



PROGETTO PIPA: PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE CASE ANZIANI

Strumenti operativi per il personale
sanitario delle Case anziani



**Concetto & Edizioni**

Associazione PIPA
Prevenzione Incidenti Persone Anziane
E-mail: pipa@ticino.com
Sito web: www.pipa.ticino.com

Grafica e Stampa

Tipografia Dazzi SA, Chironico-Biasca

Copyright

Associazione PIPA, Bellinzona, 2016
Si autorizza la riproduzione solo ai fini non commerciali e
con citazione della fonte

In collaborazione con:

Dipartimento della sanità
e della socialità

PREVENZIONE DELLE CADUTE IN CASA ANZIANI:

strumenti operativi per il personale sanitario

Indice

Introduzione Dr. Ruggieri	3
Premessa gruppo di lavoro	4
Intervento Associazione PIPA.....	6
Scopo/Metodo e strumenti di lavoro :.....	6
Miglioramento continuo della qualità	8
Processo della gestione dei rischi	8
Strumenti:	
Procedura nella gestione delle cadute.....	9
Percorso valutazione del rischio e prevenzione cadute	9
Identificazione del rischio: Assessment	10
Procedura standard per la prevenzione delle cadute	11
Check list valutazione ambientale.....	11
Formulario rilevamento cadute.....	12
Procedura standard post caduta.....	13
Strategie e interventi preventivi	13
Conclusioni.....	14
Bibliografia.....	16
Allegati	20

INTRODUZIONE

Considerata in termini fenomenologici una caduta non è una malattia: è tuttavia un incidente fortuito che minaccia ogni istante la nostra vita di esseri che utilizzano la stazione eretta e l'andatura bipede per muoversi. Se definiamo l'invecchiamento come la capacità dell'intero organismo di ricorrere a compensi adeguati con il trascorrere del tempo, significa aspettarsi che questa capacità ci possa proteggere, anche in tarda età dalle cadute accidentali. Purtroppo la realtà è diversa.

L'epidemiologia dimostra che le cadute aumentano per incidenza nelle decadi più avanzate della vita. Nella sua semplice definizione clinica, una caduta è un "non intenzionale e improvviso cambio di posizione che da una data situazione posturale, produce l'atterraggio al suolo o comunque su un piano inferiore rispetto a quello di partenza".

Questo fenomeno "fisico" tuttavia, nella popolazione geriatrica più minacciata, come quella ospitata nelle case per anziani, va riletto e reinterpretato all'interno di un modello concettuale clinico molto più complesso. Infatti, in una proporzione elevata di ospiti di case per anziani, oltre agli effetti disfunzionali dell'invecchiamento di organi e sistemi, ritroviamo molte malattie, sindrome da fragilità e numerosi farmaci che concorrono "malignamente" con effetti che possono, di fatto, annichilire le possibilità di effettuare compensi efficaci nella maggioranza delle situazioni minacciose.

Per questo motivo, la popolazione anziana che vive in istituto di lunga degenza cade di più che quella che vive ancora a domicilio. I numeri emersi dalle indagini statistiche parlano molto chiaro: quasi un ospite su due cade almeno una volta all'anno. Fra questi soggetti denominati nella letteratura specializzata "*fallers*" - ovvero "cadenti" - se volessimo ricorrere ad una poco consona traduzione italiana, molti sono in realtà dei "*multifallers*" poiché cadono più volte nello stesso arco temporale di osservazione. Le conseguenze cliniche, che qui per ragioni di spazio non enumereremo né analizzeremo, possono essere ben immaginate. Rimandiamo comunque gli interessati all'abbondante letteratura epidemiologica specializzata oggi a disposizione.

Fatte queste premesse, l'opuscolo che qui presentiamo riporta il materiale prodotto da un gruppo multidisciplinare di lavoro del comitato PIPA. Basandosi sulla revisione della letteratura geriatrica, sia clinica che assistenziale più recente, compresi gli strumenti di valutazione e prevenzione messi a punto per questo specifico problema clinico, il gruppo ha confrontato le evidenze più sostenute dai dati della letteratura con le diverse misure di "politica" clinica e assistenziale fino ad oggi adottate e riportate all'interno di un'inchiesta che ha coinvolto diversi istituti per anziani del cantone.

Dall'analisi e dalla reinterpretazione dei diversi contributi, il gruppo ha quindi formulato alcune proposte sotto forma di documentazione clinica per rispondere alle specifiche esigenze riscontrabili direttamente sul campo ovvero nell'azione clinica-assistenziale quotidiana da parte del personale paramedico. Si tratta di strumenti operativi, di facile e piuttosto rapida fruizione, adatti e pensati per l'identificazione dell'ospite a rischio, dal momento dello screening alla messa a punto coerente, di strategie e interventi preventivi. Ma non viene dimenticata anche l'indispensabile attività di rilevamento dell'evento caduta nel *setting* specifico.

Ne è sortita un'utile e sintetica, ma non per questo incompleta *brochure*, che speriamo raggiungerà capillarmente quanti, nei nostri istituti per anziani, si dedicano professionalmente alla cura e soprattutto alla prevenzione di ogni nuova e deleteria disabilità negli ospiti più a rischio.

Dr.med. G. Ruggieri
geriatria FMH, Vice primario Clinica Hildebrand Centro Riabilitazione Brissago
membro Comitato PIPA

PROGETTO PIPA: PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE CASE ANZIANI

Premessa

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli istituti per anziani o Case per anziani. In effetti, come descritto nello studio sullo stato di salute delle persone anziane in istituto di Tomada ed al. 2011, in Svizzera ed in Ticino a livello di cadute degli anziani, circa il 40% dei residenti è caduto almeno una volta negli ultimi 12 mesi e di questi, circa un quarto ha riportato fratture e/o ferite. Naturalmente il rischio di caduta aumenta con l'età: nel 2008 nelle Case anziani ticinesi, le persone appartenenti alla fascia di età 65-79 anni corrispondevano al 18,7% mentre quelli appartenenti alla fascia +80 anni, corrispondevano all'81,3% e le donne al 77,4%.

Gli anziani che cadono, spesso sono persone già fragili, con un elevato grado di comorbidità, con forti deficit fisici e cognitivi, ed una notevole dipendenza da terzi nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (ADL). In Ticino il loro grado di handicap psichico e fisico è più elevato e questa situazione, si riscontra già nella fascia d'età 65-79 anni. Nella maggior parte degli anziani le capacità cognitive, comunicative e decisionali sono alquanto limitate, soprattutto quando si tratta di esprimere i propri bisogni e utilizzare le informazioni ricevute dal personale di cura. In una parte importante dei residenti, si riscontra anche un handicap fisico rilevante, che limita fortemente lo svolgimento delle principali attività di vita quotidiana (alzarsi, coricarsi, attività legate alla toilette, vestirsi e svestirsi). Solo un quinto di essi non utilizza alcun mezzo ausiliario per gli spostamenti, e quasi la metà ricorre all'uso di una sedia a rotelle, non autonomamente.

1 Popolazione anziana residente, persone in istituzione e tasso di istituzionalizzazione (2008)

	Ticino		Svizzera	
	n	%	n	%
Popolazione anziana				
65-79 anni	47.430	71,5	913.713	71,6
80+ anni	18.900	28,5	362.732	28,4
Uomini	27.438	41,4	541.132	42,4
Donne	38.892	58,6	735.313	57,6
Totale	66.330		1.276.445	
Persone in istituzione				
65-79 anni	717	18,7	17.962	21,5
80+ anni	3.120	81,3	65.573	78,5
Uomini	868	22,6	20.751	24,9
Donne	2.969	77,4	62.784	75,1
Totale	3.837		83.535	
Tasso di istituzionalizzazione per mille persone anziane 65+ anni				
Totale	...	57,8	...	65,4
Uomini	...	31,6	...	38,3
Donne	...	76,3	...	85,4
80+ anni				
Totale	...	165,1	...	180,8
Uomini	...	105,3	...	114,6
Donne	...	192,5	...	215,3

Fonte: Statistica degli stabilimenti medico-sociali (SOMED), Ustat, Giubiasco; Statistica annuale della popolazione, UST, Neuchâtel.

Bisogna anche ricordare che le persone che cadono una prima volta, presentano un rischio molto più elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno, questo perché si può instaurare la sindrome post-caduta che può aggravare ulteriormente le disabilità funzionali preesistenti.

La popolazione anziana ticinese che risiede nelle Case anziani, è caratterizzata anche da altri fattori determinanti per il rischio di caduta. Tra le principali patologie diagnosticate, figurano le malattie cardiovascolari e le malattie psichiatriche: in particolare la depressione e la demenza presente in oltre 40% dei casi e che costituisce da sola una delle principali cause del ricovero.

Come esplicitato da Marvin G. nella giornata di studio RAI del 12.1 2011, quale corollario della presenza di persone fragili e con elevata comorbidità, le case anziani ticinesi si contraddistinguono per un importante consumo sanitario, in termini di consultazioni mediche e assunzione di farmaci. Nella maggior parte dei casi si tratta di farmaci per la cura di patologie cardiovascolari e delle malattie psichiatriche, in particolare neurolettici, antidepressivi, analgesici, sonniferi e ansiolitici. Il consumo di farmaci neurolettici nelle Case anziani ticinesi è il doppio rispetto a quanto prescritto nelle Case anziani in CH: questa differenza è evidente nei pazienti affetti da demenza, per contro l'uso di analgesici è inferiore del 50%.

Quindi oltre ad un accresciuta incapacità a svolgere le attività di vita quotidiana, si aggiunge l'incapacità o il timore a prendere decisioni, valutare i rischi e seguire le indicazioni fornite dal personale curante per prevenire una nuova caduta. Non da ultimo, un elevato consumo di farmaci, l'uso della contenzione fisica e chimica e una sotto estimazione del dolore seguito da un trattamento inappropriato, rendono ancora più necessaria una rivalutazione dei programmi preventivi sulle cadute negli Istituti. L'indicatore di qualità

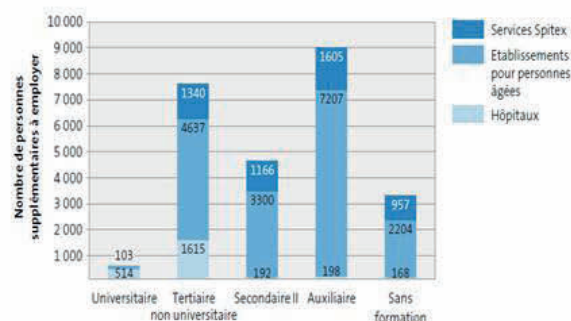
“cadute” necessita di fatto di un monitoraggio continuo, non fosse per l’ impatto diretto che ha, non solo sullo stato di salute, ma anche sulla qualità di vita auspicata dal residente stesso e dalla sua famiglia e dall’aumentato consumo di risorse sanitarie che comporta.

In effetti, prendendo in considerazione quanto esposto al Congresso Infermieri in Casa anziani, 2011, da Morisoli S. in merito agli scenari futuri ci sarà: un aumento del fabbisogno di posti letto per persone anziane dipendenti, una prospettata penuria di personale curante in tutti gli ambiti sanitari e in particolare in quello della lunga degenza e un incremento della popolazione anziana. Infatti, secondo le ultime stime dell'UST 2011: in Svizzera le persone con più di 65 anni passeranno dal 17% nel 2010 al 26% nel 2035 e tra i Cantoni con le quote più elevate, superiori al 30%, ci sarà il Ticino. Si prevede un ulteriore incremento della terza e quarta età: nel 2030, in Ticino le persone >65 anni saranno il 28% dei residenti e il numero di anziani ultraottantenni raggiungerà il 9,7 % della popolazione.

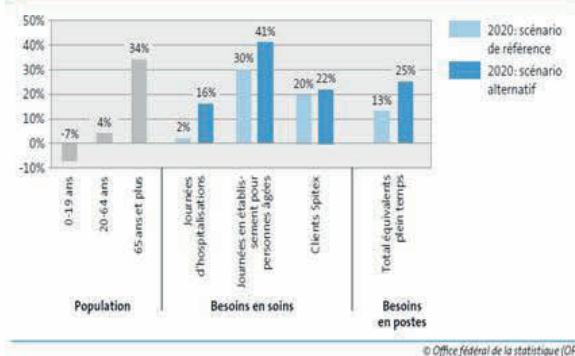


Estimation du nombre de personnes supplémentaires à employer en 2020 (comparés à 2006) par niveau de formation et par type d'institution, selon le scénario de référence, pour la Suisse

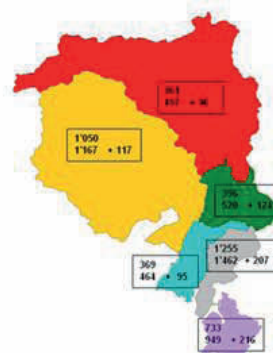
Fig. 3



Evolution de la population et des besoins en services de santé et en postes (équivalents plein temps) d'ici 2020 (comparés à 2006) pour la Suisse (en %) Fig. 2



Istituti per anziani:
offerta di posti letto prospettata fino al 2020



Fonte: Morisoli, S. 2011. Congresso Infermieri in casa anziani: una professione ad alta intensità affettiva, quali scenari futuri?. Chiasso (atti del congresso)

In Ticino come nel resto della Svizzera, nei prossimi anni quindi, tutti gli operatori socio-sanitari indipendentemente dalla struttura in cui operano, devono unire i loro sforzi per continuare a migliorare l'offerta di prestazioni, che devono essere necessariamente efficienti, efficaci e di qualità.

Il personale sanitario delle Case anziani che è confrontato quotidianamente con questo tipo di utenza e di problemi, è ben consapevole che le cadute in parte sono eventi prevedibili ma, per poterle prevenire, è indispensabile una valutazione clinico-assistenziale accurata, parzialmente già effettuata con l'ausilio del RAI N-H e l'utilizzo di strumenti e mezzi specifici che permettono, non solo di valutare il rischio ma anche e soprattutto, di adottare misure preventive multifattoriali.

Per raggiungere questo scopo, è di fondamentale importanza una sensibilizzazione alla prevenzione e una stretta collaborazione tra tutti gli attori: residenti, famigliari, équipe multidisciplinare, medici e direzioni.

L'intervento dell'Associazione PIPA

Nell'ambito della sua attività, l'Associazione per la prevenzione degli incidenti delle persone anziane "PIPA" sin dalla sua nascita nel 1996, su iniziativa dell'Ufficio Promozione e Valutazione Sanitaria del Dipartimento Sanità e Socialità, si è occupata e si occupa tutt'ora, della prevenzione degli incidenti, del miglioramento della qualità di vita delle persone anziane, e in particolare della prevenzione delle cadute.

L'ultimo studio sulle cadute promosso da PIPA, risale agli anni 96/97 ed ha dato luogo alla prima pubblicazione di brochure informative sulle cadute, sull'alimentazione e successivamente sul movimento. Sempre sul tema delle cadute, in collaborazione con altre associazioni, era stata promossa la creazione degli atelier "équilibre", e attualmente sono in corso giornate formative rivolte sia al personale socio-sanitario, sia alle persone anziane residenti sul territorio.

È in questo contesto che s'iscrive l'attività dell'Associazione per la prevenzione degli incidenti delle persone anziane (PIPA) e questo lavoro rappresenta la volontà, con le risorse disponibili sul campo, di creare delle sinergie tra istituti per anziani, tra gli operatori sanitari che lavorano in queste strutture, al fine di migliorare lo stato di salute delle persone di cui si occupano e se possibile, di conseguenza, della qualità della loro vita in istituzione.

