

DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
E PER L'INTEGRAZIONE

*Servizio Integrazione socio-sanitaria e Politiche
per la non autosufficienza*

**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*

Sommario

1. Premessa	3
2. Definizione di caduta.....	4
3. Ambito di riferimento.....	5
3. Obiettivi	5
4. Destinatari	5
5. Approccio.....	5
6. Modalità	6
7. Azioni	7
7.1. L'analisi dei fattori di rischio	8
7.1.1 Individuazione Fattori ambientali, strutturali, ergonomici.....	8
7.1.2 Analisi dei fattori organizzativi.....	9
7.1.3 Identificazione dei fattori di rischio dei singoli ospiti e strategie di intervento possibili .	14
8. L'attività fisica per il benessere della persona anziana	23
9. La formazione degli operatori	26
10. Verso una lettura integrata in termini di indicatori	27
11. Informazione ed educazione alla persona e alla sua famiglia.....	28
Bibliografia.....	31
Allegati:.....	35

1. Premessa

Questo documento è il frutto di un progetto regionale specifico realizzato nell'ambito del Piano regionale di Prevenzione 2010-2013 e viene proposto come opportunità e strumento a disposizione dei soggetti gestori di case-residenza per anziani non autosufficienti (CRA) e Centri diurni accreditati al fine di favorire l'attuazione sostanziale di alcuni requisiti 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) 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").

I soggetti gestori sono comunque tenuti a garantire detti requisiti.

Con le allegate linee di indirizzo si vuole mettere a disposizione dei soggetti gestori le buone pratiche e l'esperienza condotta nell'ambito del progetto regionale citato in precedenza, conservando un approccio globale ed integrato al benessere delle persone anziane e inquadrando in tale contesto anche le azioni finalizzate a ridurre le cadute nel rispetto del diritto alla mobilità.

Tali linee sono comunque da adattare alla specifica situazione di ogni servizio ed allo stato di avanzamento ed attuazione di progettualità specifiche e modelli organizzativi già presenti all'interno di ogni servizio.

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, 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.

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.

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 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.

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

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

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*"

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. 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 famigliari 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 famigliari 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, evidenzia **una maggiore efficacia** nel ridurre il rischio di cadute negli anziani in

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 (pannoloni), per evitare di accompagnare la persona in bagno, ecc.

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 .

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.

6. Modalità

Sulla base di quanto realizzato nel progetto regionale, nel pieno rispetto dei modelli organizzativi propri di ogni servizio, si propongono alcune modalità che consentono il raggiungimento di risultati significativi.

Prima tra queste **l'individuazione di 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.

E' 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 a quanto realizzato 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 B e scheda di monitoraggio);

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.

- 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.

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

Sulla base dell'esperienza condotta, in ordine logico e cronologico, le azioni essenziali da attuare sono le seguenti:

- a) valutazione della situazione al momento precedente l'avvio di uno specifico programma (se non già esistente);
- b) analisi dei fattori di rischio generali legati all'ambiente e all'organizzazione in modo da individuare eventuali aspetti critici su cui intervenire. Per facilitare l'analisi viene messa a disposizione una scheda “Check list per l'identificazione degli elementi di rischio per le cadute presenti negli ambienti” ;
- 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. Al fine di facilitare la raccolta di dati sull'evento cadute si propongono, sulla base dell'esperienza condotta con il progetto regionale, alcuni elementi minimi comuni (Allegato B). E' comunque necessario che ogni servizio sia dotato di uno strumento per la rilevazione dell'evento cadute;
- g) Valutazione periodica della situazione, e rilevazione almeno su base annuale dell'andamento delle cadute. Si propone una scheda di sintesi (allegato C). L'adozione condivisa della scheda consentirà confronti nel tempo nello stesso servizio e consentirà di mettere a punto programmi di miglioramento delle criticità rilevate.

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'èquipe 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

E' 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.

La Check list proposta 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.

