



## PREVENZIONE CADUTE

## PREVENZIONE CADUTE

## INDICE DELLE REVISIONI

Numero	Data	Descrizione	Paragrafi Variati	Pagine Variate
00	01/02/16	Prima emissione	TUTTI	TUTTE

## RESPONSABILITA'

	ELABORAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
DATA	01/02/16	01/02/16	01/02/16
FUNZIONE	Il Direttore di Struttura	Il Direttore Sanitario l'Infermiere e il Fisioterapista	Presidente / Amministratore Unico
FIRMA			

	<b>PROTOCOLLO DI LAVORO</b>	<b>PL003</b>	
	<b>PREVENZIONE CADUTE</b>	Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 2 di 9

### **PREMESSA:**

Secondo l'OMS "le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita". Con l'avanzare dell'età, infatti, aumenta il rischio di caduta e i conseguenti danni. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi. L'AHRQ pone l'evento "cadute" tra gli indicatori di sicurezza delle cure. Tra i sei obiettivi per la sicurezza del paziente (anno 2007) della Joint Commission on Accreditation for Health Care Organization (JCAHO) troviamo quello di "ridurre il rischio di danni al paziente derivanti dalle cadute."

Nelle persone anziane in particolare, la caduta è un evento che, per la frequenza con cui si verifica e per le conseguenze che ne possono derivare richiede un approccio multidisciplinare finalizzato alla prevenzione e al mantenimento del rischio.

### **SCOPO:**

Questa procedura fornisce strumenti per la valutazione del rischio cadute, per la prevenzione, per la segnalazione e gestione dell'evento.

### **CAMPO DI APPLICAZIONE:**

La presente procedura si applica in tutti i servizi gestiti dalla ATOS Società Cooperativa Sociale.

### **DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI:**


- AHRQ - Agency for Health Research and Quality
- CADUTA - *"Improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa o clinostatica"*.  
(Chiari P. - *"Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale"* - Az. Osp. Bologna - S.Orsola, Centro Studi EBN,2004)
- JCAHO - Joint Commission on Accreditation for Health Care Organization

### **OBIETTIVI:**

E' importante, soprattutto nell'ambito della gestione dell'anziano inserito presso una struttura, analizzare gli episodi di caduta, i fattori e le condizioni che li hanno provocati; bisogna quindi agire sulle condizioni organizzative, abitative che hanno favorito gli eventi. In particolare individuando, attraverso opportuni strumenti di valutazione dei rischi, quali sono i pazienti a rischio, monitorando gli episodi di cadute ed i relativi interventi messi in atto.

Questo protocollo si propone di:

- aumentare le competenze e sensibilità degli operatori sul tema delle cadute;
- adottare uno strumento di rilevazione del rischio di caduta dell'anziano;
- consolidare un sistema di rilevazione, analisi e monitoraggio delle cadute e delle loro cause;
- elaborare indicazioni operative per la prevenzione delle cadute dei pazienti.

	PROTOCOLLO DI LAVORO	<b>PL003</b>	
	<b>PREVENZIONE CADUTE</b>	Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 3 di 9

***Nella tabella sottostante si evidenziano i ruoli e le diverse professionalità nella valutazione e prevenzione delle cadute.***

	<b>MEDICO</b>	<b>FKT</b>	<b>INF</b>	<b>OSS</b>
Compilazione scheda valutazione paziente		R	R	
Attuazione interventi preventivi		R	R	
Gestione paziente caduto: primo soccorso, dinamica evento	R	R	R	R
Gestione paziente caduto. Valutazione clinica.	R	S	S	
Informare la famiglia sull'evento caduta	R	S	S	
Compilazione scheda di segnalazione	R		R	

Legenda:

R=responsabile (in prima analisi è sempre responsabile il medico, quando non previsto, una delle figure professionali indicate). In ogni caso

