

**IL FENOMENO CADUTE IN
AMBITO OSPEDALIERO E
RESIDENZIALE**
**Prevenzione e gestione della
sicurezza**

5 novembre 2019

Annalisa Pennini
www.annalisapennini.com



Finalità

Le cadute rappresentano un evento significativo per la popolazione anziana istituzionalizzata come fattore di morbosità, disabilità e mortalità. Molte di queste cadute sono considerate prevedibili e quindi prevenibili.

Lo scopo dell'intervento formativo è quello di supportare il cambiamento e di promuovere l'adozione di comportamenti ed azioni professionali volta alla riduzione dell'incidenza delle cadute in ambito ospedaliero e residenziale.

Obiettivi

- Definire le cadute e analizzare la recente letteratura scientifica, con particolare riferimento all'e-pidemiologia e ai fattori di rischio
- Discutere il nesso esistente fra contenzione e cadute alla luce delle recenti evidenze scientifiche
- Confrontare alcune scale di valutazione del rischio di caduta e valutarne l'applicabilità nella realtà operativa
- Sviluppare competenze per pianificare, gestire e valutare l'assistenza alla persona a rischio di caduta
- Riconoscere gli interventi organizzativi, assistenziali ed educativi più appropriati per la prevenzione delle cadute
- Descrivere il fenomeno cadute nell'ambito dei concetti e metodi del rischio clinico, riconoscendo-lo come evento avverso e come indicatore della qualità delle cure
- Individuare la responsabilità dei professionisti sanitari e dell'organizzazione in merito alla prevenzione delle cadute

Contenuti

1. Il fenomeno cadute: definizioni e significati
2. Analisi della recente letteratura scientifica: epidemiologia del fenomeno: quanto, quando, come e perchè si cade; fattori di rischio delle cadute come fenomeno multidimensionale; cadute e contenzione fisica e farmacologica
3. Conseguenze ed esiti delle cadute: mortalità, morbilità, disabilità e qualità di vita
4. Dalla rilevazione del rischio agli interventi organizzativi, assistenziali ed educativi per la prevenzione delle cadute
5. Pianificare, gestire e valutare l'assistenza alla persona a rischio di caduta in una visione multidisciplinare
6. Strumenti e metodi a confronto: scale di valutazione del rischio di caduta e loro applicabilità nella pratica; documenti di pianificazione e valutazione degli interventi assistenziali ed educativi; documenti di segnalazione dell'evento caduta
7. Le cadute come evento avverso: accidentale e non accidentale; evento sentinella; indicatore di qualità delle cure
8. Responsabilità dei professionisti sanitari e dell'organizzazione per la prevenzione delle cadute
9. Sicurezza del paziente e rischio clinico: progettare e gestire organizzazioni sicure e affidabili

1. Il fenomeno cadute: definizioni e significati

La caduta è ...

Moto accidentale
dall'alto verso il basso,
con conseguenze spesso
dannose



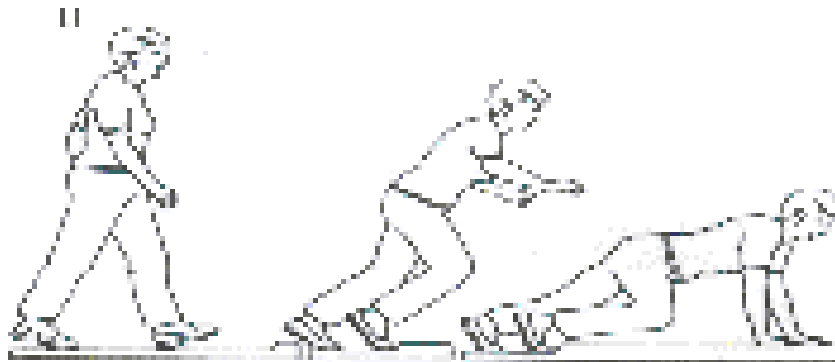
La caduta è ...

Improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica (eretta) o assisa (seduta) o clinostatica (distesa).

La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che, dormendo sulla sedia, cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto.

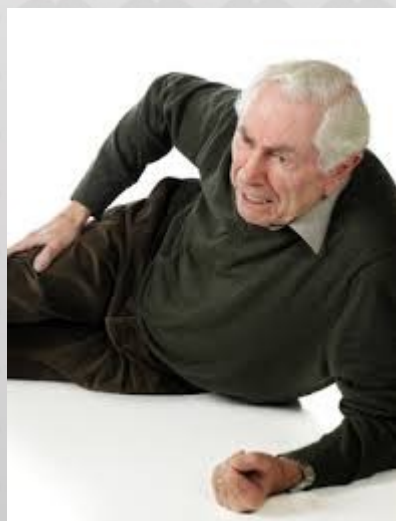
Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

CADUTE



A: nell'anziano

B: nel giovane



2. Analisi della recente letteratura scientifica:

- epidemiologia del fenomeno:
quanto, quando, come e perchè si cade**
- fattori di rischio delle cadute come fenomeno
multidimensionale**
- cadute e contenzione fisica e farmacologica**

Dimensione del problema - 1

Il problema delle cadute e delle lesioni conseguenti, è significativo e rilevante per la popolazione anziana ospedalizzata come fattore di morbosità, disabilità e mortalità.

Dimensione del problema - 2

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali affette da demenza.

Il rischio di caduta, seppure sempre presente, è diverso per i vari setting assistenziali.

Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Dimensione del problema - 3

Secondo i dati dell'OMS aggiornati a gennaio 2018, le cadute sono la seconda causa di morte accidentale nel globo tanto da diventare uno dei maggiori problemi di Sanità Pubblica (ogni anno muoiono 646 000 persone come conseguenza di una caduta, più dell'80% si concentra nei Paesi con medio basso reddito come il Sud Est Asiatico).

<https://www.dimensioneinfermiere.it/prevenire-le-cadute-dei-pazienti-raccomandazioni-recenti-e-buone-prassi/>
Ultimo accesso del 11/09/19

Dimensione del problema - 4

Gli adulti con più di 65 anni di età subiscono il maggior numero di cadute (30% delle persone > o = 65 anni e il 50% di quelle > o = 80 anni). Questo ha portato l'OMS a includere le cadute fra i "giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza e deficit di memoria.

<https://www.dimensioneinfermiere.it/prevenire-le-cadute-dei-pazienti-raccomandazioni-recenti-e-buone-prassi/>
Ultimo accesso del 11/09/19



**HAI TANTE COSE DA FARE,
NON FARTI SPEZZARE.**

CAMPAGNA PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE E FRATTURE NEGLI ANZIANI

Epidemiologia - 1

In media viene riportata almeno una caduta all'anno in circa un terzo degli ultra65enni non istituzionalizzati, nel 25% di quelli ricoverati in ospedale, nel 43% dei ricoverati in RSA.

Rubenstein LZ, Josephson KR., 2002

Tinetti ME, 2003

Ungar A, Mussi C., 2004

Rao SS, 2005

Hill AM, Etherton-Beer C, Haines TP et al., 2013

Pfortmueller CA, et al., 2014

Epidemiologia - 2

Dati ospedali - USA:

Il tasso di caduta varia da 1,7 a 25 cadute ogni 1.000 pazienti/anno a seconda del contesto (percentuali più elevate nei reparti geriatrici e psichiatrici).

La percentuale di tutti i pazienti ospedalizzati (acute care setting) che cade varia fra 1,9% e 3%/anno.

<https://www.dimensioneinfermiere.it/prevenire-le-cadute-dei-pazienti-raccomandazioni-recenti-e-buone-prassi/>

Ultimo accesso del 11/09/19

Epidemiologia - 3

Le persone che cadono la prima volta presentano **un rischio elevato di cadere nuovamente** durante lo stesso anno e possono riportare, come conseguenza del trauma, danni anche gravi, fino a giungere, in alcuni casi, alla morte.

Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Epidemiologia - 4

Il numero di anziani ricoverati in ospedale o presso residenze sanitarie assistenziali che va incontro a cadute è elevato, **la metà degli anziani che riporta una frattura di femore non è più in grado di deambulare ed il 20% di essi muore, per complicanze, entro 6 mesi.**

Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Epidemiologia - 5

STUDIO ARGENTO:

- Promosso dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2002
- Valutazione oggettiva dello stato di salute della popolazione anziana, basata sulla presenza di malattie o disabilità
- Delinea i bisogni assistenziali dell'anziano sottolineando le differenze territoriali e il divario tra l'attuale offerta di assistenza e i traguardi ottimali cui mirare
- Condotta in 11 regioni e province italiane (Piemonte, Liguria, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna)
- Per mezzo di interviste domiciliari a 2.366 persone

Epidemiologia - 6

Tra i dati più importanti che sono emersi dalle interviste:

- il 27% degli intervistati ha riferito di aver subito una caduta nell'ultimo anno
- l'8% è caduto più di una volta
- il 41% delle persone dichiara di essere caduto in casa
- gli ambienti domestici dove avvengono più frequentemente le cadute sono la camera da letto (23%), la cucina (18%), le scale (14%) e il bagno (9%)
- nel corso dell'anno precedente l'intervista, 13 anziani ogni 100 residenti sono stati curati in ospedale in seguito a una caduta

