



PROGETTO PIPA: PREVENZIONE DELLE CADUTE A DOMICILIO

Strumenti e indicazioni operative per il
personale sanitario e sociale impegnato
nelle cure a domicilio



**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:



Indice

Introduzione	4
1. Premessa: il gruppo di lavoro	5
2. Progetti dell'Associazione PIPA	6
2.1 Scopo	7
2.2 Destinatari	7
2.3 Metodo di lavoro	7
2.4 Valutazioni e aggiornamenti	9
3. Una rete integrata dei servizi di assistenza	9
3.1 Prevenzione cadute: procedura standard in un'ottica di rete	10
3.2 Prevenzione cadute: procedura post caduta	11
3.3 Prevenzione cadute: procedura in seguito ad una caduta	11
4. L'approccio multidisciplinare e la valutazione multidimensionale rivolti all'anziano fragile	12
4.1 Assessment cadute: domicilio	13
4.2 Strategie per l'utente a rischio di cadute al proprio domicilio	15
4.3 Modulo di rilevazione delle cadute	15
5. La diminuzione dei fattori estrinseci nella prevenzione delle cadute	16
5.1 Lista di controllo ostacoli ambientali	17
5.2 Consigli pratici nella riduzione dei fattori estrinseci a domicilio	18
6. Servizi territoriali presenti nel Cantone Ticino rivolti all'anziano a domicilio	19
Conclusioni	19
Ringraziamenti	20
Sigle e abbreviazioni	21
Bibliografia	22
Sitografia	24
Allegati	
Allegato 1: Prevenzione cadute: procedura standard in un'ottica di rete	26
Allegato 2: Prevenzione cadute: procedura post caduta	27
Allegato 3: Prevenzione cadute: procedura in seguito a una caduta	28
Allegato 4: Assessment cadute: domicilio	29
Allegato 5: Strategie per l'utente a rischio di cadute al proprio domicilio	30
Allegato 6: Modulo di rilevazione delle cadute	31
Allegato 7: Lista di controllo ostacoli ambientali	33
Allegato 8: Consigli pratici nella riduzione dei fattori estrinseci a domicilio	36
Allegato 9: Elenco delle associazioni, enti e servizi socio-sanitari di supporto sul territorio per la prevenzione delle cadute negli anziani	39



Introduzione

Quante volte cade un bambino fino a quando avrà acquisito le competenze necessarie per muoversi con agevolezza nell'ambiente che lo circonda? Numerose cadute e alcuni anni di sperimentazioni sono inevitabili per raggiungere una mobilità sicura e adatta, componente molto influente sull'autonomia e la qualità di vita.

Il risultato di questo lungo e faticoso apprendimento è molto performante: per anni, ognuno svolge le sue attività, muovendosi senza particolare limitazione o difficoltà nonostante l'estrema complessità di quest'azione. Ma basta il disfunzionamento - anche benigno e/o transitorio - di una sola componente del sistema per ricordarne l'importanza e mostrare l'impatto considerevole che la mobilità ha in generale sulla salute.

Una caduta è un evento spesso multifattoriale e segna il punto di rottura di un equilibrio molto sottile tra la persona e il suo ambiente. Questo evento generalmente improvviso può avere un impatto negativo potenzialmente molto importante in tutte le dimensioni della salute, definita dall'OMS come uno stato di completo benessere bio-psico-sociale. Le conseguenze di una caduta sono particolarmente temute dalle persone che presentano un rischio aumentato di evoluzione sfavorevole delle loro condizioni di salute perché più vulnerabili; buona parte delle persone anziane rientra sicuramente in questa categoria.

Rispetto alla popolazione generale, la popolazione anziana presenta delle caratteristiche che possono influenzare negativamente sia la dinamica di una caduta che le conseguenze immediate e gli eventuali postumi. Queste caratteristiche, non necessariamente interdipendenti una dall'altra, sono le seguenti:

- *fragilità* generalmente definita come la diminuzione della riserva fisiologica di diversi organi che si traduce in una minor resistenza durante l'esposizione a uno stress,
- *co-morbilità* legata alla presenza di affezioni croniche che possono alterare le performance direttamente (diminuzione della funzionalità di un organo specifico) o indirettamente (effetto collaterale di una terapia farmacologica),
- *dipendenza funzionale* legata alla presenza di deficit funzionali.

Tuttavia, e anche in età avanzata, è importante sottolineare che vari determinanti della fragilità possono essere reversibili o migliorati, almeno in una fase precoce, grazie a interventi specificamente mirati. La stessa osservazione vale in parte anche per le co-morbilità. Nell'ottica del mantenimento dell'autonomia il più a lungo possibile e della miglior qualità di vita delle persone anziane che vivono a casa propria, la prevenzione delle cadute riveste un'importanza fondamentale. Gli strumenti operativi messi a disposizione del personale sanitario che svolge le cure a domicilio sono molto preziosi per valutare in modo personalizzato i possibili fattori di rischio di caduta, proporre delle soluzioni di prevenzione e controllare e limitare le conseguenze di una caduta quando questa, purtroppo non ha potuto essere evitata.

L'auspicio è che questo opuscolo possa costituire per gli operatori sanitari un valido strumento di prevenzione e di gestione delle cadute delle persone anziane che vivono al loro domicilio. A tale riguardo, ringrazio tutte le persone che hanno partecipato all'elaborazione del presente documento come pure tutte le persone che si dedicano professionalmente alla cura degli anziani.

Dr. med. Martine Bouvier Gallacchi

Capo del Servizio di promozione e valutazione sanitaria, ufficio medico cantonale, Dipartimento della sanità e della socialità.



Premessa: il gruppo di lavoro

Da diversi anni in Ticino, come nel resto della Svizzera e dei paesi occidentali, si assiste a un tendenziale invecchiamento della popolazione. Se nel 1910, in Svizzera la popolazione residente con più di 64 anni era di 11'779 persone e corrispondeva al 7.5% della popolazione residente, nel 2009 questo gruppo contava 69'359 anziani e rappresentava il 20.8% dell'intera popolazione. Secondo le ultime stime diffuse dall'Ufficio federale di statistica (UST) e riprese da Egloff (2012) si prevede un ulteriore incremento della popolazione anziana: nel 2035, in Ticino le persone con più di 64 anni saranno circa 113 mila (+64% rispetto alle 69 mila odierne) e rappresenteranno ben il 31% del totale dei residenti, mentre il numero degli ultraottantenni raggiungerà le 39 mila unità (+95% rispetto alle 20 mila odierne).

Interessante far notare che in questa evoluzione, anche il numero dei centenari comincia ad assumere una certa consistenza: dal 1950 il loro numero raddoppia ogni dieci anni e in Ticino, nel 2010 ve ne erano ben 88. Un altro dato statistico importante riguarda la composizione per sesso di questa fascia d'età: alla fine del 2010 in Ticino, tra le persone con 60 anni e più, le donne costituivano la maggioranza; nella fascia 85-89 anni erano più del doppio degli uomini e oltre i 95 anni più del quadruplo.

Infine, una stima del "Service cantonal de recherche et d'information statistique" dell'Ufficio di statistica del Canton Vaud (SCRIS 2006) prevede per il periodo 2010-2020 un importante incremento della popolazione anziana di 80 anni e più nei singoli comprensori dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD):

- Malcantone e Vedeggio (+43,6%)
- Luganese (+34.9%)
- Mendrisiotto e Basso Ceresio (+33.6%)
- Tre Valli, Bellinzonese, Locarnese (+30% circa)

Sempre in merito all'evoluzione demografica della popolazione anziana, nel rapporto dello SCRIS si legge:

All'inizio del 2020 la popolazione residente in Ticino di 80 anni e più dovrebbe così attestarsi attorno alle 25'0000 unità. La ripartizione per comprensorio è stimata a 7400 ultraottantenni nel Luganese (30% degli ottantenni del Cantone), 5'500 nel Locarnese e Vallemaggia (22%), 4'100 nel Mendrisiotto e Basso Ceresio (17%), 3'250 nel Bellinzonese (13%), 2'400 nel Malcantone e Vedeggio (10%) e 2'200 nelle Tre Valli (9%). La quota di persone anziane di 80 anni e più rispetto alla popolazione totale del comprensorio di riferimento dovrebbe situarsi tra l'8% circa nei comprensori delle Tre Valli e del Locarnese e Vallemaggia e il 6% circa in quelli del Bellinzonese e del Malcantone e Vedeggio. (Egloff 2012, 67)

L'invecchiamento della popolazione costituisce pertanto una sfida importante per le politiche di salute pubblica. Se da una parte l'aumento della speranza di vita avvenuto in questi ultimi decenni rappresenta infatti una grande conquista sociale, dall'altra esso comporterà quale corollario, un incremento delle malattie cronico-degenerative, dei casi di comorbidità e di presa a carico delle persone più fragili e dipendenti sia a domicilio che in istituzione.

Tra i principali fattori di rischio associati all'invecchiamento vi sono le cadute a domicilio che spesso hanno un impatto negativo sullo stato di salute e la qualità di vita delle persone anziane con conseguenti ripercussioni dirette e indirette per i familiari. Sovente a seguito di una caduta, si assiste infatti a un declino delle capacità funzionali e ad un aumento della dipendenza dell'anziano.



Secondo i dati dell'Indagine sulla salute in Svizzera realizzata dall'Ufficio federale di statistica in Ticino, nel 2007 tra le persone fra i 65-74 anni che vivono al proprio domicilio, le cadute riguardano il 10.4 % degli uomini e il 19.6% delle donne. Una differenza significativa si riscontra a partire dai 75 anni: una donna su tre (32.6%) afferma di essere caduta negli ultimi 12 mesi, contro il 19.4 % degli uomini (Stamm 2010).

Questi dati evidenziano pertanto quanto sia importante implementare misure di prevenzione e trattamenti multidisciplinari volti a evitare o perlomeno ridurre le cadute e preservare così l'autosufficienza e la qualità di vita degli anziani.

A questo proposito Egloff (2012) presenta alcuni tra i risultati dello studio realizzato dall'Osservatorio svizzero della salute sul futuro delle cure in età avanzata (Höpflinger et al. 2011).

... emerge che il numero delle persone bisognose [di cure] aumenterà in maniera considerevole e che ci saranno significativi cambiamenti delle cure richieste. La domanda di servizi di prestazioni di aiuto e cura a domicilio (Spitex) è destinata a crescere. Inoltre le cure in istituto saranno richieste in età più avanzata e più spesso nell'ultima fase della vita.... Nella migliore delle ipotesi in Svizzera, nel 2030 ci saranno circa 170'000 persone bisognose di cure. ... Nella peggiore delle ipotesi nel 2030 in Svizzera potrebbero esserci persino 230'000 persone bisognose di cure. (Egloff 2012, 78)

Nei prossimi anni gli operatori che si occupano della presa a carico (intesa come erogazione di misure di assistenza e cure infermieristiche) degli anziani a domicilio, dovranno cercare di unire il più possibile i loro sforzi per migliorare l'offerta dei loro interventi in termini di efficienza, efficacia e qualità delle prestazioni fornite anche in termini di prevenzione delle cadute accidentali.

2. Progetti dell'Associazione PIPA

Nei paesi occidentali, l'incidenza delle fratture del collo del femore (FCF) conseguenti per lo più a una caduta, è stimata al 2% nella popolazione con più di 80 anni; un letto in ospedale su quattro (servizi di chirurgia generale e ortopedia), è occupato da una persona con più di 65 anni che ha subito una FCF. Fra queste, una persona su quattro non potrà più tornare al proprio domicilio dopo l'evento e circa 1/5 dei pazienti morirà nei 6 mesi seguenti la frattura.

Gli stessi dati valgono anche per il Ticino ed hanno motivato lo sviluppo di un progetto di prevenzione, mirato sia a ridurre i rischi di caduta delle persone anziane, sia a limitare la gravità delle sue conseguenze. Gli incidenti domestici, a torto considerati da molti inevitabili e "fatali", hanno spesso cause modificabili: le capacità individuali degli anziani possono essere incrementate e i rischi ambientali possono essere fortemente ridotti.

L'idea di dar vita a un progetto che si occupasse specificamente della "Prevenzione degli Incidenti nelle Persone Anziane" (PIPA) è stata lanciata all'inizio del 1996 dall'Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria del Dipartimento Sanità e Socialità del Canton Ticino, a seguito delle preoccupazioni emerse dai dati statistici riguardanti le fratture del collo del femore negli anziani causate da una caduta e dal peso delle sue conseguenze.

A partire dagli anni 1996/97, PIPA pubblica e diffonde opuscoli informativi sulle cadute, sul ruolo protettivo di una corretta alimentazione e successivamente sul ruolo preventivo del movimento. Promuove, sempre sul tema delle cadute, in collaborazione con altre associazioni, la diffusione degli Atelier "équilibre" e propone ed organizza giornate di formazione rivolte sia al personale socio-sanitario, sia alle persone anziane residenti sul territorio.

Nel 2012 PIPA realizza una nuova pubblicazione per rispondere alla richiesta del personale sanitario delle



case anziani che auspicavano da tempo di poter disporre di strumenti operativi e condivisi oltre al Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI- HC) La pubblicazione, intitolata “Progetto PIPA: prevenzione delle cadute nelle case anziani: strumenti operativi per il personale sanitario delle Case anziani”, è disponibile sul sito web dell’Associazione.

In seguito a questa esperienza positiva e per dare risposte agli operatori che si occupano delle cure a domicilio, PIPA promuove e coordina sul campo con le risorse disponibili, un gruppo d’interesse interdisciplinare per riflettere su come ottimizzare la presa a carico dell’utente che presenta un rischio di caduta.

