



PROCEDURA	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITÀ	VERS. 3 04/02/2026	Pag.1 di 45
------------------	--	-----------------------	-------------

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

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
VERS. 2 07/02/2023	Dirigente UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dott. E. Rilia</i>	Responsabile F.O. Qualità Risk e Management <i>Dott. R. Masiero</i>	Responsabile Sostituto UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dott.ssa A. Rizzo</i>	2 Anni
VERS. 3 04/02/2026	Infermiere <i>Dott. M. Del Sole</i>	Direttore Sostituto UOC Professioni Sanitarie rete Ospedaliera <i>Dott. S. Di Matteo</i>		
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		riunioni
	X			X

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

La procedura è stata revisionata effettuando l'editing.

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della procedura

Sommario

1. PREMESSA.....	5
2. SCOPO/OBIETTIVO	6
3. CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE	7
4. DEFINIZIONI	7
5. MATRICE DI RESPONSABILITA'.....	8
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	9
6.1. Fattori di rischio individuali: valutazione della persona assistita ..	10
6.2. Valutazione multidimensionale del paziente: Piano di Assistenza Individuale (PAI)	12
6.3. Quando effettuare la valutazione del rischio	13
6.4. Fattori di rischio ambientali: valutazione dei rischi ambientali.....	13
6.5. Interventi di protezione per la persona assistita e di tipo ambientale-strutturale.....	14
6.6. Strumenti di supporto agli operatori nella valutazione del rischio cadute	17
6.7. Strumenti preventivi a supporto della persona assistita/caregiver	20
6.8. Limitazione della contenzione.....	21
6.9. Setting particolari.....	22
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO	24
8. INDICATORI	25
9. FORMAZIONE DEL PERSONALE	25
10. SEGNALAZIONE DELL'EVENTO CADUTA	27

11. CONCLUSIONI.....	28
12. BIBLIOGRAFIA	29
ALLEGATO 1.....	31
Scheda valutazione multidimensionale Rischio caduta.....	31
ALLEGATO 2	33
Humpty Dumpty Fall Scale.....	33
ALLEGATO 3.....	34
The Richmond Agitation-Sedation Scale.....	34
ALLEGATO 4.....	35
SCHEMA SEGNALAZIONE CADUTE.....	35
ALLEGATO 5 Algoritmo prevenzione, identificazione e gestione rischio cadute.....	37
ALLEGATO 6 Strumenti a sostegno dell'operatore.....	38
ALLEGATO 7 Strumenti a sostegno della persona/caregiver	41

1. PREMESSA

La caduta è uno degli eventi avversi maggiormente riscontrato nelle realtà di assistenza e di cura che interessa, sia per frequenza di accadimento sia per percentuale di coinvolgimento, la popolazione di età avanzata in relazione ai numerosi fattori di rischio che quest'ultima presenta (aspetti clinico-assistenziali, politerapia farmacologica, deficit visivi, uditivi e neurocognitivi).

L'OMS afferma che *“le cadute e i danni ad esse correlate sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo”*.

Si definisce caduta un *“improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso della posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica. 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”*¹ e può essere considerata come il risultato dell'interazione di numerosi fattori personali, ambientali e circostanze favorevoli.

Le cadute determinano un incremento dell'ospedalizzazione e/o un suo allungamento, effetti negativi in termini di disabilità ed esiti letali. Questi fenomeni sono potenzialmente prevenibili tramite attività di prevenzione e gestione dei fattori di rischio specifici: analisi degli aspetti del percorso clinico-assistenziale della persona assistita, analisi dei fattori personali (problemi di deambulazione, effetti collaterali dei farmaci, alterazioni cognitive, stato confusionale, frequente necessità di utilizzare i servizi igienici), valutazione dell'area e dell'ambiente di degenza e delle attrezzature disponibili.

¹ Chiari P., Suggestioni di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale, Centro Studi EBN, Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, 2004.
www.evidencebasednursing.it

In quest'ottica è corretto attuare piani di intervento multidisciplinari e multiprofessionali, preventivi e personalizzati, adeguati ai bisogni clinico-assistenziali e alle necessità di mobilitazione della persona assistita, per ottimizzare e/o preservare le autonomie residue, evitare la perdita di forza muscolare, l'indebolimento osseo e altre complicazioni. A tale scopo sono presenti degli strumenti di supporto per gli operatori e per la persona assistita/caregiver tradotti e adattati dai materiali informativi elaborati dal CDC (Centers for Disease Control and prevention) nell'ambito del programma STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries).

2. SCOPO/OBIETTIVO

Scopo della procedura è ridurre e contenere il rischio di caduta, migliorare la sorveglianza e il monitoraggio del fenomeno nelle persone assistite e identificare gli interventi di protezione e prevenzione del rischio.

Tra gli obiettivi specifici rientrano:

- fornire a tutti gli operatori sanitari le istruzioni operative per prevenire le cadute in ospedale e per gestire il paziente caduto;
- favorire il coinvolgimento di operatori, persone assistite e caregivers nella prevenzione delle cadute;
- identificare ed eliminare le situazioni ambientali che comportano rischio di caduta;
- identificare i pazienti a rischio di caduta e garantire ed attuare interventi assistenziali e personalizzati di prevenzione primaria tramite l'applicazione di uno strumento di rilevazione del rischio e la pianificazione di interventi di prevenzione delle cadute;
- condividere e applicare metodi e strumenti di rilevazione e analisi della

caduta;

- garantire interventi assistenziali appropriati in caso di caduta e favorire il pronto recupero della persona assistita;
- attuare interventi che evitino il ripetersi dell'evento caduta;
- segnalare l'evento caduta alla UOC Rischio Clinico compilando la specifica scheda (unica modalità di segnalazione).

3. CAMPO E LUOGO DI APPLICAZIONE

Le attività, descritte in questa procedura, sono rivolte a tutte le Unità Operative di degenza dei presidi ospedalieri dell'ASL di Latina, agli assistiti in regime di ricovero (Ordinario, Day Hospital), agli assistiti del Dipartimento Emergenza Accettazione/Pronto Soccorso e ai pazienti che accedono all'area Osservazione Breve Intensiva (OBI) e a tutti gli assistiti **sul territorio di competenza aziendale** valutati a rischio di caduta.

4. DEFINIZIONI

- COORD. INF.: coordinatore infermieristico
- DS: direzione sanitaria
- EVENTO AVVERSO: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile
- INFERM/OST: infermiere/ostetrica
- PAI: piano di Assistenza individuale
- PREDITTIVITA': la probabilità che un soggetto positivo sia effettivamente positivo.
- SENSIBILITA': capacità di un test o scheda di valutazione di identificare i soggetti che presentano la malattia

- SISTEMA DI INCIDENT REPORTING: modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, near miss, effettuata volontariamente e in forma anonima dagli operatori
- SPECIFICITA': capacità di un test o scheda di valutazione di identificare i soggetti che non presentano la malattia
- SPP: servizio Prevenzione Protezione
- UOC: Unità Operativa Complessa

5. MATRICE DI RESPONSABILITA'

	MEDICO	COORD. INFER.	INFERM/ OST	OSS	RISCHIO CLINICO	DS/SPP
Checklist valutazione rischi ambientali	C	C	I	I	R	R
valutazione multidimensionale fattori di rischio cadute	I	I	R	C	NC	NC
Pianificazione assistenziale individuale	C	C	R	C	NC	NC
Attuazione interventi preventivi	R	R	R	R	NC	NC
Gestione paziente caduto, primo soccorso	R	C	R	C	I	I
Informare la famiglia sull'evento caduta	R	C	C	I	NC	I
Compilazione scheda di segnalazione caduta e registrazione su cartella clinica/infermieristica	R	R	R	C	I	I
Analisi dei dati	I	I	I	I	R	C

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato NC: non coinvolto

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La prevenzione e la gestione delle cadute si attuano associando interventi di orientamento sia preventivo (l'utilizzo di scale di valutazione basate sulla stratificazione del rischio di caduta con lo scopo di diminuire la probabilità di accadimento dell'evento) sia protettivo (l'utilizzo di tecnologie o fattori ambientali con l'obiettivo di ridurre il danno nel momento in cui si verifica l'evento caduta).

Le misure universali di precauzione si applicano a tutte le persone assistite, indipendentemente dal loro specifico rischio di caduta e in ogni momento del percorso assistenziale. Le suddette si applicano diffusamente nella struttura sanitaria e aiutano a salvaguardare la sicurezza anche dei visitatori e degli operatori, garantendo un ambiente sicuro e confortevole.

