

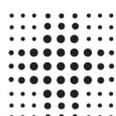
PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

86

Prevenzione delle cadute e promozione del benessere generale degli ospiti delle strutture per anziani

Miglioramento dell'ambiente, dell'organizzazione della vita e
delle cure e somministrazione di attività fisica in struttura

Regione Emilia-Romagna
Anno 2015



Redazione e impaginazione a cura di:

Rossana Mignani - Simonetta Puglioli

Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'integrazione, Regione Emilia-Romagna
Bologna – Giugno 2015

Il volume può essere scaricato dal sito

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/contributi/>

A cura di:

Servizio Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza

Direzione generale Sanità e Politiche sociali e per l'Integrazione, Regione Emilia-Romagna

Gruppo di Lavoro regionale:

Simonetta Puglioli (coordinatore) Marzia Bergamaschi, Fabio Cavicchi, Alessandra Cenni, Giovanna D'Alessandro, Pietro Fornasari, Roberta Lega, Marzia Moretti, Piera Nobili, Daniela Olteanu, Luca Paganini, Patrizia Pasini, Alessandro Pirani, Patrizia Sasdelli, Gianluigi Sella, Erica Simoni, Marco Sinoppi, Marinella Natali, Riccarda Suprani, Mariarosa Testoni, Carmela Trippodo, Pasquale Turano, Angela Vescovi.

Hanno contribuito alla realizzazione delle Linee Guida:

- I **Coordinatori e gli operatori delle strutture** che hanno partecipato alla sperimentazione
- Gli **esperti in campo geriatrico**: Andrea Fabbo, Alessandro Pirani, Franco Romagnoni e Afro Salsi.

Si ringrazia inoltre Maria Luisa Moro dell'**Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale** per i suggerimenti forniti in fase di revisione finale delle linee di indirizzo e di valutazione degli esiti della sperimentazione.

Le cadute possono cambiare drasticamente e in peggio la vita delle persone.

Specialmente in una persona anziana, una caduta può causare conseguenze mediche, funzionali e sociali di grande rilevanza e determinare pesanti ripercussioni sulla sua autonomia e sul suo stato di salute.

Le cadute hanno importanti conseguenze anche in termini di costi per il sistema. Per quanto riguarda la spesa sanitaria e socio-sanitaria, c'è un'incidenza sia sui costi diretti relativi all'ospedalizzazione del paziente, per esempio per il trattamento di una frattura di femore conseguente a una caduta, che sui costi indiretti legati alla comparsa di patologie associate permanenti, alla modificazione dello stato funzionale e cognitivo del paziente e in considerazione dell'eventuale istituzionalizzazione.

La frequenza delle cadute cambia in relazione ai diversi contesti e setting assistenziali.

La letteratura evidenzia come la frequenza delle cadute sia dipendente dall'ambiente di vita: per gli anziani che vivono al domicilio, il rischio è del 5%, per gli anziani ospedalizzati invece è del 20%, mentre per gli anziani che vivono in residenza, il rischio sale al 55-60%.

La programmazione regionale ha assunto la prevenzione delle cadute fra gli obiettivi da perseguire. A partire dal Piano regionale di prevenzione degli incidenti domestici 2007-2011, la Regione ha avviato diversi interventi di prevenzione e riduzione del rischio di caduta rivolti alle persone anziane che vivono in comunità:

- Intervento di promozione dell'attività fisica personalizzata per gli anziani fragili a domicilio;*
- Intervento con visite domiciliari per la rilevazione di aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni, la fornitura di dispositivi a basso costo e interventi informativi/educativi;*
- Interventi informativo/educativi strutturati.*

L'accreditamento socio-sanitario, di cui alla DGR 514/09, ha posto al centro la persona accompagnando i soggetti gestori in un processo di progressiva qualificazione teso a assicurare la salute, la cura personale e sociale e il benessere dell'ospite/utente, attraverso un complesso integrato di requisiti di qualità a cui possono concorrere anche le azioni proposte nelle presenti linee di indirizzo.

Il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2013, all'interno dell'obiettivo della "prevenzione dei traumi nella popolazione anziana", ha previsto uno specifico progetto rivolto alle strutture socio-sanitarie per anziani, sia residenziali che semi-residenziali incentrato su due macro-obiettivi:

- 1. Miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione della vita e delle cure in grado di ridurre il rischio di cadute*
- 2. Mantenimento e, se possibile, miglioramento delle abilità residue e il contenimento del rischio cadute grazie al miglioramento del tono e della forza muscolare, dei riflessi posturali, delle quote motorie e del benessere generale.*

Attraverso le azioni proposte per conseguire questi obiettivi, le presenti linee di indirizzo si propongono essenzialmente di favorire la creazione delle condizioni affinché le persone ospiti delle strutture possano muoversi in libertà, con la massima autonomia, in un ambiente sicuro e protetto valorizzando al massimo le abilità funzionali residue.

Il percorso seguito per l'elaborazione delle linee di indirizzo ha previsto:

- L'attivazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale composto da professionisti delle Ausl, dei Comuni, dei soggetti gestori e della Regione;*
- Elaborazione delle prime linee di indirizzo e strumenti di supporto;*
- Sperimentazione in un gruppo pilota di strutture per anziani di tutta la Regione;*
- Analisi ed elaborazione dei dati e valutazione dei risultati;*
- Revisione e aggiornamento delle linee di indirizzo finali.*

L'approccio proposto è volutamente pratico per poter essere di supporto al lavoro quotidiano dei professionisti delle strutture socio-sanitarie per anziani accreditate, mettendo a disposizione

strumenti operativi e indicazioni concrete per avviare un percorso articolato di promozione del benessere generale degli ospiti e di prevenzione delle cadute tramite il miglioramento dell'ambiente, dell'organizzazione della vita e delle cure e la somministrazione di attività fisica in struttura.

Elementi distintivi delle linee di indirizzo sono:

- **Approccio globale teso al benessere delle persone** - Non è perseguito il singolo obiettivo della riduzione delle cadute, (da solo non garanzia di benessere delle persone) ma il perseguimento del benessere delle persone, tramite l'interrelazione tra diversi requisiti, tenendo conto degli indicatori inerenti la percezione degli ospiti stessi e dei famigliari.
- **L'attenzione all'ambiente** – L'osservazione quotidiana ai fattori di rischio ambientali, si realizza, a fronte di una consapevolezza diffusa grazie a specifici interventi informativi/formativi, attraverso il coinvolgimento di tutti coloro che operano e frequentano la struttura.
- **L'attività fisica** – Intesa in senso esteso, può riguardare anche le persone non autosufficienti con limitazioni funzionali, con l'obiettivo di prevenire il peggioramento delle stesse e di migliorare le capacità funzionali e l'autonomia e può essere associarsi alla stimolazione dell'attività cognitiva ed essere utile per contrastare la paura di cadere dando maggiore sicurezza nei movimenti.
- **Programma di intervento multifattoriale** (farmaci, ambiente, pratiche assistenziali, ecc.) da parte di equipe multiprofessionale – La valutazione multidimensionale degli ospiti consente all'equipe assistenziale di pianificare interventi multifattoriali valorizzando le competenze specifiche dei diversi professionisti coinvolti nel processo assistenziale, la collaborazione dell'anziano e dei famigliari.
- **Obiettivo nel medio periodo della crescita organizzativa e professionale** dei servizi accreditati che garantisca continuità e correttezza di approccio e quindi la più alta riduzione possibile delle cadute in ogni contesto, promuovendo lo sviluppo di un vero e proprio "sistema ordinario di monitoraggio e gestione del rischio cadute"

Le presenti linee di indirizzo possono essere attuate in tutti servizi accreditati.

Infatti, come dettagliatamente descritto nel report finale (in allegato), la sperimentazione condotta con un gruppo ristretto di servizi accreditati ha avuto riscontri positivi e rilevato, in molti servizi, non soltanto la capacità organizzativa e implementativa per realizzare il percorso proposto, ma anche la capacità di andare oltre, introdurre innovazioni e a cercare soluzioni e strategie operative specifiche per le diverse problematiche da affrontare, trovando le modalità più consone alla propria realtà.

Concludo con un ringraziamento a tutti gli operatori che hanno creduto, collaborato e reso possibile la realizzazione di questo progetto e la stesura di queste linee di indirizzo quale ulteriore strumento aggiuntivo a disposizione dei servizi accreditati della nostra Regione che perseguono quotidianamente l'ambiziosa missione di prendersi cura delle persone anziane non autosufficienti loro ospiti garantendo loro il livello più alto possibile di qualità di vita.

L'Assessore alle Politiche per la salute

Sergio Venturi

Indice

1. Premessa	7
2. Definizione di caduta	8
3. Ambito di riferimento.....	8
3. Obiettivi	9
4. Destinatari	9
5. Approccio.....	9
6. Modalità	10
7. Azioni.....	11
7.1. L'analisi dei fattori di rischio.....	12
7.1.1 Individuazione Fattori ambientali, strutturali, ergonomici	12
7.1.2 Analisi dei fattori organizzativi.....	13
7.1.3 Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di intervento possibili	18
8. L'attività fisica per il benessere della persona anziana.....	29
9. La formazione degli operatori	32
10. Verso una lettura integrata in termini di indicatori.....	33
11. Informazione ed educazione alla persona e alla sua famiglia	34
Bibliografia.....	37
Allegati:.....	42
Appendice.....	76

1. Premessa

Il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2010-2012 (approvato con Delibera di Giunta regionale n. 2071/2010 e prorogato di un anno con DGR 703/2013), nell'ambito del capitolo 2.5 "La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia" prevede l'obiettivo della "Prevenzione dei traumi nella popolazione anziana", e include il progetto "Somministrazione di attività fisica in struttura residenziale e semi-residenziale per il mantenimento delle abilità residue" che ha portato all'elaborazione di questo documento.

Il percorso seguito è descritto nel report finale della sperimentazione condotta con un gruppo di strutture accreditate per anziani nell'anno 2013.

Queste linee di indirizzo si rivolgono in particolare alle strutture socio-sanitarie per anziani (case-residenze per anziani non autosufficienti – CRA - e centri diurni - CD) i cui ospiti sono persone non autosufficienti, con età media a livello regionale superiore agli 80 anni (Rapporto FAR anno 2012 – Flusso Assistenza residenziale e semi-residenziale anziani), di norma con elevate necessità assistenziali.

Le Cra, in particolare, accolgono prevalentemente persone con elevati bisogni sanitari e correlati bisogni assistenziali, persone con disabilità severa e persone con gravi disturbi comportamentali.

Anche la review della letteratura specifica cui si rimanda (Allegato 1), richiama la peculiarità del contesto ambientale: " [...] La frequenza delle cadute è dipendente dall'ambiente di vita; infatti la letteratura riporta che per gli anziani che vivono al domicilio il rischio è del 5%, per gli anziani ospedalizzati invece è del 20%, mentre per gli anziani che vivono in residenza il rischio sale al 55-60%. In quest'ultimo caso il 35% dei caduti riporta delle lesioni che nel 5% dei casi sono fratture, nel 10% sono danni gravi dei tessuti molli (ad esempio ferite che necessitano di punti di sutura) e nel 20% lesioni ai tessuti molli di lieve entità come escoriazioni o lacerazioni cutanee. È importante sottolineare che il 25% degli anziani con frattura di femore muore entro 6 mesi dalla caduta. [...]"

Sulla persona, le conseguenze più gravi delle cadute sono le fratture che, per quanto riguarda le persone anziane, spesso hanno come conseguenza il decesso della persona¹. Le fratture, in particolare quelle di femore che comportano l'ospedalizzazione e spesso l'intervento chirurgico, possono causare immobilizzazione, riduzione delle abilità motorie e "post-fall syndrome" (paura di cadere nuovamente), con notevole incremento della disabilità e del carico assistenziale².

Per quanto riguarda le conseguenze delle cadute, si richiama anche la DGR 1133/2013 "Organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con fratture di femore – approvazione linee guida per le aziende sanitarie della Regione Emilia-romagna" in particolare quando prevede, in riferimento alla dimissioni ospedaliere: "Occorre elaborare il piano di dimissione precoce fin dall'ammissione in ospedale, garantire adeguati programmi di prevenzione secondaria (rischio di frattura sia sul versante osteometabolico che sul rischio di caduta) e la continuità assistenziale con i servizi sociosanitari territoriali, promuovere il ripristino delle condizioni di vita precedenti alla frattura".

"Alla dimissione è indicato effettuare una valutazione dell'autonomia funzionale, dell'equilibrio e delle performance del cammino quali indici del rischio di ri-caduta, fornendo inoltre al paziente ed ai caregivers tutte le informazioni necessarie alla valutazione dell'idoneità dell'ambiente di vita ed alla adozione di misure e comportamenti utili per prevenire le cadute".

Quindi il ricovero ospedaliero per frattura in seguito a una caduta e la successiva dimissione con rientro in struttura socio-sanitaria (sia residenziale che centro diurno) può essere l'occasione per

¹ Vedi per esempio "Circumstances and contributing causes of fall deaths among persons aged 65 and older: United States, 2010" J.A. Stevens PhD e R.A. Rudd MSPH.

² "Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention" di Laurence Z. Rubenstein UCLA School of Medicine and Geriatric Research Education and Clinical Center (GRECC) VA Medical Center, Sepulveda, CA 91343, USA; "Falls in Newly Admitted Nursing Home Residents: A National Study" di Natalie E. Leland, PhD, OTR/L, Pedro Gozalo, PhD, Jhon Teno, MS, e Vince Mor, PhD

elaborare (nell'ambito del percorso assistenziale riabilitativo successivo alla fase acuta) un programma specifico di prevenzione di eventuali ri-cadute e di riabilitazione e recupero funzionale³, in collaborazione con gli specialisti di entrambi gli ambiti di competenza. (Vedi paragrafo 8.2 "Prevenzione secondaria", punto: "Prevenzione del rischio cadute" della DGR 1133).

Sul sistema e sulla sua sostenibilità, risultano rilevanti l'impegno assistenziale ed i costi delle conseguenze delle cadute nelle strutture per anziani, sia per l'ambito socio-sanitario che per il Sistema sanitario, in termini di costi del ricovero ospedaliero, dell'eventuale trattamento specifico chirurgico e riabilitativo, nonché delle frequenti complicanze quali, per esempio, le ulcere da pressione.

Se circoscriviamo l'attenzione alle persone anziane ospiti delle Cra e dei Cd, il problema è più concentrato in considerazione delle caratteristiche dell'utenza sopra richiamate. Pertanto, i programmi di prevenzione delle cadute all'interno di queste strutture, sono da ritenersi strategici per promuovere e mantenere il benessere degli ospiti e caratterizzati da un rapporto costo/benefici favorevole.

Obiettivo delle presenti linee guida è anche favorire una maggiore omogeneità e una crescita diffusa e uniforme del sistema dei servizi socio-sanitari accreditati a tutela e garanzia dei suoi utenti.

È in tale prospettiva che il presente progetto vuole realizzare ed attuare gli obiettivi specifici della DGR 514/09 (*"Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 04/2008 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari"*) in materia di prevenzione delle cadute e di miglioramento del benessere delle persone (Requisiti generali 8.10 e 5.1; Requisiti specifici Centro diurno anziani 2.3 e 2.4; Requisiti specifici Casa-residenza anziani n.a. 2.2 e 2.3;). Requisiti specifici, ma in un quadro generale, tenendo presente l'esigenza di una lettura integrata dei diversi indicatori (vedi paragrafo 10), specialmente quando il servizio attua un'autovalutazione interna.

2. Definizione di caduta

Il Ministero della Salute (Raccomandazione n. 13 di novembre 2011) definisce come caduta un *"improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che, dormendo sulla sedia, cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto"*.

Per la concreta individuazione delle cadute, occorre comunque tenere presente, che la popolazione residenziale e semiresidenziale con deterioramento cognitivo può essere affetta da amnesia, per cui l'assenza di testimonianza da parte dell'anziano non esime dal sospettare una caduta non riferita quando sussistono elementi evocativi clinico-anamnestici (per esempio, in presenza di dolore osteoarticolare acuto/frattura non altrimenti spiegabile).

3. Ambito di riferimento

Le indicazioni contenute in questo documento si propongono di evidenziare aree determinanti con forte impatto sulla vita delle persone nei servizi e sulle quali poi agire con l'obiettivo di garantire la massima autonomia e libertà di movimento possibili e, contestualmente, il maggior grado di sicurezza raggiungibile.

³ Con particolare riferimento agli ospiti che fruiscono di ricoveri temporanei post-dimissione per convalescenza e riabilitazione in strutture socio-sanitarie e agli utenti dei centri diurni, si ricorda la DGR 1599/2011 *"Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici"*

I contenuti possono essere applicati in tutte le strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti e si rivolgono a tutti gli operatori, ai familiari e alle altre persone (es. volontari) coinvolti a qualsiasi titolo nella vita dell'utente all'interno del servizio.

3. Obiettivi

Le linee di indirizzo si propongono di favorire la creazione delle condizioni affinché le persone ospiti delle strutture possano muoversi in libertà, con la massima autonomia, in un ambiente sicuro e protetto valorizzando al massimo le abilità funzionali residue.

In particolare, sono due i macro-obiettivi da realizzare nei servizi interessati:

1. Miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione della vita e delle cure in grado di ridurre il rischio di cadute

2. Mantenimento e, se possibile, miglioramento delle abilità residue e il contenimento del rischio cadute grazie al miglioramento del tono e della forza muscolare, dei riflessi posturali, delle quote motorie e del benessere generale.

In questo obiettivo rientra il concetto di "approccio capacitante" e della prevenzione delle "disabilità indotte"⁴

4. Destinatari

L'obiettivo 1 è rivolto al miglioramento del benessere e alla prevenzione delle cadute per tutti gli ospiti della struttura, si realizza attraverso gli interventi del gestore, del personale e con il coinvolgimento dei familiari e consiste nell'individuazione degli interventi sull'ambiente e sui processi assistenziali in grado di ridurre il rischio di cadute intervenendo sui fattori di rischio estrinseci.

L'obiettivo 2 è rivolto agli anziani ospiti della struttura a maggiore rischio individuale di caduta, cui garantire percorsi personalizzati di prevenzione delle cadute prevedendo appositi interventi nei Piani di assistenza individualizzati (PAI).

Eventuali controindicazioni cliniche e/o assistenziali saranno individuate nei PAI elaborati dall'equipe assistenziale multidisciplinare.

5. Approccio

L'analisi della letteratura, (come riportato nella review in allegato), evidenzia una maggiore efficacia nel ridurre il rischio di cadute negli anziani in struttura residenziale o semi-residenziale, di programmi di intervento multidimensionali che prevedono azioni su più aree potenzialmente critiche (dai farmaci, all'ambiente, alle pratiche assistenziali) di carattere generale e interventi specifici inclusi nei PAI, elaborati da parte dell'equipe multidisciplinare di struttura (medico, infermiere, fisioterapista, OSS, ecc.), come risultante dall'analisi della letteratura (vedi review).

Tale approccio è alla base di un intervento specifico orientato alla garanzia di un percorso dedicato di valutazione del rischio e di prevenzione delle cadute che prevede il coinvolgimento dell'intera equipe per un'analisi multifattoriale.

⁴ Questo concetto si riferisce ai quei comportamenti "disabilitanti" rispetto alle autonomie della persona anziana, per cui il personale si sostituisce o aiuta la persona, per esempio, per timore di richiederle troppo, e/o per velocizzare un'operazione, nell'assunzione del pasto, o con l'utilizzo dei presidi ad assorbimento per incontinenza (pannolini), per evitare di accompagnare la persona in bagno, ecc.

6. Modalità

Al fine di garantire un'efficace applicazione delle linee di indirizzo, nel pieno rispetto dei modelli organizzativi propri di ogni servizio, i servizi possono individuare un team di operatori che funge da riferimento per gli obiettivi sopra indicati.

Il team dedicato⁵ (indicativamente, tre-quattro persone) dovrà garantire:

- La partecipazione di alcuni sui componenti alle iniziative formative organizzate a livello regionale, e/o aziendale e/o distrettuale e la condivisione dei contenuti di dette iniziative con gli altri membri del team;
- la funzione di riferimento interno al servizio per questa tematica;
- la diffusione delle informazioni e dei materiali informativi e formativi nel servizio;
- la realizzazione di audit periodici, con individuazione, insieme agli altri operatori, delle criticità ed analisi dei problemi da risolvere anche a seguito dell'esame delle dinamiche delle cadute.
- la realizzazione delle iniziative di miglioramento attuabili suggerite dalle analisi periodiche dei dati raccolti e dalla valutazione degli esiti.

Il team, al cui interno è opportuno sia identificato un referente con compiti di responsabilità primaria e coordinamento delle azioni attribuite al team, è uno strumento che affianca e non sostituisce l'ordinaria organizzazione del servizio e coadiuva il coordinatore nel perseguimento degli obiettivi delle linee di indirizzo.

È quindi comunque indispensabile che nell'organizzazione ordinaria siano identificati e condivisi con l'intera equipe i ruoli e le responsabilità interne. In questa prospettiva il referente e i componenti del team agiscono da catalizzatori del processo sia per quanto attiene l'attuazione pratica delle linee, sia per quanto riguarda la diffusione dell'approccio proposto con l'obiettivo di stimolare la consapevolezza e la competenza di tutti gli operatori rispetto al tema.

Analogamente al percorso proposto nell'ambito della sperimentazione, si individuano i seguenti passaggi:

- Acquisizione della documentazione e degli strumenti messi a disposizione;
- Lettura e rappresentazione della situazione del servizio all'avvio del percorso;
- Individuazione del team e delle modalità di informazione e coinvolgimento di tutto il personale;
- Creazione delle condizioni per rilevare le cadute sistematicamente, secondo la definizione fornita e le informazioni essenziali individuate (allegato 4);
- Garanzia della trasmissione delle nuove informazioni acquisite a tutto il personale e della conoscenza, da parte di tutti gli operatori del servizio, degli strumenti di supporto messi a disposizione;
- Pianificazione delle azioni previste nelle linee di indirizzo regionali, con particolare riferimento all'analisi dei fattori di rischio ambientali e organizzativi e della valutazione del rischio individuale.

⁵ L'individuazione del team dedicato non presuppone in alcun modo che le conoscenze specifiche inerenti le tematiche di cui alle presenti linee debbano rimanere circoscritte al team, ma si tratta di un piccolo gruppo di professionisti che presidia questo tema a garanzia della continuità dell'approccio, promuovendone la trasmissione a tutto il personale e in raccordo con l'equipe assistenziale multidisciplinare.

Dalla sperimentazione è emerso il ruolo centrale del team multi professionale dedicato:

“In generale il team dedicato, come modalità suggerita dalle linee di indirizzo, ha funzionato bene.

Con una o due figure esperte e motivate trainanti e la partecipazione di tutte le altre figure professionali, il percorso è stato portato avanti, trovando le modalità attuative specifiche più funzionali rispetto all’organizzazione del proprio servizio.

Nella fase iniziale del percorso, è emerso, il ruolo decisivo del Coordinatore responsabile, in quanto promotore dell’utilizzo di metodologie di lavoro integrate e multi professionali, nel creare le condizioni interne necessarie alla diffusione delle azioni individuate da parte del team dedicato.

La partecipazione del medico di struttura al team dedicato e il suo coinvolgimento continuativo nell’equipe⁶ per i PAI, ha avuto l’effetto positivo di includere gli aspetti clinici di sua competenza, con particolare riferimento alla prescrizione farmacologica e all’analisi delle comorbidità, per le ricadute potenziali di questi fattori sul controllo del rischio caduta.

L’attività del Team dedicato riveste quindi importanza fondamentale, ed è risultato importante evitare di circoscrivere l’attuazione delle linee del progetto ad un solo professionista.”

7. Azioni

In ordine logico e cronologico, le azioni essenziali da attuare sono le seguenti:

- a) valutazione della situazione al momento precedente l’avvio dell’attuazione delle linee di indirizzo (scheda monitoraggio al momento di avvio del percorso)
- b) analisi dei fattori di rischio generali legati all’ambiente e all’organizzazione in modo da individuare eventuali aspetti critici su cui intervenire;
- c) garanzia di interventi generalizzati verso tutti gli ospiti finalizzati al mantenimento del più alto livello funzionale ed al contrasto della progressione della disabilità, favorendo le condizioni che riducono il rischio di cadute;
- d) adozione di tutte le azioni organizzative ed assistenziali rivolte alla generalità degli ospiti che assicurano maggior benessere, autonomia e riduzione del rischio cadute;
- e) garanzia, per tutti gli ospiti del servizio, della valutazione del rischio individuale di cadute per poter valutare eventuali interventi da pianificare e attuare nei Pai;
- f) monitoraggio costante delle cadute, garantendo comunque la rilevazione degli elementi minimi comuni (Allegato 4) che dovranno far parte dello strumento utilizzato dai servizi per la rilevazione dell’evento cadute;
- g) Valutazione periodica della situazione, dopo l’attuazione delle azioni previste nelle linee.

⁶ La partecipazione del medico nell’ambito dell’equipe assistenziale è richiamata anche nella DGR 1398/06 “Accordo Regionale in attuazione dell’ACN reso esecutivo in data 23 Marzo 2005, mediante Intesa nella Conferenza Stato –Regioni, per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale”: “L’equipe assistenziale - Il Medico opera in equipe per attuare la valutazione multidisciplinare dell’anziano, l’elaborazione di piani personalizzati di assistenza, per i soggetti a maggiore impegno assistenziale (ad es. affetti da demenza o in terapia del dolore o gravissime disabilità acquisite) la loro verifica periodica e l’erogazione delle attività mediche di diagnosi e cura. [...]”

7.1. L'analisi dei fattori di rischio

Nei paragrafi che seguono, si illustrano i principali fattori di rischio estrinseci ed intrinseci, mettendo in evidenza in che modo possono incidere sul rischio di caduta delle persone anziane ospiti delle strutture e fornendo spunti di riferimento e semplici suggerimenti pratici utilizzabili per attuare interventi di prevenzione.

7.1.1 Individuazione Fattori ambientali, strutturali, ergonomici

L'ambiente e l'interazione con la persona che lo abita

È essenziale la relazione che intercorre tra l'individuo e l'ambiente. In generale, il luogo in cui si vive deve essere a misura dell'abitante e tenere conto delle sue caratteristiche bio-psico-sociali.

L'ambiente di vita deve liberare il movimento e deve far stare bene, ossia deve fornire sicurezza e comfort, essere accessibile ed usabile, riconoscibile ed apprezzabile, perché l'ambiente può promuovere nell'abitante benessere o il suo contrario.

In modo particolare nelle strutture residenziali e semi-residenziali per anziani, tenuto conto anche del loro carattere di collettività e di convivenza di attori diversi (anziani, personale, familiari in visita, ecc.), il tema dell'affezione al luogo, del riconoscersi con esso, e quello di un approccio che tenga conto delle molteplici e differenti esigenze, diventano capisaldi di qualsiasi intervento.

L'ambiente, oltre a promuovere sicurezza e comfort nello svolgere le diverse attività, può anche stimolarle puntando, da un lato, sulla sua immagine (piacevolezza e bellezza, processo di identificazione), dall'altro, sulla sua accessibilità e fruibilità, favorendo l'orientamento, il movimento e l'uso.

Anche gli oggetti presenti (arredi ed attrezzature) costituiscono un valido aiuto a "dare senso" allo spazio ed a renderlo fruibile, purché la loro scelta sia congruente rispetto alla funzione della stanza in modo da non ingenerare perplessità a chi vive stati confusivi, e purché siano correttamente collocati, affinché nel loro intorno ci siano adeguati spazi alla mobilità anche in relazione all'eventuale ausilio impiegato. Per quest'ultimo motivo è necessario pensare ai percorsi che quotidianamente vengono compiuti in quella specifica stanza per l'esecuzione delle diverse mansioni, in modo da razionalizzare la percorrenza e da non inserire degli "ostacoli" lungo le direttrici.

Analisi dei fattori ambientali, strutturali e ergonomici e possibili interventi

Alla base della pianificazione degli interventi sull'ambiente, c'è l'analisi della situazione esistente, quindi un'attenta rilevazione, osservazione e valutazione dei fattori ambientali, strutturali ed ergonomici.

A questo fine, si mette a disposizione (Allegato n. 2) una Check list che, per ogni elemento ambientale, individua le componenti ed esplicita le possibili fonti di rischio caduta per le persone. A fianco, nella griglia di lettura, si indicano anche possibili interventi che vanno nella direzione dell'eliminazione e/o della riduzione dei rischi e della migliore disposizione dell'ambiente ai fini del benessere, della libertà di movimento e della sicurezza degli ospiti.

Per favorire un percorso di miglioramento graduale, si sono suddivisi gli interventi possibili in:

- Cosa è possibile fare a costo zero o con piccola spesa;
- Cosa è possibile fare con investimenti strutturali economicamente più rilevanti (in occasione di ampliamenti, ristrutturazioni).

La check list è articolata e analitica in quanto strumento tecnico che deve descrivere ed illustrare dettagliatamente gli elementi di rischio strutturali, ambientali ed ergonomici, le modalità con cui determinano il rischio di caduta per l'utente e quali sono i possibili interventi preventivi per assicurare condizioni di sicurezza, confort e fruibilità.

È importante che non sia inteso come mero adempimento burocratico.

L'obiettivo dello strumento è di costituire una mappa di riferimento per l'osservazione ambientale.

La check list può aiutare:

- a identificare, in modo sistematico e non casuale, i fattori di rischio ambientali che possono essere causa o concausa di cadute all'anziano;

- ad avere un'attenzione quotidiana a individuare gli elementi che possono costituire fattori di rischio;

- a introdurre nelle normali prassi operative di controllo degli spazi, delle attrezzature, degli ausili, l'osservazione finalizzata ai potenziali elementi di rischio caduta degli ospiti;

- a verificare i risultati delle azioni di miglioramento.

La check list può essere uno strumento "dinamico" che incrementa l'efficacia nel tempo, grazie all'osservazione, da parte degli operatori, degli effetti delle azioni intraprese sulla base della rilevazione degli elementi di rischio ambientali segnalati, consentendo di rilevare altre criticità e introdurre ulteriori miglioramenti.

7.1.2 Analisi dei fattori organizzativi

La caduta nell'anziano può essere la spia di una condizione patologica individuale, ma spesso è legata anche ad altri aspetti come un orlo troppo lungo dei pantaloni che può fare inciampare ...

Le cadute chiamano in causa un'interazione complessa di fattori non solo ambientali, ma anche circostanze legate alle semplici attività di vita quotidiane, organizzative e alle prassi operative. A questo proposito il gruppo di lavoro multidisciplinare che ha lavorato sulla prima versione delle linee di indirizzo, sulla base dell'esperienza diretta e della conoscenza del contesto specifico delle strutture per anziani, ha identificato alcuni dei fattori di rischio caduta; fattori come l'abbigliamento, l'alimentazione, la comunicazione giocano infatti un ruolo non secondario.

Parallelamente, il gruppo si è soffermato sugli strumenti utili per individuare le condizioni a rischio, definendo obiettivi, comportamenti e strategie organizzative/preventive per ridurre tali rischi.

Interventi relativi ai fattori organizzativi

Nello schema che segue sono riportate le azioni relative ai fattori organizzativi.

Va precisato che non tutti i fattori organizzativi riportati hanno un nesso causale potenziale con l'evento caduta.

I fattori illustrati rappresentano a volte elementi di miglioramento dei processi assistenziali e di prevenzione in generale, che ovviamente possono avere ricadute positive ed indirette anche sulla riduzione del rischio specifico di cadute.

Abbigliamento

Obiettivi	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Comportamenti (da porre in essere da parte degli operatori)	Strategie organizzative (pianificazione operativa a cura direzione/coordi-namento struttura)
<ul style="list-style-type: none"> •Evitare fonti di inciampo e instabilità posturale •Evitare cause che compromettan o libertà di movimento e l'esercizio delle autonomie residue 	<p>Calzature</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Calzature che non assicurano l'aderenza al pavimento ed il pieno ricorso al movimento spontaneo (per esempio, pantofole, ciabatte o altro) possono essere causa di caduta •Suole in materiale non antiscivolo oppure che producono eccessivo attrito possono indurre scivolamenti o fare inciampare. •Una calzatura non più idonea o logora può causare pressioni e dolore e alterare il cammino mettendo a rischio di cadute la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> •Osservazione dei comportamenti individuali degli ospiti nel camminare •Monitoraggio delle soluzioni adottate circa le calzature •Verifica delle calzature in dotazione (che devono avvolgere totalmente il tallone, offrire giusto sostegno, senza essere troppo strette senza esercitare pressione, garantire la giusta aderenza senza bloccare il piede durante il passo, essere della giusta misura e adeguate alla conformazione del piede della persona) •Verifica del gradimento e della efficacia della soluzione adottata attraverso il coinvolgimento dell'anziano •Controllo periodico del cammino e dell'idoneità delle calzature preferibilmente scelte insieme al fisioterapista 	<ul style="list-style-type: none"> •Avvalersi degli strumenti di comunicazione coi familiari, ad es. la carta dei servizi, per informare su come è preferibile siano le calzature da fornire agli utenti •Prevedere, se possibile, il coinvolgimento dei familiari in merito all'acquisto di calzature appropriate •Pianificare le consulenze periodiche del podologo come prassi operativa stabile da destinare a tutti gli ospiti •Definire nei piani di attività i cambi stagionali a garanzia dell'adeguatezza delle calzature alle variazioni climatiche •Avviare azioni di sensibilizzazione degli operatori,(per es. tramite la formazione, prevedendo campi specifici nella raccolta dati per la definizione dei PAI)
<ul style="list-style-type: none"> •Assicurare comfort nel rispetto dei gusti e delle abitudini degli anziani •Utilizzare indumenti compatibili con il rispetto della 	<p>Pantaloni, maglie, abiti, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Il vestiario inadeguato per taglia e conformazione, può limitare e/o ostacolare il movimento spontaneo e le capacità residue. •Il vestiario 	<ul style="list-style-type: none"> •Osservazione dei cambiamenti fisici dell'anziano (ad es., più magro) e adeguamento tempestivo dell'abbigliamento •Attenzione a chiusure, orli, gonne strette, ecc. 	<ul style="list-style-type: none"> •Prevedere il coinvolgimento dei familiari nel disporre gli adattamenti necessari all'abbigliamento •Definire nei piani di attività i cambi stagionali a

dignità persona, che permettano le manovre assistenziali e che non limitino il libero movimento dell'anziano		(larghezza e lunghezza inappropriate) può determinare appigli accidentali e causare cadute.	<ul style="list-style-type: none"> •Sostegno all'utilizzo di indumenti che permettano le manovre assistenziali e non limitino il movimento dell'anziano (rispettando il decoro e la dignità della persona) 	<p>garanzia dell'adeguatezza dell'abbigliamento alle variazioni climatiche</p> <ul style="list-style-type: none"> •Garantire la scelta individualizzata dell'abbigliamento bilanciando le scelte di sicurezza con i desideri e le abitudini degli anziani
--	--	---	---	--

Comunicazione

Obiettivi	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Comportamenti (da porre in essere da parte degli operatori)	Strategie organizzative (pianificazione operativa a cura direzione/ oordinamento struttura)
Garantire che la comunicazione fra gli operatori sia: chiara, comprensibile, efficace, tempestiva e aggiornata	Sistema informativo Strumenti e modalità utilizzati	Un'informazione non aggiornata sulle condizioni dell'ospite può determinare una scelta errata degli interventi assistenziali e/o sanitari	Aggiornamento costante degli strumenti informativi (scheda individuale consegne, PAI) per garantire il monitoraggio delle variazioni dello stato di salute della persona	<ul style="list-style-type: none"> •Definire, nei piani delle attività, momenti per il passaggio di consegna che garantiscano la presenza contestuale degli operatori •Calendarizzare la revisione periodica della documentazione

Nell'ambito della sperimentazione, i servizi partecipanti hanno confermato come l'informatizzazione possa facilitare l'analisi e le azioni di miglioramento, quindi l'efficacia del processo assistenziale.

Per quanto attiene all'oggetto specifico di queste linee di indirizzo, coerentemente con le indicazioni inerenti la cartella socio-sanitaria integrata e per favorire una comunicazione veloce ed efficace sugli elementi essenziali che gli operatori devono conoscere di ogni ospite, si ritiene utile che sia inclusa, nell'ambito del Pai, una sezione dedicata alla prevenzione delle cadute.

<ul style="list-style-type: none"> •Operare in accordo e con la collaborazione dell'ospite. •Garantire il coinvolgimento dell'utente e/o dei familiari nella definizione dei piani 	Compliance	<ul style="list-style-type: none"> •L'utilizzo di un linguaggio non adeguato all'ospite può impedirne la comprensione. •La mancata comprensione delle informazioni o il non riconoscimento dell'importanza delle stesse può esitare in 	<ul style="list-style-type: none"> •Adottare tempi di ascolto, tono, lunghezza delle frasi adeguati alla persona •Informare sempre l'anziano di quello che si sta facendo •Accertarsi che le informazioni siano state comprese dalla persona 	Promuovere la ricerca di modalità comunicative personalizzate e valorizzare, attraverso il Pai e le consegne integrate, la condivisione delle strategie più efficaci, segnalando quelle che ostacolano la comunicazione.
--	-------------------	--	---	--

assistenziali individualizzati		comportamenti a rischio	richiedendo eventualmente un ritorno (feed back) •Quando non è comprensibile la parola, valorizzare forme di comunicazione non verbale	
--------------------------------	--	-------------------------	---	--

Alimentazione

Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	• Comportamenti (da porre in essere da parte degli operatori)	Strategie organizzative (pianificazione operativa a cura direzione/coordinamento struttura)
Assicurare un adeguato apporto nutrizionale e l'attenzione ai gusti, alle preferenze e abitudini individuali <i>"Il cibo rappresenta il rapporto con la vita e prevede il riconoscere il cibo mettendo in campo una serie di azioni legate ai sensi: apprezzarne forme e colori, odorarlo, prepararlo, sentirlo, ingerirlo e eliminarlo, un ciclo che quando è interrotto, può causare la "malattia" ...</i>	Alimentazione Idratazione	<ul style="list-style-type: none"> •La perdita di forza, di trofismo, di tono muscolare; l'astenia e l'ipotensione possono determinare cadute •Il sovrappeso può comportare impaccio motorio e funzionale •La disidratazione o l'eccessiva idratazione possono determinare scompensi nei soggetti a rischio 	<ul style="list-style-type: none"> •Monitorare la corretta idratazione e l'adeguato apporto alimentare (con riferimento al piano individuale) •Effettuare il controllo periodico del peso •Garantire la valutazione individuale a delle esigenze nutrizionali e della capacità di deglutizione •Favorire la presentazione gradevole dei cibi 	<ul style="list-style-type: none"> •Garantire flessibilità negli orari di consumo dei pasti, nella preparazione dei pasti e nella varietà degli alimenti •Assicurare la differenziazione dell'offerta in base ai giorni della settimana (domenica, festività, ecc.) e alla stagionalità, tenendo presente le tradizioni territoriali (es. dolci locali tipici) e il richiamo a tutti gli aspetti dei cibi legati ai sensi che l'anziano non può valutare direttamente (provenienza, caratteristiche, ciclo preparazione)
Garantire condizioni ambientali idonee durante i pasti	Benessere ambientale	I disturbi ambientali e la sovra-stimolazione possono causare irritabilità, agitazione, ansia che possono a loro volta comportare rischi di cadute	<ul style="list-style-type: none"> •Privilegiare, al momento del pasto, elementi che favoriscono la tranquillità, nell'apparecchiatura della tavola, nei colori delle tovaglie e per quanto riguarda lo spazio a disposizione del 	<ul style="list-style-type: none"> •Definire, nel piano delle attività, orari differenziati per la somministrazione del pasto •Somministrare, compatibilmente con i vincoli strutturali, organizzativi e normativi (HCCP) i pasti in più punti della struttura •Favorire, nei piani di attività, il coordinamento tra operatori per garantire la necessaria supervisione •- Definire, nei piani di attività,

			<p>singolo</p> <ul style="list-style-type: none"> •Predisporre alimenti e bevande a disposizione e vicine, accessibili •Monitorare il pranzo e la compatibilità degli anziani al tavolo, ponendo attenzione all'aspetto della socialità e della convivialità •Dopo pranzo, prevedere l'accompagnamento in bagno, monitorare la digestione 	<p>maggiore compresenza degli operatori negli orari (e ambienti) statisticamente più a rischio di cadute in particolare nell'immediato dopo pranzo</p>
<p>Gestione degli effetti "emotivi" e/o comportamentali connessi ai pasti</p>	<p>Agitazione</p>	<p>Alcuni ospiti possono presentare agitazione successiva al pasto che può determinare impulsività, aggressività, confusione e indurre movimenti incontrollati</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Seguire in maniera personalizzata i soggetti a maggiore rischio di cadute collegato al pasto •Comunicare in modo rilassato e calmo; •Fornire istruzioni semplici, evitando motivazioni dettagliate e spiegazioni; 	<ul style="list-style-type: none"> •Definire, nel piano delle attività, eventuali compresenze degli operatori e se possibile delle risorse della rete informale in questi momenti della giornata •Favorire la presenza da parte dei familiari

Accompagnamento da/per il centro diurno

Obiettivi	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Comportamenti (da porre in essere da parte degli operatori)	Strategie organizzative (pianificazione operativa a cura direzione/coordinamento struttura)
<p>Garantire tutela durante il trasporto</p>	<p>Cinture di sicurezza</p> <p>Utenti con disturbi cognitivi e/o - comportamentali</p>	<p>Scarsa compliance dell'utente che può comportare comportamenti oppositivi</p> <p>Stati di agitazione tra utenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Porre attenzione alle reazioni emotive dell'anziano • Favorire un clima di tranquillità anche durante il trasporto, dal momento del distacco dall'abitazione al CD (non avere atteggiamento di contrasto) 	<ul style="list-style-type: none"> •Sensibilizzare gli accompagnatori •Prevedere le possibili situazioni a rischio e pianificare modalità per garantire la sicurezza durante il trasporto

Evitare cadute legate all'utilizzo del mezzo	Salita e discesa dal mezzo	Ridotta o scarsa mobilità dell'utente può comportare rischio di caduta nella salita o discesa a dal mezzo	Valutare, prima di iniziare il trasporto, il numero e la tipologia di ausili utilizzati dagli anziani e la disabilità delle persone trasportate	Garantire la manutenzione e la conseguente efficienza dei mezzi utilizzati per il trasporto degli utenti da e per il centro diurno e la qualificazione degli operatori
--	-----------------------------------	---	---	--

Feste, gite, uscite sul territorio

Obiettivi	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Comportamenti (da porre in essere da parte degli operatori)	Strategie organizzative (pianificazione operativa a cura direzione/coordinamento struttura)
Garantire tutela degli ospiti	Euforia Luogo diverso	Gli ospiti con stato emotivo alterato possono effettuare movimenti inappropriati Se il luogo sede dell'evento è diverso da quello abituale, si può determinare la perdita di riferimenti strutturali conosciuti e possibile innesco di stati ansiosi e/o di agitazione psicomotoria	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisione costante ed intervento al bisogno (stati di euforia e agitazione ospiti) • Alternare momenti di riposo per gli utenti in caso di feste con ballo 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione dettagliata evento che tenga conto delle esigenze ospiti e del rischio nei diversi momenti, informazione e coordinamento degli operatori • Informazione e sensibilizzazione di volontari e caregiver

7.1.3 Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di intervento possibili

In premessa, occorre precisare che ciascun suggerimento va letto in relazione alla specifica condizione della persona anziana e alle indicazioni contenute nel PAI.

Implementazione di modalità di valutazione e gestione del rischio caduta utenti

Criteri di individuazione delle condizioni di rischio

Il rischio di caduta individuale nell'anziano si determina in base ad una approfondita valutazione multidimensionale (VMD), comprensiva di strumenti specifici: le scale più diffuse nelle strutture sono la Conley e/o la Tinetti.

Entrambe le scale, sia utilizzare singolarmente sia in associazione non sono esaustive rispetto alla valutazione dei fattori di rischio che possono concorrere nel provocare una caduta.

Molte strutture si sono dotate di propri strumenti di rilevazione multi fattoriali.

Anche se non si ritiene opportuno attualmente definire una scheda unica regionale per la valutazione del rischio caduta, si ritiene comunque indispensabile che le strutture accreditate assicurino un approccio omogeneo, garantendo una valutazione multifattoriale del rischio di caduta di tutti gli ospiti con la rilevazione, come set minimo di dati, delle informazioni definite di seguito, per area o fattore di rischio.

Individuazione dei soggetti a rischio di caduta

Tramite la valutazione multidimensionale del rischio, è possibile individuare i soggetti a maggiore rischio di caduta a cura delle equipe di struttura, individuazione da utilizzare per pianificare specifici interventi finalizzati alla prevenzione delle cadute e dei possibili conseguenti danni.

All'analisi dei fattori di rischio individuali, si associa la valutazione dell'equipe come elemento indispensabile nella definizione del rischio di caduta.

La valutazione del rischio di caduta, periodicamente riformulata, è inclusa nella cartella integrata ed allegata al PAI e va riformulata su base periodica e/o al mutare dell'assetto bio-psico-funzionale dell'anziano.

Specifici interventi sui Piani di Assistenza Individualizzati

Sulla base del rischio di caduta individuale, è possibile:

- Individuare e attuare possibili interventi ed azioni preventive e di tutela;
- Procedere alla pianificazione, attuazione e monitoraggio di specifici interventi di attività motoria e di riattivazione funzionale personalizzata nell'ambito PAI, al fine di ridurre l'incidenza delle cadute negli ospiti.

La gestione del rischio prevede quindi idonee azioni di valutazione, pianificazione, attuazione e verifica degli interventi di prevenzione da porre in essere.

La pianificazione deve includere in particolare:

- a) azioni trasversali a tutte le categorie di rischio come la presa in carico di tipo informativo ed educativo descritta nei paragrafi seguenti (ad esempio la personalizzazione del dispositivo di chiamata, il regolare l'altezza del letto, il consigliare le idonee calzature) e
- b) azioni correlate al livello di rischio individuale ed a specifici casi clinici.

Ad esempio:

- per gli ospiti ad alto rischio, è possibile intervenire con assistenza tutelare nella mobilitazione e nell'attività quotidiane, con ausili personalizzati per garantire la sicurezza della postura, con presidi per l'incontinenza, con l'educazione sanitaria all'ospite ed ai famigliari, con il controllo dei parametri vitali, con la verifica dell'adeguatezza del piano terapeutico, ecc.;
- durante la permanenza in struttura degli ospiti risultati da valutazione ad alto rischio, sono opportuni il confronto attivo con l'ospite ed i famigliari⁷ sui fattori di rischio per prevenire recidive di cadute, la rivalutazione del piano terapeutico, la valutazione a brevi intervalli temporali dell'efficacia del PAI.

Gli assistiti che hanno già subito cadute devono essere considerati ad alto rischio.

Al fine di migliorare le strategie preventive è necessario analizzare periodicamente i dati relativi alle circostanze delle cadute (ospiti che maggiormente cadono, modalità, orari, luoghi, condizioni fisiche, ecc).

In sintesi, occorre:

1. valutare il rischio di caduta individuale e individuare i soggetti a maggiore rischio;

⁷ Il confronto attivo va assicurato in primo luogo con l'ospite quando consapevolmente e responsabilmente in grado di tutelare la propria salute; con i famigliari e/o l'amministratore di sostegno quando l'ospite non è in grado di tutelare consapevolmente la propria salute.

2. valutare le statistiche inerenti le cadute e individuare momenti, luoghi, fattori di criticità;
3. pianificare specifici interventi preventivi, sia individuali che di gruppo, da inserire nei PAI;
4. pianificare interventi organizzativi sulle criticità rilevate.
5. verificare l'esito della pianificazione.

Si ricorda che dalla sperimentazione realizzata (vedi report per illustrazione dettagliata), è emerso che circa il 64% delle cadute ha riguardato ospiti individuati a rischio di caduta, mentre il 36% delle cadute ha riguardato persone giudicate non a rischio.

Dall'analisi statistica, è emerso che *“Nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali per anziani non autosufficienti, gli interventi di prevenzione delle cadute “globali, di struttura”, rivolti all'intero servizio e a tutti ospiti (organizzazione, ambiente, attività fisica, lavoro d'equipe) sono risultati più efficaci nel ridurre le cadute rispetto agli interventi sul singolo ospite”*.

Contestualmente, è emersa la possibilità di incidere positivamente sui soggetti a rischio di cadute: *“I soggetti valutati a rischio cadute sono quelli che traggono maggiori benefici dagli interventi di prevenzione”* e, in particolare: *“Gli interventi personalizzati di prevenzione (nell'ambito dei Pai) riducono soprattutto la “gravità” e quindi le conseguenze delle cadute (es. fratture, trauma cranico)”*.

Principali fattori di rischio individuale: strategie possibili, precauzioni ed interventi

Nei paragrafi che seguono, per i principali fattori di rischio individuale, si identificano alcuni dati da rilevare al fine dell'individuazione del rischio caduta e alcuni interventi e precauzioni possibili.

Al fine di evitare di incidere in modo significativo sull'organizzazione attuale dei servizi e in continuità con l'approccio pratico- operativo trasversale a tutto il presente documento, alcuni dati inseriti all'interno degli schemi che seguono sono dati estrapolati dalla B.I.N.A., (Breve indice di non autosufficienza) già utilizzato dai servizi e dalla scala Conley, già citata in precedenza.

Il rischio iatrogeno

Diversi autori riferiscono che i **pazienti trattati con più di tre o quattro farmaci contemporaneamente** si trovavano a rischio di cadute ricorrenti rispetto a pazienti trattati con un minor numero di farmaci. Vi è infatti una relazione direttamente proporzionale tra il numero dei farmaci assunti ed il numero delle cadute (3 o più farmaci). Maggiore è il numero di farmaci assunti, maggiore è il rischio di sviluppare un evento avverso da farmaci (ADR Adverse Drug Reaction).

DATI MINIMI RELATIVI AI FARMACI CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- **assume più di tre farmaci contemporaneamente con un'attenzione particolare a quelli che:**
 - *hanno un effetto sedativo sul sistema nervoso centrale*
 - *hanno un effetto ipoglicemizzante*
 - *hanno un effetto diuretico*
 - *agiscono sul sistema cardiovascolare con effetto ipotensivo o antiaritmico*

Le **strategie possibili** prevedono:

Il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci e la rivalutazione della terapia assunta dal soggetto può avere un effetto positivo sulla riduzione delle cadute nell'anziano.

È opportuno pertanto che il medico competente valuti periodicamente la necessità e utilità di ogni farmaco prescritto, tenendo conto del rapporto rischio/beneficio anche per quanto riguarda il "rischio cadute".

È importante inoltre prestare particolare attenzione nel monitoraggio della prescrizione (adeguato dosaggio, modalità somministrazione) di alcune categorie farmacologiche:

- **ANTI-IPERTENSIVI:** soprattutto diuretici (ipotensione ortostatica ed incontinenza da urgenza)
- **IPNOTICI:** soprattutto benzodiazepine (sedazione e confusione mentale)
- **IPOGLICEMIZZANTI:** possibile comparsa di ipoglicemia che favorisce le cadute
- **NEUROLETTICI:** comparsa di effetti extrapiramidali (disturbi motori, rigidità, sedazione e confusione mentale)
- **ANTIDEPRESSIVI:** triciclici ed SSRI (associati ad un rischio di caduta sia per possibile sedazione sia per disturbi motori)
- **DIGOSSINA ED ANTIARITMICI** di classe I

Si ricorda anche l'opportunità di verificare ed eventualmente adattare il piano terapeutico in relazione alla stagione e ad eventuali ondate di calore.

Per quanto riguarda le modalità di somministrazione, vanno evitate quelle che possono indurre comportamenti che aumentano il rischio di cadere. Ad esempio vanno valutati gli orari di somministrazione dei diuretici ed, in particolare, l'effettiva necessità della somministrazione del diuretico dopo le ore 16, al fine di evitare frequenti alzate dell'anziano durante il riposo notturno.

L'anamnesi di precedenti cadute

Si focalizza in particolare sui casi che hanno avuto due o più cadute nei 12 mesi precedenti.

L'esito in frattura costituisce ulteriore elemento di aggravio del rischio.

DATI MINIMI RELATIVI A CADUTE PRECEDENTI CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- **è caduto più di una volta nei 12 mesi precedenti la data di rilevazione del rischio caduta;** tale dato deve essere riferito sia al domicilio sia a ricoveri della persona in altri contesti assistenziali
- **ha avuto vertigini o capogiri negli ultimi tre mesi (Scala Conley)**

Le **strategie possibili** prevedono:

Intensificare la supervisione nei confronti degli ospiti già caduti; ad esempio, nell'assegnazione della camera e/o del posto a tavola, porre attenzione alla vicinanza con i punti maggiormente presidiati dagli operatori.

Accompagnare periodicamente in bagno i pazienti deambulanti a rischio di caduta.

La paura di cadere

DATI MINIMI RELATIVI ALLA PAURA DI CADERE CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- **Segnala/riferisce timore durante la deambulazione**
- **Tende a cercare appoggi durante la deambulazione**

Le **strategie possibili** prevedono:

Valutare se:

- l'uso di un ausilio per la deambulazione può servire a dare sicurezza all'anziano,
- inserire l'anziano con paura di cadere in un piccolo gruppo di attività fisica o di rieducazione individuale contribuisce a dargli sicurezza.

I disturbi dell'equilibrio, instabilità posturale e andatura

DATI MINIMI RELATIVI AI DISTURBI DELL'EQUILIBRIO, INSTABILITA' POSTURALE E ANDATURA CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- **Presenta compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile (CONLEY/TINETTI)**
- **Presenta scarso equilibrio (TINETTI)**
- **Deambula durante le terapie infusive o in presenza di dispositivi medici che possono causare intralcio durante la deambulazione**

Le **strategie possibili** prevedono:

L'accurata VMD da parte dell'intera equipe assistenziale, che consente di:

- Individuare gli ospiti che possono responsabilmente deambulare autonomi, anche con

ausilio, oppure solo se assistiti, oppure con supervisione.

- Individuare le cause osteoarticolari e/o muscolari e/o neurologiche e/o cardiovascolari, etc., che compromettono l'equilibrio e l'andatura
- Individuare l'idoneo ausilio per la deambulazione (se necessario), inserendo nel PAI l'assistenza o supervisione al cammino,
- Ricercare una migliore postura seduta attraverso cuscini e sedie o carrozzine di giusta altezza (importanza dell'appoggio dei piedi a terra o alle pedane),
- Verificare l'utilizzo di una calzatura adeguata, l'eliminazione di ostacoli lungo il percorso (sedie lontane dai tavoli, deambulatori in mezzo alle stanze...) e la presenza dei corrimani necessari nei corridoi e nei bagni.⁸

Valutare la possibilità di inserire questi anziani in programmi di rieducazione individuale o in piccoli gruppi.

L'uso degli ausili

DATI MINIMI RELATIVI ALL'USO DI AUSILI CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- **Cammina/si sposta con ausili (BINA)**
- **Si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con sedia a ruote (BINA)**

Le **strategie possibili** prevedono:

- Valutare la necessità dell'ausilio da parte del fisioterapista
- Verificare che l'ausilio sia adeguato per consentire all'utente una deambulazione più sicura.
- Assicurarsi che l'ausilio sia "personalizzato", cioè adattato il più possibile alle esigenze di chi lo utilizza:
 - regolare adeguatamente le altezze di bastoni, stampelle, deambulatori e girelli è molto importante affinché questo non diventi un oggetto ingombrante da portare con sé, invece di essere un valido aiuto.
 - se un anziano ha l'abitudine di portare con sé oggetti personali (borsetta, giornale, giacca, occhiali...) si può provvedere ad aggiungere al deambulatore il cestino portaoggetti;
 - a chi invece usa il bastone si può consigliare una borsa a tracolla o un marsupio: camminare tenendo degli oggetti in mano può destabilizzare l'equilibrio;
- Rivalutare periodicamente ed ogni volta si presentino cambiamenti delle condizioni della persona, compresi gli episodi di perdita dell'equilibrio e cadute, l'adeguatezza dell'ausilio in uso.

La valutazione multidimensionale e la conseguente ridefinizione del PAI può esitare in:

- il fisioterapista valuta se l'ausilio in uso è ancora adeguato: se l'ausilio viene confermato

⁸ NB I suggerimenti inerenti le attenzioni da avere nei confronti dei singoli ospiti si integrano nell'ambito di una strategia più ampia che prevede l'analisi degli elementi di rischio ambientali e la pianificazione di interventi organizzativi per farvi fronte (Vedi Check list). Si richiamano per esempio gli elementi: PARAPETTI/CORRIMANI, SCALE e BAGNI-attrezzature.

nel PAI, l'equipe deve valutare se sussiste la necessità di intraprendere un periodo di esercizio fisico volto al miglioramento di forza, equilibrio e tono muscolare e di addestramento al cammino con tale ausilio.

- il fisioterapista valuta che l'ausilio in uso non è più adeguato: in tal caso l'operatore valuta la necessità di avviare un percorso di addestramento al cammino con un ausilio talvolta "maggiore" (es. passaggio dal bastone al deambulatore) e se necessario intraprendere un periodo di esercizio fisico volto al miglioramento di forza, equilibrio e tono muscolare.

I deficit cognitivi e/o i disturbi comportamentali

La valutazione delle funzioni cognitive e della presenza di disturbi comportamentali deve essere parte integrante della Valutazione Funzionale Multidimensionale di ogni anziano all'ingresso e deve essere ripetuta periodicamente e secondo necessità. Assieme alla valutazione dell'equilibrio e della postura, la valutazione delle funzioni cognitive e della presenza di disturbi comportamentali è necessaria per definire il rischio di caduta individuale ed è parte integrante e basilare delle nozioni necessarie per predisporre un corretto PAI anche in funzione della prevenzione delle cadute.