2.1 Scopo

Questo opuscolo è stato realizzato per rispondere al desiderio del personale che lavora a domicilio di poter disporre di strumenti di valutazione condivisi e già riconosciuti, di semplice utilizzo, al fine di favorire la comunicazione tra tutti i partner che compongono la rete assistenziale nell’ambito delle cure a domicilio.

Gli obiettivi su cui ha lavorato il gruppo di lavoro interdisciplinare sono:

- identificare rapidamente le persone a rischio di cadute;
- valutare i fattori di rischio individuali per il paziente/utente;
- proporre un set di strumenti multidimensionali e multidisciplinari;
- ridurre il numero delle cadute ma soprattutto ridurre le conseguenze;
- favorire la stesura di protocolli condivisi di presa a carico;
- disporre di strumenti pratici atti ad aiutare concretamente le persone al proprio domicilio; nell’adattamento dell’ambiente domestico a rischio;
- conoscere la rete dei servizi di aiuto ed assistenza all’anziano e informare il paziente su mezzi e istituzioni a disposizione.

In un secondo tempo:

- incrementare un percorso facilitato per costituire una cartella integrata e informatizzata del paziente;
- migliorare il processo di coordinamento fra i vari operatori che intervengono nella presa a carico del paziente/utente.

2.2 Destinatari

Tutto il personale socio-sanitario che lavora nell’ambito delle cure a domicilio destinate all’anziano, che vuole promuovere la collaborazione interdisciplinare per l’attuazione di interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute.

2.3 Metodo di lavoro

L’intento di allestire un set di strumenti pratici, già validati e utili nella pratica professionale rivolta alla prevenzione delle cadute a domicilio, nasce a seguito dei suggerimenti emersi da una giornata interdisciplinare di studio promossa da PIPA¹.

¹ “Le cadute dell’anziano a domicilio” dell’8 maggio 2012 a Bellinzona



In quest'occasione PIPA ha raccolto le proposte dei partecipanti che esprimevano la volontà di avere a disposizione scale di assessment e interviste strutturate utili nella loro pratica professionale. A seguito di quest'analisi sono stati individuati 3 possibili indirizzi di approfondimento del progetto:

- 1.migliorare gli strumenti a disposizione per promuovere un'appropriata valutazione multidimensionale e multidisciplinare dell'anziano, analizzando i rischi intrinseci delle cadute;
- 2.analizzare attraverso lo sguardo multidisciplinare tutti i possibili interventi da effettuare per eliminare i rischi estrinseci delle cadute;
- 3.migliorare la conoscenza degli operatori sulla dimensione socio-economica della vita dell'anziano e sulle risorse presenti nel territorio e a loro dedicate.

Sotto la guida di alcuni membri del comitato PIPA, il gruppo ha effettuato una revisione di parte della letteratura scientifica già disponibile e una riflessione preliminare sui dati e gli strumenti proposti. La documentazione individuata come più adatta agli obiettivi prefissati è stata inviata ai membri dei gruppi interdisciplinari che avrebbero proseguito lo studio analitico.

Nella prima fase ogni gruppo ha revisionato i documenti con gli assunti teorici scelti e li ha paragonati alla propria pratica professionale, identificando i fattori per i quali, basandosi sulle evidenze, vi erano ancora margini di miglioramento. Nella seconda fase, il gruppo ha delineato il tipo di materiale che era opportuno produrre per migliorare la propria pratica professionale, tenendo conto del contesto territoriale e delle esigenze delle strutture presenti, del personale e non da ultimo dell'utente e dei suoi famigliari. Ogni elemento è stato analizzato dal gruppo in senso critico in modo che si potesse trovare un consenso su raccomandazioni applicabili, valorizzando anche l'expertise clinica già presente sul territorio.

I sottogruppi di lavoro che hanno approfondito le tre tematiche, hanno quindi costituito un'équipe multidisciplinare composta da infermieri, ergoterapisti, fisioterapisti, assistenti sociali e infermieri specialisti clinici. Questo tipo di visione ha permesso di cogliere le peculiarità di ogni professionista, di progettare e sostenere interventi multidisciplinari rivolti alla prevenzione degli incidenti nell'anziano.

L'intero lavoro ha permesso di elaborare delle raccomandazioni facilmente fruibili dagli operatori interessati, basate su studi epidemiologici e clinici e ricerche esistenti sul tema, in particolare si è ricorso alle linee guida nazionali elaborate dall'Istituto italiano superiore di sanità (Sistema nazionale linee guida, 2008) e a quelle australiane (Victorian Government Department of Human Services 2004), che contengono anche 6 moduli formativi. Il materiale rielaborato e riformulato è stato adattato al contesto territoriale e assistenziale del Canton Ticino.

Questa pubblicazione mette l'accento sugli aspetti che hanno destato maggiore interesse e che i membri dei gruppi hanno ritenuto di utilità comune. Ci riferiamo a:

- Prevenzione cadute: procedura standard in un'ottica di rete;
- Prevenzione cadute: procedura post caduta;
- Procedura a seguito di una caduta;
- Modulo per la rilevazione delle cadute;
- Assessment cadute: fattori di rischio a domicilio;
- Strategie per l'utente a rischio cadute al proprio domicilio;
- Lista di controllo ostacoli ambientali;
- Consigli pratici per la riduzione dei fattori estrinseci a domicilio;
- Opuscolo informativo sui servizi offerti da associazioni e/o enti rivolti all'anziano.



2.4 Valutazioni e aggiornamenti

Come prospettiva futura è nostra intenzione verificare l'efficacia e l'efficienza degli strumenti proposti a distanza di un anno, di aggiornare costantemente le raccomandazioni in base all'evoluzione dell'utenza interessata e alle evidenze cliniche sul tema, in collaborazione con gli organi cantonali preposti, con le associazioni e i professionisti che lavorano sul territorio. Inoltre sarebbe interessante sfruttare le competenze acquisite dai team di lavoro, per affrontare la gestione del rischio, promuovendo e sostenendo la formazione continua sulla governance clinica.

3. Una rete integrata dei servizi di assistenza

Secondo il Consiglio federale, il settore delle cure professionali, siano esse ambulatoriali, domiciliari o stazionarie, presenta delle lacune. Spesso le offerte esistenti non sono integrate e la mancanza di collaborazione tra le strutture per le cure acute e quelle per le cure di lunga durata, si ripercuote sulla qualità dell'assistenza ai pazienti.

Gli anziani non autosufficienti e i loro familiari si trovano spesso confrontati con difficoltà legate all'organizzazione e al coordinamento dei diversi aiuti e servizi di sostegno. In assenza di regole e procedure standardizzate, la rete dei servizi per gli anziani si è evoluta in questi ultimi anni in maniera spontanea e talvolta disordinata sotto la pressione dei cambiamenti demografici.

Si avverte tra gli operatori, la necessità di costituire procedure che forniscano loro indicazioni per la messa a punto di piani terapeutici e per il monitoraggio e la comunicazione tra i nodi della rete coinvolti. Per nodi intendiamo i punti centrali verso i quali gli utenti vengono indirizzati per l'avvio di un piano terapeutico specifico.

Nella gestione clinica, semplicità e operatività devono essere i criteri di riferimento; sotto questa luce assume particolare importanza lo scopo specifico che si vuole perseguire. Lo screening della fragilità in un soggetto anziano ammesso in un ospedale per casi acuti è importante, perché è noto che questi pazienti vanno incontro, durante l'ospedalizzazione a una serie di complicanze, indotte dalla modificazione acuta dell'ambiente e dei ritmi di vita, in maniera almeno parzialmente indipendente dalle cause del ricovero (Inouye et al. 1999a).

E' stato inoltre dimostrato che l'attivazione di un sistema di sorveglianza e la messa in opera di semplici procedure sono in grado di ridurre sostanzialmente il rischio di eventi clinici avversi, come ad esempio lo stato confusionale (Inouye et al. 1999b).

Analogamente, nella valutazione di un soggetto per cui si prende in esame l'ammissione in una struttura di lungodegenza, dovremmo considerare il rischio indotto da questa decisione in termini di accelerazione del decadimento funzionale (Kavanagh e Knapp 1998). Nella valutazione clinica di un soggetto anziano che si reca dal proprio medico, è possibile ipotizzare la rilevazione sistematica di una serie d'indicatori semplici, che permettono di monitorizzare nel tempo lo stato globale di salute e di identificare in una fase precoce i soggetti a rischio elevato di disabilità. Attraverso studi prodotti da ricercatori italiani si è osservato che un'effettiva integrazione sociosanitaria, resa possibile da équipes interdisciplinari composte da medici generalisti, geriatri, infermieri, assistenti sociali, ergoterapisti, fisioterapisti (Unità Valutazione Geriatrica) e da strumenti di valutazione multidimensionale geriatrica (VMG), permette significativi vantaggi in termini di qualità di vita e contemporaneamente, un abbattimento dei costi per una riduzione dell'ospedalizzazione impropria degli ultrasessantacinquenni (Bernabei et al. 1998).

La Confederazione auspica inoltre che, nella pianificazione integrata dei servizi di competenza cantonale, si migliori la collaborazione tra le offerte di cure acute ambulatoriali e stazionarie e le offerte di cure di lunga durata. Inoltre auspica lo sviluppo dei modelli di case management, finalizzati al coordinamento dell'assistenza medica, curativa e sociale al fine di poter ridurre i costi di degenza in istituto.



Come osservato in precedenza, è sconsigliato dare avvio ad un programma di prevenzione delle cadute rivolto a tutti gli anziani di 65 anni e più, senza tenere conto del loro stato di salute e del loro livello di rischio. I programmi di prevenzione delle cadute devono essere limitati ai soggetti anziani che presentano dei rischi di caduta, che sono già caduti o che presentano disturbi dell'equilibrio e/o del cammino.

Si raccomanda quindi di identificare le persone a rischio, valutarne il livello e proporre un programma adattato. Un recente studio ha utilizzato un'analisi statistica della letteratura specifica prodotta sul ruolo degli interventi preventivi negli anziani che vivono a domicilio. I risultati di questo studio indicano che l'intervento preventivo di tipo multifattoriale si dimostra efficace per il singolo paziente: tuttavia, nei programmi di tipo comunitario indirizzati ad una popolazione a rischio, anche l'intervento mirato su un solo fattore di rischio, si dimostra altrettanto efficace che quello multifattoriale e può essere meglio tollerato e altrettanto "cost effective" (Campbell e Robertson 2007).

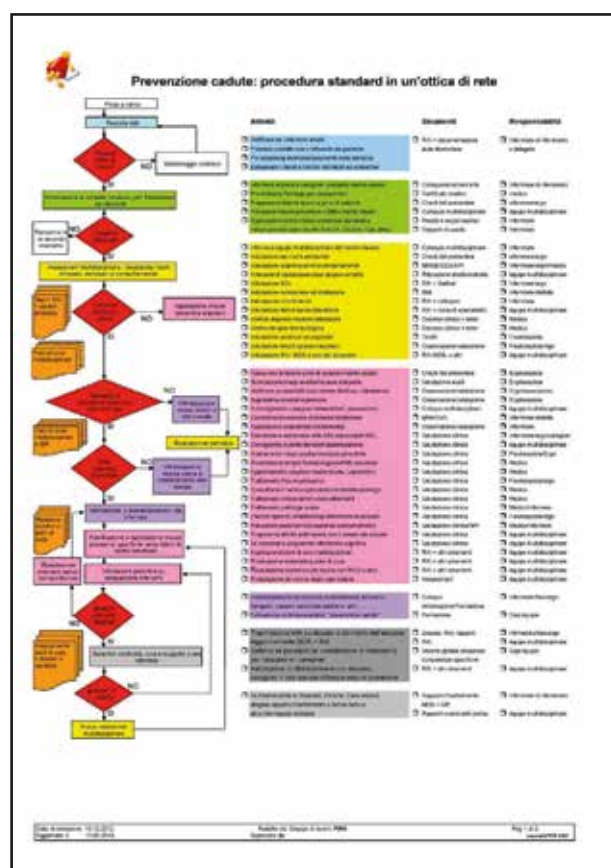
Qui di seguito proponiamo una serie di procedure da adottare per i pazienti anziani fragili.

3.1 Prevenzione cadute: procedura standard in un'ottica di rete

Per facilitare l'operato e l'organizzazione degli interventi, 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 1) ha una triplice funzione:

- A sinistra si trova il diagramma di flusso.
- Al centro si trovano gli interventi maggiori suddivisi per colore corrispondenti alle diverse tappe della procedura.
- A destra vengono descritti gli strumenti da utilizzare e la persona di riferimento per i singoli interventi.



Allegato 1: Prevenzione cadute: procedura standard (formato A3)



4. L'approccio multidisciplinare e la valutazione multidimensionale rivolti all'anziano fragile

Lo scopo dell'assistenza all'anziano è quello di garantire un piano d'intervento ad ampio spettro e al tempo stesso personalizzato per una specifica situazione di fragilità, attraverso una duplice funzione: quella valutativa e quella relativa all'intervento (Catalano 2007). Il processo valutativo deve prendere in considerazione la persona anziana situata al centro del progetto di cura, rispettando quindi la sua individualità. La VMG d'équipe deve quindi poter essere olistico-multidimensionale: si tratta di un processo diagnostico valutativo volto all'identificazione dei problemi e all'elaborazione di un piano assistenziale che ne concretizzi la risoluzione.

Essa si basa su uno strumento che definisce gli indicatori di fragilità e identifica gli elementi utili per impostare l'iter clinico più appropriato, le risorse necessarie e l'eventuale seguito riabilitativo. In termini strettamente assistenziali, l'approccio deve garantire: l'identificazione dei bisogni e delle problematiche assistenziali della singola persona, la guida all'identificazione degli obiettivi assistenziali (problem solving) e la verifica degli obiettivi raggiunti (follow-up) (Catalano 2007).