S=supporto

<b>Attività</b>	<b>Responsabile</b>
<p>LA PREVENZIONE DELLE CADUTE</p> <p><b>E' senz'altro errato, per la paura delle cadute, costringere l'ospite all'immobilità.</b></p> <p>Gli interventi di prevenzione devono tener conto del fatto che le cadute hanno un'eziologia multifattoriale e complessa e pertanto il messaggio principale che emerge da tutta la letteratura esaminata è che <i>"interventi multifattoriali mirati sono più efficaci rispetto ad interventi volti a modificare un singolo fattore di rischio"</i>.</p> <p><u>Nelle linee guida esaminate gli interventi principali si riferiscono a :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisione / riduzione dei farmaci per le persone anziane che prendono 4 o più farmaci e in generale per quelli che assumono psicofarmaci</li> <li>• correzione dei deficit visivi</li> <li>• Training per la forza e l'equilibrio</li> <li>• Gestione dell'incontinenza</li> </ul>	<p>Medico</p> <p>Coord. <i>Inferm.</i></p>

**PREVENZIONE CADUTE**

- La minimizzazione dell'allettamento per gli anziani è una misura pratica e realistica che ha implicazioni per la prevenzione delle cadute così come per altre complicazioni acquisite in ospedale.

- Riduzione rischi ambientali

**Corretto utilizzo dei Mezzi di Protezione e Salvaguardia Individuale.**

L'uso della contenzione viene prescritto dal medico e riguarda i casi in cui l'anziano per ragioni solitamente cognitive necessita di dispositivi che ne limitino la libertà dei movimenti al fine di salvaguardare la salute propria e quella delle persone che lo circondano. L'anziano al quale si associa un deficit motorio alla compromissione dello stato cognitivo è considerato ad elevatissimo rischio di cadute in quanto, non avendo piena coscienza del proprio deficit, esegue operazioni incongrue alle proprie capacità. In tale senso l'anziano mette a rischio la propria salute e necessita di contenzione fisica. Lo strumento di contenzione fisica deve però essere utilizzato seguendo una procedura specifica (vedi PL011 "Protocollo di utilizzo degli strumenti di protezione e tutela degli ospiti") al fine di prevenire l'aggravamento dell'osteoporosi e la riduzione di massa e di tono muscolare.

**Mobilizzazione del paziente con ipotensione**

Nell'approccio al paziente a rischio di caduta, l'ipotensione ortostatica rappresenta una priorità,

revisionare la terapia, realizzare interventi che migliorino l'equilibrio, la capacità di eseguire i passaggi posturali e la marcia.

Quando si aiuta il paziente ad alzarsi dalla posizione seduta o clinostatica osservare i seguenti accorgimenti:

- Fare alzare il paziente lentamente;
- Quando seduto, invitare il paziente a flettere alternativamente i piedi, prima di camminare
- Invitare il paziente a spostare il proprio peso da un piede all'altro, dondolando, prima di rimanere fermo in piedi o prima di camminare;
- Far sedere immediatamente il paziente, alla comparsa di vertigini;
- Informare l'Ospite rispetto alle ipotensioni postprandiali e postminzionali.

medico

Infermiere

OSS

**PREVENZIONE CADUTE**Informazione ed educazione sanitaria alla persona ed alla sua famiglia

All'ingresso in struttura, mostrare al nuovo ospite la stanza, il bagno e il reparto.

Interventi informativi:

- Spiegare alla persona a rischio di cadute l'importanza di richiedere sempre l'assistenza degli Operatori; addestrare quindi all'utilizzo del campanello di chiamata;
- Consigliare calzature adeguate (chiuse, antiscivolo e della misura corretta);
- Informare rispetto ai fattori di rischio derivanti dai farmaci (antipertensivi, sedativi del S.N.C.);
- Favorire l'orientamento del nuovo Ospite all'interno della Struttura;
- Valutare l'opportunità di chiedere il consenso all'Ospite per l'utilizzo di M.P.S.I., condividere la scelta con i familiari o il Care Giver.
- Dopo sottoscrizione da parte di tutte le figure previste, fare doppia copia; inserire l'originale all'interno della C.C.A.I. e la copia nell'apposito faldone archivio.

