



# LE STRATEGIE ASSISTENZIALI ALTERNATIVE ALLA CONTENZIONE

Ermellina Zanetti

# OUTLINE

- Anziani e cadute
- Perché gli anziani cadono? Fattori di rischio di caduta
- Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?
- Obiettivo prevenzione: interventi e evidenze

# OUTLINE

## ■ Anziani e cadute

- Perché gli anziani cadono? Fattori di rischio di caduta
- Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?
- Obiettivo prevenzione: interventi e evidenze

# Anziani e cadute

- **Un terzo delle persone anziane cade ogni anno** e il numero di cadute aumenta con l'età e il livello di fragilità.
- L'evento caduta riguarda ogni anno **più del 50%** delle persone che vivono in strutture residenziali: in circa la metà dei casi si tratta di **cadute ripetute**.
- Gli anziani hanno un'alta **suscettibilità ai danni da caduta**, in ragione della comorbilità e delle modificazioni fisiologiche età-correlate che possono rendere drammatica anche una caduta apparentemente di poco conto (frattura di femore, ematoma subdurale).
- Il ricorrere di una complicanza aumenta man mano che cresce l'età del soggetto anziano e **nel 24% dei casi porta al decesso entro l'anno**.

World Health Organization (WHO). (2007). Global report on falls prevention in older age

[http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)

Rubenstein LZ. e altri (2006), "Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention", Age Ageing, 35 (2): 37-41.

# OUTLINE

- Anziani e cadute
- **Perché gli anziani cadono? Fattori di rischio di caduta**
- Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?
- Obiettivo prevenzione: interventi e evidenze

# Perché gli anziani cadono?

## Fattori di rischio di caduta

- Ci sono oltre 400 possibili **fattori di rischio** associati alla caduta ed il rischio di cadere sembra aumentare con l'aumentare del numero di fattori di rischio presenti.
- La valutazione multifattoriale del rischio di caduta consente di intervenire sui fattori di rischio specifici: questa valutazione deve essere condotta da **professionisti esperti**.

National Institute for health and **Care Excellence** (NICE) Falls in older people  
Quality standard [QS86] Published date: March 2015

# Perché gli anziani cadono?

## Fattori di rischio di caduta

**CAUSE ESTRINSECHE:** superfici irregolari, scarsa illuminazione, essere spinti, presenza di ostacoli.

**CAUSE INTRINSECHE:** vertigini, debolezza agli arti inferiori, disturbi della deambulazione, infezioni, disabilità.

Quigley P, Bulat T, Kurtzman E, Olney R, Powell-Cope G, Rubenstein L. Fall prevention and injury protection for nursing home residents. J Am Med Dir Assoc. 2010 May;11(4):284-93

# Perché gli anziani cadono? Fattori di rischio di caduta

**CAUSE STABILI:** età avanzata, deficit visivi, comorbilità, deficit muscolari difficoltà nell'equilibrio, disabilità fisica e cognitiva.

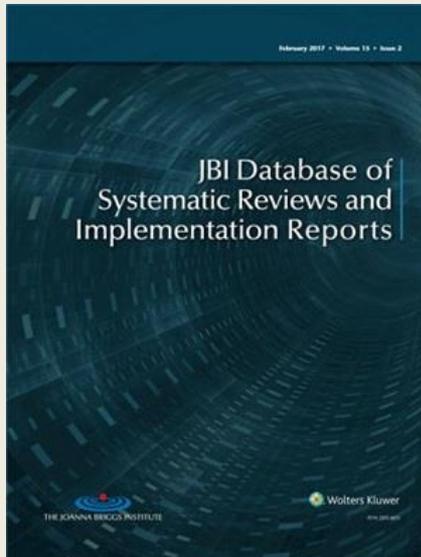
**CAUSE TRANSITORIE:** iperpiressia, disidratazione, cambiamenti di stanza, modifiche della terapia farmacologica.