Scopo

Questa brochure è stata creata per rispondere alla richiesta del personale sanitario delle Case anziani che auspicavano da tempo di poter disporre, oltre al RAI N-H, di strumenti operativi rapidi, condivisi e di facile utilizzo per:

- Identificare rapidamente le persone a rischio di cadute
- Valutare i fattori a rischio specifici per il singolo residente
- Proporre interventi preventivi multidisciplinari mirati ed efficaci
- Ridurre il numero delle cadute ma soprattutto ridurne le nefaste conseguenze
- Prevenire le cadute recidivanti
- Favorire la stesura di protocolli

In un secondo tempo o in concomitanza:

- Incrementare e/o promuovere una cultura della prevenzione delle cadute nelle Case anziani, favorendo la creazione di programmi qualità negli istituti che ne sono sprovvisti
- Favorire un benchmarking (confronto di dati e di pratiche efficienti) tra i vari istituti interessati alla tematica

Destinatari

Tutto il personale sanitario che lavora in una Casa anziani: la collaborazione interdisciplinare per l'attuazione di interventi multidisciplinari e multifattoriali, è una premessa fondamentale per la riuscita dell'attività preventiva

Metodo di lavoro

La messa a punto di questa brochure e le raccomandazioni in essa contenute, sono il risultato del lavoro prodotto da vari rappresentanti di Istituti per anziani, promosso dall'associazione PIPA. In occasione della giornata formativa del 31 maggio 2011, con la restituzione dei risultati dell'indagine "*Situazione attuale delle attività preventive sulle cadute negli istituti ticinesi*" sono stati costituiti tre gruppi di lavoro interdisciplinari creati ad hoc per l'occasione. Con la guida di tre membri del comitato PIPA, è stata effettuata una prima revisione e riflessione sulla letteratura scientifica e la documentazione inviata dai vari istituti.

Si è deciso, considerate le risorse in campo, di ispirarsi a degli studi già validati: a delle linee guida nazionali e regionali in lingua italiana ed in particolare alle linee guida australiane Minimising the Risk of Fall & Fall-related Injuries che contengono anche 6 moduli formativi, questo sempre tenendo in dovuta considerazione l'expertise clinica degli operatori sanitari operanti nelle Case anziani del Ticino.

Per la sostenibilità del progetto, considerato che i partecipanti provengono da tutte le regioni del Cantone, si è deciso di intercalare agli incontri plenari (4 incontri), ripartiti in 8 mesi, con dei contatti tramite mail per la condivisione del lavoro prodotto.

Questa pubblicazione contempla quindi succintamente al suo interno, gli aspetti essenziali della prevenzione delle cadute e mette l'accento su alcuni comportamenti auspicabili da adottare nelle varie strutture per anziani.

Per il raggiungimento degli obiettivi, il gruppo di lavoro interdisciplinare si è suddiviso in 3 gruppi operativi che avevano il compito di produrre il materiale e testarlo direttamente sul terreno, raccogliendo così direttamente i suggerimenti degli operatori che non hanno partecipato ai gruppi di lavoro.

I tre gruppi di lavoro formatisi, hanno approfondito le seguenti tematiche:

1. "Gruppo screening" coordinato da una docente SUPSI-DSAN
2. "Gruppo Formulario cadute" coordinato da una docente SCOS e dal capo progetto
3. "Gruppo interventi" coordinato da un ergoterapista

Per assicurare una fruibilità immediata dei documenti, pubblichiamo (vedi allegati) quelli che hanno destato maggiore interesse e che i membri dei gruppi di lavoro hanno ritenuto di utilità comune.

- Procedura sulla gestione delle cadute
- Percorso valutazione del rischio e prevenzione cadute
- Scheda per lo screening iniziale/Assessment
- Check- list procedura standard pre e post caduta
- Formulario rilevamento cadute
- Scheda strategie ed interventi preventivi per residenti a rischio di cadute
- Check list valutazione ambientale

Strumenti

Dai risultati dell'indagine iniziale *"situazione attuale delle attività preventive sulle cadute negli istituti ticinesi"*, si è potuto constatare che tutti gli istituti utilizzano il RAI N-H e altri strumenti validati a livello internazionale. Molte altre strutture, utilizzano strumenti derivanti dalle evidenze nella pratica infermieristica (EBN). Naturalmente non ci sono strumenti ideali ma, secondo le situazioni di cura, si assoceranno vari mezzi per identificare, valutare e agire nella prevenzione delle cadute.

Un suggerimento potrebbe esser quello di consultare sistematicamente le EBN per chi non lo fa ancora, consultando i siti web (alcuni citati in bibliografia), dove è possibile scaricare gratuitamente le linee guida in italiano ed in inglese su differenti tematiche utili.

Valutazione e aggiornamenti

Dopo l'implementazione e la sperimentazione della durata consigliata di un anno, il gruppo di lavoro valuterà i risultati ottenuti ed opererà una revisione degli strumenti proposti, adattandoli alle nuove evidenze e ai nuovi bisogni del personale delle Case anziani.

Considerazioni particolari:

⇒ Gli strumenti creati e pubblicati in questa brochure hanno lo scopo di aiutare le Case anziani e il personale curante, a dare una spinta alla realizzazione dei programmi di qualità, alla formazione interna

e al confronto tra istituti ma, l'utilizzo e la forma che potranno assumere questi strumenti, è di responsabilità del singolo Istituto.

- ⇒ Le Direzioni hanno la responsabilità di creare tutte le condizioni favorevoli alla riuscita dei programmi di qualità, così come preconizzato dal RAI N-H. Sarebbe auspicabile quindi, liberare risorse umane, materiali e finanziarie ed in particolare accordare del tempo al gruppo qualità e al personale, affinché possano rendere realmente operativo ed efficace il programma di qualità.
- ⇒ Il responsabile della qualità negli Istituti dovrebbe, in collaborazione con l'équipe multidisciplinare, elaborare delle procedure e protocolli, atti alla gestione efficace ed efficiente delle cadute e sensibilizzare il personale alla gestione del rischio clinico per un miglioramento continuo della qualità.

MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA'

Processo della gestione dei rischi (1)

La gestione dei rischi è un processo permanente che per essere efficace deve inserirsi in una politica aziendale chiara, promossa, voluta e controllata dai più alti livelli della gerarchia. Inizia con l'osservazione dei rischi di caduta grazie al riconoscimento dei fattori di rischio e prosegue con la valutazione di questi fattori. Le conclusioni di questa analisi portano alla scelta di misure atte a ridurre i rischi. Oltre all'opera di prevenzione, si stabiliscono dei protocolli (reazioni a seguito di una caduta) da applicare in caso di caduta avvenuta. Infine, ad intervalli regolari, si procederà ad una rivalutazione della pertinenza ed efficacia dell'insieme di misure adottate.

1ª tappa: Identificazione del rischio

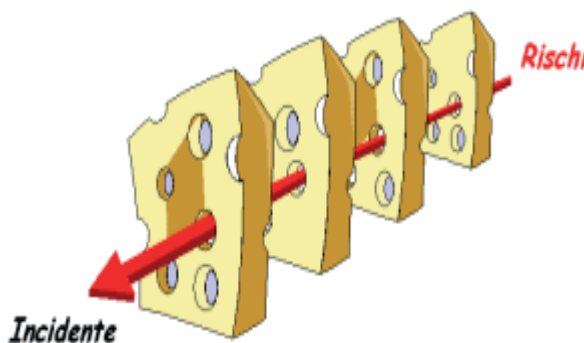
La prima tappa del processo consiste nell'identificare i pazienti a rischio di caduta. Prevedendo i fattori di rischio si potranno applicare misure di prevenzione mirate ai gruppi più vulnerabili.

2ª tappa: Definizione e valutazione del rischio

La definizione e la stima dei fattori di rischio nei pazienti, parallelamente alle diverse procedure standard, sono parte integrante della prevenzione delle cadute.

3ª tappa: Prevenzione e intervento

Questa tappa comprende la pianificazione e l'applicazione di misure individuali atte a ridurre il numero di cadute e prevenire le lesioni consecutive. Per garantirne l'efficacia, il paziente e i suoi parenti devono essere adeguatamente coinvolti.



www.usl11.tos.it/userfiles/Image/formaggio.gif

4ª tappa: Valutazione

L'esame regolare delle misure di prevenzione, degli interventi e dei fattori di rischio, fanno parte del controllo della gestione dei rischi e sono essi stessi garanti dell'efficacia del metodo.

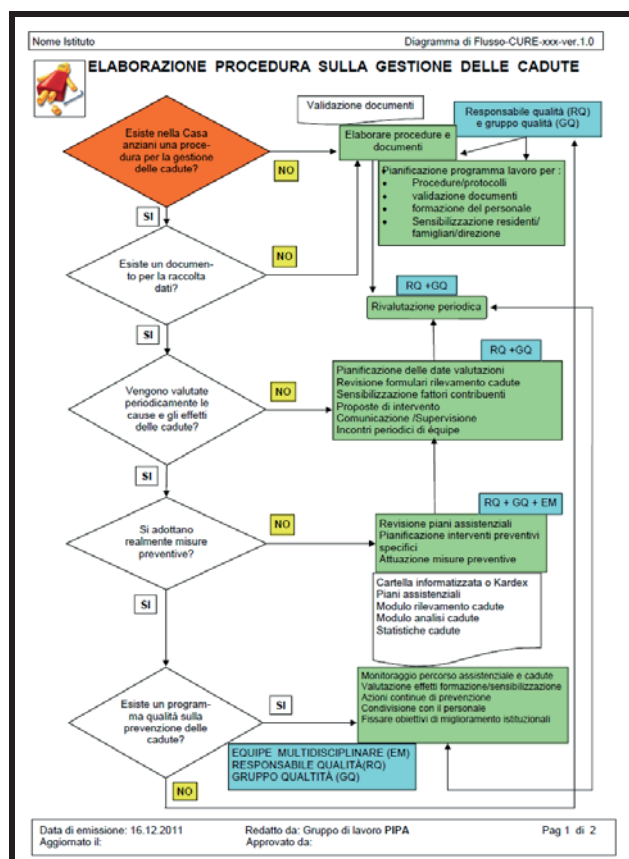
Reazione dopo una caduta

Il primo imperativo dopo una caduta, è di preservare il paziente da ulteriori conseguenze pericolose per la salute. Dopo la diagnosi clinica delle conseguenze della caduta e le prime misure d'emergenza immediate, si stabilisce un protocollo della caduta che sia strutturato in modo sistematico. Ciò consente di analizzare l'avvenimento nell'ottica della promozione continua della qualità.

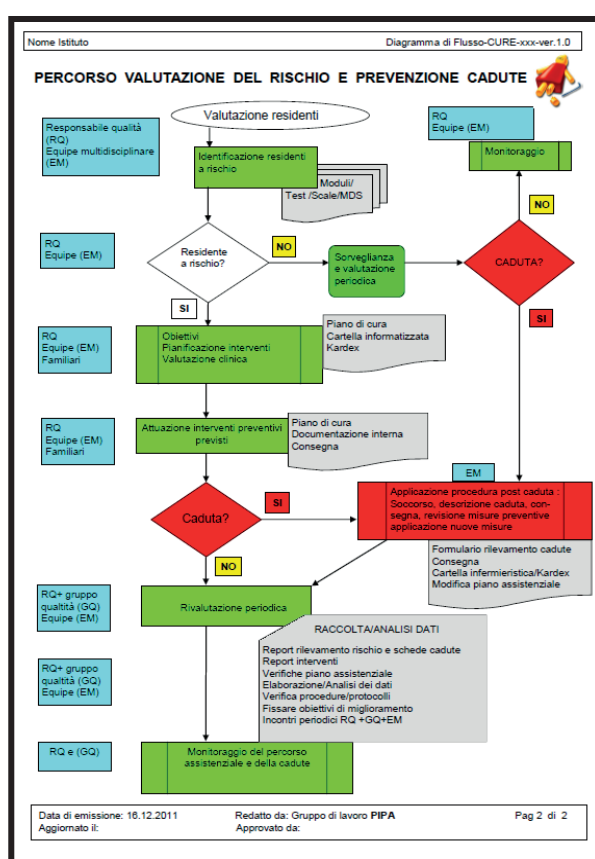
Le conclusioni di questa analisi sono incluse in una nuova valutazione dei fattori di rischio (tappe 1 e 2). Per una rappresentazione grafica del processo, vedi diagrammi di flusso allegati 1 e 2 (immagini pagina successiva)

(1) Fondazione per la sicurezza del paziente. 2008. Prevenzione delle cadute: guida e raccomandazioni. Fondazione per la sicurezza del paziente. Zurigo 2 (2):10

Procedura sulla gestione delle cadute e Percorso valutazione del rischio e prevenzione cadute

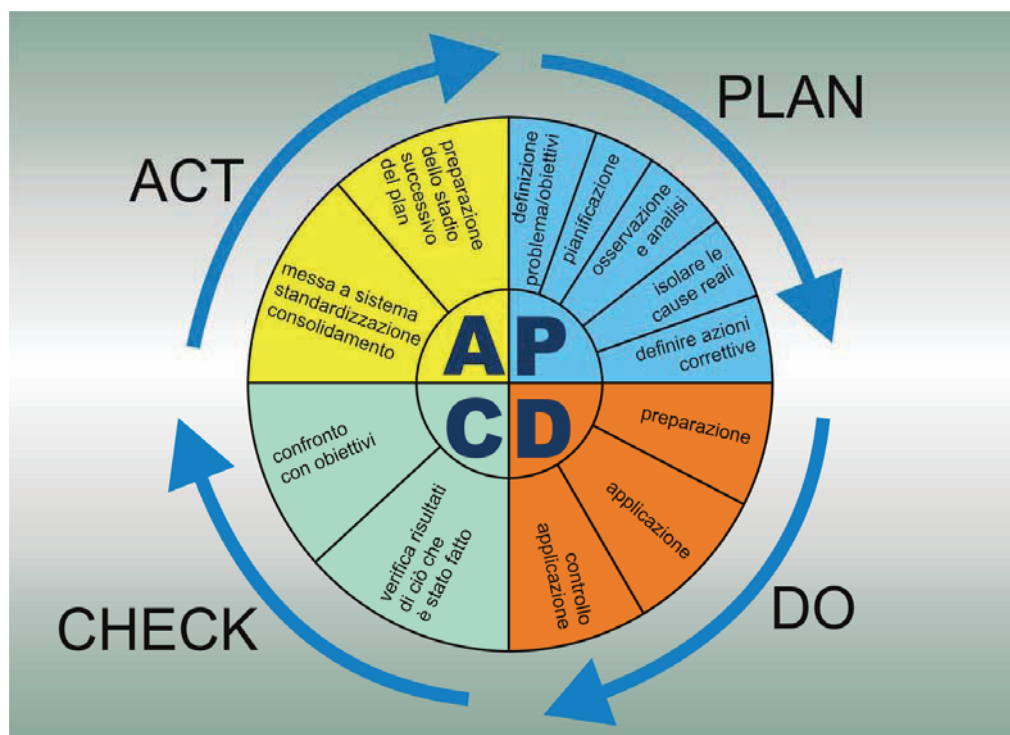


Allegato 1



Allegato 2

Ciclo PDCA:



<http://www.umbertosantucci.it/?p=1165>

IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO : ASSESSMENT

Secondo le evidenze attuali, è di fondamentale importanza all'entrata in istituto di un residente, effettuare una valutazione multifattoriale del rischio di caduta, che include:

- Età
- Sesso
- Limitazione nello svolgimento delle attività di vita quotidiana
- Anamnesi di precedenti cadute
- Valutazione della paura di cadere
- Valutazione dell'andatura, equilibrio, mobilità e forza muscolare
- Valutazione utilizzo degli ausili e mezzi ausiliari
- Valutazione degli spostamenti con o senza mezzo ausiliario
- Valutazione dei deficit sensoriali: vista, udito, tatto
- Valutazione dolori cronici ed acuti
- Valutazione dei deficit cognitivi ed esame neurologico
- Valutazione dell'incontinenza urinaria
- Valutazione dell'alimentazione e idratazione
- Valutazione delle patologie ad insorgenza acuta
- Valutazione delle patologie croniche
- Valutazione farmaco terapia
- Valutazione dei rischi ambientali (allegato 5)

Codifica Documento: M-CURE-00b- ver.1.0

ASSESSMENT CADUTE: CASE ANZIANI

Da compilare per tutti i residenti entro 2 settimane dall'entrata, dopo un episodio acuto o cadute e in concomitanza con la revisione piano di assistenza.