Tabella1 *Misure universali di prevenzione*

Posizionare il campanello di chiamata a portata di mano della persona assistita e accertarsi che sia in grado di usarlo

Posizionare gli effetti personali e di uso comune della persona assistita a portata di mano

Posizionare il letto di degenza nella posizione più bassa possibile (30 cm dal pavimento) quando non devono essere eseguite manovre clinico-assistenziali e sollevarlo ad un'altezza confortevole quando il paziente deve alzarsi

Tenere i freni del letto bloccati

Tenere i freni della sedia a rotelle bloccati quando è ferma

Usare luci notturne o illuminazione supplementare nelle ore notturne

Mantenere le superfici orizzontali pulite e asciutte

Mantenere le aree assistenziali ordinate e libere da ingombri

Eseguire le corrette manovre di movimentazione della persona assistita

Verificare l'utilizzo da parte della persona assistita di calzature comode, antiscivolo, ben aderenti e chiuse al tallone

Verificare l'utilizzo da parte della persona assistita di corrimano nelle stanze, nei corridoi e nelle scale e dei maniglioni nei bagni

È noto che ogni paziente presenta fattori di rischio differenziati e interagenti tra loro, e quindi tra le strategie di prevenzione multifattoriale, rientrano tutti gli interventi personalizzati e individualizzati di prevenzione:

- inquadramento dei fattori di rischio ambientali e individuali;
- interventi di contenimento del rischio ambientali e individuali;
- monitoraggio dell'evento caduta.

Sulla base dell'identificazione dei fattori di rischio è necessario utilizzare appropriate modalità di valutazione del rischio di caduta (che devono risultare nella documentazione clinico-assistenziale); di valutazione ambientale periodica (in collaborazione tra i servizi assistenziali e quelli deputati alla prevenzione e alla sicurezza della struttura sanitaria) e di integrazione tra la struttura e il territorio.

6.1. Fattori di rischio individuali: valutazione della persona assistita

Tra i principali fattori di rischio riferibili alle condizioni generali del paziente possono essere identificati:

1. tutti gli assistiti nei vari regimi di ricovero con età ≥ 65 aa;
2. tutti i pazienti di età inferiore ai 65 anni che presentano anche uno solo dei seguenti fattori di rischio indicati dall'OMS: **assunzione di più di 4 farmaci, debolezza del cingolo pelvico, equilibrio instabile valutato come incapacità di mantenere la posizione seduta ed eretta in autonomia;**
3. pazienti valutati ad alto rischio caduta a causa di una condizione clinica preesistente accertata e rilevata attraverso l'accertamento infermieristico. Tra questi:
 - (a) deficit cognitivi e stato di vigilanza;

- (b) problemi di incontinenza e/o aumento della frequenza minzionale;
 - (c) pregresse cadute incluse cause e conseguenze (lesioni e paura di cadere);
 - (d) deficit della funzione neuromuscolare;
 - (e) utilizzo di ausili per la deambulazione (stampelle, deambulatore, ecc);
 - (f) dipendenza funzionale all'esecuzione di attività di vita quotidiana;
 - (g) sincope e/o altri fattori dipendenti dalla patologia;
 - (h) deficit visivi e/o uditivi;
 - (i) deformazioni o patologie del piede (alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee ecc).
4. pazienti affetti da patologie che possono compromettere la stabilità posturale e la deambulazione, condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio-temporale e/o causare episodi ipotensivi e aumentare la frequenza minzionale.

Si considerano a rischio anche tutte le situazioni in cui i pazienti assumono farmaci che influenzano lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa o in cui si riscontra una variazione della posologia con un incremento del dosaggio del farmaco.

La valutazione del paziente a rischio caduta si svolge come segue:

1. PRIMA VALUTAZIONE: in fase di accettazione del paziente in reparto (entro le 24 ore). In caso di emergenza e per i pazienti arrivati al Pronto Soccorso, si compila dopo la stabilizzazione clinica.

2. VALUTAZIONI SUCCESSIVE:

- evento caduta;
- cambiamento nelle condizioni cliniche;
- variazioni terapeutiche che possono aumentare il rischio cadute (aggiunta di farmaci induttori di sonno/ansiolitici, ad effetto psicotropo, di farmaci dell'area cardiologica, diuretici ecc);
- prima del trasferimento presso altre strutture/unità.

6.2. **Valutazione multidimensionale del paziente: Piano di Assistenza Individuale (PAI)**

Attualmente in letteratura non è individuato uno strumento di valutazione capace di poter definire con un unico valore la funzione predittiva del rischio cadute. Per questo motivo, la *scala di valutazione multidimensionale* (allegato 1) è utilizzata, come strumento di supporto, mirato alla definizione di uno specifico Piano di Assistenza Individuale (PAI).

In tale valutazione vanno presi in considerazione almeno i seguenti fattori:

- anamnesi positiva per precedenti cadute negli ultimi 3 mesi;
- deficit neurocognitivi e visivi;
- problemi di statica e dinamica (equilibrio, deambulazione, mobilità e/o tono muscolare);
- incontinenza urinaria;
- profilo emodinamico e cardiovascolare;
- assunzione di farmaci ad alto rischio (che possono causare sedazione, confusione, compromissione dell'equilibrio e/o variazione dei parametri di pressione arteriosa)

Il processo di valutazione deve essere contestualizzato al setting assistenziale e al

percorso della persona assistita. La previsione di un intervento chirurgico o di procedure invasive che prevedono o potrebbero prevedere la sedazione, ad esempio, rende la persona assistita a rischio di cadute nell'immediato post-operatorio, pertanto, la valutazione degli specifici fattori di rischio della persona assistita deve focalizzarsi nel periodo postoperatorio, anche in quei soggetti con un basso rischio di cadute.

Inoltre, il processo di valutazione deve verificare se la persona assistita sia in grado di comprendere e ricordare le informazioni del personale sanitario. In caso di capacità cognitive e mnemoniche adeguate, la persona è adeguatamente informata e periodicamente aggiornata sui fattori di rischio individuali e sulle strategie di prevenzione e protezione intraprese.

Pertanto, ogni professionista può integrare specifici fattori di rischio rispetto a quelli standard previsti nell'allegato 1.

6.3. Quando effettuare la valutazione del rischio

La valutazione del rischio è eseguita:

- il prima possibile e non oltre le 24 ore dalla presa in carico;
- prima delle ore notturne;
- va contestualizzata al setting assistenziale;
- in caso di modifiche clinico-assistenziali;
- ogni 7 giorni;
- in caso di trasferimento in un altro setting assistenziale;
- dopo una caduta.

6.4. Fattori di rischio ambientali: valutazione dei rischi ambientali

Per la rilevazione dei rischi ambientali e delle tecnologie è necessario valutare la sicurezza ambientale e osservare il proprio contesto operativo. Di norma una

volta all'anno i valutatori, con programmazione da parte del responsabile SPP, effettuano l'osservazione degli ambienti e dei presidi dell'unità di competenza compilando una *check-list* dedicata. Le eventuali non conformità rilevate, sia dai referenti SPP sia dagli operatori della stessa struttura organizzativa, sono oggetto di proposta operativo-analitica per la risoluzione della non conformità con report rilasciato e conseguente compilazione da parte del Direttore della UOC/UOS delle richieste di acquisizioni di tecnologie/dispositivi medici o messa in atto di opera di adeguamento strutturali/impiantistiche agli uffici competenti.

6.5. Interventi di protezione per la persona assistita e di tipo ambientale-strutturale.

Le raccomandazioni ministeriali identificano alcuni interventi preventivi da mettere in atto nel momento in cui si presenti un paziente con diagnosi infermieristica di rischio di cadute. Sulla base della valutazione multidimensionale (Allegato 1), per ogni specifico item va costruito un adeguato PAI con relativi interventi assistenziali.

Di seguito le descrizioni degli interventi per specifica sezione della valutazione multidimensionale della persona assistita:

1. anamnesi positiva per pregresse cadute:

- utilizzare letti regolabili e posizionarli all'altezza minima da terra (30 cm);
- predisporre la stanza di degenza in modo da favorire i percorsi e l'orientamento;
- verificare la correttezza delle calzature;
- valutare il dolore e trattarlo.

2. Deficit neuro-cognitivi e visivi:

- favorire la presenza di un caregiver;
- coinvolgimento multi-specialistico (fisiatra, geriatra, fisioterapista)

- favorire la vicinanza delle lenti correttive.

