



PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE IN CASA DI RIPOSO

Rev. N.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione
0	15.04.2023	Dott.ssa Katjusia Esposito	Dott. Antonio Cianchelli	Determinazione del Direttore generale n. 145 del 22.06.2023



INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DESTINATARI.....	4
5. MODALITA' OPERATIVE.....	4
5.1 Valutazione del rischio di caduta.....	4
5.2 Fattori intrinseci ed estrinseci	5
5.3 Interventi per prevenire il rischio di caduta.....	6
5.4 Assistenza all'utente caduto	7
5.5 Comportamento da seguire dopo un trauma cranico (nelle prime 24/48 ore)	8
6. RESPONSABILITÀ	8
Riferimenti bibliografici	8
Allegato 1. Scheda Cadute	



1. INTRODUZIONE

Uno degli eventi più frequenti rilevato dai sistemi di segnalazione degli eventi avversi nei contesti di cura è la caduta del paziente. La caduta può provocare o meno un danno al paziente. Viene definita caduta un improvviso, non intenzionale, spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o seduta, o clinostatica. La definizione include anche le persone che dalla sedia scivolano per terra, quelle trovate sdraiate sul pavimento e cadute nonostante il supporto. La descrizione della caduta è rintracciabile dalla testimonianza del paziente e/o da parte di testimoni che hanno assistito all'evento.

In base alla loro prevedibilità, le cadute si possono classificare in **cadute accidentali**, quando la caduta è involontaria e dipende per lo più da fattori ambientali, **cadute fisiologiche imprevedibili**, quando sono determinate da situazioni fisiche non riscontrabili sino al momento della caduta, **cadute fisiologiche prevedibili**, quando avvengono nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili (es. deficit della vista, andatura instabile).

Le cadute rappresentano un indicatore importante della qualità del servizio e della garanzia di sicurezza dell'utente nell'ambito della degenza in casa di riposo.

Le cadute possono interessare qualsiasi soggetto ma gli anziani rappresentano la popolazione maggiormente a rischio. Le conseguenze hanno implicazioni complesse: il 20% delle cadute richiedono intervento medico, il 5-10% causa una frattura dell'anca e il 7% dei pazienti anziani con frattura dell'anca va incontro a morte.

Inoltre, i traumi da caduta hanno un costo economico e sociale.



2. SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di supportare gli infermieri nell'adottare interventi efficaci e sicuri e strategie atte a prevenire e diminuire le cadute degli utenti degenti presso l'Azienda pubblica di Servizi alla Persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica a tutti gli utenti degenti presso l'Azienda pubblica di Servizi alla Persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

4. DESTINATARI

La procedura è rivolta a tutti gli infermieri che prestano servizio presso l'Azienda pubblica di Servizi alla Persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

5. MODALITA' OPERATIVE

5.1 Valutazione del rischio di caduta

La valutazione del rischio consente di identificare precocemente le persone a rischio caduta e mettere in atto tutti gli interventi possibili per prevenirle. Essa viene effettuata attraverso il giudizio clinico sulla presenza di fattori di rischio e supportata dall'utilizzo della scheda di valutazione del rischio caduta *Conley* presente nella cartella informatizzata del sistema gestionale In-soft, compilata dall'infermiere all'ingresso dell'utente in casa di riposo, ovvero dopo un evento caduta ovvero al cambio delle condizioni cliniche dell'utente.



5.2 Fattori intrinseci ed estrinseci

Per determinare se un utente è a rischio o meno di caduta l'infermiere deve valutare la presenza di fattori di rischio intrinseci ed estrinseci. Tra i **fattori intrinseci**, legati alle caratteristiche della persona, troviamo:

- Storia di cadute precedenti
- Età > a 87 anni
- Deficit di vista e udito
- Alterazione dell'equilibrio e deambulazione instabile
- Deficit cognitivi, stato confusionale, disorientamento
- Comorbilità (Morbo di Parkinson, diabete mellito, artrosi, incidenti cerebrovascolari, recenti ospedalizzazioni o patologie che influiscono forza, equilibrio e propriocezione, ipotensione posturale)
- Paura di cadere

I **fattori estrinseci** invece sono quelli legati all'ambiente o ad elementi esterni:

- Pericoli ambientali quali ridotta o eccessiva illuminazione, presenza di tappeti, di pavimenti bagnati o scivolosi, o con chiaroscuri, la mancanza di corrimani, la presenza di gradini alti o poco profondi, l'impropria altezza del letto, locali stretti con poco spazio per i movimenti
- Utilizzo di ausili per la contenzione fisica la cui inefficacia è ampiamente dimostrata
- Utilizzo non corretto di ausili per la deambulazione
- Calzature non idonee
- Farmaci sedativi/ipnotici, oppiacei, anticonvulsivanti, antipertensivi, diuretici, antiaritmici e la levodopa; il rischio aumenta ulteriormente in presenza di politerapie.