INFORMAZIONI GENERALI (Non includere nel punteggio finale)

☐ Nuovo residente: è stato orientato nella struttura, ha avuto tutte le informazioni prima dell'entrata (disposizioni istituto, regolamento) e sta impostata con lui una routine giornaliera (osservazione, sorveglianza, ripetizione di alcune informazioni importanti che facilitano l'adattamento nelle prime settimane dall'entrata in Cpa)

☐ Comunicazione - il residente comprende e si esprime comprensibilmente

☐ Ambiente - È stata accertata la sicurezza dell'ambiente in cui vivrà il residente? (sedile / letto idoneo, accessibilità del campanello, luce comodina, spazio in camera e fuori libero da ostacoli, mezzi ausiliari presenti e conformi alle norme di sicurezza ecc)

Nome/Cognome:

Data di nascita:

Entrata il:

Piano-Reparto:

Camera:

Data assessment:

Effettuato da:

FATTORE DI RISCHIO		FATTORE DI RISCHIO	
CADUTE ANTECEDENTI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INCONTINENZA E PROBLEMI INTESTINALI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Il residente è caduto negli ultimi 30 giorni		<input type="checkbox"/> Il residente è incontinente, ha bisogno frequentemente di recarsi in toilette o sente spesso lo stimolo di andarci, o di notte richiede frequentemente di andarci?	
<input type="checkbox"/> Il residente è caduto 1 o più volte negli ultimi 31-180 giorni		CONDIZIONE MALATTIE CRONICHE	
FARMACI		Presenti una di queste condizioni che riguardano l'equilibrio e la mobilità quali:	
<input type="checkbox"/> Assume >= 4 farmaci		<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> Artriti/Artrosi
<input type="checkbox"/> Cambio di terapia nell'ultima settimana/mese		<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Diabete
<input type="checkbox"/> Prende uno qualsiasi di questi farmaci:		<input type="checkbox"/> Amputazione arti inferiori	<input type="checkbox"/> Problemi cardiaci
<input type="checkbox"/> Vasodilatatore/cardiaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Neuropatia periferica	<input type="checkbox"/> Demenza
<input type="checkbox"/> Psicotropo		<input type="checkbox"/> Altri problemi neurologici	<input type="checkbox"/> TIA/Stroke
<input type="checkbox"/> Antipertensivo		<input type="checkbox"/> Disturbi vestibolari (vertigini, vertigini posturali, malattia di Meniere, ecc...)	
<input type="checkbox"/> Antiparkinsoniani		<input type="checkbox"/> Dolori cronici	
<input type="checkbox"/> Diuretico		STATO MENTALE	
<input type="checkbox"/> Soppressore vestibolare		Il residente manifesta stati di:	
<input type="checkbox"/> Antiemetici		<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Depressione
<input type="checkbox"/> Lassativi		<input type="checkbox"/> Disorientamento	<input type="checkbox"/> Wandering
<input type="checkbox"/> Anticidali		<input type="checkbox"/> Aggressività fisica/verbale	<input type="checkbox"/> Perdita memoria
TRASFERIMENTI / ANDATURA/EQUILIBRIO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Alterazione capacità decisionale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Il residente ha difficoltà ad alzarsi/sedersi		<input type="checkbox"/> Difficoltà nel valutare i rischi e i pericoli nei trasferimenti e nella deambulazione	
<input type="checkbox"/> Il residente tende a fare uso di tavolini/comodini/altre mobili o supporti per facilitarsi durante trasferimenti/deambulazione?		<input type="checkbox"/> Comportamento socialmente inadeguato	
<input type="checkbox"/> Il residente utilizza impropriamente i mezzi ausiliari in suo possesso		MALATTIE ACUTE	
<input type="checkbox"/> Il residente è instabile o insicuro quando si alza o si siede su una sedia/letto/poltrona (sanzina, WC, divano o altro)		Il residente manifesta segni/sintomi di malattia acuta, quali:	
<input type="checkbox"/> Deve girarsi per cambiare direzione lungo il suo percorso, evitare un ostacolo o prendere un oggetto		<input type="checkbox"/> Alterazione del comportamento	
<input type="checkbox"/> Raccoglie un oggetto da terra		<input type="checkbox"/> Stato confusionale acuto	
<input type="checkbox"/> Mentre cammina si distrae da solo o si lascia distrarre da terzi		<input type="checkbox"/> Dolore acuto	
<input type="checkbox"/> Cammina in ambienti con contrasti di luce, colore, livello del suolo differenti		<input type="checkbox"/> Stati infettivi/febbrili	
<input type="checkbox"/> Cammina con una persona più rapida di lui		<input type="checkbox"/> Alterazioni del ritmo cardiaco	
PERDITA SENSORIALE		<input type="checkbox"/> Alterazioni dello stato di coscienza	
Il residente ha un disturbo sensoriale a livello di:		<input type="checkbox"/> Esacerbazione di una patologia psichiatrica	
<input type="checkbox"/> Visione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Traumi/emorragie	
<input type="checkbox"/> Udito		<input type="checkbox"/> Fluttuazioni glicemiche post prandiali (ipoglicemie)	
<input type="checkbox"/> Propriocezione (percezione corpo/spazio)		NUTRIZIONE/IDrataZIONE	
PIEDI & CALZATURE		Il residente ha perso/peso nel corso degli ultimi 3-12 mesi	
<input type="checkbox"/> Il residente ha calli, unghie incarnite, borsoli, o dolori mentre cammina, ecc...		L'assunzione di cibi/liquidi del residente è diminuita negli ultimi 3 mesi a causa di:	
<input type="checkbox"/> Il residente indossa abitualmente pantofole scorte con tacchi alti o troppo bassi /scarso aderenza al suolo/ scarso sostegno del piede	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Inappetenza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Cammina solitamente scalzo		<input type="checkbox"/> Problemi digestivi/assorbimento	
COMPORTEMENTO FUNZIONALE		<input type="checkbox"/> Problemi di masticazione	
<input type="checkbox"/> Incapacità di eseguire le ADL/IADL in sicurezza		<input type="checkbox"/> Disfagia	
<input type="checkbox"/> Ha paura e non osa chiedere aiuto		Totale dei fattori a rischio identificati (ogni SI= 1)	
<input type="checkbox"/> Manifesta paura nei trasferimenti e nella deambulazione		Totale Complessivo =	
<input type="checkbox"/> Scarso collaborazione o opposizione alle cure			
<input type="checkbox"/> Presenza di mezzi di contenimento			

Legenda:
Se uno o più fattori presenti: da 0 a 2 fattori il residente è a basso rischio; da 3 a 6 a medio rischio; più di 6 è ad alto rischio
Per ogni indicatore rilevato, prevedere in ogni caso degli interventi mirati

Allegato 3

Va sottolineato che ad ogni cambiamento significativo dello stato di salute del residente, così come dopo ogni caduta, l'assessment deve essere ripetuto.

La valutazione del rischio può essere effettuata tramite:

- Una valutazione sistematica dei fattori a rischio individuali ed ambientali
- Scale/test per il rilevamento del rischio di cadute e RAI N-H

Un possibile strumento utile ad un assessment rapido, elaborato dal gruppo di lavoro è presente come allegato numero 3.

L'assessment proposto è suddiviso in più parti:

1. **Informazioni generali** da non includere nel calcolo del punteggio del rischio ma da considerare quali elementi importanti nella valutazione globale.
2. **11 aree di valutazione (fattori a rischio)** presenti nella tabella contenente per ognuna gli indicatori da considerare (da valutare se presenti)

⇒ Ogni indicatore rilevato e visto, da informazioni sul tipo di intervento che bisogna effettuare

(es: ☐ Assume >= 4 farmaci, vorrà dire che bisognerà intervenire sul numero dei farmaci assunti e il fattore a rischio coinvolto è quello dei farmaci o meglio della farmacoterapia)

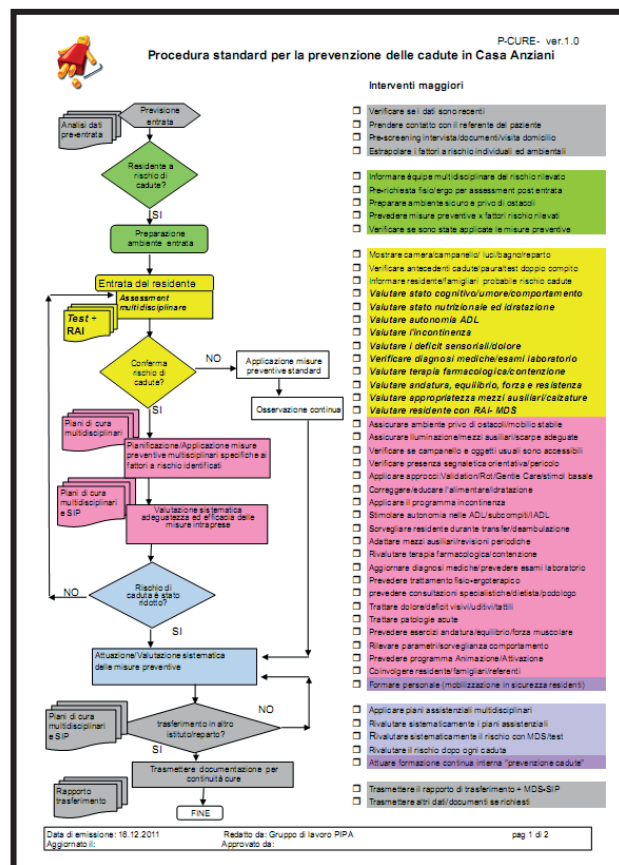
⇒ Tutti i fattori (es: farmaci, stato mentale, malattie acute ecc) rilevati, danno origine ad un punteggio finale che determina l'entità del rischio di caduta.

PROCEDURA STANDARD PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE IN CASA ANZIANI

Per facilitare l'operato del personale sanitario, il gruppo di lavoro ha elaborato un diagramma di flusso contenente la procedura e i principali interventi da adottare per la prevenzione delle cadute.

Il documento (allegato 4) ha una duplice funzione:

- A sinistra si trova il diagramma di flusso
- A destra si trovano gli interventi maggiori suddivisi per colore corrispondenti alle diverse tappe della procedura.



Allegato 4

CHECK LIST VALUTAZIONE AMBIENTALE

Questa check-list dovrebbe essere utilizzata almeno una volta all'anno (frequenza da stabilire all'interno dell'Istituto) dal responsabile della sicurezza in collaborazione con personale curante, fisioterapista ed ergoterapista.

Queste figure professionali possono ripartirsi i compiti secondo l'organizzazione interna dell'Istituto e le singole competenze.

Consigliato: la verifica della sezione 1 e 3 potrebbe esser assunta dal responsabile della sicurezza e la sezione 2 a carico del fisioterapista o dell'ergoterapista, con attenzione particolare alle osservazioni del personale curante.

CHECK LIST PROCEDURA CONTROLLO AMBIENTALE
Codice Documento: M-CURE-00- ver.1.0

SEZIONE 1: LOCALI USO COMUNE	SI	NO	Osservazioni
PAVIMENTI:			
asciutti e senza cera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di dislivelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di ostacoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
presenza di cartello di pericolo durante le operazioni di lavaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
larghezza di colore per segnalare dislivelli del pavimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CORRIDOI:			
corrimano almeno su un lato e stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
illuminazione diurna/notturna che permetta una buona visione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di ostacoli (mobili ingombranti, ausili, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interruttori accessibili e visibili al buio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SCALE:			
corrimano presente su almeno un lato e stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
gradini dotati di striscia antiscivolo colorata per evidenziare dislivelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
illuminazione diurna/notturna che permetta una buona visione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interruttori accessibili e visibili al buio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SEZIONE 2: AUSILI PER LA MOBILIZZAZIONE/DEAMBULAZIONE RESIDENTI			
BASTONI/STAMPELLE/TRIPODI:			
regolabili in altezza con punta antiscivolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DEAMBULATORI:			
cestino portaoggetti e sedile stabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
freni / ruote efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SEDIA A ROTELLE:			
manutenzione periodica e regolare della carrozzina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
controllo condizioni generali della carrozzina sistemati (per es. durante la pulizia di questa) e in particolare:			
- funzionamento dei freni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- condizioni delle ruote anteriori e posteriori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
viti presenti e ben affrancate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stato integro dei tessuti del sedile e schienale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ruote antiribalt (se necessarie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
braccioli removibili e correttamente innestati/bloccati nella loro sede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
poggiatesta funzionanti, estraibili e regolabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
poggiatesta correttamente posizionate e bloccate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
buona manovrabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
se presente: sistema di contenzione con cinture/tavolino efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
la persona di riferimento è informata delle anomalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SOLLEVATORI:			
sollevatori con base allargabile, con altezza adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
il sollevatore passa sotto il motore elettrico del letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sistema di sicurezza valido e certificato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
imbragature per elevatore sicure ed affidabili di varie misure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
braccio elevatore abbassabile sino a sollevare una persona da terra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dischi rotanti di trasferimento tra letto e carrozzina efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tavole rigide di trasferimento tra letto e carrozzina efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
teli di trasferimento per passaggi laterali pari altezza efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASTA PER INFUSIONE:			
integrata nel letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
base stabile con almeno quattro piedini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ruote efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
regolabile in altezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTRI AUSILI:			
cuscini sagomati per posizionamento paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
potenza a letto e sistema elettrico di comando posizione efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ausili disponibili in reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ripostiglio / magazzino dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ausili numero sufficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data di emissione: 1.02.2012 Redatto da: Gruppo di lavoro RPA
Data di aggiornamento: Approvato da: Pagina 1 di 2

Allegato 5

FORMULARIO RILEVAMENTO CADUTE

Il formulario di rilevamento delle cadute, ha una triplice funzione:

1. rilevare i dati relativi all'evento caduta
2. rilevare i dati ritenuti più importanti per una valutazione immediata dei fattori di rischio su cui intervenire rapidamente e utile per il monitoraggio successivo del gruppo qualità
3. i 2 colori differenziano le figure professionali coinvolte nella compilazione del documento (scuro = competenza di chiunque rileva la caduta, chiaro = competenza infermieristica). Se l'evento caduta avviene con un familiare, si può invitare lo stesso a compilare la parte scura. Per quel che concerne la documentazione fotografica delle eventuali lesioni, ogni istituto è libero di procedere secondo le indicazioni interne.