Quigley P, Bulat T, Kurtzman E, Olney R, Powell-Cope G, Rubenstein L. Fall prevention and injury protection for nursing home residents. J Am Med Dir Assoc. 2010 May;11(4):284-93

# OUTLINE

- Anziani e cadute
- Perché gli anziani cadono? Fattori di rischio di caduta
- **Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?**
- Obiettivo prevenzione: interventi e evidenze

# Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?



Nove studi sono stati inclusi nella revisione. La maggior parte dei risultati ha dimostrato che la **contenzione fisica non si associa a riduzione delle cadute nei pazienti ricoverati in ospedale e nei residenti in casa di riposo.** La riduzione della contenzione non ha contribuito ad aumentare le cadute.

Sze T, Leng CY, Lin SK. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. JBI Libr Syst Rev. 2012;10(5):307-351.

# Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?



A causa della mancanza di studi di buona qualità, non si possono dare indicazioni sull'efficacia dell'uso delle spondine, rispetto al loro non uso, per prevenire le cadute dal letto.

Marques P et al Effectiveness of bedrails in preventing falls among hospitalized older adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017 Oct;15(10):2527-2554.

# Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?

In Australia dal 1 luglio 2000 al 31 agosto 2013 sono decedute 22.204 persone residenti nelle quasi 3.000 Case di Riposo. Per 58 residenti (0,003%) la parola “contenzione” era menzionata tra le cause di morte e, tra questi, **per 5 (0,0002%) la morte è stata direttamente causata dalla contenzione fisica.**

Bellenger E, Ibrahim JE, Bugeja L, Kennedy B Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. Age Ageing. 2017 Jan 3. doi: 10.1093/ageing/afw246. [Epub ahead of print]

# Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?

Gli ospiti deceduti a causa della contenzione avevano un'età media di 83 anni; 4 erano affetti da demenza, tutti avevano una ridotta mobilità ed erano contenuti per prevenire le cadute.

4 residenti erano in RSA da 7 mesi o più. 1 residente era stato ricoverato da 2 giorni per un periodo di sollievo.

Bellenger E, Ibrahim JE, Bugeja L, Kennedy B Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. *Age Ageing*. 2017 Jan 3. doi: 10.1093/ageing/afw246. [Epub ahead of print]

# Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?

La causa della morte è stata accertata dal medico legale che ha eseguito l'autopsia e formulata come "compressione del collo o asfissia meccanica" a seguito dello scivolamento verso il basso di ospiti contenuti in sedia con cintura addominale (2 ospiti) e in 3 ospiti contenuti a letto con cintura o spondine che a seguito del tentativo di scendere da letto sono rimasti intrappolati nella cintura o tra la spondina.

Bellenger E, Ibrahim JE, Bugeja L, Kennedy B Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. *Age Ageing*. 2017 Jan 3. doi: 10.1093/ageing/afw246. [Epub ahead of print]



# OUTLINE

- Anziani e cadute
- Perché gli anziani cadono? Fattori di rischio di caduta
- Contenzione per evitare le cadute nelle persone istituzionalizzate: quali evidenze di efficacia?
- **Obiettivo prevenzione: interventi e evidenze**

# Obiettivo prevenzione: interventi e evidenze

È possibile prevenire e comprimere il rischio di caduta attraverso la valutazione delle singola persona e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali.

Un programma di gestione del rischio di caduta deve in primis valutare il profilo di rischio e le caratteristiche della persona.

# **Obiettivo prevenzione: Valutare il rischio di caduta**

Gli anziani che hanno riferito una caduta, o riportano cadute ricorrenti nell'anno precedente, o dimostrano anomalie dell'andatura e/o dell'equilibrio, dovrebbero essere valutati con un approccio multifattoriale che comprenda i possibili fattori di rischio di caduta.

Questa valutazione dovrebbe essere eseguita da un professionista sanitario dotato di competenze ed esperienza adeguate.

