



Assistenza e Cura a Domicilio
del Mendrisiotto e Basso Ceresio

LA VOGLIA DI CURARSI A DOMICILIO

Zona Centrale / Stabio

LE CADUTE

A DOMICILIO



PROTOCOLLO 3
PROTOCOLLO 040

Caso clínico



- Seguito da ACD dal 2014 (CS, iniezione SC)
- Maschio
- 87 anni
- Religione cattolica
- Vedovo
- Tecnico / Dirigente
- Vive solo, casa di proprietà su più livelli (scale)
- Legge libri e quotidiani, si relaziona volentieri con amici e conoscenti

GRADO DI COSCIENZA



- Orientato nei 4 parametri
- Memoria conservata
- Comportamento adeguato
- Coerente nelle risposte

GRADO DI MOBILITÀ

- Si mobilizza e deambula autonomamente, con ausilio
- Automunito
- Necessita di aiuto per vestirsi al mattino, supervisione per lavarsi
- Pranza al ristorante di un amico o dai figli, autonomo per colazione e cena
- Autonomo nella gestione finanziaria
- Autonomo nella gestione farmacologica
- Aiutato nell'ED



DIAGNOSI



- Leggera sindrome extra piramidale (2016)
- Instabilità dell'equilibrio con cadute recidivanti (2016)
- Leggero rallentamento ideo motorio (2016)
- Importante gonartrosi destra con esiti di borsitte cistica tipo Baker (2016)
- Cardiopatia ipertensiva (2014)
- Lieve insufficienza mitralica
- Blocco di branca sinistra (BBS)
- Insufficienza renale acuta (2014)
- Parkinsonismo di origine non chiara con paralisi sopranucleare progressiva(2014)
- Estesa leucoencefalopatia vascolare cronica (2014)
- Ipovitaminosi D, B12 (2014)

TERAPIA

- Vitarubin s/c 1000 mcg
- Vitamina D3 500 IU/gtt

Tra il 13 luglio e il 4 agosto

- Lyrica 25 mg 0 – 1 – 0
- Co-Dafalgan 500 1- 0 – 0 – 1



ogni 2 mesi
20 gtt 1/7

RISORSE



- Figlia a 5 km
- Figlio nello stesso paese, entrambi molto presenti
- ACD per aiuto a vestirsi 7 gg/7 e igiene totale 2 gg/7
- ACD per CS 1 gg/7
- Operatrice privata per ED
- Amico ristoratore e figli per i pasti
- Podologa
- MC
- Geriatra

MEZZI AUSILIARI

- Stampella
- Box doccia con tappetino antiscivolo, maniglie, sgabello
- Scale con corrimano
- Protezioni igieniche assorbenti, pappagallo

CADUTE

- **Fine Maggio 2016**

Da solo in casa cade in bagno senza traumi. Presenta un decadimento fisico importante, deambula trascinando i piedi, ipotonia e astenia AI

- **Inizio Giugno 2016**

Discussione clinica: si propone incontro, montascale, rialzo per il WC, sgabello per la doccia e maniglia, Key Box, TeleSoccorso, il letto elettrico, pasti a domicilio, aiuto per ED, attivazione di un volontario una volta alla settimana.

- **Agosto 2016**

Da solo in casa cade in bagno per due volte scivolando sul pavimento bagnato, procurato una FLC in prossimità dell'orecchio dx e contusioni AI con ematomi diffusi e lesione braccio sx

RICOVERO

- Post visita dal MC e dal geriatra e conseguente TAC alla colonna vertebrale si decide per un ricovero a causa del rallentamento motorio con marcata ipotonia in clinica a Novaggio per riabilitazione.
- Esiti TAC: negativo
- Dal **4 luglio 2016 al 15 luglio 2016** ricoverato in clinica di Novaggio.