3. Problemi di equilibrio, deambulazione, mobilità e/o del tono muscolare:

- stimolare la persona ad utilizzare le proprie abilità ed autonomie residue;
- educare il caregiver sulla corretta movimentazione;
- fornire ausili di deambulazione (tripode, deambulatore, carrozzina ecc.);
- verificare la correttezza delle calzature;
- eliminare o ridurre al minimo la presenza di ostacoli ambientali;
- mantenere i corridoi, delle dimensioni idonee per il passaggio delle carrozzine, liberi da arredi potenzialmente causa di inciampo o scivolamento.

4. Incontinenza urinaria:

- trattare le infezioni urinarie;
- ottimizzare la terapia farmacologica sulla base dei fattori modificabili;
- accompagnare con regolarità al bagno i pazienti affetti da incontinenza urinaria.

5. Profilo emodinamico e cardiovascolare:

- 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 iniziare a camminare;
- far sedere immediatamente il paziente in caso di comparsa di vertigini;
- far revisionare la terapia farmacologica;

- garantire il mantenimento di idonei valori pressori.

6. Farmaci ad alto rischio:

- è importante revisionare la terapia farmacologica, valutando l'interruzione, la sostituzione o l'aggiustamento della dose dei farmaci associati al rischio caduta, ovviamente considerando i motivi clinici per cui il farmaco è stato prescritto;
- sia la persona assistita che i suoi familiari/caregivers devono essere informati e educati sul rischio di caduta legato all'assunzione di questi farmaci.

Inoltre, per una completa pianificazione assistenziale è importante applicare anche strategie ambientali, quali:

- mantenere le superfici pavimentali in ordine e asciutte;
- corredare i corridoi, delle dimensioni idonee per il passaggio delle carrozzine, di corrimano e mantenerli liberi da arredi potenzialmente causa di inciampo o scivolamento;
- fornire le scale di corrimano e rendere i gradini antiscivolo;
- fornire i bagni di presidi per disabili e dalle dimensioni sufficienti a consentire il passaggio delle carrozzine e gli spostamenti del paziente;
- posizionare il campanello di chiamata facilmente accessibile;
- garantire adeguata illuminazione ambientale, soprattutto notturna;
- eliminare o ridurre al minimo la presenza di ostacoli ambientali;
- collocare il paziente a rischio nella camera e nel posto letto più vicino all'infermeria;
- fornire gli accessori idonei al letto del paziente (tipo trapezio, sponde laterali);
- stabilizzare letti e mobili con appositi fermi;

- fornire le barelle di cinture di sicurezza per il trasporto;
- sottoporre a corretta manutenzione gli ausili per la deambulazione (carrozine con braccioli e poggiapiedi estraibili o reclinabili/ripiegabili, ruote con freni comandati);
- sottoporre a dotazione e manutenzione dei dispositivi per la movimentazione assistita dei pazienti (solleva-pazienti; ausili minori);

Un buon livello di attività fisica costituisce il principale fattore di protezione, migliorando la capacità di equilibrio e di coordinamento dei movimenti.

Pertanto, i pazienti devono essere stimolati ad utilizzare le proprie abilità e autonomie residue e aiutati a superare la paura di cadere. Il bisogno assistenziale di mobilizzazione e deambulazione richiede quindi, ai fini della prevenzione della caduta del paziente alcune attenzioni. Tra queste:

- educare il paziente nell'eseguire correttamente i passaggi posturali o gli spostamenti letto-carrozzina, sedia-in piedi;
- educare il caregiver sulla corretta movimentazione.

6.6. Strumenti di supporto agli operatori nella valutazione del rischio cadute

Al fine di eseguire una valutazione del rischio cadute ed un PAI adeguato di seguito sono forniti gli strumenti di supporto agli operatori sanitari da utilizzare per la stratificazione del rischio:

- FARMACI AD ALTO RISCHIO: indicati nella seguente tabella sono da ritenersi ad alto rischio di caduta; sarà cura del medico sviluppare un piano personalizzato che includa eventuali modifiche terapeutiche e un piano di monitoraggio dei potenziali effetti collaterali.

FARMACI SEDATIVI DEL SNC	FARMACI CHE AGISCONO SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	LASSATIVI	ALTRI FARMACI
Barbiturici	Diuretici	Tutti i tipi	Anticolinergici
Ipnnotici-Sedativi	Antiritmici		Dopaminergici
Antidepressivi triciclici	Antidepressivi		Miorilassanti
Antipsicotici neurolettici	Vasodilatatori		
Antiparkinson	Cardioattivi glicosidi		
Analgesici			
Anticonvulsivi			

- **VALUTAZIONE IPOTENSIONE ORTOSTATICA**

La valutazione dei valori pressori è un indice su cui basare il rischio di cadute associato ad una alterazione emodinamica. Per eseguire una corretta stratificazione occorre attenersi ai seguenti punti:

- chiedere al paziente di sdraiarsi per 5 minuti;
- misurare la pressione arteriosa (PA) e la frequenza cardiaca (FC);
- chiedere al paziente di alzarsi in piedi;
- ripetere le misurazioni della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca dopo 1 e 3 minuti.

Un calo della pressione arteriosa sistolica ≥ 20 mmHg o della pressione diastolica ≥ 10 mmHg oppure la comparsa di vertigini sono da considerarsi anormali. (Cfr Allegato 6).

- **VALUTAZIONE DELL'EQUILIBRIO, DEAMBULAZIONE E TONO MUSCOLARE**

L'operatore deve compilare la scheda 30 SECOND CHAIR STAND TEST

(Allegato 6) per la valutazione della forza e resistenza delle gambe al fine di prevenire il rischio cadute. Per il seguente test occorre procurarsi una sedia con schienale dritto e senza braccioli di circa 45 cm.

1. indicazioni al paziente:

- farlo sedere al centro della sedia;
- chiedergli di incrociare le braccia in modo che la mano destra tocchi la spalla sinistra e la mano sinistra tocchi la spalla destra;
- chiedere di mantenere i piedi ben saldi al suolo;
- far mantenere la schiena dritta;
- chiedere al paziente di alzarsi in posizione eretta;
- ripetere l'esercizio per 30 secondi.

2. Dopo aver dato il “via” al test, cronometrare quante volte il paziente riesce a raggiungere la posizione eretta. Se il paziente usa le braccia per alzarsi, interrompere l'esercizio, attribuendo un punteggio di 0;

3. registrare il numero di volte in cui il paziente raggiunge la posizione eretta nei 30 secondi del test;

4. il punteggio deve mantenersi al di sotto dei seguenti valori:

ETA'	UOMINI	DONNE
60-64	< 14	< 12
65-69	< 12	< 11
70-74	< 12	< 10
75-79	< 11	< 10
80-84	< 10	< 9
85-90	< 8	< 8
90-94	< 7	< 4

5. Un punteggio inferiore alla media indica un aumento del rischio cadute.

Per la valutazione della mobilità l'operatore può servirsi del TIMED UP & GO TEST (Allegato 6). L'attrezzatura necessaria per il supporto dell'operatore è un cronometro, una sedia con braccioli e un segnale adesivo sul pavimento per identificare la linea di svolta sul pavimento. Il paziente indossa le proprie calzature e gli viene fornito un ausilio per la deambulazione (se necessario). Si inizia il test facendo sedere il paziente su una sedia con braccioli e si identifica una linea sul pavimento a distanza di 3 metri dalla poltrona.

1. Indicazioni da dare al paziente per l'ottima riuscita del test:

- alzarsi dalla sedia;
- camminare verso la linea tracciata sul pavimento;
- superata la linea tornare indietro verso la sedia;
- sedersi sulla sedia;
- accertarsi che il paziente abbia compreso il test.

2. inizio test e avvio cronometro;

3. interrompere il cronometro quando il paziente si siede sulla sedia;

4. registrare il test in secondi.

L'operatore sanitario dopo aver osservato l'andatura del paziente segnalerà l'eventuale deficit o alterazione della mobilità.

6.7. Strumenti preventivi a supporto della persona assistita/caregiver

Tra gli interventi principali per il controllo del rischio, secondo le evidenze scientifiche, rientrano principalmente i programmi di educazione per gli anziani. Allo scopo di concretizzare le azioni preventive in interventi multipli, è importante aiutare gli stessi anziani a riconoscere i fattori di rischio e coinvolgere loro attivamente all'interno del percorso di cura.