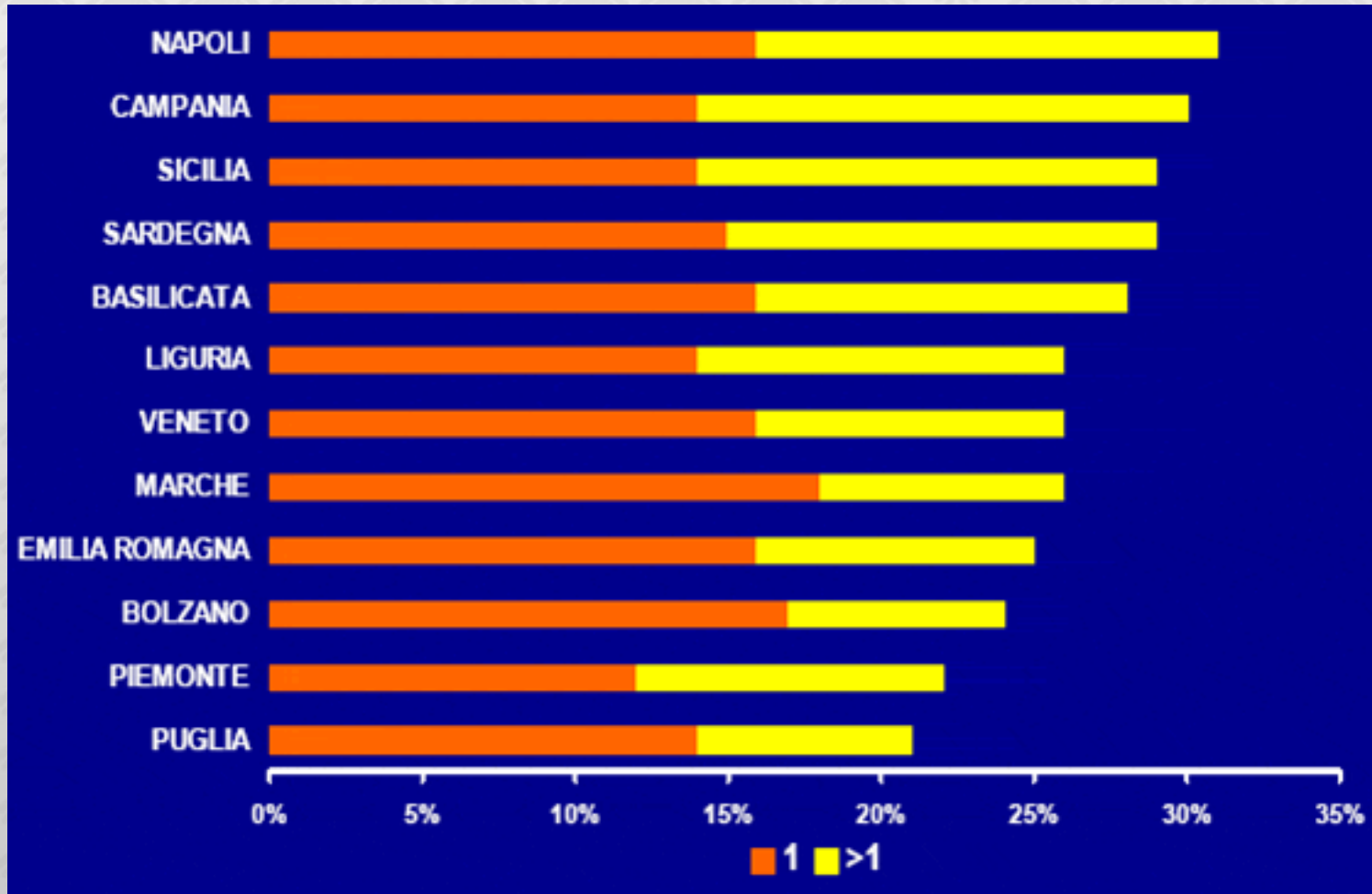
Epidemiologia - 7

La frequenza delle cadute degli anziani in Italia

In Italia, nel 2002 è stato stimato che il 28,6% (26-31%) delle persone con 65 anni e più cade nell'arco di 12 mesi. Di questi, il 43% cade più di una volta. Il 60% delle cadute avvengono in casa.

<https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/rischi-cadute-anziani#interventi>
ultimo accesso 11/09/19

Epidemiologia - 8



Epidemiologia - 9

- Ulss 22 - Regione Veneto - 2000 - 0,86% su tutti i ricoveri
- Azienda Ospedaliero Universitaria Malpighi di Bologna - 2002 - 5% dei ricoveri nei reparti selezionati per lo studio e 1% su tutti i ricoveri
- Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi di Firenze - 2002 - 1,2% sui ricoveri di anziani
- ASL 11 di Empoli - 2002 - 4% circa su tutti i ricoveri

Epidemiologia - 10

In Regione Lombardia il dato valutato nel 2004 è del 4,09 su 1000 ricoveri ospedalieri, in tutte le Aziende Ospedaliere della Regione.

Bertani, 2006

Epidemiologia - 11



Regione Lombardia

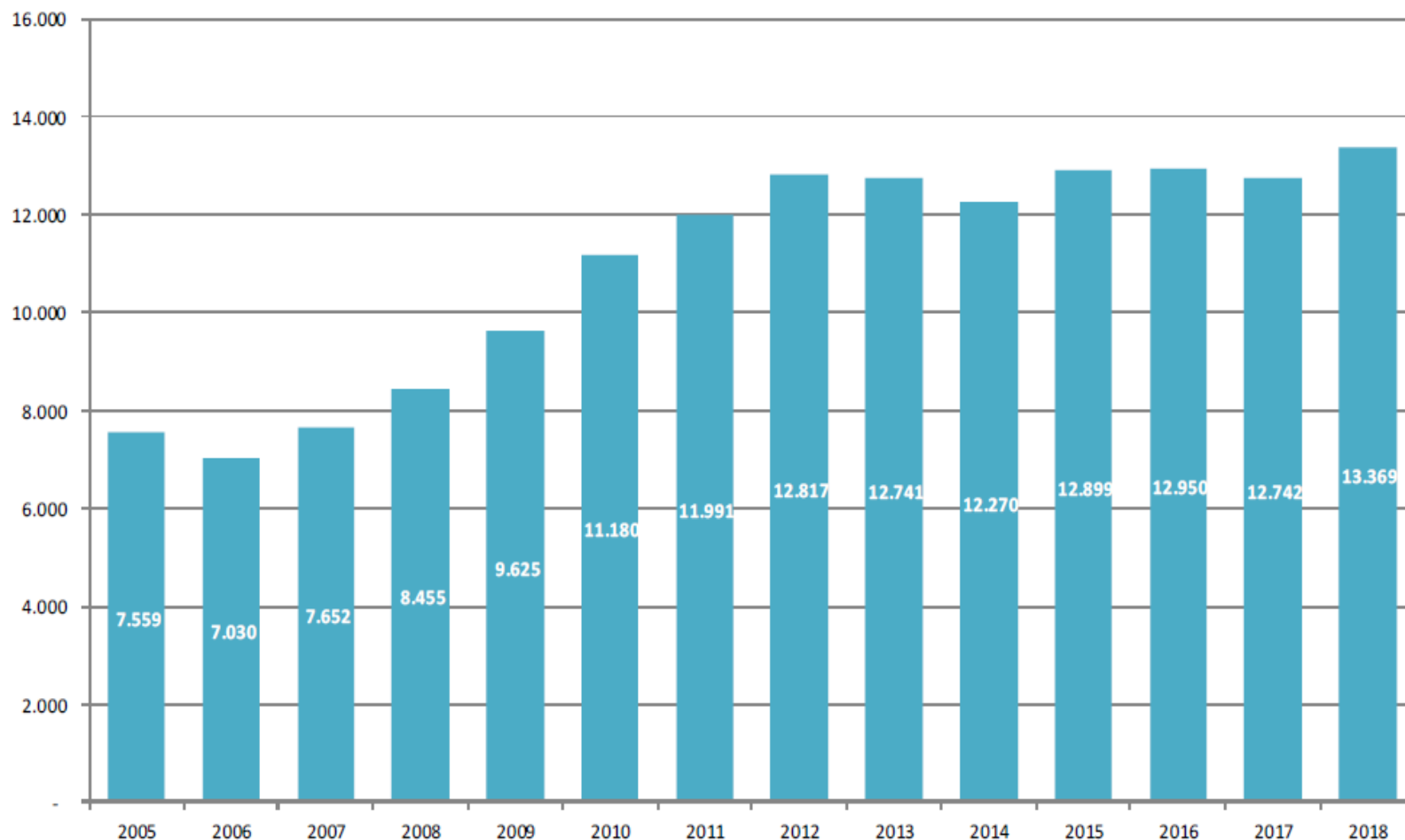
"Mappatura del rischio"
del Sistema Sanitario Regionale



Risultati QUINDICESIMA EDIZIONE
31/12/2018

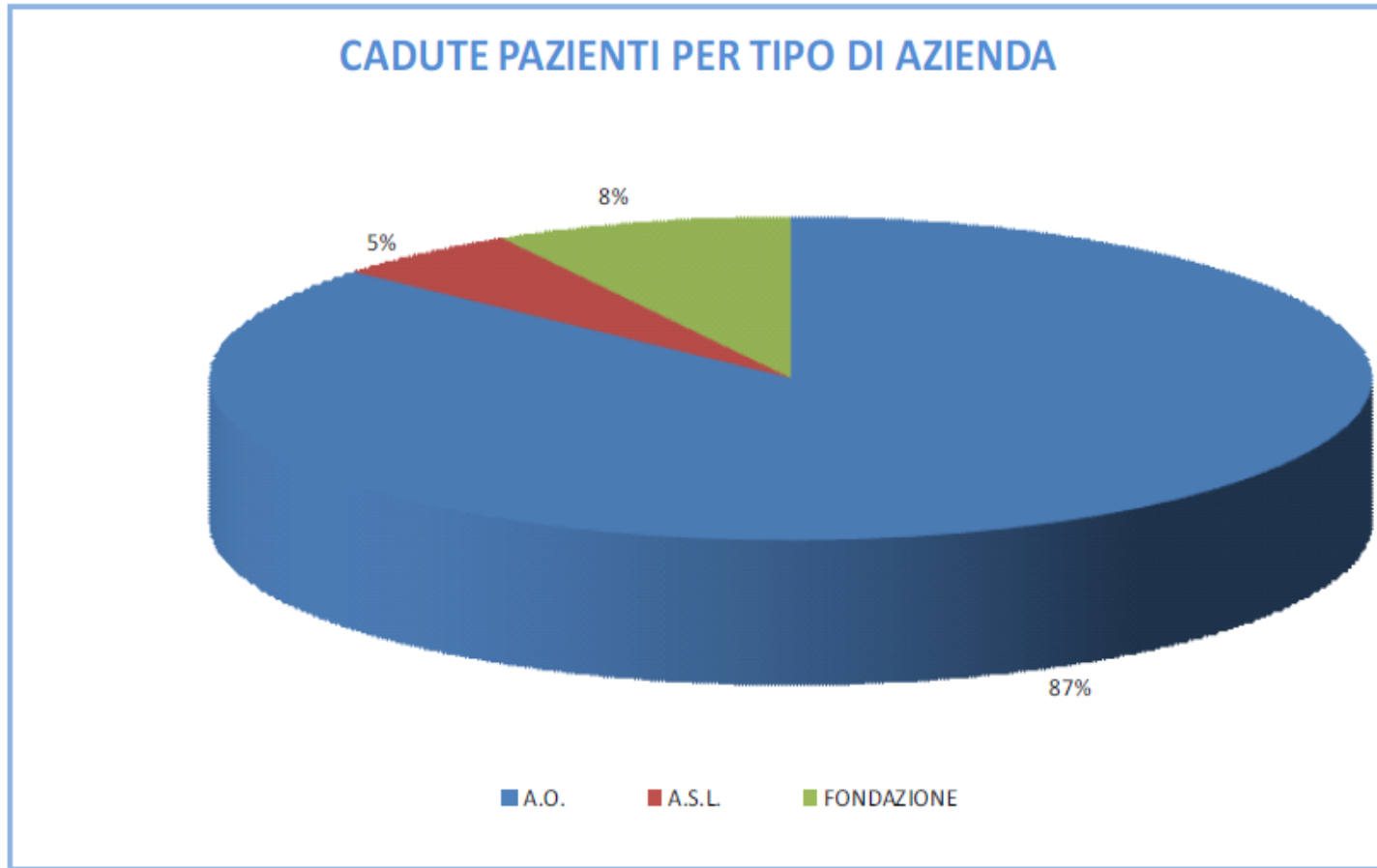
Epidemiologia - 12

ANDAMENTO NEL TEMPO DEL TOTALE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI

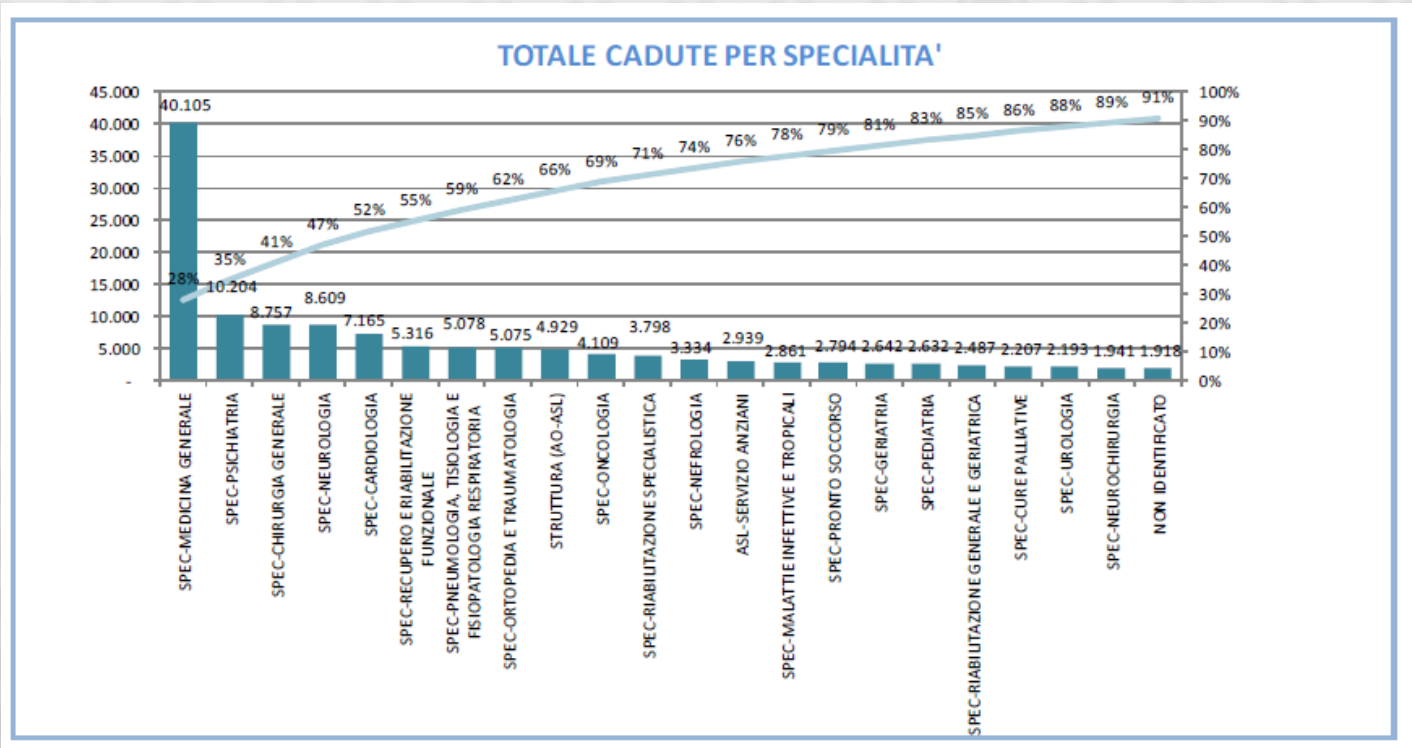


Epidemiologia - 13

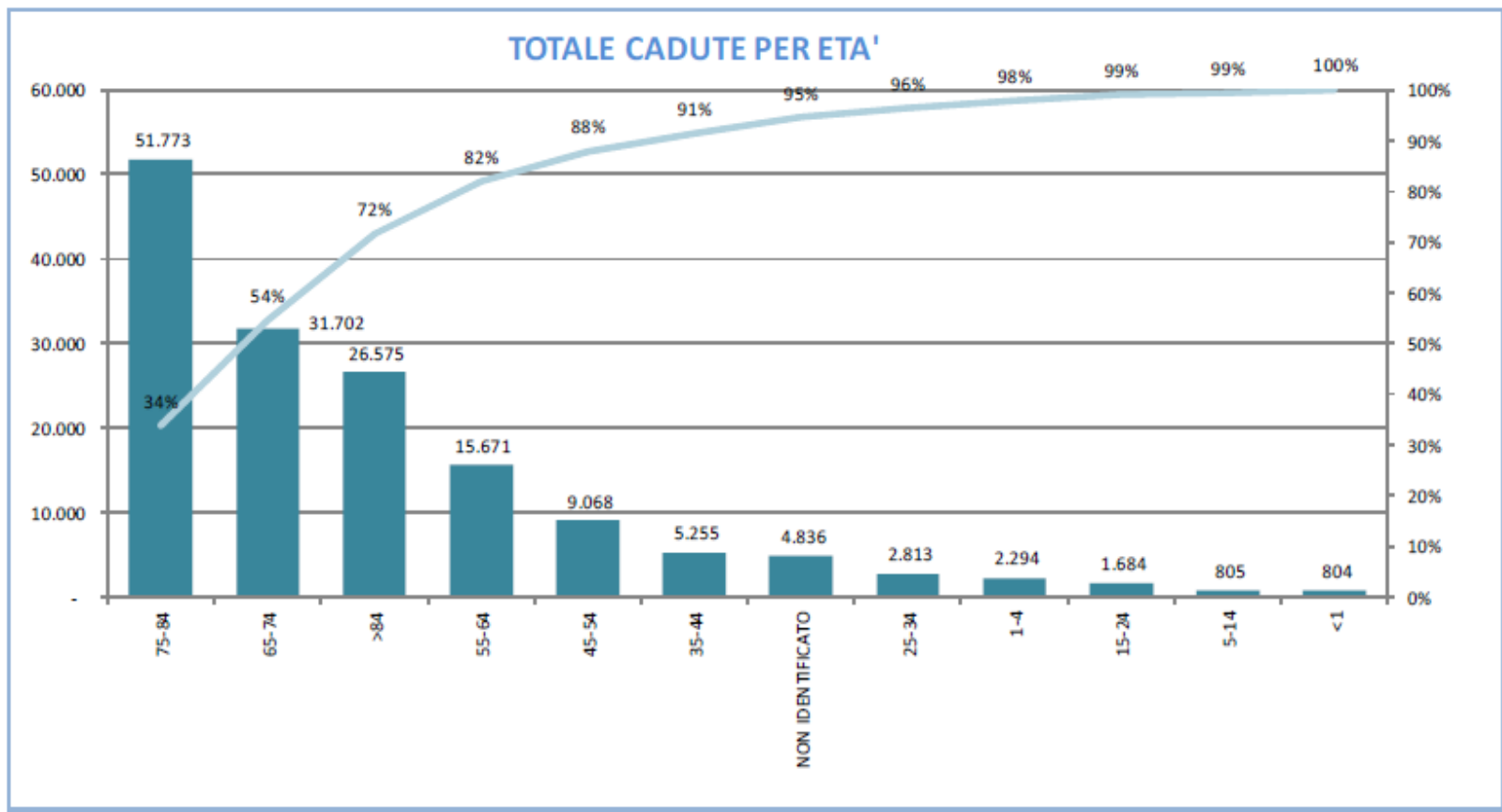
La maggior parte delle segnalazioni di caduta perviene dalle ASST (87%), seguono le ATS (5%) e le Fondazioni (8%).