LOGO e NOME istituto Codifica documento-ver.1.0

Modulo di rilevazione delle **CADUTE** compilato il
da: nome
funzione

DATI sulla CADUTA

Cognome Nome Data di nascita Sesso: ☐ F ☐ M

Reparto Camera Data della caduta Ora ☐ Effettiva ☐ Rilevata

Giorno della settimana: ☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì ☐ Sabato ☐ Domenica

Luglio: ☐ Camera ☐ Bagno ☐ Corridoio ☐ Sala pranzo ☐ Soggiorno ☐ Scala ☐ Bar ☐ Esterno Cpa ☐ Altro

Attività svolta durante la caduta: ☐ Alzarsi ☐ Sedersi ☐ Girarsi ☐ Piegarsi ☐ Transfer ☐ Deambulare ☐ Altro

Tipo di caduta: ☐ Scivolato ☐ Inciampato ☐ Capogiro/svenimento ☐ Perdita di equilibrio ☐ Perdita di forza
☐ Spinto da terzi ☐ Non rilevabile ☐ Altro

Direzione della caduta: ☐ Avanti ☐ Indietro ☐ Di lato ☐ Non rilevabile

Dove ha urtato cadendo: ☐ Pavimento ☐ Parete ☐ Sanitari ☐ Mobilio ☐ Altro

Descrizione:

Testimoni: ☐ NO ☐ personale ☐ altri residenti ☐ visite

Il residente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta: ☐ SI ☐ No

ESITI della CADUTA: Segnare sul disegno il simbolo corrispondente

☐ Nessuna Lesione Evidente

☐ Contusioni

☐ Ferite

☐ Steri-strip ☐ Punti

☐ Dolori, sede

☐ Trauma cranico

☐ Fratture (anche se sospetta)

☐ Altro

☐ NO ☐ SI

PROCEDURE ESEGUITE:

☐ Informato il Medico (nome) ☐ Ha visitato residente ☐ Non ha visitato residente

☐ Informato i Parenti ☐ Informato Responsabile Cure ☐ Informato il Direttore ☐ Scritto nel decorso

IL RESIDENTE È: ☐ Tornato alle sue attività ☐ Allettato ☐ Riconfermato in ☐ Altro

Infermiere Responsabile del turno: Nome Firma

Data di emissione: 22-11-2011 Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA pag.1 di 2
Data di aggiornamento: Approvato da:

LOGO e NOME istituto Codifica documento-ver.1.0

Profilo residente compilato da: nome
funzione

Residente già a rischio caduta: ☐ NO ☐ SI Antecedenti di caduta: ☐ NO ☐ SI Numero cadute nell'anno in corso

FATTORI DI RISCHIO antecedenti alla caduta

☐ Disturbi cognitivi (confusione/disorientamento ...)

☐ Disturbi comportamentali

☐ Disturbi dell'equilibrio

☐ Disturbi della marcia

☐ Disturbi della forza muscolare

☐ Disturbi neurologici

☐ Disturbi sensorio-percettivi

☐ Ipotensione ortostatica

☐ Incontinenza

☐ Stato nutrizionale/idratazione

☐ Sintomatologia depressiva

☐ Infezione

☐ Azzardo

☐ Altro

Farmaci

☐ Diuretici

☐ Ansiolitici

☐ Antidepressivi

☐ Ipnotici

☐ Neurolettici

☐ Antiparkinsoniani

☐ Antidolorifici - OMS Livello 1 2 3

☐ Antipertensivi / vasodilatatori

☐ Lassativi

☐ Altro

Mobilizzazione: deambulava da solo ☐ SI ☐ NO con sorveglianza ☐ SI ☐ NO con aiuto di un curante ☐ SI ☐ NO

Mezzi ausiliari: ☐ NO ☐ SI quali

Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO Regolare manutenzione (freni-gomme, motore, ecc): ☐ SI ☐ NO

Contenzione fisica: ☐ NO ☐ SI quale

Occhiali da vista: ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO **Apparecchio Acustico:** ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO

Misure preventive già in atto: Dispositivo Proteggi-Anche: ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO

Calzature Adeguate: ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO

Calze Antiscivolo: ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO

☐ Altro (specificare)

FATTORI AMBIENTALI che hanno inciso sulla caduta

☐ Altezza letto / carrozzina / sedia / poltrona

☐ Ostacoli lungo il percorso

☐ Campanello di chiamata inaccessibile

☐ Pavimento bagnato/soffocato

☐ Tappeti non fissati

☐ Ambiente con eccessive stimolazioni sensoriali (uditivo/visivo)

☐ Altro (specificare)

☐ Mobili/oggetti instabili

☐ Illuminazione inadeguata / inaccessibile

☐ Corrimano non riconoscibile / inaccessibile

☐ Segnaletica di pericolo assente

☐ Oggetti utilizzati abitualmente inaccessibili

☐ Presenza di persone con disturbi comportamentali

Misure preventive previste:

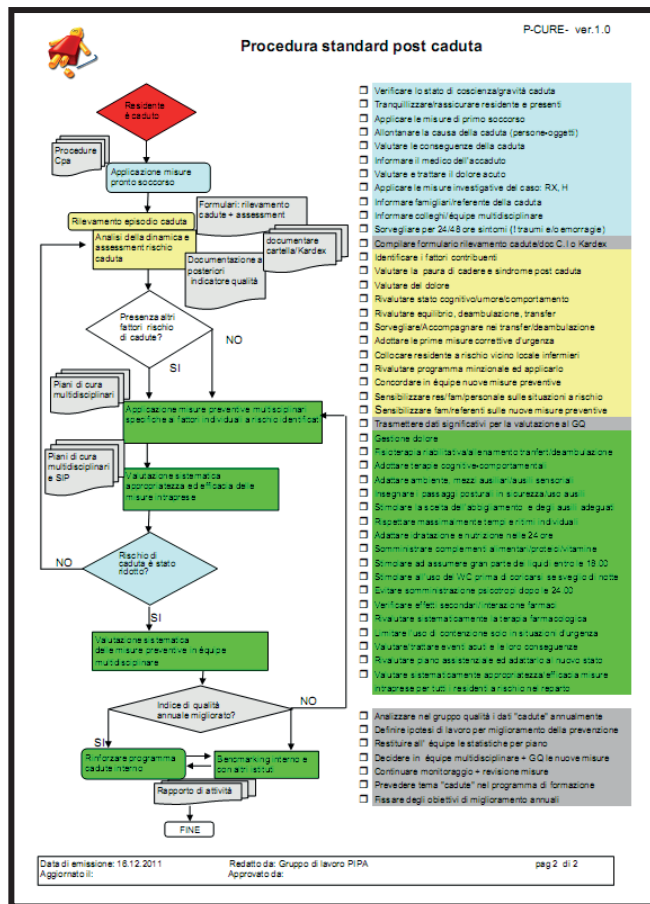
Note:

Infermiere Responsabile del turno: Nome Firma

Data di emissione: 22-11-2011 Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA pag.2 di 2
Data di aggiornamento: Approvato da:

PROCEDURA STANDARD POST CADUTA

Questa procedura fa riferimento alle stesse indicazioni date per la procedura standard per la prevenzione delle cadute in Casa anziani.



Allegato 7

STRATEGIE ED INTERVENTI PREVENTIVI PER RESIDENTI A RISCHIO DI CADUTE

Questo documento riassume le diverse strategie ed interventi preventivi possibili riconosciute dalle evidenze.

È suddiviso in 2 parti principali: la prima parte colorata, è mirata ad ottimizzare la sicurezza dell'ambiente e dei metodi di cura applicabile a tutti i residenti, la seconda parte è mirata all'individualizzazione della presa a carico

STRATEGIE ED INTERVENTI PREVENTIVI PER RESIDENTI A RISCHIO DI CADUTE M-CURE-00c- ver.1.0

Nome/Cognome: Data di nascita: Entrato il: Piano-Reparto: Camera: Effettuato da:

OTTIMIZZARE LA SICUREZZA DELL'AMBIENTE

- ☐ Letto basso o regolabile in altezza, freni funzionanti, revisione regolare
- ☐ Sedie, poltrone stabili, con braccioli
- ☐ Concedere o altri mobili, stabili
- ☐ Illuminazione diurna non abbagliante o luci indirette
- ☐ Luce notturna accessibile e funzionante
- ☐ Interruttori visibili
- ☐ Tappeti antiscivolo
- ☐ Pavimenti asciutti e puliti, se pulizie verificare che sia segnalato
- ☐ Campanello di chiamata accessibile e funzionante
- ☐ Percorsi liberi da ostacoli
- ☐ Messa in sicurezza di cavi, prese, fili, ecc.
- ☐ Corrimano accessibili e differenziali dal muro (colore di contrasto)
- ☐ Accessibilità di oggetti di uso abituale
- ☐ Effettuare regolarmente la manutenzione di tutti i mezzi ausiliari
- ☐ Verificare funzionamento allarmi dei tappeti o materassi appositi
- ☐ Verificare temperatura degli ambienti e adattarli al clima

STORIA DI CADUTE

- ☐ Valutare paura di cadere e la sindrome post caduta
- ☐ Ricerche dettagli cadute antecedenti: ora, attività che stava svolgendo, ecc., informazioni da reperire nel registro degli incidenti/formulari cadute
- ☐ Rispettare l'importanza e l'importanza del rischio, dell'importanza di cadere
- ☐ Verificare l'efficacia delle misure preventive adottate in passato e utilizzare
- ☐ Offrire un sostegno individualizzato per gestire la paura

FARMACI

- ☐ Verificare se assunto > 4 farmaci e se tra la terapia assunta vi sono farmaci appartenenti alle categorie a rischio
- ☐ Sensibilizzare il medico sui farmaci a rischio, sull'importanza di un basso dosaggio, soprattutto se psicofarmaci
- ☐ Valutare sistematicamente l'efficacia della terapia prescritta e monitorare gli effetti secondari/interazioni
- ☐ Richiedere una revisione mensile della terapia al medico curante

TRASFERIMENTI/DEAMBULAZIONE

- ☐ Valutare l'efficacia di tutti i residenti entro 14 giorni dall'entrata, ad ogni cambiamento significativo dello stato di salute o dopo caduta
- ☐ Concordare con il fisioterapista degli interventi mirati ed attenersi alle sue indicazioni per i trattamenti previsti
- ☐ Intervento fisioterapico per il mantenimento/miglioramento di: forza, resistenza, coordinazione, equilibrio, mobilità articolare, correzione alterazioni posturali, funzionalità respiratoria
- ☐ Valutazione ed interventi ergoterapici individualizzati e secondo situazioni, concordati con fisioterapista e personale curante
- ☐ Verificare sistematicamente idoneità e funzionalità dei mezzi ausiliari: altezza e sicurezza di sedie, comode, letti, poltrone, sedie a rotelle (altezza, larghezza, freni), bastoni, ecc., in collaborazione con fisioterapista ed ergoterapista
- ☐ Stimolare il residente a partecipare ai gruppi "mobilità ed equilibrio", (es. ginnastica, TALI QUAN > 4 mesi, atelier equilibrio) in piccoli gruppi
- ☐ Insegnare ai residenti con buone capacità residue, degli esercizi che possono effettuare da soli, a proteggersi durante la caduta e a rialzarsi
- ☐ Il fisioterapista deve formare/istruire il personale curante e/o familiari ad effettuare correttamente i trasferimenti/deambulazione dei residenti
- ☐ Accompagnare i residenti ad effettuare passeggiate su suoli accidentati
- ☐ Garantire un aiuto durante la deambulazione più volte durante il giorno, e pianificare e praticare allenamento alla deambulazione
- ☐ Stimolare ed istruire se possibile i familiari per la sorveglianza/alito durante i trasferimenti e la deambulazione in collaborazione con i curanti
- ☐ Ridurre il più possibile l'allettamento, programmi di posizionamento

INCONTINENZA

- ☐ Valutare il tipo di incontinenza
- ☐ Applicare programma gestione incontinenza

MALATTIE ACUTE/CRONICHE

- ☐ Valutare la clinica medico-infermieristica
- ☐ Seguire test/monitoraggio dei parametri significativi (es: Schellong MMSE, Norton plus, ECPA, NPI, Glicemia, parametri vitali, saturazione...)
- ☐ Monitorare, applicare e valutare il trattamento prescritto

OTTIMIZZARE METODI DI CURA

- ☐ Privilegiare sempre interventi multifattoriali ed individualizzati
- ☐ Conoscere storia di vita del residente e valutazione
- ☐ Ri-orientare il residente (ora, data, luogo, spazio, persona)
- ☐ Personalizzare la camera con oggetti significativi per il residente
- ☐ Spiegare, assistere il residente durante i trasferimenti/deambulazione ADL, includendo stimoli verbali, cinestetici, altre tecniche fisiche
- ☐ Sorveglianza supplementare durante attività a rischio
- ☐ Strutturare la giornata con attività abituali
- ☐ Coinvolgere il residente regolarmente in attività durante il giorno
- ☐ Stimolare i residenti a rischio a rimanere vicino al locale infermier
- ☐ Verificare presenza e funzionalità di ausili: occhiali, apparecchio acustico, protesi, ecc., revisione regolare
- ☐ Fissare degli obiettivi multidisciplinari con valutazione sistematica
- ☐ Applicare le cure al suolo se necessario
- ☐ Diversificare i tipi di cura e il rischio, gli approcci di cura: Gentle care, stimolazione basale, Validation, musicoterapia, PET, altri
- ☐ Valutare e trattare cause dei disturbi dell'umore e comportamento
- ☐ Insegnare, educare alla prevenzione residente e/o familiari
- ☐ Favorire la presenza dei familiari nelle ore a rischio
- ☐ Adattare all'evoluzione dello stato di salute ausili e mezzi ausiliari
- ☐ Assicurare un ambiente privo di rumori o altri fattori disturbanti
- ☐ Ridurre contenzione ed applicare programma mobilitazione
- ☐ Integrare nel programma di formazione interna "prevenzione cadute"

STATO COGNITIVO

- ☐ Valutare stato cognitivo del residente (osservazione, MMSE...)
- ☐ Sorvegliare il residente quando è a letto o seduto (postura/accidenti...)
- ☐ Osservare come si mobilita con o senza aiuto
- ☐ Coinvolgere il residente in attività fisiche o altre attività significative

PIEDI E CALZATURE

- ☐ Curare calli, duri, problemi unghie, dolori nel camminare
- ☐ Pedicure/Podologo
- ☐ Fornire informazioni e istruzioni sulla scelta delle calzature idonee
- ☐ Chiedere alla famiglia di portare o acquistare calzature idonee

DISTURBI SENSORIALI

- ☐ Prevedere consultazione oftalmologo/otorino se necessario
- ☐ Assicurarsi che occhiali/apparecchio acustico siano adeguati al tipo di disturbo, funzionanti e in sede
- ☐ Comunicazione: utilizzare oltre al linguaggio verbale, segni, immagini, tatto, lingua dei segni, braille, Se di lingua straniera, trovare un interprete nel personale/familiari scrivere frasi di uso comune dai familiari
- ☐ Assicurare un ambiente tranquillo, stimolazioni sensoriali specifiche
- ☐ Gestione del dolore (valutazione e trattamento)

COMPORTEMENTO FUNZIONALE

- ☐ Rassicurare e tranquillizzare il residente ansioso, valutare le cause dell'ansia e/o depressione e/o dei problemi comportamentali
- ☐ Monitorare il comportamento del residente, valutare sistematicamente l'efficacia dei trattamenti adottati/prescritti in équipe multidisciplinare
- ☐ Richiedere al medico curante, la consulenza di uno specialista (geriatra, psichiatra o altri)
- ☐ Applicare dapprima i programmi per influenzare umore, comportamento, stato cognitivo e successivamente, terapia farmacologica specifica

NUTRIZIONE/IDRATAZIONE

- ☐ Valutare stato, mucose, peso, stato confusionale, inforti, ecc.
- ☐ Valutare/Assumere il diario alimentare/bilancio dietico/SMNMA
- ☐ Valutare le abitudini alimentari del residente e se possibile rispettarle
- ☐ Richiedere al medico curante esami di laboratorio specifici
- ☐ Compensare carenze: proteine/minerali/elettroliti (VVD/Bicalo...)
- ☐ Curare l'ambiente e la presentazione dei pasti
- ☐ Applicare programmi per recupero/perdita peso, pasti frazionati
- ☐ Favorire attività all'aperto (VVD)
- ☐ Proporre se le preferenze più volte al di, delle bibite/latte (Estate)
- ☐ Valutare e curare lo stato del cavo orale del residente

Prevedere consultazione di:

- ☐ Medico curante
- ☐ Fisioterapista
- ☐ Ergoterapista
- ☐ Dietista
- ☐ Altri

Equipaggiamento / mezzi ausiliari richiesti specificare:

Altri interventi (specificare):

DATA: _____ Firma: _____

Data emissione: 16.12.2011 Aggiornato il: _____ Redatto da: Gruppo di lavoro PIRA Approvato da: _____ Pag. 1 di 1

Allegato 8

CONCLUSIONI

Con questo opuscolo, i membri del gruppo di lavoro e l'Associazione PIPA sperano di dare un valido supporto alla prevenzione delle cadute in Casa anziani. Tutti i partecipanti del gruppo e PIPA, rimangono a disposizione per ulteriori approfondimenti e chiarimenti.