# Obiettivo prevenzione: Valutare il rischio di caduta

La valutazione multifattoriale dovrebbe comprendere (1)

- Storia di cadute.
- Valutazione dell'andatura, equilibrio e mobilità, e debolezza muscolare.
- Valutazione del rischio di osteoporosi.
- Valutazione della capacità funzionale percepita e della paura di cadere.
- Valutazione della disfunzione visiva.

# Obiettivo prevenzione: Valutare il rischio di caduta

La valutazione multifattoriale dovrebbe comprendere (2)

- Valutazione dei deficit cognitivi e esame neurologico.
- Valutazione dell'incontinenza urinaria.
- Valutazione dei rischi ambientali.
- Esame cardiovascolare e revisione dei farmaci.

ORIGINAL ARTICLE

## **Post-hoc validation of the Conley Scale in predicting the risk of falling with older in-hospital medical patients: findings from a multicentre longitudinal study**

**Alvisa Palese<sup>1</sup> · Silvia Gonella<sup>2</sup> · Anna Lant<sup>1</sup> · Annamaria Guarnier<sup>3</sup> · Paolo Barelli<sup>3</sup> · Paola Zambiasi<sup>3</sup> · Elisabetta Allegrini<sup>4</sup> · Letizia Bazoli<sup>5</sup> · Paola Casson<sup>6</sup> · Meri Marin<sup>7</sup> · Marisa Padovan<sup>8</sup> · Michele Picogna<sup>9</sup> · Patrizia Taddia<sup>10</sup> · Daniele Salmaso<sup>11</sup> · Paolo Chiari<sup>12</sup> · Tiziana Frison<sup>13</sup> · Oliva Marognolli<sup>2</sup> · Federica Canzan<sup>2</sup> · Elisa Ambrosi<sup>2</sup> · Luisa Saiani<sup>2</sup>**

**The Conley Scale is not able to predict falls in elderly acute medical patients, and has reported poor internal consistency and accuracy.**

# Obiettivo prevenzione: Valutare il rischio di caduta

E' necessario considerare particolarmente a rischio le persone affette da patologie che possono:

- compromettere la stabilità posturale e la deambulazione;
- condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio temporale;
- causare episodi ipotensivi;
- aumentare la frequenza minzionale.

Ministero della Salute (2011), Raccomandazione n. 13. Prevenzione e Gestione della Caduta del Paziente nelle Strutture Sanitarie

# Obiettivo prevenzione: Valutare il rischio di caduta

Rispetto alla terapia farmacologica è importante considerare a rischio le seguenti situazioni:

- assunzione di farmaci che influenzano particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio, la pressione arteriosa;
- politerapia: le persone che assumono 4 o più farmaci possono essere ad alto rischio di caduta;
- variazione della posologia con un incremento del dosaggio del farmaco.

Ministero della Salute (2011), Raccomandazione n. 13. Prevenzione e Gestione della Caduta del Paziente nelle Strutture Sanitarie

# Obiettivo prevenzione: interventi e evidenze

- I programmi progettati per ridurre le cadute nelle strutture per anziani sono generalmente multiformi, utilizzano un approccio interdisciplinare per affrontare i fattori di rischio intrinseci ed estrinseci nei residenti ad alto rischio.

Rask K et al Implementation and evaluation of a nursing home fall management program. J Am Geriatr Soc. 2007 Mar;55(3):342-9.