STRATEGIE PROPOSTE / EFFETTUATE

✓ Incontro

(caregivers, utente, infermiere)

Utente/figli molto collaborativi e propositivi con équipe, ottimisti nel recupero

✓ Informato MC

✓ Valutazione cadute (rischio elevato cadute /caduta)

✓ AS

○ Badante

○ Pasti al domicilio

○ Letto elettrico

○ Montascale



✓ Ausili (stampella, calzature adeguate)

✓ Box doccia con tappeto antiscivolo, maniglie, sgabello

✓ TeleSoccorso

✓ Protezioni igieniche assorbenti, pappagallo

✓ Aiuto per ED fissa

✓ Key Box

✓ Fisioterapia

✓ Sensibilizzazione

CONCLUSIONI – OBIETTIVI RAGGIUNTI E DA MANTENERE

Obiettivo raggiunto (tempistica entro 6 mesi dall'evento acuto) :

- Diminuire il rischio cadute da elevato a moderato
- Sicurezza parziale
- Ripresa dell'autonomia/risorse personali
- Ripresa della vita sociale
- Ripresa dell'autostima



Obiettivo da mantenere:

- Monitoraggio costante sicurezza ambientale/domestica e personale
- Controllo del dolore
- Proseguimento dell'autonomia/risorse personali
- Mantenimento adeguato alimentazione/idratazione

Obiettivo da raggiungere:

- Ginnastica
- Fisioterapia
- Miglioramento sicurezza ambiente domestico (utente acritico)

LA DEFINIZIONE DELLE CADUTE

Secondo l'OMS:

“una caduta è un evento improvviso in conseguenza del quale una persona si ritrova involontariamente distesa su un pavimento o su un piano più basso”

La testimonianza della caduta è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni.

TIPI DI CADUTE

Le cadute possono essere classificate come:

- **accidentali:** caduta involontaria (scivolando su pavimento (bagnato)): 14%
- **imprevedibili:** non prevedibili fino al momento della caduta: 8%
- **prevedibili:** soggetti esposti a fattori di rischio identificabili: 78%

EPIDEMIOLOGIA DELLE CADUTE

- In Svizzera, ogni anno cadono ca. 270 000 persone, 80 000 di queste hanno più di 65 anni
- Delle 1300 persone che muoiono a causa di una caduta, oltre il 90 % ha più di 65 anni [2]
- Negli over 65enni cade il 25% delle persone che vive a casa propria e il 39% di chi vive in una casa di riposo o di cura [3]
- I costi legati alle cadute degli over 65enni ammontavano mediamente (2003–2008) a circa 1,4 mld di franchi l'anno [4]

LE DIMENSIONI DEL FENOMENO

- Con l'evoluzione demografica in Svizzera, in particolare dell'invecchiamento demografico, le sfide tenderanno ad aumentare:

tra il 2010 e il 2060, il numero degli over 80enni sarà quasi triplo [5]

PROCESSO DI INVECCHIAMENTO

- I processi di invecchiamento biologici che comportano la **RIDUZIONE DELLA FORZA MUSCOLARE** e la perdita della capacità **VISIVA ED AUDITIVA** vanno di pari passo con un'elevata prevalenza di cadute
- Le cadute **INFLUENZANO** spesso lo stato di **SALUTE GENERALE** delle persone anziane e possono rendere necessario il ricovero in un ospedale o in una casa di cura e di riposo

FATTORI DI RISCHIO

La combinazione di diversi fattori di rischio comporta una caduta.

- La **DEBOLEZZA MUSCOLARE** (rischio di caduta 4 volte superiore)
- I disturbi **DELL'ANDATURA e DELL'EQUILIBRIO** (rischio di caduta 3 volte superiore) [7]

FATTORI DI RISCHIO

Esistono fattori di rischio:

- **ESTRINSECI** (riferiti all'ambiente fisico)
- **INTRINSECI** (riferiti all'individuo)

Per prevenire le cadute bisogna dunque intervenire su questi punti

Gli interventi che sembrano essere i più **EFFICACI** sono quelli che mirano a migliorare i fattori di rischio **INTRINSECI**
[8]

[8] Heinimann NB, Kressig RW. *Stürze im Alter, Mini Review. Praxis* 2014, 103(13):767773.