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo i 59 istituti che hanno partecipato all'indagine *“situazione attuale delle attività preventive sulle cadute negli istituti ticinesi”* che ci hanno permesso di conoscere le misure preventive adottate nella maggior parte delle Case anziani ticinesi, i 17 istituti che hanno deciso di impegnarsi nell'elaborazione di questa brochure, a sapere:

- 1- Cà Rezzonico
- 2- Caccia Rusca Morcote
- 3- Casa anziani di Biasca
- 4- Casa anziani l'Orizzonte di Val Colla
- 5- Casa anziani Luigi Rossi di Capolago
- 6- Casa anziani Paganini Ré
- 7- Casa anziani Riviera
- 8- Casa anziani San Carlo
- 9- Casa anziani San Giorgio di Brissago
- 10- Casa anziani Sementina
- 11- Casa anziani Tarcisio di Tenero
- 12- Casa anziani Tusculum di Arogno
- 13- Centro sanitario Valle Maggia di Cevio
- 14- Clinica al Parco Parco Maraini
- 15- Istituti sociali comunali di Lugano
- 16- Istituto Santa Filomena
- 17- Residenza medicalizzata Villa Santa Maria

ed in particolare ai membri attivi dei gruppi di lavoro che hanno realizzato questa brochure:

Abbondanza Anna	responsabile settore cure presso la Casa Anziani Circolo del Ticino
Bandinelli Nadia	specialista clinico II – Istituto Santa Filomena - Stabio
Battaglia Michele	capo sezione Socio Sanitaria – Direzione Istituti sociali comunali - Lugano
Beggia Caterina	ergoterapista – Casa Anziani della Riviera – Claro
Cacciato Salvatore	infermiere diplomato, responsabile della qualità Residenza Parco Maraini – Lugano
Casabianca Antoine	già capo dell'ufficio di promozione e valutazione sanitaria – Bellinzona
Cortesia Elisabetta	docente Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana SUPSI - DSAN
Dr. Ruggieri Graziano	geriatria FMH, Vice primario Clinica Hildebrand Centro Riabilitazione Brissago
Fratantonio Sabrina	ergoterapista indipendente
Galli Zirpoli Raquel	coordinatrice gruppo PIPA
Generelli Morena	docente Scuola cantonale operatori sociali - SCOS
Giovannini Daniela	infermiera diplomata, responsabile della qualità - Residenza Gemmo ISC Lugano
Guglielmetti Stefano	responsabile settore cure- Casa anziani S. Carlo- Locarno
Kremenka Susa	specialista clinico – Fondazione Paganini Ré – Bellinzona
Omerovic Aida	responsabile settore Cure – Casa anziani Greina – Bellinzona
Orefice Matteo	fisioterapista Fondazione S.Rocco – Morbio Inferiore
Paterniti Jolanda	infermiera diplomata Casa Anziani Greina – Bellinzona
Pestelacci Olivia	fisioterapista Casa anziani Circolo del Ticino – Sementina
Rodio Massimo	infermiere diplomato, responsabile della qualità-sicurezza, formatore - Casa Anziani Caccia Rusca Morcote
Rossini Clara	ergoterapista – Casa Anziani Circolo del Ticino - Sementina
Suor Maria Eugenia	responsabile settore cure - Istituto S. Filomena – Stabio
Tonolla Marianna	responsabile settore cure – Casa anziani comunale - Bellinzona

Un doveroso ringraziamento, va rivolto anche alle direzioni dei vari Enti ed Istituti e a tutti gli altri professionisti che indirettamente hanno collaborato con le loro suggestioni, i test sul terreno e il loro sostegno ai tre gruppi di lavoro.

La loro partecipazione ha contribuito ad arricchire ulteriormente gli strumenti proposti.

BIBLIOGRAFIA

- Ammann, E.S., Salis Gross, C. 2011. *Public-cibles difficilement atteignables et défavorisés: projet "Bonnes pratique de promotion de la santé des personnes âgées": résumé et recommandations*. Zürich: Institut de recherche sur la santé publique et les addictions.
<http://www.isgf.ch/fileadmin/downloads/BPGFA-Public-cibles-difficilement-atteignables-Rsum-recommandations-2011.pdf> (14.6.2011)
- Azienda sanitaria locale CN2 Alba-Bra. 2009. *Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita: procedura generale*. Alba-Bra: ASL CN2.
http://www.acropolismed.it/atti/asldoc09/PG_CADUTE_04_05_09.pdf (12.7.2011)
- Associazione PIPA. *Progetti PIPA*. Bellinzona: PIPA.
<http://www.lnrg.ch/pipa/index.php?link=projects&pid=2> (06.2011)
- Barelli, P. 2006. *Prevenzione delle cadute nell'anziano: informazioni dalla letteratura scientifica per una buona pratica infermieristica*. Milano: ZADIG. .Dossier infad n.5, 2006.
http://www.clinicavirtuale.altervista.org/pdf/prevenzione_cadute_anziano.pdf (3.6.2011)
- Bellasi, T., Rodella, S., Tartaglia, R. 2007. *La prevenzione delle cadute in ospedale: campagne 2006/2007 per la sicurezza dei pazienti: progetto regionale*. Firenze: Regione Toscana.
http://www.ars.toscana.it/documents/10136/35426/La_prevenzione_delle_cadute_in_ospedale.pdf (14.5.2010)
- Brignoni, P., et al. 2007. *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani: linea guida*. Programma nazionale per le linee guida PNLG 13. (aggiornamento maggio 2009). http://www.snlg-iss.it/lgn_cadute_da_incidente_domestico_negli_anziani (16. 02.2012)
- Cappuccio, R., et al. 2008 *La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo*. Bologna: Centro Studi EBN.
http://www.evidencebasednursing.it/master/revisioni/contenzione_disorientamento.pdf (16.02.2012)
- Centro Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana (a cura di). 2011. *La prevenzione delle cadute in ospedale*. Firenze: GRC.
http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2011/10/26/e57da788b13a5d9216699470100b9c24_quadernoprevenzionedellecaduteweb.pdf (16.02.2012)
- Chiari, P. 2004. *Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale*. Bologna: Policlinico S. Orsola-Malpighi Centro Studi EBN.
http://www.evidencebasednursing.it/progetti/Suggerimenti_pratica_clinica_cadute.pdf (16.02.2012)
- Dellenbach, M., Angst, S. 2011. *Projet "Bonnes pratique de promotion de la santé des personnes âgées" : conseil, manifestations et cours: résumé et recommandations*. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praevention/allgemeines/bpgfa/f/BPGFA-Conseil-manifestations-cours-Rsum-recommandations-2011.pdf (14.5.2011)
- De Vreese, L.P. [S.d.]. *I disturbi comportamentali nella Demenza di Alzheimer: strumenti di valutazione e terapia farmacologia*. Modena: Associazione Gian Paolo Vecchi Pro Senectute et Dementia.
http://www.gpvecchi.org/documents/novita_in_medicina.pdf (14.05.2011)
- Fondazione per la sicurezza del paziente. 2008. *Prevenzione delle cadute: guida e raccomandazioni*. Zurigo: Fondazione per la sicurezza del paziente.
- Biaggini, E., et al. 2006. *L'anziano e la frattura di femore*. Roma: Federazione Nazionale Collegi-IPASVI. I quaderni n 17. <http://213.203.141.50/pubblicazioni/ArchivioRiviste/Indici/files/575/Quaderni%2017.pdf> (16.02.2012)
- Gates, S. et al. 2008. *Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis*, in "British Medical Journal", vol. 336, no. 7636 (2008 Jan 19), p. 130-3.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2206297/?tool=pubmed> (16.02.2012)

- Gschwind, Y. et al. 2011. *Prévention des chutes: projet "Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées": résumé et recommandations*. Basel: Universitätsspital.
http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Programme_Projekt_e/best_practice_seniors/module.php?micro=module.php (16.02.2012)
- ASL Nuoro. 2010. *Protocollo prevenzione cadute accidentali della Asl di Nuoro: un modello da imitare*. Comunicato stampa dell'Ufficio Stampa Asl Nuoro del 16 agosto 2010.
<http://www.aslnuoro.it/index.php?xsl=7&s=17730&v=2&c=2997> (10.9.2011)
 - Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbunn, A. 2011. *La dépendence des personnes âgées et les soins de longue durée: scénario actualisé pour la Suisse*. Bern : Hans Huber. Anche online:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.Document.142878.pdf> (24.12.2011)
 - Centro studi EBN (a cura di Mosci.D). 2004. *Evidence-based nursing e pratica clinica. Scheda 6, Stop alla caduta libera!* Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica. Trad. di D. Mosci. Bologna: Policlinico S. Orsola-Malpighi Centro Studi EBN.
<http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/SI6cadute.pdf> (3.3.2010)
 - IOSI Servizio cure palliative. 2007. *Manuale cure palliative*. Lugano: EOC
 - Malinverno, E. 2005. *La qualità dell'assistenza infermieristica: metodi e strumenti di valutazione*. Roma: Carocci Faber
 - Marvin, G., Rezzonico, A. 2011. *Movimento e qualità di vita*. Presentazione giornata di formazione RAI del 27 settembre 2011. http://www.rai.ch/dwl/ab_2011/FT_TI_2011_Medico_Cantonale.pdf (16.02.2012)
 - Menthonnex, J. 2009. *La mortalité par génération en Suisse: évolution 1900–2150 et tables par génération 1900–2030: rapport Technique*. Lausanne: Statistique Vaud SCRIS
 - Morisoli, S. et al. 2011. *Infermieri in casa anziani: una professione ad alta intensità affettiva: atti del Congresso, Associazione Direttori Case per Anziani, Chiasso, 14 ottobre 2011*
 - Mosci, D. 2005. *Cadute degli anziani: evidenze e raccomandazioni*. In "Assistenza Anziani", agosto-settembre 2005, p. 42-45.
http://www.assistenzanziani.it/finmark_portale/contenuti/pdf_art/NURSING_cadute_20050809.pdf (3.3.2010)
 - National Institute for Clinical Excellence NICE. 2004. *Cadute: la valutazione e la prevenzione delle cadute nelle persone anziane: linee guida n. 21*. Traduzione di Angela Corbella.
<http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/pdf/traduzione%20linee%20guida%20nice2.pdf> (16.02.2012)
 - National Institute of Clinical Excellence NICE. 2004. *Falls: the assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21*. London: NICE. <http://www.nice.org.uk/CG21> (12.5.2011)
 - Oliver, D. et al. 2007. *Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses*, in "British Medical Journal", 334 (7584), p. 82. <http://www.bmj.com/content/334/7584/82.reprint> (5.5.2011)
 - Poli, N., Rossetti, A.M.L. 2001. *Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica*, in "Nursing Oggi", n. 4 (2001), p. 58-67. <http://www.nursesarea.it/invito/invito73ti.pdf> (2.4.2011)
 - Regione Emilia Romagna. 2000. *Strumenti per la valutazione del paziente affetto da demenza*. Bologna: Regione Emilia-Romagna.
<http://sociale.regione.emiliaromagna.it/documentazione/pubblicazioni/guide/strumenti-per-la-valutazione-del-paziente-affetto-da-demenza> (14.5.2011)
 - Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). 2005. *Prevention of falls and fall injuries in the older adult: nursing best practice guideline*. Toronto: RNAO. Revised: 2005; supplement: 2011.
http://www.rnao.org/Storage/80/7444_BPG_Falls-and_SUPP.pdf (16.02.2012)
 - Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. 2005. *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile: référentiel de bonnes pratiques*. Paris: INPES.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=830> (16.02.2012)
 - Seematter-Bagnoud, L., Bize, R., Mettler D. 2011. *Promotion de l'activité physique: projet "Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées"*. Lausanne: Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillessement.
http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praevention/allgemeines/bpgfa/f/BPGFA-Promotion-activit-physique-Etude-2011.pdf (16.02.2012)

- Società svizzera di odontologia e stomatologia SSO. 2008. *Manuale di igiene orale: per gli anziani, i malati cronici e i disabili: guida per il personale curante*. Berna: SSO.
<http://www.farmaciainternazionale.ch/index.php?node=328&lng=1&rif=cfe98f1b36> (16.02.2012)
- Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale SFDRMG. 2005. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée: Recommandations pour la pratique clinique*. Paris: SFDRMG.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf (3.4.2011)
- Société Française de Gériatrie et Gérontologie, HAS Haute Autorité de Santé. 2009. *Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées: synthèse des recommandations professionnelles*. Paris: HAS.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_personnes_agees_synthese.pdf (3.4.2011)
- Société Scientifique de Médecine Générale, SSMG –IRE. 2000. *Recommandations de bonne pratique: prévention des chutes des personnes âgées*. Bruxelles: Société Scientifique de Médecine Générale, SSMG –IRE
- Todd, C., Skelton, D. 2004. *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls ?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf (16.02.2012)
- Tomada, A., Quaglia, I., Casabianca, A. 2011. *Lo stato di salute delle persone anziane in istituzioni in Ticino (prima parte)*, in "Dati, statistiche e società", vol. 1 (2011), p. 36-45. Anche in linea:
http://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/allegati/articolo/1613dss_2011-1_4.pdf (25.8.2011)
- Tomada A., Quaglia I., Casabianca A., De Benedetti A. 2011. *Lo stato di salute delle persone anziane in istituzioni in Ticino (seconda parte)*, in "Dati, statistiche e società", vol. 2 (2011), p. 35-45. Anche online:
http://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/allegati/articolo/207dss_2011-2_5.pdf (8.9.2011)
- Trombetti, A., Hars, M., Marcant, D. et al. 2009. *Prévention de la chute: un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âgé*, in "Revue médicale suisse", vol. 5, no. 207 (10 juin 2009), p. 1318-1324. Anche online: <http://rms.medhyg.ch/numero-207-page-1318.htm> (16.02.2012)
- Ufficio federale di statistica. 2011. *Cause di morte nel 2009*. Comunicato stampa del 24.11.2011.
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/news/01/nip_detail.html?gnpID=2011-355 (16.02.2012)
- Ufficio federale di statistica. 2011. *Scenari dell'evoluzione demografica dei cantoni dal 2010 al 2035*. Comunicato stampa del 29.03.2011.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=7152> (16.02.2012)
- Victorian Government Department of Human Service. 2004. *Minimising the risk of falls & fall-related injuries: guidelines for acute, sub-acute and residential care settings*. Melbourne: Department of Human Services. <http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/pub/improve/falls.htm> (3.6.2011)
- Weaver, F, et al. 2008. *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. Anche online:
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.106018.pdf> (16.02.2012)
- Zanetti, E. 2005. 2° ed. *La valutazione in geriatria: metodi e strumenti*. Roma: Carocci Faber
- Zanetti, E. Castaldo, A., Gobbi, P. 2009. *Superare la contenzione si può fare.*, Roma: Federazione nazionale collegi infermieri IPASVI. I quaderni de L'infermiere, n 25 .
<http://213.203.141.50/pubblicazioni/ArchivioRiviste/Indici/files/938/Quaderno%2025.pdf> (8.8.2010)