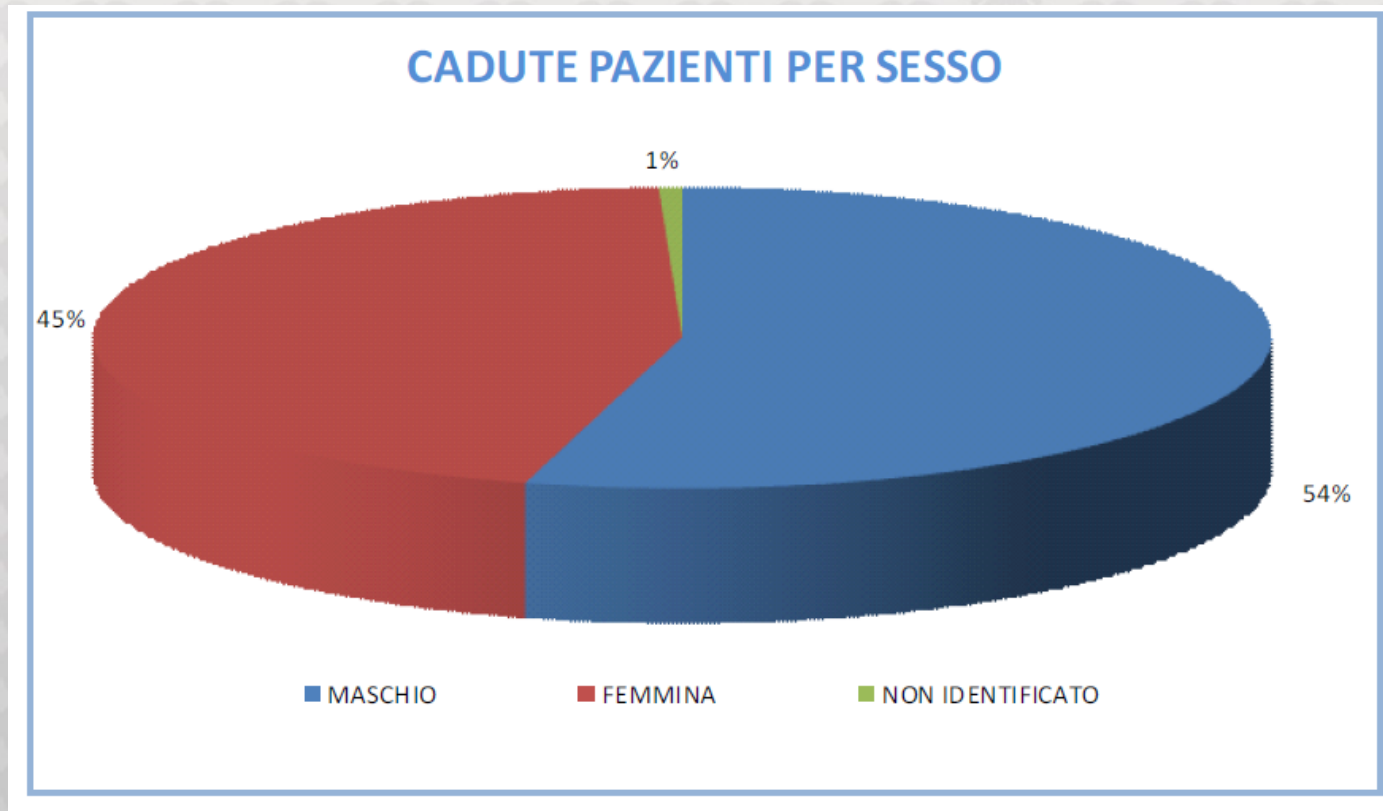
Epidemiologia - 14



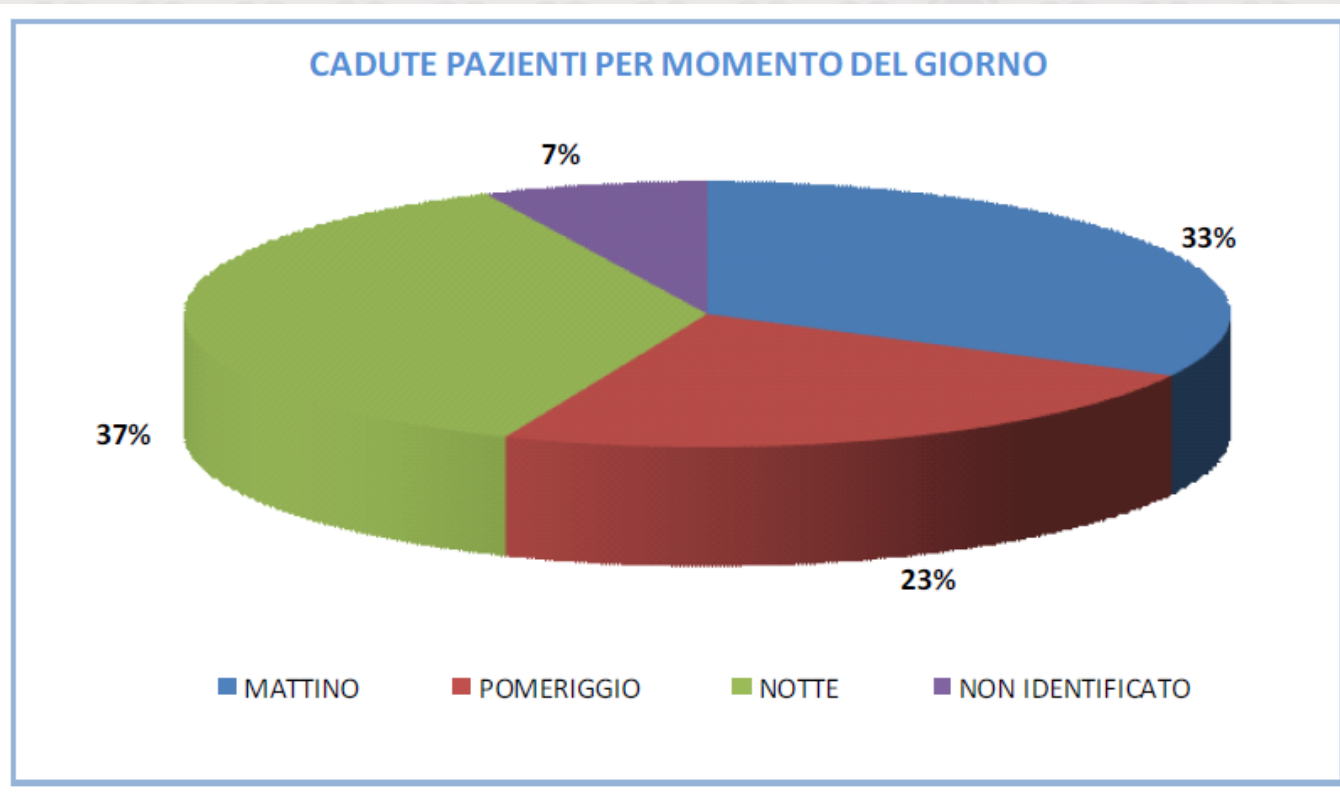
Epidemiologia - 15



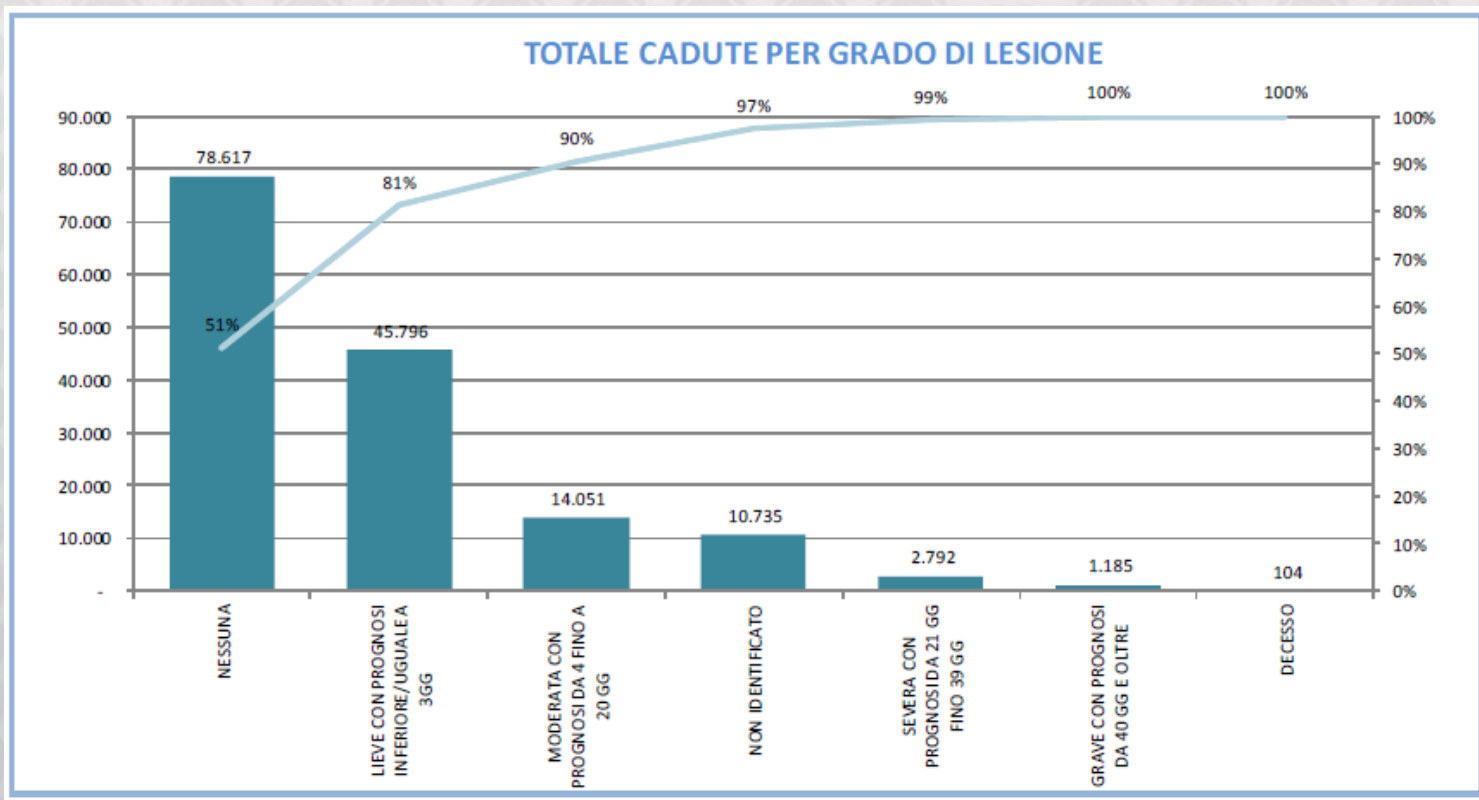
Epidemiologia - 16



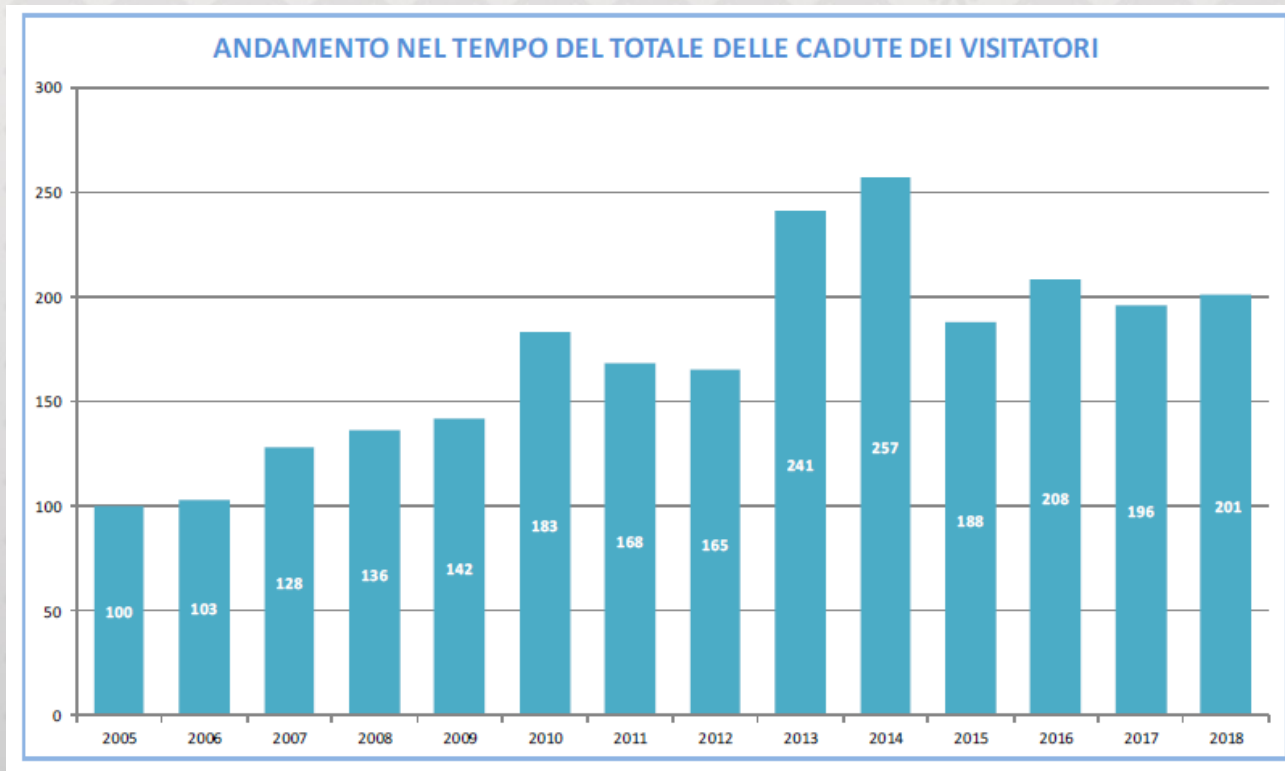
Epidemiologia - 17



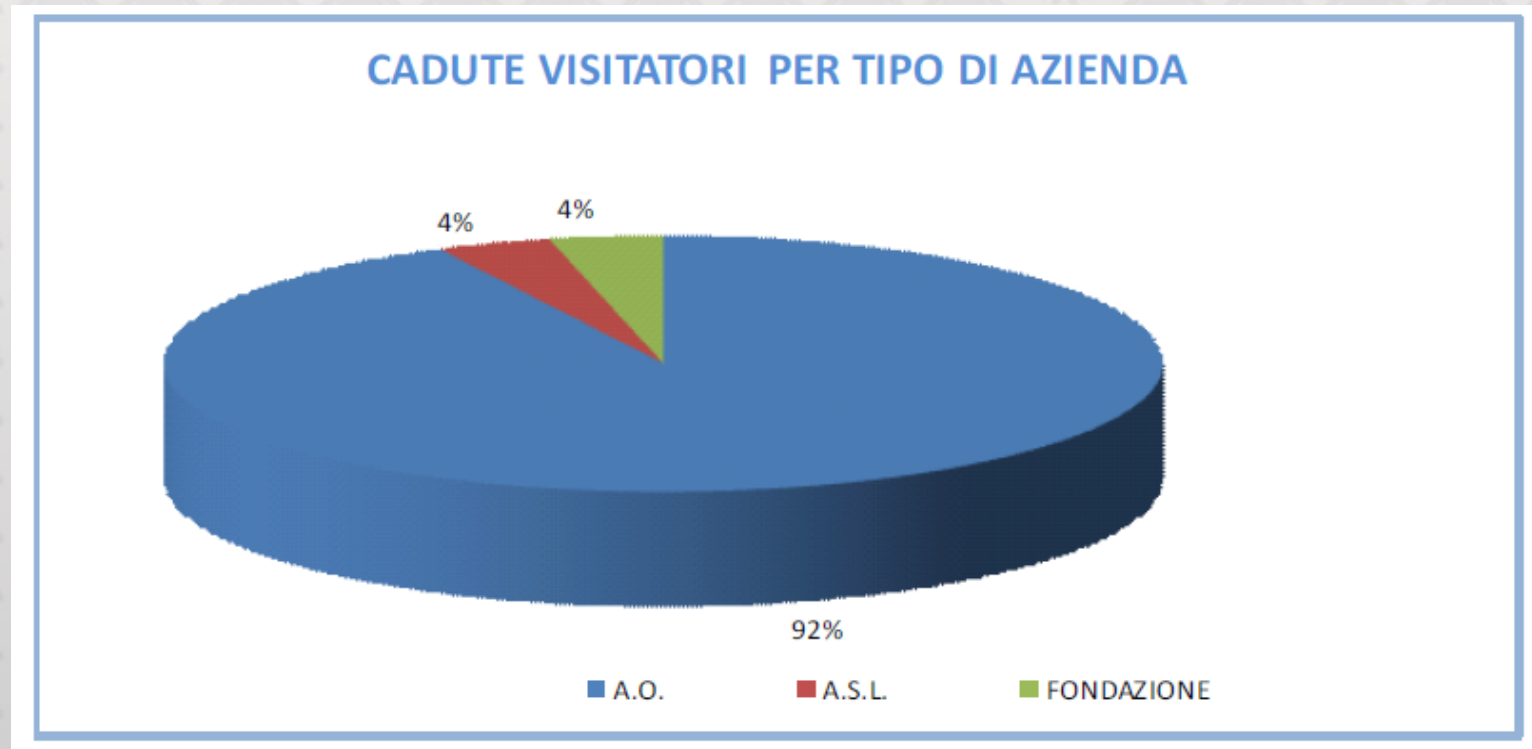
Epidemiologia - 18



Epidemiologia - 19



Epidemiologia - 20



Fattori di rischio - 1

INTRINSECI

ESTRINSECI



Quaderni Regione Toscana, 2011

Fattori di rischio - 2

INTRINSECI:

Età

Si delineano due fasce di età: gli anziani compresi tra i 65 e 80 anni considerati a rischio, e i pazienti con 80 anni e oltre giudicati a più alto rischio.

Fattori fisiologici età-dipendente

Modificazioni tipicamente senili (in relazione all'aumento dell'età cronologica), che favoriscono una precarietà dell'equilibrio nell'anziano quali:

aumento delle oscillazioni, accorciamento del passo, ridotta velocità di marcia, prolungato tempo di appoggio contemporaneo su due piedi, ridotto sollevamento dei piedi nel passo.

Fattori di rischio - 3

INTRINSECI:

Alterazioni organiche e funzionali connesse all'invecchiamento

Sono modificazioni organiche o funzionali di confine tra la fisiologia e la patologia vera e propria presenti nella quasi totalità degli anziani, alcune delle quali potenzialmente curabili (esempio: interventi protesici per ipoacusia e presbiopia) (Zurlo A; Anzivino F. 2001).

Fattori di rischio - 4

INTRINSECI:

Stato mentale

L'alterazione dello stato mentale può manifestarsi come confusione mentale, disorientamento, deficit mnemonico, difficoltà di comprensione, agitazione (Grenier-Sennellier C. et al 1998; Linda B. Horn 2000; Rubenstein L.Z. et al 1988; Oliver D. 1997).

Altri fattori che possono influenzare lo stato mentale come la depressione (Swift C.G. 2001), l'insonnia o l'abuso di sostanze in grado di alterare la percezione spazio-temporale e l'abilità ad orientarsi e di muoversi.

Fattori di rischio - 5

INTRINSECI:

Anamnesi di cadute precedenti