FATTORI DI RISCHIO

INTRINSECI

relativi al paziente [9, 10]

- Anamnesi di precedenti cadute e/o ricoveri correlati
- Età avanzata
- Patologie
- Ridotta mobilità e alterata andatura; debolezza muscolare
- Abitudini di vita sedentarie
- Stato psicologico
- Deficit nutrizionale
- Deficit cognitivo
- Problemi di vista
- Problemi ai piedi
- Farmaci assunti

FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI

Stato sociale, all'ambiente e alle attrezzature [9, 10]

- Isolamento sociale, difficoltà finanziarie
- Pavimenti
- Corridoi
- Scale
- Camere e bagni
- Letti
- Carrozine
- Oggetti riposti in alto
- Ausili

I problemi vescicali e le cadute



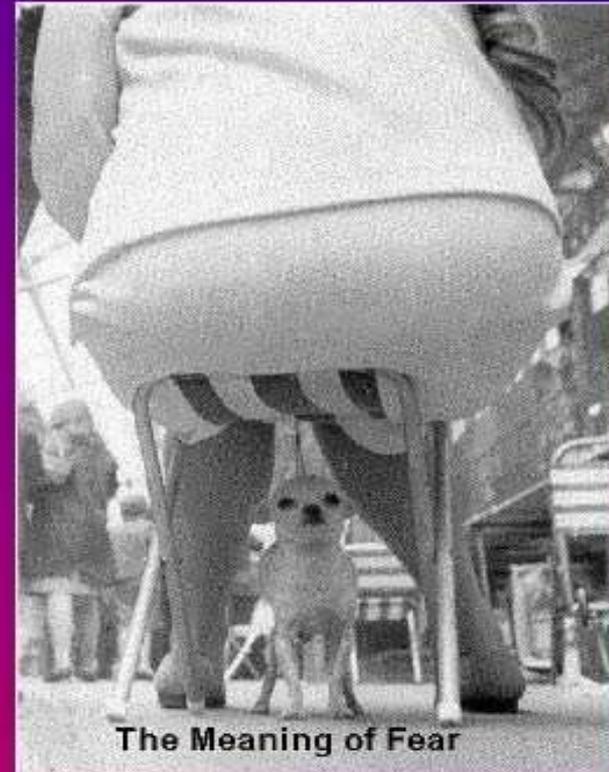
- Incontinenza
- Eccessiva frequenza
- Urgenza (bisogno di arrivare in fretta al bagno)
- Nicturia
- Infezioni delle vie urinarie

FARMACI e RISCHIO CADUTE

- **Aminoglicosidi:** danno vestibolare diretto
- **Analgesici** (specialmente oppioidi): riduzione della vigilanza o ritardo nell'elaborazione centrale
- **Antiaritmici:** riduzione della perfusione cerebrale
- **Antipertensivi** (specialmente vasodilatatori): riduzione della perfusione cerebrale
- **Antipsicotici:** sindromi extrapiramidali
- **Diuretici** (specialmente se disidratazione): riduzione della perfusione cerebrale
- **Farmaci psicotropi** (antidepressivi, antipsicotici e benzodiazepine): riduzione della vigilanza o ritardo nell'elaborazione centrale

CONSEGUENZE DELLE CADUTE

- **Riduzione dell'autosufficienza**
 - per il danno diretto causato dall'eventuale trauma o frattura
 - per autolimitazione del paziente
- **Peggioramento della qualità della vita**



- “Paura di cadere”
- ⇒ Riduzione dei rapporti sociali
- ⇒ Riduzione dell'attività fisica
- ⇒ Depressione

SINDROME POST CADUTA

«Il grande timore di cadere di nuovo»

- Dopo una caduta si osservano non solo conseguenze fisiche gravi, ma anche psicosociali che non sono da meno.

Mentre una frattura guarisce, è spesso più difficile riacquistare la fiducia in sé andata persa.

- La sindrome post-caduta innesca una spirale negativa con conseguente riduzione delle **attività, allenamento insufficiente, perdita dell'equilibrio e ritiro dalla vita sociale.**

SINDROME POST CADUTA

Caratteristiche della sindrome post-caduta:

- Insicurezza e panico
- Ripresa lenta e a singhiozzi dopo una caduta
- Camminare aggrappandosi e irrigidendo i muscoli
- Disturbi dell'umore, depressione
- Aggressività
- Rifiuto
- Perdita dell'autonomia e della mobilità

INTERVENTI / STRATEGIE

- Favorire prevenzione delle cadute
- Identificare situazioni che comportano rischi di caduta
- Identificare rischio di caduta e garantire interventi di prevenzione
- Condividere strumenti di rilevazione della caduta
- Organizzare interventi per favorire il pronto recupero
- Uniformare segnalazione dell'evento caduta
- Attuare interventi per evitare il ripetersi dell'evento

ACCERTAMENTO DEL RISCHIO

**RISULTA FONDAMENTALE UN RICONOSCIMENTO RAPIDO
DEI FATTORI DI RISCHIO PER LA REALIZZAZIONE DI
INTERVENTI DI PREVENZIONE**

- Se una persona è a rischio caduta o lo si presuppone, sarà utile partire dai fattori di rischio per chiarire dei quesiti specifici per farsi un'idea del problema principale e degli effetti sulla vita quotidiana.