Attraverso la VMG si dovranno stabilire anche i bisogni educativi dell'anziano e del suo caregiver, se presente, e la possibilità di poterli soddisfare. La VMG deve iniziare già dal ricovero in ospedale, in modo da poter identificare precocemente gli interventi di prevenzione di scompenso funzionale (Casotti e Lambertucci 2004) e quindi la capacità di autogestire le attività di vita quotidiana. In vista del rientro a domicilio, bisogna effettuare un'accurata indagine sociale: soggetti conviventi e caregiver di riferimento, presenza dei figli, rapporti con i familiari e con i vicini di casa, dipendenza economica, contesto abitativo. Queste informazioni, unite al sostegno della rete assistenziale territoriale di riferimento, consentono di pianificare un programma personalizzato a lungo termine.

Pozzebon (2005) identifica le seguenti caratteristiche necessarie alla VMD:

- deve essere svolta da un'équipe multi-professionale che opera in modo organico (Geriatric Evaluation Unit) che può richiedere interventi mirati da parte di altri professionisti;
- deve permettere la valutazione globale (clinico-funzionale e psico-sociale) dell'anziano;
- deve formulare un piano assistenziale personalizzato e adeguato alle reali necessità della persona;
- deve seguire nel tempo (follow-up) l'evoluzione dei bisogni/necessità assistenziali, formulando tempestivamente modifiche dell'approccio.

Secondo Pilotto et al. (2006) gli obiettivi da raggiungere attraverso la valutazione sono i seguenti:

- valutare la persona anziana in maniera globale attraverso un "Minimum Data Set" specifico per ogni ambito assistenziale;
- identificare le cause responsabili dei problemi individuati attraverso algoritmi informatizzati;
- elaborare il piano individualizzato di cura e assistenza;
- confrontare le differenti esperienze (anche internazionali);
- provvedere al controllo di qualità dell'assistenza erogata;
- consentire la costruzione di banche dati a scopo scientifico e gestionale.



La valutazione approfondita dello stato funzionale della persona anziana può avvenire soltanto attraverso l'uso di strumenti riconosciuti e standardizzati, i cui risultati per essere definiti tali, devono essere ripetibili e confrontabili nel tempo ed offrire un giudizio d'insieme rispetto a tutte le componenti presenti nella persona umana. Tali strumenti di valutazione, possono essere importanti nell'aumentare la consapevolezza dello staff, rispetto al rischio di alterazione del livello di autonomia.

Tra gli strumenti più utilizzati troviamo:

- ADL (Activities of Daily Living) per la valutazione del livello di autosufficienza in merito alle attività di base;
- IADL (Instrumental Activities of Daily Living) per la valutazione del livello di dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana;
- Scala di valutazione dell'Equilibrio e dell'Andatura di Tinetti, per la valutazione dell'autonomia nella deambulazione e il rischio di cadute;
- MMSE (Mini-Mental State Examination) per la valutazione dello stato cognitivo;
- GDS geriatric depression scale, per l'individuazione del livello di depressione;
- MNA (Mini Nutritional Assessment) per la valutazione delle condizioni nutrizionali.

I dati ottenuti devono essere completati grazie alle capacità d'indagine del professionista, chiunque esso sia, e alla sua responsabilità nel raccogliere le informazioni su tutte le dimensioni della persona. I risultati devono confluire in un supporto specifico, idealmente rappresentato dalla cartella integrata multiprofessionale, che deve comprendere una valutazione clinica: anamnesi ed esame obiettivo per bisogni (per individuare lo stato cognitivo e funzionale e per la definizione dei rischi).

L'azione multidisciplinare si definisce tale in quanto comprende l'intervento in parallelo di differenti figure professionali: medici specialisti, infermieri, fisiatristi e fisioterapisti specializzati, ergoterapisti, assistenti sociali e volontari. Proprio grazie alla coordinazione tra le diverse professionalità, si favorisce una visione d'insieme di tipo olistico, mantenendo un alto livello di collaborazione tra i vari operatori, indispensabile per meglio far fronte alla complessità della persona di cui ci si occupa.

L'unità di valutazione geriatrica in questo senso, consente e facilita la creazione di percorsi personalizzati, per assicurare la continuità nell'assistenza. Pertanto l'Unità Valutativa Multidimensionale in Geriatria, proprio perché affidata alla multiprofessionalità e quindi all'apporto che ogni singolo operatore può garantire alla corretta definizione del piano assistenziale individualizzato, ha come obiettivo finale la presa a carico globale del paziente (Pozzebon 2005).

In testimonianza a quanto detto, viene citato uno studio condotto in Italia, specificatamente in ambito geriatrico, dove si dimostra che in un campione di anziani che vive a domicilio, l'integrazione delle cure sanitarie e l'assistenza sociale, con l'attività di un responsabile del caso, costituiscono un approccio con favorevole rapporto costo-beneficio, in grado di ridurre l'istituzionalizzazione e il declino funzionale (Bernabei et al. 1998).

Di seguito verranno presentati tre strumenti utili per la presa a carico del paziente a domicilio.

4.1 Assessment cadute: domicilio

Secondo le evidenze attuali, è di fondamentale importanza effettuare una valutazione multifattoriale del rischio di caduta, che includa i seguenti criteri:



- Età;
- Sesso;
- Limitazione nello svolgimento delle attività di vita quotidiana;
- Anamnesi di precedenti cadute;
- Valutazione dell'andatura, equilibrio, mobilità e forza muscolare;
- Valutazione dei deficit sensoriali: vista, udito, tatto;
- Valutazione dolori cronici ed acuti;
- Valutazione dell'alimentazione e idratazione;
- Valutazione delle patologie acute;
- Valutazione delle patologie croniche;
- Valutazione della terapia farmacologica in corso;
- Valutazione dei deficit cognitivi ed esame neurologico;
- Valutazione degli ausili e dei mezzi ausiliari;
- Valutazione degli spostamenti con o senza mezzo ausiliario;
- Valutazione dei rischi ambientali.

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

La valutazione del rischio può essere effettuata tramite:

- Una valutazione sistematica dei fattori di rischio individuali e ambientali;
- Scale/test per il rilevamento del rischio di cadute e la valutazione con ricorso allo strumento RAI-HC.

Un ulteriore strumento per un assessment rapido è stato elaborato dal gruppo di lavoro (allegato 4).

L'assessment proposto è suddiviso in due parti:

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

Ogni indicatore rilevato e vistato, d informazioni sul tipo d'intervento che bisogna effettuare.

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

Allegato 4: Assessment cadute domicilio (formato A4)



4.2 Strategie per l'utente a rischio di cadute al proprio domicilio

Questo documento, elaborato dal gruppo di lavoro, riassume le diverse strategie e gli interventi preventivi possibili, basati sulle evidenze scientifiche.

Allegato 5: Strategie per l'utente a rischio di caduta al proprio domicilio (formato A4)

4.3 Modulo di rilevazione delle cadute

Sono molteplici i fattori che possono causare le cadute di un anziano:

- **I fattori intrinseci** dati dalla dimensione biologica della persona (ad esempio le modificazioni fisiologiche correlate all'invecchiamento, le patologie croniche e gli effetti collaterali dei farmaci).
- **I fattori estrinseci** correlati all'ambiente (ad esempio la presenza di tappeti e la disposizione dei mobili).

Raccogliere informazioni circa gli aspetti della caduta, aiuterà a individuare la presenza di eventuali fattori di rischio ricorrenti e a orientare un intervento individualizzato sull'esigenza e sulle specifiche necessità dell'utente. In questo modulo abbiamo identificato alcuni aspetti definiti importanti per poter rilevare e analizzare la caduta.



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

DATI sulla CADUTA

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso: ☐ F ☐ M

Data della caduta _____ Ora _____ ☐ Tempo di permanenza a terra _____

Lugogo: ☐ Camera ☐ Bagno ☐ Corridoio ☐ Cucina ☐ Rottorno ☐ Sala ☐ Scala ☐ Discesa ☐ Cortina

☐ Esterno Giardino ☐ Fuori casa ☐ Altro _____

Testimoni: ☐ NO ☐ SI Quali _____

Attività svolta durante la caduta:

☐ Alzarsi / Sedersi dalla / sulla sedia / poltrona ☐ Deambulazione ☐ Deambulazione con ausilio

☐ Mettere / togliere scarpe / portafoglio / calze ☐ Alzarsi / sedersi WC ☐ Alzarsi / sedersi sedia a rotelle

☐ Abbassarsi per prendere un oggetto ☐ Movimento noli / sul letto ☐ Vestirsi / svestirsi

☐ Entrare / uscire dalla doccia / vasca da bagno ☐ Promuere qualcosa in alto ☐ Rapido cambiamento di direzione

☐ Altro (precisare): _____ ☐ Salire / scendere le scale ☐ Entrare / uscire dal / nel letto

Tipo di caduta: ☐ Sovolata ☐ Incampato ☐ Capogiro/vertimento ☐ Perda di equilibrio ☐ Perda di forza

☐ Spinto da terzi ☐ Non ricordo ☐ Altro _____

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

Dove ha urtato cadendo: ☐ Pavimento ☐ Parete ☐ Sostano ☐ Mobilio ☐ Altro _____

Descrizione: _____

CAUSA della CADUTA

Utile più a rischio caduta: ☐ NO ☐ SI Antecedenti di caduta: ☐ NO ☐ SI ☐ Numero cadute negli ultimi 12 mesi _____

☐ Incendio / collisione

☐ Cambio improvviso di direzione

☐ Errata valutazione della distanza

☐ Malore (capogiro, vertigini, ...)

☐ Perdita di coscienza

☐ Perdita di forza

☐ Rottura o cedimento ausili

☐ Puntali ambientali (specie per)

☐ Movimenti troppo rapidi (es. corra in toilette, ...)

☐ Mancata richiesta di aiuto

☐ Uso inadeguato degli ausili (occhiali, app. acustico, bastone, giletto, sedia-altano, ...)

specificare: _____

☐ Abbigliamento / calzature inadeguati

☐ Inadeguatezza / carenza manutenzione degli ausili (specificare): _____

☐ Altro _____

ESITI della CADUTA

Segnare sul disegno il simbolo corrispondente

☐ Nessuna lesione evidente

☐ Contusioni _____

☐ Ferite _____

☐ Sten-drip ☐ Punt _____

☐ Colori, sede _____

☐ Trauma cranico _____

☐ Fratture (anche se sospette) _____

Deambulazione post-caduta: ☐ da solo ☐ con ausili ☐ con l'aiuto di terzi

Stato di coscienza dopo la caduta: ☐ Vigile ☐ Soporoso ☐ Incosciente ☐ Disorientato ☐ Choccolato

☐ Altro _____

Misure preventive previste: _____

Data di emissione: 04-02-2013 Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA pag 1 di 2
Data di aggiornamento: 02-03-2013 Approvato da: Copyright PIPA 2013

Data di emissione: 04-02-2013 Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA pag 2 di 2
Data di aggiornamento: 02-03-2013 Approvato da: Copyright PIPA 2013

Allegato 6: Modulo di rilevazione delle cadute a domicilio (formato A4 fronte-retro).

5. La diminuzione dei fattori estrinseci nella prevenzione delle cadute

Secondo l'Istituto superiore di sanità italiano (Sistema nazionale linee guida, SNLG 2008), le cadute domestiche sono la causa principale di ricovero e di decesso delle persone anziane.

Le conseguenze infatti, sono spesso gravi e vanno dal trauma cranico o della colonna vertebrale a una frattura degli arti o dell'anca. I conseguenti deficit fisici portano a difficoltà funzionali nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e nell'uso di ausili per la deambulazione.

Inoltre non bisogna sottovalutare le conseguenze psicologiche. Infatti la paura di cadere in particolare, può essere fonte di autolimitazione nelle attività svolte, anche in quelle di base e d'isolamento sociale. Questi aspetti a loro volta, comportano un indebolimento psico-fisico, il quale aumenta il rischio di cadute. Vista l'importanza di questa problematica nella nostra società formata sempre più da anziani, è indispensabile determinare le cause delle cadute per poter attuare delle misure preventive.

Si possono individuare due tipi di fattori che influiscono sul rischio di cadute: quelli intrinseci, quindi legati all'individuo stesso (stato di salute, forma fisica, medicinali assunti, ecc...) e quelli estrinseci, cioè legati all'ambiente circostante. Secondo vari studi (Salsi et al. 2010; SNLG. 2008) è indispensabile agire su ambedue i fattori in modo mirato ed individuale.



La valutazione dei rischi domestici effettuata da personale specializzato è uno strumento efficace nella prevenzione delle cadute in quanto permette d'intervenire direttamente sui fattori estrinseci che sono causa di cadute (Cumming et al. 1999). Questa valutazione deve essere accompagnata da consigli sulle modifiche da eseguire su eventuali ausili che potrebbero facilitare e rendere più sicuro lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

La consulenza deve inoltre sensibilizzare la persona anziana e la sua famiglia sulla gravità delle conseguenze di una caduta e portare la persona a cambiare stile di vita o abitudini, onde poter vivere in modo più sicuro sia all'interno sia all'esterno del domicilio (Cumming et al. 1999). E' inoltre auspicabile a nostro modo di vedere, la rivalutazione periodica della situazione per accertarci che le modifiche indicate abbiano avuto luogo e se necessario, per offrire sostegno e aiuto.

Di seguito presentiamo gli strumenti elaborati dall'Associazione PIPA utili alla valutazione dei rischi domestici.