E' 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/ coordinamento struttura)
<p>Evitare fonti di inciampo e instabilità posturale</p> <p>Evitare cause che compromettano libertà di movimento e l'esercizio delle autonomie residue</p>	<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)
<p>Assicurare comfort nel rispetto dei gusti e delle abitudini degli anziani</p> <p>Utilizzare indumenti compatibili con il rispetto della dignità persona, che permettano le manovre assistenziali e che non limitino il libero movimento dell'anziano</p>	<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 (larghezza e lunghezza inappropriate) può determinare appigli accidentali e causare cadute. 	<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. - 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) 	<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 garanzia dell'adeguatezza dell'abbigliamento alle variazioni climatiche - 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/coordinamento 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
<p>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.</p> <p>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.</p>				
Operare in accordo e con la collaborazione dell'ospite. Garantire il coinvolgimento dell'utente e/o dei familiari nella definizione dei piani assistenziali individualizzati	Compliance	L'utilizzo di un linguaggio non adeguato all'ospite può impedire la comprensione. La mancata comprensione delle informazioni o il non riconoscimento dell'importanza delle stesse può esitare in comportamenti a rischio	<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 richiedendo eventualmente un ritorno (feed back) - Quando non è comprensibile la parola, valorizzare forme di comunicazione non verbale 	- 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.

Alimentazione

Obiettivi generale	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>Assicurare un adeguato apporto nutrizionale e l'attenzione ai gusti, alle preferenze e abitudini individuali</p> <p><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></p>	<p>Alimentazione Idratazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La perdita di forza, di trofismo, di tono muscolare. l'astenia e la 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)
<p>Garantire condizioni ambientali idonee durante i pasti</p>	<p>Benessere ambientale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 singolo - 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 	<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, maggiore compresenza degli operatori negli orari (e ambienti) statisticamente più a rischio di cadute in particolare nell'immediato dopo pranzo
<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)
Garantire tutela durante il trasporto	Cinture di sicurezza Utenti con disturbi cognitivi e/o - comportamentali	Scarsa compliance dell'utente che può comportare comportamenti oppositivi Stati di agitazione tra utenti	<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	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Criteria 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;
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)”*.

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.

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

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*

Strategie possibili

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.

- E' 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".

- E' 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

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 (CONLEY)

Strategie possibili

- 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

L'OSPITE:

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

Strategie possibili

Valutare se:

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

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

Strategie possibili

L'accurata VMD da parte dell'intera équipe assistenziale, 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.

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.

L'uso degli ausili

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

L'OSPITE:

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

Strategie possibili

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

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)**

Strategie possibili

- 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

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)**

Strategie possibili

- 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

L'OSPITE:

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

Strategie possibili

- 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

L'OSPITE:

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

Strategie possibili

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 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**

Strategie possibili

- Pianificare un controllo periodico rivolto a tutti gli ospiti della struttura da parte degli operatori coinvolti direttamente nell'assistenza (oss, raa, infermiere, terapista) 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 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. E' 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.

Strategie possibili

- 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;
- Coinvolgere e responsabilizzare i familiari;

Utilizzare idonei strumenti per la misurazione del peso.

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

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.

Strategie possibili

- 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.

E' 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.

E' 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
<p>1) Mantenere/migliorare l’efficienza fisica e l’abilità motoria</p> <p>2) Prevenire il peggioramento di patologie croniche, migliorare le capacità funzionali e favorire l’autonomia</p>	<p>Forza muscolare</p> <p>Flessibilità</p> <p>Coordinazione ed equilibrio</p>	<p>Ipostenia, indebolimento muscolare, ipotrofia, rigidità articolare, disturbi della coordinazione, instabilità posturale, etc. aumentano il rischio di cadute</p>	<p>- Proporre attività fisica di gruppo/ ginnastica di gruppo</p> <p>- Proporre attività individuali o in piccoli gruppi</p> <p>Definire programmi di attività fisica mirata in relazione alle indicazioni dei PAI (in base alle competenze motorie e cognitive e alle condizioni di salute individuali)</p>	<p>- Prevedere, nei piani di attività, dei programmi di esercizio fisico – riattivazione</p> <p>- sensibilizzare gli operatori rispetto all’importanza di favorire, nella giornata di vita dell’anziano/ quotidianità, il mantenimento delle abilità motorie e delle autonomie residue</p>