Tricco AC et al **Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis.** JAMA. 2017 Nov 7;318(17):1687-1699

Key Points

**Quali interventi sono efficaci per ridurre le cadute nelle persone anziane (74-84aa)?**

**Risultati:**

Nella meta-analisi che comprendeva 54 studi e 41.596 partecipanti, sono risultati significativamente associati a un minor rischio di cadute, rispetto alle cure abituali:

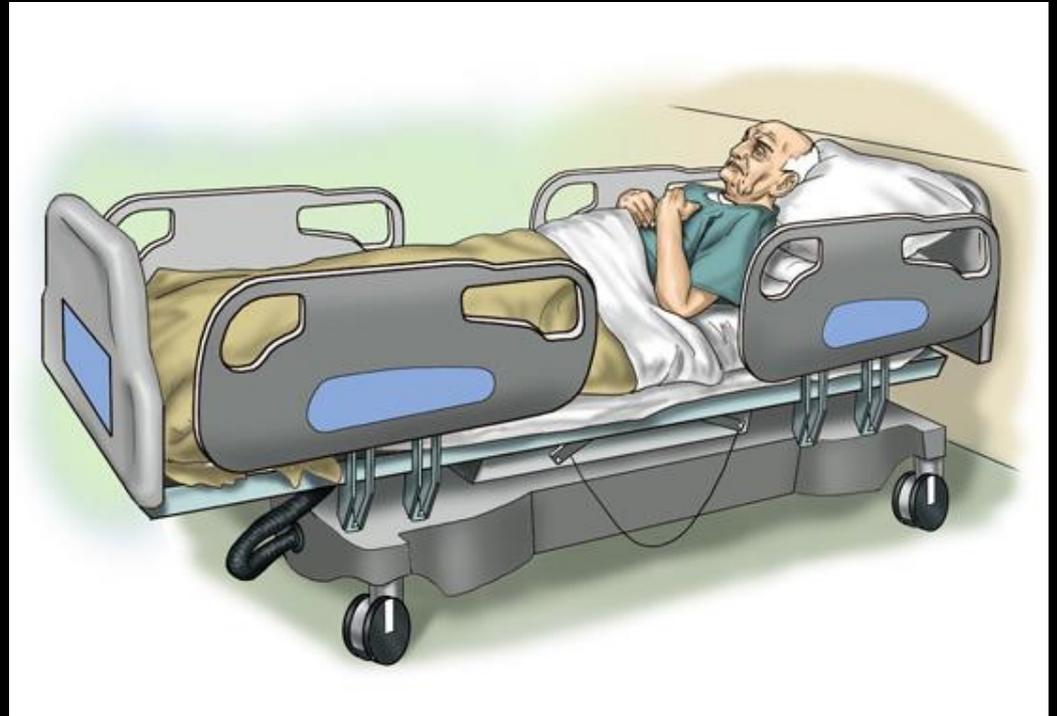
- Esercizio fisico (OR 0,51),
- Esercizio fisico con + valutazione e trattamento dell'impairment visivo + valutazione e modifica dell'ambiente (OR, 0,30)
- Esercizio fisico + valutazione e trattamento dell'impairment visivo (OR, 0,17)
- Valutazione e trattamento multifattoriale + integrazione di calcio e supplementazione di vitamina D (OR 0,12).

# SPONDINE

---

Quando sono  
pericolose...

**NO!**



	<b>La persona è costretta a letto o sollevatore dipendente</b>	<b>La persona non è né indipendente né immobile</b>	<b>La persona può muoversi senza aiuto da parte del personale</b>
<b>La persona è confusa e disorientata</b>	<b>UTILIZZA LE SPONDINE CON CAUTELA</b>	<b>NON UTILIZZARE LE SPONDINE</b>	<b>NON UTILIZZARE LE SPONDINE</b>
<b>La persona è soporosa</b>	<b>PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE</b>	<b>UTILIZZA LE SPONDINE CON CAUTELA</b>	<b>NON UTILIZZARE LE SPONDINE</b>
<b>La persona è orientata e vigile</b>	<b>PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE</b>	<b>PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE</b>	<b>PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE</b>
<b>La persona è in coma</b>	<b>PUOI UTILIZZARE LE SPONDINE</b>	<b>NPSA. Using bedrails safely and effectively. <a href="http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59815">http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59815</a>. 2007</b>	

# Come possiamo ridurre il rischio di complicanze associate all'uso delle spondine?

- [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk) search key word 'bedrails'
- [www.mhra.gov.uk](http://www.mhra.gov.uk) search key word 'bed rails'



Utilizza delle coperture per le spondine:

1. per ridurre il rischio che i pazienti battendo le gambe e le braccia sulla spondina si procurino dei traumi;
2. per evitare che restino intrappolati tra le sbarre.