5.1 Lista di controllo ostacoli ambientali

Questa check-list è divisa in tre sezioni principali che prevedono delle rilevazioni generali, dei singoli locali della casa e dei mezzi ausiliari utilizzati per deambulare.

Inoltre prende in considerazione tutti gli aspetti che potrebbero essere causa di caduta a domicilio.

Gli operatori compilandola, si rendono conto dei potenziali pericoli e possono proporre degli accorgimenti mirati o sensibilizzare l'utente stesso, o i suoi familiari, a trovare delle soluzioni più idonee al tipo di ambiente e al tipo di utente.

Allegato 7: Lista di controllo ostacoli ambientali (3 fogli in formato A4)



5.2 Consigli pratici nella riduzione dei fattori estrinseci a domicilio

Queste tabelle elaborate dal gruppo di lavoro, riportano una serie d'interventi che si possono attuare per diminuire i rischi dei fattori estrinseci (allegato 8).

Argomento	Perché è pericoloso? Quando è pericoloso?	Soluzione - consigli pratici Montaggio	Dove rivolgersi? Dove si compra?	Costi approssimativi
Auxili per deambulazione (es: Rollator, Deambulatorio, Basto)	Utilizzati in maniera scorretta possono essere pericolosi.	Insegnamento al caregiver, familiari in merito.	Fisioterapisti.	Stampelle da fr. 22.-
Animali domestici	Se l'animale corre liberamente nell'abitazione, portandolo a passeggio.	Vigilanza, associazioni di volontari, che possono aiutare la persona a prendersi cura del proprio animale.	Auto domiciliare, veterinari di casa, familiari, associazioni.	Prezzi giornalieri al gatto fr. 12.-
Giardini	Pavimentazione irregolare, utensili/tubi dell'acqua abbandonati, scalini senza marciapiedi.	Insediare qualcuno per pulire regolarmente il giardino. Installare il robot tosaerba (faro).	Aiuto da parte di parenti e vicini che possono mantenere.	Uomo tosaerba fr. 35.-/ora;
Sedili poltroncine divan	Troppo basse, senza braccioli o nessun supporto per la schiena.	Alzare con appositi rialzi in legno o metallici.	Rivolgersi a un falegname per i rialzi.	Poltroncina elettrica fr. 100.-
Esterno	Troppo deboli o assenti a causa di guasto (spesso manodopera costosa quindi la riparazione è rimandata), interruzione.	Installare un sensore nelle zone strategiche in modo che la luce si accenda da sola al passaggio. Mettere delle prolunge per facilitare l'accesso.	Rivenditori di bricolage.	Lampada con sensore di passaggio da fr. 15.- a 30.-
Scale	Alti, stretti (senza chiodi) o danneggiati, presenza di ostacoli (cavi, acqua, ecc.) sulla scala.	Seguire la riparazione in caso di danneggiamento. Pulire la scala con acqua e sapone. Se la scala è molto alta, usare un seggio a ruote. Se la scala è molto stretta, usare un seggio a ruote. Se la scala è molto alta e stretta, usare un seggio a ruote.	Per le riparazioni, le scale e i seggi a ruote, rivolgersi ad un artigiano.	Applicazioni tra fr. 25.- e 50.-
Scale	Alti, stretti (senza chiodi) o danneggiati, presenza di ostacoli (cavi, acqua, ecc.) sulla scala.	Seguire la riparazione in caso di danneggiamento. Pulire la scala con acqua e sapone. Se la scala è molto alta, usare un seggio a ruote. Se la scala è molto stretta, usare un seggio a ruote. Se la scala è molto alta e stretta, usare un seggio a ruote.	Per le riparazioni, le scale e i seggi a ruote, rivolgersi ad un artigiano.	Applicazioni tra fr. 25.- e 50.-

Consigli pratici nella riduzione dei fattori estrinseci a domicilio				
Argomento	Perché è pericoloso? Quando è pericoloso?	Soluzione - consigli pratici Montaggio	Dove rivolgersi? Dove si compra?	Costi approssimativi
Tappeto	Il tappeto può essere una causa importante di caduta poiché se non viene fissato bene al pavimento, durante il cammino si può spostare o gli angoli si possono alzare causando una sporcizia imprevista che può provocare una caduta. Solitamente i tappeti con un'altezza maggiore di 2 cm, bisognerebbe evitarli, ma se ci sono, consigliamo un buon fissaggio.	Si possono trovare in commercio delle reti antiscivolo, facilissime da montare si taglia il pezzo necessario con una forbice e lo si appoggia al pavimento per tappeti molto fini, consigliamo di applicare agli angoli due strisce di scotch adesivo da entrambi i lati per evitare che si alzano.	La rete in plastica, nei supermercati reparto cancelli. Scotch biadesivo nei reparti di cancelleria.	Al massimo 50 fr.
Cavi	Cavi elettrici per terra (telefono, elettrodomestici, lampada, computer) che si può inciampare.	Mettere i fili in canaletti apposti o sotto un tappeto stabile. Arrotondare il surplus di filo e nascondere dietro ai mobili. Proteggere gli apparecchi sensibili.	Negozi di bricolage.	Al massimo 50 fr.
Pavimento scivoloso	Pavimento bagnato da acqua o urina, presenza di liquidi, presenza di macchie, presenza di oggetti (es: scarpe, ecc.) che possono scivolare.	Precauzioni per l'uso: non camminare, non correre, non camminare con scarpe non antiscivolo. Sostituirne la persona o i familiari nel periodo di emergenza, intrattenere l'assistenza domiciliare.	Rivolgersi alla Nucleo, presentarsi con un certificato medico che attesta il problema d'urgenza e per il problema del non camminare, presentarsi con un certificato medico che attesta il problema d'urgenza e per il problema del non camminare.	Scienze superiori della Casa Nucleo. Per le scarpe con suola antiscivolo.

Data emissione: 15.03.13
Data aggiornamento: 20.03.13
Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA
Copyright PIPA 2013 pag. 1 di 7

Allegato 8: Consigli pratici nella riduzione dei fattori estrinseci a domicilio
(7 schede in formato A4)



6. Servizi territoriali presenti nel Cantone Ticino rivolti all'anziano a domicilio

L'intervento, oltre che essere indirizzato ai fattori di rischio medico-funzionali, deve mirare anche a ridurre i fattori ambientali e strutturali delle abitazioni e a favorire i contatti relazionali-sociali. Questo elenco di servizi ci consente di avere delle informazioni sulle differenti risorse territoriali al fine di rispondere ai bisogni specifici dell'anziano, in materia di prevenzione delle cadute ed è ottenibile gratuitamente richiedendolo all'Associazione.



Allegato 9: Elenco delle associazioni, enti e servizi socio-sanitari di supporto sul territorio per la prevenzione delle cadute negli anziani (libretto in formato A5)

Conclusioni

Con questo opuscolo i membri del gruppo di lavoro e dell'Associazione PIPA sperano di aver dato un aiuto ai professionisti, agli utenti e ai famigliari nella prevenzione delle cadute degli anziani a domicilio.



Ringraziamenti

Ringraziamo sentitamente tutti i partecipanti al seminario PIPA dell'8 maggio 2012 che ci hanno dato lo stimolo iniziale per meglio approfondire le tematiche della prevenzione delle cadute a domicilio.

Un grazie di cuore va in particolare ai membri dei gruppi di lavoro che hanno contribuito alla realizzazione di tutta la documentazione e di questa pubblicazione.

Abbondanza Anna responsabile settore cure presso la Casa Anziani Circolo del Ticino

Biondina Dika fisioterapista Studio Fisioterapia Albasini e Mueller a Bellinzona

Cameroni Corinna ergoterapista Studio di Ergoterapia Zeffiro a Mendrisio

Cortesia Pirro Elisabetta docente SUPSI DSAN

De Conno Gianluca infermiere ABAD Bellinzona

Ferrari Francesca ergoterapista responsabile centro di ergoterapia CRS Locarno

Fornera Monica infermiera ALVAD di Locarno

Fratantonio Sabrina ergoterapista indipendente

Galli Zirpoli Raquel coordinatrice PIPA

Gernaat Henk fisioterapista, Fisioterapia Nosetto a Bellinzona

Gjezi Nicole ergoterapista CRS Locarno

Lila Patricia coordinatrice servizio pasti Pro Senectute Ascona

Pasciuti Patrizia infermiera docente SSPSS

Petrovic Novica fisioterapista EOC,OBV Mendrisio

Piperata Roberto ergoterapista Clinica Hildebrand di Brissago

Rianda Nadia infermiera capo équipe AVAD

Rini Fabrizio infermiere specialista clinico SACD Mendrisio

Rodio Massimo infermiere diplomato, responsabile della qualità-sicurezza, formatore-Casa anziani Caccia Rusca Morcote

Terrani Christina assistente sociale EOC di Novaggio

Zublasig Christine ergoterapista Studio di ergoterapia Prinzler a Viganello

Un doveroso ringraziamento va rivolto anche alle direzioni dei vari enti, studi dei professionisti della salute e a tutti gli altri operatori socio-sanitari che indirettamente hanno collaborato con i loro suggerimenti.

In ultimo, ma non per questo di minor rilievo, un riconoscimento va alla Dr.ssa Martine Bouvier Gallacchi medico capo del Servizio di promozione e valutazione sanitaria dell'Ufficio del medico cantonale, e al Dr. Ruggieri Graziano geriatra FMH, Primario della clinica Hildebrand di Brissago per il contributo fornito.



Sigle ed abbreviature

AD	Aiuto domiciliare
CM	Cassa malati
FCF	Frattura collo del femore
GDS	Geriatric Depression Scale
GQ	Gruppo qualità
LACD	Legge sull'assistenza e cure a domicilio
LED	Strisce catarifrangenti
MC	Medico curante
MMSE	Mini Mental State Examination
MDS	Minimum Data Set
MNA	Mini Nutritional Assessment
NPI	Neuropsychiatric Inventory
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PIPA	Prevenzione Incidenti Persone Anziane
RAI-HC	Resident Assessment Instrument-Home Care
SACD	Servizio assistenza e cure domicilio
SCRSIS	“Service cantonal de recherche et d'information statistique” dell'Ufficio di statistica del Canton Vaud
SIP	Sequenza Identificazione Problemi
SNLG	Sistema nazionale linee guida
UST	Ufficio federale di statistica
VMG	Valutazione Multidimensionale Geriatrica



Bibliografia

- Bernabei, R. et al. (1998). *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community*. BMJ, 316: 1348-1351.
- Campbell, A.J. & Robertson, M.C. (2007) *Rethinking individual and community fall prevention strategies: a meta-regression comparing single and multifactorial interventions*. Age ageing 36:656-662
- Casotti, G. & Lambertucci, L. (2004). *Ruolo dell'Unità Geriatrica per Acuti nell'assistenza dell'anziano fragile*. Gerontol, 52: 16-19.
- Catalano, L. (2007). *Dalla valutazione multidimensionale al piano assistenziale*. G Gerontol, 55: 311-352.
- Consiglio di Stato (2007). *Rapporto al Gran Consiglio sulle Linee direttive e sul Piano finanziario 2008-2011*. Bellinzona.
- Consiglio di Stato (2012). *Rapporto al Gran Consiglio sulle Linee direttive e sul Piano finanziario 2012-2015*. Bellinzona.
- Consiglio federale (2007). *Strategia in materia di politica della vecchiaia*. Berna.
- Cumming, R.G., et al. (1999). *Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention*. J. Amer Geriatric Soc, 47:1397-1402.
- Egloff, M. (2012). *Nuovi orizzonti per Pro Senectute per Ticino e Moesano*. Manno: SUPSI.
- Gmür, R. & Rüfenacht, M. (2007). *Aide et soins à domicile*, in *Système de santé suisse 2007-2009*. Berne: Hans Huber, 13-24.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse: observations et perspectives*. Chêne-Bourg: Editions Médecines et Hygiène.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Inouye, S. K., Sclesinger, M.J. & Lydon, T.J. (1999a). *Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care*. Am J Med, 106: 565-573.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Carpentier, P.A., & Cooney, L.M. (1999b). *A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients*. N Engl J Med, 340:669-676.
- Jaccard Ruedin, H., Marti, M., Sommer, H., Bertschy, K. & Leoni, Ch. (2010). *Soins de longue durée. Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin*. Neuchâtel: OBSAN.
- Kavanagh, S. & Knapp, M. (1998). *The impact on general practitioners of the changing balance of care for elderly people living in institutions*. BMJ, 317: 322-327.
- Osservatorio svizzero della salute (2009). *La salute nel Cantone Ticino: risultati dell'indagine sulla salute in Svizzera 2007*. Neuchâtel: OBSAN.
- Observatoire suisse de la santé (2011). *Vers une hausse de la demande de soins à domicile*. Neuchâtel: OBSAN. Comunicato stampa del 19.4.2011.



Pilotto, A., et al. (2006). *Valutazione Multidimensionale e prevenzione in età geriatrica*. G Gerontol, 54 (suppl. 2): 59-64.

Pozzebon, M. (2005). Il ruolo dell'Unità Valutativa Multidimensionale in Geriatria: l'aspetto infermieristico. G Gerontol, 53:407-408.

Quaglia, J. & Gianocca, C. (2008). *La mortalità in Ticino: cause di morte, mortalità precoce, mortalità evitabile e una prima analisi dall'influenza del livello di formazione*. Bellinzona: Ufficio di promozione e valutazione sanitaria.

Réseau francophone de prévention des traumatismes et de la promotion de la sécurité (2005). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile: référentiel de bonnes pratiques*. Paris: INPES.