DATI MINIMI RELATIVI ALLA PRESENZA DI DEFICIT COGNITIVI E/O DISTURBI COMPORTAMENTALI CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- **Presenta disturbi dell'umore o disturbi cognitivi (o comportamentali lievi) (BINA)**
- **Presenta disturbi cognitivi in assenza di gravi e costanti disturbi comportamentali (BINA)**
- **Presenta frequente /costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo (BINA)**
- **Presenta sindrome da vagabondaggio (wandering)**
- **Presenta deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo (CONLEY)**

Le **strategie possibili** prevedono:

- Individuare gli ospiti che possono deambulare solo se assistiti o con supervisione;
- Se l'ospite ha la sindrome del "vagabondaggio" (wandering), se possibile, favorire la deambulazione nell'ambito di uno spazio senza barriere architettoniche e sorvegliato, ancora meglio se "protesico";
- Se l'ospite è wandering, valutare la possibilità di inserirlo in piccoli gruppi omogenei dove potere svolgere una semplice attività di psico-stimolazione ("attività distraente") e / o di ergoterapia (fare gomitoli, piegare strofinacci, sgranare piselli, impastare, etc);

Sono possibili approcci non farmacologici per le persone con bisogni cognitivi, emozionali/comportamentali compromessi. In particolare:

- intraprendere strategie interdisciplinari e multidimensionali per assistere le persone con depressione, agitazione o aggressività;
- comunicare in modo rilassato e calmo;
- fornire istruzioni semplici, evitando motivazioni dettagliate e spiegazioni;
- favorire la presenza dei familiari;
- provare strategie non farmacologiche per favorire il sonno (per esempio: fare assumere bevande rilassanti, creare un ambiente favorevole al riposo).

La riduzione del visus e/o dell'udito

DATI MINIMI RELATIVI ALLA PRESENZA RIDUZIONE DEL VISUS E/O DELL'UDITO CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- Presenta deficit correggibile alla vista e all'udito (BINA)
- Presenta grave deficit alla vista o all'udito non correggibile attraverso l'uso di occhiali o protesi acustiche (BINA)
- Presenta cecità o sordità completi (BINA)

Le **strategie possibili** prevedono:

- Controllare periodicamente tramite osservazione lo stato del visus e dell'udito
- Controllare periodicamente il grado di correzione delle lenti degli occhiali e la funzionalità degli apparecchi acustici;
- Verificare che gli ambienti siano adeguatamente illuminati durante il giorno;
- Garantire un'adeguata illuminazione ambientale notturna⁹ sia negli spazi comuni che nelle camere affinché gli ospiti possano facilmente orientarsi nell'ambiente (per esempio, una piccola luce accesa nella stanza permette all'ospite di individuare più facilmente gli ostacoli)
- Educare e facilitare l'ospite nell'uso del "campanello" di chiamata, invitandolo a chiamare in caso di necessità.

⁹ NB I suggerimenti inerenti le attenzioni da avere nei confronti dei singoli ospiti si integrano nell'ambito di una strategia più ampia che prevede l'analisi degli elementi di rischio ambientali e la pianificazione di interventi organizzativi per farvi fronte richiamati (Vedi Check list). Si richiama l'elemento dell' ILLUMINAZIONE NATURALE E ARTIFICIALE.

Alterazioni dell'eliminazione urinaria e fecale

DATI MINIMI RELATIVI AD ALTERAZIONI DELL'ELIMINAZIONE URINARIA E FECALE CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- **Presenta incontinenza urinaria o fecale episodica (BINA)**
- **Presenta incontinenza urinaria o fecale permanente (BINA)**
- **È portatore di catetere vescicale (BINA)**

Le **strategie possibili** prevedono:

- Se l'ospite deambulante è portatore di catetere vescicale, controllare che la sacca sia ben posizionata, in modo da non essere di intralcio al movimento dell'anziano;
- Se l'ospite è portatore di pannolone accertarsi che questo sia posizionato in modo tale che l'utente non lo senta cadere, causando intralcio al movimento;
- Privilegiare abiti comodi e facilmente gestibili da parte dell'anziano in caso di urgenza di eliminazione;
- Rendere facilmente accessibili i bagni, evitando di lasciare oggetti o carrozzine davanti alle porte;
- Asciugare subito, se necessario, il pavimento nel bagno dopo l'utilizzo di un utente;
- Assicurare ai servizi igienici una buona illuminazione;
- Fare in modo che il bagno sia sempre rifornito di carta igienica e che sia ben visibile e vicina al wc;
- Se possibile, collocare il paziente con urgenza evacuativa vicino al bagno;
- Nello specifico, verificare periodicamente l'eventuale bisogno di recarsi in bagno ed accompagnare l'ospite nel bagno,
- Controllare maggiormente gli ospiti in terapia con diuretici e lassativi ed invitare gli ospiti ad urinare subito prima del riposo notturno.

Il dolore

DATI MINIMI RELATIVI AL DOLORE CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- **Presenta patologie che possono indurre percezione improvvisa del parametro dolore come ad esempio: patologie neuromuscolari, infezioni del tratto urinario, disidratazione, neoplasia**
- **È portatore di presidi per il trattamento del dolore, come, ad esempio infusori elastomerici**

Le **strategie possibili** prevedono:

Un corretto controllo farmacologico e non farmacologico del dolore, oltre ad aumentare la partecipazione dell'anziano all'attività fisica, riduce il rischio della percezione improvvisa ed acuta di dolore che potrebbe essere causa di alterazione dell'equilibrio e della marcia. Pertanto occorre:

- rilevare, valutare e monitorare il dolore attraverso scale di rilevazione e di monitoraggio;
- garantire un adeguato trattamento del dolore attraverso strategie farmacologiche e non.

Le alterazioni a carico dei piedi e degli arti inferiori

DATI MINIMI RELATIVI ALLA PRESENZA DI ALTERAZIONI A CARICO DEI PIEDI E DEGLI ARTI INFERIORI CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- Presenta callosità ai piedi
- Presenta alterazioni della morfologia dei piedi, (ad esempio, alluce valgo)
- Presenza di alterazioni della morfologia delle ginocchia
- Presenta ulcere distrofiche o vascolari a carico dei piedi o degli arti inferiori

Le strategie possibili prevedono:

- Pianificare un controllo periodico rivolto a tutti gli ospiti della struttura da parte degli operatori coinvolti direttamente nell'assistenza (oss, raa, infermiere, terapeuta) o da parte del podologo se ritenuto necessario.
- Valutare periodicamente gli anziani che manifestano, anche attraverso la comunicazione non verbale, dolore o incertezza durante la deambulazione, per identificare possibili callosità, punti di pressione, alluce valgo, dita a martello, macerazioni, etc.

Disturbi della nutrizione

DATI MINIMI RELATIVI ALLA PRESENZA DI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE CHE DEVONO ESSERE RACCOLTI AL FINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA

Se l'ospite:

- Presenta un indice di massa corporea inferiore (o superiore) alla norma
- Presenta inappetenza
- Presenta una carenza di vitamina D
- Presenza anamnesi positiva per osteoporosi e fratture¹⁰

Magrezza. Un indice di massa corporea (BMI) al di sotto della norma può essere indicativo di sarcopenia quindi ipostenotonotrofia attuale e quindi associato con un aumento di rischio di caduta. Inoltre l'assenza di tessuto adiposo non smorza l'effetto del trauma sui segmenti ossei colpiti.

Obesità. È fattore favorente la progressiva riduzione della mobilità del paziente e quindi la comparsa di instabilità posturale e deambulatoria. Unita a patologie osteoarticolari del rachide, degli arti superiori e/o inferiori, neuropatie periferiche – centrali e cardiovascolari aumenta in modo considerevole il rischio di caduta individuale.

Vitamina D La carenza della vitamina D è particolarmente comune negli anziani istituzionalizzati e può portare a debolezza muscolare e ad alterazioni dell'andatura.

Le strategie possibili prevedono:

- Prevedere periodicamente il controllo del peso e del BMI per tutti gli utenti, da aumentare come periodicità in caso di aumento o calo ponderale;
- Adeguare di conseguenza l'alimentazione a seconda della problematica;
- Proporre, nel caso in cui un ospite vada incontro a deperimento psico-fisico o calo ponderale, interventi di educazione sanitaria relativi alla corretta alimentazione;
- Proporre cibi appetitosi e facilmente digeribili e garantire un livello di idratazione adeguato, con particolare attenzione ai periodi di "ondate di calore" nei periodi estivi;

¹⁰ Si rimanda alla valutazione del medico curante per la valorizzazione della farmacoterapia nella prevenzione secondaria.

- Coinvolgere e responsabilizzare i famigliari;
- Utilizzare idonei strumenti per la misurazione del peso.

L'uso dei “mezzi di salvaguardia”

Per quanto concerne l'uso di mezzi di salvaguardia non si ritiene necessario definire alcun dato da rilevare, ma si ritiene importante sottolineare l'attenzione alle strategie possibili di seguito definite.

Le **strategie possibili** prevedono:

- L'uso dei mezzi di salvaguardia (MCS) viene prescritto dal medico dopo la attenta valutazione multidisciplinare con gli altri operatori a tutela dei pazienti in stato confusionale cronico o acuto ad elevato rischio di caduta;
- Si ricorda che i MCS si distinguono dalla contenzione per:
 - a) il fine che non è “contenitivo” ma “protettivo” di persone non in grado di eseguire o controllare responsabilmente i loro atti motori ed i rischi connessi;
 - b) l'obiettivo è il pieno rispetto dell'integrità psico-fisica della persona;
 - c) l'applicazione non è mai discrezionale ma solo a seguito di ampia e dettagliata VMD dell'equipe assistenziale e prescrizione medica con conseguente inserimento nel PAI.
- Durante l'utilizzo degli MCS è necessario un monitoraggio attento dell'utente come previsto nella prescrizione;
- L'utilizzo dei mezzi di salvaguardia deve essere periodicamente rivalutato;
- Il corretto uso dei mezzi di salvaguardia (MCS) richiede che motivazioni, tempi e presidi siano annotati su appositi moduli di prescrizione che vanno conservati nella cartella socio-sanitaria.

Accorgimenti cautelativi per la mobilizzazione e la deambulazione

Programmi individualizzati di mobilizzazione e deambulazione possono concorrere in modo significativo al benessere dell'utente e favorire il mantenimento delle abilità motorie e le capacità funzionali residue.

Tuttavia, pur non essendo un fattore di rischio di per sé, è utile tenere presenti, dal punto di vista della prevenzione delle cadute, alcuni accorgimenti cautelativi.

Per gli ospiti del servizio, fatto salvo condizioni sanitarie particolari e definite all'interno dei PAI da parte dell'equipe multidisciplinare, è opportuno programmare interventi tesi a migliorare l'equilibrio e la capacità di eseguire i passaggi posturali e la marcia.

L'addestramento ai passaggi posturali si basa sui seguenti accorgimenti:

- Fare alzare l'ospite gradualmente;
- Favorire una posizione con i piedi distanziati tra loro che aumenta la stabilità (base allargata);
- Prima di iniziare la marcia, invitare a spostare il peso del corpo da un piede all'altro, perché aiuta a partire con maggiore sicurezza;
- Se l'anziano avverte capogiri o vertigini occorre farlo sedere/coricare immediatamente;

- Se dopo i pasti insorge ipotensione postprandiale, invitare l'ospite a riposare prima di riprendere il cammino.

In generale, particolare attenzione nella mobilizzazione e deambulazione deve essere prestata agli ospiti con ipotensione ortostatica per i quali deve essere periodicamente rivalutata l'appropriatezza della terapia.

8. L'attività fisica per il benessere della persona anziana

L'attività fisica è parte fondamentale nel programma di prevenzione delle cadute nell'anziano. Le cadute non sono conseguenza inevitabile dell'avanzamento dell'età, ma avvengono più frequentemente nell'anziano perché i fattori di rischio di caduta aumentano con l'età.

Il processo di invecchiamento comporta un decremento delle capacità fisiche e cambiamenti che vanno a riflettersi sulla mobilità, sulla marcia e sull'equilibrio. Alla fisiologica perdita di performance fisica legata all'età (riduzione della forza, indebolimento muscolare, modificazione delle capacità percettive...) si sovrappone una perdita di funzionalità legate a malattie croniche - età correlate e una perdita di funzione legata ad abitudini di vita sedentaria che innescano un circolo vizioso riducendo ulteriormente la resistenza e la forza muscolare.

È ampiamente dimostrato che l'esercizio fisico diminuisce il rischio di cadere e il numero di cadute nell'anziano residente al domicilio. Praticare regolare attività fisica migliora le capacità funzionali dell'anziano (equilibrio, forza, flessibilità) e consente un più facile mantenimento delle stesse abilità. Inoltre, l'attività fisica migliora l'umore e aumenta la sensazione di sicurezza nel muoversi, riducendo la paura di cadere, importante fattore di rischio di caduta nell'anziano.

Per quanto riguarda gli anziani ospiti dei servizi residenziali o semi-residenziali, la letteratura ha dimostrato come gli esercizi che coinvolgono l'equilibrio e la coordinazione abbiano una maggiore efficacia nel ridurre il rischio di caduta rispetto a quelli che non li includono.

Come coinvolgere e motivare l'anziano alla pratica dell'attività fisica

Obiettivo generale è proporre programmi di esercizio fisico adeguati all'età, alle caratteristiche e alle capacità motorie dell'anziano.

- Attività fisica di gruppo/ ginnastica di gruppo: rivolti agli anziani "sani e fisicamente efficienti" con l'obiettivo di mantenere/migliorare l'efficienza fisica e l'abilità motoria;
- Attività fisica individuale o piccoli gruppi: rivolti ad anziani che presentano patologie e/ o limitazioni funzionali con l'obiettivo di prevenire il peggioramento delle stesse e di migliorare le capacità funzionali e l'autonomia.

Obiettivi specifici prevedono:

- stimolare l'attività cognitiva, la conversazione e la memoria durante i programmi di attività fisica
- contrastare la paura di cadere dando maggiore sicurezza nei movimenti

Quali professionisti coinvolgere ?

Per quanto riguarda l'attività di gruppo/ginnastica di gruppo: animatori, OSS o altri profili professionali presenti nelle strutture, con la supervisione di un fisioterapista. Per quanto riguarda l'attività individuale/piccoli gruppi, la figura più rilevante risulta sicuramente essere la fisioterapista coadiuvata dagli altri operatori dei servizi.

È necessario precisare che, per quanto riguarda i centri diurni, le indicazioni riportate nel presente documento si applicano tenendo conto dello specifico contesto organizzativo e delle risorse umane, valorizzando così l'apporto degli operatori socio-sanitari appositamente formati che, nel centro diurno in particolare, possono rivestire un ruolo fondamentale

Nel corso della sperimentazione, per quanto riguarda l'attività fisica, sono emersi come punti di forza:

- la valorizzazione della funzione del fisioterapista.

Alcuni dei servizi coinvolti nella sperimentazione, hanno riferito che il progetto ha permesso di migliorare la comunicazione trasversale tra gli operatori ed in modo particolare la relazione fisioterapista/OSS soprattutto per quanto riguarda l'attività quotidiana (alzate, messe a letto) e la tempestività nel rispondere ad eventuali dubbi/quesiti.

Da questo punto di vista il fisioterapista, come previsto anche dalla DGR 514/09, "...effettua la consulenza agli OSS per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità un programma di attività motoria personalizzata".

Il percorso realizzato ha consentito di riconoscere tutte le attività svolte dal fisioterapista, in particolare, per questo obiettivo, le attività di supervisione, verifica, supporto e promozione, qualificando e valorizzando l'attività degli operatori di base.

- la valorizzazione delle attività degli OSS

- l'integrazione con le attività di animazione.

Per garantire la continuità centro diurno - domicilio è necessario inoltre:

- Sensibilizzare l'anziano a muoversi in sicurezza senza innescare paure;
- Coinvolgere il caregiver condividendo obiettivi ed interventi individuati, suggerendo le attività più idonee all'anziano
- Favorire periodici incontri individuali e di gruppo coi caregiver;
- Sensibilizzare, coinvolgere e formare le risorse umane della rete informale;
- favorire il contatto con il territorio, organizzando uscite, passeggiate individuali o di piccolo gruppo;

Modello di riferimento: AFA (attività fisica adattata)

Obiettivi generali dell'attività fisica

Obiettivi generali	Componente	Descrizione elemento di rischio	Comportamenti	Strategie organizzative
Mantenere/migliorare l'efficienza fisica e l'abilità motoria Prevenire il peggioramento di patologie croniche, migliorare le capacità	Forza muscolare Flessibilità Coordinazione ed equilibrio	Ipostenia, indebolimento muscolare, ipotrofia, rigidità articolare, disturbi della coordinazione, instabilità posturale, etc.	<ul style="list-style-type: none"> •Proporre attività fisica di gruppo/ ginnastica di gruppo •Proporre attività individuali o in piccoli gruppi •Definire programmi di attività fisica 	<ul style="list-style-type: none"> •Prevedere, nei piani di attività, dei programmi di esercizio fisico – riattivazione •Sensibilizzare gli operatori rispetto all'importanza di favorire, nella giornata di vita dell'anziano/

funzionali e favorire l'autonomia		aumentano il rischio di cadute	mirata in relazione alle indicazioni dei PAI (in base alle competenze motorie e cognitive e alle condizioni di salute individuali)	quotidianità, il mantenimento delle abilità motorie e delle autonomie residue
-----------------------------------	--	--------------------------------	--	---

Obiettivi specifici dell'attività fisica

Obiettivi specifici	Componente	Descrizione elementi di rischio	Comportamenti	Strategie organizzative
<p>a) Contrastare la sedentarietà</p> <p>b) Stimolare l'attività cognitiva, la conversazione e la memoria</p> <p>c) Contrastare la paura di cadere</p>	<p>Sedentarietà</p> <p>Capacità cognitiva</p> <p>Paura di cadere</p>	<p>Perdita di abilità fisica e autonomia, accelerazione del deterioramento psico-fisico, diminuzione delle motivazioni</p> <p>Aumento delle difficoltà nello svolgimento attività vita quotidiana</p> <p>Aumento del rischio di caduta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • proporre programmi di attività fisica che siano correlati ad attività della normale vita quotidiana dell'anziano • proporre esercizi di training cognitivo (es memory training) • proporre esercizi che aumentino la flessibilità e l'equilibrio 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire lo svolgimento in sicurezza delle più semplici attività della vita quotidiana • Prevedere, all'interno dei programmi di attività fisica, un messaggio educativo sull'importanza del mantenersi attivi • Favorire le attività con terze persone sostenendo le motivazioni • Prevedere, all'interno dei programmi di esercizio fisico, attività di stimolazione cognitiva, della memoria etc • Associare agli esercizi fisici momenti di counselling finalizzati a ridurre la paura di cadere, a informare su come comportarsi in caso di caduta e ad accrescere l'autostima del paziente

Obiettivi specifici dell'attività fisica per i centri Diurni

Obiettivi	Componente	Descrizione elementi di rischio	Comportamenti	Strategie organizzative
Favorire la continuità attività fisica a domicilio	Contrastare l'inattività	L'inattività favorisce la perdita di abilità e di autonomia e accelera il deterioramento psico-fisico	<ul style="list-style-type: none"> •Coinvolgere il caregiver e suggerirgli le attività più idonee all'anziano •Sensibilizzare l'anziano a muoversi in sicurezza senza innescare paure 	<ul style="list-style-type: none"> •Favorire periodici incontri individuali e di gruppo coi caregiver •Sensibilizzare e coinvolgere operatori dei servizi della rete formale e informale

9. La formazione degli operatori

Elemento chiave per l'avvio di processi di miglioramento è la capacità di incidere sui comportamenti quotidiani degli operatori, passando quindi per la "cultura organizzativa" e facendo leva sullo strumento della formazione per promuovere la responsabilizzazione e il coinvolgimento del personale.

La formazione del personale deve comprendere anche la restituzione dei risultati utilizzando la metodologia dell'audit al fine di sviluppare l'apprendimento organizzativo, ovvero quella conoscenza che diviene patrimonio collettivo, che si consolida nella storia dell'organizzazione e che resta disponibile a tutti.

Diffondere le esperienze in atto nelle Strutture ha notevoli ripercussioni positive, ad esempio:

- motivare il personale a sviluppare modelli assistenziali efficaci e ad adottare metodi e strumenti per rendere più sicuro l'ambiente di erogazione delle cure di cui ha responsabilità o in cui opera;
- mantenere l'attenzione al sistema organizzativo, alle esigenze di un'appropriata ragionevole e conforme attività clinica e assistenziale;
- creare l'opportunità di contenere i danni economici degli eventi sfavorevoli e gli esborsi per la loro prevenzione tramite il contenimento degli eventi avversi e della gravità degli esiti;
- trasmettere fiducia, immagine e reputazione positiva all'ambiente esterno con effetti positivi sugli assistiti e sui cittadini in quanto sviluppa il corretto approccio sulle aspettative degli esiti delle cure e dell'assistenza e sui livelli di rischio nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali.

Certamente le differenze culturali, il diverso livello delle competenze linguistiche, le diverse modalità di raccolta dei dati e di variabili monitorate, la presenza di regole, la novità stessa di questo tipo di approccio, l'inesperienza ed il nuovo carico di lavoro da affrontare possono costituire delle difficoltà alla realizzazione.

Al fine di omogeneizzare le conoscenze degli operatori è opportuno che si adotti un sistema di formazione basato su aspetti trasversali di interesse comune da trasmettere in tutte le strutture e su aspetti specifici, pertinenti alla singola struttura, da trasmettere all'interno della stessa. Le attività formative dovranno essere rivolte sia alla generalità degli operatori che a gruppi selezionati di operatori, con attenta selezione dei contenuti e degli obiettivi formativi.

L'attività formativa dovrà coinvolgere, sia i professionisti di ambito sanitario e le figure di coordinamento (Medico di struttura, responsabile dell'attività sanitaria interna, Responsabile di nucleo e fisioterapista), sia gli operatori socio-sanitari in modo da promuovere il cambiamento nelle strategie quotidiane.

Il soggetto gestore del servizio deve assicurare un percorso formativo leggero per tutti gli operatori e più specifico per un gruppo selezionato degli stessi, finalizzato a promuovere una maggiore consapevolezza e di conseguenza una maggiore attenzione ai rischi di caduta.

A partire dai contenuti delle linee di indirizzo regionali, gli incaricati all'interno di ogni servizio

potranno predisporre un pacchetto formativo che includa i contenuti generali delle linee di indirizzo e li contestualizzi e integri per la propria struttura. Nell'ambito di questo pacchetto formativo specifico, sarà prevista la formazione degli operatori presenti e futuri (in caso di turn over), al fine di allineare le conoscenze di tutti gli operatori della struttura relativamente ai fattori di rischio, alla loro valutazione, alle strategie ed agli interventi preventivi, ai sistemi di conoscenza e di monitoraggio degli eventi, alle modalità di elaborazione dei dati e della diffusione dei risultati.

Queste conoscenze devono costituire elemento di formazione per i nuovi assunti coerentemente con l'accreditamento socio-sanitario.

Al fine di incidere sulla prevenzione delle cadute intervenendo sui fattori di rischio ambientali e organizzativi, come emerso dalla sperimentazione, è importante informare e sensibilizzare anche il personale di supporto (addetti alle pulizie, guardarobieri, ecc.) circa gli aspetti cui occorre prestare attenzione ampliandone la consapevolezza di come possono costituire elementi di rischio cadute per gli ospiti.

Nell'allegato B del report sulla sperimentazione, si riporta quale punto di forza relativamente all'ambiente:

“ Coinvolgimento degli operatori addetti ai servizi di supporto - In alcuni servizi sono stati coinvolti anche gli operatori addetti ai servizi di supporto (pulizie, guardaroba, cucina,) con l'obiettivo di promuoverne la consapevolezza ed estendere le attenzioni relative alla prevenzione del rischio caduta .

Il coinvolgimento ha favorito l'acquisizione di una visione d'insieme (non solo propri specifici compiti, ma attività svolte dal singolo operatore nell'ambito di una progettazione riguardante la complessità del servizio) [...]

10. Verso una lettura integrata in termini di indicatori

Una volta messe in atto tutte le indicazioni delle linee di indirizzo, emergono alcune esigenze:

- A) CONTINUITA' - (Consolidare i risultati raggiunti e dare continuità alle azioni promosse);
- B) MONITORAGGIO – (Tradurre i risultati, i percorsi, le azioni promosse in indicatori in grado di agevolare una valutazione dei risultati comparativa e dinamica);
- C) LETTURA INTEGRATA ORIENTATA AL BENESSERE degli ospiti.

Normalmente, la raccolta dei dati di sintesi riguarda il numero di cadute, il numero di ospiti caduti e le conseguenze delle cadute.

Per le considerazioni esposte si ritiene più utile un approccio globale allargando lo sguardo e garantendo la rilevazione anche alle attività di prevenzione pianificate. In particolare, agli interventi personalizzati finalizzati alla prevenzione delle cadute.

Sulla base delle informazioni raccolte, si fornisce un quadro (almeno annuale) delle attività preventive di carattere generale realizzate, delle attività preventive pianificate e attuate sui Pai e degli eventi avversi, della loro gravità, consentendo sia un confronto tra i trend relativi ai diversi anni, sia un'autovalutazione più qualitativa per l'identificazione delle criticità sulle quali concentrare l'attività di miglioramento nella programmazione delle attività.

Nell'ambito del sistema di indicatori già predisposti dalla Regione sono compresi quelli relativi a questa area problematica.

E' bene comunque rammentare che , per avere un quadro significativo dei risultati raggiunti, la lettura e l'interpretazione di eventuali indicatori specifici deve essere messa in relazione con la lettura degli altri indicatori di benessere.

E' importante ricordare che l'indicatore nel numero delle cadute, da solo, non è in grado di cogliere la qualità dell'assistenza né il benessere degli ospiti.

Pertanto, coerentemente con l'approccio previsto nell'accreditamento, (interrelazione tra

diversi requisiti), solo una lettura integrata di diversi indicatori, compresi quelli inerenti la percezione degli ospiti stessi e dei famigliari, compresi quelli di processo, permette di avere validi elementi di valutazione e verifica dei risultati.

11. Informazione ed educazione alla persona e alla sua famiglia

Il coinvolgimento diretto della persona, costituisce una fase preliminare e ineludibile del percorso di prevenzione delle cadute in quanto fa perno sulla possibilità che la persona – in primis – sia l'agente attivo della propria incolumità e del mantenimento del proprio benessere, qualora appunto acceda alla possibilità di conoscere i comportamenti da adottare e da evitare.

Tale intervento agisce sulla consapevolezza e sulla corretta informazione.

Il famigliare è l'altro interlocutore, che, se opportunamente informato in merito all'insieme delle condizioni che possono costituire la genesi del rischio, può favorire le strategie comportamentali ed organizzative in funzione della tutela della persona e proattive rispetto alle cause di cadute.

Tale constatazione induce a ritenere l'approccio informativo ed educativo, basato sulla conoscenza delle condizioni psico - fisiche dell'anziano e delle condizioni ambientali - organizzative, una modalità di intervento di prevenzione primaria, in grado di gestire le prime manifestazioni di fragilità.

Per la sua importanza, tale approccio deve rientrare a pieno titolo tra gli obiettivi e gli interventi prefigurati dagli operatori delle strutture e delle figure assistenziali domiciliari, ai quali destinare l'apprendimento di appropriate conoscenze, e capacità tecnico professionali.

Nell'ambito dei Piani regionali della prevenzione dal 2005 in poi è stato sperimentato un percorso che sfrutta i benefici della comunicazione tra pari e al domicilio, al fine di catturare l'attenzione degli anziani over65enni su un tema così delicato come gli incidenti domestici. Nei luoghi di aggregazione delle persone anziane (come centri sociali di quartiere, parrocchie ecc...) vengono organizzati incontri di educazione alla salute e alla prevenzione del rischio, condotti da operatori dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende Usl. Alcuni dei partecipanti, dopo una specifica formazione, si offrono come volontari per andare direttamente nelle case di altri anziani ad individuare assieme fonti rischio e accorgimenti utili a scongiurare incidenti.

Questo progetto, come gli altri contenuti nel piano e dedicati alla prevenzione degli incidenti domestici, è stato supportato da una campagna di comunicazione regionale, caratterizzata da un linguaggio "leggero" e con personaggi nei quali i destinatari dell'intervento si possono facilmente identificare. Nell'ambito della campagna di comunicazione sono stati prodotti opuscoli, locandine, "spot" per la televisione con personaggi in plastilina, due filmati (uno con i rischi più frequenti per i bambini l'altro rivolto agli anziani), per sostenere progetti specifici di prevenzione e illustrare come, attraverso semplici precauzioni, si possano ridurre i fattori di rischio. A supporto del programma, invece, vengono utilizzati due strumenti specifici: un pacchetto formativo per i volontari che effettuano gli accessi e la checklist di rilevazione di comportamenti o elementi strutturali particolarmente a rischio presenti nelle abitazioni degli anziani.

Tutti gli strumenti prodotti sono disponibili e scaricabili dal sito web www.saluter.it/casa.

Un ruolo che agisce da snodo strategico rispetto agli apprendimenti di prevenzione, è il medico di medicina generale (MMG) che, data l'influenza e l'autorevolezza di cui gode nella relazione con l'anziano e la famiglia, oltre ad informare e a coinvolgere, può prescrivere, quasi fosse un protocollo terapeutico, le pratiche e i comportamenti di prevenzione, rilevando e documentando precedentemente, gli elementi di rischio e le capacità residue in grado di fronteggiarlo.

Per quanto riguarda l'obiettivo della prevenzione nelle strutture, in particolare, è opportuno che, come gli altri operatori, anche i medici di struttura partecipino allo specifico percorso formativo centrato sulla valutazione e prevenzione del rischio di cadute.

L'informazione alla persona anziana, alla famiglia e al caregiver

Obiettivi generale	Componente	Descrizione elemento di rischio	Comportamenti degli operatori	Strategie organizzative
<p>Promuovere l'informazione sui fattori che possono causare rischi di caduta</p>	<p>Consapevolezza del rischio</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Sottovalutazione dei rischi ambientali /organizzativi •Sottovalutazione delle condizioni psico fisiche o patologiche in grado di esporre al rischio •Sottovalutazione delle risorse e dei comportamenti in grado di contrastare il rischio 	<ul style="list-style-type: none"> • nel contesto domiciliare l'operatore esplicita all'anziano e ai famigliari i fattori di rischio e i comportamenti preventivi che l'anziano può adottare e che il famigliare può favorire • nel contesto semiresidenziale l'operatore coinvolge l'anziano ed i famigliari in merito ai fattori di rischio ed ai comportamenti preventivi che l'anziano deve adottare e che il famigliare può favorire •nel contesto residenziale l'operatore coinvolge l'anziano in merito ai fattori di rischio presenti nell'ambiente e insiti nei comportamenti quotidiani ed informa i familiari dei comportamenti preventivi che l'anziano può adottare, monitorando i risultati 	<ul style="list-style-type: none"> •definizione ed attuazione di percorsi formativi specifici finalizzati a garantire un'adeguata presa in carico dell'utente da parte degli operatori con particolare riferimento all'individuazione dei fattori di rischio cadute e all'adozione di comportamenti preventivi
<p>Corretto uso ausili</p> <p>Adozione dei comportamenti più idonei alla prevenzione del rischio</p>	<p>Addestramento all'utilizzo Ausili</p> <p>Addestramento a comportamenti funzionali a contrastare il rischio</p> <p>Consapevolezza dei comportamenti da evitare per prevenire il rischio</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Assenza di una prima valutazione e di indicazioni di carattere preventivo da parte del medico di medicina generale, dell'Unità di Valutazione Geriatrica ed eventualmente del medico fisiatra qualora l'anziano perman-ga al domicilio o frequenti il centro diurno •Sottovalutazione delle prescrizioni e indicazioni del medico fisiatra o del fisioterapista sui comportamenti in grado di contrastare e/o prevenire il rischio 	<ul style="list-style-type: none"> •Simulazioni finalizzate all'apprendimento dei comportamenti da adottare e dei comportamenti da evitare •Valutazione periodica relativa ai comportamenti adottati e evitati dall'anziano in funzione della prevenzione delle cadute •Valutazione periodica, da parte del fisioterapista, relativamente all'adeguatezza dell'ausilio assegnato 	<ul style="list-style-type: none"> •Attuare strategie finalizzate a garantire l'aggiornamento tempestivo della documentazione socio-sanitaria e sanitaria (vedi paragrafo relativo alla comunicazione) •Informazione sulla necessità di rispettare le prescrizioni e indicazioni del medico fisiatra o del fisioterapista circa l'ausilio personalizzato assegnato

L'informazione nei centri diurni per la prevenzione delle cadute anche al domicilio

Obiettivi generale	Componente	Descrizione elementi di rischio	Comportamenti	Strategie organizzative
<p>Promuovere la prevenzione anche al domicilio (continuità dei comportamenti di prevenzione)</p> <p>Prevedere la formazione privilegiata del caregiver sui rischi di cadute al domicilio favorendone la collaborazione</p> <p>Garantire l'informazione e la comprensione dei fattori che possono causare rischi di caduta</p> <p>Informare sui servizi e le opportunità attivabili a livello territoriale</p>	<p>Consapevolezza del caregiver</p> <p>Ausili appropriati</p> <p>Conoscenza dei servizi e degli aiuti attivabili</p>	<p>Sottovalutazione dei rischi ambientali /organizzativi in ambito familiare</p> <p>Sottovalutazione delle condizioni psico fisiche o patologiche della persona anziana</p> <p>Sottovalutazione delle risorse e dei comportamenti in grado di contrastare il rischio in ambito familiare</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire un'appropriate informazione ai famigliari in merito alle strategie adottate dal centro diurno. - Simulazioni (comportamenti da adottare e da evitare nel contesto domiciliare) - Fornire suggerimenti in merito all'acquisto e all'utilizzo di ausili - Fornire suggerimenti in merito a modifiche a domicilio che possono riguardare: <ul style="list-style-type: none"> - la disposizione degli arredi - la disposizione degli elettrodomestici e delle suppellettili - la disposizione degli alimenti - l'utilizzo degli ambienti - l'illuminazione degli ambienti - la destinazione d'uso degli ambienti - la presenza di pericoli o fattori di rischio da rilevare nell'ambiente domestico 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo di materiale illustrativo delle attività personalizzate che realizza il centro diurno - Colloqui informativi con i famigliari promossi dal responsabile del centro diurno destinati ad informare in merito alla fragilità / gestione della disabilità e rischio cadute) - Garantire la condivisione (e la continuità) del piano di attività individuale con riferimento alle attività motorie e di coordinazione dei movimenti e della deambulazione attivati dal centro diurno. - Promuovere la conoscenza e l'utilizzo degli altri servizi della rete e dei servizi specialistici di supporto (es. Centri per l'adattamento domestico – CAAD)

Bibliografia

- “Linee guida di Heidelberg per la promozione dell’attività fisica per le persone anziane” Quarto Congresso nazionale su Attività fisica, Invecchiamento e Sport, Heidelberg, Germania, 1996
- Valeria Tatano, “Progettare la sicurezza domestica”, Maggioli Editore 1998
- Leipzig RM et al. *Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs.* J Am Geriatr Soc 1999; 47: 30-9.
- Leipzig RM, et al. *Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs.* J Am Geriatr Soc 1999; 47: 40-50
- Morse JM, *Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls,* Am. J. Infect. Control, 2002; 30: 376.
- Kallin K et al. *Predisposing and precipitating factors for falls among older people in residential care* Public Health , 2002, 116 (5): 263-71
- Nurmi I, Luthje P. *Incidence and costs of falls and falls injuries among elderly in institutional care* Scandinavian Journal of Primary Health Care 2002, 20(2): 118-22
- Paolo Chiari, Daniela Mosci, Sabrina Fontana, Centro studi EBN – Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico - Azienda ospedaliera di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi “Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti”, 2002
- Schoor NM van et al. *Different cognitive functions in relation to falls among older persons. Immediate memory as an independent risk factor for falls* J Clin Epidemiol 2002; 55:855-62
- Thomas Bodenheimer, MD, Edward H. Wagner, MD, MPH, Kevin Grumbach, MD, “Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness”, JAMA, Journal American Medical Association, 9 ottobre 2002
- WHO Europe, *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls ?*, 2004. www.euro.who.int
- Hill K. Et al. *An analysis of research on preventing falls and falls injury in older people: community, residential care and hospital settings* Australian government Department of Health and Ageing, Canberra, 2004
- Chiari P., *Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale*, Centro Studi EBN, Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, 2004. www.evidencebasednursing.it
- Camillo Baldeschi, “Il Manuale del Colore”, Ikon Editrice 2004
- Dijcks BPJ et al. *Falls in nursing homes: on average almost two per bed, resulting in hip fracture in 1,3%.* Ned Tijdscher Geneesk 2005; 149: 1043-7
- AA.VV., “Spazi incontro alla disabilità”, Edizioni Erickson 2005
- Jorrit Tornquist, “Colore e luce. Teoria e pratica”, Ikon Editrice 2005
- Laurence Z. Rubenstein, “Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention” UCLA School of Medicine and Geriatric Research Education and Clinical Center (GRECC), VA Medical Center, Sepulveda, CA 91343, USA, 2006
- Simpatie Project Final Report Safety Improvement for patients in Europe reporting period Feb 2005 - Feb 2007 May 2007
- Linee guida “Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani” Documento 13 PNLG Ministero della Salute – Istituto superiore di Sanità, maggio 2007
- Oliver D. et al, *Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses*, BMJ, 2007; 334: 82.
- Shaw FE *Prevention of falls in older people with dementia* Journal of Neural Transmission 2007, 114: 1259-1264
- Gestione Rischio Clinico (GRC) – Agenzia regionale di Sanità Regione Toscana Campagne 2006-2007 per la sicurezza dei pazienti Progetto regionale La prevenzione delle cadute in

- ospedale, 2007, 55
- Alberto Arengi (a cura di), *“Design for All. Progettare senza barriere architettoniche”*, Utet Scienze Tecniche 2007
 - Simone Molinelli, *Il rischio di caduta nel paziente geriatrico – Analisi dei principali strumenti di valutazione utilizzati in ambito internazionale*, 2008, 12
 - Kilian Rapp, Clemens Becker, Sarah E. Lamb, Andrea Icks and Jochen Klenk, *“Hip Fractures in Institutionalized Elderly People: Incidence Rates and excess Mortality”*, Journal of Bone and Mineral Research, Volume 23, Number 11, 2008
 - *“Physical Activity Guidelines for Americans”*, U.S. Department of Health and Human Services, 2008
 - Rosaria Cappuccio, Jessica Granatello, Manuela Pizzuto, Paolo Chiari, Master in Evidence-Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico-Assistenziale Centro Studi EBN Azienda Ospedaliera- Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola – Malpighi, *“La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo”*, maggio 2008
 - I.S.S. - Programma nazionale per le linee guida (PNLG), *PNLG 13 - Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*, 2009.
 - *“Linee guida per la prevenzione delle cadute per le persone assistite in ambito ospedaliero e residenziale”* Provincia autonoma di Bolzano – Alto Adige Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, 2010
 - Jacques CL Neyens et al *.A multifactorial intervention for the prevention of falls in psychogeriatric nursing home patients, a randomised controlled trial (RCT)* Age and Ageing 2009; 38; 194-199
 - Woolcott JC et al. *Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons*. Arch Intern Med 2009; 169: 1952-60.
 - American Geriatrics Society (AGS)/BGS Clinical Practice Guideline: *Prevention of Falls in Older Persons* , 2010
 - Salsi, M. Natali, A. Cenni, C. Galletti *“La prevenzione del rischio di caduta dell'anziano al domicilio: valutazione di fattibilità”*, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 2010
 - *“Global Recommendations on Physical Activity for Health”*, World health Organization WHO, 2010
 - Faes MC, Reelick MF, Esselink RA, Rikkert MG. *Developing and evaluating complex healthcare interventions in geriatrics: the use of the medical research council framework exemplified on a complex fall prevention intervention*. J Am Geriatr Soc. 2010 Nov;58(11):2212-21
 - Kelsey JL, Berry SD, Procter-Gray E, Quach L, Nguyen US, Li W, Kiel DP, Lipsitz LA, Hannan MT. *Indoor and outdoor falls in older adults are different: the maintenance of balance, independent living, intellect, and Zest in the Elderly of Boston Study*. J Am Geriatr Soc. 2010 Nov;58(11):2135-41.
 - Susie Thomas et al. *Does the ‘Otago exercise program’ reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis* Age and Ageing 2010, 39, 681-687
 - Betty Haralambous et al. *A protocol for an individualised, facilitated and sustainable approach to implementing current evidence in preventing falls in residential care facilities* BMC Geriatrics 2010, 10: 8
 - Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N *Interventions for preventing falls in older people in nursing home facilities and hospitals (review)*, The Cochrane Library, 2010, issue 2
 - American Geriatrics Society A.G.S. /BGS Clinical Practice Guideline: *“Prevention of Falls in Older Persons – Summary of Recommendations”*, 2010
 - *“Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA-RSD”*, Regione Lombardia, luglio 2010

- Centro GRC – Regione Toscana e Gruppo di lavoro regionale prevenzione cadute, *La prevenzione delle cadute in ospedale*, 2011. Edizioni ETS: Pisa. www.regione.toscana.it/rischioclinico.html
- Raccomandazione n. 13 di novembre 2011, Ministero per la salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema “*Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie*”
- Patricia A. Quigley et al. *Incidence and cost of serious fall-related injuries in Nursing Home* Clinica Nursing Research, jul 25 2011 DOI: 10.1177/1054773811414180
- Leris Fantini, “*Progettare i luoghi senza barriere*”, Maggioli Editore 2011
- “*Manuale sull’audit clinico*” del Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, maggio 2011
- “*Linee guida per la stesura/revisione di un protocollo di prevenzione delle cadute*” ASL di Cremona, Regione Lombardia, luglio 2011
- Paola Ferri, Ombretta Bernardi “*Cadute in struttura. Uno studio retrospettivo in Emilia-Romagna*”; rivista Assistenza Anziani, 2011
- Giuseppe Cutillo e Luca Maffei, rivista “*Rischio sanità*” informare prevenire progettare risolvere, articolo “*Le cadute in ospedale, analisi del fenomeno e implementazione di strategie preventive*”, 2011
- Natalie E. Leland, PhD, OTR/L, Pedro Gozalo, PhD, Joan Teno, MD, MS, and Vince Mor, PhD, “*Falls in Newly Admitted Nursing Home Residents: A National Study*”, JAGS, Journal American Geriatric Society, 2012
- Robinovitch SN, Feldman F, Yang Y, Schonnop R, Lueng PM, Sarraf T, Sims-Gould J, Loughin M. “*Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study*. The Lancet, Early Online Publication, 17 October 2012.
- Edward H. Wagner, Brian T. Austin, Connie Davis, Mike Hindmarsh, Judith Schaefer, and Amy Bonomi “*Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action - Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care*”, Medicine & Chronic Illness, Health Affairs, 26 novembre 2012
- Kool B, Ameratunga S, Robinson E. “*Association between prescription medications and falls at home among young and middle-aged adults*”. Injury Prevention 2012; doi:10.1136/injuryprev-2011-040202
- Manuel Montero-Odasso, MD, PhD, AGSF, Joe Verghese, MB, BS, Olivier Beauchet, MD, PhD and Jeffrey M. Hausdorff, PhD “*Gait and Cognition: A Complementary Approach to Understanding Brain Function and the Risk of Falling*”, JAGS, 2012
- Dossier n. 218 dell’Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-romagna “*La valutazione multidimensionale del paziente anziano*”, 2012
- Morag E. Taylor, Kim Delbaere, Stephen R. Lord, A. Stefanie Mikolaizak and Jacqueline C.T. Close “*Physical impairments in cognitively impaired older people: implications for risk of falls*”, International Psychogeriatrics, 2013
- Morag E. Taylor, Kim Delbaere, Stephen R. Lord, A. Stefanie Mikolaizak, Henry Brodaty, and Jacqueline C.T. Close “*Neuropsychological, Physical and Functional Mobility Measures Associated with Falls in Cognitively Impaired Older Adults*”, Journal of Gerontology, 2013
- NICE clinical guideline 161 “*Falls: assessment and prevention of falls in older people*”, National Institute for Health and Care Excellence, Giugno 2013
- Giorgio Nebulosi “*Pianificare l’assistenza agli anziani nel ventunesimo secolo*”, CEA Edizioni, 2012
- Judy A. Stevens, PhD and Rose A. Rudd, MSPH, “*Circumstances and Contributing Causes of Falls Deaths among Persons Aged 65 and Older: United States*”, JAGS, Journal American Geriatric Society, 2014
- Michele L. Callisaya, PhD, James E. Sharman, PhD, Jacqueline Close, PhD, Stephen R.

- Lord, PhD, and Velandai K. Srikanth, PhD. *“Greater Daily Defined Dose of Antihypertensive Medication Increases the Risk of Falls in Older People – A Population-Based Study”*, 2014
- Dossier n. 237 dell’Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-romagna *“Misurazione della qualità dei servizi alla persona. Risultati di un progetto regionale”*, 2014
 - Jennifer Hewitt, Kathryn M. Refshauge, Stephen Goodal, Timothy Henwood, Lindy Clemson, *“Does progressive resistance and balance exercise reduce falls in residential aged care? Randomized controlled trial protocol for the SUNBEAM program”*, Clinical Interventions in Aging, 2014
 - Health Quality & Safety Commission New Zealand. *“Programmes and topics to reduce harm from falls”*, 2014

Normative citate e/o correlate:

Delibera di Giunta regionale (DGR) n. 1398/2006 *“Accordo Regionale in attuazione dell’ACN reso esecutivo in data 23 Marzo 2005, mediante Intesa nella Conferenza Stato –Regioni, per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale”*;

DGR n. 514/2009 *“Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell’art. 23 della L.R. 04/2008 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari”*;

DGR n. 1706/2009 *“Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”*;

DGR n. 2071/2010 *“Approvazione del Piano regionale della prevenzione per il triennio 2010-2012”*

DGR n. 1117/2011 *“Accordo integrativo regionale ai sensi degli articoli 5 e 6 dell’accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale 8 luglio 2010”*;

DGR 1599/2011 *“Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell’assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici”*;

Raccomandazione n. 13 di novembre 2011 (aggiornata al 1/12/2011) del Ministero della Salute *“Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”*

DGR 703/2013 *“Recepimento Accordo Stato-Regioni per la proroga del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012. Proroga al 31 dicembre 2013 del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 e conseguente riprogrammazione di obiettivi e azioni”*

DGR 1133/2013 *“Organizzazione dell’assistenza integrata al paziente anziano con fratture di femore – approvazione linee guida per le aziende sanitarie della Regione Emilia-romagna”*

Allegati

- Allegato 1: Review letteratura
- Allegato 2: Check list fattori di rischio ambientali e Scheda di sintesi dell'analisi
- Allegato 3 Proposta di scheda di sintesi rilevazione periodica del servizio
- Allegato 4: Proposta set minimo di dati sull'evento caduta

Appendice

- Report sperimentazione

REVISIONE DELLA LETTERATURA PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE RESIDENZE PER ANZIANI

BACKGROUND

Troppo spesso il problema delle cadute nell'anziano è stato affrontato non solo dall'opinione pubblica, ma anche dai medici e dal personale socio-sanitario in genere, come un inevitabile conseguenza dell'invecchiamento e, come tale, un imprevedibile incidente al quale l'anziano deve rassegnarsi. Oggi questo tipo di atteggiamento non è più accettabile, e sempre di più la caduta nell'anziano è vista come una severa sindrome geriatrica, con conseguenze mediche, funzionali e sociali di grande rilevanza, tanto più se si tiene conto dello spessore del segmento di età di cui stiamo parlando. Il numero degli ultrasessantacinquenni in Italia è passato da circa 6 milioni nel 1950 a circa 12 milioni nel 1990 e si prevede diventino 16 milioni nel 2020. Oggi possiamo dire che circa la metà dei soggetti over 65 cade, con conseguenti importanti ripercussioni sull'autonomia e sullo stato di salute.

Le cadute rappresentano un problema ricorrente nella pratica clinica geriatrica e vanno considerate tra gli eventi più temibili in quanto possono portare a grave disabilità, aumentano la comorbilità e la mortalità e sono frequentemente causa non solo di ricovero ospedaliero ma anche di istituzionalizzazione con conseguente incremento dei costi socio-sanitari.

Si pensi al problema delle fratture di femore nell'anziano che oggi rappresenta uno dei problemi più rilevanti di sanità pubblica (1)

Per quanto riguarda la spesa sanitaria, il computo viene fatto in base a costi diretti e cioè relativi all'ospedalizzazione del paziente per il trattamento della frattura di femore e, in base a costi indiretti legati alla comparsa di patologie associate permanenti, alla modificazione dello stato funzionale e cognitivo del paziente, e in considerazione dell'eventuale istituzionalizzazione. In Italia si stima che ogni anno si verifichino dai 70.000 ai 90.000 ricoveri per frattura di femore. In base alle stime effettuate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2050 si verificheranno circa 6,3 milioni di fratture del femore, circa 4,6 milioni in più rispetto al 1990. La spesa sanitaria per costi diretti ammonta a 568 milioni di euro all'anno (2).

Uno studio recente ha evidenziato come il 20 % delle fratture di femore nell'anziano si verifichino nelle strutture residenziali; questo stesso studio ha confrontato 2 gruppi : il primo (di intervento) di 13.653 anziani in 256 strutture in cui è stato sperimentato un protocollo multidimensionale di prevenzione delle cadute e delle fratture basato su interventi di formazione per lo staff- adattamenti ambientali ed esercizio fisico, il secondo (di controllo) di 31.668 anziani in 893 strutture gestite con metodiche assistenziali tradizionali; ad un anno di osservazione l'incidenza delle fratture femorali si era notevolmente ridotta nel gruppo sottoposto al protocollo di intervento multidimensionale (3).

DATI DALLA LETTERATURA RECENTE

La **frequenza delle cadute è dipendente dall'ambiente di vita**; infatti la letteratura riporta che per gli anziani che vivono al domicilio il rischio è del 5%, per gli anziani ospedalizzati invece è del 20%, mentre per gli anziani che vivono in residenza il rischio sale al 55-60%. In quest'ultimo caso il 35% dei caduti riporta delle lesioni che nel 5% dei casi sono fratture, nel 10% sono danni gravi dei tessuti molli (ad esempio ferite che necessitano di punti di sutura) e nel 20% lesioni ai tessuti molli di lieve entità come escoriazioni o lacerazioni cutanee. È importante sottolineare che il 25% degli anziani con frattura di femore muore entro 6 mesi dalla caduta.

Anche nel caso in cui la caduta non sia seguita da un evento traumatico, si avrà comunque un peggioramento della disabilità dovuto al periodo di immobilizzazione che spesso consegue ad una caduta e alla cosiddetta "**post-fall syndrome**", cioè quel timore dell'anziano di poter ricadere con conseguente riduzione del movimento. Gli anziani che cadono quindi, rispetto a quelli che non cadono, hanno una morbilità e una comorbosità più elevata, un'indipendenza funzionale e una capacità di relazioni sociali più basse. È importante quindi **sottolineare che cadono di più i vecchi ammalati ed**

inattivi rispetto a quelli in buona salute ed attivi e che quindi esiste una stretta correlazione tra comorbidità, grado di disabilità e numero di cadute. (4,5,6).

Uno studio del 2014 ha confermato che gli anziani residenti in struttura che vanno incontro ad un frattura di femore sono a maggiore rischio di disabilità e morte, in particolare per quelli di età più elevata, con multiple patologie croniche e soprattutto con decadimento cognitivo (7).

Il rischio quindi aumenta ancora di più per le persone con disturbi cognitivi-comportamentali e diagnosi di demenza residenti nelle strutture (8,9,10).

Un studio americano del 2011 che ha valutato l'incidenza ed i costi delle conseguenze (fratture di femore, traumi ecc.) dovute alle cadute nelle *nursing home* ribadisce l'**importanza di mettere in atto programmi di prevenzione specifici all'interno delle residenze** come obiettivi primario e direttamente collegato alla qualità dell'assistenza erogata (11).

Alcuni studi hanno evidenziato come interventi di educazione/formazione dello "staff" delle strutture che migliorino le strategie di comunicazione- integrazione e di "problem solving" possano contribuire in maniera significativa alla riduzione dell'incidenza delle cadute nelle strutture per anziani (12); esistono anche protocolli di studio, ancora in corso, che stanno validando l'efficacia di questi modelli formativi come il protocollo di studio Connect (13) ancora in corso.

E' stato anche recentemente dimostrato in uno studio americano che la percentuale delle cadute in struttura si riduce se è più alta la percentuale di operatori qualificati (14).

Fra i programmi di prevenzione più importanti e validati in ambito scientifico vi sono quelli legati alla **attività motoria/esercizio fisico** come il programma OTAGO (esercizi di miglioramento dell'equilibrio e dell'andatura) che è stato testato essenzialmente negli anziani a rischio residenti in comunità con buoni risultati in termini di prevenzione delle cadute (15) ma resta da valutare se questo stesso programma sia applicabile anche in una popolazione anziana che ha molteplici e più complessi fattori di rischio come quella istituzionalizzata.

Uno studio pubblicato nel 2009 poneva l'attenzione sul fatto che per ridurre sensibilmente il rischio di cadute negli anziani istituzionalizzati di "area psicogeriatrica" (essenzialmente persone con demenza che rappresentano il 50-60 % degli ospiti nelle strutture residenziali) occorre inserire un **programma di intervento strutturato multidimensionale** che preveda interventi su più fronti (dai farmaci all'ambiente alle pratiche assistenziali) da parte di una equipe di struttura dedicata (medico, infermiere, terapeuta occupazionale ecc.), (16) sulla base delle evidenze più importanti esistenti in letteratura (17).

La letteratura più recente ribadisce la **necessità di intervenire sui fattori di rischio** ormai noti: alterazioni dell'equilibrio e dell'andatura, polifarmacologia, anamnesi per caduta, età avanzata, sesso femminile, deficit visivo, decadimento cognitivo (con particolare attenzione alle alterazioni delle funzioni esecutive, presenti ad esempio con una certa frequenza negli anziani con problemi cerebrovascolari) e fattori ambientali. (18). Per tali motivi sono stati strutturati protocolli di studio che hanno l'obiettivo di dimostrare l'efficacia dei programmi multidimensionali di prevenzione che agiscono su questi fattori di rischio (19).

In particolare nelle strutture per anziani viene riconosciuta la necessità di intervenire su alcuni fattori di rischio facilmente "trattabili" come: incontinenza urinaria, uso di antidepressivi e anti-aritmici e soprattutto polifarmacoterapia (20).

L'incontinenza urinaria viene considerato uno dei più forti "predittori" di caduta per il cui il suo controllo nei programmi di prevenzione diventa cruciale (21) così come il controllo periodico dei farmaci che sono utilizzati nelle strutture per anziani permette di ridurre notevolmente il rischio di caduta; i farmaci maggiormente implicati, in una recente revisione sistematica della letteratura, sono: anti-ipertensivi, diuretici, beta-bloccanti, sedativo-ipnotici, neurolettici ed antipsicotici, benzodiazepine, antidepressivi, anti-infiammatori non steroidei (FANS), (22).

Si sta studiando anche l'importanza della "cura dei piedi" dell'anziano tramite interventi di podologia come fattore di prevenzione delle cadute nell'ambito di programmi di intervento multidimensionale (23).

Una review recente ha studiato anche i programmi interattivi cognitivo-motori strutturati per ridurre il rischio di caduta negli anziani: questi programmi attualmente non sembrano essere più efficaci rispetto di programmi di formazione "tradizionali" nel ridurre la frequenza della cadute (24).

La revisione Cochrane nel 2010 (***Interventi per la prevenzione delle cadute negli anziani nelle residenze e negli ospedali***) aveva analizzato n° 41 trials randomizzati e controllati (RCT) condotti su questa popolazione (22,422 partecipanti agli studi), (25).

Per le strutture residenziali i risultati di n° 7 studi basati essenzialmente su programmi di esercizio fisico

erano risultati inconsistenti; anche gli interventi multifattoriali non erano stati in grado di ridurre significativamente il numero delle cadute (7 studi, 2997 persone) ed il rischio di caduta (8 studi, 3271 persone).

Un'analisi post hoc aveva però dimostrato che quando sono **forniti da una equipe (team) multidimensionale** gli *interventi multifattoriali* possono ridurre sia la frequenza delle cadute in struttura (4 trials, 1651 partecipanti) sia il rischio di caduta (5 trials, 1925 partecipanti).

La *supplementazione con vitamina D* sembra ridurre la frequenza delle cadute (4 studi, 4512 persone) ma non il rischio di cadere (5 studi, 5095 partecipanti).

In Ospedale gli interventi multifattoriali riducevano sia la frequenza delle cadute (4 studi, 6478 persone) sia il rischio di caduta (3 studi, 4824 partecipanti).

Interventi strutturati basati sull' esercizio fisico mostrano una riduzione significativa del rischio di caduta (3 trials, 131 partecipanti).

Gli autori concludevano che vi è una evidenza che **gli interventi multifattoriali riducano le cadute essenzialmente in ambiente ospedaliero e forse nelle strutture residenziali per anziani dove invece potrebbe essere efficace la supplementazione con vitamina D per ridurre la frequenza delle cadute.**

I programmi di esercizio fisico sembrano essere efficaci in ambiente ospedaliero di assistenza a lungo termine (lungodegenza) ma la loro efficacia nelle residenze per anziani appare ancora incerta.

Nel 2012 è stata pubblicata una nuova revisione Cochrane sugli interventi più efficaci di prevenzione delle cadute nell'anziano in comunità (26) che ha analizzato 159 trials comprendenti 79.193 anziani; i programmi di attività fisica a domicilio individuali e/o di gruppo (compreso il Tai-chi) e gli interventi di "sicurezza" nella casa riducono l'incidenza delle cadute; gli interventi multifattoriali ed i programmi di intervento multidimensionale riducono l'incidenza delle cadute ma non il rischio di cadere mentre la supplementazione con vitamina D non riduce le cadute ma sembra avere efficacia negli anziani che hanno bassi livelli ematici di questa sostanza.

Questa revisione non ha quindi riguardato gli interventi più efficaci in struttura dove generalmente gli anziani hanno una maggiore disabilità funzionale, pluripatologia, polifarmacologia, deficit sensoriali e decadimento cognitivo e quindi gli interventi più efficaci si basano tutti sulla gestione multidisciplinare e multidimensionale dei fattori di rischio (27).