Infermiere

OSS

Coord. Inferm.

Mobilizzazione e deambulazione

Le strategie che possono essere usate per i pazienti a rischio includono le seguenti azioni:

- Prima della deambulazione controllare che l'Ospite indossi abiti e scarpe adeguate come già descritte;
- In collaborazione con il Fisioterapista controllare che gli ausili siano integri e funzionanti e adeguati all'Ospite;
- Addestramento in collaborazione con il Fisioterapista per un corretto utilizzo degli ausili, corretti passaggi posturali.
- Interventi di rieducazione al cammino;

Infermiere

OSS

Fisioterapista

**PREVENZIONE CADUTE**

Strategie ambientali

Realizzare interventi ambientali e modifiche delle attrezzature, che siano economici, ma di alta resa, come l'aggiustamento dell'illuminazione, la disponibilità di ausili per la mobilizzazione appropriati, accesso ai campanelli di allarme sia al letto che alla sedia, letti ad altezza variabile e sedie di buona qualità . Inoltre :

- Corrimano lungo tutti i corridoi e le scale
- Abbattimento delle barriere architettoniche e garanzia di pavimenti perfettamente aderenti alle superfici, assicurare l'ordine, evitando di lasciare oggetti sul pavimento, laddove potrebbero costituire inciampo per i pazienti;
- Bagni assistiti per disabili con sostegni per il raggiungimento e il mantenimento della stazione eretta e la gestione dei trasferimenti water/carrozzina e viceversa
- garantire una adeguata illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte, vicino al letto ed al bagno.

Direz. Struttura

Coord. Inferm.


Infermiere

OSS

Gestione della terapia farmacologica:

La terapia farmacologica può in diversi casi esporre l'ospite a maggiore rischio di caduta. Di seguito un elenco indicativo dei farmaci tendenzialmente più utilizzati nelle RSA e le relative ragioni portano all'incidenza rispetto al rischio in questione:

Antipertensivi: soprattutto diuretici	Ipotensione ortostatica e incontinenza da urgenza
Ipnotici	Sedazione e confusione
Ipoglicemizzanti	Ipoglicemia
Neurolettici: soprattutto aloperidolo	Effetti extrapiramidali
Narcotici	

	PROTOCOLLO DI LAVORO	<b>PL003</b>	
	<b>PREVENZIONE CADUTE</b>	Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 7 di 9

## TIPOLOGIA DELLE CADUTE

Tipologia	Descrizione	Attività primaria di prevenzione
<b><i>Cadute accidentali</i></b>	l'elemento determinante è costituito da uno o più fattori ambientali.	E' d'obbligo l'inquadramento diagnostico ed il trattamento medico delle patologie cardiovascolari, respiratorie, neurologiche, endocrino-metaboliche, muscoloscheletriche, sensoriali, iatrogene, alla base dell'evento caduta
<b><i>Cadute non accidentali</i></b>	da disattivazione temporanea dei sistemi di controllo della stazione eretta, dovuta a patologie acute o croniche, clinicamente rilevanti, o indotta da abuso di alcol o da effetti collaterali di farmaci, in assenza di significativi ostacoli ambientali	L'aspetto fondamentale della prevenzione è rappresentato dall'identificazione dei rischi ambientali e dalla loro correzione (illuminazione, pavimenti, gradini, spazi esterni, calzature, ecc.)
<b><i>Cadute da interazione soggetto-ambiente</i></b>	il fenomeno costituisce il risultato tra la fragilità del soggetto e la presenza di un ambiente insidioso	E' un intervento multifattoriale che si fonda sia su azioni riabilitative per il rinvigorimento della muscolatura degli arti inferiori e per il miglioramento dell'equilibrio sia sugli aspetti riguardanti il trattamento terapeutico delle patologie croniche di base sia sugli interventi per l'adattamento ambientale anche mediante il corretto utilizzo di ausili

### 1 VALUTAZIONE DIRETTA

La valutazione del rischio di cadute deve essere effettuata mediante uno strumento di semplice esecuzione, breve durata e ripetibile al fine di consentirne il monitoraggio nel tempo.