Molti studi hanno verificato che una storia recente di caduta è un fattore statisticamente significativo di successive cadute (Horn L.B. 2000; Hogan D.B. et al 2001).

Da sottolineare che in alcune ricerche tra il 16% e il 52% dei pazienti può subire più di una caduta durante l'ospedalizzazione (Evans D. et al 1998).

Fattori di rischio - 6

INTRINSECI:

Farmaci

L'anziano assume in genere molti farmaci e spesso tra questi più di uno può predisporre alla caduta a causa degli effetti collaterali (alterazione dell'equilibrio, concentrazione). In particolare sono state identificate specifiche classi di farmaci che includono i farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale (tranquillanti, sedativi, benzodiazepine), i farmaci per le malattie cardiovascolari (antipertensivi), i farmaci antinfiammatori non steroidei.

È sempre opportuno valutare attentamente l'utilità e l'appropriatezza di ogni farmaco, i suoi effetti collaterali e le possibili interazioni farmacologiche (Rubenstein L.Z. 1988; Lightbody E. et al 2000). È stimato che **l'uso contemporaneo di quattro o più farmaci può aumentare il rischio di caduta** (Horn B.L. 2000).

Fattori di rischio - 7

CLASSI DI FARMACI	EFFETTI PREDISPONENTI ALLA CADUTA
Antiipertensivi	Ipotensione ortostatica, urge-incontinenze
Sedativi E Ipnotici	Sedazione, confusione mentale
Ipoglicemizzanti	Ipoglicemia
Neurolettici	Disturbi extrapiramidali
Antianginosi e Antiaritmici	Ipotensione ortostatica, vertigini, aritmie
Antidepressivi	Sedazione, astenia, stato confusionale, ipotensione ortostatica, tremore
Lassativi	Disidratazione

Fattori di rischio - 8

INTRINSECI:

Disturbi motori

E' riportato che i disordini legati alla mobilità colpiscono dal 20 al 50% delle persone anziane (Rubenstein L. Z. et al 1988). Le cause della debolezza muscolare e la scarsa coordinazione dei movimenti in parte sono legate all'età, in parte, soprattutto per i soggetti istituzionalizzati, alle limitate attività quotidiane e ai prolungati allettamenti, nonché alla presenza di patologie concomitanti quali cardiopatie, stroke, Parkinson, ecc.