Infatti una revisione sistematica recente delle principali strategie da utilizzare nella prevenzione delle cadute in struttura evidenzia come l'approccio multidimensionale e multiprofessionale basato sul controllo di tutti i fattori di rischio sia intrinseci che estrinseci (approccio che coinvolge tutto lo staff ed anche i familiari dell'anziano quando questo è possibile) sia quello migliore per ridurre la frequenza e la gravità (28).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. Accessed November 30, 2010.
- 2) Clemens Becker et al. *Reduction of femoral fractures in Long-Term Facilities : the Bavarian Fractures Prevention Study* Plos One, august 2011 , vol. 6 , issue 8, pp.1-5
- 3) Quaderni del Ministero della Salute “*Appropriatezza diagnostico-terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità*”, n° 4, luglio-agosto 2010
- 4) Kallin K et al. *Predisposing and precipitating factors for falls among older people in residential care* Public Health ,2002, 116 (5): 263-71
- 5) Nurmi I, Luthje P. *Incidence and costs of falls and falls injuries among elderly in institutional care* Scandinavian Journal of Primary Health Care 2002, 20(2): 118-22
- 6) Hill K. Et al. *An analysis of research on preventing falls and falls injury in older people: community, residential care and hospital settings* Australian government Department of Health and Ageing, Canberra, 2004
- 7) Neuman MD, Silber JH, Magaziner JS, Passarella MA, Mehta S, Werner RM
- 8) *Survival and functional outcomes after hip fracture among nursing home residents.* JAMA Intern Med. 2014 Aug;174(8):1273-80.
- 9) Shaw FE *Prevention of falls in older people with dementia* Journal of Neural Transmission 2007, 114: 1259-1264
- 10) Dijcks BPJ et al. *Falls in nursing homes: on verage almost two per bed, resulting in hip fracture in 1,3%.* Ned Tijdscher Geneesk 2005; 149: 1043-7
- 11) Schoor NM van et al. *Different cognitive functions in relation to falls among older persons. Immediate memory as an independent risk factor for falls* J Clin Epidemiol 2002; 55:855-62
- 12) Patricia A. Quigley et al. *Incidence and cost of serious fall-related injuries in Nursing Home* Clinica Nursing Research, jul 25 2011 DOI: 10.1177/1054773811414180
- 13) Cathleen S. Colon-Emeric et al. *CONNECT for Better Fall Prevention in Nursing Homes: Results from a Pilot Intervention Study* J Am Geriatr Soc. 2013 December ; 61(12): 2150–2159
- 14) Ruth A. Anderson et al. *CONNECT for quality: protocol of a cluster randomized controlled trial to improve fall prevention in nursing home* Implementation Science 2012, 7-11
- 15) Natalie E. Leland et al. *Falls in newly admitted nursing home residents: a national study* J Am Geriatr Soc 2012 (May), 60-5; PMC 2013, 6 december
- 16) Susie Thomas et al. *Does the ‘Otago exercise programme’ reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis* Age and Ageing 2010, 39, 681-687
- 17) Jacques CL Neyens et al. *A multifactorial intervention for the prevention of falls in psychogeriatric nursing home patients, a randomised controlled trial (RCT)* Age and Ageing 2009; 38; 194-199
- 18) Betty Haralambous et al. *A protocol for an individualised, facilitated and sustainable approach to implementing current evidence in preventing falls in residential care facilities* BMC Geriatrics 2010, 10: 8
- 19) Anne Felicia Ambrose et al. *Risk factors for falls among older adults:a review of the literature* Maturitas 75 (2013), 51-61
- 20) de Negreiros Cabral et al. *Effectiveness of multifactorial fall prevention program in community-dwelling older people when compared with usual care:study protocol for a randomized controlled trial* BMC Geriatrics 2013, 13-27
- 21) Damian J. et al. *Factors associated with falls among older adults living in institutions* BMC Geriatrics 2013, 13: 6, 1-9
- 22) Hellen Cristina de Almeida Breu et al. *Urinary incontinence in the prediction of falls in hospitalized elderly* Rev Esc Enf USP 2014, 48(5): 848-53
- 23) Marlies R. de Jong *Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences and*

possible prevention strategies Ther Adv Drug Saf 2013 4(4) 147-154

- 26) Sarah Cockayne et al. *The REFORM study protocol: a cohort randomized controlled trial of a multifaceted podiatry intervention of falls in older people* BMJ Open 2014; 4 e006967
- 27) Daniel Schoene et al. *The effect of interactive cognitive-motor training in reducing fall risk in older people: a systematic review* BMC Geriatrics 2014; 14.107, pp 1-22
- 28) Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cummin RG, Kerse N *Interventions for preventing falls in older people in nursing home facilities and hospitals (review)*, The Cochrane Library, 2010, issue 2
- 29) Lesley G. Gillespie et al. *Interventions for preventing falls in older people living in the community*
- 30) The Cochrane Library, 2012, issue 9
- 31) Neyens JCL, Dijcks BPJ, Twisk J, et al. *A multifactorial intervention for the prevention of falls in psychogeriatric nursing home patients, a randomized controlled trial (RCT)*. Age and Ageing 2009;38:194-199.
- 32) Betty Willy et al. *Strategies for reducing falls in long term care* Annals of Long Term Care, January 17, 2014, 11-37

CHECK LIST PER L'IDENTIFICAZIONE DEGLI ELEMENTI DI RISCHIO PER LE CADUTE PRESENTI NEGLI AMBIENTI

Prima di passare alla check-list, per facilitarne l'interpretazione, di seguito si riportano alcuni requisiti generali dell'ambiente che hanno a che fare con il movimento intenzionale e con l'uso, in quanto un ambiente attento a questi aspetti riduce i fattori di rischio.

ORIENTAMENTO

Per favorire l'orientamento all'interno di strutture socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali, soprattutto quando prestino più e diversi servizi ed abbiano più e diversi nuclei, è indispensabile che lo stesso edificio sia di semplice ed immediata interpretazione, ma senza che questo diventi monotono e ripetitivo al punto da essere disorientante per mancanza di figuratività e leggibilità spaziale.

L'attribuzione di identità e struttura agli elementi che compongono lo spazio costruito è un'esigenza vitale per colui/colei che vive quello spazio, in quanto il movimento intenzionale comporta una elaborata memorizzazione di particolari e sequenze a cui assegniamo il nome di orientamento.

La mobilità all'interno dello spazio non è un'attività semplice, richiede di poter elaborare concetti di posizione, direzione e raggiungimento di un punto d'arrivo, conosciuto il punto di partenza.

Non a caso i primi e fondamentali "ausili" alla mobilità intenzionale (orientamento) sono gli stessi elementi costituenti lo spazio costruito che, dando informazioni ambientali discrete, fungono da punti di riferimento divenendo supporti all'organizzazione dell'ambiente, e questi sono (ci si riferisce al lavoro di analisi e ricerca di K. Lynch):

- i percorsi, quali riferimenti lineari orizzontali; ad esempio, i corridoi di distribuzione interna, i viali o stradelli dei giardini esterni;
- i margini, quali riferimenti lineari verticali; sono tutte le separazioni verticali di uno spazio definite da pareti finestrate e non, mobili, paraventi fissi ecc.; in sostanza, sono tutto ciò che delimita un luogo (interno od esterno) funzionalmente identificabile. Sono anche interpretabili come limiti che indirizzano verso una direzione o che informano sul raggiungimento della meta prefissata. I margini sono, per loro natura, elementi ambientali molto sensibili in quanto possono essere in vario modo concepiti e trattati;
- i riferimenti, sono quegli elementi che possiedono una caratteristica che li rende singolari rispetto al contesto; sono elementi ambientali che di per sé "danno senso" allo spazio in cui sono collocati; in sostanza, sono quegli elementi che facilitano la memorizzazione (per qualità figurativa) dell'ambiente;
- i nodi, che individuano gli incroci fra i diversi percorsi o individuano ampi spazi (ad esempio, l'accoglienza); la caratteristica peculiare dei nodi è di essere luoghi da cui dipartono diverse direzioni; per questo motivo possono essere assimilati ai riferimenti avendo anch'essi un alto potenziale di figuratività sia per come possono essere concepiti che per le finiture che possono essere adottate. Tramite il nodo si può discriminare non solo la direzione da seguire per il raggiungimento della meta prefissata, ma anche il disegno più complessivo della struttura in cui ci si muove, in quanto il nodo è un punto di relazione fra le diverse aree funzionali dell'intero edificio;
- le aree, che individuano funzioni fra loro omogenee e/o complementari; ad esempio un reparto, un nucleo di R.S.A., la zona dei laboratori o della riabilitazione. Ognuna di queste aree, soprattutto in grandi e complesse strutture socio-sanitarie, dovrà essere singolarmente individuabile e riconoscibile per un qualche tratto architettonico, e/o distributivo interno, e/o di finitura che la contraddistingue dalle altre;

- la variabilità dell'immagine, ossia la capacità che ogni area ha al proprio interno di essere decodificata dalla scala più ampia a quella più puntuale; questo significa che ogni area, soprattutto se complessa, dovrà prima di tutto essere individuabile e riconoscibile nel suo insieme, mentre al proprio interno per agevolare la leggibilità delle diverse sottofunzioni queste dovranno possedere caratteristiche di distribuzione, di forma, di finiture e di arredi che le rendano altrettanto riconoscibili;
- la qualità dell'immagine, ossia la capacità di creare connessioni fra i diversi elementi: percorsi, margini, riferimenti, nodi ed area. È quella capacità che restituisce all'insieme della struttura la possibilità di essere riletta come un unico organismo all'interno del quale sia possibile orientarsi, muoversi, fruire ed usare con sicurezza e facilità ogni spazio costruito. In sostanza, è la capacità dell'organismo edilizio di promuovere ospitalità.

Ognuno degli elementi qui elencati è letto attraverso il corpo in movimento, corpo che in contemporanea usa, oltre alla propria postura, anche tutti i sensi a disposizione: vista, udito, tatto, olfatto, gusto per stabilire la propria posizione nello spazio.

Quest'attività connessa al riconoscimento degli elementi costituenti lo spazio, degli oggetti ed arredi contenuti e distribuiti nello spazio medesimo, è facilitata, ad esempio, se vengono impiegati contrasti di colore fra elementi orizzontali e verticali, fra arredo e sfondo della parete, fra perimetro dell'oggetto e superficie inclusa (facilitano la percezione), se viene impiegata la luce sia naturale che artificiale in modo significativo, se viene impiegata alternanza di superfici ruvide e lisce, dure e morbide (agevolano il riconoscimento), se vengono impiegate variazioni di temperatura o suoni costanti (identificano la posizione lungo il percorso), se vengono impiegati odori gradevoli (discriminano l'ambiente).

Dovendo rispondere alle diverse modalità percettive, comunicative ed intellettive dell'utilizzatore, lo spazio diventa multisensoriale.

ARREDO ED ATTREZZATURE

Per quanto alla percorrenza è sempre bene tenere presente che:

- gli arredi collocati dietro allo spigolo di un muro possono non essere immediatamente visti, soprattutto se bassi (possono rappresentare un pericolo);
- gli oggetti appesi alle pareti e che non si prolungano fino al pavimento, possono essere fonte di urto per distrazione o per deficit visivi;
- i complementi d'arredo (cestini, tavolini bassi, sedie e poltrone, ecc.) sono facilmente spostabili, questo può pregiudicare la percorrenza a tutti, ma in modo particolare a persone non e ipovedenti che tendono a memorizzare gli ostacoli;
- un'anta aperta costituisce un ingombro spaziale, quindi deve essere tenuta presente nel momento in cui il mobile viene collocato;
- un tavolo, il top di una credenza, una sedia, ecc. possono rappresentare dei punti d'appoggio, quindi la loro collocazione a perimetro di un "percorso" può facilitare la mobilità, purché siano stabili;
- le attrezzature mobili (carrelli, accessori per la pulizia, ausili alla mobilità non in uso, ecc.) non devono essere "abbandonate" dopo l'uso lungo le direttrici di percorrenza;
- analoga attenzione con quanto sin qui scritto è indispensabile per tutte le attrezzature impiantistiche presenti, quali: nappi, estintori, lampade a parete, segnaletica, ecc. che possono costituire motivo d'inciampo o di urto, divenendo barriera alla mobilità.

Per quanto ai gesti che vengono compiuti attorno agli arredi ed attrezzature (usabilità) la scelta deve orientarsi verso quegli arredi che presentano facilitazioni all'uso, quali:

- la possibilità di avvicinare il piede o l'ausilio in uso al fronte del mobile; questo agevola anche le mansioni di pulizia;
- attrezzature interne dei contenitori che scorrono verso l'esterno (piani, cesti, cassette e cassettoni);
- ante possibilmente scorrevoli, e se ad ante che il contenitore sia collocato in modo da avere all'intorno spazi di manovra adeguati;

- abbassare verso l'utilizzatore l'asta porta grucce mediante servetti meccanici o elettrici;
- adattare l'altezza dei piani al fruitore (tavolo, scrivania, top della cucina, ecc.), mediante zampe regolabili meccanicamente o elettricamente;
- piani di lavoro liberi da ingombri sottostanti (cassettiere, basi, ecc.), in modo da facilitare l'inserimento di una sedia;
- zampe dei tavoli ben distanziate fra loro per consentire un agevole inserimento, ma al contempo sufficientemente distanti dal perimetro del piano, che è il limite percepito e registrato, per non inciampare.

NOTA DI LETTURA

“Strategie organizzative interventi di tipo [A]” – sono quegli interventi che possono essere eseguiti in occasione di normali manutenzioni, perché:

- *inerenti alle normali manutenzioni,*
- *non richiedono una particolare organizzazione di cantiere,*
- *sono di costo contenuto,*
- *essendo lavorazioni ripetitive se ne può “spalmare” il costo (in base alla quantità) su più e successivi interventi.*

“Strategie organizzative interventi di tipo [B]” – sono quegli interventi che possono essere eseguiti solo in caso di ristrutturazioni globali o nuove costruzioni, perché:

- *richiedono impianti di cantiere complessi,*
- *i costi sono elevati e vanno programmati a medio-lungo termine,*
- *intervengono sulle opere edili e strutturali presenti,*
- *non è possibile eseguirli con la struttura in funzione.*

CHECK LIST

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
PAVIMENTO	Evitare cause di scivolamento	-Umidità (N.B.: si dà per evidente che la pavimentazione deve essere antisdrucchiolo in base al DM 236/89 art. 8.2.2)	-I pavimenti umidi sono potenzialmente scivolosi con qualsiasi calzatura	-Frazionare le aree di pulizia -Lavare i pavimenti possibilmente nelle ore di riposo -Raccogliere con immediatezza ciò che è caduto - Trattamento individualizzato incontinenza	-Per i bagni prevedere il riscaldamento con pannelli radianti a pavimento (nei nuovi interventi e in sede di ristrutturazione globale sempre che i solai presenti e le altezze d'interpiano lo consentano)
	Evitare cause di inciampo	-Mancata complanarità fra i diversi elementi componenti la pavimentazione, o che presentino distacchi (ad es.: piastrelle ceramiche o in PVC; teli in PVC o linoleum). -Fughe ampie ed incassate. -Ripavimentazione al di sopra dell'esistente solo di alcune aree della struttura. -Tappeti, anche incassati (ad es.: all'ingresso). -Gradini isolati.	-I dislivelli, anche minimi, possono essere causa di inciampo del piede, soprattutto se "trascinato", e un ausilio alla mobilità si può impuntare o incastrare -I gradini isolati possono non essere percepiti	-Sostituire gli elementi non complanari o distaccati; nel caso i teli in PVC o Linoleum presentino "bolle", sostituire il telo. -Riempire le fughe a raso pavimento, mediante scalfittura di quelle presenti e successiva stuccatura a raso -Segnalare i gradini isolati mediante un colore a contrasto nell'alzata e con sistemi tattilo-plantari -In presenza di ripavimentazione parziale inserire delle righe metalliche inclinate. -Sostituire i tappeti usurati ponendoli complanari alla pavimentazione, utilizzando materiale compatto	-In presenza di gradini isolati, dove possibile, inserire delle rampe. Nei nuovi interventi non realizzarne. -in presenza di ripavimentazione parziale, estenderla su tutte le aree
	Evitare elementi visivi disturbanti	-Fughe ampie e di diverso colore dal pavimento. -Disegni a pavimento. -Pavimenti riflettenti o su cui cadono ombre riportate (da infissi esterni o corpi illuminanti).	-Queste componenti possono disorientare/disturbare o spaventare anziani con Alzheimer o Parkinson e, innescando agitazione, possono favorire anche le cadute	-Stuccare le fughe dello stesso colore del pavimento, mediante scalfittura di quelle presenti e successiva stuccatura.	-Coprire con resine o ripavimentazione i disegni a presenti, nel nuovo non realizzarli. -Montare in esterno sistemi di ombreggiamento delle aperture. -Rimodulare i corpi illuminanti per ottenere luce diffusa.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
PARETI	Evitare cause d'urto	<ul style="list-style-type: none"> -Elementi edili (pilastri, cavedi, passaggi d'impianti, ecc.) sporgenti dal piano della parete. -Naspi, estintori, segnaletica sporgenti dal piano della parete. -Elementi mobili addossati alla parete (mobilio e/o complementi d'arredo). -Ante aperte delle porte presenti lungo la parete soprattutto di un percorso. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tutto ciò che sporge dal piano di una parete può essere causa d'urto accidentale, per disabilità visive dell'anziano, per distrazione, per scarsa illuminazione, perché l'elemento alle volte c'è ed alle volte manca (anta di una porta, sedia, cestino rifiuti, carrello, ecc); questo, oltre alle conseguenze dell'urto stesso, può portare alla perdita di equilibrio ed alla caduta. -Gli elementi che frammentano il piano della parete, soprattutto lungo i corridoi ed ampi spazi, creano discontinuità nei corrimani per l'appoggio durante il cammino, favorendo l'instabilità nell'andatura e le cadute -L'anziano che cammina senza sosta (Wandering), si affatica e aumenta il rischio di cadere. 	<ul style="list-style-type: none"> -Accompagnare con piani inclinati verticali gli elementi edili sporgenti dalla parete, in modo da dare continuità ai corrimani e non creare angoli retti. -Non addossare alle pareti di corridoi (per quanto ampi) arredi fissi o attrezzature mobili. -Fornire occasioni di riposo nei percorsi abituali con stimoli distraesti. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cercare di collocare in nicchia o in angoli morti le attrezzature impiantistiche.
	Evitare fenomeni visivi disturbanti.	<ul style="list-style-type: none"> -Presenza di corpi illuminanti a parete. -Presenza di finestre o portefinestre. -Superfici riflettenti. -Disegni a parete. -Ombre riportate. 	<ul style="list-style-type: none"> -I corpi illuminanti se mal collocati o schermati possono produrre fenomeni di abbagliamento che, a loro volta, possono produrre perdita di equilibrio. -Analogamente le finestre o portefinestre (soprattutto se orientate a Sud e se collocate lungo una direttrice di percorrenza) possono produrre fenomeni di abbagliamento con le stesse conseguenze. -Le superfici riflettenti, i disegni a parete e le ombre riportate possono disorientare/disturbare o spaventare anziani con Alzheimer o 	<ul style="list-style-type: none"> -Schermare, senza creare zone a bassa luminosità, i corpi illuminanti o orientarli diversamente per non abbagliare e/o creare ombre riportate. -Evitare superfici riflettenti ponendo sui vetri degli infissi delle pellicole antiriflesso, ed eliminando trattamenti lucidi o specchianti sulle pareti. 	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizzo in esterno di sistemi di ombreggiamento delle aperture per non abbagliare e/o creare ombre riportate. -In caso di sostituzione degli infissi esterni, scegliere vetri antiriflesso oltre che resistenti agli urti ed antischeggia.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			Parkinson e, innescando agitazione, possono favorire anche le cadute.		
	Evitare fenomeni di disorientamento	-Assenza o eccesso di segnaletica. -Sistemi comunicativi.	-Il disorientamento può essere favorito da un uso improprio della segnaletica informativa, per assenza, ridondanza e non idonei sistemi comunicativi; ciò può favorire lo stato di agitazione, con possibile perdita di equilibrio e conseguente caduta.		-Dotarsi di differenti sistemi di comunicazione: luminosa, sonora, colorata, scritte e scritte tattili, braille, pittogrammi, elementi/oggetti significativi e riconoscibili, senza rendere ridondante l'ambiente. -Fare in modo che non sia d'intralcio alla mobilità per altezza, sporgenza e collocazione.
SOFFITTO	Evitare elementi disturbanti	-Corpi illuminanti. -Diffusori e riprese d'aria ambiente.	-L'illuminazione può risultare non diffusa (zone buie o in penombra e zone molto illuminate nello stesso ambiente) e/o creare fenomeni di abbagliamento che rendono difficoltosa la mobilità. -L'aria (calda o fredda) immessa e ripresa in ambiente può creare correnti interne percepite come disturbanti e quindi sollecitare l'anziano a continui spostamenti.		-Rivedere o utilizzare l'illuminazione in modo significativo, creando ambienti a luce diffusa e costante, illuminando maggiormente i punti salienti della struttura (snodi di percorsi, aree laboratorio, ecc.). -Eliminare le fonti di correnti interne utilizzando sistemi di climatizzazione e ricambio aria misti. -Puntare sulla realizzazione di edifici passivi, in caso di nuova edificazione o ristrutturazione globale, in modo da ridurre o eliminare l'impiego di climatizzazione artificiale.
INFISSI ESTERNI ED INTERNI	Evitare elementi pericolosi	-Altezza della banchina o traverso della finestra. -Altezza della soglia e/o battuta inferiore della portafinestra e porte antincendio.	-L'altezza dal piano di calpestio della banchina o del traverso della finestra è fissato per legge a m 1,00 per motivi di sicurezza, ma elementi posti sotto ad esse possono agevolare lo scavalco.	-Rimuovere o non collocare elementi fissi o mobili al di sotto di finestre che ne consentano la scalabilità.	-Eliminare le battute al piede degli infissi, ponendo elementi a raso o utilizzando ghigliottine. -Segnalare i vetri a tutta altezza con serigrafie, pittogrammi o altro che ne facilitino la visione.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
		-Porte vetrate a tutta altezza. -Ingombro dell'anta aperta (finestra, portafinestra, porta interna).	(radiatori bassi, sedie, tavolinetti, ecc). -Anche l'altezza della soglia e/o battuta al piede delle porte è fissata per legge in modo da non costituire ostacolo per le sedie a ruote, ma anche un piccolo rialzo, come quello delle porte antincendio, può costituire un inciampo per distrazione o per precaria deambulazione. -Le porte vetrate a tutta altezza sono di difficile visione, si può sbattere e cadere. -L'ingombro dell'anta (sia di una porta che di una finestra) può essere pericolosa soprattutto se si trova lungo direttrici di percorrenza.		-Privilegiare l'apertura a scorrere, dove possibile, per evitare l'ingombro delle ante. -Nelle finestre prevedere anche l'apertura a ribalta (per ricambio aria), o un blocco di massima apertura in caso di ante.
	Evitare manovre difficili	-Uso di maniglie e maniglioni che non favoriscono la prensilità e la manovra (a volte impiegate anche come appoggio). -Area di manovra per l'apertura.	-L'uso di maniglie e maniglioni poco prensili e poco intuitivi nell'usabilità può rendere difficile la manovra di apertura/chiusura di un infisso creando instabilità nell'anziano -Se l'area di manovra per aprire e chiudere un infisso è ridotta, questo porta a compiere movimenti di avanzamento ed arretramento in continuo, creando instabilità nell'anziano	-Sostituire o installare maniglie che garantiscano la massima prensilità e che non creino appiglio, tenendo in considerazione che possono essere usate anche come aiuto alla mobilità (appoggio).	-Ai lati dell'apertura delle porte e di fronte ad esse prevedere spazi di manovra ampi che ne facilitino l'uso.
	Evitare disorientamento nell'uso	-Uso interdetti per motivi di sicurezza (depositi, locali tecnici, spazi esterni).	-Spazi interdetti all'ingresso degli anziani possono creare disorientamento ed aggressività nei confronti della porta chiusa con conseguente rischio di cadute.		-Se possibile, collocare gli spazi interdetti al di fuori dell'area di vita degli anziani, in alternativa usare porte a scomparsa.
ILLUMINAZIONE NATURALE ED ARTIFICIALE	Evitare la non chiarezza visiva sia diurna che notturna	-Abbagliamento. -Passaggi da zone illuminate a zone in penombra.	-Per l'abbagliamento si richiama quanto scritto in precedenza alla voce "parete".	-Rendere luminosi gli interruttori del bagno per una più facile individuazione	-Si veda quanto già scritto alle voci "Soffitto" e "Parete". -Installare luci notturne prossime

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
		-Ombre riportate. -Visione notturna.	-La presenza di zone illuminate in modo differente (luce-ombra) porta nel passaggio dall'una all'altra ad un difficile e non repentino adattamento della vista, aumentando il rischio di cadute per non visione di ostacoli ed oggetti lungo il cammino, o per disorientamento. -Le ombre riportate (da una finestra o da un corpo illuminante) possono creare disagio- agitazione ad anziani con Alzheimer o Parkinson, e comunque creare percezioni visive erranee. -La mobilità notturna (camera-bagno, agitazione notturna) può essere foriera di cadute in assenza di una adeguata illuminazione di accompagnamento.		al pavimento, diffuse e costanti per accompagnare il movimento notturno.
TERMINALI IMPIANTI	Evitare manovre difficili	-Collocazione, riconoscibilità e distinguibilità.	-I terminali degli impianti elettrici, in modo particolare quelli posti a fianco o alle spalle del letto, solitamente sono difficilmente raggiungibili, nonché poco riconoscibili (possono confondersi con il fondo su cui sono collocati) e poco distinguibili i diversi pulsanti contenuti sulla stessa pulsantiera; a volte questo può essere causa di cadute dal letto per le manovre improprie che comportano.		-Collocare gli interruttori in posizione facilmente raggiungibile anche da sdraiati. -Utilizzare contrasto di colore fra pulsantiera e sfondo, nonché fra i diversi interruttori sulla stessa pulsantiera. -In alcuni casi può essere utile illuminare gli interruttori e dotarli di riconoscimento tattile.
RAMPE (INTERNE ED ESTERNE)	Evitare cause di difficoltà nell'uso	-Utilizzo di pavimentazioni non sufficientemente aggrappanti. -Ristagno di acqua se in esterno.	-Una rampa eseguita con materiali che non siano sufficientemente aggrappanti tendono, ancor più che in piano, a far scivolare il piede o la ruota in caso di uso di un ausilio	-Ripristinare avvallamenti e non complanarità. -Utilizzare pendenze massime uguali o inferiori al 5%. -Segnalare con colore e con	-Utilizzare o rendere le pavimentazioni antiscivolo -Proteggere la rampa, anche se corta, con il parapetto avente a corredo il corrimano sia a destra

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
		<ul style="list-style-type: none"> -Pendenze eccessive ed ampiezze ridotte. -Carenza di segnalazione visiva e tattile. -Parapetti e corrimani carenti. 	<p>alla mobilità.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Una pavimentazione non correttamente posata (avvallamenti, fughe non complanari, ecc.) porta al ristagno di acqua (piovana, o da scioglimento della neve) con conseguente aumento della scivolosità della pavimentazione, soprattutto d'inverno quando a causa di temperature basse l'acqua tende anche a ghiacciare. -La normativa indica sia la pendenza massima che l'ampiezza, ma la letteratura ormai consolidata segnala che la pendenza deve essere ulteriormente abbassata, questo per consentire uno sforzo minore nella percorrenza e ridurre il rischio di affaticamento che può essere predittivo anche di cadute. -L'assenza di segnalazioni tattilo-plantari e manuali può creare confusione in persone non e ipovedenti, facendoli urtare od usare impropriamente lo spazio rischiando anche la caduta. -Parapetti e corrimani sono non solo elementi di sicurezza rispetto alle cadute nel vuoto ed aiuto alla mobilità, ma anche segnali di percorrenza per persone non o ipovedenti; la loro assenza o carenza può facilitare il rischio di cadute. 	<p>sistemi tattilo-plantari e manuali l'inizio e la fine della rampa.</p>	<p>che a sinistra e a doppia altezza.</p>
SCALE	Evitare cause di pericolosità	<ul style="list-style-type: none"> -Accesso al vano scala. -Pavimentazione. -Forma del gradino (alzata e 	<ul style="list-style-type: none"> -Un facile e non controllato accesso al vano scala può condurre a rovinose cadute da parte di anziani 	<ul style="list-style-type: none"> -La pavimentazione deve essere antisdrucchiolo, come da norma, nel caso non lo sia apporre sul 	<ul style="list-style-type: none"> -L'accesso al vano scale deve essere protetto possibilmente con una porta o cancello dotato

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
		<p>pedata).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ampiezza delle rampe. -Tromba delle scale. -Parapetto e Corrimani. -Segnalazione delle rampe della scala. 	<p>confusi o che non hanno un buon equilibrio fisico.</p> <ul style="list-style-type: none"> -La pavimentazione dei pianerottoli e delle pedate dei gradini può risultare scivolosa se non scelta o resa antisdrucciolo. -La forma del gradino può costituire causa d'inciampo, soprattutto in salita, se la pedata sporge sull'alzata. -La forma del gradino può confondere ed agitare anziani con l'Alzheimer o Parkinson se manca l'alzata, ossia se la rampa è "trasparente". -L'ampiezza delle rampe se ridotta non consente l'agevole incrocio di due persone, portando a manovre potenzialmente pericolose. -La tromba delle scale, quando non chiusa da elementi in muratura, può risultare non sufficientemente protetta dal parapetto. -I corrimani possono non essere presenti su entrambi i lati della rampa, possono non accompagnare correttamente l'inizio e la fine delle rampe. -Mancanza di segnalazioni tattilo-plantari e manuali d'inizio e fine rampa. 	<p>pavimento e sui gradini esistenti delle strisce aggrappanti che vanno costantemente mantenute nel tempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Segnalare con sistemi tattilo-plantare e manuale e con colore a contrasto l'inizio e la fine delle rampe. 	<p>di badge o tastierino numerico.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nel caso di rifacimenti o nuovi interventi prevedere che la sezione del gradino dia continuità fra alzata e pedata e che l'alzata sia inclinata verso l'interno. -Evitare scale sprovviste dell'alzata. -L'ampiezza delle rampe, al netto dei corrimani a destra e sinistra, deve consentire l'agevole passaggio di due persone in contemporanea. -Per proteggere la tromba delle scale si può intervenire con un parapetto alto che non ostruisca la vista. -In caso di assenza installare i corrimani sia a destra che a sinistra delle rampe, nonché prolungarli oltre l'inizio e la fine della rampa senza creare rischio d'appiglio o di urto.
	Evitare l'eccessivo affaticamento	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizzo dei corrimani. -Dimensioni di alzata e pedata. -Dimensione e forma dei pianerottoli intermedi. 	<ul style="list-style-type: none"> -I corrimani possono risultare non adatti a persone di altezze diverse. -I gradini possono avere un errato rapporto fra alzata e pedata, o avere alzate diverse sulla stessa rampa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Predisporre l'installazione di corrimani a doppia altezza per facilitare anziani di ridotta statura. 	<ul style="list-style-type: none"> -Nel caso di rifacimento o di nuova costruzione i gradini devono avere tutti la stessa altezza e profondità; il rapporto alzata-pedata deve essere funzione del passo medio di un

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			-I pianerottoli intermedi possono essere di ridotte dimensioni (difficoltà nell'incrocio con altre persone) ed avere gradini intermedi (gradini isolati ed inaspettati).		anziano. -I pianerottoli devono consentire il passaggio agevole di due persone in contemporanea, non devono presentare gradini intermedi (soprattutto in scale strette) e, per favorire l'uso da parte degli anziani, essere dotati di posti a sedere per un temporaneo riposo.
	Evitare elementi visivi disturbanti	-Illuminazione del vano scala sia naturale che artificiale. -Riconoscibilità dei gradini.	-Illuminazione scarsa, non diffusa e che crea ombre (sul vano in generale, e gradino su gradino) riduce la leggibilità delle rampe e la loro percorrenza. -Finestre e corpi illuminanti mal collocati possono produrre fenomeni di abbagliamento con conseguente difficoltà nella leggibilità delle rampe. -I gradini per persone ipo-vedenti possono risultare poco visibili e difficilmente distinguibile l'alzata dalla pedata.	-Per rendere evidente ogni singolo gradino utilizzare due colori a contrasto: uno per la pedata e uno per l'alzata.	-Intervenire affinché l'illuminazione sia il più possibile diffusa e distribuita in modo da evitare zone in penombra o ombre riportate. -Per evitare fenomeni di abbagliamento schermare le finestre (in esterno) e i corpi illuminanti salvaguardando un'illuminazione diffusa.
PARAPETTI, CORRIMANI (interni ed esterni)	Evitare cause di pericolosità	-Altezza. -Forma. -Materiali impiegati. -Resistenza ai carichi.	-Una ridotta altezza dei parapetti può favorire il rischio di cadute (anche dall'alto), soprattutto se al disotto di essi, pur avendo rispettato le norme cogenti, vengono collocate fioriere o mobilio su cui sia possibile salire e sporgersi. -Alcune forme date ai parapetti ne favoriscono la scalabilità. -Utilizzare del metallo non protetto per l'esecuzione di corrimani (soprattutto in esterno) può favorire	-Prestare attenzione che al di sotto parapetti non vengano posti elementi che ne consentano lo scavalco. -In presenza di corrimani metallici verificare se sia possibile proteggerli con materiali a cattiva conduzione termica.	-Realizzare parapetti alti non scalabili. -Privilegiare forme e dimensioni dei corrimani che agevolino la prensilità. -Le norme cogenti stabiliscono la resistenza alle azioni orizzontali e verticali sia di parapetti che di corrimani. -La forma data al corrimano ad ogni stacco deve essere tale da non consentire l'appiglio di vestiario.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			<p>il non utilizzo del corrimano stesso, così come la forma se non è consona alla corretta prensilità.</p> <p>-Il non valutare correttamente la resistenza ai carichi laterali e di punta può essere causa di rottura di parapetti e corrimani, soprattutto se in presenza di elementi a sbalzo.</p> <p>-La forma ad inizio e fine corrimano può favorire l'involontario appiglio di vestiario.</p>		
ARREDI: contenitori	Evitare cause di pericolosità.	<ul style="list-style-type: none"> -Dimensione. -Forma. -Distribuzione. 	<ul style="list-style-type: none"> -L'eccessiva altezza, profondità o bassezza porta a movimenti impropri. -Elementi pensili senza una base sottostante possono essere causa di urti per non visione o distrazione. -Elementi d'arredo con un rapporto snello fra base ed altezza se non fissati ad una parete possono essere fonte di pericolo, soprattutto nel caso vengano usati come sostegno alla mobilità. -Una distribuzione che non abbia tenuto conto della mobilità interna alla stanza ed attorno all'attrezzatura in uso può produrre difficoltà di movimento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Affinché gli oggetti in uso agli anziani siano facilmente raggiungibili, quando posti all'interno di contenitori, riporli ad altezze tali che non richiedano piegamenti, o torsioni, o innalzamento eccessivo delle braccia. -Al di sotto di elementi pensili (quando non in nicchia) porre altri arredi che allontanino la persona dal profilo della parete. -Bloccare a parete o soffitto arredi che abbiano un rapporto snello fra base ed altezza. -Ripensare alla distribuzione degli arredi fissi e mobili negli ambienti, in relazione alla mobilità quotidiana anche con ausili. 	
	Evitare cause di affaticamento e di difficoltà nell'uso.	<ul style="list-style-type: none"> -Forma. -Accessori. -Ante. -Altezza da terra. -Modalità di riposto. -Visibilità. -Maniglie. 	<ul style="list-style-type: none"> -Elementi bassi o profondi costringono a manovre complesse per la difficoltà all'avvicinamento. -L'impiego di ripiani interni in mobili profondi comporta manovre difficili, soprattutto se non sono collocati all'altezza delle braccia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Posizionare i contenitori in aree dove l'uso delle ante non costringa a compiere manovre complesse e dove l'anta aperta non costituisca intralcio e pericolo, o sostituire le ante con elementi scorrevoli. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sollevare i mobili da terra per agevolare il loro uso anche con ausili alla mobilità. -Adottare (sistemare) contenitori attrezzati con cassetti, cassettoni e cestelli a scorrimento in esterno, accessoriati in interno

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			<p>-Nell'allestimento interno mancano accessori che favoriscano l'uso dei contenitori.</p> <p>-L'anta aperta è un ingombro spaziale (alle volte può non essere percepita), e in relazione a dove è collocato l'arredo, può anche costringere ad eseguire manovre complesse per l'apertura-chiusura.</p> <p>-L'altezza ridotta del mobile da terra comporta uno scarso avvicinamento al contenitore (soprattutto se si usano ausili alla mobilità) e una conseguente impossibilità o difficoltà nell'uso.</p> <p>-La luce che raggiunge l'interno dei contenitori spesso è scarsa (per errata esposizione o per ombra riportata dal corpo durante l'uso), questo rende difficile distinguere il contenuto.</p> <p>-Una scarsa distinguibilità dal fondo e una scarsa prensilità delle maniglie promuovono uno scorretto o impossibile uso del mobile.</p>	<p>-Utilizzare colori a contrasto per rendere riconoscibile e distinguibile la maniglia dal fondo</p>	<p>con servetti (elettrici e non) per raggiungere le grucce ed oggetti appesi.</p> <p>-Accessoriare l'interno del contenitore (se non attrezzato con elementi ad estrazione frontale) con corpi illuminanti comandati dall'apertura-chiusura delle ante.</p>
ARREDI: tavoli	Evitare fenomeni di ribaltamento o inciampo.	-Rapporto fra piano e zampe.	-Il rapporto fra piano e zampe può essere sfavorevole sia in merito al ribaltamento (zampe troppo leggere rispetto al piano, o troppo arretrate rispetto al perimetro – in particolare il piantone centrale), sia relativamente all'inciampo quando le zampe sono a margine o fuoriescono dal perimetro del tavolo, in quanto il piano può essere usato come appoggio alla salita dalla sedia o come aiuto alla mobilità.		-Accertarsi che le zampe assicurino la stabilità al ribaltamento del tavolo (intervenire zavorrando o sostituendo le zampe), e che siano arretrate di qualche centimetro rispetto al perimetro del piano.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
	Evitare fenomeni di pericolosità.	-Angoli e spigoli. -Materiale di finitura.	-Il piano può essere spigoloso sia nel profilo del piano stesso che negli angoli se di forma quadrata o rettangolare. Lo spigolo risulta fastidioso all'appoggio dell'avanbraccio, e l'angolo può rendere più doloroso l'urto. -Il materiale posto a finitura del piano può essere riflettente, rendendo più difficile il riconoscimento degli oggetti posati su di esso e fastidiosa la visione anche durante la mobilità.	-Evitare la presenza di spigoli ed angoli del piano, eventualmente proteggendo con paraspigoli le parti più esposte. -Se il materiale di finitura del piano risulta riflettente, verificare la possibilità di applicare una pellicola antiriflesso.	-Scegliere tavoli con angoli e spigoli arrotondati. -Scegliere tavoli con piani non riflettenti.
	Evitare fenomeni di affaticamento e di riconoscimento.	-Forma e dimensione del piano e zampe del tavolo. -Colore dei materiali.	-Zampe fra loro troppo vicine possono non rendere agevole l'inserimento fra di esse, soprattutto con una sedia a ruote, costringendo a stare troppo distanti dal piano o a cambiare seduta. -Analogamente un piano troppo basso può impedire l'inserimento di sedie con braccioli al di sotto di esso, mentre uno troppo alto può costringere ad assumere una posizione affaticante per qualsiasi funzione. -La forma del piano può affaticare la postura delle braccia e conseguentemente rendere più onerosa qualsiasi funzione. -Il colore del piano se neutro rispetto all'intorno può confondere anziani ipovedenti, ed essere causa di urti.	-Accertarsi che l'ampiezza libera fra le zampe consenta l'inserimento agevole di una sedia a ruote; nel caso non lo sia valutare se sia possibile il loro spostamento.	-Adottare (anche mediante sostituire) zampe ad altezza variabile in modo da adattare il tavolo alle persone che lo usano. -La forma avvolgente del piano aiuta l'avvicinamento del busto al tavolo e facilita l'appoggio dell'avanbraccio riducendo lo sforzo fisico. -Utilizzare colori che evidenzino la presenza del/dei tavolo/i rispetto all'intorno.
ARREDI: sedute	Evitare cause di pericolosità.	-Tenuta al ribaltamento, alla torsione e al carico. -Ingombro delle zampe.	-Movimenti di accomodamento sulla seduta, o l'utilizzo come punto d'appoggio durante il cammino		-La normativa di riferimento in tema di sicurezza in uso è parziale; prestare comunque

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			<p>spostano il carico in posizione eccentrica, questo può favorire fenomeni di ribaltamento.</p> <p>-Le zampe più ampie del perimetro della seduta possono essere fonte d'inciampo durante l'uso (uscita dalla sedia) o il cammino.</p>		<p>attenzione alla stabilità delle sedute sia per ribaltamento laterale, posteriore e frontale, che per torsione e che rispondano al carico anche eccentrico.</p> <p>-Optare per sedute che abbiano zampe non o poco sporgenti dal perimetro della sedia.</p>
	Evitare cause di disagio.	<p>-Dimensioni delle diverse componenti.</p> <p>-Materiale.</p> <p>-Aiuto all'alzata.</p>	<p>-Errate dimensioni portano ad assumere posizioni poco o per nulla confortevoli, provocando continui movimenti del corpo per alleviare il disagio, oltre a rendere faticosa la manovra di sedersi-alzarsi. Questo può predisporre alle cadute.</p> <p>-Anche il materiale di seduta, schienale e braccioli con cui il corpo entra in contatto può essere poco confortevole e sollecitare il corpo a muoversi per avere benessere.</p> <p>-La manovra più complessa è quella dell'alzarsi, la lunghezza dei braccioli e la loro forma nonché forma e dimensione del piano di seduta possono favorire l'operazione o creare impaccio.</p>		<p>-Valutare le dimensioni e i materiali delle sedute in base alle esigenze ergonomiche degli anziani.</p> <p>-Verificare che le sedie dotate di braccioli possano inserirsi agevolmente al di sotto del piano del tavolo senza dare luogo a fenomeni di schiacciamento delle mani.</p>
ARREDI: letto	Evitare cause di pericolosità.	<p>-Sponde.</p> <p>-Altezza da terra del piano materasso.</p>	<p>-Le sponde se troppo basse rispetto al piano del materasso possono essere facilmente scavalcate, anche involontariamente, durante il sonno ed essere fonte di cadute dal letto.</p> <p>-Al contempo, le sponde in presenza di anziani agitati possono dar luogo a fenomeni di rifiuto ed essere volontariamente scavalcate, con rischio di cadute.</p>	<p>-Adottare o meno le sponde in funzione delle esigenze di chi usa il letto.</p>	<p>-Adeguare l'altezza delle sponde rispetto al piano materasso in uso.</p> <p>-In caso di anziani agitati, inserire tappeti imbottiti ai lati del letto, amovibili durante le ore in cui il letto non è usato.</p>

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			-Per quanto sia ridotta l'altezza da terra del piano materasso, uno scivolamento o spostamento del corpo, anche involontario, può portare a cadere e, in presenza di anziani con fragilità scheletriche, può conseguire esiti pesanti.		
ARREDI: terrazzo	Evitare cause di pericolosità.	-Collocazione degli arredi bassi. -Resistenza dei materiali. -Facilità allo spostamento.	-In presenza di oggetti collocati al di sotto del parapetto questi possono facilitarne lo scavalco. -Arredi facilmente spostabili, in quanto non bloccati o leggeri, possono essere portati vicino al parapetto per agevolare l'affaccio, dando luogo a possibili cadute dall'alto, volontarie ed involontarie. -Spesso gli arredi da terrazzo sono in plastica stampata, la quale, pur economica e comoda per la pulibilità, non dà nessuna garanzia di stabilità nell'uso.	-Evitare di collocare al di sotto del parapetto arredi ed attrezzature (tavoli bassi, cestini, sedie, fioriere, ecc.) che ne facilitino lo scavalco.	-Scegliere arredi resistenti e difficilmente spostabili. -Creare zone di fioricoltura lontane dal parapetto o posizionate e bloccate su di esso, ma in alto.
ESTERNI	Evitare cause di pericolosità.	-Percorsi. -Pavimentazioni. -Dislivelli. -Recinzione e cancelli. -Essenze presenti.	-Nell'area cortilizia si possono incrociare diversi percorsi, carrabili e non, che possono facilitare il rischio di incidenti. -Avvallamenti, non complanarità fra elementi della pavimentazione possono essere fonte d'inciampo e di cadute. -La presenza di dislivelli superabili solo con gradini può comportare rischio di caduta. -La recinzione esterna può essere facilmente scavalcata soprattutto se bassa, con rischio di cadute. -I cancelli incustoditi e aperti (perché soggetti a continui	-Ripristinare gli avvallamenti e la non complanarità della pavimentazione dei percorsi. -Collocare le essenze attraenti in posti e ad altezze facilmente raggiungibili.	-Rivedere la percorrenza interna all'area cortilizia per separare le diverse percorrenze (pedonale, carrabile, area pubblica, area privata, ecc.), ottenendo anche una più facile gestione degli ingressi (cancelli). -Affiancare ai gradini anche una rampa corredata di parapetti e corrimani per superare i dislivelli presenti. -La recinzione della parte a giardino può essere in parte eseguita con siepi che rendano più difficoltoso lo scavalco. -Evitare (togliere) piante che

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			passaggi) sono fonte di pericolo soprattutto per anziani confusi. -Piante urticanti, pungenti, tossiche o velenose possono essere all'origine di incidenti anche se non legati necessariamente alle cadute. -La collocazione di essenze profumate e fiorite (attraenti) in posti inaccessibili o comunque scomodi e insicuri possono provocare cadute nel tentativo di raggiungerle.		possono essere potenzialmente pericolose.
	Evitare disorientamento e non riconoscibilità.	-Percorsi. -Comunicazione.	-I percorsi se non ben riconoscibili e complessi nell'articolazione, così come una errata comunicazione possono confondere e disorientare, creando agitazione in anziani già confusi, con conseguente rischio di perdita di equilibrio.		-Rendere facilmente leggibile il tracciato dei percorsi nel giardino, aiutandosi con l'uso di materiali diversi, del colore, di sistemi tattilo-plantari e manuali, di fioriture diverse, di acqua in movimento, di pittogrammi ecc. (giardino multisensoriale)
	Evitare cause di affaticamento	-Corrimani. -Luoghi di sosta. -Luoghi significativi e finalizzanti. -Attrezzature per il giardinaggio.	-L'assenza di corrimani lungo i percorsi esterni, così come l'assenza di luoghi di sosta attrezzati per il riposo può essere fonte di affaticamento e di conseguenti cadute. -L'assenza di luoghi significativi (finalizzanti) per lo svolgimento di attività ricreative può indurre noia, in chi conosce bene l'ambiente, e può indurre agitazione in anziani con l'Alzheimer. -L'anziano che cammina senza sosta (Wandering), si affatica e aumenta il rischio di cadere. -La non adeguata collocazione, distribuzione, forma e dimensione		-Installare corrimani lungo i percorsi dotati di segnalazioni tattili per l'individuazione della percorrenza e dei luoghi attrezzati. -Distribuire lungo il percorso luoghi di sosta per il riposo attrezzati con panchine, tavoli ed appoggi ischiatici. -Individuare aree finalizzanti alla mobilità: voliere, fontane, specchi d'acqua, giochi sonori e tattili, ecc. -Ricavare luoghi per lo svolgimento di attività all'aperto che siano sicuri, confortevoli e facili all'uso.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			delle attrezzature per attività all'aperto (esercizio fisico, ortofloricoltura, ecc.) può costringere a movimenti impropri e faticosi con rischio di abbandono dell'attività e/o di perdita di equilibrio.		-Arredare gli esterni con panchine munite di braccioli, fioriere facilmente raggiungibili, piani e vasche per ortofloricoltura rialzati e che consentano l'inserimento di sedie a ruote al di sotto di essi.
BAGNI: pavimenti	Si rinvia alla voce "pavimento" iniziale.	-Alle note già descritte si aggiunge quella relativa alla raccolta acque della doccia a raso pavimento.			-Al posto delle normali pilette sifonate poste al centro o in angolo del piatto doccia a raso, montare griglie sifonate a perimetro dell'area doccia. Queste rendono più facile e rapida la raccolta-allontanamento dell'acqua.
BAGNI: pareti	Si rinvia alla voce "parete" iniziale.	-Alle note già descritte si aggiunge quella relativa all'uso di specchi.		-In presenza di anziani con l'Alzheimer, in base alle reazioni individuali, rimuovere lo specchio solitamente presente al di sopra del lavabo.	
BAGNI: soffitti	Si rinvia alla voce "soffitto" iniziale.				
BAGNI: attrezzature	Evitare fenomeni di non riconoscimento.	-Collocazione dei diversi sanitari. -Rubinetterie.	-L'allestimento del bagno può causare disorientamento nell'uso dei sanitari in anziani cognitivamente compromessi, in quanto l'inserimento di più sanitari fra loro accostati lungo la stessa parete, porta a confonderne l'impiego. -Rubinetterie sofisticate (elettroniche o con leve particolari) rendono faticoso se non impossibile il riconoscimento del funzionamento.		-Collocare i diversi sanitari in modo distinto sulle differenti pareti, creando delle connessioni intuitive con l'uso dell'oggetto: portarotolo di uso casalingo, asciugamani personalizzati, oggetti abituali per la doccia, ecc. -Installare rubinetterie d'uso comune, anche a miscelatore, ma con leve di semplice comprensione.
	Evitare cause di pericolosità.	-Rubinetterie. -Sanitari.	-Le rubinetterie con la leva troppo lunga possono essere fonte di urti		-La leva di erogazione dell'acqua deve avere una facile prensilità,

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			<p>anche violenti chinandosi sul lavabo o utilizzando il bidet se presente.</p> <p>-I vasi cosiddetti per disabili, oltre ad avere un'altezza spesso troppo elevata per persone anziane, presentano un'incavo sul fronte che è alle volte causa di scivolamento ed intrappolamento della gamba con conseguente urto o frattura.</p>		<p>ma restare contenuta nella lunghezza della bocca del rubinetto.</p> <p>-Installare vasi di uso comune (possibilmente larghi, non spigolosi e con scarico a parete), distanti dalle pareti come stabilito dalle norme vigenti, aggiustando l'altezza mediante ciambelle personalizzate.</p>
	<p>Evitare fenomeni di difficoltà nell'uso e nel movimento all'interno dell'ambiente.</p>	<p>-Sanitari. -Ausili fissi.</p>	<p>-La collocazione dei sanitari e degli ausili fissi nella stanza bagno può essere sfavorevole ad una adeguata mobilità, soprattutto se si usano ausili alla mobilità o se gli anziani vengono assistiti.</p>		<p>-Tenere presente che il vaso e gli ausili fissi attorno ad esso possono essere utilizzati nell'avvicinamento sia a destra che a sinistra (emiplegia).</p> <p>-Senza eccedere nella scelta di un lavabo ad altezza variabile, questo deve però consentire l'accostamento su sedia (anche a ruote) e deve favorire l'appoggio delle avambraccia.</p> <p>-Scegliere sanitari appesi a parete anziché a colonna per favorire la mobilità interna, l'impiego di sollevatori e le pulizie.</p>
	<p>Evitare fenomeni di disorientamento.</p>	<p>-Ausili fissi alla mobilità.</p>	<p>-L'impiego di ausili fissi montati a parete, restituisce il più delle volte un'immagine della stanza bagno non abituale. Questo porta soprattutto gli anziani cognitivamente compromessi, a non comprenderne l'uso e ad accanirsi contro di essi mettendo a rischio anche la propria incolumità.</p> <p>-Non solo, anche per gli anziani con ridotta mobilità possono risultare</p>		<p>-Utilizzare ausili a ventosa ad alta resistenza ai carichi per un periodo di prova, ed infine installare nei bagni di camera gli ausili ritenuti individualmente indispensabili.</p>

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			ridondanti ed inutili, oltre che creare impaccio nei movimenti anziché agevolarli.		

Elaborato in collaborazione con Piera Nobili

per il CRIBA (*“Centro regionale di Informazione sul Benessere ambientale”*)

Sintesi verifica Check list fattori di rischio per le cadute inerenti l'ambiente

Data:

Operatori:

Elemento	Elementi di rischio rilevato	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
PAVIMENTO			
PARETI			
SOFFITTO			
INFISSI ESTERNI			
INFISSI INTERNI			
ILLUMINAZIONE			
TERMINALI IMPIANTI			
RAMPE			
SCALE			
PARAPETTI, CORRIMANI			
ARREDI contenitori			
ARREDI tavoli			
ARREDI sedute			
ARREDI terrazzo			
ESTERNI			
BAGNI pavimenti			
BAGNI pareti			
BAGNI soffitti			
BAGNI attrezzature			

PROPOSTA DI SCHEDA DI SINTESI RILEVAZIONE PERIODICA DEL SERVIZIO

Ospiti, cadute e interventi	Descrizione	Rilevazione dal .../.../..... al .../.../.....
Ospiti:		
n. totale di ospiti presenti nel periodo	<i>Il totale ospiti è da intendersi inclusivo del turnover del periodo, cioè anche di tutti gli ospiti che sono entrati e/o usciti nel periodo considerato (inclusi gli inserimenti temporanei e di sollievo)</i>	
n. di ospiti valutati “a rischio di caduta”	<i>Si tratta degli ospiti che, a seguito della valutazione multifattoriale e multi-professionale del rischio di cadute individuale, sono stati identificati come a maggior rischio di caduta.</i>	
n. totale di ospiti caduti nel periodo	<i>Riportare il numero di ospiti caduti. Anche se un ospite è caduto più volte conteggiarlo una sola volta.</i>	
Cadute:		
n. totale di cadute	<i>Se una persona è andata incontro a più cadute riportarle tutte singolarmente</i>	
n. di cadute di ospiti individuati come "persona a rischio di caduta" nell'ultima valutazione effettuata	<i>Vedi "Indicazioni per omogenea raccolta informazioni" relative all'evento caduta contenute nell'All. 4</i>	
Esiti (con riferimento alle cadute, specificare:)		
n. di cadute con esito moderato/grave		
n. di cadute con esito grave	<i>Si intendono, per esiti gravi: la frattura di femore, la frattura di bacino\rachide e altri esiti gravi</i>	
di cui n. fratture (es. femore, bacino-rachide, ecc.)	<i>Contare tutti i tipi di frattura: femore, costali, bacino, ecc. e, distintamente, il trauma cranico. (Vedere indicazioni Allegato 4)</i>	
di cui n. trauma cranico		
Interventi personalizzati finalizzati alla prevenzione cadute:		
N. di ospiti con interventi personalizzati finalizzati alla prevenzione delle cadute		
N. di ospiti valutati “a rischio di caduta” con interventi personalizzati finalizzati alla prevenzione delle cadute		

PROPOSTA SET MINIMO DI DATI SULL'EVENTO CADUTA DA RACCOGLIERE NEGLI STRUMENTI DI RILEVAZIONE DELLE CADUTE IN USO PRESSO I SINGOLI SERVIZI CHE PARTECIPANO AL PROGETTO

1. PERCHE' QUESTO ALLEGATO

Il progetto di **“Miglioramento dell’ambiente, dell’organizzazione, della vita e delle cure e somministrazione di attività fisica in struttura per il mantenimento delle abilità residue e il benessere generale degli ospiti”** di cui questo documento costituisce allegato, propone come azione finalizzata a garantire un ambiente sicuro e protetto anche la necessità creare le condizioni per garantire la rilevazione sistematica dell’evento caduta in struttura.

Per favorire l’omogeneità delle modalità di rilevazione e registrazione dell’evento caduta nel documento base del progetto è prevista la definizione degli elementi (dati) minimi comuni da rilevare e che dovranno quindi costituire parte dello strumento utilizzato dalle strutture per la rilevazione delle cadute.

Il presente allegato attua quanto previsto nel documento base, fornendo gli elementi comuni ed alcuni suggerimenti sulla gestione, uso e rilevazione degli stessi.

Il monitoraggio costante degli ospiti caduti rappresenta un elemento fondamentale per conseguire l’obiettivo di miglioramento del benessere degli anziani utenti dei servizi ed è strumento finalizzato ed indispensabile per il processo di miglioramento continuo che non può prescindere dalla consapevolezza e conoscenza della realtà assistenziale effettiva e dall’analisi degli eventi avversi.

Anche per non interferire con i modelli organizzativi e di raccolta dei dati di ogni servizio, non si è voluto definire uno strumento unico e vincolante per tutti i servizi aderenti alla sperimentazione.

Molti servizi hanno un sistema informatizzato di raccolta dei dati, strutturato e condiviso con il gruppo degli operatori, altri utilizzano il cartaceo, sia per il PAI che per la cartella socio-sanitaria integrata.

Preferiamo concentrare l’attenzione sul minimo comune denominatore riteniamo debba comunque essere garantito, qualsiasi sia il modello organizzativo e documentale in atto in ogni servizio.

Riteniamo opportuno comunque che tutti i servizi si mettano in condizione di monitorare gli eventi caduta raggruppando tutti i dati rilevati in un unico strumento, in modo tale da semplificare così l’immissione dei dati, la conseguente analisi e l’avvio di azioni di miglioramento.

L’ottica utilizzata nell’individuazione dei dati essenziali da rilevare è stata quella di evitare un impegno significativo e aggiuntivo per i servizi, quindi si è tenuto conto dei dati ad oggi già raccolti dai servizi che in modo preciso e puntuale hanno trasmesso gli strumenti utilizzati al loro interno per la rilevazione dell’evento cadute.

2. LA RACCOLTA DATI SUGLI EVENTI CADUTA: OBIETTIVI E IMPEGNI

I dati raccolti devono prioritariamente essere a servizio della struttura per analizzare e comprendere le cause degli eventi cadute.

Devono servire per evidenziare le zone critiche sulle quale predisporre azioni di miglioramento per quanto riguarda gli aspetti organizzativi ed ambientali della struttura, dell’ambito sanitario, delle relazioni tra gli ospiti e con i familiari e/o volontari, etc.

Ovviamente le singole strutture possono raccogliere elementi e dati ulteriori a quelli proposti come minimo comune denominatore. Inoltre alcuni dati possono essere ulteriormente dettagliati (ad esempio può essere approfondito o specificato il tipo di ausili, il tipo di calzatura utilizzata, le modalità della caduta, etc.).

Sulla base degli esiti si valuterà anche l'utilità della maggior disponibilità di dati sperimentata da qualche soggetto gestore partecipante al progetto.