# Progetto “La scontenzione”

**Ridurre il ricorso alla contenzione fisica nei Centri di Servizio  
affidenti all'azienda ULSS n° 7 Pedemontana**

**15 CENTRI SERVIZI (RSA) e 1 OSPEDALE DI COMUNITA'**

**1424 posti RSA + 12 Ospedale di Comunità**

REGIONE DEL VENETO



**ULSS7**  
PEDEMONTANA

# **Interventi nei residenti a rischio di caduta**

# Step 1

- La persona all'ingresso in struttura è valutata con la scala Morse allo scopo di valutare il rischio di caduta.
- La persona residente è rivalutata con la scala Morse se si verifica una caduta, viene diagnosticata una nuova patologia, è prescritta terapia infusiva o si modifica una delle seguenti condizioni: mobilità, andatura, stato mentale e comunque ogni 6 mesi.

# Morse Fall Scale (1997)

VARIABILI	CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTI
<b>Anamnesi di cadute</b>	La persona cade per la prima volta o è caduta nei tre mesi precedenti	<b>25</b>
<b>Comorbilità</b>	La persona ha più di una diagnosi medica (consulta la documentazione clinica)	<b>15</b>
<b>Supporto alla deambulazione</b>	La persona deambula senza ausili (con o senza aiuto), o usa la sedia a rotelle, o è immobilizzata a letto e non esce mai dal letto	<b>0</b>
	La persona utilizza per deambulare le stampelle, il bastone o il deambulatore	<b>15</b>
	La persona cammina aggrappandosi agli arredi	<b>30</b>
<b>Terapia EV</b>	La persona ha in terapia infusioni endovenose o ha un catetere venoso	<b>20</b>

VARIABILI	CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTI
Andatura	<p><b>Normale</b></p> <p>La persona cammina con la testa eretta, le braccia oscillano liberamente, il passo è lungo e deciso.</p> <p>NB: se la persona è <b>costretta a letto e/o in carrozzina</b> assegnare <b>0</b></p>	<b>0</b>
	<p><b>Debole</b></p> <p>La persona cammina con il capo chino, ma è in grado di sollevare la testa mentre cammina senza perdere l'equilibrio, i passi sono corti e la persona può trascinarsi a fatica.</p>	<b>10</b>
	<p><b>Difficoltosa</b></p> <p>La persona manifesta una o più delle seguenti condizioni:  Ha difficoltà ad alzarsi dalla sedia o dalla carrozzina (compie numerosi tentativi prima di riuscirci).  Cammina a testa china guardando a terra.  Poiché ha un equilibrio precario deve aggrapparsi agli arredi o ad una persona o ad un bastone: senza non è in grado di camminare</p>	<b>20</b>
Stato mentale	<p><i>Per valutare se la persona è consapevole della propria capacità a deambulare CHIEDI:  “Sig/Sig.ra... è in grado di andare al bagno da solo/sola o ha bisogno di assistenza?”</i></p>	
	<p>La risposta è <b>coerente</b> con le reali capacità della persona riportate nella documentazione clinica</p>	<b>0</b>
	<p>La risposta <b>non è coerente</b> con le reali capacità della persona riportate nella documentazione clinica</p>	<b>15</b>

# Morse Fall Scale (1997)

<b>MORSE PUNTEGGIO</b>	<b>RISCHIO DI CADUTA</b>
<b>0-24</b>	<b>Assente</b>
<b>25-55</b>	<b>Basso rischio</b>
<b>&gt;55</b>	<b>Alto rischio</b>