Fattori di rischio - 9

INTRINSECI:

Deficit visivi e uditivi

La riduzione della vista, la presenza di cataratte e deficit legati all'udito sono spesso associati a cadute (Horn L. B. 2000; Swift C.G. 2001; Lightbody E. et al 2000).

Alcuni studi citano i diuretici come fattori aggravanti, presenza di incontinenza, di nicturia (con necessità di frequenti spostamenti verso il bagno) e di diarrea.

Fattori di rischio - 10

INTRINSECI:

Patologie

I dati in letteratura indicano un'alta percentuale (più del 65%) di casi in cui la valutazione clinica non individua una singola e definita causa apparente dell'evento caduta (Zurlo A.; Anzivino F. 2001) tuttavia, è dimostrato che la presenza di un'anamnesi positiva per determinate patologie croniche può influenzarne il rischio (Horn L.B. 2000).

Tra le cause più frequenti prevalgono alcune patologie dell'anziano: la demenza, lo scompenso cardiaco, l'anemia, lo stroke (Swift C.G. 2001), neoplasie, malattie cerebrovascolari, Parkinson (Swift C.G. 2001), Alzheimer (Swift C.G. 2001), ipoglicemia.

I pazienti affetti da queste patologie presentano spesso più fattori di rischio che in modo sinergico concorrono a determinare la caduta (disabilità+ deficit sensoriale+ effetti collaterali dei farmaci = caduta).

Fattori di rischio - 11

INTRINSECI:

Miscellanea

In aggiunta a tutti i fattori intrinseci descritti sono da considerarsi anche gli stati conseguenti all'anestesia (agitazione, confusione, disorientamento), l'uso di ausili per la deambulazione (Horn L.B. 2000) e la lunghezza del ricovero.

Fattori di rischio - 12

ESTRINSECI:

FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI

Fattori ambientali:

- ☒ pavimentazione (pavimenti scivolosi, irregolari, cerati, presenza di tappeti o zerbini non fissati)
- ☒ illuminazione (scarsa/inadeguata o eccessiva)
- ☒ scale (scarsamente illuminate, gradini troppo alti o stretti, mancanza di corrimano)
- ☒ bagno (sedile della toilette troppo basso, mancanza di tappetini antisdrucchiolo nella doccia o nella vasca, mancanza di maniglie per sollevarsi dalla vasca da bagno, dal water e supporti per doccia)
- ☒ abbigliamento (calzature inadeguate, vestaglie o pantaloni troppo lunghi)
- ☒ ausili per la deambulazione (uso non corretto di bastoni o stampelle, ausilio inadeguato)
- ☒ disordine/ostacoli attorno al letto
- ☒ aree di stoccaggio materiali mal collocate
- ☒ altezza dei letti (troppo alti o troppo bassi)
- ☒ arredi mal riparati, traballanti, insicuri

Tab 3: la classificazione di Smith (2005) dei fattori di rischio estrinseci

Contenzione e cadute - 1

In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l'uso della contenzione fisica o farmacologica protegga i pazienti dalle cadute.

I mezzi di contenzione meccanica possono provocare, invece, effetti indesiderati psicologici nonché fisici diretti ed indiretti.

Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Contenzione e cadute - 2

La contenzione deve essere applicata limitatamente ai casi strettamente necessari, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali da parte del personale infermieristico, dopo aver corretto le cause scatenanti ed adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa, che comprenda interventi relazionali, interventi sull'ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione.

La contenzione non deve essere utilizzata come alternativa all'osservazione diretta, alla presenza di personale preparato e in numero adeguato alle esigenze assistenziali.

Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Contenzione e cadute - 3

L'utilizzo di sistemi di contenzione posizionati al letto può facilmente portare il paziente a una fase di disorientamento, inoltre in letteratura viene riportato come tali strumenti non riducano il numero delle cadute, ma aumentino la gravità della lesione traumatica.

Veterani B., Guidi A., 2007

Contenzione e cadute - 4

L'uso sistematico della contenzione fisica non previene le cadute.

Rubenstein et al. 1994

Brady et al. 1993

Ginter et al. 1992

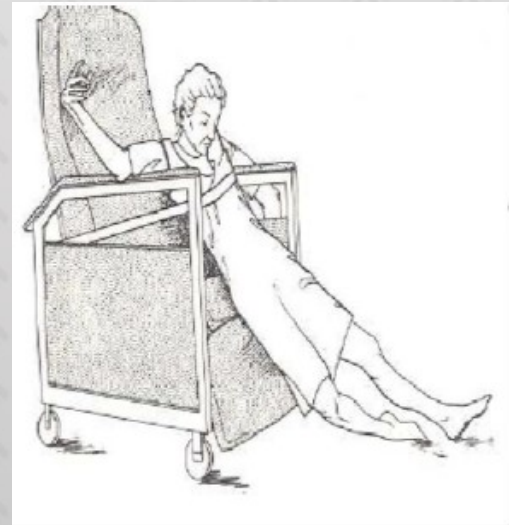
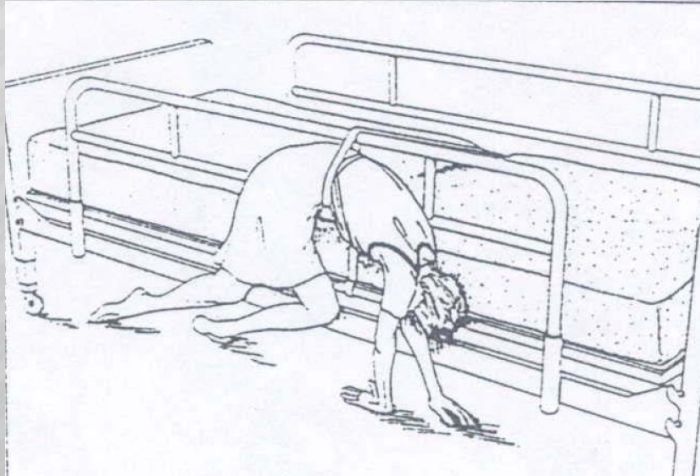
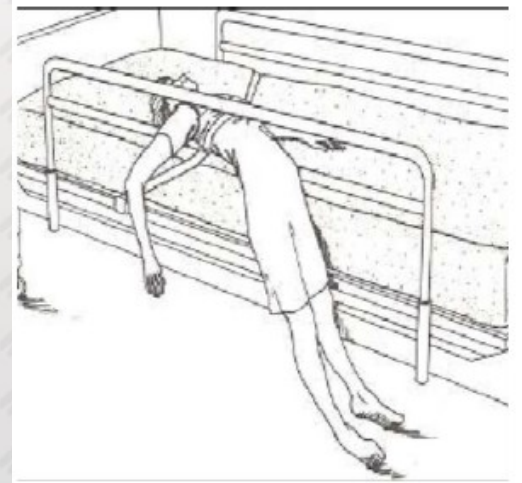
Contenzione e cadute - 5

Le conseguenze più gravi dopo una caduta riguardano soggetti che cadono mentre sono sottoposti a contenzione.

Marks 1992

Tinetti 1987

Tinetti et al. 1992



Un esempio

Non è configurabile alcuna responsabilità in capo alla struttura medico-ospedaliera per l'evento dannoso subito da un proprio paziente e consistito nella caduta dello stesso dal letto, allorché risulti provato che il medesimo perfettamente in grado di intendere e volere, nonostante fosse stato informato della possibilità di apporre, per ragioni di sicurezza, le bandine, si era a ciò fermamente opposto. Deve, pertanto, escludersi la responsabilità in capo alla predetta struttura, dal momento che le bandine, in quanto mezzo di contenzione, non potevano essere imposte al paziente, contro la sua volontà, senza incorrere nel reato di sequestro di persona.

Trib. Trieste, 12/01/2011

**3. Conseguenze ed esiti delle cadute:
mortalità, morbilità, disabilità e qualità di vita**

Esiti cadute - 1

Le cadute possono determinare nei pazienti: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a **diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità** e, in generale, ad una **riduzione** anche molto significativa della **qualità della vita**.

Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Esiti cadute - 2

Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un **aumento della degenza**, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un **incremento dei costi sanitari e sociali**.

Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Esiti cadute - 3

Circa una caduta su 10 provoca danni e lesioni importanti, come fratture ossee o ematomi, determinando circa il 10% delle visite presso i Dipartimenti di Emergenza e il 6% delle richieste di ricovero ospedaliero urgente nelle persone anziane.

Tinetti ME., Preventing Falls In Ederly Person, 2003
Rao SS., Prevention of falls in older patient, 2005

Esiti cadute - 4

Un importante esito di caduta è la frattura del femore che si presenta nello 0,6% delle persone sotto i 64 anni, sale al 10,8% per le persone sopra i 64 anni, al 12,9% per quelle sopra i 74 anni e al 14,2% per quelle sopra i 79 anni. Connesso alla caduta con frattura è il fatto che se l'anziano rimane abbandonato a terra per un certo tempo può andare incontro a disidratazione, ulcere da decubito, ipotermia e polmonite.

PNLG – Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani

Esiti cadute - 5

Le fratture degli arti inferiori costituiscono il 29% delle cause di morte dei maschi e il 68% delle femmine; il trauma cranico costituisce causa di morte nel 29% dei maschi e nel 14% delle femmine.