Salsi, A., Natali, M., Cenni, A. & Galetti, C. (2010). *La prevenzione del rischio di caduta dell'anziano al domicilio: valutazione di fattibilità*. G. Gerontol, 58: 57-94

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (2010). *Concetto di abitazioni per anziani in Ticino: Coabitan-Ti*. Manno: SUPSI.

Seematter-Bagnoud, L., Paccaud, F. & Robine, J. M. (2009) *Le futur de la longévité en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Service cantonal de recherche et d'information statistique (2006). *Perspectives de personne en Etablissements Médico Sociaux 2002-2020- Tessin*. Lausanne: SCRIS

Sistema nazionale linee guida (2008). *Cadute in casa: conoscere il rischio per evitarlo. LG pocket, versione per la cittadinanza delle linee guida SNLG-ISS*. Roma: Istituto superiore di sanità.

Sistema nazionale linee guida (2008). *Prevenzione delle cadute da incidenti domestici negli anziani: linee guida*. Roma: Ministero della salute e Istituto superiore di sanità.

Stamm, H. et al. (2010). *La santé dans le Canton du Tessin: analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Neuchâtel: OBSAN; Bellinzona: Dipartimento della sanità e della socialità.

Tomada, A. Quaglia, J. & Casabianca, A. (2011). *Lo stato di salute delle persone anziane in istituzioni in Ticino (prima parte)*. Dati, statistiche e società, 1: 36-45.

Ufficio federale di statistica (2007). *Scénario de l'évolution de la population des cantons 2005- 2050- Canton du Tessin*. Neuchâtel: UST.

Ufficio federale di statistica (2009a). *Portrait démographique de la Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Ufficio federale di statistica (2009b). *Statistiche degli stabilimenti sanitari: trascorrere gli ultimi anni di vita negli istituti sanitari: 80 giorni in ospedale prima di entrare in una casa di cura*. Neuchâtel: UST. Comunicato stampa del 17.09.2009.

Ufficio federale di statistica (2011). *La crescita demografica si mantiene costante*. Neuchâtel: UST. Comunicato stampa del 29.03.2011.

Victorian Government Department of Human Services (2004). *Minimising the risk of falls & fallrelated injuries: guidelines for acute, sub-acute and residential care settings*. Melbourne: Department of Human Services.



Sitografia

Alcuni siti che trattano la tematica:

Associazione per la prevenzione degli incidenti persone anziane

Fondazione per la sicurezza dei pazienti

Società italiana di geriatria e gerontologia

Evidence based nursing

www.lnrg.ch/pipa

www.patientensicherheit.ch

www.sigg.it

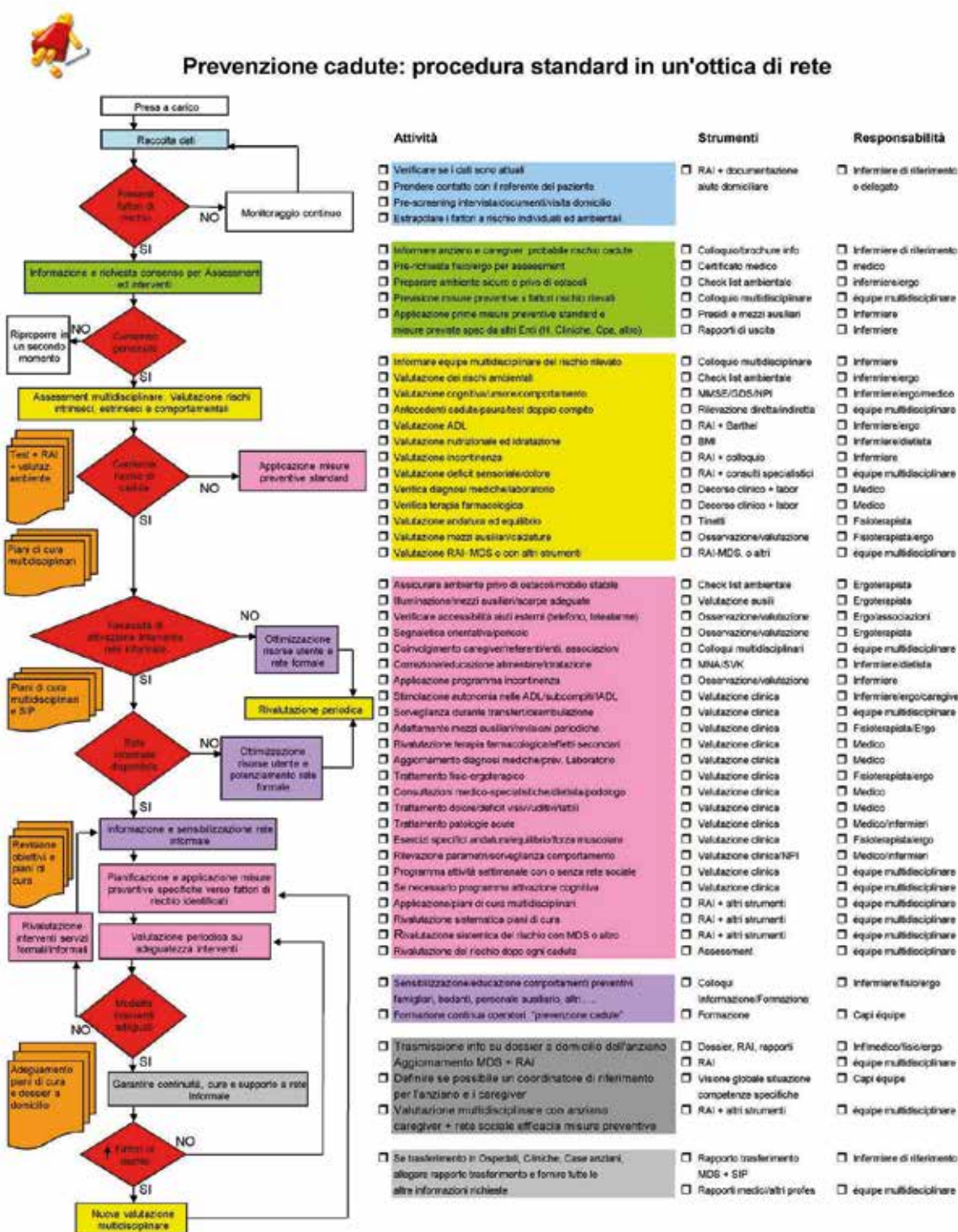
www.evidencebasednursing.it



ALLEGATI



Allegato 1

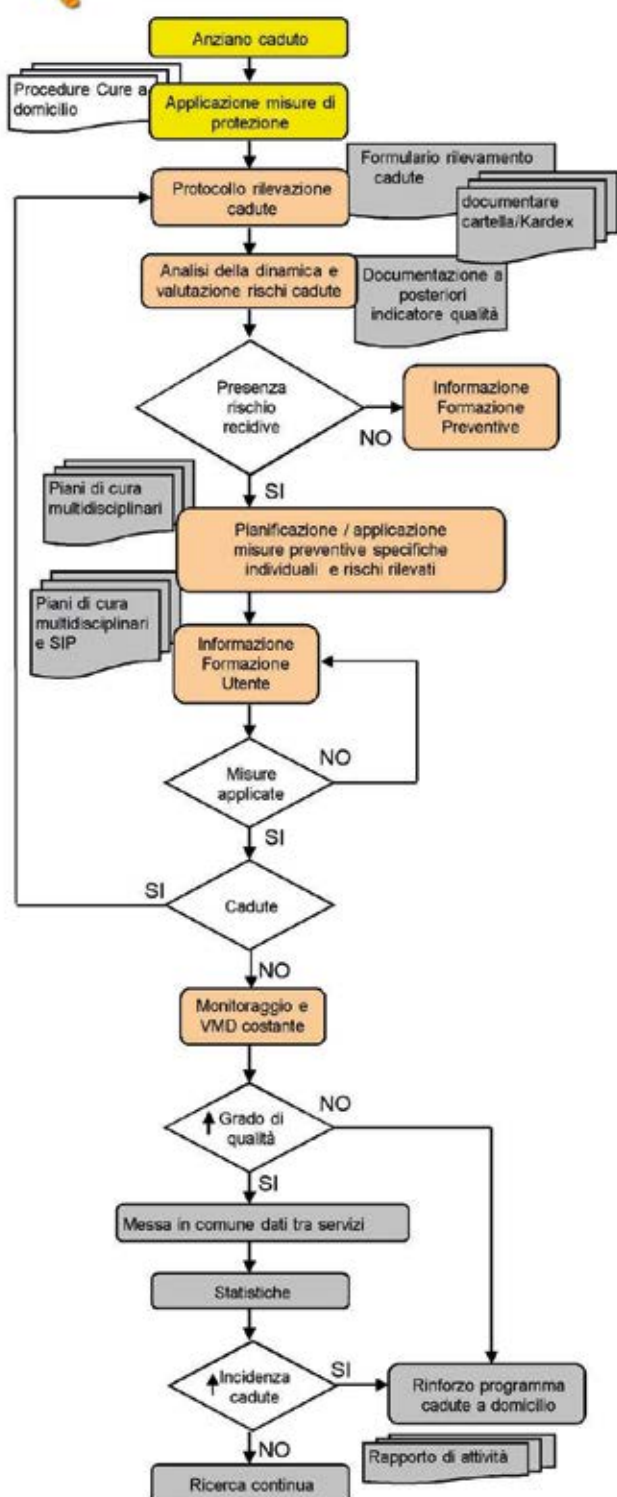




Allegato 2



Prevenzione cadute: procedura post caduta



Insegnamento delle prime misure di protezione/alerta

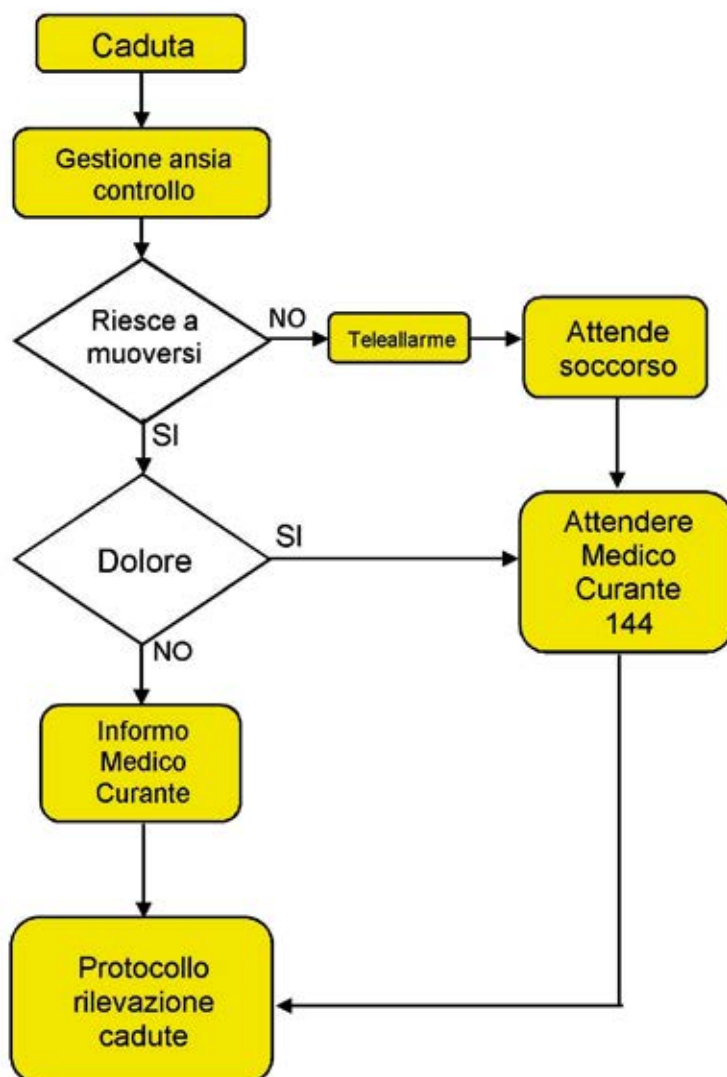
- ☐ Schiacciare pulsante teleallarme o chiedere aiuto
 - ☐ Provare a muoversi secondo i dolori
 - ☐ Se riesce, sedersi o sdraiarsi e coprirsi
 - ☐ Seguire le indicazioni dell'operatore/caregiver
 - ☐ Se da solo contattare familiari, mc o 144
 - ☐ Attendere i soccorsi non mettendosi in pericolo
 - ☐ Informare familiari, operatore, mc su dinamica caduta
-
- ☐ Chiedere spiegazioni sulle dinamiche caduta
 - ☐ Compilare formulario rilevamento cadute/doc C.I o Kardex
 - ☐ Identificare i fattori contribuenti
-
- ☐ Valutare le conseguenze della caduta
 - ☐ Informare il medico dell'accaduto
 - ☐ Informare colleghi/équipe multidisciplinare
 - ☐ Pianificare la sorveglianza post caduta con caregiver
-
- ☐ Insegnare al caregiver l'assistenza nel transfert/deambulazione
 - ☐ Concordare in équipe nuove misure preventive
 - ☐ Sensibilizzare persona/fam/personale sulle situazioni a rischio
 - ☐ Sensibilizzare fam/referenti sulle nuove misure preventive
 - ☐ Valutare sistematicamente appropriatezza/efficacia misure
-
- ☐ Trasmettere dati significativi per valutazione Ind.Qualità
-
- ☐ Valutazione paura di cadere
 - ☐ Rivalutazione cognitiva/umore/comportamento
 - ☐ Adeguamento terapie cognitive-comportamentali
 - ☐ Rivalutazione/test transfert, equilibrio, deambulazione
 - ☐ Adattamento ambiente, mezzi ausiliari/sensoriali
 - ☐ Insegnamento passaggi posturali in sicurezza/ausili
 - ☐ Stimolazione nella scelta abiti/presidi adeguati
 - ☐ Insegnamento all'anziano del transfert/deambulazione
 - ☐ Sensibilizzare la persona a valutare le sue capacità/limiti
 - ☐ Adattamento idratazione e nutrizione nelle 24 ore
 - ☐ Somministrare complementi alimentari/proteici/vitamine se nec.
 - ☐ Stimolazione ad assumere > liquidi entro le 18.00
 - ☐ Stimolarlo a recarsi al VVC prima di coricarsi e/o mezzi ausiliari
 - ☐ Applicazione programma rieducazione minzionale
 - ☐ Evitare assunzione psicotropi dopo le 24.00
 - ☐ Verificare effetti secondari/interazione farmaci
 - ☐ Rivalutazione terapia farmacologica
 - ☐ Valutazione/Trattamento eventi acuti
 - ☐ Rivalutazione/Decisione multidisciplinare delle cure
-
- ☐ Analisi gruppo qualità dati cadute almeno 1X anno
 - ☐ Ipotesi di lavoro per miglioramento prevenzione
 - ☐ Restituzione équipe statistiche per distretto
 - ☐ Decisione équipe multidisciplinare + GQ nuove misure
 - ☐ Continuazione monitoraggio + revisione misure
 - ☐ Prevedere "cadute" nel programma di formazione
 - ☐ Obiettivi di miglioramento x anno successivo



