



# **RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE FISICA IN CASA DI RIPOSO.**

**Sperimentazione di un protocollo per la  
valutazione e gestione dei  
residenti a rischio di caduta**

*Zanetti E\*., Zani M\*°., Negri E.^, Trabucchi M.\**

*\*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

*°Fondazione Le Rondini Città di Lumezzane onlus*

*^Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA), Trento*

## Premessa

Dal 2008 ad oggi 13 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) della Provincia Autonoma di Trento hanno avviato un percorso di formazione - azione volto a ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione fisica che nel 2008 era pari al **62,33%** (tutti i mezzi di contenzione, incluse le spondine al letto).

# Premessa

La principale motivazione addotta era la **prevenzione delle cadute** che giustificava il ricorso ai mezzi di contenzione nell'80,2% (618 ospiti) dei residenti contenuti. Si è costituito un gruppo di lavoro, coordinato dall'Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA) con la consulenza scientifica del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (GRG).

# Premessa

Al gruppo di lavoro hanno partecipato **21 professionisti e operatori** (medici, infermieri, fisioterapisti, educatori professionali ed animatori, operatori socio sanitari) che attraverso un percorso di formazione (30 ore d'aula e 20 ore di FAD) e di lavoro di gruppo hanno redatto un protocollo per la valutazione e l'assistenza degli ospiti a rischio di caduta.



**CO**ntenere la **CO**ntenzione  
**CO**llaborando a **CO**struire  
procedure e protocolli: **ricerca,**  
**formazione, azione.**



Obiettivi:

- **Ridurre il ricorso alla contenzione fisica** gestendo con maggiore appropriatezza il rischio di caduta e i disturbi del comportamento.
- Migliorare il **processo di gestione della contenzione** ponendo maggiore attenzione alla valutazione, osservazione, monitoraggio e temporaneità della contenzione stessa



- **Riduzione della contenzione fisica**
- **riduzione delle cadute**
- **riduzione della frequenza e gravità dei BPSD**