La procedura riguarda principalmente le cadute durante la degenza, ma anche di ulteriori fattispecie:

- il trasferimento ad altri reparti o servizi: informando gli operatori addetti al trasporto circa i fattori di rischio caduta della persona assistita;
- la dimissione: informando le persone assistite e i loro caregiver circa la prevenzione delle cadute anche a domicilio. Vanno, inoltre, informati circa le possibilità di accesso a ulteriori servizi e supporti, come la fisiokinesiterapia, e/o occupazionale, erogati a domicilio.

Le attività di comunicazione e sensibilizzazione passano attraverso la traduzione e l'adattamento di materiali informativi elaborati dal CDC (Centers for Disease Control and Prevention) nell'ambito del programma STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths and Injuries) e nell'applicazione del PAI. Il PAI testimonia l'effettiva gestione del rischio di caduta e è usato per educare la persona assistita e i suoi familiari al momento della dimissione. Infatti, è presa in considerazione la risposta del paziente agli interventi attuati e di tutti i cambiamenti.

Nell'allegato 7 sono riportati esempi di opuscoli informativi e schede di valutazione per i pazienti, familiari e caregiver da consegnare alla presa in carico al ricovero ospedaliero.

6.8. Limitazione della contenzione

Attualmente non è noto un collegamento tra contenzione e riduzione delle cadute ospedaliere.

Tale misura contenitiva è un atto straordinario limitato e sostenuto da una prescrizione medica, con adeguata valutazione, documentata dal personale infermieristico dopo aver corretto le cause scatenanti e adottato ogni possibile strategia assistenziale alternativa ad essa. Si prediligono interventi relazionali,

interventi sull'ambiente e il coinvolgimento del paziente stesso, dove possibile, e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione.

La contenzione non è utilizzata come alternativa all'osservazione diretta.

La contenzione farmacologica (sedazione) è ammessa solo quando rappresenta un intervento sanitario ed è parte integrante della terapia.

La scelta deve essere limitata al tempo minimo indispensabile, con le adeguate precauzioni durante l'applicazione, coinvolgendo il paziente stesso, laddove possibile, e dandone informazione tempestiva ai familiari/caregiver. L'intervento di contenzione è puntualmente documentato all'interno della cartella sanitaria. La prescrizione contiene la motivazione, il tipo di contenzione e il tipo di durata; durante la contenzione il paziente è rivalutato ogni 30 minuti e ogni 2 ore è consentito il libero movimento degli arti per almeno 10 minuti.

6.9. Setting particolari

Pediatria

L'ambito pediatrico è un setting assistenziale che richiede particolare attenzione in tema di cadute. Attualmente le linee guida specifiche per l'ambito pediatrico sono poche ed esclusivamente di matrice anglosassone: pochi strati sono stati validati a livello linguistico culturale italiano. Tra queste viene selezionata la Humpty Dumpty Fall Scale da compilare per tutti i pazienti pediatrici (allegato 2)

Terapia Intensiva/Rianimazione e Sala Operatoria

Per il paziente ricoverato in Terapia Intensiva, ad oggi, non esiste in letteratura una scala di valutazione del rischio cadute validata per il contesto nazionale italiano ma esistono una serie di studi, attualmente in corso, che utilizzano la scala RASS (Scala Richmond sedazione-agitazione). Quest'ultima scala è

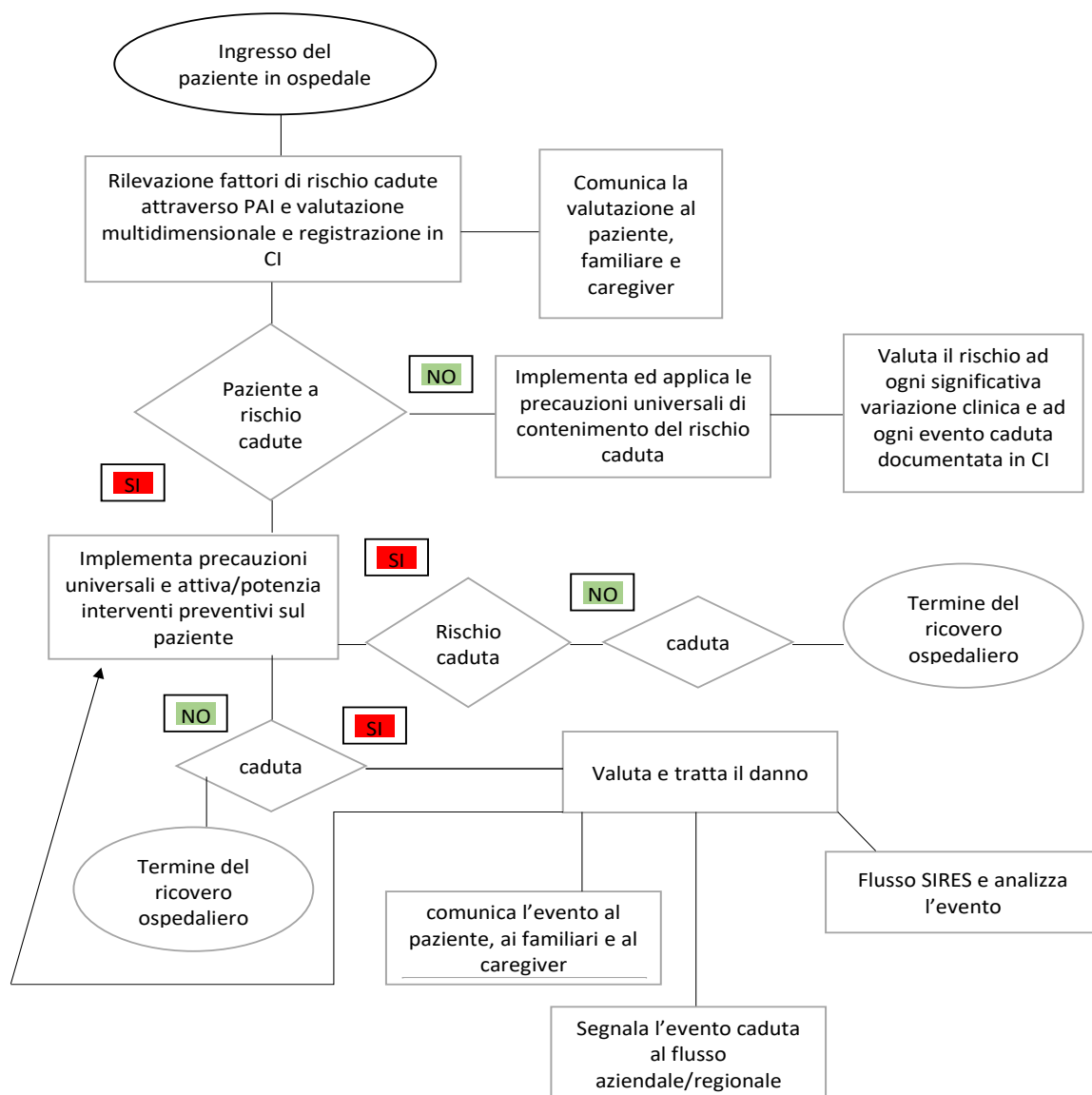
adoperata per la valutazione dello stato di sedazione/agitazione del paziente in quanto vi è stretta correlazione tra lo stato di agitazione/sedazione e il rischio cadute.

La valutazione è eseguita all'ingresso, alla ripresa dello stato di coscienza dopo la sedazione e in seguito a cadute e prima del trasferimento in altra UOC (allegato 3).

Durante la movimentazione del paziente di Terapia Intensiva e Sala operatoria, si consiglia di attenersi alle indicazioni delle “buone pratiche” in sanità.



7. DIAGRAMMA DI FLUSSO



8. INDICATORI

La qualità dell'assistenza è il grado in cui i sistemi sanitari riescono ad aumentare la probabilità di ottenere gli esiti desiderati in accordo con le evidenze scientifiche.

Gli indicatori presi in considerazione in questa procedura sono:

INDICATORI DI PROCESSO:

- N° schede di valutazione rischio di cadute presenti/ il totale di pazienti > 65 anni;
- N° totale di operatori partecipanti a corso di formazione/ totale operatori previsti per la formazione;
- analisi dell'evento caduta con danno/ultimo anno

INDICATORI DI ESITO:

- N° cadute/N° giornate totale di degenza;
- N° paziente con più di un evento cadute/ N° totale di pazienti caduti.

9. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Le raccomandazioni che derivano dalla letteratura scientifica in tema di formazione degli operatori, sono orientate al fine di:

promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari;

diffondere messaggi chiari, non aperti all'interpretazione personale, per ottenere cambiamenti permanenti sia individuali sia nella cultura organizzativa.

le diverse figure professionali coinvolte nella prevenzione e nella gestione dell'evento caduta devono ricevere un'adeguata formazione di base sui seguenti argomenti:

- a) definizione e impatto delle cadute;
- b) valutazione del paziente;
- c) prevenzione delle cadute;

- d) corretta movimentazione delle persone assistite;
- e) strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle cadute;
- f) strumenti di segnalazione delle cadute e analisi dei dati.

La formazione deve includere ore di teoria, curva di apprendimento verificata, curva di apprendimento indipendente e audit finale con attestato di convalida.

Di seguito la programmazione per un corso di formazione.

TITOLO	Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita
PROFESSIONI/DESTINATARI	Tutto il personale dell'ASL Latina
DURATA	5 ore
DOCENTI	Infermieri e medici
RAZIONALE	Il corso si propone di aggiornare e diffondere al personale sanitario i contenuti delle nuove linee di indirizzo aziendali per la prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita. Nello specifico si prefigge di diffondere la valutazione multifattoriale del rischio di caduta e l'attuazione di un programma strutturato di interventi specifici atti a contenerlo, valorizzando la tracciabilità nella documentazione clinica. Infine, il corso si propone di uniformare a livello aziendale, su modello regionale, le modalità di segnalazione dell'evento caduta, analizzando il tema della caduta anche quale esito sensibile all'assistenza infermieristica.
MODULI DEL CORSO	- Aggiornamenti ed orientamenti nell'ultimo decennio in letteratura - Il concetto di caduta - Approccio multifattoriale e strumenti di prevenzione - Valutazione del rischio ambientale - Interventi educativi e/o informativi

RISULTATI ATTESI

DETTAGLIO ATTIVITA'

- Valutazione del rischio individuale
 - Interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute
 - Gestione dell'evento caduta
 - Trasferimento della persona assistita a rischio caduta nelle transizioni di cura, sia intraospedaliere sia territoriali, alla dimissione.
- Misurare l'applicazione delle indicazioni contenute nella procedura aziendale; monitorare il fenomeno; dare evidenza della qualità delle cure erogata.
- 2-3 ore di lezione frontale (teoria);
- 0,5-1 ora di tavola rotonda con discussione tra esperti;
- 15-30 minuti per la valutazione dell'apprendimento e svolgimento del test

10.SEGNALAZIONE DELL'EVENTO CADUTA

Quando si presenta un evento caduta, gli operatori sanitari coinvolti valutano la condizione generale del paziente e il tipo di trattamento immediato da apportare. È necessario quindi che tutto il personale sanitario sia pronto ad affrontare un eventuale situazione di urgenza-emergenza. Deve essere garantita l'adeguata informazione ai familiari e monitorare il paziente per eventuali complicanze tardive.

Dopo essersi occupati dei bisogni e aver stabilizzato le condizioni del paziente, è necessario documentare l'evento e le sue conseguenze nella cartella clinica e compilare la scheda di segnalazione dell'evento caduta (Allegato 4) che alimenterà il sistema regionale di segnalazione (SIRES). La segnalazione deve esser inserita nella cartella clinica del paziente e inviata alla Direzione Sanitaria e al Responsabile della UOC RISCHIO CLINICO, che provvede all'analisi dell'evento avverso e alla restituzione agli operatori di informazioni, riflessioni e

soluzioni dell'accaduto. Inoltre, è opportuno effettuare un'analisi dell'evento all'interno dell'equipe, al fine di identificare criticità organizzative e/o di applicazione della procedura e apportare correttivi utili a ridurre il rischio del ripetersi dell'evento caduta e l'entità del danno derivante.

11.CONCLUSIONI

Sono molti i fattori che contribuiscono all'evento caduta nella persona assistita e è proprio la multifattorialità l'elemento critico per la prevenzione delle cadute. Le azioni preventive non devono essere dirette solo ad uno dei fattori che concorrono ad aumentarne il rischio ma devono indirizzarsi verso la molteplicità delle cause che sottendono a tale evento.

Al fine di discriminare i pazienti che presentano un maggior rischio di cadere è necessario affidarsi alla valutazione multidimensionale del singolo paziente per decidere se e quali interventi preventivi attuare e quali raccomandazioni fornire al paziente e ai familiari al fine di prevenire le cadute. Tenuto conto delle ripercussioni che l'evento caduta ha sia sulla salute dei pazienti che sul sistema ospedaliero in termini di aggravio economico e organizzativo, risulta evidente sensibilizzare tutto il personale ospedaliero impegnato nell'assistenza e nella cura dei pazienti sull'importanza del fenomeno; sensibilizzare e informare il paziente e i familiari sul rischio di caduta; individuare i soggetti che per particolari condizioni cliniche pregresse o in atto sono a maggior rischio di caduta e monitorare tutti quei fattori ambientali che influiscono sull'evento caduta o ne aumentano il rischio. In conclusione, la valutazione continua dei principali fattori di rischio di cadute entra a far parte dei sistemi di prevenzione del rischio di caduta in ambito ospedaliero e domiciliare.

12.BIBLIOGRAFIA

1. Raccomandazione ministeriale, *Prevenzione e gestione della caduta nelle strutture sanitarie*.2011
2. Center for Disease Control (CDC): Facts about Falls.
<https://www.cdc.gov/falls/facts.html>.
3. Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita, determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016; CRRC, prima emissione 26 ottobre 2022.
4. P.Martinelli A.Montemarano G.Liguori M. D'Amora, *Igiene e Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*, PICCIN, Edizione 2016
5. R. Cappuccio, J. Granatello, *La Contenzione fisica e Farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile*. Centro studi EBN Policlinico S. Orsola- Malpighi Bologna 2008
6. R. Alvaro S. Amato, *La gestione delle cadute nei pazienti anziani istituzionalizzati* ESSE Editrice 2007
7. Pellicciari L, Piscitelli D, Caselli S, La Porta F, *A Rasch analysis of the Conley Scale in patients admitted to a general hospital*. PUBMED Novembre 2019
8. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, Francis J, Speroff T, Gautam S, Margolin R, Sessler CN, Dittus RS, Bernard GR, *Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* JAMA 2003.

Indipendentemente dallo strumento di valutazione scelto, questo NON deve essere utilizzato allo scopo di definire con un punteggio il rischio di caduta della persona assistita in funzione predittiva, piuttosto come uno strumento di supporto volto per la valutazione multidimensionale degli specifici fattori di rischio/fragilità della persona assistita per guidare nella definizione del programma di intervento più adeguato al caso specifico in termini di prevenzione e protezione.

ALLEGATO 1

Scheda valutazione multidimensionale Rischio caduta

U.O. _____

Data valutazione _____ Ora valutazione _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

FATTORI DI RISCHIO	ITEMS	NOTE
Anamnesi per positività pregresse cadute	Il paziente negli ultimi 3 mesi è caduto? ☐ SI ☐ NO Il paziente ha paura di cadere? ☐ SI ☐ NO	
Deficit neuro-cognitivi visivi	Il paziente presenta uno dei seguenti items ☐ Stato confusionale ☐ Stato convulsivo ☐ Rigidità ☐ Tremore ☐ Deficit psicomotorio ☐ Deficit visivo ☐ Parestesie arti inferiori ☐ Nessuno	
Deficit dell'equilibrio, deambulazione, mobilità e/o tono muscolare	Il paziente presenta uno dei seguenti items ☐ Base di appoggio larga ☐ Debolezza del tono muscolare ☐ Insicurezza motoria ☐ Nessuno	
Incontinenza urinaria	Il paziente presenta uno dei seguenti items ☐ Nicturia ☐ Pollachiuria diurna ☐ Pollachiuria correlata a farmaci	
Profilo emodinamico e cardiovascolare	Il paziente presenta uno dei seguenti items ☐ Pregresse sincopi ☐ Ipersensibilità del seno carotideo ☐ Ipoperfusioni cerebrali transitorie ☐ Nessuno	



Assunzioni farmaci alto rischio	Il paziente assume uno o più dei seguenti farmaci: ☐ Sedativi e depressivi del SNC ☐ Correttori del metabolismo glucidico ☐ Farmaci vasoattivi ☐ Lassativi ☐ Diuretici ☐ Altro..... ☐ Nessuno	
Fattori ambientali	È stato verificato il rischio dei fattori ambientali? ☐ SI ☐ NO	
Altri fattori di rischio (specificare)	-----	
Soggetto basso rischio (nessun item positivo) ☐	Soggetto alto rischio (almeno un item positivo) ☐	