Si ritiene comunque indispensabile che ogni struttura:

- Rilevi almeno i dati proposti all'interno di questo documento ogni qualvolta si verifichi l'evento caduta.
- Assicuri, con il coordinamento del team individuato, un'analisi periodica dell'insieme dei dati relativi agli eventi caduta (base minima trimestrale, più frequente se gli eventi caduti sono numerosi o se si discostano dalla media in un determinato periodo)
- promuova, in modo sistematico e con il coordinamento del responsabile della struttura, coinvolgendo anche il referente per il percorso di miglioramento verso l'accreditamento definitivo, le azioni di miglioramento (momenti di approfondimento, auditing, etc. con tutti gli operatori);
- Predisponga, tramite il responsabile della struttura ed in collaborazione con il team dedicato una relazione annuale relativa alla totalità degli eventi caduta e alle azioni di miglioramento avviate e previste, assicurando il confronto con quanto rilevato ed avviato negli anni precedenti (questo confronto sarà possibile a partire dalla disponibilità di dati per gli anni precedenti).

In questa prospettiva i dati minimi da raccogliere che richiamano indirettamente i fattori di rischio esplicitati nel documento base., sono quindi anche proposti al fine di favorire una riflessione ampia, ragionata e guidata su ogni evento caduta.

3. LA GESTIONE DELLE INFORMAZIONI RILEVATE SULL'EVENTO CADUTA

Come indicazione generale si raccomanda la gestione delle schede di rilevazione dell'evento caduta con una modalità che deve:

- Fare riferimento a quanto definito dalla normativa relativa alla corretta gestione della documentazione sanitaria e socio-sanitaria (correttezza, completezza, comprensibilità, rintracciabilità etc.)
- Permettere la rapida consultazione delle schede per i momenti relativi all'analisi, approfondimento, auditing (sia per quanto riguarda il singolo caso che per quanto riguarda i dati aggregati per nucleo, per servizio, per periodo, ecc.)
- Costituire una fonte informativa di facile utilizzo per fini statistici ed epidemiologici, interni ed esterni al servizio
- prevedere l'archiviazione sia all'interno della documentazione socio-sanitaria dell'ospite sia all'interno di un raccoglitore specifico che agevoli quindi le azioni di consultazione, analisi ed elaborazione periodica dei dati.

4. SUGGERIMENTI PER LA RILEVAZIONE DELLE INFORMAZIONI SULL'EVENTO CADUTA

Ai fini della corretta rilevazione dei dati relativi all'evento caduta e in continuità con l'approccio trasversale a tutto il progetto, in questa fase si propongono alcuni suggerimenti sulle modalità di rilevazione.

Si precisa infine che, per quanto riguarda il tema delle modalità di rilevazione affrontate in questo paragrafo, le riflessioni sulle esperienze dei soggetti gestori coinvolti nel progetto potranno costituire oggetto di specifico approfondimento.

La matrice delle responsabilità relativa alla rilevazione dell' evento caduta è opportuno che preveda:

- Un coordinamento interno al servizio che assicuri e verifichi l'efficacia del sistema adottato affinché ad ogni evento caduta corrisponda la rilevazione dei dati relativi all'evento. Il team individuato potrebbe svolgere questa funzione con la supervisione del responsabile della struttura.
- La individuazione delle responsabilità della raccolta dei dati in caso di evento caduta, articolando la stessa per le tre tipologie dei dati di cui al successivo punto 5.

- La validazione relativa alla correttezza dei dati, nominale, da parte di chi li registra. Si propone l'equipe multidisciplinare, intesa come ruoli, per le informazioni relative alla persona caduta, altro soggetto da individuare nell'organizzazione per le informazioni sulle circostanze della caduta e sulle conseguenze della stessa.
- La verifica relativa alla completa e corretta compilazione di tutti gli elementi in caso di evento caduta; si propone o il team o il responsabile di struttura. Deve ovviamente essere previsto anche un percorso per il completamento/correzione dei dati.

E' opportuno, al fine di non disperdere la disponibilità dei dati, prevedere tempi definiti dalla data dell'evento caduta:

- a) per la compilazione della scheda evento caduta (si propone di norma entro 24 h comunque non superiore a 48 h dall'evento caduta)
- b) per la verifica di completezza dopo la compilazione (si propone non superiore a 48 h dalla compilazione della scheda)
- c) per l'eventuale integrazione dopo la verifica di incompletezza (si propone non superiore alle 24 h dalla verifica di incompletezza).

Il dato relativo agli esiti deve essere, per quanto attiene alla scheda evento cadute, deve essere acquisito al momento della sua disponibilità.

5. INDICAZIONI PER UNA OMOGENEA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

Per agevolare gli operatori e con l'obiettivo di assicurare criteri omogenei di raccolta dei dati si forniscono le seguenti indicazioni.

I dati relativi alle informazioni sulla persona caduta sono elementi già conosciuti dalla struttura e riportati nella documentazione socio-sanitaria e assistenziale in uso, ad esempio cartella socio-sanitaria e PAI e scheda per la valutazione del rischio caduta.

In particolare la scheda di valutazione del rischio caduta così come la scheda di rilevazione dell'evento caduta devono fare parte della documentazione socio-sanitaria.

I dati minimi da rilevare e relativi all'evento caduta sono stati suddivisi in tre aree, (A; B; C), di seguito meglio specificate

A) INFORMAZIONI SULLA PERSONA CADUTA con informazioni ricavabili dalla documentazione e riferiti alla condizione preesistente della persona caduta.

B) INFORMAZIONI SULLE CIRCOSTANZE DELLA CADUTA con informazioni da rilevare a seguito dell'evento caduta, si consiglia di inserire nella strumento utilizzato dai servizi per la rilevazione dell'evento caduta uno spazio descrittivo da utilizzare per evidenziare eventuali ulteriori elementi e particolari rispetto a quanto già contenuto nelle altre informazioni.

C) INFORMAZIONI SULLE CONSEGUENZE DELLA CADUTA

5.1 QUANDO RILEVARE UNA CADUTA

Si ritiene opportuno, al fine di garantire per tutti gli operatori il medesimo approccio, richiamare la definizione del Ministero della Salute relativa all'evento caduta: ***“improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto “.***

Pertanto devono essere rilevate come cadute tutte le situazioni che rientrano all'interno della definizione sopra riportata.

5.2 PROPOSTA DI ELEMENTI MINIMI

A) INFORMAZIONI SULLA PERSONA CADUTA

I dati riportati all'interno dell'area A sono informazioni ricavabili dalla documentazione socio sanitaria, in specifico:

1 Codice fiscale .

Il codice fiscale potrà consentire eventuali elaborazioni di dati (a livello di distrettuale, di AUSL, di Area Vasta o regionale, attraverso l'incrocio con altre banche dati).

A livello di struttura può essere utile la rilevazione dell'età e del sesso, dati non presenti nell'area proposta perché già presente nel C.F. ma utili nell'attività di analisi ed elaborazione dei dati.

2. Data di ingresso nel servizio

Utile per evidenziare, ad esempio se l'evento caduta risulta essere più frequente nella fase di inserimento della persona, o se invece l'evento caduta sia più frequente nella fase in cui la persona si è adattata al nuovo ambiente di vita.

3. Tipologia di accoglienza = 1. lunga permanenza, 2 sollievo, 3 accoglienze temporanee per necessità di convalescenza e riabilitazione post dimissione ospedaliera 4 nucleo speciale temporaneo per persone affette da demenza

Alla voce 4 vanno indicate soltanto le persone inserite in nuclei speciali residenziali o in centri diurni specializzati per persone affette da demenza per il periodo necessario al superamento e/o compensazione della fase di grave disturbo comportamentale e/o cognitivo. Non vanno quindi indicati in questa classe tutte le persone affette da demenza.

4. Esito ultima valutazione del rischio cadute.

Indicare se nell'ultima valutazione disponibile il soggetto è stato individuato come persona a rischio di caduta e di conseguenza sono state previste nel PAI azioni/interventi specifici per la riduzione di questo rischio.

5 È caduto più di una volta nei 12 mesi precedenti l'evento caduta che si registra.

6 Se la risposta alla domanda 5 è sì, quante volte è caduto prima della presente caduta.
caso di un numero di 2 o superiore a 2 indicare il numero delle cadute negli ultimi 12 mesi.

7 Cammina e si sposta con ausili *(desumibile dalla BINA FAR)*

8 Si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con sedia a ruote *(desumibile dalla BINA FAR.)*

9 Assume farmaci che svolgono azione: sedativa sul sistema nervoso centrale, lassativa, diuretica, ipotensiva e/o ipoglicemizzante

10 La persona presenta dei deficit corretti/non corretti della vista e/o dell'udito *(desumibile dalla BINA FAR.)*

11 La persona prima della caduta presentava dei disturbi cognitivi *(desumibile dalla BINA FAR.)*

12 La persona prima della caduta presentava frequente/costante comportamento o atteggiamento disturbante o sindrome da vagabondaggio *(desumibile dalla BINA FAR.)*

B) INFORMAZIONI SULLE CIRCOSTANZE DELLA CADUTA

Per quanto riguarda quest'area è opportuno, come anticipato nei paragrafi precedenti che oltre alla rilevazione dei dati sintetici esista la possibilità per gli operatori di poter effettuare una descrizione più libera dell'evento per dare modo di evidenziare elementi.

- 1 **Turno** riferito alla strutturazione della turnistica giornaliera.
- 2 **Orario** in cui si è verificato l'evento caduta.
- 3 **Spazio/luogo** (vano interno, giardino etc) in cui si è verificato l'evento
- 4 **Posizione /movimento** della persona nel momento in cui si è verificato l'evento caduta, ad esempio: da posizione eretta, durante la deambulazione, da fermo, mentre si alzava dalla sedia, mentre si metteva seduto.
- 5 **Uso dei mezzi di salvaguardia**, riferito al momento della caduta
- 6 **Presenza o meno di un operatore a supporto/sostegno della persona**, riferito al momento in cui è avvenuto l'evento caduta.
- 7 **Presenza di testimoni** che hanno assistito direttamente all'evento.
- 8 **Tipologia di calzatura**, adatta o inadatta
- 9 **Parametri vitali**, se rilevati nei momenti immediatamente successivi all'evento.
- 10 **Cause ambientali rilevate** : pavimento sconnesso, pavimento bagnato, ostacoli ambientali (fisici, sensoriali,percettivi), errata illuminazione (insufficiente, abbagliante, ombre), altro
- 11 **Condizioni cliniche specifiche della persona**, se rilevabili, quali ad esempio, deficit muscolari, vertigini/disturbi dell'equilibrio, alterazioni del livello di vigilanza
- 12 **Interventi attuati in seguito alla caduta**: riferito agli interventi immediatamente successivi all'evento caduta ed attivati dalla struttura stessa, ad esempio, allertato MMG, inviato in Pronto Soccorso, medicato all'interno della struttura stessa, impostato periodo di osservazione
- 13 **Ricovero seguente all'invio al PS**

C) INFORMAZIONI SULLE CONSEGUENZE DELLA CADUTA

Per quanto riguarda quest'ultima area è opportuno che vengano registrati tutti gli esiti dell'evento caduta, ovvero

- 1 gli **esiti minori** rilevati dagli operatori stessi della struttura nell'eventualità che l'evento caduta non abbia reso necessario l'invio della persona in pronto soccorso
 - i. Nessun danno rilevabile
 - ii. Lesione tessuti molli superficiali
 - iii. Lesione musco-scheletrica dolorosa
 - iv. Diminuita mobilità da lesione

- 2 Gli **esiti moderati** e gravi che hanno reso necessario invio in PS sia con che senza osservazione prolungata in ambiente ospedaliero o ricovero ospedaliero
- i. Ferita con necessità di sutura
 - ii. Ematomi
 - iii. Trauma cranico
 - iv. Fratture (arto inferiore, arto superiore, vertebrale, bacino, costali, fratture multiple,etc.)

- 3 il **decesso**, se correlato all'evento caduta



Direzione generale Sanità e Politiche sociali
Servizio Integrazione socio-sanitaria e Politiche per la non autosufficienza

Progetto

“Miglioramento dell’ambiente, dell’organizzazione della vita e delle cure e somministrazione di attività fisica in struttura per il mantenimento delle abilità residue e il benessere generale degli ospiti”

Report sperimentazione

Giugno 2014

Ringraziamenti

Si ringraziano i componenti del **Gruppo di Lavoro regionale:**

- Marzia Bergamaschi, Responsabile dell'Ufficio Qualità Servizi residenziali e semi-residenziali per Anziani del Comune di Modena (MO)
- Fabio Cavicchi, Direttore della Fondazione Santa Clelia Barbieri di Vidiciatico, Lizzano in Belvedere (BO)
- Alessandra Cenni, Fisioterapista, Unità Operativa di Medicina Riabilitativa, Ausl di Imola (BO)
- Giovanna D'Alessandro, Responsabile delle attività assistenziali della Casa-residenza per Anziani non autosufficienti (n.a.) Galuppi Ramponi di Pieve di Cento (BO)
- Pietro Fornasari, Fisiatra della UO Medicina della riabilitazione dell'Ausl di Cesena (FC)
- Roberta Lega, Fisioterapista della UO Medicina riabilitativa dell'Ausl di Ravenna (RA)
- Marzia Moretti, Responsabile delle attività assistenziali del Centro diurno per anziani S. Nicolò di Mira dell'ASP Poveri Vergognosi di Bologna (BO).
- Piera Nobili, Presidente CERPA (Centro europeo di ricerca e promozione dell'accessibilità) per conto del CRIBA Centro Regionale d'Informazione sul benessere ambientale
- Daniela Olteanu, Coordinatrice infermieristica Opera Pia Pallavicini Baronio di Ravenna (RA)
- Luca Paganini, Infermiere Ausl di Ferrara
- Alessandro Pirani, Medico di Struttura nella Casa-residenza per Anziani n.a. Plattis di Cento (FE)
- Patrizia Sasdelli, Fisioterapista nel Centro polifunzionale Cardinal Giacomo Lercaro dell'Asp Poveri Vergognosi di Bologna (BO)
- Gianluigi Sella, Responsabile Servizio di medicina dello sport e promozione attività fisica, Dipartimento di Sanità Pubblica, Ausl di Ravenna;
- Erica Simoni, Operatrice socio-sanitaria del Reparto II B della Casa-residenza di Viale Roma dell'ASP Giovanni XXIII di Bologna
- Marco Sinoppi, Responsabile del monitoraggio e applicazione delle linee guida per l'accreditamento nelle residenze anziani e disabili adulti del DCP Ausl di Bologna
- Riccarda Suprani, Referente Funzione Gestione del Rischio, Servizio Infermieristico e tecnico aziendale Ausl di Ravenna
- Mariarosa Testoni, Coordinatrice della Casa-residenza per Anziani n.a. di Finale Emilia (MO) Casa-residenza per Anziani n.a. di
- Carmela Trippodo, Coordinatrice della Casa-residenza per Anziani n.a. Villa Fiore di Sasso Marconi (BO), cooperativa sociale Aurora
- Pasquale Turano, Geriatra responsabile del coordinamento distrettuale dell'assistenza residenziale per anziani, Ausl di Piacenza (PC)
- Angela Vescovi, Animatrice del Gruppo Proges, Casa-residenza per Anziani n.a. Val Cedra di Monchio delle Corti (PR)

Per la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali:

- Simonetta Puglioli, Servizio integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza, Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-romagna (coordinatore del gruppo)
- Marinella Natali, Responsabile del Piano regionale per la prevenzione degli incidenti domestici, Programmi di prevenzione in ambienti di vita, Servizio Sanità pubblica Regione Emilia-Romagna
- Patrizia Pasini, Progetto accompagnamento accreditamento socio-sanitario, Servizio integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza, Regione Emilia-Romagna.

Si ringraziano inoltre per gli approfondimenti e l'apporto consulenziale:

- Luc Peter De Vrees, Dirigente Medico, Programma Demenze Aziendale, Ausl di Modena
- Andrea Fabbo, Geriatra, Responsabile aziendale progetto demenze DCP Ausl di Modena, e collaboratore Agenzia sanitaria e sociale della Regione
- Maria Luisa Moro, Responsabile Area Rischio infettivo Agenzia Sanitaria e sociale della Regione
- Franco Romagnoni, Geriatra, Direttore Unità operativa Socio Sanitario Area Anziani Ausl di Ferrara e Responsabile aziendale progetto demenze
- Afro Salsi, Geriatra, Direttore del Dipartimento ad attività Integrata medicina interna, dell'invecchiamento attivo e malattie nefrologiche e Direttore responsabile unità operativa geriatria, Azienda Ospedaliera Universitaria S. Orsola Malpighi di Bologna

Premessa

La libertà di movimento degli ospiti delle strutture e la prevenzione delle cadute: è possibile perseguirle congiuntamente a vantaggio del benessere degli ospiti e della valorizzazione degli operatori? Questo progetto dimostra che è possibile.

Ancora troppo spesso le persone anziane ospiti delle strutture cadono per disattenzioni evitabili. Ancora troppo diffusa è la convinzione che l'attività fisica si esaurisca nell'esercizio fisico riservato a pochi e che sicuramente non può portare benefici agli ospiti delle strutture. Ancora troppo poco valorizzati risultano i familiari/caregiver, non considerati importanti alleati per le strutture per tutto quello che riguarda il benessere dei loro cari, in struttura e al domicilio.

Il percorso proposto prevede alcuni passaggi chiave, fra cui innanzitutto l'individuazione, nell'ambito del servizio, di una figura referente, che approfondisca la materia e, in particolare, gli obiettivi e i contenuti del progetto, per poi promuovere le attività previste nell'ambito di un team multiprofessionale in grado di avere un approccio integrato.

Certamente si tratta di un percorso graduale.

Occorre prendere confidenza con gli strumenti, procedere per piccoli passi, sulla base di una programma condiviso con tutti gli operatori opportunamente formati e accompagnati.

La sperimentazione ha mostrato che anche nei servizi che partono da un alto livello di qualità preesistente, il progetto può funzionare da catalizzatore del miglioramento.

Siamo in un periodo che si contraddistingue per le difficoltà sociali ed economiche che potrebbero spingere alla chiusura, alla difesa dello status quo. Ma le stesse condizioni di partenza possono invece essere un'opportunità per promuovere l'innovazione, per trovare la propria strada per arrivare a garantire anticipatamente i requisiti di qualità dell'accreditamento definitivo prima che diventino obbligatori.

Il progetto in oggetto si contraddistingue per un approccio globale che prevede, da una parte l'analisi dei fattori di rischio ambientali e organizzativi e interventi rivolti al complesso del servizio e degli ospiti e, dall'altra la valutazione multifattoriale del rischio di caduta individuale e delle abilità motorie potenziabili/preservabili con interventi specifici sui PAI.

Le linee di indirizzo elaborate per la sperimentazione sono il frutto di un gruppo di lavoro multiprofessionale regionale composto da professionisti di diverse discipline e provenienti sia da enti pubblici che privati e dalle strutture stesse, per tenere presente fin dall'inizio l'esperienza e la conoscenza diretta del contesto dei servizi.

Da solo, un singolo progetto come questo sicuramente non può risolvere tutti i problemi, né trasformare radicalmente un servizio, ma è un tassello in più, un percorso innovativo come approccio che può dare un ritorno positivo sia dal punto di vista del benessere degli ospiti che della partecipazione dei familiari e del personale del servizio.

Per l'efficacia del percorso, non sono richiesti ingenti investimenti finanziari né cambiamenti nei modelli organizzativi interni, ma la disponibilità a introdurre piccoli cambiamenti, la volontà di provare nuovi strumenti, il desiderio di confrontarsi con altre realtà, la voglia di valorizzare la creatività e le potenzialità degli operatori.

Questo documento è il rapporto conclusivo della sperimentazione condotta in un gruppo di servizi socio-sanitari accreditati per anziani seguendo le indicazioni contenute nelle linee di indirizzo regionali (elaborate nell'ambito del progetto 3a, capitolo 2.5 "La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia" del Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-romagna approvato con Delibera di Giunta regionale n. 2071/2010 e prorogato di un anno con DGR 703/2013).

Il documento si compone del rapporto finale e di due allegati che contengono:

- A) le relazioni di alcune delle strutture partecipanti
- B) la sintesi delle valutazioni e delle considerazioni emerse dai referenti dei servizi coinvolti.

Nel rapporto si illustra sia il percorso seguito che i risultati raggiunti con riferimento:

- al confronto tra la situazione esistente al momento di avvio del progetto e a conclusione del semestre di sperimentazione;
- l'analisi dei dati raccolti nei due trimestri della sperimentazione;
- la sintesi degli elementi di riflessione su alcuni aspetti di metodo e di attività considerati rilevanti.

Il risultato principale che emerge dal report è che sostanzialmente il progetto ha avuto riscontri positivi nei servizi partecipanti e ed è risultato funzionale rispetto agli obiettivi che si era posto, pertanto risultano confermati l'impianto e l'approccio generale.

SOMMARIO

Premessa	3
Il progetto	6
Le linee di indirizzo regionali	6
La sperimentazione	6
Le strutture partecipanti	7
Gli incontri di avvio	8
Il periodo di sperimentazione	8
Gli approfondimenti	8
<i>Check list</i>	8
<i>Indicatori</i>	8
<i>Audit</i>	8
La fase preparatoria interna	9
La fotografia all'avvio del progetto	10
Gli esiti della fotografia all'avvio del progetto	10
La fotografia alla fine del semestre di sperimentazione	12
Livello di adesione complessivo	12
Monitoraggio dell'attuazione complessiva delle linee di indirizzo	13
Gli esiti del monitoraggio finale	13
Confronto tra situazione iniziale e fine semestre sperimentazione	17
Gli esiti del confronto tra fine semestre e avvio progetto	17
Elementi di riflessione	19
<i>Il team dedicato</i>	19
<i>Formazione interna</i>	20
<i>Attività fisica</i>	20
<i>L'audit</i>	21
<i>Interventi rivolti ai famigliari/caregiver</i>	21
I servizi partecipanti alla sperimentazione nei dati FAR	23
Il primo trimestre di sperimentazione	25
La rilevazione delle cadute	25
Gli esiti delle cadute nel primo trimestre	26
Il secondo trimestre di sperimentazione	28
Gli esiti delle cadute nel secondo trimestre	28
Confronto fra i due trimestri di rilevazione	29
Analisi statistica	31
Punti di forza emersi	32
<i>Coinvolgimento del personale</i>	32
<i>Ruolo dei famigliari/caregiver</i>	32
<i>Effetti sugli utenti</i>	32
<i>Opportunità di sistema</i>	32
<i>Strumenti</i>	32

Il progetto

Il progetto rientra nell'ambito del Piano regionale di Prevenzione (PRP) col titolo: “*Somministrazione di attività fisica in struttura residenziale e semi-residenziale per il mantenimento delle abilità residue*”, poi ridefinito in “*Miglioramento dell'ambiente, dell'organizzazione della vita e delle cure e somministrazione di attività fisica in struttura per il mantenimento delle abilità residue e il benessere generale degli ospiti*” per esplicitarne meglio i contenuti.

Il progetto, rivolto nello specifico alle strutture socio-sanitarie per anziani accreditate, sia residenziali che diurne, si propone di favorire la creazione delle condizioni affinché le persone ospiti delle strutture possano muoversi in libertà, in un ambiente sicuro e protetto e siano valorizzate le loro abilità motorie residue.

In particolare, i macro-obiettivi perseguiti sono:

1. *Miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione della vita e delle cure in grado di ridurre il rischio di cadute.*

2. *Mantenimento e, se possibile, miglioramento delle abilità residue degli ospiti e riduzione delle cadute attraverso il miglioramento del tono muscolare, dell'equilibrio, della funzionalità motoria e del benessere generale.*

L'attività ha preso avvio fra fine 2011 e inizio 2012 con l'attivazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale di esperti delle Ausl, dei Comuni e dei soggetti gestori pubblici e privati che hanno: raccolto la documentazione esistente, analizzato e discusso la letteratura specifica, i documenti e gli strumenti messi a disposizione dalle strutture e individuato i principali ambiti di rischio e di intervento, tenendo conto, fin dall'impostazione di base, dell'esperienza diretta delle strutture e dei suggerimenti degli operatori.

Le linee di indirizzo regionali

La documentazione prodotta messa a disposizione dei servizi partecipanti comprende:

- Linee di indirizzo regionali per l'attuazione del progetto

E gli allegati:

1. Review letteratura
2. Check list fattori di rischio ambientali e scheda di sintesi dell'analisi
3. Scheda monitoraggio al momento di avvio del progetto (T0)
4. Set minimo di dati sull'evento caduta
5. Schede di monitoraggio del primo e secondo trimestre di sperimentazione (T1-T2) e documento di accompagnamento

La sperimentazione

A fine 2012, con la collaborazione dei referenti territoriali per la programmazione socio-sanitaria, sono state individuate (o confermate) le strutture accreditate aderenti alla sperimentazione, garantendo la presenza di servizi residenziali e diurni di tutte le Province.

I documenti prodotti sono stati validati dal gruppo di regia “*La sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano*” il 28 novembre 2012.

Le strutture partecipanti

Le strutture individuate per la sperimentazione comprendono almeno due servizi residenziali (Cra) e un servizio diurno (Cda) per provincia.

I soggetti gestori sono sia pubblici che privati.

Tipologia servizio	Provincia	Distretto	Denominazione del servizio	Soggetto gestore accreditato per il servizio
CRA	Piacenza	Levante	Casa Residenza Anziani	Ipab "Biazzi"
CRA	Piacenza	Levante	Casa Residenza Anziani	Fondazione "Verani-Lucca" onlus
CD	Piacenza	Levante	Centro Diurno Anziani	Fondazione "Aride Breviglieri"
CRA	Piacenza	Ponente	Cra Albesani	ASP Azalea
CD	Piacenza	Ponente	Centro diurno assistenziale	ASP Azalea
CD	Piacenza	Città di Piacenza	Centro diurno della Besurica	Cooperativa Unicoop
CRA	Parma	Valli Taro e Ceno	Cav. Bruno Patrioli	Fondazione Patrioli
CD	Parma	Valli Taro e Ceno	Centro Diurno Medesano	ASP Rossi Sidoli
CRA	Parma	Parma	Casa di Padre Lino	Fondazione Casa di Padre Lino
CRA	Parma	Fidenza	Pavesi-Borsi	ASP Distretto di Fidenza-Coop. Aurora Domus
CD	Parma	Fidenza	CD per anziani F.lli Pinazzi	ASP Distretto di Fidenza-Coop. Aurora Domus
CD	Reggio Emilia	Reggio Emilia	Centro Diurno Opus Civium	ASP Opus Civium
CRA	Reggio Emilia	Montecchio	Casa protetta comunale di Cavriago	Comune di Cavriago Coop.va Coopselios
CRA	Reggio Emilia	Castelnovo ne'Monti	Cara protetta- residenza	ASP Don Cavalletti
CRA	Modena	Sassuolo	Residenza Formigine	Residenza Formigine srl + Codess coop. Soc
CRA	Modena	Pavullo	Centro servizi terza età Francesco e Chiara	Francesco e Chiara s.r.l.
CRA	Modena	Modena	Villa Margherita	Villa Margherita srl
CD	Modena	Modena	Centro Diurno Dr. R. Minguzzi	Co.me.ta. 99 Coop sociale ar.l.
CRA	Bologna	Porretta Terme	Santa Clelia Barbieri	Fondazione
CRA	Bologna	Pianura Est	F. Ramponi	ASP Galuppi Ramponi
CRA	Bologna	Casalecchio di Reno	San Biagio	CADIAI
CRA	Bologna	San Lazzaro di Savena	Sacra Famiglia	Sacra Famiglia
CD	Bologna	Bologna	G. Lercaro	ASP
CD	Bologna	Bologna	Villa Calvi	Elleuno
CD	Bologna	Casalecchio di Reno	Pedrini	ASC Insieme
CRA	Bologna	Imola	C.R.A. Fontanelice	Comunità Solidale
CRA	Ferrara	Sud-Est	CRA "Comunità Alloggio" Bosco Mesola	"Coop. Comunità Alloggio" Bosco Mesola
CRA	Ferrara	Centro-Nord	CRA "G. Mantovani" Copparo	CIDAS
CD	Ferrara	Centro-Nord	CD "G. Mantovani" Copparo	CIDAS
CRA	Ravenna	Lugo	CRA Jus Pascendi-Conselice	ASP dei Comuni della bassa Romagna
CRA	Ravenna	Lugo	CRA-CD Sassoli di Lugo	ASP dei Comuni della bassa Romagna
CRA	Ravenna	Ravenna	Casa residenza Anziani "Busignani"	ASP ravenna Cervia e Russi e Coop. Sol.co
CD	Ravenna	Ravenna	Centro Diurno "Baccarini - Russi"	ASP ravenna Cervia e Russi e Coop. Sol.co
CRA	Ravenna	Faenza	Casa Residenza per Anziani "Il Fontanone"	ASP "Prendersi Cura" e Coop. Soc. "In Cammino"
CRA	Forlì / Cesena	Rubicone	Casa residenza S Mauro Pascoli	ASP Rubicne San Mauro Pascoli
CD	Forlì / Cesena	Rubicone	Centro diurno S Mauro Pascoli	ASP Rubicne San Mauro Pascoli
CRA	Forlì / Cesena	Forlì	Casa di Riposo Casa Mia	Casa di Riposo Casa Mia Onlus Ente patr. UICCA
CD	Forlì / Cesena	Forlì	Casa di Riposo Casa Mia	Casa di Riposo Casa Mia Onlus Ente patr. UICCA
CRA	Rimini	Rimini	Suor Angela Molari	Asp Valle del Marecchia e Coop soc L'Aquilone
CD	Rimini	Rimini	Valloni	Coop sociale Elleuno
CRA	Rimini	Riccione	San Giovanni	Comune S Giovanni e RTI coop formula servizi e Cad
CD	Rimini	Rimini	Verucchio	Coop Sociale Ancora servizi

Dei servizi indicati dai referenti di Uffici di Piano/CTSS/Ausl, due soggetti gestori (già tolti dalla tabella) si sono ritirati espressamente dopo alcuni mesi per problemi organizzativi interni.

Alcuni servizi non hanno partecipato ai confronti organizzati e non hanno fornito alcun contributo in termini di esperienza diretta e di monitoraggio dei dati; pertanto sono stati esclusi dalle elaborazioni finali.

La maggior parte dei servizi (86%) ha invece garantito una partecipazione attiva, ha preso parte agli incontri di confronto e discussione e ha trasmesso le schede di monitoraggio previste, dando un contributo anche in termini di valutazione dell'esperienza ed elementi di miglioramento delle strategie operative attuabili.

Gli incontri di avvio

La fase operativa del progetto ha avuto inizio il 19 dicembre 2012 con un incontro di presentazione e illustrazione ai referenti dei servizi coinvolti.

E' stato poi organizzato a gennaio 2013 un incontro in video-conferenza per le strutture che non avevano potuto partecipare al primo incontro in modo da mettere tutti i servizi coinvolti nelle condizioni di avere le informazioni essenziali e le indicazioni generali per pianificare e organizzare le attività al proprio interno.

Il periodo di sperimentazione

La sperimentazione ha avuto luogo nel semestre marzo-agosto 2013, suddividendo il monitoraggio e la raccolta data nei due trimestri marzo-maggio e giugno-agosto.

Gli approfondimenti

Durante il periodo di sperimentazione (a luglio 2013), si è organizzato un momento di approfondimento col supporto di alcuni esperti per rafforzare il senso del percorso, evidenziare le possibili direttrici di sviluppo e chiarire le modalità di utilizzo degli strumenti messi a disposizione.

Check list

Lo strumento della check list ambientale, che costituisce una delle peculiarità di questo progetto, è stato oggetto di approfondimento con l'intento di sottolinearne le potenzialità per l'accrescimento della consapevolezza e della partecipazione degli operatori a favore della sicurezza e del benessere degli ospiti della struttura, concorrendo allo sviluppo di un nuovo approccio e di un nuovo modo di osservare con un'attenzione costante ai potenziali fattori di rischio ambientali per le cadute presenti nell'ambiente.

Indicatori

Il secondo approfondimento ha affrontato la valenza di "catalizzatore" del miglioramento che può avere un progetto come questo, sottolineandone l'aspetto di opportunità allargata e più generale per promuovere una visione globale multi fattoriale dei "fattori di rischio caduta" per gli ospiti delle strutture e degli elementi di prevenzione e supporto che possono essere messi in campo agendo su più fattori: dalla terapia farmacologica ai mezzi di contenzione, dalla valorizzazione del ruolo del fisioterapista all'apporto dei caregiver familiari opportunamente formati e orientati.

Audit

Il terzo approfondimento ha affrontato la metodologia dell'audit fornendo alcune informazioni di base e illustrandone gli aspetti principali, con l'intento di promuoverne l'utilizzo anche nelle strutture socio-sanitarie.

L'auditing si configura come un processo di valutazione svolto da professionisti competenti che, a partire da evidenze (fornite dai dati raccolti) e con obiettivi e criteri chiari, può essere utilizzato per verificare il grado di realizzazione di un obiettivo, il posizionamento rispetto a indicatori pre-definiti, accertare l'efficacia di azioni intraprese, quindi un utile strumento in più per i servizi.

La fase preparatoria interna

Nei primi mesi dell'anno 2013, le strutture sono state impegnate nel creare le condizioni per mettere in atto le linee di indirizzo regionali, garantendo innanzitutto l'individuazione e l'operatività del team dedicato multi professionale che ha generalmente svolto un ruolo chiave nell'assicurare:

- La lettura della situazione di partenza del servizio al momento dell'avvio del progetto
- L'acquisizione dei contenuti del progetto e l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione
- Il coinvolgimento e l'informazione di tutti gli operatori
- La pianificazione dell'analisi dei fattori di rischio ambientali e organizzativi
- L'eventuale integrazione dello strumento in uso per la registrazione e la rilevazione sistematica degli eventi caduta

Contestualmente, sono stati realizzati:

- Interventi generalizzati verso tutti gli ospiti finalizzati al mantenimento del più alto livello funzionale e al contrasto della progressione della disabilità;
- Azioni organizzative e assistenziali per promuovere maggiore benessere e migliorare il livello funzionale, la qualità della vita, e favorire la riduzione rischio cadute;
- La valutazione del rischio individuale di caduta di tutti gli ospiti (per poter valutare eventuali interventi da pianificare ed attuare nei Pai).

La fotografia all'avvio del progetto

Per avere la rappresentazione della situazione di partenza all'avvio del progetto nelle strutture partecipanti, è stata richiesta la compilazione della scheda di monitoraggio T0 che descrive la presenza o meno di un sistema di monitoraggio e gestione del rischio cadute presente nella struttura e le azioni conseguenti che venivano già ordinariamente adottate (Grafico n. 1).

L'analisi delle schede T0 pervenute consente una ricostruzione indicativa della situazione esistente all'interno del gruppo di servizi partecipanti al progetto.

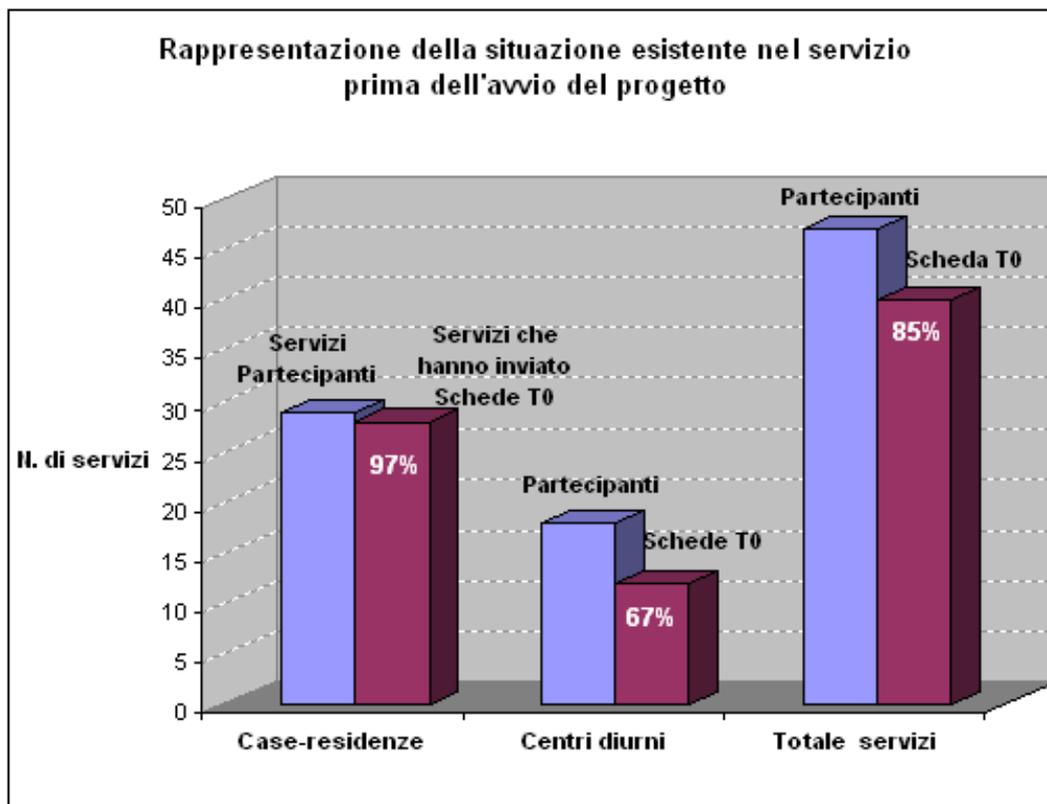


Grafico n. 1

L'adesione è fin dall'inizio molto più alta per i servizi di casa-residenza (97% di rispondenti) rispetto ai centri diurni (67%), con una media di rispondenti intorno all'85%.

Si precisa, che al momento di avvio del progetto, il numero di partecipanti considerati era di 47 servizi, di cui 40 rispondenti.

Gli esiti della fotografia all'avvio del progetto

In particolare, si evince (Grafico 2), che una parte significativa dei servizi partecipanti (45%), all'avvio del progetto, si auto-dichiara già dotato di uno specifico sistema di monitoraggio e gestione del rischio cadute condiviso dagli operatori e comprensivo di: analisi dei fattori di rischio ambientali, organizzativi, individuali e della pianificazione di specifici interventi ed azioni di riduzione del rischio.

Si riscontra una differenza rilevante tra le Cra dove la situazione è al 50% e i cd dove solo un 33% dei servizi è dotato di un sistema articolato come sopra descritto.

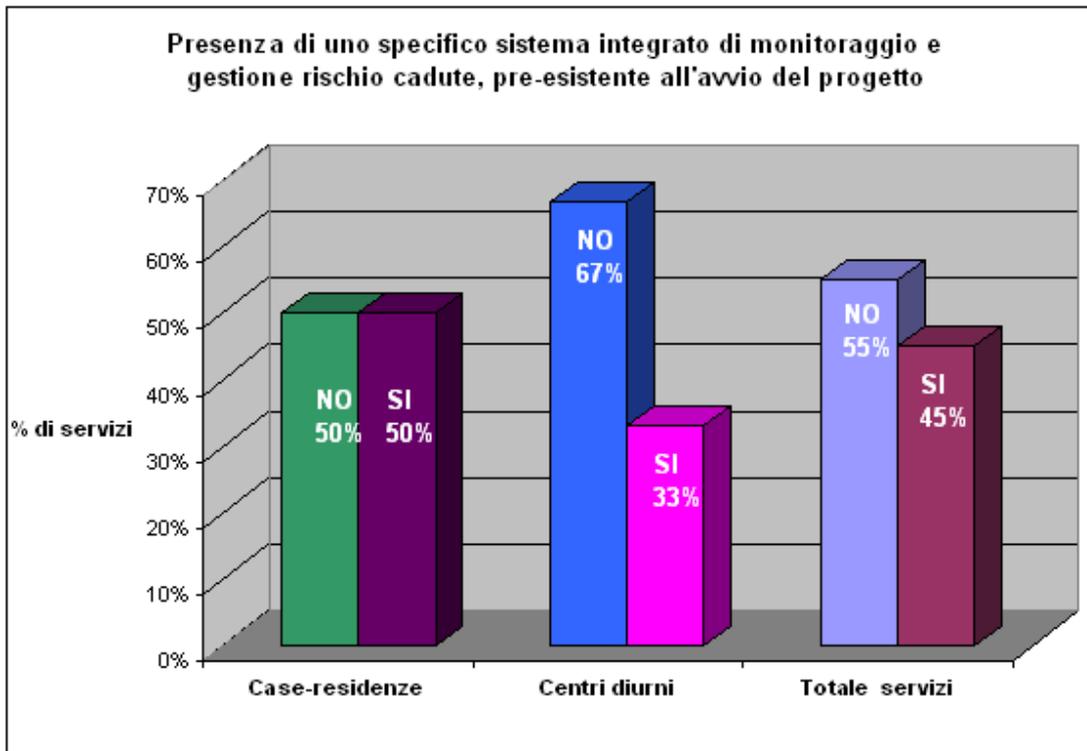


Grafico 2

Per quanto riguarda la registrazione degli “eventi caduta”, dal grafico 3 si evince che un 88% dei servizi utilizzava già una scheda di rilevazione delle cadute, ma meno della metà (38%) effettuava un'analisi periodica dei dati per identificare le criticità.

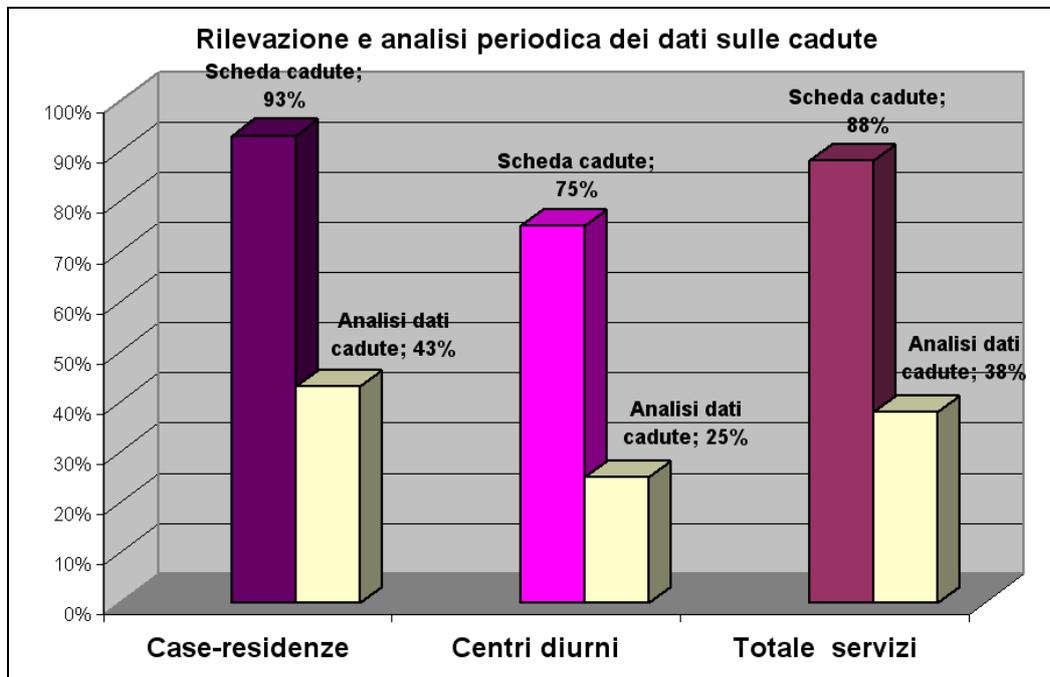


Grafico 3

Per quanto riguarda l'ambiente e l'organizzazione, circa un 30% dei servizi, negli ultimi sei mesi (prima dell'avvio del progetto), non aveva effettuato analisi dei fattori di rischio e non aveva adottato alcuna azione di rimozione/ modifica di elementi di rischio ambientali e/o organizzativi (grafico 4).

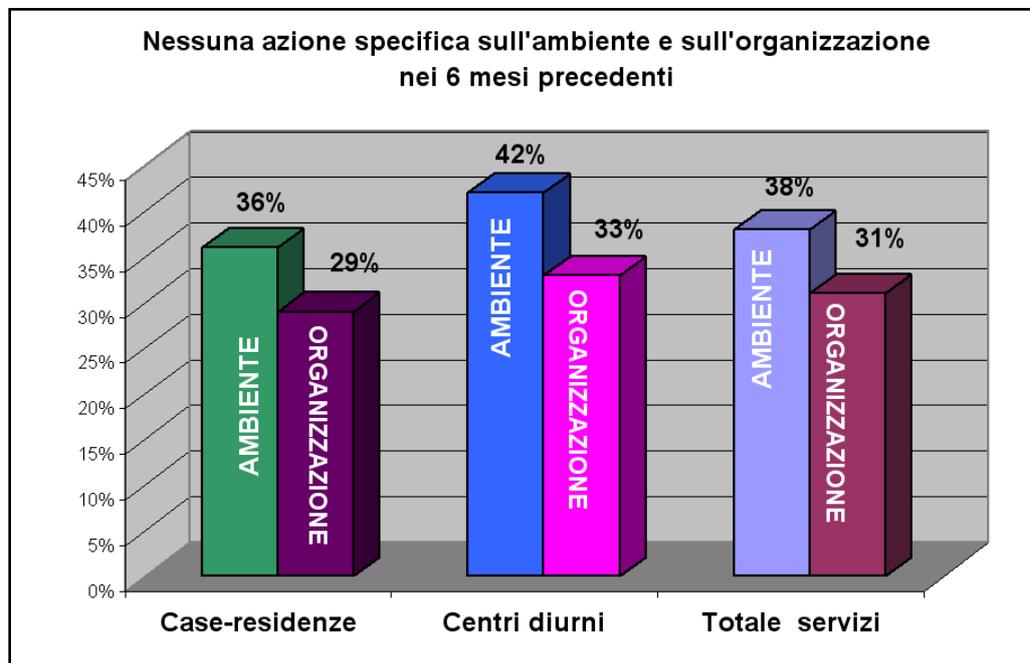


Grafico 4

La fotografia alla fine del semestre di sperimentazione

Livello di adesione complessivo

Sono state restituite il 90% delle schede di monitoraggio (96% Cra e 82% Cd).

Servizi partecipanti al progetto di prevenzione - Schede di monitoraggio finali restituite al 28/10/2013									
AUSL	CASA RESIDENZA	CENTRO DIURNO	TOTALE SERVIZI	Schede monitoraggio CRA	Schede monitoraggio CD	TOT. Schede monitoraggio ricevute	%	Servizi ritirati	
Piacenza	3	3	6	3	3	6	100%		
Parma	3	2	5	2	1	3	60%	2	
Reggio E.	2	1	3	2	0	2	67%		
Modena	3	1	4	3	0	3	75%		
Bologna	4	3	7	4	3	7	100%	1	
Imola	1		1	1		1	100%		
Ferrara	2	1	3	2	1	3	100%		
Ravenna	3	2	5	3	2	5	100%		
Forli	1	1	2	1	1	2	100%	1	
Cesena	1	1	2	1	1	2	100%	2	
Rimini	2	2	4	2	2	4	100%		
RER	25	17	42	24	14	38	90%	6	
Situazione all'avvio al netto dei ritirati				Situazione alla fine del semestre di sperimentazione					

Tabella 1

Monitoraggio dell'attuazione complessiva delle linee di indirizzo

Alla fine del secondo trimestre (T2), è stato possibile il monitoraggio finale del semestre di sperimentazione che riprende in larga parte l'articolazione della scheda T0 che fotografa la situazione esistente all'avvio del progetto.

I punti affrontati ricostruiscono il percorso logico sotteso alle linee di indirizzo:

- Innanzitutto la graduale attivazione di un “sistema di prevenzione, monitoraggio e gestione del rischio cadute” che preveda la pianificazione ordinaria di una serie di attività che prendono avvio dall'analisi dei fattori di rischio ed esitano in specifiche azioni conseguenti per monitorarli e controllarli.
- La prima azione monitorata riguarda l'analisi – periodica - dei fattori di rischio:
 - Fattori di rischio ambientali, con l'ausilio della check list regionale (Allegato 2).
 - Fattori di rischio organizzativi.
- La seconda azione monitorata è la garanzia dell'effettuazione della valutazione multifattoriale del rischio di caduta individuale per tutti gli ospiti, che consente di individuare i soggetti a maggiore rischio.
- Il terzo aspetto monitorato è il monitoraggio costante degli eventi cadute. Da questo punto di vista, si rileva se è in uso una scheda specifica, se sono stati integrati tutti gli elementi indicati nell'Allegato 4 e se i dati raccolti sono utilizzati per elaborazioni ed analisi che consentono di identificare eventuali criticità.
- Vengono monitorati poi gli interventi conseguenti. Si rileva in che misura, alle azioni di analisi e valutazione dei fattori di rischio e dei dati sulle cadute, consegue la programmazione e attuazione di specifici interventi tesi a ridurre il rischio di caduta.

Si sono sdoppiati gli interventi sui singoli Pai e gli interventi rivolti a tutti gli ospiti valorizzando il potenziamento dell'attenzione, delle precauzioni, delle attività di mantenimento/riattivazione anche sugli ospiti non a rischio di cadute, che possono favorire il contenimento degli eventi cadute
- Da ultimo, si è monitorata la valutazione periodica dei risultati delle azioni poste in essere, finalizzata all'introduzione di eventuali cambiamenti e correttivi.

Gli esiti del monitoraggio finale

Dalle schede di monitoraggio finale emerge che il 34% dei servizi partecipanti ha applicato completamente tutte le indicazioni delle linee di indirizzo per la sperimentazione, sia per quanto riguarda l'analisi dei fattori di rischio ambientali e organizzativi, la valutazione multifattoriale e multiprofessionale del rischio di cadute individuale, l'analisi periodica delle cadute, l'utilizzo degli strumenti proposti e l'adozione delle azioni conseguenti sia in termini di interventi di prevenzione relativi a tutto il servizio e a tutti gli ospiti, che per quanto riguarda gli interventi sui singoli Pai.

Tolti singoli punti di criticità che ogni servizio può avere riscontrato o elementi non cruciali, il livello di attuazione delle linee di indirizzo è elevato, come si desume dai grafici seguenti.

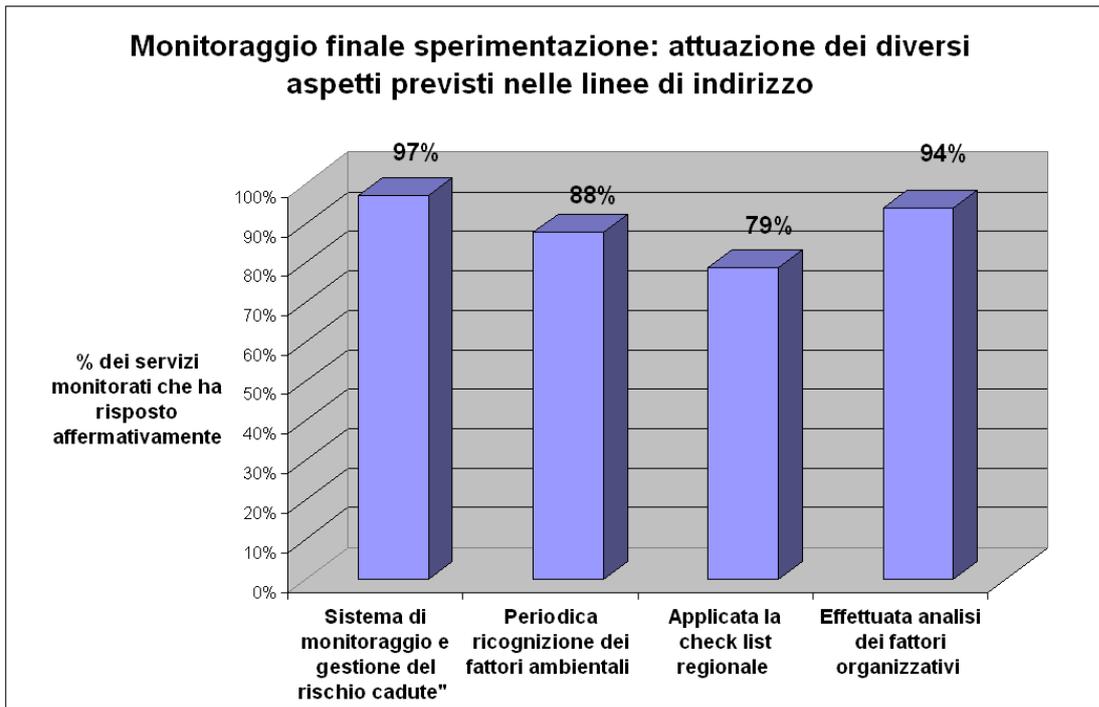


Grafico 5

Circa l'80% dei servizi coinvolti (grafico 5) ha un sistema di monitoraggio ed effettua l'analisi dei fattori di rischio ambientali e organizzativi (percentuali comprese fra il 79% e il 97% per i diversi aspetti).

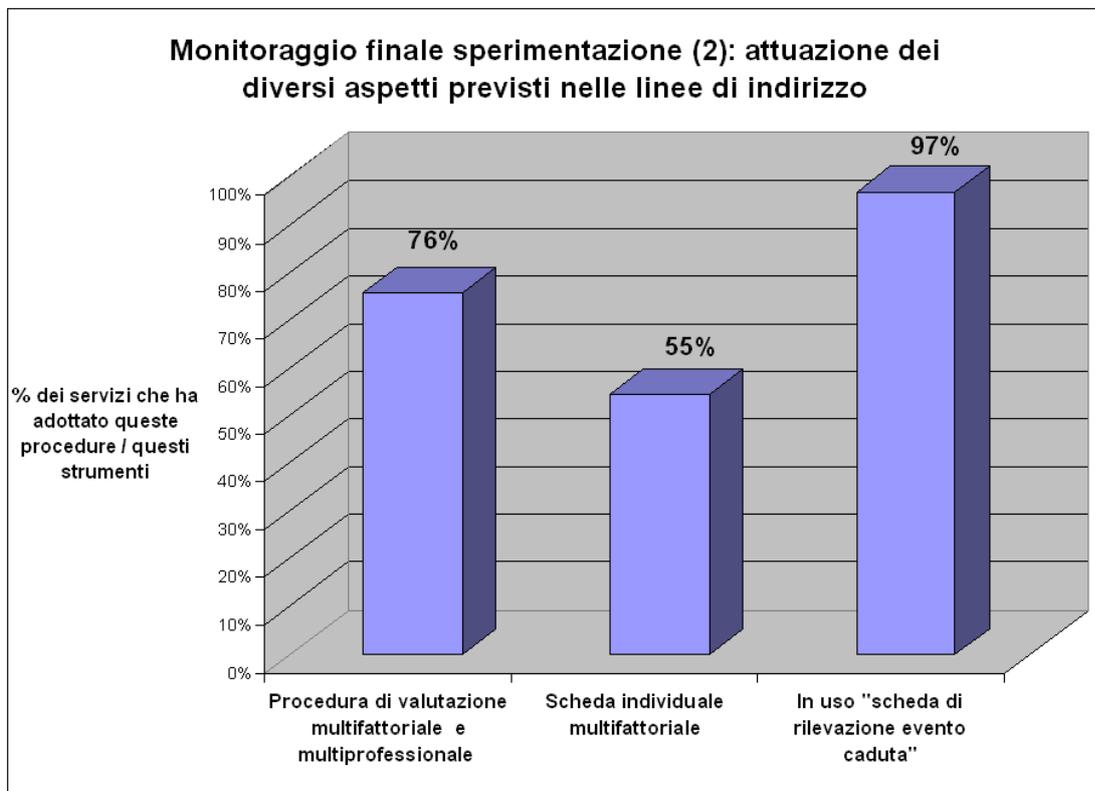


Grafico 6

Il 76% dei servizi ha adottato una procedura di valutazione multifattoriale e multiprofessionale e ha in uso una specifica “scheda di rilevazione dell’evento caduta” (Grafico 6).

Un 45% dei servizi non utilizzano una scheda individuale multifattoriale, ma questo non comporta che non sia assicurata comunque con altre modalità l’analisi contestuale dei fattori di rischio cadute della persona.

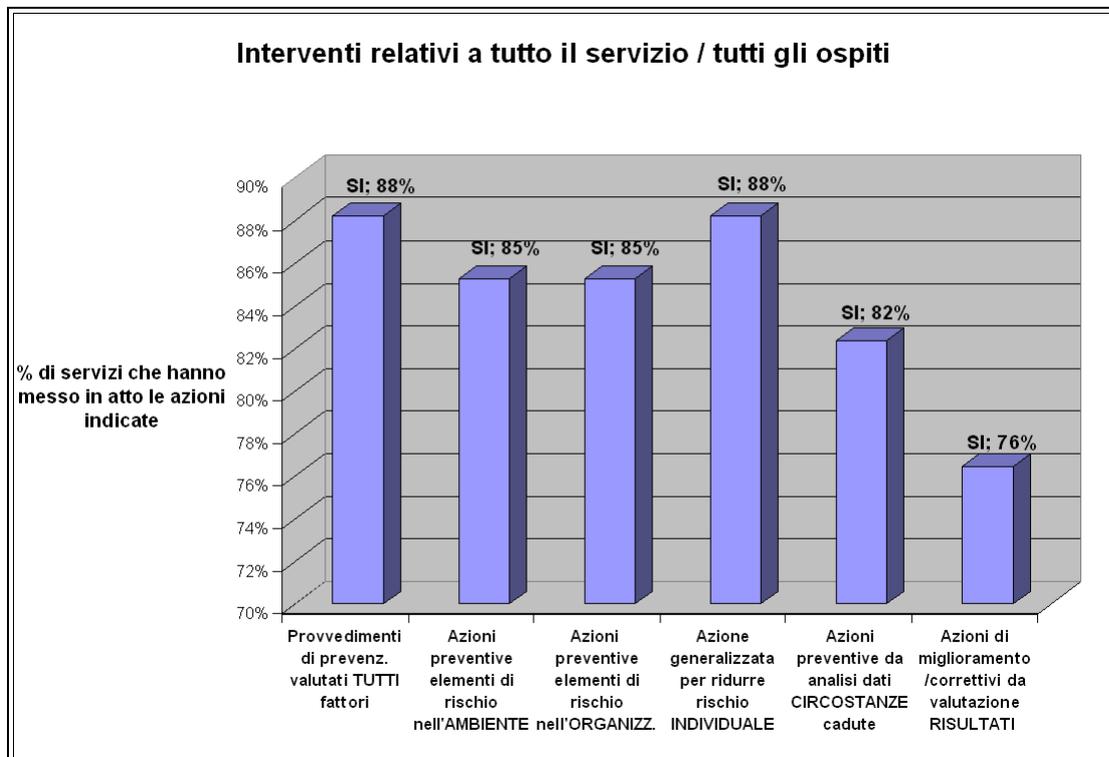


Grafico 7

Analizzando gli interventi adottati rivolti a tutto il servizio e a tutti gli ospiti (Grafico 7), emerge che circa l’80% dei servizi (percentuali dal 76% al 88%) mette in atto azioni preventive di rimozione/modifica degli elementi di rischio per le cadute, sia derivanti dall’analisi dell’ambiente, dell’organizzazione e dei dati sulle circostanze delle cadute, sia dal punto di vista del rischio di cadute individuale.