# Strumenti

- Protocollo prevenzione cadute

1



- Procedura per l'utilizzo della contenzione fisica

2



- Protocollo gestione BPSD

3



- Protocollo trattamento farmacologico BPSD

4

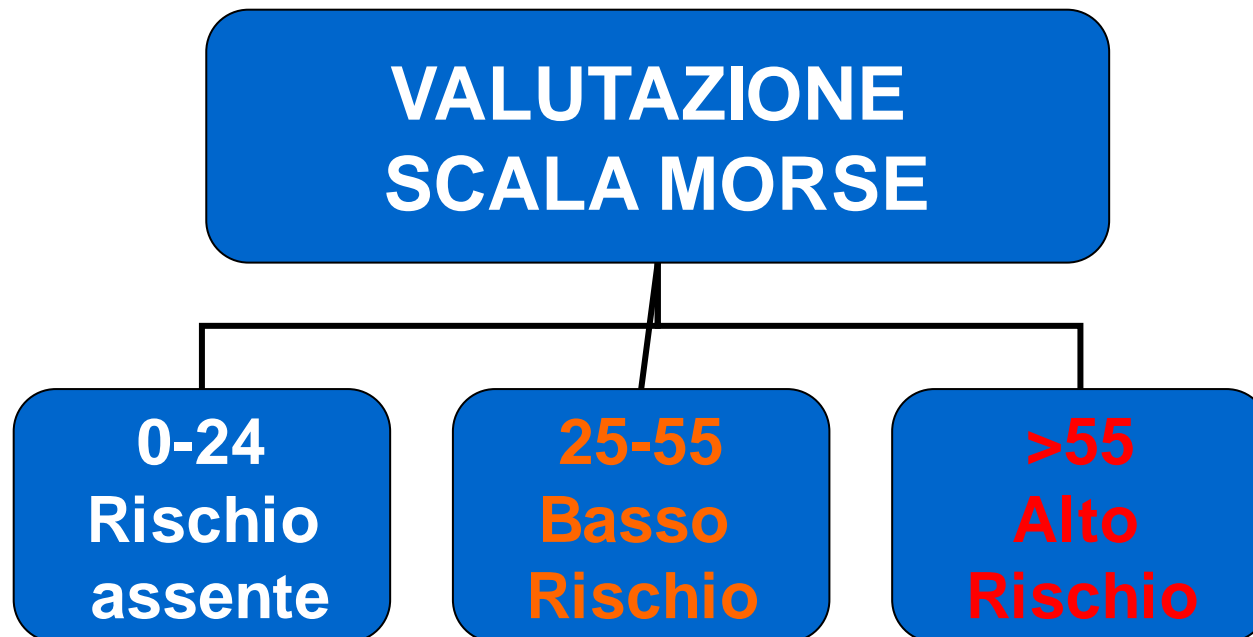


# Strumenti

- La struttura di protocolli e procedure è quella condivisa dalle principali agenzie di diffusione di buone prassi in sanità
- Check list organizzazione e ambiente
- Algoritmo decisionale
- Raccomandazioni
- Strumenti di valutazione, monitoraggio e report

# PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE

**Valutazione del rischio di caduta** attraverso la Scala Morse (Morse, 1997)





**25-55**  
**Basso Rischio**

**step2**  
**quali sono i fattori di rischio presenti?**

**ANAMNESI  
DI  
CADUTE**

**MOBILITA'  
ANDATURA  
STATO  
MENTALE**

**DIAGNOSI  
TERAPIA**

**Step 3**  
**Eeguire TINETTI**

**Applicare  
raccomandazioni  
specifiche**

# PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE

Per i residenti non a rischio di caduta e per i residenti che sono individuati dalla Scala Morse a basso rischio e con punteggio ottenuto alla Scala Tinetti >19 (Tinetti, 1986).

**Adozione di buone prassi** descritte dettagliatamente per le seguenti funzioni:

1. attività motoria,
2. vista,
3. udito,
4. abbigliamento
5. utilizzo degli ausili per la mobilità

## RAZIONALE

L'organizzazione dello spazio in RSA non deve penalizzare le abilità motorie conservate e deve garantire un elevato livello di sicurezza. L'organizzazione delle attività in RSA e le modalità di assistenza devono incentivare l'espressione della mobilità di ciascun residente. Si definisce mobilità la capacità di ogni individuo di spostarsi fisicamente da un luogo in un altro.

## PROFESSIONISTI/OPERATORI

**EQUIPE di struttura: MEDICO COORDINATORE**

**INFERMIERE FISIOTERAPISTA OPERATORE (OSS ed**

**OSA) ANIMATORE od EDUCATORE**

**Obiettivo:** Garantire a tutti i residenti il mantenimento delle abilità motoria presenti /conservate

## INTERVENTI

All'ingresso in struttura, ogni 6 mesi e ad ogni variazione della condizione clinica, il **medico** e il **fisioterapista** valutano e registrano sui documenti clinici del residente le abilità motorie conservate e il potenziale riabilitativo. Il **medico** esegue una revisione/valutazione della terapia farmacologica in atto e ne valuta gli effetti sulle capacità motorie. Se necessario provvede a sospendere/modificare farmaci che possono ridurre le abilità. All'ingresso in struttura del residente, ogni 6 mesi e ad ogni variazione della condizione clinica, sono valutate attraverso l'indice di Barthel, le abilità funzionali conservate riferite alla mobilità (deambulazione/uso della carrozzina, trasferimenti letto sedia, fare le scale) e le abilità nelle attività di vita quotidiana al fine della stesura/modifica del PAI. Gli **operatori** erogano l'assistenza nelle attività di base della vita quotidiana rispettando e incentivando le abilità residue riferite alla mobilità (deambulazione/uso della carrozzina, trasferimenti letto sedia, fare le scale) e alle attività di vita quotidiana.

# PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE

Per i residenti valutati :

- ad alto rischio di caduta (Scala Morse)
- a basso rischio (Scala Morse), ma con punteggio alla Scala Tinetti <19;
- a basso rischio (Scala Morse), ma con uno o entrambe i seguenti fattori di rischio presenti:

presenza di 2 o più diagnosi mediche,  
attuale terapia con infusioni endovenose o presenza di un catetere venoso periferico.



**Il protocollo prevede l'adozione di raccomandazioni specifiche** per i seguenti fattori di rischio:

1. caduta nei tre mesi precedenti;
2. mobilità ausiliata o instabile;
3. andatura debole o difficoltosa;
4. comorbilità; terapia infusiva in atto;
5. sovrastima delle proprie abilità funzionali
6. presenza di incontinenza urinaria

## Applicare le raccomandazioni specifiche

### Stato mentale

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

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

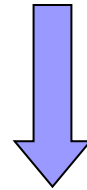
- l'**educatore professionale/animatore** intensifica le attività occupazionali.
- gli **operatori** sono sollecitati nel fornire assistenza nell'alzata, nella messa a letto, nei passaggi posturali e nelle cure igieniche.

Se necessario il **medico** prescrive la contenzione fisica secondo procedura.



## SE SI VERIFICA UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

1. Delirium incidente
2. Nuova prescrizione di ipnoinducente, neurolettico, antiipertensivo, antidolorifici oppioidi
3. Disidratazione
4. Abuso di alcool
5. Iperpiressia



## INTERVENIRE COME SEGUE:

- 1) Considerare il residente, indipendentemente dal punteggio ottenuto alla Scala Morse e/o Tinetti, a **rischio di caduta**
- 2) Darne opportuna informazione a tutta l'ÈQUIPE
- 3) Attivare gli opportuni interventi secondo le procedure in uso

# Sperimentazione del protocollo per la prevenzione delle cadute

- Nei mesi di settembre e ottobre 2011 ciascun ente ha provveduto ad illustrare il protocollo e a formare gli operatori e i professionisti del nucleo abitativo individuato per la sperimentazione. Il nucleo individuato doveva possedere le caratteristiche strutturali ed organizzative previste dalle due omonime check list che costituiscono parte integrante del protocollo.
- La sperimentazione (Novembre 2011- Febbraio 2012) prevedeva una valutazione a T0 e una valutazione finale di follow up per tutti i residenti coinvolti. Erano previste 4 osservazioni intermedie.
- **Obiettivo della sperimentazione: verificare l'efficacia del protocollo nella riduzione delle cadute e della contenzione fisica.**



# Sperimentazione del protocollo per la prevenzione delle cadute

- Se nel corso della sperimentazione si verificavano degli eventi sentinella (caduta- diagnosi di nuova patologia- prescrizione di terapia infusiva) oppure si modificavano le condizioni cliniche e funzionali (mobilità, andatura, stato mentale, delirium incidente, disidratazione, iperpiressia) o erano apportate modifiche alla terapia farmacologica (nuova somministrazione di ipnoinducente, neurolettico, antiipertensivo, antidolorifici oppioidi) era richiesto di effettuare la rivalutazione del residente allo scopo di applicare gli interventi più opportuni tra quelli previsti dal protocollo.

## Residenti ammessi alla sperimentazione

254

Donne

192 (75,6%)

Età media

84,5 Ds $\pm$ 9,8

uomini

79,3 Ds $\pm$ 11,3

donne

86,2 Ds $\pm$ 8,7

Contenuti

144 (56,7%)

uomini

31 (51,7%)

donne

113 (58,9%)

Contenuti per evitare le cadute

93 (64,6%)

## Residenti ammessi alla sperimentazione

254

deceduti

10 (3,9%)

dimessi

3 (1,2%)

ricoverati in Ospedale

2 (0,8%)

altra motivazione

7 (2,8%)