Data _____

Firma Valutatore _____

ALLEGATO 2

Humpty Dumpty Fall Scale (scala valutazione rischio caduta pediatrica)

U.O. _____

Data valutazione _____ Ora valutazione _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

PARAMETRO	CRITERIO	SCORE
ETA'	Minore di 3 anni	4
	Tra il 3° anno ed il 7° non compiuto	3
	Tra il 7° anno ed il 13° non compiuto	2
	Superiore o uguale a 13	1
SESSO	Maschio	2
	Femmina	1
DIAGNOSI	Patologia neurologica	4
	Alterazioni dell'ossigenazione (patologia respiratoria, disidratazione, anemia, anoressia, sincopi/vertigini)	3
	Disordini psichici/comportamentali	2
	Altre diagnosi	1
DEFICIT COGNITIVI	Non consapevole delle limitazioni	3
	Dimentica le limitazioni	2
	Orientato	1
FATTORI AMBIENTALI	Storia di cadute dal letto	4
	Uso di ausili per muoversi o occupa la culla	3
	Posizionato a letto	2
	Non allettato	1
FASE POST-INTERVENTO ANESTESIA SEDAZIONE	Entro 24 Ore	3
	Entro 48 Ore	2
	Oltre 48 Ore/Nessuna	1
TERAPIA FARMACOLOGICA	USO DI ALMENO 2 DEI SEGUENTI FARMACI Sedativi Ipnotici Barbiturici Fenotiazine Antidepressivi Lassativi/diuretici Narcotici	3
	USO DI 1 SOLO DEI FARMACI SOPRA	2
	ALTRI FARMACI/NESSUN FARMACO	1

SCORE: tra 7 e 11= rischio lieve; tra 2 e 10= rischio moderato/elevato

FIRMA VALUTATORE _____

PUNTEGGIO TOT _____

ALLEGATO 3

The Richmond Agitation-Sedation Scale

(scala valutazione agitazione/sedazione)

U.O. _____

Data valutazione _____ Ora valutazione _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Punteggio	Definizione	Descrizione	Cosa fare
4	Combattivo	Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per sé stesso o per lo staff	OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE
3	Molto agitato	Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi	
2	Agitato	Frequenti movimenti afinalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica	
1	Irrequieto	Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi	
0	Sveglio e tranquillo	Comprende i periodi di sonno fisiologico	
-1	Soporoso	Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi	STIMOLAZIONE VERBALE
-2	Lievemente sedato	Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi	
-3	Moderatamente sedato	Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale (ma senza contatto visivo)	
-4	Sedazione profonda	Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica	STIMOLAZIONE FISICA (TATTILE e/o DOLORIFICA)
-5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa	

FIRMA VALUTATORE _____

PUNTEGGIO TOT _____

ALLEGATO 4 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTE

SEZIONE INFERMIERISTICA

Ospedale_____ U.O._____ CC._____		
Cognome_____ Nome_____ Data di nascita_____		
Data ricovero_____ Data evento caduta_____ Ora caduta_____		
Testimoni presenti alla caduta	☐ Nessuno ☐ Altri pazienti ☐ Familiari ☐ Personale sanitario ☐ Altro _____	Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica dell'accaduto? ☐ Sì ☐ No ☐ Non ricorda
	Luogo della caduta ☐ Stanza ☐ Servizi igienici ☐ Scale ☐ Spazi comuni	☐ Corridoio ☐ Ambulatorio ☐ Spazi esterni ☐ Altro _____
	ERANO IN USO LE SPONDINE LATERALI? ☐ Sì ☐ No	
Modalità della caduta	☐ Caduta da posizione eretta ☐ Caduta da seduto ☐ Caduta da letto ☐ Caduta dalla barella ☐ Altro _____	(breve descrizione della dinamica)
		_____ _____ _____ _____
Meccanismo della caduta	Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo	
☐ Inciampato ☐ Scivolato ☐ Perdita di forza ☐ Perdita di equilibrio ☐ Perdita di coscienza ☐ Capogiro ☐ Non rilevabile	☐ Camminava ☐ Scendeva dal letto ☐ Saliva dal letto ☐ Si stava alzando o sedendo sulla sedia ☐ Si stava trasferendo dal letto alla sedia o viceversa ☐ Stava utilizzando i servizi igienici ☐ Si stava vestendo/svestendo	☐ Stava raggiungendo un oggetto ☐ Stava raggiungendo il campanello di chiamata ☐ Stava dormendo e/o cambiando posizione a letto ☐ Stava effettuando l'igiene personale ☐ Aspettava in barella ☐ Non rilevabile ☐ Altro _____
Fattori Favorenti	☐ Cadute pregresse ☐ deficit neurocognitivi ☐ deficit visivi ☐ incontinenza ☐ calzature non adeguate ☐ problemi di equilibrio/mobilità/tono muscolare ☐ profilo emodinamico e/o cardiovascolare	☐ assunzione di farmaci ad alto rischio ☐ recente variazione della terapia

FIRMA INFERMIERE _____ **MATR** _____

SEZIONE MEDICA

Conseguenza cadute	☐ con danno lieve ☐ con danno moderato ☐ con danno severo ☐ morte	☐ senza danno
Sede del danno	Tipo di danno	
Sede _____	☐ Escoriazione ☐ Contusione ☐ Ematoma ☐ Ferita	☐ Distorsione ☐ Trauma cranico ☐ Frattura di femore ☐ Altre fratture: Specificare _____
Accertamenti diagnostici richiesti	☐ Nessuno ☐ esami di laboratorio ☐ RX ☐ TC ☐ visita specialistica ☐ altre indagini strumentali	
Trattamenti terapeutici effettuati a breve termine	☐ Nessuno ☐ punti di Sutura ☐ Steristrips ☐ Medicazione ferita	☐ applicazione tutore/apparecchio gessato ☐ intervento chirurgico ☐ ricovero in terapia intensiva ☐ Altro _____
Terapia farmacologica in atto	☐ Sedativi del SNC ☐ Diuretici ☐ Ipotensivanti ☐ Antiaritmici	Il paziente assume più di 4 farmaci? ☐ SI ☐ NO
Note _____		

FIRMA MEDICO _____ **MATR** _____

ALLEGATO 5 Algoritmo prevenzione, identificazione e gestione rischio cadute

Tradotto e riadattato dallo *STEADI Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment and Intervention among Community-Dwelling Adults 65 years and older* del *CDC Centers for Diseases Control and Preventions (2019)*

IDENTIFICAZIONE FATTORI DI RISCHIO:

- 3 domande chiave da rivolgere al paziente (da considerare a rischio se risponde **SÌ** anche a UNA sola domanda:
 1. Si sente instabile o ha problemi di equilibrio quando cammina o resta in piedi?
 2. Ha paura di cadere?
 3. È caduto in passato? Se sì quanto tempo fa? Ha avuto conseguenze?

NON A RISCHIO

Implementare le strategie universali di prevenzione e prevenire rischi futuri

- Educare il paziente alla prevenzione delle cadute
- Dosare la vit D e consigliarne l'assunzione in caso di carenza
- Consigliare gli esercizi fisici per prevenire le cadute

A RISCHIO

Implementare le strategie universali di prevenzione e potenziare interventi preventivi

- Valutare mobilità, forza ed equilibrio: Timed Up & Go, 4-Stage; 30 second Chair Stand
- Identificare i farmaci che aumentano il rischio
- Chiedere sull'utilizzo di ausili per la deambulazione e l'autonomia nelle ADL
- Deficit visivi ed uditivi
- Identificare comorbidità (depressione, osteoporosi);
- Misurare la pressione sanguigna ortostatica
- Accertarsi su deformazioni del piede
- Accertarsi su carenza di vit D

INTERVENIRE per ridurre i fattori di rischio identificati utilizzando strumenti di supporto e strategie efficaci

- Discutere con il paziente e coinvolgerlo nello sviluppo di un piano assistenziale individuale
- Di seguito gli interventi utilizzati più comunemente per ridurre il rischio di cadute:
- Aumentare la stabilità, l'equilibrio e la forza muscolare consigliando esercizi/attività fisica o sedute di fisioterapia
 - Rivalutare la terapia farmacologica che aumenta il rischio di cadute
 - Consigliare terapia occupazionale per garantire la sicurezza al domicilio e rendere la casa più sicura
 - Monitorare la pressione ortostatica, stabilendo parametri di riferimento appropriati, incoraggiando un adeguato grado di idratazione
 - Monitorare gli occhi e i piedi, consigliando controlli annuali dagli specialisti
 - Raccomandare l'assunzione quotidiana di vit D
 - Ottimizzare il trattamento e il monitoraggio delle comorbidità

Follow-up e rivalutazione

ALLEGATO 6 Strumenti a sostegno dell'operatore

TIMED UP AND GO

Scopo: valutare mobilità/stabilità ed equilibrio

Materiale necessario: cronometro

Istruzioni: chiedere al paziente, dopo aver indossato calzature idonee e sicure (chiuse sul tallone), di alzarsi in piedi da una sedia e compiere un tragitto rettilineo di 3 metri o 10 passi, girarsi, tornare indietro e rimettersi seduto.