L’aspetto su cui c’è maggiore margine di miglioramento è l’identificazione dei correttivi tramite la valutazione periodica dei risultati delle azioni adottate.

Per quest’ultimo aspetto, occorre comunque non dimenticare che la sperimentazione ha riguardato un semestre, mentre le azioni di miglioramento e l’introduzione di correttivi sulla base della periodica valutazione dei risultati delle azioni intraprese, richiede un periodo di osservazione e rilevazione più lungo.

Anche per quanto attiene agli interventi su PAI (Grafico 8), si registra un'attuazione superiore al 70%.

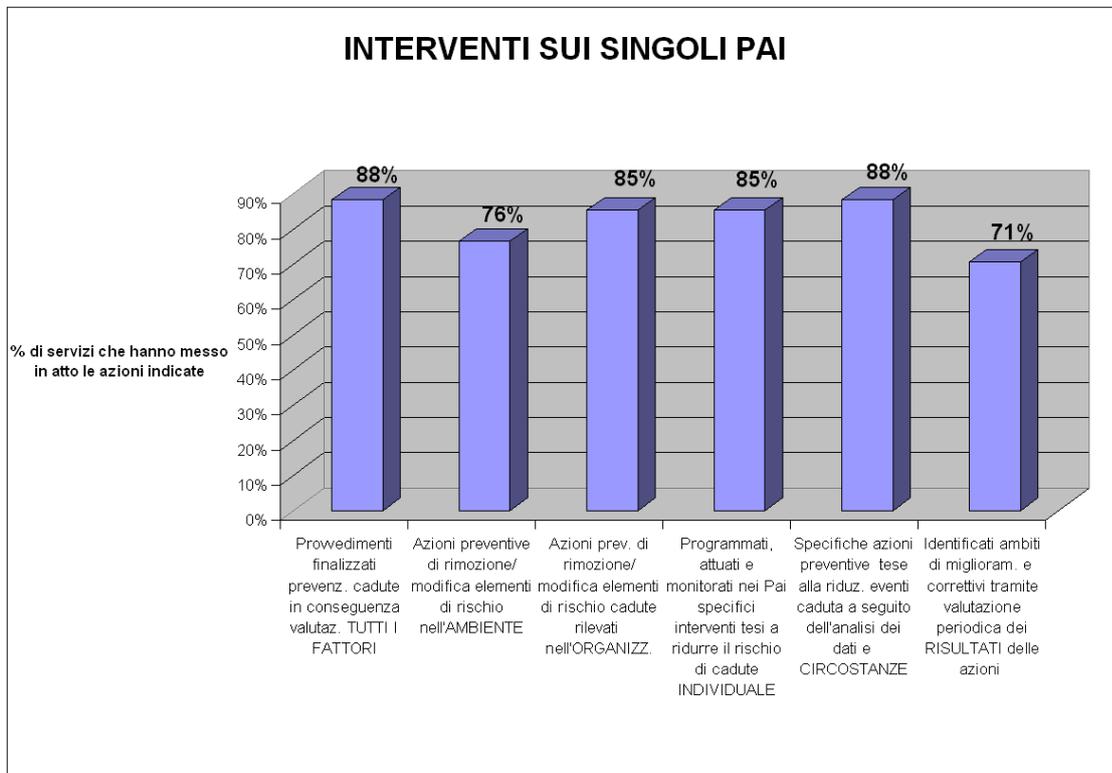


Grafico 8

Confronto tra situazione iniziale e fine semestre sperimentazione

Alla fine del secondo trimestre (T2), è stato possibile confrontare il monitoraggio finale a conclusione del semestre di sperimentazione e la situazione all'avvio del progetto (scheda T0).

Gli esiti del confronto tra fine semestre e avvio progetto

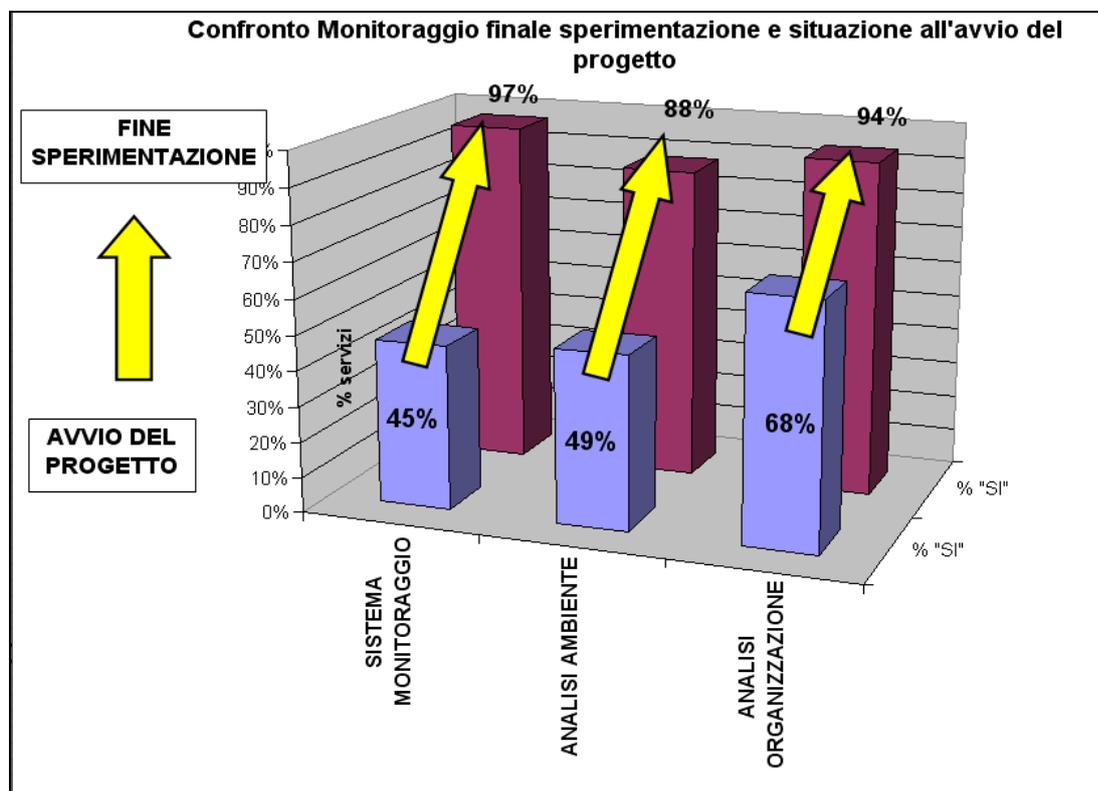


Grafico 9

Il confronto ci mostra una progressione notevole da parte dei servizi residenziali e diurni coinvolti nel progetto.

Per quanto riguarda la presenza di un sistema di monitoraggio e gestione del rischio cadute inteso in senso ampio, comprensivo di tutti i fattori già illustrati al paragrafo sul monitoraggio iniziale, si è passati da un 45% dei servizi che si dichiaravano già in possesso di un tale sistema al 97% alla fine del percorso.

Per quanto riguarda l'analisi dei fattori ambientali e organizzativi, si è passati rispettivamente dal 49% al 88% e dal 68% al 94%.

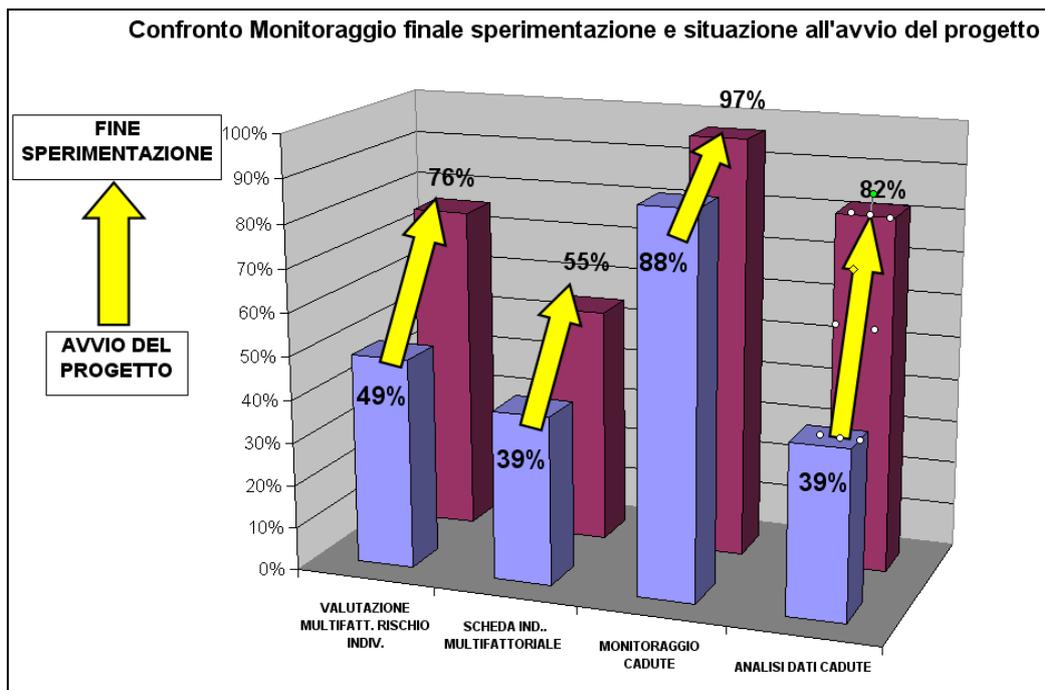


Grafico 10

Analogamente, in attuazione delle linee di indirizzo regionali, i servizi coinvolti hanno messo in atto (Grafico 10):

- La valutazione multifattoriale del rischio individuale di caduta passando dal 49% al 76%;
- Molti servizi si sono dotati di una scheda multifattoriale (+ 16%);
- Il monitoraggio degli eventi caduta era già assicurato da una percentuale elevata di servizi, è arrivato quasi al 100% (+9%);
- L'analisi dei dati delle circostanze in cui sono avvenute le cadute, inizialmente svolta da pochi servizi, è stata assunta come attività programmata dall'82% dei servizi (+43%).

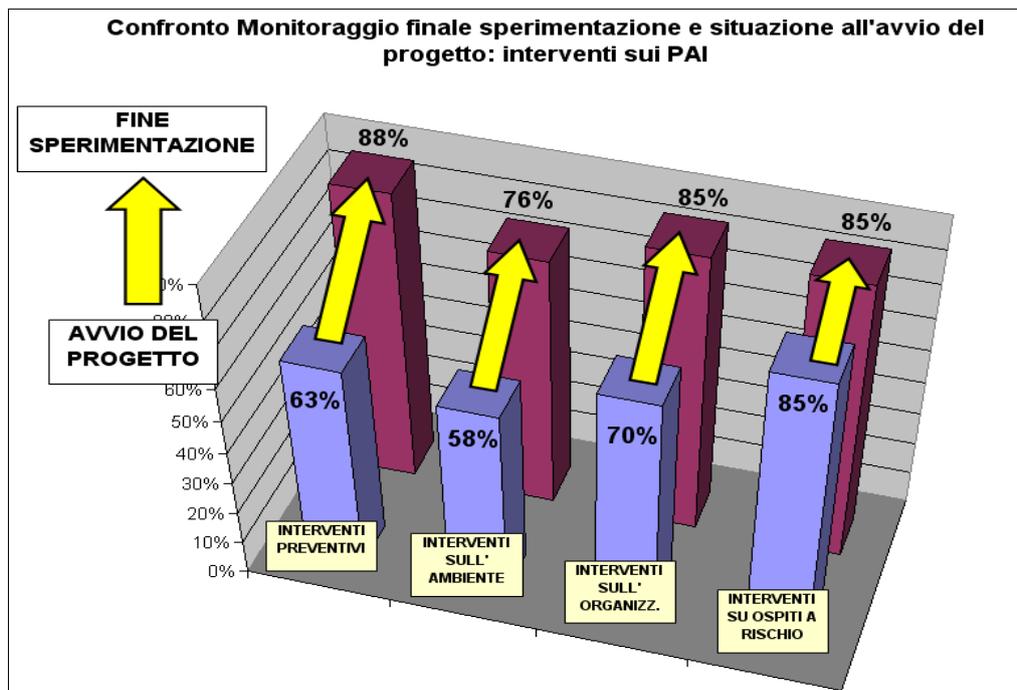


Grafico 11

Per quanto riguarda gli interventi sui Pai (Grafico 11), si rileva un incremento percentuale significativo degli interventi preventivi in generale e, nello specifico, degli interventi sull'ambiente di vita della persona e sugli aspetti organizzativi. Appaiono stabili gli interventi sugli ospiti a rischio, comunque già messi in atto da un 85% dei servizi coinvolti.

Occorre qui comunque richiamare il fatto che la fotografia all'avvio (T0) è stata un'auto-lettura da parte degli stessi servizi, effettuata subito all'inizio del percorso, per cui alcuni dati potrebbero essere stati letti in maniera leggermente diversa rispetto alla scheda compilata alla fine della sperimentazione.

Elementi di riflessione

Nell'allegato 5 è stato previsto uno spazio di approfondimento per avviare una riflessione comune su alcuni aspetti specifici del progetto raccogliendo valutazioni di merito circa le modalità utilizzate, i riscontri registrati durante le attività, per fare considerazioni sull'esperienza realizzata.

In particolare, si sono proposti tre ambiti di approfondimento:

- Aspetti di metodo (inerenti il team dedicato, la formazione interna, le azioni sviluppate per gli ospiti a basso rischio di cadute, il rapporto con l'utilizzo dei mezzi di salvaguardia)
- Attività fisica (esplicitando quanto realizzato relativamente ai programmi di attività motoria personalizzata, all'attività fisica di gruppo, all'attività fisica individuale o di piccolo gruppo e agli interventi rivolti ai famigliari/caregiver)
- Utilizzo degli strumenti (descrivendo come sono stati utilizzati e i riscontri avuti).

Il team dedicato

Il 90% dei servizi rispondenti, ha fatto considerazioni di merito e fornito elementi di valutazione e confronto.

Dalle risposte fornite, emerge che tutti i servizi hanno individuato il team dedicato che è composto in media da 4-5 professionisti (Tabella 2).

Le figure professionali coinvolte sono: Tabella 2

Fisioterap.	Raa	Oss	Coordinatore	Infermiere	Responsabili attività sanit. interne	Animatore	Medico Struttura	Psicologo	Amministr.
21%	20%	16%	14%	10%	9%	5%	3%	1%	1%

Il team si occupa degli approfondimenti della documentazione, dell'adeguamento e applicazione omogenea degli strumenti, della informazione/formazione degli altri operatori, incontri periodici di confronto per analisi e discussione dati e verifica dell'andamento del percorso, monitoraggio e introduzione correttivi.

La composizione è analoga nelle Cra e nei Cd.

Criticità rilevate: In 3 Cra nel team sembra non essere incluso il fisioterapista... In 4 Cra, nel team non sono presenti né RAA, né OSS, né Animatore....

Formazione interna

Quasi tutti i servizi partecipanti al progetto (82%) hanno organizzato momenti di informazione, comunicazione e confronto con tutti gli operatori del servizio. Circa il 65% ha realizzato iniziative formative specifiche, in diversi casi con riscontri positivi.

Le modalità e i contenuti sono stati diversi:

- In alcuni casi, sono stati illustrati i contenuti del progetto focalizzando sui risvolti applicabili all'operatività quotidiana;
- Alcune strutture hanno realizzato un corso pratico comprensivo di addestramento degli operatori con consegna di dispensa e hanno programmato una specifica verifica dell'apprendimento;
- Alcuni hanno organizzato un momento formativo collettivo, presentando i nuovi strumenti e gli obiettivi per la sicurezza dell'ospite;
- In un caso è stato solo distribuito il materiale fornito dalla Regione;
- In alcuni servizi, è stata organizzata una giornata formativa aperta al pubblico;
- In alcuni strutture, l'informazione sul progetto è stata trasmessa a cura del coordinatore;
- In un caso, oltre alla formazione specifica, è stato programmato anche un incontro di monitoraggio e confronto sui risultati successivo, conclusa la sperimentazione.

Sono state rilevate delle criticità.

In particolare, le motivazioni riportate dai servizi che non hanno garantito la formazione interna, sono state:

- Il passaggio delle informazioni è avvenuto tramite solo il passaparola interno e l'adozione di una circolare per la compilazione della scheda cadute;
- E' stata data la priorità alla discussione sui singoli PAI e a particolari soggetti (tralasciando gli interventi rivolti al complesso degli ospiti);
- L'approccio al problema all'interno del servizio ricalca già in gran parte linee indirizzo;
- La formazione interna è stata solo programmata nell'ambito formazione su altre tematiche correlate (posture, mezzi protezione, ecc.);
- E' stata fornita solo l'informazione al personale circa l'evoluzione del tavolo di lavoro (attività concentrata nel team).

Attività fisica

Quasi tutti i servizi che hanno inviato la scheda (88%) hanno organizzato programmi di attività motoria personalizzata che interessano tutti gli ospiti. Circa l' 85% ha previsto attività fisica di gruppo e il 70% organizza anche attività fisica individuale o di piccolo gruppo.

I riscontri, quando rilevati, sono prevalentemente positivi.

Per quanto attiene alle attività citate, si ricorda che le linee di indirizzo richiamano, come modello di riferimento, l'AFA (attività fisica adattata).

In particolare, per quanto riguarda i “Programmi di attività motoria personalizzata”, sono suggeriti, in riferimento all'elemento di rischio “Ipostenia, indebolimento muscolare, ipotrofia, rigidità articolare, disturbi della coordinazione, instabilità posturale, etc. che aumentano il rischio di cadute” come comportamenti di prevenzione: “programmi di attività fisica mirata in relazione alle indicazioni dei PAI (in base alle competenze motorie e cognitive e alle condizioni di salute individuali)”.

L'audit

Lo strumento dell'Audit è stato utilizzato da circa la metà dei servizi (Tabella 3).

AUDIT		
ORGANIZZATI	PROGRAMMATI	NON ORGANIZZATI
46%	9%	45%

Tabella 3

I contenuti affrontati sono:

- Valutazione del rischio cadute;
- Strumenti e modalità per rendere più funzionale e fluido il lavoro;
- Valutazione strategie ed azioni per migliorare il benessere anziano;
- Grado di applicazione degli strumenti;
- Criticità ambientali;
- Revisione procedure e piani di lavoro.

Interventi rivolti ai famigliari/caregiver

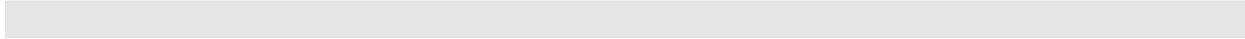
La maggior parte dei servizi invianti (Tabella 4) ha organizzato/promosso interventi rivolti ai famigliari/ caregiver (79%).

Circa il 30% ha previsto iniziative formative /informative specifiche rivolte a tutti i famigliari e caregiver e il 64% ha garantito incontri / informazioni individuali (con alcuni famigliari/ caregiver). In un 21% dei servizi, sono state promosse entrambi le iniziative.

Organizzati/Promossi	Iniziative formative/ informative specifiche	Incontri/ informazioni solo individuali (o su richiesta)	Entrambe
79%	30%	64%	21%

Tabella 4

I contenuti affrontati nelle iniziative formative /informative riportati sono:

- Proseguimento dell'attività fisica e/o delle manovre di mobilitazione e delle attenzioni preventive con la persona anziana;
 - Informazione/formazione ai famigliari caregiver sulle strategie da adottare al domicilio (in centro diurno);
 - Illustrazione degli obiettivi del progetto come base per favorire la continuità struttura/domicilio (nei cd);
 - Comunicazioni scritte illustrative del progetto e previsione di incontro di verifica e confronto;
 - Sensibilizzazione per la gestione degli ausili e prevenzione dei comportamenti a rischio.
- 

I servizi partecipanti alla sperimentazione nei dati FAR

Utilizzando le reportistiche predefinite del flusso informativo dell'assistenza residenziale FAR (dati provvisori anno 2013 al 4° invio), si è raffrontata la situazione dei servizi che hanno partecipato alla sperimentazione con quella dell'insieme dei servizi inviati i dati Far (cioè tutte le case-residenze per anziani n.a. e tutti i centri diurni accreditati o residuali convenzionati).

Distinguendo strutture residenziali e semi-residenziali e considerando la rappresentazione per tipologia di accoglienza degli inserimenti registrati nell'anno 2013, emerge una distribuzione nei servizi considerati in questa elaborazione sostanzialmente sovrapponibile a quella presente a livello regionale, quindi servizi che accolgono persone anziane sia in lungo permanenza che per accoglienza temporanea di sollievo e/o post-dimissione per convalescenza e riabilitazione e anche inserimenti in nuclei dedicati demenze.

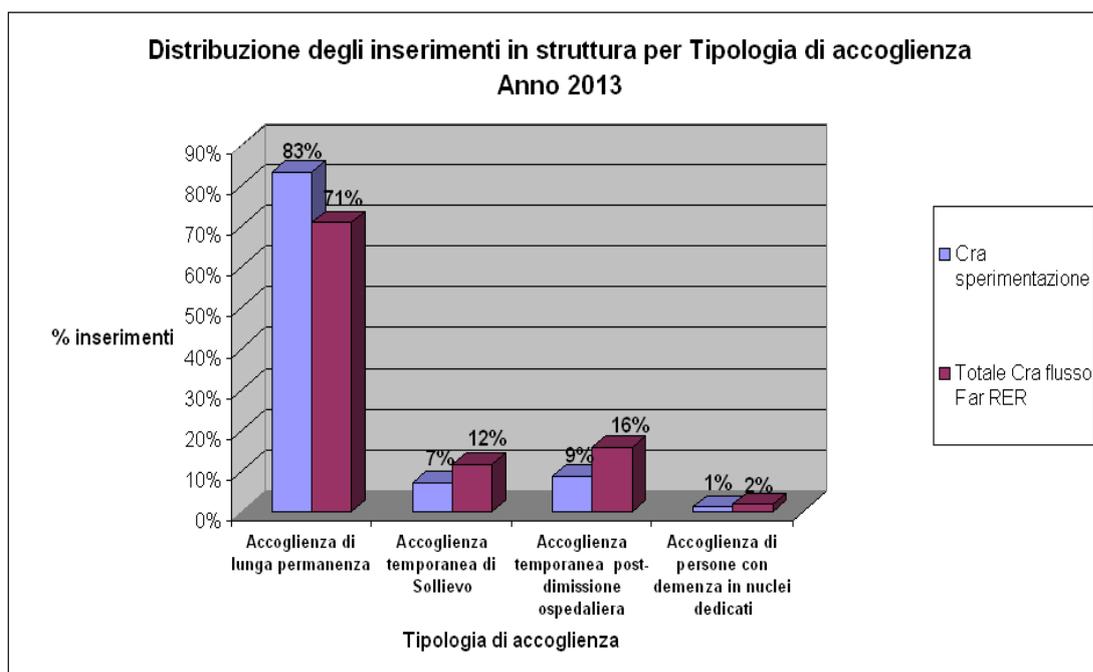


Grafico 12

Per quanto riguarda la classificazione degli ospiti, il gruppo di strutture accreditate ha una distribuzione degli ospiti su tutte e quattro le classi di intensità assistenziale:

Gruppo A Soggetto con grave disturbo comportamentale

Gruppo B Soggetto con elevato bisogno sanitario e correlato bisogno assistenziale

Gruppo C Soggetto con disabilità severo

Gruppo D Soggetto con disabilità moderato

Il case-mix medio (costruito sulla base delle dichiarazioni dei soggetti gestori con l'invio dei dati Far, aggiornamento al 4° invio anno 2013) del gruppo di strutture partecipanti alla sperimentazione è in linea con i dati medi di livello regionale.

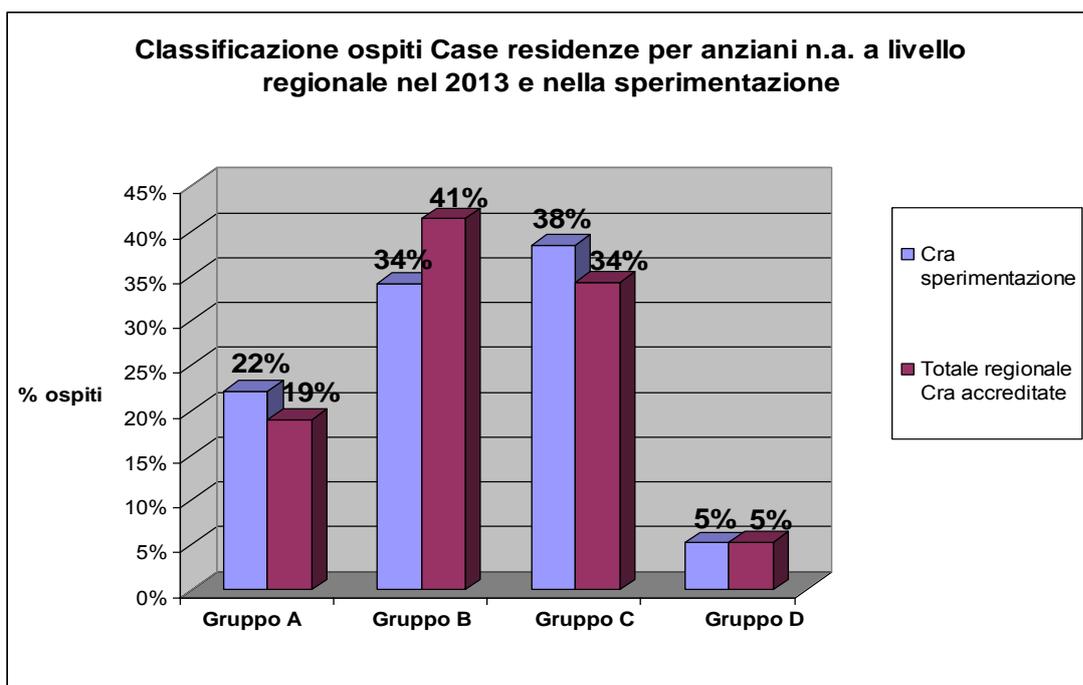
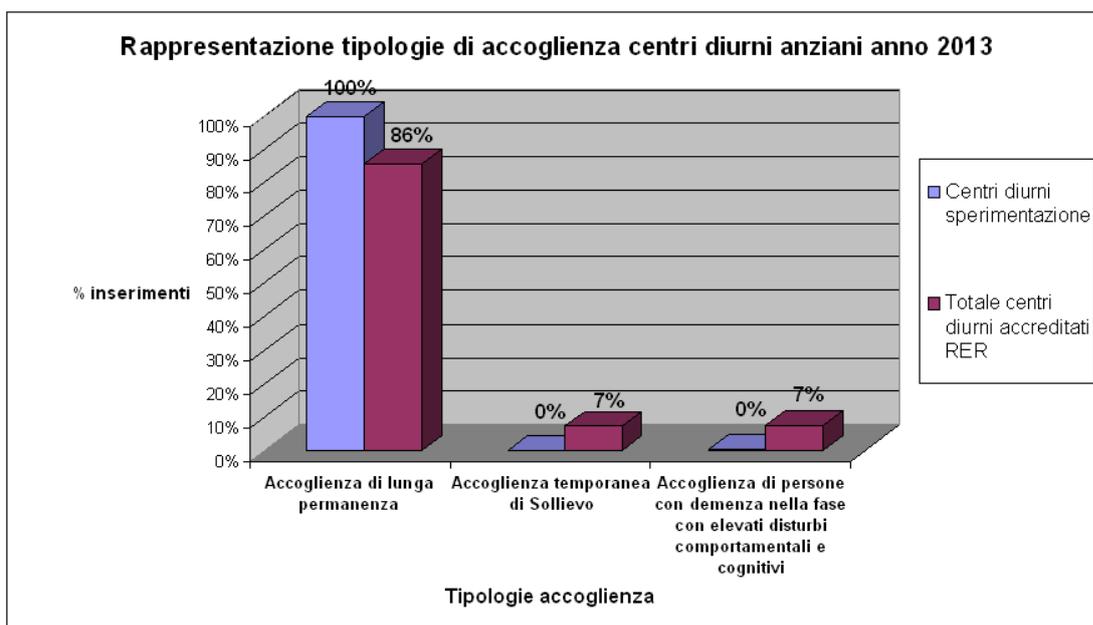


Grafico 13

Per quanto riguarda i centri diurni partecipanti alla sperimentazione, si tratta di centri diurni che erogano prevalentemente accoglienza di lungo permanenza, in quanto non sono registrati inserimenti di sollievo, né inserimenti in centri diurni dedicati demenze.



Relativamente agli ospiti dei centri diurni, consideriamo i tre gruppi previsti nella circolare FAR:

Soggetto non autosufficiente con demenza e gravi disturbi del comportamento inserito in Centri diurni dedicati demenza;

Soggetto non autosufficiente di grado severo (attuale “livello disturbi del comportamento”)
 Soggetto non autosufficiente di grado moderato (attuale livello “grado moderato”)

Anche per i servizi semi-residenziali, mancando centri diurni dedicati demenze, sostanzialmente la proporzione tra il livello “grado moderato” e “Gravi disturbi del comportamento” è analoga a quella presente a livello regionale, con la categoria a più elevata intensità assistenziale, però, meno rappresentata nei centri diurni partecipati al progetto.

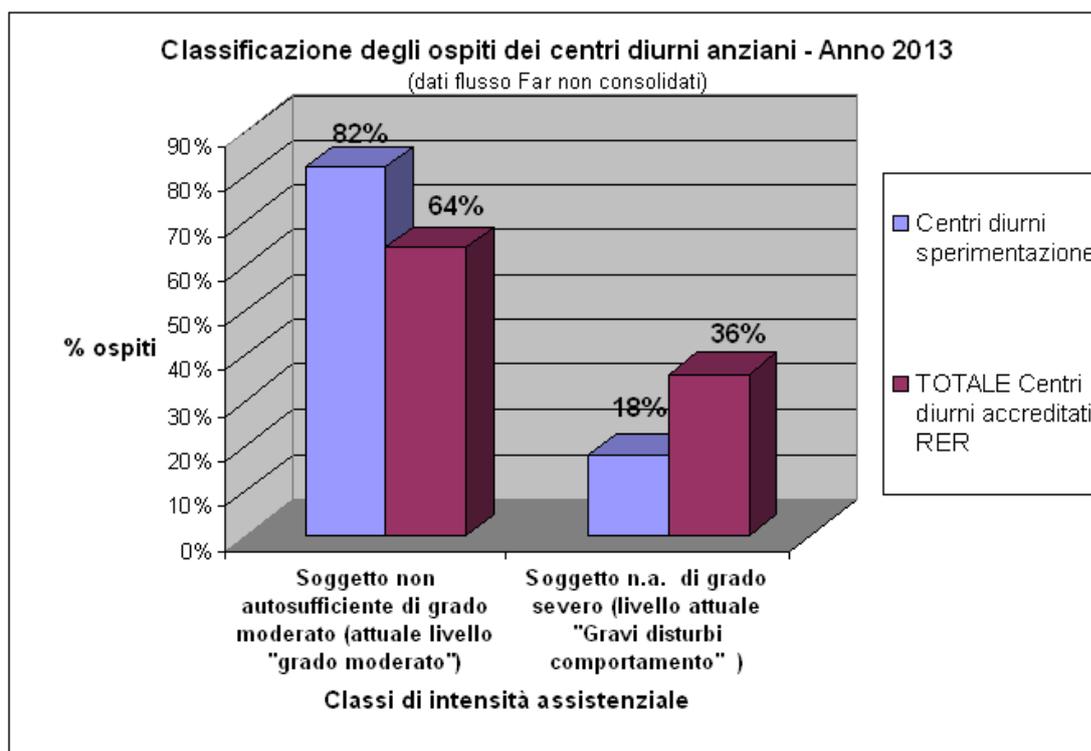


Grafico 14

Il primo trimestre di sperimentazione

Al termine del primo trimestre di sperimentazione (marzo-maggio), sono state elaborate l'88% delle schede di monitoraggio T1, comprensive della rilevazione degli eventi cadute e degli elementi di riflessione proposti nell'allegato 5 delle linee di indirizzo.

La rilevazione delle cadute

Dall'analisi dei dati emerge che, su circa 2.300 ospiti presenti nel periodo considerato nelle strutture rispondenti, 165 sono caduti nel trimestre di riferimento, cioè un 7% (Tabella 1).

Gli eventi caduta totali registrati sono stati 210, per cui il 27% degli ospiti caduti ha avuto più di una caduta nel trimestre. Il numero medio di cadute per ospite è di 1,3 (considerando solo gli ospiti caduti almeno una volta nel periodo).

Si osserva anche che il 63% delle cadute ha riguardato ospiti individuati a rischio di caduta nell'ultima valutazione effettuata. Da questo dato emerge, da un lato, un ampio margine di intervento a livello di azioni preventive sugli ospiti a rischio e, dall'altro, che è comunque importante portare avanti gli interventi rivolti a tutti gli ospiti in quanto possono incorrere in cadute anche gli ospiti valutati non a rischio (37%).

Ospiti presenti nel trimestre	Ospiti caduti nel trimestre	% di ospiti caduti	Eventi caduta registrati	Numero medio di cadute per ospite (solo ospiti caduti)	Ospiti con più di una caduta	% cadute degli ospiti valutati a rischio
2.300	165	7,2%	210	1,3	27%	63%

Tabella 5

È possibile fare una proiezione su base annua. Considerando il dato sul numero di ospiti presenti nelle strutture accreditate abbastanza stabile, si stima su base annua una % di ospiti caduti del 29%.

Si ricorda qui che la definizione di caduta adottata è ampia e ricomprende anche i semplici scivolamenti e perdite di equilibrio che non esitano in un impatto col pavimento o con altre superfici: *“improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto”* (Raccomandazione n. 13 di novembre 2011, Ministero per la salute).

Gli esiti delle cadute nel primo trimestre

Per quanto riguarda gli esiti delle cadute (Grafico 5), il 73% delle cadute rilevate non ha avuto esiti o ha avuto esiti lievi. Un 18% delle cadute ha avuto esiti moderati.

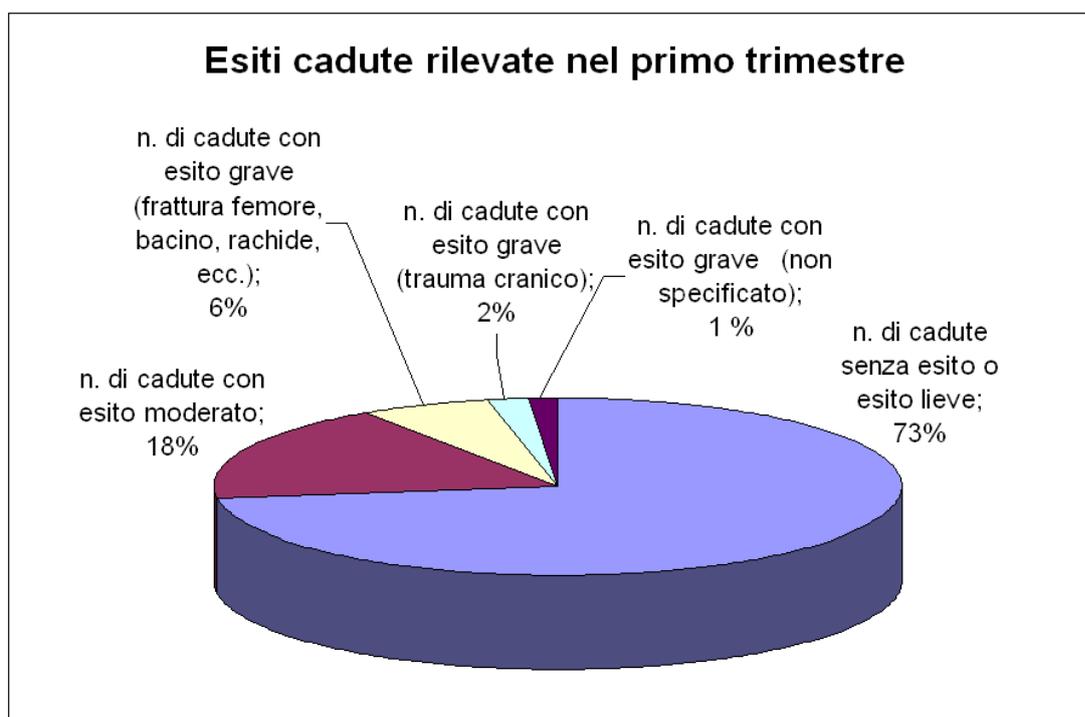


Grafico 15

Un 9% invece, ha avuto esiti gravi: di cui il 6% ha prodotto una frattura, il 2% trauma cranico e il 1% ha avuto esiti gravi , ma non è stato specificato quali.

L'individuazione degli esiti delle cadute in lievi, moderati e gravi, è stata effettuata tenendo conto delle indicazioni fornite su questo punto dall'Allegato 4 delle linee di indirizzo, che si riportano di seguito.

“C) INFORMAZIONI SULLE CONSEGUENZE DELLA CADUTA

*Per quanto riguarda quest'ultima area è opportuno che vengano registrati tutti gli esiti dell'evento caduta
Ovvero:*

- 1** *gli esiti minori rilevati dagli operatori stessi della struttura nell'eventualità che l'evento caduta non abbia reso necessario l'invio della persona in pronto soccorso*
 - a. nessun danno rilevabile*
 - b. lesione tessuti molli superficiali*
 - c. lesione musco-scheletrica dolorosa*
 - d. diminuita mobilità da lesione*
- 2** *Gli esiti moderati e gravi che hanno reso necessario invio in PS sia con che senza osservazione prolungata in ambiente ospedaliero o ricovero ospedaliero*
 - a. Ferita con necessità di sutura*
 - b. Ematomi*
 - c. Trauma cranico*
 - d. Fratture (arto inferiore, arto superiore, vertebrale, bacino, costali, fratture multiple, etc.)*
- 3** *il decesso, se correlato all'evento caduta.”*

Il secondo trimestre di sperimentazione

148 ospiti dei servizi analizzati sono caduti nel trimestre di riferimento (7% stabile rispetto al primo trimestre).

Gli eventi caduta totali registrati sono stati 181 con un leggero calo del numero medio di cadute per ospite.

Anche gli ospiti con più di una caduta nel trimestre di riferimento hanno registrato una sensibile riduzione. (22% nel secondo trimestre vs 27% del primo: -5%).

Il 64% delle cadute ha riguardato ospiti individuati a rischio di caduta, mentre il 36% delle cadute riguarda persone non a rischio, confermando le % rilevate nel primo trimestre.

Ospiti presenti nel trimestre	Ospiti caduti nel trimestre	% di ospiti caduti	Eventi caduta registrati	Numero medio di cadute per ospite (solo ospiti caduti)	Ospiti con più di una caduta	% cadute degli ospiti valutati a rischio
2.176	148	6,8%	181	1,2	22%	64%

Tabella 6

Gli esiti delle cadute nel secondo trimestre

Nel secondo trimestre, il 73 % delle cadute rilevate non ha avuto esiti o ha avuto esiti lievi (Grafico 6).

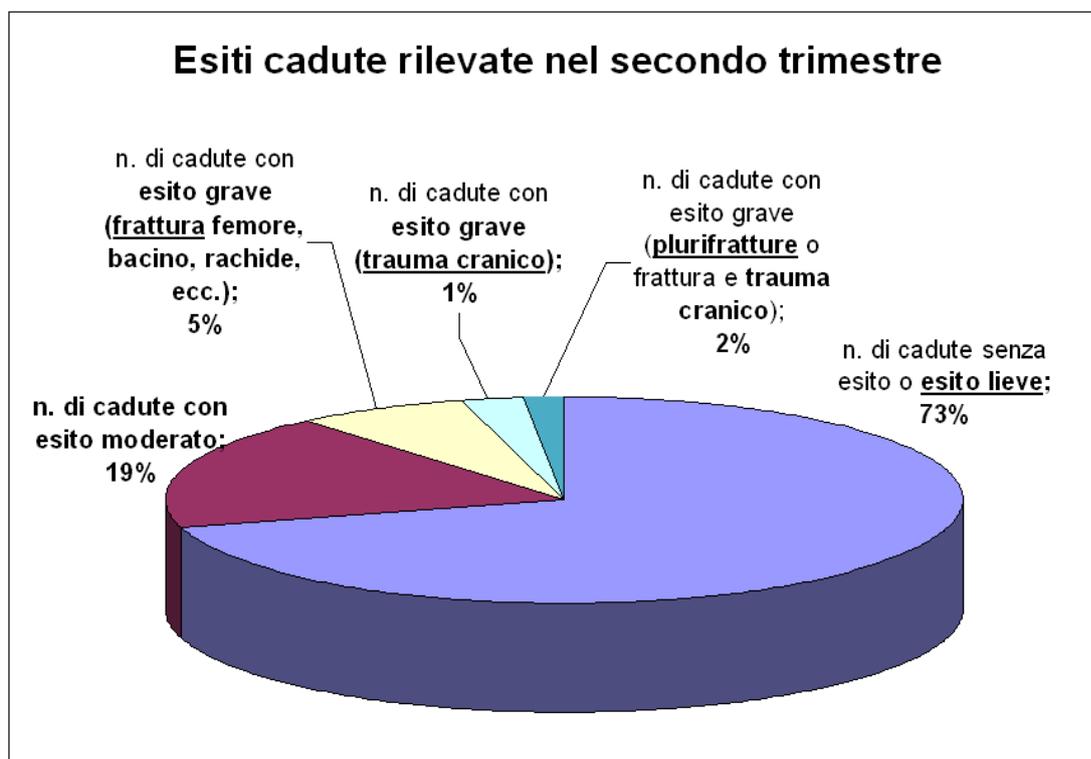


Grafico 16

Un 8% delle cadute (-1% rispetto al primo trimestre) invece, ha avuto esiti gravi: il 5% ha prodotto una frattura, il 1% trauma cranico e un 2% degli ospiti caduti con esito grave, ha riportato fratture plurime o frattura/e e trauma cranico.

Come per il primo trimestre, è possibile fare una proiezione su base annua.

Considerando il dato sul numero di ospiti presenti nelle strutture accreditate abbastanza stabile, si stima su base annua una % di ospiti caduti del 27%.

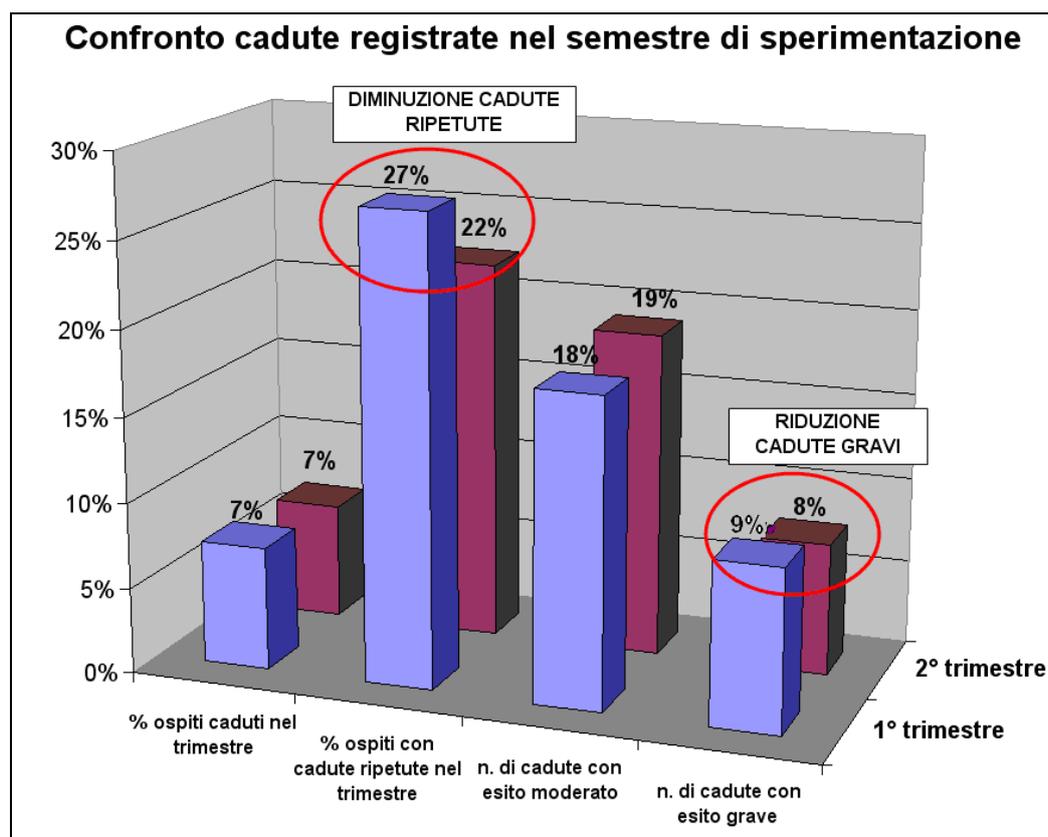
Confronto fra i due trimestri di rilevazione

Dall'elaborazione dei dati, sembra che, considerando i servizi che nel primo e/o nel secondo trimestre hanno rilevato delle cadute (74%), nel 57% dei casi si osserva una riduzione delle cadute in generale.

Mentre considerando tutti i servizi rispondenti, nel 42% si rileva una riduzione delle cadute, nel 32% un aumento e nel 26% nessuna caduta (o nessuna variazione).

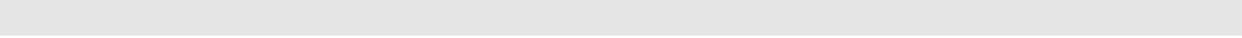
In generale, è rilevante sottolineare che, nel 69% dei casi, si rileva una riduzione delle cadute gravi. Tale dato emerge anche nel confronto complessivo fra i dati rilevati nei due trimestri (Grafico 7).

Importante evidenziare, infine, anche il risultato della diminuzione delle cadute ripetute da parte delle stesse persone (Grafico 7).



Occorre comunque ricordare che questo progetto non è rivolto al singolo obiettivo della riduzione delle cadute, (da solo non garanzia di benessere delle persone) ma ha una portata più ampia (come sarà esplicitato nella revisione delle linee di indirizzo).

Qui si richiamano alcune precisazioni:

- a) Sull'effetto di relativa riduzione delle cadute si è riflettuto mettendo in luce che l'azione svolta ha prodotto un elevamento della sensibilità e quindi anche della capacità di individuare e segnalare le cadute. Pertanto, essendo fra l'altro il periodo di sperimentazione limitato, questo effetto era in parte atteso.
 - b) Nel medio periodo l'obiettivo è la crescita organizzativa e professionale che garantisca continuità e correttezza di approccio e quindi la più alta riduzione possibile in ogni contesto.
- 

Analisi statistica

E' stata effettuata un'analisi statistica MANCOVA (con *SPSS versione 21*) sui dati al basale (T1) utilizzando come *variabili dipendenti*: N° ospiti cadute , N° totale di cadute , N° medio di cadute per ospite caduto, N° cadute di ospiti considerati a rischio , rapporto fra N° cadute di ospiti considerati a rischio e il N° di ospiti cadute espresso in % , N° di cadute con esito moderato-grave, N° di cadute con esito grave, N° di cadute con fratture, N° cadute con trauma cranico, rapporto fra N cadute con conseguenze moderato-gravi ed il N totale di cadute espresso in %.

L'analisi ha messo in relazione i dati dei due trimestri di sperimentazione, i dati inerenti i diversi aspetti del sistema di monitoraggio e gestione del rischio cadute e le azioni preventive messe in atto dai servizi partecipanti alla sperimentazione.

Nella tabella 7 sono evidenziati gli interventi preventivi che incidono maggiormente sulle cadute (selezione dei risultati più rilevanti).

Elenco degli strumenti di monitoraggio e degli interventi preventivi risultati efficaci nella riduzione delle cadute tra T1 e T2

	Analisi fattori ambientali	Applicazione <i>check list</i> regionale	Attuazione provvedimenti ambientali, organizzativi ed individuali in generale	Attuazione provvedimenti ambientali, organizzativi ed individuali al livello del singolo ospite	Attuazione azioni specifiche ambientali al livello del singolo ospite	Attuazione azioni specifiche organizzative in generale	Interventi preventivi tesi alla riduzione delle cadute in generale
N totale di cadute							+
N cadute ospiti a rischio	+	+	+			+	+
% cadute con esito grave				+	+		

Tabella 7

I principali risultati emersi dall'analisi statistica, si possono sintetizzare così:

- 1) Nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali per anziani non autosufficienti, gli interventi di prevenzione delle cadute “globali, di struttura”, rivolti all'intero servizio e a tutti ospiti (organizzazione, ambiente, attività fisica, lavoro d'equipe) sono risultati più efficaci nel ridurre le cadute rispetto agli interventi sul singolo ospite.
- 2) I soggetti valutati a rischio cadute sono quelli che traggono maggiori benefici dagli interventi di prevenzione.
- 3) Gli interventi personalizzati di prevenzione (nell'ambito dei Pai) riducono soprattutto la “gravità” e quindi le conseguenze delle cadute (es. fratture, trauma cranico).

Punti di forza emersi

Gli ultimi incontri con i rappresentanti dei servizi coinvolti nella sperimentazione sono stati funzionali a raccogliere le valutazioni dei coordinatori e dei professionisti dei team dedicati, individuando punti di forza e debolezza emersi e avviando un proficuo confronto circa le soluzioni e le modalità più efficaci.

Molto rilevante è risultata in alcuni casi la capacità di cambiamento, che ha prodotto soddisfazione e la predisposizione a introdurre innovazioni e a cercare soluzioni e strategie operative per affrontare le problematiche che via via possono presentarsi.

Alla luce degli elementi emersi, delle valutazioni e dei suggerimenti dei referenti dei servizi partecipanti alla sperimentazione, saranno integrate le linee di indirizzo regionali tenendo conto di alcuni nodi chiave:

COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE:

Dalla sperimentazione è emersa l'importanza di sottolineare:

- Il ruolo centrale del team dedicato multiprofessionale
- L'orientamento all'innovazione
- La collaborazione dei medici di struttura nel team
- La valorizzazione della funzione del fisioterapista

Per quanto riguarda l'ambiente:

- L'attenzione diffusa all'ambiente
- Il coinvolgimento anche degli addetti ai servizi di supporto

Per quanto riguarda l'attività fisica:

- la valorizzazione della funzione del fisioterapista
- la valorizzazione delle attività degli OSS
- l'integrazione con le attività di animazione

RUOLO DEI FAMILIARI/CAREGIVER

Sia per quanto riguarda le strutture residenziali che i centri diurni, la consapevolezza e la collaborazione dei familiari sono risultati un valore aggiunto per i servizi.

EFFETTI SUGLI UTENTI

Sono stati osservati gli effetti sugli utenti in senso esteso, dal miglioramento della capacità di deambulare al miglioramento dell'umore.

OPPORTUNITA' DI SISTEMA

Il confronto con altre strutture, la discussione allargata di tematiche di interesse dei servizi, le sinergie a livello distrettuale e/o aziendale possono costituire un'opportunità per "fare sistema" e promuovere il supporto reciproco.

STRUMENTI

Dalla sperimentazione sono emersi come punti di forza interni ai servizi:

- la messa a sistema della check list ambientale e organizzativa
- l'implementazione di un sistema di monitoraggio e valutazione risultati
- l'informatizzazione.

Nell'Allegato B c'è la descrizione dettagliata dei punti di forza e debolezza interni ed esterni emersi nella sperimentazione.

Le relazioni dei Servizi

Premessa

Oltre alle schede di monitoraggio e agli elementi di riflessione e di valutazione, 15 servizi hanno inviato le relazioni finali sull'attuazione del progetto:

Premessa.....	1
Cra Emilio Biazzi di Castelvetro Piacentino – Distretto Levante (PC).....	2
Centro diurno A. Breviglieri Distretto Levante (PC).....	8
Centri Diurni Città di Piacenza (PC)	11
Casa Residenza Pavese - Borsi di Noceto (PR)	13
Centro Diurno F.lli Pinazzi Asp Fidenza (PR)	16
Casa residenza di Cavriago Distretto di Montecchio (RE)	22
Casa residenza di Formigine Distretto di Sassuolo (MO)	26
Casa residenza “Centro Servizi a Terza Età Francesco e Chiara “ Pavullo nel Frignano (Mo).....	30
Casa residenza Fondazione Santa Clelia, Vidiciatico, (BO)	34
Casa residenza anziani “Sacra famiglia” di San Lazzaro di Savena (BO)	37
Casa residenza di Fontanelice Distretto di Imola (BO)	38
Casa residenza “Comunità alloggio Bosco Mesola” Distrett Sud-Est (FE)	40
Casa residenza “G. Mantovani” di Copparo Distretto Centro Nord (FE).....	41
Centro Diurno “A.Baccarini” di Russi, Distretto di Ravenna (RA)	43
Centro Diurno di Verucchio Distretto di Rimini (RN)	44

Cra Emilio Biazzi di Castelvetro Piacentino – Distretto Levante (PC)

RELAZIONE FINALE

A cura di :

Dott. Nicola Pisaroni - Coordinatore Responsabile di Struttura

Periodo di riferimento: Marzo 2013 – Agosto 2013

Indice

1. Premessa	pag 2
2. Ambito di riferimento	pag 2
3. Obiettivi	pag 2
4. Destinatari	pag 3
5. Approccio	pag 3
6. Modalità	pag 3
7. Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di interventi possibili	pag 4
8. La formazione	pag 5
9. Valutazione dei risultati	pag 6
10. Azioni di miglioramento	pag 7

[...]

1. Premessa

L'Istituto Emilio Biazzi di Castelvetro Piacentino, nell'anno in corso, ha scelto di far parte di un progetto regionale dal titolo: "Miglioramento dell'ambiente, dell'organizzazione della vita e delle cure e somministrazione di attività fisica in struttura per il mantenimento delle abilità residue e il benessere generale degli ospiti". Tale iniziativa di studio si caratterizza per la promozione, non soltanto di interventi rivolti ai singoli sulla base di una valutazione multidimensionale del rischio caduta, ma anche di interventi rivolti alla generalità degli ospiti, potenziando l'attenzione nei confronti di questa tematica, mettendo in atto i suggerimenti, gli accorgimenti, le precauzioni indicate nelle linee di indirizzo e intervenendo sia sull'ambiente che sull'organizzazione del servizio, garantendo azioni di analisi, verifica e miglioramento specifiche.

2. Ambito di riferimento

L'ambito di riferimento generale è il territorio regionale sul quale si sviluppano servizi assistenziali integrati rivolti ad anziani non autosufficienti ospiti di case residenza. Nello specifico l'ambito dove si sviluppa il progetto, di cui il titolo, è l'Istituto CRA Emilio Biazzi, sito in Castelvetro Piacentino

3. Obiettivi

Il senso del progetto ha l'obiettivo di promuovere un approccio globale finalizzato a migliorare il benessere degli ospiti favorendo la massima libertà di movimento e promuovendo la sicurezza, intervenendo sull'ambiente, sull'organizzazione e sulla consapevolezza di tutti gli attori coinvolti (operatori, utenti, famigliari, caregiver), con una potenziale ricaduta positiva sul lungo periodo in termini di riduzione degli eventi di caduta e, in particolare, degli esiti più gravi.

4. Destinatari

I destinatari del progetto sono tutti i componenti della triade terapeutica facente parte del servizio: Ospiti, famigliari, operatori.

5. Approccio

Il progetto regionale si giova di un approccio multiprofessionale costituito da quattro macroaree inglobate nell'allegato 5 e descritte nel capitolo successivo: A) T0; B) T1; C) T2

D) Valutazione dei risultati; E) Elementi di riflessione ed azioni di miglioramento.

6. Modalità

L'Istituto Emilio Biazzi prende parte ad un percorso di progetto, in veste di Struttura pilota aderente, promosso dalla Regione Emilia Romagna, relativo al miglioramento dell'ambiente, dell'organizzazione della vita e delle cure e somministrazione di attività fisica in struttura per il mantenimento delle abilità residue e il benessere generale degli ospiti.

Lo studio applicato all'interno della realtà organizzativa ed operativa del nostro Ente, è iniziato attraverso una fotografia della situazione attuale rispetto le strategie messe in atto ad oggi per prevenire il rischio di caduta. Questo periodo di "sondaggio" viene denominato T0. Attraverso l'allegato 3 del progetto regionale, all'inizio del percorso, si verifica la reale presenza di uno specifico sistema di monitoraggio e prevenzione cadute condiviso con gli operatori e comprensivo sia delle azioni di analisi preventive dei fattori di rischio ambientali, organizzativi ed individuali, sia specifiche azioni ed interventi di riduzione del rischio.

Nel trimestre marzo maggio, (periodo denominato T1), e nel secondo trimestre giugno agosto, (denominato T2), le analisi sopra citate, organizzative, ambientali ed individuali vengono eseguite attraverso l'utilizzo di una check list, (allegato 1), realizzata dagli operatori dell'Istituto Emilio Biazzi al fine di applicare poi anche azioni di miglioramento mirate alla prevenzione del problema e riduzione degli eventuali danni. Viene inoltre monitorato il trend delle cadute nei periodo T1 e T2, attraverso le schede caduta, (allegato 2), realizzate in Istituto ed allegate alle nostre procedure organizzative sulla prevenzione delle cadute. I periodi di studio in esame terminano sempre con una valutazione dei risultati posti in essere ed eventuali correttivi da applicare per il raggiungimento degli obiettivi posti dagli indicatori di risultato atteso e, così, identificare ambiti di miglioramento sui quali intervenire.



7. Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di intervento possibili

L'Istituto Emilio Biazzi ha attivato al suo interno un sistema, condiviso, di prevenzione monitoraggio e gestione del rischio di caduta. Esso prevede, inizialmente, l'analisi dei fattori di rischio ambientali ed organizzativi per monitorarli e poi controllarli, attraverso una check list realizzata, (allegato 1) ed i rischi individuali monitorati con l'ausilio della scala di valutazione Tinetti in grado di indicare i soggetti a maggiore rischio di caduta sulla base dell'equilibrio e dell'andatura dei singoli individui presi in esame, (allegato 3).

