischio e delle cause potenziali
2	Valutazione della presenza di eventuali cause favorenti e loro eliminazione, ove possibile
3	Individuazione del Case Manager per la stesura e aggiornamento del piano di assistenza; (Link Professional, esperto della problematica, professionista del profilo maggiormente attinente alla problematica della persona; es. infermiere, fisioterapista, TeRP, medico neurologo...)
4	Attivazione familiari/caregivers
5	Stesura del Piano di Assistenza individuale, pianificazione dell'appropriato aggiornamento, delle modalità e dei tempi del monitoraggio
6	Attivazione assistenza personalizzata
7	Eventuale coinvolgimento delle Direzioni (es. SC Coordinamento delle Professioni Sanitarie, Direzione Medica, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento, ecc.)
8	Coinvolgimento appropriato dei servizi territoriali e della continuità assistenziale (ICA, PUA, COT, CSM, ecc).

PERSONA A RISCHIO: IN PRATICA COSA FARE

VALUTARE IL RISCHIO DI COMPORTAMENTI PROBLEMATICI

RIMUOVERE POTENZIALI FATTORI CAUSALI (globo vescicale, stipsi, fame sete, freddo, caldo, febbre, dolore...discomfort)

IL MEDICO VALUTA LA TERAPIA

SCELTA GIUSTI AUSILI (letto altezza variabile, poltrona adeguata, eventuale coinvolgimento ft...)

ATTIVAZIONE RISORSE PER L'ASSISTENZA INTERNE/ESTERNE ALLA STRUTTURA/PIATTAFORMA

ATTIVAZIONE CAREGIVERS

GIUSTA LOCATION

SEGNALAZIONE ALLA DIREZIONE DELLE PROFESSIONI

SEGNALAZIONE ALLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE/SERVIZI TERRITORIALI

CASI ECCEZIONALI DI CONTENZIONE

Solo in presenza di un **pericolo grave ed attuale** che la persona assistita compia **atti auto-eterolesivi** 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**.

Il processo decisionale che porta all'applicazione di mezzi di contenzione è **dinamico, ragionato e riflessivo** e segue la valutazione della persona assistita e del contesto.

Affinché l'atto si possa configurare come pratica indispensabile, **deve essere stata ricercata ogni altra strategia** (es. come da Allegato 1).

La fase decisionale di valutazione dell'appropriatezza di una misura contenitiva deve considerare attentamente i **benefici a fronte dei possibili rischi** per la salute del paziente e **gli effetti indesiderati** psicologici e fisici diretti ed indiretti.

Qualsiasi pratica di contenzione venga attuata, deve essere soppesata secondo i seguenti criteri:

- deve essere l'ultima scelta quando tutte le altre soluzioni non hanno dato esito o non sono risultate percorribili;
- può essere attuata solamente in presenza di fattori di rischio gravi ed attuali di azione/comportamento auto-etero lesivo;
- può essere attuata solamente dopo attenta e documentata valutazione dei rischi/benefici;
- deve essere proporzionale ai pericoli che si vogliono evitare;
- avere carattere eccezionale, circoscritto e limitato al minor tempo possibile;
- deve essere attuata nella forma meno limitante la libertà, i movimenti, i comportamenti, le relazioni e la volontà della persona e in ogni caso deve essere esclusa ogni forma di limitazione totale;
- eventuali devices utilizzati devono essere idonei, integri e non avere controindicazioni (scheda tecnica di sicurezza), i dispositivi fisici non vanno applicati se inadeguati alla fisicità, fragilità dell'assistito o alla sua condizione clinica, ovvero adattati o costruiti in proprio;
- deve essere tutelata la riservatezza, l'immagine e la dignità della persona;
- vanno evitati se possibile trasporti fuori dalla Struttura, e in alternativa, vanno evitate attese e prolungamenti;
- deve essere attuato costante monitoraggio degli esiti e immediatamente rimossa qualora si rilevassero danni all'assistito;
- deve essere programmata la verifica sistematica della possibilità di rimozione/riduzione/sospensione;
- **la pianificazione deve essere stesa e firmata da almeno due professionisti sanitari.**

PERSONA DA CONTENERE: IN PRATICA COSA FARE

E' L'ULTIMA SCELTA IN CASO DI GRAVISSIMO PERICOLO

PIANO DI ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE

FIRMA DI DUE OPERATORI SANITARI

DOCUMENTARE OGNI FASE DEL PROCESSO DECISIONALE E PRATICO

IL MEZZO DI CONTENZIONE DEVE ESSERE IDONEO (scheda tecnica...)

SCELTA DEL MEZZO PROPORZIONATA AL RISCHIO

RISPETTO RISPETTO RISPETTO RISPETTO RISPETTO RISPETTO RISPETTO

MONITORAGGIO COSTANTE E DOCUMENTATO

RIMOZIONE FREQUENTE PER PERIODI DI «PAUSA»

SOSPENSIONE IMMEDIATA NON APPENA POSSIBILE

DOCUMENTAZIONE

Nella cartella clinica assistenziale devono risultare documentate in maniera dettagliata almeno le seguenti informazioni:

- motivazione circostanziata;
- tipo, modalità
- durata dell'intervento.

In ogni caso, come prescritto nell'allegato alla Delibera n. 1904 del 14 ottobre 2016:

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.

MONITORAGGIO DEL FENOMENO

LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2025

<p>•</p> <p>Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Effettuazione delle survey di prevalenza del fenomeno nei presidi ospedalieri, nelle RSA e nelle strutture residenziali per non autosufficienti (queste ultime su base volontaria)2. Partecipazione all'indagine sulla percezione della contenzione da parte dei professionisti sanitari dei presidi ospedalieri, delle RSA e delle case di riposo (queste ultime su base volontaria)	<ol style="list-style-type: none">1. Partecipazione alla survey di prevalenza da parte delle strutture indicate nel protocollo regionale con le modalità e i tempi previsti dallo stesso entro il 30 giugno 2025 ed invio della relazione delle azioni di miglioramento intraprese entro il 31 dicembre 20252. Partecipazione all'indagine sulla percezione della contenzione da parte dei professionisti sanitari con le modalità e i tempi previsti dal protocollo regionale entro il 30 giugno 2025 ed invio della relazione delle azioni di miglioramento intraprese entro il 31 dicembre 2025
--	---	---

FALSA CONTENZIONE

- Il paziente può rimuovere in autonomia il dispositivo
- Il paziente ha richiesto l'adozione di un ausilio/dispositivo
- Il paziente ha compreso l'utilità del dispositivo