Al "via" si inizia a cronometrare e si interrompe la misurazione quando il paziente torna seduto sulla sedia. Il paziente dovrà camminare alla sua normale andatura e potrà utilizzare gli ausili necessari alla deambulazione.

IMPORTANTE posizionarsi sempre accanto al paziente durante il tragitto e lo svolgimento del test.

1. Indicazioni da dare al paziente

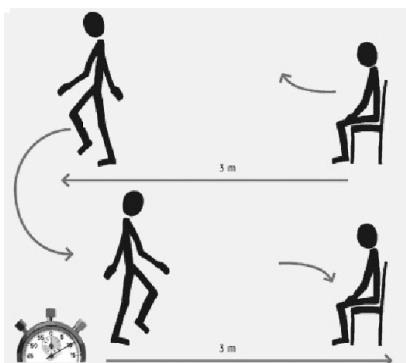
- Alzarsi dalla sedia
- Camminare verso la linea tracciata sul pavimento
- Superata la linea chiedere al paziente di tornare indietro verso la sedia
- Sedersi sulla sedia
- Accertarsi che il paziente abbia compreso il test

2. Dare inizio al test e contemporaneamente avviare il cronometro

3. Interrompere il cronometro quando il paziente si siede sulla sedia

4. Registrare il test in secondi.

5. L'operatore sanitario dopo aver osservato l'andatura del paziente segnalerà l'eventuale deficit o alterazione della mobilità.



OSSERVAZIONI DA SEGNALARE.

Osservare la stabilità posturale, l'andatura, la lunghezza del passo e l'oscillazione del paziente.

Registrare le osservazioni applicabili al paziente:

Osservare la stabilità posturale, l'andatura, la lunghezza del passo e l'oscillazione del paziente.

Registrare le osservazioni applicabili al paziente:

- ☐ Passo lento e/o incerto
- ☐ Perdita di equilibrio
- ☐ Passi brevi
- ☐ Poca o nessuna oscillazione delle braccia
- ☐ Stabilizzazione con appoggio alle pareti
- ☐ Andatura strascicata
- ☐ Cambio di direzione "en bloc"
- ☐ Utilizzo non corretto dell'ausilio

Queste caratteristiche possono indicare problemi neurologici che richiedono un'ulteriore specifica valutazione.

PAZIENTE _____ DATA _____ TEMPO IN SECONDI _____

30 SECOND CHAIR STAND TEST

Scopo: testare la forza muscolare e la resistenza delle gambe

Materiale occorrente: una sedia con schienale e senza braccioli e un cronometro

Istruzioni: al **VIA** far partire il tempo. Se il paziente usa le braccia per alzarsi, il test si interrompe con punteggio di 0. Contare le volte in cui il paziente arriva in posizione dritta in 30 secondi. Se al termine dei 30 secondi il paziente si trova a metà risalita, calcolare il movimento come un'alzata completa. Registrare il numero totale di volte in cui il paziente si alza dalla sedia in 30 secondi. Interrompere il tempo arrivando a 30 secondi.

PAZIENTE _____ DATA _____
 PUNTEGGIO _____

1. Indicazioni al paziente:

1. Farlo sedere al centro della sedia
2. Chiedergli di incrociare le braccia in modo che la mano destra tocchi la spalla sinistra e la mano sinistra tocchi la spalla destra
3. Chiedere di mantenere i piedi ben saldi al suolo
4. Far mantenere la schiena dritta
5. Chiedere al paziente di alzarsi in posizione eretta
6. Ripetere l'esercizio per 30 secondi

2. Dopo aver dato l'inizio del test iniziare a cronometrare quante volte riesce a raggiungere la posizione eretta: se il paziente deve usare le braccia, interrompere l'esercizio e attribuire il punteggio 0

3. Registrare il numero di volte in cui il paziente raggiunge la posizione eretta nei 30 secondi del test.
4. Il punteggio deve mantenersi al di sotto dei valori della media età e sesso
5. Punteggi inferiori alla media devono esser indice di rischio caduta.



PUNTEGGI AL DI SOTTO DELLA MEDIA PER ETÀ E SESSO

ETÀ	UOMINI	DONNE
60-64	< 14	< 12
65-69	< 12	< 11
70-74	< 12	< 10
75-79	< 11	< 10
80-84	< 10	< 9
85-89	< 8	< 8
90-94	< 7	< 4

Un punteggio inferiore alla media indica un aumentato rischio di caduta.

VALUTAZIONE IPOTENSIONE ORTOSTATICA

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

DATA DI RILEVAZIONE P.A E FC _____ ORA _____

POSIZIONE	TEMPO	PARAMETRI	SINTOMI ASSOCIATI
SUPINO	5 MIN	PA____/____ FC_____	
IN PIEDI	1 MIN	PA____/____ FC_____	
IN PIEDI	3 MIN	PA____/____ FC_____	

Istruzione all'utilizzo:

Chiedere al paziente di sdraiarsi per 5 minuti.

Misurare la pressione arteriosa (PA) e la frequenza cardiaca (FC).

Chiedere al paziente di alzarsi in piedi.

Ripetere le misurazioni della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca dopo 1 e 3 minuti.

Un calo della pressione arteriosa sistolica ≥ 20 mmHg o della pressione diastolica ≥ 10 mmHg oppure la comparsa di vertigini sono da considerarsi anormali.

FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO



ALLEGATO 7 Strumenti a sostegno della persona/caregiver

MOLTE CADUTE POSSONO ESSERE PREVENUTE, AGISCI ORA!

Gentile Ospite e gentile Caregiver, vi invitiamo a leggere questo opuscolo, che contiene suggerimenti utili per la prevenzione delle cadute degli anziani in casa

Le cadute causano lesioni, perdita di indipendenza e in alcuni casi anche la morte. Molte cadute possono essere prevenute se si tengono in considerazione questi suggerimenti:

4 COSE CHE SI POSSONO FARE PER PREVENIRE LE CADUTE:

- 1. Rivalutare la terapia farmacologica e parlare apertamente con il medico curante e con i professionisti sanitari**
- 2. Fare attività fisica per aumentare l'equilibrio e la forza muscolare**
- 3. Fare una valutazione della vista e dei piedi**
- 4. Rendere la propria casa più sicura**

1. In caso di caduta, di paura di cadere o di instabilità, è fondamentale parlarne con il medico curante o con i professionisti sanitari. Discutere con loro anche dei possibili effetti collaterali della terapia farmacologica (ad esempio vertigini e sonnolenza) e chiedere al medico un eventuale prescrizione di vit D per migliorare la salute delle ossa, dei muscoli e dei nervi.

2. L'attività fisica la aiuta a migliorare l'equilibrio, la forza delle gambe e la sicurezza nei movimenti. Discutere con il medico curante del piano di attività fisica/esercizio più idoneo.

3. Controllare annualmente la vista e i piedi.

4. Rendere la casa un luogo sicuro: mantenere i pavimenti liberi da ingombri, rimuovere i tappeti e tutti gli oggetti che intralciano il cammino, far installare maniglioni nel bagno, accanto o all'interno della vasca/doccia e accanto al water; posizionare le lampade sempre vicino al letto e garantire un'illuminazione sufficiente in tutta casa (istallando ad esempio luci notturne che si accendono automaticamente dopo il tramonto); tenere sempre le scale libere da ingombri e sostituire o far riparare i gradini rotti; tenere gli oggetti di uso comune collocati in scaffali o armadi bassi e facilmente raggiungibili.



NON FACCIAMO PASSI FALSI: PREVENIAMO LE CADUTE!

Opuscolo informativo per prevenire le cadute in ospedale e durante la degenza

CHI CADE?