SCALA TINETTI

- Utilizzato per prevenire il rischio cadute identificando i rischi
- Un punteggio oggettivo a una prestazione motoria soggettiva

SCALA COONLEY

- Per stabilire il grado di rischio di caduta

Strutturata in due parti:

- **Le precedenti cadute**
- **Il deterioramento cognitivo**

1. MISURE PREVENTIVE

- Non camminare su pavimenti bagnati
- Nel bagno far installare maniglie che facilitino la possibilità di rialzarsi ed eventualmente dei rialzi sul water
- Nella vasca da bagno mettere sul fondo un tappeto o delle strisce antiscivolo
- Applicare nella vasca l'asse o nel locale doccia uno sgabello solido, che consenta di sedersi, oltre ad una maniglia ben fissata alla parete per avere un appoggio
- Usare il bastone se necessario, ed assicurarsi che abbia un puntale di gomma

2. MISURE PREVENTIVE

- Illuminare bene gli ambienti con gli interruttori in posizioni sicure e facili da raggiungere
- Evitare tappeti, sgabelli
- Non usare cere per pavimenti
- Non usare letti troppo alti
- Indossare calzature chiuse ed evitare le ciabatte
- Far installare dei corrimano lungo i muri, di facile presa

3. MISURE PREVENTIVE



- Fisioterapia
- Promuovere le attività proprie (allenamento a casa)
- Consulenze per prevenire le cadute nella vita quotidiana
- Coinvolgere parenti / conoscenti, e specialisti
- Gestione clinica delle patologie che aumentano rischio cadute
- TeleSoccorso

START LOW GO SLOW



FISIOTERAPIA /ALLENAMENTO

Vanno allenati principalmente **L'EQUILIBRIO** e la **FORZA**

- **Equilibrio**

Processi degenerativi dell'età dovuti all'insufficiente allenamento dell'equilibrio comportano maggiori oscillazioni e irregolarità nell'andatura che sono legati a un maggiore rischio di caduta [9]

- **Forza**

L'allenamento della forza con l'obiettivo di aumentare la forza muscolare e della forza esplosiva affinché le attività quotidiane possano nuovamente essere svolte autonomamente



Gschwind YI, Wolf I, Bridenbaugh SA, Kressig RW. *Best Practice Gesundheitsförderung im Alter (BPGFA): Teilbereich Sturzprävention*. Basilea: Ospedale universitario Basilea; 2011.

FISIOTERAPIA/ ALZARSI DA TERRA

Il 47% delle persone cadute, ma rimaste illese, non sono in grado di rialzarsi da sole dopo essere cadute [14]

Per questo motivo è importante che durante le sedute di fisioterapia si esegua, per il paziente anziano, a prescindere dalla patologia, **L'ESERCIZIO** di mettersi per terra e di rialzarsi

Tinetti M, Liu WL, Claus EB. *Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons. JAMA.* 1993; 269:6570.

IN CASO DI CADUTA

- Non sottovalutare l'episodio
- Verificare se l'anziano ha perduto conoscenza, se respira e come respira, se il polso è regolare
- Non sollevarlo da terra prima di avere verificato che non abbia lesioni traumatiche
- Accertarsi come e in quali circostanze sia caduto per poterli riferire al medico
- Nei casi dubbi consultare il medico e/o chiamare un'ambulanza per il trasporto in ospedale se il paziente è confuso, ha vertigini, mal di testa, o se si sospetta una frattura