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>	<p>a) proporre programmi di attività fisica che siano correlati ad attività della normale vita quotidiana dell'anziano</p> <p>b) proporre esercizi di training cognitivo (es memory training)</p> <p>c) proporre esercizi che aumentino la flessibilità e l'equilibrio</p>	<p>- Favorire lo svolgimento in sicurezza delle più semplici attività della vita quotidiana</p> <p>- Prevedere, all'interno dei programmi di attività fisica, un messaggio educativo sull'importanza del mantenersi attivi</p> <p>- Favorire le attività con terze persone per sostenere le motivazioni</p> <p>- Prevedere, all'interno dei programmi di esercizio fisico, attività di stimolazione cognitiva, della memoria etc</p> <p>- associare agli esercizi fisici momenti di <i>counselling</i> finalizzati a ridurre la paura di cadere, a informare su come comportarsi in caso di caduta e ad accrescere l'autostima del paziente</p>

Obiettivi	Componente	Descrizione elementi di rischio	Comportamenti	Strategie organizzative
<p>Per i Centri Diurni:</p> <p>Favorire la continuità attività fisica a domicilio</p>	<p>Contrastare l'inattività</p>	<p>L'inattività favorisce la perdita di abilità e di autonomia e accelera il deterioramento psico-fisico</p>	<p>- Coinvolgere il caregiver e suggerirgli le attività più idonee all'anziano</p> <p>- Sensibilizzare l'anziano a muoversi in sicurezza senza innescare paure</p>	<p>- Favorire periodici incontri individuali e di gruppo coi caregiver</p> <p>- Sensibilizzare e coinvolgere operatori dei servizi della rete formale e informale</p>

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 familiare 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
Promuovere l'informazione sui fattori che possono causare rischi di caduta	Consapevolezza del rischio	<p>- Sottovalutazione dei rischi ambientali /organizzativi</p> <p>Sottovalutazione delle condizioni psico fisiche o patologiche in grado di esporre al rischio</p> <p>Sottovalutazione delle risorse e dei comportamenti in grado di contrastare il rischio</p>	<p>- 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</p> <p>- 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</p> <p>- 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</p>	<p>- 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>
<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>	<p>- 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 permanga al domicilio o frequenti il centro diurno</p> <p>- Sottovalutazione delle prescrizioni e indicazioni del medico fisiatra o del fisioterapista riguardanti i comportamenti in grado di contrastare e/o prevenire il rischio</p>	<p>-Simulazioni finalizzate all'apprendimento dei comportamenti da adottare e dei comportamenti da evitare</p> <p>-Valutazione periodica relativa ai comportamenti adottati e evitati dall'anziano in funzione della prevenzione delle cadute</p> <p>- Valutazione periodica, da parte del fisioterapista, relativamente all'adeguatezza dell'ausilio assegnato</p>	<p>- Attuare strategie finalizzate a garantire l'aggiornamento tempestivo della documentazione socio-sanitaria e sanitaria (vedi paragrafo relativo alla comunicazione)</p> <p>- Informazione sulla necessità di rispettare le prescrizioni e indicazioni del medico fisiatra o del fisioterapista circa l'ausilio personalizzato assegnato</p>

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>	<p>- Garantire un'appropriate informazione ai familiari in merito alle strategie adottate dal centro diurno.</p> <p>-Simulazioni (comportamenti da adottare e comportamenti da evitare nel contesto domiciliare)</p> <p>Fornire suggerimenti in merito all'acquisto e all'utilizzo di ausili</p> <p>Fornire suggerimenti in merito a modifiche a domicilio che possono riguardare:</p> <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 	<p>Utilizzo di materiale illustrativo delle attività personalizzate che realizza il centro diurno</p> <p>Colloqui informativi con i familiari promossi dal responsabile del centro diurno destinati ad informare in merito alla fragilità / gestione della disabilità e rischio cadute)</p> <p>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.</p> <p>Promuovere la conoscenza e l'utilizzo degli altri servizi della rete e dei servizi specialistici di supporto (es. Centri per l'adattamento domestico – CAAD)</p>

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
- A. 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 programme’ 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 o 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, Kathhryn 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 A: Check list fattori di rischio ambientali e scheda di sintesi dell'analisi
- Allegato B: Proposta set minimo di dati sull'evento caduta
- Allegato C: Proposta di scheda di sintesi rilevazione periodica del servizio