Morse, J.M. (1997). Preventing patient falls. Thousand Oaks, Sage Publications

# Diagramma di flusso 1



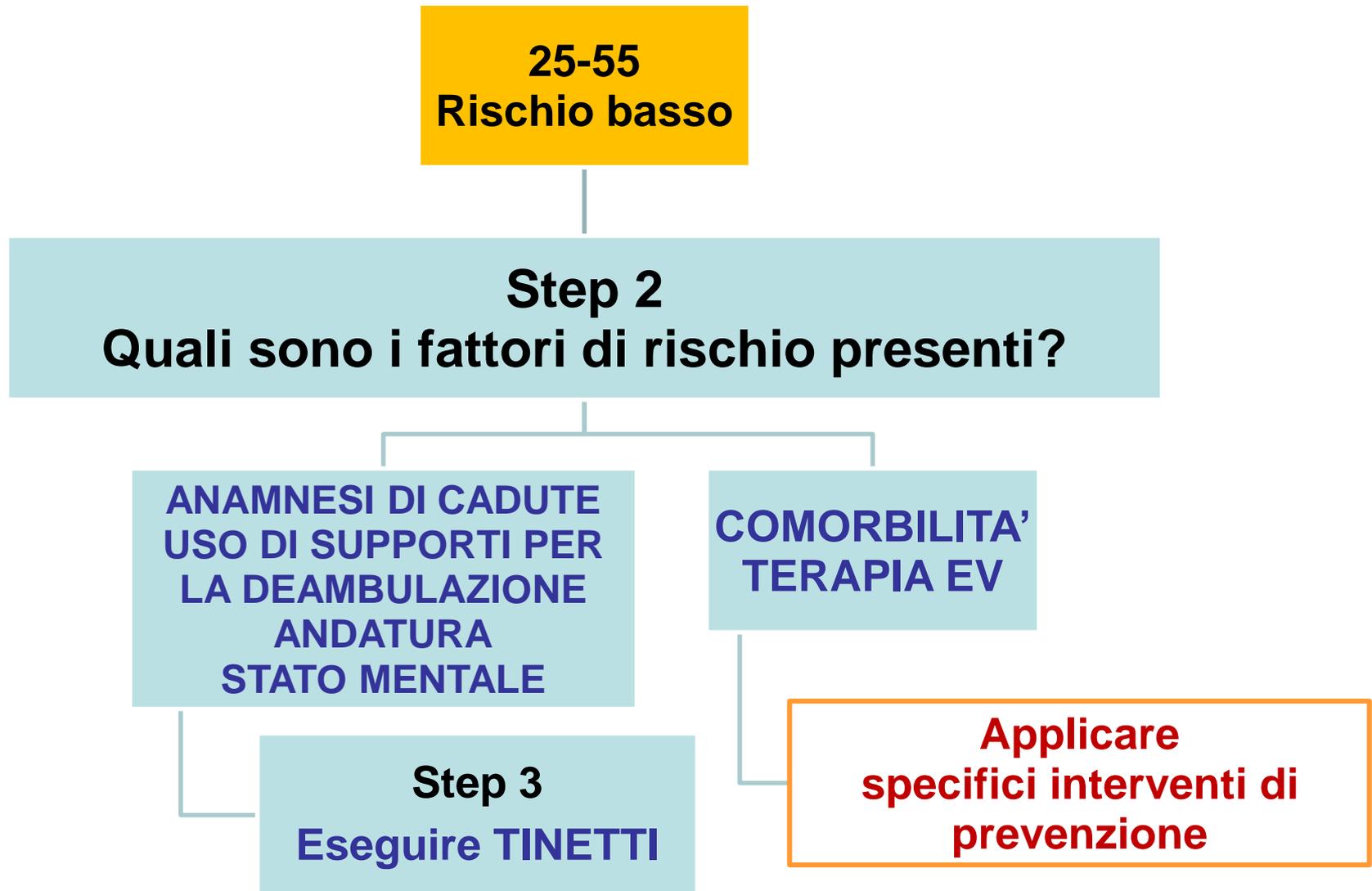
# Diagramma di flusso 2

**0-24**  