Alcuni siti web consigliati

- Sito in cui si trova un esempio di procedura generale sulla prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita
http://www.acropolismed.it/atti/asldoc09/PG_CADUTE_04_05_09.pdf
- Sito dell'Amministrazione Federale di statistica svizzera
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/news/medienmitteilungen.html>
- Sito di statistica cantonale dove è possibile anche richiedere dei dati statistici specifici, per studi e ricerche <http://www.ti.ch/ustat>
- Sito italiano di evidence based nursing, riferimento per ricerche, revisioni , progetti a livello infermieristico. <http://www.evidencebasednursing.it/homepage1.htm>
- Sito ufficiale dell'Associazione per la prevenzione degli incidenti delle persone anziane PIPA. Qui si trovano tutti i progetti effettuati e in corso, con la relativa documentazione e l'accesso diretto ai link delle differenti Associazioni ed Enti che si occupano di prevenzione a livello cantonale.
<http://www.lnrg.ch/pipa>
Sito svizzero della Fondazione per la sicurezza dei pazienti , importante per informazioni e corsi inerenti il rischio clinico in tutti gli ambiti sanitari.
- www.patientensicherheit.ch
- Sito ufficiale della Qsys, ditta che gestisce il RAI N-H nel nostro cantone <http://www.qsys.ch> (per documenti: registrazione/a pagamento)
- Sito della Società italiana di geriatria e gerontologia, dove si trovano corsi, ricerche e linee guida, manuali su diversi argomenti <http://www.sigg.it/dascaricare.asp>

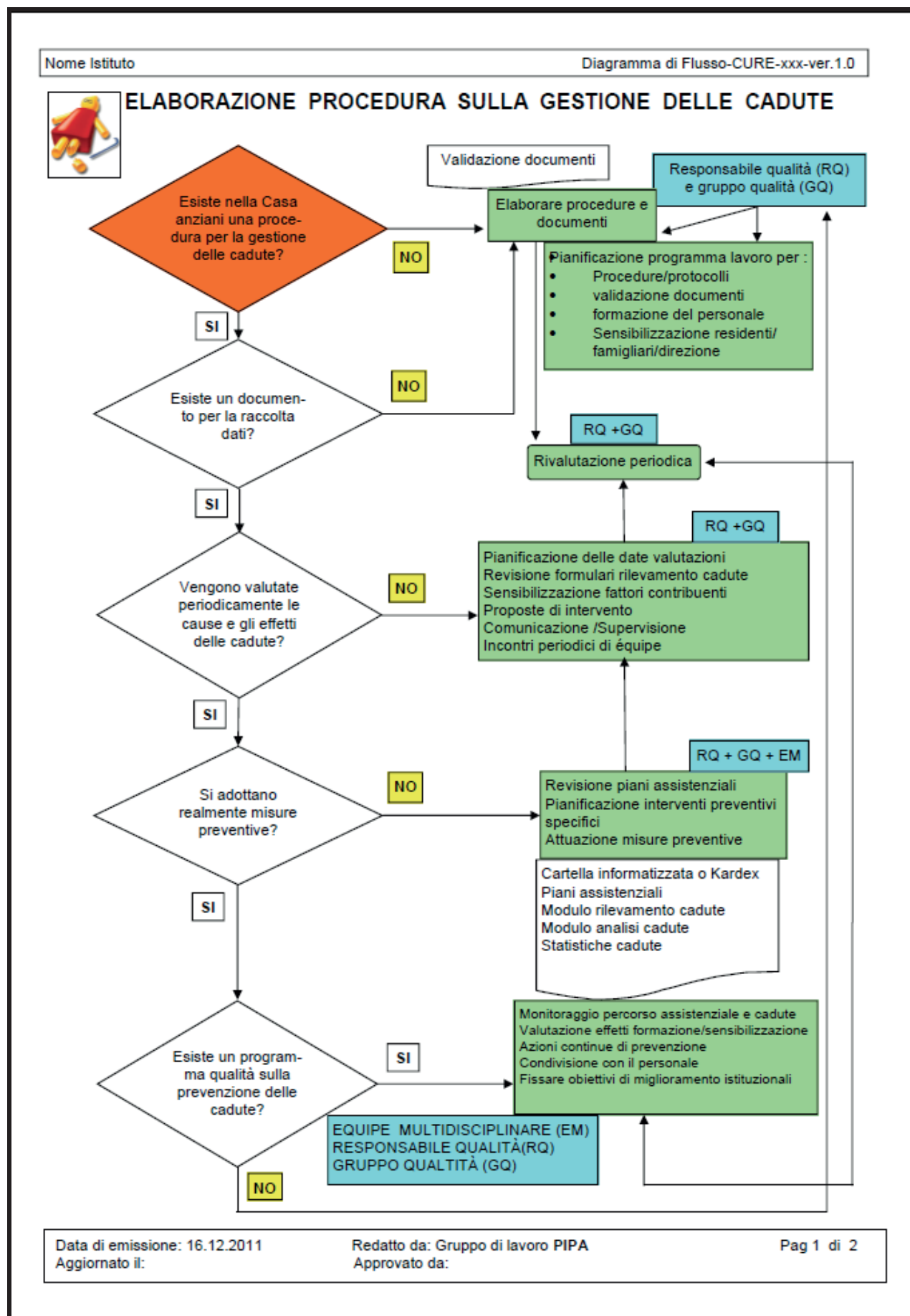
P.I.P.A.



ALLEGATI

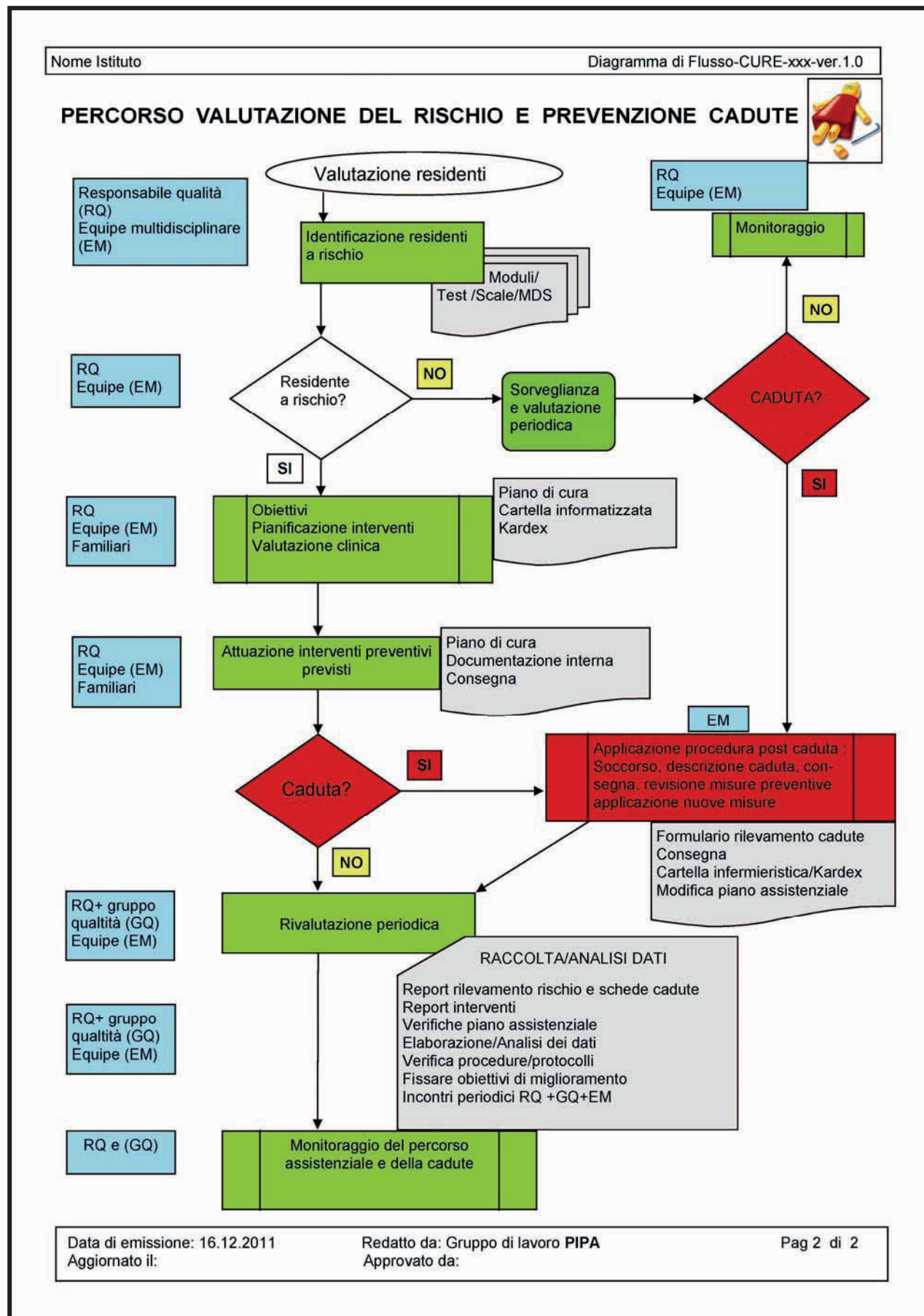


ALLEGATO 1





ALLEGATO 2





ALLEGATO 3

Codifica Documento M-CURE-00x- ver.1.0

ASSESSMENT CADUTE: CASE ANZIANI

Da compilare per tutti i residenti entro 2 settimane dall'entrata, dopo un episodio acuto o caduta e in concomitanza con la revisione piano di assistenza.

Nome/Cognome:
 Data di nascita:
 Entrato il: Camera:
 Piano-Reparto:
 Data assessment:
 Effettuato da:

INFORMAZIONI GENERALI (Non includere nel punteggio finale)

<input type="checkbox"/> Nuovo residente: è stato orientato nella struttura, ha avuto tutte le informazioni prima dell'entrata (disposizioni istituto- regolamento) è stata impostata con lui una routine giornaliera (osservazione, sorveglianza ripetizione di alcune informazioni importanti che facilitano l'adattamento nelle prime settimane dall'entrata in Cpa)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Comunicazione – il residente comprende e si esprime comprensibilmente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Ambiente – È stata accertata la sicurezza dell'ambiente in cui vivrà il residente? (sedie / letto idoneo, accessibilità del campanello, luce comodo, spazio in camera e fuori libero da ostacoli, mezzi ausiliari presenti e conformi alle norme di sicurezza ecc)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

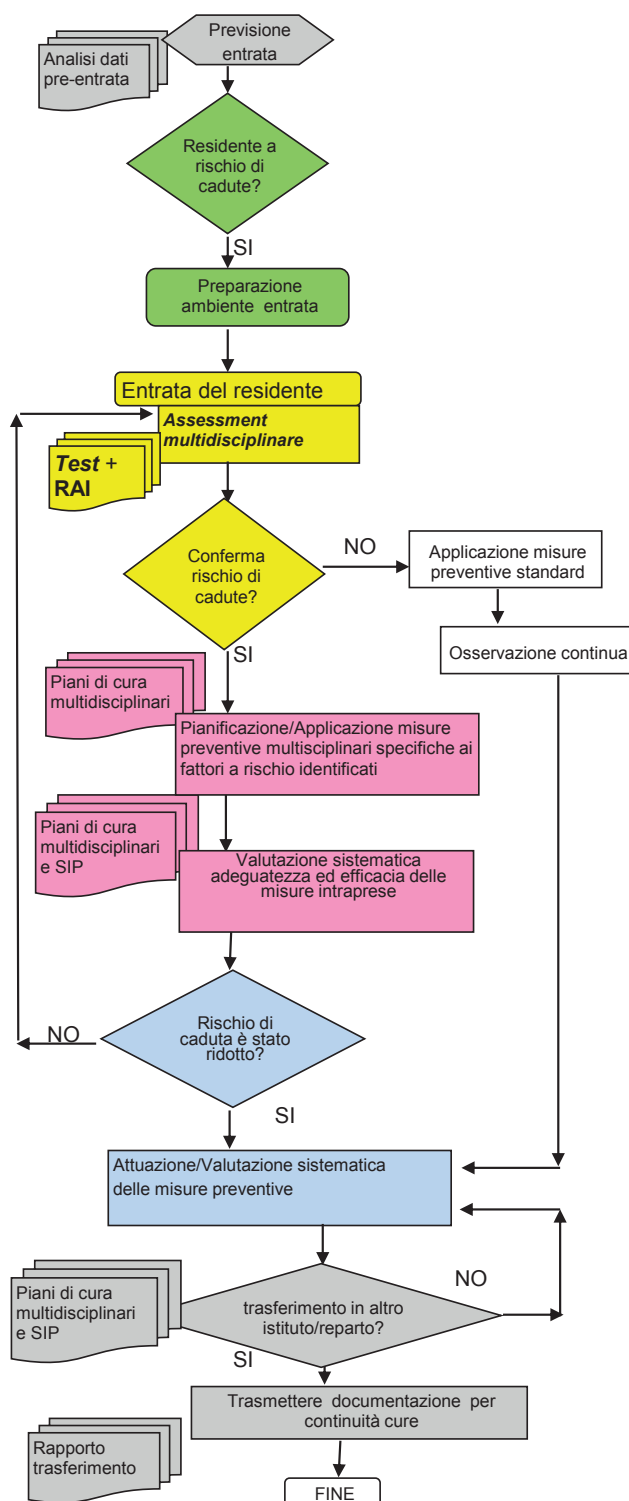
FATTORE DI RISCHIO		FATTORE DI RISCHIO	
CADUTE ANTECEDENTI <input type="checkbox"/> Il residente è caduto negli ultimi 30 giorni <input type="checkbox"/> Il residente è caduto 1 o più volte negli ultimi 31-180 giorni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INCONTINENZA E PROBLEMI INTESTINALI <input type="checkbox"/> Il residente è incontinente, ha bisogno frequentemente di recarsi in toilette o sente spesso lo stimolo di andarci, o di notte richiede frequentemente di andarci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FARMACI <input type="checkbox"/> Assume >= 4 farmaci <input type="checkbox"/> Cambio di terapia nell'ultima settimana/mese <i>Prende uno qualsiasi di questi farmaci</i> <input type="checkbox"/> Vasodilatatore/cardiaco <input type="checkbox"/> Analgesico <input type="checkbox"/> Psicotropo <input type="checkbox"/> Anticonvulsivo <input type="checkbox"/> Antipertensivo <input type="checkbox"/> Sedativo <input type="checkbox"/> Antiparkinsoniano <input type="checkbox"/> Diuretico <input type="checkbox"/> Soppressore vestibolare <input type="checkbox"/> Antidepressivo <input type="checkbox"/> Antiemetici <input type="checkbox"/> Lassativi <input type="checkbox"/> Antidiabetici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONDIZIONE MALATTIE CRONICHE <i>Presenta una di queste condizioni che riguardano l'equilibrio e la mobilità quali:</i> <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratorie <input type="checkbox"/> Artriti/Artrosi <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Amputazione arti inferiori <input type="checkbox"/> Problemi cardiaci <input type="checkbox"/> Neuropatia periferica <input type="checkbox"/> Demenza <input type="checkbox"/> Altri problemi neurologici <input type="checkbox"/> TIA/Stroke <input type="checkbox"/> Disturbi vestibolari (vertigini, vertigini posturali, malattia di Menière, ecc...) <input type="checkbox"/> Dolori cronici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TRASFERIMENTI / ANDATURA/EQUILIBRIO <input type="checkbox"/> Il residente ha difficoltà ad alzarsi/ sedersi trasferirsi sul WC / letto / sedia <input type="checkbox"/> Il residente tende a fare uso di tavolini/ comodini/altri mobili o supporti per facilitarsi durante transfer/deambulazione? <input type="checkbox"/> Il residente utilizza impropriamente i mezzi ausiliari in suo possesso <i>Il residente è instabile o insicuro quando</i> <input type="checkbox"/> Si alza o si siede su una sedia/letto/poltrona/carrozzina, WC, divano o altro <input type="checkbox"/> Deve girarsi per cambiare direzione lungo il suo percorso, evitare un ostacolo o prendere un oggetto <input type="checkbox"/> Raccoglie un oggetto da terra <input type="checkbox"/> Mentre cammina si distrae da solo o si lascia distrarre da terzi <input type="checkbox"/> Cammina in ambienti con contrasti di luce, colore, livello del suolo differenti <input type="checkbox"/> Cammina con una persona più rapida di lui	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	STATO MENTALE <i>Il residente manifesta stati di:</i> <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Confusione <input type="checkbox"/> Disorientamento <input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Perdita memoria <input type="checkbox"/> Aggressività fisica/verbale <input type="checkbox"/> Alterazione capacità decisionale <input type="checkbox"/> Difficoltà nel valutare / gestire rischi e pericoli nei transfer e nella deambulazione <input type="checkbox"/> Comportamento socialmente inadeguato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PERDITA SENSORIALE Il residente ha un disturbo sensoriale a livello di: <input type="checkbox"/> Visione <input type="checkbox"/> Udito <input type="checkbox"/> Somato sensoriali (tatto) <input type="checkbox"/> Propriocezione (percezione corpo/spazio)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MALATTIE ACUTE <i>Il residente manifesta segni/sintomi di malattia acuta, quali</i> <input type="checkbox"/> Alterazione del comportamento <input type="checkbox"/> Stato confusionale acuto <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratorie <input type="checkbox"/> Stati infettivi/febbre <input type="checkbox"/> Alterazioni del ritmo cardiaco <input type="checkbox"/> Alterazioni dello stato di coscienza <input type="checkbox"/> Esacerbazione di una patologia psichiatrica <input type="checkbox"/> Traumi/emorragie <input type="checkbox"/> Fluttuazioni glicemiche post prandiali (ipo/iperglicemie)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NUTRIZIONE/IDRATAZIONE <input type="checkbox"/> Il residente ha perso/preso peso nel corso degli ultimi 3-12 mesi <i>L'assunzione di cibo/liquidi del residente è diminuita negli ultimi 3 mesi a causa di:</i> <input type="checkbox"/> Inappetenza <input type="checkbox"/> Problemi digestivi/assorbimento <input type="checkbox"/> Problemi cavo orale <input type="checkbox"/> Problemi di masticazione <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Diminuzione stimolo sete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COMPORTAMENTO FUNZIONALE <input type="checkbox"/> Incapacità di eseguire le ADL/IADL in sicurezza <input type="checkbox"/> Ha paura e non osa chiedere aiuto <input type="checkbox"/> Manifesta paura nei transfer e nella deambulazione <input type="checkbox"/> Scarsa collaborazione o opposizione alle cure <input type="checkbox"/> Presenza di mezzi di contenzione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PIEDI & CALZATURE <input type="checkbox"/> Il residente ha calli, unghie incarnite, borsiti, o dolori mentre cammina, ecc... <input type="checkbox"/> Il residente indossa abitualmente pantofole scarpe con: tacchi alti o troppo bassi / scarsa aderenza al suolo/ scarso sostegno del piede <input type="checkbox"/> Cammina solitamente scalzo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Totale dei fattori a rischio identificati (ogni SI= 1)		+ Totale dei fattori a rischio identificati (ogni SI= 1)	
		Totale Complessivo = 	
Legenda: Se uno o più fattori presenti: da 0 a 2 fattori il residente è a basso rischio; da 3 a 6 è a medio rischio ; più di 6 è ad alto rischio Per ogni indicatore rilevato, prevedere in ogni caso degli interventi mirati			