Allegato A

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 significante, 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 barriere 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, cassetti 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

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
					ottenere luce diffusa.
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 	<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]
			parete e le ombre riportate possono disorientare/disturbare o spaventare anziani con Alzheimer o 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	Evitare elementi	-Altezza della banchina o	-L'altezza dal piano di calpestio	-Rimuovere o non collocare	-Eliminare le battute al piede

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
ED INTERNI	pericolosi	<p>traverso della finestra.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Altezza della soglia e/o battuta inferiore della portafinestra e porte antincendio. -Porte vetrate a tutta altezza. -Ingombro dell'anta aperta (finestra, portafinestra, porta interna). 	<p>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 (radiatori bassi, sedie, tavolini, ecc).</p> <ul style="list-style-type: none"> -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. 	<p>elementi fissi o mobili al di sotto di finestre che ne consentano la scalabilità.</p>	<p>degli infissi, ponendo elementi a raso o utilizzando ghigliottine.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Segnalare i vetri a tutta altezza con serigrafie, pittogrammi o altro che ne facilitino la visione. -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	<ul style="list-style-type: none"> -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. 	<ul style="list-style-type: none"> -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 	<ul style="list-style-type: none"> -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). 	<ul style="list-style-type: none"> -Ai lati dell'apertura delle porte e di fronte ad esse prevedere spazi di manovra ampi che ne facilitino l'uso.
	Evitare disorientamento	-Uso interdetti per motivi di	-Spazi interdetti all'ingresso degli		-Se possibile, collocare gli spazi

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
	nell'uso	sicurezza (depositi, locali tecnici, spazi esterni).	anziani possono creare disorientamento ed aggressività nei confronti della porta chiusa con conseguente rischio di cadute.		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. -Ombre riportate. -Visione notturna.	-Per l'abbagliamento si richiama quanto scritto in precedenza alla voce "parete". -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.	-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 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		-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

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			contenuti sulla stessa pulsantiera; a volte questo può essere causa di cadute dal letto per le manovre improprie che comportano.		illuminare gli interruttori e dotarli di riconoscimento tattile.
RAMPE (INTERNE ED ESTERNE)	Evitare cause di difficoltà nell'uso	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizzo di pavimentazioni non sufficientemente aggrappanti. -Ristagno di acqua se in esterno. -Pendenze eccessive ed ampiezze ridotte. -Carenza di segnalazione visiva e tattile. -Parapetti e corrimani carenti. 	<ul style="list-style-type: none"> -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 alla mobilità. -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. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ripristinare avvallamenti e non complanarità. -Utilizzare pendenze massime uguali o inferiori al 5%. -Segnalare con colore e con sistemi tattilo-plantari e manuali l'inizio e la fine della rampa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizzare o rendere le pavimentazioni antiscivolo -Proteggere la rampa, anche se corta, con il parapetto avente a corredo il corrimano sia a destra che a sinistra e a doppia altezza.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			<p>-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>		
SCALE	Evitare cause di pericolosità	<ul style="list-style-type: none"> -Accesso al vano scala. -Pavimentazione. -Forma del gradino (alzata e pedata). -Ampiezza delle rampe. -Tromba delle scale. -Parapetto e Corrimani. -Segnalazione delle rampe della scala. 	<ul style="list-style-type: none"> -Un facile e non controllato accesso al vano scala può condurre a rovinose cadute da parte di anziani confusi o che non hanno un buon equilibrio fisico. -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 	<ul style="list-style-type: none"> -La pavimentazione deve essere antisdrucciolo, come da norma, nel caso non lo sia apporre sul pavimento e sui gradini esistenti delle strisce aggrappanti che vanno costantemente mantenute nel tempo. -Segnalare con sistemi tattilo-plantare e manuale e con colore a contrasto l'inizio e la fine delle rampe. 	<ul style="list-style-type: none"> -L'accesso al vano scale deve essere protetto possibilmente con una porta o cancello dotato di badge o tastierino numerico. -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.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			<p>presenti su entrambi i lati della rampa, possono non accompagnare correttamente l'inizio e la fine delle rampe.</p> <p>-Mancanza di segnalazioni tattilo-plantari e manuali d'inizio e fine rampa.</p>		
	Evitare l'eccessivo affaticamento	<p>-Utilizzo dei corrimani.</p> <p>-Dimensioni di alzata e pedata.</p> <p>-Dimensione e forma dei pianerottoli intermedi.</p>	<p>-I corrimani possono risultare non adatti a persone di altezze diverse.</p> <p>-I gradini possono avere un errato rapporto fra alzata e pedata, o avere alzate diverse sulla stessa rampa.</p> <p>-I pianerottoli intermedi possono essere di ridotte dimensioni (difficoltà nell'incrocio con altre persone) ed avere gradini intermedi (gradini isolati ed inaspettati).</p>	-Predisporre l'installazione di corrimani a doppia altezza per facilitare anziani di ridotta statura.	<p>-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 anziano.</p> <p>-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.</p>
	Evitare elementi visivi disturbanti	<p>-Illuminazione del vano scala sia naturale che artificiale.</p> <p>-Riconoscibilità dei gradini.</p>	<p>-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.</p> <p>-Finestre e corpi illuminanti mal collocati possono produrre fenomeni di abbagliamento con conseguente difficoltà nella leggibilità delle rampe.</p> <p>-I gradini per persone ipo-vedenti possono risultare poco visibili e</p>	-Per rendere evidente ogni singolo gradino utilizzare due colori a contrasto: uno per la pedata e uno per l'alzata.	<p>-Intervenire affinché l'illuminazione sia il più possibile diffusa e distribuita in modo da evitare zone in penombra o ombre riportate.</p> <p>-Per evitare fenomeni di abbagliamento schermare le finestre (in esterno) e i corpi illuminanti salvaguardando un'illuminazione diffusa.</p>