**Rischio assente**  
**INTERVENTI**

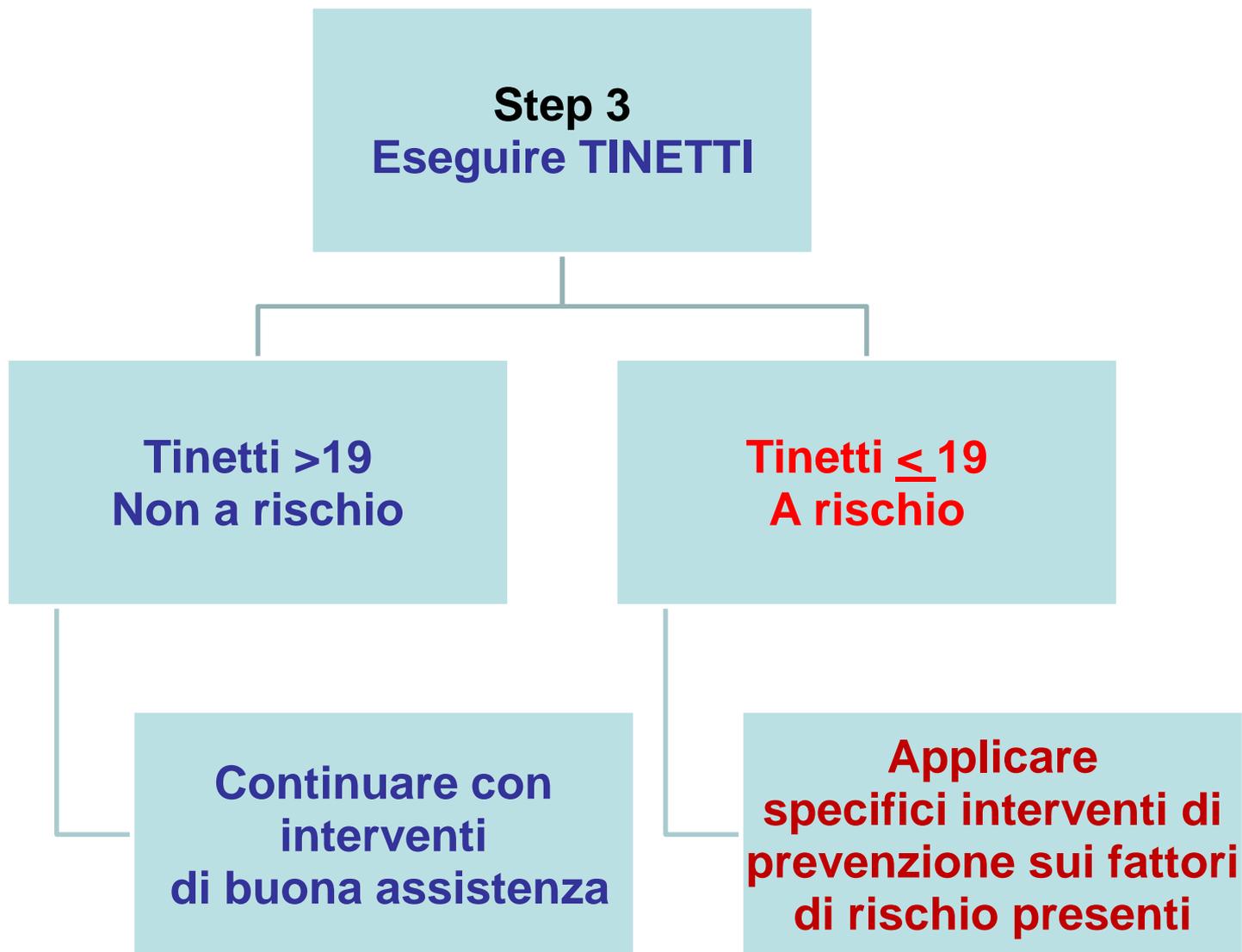
Rivalutare se si  
modifica una delle  
condizioni valutate  
dalla Morse e  
comunque ogni 6 mesi