Una volta messa in pratica tutta questa procedura preventiva gli eventi di caduta vengono costantemente monitorati attraverso la nostra scheda di caduta, (allegato 2). Azioni di prevenzione e di successivo monitoraggio e gestione dell'evento sono riportate anche all'interno del PAI, con specifici obiettivi e conseguenti interventi. Si tende ancora ad individuare nel PAI un unico bisogno/problema = rischio di caduta per facilitare la valutazione dei risultati attesi, sdoppiando, invece obiettivi ed interventi, (vedi schema nella pagina seguente).

Nr	Bisogno/ problema	Obiettivo	Intervento	Figure incaricate R= responsabile C= coinvolto	Parametro di controllo
1	Rischio di caduta	Prevenire gli episodi di caduta Garantire una corretta gestione dell'evento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frazionare le aree di pulizia nel corridoio centrale ➤ Installare la luce notturna nelle sua camera ➤ Eliminare tutti gli ostacoli mobili nella sua stanza di degenza ➤ In caso di caduta, seguire la procedura organizzativa nr 32 dal titolo: " la gestione delle cadute" 	R= Tutta l'equipe multiprofes.	Scala Tinetti <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Valori al __/__/__</div> Andatura__ Equilibrio__

Il PAI viene, inoltre, condiviso e controfirmato dall'ospite stesso e/o dal familiare, invitato alla discussione dal Coordinatore responsabile attraverso una lettera il mese antecedente la redazione del documento.

Tutta la triade terapeutica, quindi, viene informata su azioni di prevenzione e gestione della caduta, concordate, messe in pratica e risultanti sul PAI.

Tutte queste fasi, prevenzione e gestione, vengono inoltre inserite all'interno di una apposita procedura dal titolo : " la gestione delle cadute", realizzata dal Coordinatore responsabile di Struttura con una equipe multiprofessionale e condivisa con tutto il personale che firma per presa visione ed esprime i propri pareri in riunione di reparto mensile. Tale procedura organizzativa viene poi inserita all'interno di un protocollo d'intesa fatto con l'Azienda usl di Piacenza. Le procedure sono a tutti accessibili ad ogni guardiola di ogni piano e seguite da best practice specifiche, ricavate dal centro studi e ricerca EBN (Evidence Base Nursing) di Bologna.

Attraverso l'utilizzo della check list [...], in Struttura vengono attuate alcune strategie di intervento al fine di diminuire ulteriormente il rischio di caduta. Nella tabella sottostante viene proposta una breve sintesi delle azioni messe in pratica attraverso l'applicazione della check list.

ELEMENTO	ELEMENTI DI RISCHIO RILEVATO	STRATEGIE ORGANIZZATIVE, INTERVENTI [A]	STRATEGIE ORGANIZZATIVE, INTERVENTI [B]
Pavimento	scivolamento	Frazionate aree di pulizia	
	inciampo	Sostituiti elementi non complanari, Eliminati ostacoli mobili nei corridoi ed aree di degenza e passaggio	Posizionati in nicchia e spazi "morti" gli ausili e le attrezzature potenzialmente cause di inciampo
Pareti	Urto	Presenza di protezioni agli angoli retti e sostituiti quelli rotti	
Soffitti	-----	-----	-----
Infissi interni/esterni			
illuminazione naturale ed artificiale	Visione notturna		Istallate luci notturne
Scale	-----	-----	-----
Parapetti	-----	-----	-----
Arredi	Sedute		Valutate le dimensioni e materiali delle sedute in base alle esigenze ergonomiche degli ospiti
Letti	Pericolosità		Inserite imbottiture ai lati e sul pavimento sottostante il letto
Terrazzi	-----	-----	-----
Esterni	Cause di affaticamento		Istallate panchine e tavoli per soste lungo il percorso esterno
Bagni	-----	-----	-----

Nel periodo vengono elaborati e attuati programmi di attività motoria personalizzata e di gruppo in cui gli operatori evidenziano, dopo un periodo di attività motoria, per la maggior parte degli ospiti un miglioramento o almeno un mantenimento delle pregresse capacità funzionali. Per alcuni, altri, utenti, purtroppo il riscontro degli operatori in merito non è stato positivo, in quanto la fragilità della persona ha ostacolato il percorso riabilitativo riportando esiti non soddisfacenti. Gli ospiti si sono dimostrati appagati per l'attività svolta. Tutte le attività programmate vengono documentate all'interno dei PAI individuali.

8. Formazione

Le normative Regionali che disciplinano i servizi sociosanitari prevedono che le organizzazioni assistenziali, nel nostro caso la Casa Residenza per Anziani non autosufficienti ed il Centro diurno, per il raggiungimento delle proprie finalità dispongano le loro attività secondo le funzioni della pianificazione strategica.

Il principale atto di pianificazione strategica è il piano della formazione .

Il piano formativo dell'Istituto Emilio Biazzini con valenza biennale racchiude le seguenti principali caratteristiche:

- Trasferire metodi di analisi e sintesi dei fabbisogni formativi ai RAA e RAS attraverso attività formative in aula e sul campo
- Trasferire nuove competenze al personale dipendente
- Effettuare adeguate azioni di comunicazione e coinvolgimento verso i diversi nuclei di degenza della CRA ed al CD

- Applicare sul campo i metodi di analisi e sintesi dei fabbisogni formativi per contribuire alla realizzazione del piano formativo

Una volta indagato il fabbisogno formativo del personale viene redatto un prospetto contenente gli eventi interni in programma nell'anno con rispettivi titoli, date e relatori. Nel 2013, rispetto le tematiche legate alla prevenzione e gestione delle cadute, vengono programmati 2 workshop. La formazione rispetto il miglioramento dell'ambiente, dell'organizzazione della vita e per il mantenimento delle abilità residue al fine di prevenire eventuali episodi di cadute e gestirli al meglio, se succedessero, viene rivolta a tutti ma non a pioggia. Ogni workshop è ripetuto almeno 2 volte in giorni diversi, distanti tra loro, per dar modo a chi per motivi di turistica, ferie, malattia, infortunio... non ha potuto partecipare, possa riuscire in un secondo momento. La formazione sulla gestione del rischio di caduta è volta a privilegiare la dimensione dei gruppi di lavoro integrati multidisciplinari e multiprofessionali, quindi una formazione intesa come strumento che, nel supportare le strategie dell'Istituto Emilio Biazzi, opera intenzionalmente nella volontà di valorizzare il proprio personale, la sua professionalità, i suoi apporti all'organizzazione e la tutela dell'ospite.

9. Valutazione dei risultati

Una volta fotografata ed analizzata la situazione iniziale, (T0), vengono monitorati diversi item estrapolati dall'allegato 5 inviato dalla Regione promotrice del progetto. Nella tabella 1 sottostante si può evincere che su un totale di 85 ospiti presenti in entrambi i periodi :

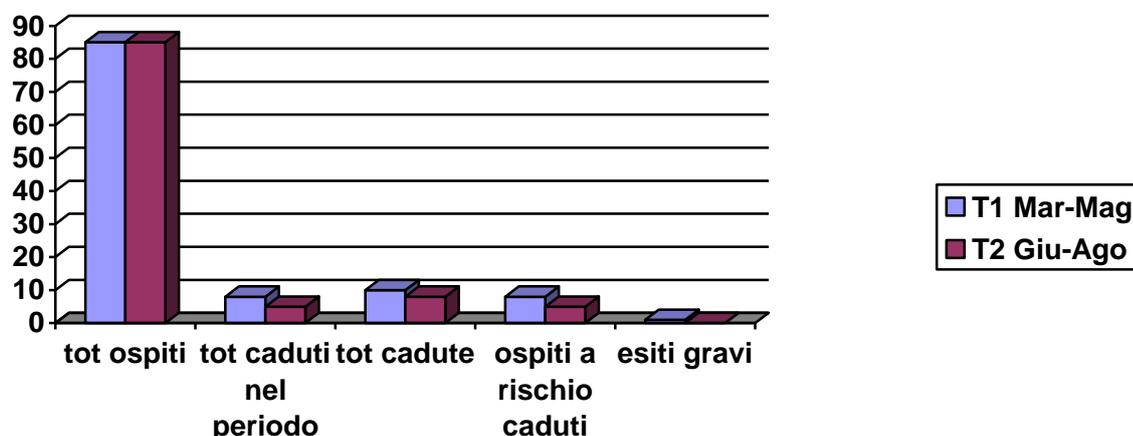
Il 9.5% degli ospiti è caduto nel periodo T1 (se la stessa persona cade più volte viene conteggiato 1); mentre cade il 6% nel T2;

Il 12% degli ospiti è caduto nel periodo T1 (se la stessa persona cade più volte vengono conteggiate singolarmente); mentre cade il 9.5% nel T2;

Il 100% degli ospiti caduti sia nel T1 che nel T2 risultavano, attraverso l'utilizzo della scala Tinetti, ad elevato rischio di caduta

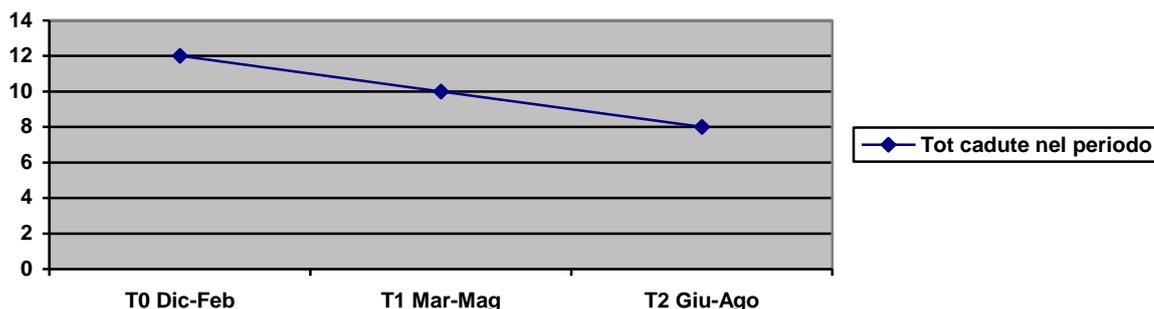
L'1.2% degli ospiti caduti ha riportato esito grave. Frattura di femore

Tabella 1



Nella tabella 2, invece, si nota, nello specifico una curva che rispecchia l'andamento delle cadute presso l'Istituto Emilio Biazzi dall'inizio del progetto a cui ha aderito come struttura pilota, per tutta la durata della sperimentazione, (T1 e T2), in cui si sono inserite nuove strategie ambientali ed organizzative. Gli eventi di caduta sono diminuiti passando da un 14% nel periodo T0 ad un 12% nel T1, sino ad arrivare al 9.5% al T2.

Tabella 2

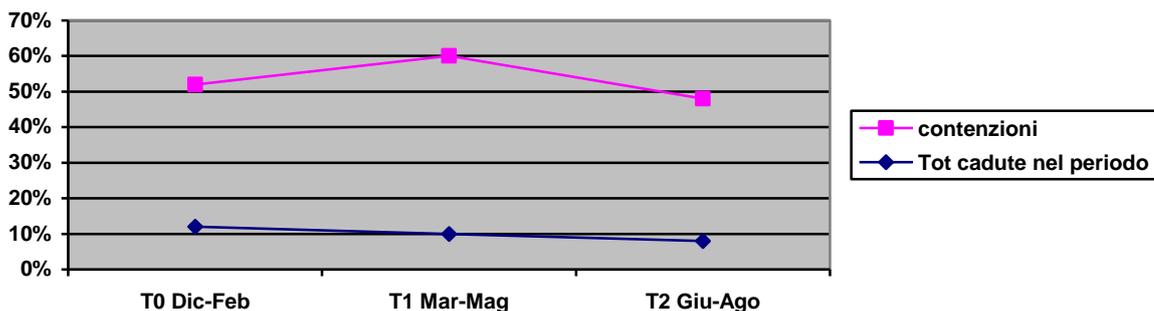


10. Azioni di miglioramento

Per migliorare le metodologie operative in essere fini ad interventi di prevenzione e gestione del problema di cui il titolo della seguente relazione si crea un team ad hoc composto secondo criteri di multiprofessionalità dal Coordinatore Responsabile di Struttura, Medico, RAS, 1 Infermiere, 1 RAA, 1 Oss per ogni Nucleo di degenza (5 in totale), 1 Fisioterapista. Il gruppo di lavoro si occupa nello specifico di svolgere una analisi documentale sul materiale fornito dalla Regione Emilia Romagna rispetto questo progetto, dei documenti presenti in letteratura, (Best Practice, Linee guida..), della procedura presente in Istituto, ecc.. Realizzerà materiale da condividere con tutto il personale presente in Istituto ed utilizzare poi sul campo, previo momenti dedicati di formazione. Con cadenza quadrimestrale svolgerà degli audit per monitorare e verificare interventi nuovi e di mantenimento in uso.

Verranno rivalutate le contenzioni, sia fisiche che farmacologiche, in modo che non vengano utilizzate come “alibi” per diminuire il rischio di caduta. Gli index in possesso del nostro istituto ci dicono, infatti, addirittura il contrario: nel periodo in studio, (T1-T2), le contenzioni sono diminuite dal 57%, (escludendo le spondine notturne al letto), al 50% sul totale degli ospiti, ma le cadute non sono conseguentemente aumentate, anzi diminuiscono passando dal 12% al 9.5%, (tabella 3).

Tabella 3



OMISSIS

Centro diurno A. Breviglieri Distretto Levante (PC)

RELAZIONE FINALE

A cura di:

Coordinatrice Cinzia Prati, RAI Rossana Ranieri, RAA Franca Pagani, Fisioterapista Silvana Cavazzoni

Premessa

L'ingresso di una persona in un Centro Diurno è uno degli eventi più delicati dell'intera vita. Ripercussioni sull'equilibrio della persona, spesso non è una scelta personale.

Rappresenta un cambiamento di vita, modifica in parte le principali coordinate di spazio, di tempo, di abitudini a cui ciascuna persona fa riferimento nella quotidianità.

Rappresenta un evento altamente stressante anche se in presenza di una scelta diretta e anche quando le nuove condizioni di vita migliorano quelle precedenti.

Le conseguenze di tale evento non sono solo di carattere negativo, come troppo spesso viene immaginato da chi è al di fuori della situazione, qualora ci siano condizioni favorevoli sia da parte della persona anziana che da parte dell'ambiente che la accoglie.

Ambito di riferimento

Il Centro Diurno è inserito in una struttura polifunzionale, al cui interno vi è una CRA e un Casa di Riposo, gli ospiti possono usufruire di tutti gli spazi comuni presenti. La Fondazione al suo interno ha vari spazi adibiti alle diverse attività di animazione/motoria e un vasto spazio esterno.

Obiettivi

1. Creare spazi volti a favorire la massima autonomia
2. Diminuire i rischi ambientali che possono aumentare il rischio caduta
3. Stimolare i processi della memoria attraverso esercizi molto semplici e ripetitivi
4. Stimolazione funzionale attraverso la percezione del proprio corpo
5. Mantenimento/miglioramento del benessere psicofisico

Destinatari

Il Centro Diurno, frequentato da n° 12 Utenti, è un servizio socio sanitario a ciclo diurno finalizzato all'accoglienza di soggetti in condizione di non autosufficienza, che per il loro declino cognitivo e funzionale esprimono bisogni non sufficientemente gestibili a domicilio per l'intero arco della giornata.

Approccio - Modalità

Al lavoro abbiamo dato uno stampo multidimensionale e multifattoriale con interventi individualizzati che hanno prodotto significativi benefici nella riduzione, fino all'assenza in questo periodo, di cadute.

Importante è stata:

- la formazione del personale,
- le modifiche ambientali
- modifica dell'organizzazione (come si lavora)
- Attività fisica
- Ausili alla mobilitazione
- Revisione terapia farmacologica
- Informazione e Condivisione con i famigliari

Essenziale è che l'organizzazione dei centri diurni non assumano una forte impronta ospedaliera, dove vige lo sguardo clinico e diventa inevitabile che i residenti assumano il ruolo di malati, ma che perseguano l'obiettivo di sviluppare le loro capacità residue, stimolandoli a conservare il più a lungo possibile la loro indipendenza.

Il contesto istituzionale dovrà pertanto essere organizzato non soltanto per curare deficit funzionali, ma anche per promuovere le situazioni atte a potenziare le capacità degli utenti, in modo da trasformare il circolo vizioso della dipendenza

Il lavoro di sviluppo delle capacità residue potenzia l'autonomia della persona anziana, la possibilità per la persona della possibilità di compiere delle scelte, cioè di essere ancora protagonista attivo della propria vita, anche in età molto avanzata ed in situazione di limitazione delle risorse.

Tutto questo ha molto a che fare con la pratica di un programma di attività motoria che si proponga come obiettivo specifico il mantenimento di tutte le capacità residue.

Azioni e relativi interventi

Ambiente

E' stata fatta un'analisi dei rischi ambientali utilizzando come strumento la chek-list con monitoraggio mensile da parte della RAA/RAI

Si sono evidenziati due fattori di rischio importanti:

- Carrelli/carrozine con ruote lasciate incustodite senza freni nei corridoi
- Pavimenti bagnati in alcune ore critiche della giornata limitanti l'autonomia delle persone
- Interventi:
- Evitare la permanenza di carrelli, carrozzine non in sicurezza negli ambienti dove soggiorna la persona
- Utilizzo di macchina lavapavimenti che permette di lasciare immediatamente il pavimento asciutto

Organizzazione

L'organizzazione prevede sempre il monitoraggio degli ospiti a rischio caduta e soprattutto prevede il lavoro in equipe multidimensionale.

L'equipe attraverso i PAI valuta il paziente analizzando i vari fattori di rischio quali la confusione, l'uso di tranquillanti, deficit uditivi, il deterioramento cognitivo, i precedenti ictus, le precedenti cadute, le patologie acute e gli effetti collaterali della terapia farmacologica. Da questa analisi risultano le modalità e la capacità d'autonomia all'interno della struttura e l'organizzazione che la struttura deve assumere.

L'attività Fisica

Che La nostra struttura ha messo a disposizione delle persone anziane varie possibilità, vari momenti di attività motoria:

- Attività di gruppo (tutte la mattine)
- Attività motoria di Piccolo gruppo rivolte alle persone con gravi problemi cognitivi, il gruppo è composto da max n° 8 persone
- Deambulazioni Assistite
- Cicli personalizzati di fisioterapia

Formazione

Giornate di formazione in struttura

Corretto uso degli ausili

La contenzione

Protocollo prevenzione cadute

Protocollo attività fisica

A Domicilio

Abbiamo promosso un'informazione al familiare caregiver che va a toccare tutti i vari ambiti assistenziali: l'alimentazione, l'abbigliamento, l'uso degli ausili, uso corretto dei farmaci

Inoltre giornalmente attraverso colloqui con utenti/famigliari cerchiamo di carpire le massime informazioni/problematiche a domicilio e in base alle difficoltà emerse si è cercato in accordo

con la responsabile del caso, di dare un aiuto e/o supervisione attivando anche il vicinato e/o il volontariato

Verifica

Nei due trimestri presi in esami non si sono verificate cadute ne in struttura ne a domicilio, i famigliari riferiscono un' aumentata autonomia funzionale e un aumento delle capacità cognitive. Si evidenzia inoltre che non ci sono state dimissioni o passaggi in strutture a più alta valenza assistenziale/sanitaria.

Centri Diurni Città di Piacenza (PC)

Relazione

A cura di: Daniela Sartori RAA di struttura.

I componenti del team dedicato per i Centri Diurni Comunali di Piacenza, all' iniziativa formativa regionale, include, ognuno per i ruoli e responsabilità di competenza:

- La Raa,
- Il Fisioterapista
- Infermiera professionale
- Due operatori socio-sanitari.

Prima dell'individuazione del team, l'equipe è stata informata sia verbalmente sia con materiale cartaceo del progetto sperimentale.

E' stata intrapresa una campagna di sensibilizzazione ai famigliari degli utenti informandoli sul percorso individuato, con l'intento di condividere l'obiettivo finale: il benessere dell'anziano.

L'analisi effettuata dal team, in sede di riunione d'equipe e monitorata quotidianamente, è stata quella di prendere in considerazione tutti i fattori di rischio (intrinseci ed estrinseci) degli ospiti della struttura.

Individuato un successivo colloquio con gli altri membri del gruppo di lavoro, in sede di equipe, sono stati pianificati e progettati obiettivi individuali da raggiungere per ogni utente (il tutto riportato sui singoli PAI), tenendo sempre conto del livello di fragilità riguardante la capacità di movimento dell'assistito, delle caratteristiche ambientali, l'affezione dell'anziano con il luogo di accoglienza e la convivenza collettiva con altri attori.

Sia per gli utenti già inseriti nella struttura sia per i nuovi ingressi, vengono presi in considerazione, e periodicamente verificati, (almeno ogni sei mesi o al variare della condizione dell'ospite) alcuni aspetti ritenuti fondamentali da tenere monitorati con le relative strategie adottabili:

1. Capacità di movimento/autonomia nello svolgere le ADL (camminare, mangiare, muoversi, vestirsi, igiene personale, continenza o incontinenza urinaria/fecale ecc..), se in grado di deambulare in autonomia e responsabilmente, con ausilio, con supervisione o accompagnati.
2. Il tipo di abbigliamento, di calzature, il tipo di alimentazione/idratazione.
3. Capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo in presenza di decadimento cognitivo.
4. Visto che la struttura in oggetto trattasi di centro diurno (non residenziale 24 ore su 24), riteniamo fondamentale la comunicazione con i famigliari per lo scambio di informazioni su particolari episodi avvenuti a domicilio o in struttura (cadute, episodi febbrili, insonnia, variazioni di terapia, algie ecc...)
5. Accompagnamento da/per il Centro Diurno garantendo la tutela con un operatore del servizio sempre presente durante il trasporto utilizzando mezzi adeguati all'accoglienza di utenti con disabilità.
6. Conoscenza delle patologie degli ospiti e delle terapie assunte, eventuale relazione di alcuni farmaci sedativi che possono aumentare il rischio di caduta.

All'inizio del progetto, è stato organizzato un percorso formativo strutturato in tre incontri che hanno coinvolto tutti gli operatori.

I contenuti della formazione comprendevano movimentazione dei pazienti, prevenzione delle cadute, assistenza nella deambulazione degli ospiti.

Gli audit che vengono effettuati, interni ed esterni, valutano l'aspetto sanitario (patologie preesistenti ed eventuali riacutizzazioni), l'aspetto assistenziale (analisi dei bisogni relativi alle capacità di provvedere alle attività di vita quotidiana) e ambientale.

Gli audit interni coinvolgono l'intera équipe di lavoro: la RAA, l'infermiera professionale, il fisioterapista, l'animatore, gli operatori socio – sanitari.

Gli audit esterni hanno visto il coinvolgimento, ognuno per le proprie competenze, dei famigliari, del medico curante e del Committente tramite l'assistente sociale responsabile del caso.

I contatti avvengono telefonicamente se necessitano di una risoluzione immediata, o attraverso incontri programmati effettuati all'interno della struttura.

Viene eseguita una valutazione fisioterapica all'ingresso di ogni ospite e aggiornata semestralmente.

La valutazione individuale viene compiuta utilizzando le scale di valutazione Tinetti, Conley, BINA, e Barthel.

Sulla base dei risultati emersi viene effettuata la pianificazione dei programmi di attività motoria (singola, a piccolo o grande gruppo), riportata nei PAI degli utenti, con l'indicazione dei fattori di rischio emersi dalle valutazioni e le strategie di intervento possibili da attuare.

Il PAI, annualmente è condiviso dall'équipe con l'assistente sociale e la famiglia, in casi straordinari se richiesto dai famigliari o in caso di aggravamento dell'utente.

Il fisioterapista coinvolge l'équipe fornendo le varie indicazioni per la deambulazione sia essa solo di supervisione o assistita con o senza ausili, sia all'interno della struttura, che durante il trasporto.

Mantiene il contatto con i famigliari informandoli sulle indicazioni da seguire presso il domicilio.

Riconfermiamo che fino a questo momento al Centro Diurno non è stato necessario applicare il protocollo delle contenzioni fisiche pur avendo ospiti con deterioramento cognitivo (wandering, affaccendamento ecc.).

Confermiamo che il riscontro sia da parte degli operatori che da parte dei famigliari riguardano principalmente la prevenzione delle cadute, il benessere dell'ospite e la salvaguardia delle capacità residue al fine di evitare un'ulteriore perdita di autonomia per mantenerlo il più possibile nel proprio ambiente domiciliare.

Riguardo la parte ambientale è stato semplice valutarne tutte le caratteristiche e gli aspetti da prendersi in considerazione, in quanto trattasi di strutture nuove, prive di barriere architettoniche, al fine di garantire una migliore accoglienza famigliare, tramite l'uso degli arredi pensati specificatamente al tipo di utenza.

Da inizio anno ad oggi si sono verificate, nell'° trimestre n. 4 cadute all'interno delle strutture e 3 a domicilio, nel secondo trimestre nessuna caduta in struttura ma 5 presso le proprie abitazioni.

Visto le cadute avvenute all'interno della struttura, in sede di riunione, l'équipe analizzando le cause, è giunta alla conclusione che in nessun caso si sono riscontrate cause legate all'ambiente, arredi, abbigliamento o malessere fisico, ma ad una accidentalità derivata da un non riuscito coordinamento nei movimenti dell'utente stesso.

Riguardo alle cadute presso il domicilio, dal confronto con i famigliari è emerso che le possibili cause siano da ricondurre alla presenza di vari ostacoli (tappeti, spazi ridotti e con più arredi, scarsa illuminazione nelle ore notturne) e scarsa supervisione durante gli spostamenti.

Terminiamo questa relazione con la consapevolezza di quanto è importante per il nostro servizio, ricercare sempre la collaborazione dell'ospite e garantire una chiara, efficace e tempestiva comunicazione tra operatori e famigliari.

RELAZIONE FINALE

A cura di: FT Scotti Elisa

1. Premessa

Tra i numerosi aspetti che vanno presi in considerazione nella gestione dell'anziano, vi è sicuramente la valutazione del rischio cadute e l'adozione di tutte quelle manovre socio-assistenziali necessarie al fine di mettere in sicurezza la persona stessa e l'ambiente in cui vive. Per questo motivo si ritiene che i programmi di prevenzione delle cadute siano fondamentali per promuovere il benessere psico-fisico degli ospiti di queste strutture, e mirano ad ottenere un perfetto equilibrio tra autonomia e salvaguardia della salute degli stessi.

2. Ambito di riferimento e destinatari

La CRA Pavesi - Borsi di Noceto è una struttura socio-assistenziale residenziale situata nella provincia di Parma. La struttura ospita al suo interno 58 anziani suddivisi in due nuclei che sono assistiti a 360° dagli operatori della struttura. I destinatari di questo progetto sono da considerarsi non solo gli ospiti e gli operatori della CRA, ma anche la famiglia che collabora per quanto possibile al benessere del familiare.

3. Obiettivi

L'obiettivo che ci siamo posti con questo progetto è quello di favorire la massima autonomia possibile degli anziani della struttura senza tuttavia mettere a rischio la loro salute cercando di valutare per ogni singolo anziano tutti quegli elementi predisponenti la caduta per mettere in atto soluzioni personalizzate e cercando di rendere il loro ambiente di vita idoneo e di organizzare le loro giornate con il fine ultimo di prevenire le cadute.

4. Modalità e azioni:

E' stato formato un team multidisciplinare composto da:

- RAA
- Coordinatore di struttura
- IP
- OSS (2 per piano)
- animatrice
- FT

Utilizzando il materiale fornito nel corso della sperimentazione si sono organizzati incontri periodici per formare il personale, partendo prima dalle figure professionali di riferimento per poi arrivare alla generalità degli stessi in modo da coinvolgerli attivamente nel progetto. Durante questi incontri si è preferito utilizzare una strategia di presentazione dei dati più riassuntiva e schematica in modo da non oberare gli operatori di informazioni al fine di stimolare l'interesse e quindi una maggior attenzione all'argomento. Gli incontri avevano anche il compito di facilitare la segnalazione di difficoltà incontrate nell'attuazione delle linee guida del progetto.

Partendo dal presupposto che la struttura presentava già tutte quelle caratteristiche ambientali necessarie per la sicurezza degli ospiti, limitatamente alle caratteristiche strutturali della stessa, si è cercato di ridurre e, ove possibile, di eliminare gli elementi che grazie al supporto della checklist ci sono apparsi pericolosi per l'anziano stesso.

Abbiamo inoltre cercato di organizzare il lavoro di OSS, animatore, RAA, FT, IP in modo da fornire un monitoraggio costante su tutti quegli anziani a rischio caduta, individuando i momenti di maggior rischio.

Sono stati inseriti programmi individualizzati di attività fisica basati sul rinforzo muscolare, su propriocezione e equilibrio, sulla coordinazione, sulla conoscenza della struttura mediante

cammino assistito e sull'assegnazione di ausili idonei in modo da esaltare le abilità residue dei singoli anziani senza mettere a rischio la loro sicurezza.

Infine sono stati informati e formati i famigliari/caregiver disposti a collaborare riguardo le finalità del progetto e le modalità per portarlo a compimento.

5. Analisi dei fattori di rischio

Ambiente:

Tramite l'utilizzo della checklist, è stata fatta una prima analisi ambientale volta ad individuare tutti gli elementi di rischio:

- sono state eliminate tutte le possibili cause di inciampo (minimi dislivelli del pavimento dati da difetti della pavimentazione);
- sono stati tolti elementi pericolosi come girelli, carrozzine, carrelli ecc. anche in temporanea sosta nei corridoi;
- pulizia dei pavimenti nei momenti di minor utilizzo con esposizione di segnaletica idonea;
- già presenti dispositivi per gli anziani deambulanti in modo da evitare l'utilizzo delle scale;
- si stanno sfruttando gli interventi di ristrutturazione delle pareti in modo da rendere più facilmente riconoscibili i diversi spazi per facilitare l'orientamento degli anziani nella struttura.

Già prima dell'avvio della sperimentazione non erano presenti nella struttura né barriere architettoniche né arredi ingombranti o pericolosi..

Organizzazione:

Gli OSS e il personale dell'equipe multidisciplinare hanno aumentato e migliorato il monitoraggio dei soggetti a rischio caduta, implementando le attività di animazione, l'impegno orario della fisioterapia (istruendo anche l'animatrice per un supporto in caso di terapie di gruppo), ecc. coinvolgendoli il più possibile nelle attività della struttura.

Per quanto riguarda:

- abbigliamento: maggior attenzione agli indumenti in particolare ai pantaloni qualora fossero troppo lunghi da costituire causa di inciampo, e alle calzature, cercando di spiegare anche ai famigliari l'importanza dell'utilizzo di scarpe idonee (sia per gli ospiti residenti che per i ricoveri temporanei di sollievo).
- Comunicazione: si è cercato di porre ancora una volta l'accento sul ruolo fondamentale della comunicazione tra gli operatori in modo da favorire il passaggio di consegne, di avvisi o di problemi non solo tramite documenti scritti, ma anche tramite il dialogo.
- Alimentazione: attenta idratazione e maggior attenzione anche all'alimentazione.

Modalità di valutazione e gestione del rischio caduta:

La valutazione del rischio di caduta viene effettuata mediante la somministrazione di scale e la compilazione di un Piano Assistenziale Individualizzato.

- Tinetti Scale: eseguita periodicamente o in caso di cambiamenti improvvisi della condizione dell'anziano che va integrata con una valutazione più prettamente soggettiva dell'anziano stesso.
- PAI: grazie a questa valutazione a 360° del soggetto dal pdv animativo, assistenziale, sanitario e riabilitativo funzionale del soggetto si riesce ad avere una visione olistica di tutti gli aspetti di vita dell'anziano programmando interventi mirati e dettagliati al fine di prevenire l'evento caduta.
- Informazioni fornite dai famigliari.
- Tramite la valutazione di molteplici elementi segnalati dalle linee guida del progetto (assunzione farmaci, precedenti cadute, disturbi di equilibrio patologici, deficit cognitivi e/o comportamentali, riduzione della vista o dell'udito, dolore, ecc) abbiamo potuto determinare il rischio individuale di ciascun anziano.

Attività fisica:

L'attività fisica viene praticata dagli anziani della struttura quotidianamente, affiancando alla deambulazione in struttura (anche ad opera degli OSS), interventi riabilitativi personalizzati o di gruppo individuati in base alle esigenze degli stessi.

Si opera attraverso:

- rinforzo muscolare con particolare attenzione alla muscolatura antigravitaria sia per gli anziani che deambulano autonomamente sia per gli anziani che, in quanto più facilmente affaticabili, eseguono solo brevi tratti a piedi durante la gestione o gli spostamenti. Viene inoltre stimolata l'attivazione della muscolatura del tronco durante gli esercizi di gruppo in quanto la stabilità centrale è un presupposto fondamentale per l'equilibrio, e si vanno a rinforzare i gruppi muscolari degli arti superiori e inferiori cercando di ricollegare il tutto ad attività di vita quotidiane (allacciarsi le scarpe, sedersi e alzarsi da sedie o poltrone, ecc).
- Si pone particolare attenzione all'equilibrio e alla coordinazione in quanto sono importanti fattori che prevengono il rischio cadute.
- Gli ausili vengono assegnati in base ad un'attenta osservazione da parte del team multidisciplinare.
- Infine sia il fisioterapista che le OSS ritagliano momenti della giornata in cui assistono gli anziani nel cammino in modo da stimolare l'orientamento e la conoscenza degli spazi.
- Si cerca di contrastare la sedentarietà di tutti i soggetti che possono deambulare dedicando più tempo al controllo continenza cercando di far fare per quanto possibili gli spostamenti al bagno a piedi.

6. Formazione e informazione degli operatori e della famiglia:

Gli operatori e la famiglia sono stati incontrati e formati riguardo a:

- un corretto utilizzo degli ausili e dei mezzi di contenzione;
- attenzioni da avere durante gli spostamenti degli anziani;
- maggiore attenzione riguardo a particolari soggetti (wandering, disturbi di equilibrio, soggetti con disturbi della vista, ecc.).
- fattori che possono causare cadute

Tutte le volte che ci sono cambiamenti nel PAI vengono comunicati alle famiglie in modo da attuare sempre gli accorgimenti opportuni alle specifiche situazioni.

Centro Diurno F.Ili Pinazzi Asp Fidenza (PR)

RELAZIONE FINALE

A cura di: F.T. Valeria Misseroli

1. Premessa

Il rischio di cadute degli anziani del Centro Diurno è già da tempo oggetto di valutazione per migliorare il servizio e quindi il benessere della persona. Le cadute sono un problema che non deve essere sottovalutato in particolare quando gli anziani vengono istituzionalizzati o frequentano ambienti differenti rispetto a quello domestico poichè cambiare ambiente può causare disorientamento.

Le procedure attuate per prevenire il rischio di cadute emergono nei PAI in soggetti considerati a rischio, non sono da sottovalutare i soggetti a basso rischio o a rischio non prevedibile.

Il seguito a caduta nella persona anziana si ha comparsa di insicurezza, paura con riduzione di attività motoria e rischio di isolamento. L'invecchiamento non è da considerare come malattia, ma compito di ogni operatore del settore è cercare di ridurre la disabilità che si può instaurare incidendo su processi ambientali, promuovendo le abilità ancora presenti nella persona pianificando un piano di assistenza individualizzato attraverso una valutazione multidisciplinare.

2. Ambito di riferimento

Il Centro diurno è un servizio territoriale di semi residenzialità: gli operatori garantiscono e promuovono la massima autonomia e libertà di movimento e il più alto grado di sicurezza raggiungibile, compatibilmente con il tipo di servizio offerto.

3. Obiettivi

L'obiettivo che ci siamo posti durante il progetto è quello di favorire il benessere e migliorare la qualità di vita delle persone, attraverso la massima autonomia in ambiente sicuro e protetto dove le abilità motorie residue degli utenti, possano essere valorizzate. Gli interventi che si stanno attuando per il perseguimento di questo obiettivo, sono il miglioramento dell'ambiente e l'organizzazione delle cure, finalizzate al recupero della forza muscolare, le reazioni posturali, l'equilibrio e a ridurre il rischio di caduta.

4. Destinatari

I destinatari degli obiettivi sono gli ospiti del Centro Diurno. L'intervento per migliorare il loro benessere coinvolge di seguito, gli operatori del servizio nonché la rete familiare, valutando organizzazione e ambiente.

5. Approccio

L'approccio è stato di tipo multidisciplinare elaborato dall'equipe nell'ambito del PAI. Lo scopo è di lavorare per il benessere della persona con l'intento di ridurre il rischio di caduta attraverso percorsi dedicati dopo un'attenta analisi multifattoriale sempre da parte dell'equipe.

6. Modalità

E' stato individuato un team dedicato composto da Coordinatrice, Raa e fisioterapista, ma il coinvolgimento è di tutto il personale sanitario e assistenziale.

A seguito di ogni incontro regionale, il materiale elaborato, viene condiviso con gli operatori coinvolti al fine di stimolare la consapevolezza e competenza rispetto al tema.

7. Azioni

Le azioni che stiamo attuando sono state:

- 1) valutazione della situazione iniziale (scheda monitoraggio T0) precedente l'avvio del progetto

- 2) all' inizio del progetto analisi dei fattori di rischio legati all'ambiente (check list nell'operatività quotidiana) e all'organizzazione per valutare gli aspetti critici sui quali intervenire, individuando i soggetti ad alto rischio.
- 3) raccolta dati utenti
- 4) adottato una scheda rilevazione evento caduta integrando quella già in uso
- 5) rivalutazione di alcune situazioni e attuazioni di strategie per promuovere il benessere degli utenti, introducendo programmi e percorsi dedicati per determinate situazioni
- 6) valutazione periodica della situazione
- 7) compilazione T1 e T2 schede di monitoraggio dopo attuazione del progetto

7.1. L'analisi dei fattori di rischio

7.1.1 Individuazione Fattori ambientali, strutturali, organizzativi, ergonomici

7.1.1.1 L' ambiente e l'interazione con la persona che lo abita

Il Centro Diurno essendo stato ristrutturato recentemente non presenta barriere architettoniche, gli arredi sono confortevoli e non costituiscono un fattore di rischio.

In generale si può ritenere attraverso l'applicazione della check list che solo alcuni fattori potrebbero essere elementi di rischio (come il cortile, il balcone , ma sono già previsti a breve interventi di ristrutturazione).

7.1.1.2. Analisi dei fattori ambientali, strutturali e ergonomici e possibili interventi

La check list utilizzata nell'operatività quotidiana ci consente un'attenta rilevazione, osservazione e valutazione degli elementi che potrebbero costituire un rischio e pianificare in tempi brevi gli interventi di tipo A. Il controllo quotidiano su arredi, ostacoli, pavimentazione è fondamentale.

7.1.1.3. Analisi dei fattori organizzativi

Quotidianamente viene fatta una valutazione di fattori quali abbigliamento, alimentazione, comunicazione, fondamentali per una valutazione multidisciplinare del gruppo di lavoro per elaborare il PAI.

7.1.1.4. Interventi relativi ai fattori organizzativi

7.1.1.4.1 ABBIGLIAMENTO

Osservazione degli indumenti e delle calzature indossate dagli utenti: vengono valutate l' adeguatezza di lunghezza, taglia, misura ecc.

Controllo periodico del cammino.

Ognuna di queste valutazioni eseguite dagli operatori, prevede sempre il coinvolgimento dei familiari

7.1.1.4.2. COMUNICAZIONE

Utilizzo di una comunicazione tra operatori e utenti di chiara comprensione, poiché un linguaggio non adeguato provoca mancata comprensione da parte dell'utente.

Agire, per quanto possibile, ricercando la collaborazione dell'ospite, rendendolo partecipe dell'intervento che si sta attuando, e se necessario, utilizzando forme di comunicazione non verbale.

Le strategie di comunicazione attuate, vengono condivise ed elaborate attraverso le consegne integrate e i Pai. Vengono segnalate rivalutate quelle che sono di ostacolo alla comunicazione.

7.1.1.4.3. ALIMENTAZIONE

Valutazione e monitoraggio dell' adeguato apporto nutrizionale, e della idratazione. Variazioni di peso e scompensi (cardiaci , renali ecc..)causano l' aumento del rischio caduta. Valutazione quotidiana della capacità di deglutizione.

Garantire le condizioni ambientali idonee per il benessere dell'utente, durante i pasti. valutazione comportamentale connessa ai pasti. Comunicazione con l'utilizzo di toni rilassati e calmi. Garantire l'accessibilità degli alimenti e delle bevande. Valutare la compatibilità degli anziani al tavolo favorendone la socialità. Accompagnare gli utenti in bagno dopo il pasto.

Monitoraggio di eventuali stati di agitazione successivi al pasto, e attuazione di interventi personalizzati.

7.1.1.4.4. ACCOMPAGNAMENTO DA/PER IL CENTRO DIURNO

Utilizzo di cinture di sicurezza durante il trasporto da e per il centro diurno, per garantire la tutela degli utenti.

Favorire clima di un tranquillità durante il trasporto ponendo attenzione ad eventuali reazioni emotive dell'anziano.

Sensibilizzare gli accompagnatori affinché siano in grado di gestire determinate situazioni difficoltà legate al trasporto (es. distacco dall'abitazione, rifiuto delle cinture di sicurezza ecc.)

Tutti gli utenti sono accompagnati nelle manovre di discesa e salita dal mezzo di trasporto. Gli accompagnatori qualificati, tutelano le varie tipologie di utenti in base al loro grado di autosufficienza.

Periodica manutenzione e revisione dei mezzi trasporto

7.1.1.4.5. FESTE, GITE, USCITE SUL TERRITORIO

La partecipazione alle feste ed uscite programmate, è preceduta da una attenta valutazione degli utenti, da parte dell'equipe. Gli operatori supervisionano ed intervengono nei confronti di quei soggetti considerati a rischio (es. l'elevato volume della musica durante le feste, l'affollamento, possono provocare stati di agitazione ed euforia: in tali situazioni sono previsti interventi personalizzati).

7.1.2 Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di intervento possibili

7.1.2.1 Implementazione di modalità di valutazione e gestione del rischio caduta utenti

La determinazione del rischio caduta dell'anziano si definisce attraverso una valutazione multidimensionale comprensiva di strumenti specifici quali la Tinetti Scale e una valutazione multifattoriale. Tale valutazione del rischio viene elaborata dall'equipe nel PAI per definire specifici interventi e strategie.

7.1.2.2 Principali fattori di rischio individuale : strategie possibili, precauzioni ed interventi

La determinazione dei fattori di rischio individuale prevede una raccolta dati forniti da personale sanitario, operatori, familiari e caregiver al momento dell'ingresso che vengono rilevati in apposita scheda (rilevazione dati utente) e ci permettono di definire il grado di rischio se è alto, medio o basso. Per ogni fattore vengono attuate strategie al fine di ridurre il rischio.

7.1.2.2.1 Il rischio iatrogeno

Si valuta la terapia farmacologica poiché l'assunzione di più di 3 o 4 farmaci contemporaneamente in particolare quelli con effetto sedativo, ipoglicemizzante, diuretico, e quelli che agiscono sul sistema cardiovascolare costituisce un fattore di rischio, per tale motivo avviene un continuo monitoraggio della prescrizione (dosaggio, modalità di somministrazione) e una periodica rivalutazione della terapia.

7.1.2.2.2 L'anamnesi di precedenti cadute

Si valuta se il soggetto ha avuto due o più cadute nei 12 mesi precedenti alla rilevazione, se si hanno avuto esiti di frattura e se soffre di capogiri e vertigini. Questo è ritenuto un fattore di rischio per cui si intensifica la supervisione della persona assegnandoli posti a sedere maggiormente presidiati, vengono accompagnati periodicamente in bagno i pazienti deambulanti e quelli ritenuti a rischio di caduta.

7.1.2.2.3 La paura di cadere

Si valuta se il soggetto tende a cercare appoggi durante la deambulazione e riferisce o viene segnalata paura di cadere. Questo è un fattore di rischio, per tale motivo vengono attuate delle strategie come l'uso di un ausilio che dà più stabilità e sicurezza durante il cammino. Si attuano rivalutazioni periodiche dell'ausilio e del cammino. Viene valutato se l'anziano può essere inserito in un gruppo di attività fisica per migliorare forza, equilibrio e dare più sicurezza.

7.1.2.2.4 i disturbi dell'equilibrio, instabilità posturale e l'andatura

Si valuta se il soggetto presenta compromissione della marcia , passo strisciante, marcia instabile, scarso equilibrio; se deambula durante le terapie infusive o in presenza di dispositivi medici che possono causare intralcio alla deambulazione. Essendo fattori di rischio vengono individuati quali utenti possono deambulare responsabilmente, con ausilio, con assistenza o con supervisione. Vengono valutate eventuali cause osteoarticolari, muscolari, neurologiche che possono compromettere cammino e equilibrio e viene valutato se fornire o sostituire ausili più idonei rispetto a quelli in uso. Si ricerca la postura più adeguata e si rivaluta quotidianamente. Viene eseguita una valutazione iniziale e periodica delle calzature, controllo degli ostacoli che potrebbero compromettere il cammino . Viene valutata la possibilità di inserire l'anziano in un gruppo di attività fisica per migliorare forza, equilibrio e dare più sicurezza. Tutti questi aspetti e indicazioni sull'assistenza e ausili vengono inseriti nei PAI.

7.1.2.2.5 L'uso degli ausili

Si valuta se l'anziano si sposta con ausili con carrozzina , e se necessita di assistenza . In presenza di questi fattori si interviene valutando se necessita di un ausilio, se è idoneo, che venga usato nel modo corretto e che sia personalizzato. Si rivalutano periodicamente gli ausili e ogni volta che vi sono variazioni delle performance. Tutte le indicazioni e i cambiamenti devono essere elaborati nel PAI. Viene valutata la possibilità di inserire l'anziano in un gruppo di attività fisica.

7.1.2.2.6 I deficit cognitivi e/o i disturbi comportamentali

Le funzioni cognitive vengono valutate al momento dell' ingresso e periodicamente e/o secondo necessità. Assieme alla valutazione secondo Tinetti Scale, i deficit cognitivi vengono elaborati dall'equipe per definire il rischio di caduta individuale con l'intento di attuare strategie per prevenirle. Si distingue il paziente a seconda se presenta disturbi dell'umore o disturbi cognitivi lievi, disturbi cognitivi in assenza di gravi e costanti disturbi comportamentali, frequente o costante comportamento aggressivo, sindrome del vagabondaggio e deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo. Le strategie adottate sono: valutazione del cammino e del grado di dipendenza, favorire la deambulazione in uno spazio senza barriere architettoniche o elementi che possono aumentare il rischio di caduta. Promuovere “attività distraenti” per anziani con wondering, distrae l'ospite e riduce la sindrome del vagabondaggio ovviamente non per tutti gli utenti è efficace. Sono possibili approcci non farmacologici come la comunicazione, la presenza dei familiari, su utenti con funzioni cognitive compromesse.

7.1.2.2.7 La riduzione del visus e/o dell'udito

La valutazione dei deficit visivi e uditivi è un' altro fattore che deve essere preso in considerazione e deve essere valutato, se è correggibile o meno con protesi, se è parziale o completo. Le protesi che utilizzano gli utenti devono essere sottoposti a controlli periodici per verificarne il corretto funzionamento. Agli anziani che hanno deficit visivi deve essere garantita un' adeguata illuminazione ambientale e notturna e devono essere istruiti all'uso del campanello di chiamata.

7.1.2.2.8 Alterazioni dell'eliminazione urinaria e fecale

La valutazione dell'incontinenza urinaria e fecale episodica o e permanente porta all'uso di presidi e questo potrebbe creare intralcio durante il cammino. I pannoloni devono essere posizionati correttamente ad ogni cambio e controllati prima, se occorre. Vengono privilegiati abiti comodi e facilmente gestibili per l'anziano. Assegnare posti a sedere vicino ai bagni in caso di urgenza e controllare i bagni dopo l'utilizzo degli utenti per il rischio di pavimento bagnato. La carta igienica deve essere ben visibile e accessibile. Verifica periodica di chi utilizza il bagno e necessita di più accessi. Maggior controllo per chi ha in terapia diuretici e lassativi. Per i portatori di catetere regolare controllo del corretto posizionamento.

7.1.2.2.9 Il dolore

Si valuta se l'utente soffre di patologie che provocano dolore o se è portatore di presidi per il trattamento del dolore. La rilevazione , la valutazione e il monitoraggio attraverso un adeguato

trattamento con terapie farmacologiche, può ridurre il rischio di percezione maggiormente se associato ad attività fisica.

7.1.2.2.10 Le alterazioni a carico dei piedi e degli arti inferiori

Si esegue un controllo periodico dei piedi durante le manovre d'igiene per presenza o meno di callosità, di alluce valgo, ulcere. Valutazione periodica di chi manifesta incertezza nella deambulazione per identificare possibili problemi che potrebbero implicare la sostituzione di calzature e l'intervento di specialisti.

7.1.2.2.11 Disturbi della nutrizione

L'osservazione della corporatura è determinante su eventuali strategie da intraprendere riguardo aumento ponderale in caso di magrezza, calo in caso di obesità o indagini ematiche per valori della vitamina D (valori alterati portano a debolezza e alterazione dell'andatura). L'alimentazione deve essere adeguata alla problematica e garantire un'idratazione appropriata. Si coinvolgono i familiari e i caregiver per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Utilizzo di strumenti idonei per rilevazione periodica del peso. Tutti le indicazioni vengono elaborate nel PAI.

7.1.2.2.12 l'uso dei mezzi di salvaguardia

I mezzi di salvaguardia vengono utilizzati al solo scopo "protettivo" quando si sono già attuate tutte le strategie alternative risultate inefficaci alla salvaguardia della persona. Sono prescritte dal medico dopo un'attenta valutazione multidisciplinare a tutela dei pazienti. L'obiettivo è il pieno rispetto dell'integrità psico-fisica della persona. Vi sono un costante monitoraggio e rivalutazione. L'equipe compila e firma la scheda che viene allegata alla cartella sanitaria dove sono indicati motivazioni, tempi e presidi. Tutto viene annotato nel PAI.

7.1.2.2.13 Mobilizzazione e deambulazione

Indicazioni su passaggi posturali e sulle modalità vengono definite dalla fisioterapista nel PAI. Il personale viene addestrato ad eseguirli nel modo indicato. Monitoraggio quotidiano.

7.2. L'attività fisica per il benessere della persona anziana

E' ormai fondato che l'attività fisica è parte fondamentale nel programma di prevenzione delle cadute nell'anziano. Praticare regolare attività fisica migliora le capacità funzionali.

I benefici si riscontrano sullo stato psico-fisico della persona poiché vengono stimulate le funzioni cognitive, la conversazione, la memoria.

L'obiettivo prefissato è la riduzione delle cadute migliorando la forza muscolare, l'equilibrio, le reazioni posturali e ridurre la paura di cadere. Già da alcuni anni, agli utenti viene proposta quotidianamente, la ginnastica di gruppo per contrastare la sedentarietà ma per il progetto abbiamo selezionato due gruppi: uno di soggetti a rischio con almeno una caduta nell'anno precedente e un gruppo di soggetti considerati efficienti. Li stiamo sottoponendo ad attività di gruppo/ginnastica di gruppo proposta da personale OSS con la supervisione della fisioterapista. Il programma che è tutt'ora in atto prevede deambulazione per un determinato tragitto, mobilizzazione articolare con intervento di tutte le articolazioni degli arti e del rachide con sequenze di esercizi variabili e gradualmente, esercizi di coordinazione attraverso utilizzo di strumenti quali ad es. la palla. Nel programma sono stati inseriti un paio di esercizi associati alla respirazione (poche ripetizioni e di facile esecuzione).

Si sta tentando di coinvolgere i caregiver per favorire la continuità Centro diurno- domicilio nel contrastare l'inattività e il decadimento solo per soggetti selezionati.

8. Interventi individuali, definiti sulla base delle caratteristiche fisiche e/o psichiche/rischio dell'assistito

Tutti gli interventi che vengono attuati sono multifattoriali e si riferiscono alla revisione del piano farmacologico, alla correzione dei deficit visivi, al training per la forza e l'equilibrio, ad incoraggiare la partecipazione degli ospiti e dei loro familiari ai programmi di prevenzione, alla gestione dell'incontinenza, alla minimizzazione dell'allettamento, all'addestramento per i passaggi posturali e per la deambulazione, alla gestione dell'eliminazione fecale ed urinaria, alla riduzione rischi ambientali, ecc.

9. La formazione degli operatori

Sono stati organizzati incontri con tutto il personale per condividere il materiale e con il fine di stimolare la consapevolezza e le competenze degli operatori. Sono stati introdotti gli Audit con cadenza periodica con l'intento di individuare insieme agli operatori le criticità, fare un'analisi dei problemi da risolvere, analizzare le cadute e adottare specifiche azioni preventive. La formazione si basa sull'apprendimento organizzativo.

10. Informazione ed educazione alla persona e alla sua famiglia

Si coinvolge la persona, se possibile, per renderla consapevole dei comportamenti da adottare e da evitare, poi il familiare perchè se opportunamente informato può favorire delle strategie comportamentali e organizzative in funzione della tutela della persona e proattive rispetto alle cause di caduta. Ai familiari vengono date informazioni sull'anziano, su condizioni ambientali e organizzative. Tutto ciò viene condiviso nel PAI. Riveste un ruolo fondamentale il MMG.

L'informazione alla persona anziana, alla famiglia e al caregiver

Si incontra il familiare o il caregiver per informarlo sui fattori che possono causare rischi di caduta poiché deve essere consapevole del rischio dell'anziano. Spesso vengono sottovalutate le condizioni psico-fisiche o patologiche, dei comportamenti che possono aumentare il rischio di cadere. Vengono fornite ai familiari i comportamenti preventivi da adottare sia nel contesto domiciliare che in quello semi-residenziale. La presa in carico del paziente da parte degli operatori avviene dopo che sono stati definiti ed attuati percorsi formativi specifici su individuazione dei fattori a rischio e adozione di comportamenti preventivi.

Addestramento dei familiari all'uso degli ausili, informazioni su comportamenti da evitare e quelli più idonei per prevenire il rischio. Si fanno rivalutazione periodiche sui comportamenti dell'anziano .

La fisioterapista rivaluta periodicamente gli ausili.

I familiari si devono attenere alle prescrizioni degli specialisti.

L'informazione nei centri diurni per la prevenzione delle cadute anche al domicilio

Si incontra il familiare per informarlo su come promuovere la prevenzione delle cadute a domicilio chiedendo di collaborare per raggiungere assieme gli obiettivi. Si informa il familiare delle strategie adottate al centro diurno (comportamenti da adottare, da evitare, ausili appropriati). Si suggeriscono modifiche a domicilio su arredi, elettrodomestici, disposizione ambienti, illuminazione ambienti, destinazione uso ambienti, presenza di pericoli e fattori di rischio.

Il familiare viene coinvolto nel PAI e ad incontri dove vengono date informazioni su percorsi personalizzati e servizi ai quali può far riferimento.

Casa residenza di Cavriago Distretto di Montecchio (RE)

RELAZIONE FINALE

A cura di : Dori Giuseppe

1. Premessa :

All'interno della Casa Residenza Anziani del Comune di Cavriago vi è sempre stata una forte attenzione rispetto alla prevenzione e miglioramento dei fattori di rischio ambientali e organizzativi che potessero determinare cause di cadute, concentrandosi inoltre sul mantenimento delle capacità residue dell'anziano. Infine, attraverso questo progetto, e grazie anche all'avvicinarsi dell'accREDITAMENTO definitivo, la Casa sta adottando strumenti idonei per un sempre più efficace monitoraggio di tutte le attività che possano migliorare il livello di qualità di vita della persona.

2. Ambito di riferimento:

CRA CAVRIAGO

3. Obiettivi:

- a) Consapevolezza e responsabilizzazione di tutto il personale socio-sanitario rispetto all'importanza di una maggiore prevenzione dei fattori di rischio di caduta.
- b) Riduzione del numero di cadute attraverso un miglioramento dell'ambiente di vita dell'anziano e il mantenimento delle sue capacità residue.

4. Destinatari:

Obiettivo a): Operatori socio sanitari

Obiettivo b): Ospiti CRA

5. Approccio:

L'approccio adottato è stato quello di lavorare sulla prevenzione delle cadute a 360°. Valutando sia in collettivo che in sede più ristretta, principalmente con la RAA e con alcuni operatori, quali fossero le modifiche che potessero essere adottate a livello ambientale e organizzativo. In più, anche in sede di PAI, è stata coinvolta l'equipe e in particolar modo l'oss-tutor rispetto alle azioni da adottare su ogni individuo al fine di ridurre il rischio di caduta.

6. Modalità:

- 1) Individuazione del team dedicato al progetto: Coordinatore, RAA e Fisioterapista, con la relativa partecipazione agli incontri formativi.
- 2) Aggiornamento in sede di collettivo e di equipe rispetto all'andamento sulla rilevazione delle cadute e dei relativi rischi per ogni singolo anziano.
- 3) Attraverso l'utilizzo di relativi indicatori, in sede di collettivo, sono effettuati audit con cadenza mensile per definire l'andamento del numero di cadute e l'individuazione di problemi ed eventuali possibili soluzioni.

7. Azioni

- a) Effettuazione della valutazione di Marzo al tempo T0 secondo quanto definito nell'allegato 3 "Scheda dati all'avvio del progetto" all'interno del quale si è reso evidente la mancanza di uno specifico sistema di monitoraggio delle cadute e relativa analisi delle stesse (audit).

- b) Individuazione dei fattori di rischio ambientale (check-list/allegato2) che possono determinare eventuali cadute e sulla base di questa è stato possibile definire strategie organizzative che stiamo cercando di portare a compimento.
- c) Adozione di specifici strumenti di monitoraggio di deambulazione e attività fisioterapiche, a garanzia del mantenimento della capacità residue dell'anziano.
- d) Adozione della nuova scheda di rilevazione delle cadute, fatta in collaborazione con il personale infermieristico AUSL, sulla base degli elementi minimi segnalati nell'allegato 4.
- e) Valutazione periodica delle cadute al tempo T1 (trimestre Marzo-Maggio) e al tempo T2 (Giugno-Agosto).
- f) A settembre nuovo Audit durante il collettivo, nel quale verranno presentati i dati del 2° semestre rispetto alla rilevazione della cadute, eventuali criticità notate (anche rispetto alla compilazione delle schede) e definizione di eventuali azioni migliorative.
- g) In futuro ogni mese saranno presi in considerazione e analizzati in sede di collettivo tutti gli indicatori idonei a definire eventuali criticità rispetto al rischio di caduta e alla perdita delle abilità residue e del benessere dell'ospite.