**Campione**

**232**

## Sperimentazione del protocollo per la prevenzione delle cadute: risultati 1

232	T0		Follow up	
	n	%	n	%
Residenti contenuti	131	56,6%	122	52,6%
Contenuti per evitare le cadute	82	62,6%	73	59,8%

E' rimossa la contenzione a 9 residenti contenuti per evitare le cadute

E' rimossa la contenzione a 9 residenti contenuti per evitare le cadute

9 residenti	Morse	Tinetti
3 residenti	Non a rischio	-
5 residenti	Basso Rischio	-
1 residente	Alto rischio (75/125)	19 Andatura 9 Equilibrio 10

## Sperimentazione del protocollo per la prevenzione delle cadute: risultati 2

- Durante la sperimentazione in 43 residenti si verificano 79 cadute .
- Dei 43 residenti che cadono 18 sono contenuti e 25 no.
- Il numero di cadute è maggiore tra i contenuti rispetto ai non contenuti (48 cadute vs 31): la differenza è significativa ( $p < 0,01$ ).
- Non vi è una differenza significativa rispetto agli esiti delle cadute tra i contenuti e i non contenuti.

O.A. Maschio anni 78

Nuovo ammesso proveniente da Ospedale per acuti dove è stato ricoverato (25/10-2/11) per broncopolmonite in BPCO. Deficit cognitivo moderato.

1 caduta recente (mese precedente), in Ospedale contenuto con spondine quando è a letto e con tavolino e cintura pelvica quando è sulla carrozzina.

Prima del ricovero in H viveva a casa con la moglie, parziale autonomia ADL (no lavarsi e vestirsi), autonomo nella deambulazione.

<b>SCALA MORSE (Morse 1997)</b>		<b>Punteggio</b>	
		<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>INDICATORI</b>			
<b>Anamnesi di cadute</b>	L'ospite cade per la prima volta o è caduto nei tre mesi precedenti	<b>X25</b>	<b>0</b>
<b>Diagnosi</b>	L'ospite ha più di una diagnosi medica (es: diabete e neoplasia)	<b>X15</b>	<b>0</b>
<b>Mobilità</b>	L'ospite cammina senza ausili (con o senza aiuto)	<b>0</b>	
	L'ospite assistito da un infermiere/operatore usa la sedia a rotelle	<b>0</b>	
	L'ospite è immobilizzato a letto	<b>0</b>	
	L'ospite usa le stampelle, il bastone o il deambulatore	<b>15</b>	
	L'ospite cammina aggrappandosi	<b>30</b>	



# SCALA MORSE (Morse 1997)

Punteggio

## INDICATORI

Si

No

Terapia

Andatura

Stato  
cognitivo

Per valutare se l'ospite è consapevole della propria capacità a deambulare rivolgete all'ospite la seguente domanda: " Sig/Sig.ra.... è in grado di andare al bagno da solo/sola o ha bisogno di assistenza? "