Allegato 3



Prevenzione cadute: procedura in seguito ad una caduta



copyright PIPA 2013

Data di emissione: 10.12.2012
Data aggiornamento: 13.03.2013

Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA Pag 1
Approvato da:



Allegato 4



ASSESSMENT CADUTE: DOMICILIO

L'operatore responsabile dell'utente lo compila entro 2 settimane dalla presa a carico, dopo un episodio acuto o caduta e in concomitanza con la revisione del piano di assistenza.

ver.1.0

Nome/Cognome:
Data di nascita:
Preso a carico a partire da:
Servizio cure a domicilio: Distretto:
Data assessment:
Effettuato da:

- ☐ **Nuovo utente:** è stato informato sulle prestazioni offerte dal vostro servizio ed avete concordato con lui un programma di intervento. ☐ SI ☐ NO
- ☐ **Caregiver** o entourage sono informati, disponibili a collaborare per la presa a carico dell'utente ☐ SI ☐ NO
- ☐ **Comunicazione** - c'è un problema di comunicazione: comprensione/espressione? ☐ SI ☐ NO
- ☐ **Ambiente** - È stata accertata la sicurezza dell'ambiente in cui vive l'utente? ☐ SI ☐ NO
- ☐ **Situazione finanziaria:** l'utente usufruisce di aiuti (PC, AGI, altre rendite, se si sottolinea ciò che fa al caso) ☐ SI ☐ NO

FATTORE DI RISCHIO		FATTORE DI RISCHIO	
CADUTE ANTECEDENTI <input type="checkbox"/> è caduto negli ultimi 30 giorni <input type="checkbox"/> è caduto 1 o più volte negli ultimi 31-180 giorni <input type="checkbox"/> ha antecedenti di cadute nell'ultimo anno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		INCONTINENZA E PROBLEMI INTESTINALI <input type="checkbox"/> è incontinente <input type="checkbox"/> soffre di minzione d'urgenza, <input type="checkbox"/> di notte si reca frequentemente alla toilette <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 <input type="checkbox"/> Assume regolarmente i farmaci prescritti Prende uno qualsiasi di questi farmaci <input type="checkbox"/> Digitale <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 Presenta una di queste condizioni che riguardano l'equilibrio e la mobilità quali: <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratorie <input type="checkbox"/> Dolori cronici <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"/> Stroke <input type="checkbox"/> Disturbi vestibolari (vertigini, malattia di Menière, ecc...) <input type="checkbox"/> Artrosi/artrosi, problemi osteoarticolari <input type="checkbox"/> Ipotensione ortostatica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TRASFERIMENTI / ANDATURA/EQUILIBRIO <input type="checkbox"/> ha difficoltà ad alzarsi/ sedersi trasferirsi sul WC / letto / sedia <input type="checkbox"/> tende a fare uso di tavolini/ altri mobili o supporti per facilitarsi durante transfer/deambulazione <input type="checkbox"/> utilizza impropriamente i mezzi ausiliari in suo possesso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO L'utente è instabile o insicuro quando <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 per terra o situato in alto <input type="checkbox"/> Deve percorrere spazi aperti, attraversare la strada <input type="checkbox"/> Cammina e qualcuno lo distrae o si distrae da solo (test doppio compito) <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		STATO MENTALE L'utente manifesta stati di: <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 MALATTIE ACUTE L'utente manifesta segni/sintomi di malattia acuta, quali <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	
PERDITA SENSORIALE L'utente 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) È portatore di <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> apparecchio acustico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NUTRIZIONE / IDRATAZIONE <input type="checkbox"/> variazione di peso < 5% nell'ultimo mese <input type="checkbox"/> beve meno 1.5 l di liquidi al giorno <input type="checkbox"/> assume regolarmente meno di 3 pasti al giorno L'assunzione di cibo/liquidi dell'utente è diminuita negli ultimi 3 mesi a causa di: <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	
PIEDI & CALZATURE <input type="checkbox"/> L'utente ha calli, unghie incarnite, borsiti, o dolori mentre cammina, ecc... <input type="checkbox"/> L'utente indossa abitualmente pantofole scarpe con: tacchi alti o troppo bassi /scarpa aderenza al suolo/ scarso sostegno del piede <input type="checkbox"/> Cammina solitamente scalzo, o con le calze <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		COMPORTAMENTO FUNZIONALE <input type="checkbox"/> Incapacità di eseguire le ADL/IADL in sicurezza <input type="checkbox"/> Difficoltà a chiedere aiuto a terzi <input type="checkbox"/> Manifesta paura nei transfer e nella deambulazione <input type="checkbox"/> Scarso collaborazione o rifiuto delle prestazioni <input type="checkbox"/> Rifiuto di ausili utili alla sua sicurezza (occhiali, apparecchio acustico, tele allarme...) <input type="checkbox"/> Rifiuto o impossibilità di mantenere i contatti sociali <input type="checkbox"/> Assume alcol <input type="checkbox"/> Rifiuto o impossibilità di ottenere aiuti finanziari <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 -2 fattori l'utente è a basso rischio; da 3 a 6 a medio ; più di 6 è ad alto rischio
Per ogni indicatore rilevato, prevedere in ogni caso degli interventi mirati

Data emissione: 23-2-2013

Data Aggiorn.: 23-2-2013

Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA

Copyright PIPA

pag. 1 di 1



Allegato 5

STRATEGIE PER L'UTENTE A RISCHIO DI CADUTE AL PROPRIO DOMICILIO

ver. 1.0

Nome/Cognome:.....
Data di nascita:.....
Seguito da:.....
Servizio cure a domicilio di:..... Distretto:.....
Effettuato da:.....

STRATEGIE GENERALI

OTTIMIZZARE LA SICUREZZA DELL'AMBIENTE

- ☐ Letto stabile
- ☐ Sedie, poltrone stabili, con braccioli
- ☐ Mobili e suppellettili, stabili
- ☐ Illuminazione diurna non abbagliante o luci indirette
- ☐ Luce notturna accessibile e funzionante
- ☐ Interruttori visibili
- ☐ Tappeti antiscivolo
- ☐ Pavimenti asciutti e puliti
- ☐ Tele soccorso
- ☐ Percorsi interni ed esterni al domicilio liberi da ostacoli
- ☐ Messa in sicurezza di cavi, prese, fili, ecc..
- ☐ Corrimano, segnalatori di soglie presenti
- ☐ Accessibilità ad oggetti di uso abituale
- ☐ Vasca da bagno, WC adatti
- ☐ Elettrodomestici con interruttore di sicurezza
- ☐ Riscaldamento e temperatura degli ambienti regolabili sec il clima
- ☐ Adattamenti del domicilio concordati con anziano/caregiver/ergo

STORIA DI CADUTE

- ☐ Valutare paura di cadere
- ☐ Ricercare dettagli cadute antecedenti: ora, attività che stava svolgendo, ecc., informazioni da raccogliere con colloqui e/o formulari cadute
- ☐ Piani di cura, medico curante, anziano stesso, famigliari, altri referenti
- ☐ Verificare l'esito delle misure preventive adottate in passato
- ☐ 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, sonniferi.
- ☐ Valutare sistematicamente l'efficacia della terapia prescritta e monitorare gli effetti secondari/interazioni
- ☐ Richiedere una revisione trimestrale della terapia al medico curante

TRANSFERT/ANDATURA/EQUILIBRIO

- ☐ Valutazione fisioterapista entro 14 giorni dalla loro presa a carico, ad ogni cambiamento significativo dello stato di salute o dopo la caduta
- ☐ Riferirsi a fisioterapista o ergoterapista per rivalutare la situazione e per 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 ergo terapeutici individualizzati e sec. situazioni, concordati con fisioterapista e operatori cure a domicilio
- ☐ Verifica sistematica idoneità e funzionalità di tutti i mezzi ausiliari : altezza e sicurezza di sedie, WC, letti, poltrone, sedie a rotelle (altezza, larghezza, freni), bastoni, ecc...in collaborazione con fisioterapista ed ergoterapista
- ☐ Stimolare l'utente a partecipare ai gruppi "mobilità ed equilibrio", (es: ginnastica, TAJI QUAN > 4 mesi, atelier equilibrio) in piccoli gruppi
- ☐ Insegnare agli utenti con buone capacità residue, degli esercizi che possono effettuare da soli , a proteggersi durante la caduta e a rialzarsi
- ☐ Formare/istruire operatori, anziano, caregiver (fisioterapista) ad effettuare correttamente i transfer/ deambulazione

MALATTIE ACUTE/CRONICHE

- ☐ Valutazione CLINICA medico-infermieristica, visite mediche regolari
- ☐ Eseguire test/scale/rievamento dei parametri significativi (es: Schefong Test, MMSE, NPI, glicemia, parametri vitali, MNA, BMI, dolore...)
- ☐ Valutazione trattamento prescritto anche con aiuto del farmacista di rif.

INCONTINENZA

- ☐ Valutazione del tipo di incontinenza
- ☐ Applicare programma gestione incontinenza (fisio, farmacia, fornitori)

OTTIMIZZARE METODI DI CURA

- ☐ Privilegiare sempre interventi multifattoriali ed individualizzati
- ☐ Conoscere storia di vita dell'anziano e la disponibilità rete sociale
- ☐ Ri-orientare l'anziano (ora, data, luogo, spazio, persona)
- ☐ Insegnare all'anziano o caregiver differenti metodi per transfer/ deambulazione/ ADL, con o senza mezzi ausiliari
- ☐ Sensibilizzare il caregiver nella sorveglianza durante attività a rischio
- ☐ Strutturare la giornata con attività abituali e regolari
- ☐ Verificare situazione economica e richiedere eventuali aiuti (PC, AGI...)
- ☐ Installare sistema tele allarme in anziani a rischio
- ☐ Verificare presenza e funzionalità di ausili: occhiali, apparecchio acustico, protesi, ecc..., revisione regolare
- ☐ Fissare degli obiettivi multidisciplinari con valutazione sistematica
- ☐ Cure specifiche secondo il tipo di patologie fisiche e/o psichiche
- ☐ Diversificare sec il tipo di anziano e il rischio, gli approcci di cura multidisciplinari eventualmente supporto di associazioni (Alzheimer...)
- ☐ Trattare cause dei disturbi dell'umore e comportamento
- ☐ Insegnare, educare alla prevenzione l'anziano e/o caregiver
- ☐ Favorire la presenza dei caregiver o vicini nelle ore più a rischio
- ☐ Adattare i mezzi ausiliari all'evoluzione stato di salute dell'anziano
- ☐ Manutenzione regolare dei mezzi ausiliari
- ☐ Verificare la reale disponibilità di una rete (caregiver o altri professionisti)
- ☐ Stimolare l'anziano ad un programma mobilitazione e socializzazione
- ☐ Formazione continua con temi "prevenzione cadute" per operatori
- ☐ Stimolare la partecipazione a corsi "prevenzione cadute, strade sicure..."

STATO COGNITIVO

- ☐ Valutare stato cognitivo dell'anziano (osservazione, MMSE...)
- ☐ Identificare il grado di consapevolezza dei rischi (postura/azzardi...)
- ☐ Osservare come si mobilita con o senza aiuto
- ☐ Coinvolgerlo in attività fisiche o altre attività ricreative e sociali

PIEDI E CALZATURE

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

DISTURBI SENSORIALI

- ☐ Consultazione oftalmologo/otorino se necessario
- ☐ Assicurarsi che occhiali/apparecchio acustico siano adeguati al tipo di disturbo, funzionanti e in sede
- ☐ Comunicazione: utilizzare oltre che al linguaggio, segni, immagini, tatto, lingua dei segni, braille, se di lingua straniera, trovare un interprete nel personale o farsi scrivere frasi di uso comune dai famigliari
- ☐ Favorire un abbigliamento adatto alle capacità residue dell'anziano
- ☐ Insegnare all'utente a gestire il dolore (farmaci, attività, postura...)