Per determinare se un utente è a rischio o meno di caduta l'infermiere valuta la presenza dei fattori di rischio sopra elencati. **L'utente è considerato a rischio elevato se presenta due o più fattori di rischio.**

5.3 Interventi per prevenire il rischio di caduta

Gli interventi per prevenire le cadute sono rivolti all'utente, all'ambiente e all'organizzazione più in generale e sono i seguenti:

- familiarizzare l'utente rispetto all'ambiente: indicare la collocazione dei servizi igienici, insegnare quando possibile il funzionamento dei comandi per la regolazione del letto e del sistema di chiamata, mantenere le luci accese in bagno, rimuovere gli ostacoli dai percorsi, valutare la sicurezza delle spondine del letto, tenere il piano del letto in posizione bassa;
- sostenere l'utente nell'attuazione di un programma personalizzato di esercizio fisico con la consulenza di un fisioterapista;
- rivedere periodicamente con il medico le prescrizioni farmacologiche e integrare l'apporto di calcio e vitamina D con la dieta;
- educare l'utente sui fattori di rischio e sulle strategie di prevenzione delle cadute;
- apportare modifiche all'ambiente per rimuovere i pericoli ambientali;
- istruire l'utente al corretto utilizzo degli ausili per la deambulazione;
- controllare prima della deambulazione che il paziente indossi abiti e scarpe della giusta misura;
- evitare e utilizzare solo quando strettamente necessaria la contenzione sia fisica che farmacologica, sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali;
- collocare l'assistito in modo che abbia una supervisione costante.



5.4 Assistenza all'utente caduto

- Valutare se ha riportato lesioni prima di mobilizzarlo, specialmente in caso di trauma cranico o traumi determinanti fratture; valutare la dinamica;
- rilevare i parametri vitali;
- informare il medico della caduta dell'utente al fine di consentire una rapida valutazione clinica;
- per gli utenti in terapia NAO/TAO, in caso di trauma cranico, inviare sempre l'utente in PS per accertamenti;
- informare il familiare di riferimento della caduta;
- documentare le circostanze della caduta relativamente al luogo, all'orario e all'attività svolta compilando la scheda caduta su programma gestionale In-Soft e aggiornando la scheda *Conley*;
- documentare l'accaduto nel diario infermieristico del gestionale In-Soft e inviare la nota ai fisioterapisti;
- aggiornare il medico in caso di cambiamenti comportamentali e/o dolore inspiegabile alla luce della recente caduta;
- quando possibile, discutere con l'utente in un momento appropriato la sua percezione dell'esperienza, valutando insieme i fattori possibili che hanno determinato la caduta.



5.5 Comportamento da seguire dopo un trauma cranico (nelle prime 24/48 ore)

- Valutare l'eventuale comparsa di: sonnolenza insolita o confusione mentale, vomito ripetuto, visione offuscata o doppia, cefalea persistente o che si aggrava, debolezza di nuova insorgenza agli arti di un lato, convulsioni, anisocoria, febbre inspiegabile, perdita di sangue o liquido chiaro dal naso o dalle orecchie, perdita di coscienza, comportamento anomalo;
- durante l'osservazione limitare le attività che richiedono impegno;
- durante il riposo notturno sorvegliare il paziente ogni due ore e valutarne le reazioni;
- se possibile, non somministrare antidolorifici e sedativi;
- in caso di necessità, contattare il NUE (112).

6. RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'attuazione del presente protocollo è di tutti i professionisti sanitari che prestano servizio presso i nuclei operativi dell'Azienda pubblica di servizi alla persona della Carnia San Luigi Scrosoppi.

Riferimenti bibliografici

1. Saiani L. e Brugnolli A. Trattato di Cure Infermieristiche, 2014
2. Smeltzer S. et al. Brunner-Suddarth Infermieristica medico-chirurgica, 2010
3. Carpenito L.J., Diagnosi Infermieristiche, 2014
4. *Comportamento da seguire dopo un trauma cranico*, Indicazioni generali ASU FC