PNLG – Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani

Esiti cadute - 6

In sintesi:

- prolungamento della degenza
- impatto negativo sulla qualità della vita e sul grado di dipendenza
- implicazioni giuridiche ed etiche

Post-fall syndrome

Esiti cadute - 7

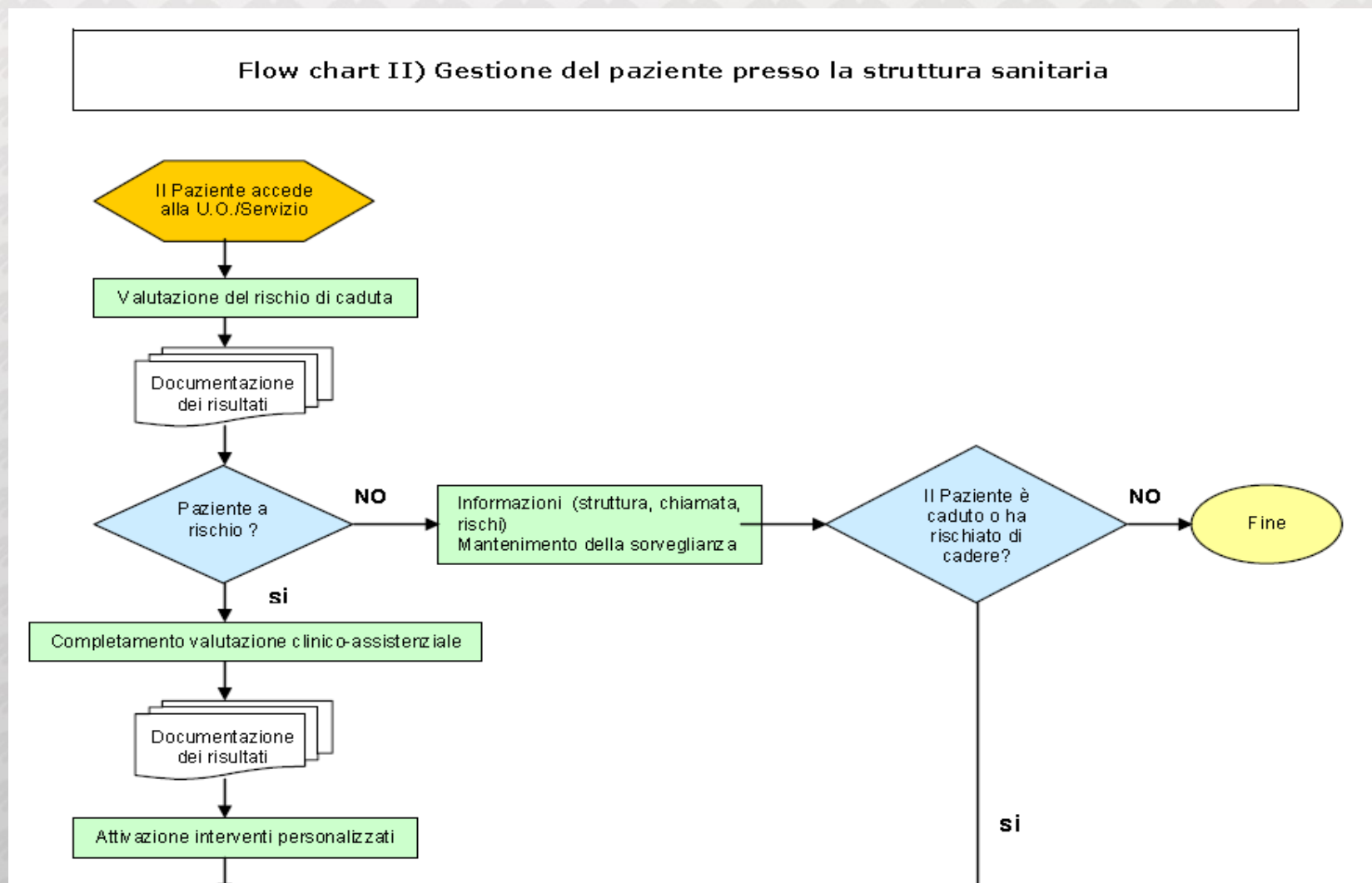
Post-fall syndrome

Post-fall syndrome (PFS) is a severe complication of falls in older adults. PFS is considered to be a medical emergency in geriatric patients, given the risk of a decompensatory “domino effect” and mortality.

Post-fall syndrome: Profile and outcomes
Charlotte Mathon; Florence Beaucamp;
Frédéric Roca; Philippe Chassagne; André
Thevenon; François Puisieux

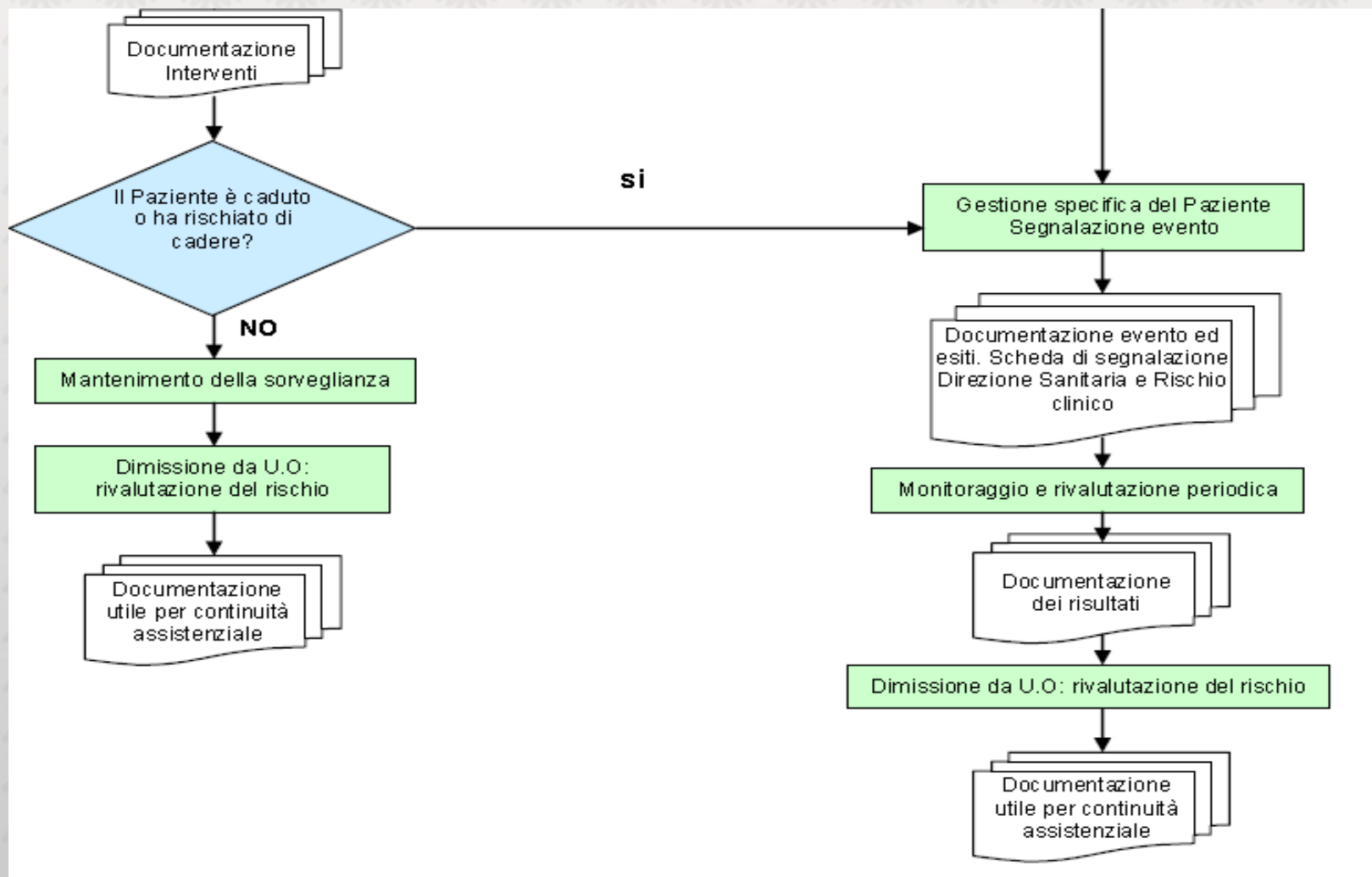
- 4. Dalla rilevazione del rischio agli interventi organizzativi, assistenziali ed educativi per la prevenzione delle cadute**
- 5. Pianificare, gestire e valutare l'assistenza alla persona a rischio di caduta in una visione multidisciplinare**

Gestione paziente - 1



Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

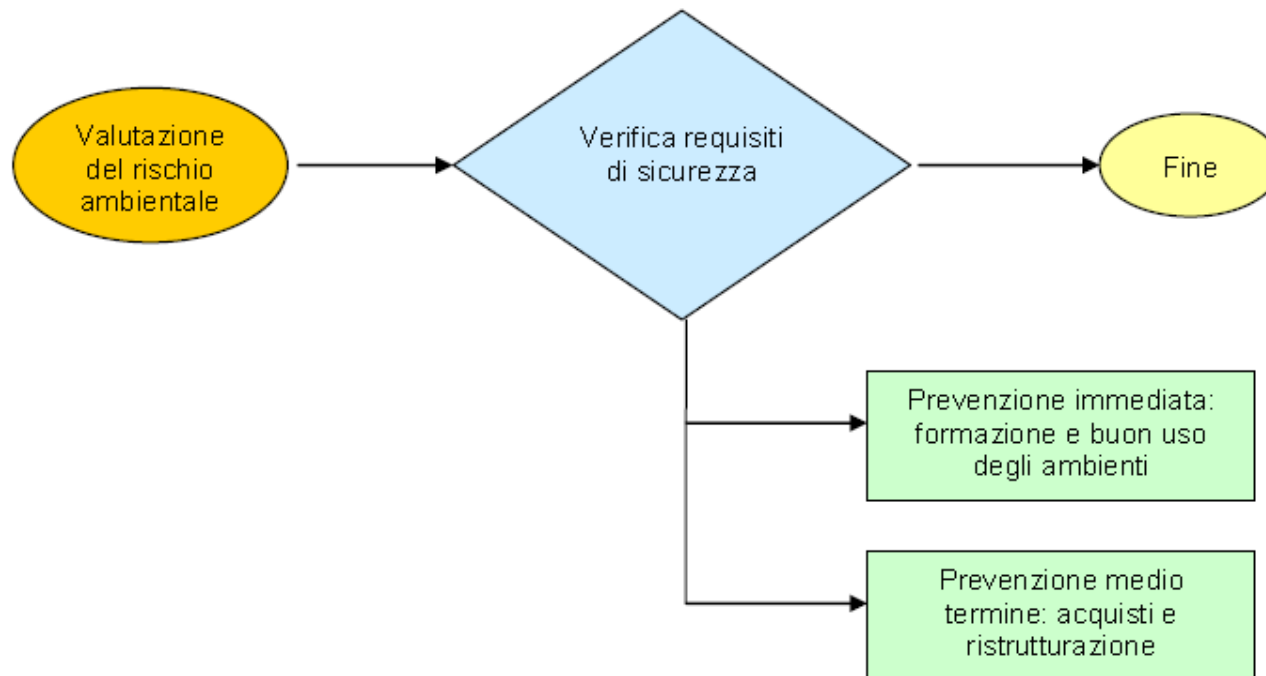
Gestione paziente - 2



Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Identificazione e gestione rischi ambientali

Flow chart I) Identificazione e Gestione dei rischi ambientali (7)



Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Valutazione e intervento multifattoriale - 1

Le persone anziane che si presentano all'attenzione medica a causa di una caduta, o riferiscono ripetute cadute nell'ultimo anno, o dimostrano anomalie nell'andatura o nell'equilibrio devono essere sottoposte ad una valutazione multifattoriale del rischio di caduta. Questa valutazione deve essere effettuata da professionisti sanitari con appropriata competenza ed esperienza, normalmente in un contesto di servizio specialistico per le cadute. Questa valutazione deve essere parte di un intervento multifattoriale personalizzato.