**Assegnare 0** se la risposta è coerente con le reali capacità dell'ospite

**Assegnare 15** se è presente una delle seguenti condizioni:

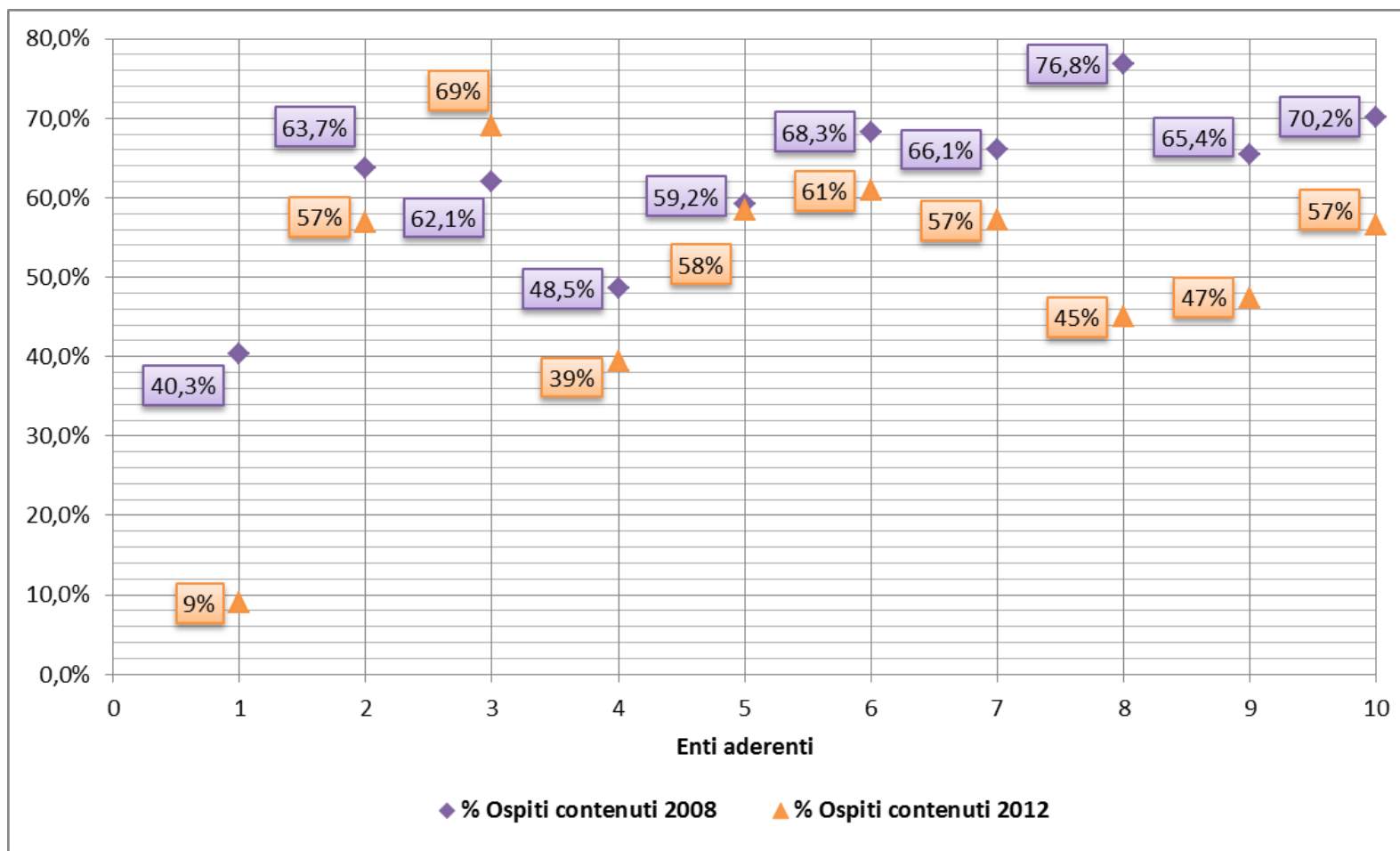
1. la risposta non è coerente con le reali capacità dell'ospite
2. l'ospite dimostra di non comprendere la domanda
3. l'ospite dà una risposta incoerente (Es: "oggi piove")

Sovrastima le proprie abilità

X15

Raccomandazioni Adottate secondo protocollo	Valutazioni e osservazioni			
	24 nov 2011	14 dic 2011	4 gen 2012	24 gen 2012
Anamnesi di recente caduta	Non è in grado di alzarsi dalla sedia	invariato	L'ospite si alza e cammina con assistenza 1 operatore	Ospite si alza e cammina da solo
Andatura difficoltosa	Deamb. assistita e carrozzina per tragitti lunghi. Fisioterapia	invariato	Migliorata	Migliorata l'ospite cammina a testa china che rialza senza perdere l'equilibrio
Deficit cognitivo moderato	Sorveglianza	invariato	Rimuovere la CF?	Si rimuove la contenzione