7.1. L'analisi dei fattori di rischio:

7.1.1 Individuazione Fattori ambientali, strutturali, organizzativi, ergonomici

7.1.1.1 L'ambiente e l'interazione con la persona che lo abita

La CRA di Cavriago ha sempre cercato di creare un ambiente di vita per l'anziano che sia il più possibile familiare per fare in modo che l'istituzionalizzazione della persona risultasse il meno possibile traumatica. L'ambiente risulta dunque essere confortevole: sedie ergonomiche e spazi abbastanza ampi dove è possibile effettuare attività di fisioterapia e deambulazione.

7.1.1.2. Analisi dei fattori ambientali, strutturali e ergonomici e possibili interventi

Effettuata analisi attraverso check list (allegato n°2). Sono stati successivamente definiti alcuni interventi di miglioramento degli spazi a costo zero, al fine della riduzione dei rischi. Es: aumento dello spazio di alcuni corridoi eliminando mobilio, possibile causa d'ostruzione del cammino dell'anziano.

7.1.1.3. Analisi dei fattori organizzativi

Ogni mese durante il collettivo viene effettuata l'analisi delle schede di rilevazione delle cadute per individuare le cause che ne hanno determinato un maggior numero. Queste vengono analizzate con gli operatori per accertare i fattori organizzativi che hanno determinato una maggiore incidenza di caduta. In sede di PAI, l'equipe individua i fattori di rischio caduta per ogni anziano e gli interventi atti alla loro riduzione.

7.1.1.4. Interventi relativi ai fattori organizzativi

Vengono effettuati regolarmente interventi organizzativi atti alla riduzione dei fattori di rischio di caduta. In particolar modo è stato chiesto agli operatori, tutti gli accorgimenti possibili per garantire il massimo comfort nell'abbigliamento, tenendo tuttavia sempre in considerazione le richieste dell'anziano. Inoltre, è stato implementato il sistema di monitoraggio rispetto all'apporto idrico e nutrizionale di ciascun anziano attraverso il miglioramento dello strumento della consegna individuale, garantendo in tal maniera una maggiore comunicazione fra gli operatori.

7.1.2 Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di intervento possibili

7.1.2.1 Implementazione di modalità di valutazione e gestione del rischio caduta utenti

La CRA di Cavriago ormai da tempo sta effettuando consulenze con CBA, azienda leader nel campo dei servizi alla persona e ha definito con essa una "Scheda di Valutazione Multidimensionale". All'interno di questa sono presenti vari test atti a definire in maniera globale la situazione psico-fisica dell'anziano. In particolar modo la valutazione del rischio di caduta per ciascun residente viene effettuata attraverso la somministrazione al soggetto da parte del fisioterapista del test di Tinetti o, altrimenti, quando la persona risulti inabile alla

deambulazione viene compilata la scheda STRATIFY, strumento di valutazione di caduta dell'ospite compilata in relazione all'anamnesi medica all'ingresso e periodica. Sulla base di quanto rilevato e dopo un confronto in equipe, durante l'incontro per la stesura del PAI, vengono definite azioni per raggiungere obiettivi di mantenimento della capacità residue, che possano tuttavia determinare un minor rischio di caduta dell'anziano.

7.1.2.2 Principali fattori di rischio individuale : strategie possibili, precauzioni ed interventi

I fattori di rischio per ciascun anziano sono individuati sulla base delle informazioni e dei dati pervenuti in struttura al momento della presa in carico del nuovo residente. Sulla base dunque sia della valutazione risultante dalla BINA, dalla scheda d'ingresso e dopo un periodo di osservazione dell'ambientamento dell'anziano viene eseguito il primo incontro di PAI. L'anziano viene costantemente monitorato su tutti gli aspetti bio-psico-sociali e ogni figura professionale compila le proprie schede di valutazione idonee a valutare i principali fattori di rischio dell'anziano e le eventuali strategie da mettere in atto al fine di un miglioramento e mantenimento delle condizioni della persona e per prevenire situazioni di malessere.

L'OSS-tutor redige la scheda di valutazione "Short Portable Mental status Questionnaire" idonea a definire lo stato mentale dell'anziano e in più compila "l'Indice di Barthel" per la definizione della eventuale perdita di autonomia funzionale dell'anziano.

Gli infermieri compilano le schede relative alla definizione del rischio di disfagia dell'anziano, la scheda di "Mininutritional" idonea a definire il livello nutrizionale del residente e infine la "Scala di Braden", per valutare il rischio d'insorgenza di eventuali piaghe da decubito.

Il medico di struttura effettuerà la compilazione dell' "Indice di Comorbidità" idoneo a definire il livello di gravità delle patologie dell'anziano, sulla base della sua storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata.

Infine l'animatrice compilerà la "Scheda educativa dell'anziano", nella quale si evidenzierà il grado di partecipazione dell'anziano all'attività di animazione di gruppo e personalizzata, che si svolgono quotidianamente.

7.2. L'attività fisica per il benessere della persona anziana

La struttura si è dotata di recente di un sistema di indicatori idoneo al monitoraggio costante della attività svolte presso la struttura. Vengono costantemente controllate tutte le attività fisioterapiche e di animazione individuali e di gruppo, di deambulazione eseguite dagli OSS.

Ciascuna attività eseguita dall'anziano è calibrata sulla base delle sue caratteristiche personali e tenendo in forte considerazione il progetto definito all'interno del PAI. Durante gli incontri di collettivo vengono esposti a tutto il personale i dati relativi agli indicatori sopra citati al fine di analizzare eventuali problematiche che dovranno essere affrontate ed, eventualmente, individuare idonee soluzioni.

8. Interventi individuali, definiti sulla base delle caratteristiche fisiche e/o psichiche/rischio dell'assistito

Come segnalato sopra, vengono definiti durante gli incontri di PAI, da parte dell'equipe, interventi individuali su ciascun anziano. Questi riguarderanno gli aspetti multidimensionali dell'anziano e ciascun membro dell'equipe individuerà in concerto con gli altri, tutti i possibili risultati da raggiungere per il mantenimento e il miglioramento delle capacità dell'anziano. Grande importanza inoltre è data alla collaborazione delle famiglie, le quali partecipano al PAI o sono poste a conoscenza del progetto in data successiva. A essi, quando possibile, è richiesta e incoraggiata la partecipazione ai fine del raggiungimento di obiettivi di vita del proprio congiunto.

9. La formazione degli operatori

Ogni anno all'interno della struttura vengono svolti n° 2 corsi di Movimentazione Manuale dei Carichi, durante i quali ogni operatore viene istruito e formato e tenuto in costante aggiornamento dal fisioterapista di struttura rispetto alle tecniche più idonei da adottare per la corretta movimentazione dei carichi animati e inanimati. Infine, come già detto in precedenza viene svolto un audit mensile nell'incontro di collettivo nel quale vengono presentati i dati rispetto a quegli indicatori idonei a delineare gli aspetti più importanti sui quali è richiesto un maggior impegno personale e collettivo al fine di una riduzione dei rischi di caduta. Durante i collettivi partecipano tutte le figure professionali, tra cui anche il medico di struttura, il quale

interviene per eventuali chiarimenti rispetto alla situazione clinica dell'anziano e per definire eventuali azioni di miglioramento.

10. Informazione ed educazione alla persona e alla sua famiglia

L'informazione alla persona anziana, alla famiglia e al caregiver

La politica della CRA è sempre stata quella della massima trasparenza con la famiglia del residente, oltre ovviamente il cercare di coinvolgere il più possibile l'anziano, visto come primo responsabile della propria salute e del mantenimento del proprio benessere, in tutte le attività che richiedano una sua partecipazione.

Come detto in precedenza i familiari vengono coinvolti nel progetto di vita dell'anziano e inoltre hanno la possibilità di chiedere eventuali chiarimenti a tutte le figure di responsabilità presenti in struttura, compreso il fisioterapista. Il medico di struttura inoltre è sempre disponibile con i familiari dei residenti per spiegazioni e delucidazione rispetto alle cure eseguite dal residente.

Infine in struttura vengono svolti periodicamente incontri di formazione per i familiari, eventualmente aperti anche alla cittadinanza.

Casa residenza di Formigine Distretto di Sassuolo (MO) .

RELAZIONE FINALE

A cura di Dott.ssa Roberta Gavioli (Direttore) e del Team aziendale.

1. Premessa.

Residenza Formigine srl, in qualità di CRA del Distretto di Sassuolo, accoglie persone con elevato bisogno sanitario e grave disturbo comportamentale in nuclei omogenei. Da alcuni anni la prevenzione dei fattori rischio costituisce un metodo di lavoro applicato ad Ospiti e al personale. Per raggiungere tali obiettivi si è intervenuti sugli “*aspetti culturali*” formando e sensibilizzando il personale socio-sanitario, l’Ospite e il caregiver nel “*potenziare le abilità psicofisiche residue*” e a garantire la sicurezza degli ambienti. Tale approccio ha prodotto un “*cambiamento organizzativo*” incentrato sull’analisi degli eventi critici, la pianificazione di audit e la metodologia del problem solving diffusa a tutti i professionisti.

2. Ambito di riferimento

Il Progetto regionale è stato applicato ai 4 nuclei della Casa Residenza nel periodo intercorso da marzo ad agosto 2013. Complessivamente sono state coinvolte 73 persone, ad eccezione delle Gravi Disabilità Acquisite (GDA), accolte nel nucleo ad alta intensità sanitaria.

La decisione di estendere l’ambito di applicazione mira: 1) a migliorare la *cultura aziendale*, adottando un *approccio protesico all’ambiente e proattivo* al rischio clinico, 2) ad accrescere la *qualità di vita* delle persone.

3. Obiettivi

Le linee guida regionali hanno fornito nuovi input all’equipe per riflettere su “*come*” ogni giorno si operi per migliorare la qualità di vita delle persone e su “*cosa fare*” per ridurre i rischi clinici e ambientali. Dal confronto tra le diverse figure di coordinamento (Direzione, Medici, RAS, RAA, TDR, Educatori) sono emersi alcuni obiettivi che l’azienda ha deciso di perseguire ed approfondire durante la sperimentazione, tra i quali:

- a) Potenziare le abilità residue dell’Ospite attraverso il *movimento* (potenziamento dell’equilibrio e dell’andatura) e la *cura di sé* (abbigliamento adeguato, interessi ed attività occupazionali).
- b) Incoraggiare un’approccio di “stimolazione integrata” inteso come la capacità dei professionisti di leggere, discutere e trovare “*assieme*” la soluzione ai bisogni degli assistiti, tenuto conto delle risorse disponibili.
- c) Revisionare i programmi di rieducazione motoria ed occupazionali.
- d) Assicurare la sicurezza degli ambienti.

4. Destinatari

Destinatari della sperimentazione sono stati gli Ospiti e il personale sociosanitario della Residenza. Ciascun assistito è stato esaminato dall’equipe multi professionale secondo i fattori di rischio suggeriti dalla Regione, raccolti dal Team in una scheda denominata “Scheda di rischio individuale”.

5. Approccio

Il metodo implementato può definirsi orientato all’*analisi*, al lavoro in *equipe* e con un *approccio preventivo e proattivo* all’Ospite e all’ambiente. Sono state coinvolte tutte le figure professionali unitamente ai caregivers.

6. Modalità

Coerentemente con quanto delineato dal Progetto regionale la sperimentazione è stata suddivisa in fasi:

- *Formazione plenaria* estesa a tutto il personale sociosanitario e Medico.
- *Nomina del Team* costituito da: due Fisioterapisti, due IP, un RAA, cinque OSS, una educatrice.
- Definizione di *metodi e strumenti* (scheda di rischio individuale, check-list di rischio ambientale, programma di audit) da integrarsi a quelli in uso (Tinetti Scale e scheda caduta dell software “Albero di Cuori – ABC”).
- *Informazione ai famigliari* durante le periodiche riunioni.
- *Analisi iniziale* (T0) su strumenti e protocolli in uso.
- *Avvio della sperimentazione* (T1: marzo-maggio 2013): valutazione degli ospiti (Tinetti Scale, scheda di rischio individuale), definizione di obiettivi/azioni inclusi nel PAI, valutazione degli ambienti (check-list di rischio ambientale), audit da parte del Team, raccolta dati e discussione dei risultati durante gli incontri di coordinamento (Direzione, Medici, RAA, Responsabile attività sanitarie, TDR, educatori), stesura della relazione trimestrale.
- *Conclusione* (T2: giugno-agosto 2013): proseguimento della fase precedente, analisi e condivisione dei risultati della sperimentazione con il personale, stesura della relazione finale.

7. Azioni

Le azioni messe in campo includevano:

- a) *Per l'ospite*: la riduzione delle terapie sedative, l'eliminazione delle cause di malessere/dolore, la rivalutazione della dieta, la gestione dell'incontinenza, la personalizzazione degli interventi, l'attività fisica individuale e/o di gruppo per potenziare la muscolatura, la socializzazione con incremento delle relazioni interpersonali, la stimolazione cognitiva e le attività occupazionale volte a sviluppare nuovi interessi.
- b) *Per il team*: la valutazione e la consapevolezza dei fattori di rischio (individuali e ambientali), la registrazione e l'analisi degli eventi critici, la messa in campo di strategie per raggiungere gli obiettivi del Progetto, "l'educazione" di colleghi e famigliari.

7.1. L'analisi dei fattori di rischio

7.1.1 Individuazione Fattori ambientali, strutturali, organizzativi, ergonomici

7.1.1.1 L'ambiente e l'interazione con la persona che lo abita

Gli spazi comuni sono in grado di accogliere piccoli gruppi di ospiti (18-20 persone). Le camere, collegate da corridoi dotati di corrimani, non presentano barriere architettoniche, data la recente realizzazione della Residenza. Il Team si è attivato nel supervisionare e riorganizzare gli spazi allo scopo di ridurre/eliminare i potenziali “ostacoli” derivati dalla dislocazione di tavoli, sedie, carrozzine, comodini, carrelli ed altri ausili. Si è proceduto inoltre ad identificare alcuni spazi (es. bagno, camera) con un'apposita cartellonistica facilmente riconoscibile dagli ospiti.

7.1.1.2. Analisi dei fattori ambientali, strutturali e ergonomici e possibili interventi

L'analisi dei fattori ambientali e strutturali effettuata dal Team ha portato alla riduzione degli arredi fonte di rischio e a una maggior cura degli ambienti.

7.1.1.3. Analisi dei fattori organizzativi

Dall'analisi dei fattori organizzativi si sono evidenziate alcune fasce orarie nelle quali la concentrazione degli interventi assistenziali (alzata, pranzo, messe a letto,...) produceva una riduzione dei momenti dedicati alla sorveglianza. Si è intervenuti nel riorganizzare le attività e nel potenziare la vigilanza.

7.1.1.4. Interventi relativi ai fattori organizzativi

Gli interventi attuati dal Team risultano coerenti con il modello di organizzazione che possiamo definire a “scacchiera” tra i diversi professionisti (OSS,IP, TDR, Educatori e altro) che assicura negli spazi comuni la continua vigilanza durante il giorno.

Altre strategie prevedono: l’anticipo dell’intervento richiesto, la supervisione da parte di altre figure, il coinvolgimento di famigliari e/o volontari per i soggetti irrequieti a rischio di caduta.

7.1.2 Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di intervento possibili

L’equipe multi professionale dall’analisi dei fattori rischio (scheda di rischio individuale e Tinetti Scale) è stata in grado di introdurre interventi e strategie riassumibili in: periodica valutazione nutrizionale (peso corporeo, percentuale di proteine assunte, vitamina D, idratazione), monitoraggio del dolore secondo il protocollo aziendale (NRS e PAINAD), periodica valutazione della terapia sedativa e dei tempi di somministrazione, attenzione all’abbigliamento (scarpe chiuse antiscivolo, lunghezza dei pantaloni, indumenti adatti alla stagione), attività fisica giornaliera per potenziare l’equilibrio e l’andatura, attenzione alla corretta postura e all’adeguatezza degli ausili per la deambulazione, personalizzazione dei ritmi di vita, valutazione del presidio per l’incontinenza, programmi di attività occupazionali, incremento delle relazioni interpersonali per contrastare l’isolamento sociale, coinvolgimento del caregiver a salvaguardia degli affetti famigliari, introduzione e revisione di protesi acustiche e visive.

7.1.2.1 Implementazione di modalità di valutazione e gestione del rischio caduta utenti

La determinazione del rischio caduta dell’anziano si definisce attraverso l’analisi di documenti sanitari (Valutazione UVM, cartella sanitaria preingresso, lettera di dimissione ospedaliera) e la valutazione multidimensionale (BINA, Tinetti Scale, MMSE, Barthel,...). Nel PAI sono riportate una sintesi dei fattori di rischio unitamente agli interventi pianificati per rimuovere e contenere le cause.

Il personale sociosanitario registra le cadute nella scheda informatizzata del software “Albero di cuori – ABC”. A cadenza trimestrale un Team di professionisti esamina lo stato di implementazione del progetto e discute con i responsabili le azioni correttive da attivare.

7.1.2.2 Principali fattori di rischio individuale : strategie possibili, precauzioni ed interventi

Le strategie utilizzate per ridurre i principali fattori di rischio individuale possono riassumersi in: colloqui e coinvolgimento dell’ospite e della famiglia nelle diverse fasi di presa in carico e cura, nella raccolta di dati forniti dal personale sociosanitario che permettono di definire il grado di rischio dell’Ospite. Successivamente per ogni fattore sono attuate precise strategie per ridurre il rischio.

I fattori presi in considerazione riguardano:

- Il rischio iatrogeno. L’assunzione di più di 3 o 4 farmaci - con effetto sedativo, ipoglicemizzante, diuretico, e che agiscono sul sistema cardiovascolare - costituisce un importante fattore di rischio. Per tale motivo il medico periodicamente rivaluta i dosaggi e le modalità di somministrazione degli stessi.
- L’anamnesi di precedenti cadute e la paura di cadere. Qualora emergano cadute nei 12 mesi precedenti alla valutazione, l’equipe intensifica la supervisione e l’aiuto negli spostamenti.
- I disturbi dell’equilibrio, instabilità posturale e l’andatura. Ausili. Qualora l’ospite manifesti una compromissione della marcia o un scarso equilibrio, si considera la possibilità di inserire l’anziano in un gruppo di attività fisica per migliorarne l’andatura e l’equilibrio. Il Fisiatra esclude la presenza di cause osteoarticolari, muscolari, neurologiche e prescrive idonei ausili.
- I deficit cognitivi e/o disturbi comportamentali. Il geriatra al momento dell’ingresso valuta le funzioni cognitive e la presenza di disturbi comportamentali nell’Ospite (wandering, ritmo sonno-veglia alterato). A seconda della natura del disturbo il medico prescrive ed integra la terapia farmacologica con attività di stimolazione cognitivo-comportamentale.
- La riduzione del visus e dell’udito. In presenza di deficit visivi ed uditivi il medico considera l’opportunità di correggere il disturbo con adeguate protesi e fornisce indicazioni al personale per la corretta gestione/manutenzione delle stesse. Per disturbi non correggibili si interviene

assicurando una maggior supervisione e si istruiscono gli assistiti all'uso del campanello di chiamata.

- Alterazioni dell'eliminazione urinaria e fecale. La valutazione dell'incontinenza urinaria e fecale (episodica o permanente) comporta l'individuazione di un idoneo presidio. Quest'ultimo deve essere posizionato correttamente per evitare disagio all'ospite ed intralcio durante il cammino. Per gli ospiti che necessitano di recarsi frequentemente in bagno si programmano cambi ravvicinati.
- Il dolore. Per ogni ospite è prevista la valutazione del dolore, la somministrazione di una terapia sedativa, un programma di attività fisica e occupazionale, secondo quanto declinato dal protocollo aziendale. La frequenza dei monitoraggi dipende dal valore assunto alle scale PAINAD o NRS.
- Le alterazioni a carico dei piedi e degli arti inferiori. Il personale valuta la presenza di anomalie ai piedi o di difficoltà nel deambulare, e coinvolge i professionisti/specialisti (podologo, medico, fisioterapista, fisiatra, ortopedico) per risolvere la problematica.
- Disturbi della nutrizione. Il medico dalla valutazione degli esami e del BMI prescrive un regime nutrizionale per l'Ospite e fornisce indicazioni al personale su: livello idratazione da garantire, percentuali di nutrienti (proteine, vitamine, sali minerali,...) e porzioni da assicurare.
- L'uso di mezzi di salvaguardia. I mezzi di salvaguardia vengono utilizzati a scopo "protettivo" quando tutte le strategie alternative sono fallite. La prescrizione medica, condivisa e sottoscritta dal familiare, indica il mezzo, la durata e la frequenza dei controlli a carico del personale socio-sanitario.
- Mobilizzazione e deambulazione. Il fisioterapista fornisce indicazioni ed addestra il personale sui passaggi posturali, le modalità di alzata e deambulazione.

7.2. L'attività fisica per il benessere della persona anziana

Allo scopo di migliorare l'equilibrio e l'andatura, il programma di attività fisica prevede a seconda del rischio e delle potenzialità dell'ospite: interventi individuali giornalieri in palestra, ginnastica in piccolo gruppo, sedute settimanali individuali, deambulazione assistita a cura del personale addetto all'assistenza.

8. Interventi individuali, definiti sulla base delle caratteristiche fisiche e/o psichiche/rischio dell'assistito

Gli interventi individuali, sulla base delle caratteristiche psico-fisiche dell'assistito, sono progettati in equipe e riportati nel PAI con indicazione dei tempi, dei responsabili e dei risultati da ottenere. L'analisi dei dati evidenzia una maggiore attenzione del personale ai rischi degli Ospiti e la tendenza da parte di alcuni assistiti ad agire in autonomia, contravvenendo alle indicazioni del personale.

9. La formazione degli operatori

Il primo incontro di formazione è stato esteso a tutto il personale socio sanitario, medico, fisioterapico e di coordinamento allo scopo di accrescere la cultura verso la prevenzione del rischio e la personalizzazione degli interventi. Al Team individuato - composto da un RAA, cinque OSS, due IP, due TDR, e un educatore - è stata programmata una formazione specifica propedeutica all'utilizzo degli strumenti indicati dal progetto regionale (scheda di rischio individuale e la check list ambientale).

10. Informazione ed educazione alla persona e alla sua famiglia

Durante i momenti di incontro (riunioni, revisione dei PAI, equipe, colloqui con il Medico) i professionali, i familiari e gli ospiti sono informati sulle strategie che l'equipe implementa per migliorare la qualità di vita degli assistiti. Le informazioni designano le modalità da adottare per mobilitare, deambulare, alimentare e relazionarsi con l'ospite come pure gli indumenti idonei da indossare ed acquistare.

Casa residenza “Centro Servizi per la Terza Età Francesco e Chiara“ di Pavullo nel Frignano (Mo)

RELAZIONE FINALE

A cura di : Stefania Tiberti (Direttrice del Centro) e Annalisa Tesauro (Terapista della Riabilitazione del Centro)

1. Dati relativi alla struttura e all’offerta

Il Centro Servizi per la Terza Età “Francesco e Chiara” opera nel settore dell’assistenza socio-sanitaria a favore di anziani autosufficienti, parzialmente autosufficienti e non autosufficienti, garantendo anche assistenza ad anziani affetti da demenze, gravi disturbi cognitivi e comportamentali.

Il Centro Servizi è nato per garantire un’offerta molto diversificata, in un’ottica rivolta alla sperimentazione e all’innovazione, e prevede diverse tipologie di servizi per creare un sistema a “vasi comunicanti” in grado di rispondere ai continui mutamenti dei bisogni dell’anziano, partendo da una offerta di tipo solo abitativo e di sicurezza per gli anziani autonomi, fino ad arrivare all’accoglienza in Casa Protetta per garantire una alta intensità assistenziale.

Il Centro Servizi è composto dalle seguenti unità operative: la “Casa Protetta”, la “Casa di Riposo”, il “Nucleo Speciale Gravi Demenze”, il “Centro Diurno” e “Le Residenze”.

CAPACITÀ RICETTIVA CENTRO SERVIZI				% CAMERE POSTI LETTO ACCREDITATI	
<u>TIPOLOGIA DI SERVIZI</u>	n. posti totali	di cui Accreditati	% posti accreditati sul totale	Camere singole	Camere doppie
Casa Protetta – Casa Riposo - Nucleo Speciale Demenze *	75	14 (7 Casa Residenza Anziani, 7 Nucleo Speciale Demenze)	18,7%	64%	36%
Centro Diurno **	20	15	75%	/	/
Alloggi con servizi ***	17	/	/	/	/
<u>TOTALE</u>	<u>112</u>	<u>29</u>	<u>25,9%</u>		

Il* Nucleo Speciale Gravi Demenze ha una capacità ricettiva di n. 7 posti letto contrattualizzati nell’anno 2008 e successivamente accreditati transitoriamente nell’anno 2011 dal Distretto Sanitario n. 5 di Pavullo. Essi sono riservati ad anziani non autosufficienti affetti da sindromi demenziali e gravi disturbi cognitivi e comportamentali per degenze temporanee-protratte. E’ dotato di 1 camera singola e 3 doppie.

**Il Centro Diurno è una struttura socio–sanitaria a carattere diurno destinata all’accoglienza di anziani con diverso grado di non autosufficienza e può accogliere 20 anziani. Quindici posti sono stati accreditati transitoriamente nell’anno 2011 dal Distretto Sanitario n. 5 di Pavullo, di cui n. 10 già contrattualizzati nel 2008, e sono riservati a persone non autosufficienti e/o con gravi demenze, i restanti cinque posti sono destinati ad anziani autosufficienti.

*** “Le Residenze” sono un presidio socio–assistenziale a carattere residenziale destinato alle persone anziane autosufficienti, che sono in grado di autogestirsi per le principali attività della vita quotidiana, ma che possono aver bisogno di piccoli aiuti per qualche specifica attività o di una supervisione nell’arco della giornata. Sono costituite da una palazzina composta da 17

alloggi, di cui 10 monolocali e 7 bilocali, collegata strutturalmente coi restanti servizi del Centro, ma con accesso indipendente.

2:Modalità organizzative adottate nel Centro Servizi

Le modalità attraverso le quali sono assicurate le prestazioni infermieristiche, mediche e fisioterapiche sono di tipo condiviso e si realizzano tramite forme di integrazione professionale, che partono dalla valutazione iniziale condivisa della storia clinica dell'anziano, scambio quotidiano di consegne organizzative e personalizzate, predisposizione di diari personalizzati degli ospiti e schede di monitoraggio dei vari aspetti critici dell'utente con periodica rivalutazione collettiva.

Si ritiene che la natura dei problemi dell'anziano non possa essere efficacemente affrontata da una singola figura professionale, poiché richiede un approccio sociale, sanitario ed assistenziale integrato e complesso. Si realizzano infatti incontri periodici d'èquipe, di nucleo e tematici tra le diverse figure professionali per discutere dell'organizzazione integrata e delle problematiche riscontrate, utilizzando metodologie lavorative partecipate, al fine di raggiungere un unico fine che è il benessere, la salute e la risposta ai bisogni personalizzati dell'anziano.

3. Premessa relativa al progetto

Il benessere della persona anziana passa attraverso il mantenimento delle abilità residue e della libertà di movimento in sicurezza. Durante alcuni incontri con gli operatori per la condivisione del progetto, il suo obiettivo, gli strumenti, si è focalizzato l'attenzione sull'attività fisica.

In particolare si è cercato di sensibilizzare gli operatori su quanto sia importante il loro contributo sia nell'attenta osservazione degli ospiti, sia nell'individuazione dei rischi legati all'ambiente e all'organizzazione, ma soprattutto nel mantenere le capacità residue degli anziani e la loro libertà di movimento.

Spesso la paura del rischio caduta negli anziani, portava ad utilizzare strategie che limitavano il movimento, come ad esempio le contenzioni.

Al contrario, si è cercato di far comprendere che l'esercizio fisico riduce tale rischio, riduce la paura di cadere, aumenta la sensazione di sicurezza nel muoversi. L'attività fisica però, non deve essere solo strettamente legata al fisioterapista e all'ambiente palestra: ogni attività della vita quotidiana (vestirsi, svestirsi, lavarsi, deambulare, alzarsi, sedersi) può essere un'attività di mantenimento e di riattivazione e come tale si deve stimolare l'anziano a muoversi o in maniera autonoma, se possibile, o con aiuto.

Per contrastare la sedentarietà e l'immobilità, si sono attuati programmi di deambulazione assistita quotidiana per ospiti con difficoltà a spostarsi autonomamente; si è organizzato e realizzato un programma di ginnastica motoria di gruppo tenuto dalle OSS: la fisioterapista ha formato le operatrici che hanno voluto aderire al progetto, verifica e supervisiona l'attività, riscontrando valutazioni positive sia da parte degli operatori che degli anziani.

Le operatrici sono state inoltre sensibilizzate a riferire alla fisioterapista eventuali cambiamenti negli ospiti per poter favorire, in caso di peggioramento, una precoce presa in carico riabilitativa e poter pianificare programmi di riattivazione oppure, in caso di miglioramento, per definire nuove strategie di movimentazione e di attività fisica per l'ospite.

4. Il team dedicato e i destinatari del progetto

Il team dedicato è composto dalle seguenti figure professionali: DIRETTRICE, 3 R.A.A. 1 FST 1 R.A.I.

(Responsabile Attività Infermieristiche) IRESP.AMMINISTRATIVA .

I destinatari del progetto sono tutte le OSS.e le Infermiere appartenenti ai diversi nuclei operativi

5. Modalità

La modalità operativa adottata è stata la seguente : n.2 incontri di équipe all'inizio del progetto per individuare il modo più efficace di condivisione del progetto con tutte le figure professionali e il materiale da fornire in sede di riunioni / n.2 incontri per discutere i risultati in itinere delle riunioni con gli operatori di nucleo (O.S.S e I.P.) ed elaborare eventuali correzioni da apportare al metodo adottato/ programmazione di n.1 riunione per ogni nucleo per restituire i risultati ottenuti a tutti gli operatori interessati al progetto.

6. Formazione

E' stata organizzata una formazione interna che ha interessato tutti gli operatori operanti nei 3 nuclei del Centro Servizi (O.S.S e I.P.).Si è deciso di organizzare incontri formativi suddivisi per nucleo (3 incontri per ogni nucleo) in modo da poter avere più tempo a disposizione per l'illustrazione dei vari step del progetto e poter garantire un'ampia partecipazione.

Ogni incontro formativo è stato condotto dalla Direttrice, Fisioterapista e R.A.A. di nucleo che nel rispetto dei rispettivi ruoli hanno fornito sia le informazioni sulle finalità del progetto che le indicazioni tecniche per effettuare l'analisi dei fattori di rischio ambientali, organizzativi ed individuali. Nel 3° incontro ogni nucleo si è concentrato su 2 casi individuali identificati dagli operatori come situazioni a rischio e si sono individuate possibili strategie di intervento che tenessero conto degli aspetti analizzati nei precedenti incontri.

Per gli ospiti a basso rischio di cadute ci si è concentrati soprattutto su un'attenta analisi dei fattori di rischio individuale da inserire nei P.A.I., sui comportamenti quotidiani degli operatori, su una corretta e comprensibile informazione all'utente e su una costante condivisione delle informazioni tra operatori sanitari e socio-sanitari. Il tema del legame tra cadute e utilizzo dei mezzi di salvaguardia è stato affrontato nell'ultimo incontro in particolar modo, con il contributo della Fisioterapista che ha riportato sinteticamente alcuni elementi particolarmente rilevanti del convegno di pteexpo 2013:LA CONTENZIONE FISICA:SE LA CONOSCI LA EVITI che hanno costituito un buon input per la discussione.

7. Azioni

Nel Centro Servizi già da diversi anni si effettuano programmi di attività motoria personalizzata, in seguito agli incontri relativi al progetto pilota si sono potute individuare con maggiore precisione le attività più appropriate da effettuarsi sia da parte delle O.S.S. che delle terapisti. Al momento i riscontri e le valutazioni degli operatori e dei referenti di progetto sono state molto positive e registrate all'interno delle riunioni programmate di nucleo.E' però prevista una valutazione più strutturata(autunno/inverno 2013), attraverso questionari di auto ed eterovalutazione che coinvolgerà sia gli operatori che gli ospiti e per la quale sono già stati individuati gli indicatori.

E' stata promossa attività fisica rivolta a piccoli gruppi, organizzata in incontri settimanali e bisettimanali e gestiti dalle OSS su progettazione e supervisione della FST. Al momento i riscontri e le valutazioni degli operatori e dei referenti di progetto sono state molto positive e registrate all'interno delle riunioni programmate di nucleo.

Su indicazione specifica della FST (utilizzando i P.A.I. o griglie di programmazione settimanale) le OSS eseguono giornalmente attività fisiche personalizzate che vengono poi regolarmente segnalate in consegna e discusse con la FST sia nei collettivi che più frequentemente in caso di necessità.

Tali attività quotidiane e la modalità di esecuzione delle stesse si possono configurare come attività di formazione "in situazione" Non sono ancora stati promossi e organizzati interventi rivolti ai familiari /caragiver, ma si prevedono incontri da promuovere, soprattutto per i familiari degli ospiti che frequentano il Centro Diurno Assistenziale.

La check list ambientale è stata utilizzata nel seguente modo : visionata e discussa in primo luogo dal team dedicato.In seguito,in preparazione degli incontri rivolti agli operatori di nucleo è stata predisposta una griglia con tutti gli elementi indicati nella check ma senza le descrizioni e le strategie.

La griglia così predisposta è stata illustrata e proposta al gruppo degli operatori in formazione che l'hanno discussa in gruppo e compilata in tutte le sue parti, eccetto che per gli interventi di tipo B. Al termine di ogni incontro si sono condivisi in gruppo gli elementi individuati ed è stata

consegnata ad ogni operatore la check list inviata dalla Regione come materiale da consultare ed approfondire individualmente.

L'utilizzo di questo materiale è stato efficace anche se ha comportato un accurato lavoro da parte del team dedicato.

N.B. Il materiale e i risultati dei vari lavori di gruppo sono stati analizzati e discussi all'interno del team dedicato e, in parte, già utilizzati per primi adeguamenti che saranno seguiti da altre modifiche di tipo strutturale.

L'allegato 4 è stato presentato a tutti gli operatori, in ogni riunione di nucleo, dalla Fisioterapista dopo aver concordato con le colleghe del team dedicato di utilizzare la sezione dedicata alle cadute del software ABC ALBERO DI CUORI, utilizzato da tutti gli operatori sanitari e socio-assistenziali.

L'utilizzo di questa sezione del software non è stata semplice ed ha comportato, inizialmente alcune imprecisioni, ormai in via di risoluzione. Ha però contribuito alla ricerca di una migliore integrazione tra le figure sanitarie e socio-assistenziali.

8. L'analisi dei fattori di rischio

L'analisi dei fattori di rischio è stata effettuata all'interno delle varie riunioni dei singoli nuclei attraverso una griglia che contiene tutti i vari fattori di rischio suddivisi per tipologia compilata direttamente dai gruppi degli operatori OSS e I.P. e in seguito discussa collettivamente. Tali griglie di analisi saranno nelle prossime settimane utilizzate per incontri formativi a tema gestiti dalla Fisioterapista e dalle R.A.A. dei singoli nuclei.

Le problematiche più importanti emerse dalle discussioni riguardano:

-Le strategie da adottare nei confronti degli ospiti con gravi disturbi del comportamento per evitare situazioni di rischio cadute legate alla scarsa o nulla percezione del pericolo.

-Il rischio legato all'uso di determinati farmaci

-Il coinvolgimento di tutto il personale del Centro (oltre ad OSS ed I.P. anche addetti alle pulizie e al servizio cucina, lavanderia e guardaroba) nella acquisizione di sempre maggiore consapevolezza rispetto ai risultati delle analisi dei fattori di rischio e la condivisione delle strategie da adottare.

Casa residenza Fondazione Santa Clelia, Vidiciatico, (BO)

RELAZIONE FINALE

2.La Fondazione Santa Clelia

La Fondazione Santa Clelia Barbieri sorge a Vidiciatico nell'Appennino bolognese; attraverso la gestione di proprie strutture, si pone come presidio socio sanitario di carattere residenziale rivolto prevalentemente ad anziani, in condizione di non autosufficienza fisica, psichica, socio-relazionale, per i quali non sia possibile il mantenimento nel proprio ambiente familiare e sociale, anche temporaneo, ed inoltre ai giovani che incontrano particolari difficoltà di inserimento nella vita sociale.

Da anni la Fondazione risponde ai bisogni sempre più complessi e differenziati che il territorio esprime progettando e realizzando servizi in grado di soddisfare le aspettative arricchendo e valorizzando l'ambiente in cui opera.

Fanno capo alla Fondazione Santa Clelia Barbieri le strutture:

- Casa di Riposo,
- Casa Residenza per Anziani non autosufficienti
- Centro Diurno
- Appartamenti con servizi – Residenza protetta Villa Carpi
- Gruppo Appartamento Casa Daniela

3.Obiettivi

Il progetto, nel suo obiettivo generale, si è proposto come intervento atto a favorire le ottimali condizioni affinché gli ospiti residenti nelle nostre strutture, potessero mantenere (e laddove possibile potenziare) le proprie abilità motorie, predisponendo ambienti sicuri e protetti e facilitanti l'autonomia residua degli anziani ed una migliore qualità di vita.

Questa modalità progettuale riscontra una sua efficacia nella riduzione degli eventi caduta, permettendo di monitorare i fattori di rischio, di rivalutare le procedure ed i protocolli, nonché di attivare percorsi formativi ad hoc per il personale coinvolto.

4.Destinatari

Le azioni messe in atto sono rivolte a 2 gruppi target

1. Gli utenti: anziani valutati a rischio caduta
2. Team socio assistenziale: tutto lo staff socio-assistenziale, sanitario e servizi generali (mmg,ip,responsabile servizi socio assistenziali, responsabile servizi sanitari, responsabile servizi generali, fkt,oss e addetti alle pulizie)

5.Approccio

L'approccio adottato per l'implementazione,realizzazione,monitoraggio e verifica del progetto, si è basato sull'analisi a 360° dello staff,che ha coinvolto con modalità attiva tutti gli operatori che direttamente o indirettamente possono influire sui fattori di rischio caduta.

E' stato inoltre analizzato l'ambiente della struttura, al fine di valutare/apporre le modifiche necessarie alla riduzione o eliminazione dei fattori di rischio caduta.

Sono stati inoltre condivisi con i parenti degli utenti il progetto e i risultati ottenuti.

6.Modalità

Sono state individuate varie modalità di svolgimento del progetto, di seguito elencate,al fine di conseguire gli obiettivi posti in incipit:

- Istituzione del team dedicato,multiprofessionale e multidisciplinare
- Monitoraggiodei fattori di rischio organizzativo,ambientaleecc
- Identificazione degli utenti a rischio caduta (rischio individuale)
- Modifica/integrazione di procedure e protocolli
- Attivazione e formazione specifica del personale

- Monitoraggio attraverso schede di verifica e conseguenti azioni correttive
- Eliminazione /riduzione dei fattori di rischio

7.Azioni

Le azioni messe in atto per lo svolgimento del progetto sono numerose e di seguito descritte.

1. E' stato attivato il team multiprofessionale responsabile del progetto e ad esso dedicato, che ha lavorato attraverso riunioni periodiche di coordinamento e monitoraggio
2. La check list fornita è stata applicata al fine di individuare i fattori di rischio ambientali ed organizzativi
3. Per individuare gli utenti a rischio caduta:
 - utilizzo e compilazione, da parte di fkt, delle scale Tinetti (compilata circa una settimana dopo l'ingresso) e Conley
 - applicazione all'ingresso dell'ospite di monitoraggio mirato, dove si segnalano eventuali difficoltà di deambulazione o effettivi traumi/cadute nei mesi precedenti l'ingresso, facendone domanda ai parenti o utilizzando Pai/schede precedenti/ documentazione sanitaria ecc.
 - segnalazione nei Pai degli ospiti già presenti in struttura le eventuali difficoltà connesse alla mobilità e deambulazione, confronto con Pai precedenti e compilazione delle scale sopraccitate.
4. Modifica del protocollo e delle procedure connesse alla mobilitazione e allo spostamento degli ospiti laddove necessario
5. Formazione specifica del personale, con corsi individuali per i vari componenti dello staff
6. Attivazione del monitoraggio attraverso la compilazione delle schede di verifica e messa in atto delle azioni correttive necessarie al fine di eliminare o perlomeno ridurre i fattori di rischio individuali, organizzativi e ambientali

7.1 Analisi dei fattori di rischio

7.1.1.1 L'ambiente per raggiungere il risultato di benessere deve essere accessibile, confortevole, e favorire il movimento, arredi ed attrezzature devono adattarsi alla persona

7.1.1.2 E' stata applicata la check list apportando vari cambiamenti ambientali:

- Illuminazione diffusa e controllata
- Posizionamento degli scorrimano dove non erano presenti
- Posizionamento comodini e armadi in modo da non ingombrare il passaggio
- Carrelli ed altri presidi mobili vengono riposti negli spazi dedicati e non lasciati lungo i corridoi
- Vengono frazionate le aree e i momenti di pulizia degli ambienti in maniera da non lasciare troppo a lungo pavimenti bagnati o comunque non sull'intera area del piano/ambiente

7.1.1.3 Viene eseguita su base minima trimestrale con relazione annuale l'analisi di vari fattori organizzativi (come ad esempio alimentazione abbigliamento), in collaborazione con il mmg che mette in atto pratiche e comportamenti di prevenzione

7.1.1.4

- abbigliamento (scarpe non larghe, pantaloni non lunghi, ecc)
- comunicazione (passaggio di informazione) tra operatori e familiari
- alimentazione: corretta modalità di somministrazione dei pasti e qualità/quantità adeguati. Per evitare obesità, magrezza e disidratazione
- farmaci: tipologia e quantità farmaci assunti contemporaneamente per evitare stati di assopimento o ipotensione ecc
- utilizzo ausili adeguati
- mobilitazione

7.1.2.1

Per implementare le modalità di valutazione e di gestione del rischio caduta degli utenti sono stati innanzitutto organizzati incontri del tema dedicato, con scadenza trimestrale, dove venivano

analizzati gli eventi caduta e le loro cause. La rilevazione dei dati associati alla caduta viene ogni volta compilata sia dall'infermiere di turno che dall'oss di turno coinvolto.

In particolare la nostra struttura ha da anni adottato un sistema di rilevazione informatizzata dei dati "ABC _ Albero di Cuori" . Dalle schede compilate il programma elabora un'analisi che ci indica la quantità totale delle cadute, analizzandole per luogo, causa, ospite ed orario, ecc. Questo ci permette di individuare se vi è un orario o un luogo di maggior frequenza , oppure un ospite a rischio.

in questo modo i dati sono facilmente fruibili e l'analisi viene semplificata sia per quanto riguarda le cause per le conseguenze. Il team dedicato inoltre ha promosso momenti di auditing e confronto con tutti gli operatori

7.1.2.2

I fattori di rischio maggiormente evidenziati a livello individuale sono:

- difficoltà nel compiere il passaggio dalla posizione flower a quella ortostatica
- capacità di mantenimento della posizione per mancanza di tono muscolare ed equilibrio

Per far fronte a queste problematiche si è lavorato :

- formando il personale e gli utenti sulle modalità corrette di passaggio da una posizione all'altra
- aumentando i periodi di ginnastica attiva per il recupero del tono muscolare e dell'equilibrio
- favorendo il recupero delle capacità residue connesse alla mobilitazione spronando la persona all'autonomia in ogni a.d.l (tenendo conto delle restrizioni connesse alle patologie)
- inserendo nei Pai attività specifiche

7.2 Attività fisica per il benessere della persona anziana

Sono state organizzate attività motorie e di riattivazione funzionale individualizzate, atte a migliorare e recuperare equilibrio, tono muscolare , funzionalità motoria e contrastare la paura di cadere.

La programmazione dell'attività fisica è stata volutamente impostata in modo da non sovrapporsi alle altre attività previste dalla organizzazione dei vari servizi , in modo tale che ogni ospite coinvolto potesse partecipare al piano riabilitativo senza che questo interferisse con le altre normali attività.

Affinchè vi sia una piena condivisione e partecipazione da parte di tutto il personale socio-assistenziale alle attività motorie , queste ultime sono state programmate in una fascia oraria (tutte le mattine dalle 9.00 alle 10.00) che permettesse ai fisioterapisti di collaborare con il personale assistenziale.

Oltre a ciò il personale assistenziale è stato supportato da attività formativa interna curata direttamente dai fkt , monitorando il livello di apprendimento con con successiva valutazione scritta in modo tale da intervenire tempestivamente laddove si poteva verificare la necessità di perfezionare l'intervento formativo.

Le valutazioni degli utenti e dei referenti in relazione ai programmi di attività singola e di gruppo, sono state positive, poiché i risultati ottenuti si riscontrano sia un miglioramento del tono dell'umore degli ospiti, sia in una complessiva riduzione delle cadute per miglioramento delle capacità di movimento.

Casa residenza anziani “Sacra famiglia” di San Lazzaro di Savena (BO)

RELAZIONE FINALE

A cura di : Ft. Rachele Fassari

Nella nostra struttura il team individuato per il progetto cadute comprende un medico, un RAA, un infermiere, un OSS per ciascuno dei 4 reparti, un fisioterapista e un animatore.

Per quanto riguarda la formazione interna al momento non si è pensato di organizzarne una a riguardo ma il passaggio delle informazioni è stato fatto attraverso un passaparola interno e attraverso una circolare riguardante la compilazione della scheda di caduta. Non è stato ancora organizzato un audit.

Per gli ospiti valutati a basso rischio di caduta (pochi per la verità) sono stati pensati momenti di deambulazione con sola supervisione nel parco esterno della struttura.

E' stato affrontato in più occasioni il tema del legame tra le cadute e l'utilizzo dei mezzi di salvaguardia cercando di non abusarne e consentendo comunque il massimo livello di movimento possibile.

Nella nostra struttura sono quotidianamente svolti trattamenti di attività motoria personalizzata con ottimi riscontri da parte di utenti, operatori e famigliari. Anche l'attività fisica di gruppo veniva già praticata con una frequenza bisettimanale in un gruppo di una trentina di utenti. Non viene invece effettuata l'attività fisica di piccolo gruppo. Da sempre (soprattutto con i pazienti temporanei) viene effettuato un counseling ai care giver e ai famigliari con ottimi ritorni da parte di utenti e famiglie.

La check list essendo la nostra una struttura molto nuova risulta inutile in quanto sono già previsti interventi di manutenzione periodici che tengono conto anche di quelli che possono essere gli aspetti inerenti al rischio di cadute degli anziani.

L'allegato 4 al contrario si è rivelato molto efficace e agevole così come l'allegato 5.

Casa residenza di Fontanelice Distretto di Imola (BO)

RELAZIONE FINALE

A cura di Vannini Vania

L'analisi dei fattori di rischio

Individuazione Fattori ambientali, strutturali, organizzativi, ergonomici

Sono state individuate diverse criticità a livello strutturale ed ambientale della residenza, per ora relative a modifiche possibili ,sulle quali saranno organizzati interventi specifici.

L' ambiente e l'interazione con la persona che lo abita

Non solo l'ambiente, ma gli ospiti stessi diventano tra loro fonte di rischio per continui incontri-scontri non solo ed esclusivamente fisici, ma anche verbali, si vengono a creare delle zone polveriera di difficile gestione in particolare nelle ore che seguono i pasti e che le precedono,abbiamo notato perciò un importante fattore di rischio di tipo relazionale imprescindibile da tutto il resto su cui deve avvenire un lavoro costante.

Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di intervento possibili

Principali fattori di rischio individuale : strategie possibili, precauzioni ed interventi

Il rischio iatrogeno

Laddove possibile sono state fatte modifiche in collaborazione con l'MMG

L'anamnesi di precedenti cadute

Le persone precedentemente cadute sono segnalate in consegna asl termine ed all'inizio con tutti i propri fattori di rischio individuali

I disturbi dell'equilibrio, instabilità posturale e l'andatura

Valutati dove possibile al bisogno o una volta ogni tre mesi

L'uso degli ausili

Non sempre vengono utilizzati

Disturbi della nutrizione

Si sono presentati episodi di cali lipotimici ed ipoglicemici con svenimenti improvvisi ai quali si è risposto in tal modo -->controllo quotidiano della glicemia ed al bisogno con monitoraggio del peso per poter evidenziare un possibile calo ponderale che rilevi la necessità di inserire in dieta qualche integratore specifico.

L'uso dei mezzi di salvaguardia

Vengono rivalutati ogni 3 mesi ed al bisogno, necessaria rieducazione sulla modalità di utilizzo e sulla manutenzione degli stessi da parte degli operatori e valutazione di alternative .

ANALISI DELLE CADUTE IN AUDIT 6 CADUTE SU 30 OSPITI NEL SECONDO TRIMESTRE

M.C. -->2 cadute in orari pomeridiani entrambe le cadute **fuori dalla struttura in cortile**, ospite con **wandering** deambulante, ad elevato rischio di caduta, non utilizza ausili, calzature adeguate,**cali ipoglicemici**, non contenuta.

B.F.-->si è sporta dalla sedia, **non era stata posizionata come da indicazioni** in poltrona reclinata con poggiatesta o con tavolo davanti per limitare tentativi di iniziative improprie, ospite ad elevato rischio di caduta , in carrozzina assume farmaci diuretici, **spinta spesso ad alzarsi per incontinenza**

G.A.-->scivolata dalla sedia mentre cercava di raccogliere qualcosa da terra in sala da pranzo **al termine del pranzo, mancato senso del pericolo** in ospite con terapia sedativa,antipsicotica e diuretica,ossigenoterapia 24h/24h deambulante con ausilio rollator

B.D.-->scivolato **nell'orto** della struttura nel raccogliere un'erba al mattino dopo colazione,in pz con amputazione arto superiore sinistro, terapia diuretica, ipoglicemizzante, sedativa al bisogno ospite caratteriale deambulante con bastone che non sempre utilizza con mancato senso del pericolo (**deve andare solo con supervisione**, non ha seguito tale indicazione)

M.MT.-->nel pomeriggio ribaltata con la carrozzina , ad elevato rischio di caduta, **carrozzina con problema nell'anti-ribaltamento**

nessuna conseguenza relativa alle cadute, nella maggior parte dei casi gli operatori erano presenti ed hanno trattenuto dalla vera e propria caduta, infatti non si sono mai presentati esiti né gravi né moderati.

Mobilizzazione e deambulazione

È presente uno schema deambulazioni settimanali con una scheda per le firme personale per ogni deambulazione che viene effettuata con la firma dell'operatore.

Viene richiesta una continua stimolazione degli ospiti nell'eseguire qualsiasi attività: dall'alzata all'alimentazione al cambio di postura, per i tempi organizzativi tale stimolazione non risulta sempre adeguata alle tempistiche prestabilite rendendo il tutto un lavoro poco continuativo.

L'attività fisica per il benessere della persona anziana

Interventi individuali, definiti sulla base delle caratteristiche fisiche e/o psichiche/rischio dell'assistito -relativa al power point inviato precedentemente.

Ginnastica individuale autogestita di alcuni ospiti tramite l'utilizzo di un cartellone con su scritti gli esercizi di mantenimento con l'immagine a fianco della tipologia dell'esercizio stesso per facilitarne la comprensione , tali esercizi vengono svolti in autonomia o con l'assistenza della FT.

La ginnastica di gruppo coinvolge la maggioranza degli ospiti con la compresenza dell'animatrice e della FT, il tipo di esercizi proposti sono esercizi finalizzati al mantenimento delle capacità residue tramite l'imitazione delle attività di vita quotidiana sotto forma di gioco le quali vengono eseguite non per il dover fare ma per il piacere di fare , ricreando quel legame ormai perso di poter riuscire in autonomia a prendersi cura di sé che spesso viene slegato per le condizioni legate alla fase d'invecchiamento quale ipocinesia.

Formazione degli operatori

Punto da sviluppare di importante rilievo, sono in previsione degli incontri di aggiornamento e di formazione a riguardo.

Casa residenza “Comunità alloggio Bosco Mesola” Distretto Sud-Est (FE) Soc. Coop. Comunità alloggio Bosco

RELAZIONE FINALE

A cura di: Fisioterapista Finessi Andrea e Coordinatrice Rossella Bellini

Il progetto è stato utile principalmente per l'individuazione dei soggetti/ospiti a rischio caduta e con la Vostra traccia (all. 4) abbiamo modificato ed ampliato le schede che già erano in uso per la “Prevenzione dei Traumi e delle Cadute”.

Si precisa che, per quanto riguarda la rilevazione del numero di cadute, si utilizzava già una scheda che conteneva gli stessi dati e la nostra Struttura era già a norma per quanto riguarda l'analisi dei fattori di rischio ambientali.

Individuazione ospiti a rischio cadute:

prima dell' avvio del Progetto si utilizzava già una scheda di prevenzione traumi e cadute e l'individuazione degli ospiti a rischio era effettuata sulla sola base della scheda Conley (se maggiore o uguale a 2). La scheda in uso però non era molto dettagliata. La documentazione inviata dalla Regione, in particolare il documento "Miglioramento dell'ambiente, dell'organizzazione della vita e somministrazione di attività fisica in struttura per il mantenimento delle abilità residue e il benessere generale degli ospiti", ci ha permesso di redigere una nuova "Scheda di valutazione del rischio di caduta", molto più dettagliata e completa, che mette in evidenza tutti gli aspetti e le strategie/azioni da poter mettere in atto.

Tale scheda è stata presentata alle O.S.S. e rimane a loro disposizione per la consultazione, inoltre il rischio caduta viene segnalato anche nel P.A.I. dell'ospite.

La determinazione del rischio è sempre effettuata in funzione della scheda Conley e viene aggiornata ogni 6 mesi. Il miglioramento della scheda ha permesso di raccogliere molte più informazioni sull'ospite e di accentrare sullo stesso maggiore attenzione e più controllo.

Si allega copia di tale scheda.

La formazione degli operatori è stata migliorata ed ampliata grazie a questo progetto che ci ha fornito materiale e spunti/tracce per organizzare gli incontri periodici.

La formazione:

con la documentazione inviata dalla Regione è stata predisposta una dispensa.

Prima di tutto è stata formata una equipe composta da 1 fisioterapista, 1 infermiera e 2 O.S.S., alle quali è stato illustrato il progetto in questione.

In seguito è stato fatto un incontro con tutto il personale assistenziale, durante il quale è stato illustrato il Progetto nel T0, T1, e T2, affrontando anche tutti i punti delle slide; copia del materiale inviato è stato fornito anche agli operatori.

Da questo incontro abbiamo creato un passaggio di segnalazioni tra gli operatori e il fisioterapista per eventuali dubbi/proposte (gli operatori segnalano su apposito quaderno le problematiche che via via incontrano e di queste si discute in apposite riunioni). Così in altri successivi incontri sono stati affrontati i problemi insorti (es. scarpe non adatte, comodino in posizione scorretta, carrozzina non adatta, pantaloni troppo lunghi, altre note sull'abbigliamento non consono e sulla disposizione dell'arredamento in camera da letto ecc.).

Ovviamente questo nuovo modo di operare ha apportato alcune minime modifiche sull'attività quotidiana degli operatori, che devono mostrare più attenzione a piccoli accorgimenti per limitare le cadute e devono segnalare su apposito quaderno le problematiche riscontrate.

Il programma è stato comunque accolto positivamente dagli operatori che si sono sentiti coinvolti in questo progetto e la collaborazione prosegue proficuamente.

L'attività fisica e di gruppo era già attuata da tempo, così come l'educazione dei famigliari.

Casa residenza “G. Mantovani” di Copparo Distretto Centro Nord (FE)

RELAZIONE FINALE

Aspetti di metodo

Team dedicato:

Le figure individuate sono state: una RAA, una Ft, la RAI, la Coordinatrice. Solo da giugno, anche un Oss per il centro diurno. Il team ha lavorato sia individualmente (lettura della documentazione inviata, elaborazione di proposte progettuali etc), sia in équipe (rilevazione dei dati, discussione dei punti di forza e di debolezza, elaborazione di piani attuativi) sia in sottogruppi (stesura di procedure, elaborazione di progetti).

Gli incontri attuati dall’inizio del progetto (allargati o di sottogruppo) sono stati sette, per un totale di circa 30 ore. Non abbiamo rilevato l’impegno individuale in termini orari.

Formazione interna:

il progetto è stato presentato in generale al gruppo di lavoro durante un collettivo generale, in cui sono stati spiegati gli obiettivi. Non abbiamo attivato formazione specifica agli operatori perché è già prevista all’interno della struttura una formazione continua sia relativa alla gestione delle problematiche dei singoli, sia di quelle collettive, attuata dai fisioterapisti nei nuclei. E’ iniziato un percorso di formazione, solo di recente, con gli OSS del Centro Diurno, soprattutto sul percorso di continuità struttura-domicilio.

Audit: non sono stati organizzati audit

Per gli ospiti a basso rischio cadute: dall’apertura della nostra struttura sono programmati settimanalmente attività di ginnastica di gruppo, piccole uscite, attività ludico motorie che colgono in pieno il senso del progetto. Inoltre il mantenimento/potenziamento delle capacità residue è oggetto di intervento individuale quotidiano come da PAI.

Mezzi di salvaguardia:

E’ antecedente il progetto la riflessione multi-professionale rispetto ai mezzi di contenzione come prevenzione del rischio cadute, il che ci ha portato a stilare, in quest’ultimo anno, sia un protocollo che una procedura di gestione degli stessi. E’ un processo che prevede un percorso a lungo termine proprio perché presuppone un notevole cambio di mentalità e comunque l’assunzione di grosse responsabilità a più livelli.

Focus su attività fisica:

Programmi di attività motoria personalizzata: per quanto riguarda gli ospiti residenti nella CRA ed i diurnisti abbiamo proseguito con i progetti già presenti individuati nei PAI.

Attività fisica di gruppo: attuata da sempre con progetto e verifiche annuali, con alta e positiva partecipazione degli ospiti e valutazione positiva degli operatori.

Attività fisica individuale o di piccolo gruppo: siamo in fase di partenza con un progetto specifico indirizzato agli ospiti del diurno (10 utenti) che si sperimenterà nei prossimi 3 mesi e che differenzierà le attività proposte tenendo conto delle differenti abilità.