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			difficilmente distinguibile l'alzata dalla pedata.		
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 il non utilizzo del corrimano stesso, così come la forma se non è consona alla corretta prensilità. -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. -La forma ad inizio e fine corrimano può favorire l'involontario appiglio di vestiario.	-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.
ARREDI: contenitori	Evitare cause di pericolosità.	-Dimensione. -Forma. -Distribuzione.	-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	-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	

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			<p>essere fonte di pericolo, soprattutto nel caso vengano usati come sostegno alla mobilità.</p> <p>-Una distribuzione che non abbia tenuto conto della mobilità interna alla stanza ed attorno all'attrezzatura in uso può produrre difficoltà di movimento.</p>	<p>(quando non in nicchia) porre altri arredi che allontanino la persona dal profilo della parete.</p> <p>-Bloccare a parete o soffitto arredi che abbiano un rapporto snello fra base ed altezza.</p> <p>-Ripensare alla distribuzione degli arredi fissi e mobili negli ambienti, in relazione alla mobilità quotidiana anche con ausili.</p>	
	<p>Evitare cause di affaticamento e di difficoltà nell'uso.</p>	<p>-Forma.</p> <p>-Accessori.</p> <p>-Ante.</p> <p>-Altezza da terra.</p> <p>-Modalità di riposto.</p> <p>-Visibilità.</p> <p>-Maniglie.</p>	<p>-Elementi bassi o profondi costringono a manovre complesse per la difficoltà all'avvicinamento.</p> <p>-L'impiego di ripiani interni in mobili profondi comporta manovre difficili, soprattutto se non sono collocati all'altezza delle braccia.</p> <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</p>	<p>-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.</p> <p>-Utilizzare colori a contrasto per rendere riconoscibile e distinguibile la maniglia dal fondo</p>	<p>-Sollevare i mobili da terra per agevolare il loro uso anche con ausili alla mobilità.</p> <p>-Adottare (sistemare) contenitori attrezzati con cassette, cassettoni e cestelli a scorrimento in esterno, accessoriati in interno 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>

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			riportata dal corpo durante l'uso), questo rende difficile distinguere il contenuto. -Una scarsa distinguibilità dal fondo e una scarsa prensilità delle maniglie promuovono uno scorretto o impossibile uso del mobile.		
ARREDI: tavoli	Evitare fenomeni di ribaltamento o inciampo.	-Rapporto fra piano e zampe.	-Il rapporto fra piano e zampe può essere sfavorevole sia relativamente al ribaltamento (zampe troppo leggere rispetto al piano, o troppo arretrate rispetto al perimetro – in particolare si veda 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.
	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	-Forma e dimensione del	-Zampe fra loro troppo vicine	-Accertarsi che l'ampiezza libera	-Adottare (anche mediante