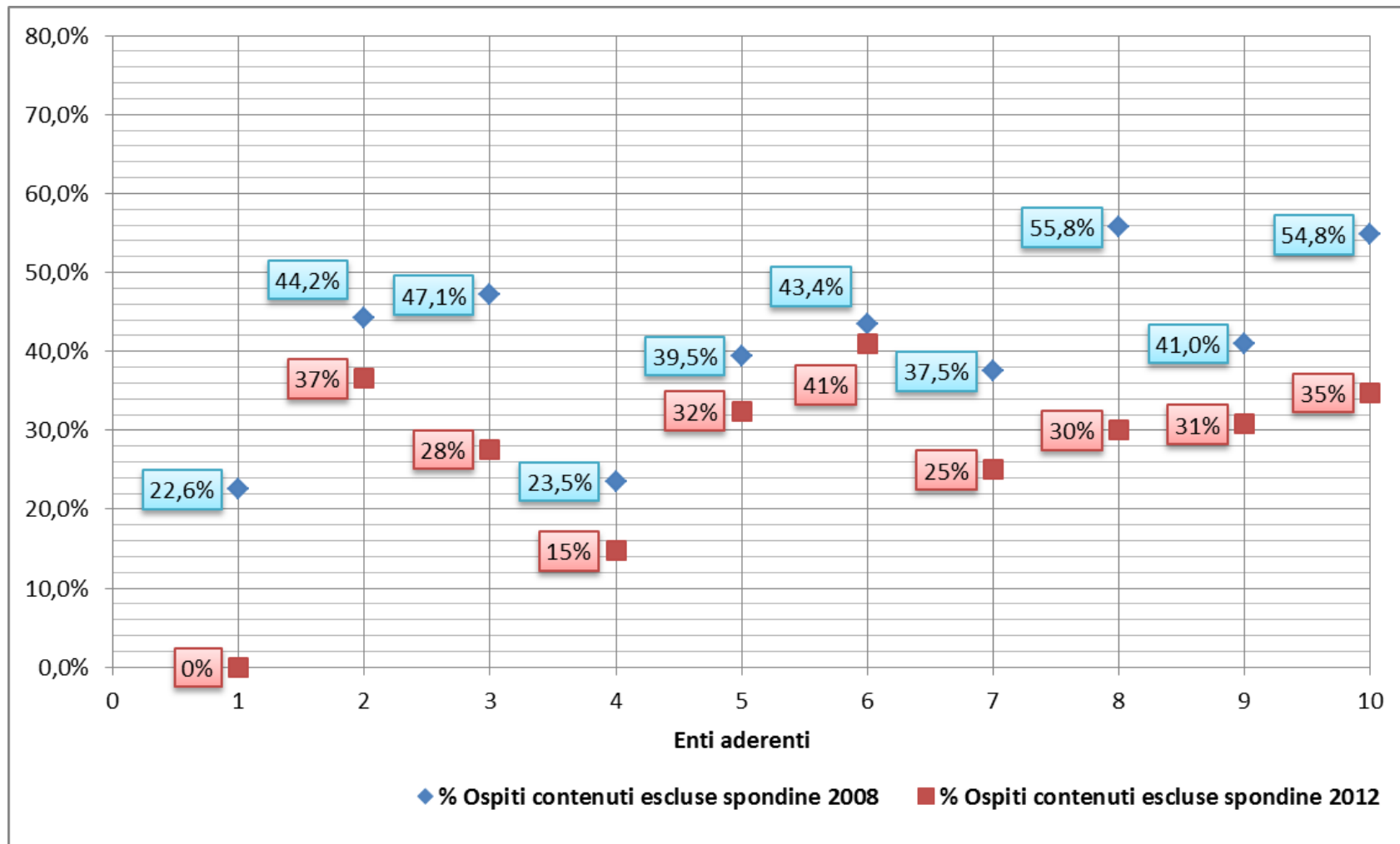
## Prevalenza ospiti contenuti (spondine incluse)



Media 2008 = 64%

Media 2012 = 52,7%

## Prevalenza ospiti contenuti (spondine escluse)



Media 2008 = 49,2%

Media 2012 = 31,0%