COMPORTAMENTO FUNZIONALE

- ☐ Rassicurare e tranquillizzare l'anziano ansioso, valutare le cause dell'ansia e/o depressione e/o dei problemi comportamentali
- ☐ Monitorare il comportamento dell'anziano e 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

- ☐ Valutazione cute, mucose, peso, stato confusionale, infetti ecc..
- ☐ Informare e organizzare se necessario pasti a domicilio
- ☐ Indagare sulle abitudini alimentari dell'anziano
- ☐ Richiedere al medico curante esami di laboratorio specifici
- ☐ Pasti frazionati, Complementi proteici/vitamine (Vit D, B e Calcio)
- ☐ Programmi per recupero/perdita peso
- ☐ Favorire attività all'aperto (Vit D) o assunzione Vit D
- ☐ Consultazione dietista, consigli x acquisti mirati e cucina sana.
- ☐ Verifica conservazione alimenti, controlli scadenza, aiuto per spesa

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"/> Podologo		
<input type="checkbox"/> Altri		

Altri interventi (specificare):

Data:

Firma:

Data di emissione: 18.02.2013

Data aggiornamento: 03.03.2013

Redatto da: Gruppo di lavoro PIPA

Copyright PIPA

pag. 1 di 1

30



Allegato 6 - pagina 1



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

DATI sulla CADUTA

COGNOME **NOME** Data di nascita - - Sesso: ☐ F ☐ M

Data della caduta - - Ora ☐ Tempo di permanenza a terra

Luogo: ☐ Camera ☐ Bagno ☐ Corridoio ☐ Cucina ☐ Soggiorno ☐ Sala ☐ Scala ☐ Giardino ☐ Cantina

☐ Esterno Giardino ☐ Fuori casa ☐ Altro

Testimoni: ☐ NO ☐ SI Quali

Attività svolta durante la caduta:

☐ Alzarsi / Sedersi dalla / sulla sedia / poltrona

☐ Mettere / togliere scarpe / pantofole / calze

☐ Abbassarsi per prendere un oggetto

☐ Entrare / uscire dalla doccia / vasca da bagno

☐ Altro (precisare)

☐ Deambulazione

☐ Alzarsi / sedersi WC

☐ Movimento nel / sul letto

☐ Prendere qualcosa in alto

☐ Salire / scendere le scale

☐ Deambulazione con ausilio

☐ Alzarsi / sedersi sedia a rotelle

☐ Vestirsi / svestirsi

☐ Rapido cambiamento di direzione

☐ Entrare / uscire dal / nel letto

Tipo di caduta: ☐ Scivolato ☐ Inciampato ☐ Capogiro/svenimento ☐ Perdita di equilibrio ☐ Perdita di forza

☐ Spinto da terzi ☐ Non ricorda ☐ Altro

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

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

Descrizione:

CAUSA della CADUTA

Utente già a rischio caduta: ☐ NO ☐ SI **Antecedenti di cadute:** ☐ NO ☐ SI ⇒ Numero cadute negli ultimi 12 mesi

☐ Inciampo / collisione

☐ Cambio improvviso di direzione

☐ Errata valutazione della distanza

☐ Malore (capogiro, vertigini, ...)

☐ Perdita di coscienza

☐ Perdita di forza

☐ Rottura o cedimento ausili

☐ Fattori ambientali (specificare):

☐ Movimenti troppo rapidi (es. correre in toilette, ...)

☐ Mancata richiesta di aiuto

☐ Uso inadeguato degli ausili (occhiali, app. acustico, bastone, girello, tele-allarme, ...)

specificare:

☐ Abbigliamento / calzature inadeguati

☐ Inadeguatezza / carente manutenzione degli ausili (specificare):

☐ Altro



Allegato 6 - pagina 2



Grado di mobilità antecedente la caduta:

Deambulazione: ☐ da solo ☐ con ausili ☐ con l'aiuto di terzi

Stato di coscienza antecedente la caduta: ☐ Orientato ☐ Disorientato

Terapia farmacologica in atto:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diuretici | <input type="checkbox"/> Neurolettici |
| <input type="checkbox"/> Antiparkinsoniani | <input type="checkbox"/> Ansiolitici |
| <input type="checkbox"/> Antidolorifici - <input type="checkbox"/> OMS Livello ① ② ③ | <input type="checkbox"/> Antidepressivi |
| <input type="checkbox"/> Antipertensivi / vasodilatatori | <input type="checkbox"/> Ipnotici |
| <input type="checkbox"/> Lassativi | |
| <input type="checkbox"/> Altro | |

Descrizione dell'accaduto:

.....

.....

.....

.....

☐ Altro (specificare)

ESITI della CADUTA

Segnare sul disegno il simbolo corrispondente

☐ Nessuna lesione evidente

☐ Contusioni ☐

☐ Ferite ☐

☐ Steri-strip ☐ Punti ☐

☐ Dolori, sede

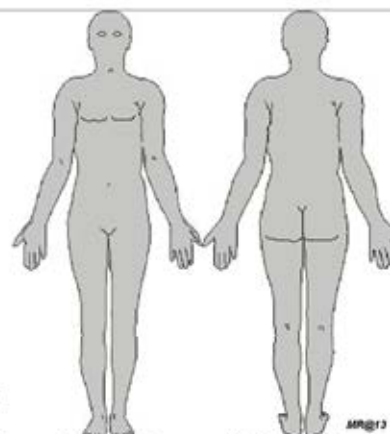
☐ Trauma cranico ☐

☐ Fratture (anche se sospetta)..... *

Deambulazione post caduta: ☐ da solo ☐ con ausili ☐ con l'aiuto di terzi

Stato di coscienza dopo la caduta: ☐ Vigile ☐ Soporoso ☐ Incosciente ☐ Orientato ☐ Disorientato

☐ Altro



Misure preventive previste:

.....

.....

.....

.....

.....



Allegato 7 - pagina 1



LISTA DI CONTROLLO OSTACOLI AMBIENTALI

Nome Utente:

TIPO DI ALLOGGIO:

☐ Casa, quanti piani? ☐ Appartamento quanti piani?

☐ Di proprietà ☐ In affitto → proprietario: Nome telefono:

SEZIONE 1: DA OSSERVARE IN GENERALE

	SI	NO	Osservazioni
PAVIMENTI:			
pavimenti asciutti e senza cera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di dislivelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di ostacoli (tappeti, cavi, oggetti, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
striscia/variazione di colore per segnalare dislivelli del pavimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CORRIDOI:			
illuminazione diurna/notturna che permetta una buona visione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di ostacoli (mobili ingombranti, tappeti, 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"/>	
altezza gradini adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SISTEMA DI CHIAMATA PER URGENZE:			
telesoccorso istallato e pulsante portato su di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
oppure telefonino con chiamata rapida sempre con sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
oppure walkie talkie (o simili) istallato e funzionante nei due estremi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SEZIONE 2: CONTROLLO SINGOLI LOCALI

	SI	NO	Osservazioni
ACCESSO			
Pavimentazione viale d'accesso in buono stato, regolare e senza dislivelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Illuminazione notturna adeguata e automatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porta d'entrata facile da gestire e senza soglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assenza di gradini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gradini d'accesso in buono stato e con corrimani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ascensore con porta senza dislivello e facile da gestire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entrata secondaria accessibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accesso giardino			
Assenza di scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porta senza soglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Giardino pianeggiante, ev. pavimentazione regolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accesso cantina			
Porta senza soglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Illuminazione diurna/notturna adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interruttori accessibili e visibili al buio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scale con corrimani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zone di passaggio sgombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oggetti pesanti ad uso frequente riposti in basso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accesso garage e locale bucato			
Porte senza soglia o con rampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Illuminazione diurna/notturna adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interruttori accessibili e visibili al buio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assenza gradini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gradini dotati di striscia antiscivolo colorata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presenza di rampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavatrici accessibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Allegato 7 - pagina 2



	SI	NO	Osservazioni
CAMERE:			
assenza di soglia alla porta	<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"/>	
fili elettrici in ordine ai lati della stanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Letti:			
altezza adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
biancheria da letto senza frange ed elementi che intralcino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
cuscini sagomati per posizionamento paziente se necessari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ev. potenza a letto, sponde e sistema elettrico di comando efficienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comodino:			
presenza di lampada efficiente con interruttore accessibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
presenza del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
in buono stato, stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BAGNO:			
larghezza porta adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di soglia alla porta	<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"/>	
vasca con dotazione ausili per entrata/uscita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
doccia con maniglie ed ev. seggiolino antiscivolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tappetini o strisce antiscivolo di misura adeguata e sicuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
rialzo-WC, barre/maniglioni ev. ribaltabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tappeto per uscita bagno con antisdrucchiolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CUCINA			
assenza di soglia alla porta	<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"/>	
fili elettrici in ordine ai lati della stanza	<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"/>	
pavimenti asciutti e senza cera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
oggetti a uso giornaliero/frequente ad altezza adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SALA			
assenza di soglia alla porta	<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"/>	
fili elettrici in ordine ai lati della stanza	<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"/>	
pavimenti asciutti e senza cera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
assenza di spigoli sporgenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mobilio stabile e ordinato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poltrona			
in buono stato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
altezza adeguata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
con braccioli e seduta stabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BALCONE			
assenza di soglia alla porta-finestra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
presenza di appoggi stabili da una parte e dall'altra della soglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zona di passaggio sgombra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mobilio da balcone in buono stato, stabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Allegato 7 - pagina 3



SEZIONE 3: AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE **SI** **NO** **Osservazioni**

BASTONI/STAMPELLE/TRIPODI:

regolabili in altezza con punta antiscivolo

☐☐

manutenzione periodica (in particolare punta antiscivolo):

☐☐

DEAMBULATORI:

cestino portaoggetti e sedile stabili

☐☐

freni /ruote efficienti

☐☐

manutenzione periodica:

☐☐

SEDIA A ROTELLE:

manutenzione periodica e regolare della carrozzina

☐☐

controllo condizioni generali della carrozzina:

funzionamento dei freni

☐☐

condizioni delle ruote anteriori e posteriori.

☐☐

viti presenti e ben affrancate

☐☐

stato integro dei tessuti del sedile e schienale

☐☐

ruote anti-ribalta

☐☐

braccioli removibili e correttamente innestati/bloccati nella loro sede

☐☐

poggipiedi funzionanti, estraibili e regolabili

☐☐

poggipiedi correttamente posizionati e bloccati

☐☐

buona manovrabilità

☐☐

informare famiglia su anomalie e importanza della manutenzione

☐☐

ALTRI AUSILI:

OSSERVAZIONI:

Firma operatore Qualifica professionale:

Firma utente:

Firma familiare/conoscente presente:

Data della valutazione:

NB: questa check-list va utilizzata durante la prima visita a domicilio e riutilizzata per controlli periodici.

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

Bibliografia

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



Allegato 8 - pagina 1 e pagina 2



Consigli pratici nella riduzione dei fattori estrinseci a domicilio

Oggetto	Perché è pericoloso? Quando è pericoloso?	Soluzione - consigli pratici Montaggio	Dove rivolgersi? Dove si compra?	Costi approssimativi
Tappeto	Il tappeto può essere una causa importante di caduta poiché se non viene fissato bene al pavimento, durante il cammino si può spostare o gli angoli si possono alzare causando uno spessore imprevisto che può provocare una caduta. Solitamente i tappeti con un'altezza maggiore di 1 cm, bisognerebbe evitarli, ma se ci sono, consigliamo un buon fissaggio.	Si possono trovare in commercio delle reti antiscivolo, facilissime da montare si taglia il pezzo necessario con una forbice e lo si appoggia al pavimento per tappeti molto fini, consigliamo di applicare agli angoli due strisce di scotch adesivo da entrambi i lati per evitare che si alzano.	La rete in plastica, nei supermercati reparto casalinghi, Scotch adesivo nei reparti di cancelleria.	Al massimo 50 fr.
Cavi	Cavi elettrici per terra (telefono, elettrodomestici, lampada, computer) in cui si può inciampare	Mettere i fili in canali apposti o sotto un tappeto stabile. Arrotolare il surplus di filo e nascondere dietro ai mobili. Preferire gli apparecchi senza filo.	Negozi di bricolage	Al massimo 50 fr.
Pavimento scivoloso	Pavimento bagnato da acqua e urina in caso d'incontinenza, presenza di resti alimentari (di animali domestici), cera da pavimento.	Protezioni per l'incontinenza, indossare scarpe/pantofole adatte con suola non scivolosa. Sensibilizzare la persona e i familiari sul pericolo e eventualmente introdurre l'aiuto domiciliare.	Rivolgersi alla Neolab presentando un certificato medico che quantifica il problema d'incontinenza per il rimborso dalla Cassa Malati (seguono consegna a domicilio). Eventualmente rivolgersi al proprio fisioterapista o ergoterapista per un consiglio sulle scarpe adatte.	Secondo copertura della Cassa Malati. Per le scarpe costo variabile.