Ogni paziente è a rischio di cadere, soprattutto se:

- ha paura di cadere
- è caduto nell'ultimo anno,
- ha più di 65 anni
- ha malattie del cuore e della circolazione del sangue
- assume tre o più farmaci o farmaci sedativi per l'insonnia
- è costretto a letto per molto tempo
- si trova in un ambiente nuovo (come l'ospedale)
- ha subito un'anestesia nelle ultime ore

PERCHE' È IMPORTANTE PREVENIRE UNA CADUTA?

Una caduta può provocare traumi, fratture o altre conseguenze minori come contusioni, ferite, ematomi che possono prolungare il ricovero in ospedale e aggravare la malattia. Inoltre, a seguito di una caduta, la persona può ridurre l'attività fisica per la paura di cadere nuovamente.

INDICAZIONI E CONSIGLI PER I PAZIENTI

- Prendere confidenza con la stanza e con il percorso per andare in bagno
- Utilizzare gli ausili per camminare (bastone, deambulatore ecc) che normalmente utilizza, e occhiali e protesi acustiche, se indicati
- Indossare abbigliamento comodo e della giusta misura
- Indossare scarpe o pantofole sicure, chiuse al tallone con allacciatura e suola antiscivolo. Non camminare usando solo le calze
- Alzarsi e sedersi lentamente sia dal letto sia dalla sedia
- Accendere la luce di notte o avvertire il personale di assistenza se si deve recare in bagno
- Avvisare il personale assistenziale se decide di fare una doccia
- Se ha bisogno di assistenza suonare il campanello
- Seguire sempre le indicazioni del personale assistenziale per muoversi in sicurezza.

INDICAZIONI E CONSIGLI PER I FAMILIARI

- Aiutare il proprio familiare a prendere confidenza con la stanza e con il percorso per andare in bagno
- Portare in ospedale gli ausili per camminare (bastone, deambulatore ecc), gli occhiali e le protesi acustiche usati normalmente a casa
- far indossare al familiare un abbigliamento comodo e della giusta misura
- Prima di salutare il familiare, verificare che il campanello di chiamata e gli effetti personali siano comodamente raggiungibili
- Chieder al personale di assistenza se e come poter aiutare il familiare a mettersi seduto o in piedi, a camminare o ad andare in bagno.



VERIFICARE LA SICUREZZA

LISTA DI CONTROLLO PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEGLI ANZIANI IN CASA

UTILIZZI QUESTA LISTA PER INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI IN CASA E PORVI RIMEDIO

1. PAVIMENTI

Quando cammina in una stanza, ci sono mobili di intralcio intorno ai quali deve passare?

- Chieda a qualcuno di spostare i mobili in modo che non intralcino il suo cammino

Ci sono tappeti sul pavimento?

- Rimuova i tappeti o in alternativa utilizzi del nastro biadesivo o un supporto antiscivolo in modo che i tappeti non scivolino.

Ci sono scarpe, libri, scatoloni, documenti o altri oggetti sul pavimento?

- Rimuova tutti gli oggetti che sono sul pavimento per evitare di inciampare

Deve camminare sopra o intorno a fili o cavi (come quelli di lampade, telefono o prolunghe varie)?

- Faccia raccogliere i fili in una canalina o con del nastro adesivo e li faccia passare accanto al muro in modo da non inciampare su di essi
- Se necessario, aggiunga un'altra presa elettrica dove utile

2. CAMERA DA LETTO

La luce vicino al letto è difficile da raggiungere?

- Posizioni una lampada in modo che sia più facile da raggiungere

Il percorso dal suo letto al bagno è buio?

- Installi una luce notturna in modo da poter vedere dove stacchiamo. Alcune luci notturne si accendono automaticamente dopo il tramonto

3. BAGNO

La vasca o il pavimento della doccia sono scivolosi?

- Metta un tappetino antiscivolo o strisce autoadesive sul pavimento della vasca e/o della doccia

Ha bisogno di supporto quando entra e esce dalla vasca/doccia o per utilizzare il water?

- Faccia installare maniglioni accanto e all'interno della vasca/doccia e accanto al water

4. CUCINA

Gli oggetti di uso comune sono collocati all'interno di scaffali o armadi alti?

- Tenga le cose che usa spesso a portata di mano negli scaffali e armadi bassi

Utilizza una scaletta o uno sgabello a gradini robusti e sicuri?

- Se non può fare a meno di usare una scaletta o uno sgabello a gradini, si assicuri che si tratti di modelli solidi e sicuri con una barra a cui sostenersi.
- Chieda aiuto piuttosto che utilizzarla da solo/a. Non utilizzi mai una sedia come rialzo



5. SCALE (INTERNE ED ESTERNE)

Ci sono scarpe, libri, scatole o altri oggetti sulle scale?

- Tenga sempre le scale libere da ingombri

Alcuni gradini sono rotti o irregolari?

- Faccia riparare i gradini rotti e irregolari

Le scale sono illuminate e c'è un interruttore all'inizio e alla fine delle scale?

- Inserisca una luce e un interruttore della luce all'inizio e alla fine delle scale. È possibile avere interruttori della luce che si illuminano

Una lampadina delle scale si è bruciata?

- Chieda a un amico o un familiare di cambiare la lampadina

I corrimani sono allentati o rotti? C'è un corrimano su un solo lato delle scale?

- Faccia riparare o sostituire i corrimani allentati o rotti
- Si assicuri che i corrimani siano presenti su entrambi i lati delle scale e siano lunghi quanto le scale

Traduzione e adattamento a cura del CRRC (Centro Regionale Rischio Clinico) del depliant
Check for Safety: a Home Fall Prevention Checklist for Older
Adults del Centers for Disease Control and Prevention (2017)



I POTENSIONE ORTOSTATICA O POSTURALE

CHE COS'E' E COME GESTIRLA

Cos'è l'ipotensione ortostatica o posturale?

L'ipotensione ortostatica o posturale è una condizione caratterizzata dalla eccessiva riduzione della pressione arteriosa al passaggio dalla posizione sdraiata a seduta e/o dalla posizione seduta a quella eretta.

L'abbassamento dei valori pressori comporta una riduzione dell'apporto di sangue agli organi e ai tessuti, condizione che è associata ad un maggior rischio di cadere.

I SINTOMI

Sebbene molte persone con ipotensione posturale possano non avere sintomi, in alcuni casi l'ipotensione posturale è sintomatica.

I sintomi possono differire da persona a persona e possono includere:

- Vertigini
- Sensazione di "testa vuota"
- Sensazione di svenire o di cadere
- Perdita di conoscenza e caduta
- Mal di testa e/o visione sfocata
- Confusione mentale
- Nausea
- Debolezza o affaticamento

IN QUALI SITUAZIONI POSSONO PRESENTARSI QUESTI SINTOMI?

- Quando si passa velocemente alla posizione seduta o quella eretta
- Al mattino, quando la pressione arteriosa è naturalmente più bassa
- Dopo un pasto abbondante o l'assunzione di alcol
- Durante l'esercizio fisico
- Quando ci si sforza sul water
- Quando si è malati
- Quando si è in uno stato di ansia o in preda al panico

QUALI SONO LE CAUSE?

L'ipotensione posturale può essere causata o associata a:

- Ipertensione arteriosa
- Diabete, scompenso cardiaco e aterosclerosi
- Assunzione di farmaci come diuretici, antipertensivi e antidepressivi
- Malattie neurologiche come il Parkinson e alcune forme di demenza
- Disidratazione
- Anemia
- Carenza di vitamina B12
- Eccessivo consumo di alcool
- Allettamento prolungato

COME FARE PER GESTIRE L'IPOTENSIONE POSTURALE?

- Ne parli con il suo medico curante e lo informi se ha sintomi
- Discuta con il suo medico la terapia che sta assumendo, per valutare se ci siano farmaci da sospendere o ridurre
- Si alzi dal letto lentamente: prima si sieda sul bordo del letto e poi aspetti seduto/a prima di alzarsi in piedi
- Si alzi con cautela dalla sedia/poltrona o divano, mai all'improvviso
- Esegua qualche esercizio prima di alzarsi (per esempio muova i piedi su e giù ed apra e chiuda le mani) e dopo essersi alzato/a (per esempio faccia qualche passo sul posto)
- Si assicuri di avere qualcosa di solido a cui aggrapparsi quando si alza
- Non cammini se ha le vertigini
- Cerchi di stare seduto quando si lava o fa la doccia, quando si veste e quando cucina
- Si idrati bene durante il giorno (a meno che non abbia ricevuto indicazioni dal medico di limitare il suo consumo di acqua)
- Eviti di fare bagni o docce con acqua troppo calda
- Consideri di dormire con un cuscino extra in modo da avere la testa sollevata