**Buone prassi  
assistenziali**

# Diagramma di flusso 3



# Diagramma di flusso 4



**>55**  
**Alto Rischio**  
**INTERVENTI**

**Applicare**  
**specifici interventi di**  
**prevenzione sui fattori**  
**di rischio presenti**





# Buone prassi

**PROMUOVERE IL MOVIMENTO**

**FORNIRE AUSILI APPROPRIATI**

**GARANTIRE VISTA E UDITO**

**ADEGUARE ABBIGLIAMENTO e CALZATURE**

**GESTIRE LA TERAPIA FARMACOLOGICA**



# Buone prassi

## GESTIRE LA TERAPIA FARMACOLOGICA

<b>OBIETTIVO</b>	Rivalutare periodicamente i farmaci in terapia secondo le indicazioni della riconciliazione terapeutica, valutare la posologia, segnalare la comparsa di effetti non attesi riconducibili ai farmaci in terapia.
<b>RAZIONALE</b>	I Farmaci che aumentano il rischio di caduta più comunemente prescritti sono farmaci per le malattie cardiovascolari, benzodiazepine, antidepressivi, antiepilettici, antipsicotici, antiparkinsoniani e oppioidi. L'assunzione giornaliera di quattro o più farmaci è associata alle cadute, probabilmente perché implica un maggior rischio di uso improprio di farmaci, reazioni avverse e interazioni farmacologiche.
<b>PERSONALE COINVOLTO</b>	<b>MEDICO</b> <b>INFERMIERE</b>  Prima dell'ingresso <b>l'infermiere</b> richiede al medico di medicina generale la terapia in prescrizione.
<b>VALUTAZIONE ALL'INGRESSO E PERIODICA</b>	All'ingresso il <b>medico</b> provvede ad una revisione accurata della terapia fino ad allora assunta dalla persona al fine di stimare la tipologia e la prevalenza delle Prescrizioni Potenzialmente Inappropriate e, in particolare, valutare se in terapia vi siano farmaci che possono aumentare il rischio di caduta.
<b>INTERVENTI</b>	Il <b>medico</b> esegue una revisione/valutazione periodica della terapia farmacologica in atto e ne valuta in collaborazione con l'infermiere e gli operatori gli effetti sulle capacità motorie. Se necessario provvede a sospendere/modificare farmaci che possono ridurre le abilità. Prima di una nuova prescrizione terapeutica il <b>medico</b> e <b>l'infermiere</b> rivedono i farmaci già in terapia per valutare o rivalutare gli obiettivi terapeutici che possono essere conseguiti alla luce delle condizioni cliniche correnti, ridefinendo ad esempio l'opportunità del prosieguo delle terapie in corso.



# LA PERSONA SOVRASTIMA LE PROPRIE ABILITÀ INTERVENTI

Se la persona è in grado di recepire semplici istruzioni l'**infermiere**, e il **fisioterapista** gli illustrano come alzarsi dal letto o dalla sedia e quando chiamare il personale di assistenza.

Se la persona non accetta o non è in grado di comprendere/attuare semplici istruzioni è necessario aumentare la sorveglianza:

- l'**educatore professionale/animatore** intensifica le attività occupazionali.
- gli **operatori** sono sollecitati nel fornire assistenza nell'alzata, nella messa a letto, nei passaggi posturali e nelle cure igieniche.