Linee guida NICE, 2004, 2013

Valutazione e intervento multifattoriale - 2

La valutazione multifattoriale del rischio di caduta e l'adozione di misure preventive, riducono le cadute del 30/40%.

Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ., Will my patient fall? JAMA 2007

Rao SS. Prevention of falls in older patient, American Family Physician 2005

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

Valutazione e intervento multifattoriale - 3

La valutazione multifattoriale può includere:

- Storia di precedenti cadute
- Valutazione dell'andatura, equilibrio, mobilità e debolezza muscolare
- Valutazione del rischio di osteoporosi
- Valutazione della capacità funzionale percepita dalla persona anziana e della paura di cadere
- Valutazione di eventuale deficit visivo
- Valutazione di deficit cognitivi ed esame neurologico
- Valutazione dell'incontinenza urinaria
- Valutazione di pericoli nell'ambiente domestico
- Esame cardiovascolare e revisione dei farmaci assunti

6. Strumenti e metodi a confronto:

- scale di valutazione del rischio di caduta e loro applicabilità nella pratica**
- documenti di pianificazione e valutazione degli interventi assistenziali ed educativi**
- documenti di segnalazione dell'evento caduta**

Rilevazione del rischio

Primo passo della prevenzione

Permette di agire sulle cadute prevedibili (prevenibili)

Valutazione della persona con l'ausilio di strumenti come le scale



Scale di valutazione - 1

Conley
Stratify
Morse
Tinetti

...



Scale di valutazione - 2

Criteri di scelta

- contesto
- semplicità d'uso
- professionisti formati all'uso
- sensibilità
- specificità

Scale di valutazione - 3

Vietato cadere...e "vietato sopravvalutare le scale di valutazione"

<https://www.dimensioneinfermiere.it/prevenire-le-cadute-dei-pazienti-raccomandazioni-recenti-e-buone-prassi/>
Ultimo accesso 11/09/19

Sensibilità

Capacità di un test di individuare i soggetti in cui il fenomeno è presente rispetto al totale dei soggetti

Specificità

Capacità di un test di individuare i soggetti come negativi rispetto al totale dei soggetti

Scala Conley

SCALA CONLEY di valutazione del rischio di caduta del paziente

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente; possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. *Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.*

	SI	NO
Precedenti cadute (<i>domande al paziente/caregiver/infermiere</i>)		
C1 - E' 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 (<i>osservazione infermieristica</i>)		
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
C5 - 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.).	2	0
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0
TOTALE _____		

Scala Stratify

STRATIFY STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE

Istruzioni: tutte le domande, ad eccezione della prima, devono essere rivolte all'infermiere responsabile. Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi.

	SI	NO
S1 - Il paziente è stato ricoverato in seguito ad una caduta, oppure è caduto durante la degenza? (esame della documentazione)	1	0

Ritieni che il paziente:

S2 - Sia agitato? (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con inquietezza, si tira i vestiti, ecc.).	1	0
S3 - Abbia un calo della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	1	0
S4 - Necessiti di andare in bagno con particolare frequenza? (< 3 ore)	1	0
S5 - Il paziente ha un punteggio di mobilità corrispondente a 3 o a 4? (vedi schema di calcolo sottostante)	1	0

TOTALE _____

Schema per il calcolo del punteggio di mobilità

Il paziente è in grado di:	No	Con aiuto maggiore	Con aiuto Minore	Indip.	Punteggio
1) Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)	0	1	2	3	_____
2) Camminare sul piano (spingere la sedia a rotelle se non deambula)	0	1	2	3	_____

TOTALE _____

Sensibilità e specificità

	SENSIBILITA'	SPECIFICITA'
CONLEY	71%	59%
STRATIFY	20%	87%
TINETTI	70%	52%

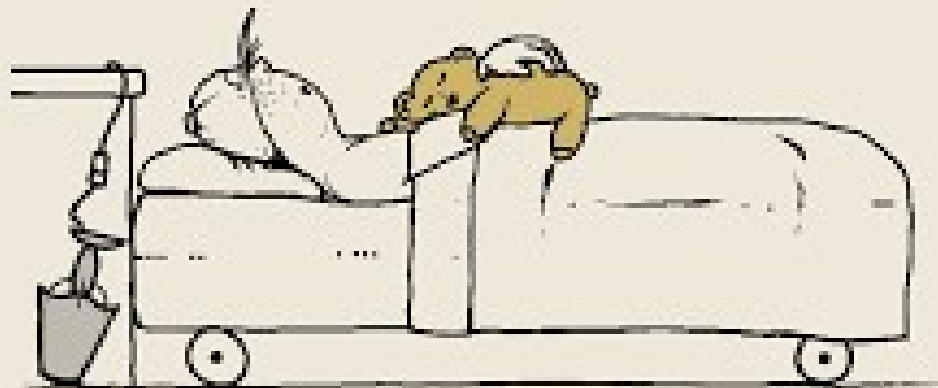
PUK

Prima le borse.

Poi il satellite.

Ma cosa diavolo deve cadere ancora?

Il governo, tesoro.



7. Le cadute come evento avverso:
- accidentale e non accidentale - evento sentinella
- indicatore della qualità delle cure

8. Responsabilità dei professionisti sanitari e dell'organizzazione per la prevenzione delle cadute

9. Sicurezza del paziente e rischio clinico: progettare e gestire organizzazioni sicure e affidabili

Classificazione delle cadute - 1

Si stima che circa il:

- **14%** delle cadute in ospedale sia classificabile come **accidentale**, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato),
- **l'8%** come **imprevedibile**, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il
- **78%** rientri tra le cadute **prevedibili** per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione)

Raccomandazione 13 – Ministero Salute, 2011

Classificazione delle cadute - 2

ACCIDENTALI: quando la persona cade indipendentemente dalle proprie condizioni di salute; sono causate il più delle volte da fattori ambientali quali ad esempio i pavimenti umidi o la scarsa illuminazione. Questo tipo di cadute può essere prevenuto con azioni correttive a livello ambientale, scegliendo presidi idonei e sensibilizzando lo staff sanitario.

FISIOLOGICHE PREVEDIBILI: causate da fattori legati alle condizioni della persona come, ad esempio, la mancanza di stabilità nella deambulazione. Questo tipo di cadute può essere ridotto attraverso l'individuazione del paziente a rischio e l'implementazione di azioni atte a prevenire la caduta.

FISIOLOGICHE IMPREVEDIBILI: causate da fattori legati alle condizioni della persona ma che non possono essere previste come ad esempio infarto, ictus, svenimenti o fratture patologiche dell'anca.

Caduta come evento avverso - 1

La caduta è causata in genere da un'**interazione complessa** di fattori personali, fattori ambientali e circostanze, legati alle semplici attività quotidiane.

Caduta come evento avverso - 2

Evento **inatteso** correlato al processo assistenziale e che comporta un **danno** al paziente, **non intenzionale e indesiderabile**. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.

Glossario Ministero della Salute

Caduta come evento sentinella

Evento avverso di **particolare gravità**, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può **comportare morte o grave danno al paziente** e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. **Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta** perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) **un'indagine immediata** per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) **l'implementazione delle adeguate misure correttive.**

Glossario Ministero della Salute

La sicurezza non e' un punto di arrivo

Identificazione
dei rischi

Verifica
Valutazione
monitoraggio



Analisi dei rischi

Interventi per la gestione e il miglioramento

Sicurezza del paziente

L'organizzazione si impegna a garantire processi e procedure che ridurranno la possibilità di errore e massimizzeranno la possibilità di intercettarli quanto accadono.

E' una dimensione della qualità.

E' un obiettivo e un risultato.

Coinvolge e considera: fattori strutturali-tecnologici, organizzativo-gestionali, economici, politici, condizioni di lavoro, fattore umano, caratteristiche dell'utenza, ...

Responsabilità dei professionisti sanitari e dell'organizzazione

Non è possibile eliminare il rischio

E' però possibile **ridurlo** mettendo in atto:

- conoscenze
- abilità
- metodi
- strumenti
- strategie

Per:

- **valutarlo e monitorarlo**
- **rendere l'organizzazione più sicura**

Codice deontologico dell'Infermiere - 2019

Art 32 – Partecipazione al governo clinico

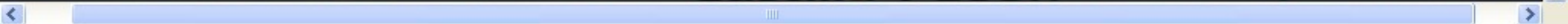
L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR HABANA VIEJA



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

CON LA COOPERACIÓN DE:



Bibliografia essenziale - 1

Linee guida NICE, Falls: assessment and prevention of falls in older people, 2004, 2013

Ministero della Salute, Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, 2011

Regione Toscana, La prevenzione della cadute in ospedale, 2011

Regione Lombardia, Mappatura del rischio del sistema sanitario regionale, quindicesima edizione, 2018

Chiari P., Mosci D., Fontana S., Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti, AIR, 2002

Lovallo C., Rolandi S., Rossetti AM & Lusignani M., Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools, JAN 2009

ISS, SNLG, Cadute in casa, conoscere il rischio per evitarlo, 2008

Bibliografia essenziale - 2

Regione Emilia Romagna, Prevenzione delle cadute e promozione del benessere generale degli ospiti delle strutture per anziani, 2015

Kim YL¹, Jeong SH². Effects of Nursing Interventions for Fall Prevention in Hospitalized Patients: A Meta-analysis. J Korean Acad Nurs. 2015

Vlaeyen E. et al., Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

Center of Expertise for Fall and Fracture Prevention Flanders. J Am Geriatr Soc. 2015

Pfortmueller CA¹, Lindner G, Exadaktylos AK. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic review. Minerva Med. 2014