ALLEGATO 4

P-CURE- ver.1.0

Procedura standard per la prevenzione delle cadute in Casa Anziani



Interventi maggiori

- ☐ Verificare se i dati sono recenti
- ☐ Prendere contatto con il referente del paziente
- ☐ Pre-screening intervista/documenti/visita domicilio
- ☐ Estrapolare i fattori a rischio individuali ed ambientali
- ☐ Informare équipe multidisciplinare del rischio rilevato
- ☐ Pre-richiesta fisio/ergo per assessment post entrata
- ☐ Preparare ambiente sicuro e privo di ostacoli
- ☐ Prevedere misure preventive x fattori rischio rilevati
- ☐ Verificare se sono state applicate le misure preventive
- ☐ Mostrare camera/campanello/ luci/bagno/reparto
- ☐ Verificare antecedenti cadute/paura/test doppio compito
- ☐ Informare residente/famigliari probabile rischio cadute
- ☐ **Valutare stato cognitivo/umore/comportamento**
- ☐ **Valutare stato nutrizionale ed idratazione**
- ☐ **Valutare autonomia ADL**
- ☐ **Valutare l'incontinenza**
- ☐ **Valutare i deficit sensoriali/dolore**
- ☐ **Verificare diagnosi mediche/esami laboratorio**
- ☐ **Valutare terapia farmacologica/contenzione**
- ☐ **Valutare andatura, equilibrio, forza e resistenza**
- ☐ **Valutare appropriatezza mezzi ausiliari/calzature**
- ☐ **Valutare residente con RAI- MDS**
- ☐ Assicurare ambiente privo di ostacoli/mobiliario stabile
- ☐ Assicurare illuminazione/mezzi ausiliari/scarpe adeguate
- ☐ Verificare se campanello e oggetti usuali sono accessibili
- ☐ Verificare presenza segnaletica orientativa/pericolo
- ☐ Applicare approcci: Validation/Rot/Gentle Care/stimol basale
- ☐ Correggere/educare l'alimentare/idratazione
- ☐ Applicare il programma incontinenza
- ☐ Stimolare autonomia nelle ADL/subcompiti/IADL
- ☐ Sorvegliare residente durante transfer/deambulazione
- ☐ Adattare mezzi ausiliari/revisioni periodiche
- ☐ Rivalutare terapia farmacologica/contenzione
- ☐ Aggiornare diagnosi mediche/prevedere esami laboratorio
- ☐ Prevedere trattamento fisio-ergoterapico
- ☐ prevedere consultazioni specialistiche/dietista/podologo
- ☐ Trattare dolore/deficit visivi/uditivi/tattili
- ☐ Trattare patologie acute
- ☐ Prevedere esercizi andatura/equilibrio/forza muscolare
- ☐ Rilevare parametri/sorveglianza comportamento
- ☐ Prevedere programma Animazione/Attivazione
- ☐ Coinvolgere residente/famigliari/referenti
- ☐ Formare personale (mobilitazione in sicurezza residenti)
- ☐ Applicare piani assistenziali multidisciplinari
- ☐ Rivalutare sistematicamente i piani assistenziali
- ☐ Rivalutare sistematicamente il rischio con MDS/test
- ☐ Rivalutare il rischio dopo ogni caduta
- ☐ **Attuare formazione continua interna "prevenzione cadute"**
- ☐ Trasmettere il rapporto di trasferimento + MDS-SIP
- ☐ Trasmettere altri dati/documenti se richiesti

Data di emissione: 16.12.2011
Aggiornato il:

Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA
Approvato da:

pag 1 di 2



Codifica Documento M-CURE-00x- ver.1.0

CHECK LIST PROCEDURA CONTROLLO AMBIENTALE

SEZIONE 1: LOCALI USO COMUNE	SI	NO	Osservazioni
PAVIMENTI:			
asciutti e senza cera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di dislivelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di ostacoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
presenza di cartello di pericolo durante le operazioni di lavaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
striscia/variazione di colore per segnalare dislivelli del pavimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CORRIDOI:			
corrimano almeno su un lato e stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
illuminazione diurna/notturna che permetta una buona visione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di ostacoli (mobili ingombranti, ausili, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
larghezza che permetta di muoversi agevolmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interruttori accessibili e visibili al buio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SCALE:			
corrimano presente su almeno un lato e stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
gradini dotati di striscia antiscivolo colorata per evidenziare dislivelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
illuminazione diurna/notturna che permetta una buona visione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interruttori accessibili e visibili al buio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SEZIONE 2: AUSILI PER LA MOBILIZZAZIONE/DEAMBULAZIONE RESIDENTI			
BASTONI/STAMPELLE/TRIPODI:			
regolabili in altezza con punta antiscivolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DEAMBULATORI:			
cestino portaoggetti e sedile stabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
freni /ruote efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SEDIA A ROTELLE:			
manutenzione periodica e regolare della carrozzina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
controllo condizioni generali della carrozzina sistematici (per es. durante la pulizia di questa) e in particolare:			
- funzionamento dei freni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- condizioni delle ruote anteriori e posteriori.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
viti presenti e ben affrancate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stato integro dei tessuti del sedile e schienale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ruote antiribalta (se necessarie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
braccioli removibili e correttamente innestati/bloccati nella loro sede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
poggiatesta funzionanti, estraibili e regolabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
poggiatesta correttamente posizionati e bloccati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
buona manovrabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
se presente: sistema di contenimento con cinture/tavolino efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
la persona di riferimento è informata delle anomalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SOLLEVATORI:			
sollevatori con base allargabile, con altezza adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
il sollevatore passa sotto il motore elettrico del letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sistema di sicurezza valido e certificato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
imbragature per elevatore sicure ed affidabili di varie misure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
braccio elevatore abbassabile sino a sollevare una persona da terra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dischi rotanti di trasferimento tra letto e carrozzina efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tavole rigide di trasferimento tra letto e carrozzina efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
teli di trasferimento per passaggi laterali pari altezza efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASTA PER INFUSIONE:			
integrata nel letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
base stabile con almeno quattro piedini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ruote efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
regolabile in altezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALTRI AUSILI:			
cuscini sagomati per posizionamento paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
potenza a letto e sistema elettrico di comando posizione efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ausili disponibili in reparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ripostiglio / magazzino dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ausili numero sufficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data di emissione: 1.02.2012
Data di aggiornamento:

Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA
Approvato da:

Pagina 1 di 2



Codifica Documento M-CURE-00x- ver.1.0

SEZIONE 3: LOCALI AD USO PRIVATO DEI RESIDENTI	SI	NO	Osservazioni
CAMERE:			
apertura porta verso l'esterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
illuminazione diurna/notturna sufficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interruttori accessibili e visibili al buio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
luci notturne nel percorso camera/bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mobilio stabile e ordinato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ante del mobilio stabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sedia comoda con braccioli stabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di tappeti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tappeti fissati ai bordi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pavimenti asciutti e senza cera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di spigoli sporgenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
filì elettrici in ordine ai lati della stanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tendaggi scorrevoli con barra di fissaggio stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
campanelli di chiamata raggiungibili e funzionanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LETTI:			
elettrici regolabili in altezza per salire e scendere con facilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
elettrici modello Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sponde e semi sponde efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
biancheria da letto senza frange ed elementi che intralcino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
campanelli di chiamata raggiungibili e funzionanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
POLTRONE:			
reclinabili ed allungabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
con braccioli stabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMODINO:			
presenza di lampada efficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
presenza di tavolo servitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
piano d'appoggio adeguato, regolabile in altezza, girevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ruote/freni efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAGNI:			
spazi adeguati all'ingresso e manovre di carrozzine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
apertura porta verso l'esterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interruttori accessibili e visibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
illuminazione diurna/notturna adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
specchi accessibili a chi è seduto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vasca con dotazione ausili per entrata/uscita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
doccia con piano sedile inclinato, antiscivolo ribaltabile a muro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
campanelli di chiamata raggiungibili dalla doccia e dai sanitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
water adattabili in altezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
alza – water, barre/maniglioni ribaltabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
rubinetti con leve lunghe per facilitarne l'uso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tappetini antiscivolo di misura adeguata e sicuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NOTA: libera interpretazione, di SMEPR e NBF, del protocollo: "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita", prodotto dall'A.S.L. CN

Data delle rilevazioni (sez 1 e 3)

Qualifica

Firma

Data delle rilevazioni (sez 2)

Qualifica

Firma/e

NB: questa check-list dovrebbe essere utilizzata almeno una volta all'anno (frequenza da stabilire all'interno dell'Istituto) dal responsabile della sicurezza in collaborazione con personale curante, fisioterapista ed ergoterapista. Queste figure professionali possono ripartirsi i compiti secondo l'organizzazione interna dell'Istituto e le singole competenze. Consigliato: verifica sezione 1 e 3 dal responsabile sicurezza e sezione 2 dal fisioterapista o dall'ergoterapista, con attenzione particolare alle osservazioni del personale curante.

BibliografiaMateriale elettronico: www.acropolismed.it (visitato il 12/09/2011) "Prevenzione e gestione delle cadute nella persona anziana"

Data di emissione: 1.02.2012

Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA

Pagina 2 di 2

Data di aggiornamento:

Approvato da:



LOGO e NOME istituto

Codifica documento-ver.1.0

Modulo di rilevazione delle

CADUTE

compilato il

da: nome

funzione

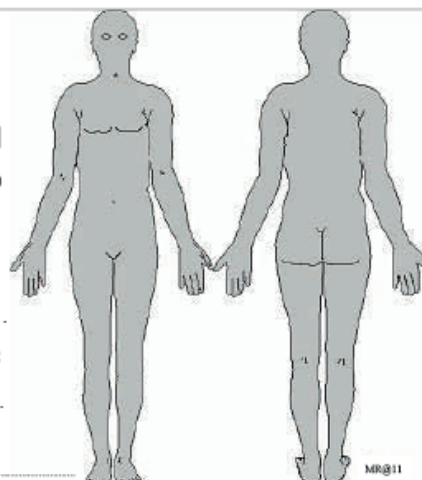
DATI sulla CADUTA

COGNOME NOME Data di nascita Sesso: ☐ F ☐ MReparto Camera Data della caduta Ora ☐ Effettiva ☐ RilevataGiorno della settimana: ☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì ☐ Sabato ☐ DomenicaLuogo: ☐ Camera ☐ Bagno ☐ Corridoio ☐ Sala pranzo ☐ Soggiorno ☐ Scala ☐ Bar ☐ Esterno Cpa ☐ Altro.....Attività svolta durante la caduta: ☐ Alzarsi ☐ Sedersi ☐ Girarsi ☐ Piegarsi ☐ Transfer ☐ Deambulare ☐ AltroTipo di caduta: ☐ Scivolato ☐ Inciampato ☐ Capogiro/svenimento ☐ Perdita di equilibrio ☐ Perdita di forza
☐ Spinto da terzi ☐ Non rilevabile ☐ AltroDirezione della caduta: ☐ Avanti ☐ Indietro ☐ Di lato ☐ Non rilevabileDove ha urtato cadendo: ☐ Pavimento ☐ Parete ☐ Sanitari ☐ Mobilio ☐ Altro

Descrizione:

Testimoni: ☐ NO ☐ personale..... ☐ altri residenti..... ☐ visite.....Il residente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica della caduta: ☐ Sì ☐ No.....