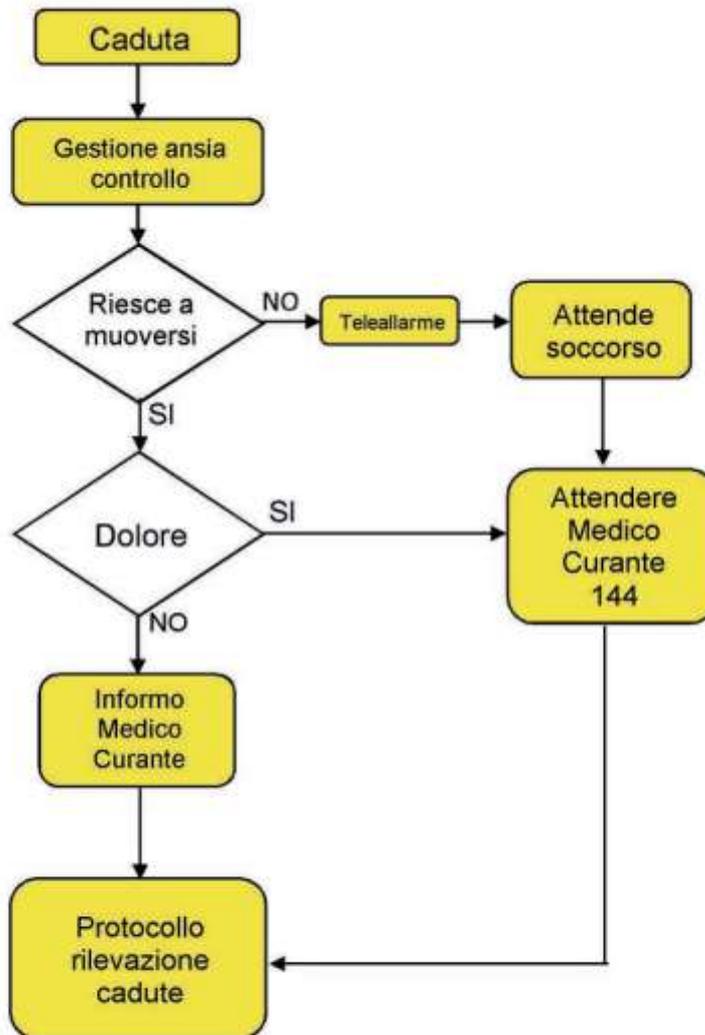
PROTOCOLLO ACD 3

3/2011

- Prima di mobilitare l'utente, valutare se ha riportato lesioni, se vi sono segni di trauma e fratture, se vi sono segni di trauma cranico
- Se di propria competenza rilevare e registrare i parametri vitali
- Se pericolo di vita chiamare il 144. Altrimenti comunicare al CE di riferimento la caduta del paziente e le sue condizioni. Completare il rapporto indicando se è caduto in presenza dell'operatore o di terze persone e le circostanze relative al luogo, orario, attività svolta. Il CE di riferimento indicherà quali provvedimenti intraprendere (informare il medico curante per una rapida valutazione clinica, invio di un infermiere per una valutazione dei parametri e una seconda valutazione, informare la famiglia, controlli e passaggi supplementari)
- Organizzare interventi e famigliari in modo da garantire l'osservazione della persona per le complicanze tardive nel caso di trauma cranico
- Segnalare l'accaduto nel decorso. E successivamente registrare le azioni svolte per monitoraggio e i risultati ottenuti (follow-up)
- Aggiornare il piano di cura, ricordando che un utente che cade è da ritenere un utente a rischio di ulteriore cadute. Devono essere indicate le presunte cause di caduta per permettere la valutazione dell'efficacia degli interventi, specificare lo sforzo di prevenzione e la risposta dell'utente ai vari interventi



Prevenzione cadute: procedura in seguito ad una caduta



copyright PIPA 2013

VALUTAZIONE POST CADUTA

Aggiornare il piano di cura, un utente che cade è un utente a rischio di ulteriore caduta.