Interventi rivolti ai familiari care-giver: oltre all'iniziale presentazione del progetto, sono state poste le basi per la continuità struttura/domicilio con i familiari dei diurnisti, attraverso comunicazioni scritte illustrative del progetto e di previsione di un incontro di verifica al termine. Raccoglieremo altresì le loro osservazioni in proposito espresse informalmente (momenti dell'accompagnamento a domicilio, telefonate, visite in struttura).

Utilizzo Strumenti:

applicazione check list (fattori di rischio ambientali): come struttura di recente costruzione (anno di inaugurazione luglio 2009) non sono stati rilevati fattori di rischio ambientali.

Applicazione allegato 4 (dati omogenei da rilevare sull'evento caduta): abbiamo riformulato la scheda cadute in uso seguendo i suggerimenti forniti ed individuando i responsabili della compilazione, controllo e verifica. La difficoltà rilevata si è evidenziata nel rispetto della tempistica relativa al momento di controllo e verifica.

Applicazione allegato 5: non abbiamo rilevato difficoltà nella raccolta dei dati e della successiva compilazione dell'allegato.

Indicatori libertà di movimento: al momento non abbiamo elementi per individuare ulteriori indicatori.

Il beneficio maggiore del progetto sulla mobilità, per quanto riguarda la nostra struttura e quindi esperienza, consiste nell'aver informatizzato i dati della scheda in un data-base. La lettura in equipe dei dati ci ha permesso di individuare le aree e gli orari maggiormente a rischio, elaborando delle soluzioni organizzative per arginare e prevenire ulteriori eventi.

Centro Diurno “A.Baccarini” di Russi, Distretto di Ravenna (RA)

RELAZIONE FINALE

A cura di Anna Morelli

Il progetto Regionale ha dato a noi tutti operatori un’occasione per soffermarci e fare il punto della situazione sulle cadute e sulla prevenzione rischio cadute.

Su questa tematica il Centro Diurno Baccarini non era ben strutturato né dotato di strumenti di osservazione e rilevazione adeguati.

Si è consapevoli che i destinatari del progetto (ospiti di un Centro Diurno) sono sicuramente più a rischio di cadute per gli obiettivi insiti del servizio stesso e cioè il mantenimento e il potenziamento delle loro autonomie e delle capacità residue.

Inoltre, manca la conoscenza di come ognuno di loro trascorre le ore rimanenti della giornata e della notte a domicilio.

Il primo passaggio nell’attivare il progetto Regionale è stato quello di creare il team formato da: Coordinatore, Terapista della Riabilitazione, un’infermiere e una RAA.

E’ stato distribuito a ciascuno di loro il materiale della Regione e socializzato la finalità del progetto.

Si è fatta quindi una ricognizione sugli strumenti e/o schede in nostro possesso e sul loro uso appropriato.

Si sono costruite le schede cadute e la scheda di valutazione individuale sui fattori di rischio, ed è stata adottata la scheda Tinetti unitamente a quella di Conley.

Il team ha proseguito poi con un incontro con tutti gli operatori del Centro Diurno e ha coinvolto anche l’animatrice.

In questa occasione si è distribuito parte del materiale informativo e si è condiviso la finalità del progetto.

Le OSS del Centro Diurno e l’animatrice sono state informate del percorso fatto e sono state coinvolte in tutto il progetto, in particolare sulla loro operatività nel momento dell’attività fisica agli ospiti.

Sono stati poi costituiti 2 gruppi di ospiti per l’attività fisica adattata.

successivamente è stata inviata una lettera di informazione con richiesta di collaborazione ai famigliari degli ospiti destinatari del progetto e ai rispettivi medici di base.

Il 16 settembre ha avuto inizio l’attività fisica adattata.

E’ infine in corso la costruzione di uno strumento di valutazione del lavoro svolto ed è prevista una riunione con i famigliari per un ritorno dell’esperienza svolta.

A livello ambientale, organizzativo ed ergonomico si è cercato di minimizzare tutti gli elementi di rischio strutturali attraverso la cura e la disposizione degli arredi, e adottando strategie organizzative adeguate.

Centro Diurno di Verucchio Distretto di Rimini (RN)

RELAZIONE FINALE

A cura di : Ancora Servizi soc. coop. Sociale

1. Premessa

Nell'ottica di realizzare ed attuare gli obiettivi specifici della DGR 514/09 rivolti alla prevenzione delle cadute, al miglioramento del tono muscolare, dell'equilibrio, della funzionalità motoria e del benessere generale, cooperativa Ancora, in qualità di gestore unico della CRA e del CD di Verucchio, ha dato la sua disponibilità a partecipare al progetto di miglioramento dell'ambiente, dell'organizzazione della vita e delle cure e somministrazione di attività fisica in struttura, oggetto delle seguente relazione.

Questo progetto è volto a promuovere il benessere degli ospiti e a prevenire i traumi nella popolazione anziana, così come previsto dal Piano Regionale di Prevenzione della Regione Emilia Romagna (PRP) 2010-2012 (DGR 2071/2010), attuando una metodologia e un approfondimento per la prevenzione delle cadute all'interno delle strutture per anziani. Le cadute rappresentano infatti un problema ricorrente nella pratica clinica geriatrica e sono da considerarsi tra gli eventi più temibili in quanto possono portare a grave disabilità, aumentare la comorbilità e la mortalità e sono frequentemente causa non solo di ricovero ospedaliero ma anche di istituzionalizzazione. Per questo motivo la prevenzione delle cadute è da sempre al centro dell'attenzione dell'equipe multidisciplinare della CRA e del CD di Verucchio. All'interno della struttura all'avvio del progetto erano già presenti moduli relativi alla rilevazione delle cadute, sistemi di monitoraggio e una modalità di approccio multidisciplinare alla prevenzione delle stesse e all'individuazione delle strategie individuali. La partecipazione al progetto in oggetto ha però consentito - come si vedrà nei contenuti qui di seguito esplicitati - di introdurre nuove analisi dei fattori di rischio, di trasformare in metodologia pratiche in uso quotidianamente e di strutturare un team dedicato all'approfondimento del tema.

2. Ambito di riferimento

I contenuti del progetto sono stati applicati a partire dal mese di aprile all'interno del Centro Diurno di Verucchio, centro accreditato per 10 posti, che offre all'anziano ospitalità diurna, assistenza socio sanitaria, assistenza infermieristica, trattamento riabilitativo e di riattivazione insieme ad attività ricreative e occasioni di socializzazione.

Il Centro Diurno Assistenziale per Anziani Verucchio è situato a Verucchio (RN), in via Monte Ugone n. 5 ed è gestito dal 2005 dalla Cooperativa Sociale Ancora Servizi.

Dal 1° gennaio 2012 la Cooperativa Sociale Ancora Servizi si è accreditata come gestore unico del Centro Diurno, secondo quanto richiesto dalla Delibera dell'Accreditamento dei Servizi Socio Sanitari Assistenziali, DGR n. 514/2009, "Primo provvedimento della Giunta Regionale attuativo dell'art. 23 della LR 4/2008 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari".

Il Centro Diurno è situato all'interno della CRA di Verucchio e le relative attività si svolgono nei diversi soggiorni della struttura ubicati al secondo piano. In particolare nei locali comuni costituiti da due soggiorni e da due sale da pranzo.

Il Centro è aperto dal lunedì al sabato, dalle ore 8.00 alle 18.00 e nel corso del 2013 ha ospitato in media 8 utenti con frequenza media del 46%.

3. Obiettivi del progetto regionale

Il progetto si propone di favorire la creazione delle condizioni affinché gli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali possano muoversi in libertà, con la massima autonomia, in un ambiente sicuro e protetto, per la valorizzazione delle abilità motorie residue.

I macro-obiettivi da realizzare nei servizi interessati sono i seguenti:

1. Miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione della vita e delle cure in grado di ridurre il rischio di cadute

2. Mantenimento e, se possibile, miglioramento delle abilità residue e riduzione delle cadute attraverso il miglioramento del tono muscolare, dell'equilibrio, della funzionalità motoria e del benessere generale.

4. Destinatari

Il primo obiettivo perseguito attraverso l'implementazione del progetto regionale presso il CD di Verucchio ha riguardato tutti gli ospiti del Centro Diurno ed è stato orientato all'individuazione dei fattori di rischio ambientali e organizzativi e nella definizione degli interventi necessari per ridurli. Per il raggiungimento di tale obiettivo sono stati coinvolti dal team di progetto, costituito da Coordinatrice/RAA, IP, fisioterapista, animatrice, OSS, al personale e ai familiari.

Gli ospiti del Centro Diurno sono al momento 8 con scarsa frequentazione, infatti le presenze sono circa del 50%. Degli 8 ospiti 2 sono stati valutati con disturbi del comportamento.

Essendo il Centro Diurno integrato all'interno della Casa Residenza Anziani, anche gli ospiti di quest'ultima (40 posti letto) e il personale impiegato su entrambi i servizi hanno potuto usufruire delle analisi e delle metodologie introdotte a seguito del progetto di sperimentazione regionale relative al primo obiettivo sopracitato.

Il secondo obiettivo è mirato agli anziani ospiti della struttura a maggiore rischio individuale di caduta, a cui come previsto dal Piano Assistenziale Individuale è necessario garantire percorsi personalizzati di prevenzione delle cadute.

Gli anziani a maggior rischio cadute, che sono stati coinvolti nel raggiungimento di questo secondo obiettivo sono stati 4.

5. Approccio

In continuità con l'approccio adottato sia in CRA che nel CD di Verucchio per l'assistenza globale degli ospiti, per la prevenzione delle cadute si è adottato un approccio multidisciplinare. Con la presentazione del progetto di sperimentazione regionale è stato costituito un team dedicato a cui hanno partecipato: la Responsabile del Servizio, la Coordinatrice/RAA, la Fisioterapista, l'Infermiere, e l'Animatrice. A catena le informazioni raccolte e le metodologie introdotte con il progetto sono state condivise con tutto il personale di servizio e sono parte integrante dell'approccio di gestione della definizione dei PAI e della condivisione degli stessi con i familiari.

L'equipe multidimensionale e multidisciplinare opera valorizzando l'integrazione e il confronto, riconoscendo le conoscenze tecniche specifiche e confrontandosi con l'ambiente e il territorio.

6. Modalità

Al fine di garantire un'efficace applicazione delle linee di indirizzo, approfondire il progetto e partecipare agli incontri istituzionali previsti è stato costituito all'interno dell'organizzazione del Centro Diurno un team dedicato, sopracitato, responsabile della diffusione e realizzazione dello stesso.

Il progetto è stato implementato solo a partire dal mese di aprile 2013 in quanto per questioni tecniche siamo stati invitati tardivamente all'iniziativa. Ciò ha comportato un invio posticipato dei dati e dei report del progetto.

Il team dedicato costituito da Responsabile del Servizio, Coordinatrice, Fisioterapista, RAA, Infermiere e Animatrice ha garantito la funzione di riferimento all'interno del servizio per questa tematica, la diffusione delle informazioni al personale e la realizzazione di audit periodici. Tra i membri del team sono state individuate tre persone che hanno partecipato agli incontri di monitoraggio in Regione, quali: Responsabile del Servizio, Coordinatore e Fisioterapista.

7. Azioni

In sintesi le attività messe in atto dal team dedicato sono state le seguenti:

- a) Informazione e approfondimento del progetto;
- b) valutazione della situazione al momento precedente l'avvio della sperimentazione (scheda monitoraggio momento T0 – allegato n. 1)
- c) analisi strutturata dei fattori di rischio generali legati all'ambiente e all'organizzazione in modo da individuare eventuali aspetti critici su cui intervenire;

- d) interventi generalizzati verso tutti gli ospiti finalizzati al mantenimento del più alto livello funzionale e interventi personalizzati rivolti agli anziani ospiti della struttura a maggiore rischio individuale di caduta;
- e) continuità alle azioni organizzative ed assistenziali rivolte alla generalità degli ospiti che assicurano maggior benessere, autonomia e riduzione del rischio cadute;
- f) coinvolgimento dei famigliari per condividere le informazioni e sensibilizzarli sul tema (aggiornamenti in incontri in plenaria e condivisione delle informazioni durante i PAI);
- g) valutazione del rischio individuale di cadute per poter valutare eventuali interventi da pianificare e attuare nei PAI;
- h) revisione e applicazione della scheda evento cadute (Allegato n. 2) con ampliamento della stessa per prevenire la raccolta di ulteriori informazioni;
- i) monitoraggio costante delle cadute (Allegato n. 3);
- j) valutazione periodica della situazione (audit clinico) dopo l'attuazione delle azioni previste nel progetto.

7.1. L'analisi dei fattori di rischio

Di seguito sono descritte le analisi dei fattori di rischio individuati nella realtà del Centro Diurno di Verucchio e gli interventi di prevenzione messi in atto per ogni specifico fattore.

7.1.1 Individuazione Fattori ambientali, strutturali, organizzativi, ergonomici

7.1.1.1 L'ambiente e l'interazione con la persona che lo abita

Il Centro Diurno essendo integrato al secondo nucleo della CRA di Verucchio non ha un ambiente dedicato con una propria identità, ma occupa insieme agli utenti del secondo nucleo gli spazi ricreativi del secondo piano della struttura.

L'ambiente è quindi costituito da due soggiorni, due sale da pranzo e ampi corridoi. L'accesso alla struttura può avvenire tramite ascensore o scale interne. Gli utenti del Centro Diurno possono usufruire di altri ambienti condivisi con la CRA quali ad esempio la palestra al piano terra e un parco privato molto ampio con alberi secolari. L'ambiente risulta confortevole e sicuro.

7.1.1.2. Analisi dei fattori ambientali, strutturali e ergonomici e possibili interventi

Alla base della pianificazione degli interventi sull'ambiente, c'è l'analisi della situazione esistente, quindi un'attenta rilevazione, osservazione e valutazione dei fattori ambientali, strutturali ed ergonomici.

E' stato analizzato ogni singolo elemento ambientale, al fine di individuare le possibili fonti di rischio e le eventuali strategie attuabili, ordinarie e straordinarie, per eliminare o ridurre i rischi.

Nella tipologia di strategie migliorative da adottare abbiamo individuato esclusivamente strategie di tipo A in quanto non essendo proprietari dell'immobile non possiamo decidere di operare sullo stesso ristrutturazioni o interventi di natura straordinaria.

Di seguito vengono riportati i principali elementi individuati, organizzativi e ambientali.

Elemento	Elementi di rischio elevato	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
PAVIMENTO	Pavimenti umidi durante le attività di pulizia causano scivolamento Incontinenza di alcuni ospiti	Frazionamento delle aree di pulizia, segnalazione delle aree di pulizia, uso della macchina lavapavimenti (lava e asciuga) trattamento individualizzato incontinenza.	
PARETI	Elementi mobili addossati alle pareti (carrelli biancheria, carrelli medicazioni, ausili, carrelli sala pranzo)	Non addossare tali elementi alle pareti, nei corridoi o in zone pericolose tipo saloni, corridoi, ma ubicarli in zone "morte" non percorse dagli ospiti.	
SOFFITTO	Pannelli in cartongesso che in caso di perdita di acqua si imbibiscono e cadono.	Manutenzione periodica e segnalazione immediata di infiltrazioni/perdite d'acqua; sostituzione dei pannelli deteriorati.	
INFISSI ESTERNI	NdS		
INFISSI INTERNI	Apertura delle finestre verso l'interno con possibile ingombro dell'anta aperta che se non segnalata può diventare pericolo	Attenzione da parte degli operatori presenti e segnalazione mediante bande colorate della battuta dell'anta aperta.	
ILLUMINAZIONE	Illuminazione a neon che se mal funzionanti non garantisce una corretta illuminazione. Lampeggia rischiando di causare anche crisi epilettiche	Manutenzione periodica degli apparati elettrici e sostituzione immediata dei neon malfunzionanti	
TERMINALI IMPIANTI	NdS		
RAMPA esterna	NdS		
SCALE	Le scale esterne sono antisdrucchiolo anche se quando piove potrebbero risultare un po' scivolose; le scale interne sono a norma antisdrucchiolo ma non praticate dagli ospiti i quali salgono o scendono con l'ascensore dotato di pavimento antiscivolo.	In caso di pioggia l'operatore che accompagna l'ospite deve prestare maggiore attenzione.	
PARAPETTI, CORRIMANO	Il corrimano esterno è sprovvisto di adeguata impugnatura e	Apporre adeguata copertura antiscivolo al corrimano	
ARREDI contenitori	Le ante degli armadi / mobili lasciate aperte rappresentano potenziale pericolo d'inciampo	Chiudere SEMPRE gli sportelli degli armadi/mobili	
ARREDI tavoli	NdS Tavoli a norma in altezza e con angoli smussati		
ARREDI sedute	NdS Le dimensioni e i materiali impiegati delle sedute garantiscono un utilizzo corretto e non rappresentano un elemento di rischio		
ARREDI terrazzo	Ambiente scarsamente utilizzato dagli ospiti del CD in quanto situati al 2° piano privo di terrazzo		
ESTERNI	Giardino con sentieri piastrellati per accedere alle panchine ivi disposte; gli stessi presentano una mancata complanarità che rappresenta causa d'inciampo		Riposizionamento delle piastrelle in moda da evitare dislivelli
BAGNI pavimenti	NdS		
BAGNI pareti	NdS		
BAGNI soffitti	NdS		
BAGNI attrezzature	NdS		

Circa le attività e alle prassi operative, presentiamo di seguito un'analisi dettagliata dei fattori organizzativi individuati che possono incidere sul rischio cadute e delle modalità attuate per prevenire l'impatto degli stessi.

ABBIGLIAMENTO

L'abbigliamento e le calzature possono influire sulla mobilità dell'ospite in quanto se non adeguate possono essere fonte di inciampo e instabilità posturale. Le calzature devono essere comode, della misura giusta per non diventare possibile causa d'inciampo e il vestiario deve essere confortevole e non costituire intralcio nei trasferimenti e nella deambulazione.

Per questo motivo i familiari sono informati attraverso la consegna di un documento informativo consegnato al momento dell'ingresso e in occasione della condivisione dei PAI.

COMUNICAZIONE

Con l'obiettivo di garantire un flusso di comunicazione chiaro e comprensibile, all'interno del Centro Diurno, il personale utilizza apposita modulistica per:

- aggiornamento e monitoraggio dello stato di salute dell'ospite;
- passaggio di consegne tra un turno e l'altro;
- passaggio di informazioni con le altre figure professionali (consegna integrata dell'ospite);
- altro

I collettivi mensili e le equipe del PAI semestrali o al bisogno sono un'ulteriore occasione formalizzata di passaggio e condivisione delle informazioni tra gli operatori.

Gli utenti e i familiari nel momento dell'ingresso in struttura ricevono tutte le informazioni necessarie per l'inserimento e la vita in struttura dal Coordinatore/RAA, ricevono una copia della Carta dei Servizi del Centro Diurno, un documento informativo che illustra alcune indicazioni organizzative della struttura (ad esempio consiglia il familiare sull'abbigliamento e sulle calzature da indossare) e stipulano un contratto con l'ente gestore.

Nel coinvolgimento dell'utente e dei propri familiari il personale qualificato utilizza un linguaggio appropriato, adattando il tono e le parole alle caratteristiche dell'ospite e valorizzando forme di comunicazione non verbale.

ALIMENTAZIONE

Il momento del pasto avviene sempre in un contesto tranquillo e abituale. La scelta dei posti a tavola avviene cercando di garantire la massima tranquillità nella dispensazione e di evitare fonti di agitazione agli ospiti facilmente irritabili.

Quotidianamente viene monitorata la corretta idratazione e l'adeguato apporto alimentare, garantito anche da una scelta di varianti all'interno di un menù prestabilito.

ACCOMPAGNAMENTO DA/PER IL CENTRO DIURNO

Il trasporto e l'accompagnamento da e per il Centro Diurno sono normalmente effettuati con l'utilizzo di un nuovo pulmino attrezzato, acquistato a marzo del 2013, il quale garantisce la salita e la discesa di carrozzine anche di ampie dimensioni, quali quella di un'utente del Centro Diurno. Il pulmino è guidato da personale con esperienza, opportunamente addestrato sulle modalità di trasferimento, che sorveglia il corretto utilizzo dei dispositivi di sicurezza presenti sui mezzi (ad esempio cinture di sicurezza, ganci per l'ancoraggio delle carrozzine,...). In casi di particolare gravità (ospiti particolarmente agitati o primo giorno di frequenza) l'animatrice o la RAA partecipano all'accompagnamento degli ospiti.

FESTE, GITE, USCITE SUL TERRITORIO

Semestralmente l'animatrice della struttura programma e pianifica le attività di socializzazione, animazione, stimolazione sensoriale offerte agli ospiti. Tra queste oltre alle attività quotidiane/settimanali sono previste delle uscite sul territorio, ad esempio durante il periodo estivo gita a Oltremare, Festa dei Nonni, ecc. Nella definizione e organizzazione delle gite esterne si tiene conto delle specifiche esigenze di ogni ospite, nel rispetto dei PAI, in modo da garantire vissuti di benessere e di socializzazione nella massima sicurezza possibile. Nelle gite esterne è garantita la presenza dell'animatrice e di personale assistenziale in base al numero dei partecipanti e alle esigenze assistenziali.

7.1.2 Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di intervento possibili

7.1.2.1 Implementazione di modalità di valutazione e gestione del rischio caduta utenti

Il rischio di caduta individuale nell'anziano si determina in base ad una approfondita valutazione multidimensionale che coinvolge l'equipe del PAI costituita da Coordinatore/RAA, Infermiera, OSS, Animatrice e Fisioterapista. La valutazione multidimensionale prevede anche l'utilizzo della scala Tinetti, che permette di individuare i soggetti a maggior rischio valutando le condizioni di equilibrio e dell'andatura in soggetti anziani.

La valutazione del rischio di caduta è inclusa nella cartella integrata ed allegata al PAI e va riformulata su base periodica e/o al mutare dell'assetto psico-funzionale o sub-acuto dell'anziano.

7.1.2.2 Principali fattori di rischio individuale : strategie possibili, precauzioni ed interventi

Nell'analisi e valutazione del rischio individuale di caduta vengono considerati i fattori successivamente elencati:

FATTORE RISCHIO INDIVIDUALE

Rischio iatrogeno

Il contenimento di tale rischio è di difficile gestione in quanto è in capo il medico di base, che con difficoltà comunica con il Centro Diurno. Il passaggio di informazioni è prevalentemente veicolato dai familiari.

Rispetto alle attività a nostro carico cerchiamo di limitare il rischio, facendo in modo, laddove possibile, che gli orari di somministrazione, non rappresentino un ulteriore fattore di rischio individuale.

Anamnesi di precedenti cadute

I soggetti a maggior rischio sono sempre sottoposti ad una maggior sorveglianza, così come i soggetti già caduti in precedenza. Qualora le cadute di uno stesso ospite si verificano con elevata frequenza, solitamente viene aumentata la sorveglianza e si dispone di accompagnare in bagno l'ospite ad orari prefissati.

Paura di cadere

I pazienti che mostrano paura durante la deambulazione e tendono a cercare appoggi, vengono valutati dalla fisiatra e dalla fisioterapista di struttura e per loro viene scelto l'ausilio più idoneo per garantire una maggiore stabilità e sicurezza. Alcuni di questi ospiti vengono inseriti in un programma di rieducazione individuale per garantire loro maggiore sicurezza. La fisiatra e la fisioterapista collaborano per individuare le cause che compromettono l'equilibrio e l'andatura, fornendo l'ausilio più idoneo per la deambulazione. Nel caso di pazienti non deambulanti, si ricercherà la carrozzina più idonea per garantire una corretta postura seduta, ed eventuali cuscini e tavolini.

Uso degli ausili

Gli ausili vengono assegnati tramite un'opportuna valutazione da parte del fisioterapista degli ausili, qualora necessario ogni ausilio viene personalizzato a seconda delle esigenze del paziente e periodicamente rivalutato.

Deficit cognitivi e/o comportamentali

I pazienti affetti dalla sindrome del "vagabondaggio" (wandering) deambolano in ambiente privo di barriere architettoniche e sono continuamente supervisionati. Si cerca, quando possibile, di inserirli in attività distraenti a loro gradite. Nella sala del centro diurno è in corso la realizzazione di un progetto di arteterapia che prevede il disegno di un camino acceso su un muro del salone centrale. Dalla letteratura è dimostrato che tale raffigurazione tranquillizza le persone con demenza e spinge le stesse a sedersi rilassandosi accanto al camino acceso. Nonostante non sia ancora terminato il disegno ha già sortito i primi effetti positivi e alcuni anziani gradiscono e si tranquillizzano nel sedersi accanto al focolare.

La riduzione del visus e/o dell'udito

Qualora si riscontri un calo del visus e/o dell'udito, si invitano gli ospiti o i familiari ad effettuare da uno specialista controlli più approfonditi.

Alterazioni dell'eliminazione urinaria e fecale

Se l'ospite è portatore di pannolone, ci si deve accertare che sia posizionato correttamente, in modo che non risulti d'intralcio o possa cadere. Si privilegiano abiti comodi e facilmente

gestibili. I pazienti che non riescono a recarsi in bagno autonomamente vengono accompagnati ad orari prefissati, con maggior attenzione agli ospiti in terapia con diuretici e lassativi.

L'accompagnamento in bagno costituisce per l'anziano un'occasione di movimento e mantenimento della capacità residue.

Il dolore

Gli eventi acuti come il dolore, su segnalazione dell'ospite stesso o degli operatori, vengono trattati dagli infermieri tempestivamente e costantemente monitorati, al fine di evitare alterazioni dell'equilibrio psicofisico.

Le alterazioni a carico dei piedi e degli arti inferiori

Eventuali alterazioni a carico dei piedi, segnalate da fisioterapista, operatori, infermieri, vengono periodicamente monitorate dalla podologa che effettua accessi in struttura una volta al mese o al bisogno.

Disturbi della nutrizione

Il peso degli ospiti è costantemente monitorato in modo che si agisca immediatamente nei casi di eventuali dimagrimenti o aumenti ponderali importanti. Solitamente si rileva una volta al mese, salvo poi aumentare le frequenze delle rilevazioni nei casi in cui si renda necessario.

L'uso dei mezzi di salvaguardia

Qualora l'ospite sia caduto più volte e non è più in grado di deambulare in sicurezza, per non mettere a repentaglio la propria incolumità, il medico può decidere di utilizzare dei mezzi di salvaguardia. Gli stessi devono essere costantemente monitorati, condivisi con i familiari e rivalutati durante i PAI o quando si renda necessario.

Mobilizzazione e deambulazione

Per quanto riguarda la mobilizzazione e la deambulazione degli ospiti, la fisioterapista di struttura fornisce le indicazioni agli operatori attraverso momenti di formazione e tramite segnalazioni nell'apposita consegna.

Viene periodicamente stilato il piano delle deambulazioni, affinché anche gli operatori facciano deambulare gli ospiti, come previsto da piano di lavoro. Lo svolgimento di attività di vita quotidiane rappresenta per gli ospiti un'occasione di mobilizzazione, come ad esempio negli accompagnamenti in bagno e nel salire le scale per l'ingresso al centro.

7.2. L'attività fisica per il benessere della persona anziana

L'attività fisica è parte importante nel programma di prevenzione delle cadute.

A causa delle condizioni fisiche della prevalenza degli ospiti del Centro Diurno, che sono in carrozzina o hanno elevate compromissioni delle funzioni superiori, è di difficile attuazione l'attività fisica individuale o di gruppo finalizzata al mantenimento e/o miglioramento dell'efficienza fisica e dell'abilità motoria. A tale attività partecipano solo n. 4 ospiti.

L'attività fisica programmata ed eseguita si concentra maggiormente sulle attività motorie di gruppo, che prevedono il coinvolgimento di tutto il gruppo di utenti nella stimolazione cognitiva, conversazione, stimolazione mnemonica. Tali attività hanno l'obiettivo di migliorare le capacità funzionali e l'autonomia.

Durante le equipe di condivisione dei PAI con i familiari, gli stessi sono informati e sensibilizzati delle attività più idonee per l'anziano e delle condizioni di sicurezza che sono da garantire a domicilio.

8. Interventi individuali, definiti sulla base delle caratteristiche fisiche e/o psichiche/rischio dell'assistito

Le strategie per prevenire le cadute dipendono dalla valutazione del rischio appurato in modo multifattoriale per ogni singolo paziente. Pertanto si effettuano degli interventi mirati che si riferiscono al piano terapeutico, al training per la forza e l'equilibrio, alla gestione dell'incontinenza, all'addestramento per i passaggi posturali e per la deambulazione, alla riduzione dei rischi ambientali, strutturali ed ergonomici.

9. La formazione degli operatori

Tutto il personale del Centro Diurno e della CRA è stato coinvolto in momenti informativi e formativi in merito alla problematica delle cadute degli anziani. È stato a loro presentato il progetto regionale, gli elementi di letteratura, le attività da svolgere in struttura. Con gli stessi è

nato in momenti dedicati un confronto sui risultati delle analisi dei fattori di rischio organizzativi e ambientali e sulle metodologie introdotte. Il contributo di tutto il personale è stato utile nel definire le azioni preventive da mettere in atto.

Sono in programma momenti di audit clinico per verificare i risultati ottenuti e migliorare le cure offerte.

L'audit clinico verrà introdotto come strumento sistemico in grado di offrire un confronto sulle prestazioni erogate con criteri espliciti, l'implementazione di cambiamenti e il monitoraggio dei fattori correttivi introdotti.

L'audit clinico verrà presentato insieme alla metodologia di gestione del rischio clinico che la scrivente sta introducendo sui propri servizi del territorio.

10. Informazione ed educazione alla persona e alla sua famiglia

Come modalità di approccio all'assistenza il personale del Centro Diurno coinvolge la persona e i suoi familiari come agenti attivi del mantenimento del proprio benessere e di tutela della propria incolumità. I familiari degli utenti sono opportunamente informati durante la condivisione dei PAI in cui si spiega anche l'eventuale gestione degli ausili in dotazione e la prevenzione delle cadute a domicilio. Il personale del CD si propone come punto di riferimento per informare e formare i caregiver sui comportamenti da adottare e da evitare, sull'utilizzo degli ausili e per orientarli sui servizi e sugli aiuti attivabili a domicilio.

I familiari partecipano agli incontri semestrali con l'ente gestore e stanno costituendo un Comitato parenti, al quale parteciperà anche l'ente gestore e un rappresentante del Comune di Verucchio. Una volta costituito il comitato rappresenterà un soggetto da coinvolgere nella realizzazione di progetti di miglioramento della vita della struttura, quale ad esempio la prevenzione delle cadute.

Punti di forza e debolezza emersi durante la sperimentazione

SOMMARIO

Punti di forza e debolezza emersi	2
Punti di forza (interni al servizio)	2
<i>Coinvolgimento del personale</i>	2
<i>Ruolo dei familiari/caregiver</i>	3
<i>Effetti sugli utenti</i>	3
<i>Ambiente</i>	4
<i>Organizzazione</i>	4
<i>Attività fisica</i>	5
<i>Valutazione multidimensionale e multifattoriale</i>	5
Opportunità/punti di forza (esterni al servizio)	5
Difficoltà/punti di debolezza (interni al servizio)	6
<i>Ambiente</i>	6
<i>Team</i>	6
<i>Organizzazione</i>	7
<i>Valutazione multifattoriale</i>	7
<i>Approccio</i>	7
Minacce/punti di debolezza (Esterni al servizio)	8
Proposte di aggiustamenti, integrazioni e approfondimenti	9
Proposte di approfondimento/iniziativa promozionali e di supporto	9
Proposte di integrazioni e specificazioni alle linee di indirizzo	9

Punti di forza e debolezza emersi

Gli ultimi incontri con i rappresentanti dei servizi coinvolti nella sperimentazione sono stati funzionali a raccogliere le valutazioni dei coordinatori e dei professionisti dei team dedicati, individuando punti di forza e debolezza emersi e avviando un proficuo confronto circa le soluzioni e le modalità più efficaci.

In particolare, nel confronto sono emersi diversi aspetti interessanti, in parte ascrivibili a qualità pre-esistente in alcune delle strutture convocate, ma anche rispetto a queste si è rilevato che il progetto può funzionare da catalizzatore del miglioramento.

Molto rilevante è risultata in alcuni casi anche la capacità di cambiamento, che ha prodotto soddisfazione e la predisposizione a introdurre innovazioni e a cercare soluzioni e strategie operative per affrontare le problematiche che via via possono presentarsi.

Per sintetizzare, si cerca di raggruppare le considerazioni e gli elementi rappresentati secondo aree di contenuto.

PUNTI DI FORZA (interni al servizio)

A livello generale:

1) COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE:

- Ruolo centrale del team

In generale il team dedicato, come modalità suggerita dalle linee di indirizzo, ha funzionato bene.

Con una o due figure esperte e motivate trainanti e la partecipazione di tutte le altre figure professionali, il percorso è stato portato avanti, trovando le modalità attuative specifiche più funzionali rispetto all'organizzazione del proprio servizio.

La partecipazione del medico di struttura al team dedicato e il suo coinvolgimento continuativo nell'equipe per i PAI, ha avuto l'effetto positivo di includere gli aspetti inerenti la prescrizione e l'assunzione dei farmaci in un quadro complessivo relativo ai fattori di rischio caduta intrinseci, producendo, da un parte, la riduzione dei farmaci assunti (in alcuni casi), e, dall'altra, un'attenzione particolare all'orario della somministrazione e agli effetti indotti.

Nella fase iniziale del percorso, è emerso, il ruolo decisivo del Coordinatore responsabile, in quanto promotore dell'utilizzo di metodologie di lavoro integrate e multi professionali, nel creare le condizioni interne necessarie alla diffusione delle azioni individuate da parte del team dedicato.

L'attività del Team dedicato riveste quindi importanza fondamentale, ed è risultato importante evitare di circoscrivere l'attuazione delle linee del progetto ad solo professionista.

- Valenza multi professionale

E' stato valorizzato il lavoro di squadra, senza gerarchia, ciascuno con la propria specifica professionalità e responsabilità.

Si riscontra un elevato livello di motivazione e responsabilizzazione degli operatori.

Nel centro diurno, è particolarmente valorizzato il ruolo del fisioterapista nel pianificare le attività da realizzarsi a cura degli OSS (scelta degli esercizi, modalità, attenzioni particolari, ecc.) assicurando la consulenza e orientamento, la supervisione complessiva e la rivalutazione delle attività

- *Cambiamento di mentalità*

Superata l'eventuale iniziale resistenza al cambiamento, capiti (grazie alla formazione interna, al supporto del coordinatore e all'attività del team) e fatti propri gli obiettivi del progetto, i professionisti hanno trovato un valore aggiunto nel diventare loro stessi portatori di soluzioni. Per esempio, si è riusciti (risultato osservato in alcune strutture) a ridurre l'utilizzo dei mezzi di protezione/contenzione individuali, a fronte della maggiore consapevolezza dei fattori di potenziali rischio cadute su cui concentrarsi. E in effetti, seppure gli ospiti sono stati più liberi di muoversi, nei casi riportati, non sono aumentate le cadute.

- *Innovazione*

Molti dei servizi interpellati hanno introdotto delle innovazioni nella propria attività, valorizzando le idee e le proposte dei professionisti operanti nella struttura, introducendo procedure, modalità operative, strumenti che facilitano il perseguimento degli obiettivi.

Per esempio, una Cra ha avviato un percorso che prevede l'introduzione del "Codice colore" che identifica, sulla porta della camere dell'ospite se è ad alto rischio di cadute, se è un nuovo ospite che non è stato ancora valutato, ecc., allertando subito gli operatori e spingendoli a verificare subito nel Pai se sono previsti interventi particolari.

In un altro servizio residenziale, gli operatori utilizzano un quaderno dove si segnano quello che osservano circa elementi che possono costituire un rischio per le cadute e il referente del team dedicato, poi va a verificare e si decide come intervenire.

2) *RUOLO DEI FAMIGLIARI/CAREGIVER*

L'apporto dei famigliari e caregiver, seppure di diversa entità nei diversi contesti, può essere di grande aiuto alle strutture anche su questo obiettivo.

Vale la pena investire sull'"educazione terapeutica", sul coinvolgimento dei famigliari rendendoli competenti e consapevoli dei fattori di rischio inerenti le cadute e delle potenzialità dell'attività fisica per il benessere dei propri famigliari anziani.

La presenza di famigliari in struttura (informati/formati e orientati circa il loro ruolo e le attività che possono svolgere) può essere di supporto nel promuovere l'approccio proposto.

Nei centri diurni, proprio per la tipologia di servizio, la relazione con la famiglia è ancora più fondamentale:

- In alcuni Centri diurni, la comunicazione continua con i famigliari ha permesso di migliorare la conoscenza dell'utente e dei fattori di rischio (es. Informazioni sui farmaci assunti a casa);

- In un Cd, gli operatori si recano anche fisicamente al domicilio e incontrano i famigliari nel momento del trasporto, sfruttando questa opportunità per creare le basi per un'alleanza e una proficua collaborazione a vantaggio della persona anziana. In particolare, è possibile indagare sulle difficoltà che gli anziani hanno a casa, cercando insieme soluzioni, promuovendo la continuità dei comportamenti preventivi nei confronti dei fattori di rischio di caduta e i comportamenti virtuosi nella direzione del mantenimento delle abilità motorie della persona.

In questo modo, la funzione del centro diurno a sostegno della domiciliarità viene valorizzata.

Laddove il contesto lo consente, è possibile avvalersi anche dei volontari.

3) *EFFETTI SUGLI UTENTI*

La messa in atto delle azioni suggerite nelle linee di indirizzo ha prodotto effetti positivi sugli utenti dei servizi.

Fra gli aspetti richiamati dai referenti dei servizi:

- Il miglioramento della capacità di deambulazione.
- Il miglioramento / mantenimento delle capacità funzionali
- Il miglioramento del tono dell'umore.
- Il piacere / appagamento nel partecipare alle iniziative di attività motoria promosse

Più nello specifico:

AMBIENTE

- Attenzione diffusa all'ambiente

Il progetto promuove e rinforza il concetto di “ambiente”, inteso non solo come luogo fisico ma come approccio più esteso che tiene conto sia degli aspetti strutturali che degli aspetti organizzativi/gestionali.

Un approccio estensivo non può quindi prescindere dal coinvolgimento di tutti gli operatori coinvolti nella vita della struttura, indipendentemente dal ruolo da essi svolto.

- Accorgimenti per compensare limiti strutturali

Questo approccio spesso non comporta investimenti di tipo economico da parte dei gestori: ad esempio, collocazione più attenta dei carrelli e delle attrezzature che spesso rappresentano un ostacolo alla deambulazione e possono costituire un pericolo (appoggi instabili).

Anche le aree esterne, come giardini, cortili, vialetti di accesso vengono considerati parte del luogo di vita della persona quindi oggetto delle stesse attenzioni rivolte all'interno.

- Coinvolgimento degli operatori addetti ai servizi di supporto

In alcuni servizi sono stati coinvolti anche gli operatori addetti ai servizi di supporto (pulizie, guardaroba, cucina,) con l'obiettivo di promuoverne la consapevolezza ed estendere le attenzioni relative alla prevenzione del rischio caduta .

Il coinvolgimento ha favorito l'acquisizione di una visione d'insieme (non solo propri specifici compiti, ma attività svolte dal singolo operatore nell'ambito di una progettazione riguardante la complessità del servizio) e determinato una maggiore motivazione degli operatori.

- Messa a sistema della check list ambientale e organizzativa

Le strutture coinvolte nella sperimentazione hanno pianificato la somministrazione periodica della check list (in alcuni casi, diversificando le tempistiche per aspetti diversi), previa formazione a tutti i preposti.

Per alcuni aspetti (es. rimozione ostacoli) alcuni servizi hanno previsto un controllo giornaliero.

Si rileva l'ampliamento delle conoscenze specifiche relative all'importanza dell'ambiente e dell'organizzazione nel processo assistenziale e rispetto all'utilità dell'audit come metodologia di analisi nella prevenzione delle situazioni critiche .

In alcuni casi è stata integrata la scheda interna di rilevazione sulla cui applicazione viene prodotto periodicamente il report riassuntivo.

ORGANIZZAZIONE

- Valorizzazione del lavoro integrato dell'equipe multi professionale

In linea generale è stata effettuata, nella fase di avvio del progetto, la condivisione degli aspetti metodologici e delle azioni da intraprendere sia per quanto riguarda la relazione con i familiari sia per quanto riguarda l'attività specifica del fisioterapista.

- Miglioramenti organizzativi

Per quanto riguarda i Centri Diurni, l'osservazione relativa alle dinamiche relazionali e ai mezzi utilizzati per assicurare il trasporto da/verso il domicilio ha portato ad identificare modalità più adeguate e coerenti con l'orientamento del progetto (per es. favorendo il mantenimento degli stessi autisti).

ATTIVITA' FISICA

- Valorizzazione del fisioterapista

Il progetto ha permesso di migliorare la comunicazione trasversale tra gli operatori ed in modo particolare la relazione fisioterapista/OSS soprattutto per quanto riguarda l'attività quotidiana (alzate, messe a letto) e la tempestività nel rispondere ad eventuali dubbi/quesiti.

Da questo punto di vista il fisioterapista, come previsto anche dalla DGR 514/09, "...effettua la consulenza agli OSS per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità un programma di attività motoria personalizzata".

Il progetto riconosce ulteriormente le attività svolte dal fisioterapista, in particolare le attività di supervisione, verifica, supporto e promozione, qualificando e valorizzando l'attività degli operatori di base.

- Valorizzazione degli Oss

Alcune strutture riferiscono di essere riuscite ad intensificare le attività motorie (ginnastica) individuando piccoli gruppi di ospiti gestiti da Oss istruiti dal fisioterapista.

Agli ospiti per i quali non era possibile fare attività fisica, l'equipe ha proposto altri stimoli.

- Integrazione con le attività di animazione

Circa le modalità utilizzate, in alcuni servizi è stato elaborato il programma di animazione in collaborazione coi fisioterapisti per perseguire congiuntamente gli obiettivi del progetto e questa integrazione è risultato funzionale agli obiettivi perseguiti.

VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E MULTIFATTORIALE

- Segnalazione tempestiva dei cambiamenti relativi all'equilibrio (andatura) dell'anziano

Alcuni referenti dei servizi coinvolti, rilevano come, grazie all'osservazione finalizzata, e quindi più attenta degli Oss, è migliorata la capacità di intervenire tempestivamente.

- Individuazione degli ospiti a rischio di caduta

Alcune strutture riportano quale punto di forza l'identificazione degli ospiti a maggiore rischio di caduta che ha permesso di elaborare specifici programmi di educazione motoria e di potenziare la sorveglianza e gli interventi preventivi sui Pai.

OPPORTUNITA' /PUNTI DI FORZA (esterni al servizio)

- Opportunità di indirizzare l'attenzione del sistema su temi rilevanti

Come suggerito da alcune strutture, richiamando l'attenzione sulla prevenzione delle cadute, si può sollecitare l'attivazione di ulteriori risorse esterne al servizio.

- Possibilità di coinvolgere altri gestori/ soggetti a livello distrettuale

A partire da una positiva esperienza di questo tipo, è emersa la possibilità di condividere a livello distrettuale i progetti pilota, in modo da diffondere le azioni di miglioramento.

- Partecipazione del volontariato e della comunità

In diverse strutture il volontariato è presente e fornisce un contributo importante. In generale, quindi, si conviene che il coinvolgimento e la formazione dei volontari può essere un'opportunità per il servizio.

- Confronto con colleghi di altre strutture – Estensione a livello Ausl

Il progetto ha fornito l'occasione per promuovere il confronto e il riscontro è stato favorevole. Pertanto, si valuta positivamente la possibilità di estendere i contenuti del progetto a livello distrettuale (o di Ausl) favorendo l'organizzazione di iniziative formative condivise e il confronto fra colleghi.

DIFFICOLTA' / PUNTI DI DEBOLEZZA (interni al servizio)

AMBIENTE

- Investimenti per interventi strutturali (tipo A)

E' stato messo in evidenza come, specialmente per le strutture non nuove, potrebbero essere opportuni interventi strutturali che richiedono investimenti di risorse ingenti, spesso non disponibili.

- Rischio riduzione del livello di motivazione degli operatori in relazione alle aspettative

Alcuni servizi segnalano che gli operatori che si sono impegnati e hanno rilevato i fattori di rischio ambientali, si aspettano che poi vengano rimossi. Il non vedere attuati gli interventi di rimozione, può creare frustrazione.

- Disagi durante i lavori

L'esecuzione di lavori di manutenzione e/o ristrutturazione (es. rifacimento pavimenti) può comportare disagi per gli ospiti se si è costretti a lavorare con gli ospiti presenti.

- Mancanza di autonomia degli Oss che limita la capacità propositiva

Viene riportata la circostanza in cui, dove gli operatori dipendono completamente dalla RAA, risultano limitati l'autonomia, la responsabilizzazione e il coinvolgimento. In questo caso la formazione può aumentare la sicurezza e sostenere la motivazione.

TEAM

Mancanza di supporto al team da parte del coordinatore

Nel caso in cui il Team non sia supportato dal coordinatore, può determinarsi una un'attribuzione di responsabilità non coincidente con competenze specifiche in materia o non accompagnata da una sufficiente autonomia per portare avanti le azioni di miglioramento eventualmente individuate dal team come opportune.

Team non multi professionale nel suo funzionamento

Qualora l'attuazione del progetto sia delegata ad solo professionista, si possono determinare delle difficoltà nell'attuazione complessiva delle linee di indirizzo in quanto viene a mancare quell'integrazione di competenze e professionalità diverse che si ritiene indispensabile per il team.

Mancanza di sistema di monitoraggio e valutazione risultati

Un punto di debolezza è risultata la mancanza di un sistema di monitoraggio costante nel tempo che consente di verificare gli effetti delle azioni poste in essere per ridefinirle in modo dinamico e orientato al miglioramento

ORGANIZZAZIONE

Difficoltà ad analizzare i dati della rilevazione delle cadute / Informatizzazione

E' risultata opinione condivisa che la mancanza di informatizzazione rende più gravosa l'analisi e la lettura dei dati per identificare le azioni di miglioramento.

Questa condizione può determinare difficoltà ad avere una visione d'insieme circa le circostanze in cui si concentrano le cadute.

Più nello specifico, si segnala come debolezza la mancanza di un supporto informatico in grado di aggiornare i dati relativi alle persone in tempo reale, generare "messaggi di allerta" comprensibili a tutti gli operatori. Tale supporto potrebbe essere una sicurezza ulteriore per la persona, un ausilio agli operatori nei processi decisionali.

VALUTAZIONE MULTIFATTORIALE

Difficoltà a tenere presenti contestualmente tutti i fattori di rischio cadute individuali

Si segnala come debolezza, la mancanza di una scheda individuale che riassume tutti i fattori di rischio caduta che riguardano l'ospite.

Tuttavia, occorre tenere presente che alcuni servizi hanno elaborato la scheda multi-fattoriale, ma con esiti diversi.

Dal confronto emerge come la costruzione di nuovi strumenti, come questi, è importante che sia accompagnata da una formazione dedicata che metta in grado gli operatori di sapere leggere gli elementi importanti che emergono dalla scheda e adottare gli opportuni comportamenti, altrimenti tale scheda può risultare disorientante.

APPROCCIO

Difficoltà a portare avanti i programmi di attività fisica previsti

Laddove il fisioterapista non è valorizzato nella sua funzione di consulenza e orientamento agli OSS per le attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione, la possibilità di portare avanti i programmi di attività fisica è limitata all'attività operativa diretta del fisioterapista.

Gestione della sicurezza degli ospiti che acquisiscono maggiore sicurezza nel deambulare

Alcuni partecipanti hanno riscontrato la difficoltà a garantire la sicurezza degli ospiti che acquisiscono maggiore sicurezza nel deambulare, in quanto questi ospiti tendono poi a sottovalutare il rischio di cadere e non chiedono aiuto.

Strategie particolari per ospiti con disturbi del comportamento

Viene segnalata l'esigenza di ricercare strategie particolari da adottare nei confronti degli ospiti con gravi disturbi del comportamento con scarsa percezione del pericolo.

Approccio non "capacitante", non orientato al contrasto della disabilità evitabile

Un punto di debolezza richiamato è l'assenza di un atteggiamento "capacitante", emersa in riferimento alla presenza, in alcuni servizi, della tendenza degli operatori a trattare gli ospiti come non autonomi, rinunciando a priori alle opportunità di riabilitazione/miglioramento.

Ospiti con deficit sensoriali

Viene riportata l'eventualità in cui, gli interventi sugli ospiti con deficit (es. visivi non correggibili), possono non dare risultati immediati o risultare inefficaci rispetto agli obiettivi prefissati.

Scarsa motivazione al movimento da parte degli ospiti

Una difficoltà riscontrata durante la sperimentazione è legata alla scarsa motivazione degli ospiti, per esempio quando gli anziani affrontano la deambulazione assistita contro voglia. Può essere utile in questi casi associarvi lo stimolo cognitivo e il dialogo con l'operatore.

Difficoltà a coinvolgere i famigliari

In alcuni servizi si è riscontrata la difficoltà a coinvolgere i famigliari che di conseguenza scontano scarsa consapevolezza dei comportamenti che comportano rischio cadute.

Terapie sedative

Per quanto riguarda i rischi connessi alle terapie sedative, è indispensabile la sensibilizzazione e la collaborazione dei medici di struttura per allineare le terapie farmacologiche all'obiettivo di prevenzione di cui al presente progetto.

Il coinvolgimento dei MMG

Dal confronto con le strutture, si rileva una diffusa difficoltà a coinvolgere i MMG, a fronte della consapevolezza che la collaborazione dei medici, laddove realizzata, costituisce un grande valore aggiunto.

MINACCE /PUNTI DI DEBOLEZZA (Esterni al servizio)

Rilevazioni /monitoraggi intesi come adempimenti burocratici

Laddove i monitoraggi vengono percepiti come meri adempimenti burocratici, rimangono fine a sé stessi. Per evitare questo rischio, le rilevazioni e i monitoraggi vanno contestualizzati e tradotti in termini operativi col coinvolgimento diretto dei servizi affinché se ne condivida il senso.

Contratti di servizio possono non incentivare il miglioramento

Viene segnalata la circostanza in cui i contratti di servizio, così come sono strutturati, talvolta traducono i bisogni presentati dagli ospiti del servizio in risorse umane necessarie in un momento specifico, senza un approccio proattivo in grado di promuovere il miglioramento.

Informatizzazione delle procedure

In alcuni casi, si segnala la mancanza di una condivisione informatizzata delle procedure, mentre sarebbe utile condividere il percorso fin dalla richiesta del servizio, con una strategia integrata a livello distrettuale.

Rete familiare scarsa degli ospiti dei Centri diurni

I referenti dei centri diurni segnalano come, la mancanza o scarsa presenza di famigliari al domicilio, rende più difficile promuovere le strategie di prevenzione e promozione al di fuori del centro.

Turn-over elevato

Fra gli elementi di debolezza che non dipendono direttamente ed esclusivamente dal servizio, si richiama l'elevato turn-over. In particolare, si rileva la maggiore fatica ad attuare e monitorare i Pai nei servizi dove c'è un elevato tasso di ricambio degli ospiti.

PROPOSTE APPROFONDIMENTO/INIZIATIVE PROMOZIONALI E DI SUPPORTO

Approfondimento su nuclei dedicati demenze

Come richiamato anche nei precedenti paragrafi, in persone con deterioramento cognitivo e disturbi del comportamento, c'è il rischio che non abbiano consapevolezza del pericolo. Fra le proposte dei servizi partecipanti al progetto, la possibilità di avviare una riflessione specifica sull'approccio da avere in questi servizi dedicati.

Confronto tra strutture come metodologia di supporto

Da diversi servizi è stata apprezzata la modalità partecipativa e di confronto tra i servizi partecipanti che si è utilizzata in questo progetto, tanto da proporre come metodo, un sistema di interscambio delle esperienze con altre strutture che faciliti la condivisione di approcci e strategie di soluzione.

Azione di supporto per la collaborazione dei medici

Avendo riscontrato, in talune situazioni, una scarsa collaborazione coi medici sul territorio, alcuni servizi propongono un'azione di supporto da parte della Regione per favorire questo coinvolgimento.

Mezzi di protezione/salvaguardia

Un tema correlato alle prevenzione delle cadute è quello dei "mezzi di protezione/salvaguardia". Alcuni servizi segnalano l'esigenza di approfondire proprio questo legame tra cadute e mezzi di protezione/salvaguardia.

PROPOSTE DI INTEGRAZIONI / SPECIFICAZIONI ALLE LINEE DI INDIRIZZO

Informatizzazione per facilitare l'analisi e le azioni di miglioramento

Fra le proposte di integrazione, viene suggerito di sottolineare, all'interno del progetto, l'importanza e l'efficacia dell'informatizzazione nell'ambito del processo assistenziale.

Promuovere le informazioni di ritorno (feedback)

Fra i suggerimenti pratici derivanti dall'esperienza diretta, per evitare il senso di frustrazione legato, per esempio, a mancati interventi strutturali ingenti, si suggerisce di dare un feedback agli operatori su quanto si è fatto (o perlomeno programmato) per motivarli, dando sempre un ritorno circa quanto è stato rilevato (opportunosamente registrato e tenuto in considerazione).

Una check list dinamica

La check list ha dato in generale ottimi risultati. Viene suggerito di promuoverne ulteriormente l'efficacia, invitando gli operatori a osservare gli effetti delle azioni intraprese sulla base della rilevazione degli elementi di rischio ambientali (da loro stessi segnalati) e motivandoli a rilevare altre criticità (dando pertanto la valenza allo strumento di "check list viva, dinamica").

*Pubblicazioni a cura della Regione Emilia-Romagna nel settore
della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro*

Collana "CONTRIBUTI" Fondata da Alessandro Martignani

I volumi contrassegnati con (*) sono disponibili esclusivamente on line all'indirizzo

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/contributi>

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983.
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia*, Vignola, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna*, Correggio, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989.
23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989*, Langhirano, 1990.
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico*, Bologna, 1990.
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti*, Modena, 1990.
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Corso di formazione per i nuovi operatori*, Forlì, 1991.
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione*, Correggio, 1992.
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione*, Bologna, 1992.

29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni*, Modena, 1992.
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna*, Ferrara, 1993.
31. *Salute e sicurezza nella scuola*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
33. *Il dipartimento di prevenzione*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età*, Carpi (MO), 1993.
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna*, Bologna, 1993.
36. *Salute e ambiente*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2*, Bologna, 1994.
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale*, Fidenza, 1994.
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna*, Rimini, 1994.
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative*, Ravenna, 1994.
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione interventi educativi*, Parma, 1995.
42. *I tumori in Emilia-Romagna*, Modena, 1997.
43. *I tumori in Emilia-Romagna - 2*, Ferrara, 2002
44. *Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna – Intesa Stato-Regioni e Province Autonome - 23 marzo 2005*, Bologna 2006 (*)
45. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2005*, Bologna 2006 (*)
46. *I tumori in Emilia-Romagna - 3*, Ferrara 2006
47. *Valutazione dell'efficacia della formazione alla sicurezza nei lavoratori della Variante Autostradale di Valico (VAV)*. Bologna 2006 (*)
48. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2005*, Ravenna 2006 (*)
49. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile*, Bologna 2006 (*)
50. *Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre – Atti del convegno*, Bologna 2007 (*)
51. *Il radon ambientale in Emilia-Romagna – Piacenza 2007*
52. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2006*, Bologna 2007 (*)
53. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2006*, Ravenna 2008 (*)
54. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2007*, Bologna 2008 (*)
55. *I tumori in Emilia-Romagna - 2004*, (disponibile solo on-line) Bologna 2009 (*)
56. *Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna - Bologna*, 2009 (*)
57. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza 2008*, Bologna 2009 (*)
58. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale*, Bologna 2009 (*)
59. *Passi d'Argento - La qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più - Indagine 2009*, Bologna 2009 (*)
60. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2007*, Bologna 2010 (*)
61. *Incidenti stradali in Emilia-Romagna - Anni 1995 - 2007* Bologna 2010 (*)
62. *Linee guida per migliorare il comfort estivo delle strutture socio-sanitarie e socio-residenziali in*

Emilia-Romagna Bologna 2010

63. *Il Profilo di Salute per il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna* Bologna 2010 (*)
64. *Il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna*, Bologna 2010 (*)
65. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza nel triennio 2007 - 2009*, Bologna 2011 (*)
66. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2008*, Bologna 2011 (*)
67. *I tumori in Emilia-Romagna - 2007*, Bologna 2011 (*)
68. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2009*, Bologna 2012 (*)
69. *Il Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella – Bologna 2012* (*)
70. *Casa salvi tutti: pratiche di prevenzione degli incidenti domestici in Emilia-Romagna - Bologna 2012* (*)
71. *Il Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto – Bologna 2012* (*)
72. *Il Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero – Bologna 2012* (*)
73. *Controllo della Zanzara tigre: analisi dei costi sostenuti dagli Enti Locali – Report 2008 – 2001*, Bologna 2012 (*)
74. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2010*, Bologna 2013 (*)
75. *I Piani della Prevenzione: indicazioni per il 2013 e risultati delle valutazioni annuali*, Bologna 2013 (*)
76. *Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso*, Bologna 2013 (*)
77. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2011*, Bologna 2014 (*)
78. *L'esercizio fisico come strumento di prevenzione e trattamento delle malattie croniche: l'esperienza dell'Emilia-Romagna nella prescrizione dell'attività fisica - Bologna 2014* (*)
79. *Migranti e salute: le risorse della comunità. L'esempio dei progetti di prevenzione degli incidenti domestici* Bologna 2014 (*)
80. *Le persone con patologie croniche in Emilia-Romagna: i fattori di rischio, la salute, le diseguità e le aree di intervento - Sorveglianza PASSI 2008-2012 - Bologna 2014*
81. *Salute e invecchiamento attivo in Regione Emilia-Romagna: cosa ci dice la sorveglianza PASSI d'Argento 2012-2013* Bologna 2014 (*)
82. *Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero - V edizione* Bologna 2014 (*)
83. *Protocollo assistenziale nelle donne a rischio ereditario di tumore della mammella e/o ovaio - I edizione* Bologna 2014 (*)
84. *I programmi di screening oncologici - Emilia-Romagna, report al 2012 - Bologna 2015* (*)
85. *Il profilo di Salute per il nuovo Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna 2014-2018 - Bologna 2014*