ESITI della CADUTA: Segnare sul disegno il simbolo corrispondente

☐ Nessuna Lesione Evidente☐ Contusioni ☐☐ Ferite ☐☐ Steri-strip ☐ Punti ☐☐ Dolori, sede ☐☐ Trauma cranico ☐☐ Fratture (anche se sospetta)..... *☐ AltroFOTO ☐ NO ☐ SI

PROCEDURE ESEGUITE:

☐ Informato il Medico (nome)..... ☐ Ha visitato residente ☐ Non ha visitato residente☐ Informato i Parenti ☐ Informato Responsabile Cure ☐ Informato il Direttore ☐ Scritto nel decorsoIL RESIDENTE E': ☐ Tornato alle sue attività ☐ Allettato ☐ Ricoverato in ☐ Altro

Infermiere Responsabile del turno : Nome Firma

Data di emissione: 22-11-2011

Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA

pag.1 di 2

Data di aggiornamento:

Approvato da :



LOGO e NOME istituto

Codifica documento-ver.1.0

Profilo residente

compilato da: nome

funzione

Residente già a rischio caduta: ☐ NO ☐ SI Antecedenti di cadute: ☐ NO ☐ SI ⇒ Numero cadute nell'anno in corso

FATTORI DI RISCHIO antecedenti alla caduta

- ☐ Disturbi cognitivi (confusione/disorientamento ...)
- ☐ Disturbi comportamentali
- ☐ Disturbi dell'equilibrio
- ☐ Disturbi della marcia
- ☐ Disturbi della forza muscolare
- ☐ Disturbi neurologici
- ☐ Disturbi sensorio-percettivi
- ☐ Ipotensione ortostatica
- ☐ Incontinenza
- ☐ Stato nutrizionale/idratazione
- ☐ Sintomatologia depressiva
- ☐ Infezione
- ☐ Azzardo
- ☐ Altro

Farmaci

- ☐ Diuretici
- ☐ Ansiolitici
- ☐ Antidepressivi
- ☐ Ipnotici
- ☐ Neurolettici
- ☐ Antiparkinsoniani
- ☐ Antidolorifici - ☐ OMS Livello ① ② ③
- ☐ Antipertensivi / vasodilatatori
- ☐ Lassativi
- ☐ Altro

Mobilizzazione: deambulava da solo ☐ SI ☐ NO con sorveglianza ☐ SI ☐ NO con aiuto di un curante ☐ SI ☐ NOMezzi ausiliari: ☐ NO ☐ SI qualiUso appropriato: ☐ SI ☐ NO Regolare manutenzione (freni-gomme, motore, ecc): ☐ SI ☐ NOContenzione fisica: ☐ NO ☐ SI qualeOcchiali da vista: ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO Apparecchio Acustico: ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO

Misure preventive già in atto: Dispositivo Proteggi-Anche: ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO

Calzature Adeguate: ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO

Calze Antiscivolo: ☐ SI ☐ NO Uso appropriato: ☐ SI ☐ NO

☐ Altro (specificare)

FATTORI AMBIENTALI che hanno inciso sulla caduta

- ☐ Altezza letto / carrozzina / sedia / poltrona
- ☐ Ostacoli lungo il percorso
- ☐ Campanello di chiamata inaccessibile
- ☐ Pavimento: ☐ bagnato/sconnesso ☐ interno ☐ esterno
- ☐ Tappeti non fissati
- ☐ Ambiente con eccessive stimolazioni sensoriali (uditivo/visivo)
- ☐ Altro (specificare)
- ☐ Mobilio/oggetti instabili
- ☐ Illuminazione inadeguata / inaccessibile
- ☐ Corrimano non riconoscibile / inaccessibile
- ☐ Segnaletica di pericolo assente
- ☐ Oggetti utilizzati abitualmente inaccessibili
- ☐ Presenza di persone con disturbi comportamentali

Misure preventive previste:

Note:

Infermiere Responsabile del turno : Nome Firma

Data di emissione: 22-11-2011

Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA

pag.2 di 2

Data di aggiornamento:

Approvato da :



ALLEGATO 8

STRATEGIE ED INTERVENTI PREVENTIVI
PER RESIDENTI A RISCHIO DI CADUTE

Codifica Documento M-CURE-00x- ver.1.0

Nome/Cognome:.....
Data di nascita:.....
Entrato il:..... Camera:.....
Piano-Reparto:.....
Effettuato da:.....

OTTIMIZZARE LA SICUREZZA DELL'AMBIENTE

- ☐ Letto basso o regolabile in altezza, freni funzionanti, revisione regolare
- ☐ Sedie, poltrone stabili, con braccioli
- ☐ Comodini o altri mobili, stabili
- ☐ Illuminazione diurna non abbagliante o luci indirette
- ☐ Luce notturna accessibile e funzionante
- ☐ Interruttori visibili
- ☐ Tappeti antiscivolo
- ☐ Pavimenti asciutti e puliti, se pulizie verificare che sia segnalato
- ☐ Campanello di chiamata accessibile e funzionante
- ☐ Percorsi liberi da ostacoli
- ☐ Messa in sicurezza di cavi, prese, fili, ecc..
- ☐ Corrimano accessibili e differenziati dal muro (colore di contrasto)
- ☐ Accessibilità di oggetti di uso abituale
- ☐ Effettuare regolarmente la manutenzione di tutti i mezzi ausiliari
- ☐ Verificare funzionamento allarmi dei tappeti o materassi appositi
- ☐ Verificare temperatura degli ambienti e adattarla al clima

STORIA DI CADUTE

- ☐ Valutare paura di cadere e la sindrome post caduta
- ☐ Ricerare dettagli cadute antecedenti: ora, attività che stava svolgendo, ecc..informazioni da reperire nel registro degli incidenti/formulari cadute
- ☐ Rispettare l'importanza x il residente/famigl. dei valori: libertà-sicurezza
- ☐ Verificare l'esito delle misure preventive adottate in passato e utilizzarle
- ☐ Offrire un sostegno individualizzato per gestire la paura

FARMACI

- ☐ Verificare se assume > 4 farmaci e se tra la terapia assunta vi sono farmaci appartenenti alle categorie a rischio
- ☐ Sensibilizzare il medico sui farmaci a rischio, sull'importanza di terapie a basso dosaggio, soprattutto se psicofarmaci.
- ☐ Valutare sistematicamente l'efficacia della terapia prescritta e monitorare gli effetti secondari/interazioni
- ☐ Richiedere una revisione mensile della terapia al medico curante

TRANSFER/ANDATURA/EQUILIBRIO

- ☐ Valutazione fisioterapia di tutti i residenti entro 14 giorni dall'entrata, ad ogni cambiamento significativo dello stato di salute o dopo caduta
- ☐ Concordare con il fisioterapista degli interventi mirati ed attenersi alle sue indicazioni per i trattamenti previsti
- ☐ Intervento fisioterapico per il mantenimento/miglioramento di: forza, resistenza, coordinazione, equilibrio, mobilità articolare, correzione alterazioni posturali, funzionalità respiratoria
- ☐ Valutazione ed interventi ergoterapici individualizzati e secondo situazioni, concordati con fisioterapista e personale curante
- ☐ Verificare sistematicamente idoneità e funzionalità dei mezzi ausiliari: altezza e sicurezza di sedie, comode, letti, poltrone, sedie a rotelle (altezza, larghezza, freni), bastoni, ecc... in collaborazione con fisioterapista ed ergoterapista
- ☐ Stimolare il residente a partecipare ai gruppi "mobilità ed equilibrio", (es: ginnastica, TAIJI QUAN > 4 mesi, atelier equilibrio) in piccoli gruppi
- ☐ Insegnare ai residenti con buone capacità residue, degli esercizi che possono effettuare da soli, a proteggersi durante la caduta e a rialzarsi
- ☐ Il fisioterapista deve formare/istruire il personale curante e/o familiari ad effettuare correttamente i transfer/ deambulazione dei residenti
- ☐ Accompagnare i residenti ad effettuare passeggiate su suoli accidentati
- ☐ Garantire un aiuto durante la deambulazione più volte durante il giorno, ev pianificare e praticare allenamento alla deambulazione
- ☐ Stimolare ed istruire se possibile i familiari per la sorveglianza/aiuto durante i transfer e la deambulazione in collaborazione con i curanti
- ☐ Ridurre il più possibile l'allettamento, programma di posizionamento

INCONTINENZA

- ☐ Valutare il tipo di incontinenza
- ☐ Applicare programma gestione incontinenza

MALATTIE ACUTE/CRONICHE

- ☐ Valutazione CLINICA medico-infermieristica
- ☐ Eseguire test/scale/rilevamento dei parametri significativi (es: Schellong MMSE, Norton plus, ECPA, NPI, Glicemie, parametri vitali, saturazione...)
- ☐ Monitorare, applicare e valutare il trattamento prescritto

OTTIMIZZARE METODI DI CURA

- ☐ Privilegiare sempre interventi multifattoriali ed individualizzati
- ☐ Conoscere storia di vita del residente e valorizzarla
- ☐ Ri-orientare il residente (ora, data, luogo, spazio, persona)
- ☐ Personalizzare la camera con oggetti significativi per il residente
- ☐ Spiegare, assistere il residente durante i transfer/deambulazione/ADL, includendo stimoli verbali, cinestetici, altre tecniche fisiche
- ☐ Sorveglianza supplementare durante attività a rischio
- ☐ Strutturare la giornata con attività abituali
- ☐ Coinvolgere il residente regolarmente in attività durante il giorno
- ☐ Stimolare i residenti a rischio a rimanere vicino al locale infermieristico
- ☐ Verificare presenza e funzionalità di ausili: occhiali, apparecchio acustico, protesi, ecc..., revisione regolare
- ☐ Fissare degli obiettivi multidisciplinari con valutazione sistematica
- ☐ Applicare le cure al suolo se necessario
- ☐ Diversificare sec il tipo di residente e il rischio, gli approcci di cura: Gentle care, stimolazione basale, Validation, musicoterapia, PET, altri
- ☐ Valutare e trattare cause dei disturbi dell'umore e comportamento
- ☐ Insegnare, educare alla prevenzione residente e/o familiari
- ☐ Favorire la presenza dei familiari nelle ore > a rischio
- ☐ Adattare all'evoluzione dello stato di salute ausili e mezzi ausiliari
- ☐ Assicurare un ambiente privo di rumori o altri fattori disturbanti
- ☐ Ridurre contenzione ed applicare programma mobilitazione
- ☐ Integrare nel programma di formazione interna "prevenzione cadute"

STATO COGNITIVO

- ☐ Valutare stato cognitivo del residente (osservazione, MMSE...)
- ☐ Sorvegliare il residente quando è a letto o seduto (postura/azzardi...)
- ☐ Osservare come si mobilita con o senza aiuto
- ☐ Coinvolgere il residente in attività fisiche o altre attività significative

PIEDI E CALZATURE

- ☐ Curare calli, duri, problemi unghie, dolori nel camminare
- ☐ Pedicure/Podologo
- ☐ Fornire informazioni e istruzioni sulla scelta delle calzature idonee
- ☐ Chiedere alla famiglia di portare o acquistare calzature idonee

DISTURBI SENSORIALI

- ☐ Prevedere consultazione oftalmologo/otorino se necessario
- ☐ Assicurarsi che occhiali/apparecchio acustico siano adeguati al tipo di disturbo, funzionanti e in sede
- ☐ Comunicazione: utilizzare oltre al linguaggio verbale, segni, immagini, tatto, lingua dei segni, braille. Se di lingua straniera, trovare un interprete nel personale/farsi scrivere frasi di uso comune dai familiari
- ☐ Assicurare un ambiente tranquillo, stimolazioni sensoriali specifiche
- ☐ Gestione del dolore (valutazione e trattamento)

COMPORTAMENTO FUNZIONALE

- ☐ Rassicurare e tranquillizzare il residente ansioso, valutare le cause dell'ansia e/o depressione e/o dei problemi comportamentali
- ☐ Monitorare il comportamento del residente, valutare sistematicamente l'efficacia dei trattamenti adottati/prescritti in équipe multidisciplinare
- ☐ Richiedere al medico curante, la consulenza di uno specialista (geriatra, psichiatra o altri)
- ☐ Applicare dapprima i programmi per influenzare umore, comportamento, stato cognitivo e successivamente, terapia farmacologica specifica

NUTRIZIONE/IDRATAZIONE

- ☐ Valutare cute, mucose, peso, stato confusionale, infetti, ecc..
- ☐ Valutare/Applicare il diario alimentare/bilancio idrico/BMI/MNA
- ☐ Valutare le abitudini alimentari del residente e se possibile rispettarle
- ☐ Richiedere al medico curante esami di laboratorio specifici
- ☐ Compensare carenze: proteine/vitamine/elettroliti (! Vit D/Bicalcio....)
- ☐ Curare l'ambiente e la presentazione dei pasti
- ☐ Applicare programmi per recupero/perdita peso, pasti frazionati
- ☐ Favorire attività all'aperto (Vit D)
- ☐ Proporre sec le preferenze più volte al dì, delle bibite/tisane (! Estate)
- ☐ Valutare e curare lo stato del cavo orale del residente

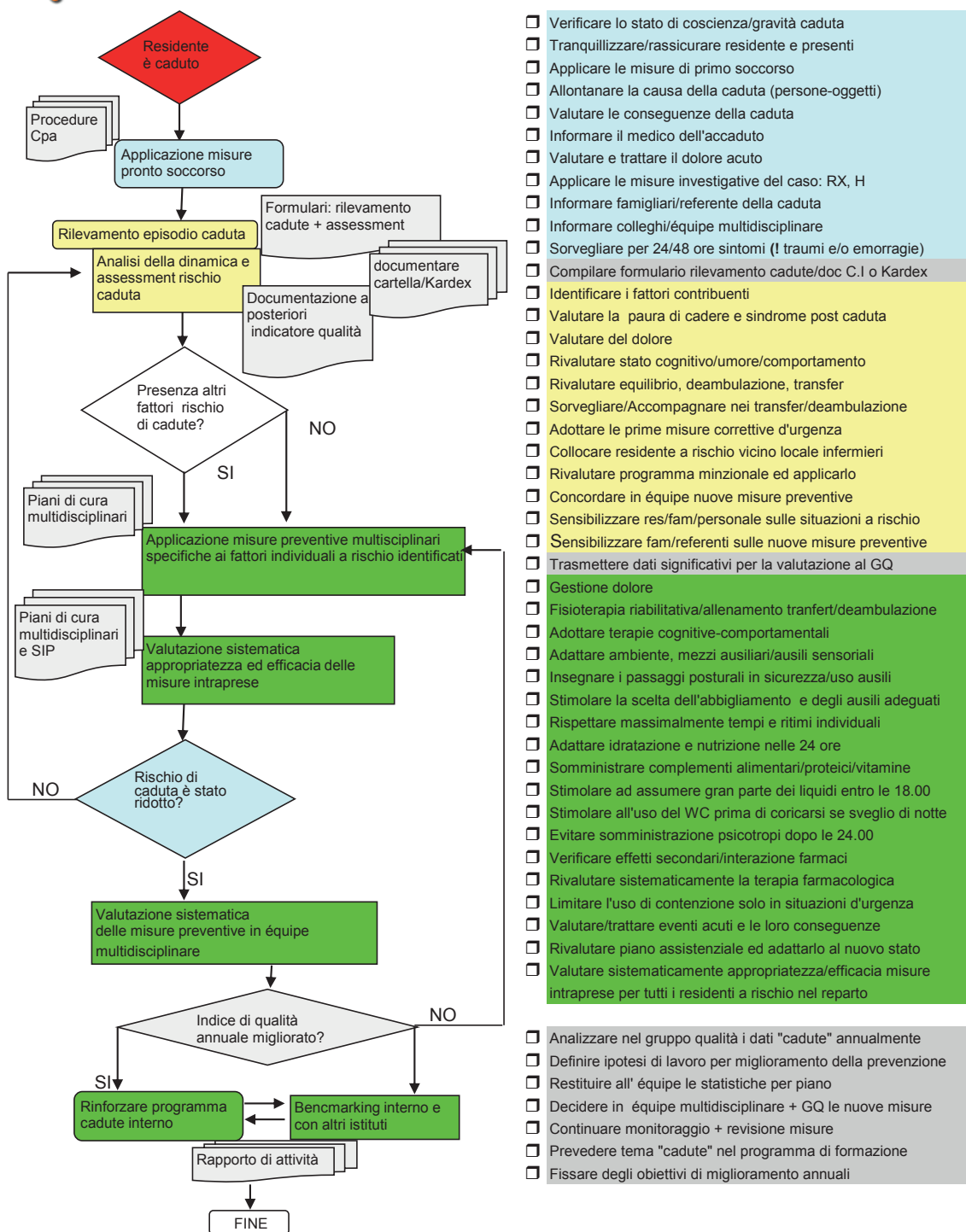
Prevedere consultazione di:	Scopo consultazione:	Equipaggiamento / mezzi ausiliari richiesti (specificare):
<input type="checkbox"/> Medico curante		
<input type="checkbox"/> Fisioterapista		
<input type="checkbox"/> Ergoterapista		
<input type="checkbox"/> Dietista		
<input type="checkbox"/> Altri		
Altri interventi (specificare):		
DATA:		Firma:
Data emissione: 16.12.2011	Aggiornato il:	Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA
Approvato da:		Pag. 1 di 1



ALLEGATO 7

P-CURE- ver.1.0

Procedura standard post caduta



Data di emissione: 16.12.2011
Aggiornato il:

Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA
Approvato da:

pag 2 di 2

Associazione PIPA