Devono essere indicate le presunte cause di caduta per permettere la valutazione dell'efficacia degli interventi, specificare lo sforzo di prevenzione e la risposta dell'utente ai vari interventi (protocollo 3 ACD)

- Ricostruzione della caduta
- Sindrome post-caduta
- Cadute precedenti
- Misure adottate e da adottare

Associazione P.I.P.A

“
Prevenzione Incidenti Persone Anziane
”

Obiettivo

- Ridurre l'incidenza delle fratture senza diminuire la qualità di vita dell'anziano
- Favorire l'adozione di misure preventive generali attraverso il cambiamento degli atteggiamenti e delle abitudini, in vista di un miglioramento delle qualità di vita degli anziani

Strumenti utilizzati

- Consulenza e formazione
- Produzione e diffusione di materiale informativo
- Mostre
- Animazioni

www.lnrg.ch/pipa

AUSILI TECNOLOGICI

- TeleSoccorso
- Rilevatore fumo
- Rilevatore CO
- Localizzatore GPS
- Visione con viva voce



CONCLUSIONI

- Affinché la prevenzione delle cadute sia efficace, bisogna individuare i fattori rilevanti per le cadute e integrare la prevenzione nelle terapie individuali e di gruppo
- Per questo motivo è importante sensibilizzare gli operatori sanitari su questi argomenti e promuovere un lavoro multidisciplinare
- Il rilevamento delle cadute non è un protocollo statistico fine a se stesso, ma deve essere uno spunto per nuove strategie di prevenzione
- **Le misure preventive e gli interventi devono essere integrati IN UN CONTINUO processo di cure valorizzando le risorse residue**

PROPOSITI DAL GRUPPO PER IL FUTURO

- Durante gli incontri di gruppo è emerso il bisogno formativo in merito alla movimentazione dei carichi (utente da terra a posizione ortostatica)
- Inoltre è emersa la volontà e la necessità di conoscere degli esercizi specifici per il rinforzo muscolare e dell'equilibrio (tramite opuscoli da lasciare anche all'utente)
- È emersa anche la necessità di avere maggiori informazioni riguardo al percorso geriatrico sulle cadute, in OBV (visite specialistiche) + informazione capillare agli studi medici

FONTI

- [1] Organisation mondiale de la Santé OMS, *Aide-mémoire N°344*, ottobre 2012.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>, consultazione del 19 dicembre 2014
- [2] upi – Uf cio prevenzione infortuni, *STATUS 2014: Statistica degli infortuni non professionali e del livello di sicurezza in Svizzera*. Berna: upi; 2014.
- [3] Uf cio federale di statistica UST, *Santé des personnes âgées – Données, indicateurs; Locomotion et chutes. (in tedesco e francese)*, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07/05.html>. consultazione del 19 dicembre 2014
- [4] upi – Uf cio prevenzione infortuni, *dossier sicurezza dell'upi n. 09: Casa e tempo libero*. Berna: upi 2012.
- [5] Uf cio federale di statistica UST, *Movimento della popolazione – Dati, indicatori; Speranza di vita*.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>, consultazione del 18 dicembre 2014.
- [6] Uf cio federale di statistica UST, *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen, Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)*, Neuchâtel 2012.
- [7] American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on
Falls Prevention. *Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc*, 2001; 49(5):664672.
- [8] Heinimann NB, Kressig RW. *Stürze im Alter, Mini Review. Praxis* 2014, 103(13):767773.

[9] Gschwind YI, Wolf I, Bridenbaugh SA, Kressig RW. *Best Practice Gesundheitsförderung im Alter (BPGFA)*:

Teilbereich Sturzprävention. Basilea: Ospedale universitario Basilea; 2011.

[10] upi – Uf cio prevenzione infortuni, documentation technique 2.104: Prévention des chutes – exercices d'entraînement. Berna: upi 2013.

[11] Schädler S et al. *Assessments in der Rehabilitation. Band 1: Neurologie. 3. Au age*. Berna: Huber; 2012.

[12] Lord SR, Sherrington C, Menz B, Close JCT. *Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention*.

Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

[13] LundinOlsson L, Nyberg L, Gustafson Y. «Stops walking when talking» as predictor of falls in elderly people.

Lancet. 1997; 349:617.

[14] Tinetti M, Liu WL, Claus EB. *Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons*. *JAMA*.

1993; 269:6570.

[15] Meyer F. *Altersschwindel und Schwindel im Alter*. *Der Allgemeinarzt*. 2011; 33(20):3234.

[16] Brandt Th, Dietrich M, Strupp M. *Vertigo-Leitsymptom Schwindel*. Berlino, Heidelberg 2013.

[17] Wild et al. *How dangerous are falls in old people at home?* *British Medical Journal*. 1981; 282:266268.

[18] Jansenberger H. *Sturzprävention in Therapie und Training*. Stoccarda: Thieme; 2011: 297311.

GRAZIE PER ATTENZIONE