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
	affaticamento e di riconoscimento.	piano e zampe del tavolo. -Colore dei materiali.	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.	fra le zampe consenta l'inserimento agevole di una sedia a ruote; nel caso non lo sia valutare se sia possibile il loro spostamento.	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 spostano il carico in posizione eccentrica, questo può favorire fenomeni di ribaltamento. -Le zampe più ampie del perimetro della seduta possono essere fonte d'inciampo durante l'uso (uscita dalla sedia) o il cammino.		-La normativa di riferimento in tema di sicurezza in uso è parziale; prestare comunque attenzione alla stabilità delle sedute sia per ribaltamento laterale, posteriore e frontale, che per torsione e che rispondano al carico anche eccentrico. -Optare per sedute che abbiano zampe non o poco sporgenti dal perimetro della sedia.
	Evitare cause di disagio.	-Dimensioni delle diverse componenti. -Materiale. -Aiuto all'alzata.	-Errate dimensioni portano ad assumere posizioni poco o per nulla confortevoli, provocando continui movimenti del corpo per alleviare il		-Valutare le dimensioni e i materiali delle sedute in base alle esigenze ergonomiche degli anziani.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			<p>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>-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>-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.</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>
ARREDI: terrazzo	Evitare cause di pericolosità.	<p>-Collocazione degli arredi bassi.</p> <p>-Resistenza dei materiali.</p>	<p>-In presenza di oggetti collocati al di sotto del parapetto questi possono facilitarne lo scavalco.</p>	<p>-Evitare di collocare al di sotto del parapetto arredi ed attrezzature (tavoli bassi, cestini, sedie,</p>	<p>-Scegliere arredi resistenti e difficilmente spostabili.</p> <p>-Creare zone di fioricoltura</p>

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
		-Facilità allo spostamento.	-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.	fioriere, ecc.) che ne facilitino lo scavalco.	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 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	-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 possono essere potenzialmente pericolose.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			posti inaccessibili o comunque scomodi e insicuri possono provocare cadute nel tentativo di raggiungerle.		
	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 delle attrezzature per attività all'aperto (esercizio fisico, orto-floricoltura, ecc.) può costringere a movimenti impropri e faticosi con rischio di abbandono dell'attività e/o di perdita di equilibrio.		-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. -Arredare gli esterni con panchine munite di braccioli, fioriere facilmente raggiungibili, piani e vasche per orto-floricoltura rialzati e che consentano l'inserimento di sedie

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
					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 anche violenti chinandosi sul lavabo o utilizzando il bidet se presente. -I vasi cosiddetti per disabili, oltre ad avere un'altezza spesso troppo		-La leva di erogazione dell'acqua deve avere una facile prensilità, ma restare contenuta nella lunghezza della bocca del rubinetto. -Installare vasi di uso comune

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			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.		(possibilmente larghi, non spigolosi e con scarico a parete), distanti dalle pareti come stabilito dalle norme vigenti, aggiustando l'altezza mediante ciambelle personalizzate.
	Evitare fenomeni di difficoltà nell'uso e nel movimento all'interno dell'ambiente.	-Sanitari. -Ausili fissi.	-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.		-Tenere presente che il vaso e gli ausili fissi attorno ad esso possono essere utilizzati nell'avvicinamento sia a destra che a sinistra (emiplegia). -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. -Scegliere sanitari appesi a parete anziché a colonna per favorire la mobilità interna, l'impiego di sollevatori e le pulizie.
	Evitare fenomeni di disorientamento.	-Ausili fissi alla mobilità.	-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. -Non solo, anche per gli anziani con ridotta mobilità possono risultare ridondanti ed inutili, oltre che creare impaccio nei movimenti anziché		-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.

Elemento	Obiettivi generali	Componente	Descrizione (perché può costituire elemento di rischio)	Strategie organizzative, interventi di tipo [A]	Strategie organizzative, interventi di tipo [B]
			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:

BAGNI attrezzature			
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 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 caduta.

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
 - 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

Allegato C

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. B</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 B)</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		