Data emissione: 18.02.13

Data aggiornamento: 20.03.13

Redatta da: Gruppo di lavoro PIPA

Copyright PIPA 2013 pag.1 di 7

Oggetto	Perché è pericoloso? Quando è pericoloso?	Soluzione - consigli pratici Montaggio	Dove rivolgersi? Dove si compra?	Costi approssimativi
Scalini	Alti, stretti (es. a chiovia) o danneggiati, presenza di dislivelli tra i locali, scale senza corrimano o ingombranti d'oggetti	Eseguire la riparazione in caso di danneggiamento. Applicare strisce LED, antiscivolo o catarifrangenti per segnalare scalini o dislivelli. Mettere uno o due corrimani. Togliere il materiale ingombrante e sensibilizzare al pericolo da esso rappresentato. In caso di emergenza, prevedere dei cancelli per delimitare le scale. Se le scale risultassero un ostacolo troppo grande, si potrebbe pensare a spostare la disposizione dei locali in modo da overrutto l'ostacolo sullo stesso piano. Altrimenti si potrebbe valutare l'installazione di un montascale, eventualmente anche mobile e l'assistenza da terzi in particolare per l'accesso al luogo abitativo.	Per le riparazioni, le rampe e i corrimani rivolgersi ad un artigiano. Le applicazioni da mettere sugli scalini si trovano nei negozi di bricolage. Per il montascale rivolgersi a un ergoterapista, ad un architetto consigliato dalla ffr o ad un negozio specializzato.	Applicazioni tra i fr. 20,- e 60,-. Corrimano fr. 150,- al metro lineare compresa posa. Rampa per scalino fr. 500,- Montascale più di fr. 5.000,- Quello mobile è disponibile anche a noleggio.
Porte	Pesanti, con molla per richiudersi (es. ascensori vecchi), con soglia alta (es. porta finestra)	Togliere o cambiare la porta, eventualmente sostituirla con una tenda. Più spesso sarebbe installare una porta con un meccanismo che aiuti l'apertura e l'entrata a chiusura. Favorire le porte senza soglia o mettere una rampa che faciliti il passaggio quando non è alta di ca 2 cm. Se queste due possibilità non sono fattibili, mettere un appoggio stabile prima e dopo la soglia in modo da potersi tenere nel passaggio.	Rivolgersi ad un ergoterapista o un architetto per una consulenza.	Secondo preventivo dell'artigiano contattato in seguito alla consulenza. Apribordo e striscia fr. 3.000,- e più. Rampa per soglia circa fr. 130,-

pag. 2 / 7

Data emissione: 18.02.2013

Data aggiornamento: 03.03.2013

Redatta da: Gruppo di lavoro PIPA

Copyright PIPA 2013





Allegato 8 - pagina 3 e pagina 4

Oggetto	Perché è pericoloso? Quando è pericoloso?	Soluzione - consigli pratici Montaggio	Dove rivolgersi? Dove si compra?	Costi approssimativi
Illuminazione	Troppo debole o assente a causa di guasto (spesso manodopera costosa quindi la riparazione è rimandata), interruttore lontano/difficile da raggiungere, forte variazione d'intensità tra i locali che può provocare atterramenti. Attenzione ai pavimenti lucidi che possono causare dei riflessi	Installare un sensore nelle zone strategiche in modo che la luce si accenda da sola al passaggio. Mettere delle prolungher per facilitare l'accesso all'interruttore ed evidenziarlo con bottoni fluorescenti perché sia visibile anche di notte. Eventualmente luce di presenza in camera durante la notte. Le lampade a risparmio energetico accendendosi lentamente permettono all'occhio di adattarsi evitando l'accecamento, ma attenzione ad attendere che l'intensità della luce sia sufficiente. L'azionamento dirigere la luce nelle zone strategiche per evitare riflessi/abbagli. Sensibilizzare la persona ad avere lampadine di uguale intensità e sempre funzionanti.	Negozi di bricolage	Lampada con sensore di passaggio da fr. 15.- a 30.-; Lampada touch fr. 40.- Lampade a risparmio energetico 12/18 watt fr. 5.- / 28.-
Letto	L'altezza del letto può essere un fattore di rischio se bassa rispetto alla statura della persona. Questo causa difficoltà sia nel momento della seduta che nel momento dell'alzata, soprattutto se la persona ha una mancanza di forza nelle gambe e un movimento limitato. Se invece è troppo alto c'è la possibilità di scivolare quando si scende dal letto. Se c'è presenza di armatura (seta/satin), c'è il rischio di trascinarla con sé quando si esce dal letto.	Verificare l'altezza del materasso, che eventualmente potrebbe essere sostituito con uno di maggior spessore o mettere un secondo materasso con antisfavoletta tra i due. È possibile rialzare il letto tramite dei cunei in legno.	Per il materasso presso negozi appositi Il rialzo in legno può essere realizzato da un falegname	No aggio elettrico secondo copertura Cassa isolata fr. 75.-/mese + spesa trasporto e ritiro fr. 530 - senza materasso; Rialzo letto da fr. 20.- / 105.-. Mangia da letto esterno da fr. 400.- / 800.- a incastro da fr. 115.- / 265.- Far rialzare il letto da un artigiano fr. 300.-

pag. 3 / 7

Data emissione: 18.02.2013

Data aggiornamento: 03.03.2013

Redatta da: Gruppo di lavoro PIPA

Copyright PIPA 2013

Oggetto	Perché è pericoloso? Quando è pericoloso?	Soluzione - consigli pratici Montaggio	Dove rivolgersi? Dove si compra?	Costi approssimativi
Sedie poltrone divani	Troppo basse, senza braccioli o nessun appoggio in vicinanza, non in buono stato, troppo molli	Alzare con appositi rialzi in legno o metallici (esistono prefabbricati, ma non sempre sono stabili), usare cuscini duri o a cuneo. Cambiare sedie o poltrone (più alte e con braccioli).	Rivolgersi a un falegname per i rialzi. Negozi di mobili e casalinghi.	Poltrona elettrica fr. 2500.-; Noleggio poltrona da riposo 75.- /mese. Rialzo secondo preventivo. Cuscini da fr. 22 a 70 Rialzi da fr. 20 a 106
WC	Troppo basso, mancanza di maniglie e d'appoggio	Rialzo WC, eventualmente con braccioli. Pensare a una comoda vicino al letto per evitare i tragitti camera-bagno la notte	Ergoterapista o aiuto a domicilio	Rialzo wc da fr. 30 - a fr. 180.- con braccioli dai 145 - a circa 300.- Maniglie da fr. 50.- a fr. 145.- consigliamo quelle a ventosa perché non affidabile; ribaltabile da 275 a ca. 400 - Comoda fr. 400.-
Vasca da bagno	Mancanza di maniglie d'appoggio, fondo scivoloso, troppo basso o alto	Asse da bagno, maniglia d'appoggio, strisce antiscivolo	Ergoterapista o aiuto a domicilio	Asse da fr. 70.-; liti da bagno da fr. 780.- a fr. 1300.-; sgabelli da bagno da 40.- fr. Maniglioni bordo vasca da fr. 50 a 275
Scaffali troppo alti o troppo bassi	Uso di sedili o sedie poco stabili per raggiungere gli oggetti ivi riposti. Nell'abbassarsi può manifestarsi un calo di pressione che può causare una perdita di equilibrio.	Portare gli oggetti di uso quotidiano tra altezza bacino e altezza spalle. Usare una pinza a manico lungo per gli oggetti leggeri e lontani.	Ergoterapista o aiuto a domicilio	Pinza da fr. 25 -

pag. 4 / 7

Data emissione: 18.02.2013

Data aggiornamento: 03.03.2013

Redatta da: Gruppo di lavoro PIPA

Copyright PIPA 2013



Allegato 8 - pagina 5 e pagina 6

Oggetto	Perché è pericoloso? Quando è pericoloso?	Soluzione - consigli pratici Montaggio	Dove rivolgersi? Dove si compra?	Costi approssimativi
Giardino	Pavimentazione irregolare, utensili/tubo dell'acqua abbandonati, scalini senza appoggio. Abbassarsi e non riuscire ad alzarsi, terreno scosceso, clima (foglie secche, e-bia bagnata, gelo/neve).	Incaricare qualcuno per pulire regolarmente il giardino. Installare il robot tosaerba (farlo funzionare di notte onde evitare d'inciampare). Installare luci nei punti più bui, corrimani dove ci sono dislivelli (scale o scalini). Costruire passaggi/ventilatori liberi da ostacoli (piode, recalato). Prevedere orli rialzati. Portare scarpe adatte per l'esterno. Far mettere il cuscino sul passaggio nei periodi di gelo.	Aiuto da parte di parenti e vicini che possono mantenere in buono stato il giardino. Eventualmente considerare l'intervento di un giardiniere.	Uomo tuttofare fr. 35.-/ora; giardiniere fr.75.-/ora
Esterno	Passaggio fuori marciapiede di non ribassati con griglia, correre per attraversare la strada (non sulle strisce a semaforo verde troppo breve)	Consigli per una mobilità sicura all'esterno: Insegnamento e allenamento nell'uso dell'ausilio all'esterno (come evitare gli ostacoli, come affrontare salite/discese, salire/scendere marciapiedi,...).	Ergoterapista, fisioterapista e aiuto a domicilio	
Scarpe inadatte	Ciabatte (allene non mantenute), con tacco alto, consumate (es. suola slacciata, stornate), troppo grandi, camminare in calze senza antiscivolo, suole troppo alte o troppo basse (poco suole tipo ballerine, ...)	Consigliare scarpe più adatte (che diano stabilità alla caviglia, fadi da indossare e da togliere). Chiedere all'utente di indossare e togliere le scarpe da seduto per aumentare la propria sicurezza.	Fisioterapista Ergoterapista Aiuto domiciliare	A partire dai 20 fr
Abbigliamento	Troppe strette che limitano i movimenti, troppo larghi in cui s'inciampa, non pratici in caso d'urgenza WC	Sensibilizzare a portare vestiti adeguati: facili da indossare e da togliere, ... Inoltre si può insegnare delle strategie per vestirsi.	Aiuto domiciliare Ergoterapia Fisioterapia	

pag. 5 / 7

Data emissione: 18.02.2013

Data aggiornamento: 03.03.2013

Redatta da: Gruppo di lavoro PIPA

Copyright PIPA 2013

Oggetto	Perché è pericoloso? Quando è pericoloso?	Soluzione - consigli pratici Montaggio	Dove rivolgersi? Dove si compra?	Costi approssimativi
Animali domestici	Se l'animale corre liberamente nell'abitazione, portandoli a passeggio, abbassarsi per dar loro da mangiare. Svolgere con eventuali resti di cibo a terra.	Vicini, associazioni di volontari, ... che possono aiutare la persona a prendersi cura del proprio animale. Sensibilizzare sul pericolo di cadere. Mettere delle porticine per permettere agli animali di piccola taglia (gatti o cagnolini) di uscire da soli. Evidenziare dove si trova la ciotola del cibo ponendola sotto un antiscivolo colorato (contrastato).	Aiuto domiciliare, vicini di casa, famigliari, associazioni volontari	Prezzi giornalieri al gattile fr. 12.- e al canile fr. 25.-
Abitudini sbagliate	Correre per rispondere al telefono o aprire la porta, sedersi senza verificare se sono posizionali in relazione alla sedia, lasciarsi cadere per sedersi	Istruzione e allenamento dei movimenti: conetti per sedersi e alzarsi in sicurezza. Utilizzare dei cartelli promemoria su come si gestiscono i mezzi ausiliari (sedia a rotelle, girella,...). Utilizzare telefono senza filo così da poterlo tenere vicino. Sensibilizzare i conoscenti, famigliari della persona ecc sul tempo di reazione dell'anziano (impiegare più tempo per raggiungere il telefono, ...)	Ergoterapista, fisioterapista e aiuto a domicilio	

pag. 6 / 7

Data emissione: 18.02.2013

Data aggiornamento: 03.03.2013

Redatta da: Gruppo di lavoro PIPA

Copyright PIPA 2013





Prevenzione delle cadute a domicilio: strumenti e indicazioni operative per il personale sanitario e sociale...

Allegato 8 - pagina 7

Oggetto	Perché è pericoloso? Quando è pericoloso?	Soluzione - consigli pratici Montaggio	Dove rivolgersi? Dove si compra?	Costi approssimativi
Ausili per la deambulazione (es: Girello, Deambulatore, Bastone)	Utilizzati in maniera scorretta possono mettere a rischio la persona (ad es: bastone fra le gambe, girello o carrozzina non frenati, scavalcare le ruote). Scorretta impostazione e manutenzione dell'ausilio (altezza, freni, ruote...)	Insegnamento al pz, curanti, famiglia in merito alla corretta manutenzione, impostazione e utilizzo dell'ausilio. Controlli periodici da parte dei terapisti/curanti per valutare se la gestione del mezzo ausiliario è corretta. Fogli e Promemoria, foto che mostrano il corretto utilizzo dell'ausilio	Fisioterapista, ergoterapista e aiuto domiciliare, servizio tecnico per la manutenzione dei mezzi ausiliari (solitamente si può chiedere al negozio che ha fornito l'ausilio).	Stampelle da fr. 22.- a fr. 145.- al paio; quadripode da fr. 75.- a fr. 105.-; deambulatori 4 punti da fr. 59.- a 140.- con 2 ruote fr. 180/200 4 ruote da fr. 39.- a fr. 350.-; bastoni da fr. 18.- a 55.-; carrozzine da fr. 720.- a 1200.-; scorrieri da fr. 2990.- a 6990.-; carrozzina elettrica da fr. 4900.- a 9000.-
Difficoltà finanziarie e isolamento sociale	Di fronte a scarse risorse finanziarie, motivare l'anziano a farsi aiutare (assistenza sociale). L'isolamento sociale può comportare un calo dell'attività cognitiva e affettiva	Possibilità di ricevere assegni integrativi. Promozione della partecipazione sociale motivando l'anziano a frequentare Centri diurni, ATTE, Prosenectute ecc.. Coinvolgimento della famiglia nelle attività di svago.	Fisioterapista, ergoterapista, aiuto domiciliare e Assistente sociale.	

pag. 7 / 7

Data emissione: 18.02.2013

Data aggiornamento: 03.03.2013

Redatta da: Gruppo di lavoro PIPA

Copyright PIPA 2013



Allegato 9



Elenco delle associazioni,
enti e servizi socio-sanitari
di supporto sul territorio per
la prevenzione delle cadute
negli anziani



Associazione PIPA