La valutazione del rischio di caduta viene eseguita in ognuna delle seguenti condizioni:

- All'ingresso dell'ospite
- A seguito di alterazioni significative dello stato di salute (disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche della marcia per patologie neurologiche);
- A seguito di episodi di caduta;
- Ad intervalli regolari di almeno 3 mesi;
- Prima del trasferimento presso altra struttura e in ogni caso alla dimissione per facilitare la continuità assistenziale a domicilio;
- Ogni qualvolta si proceda a variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre l'assistito a maggiore rischio di caduta.

Sulla base del risultato della somministrazione della *Tinetti Balance Scale* (eseguita dal fisioterapista all'ingresso dell'ospite) si valuta l'entità del rischio di caduta:

- < 20 elevato rischio di caduta
- > 20 e < 23 moderato rischio di caduta
- > 23 e < 27 basso rischio di caduta
- 28 rischio di caduta assente

	<b>PROTOCOLLO DI LAVORO</b>	<b>PL003</b>	
	<b>PREVENZIONE CADUTE</b>	Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 8 di 9

## MISURE DA ATTUARE IN CASO DI CADUTA

In caso di caduta di un ospite, l'Infermiere e/o l'O.S.S. dovranno:

- **soccorrere l'Ospite verificando l'evento e rilevando i parametri vitali**
- avvisare immediatamente dell'incidente il medico reperibile, comunicandogli i parametri vitali rilevati
- avvisare la fisioterapista se presente in turno
- compilare l'apposita "**SCHEDA DI RILEVAZIONE CADUTE**"

E' importante che ogni tipo di caduta deve essere segnalata anche se l'ospite non ha riportato conseguenze. E' responsabilità esclusivamente del medico reperibile valutare l'esigenza o meno dell'invio dell'ospite caduto presso il Pronto Soccorso chiamando il 118.

## 2 MISURE DA ATTUARE PER GLI OSPITI NON A RISCHIO

Gli ospiti che alla valutazione della fisioterapista non risultano a rischio di caduta sono in ogni caso sottoposti a sorveglianza ed educazione esterna da parte del personale assistenziale al di assicurarsi che indossino calzature idonee e che non eseguano manovre tali da sottoporli a rischio di caduta.

Inoltre anche per gli ospiti non a rischio di caduta la FKT esegue un test (tinetti) con cadenza almeno bimestrale.

### STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- SCHEDA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTE (Scala di Tinetti DRQ009-O-002)
- SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE (DRQ031-O-001)
- CONSENSO INFORMATO USO DEI M.P.S.I. (DRQ014-O-001)

## 3 BIBLIOGRAFIA

- American Geriatric Society, British Geriatric Society, and American academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older person. JAGS 2001;49:664-672.
- Dennis MS., Lo KM., McDowall M., West T. Fractures after stroke. Frequency, Types, and Associations. Stroke 2002;33:728-734.



	PROTOCOLLO DI LAVORO	<b>PL003</b>	
	<b>PREVENZIONE CADUTE</b>	Rev. 00 del 01/02/16	Pag. 9 di 9

- Ray W., Griffin MR. Prescribed medications and the risk of falling. Topics in Geriatric Rehabilitation 1990;5:12-20.
- Tinetti ME., Speechley M. Prevention of falls among the elderly. N Engl J Med 1989;320:1055-1059.
- Gillespie I., Gillespie W., Lamb S. Cumming R., Rowe B. Interventions for preventing falls in elderly people. The Cochrane Library 2002.
- DGR 1765 Regione Lombardia 08/05/2014