CADUTE DAL LETTO
Prevenzione ospedalizzati: proposte ergonomiche

> di ANTONELLA PALMISANO *

LA FREQUENZA CON LA QUALE GLI ANZIANI CADONO IN OSPEDALE È PIÙ ELEVATA DI QUANTO SI POSSA IMMAGINARE. QUESTO DATO È AMPIAMENTE CONFERMATO LÀ DOVE ESISTE UN VALIDO SISTEMA DI RACCOLTA DELLE DENUNCE DEGLI INFORTUNI DEI PAZIENTI RICOVERATI (LA TABELLA E I GRAFICI RIPORTATI NELLE PAGINE SEGUENTI RIPORTANO UNO STUDIO CONDOTTO IN UNA AZIENDA OSPEDALIERA TORINESE SUL FENOMENO "CADUTE").

> Antonella Palmisano

OGNI presidio ospedaliero dovrebbe applicare un modello di monitoraggio delle cadute con il supporto di un Ufficio Risk Managment; nell'attesa che questo avvenga, però, le strutture residenziali potrebbero iniziare a contenere il rischio cadute ricorrendo all'utilizzo di ausili di tipo ergonomico.
In questo articolo si intende presentare due fra le molte proposte possibili di ausiliazione: il letto regolabile in altezza per pazienti "Alzheimer" e la poltrona geriatrica basculante.

Premessa
Nelle popolazione anziana, le cadute rappresentano un grave fattore di morbilità e mortalità.
• Un'indagine sulle cadute denunciate nel Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna nell'anno 2.000 ha evidenziato circa 700 cadute su una popolazione di circa 70.000 ricoverati, pari a circa l'1%.
• Secondo l'OMS, il 50% dei pazienti anziani ricoverati in strutture residenziali cade ogni anno e circa il 7% di questi muore a causa della caduta.

• Tutti i pazienti sono potenzialmente a rischio di caduta durante l'ospedalizzazione, ma le caratteristiche di alcuni sono associate con un alto rischio di caduta (The Joanna Briggs Institute, 1998).
• In Italia, la frequenza delle cadute accidentali è pari allo 0,86% su tutti i ricoveri (ASL 22 della Regione Veneto, 2000). Le cadute accidentali si verificano nel 5% dei ricoveri nei reparti selezionati per lo studio e nell'1% circa del numero totale dei ricoveri (H.S. Orsola Malpighi, 2002).
• L'incidenza di cadute è pari all'1,2% nei pazienti anziani ricoverati (AOU Careggi, 2002).
• Le cadute dei pazienti si verificano nel 4% di tutti i ricoveri; il 13% di queste sono cadute dal letto o dalla poltrona (ASL 11 di Empoli, 2002).

Definizione di caduta
Sono molte le definizioni attribuite al termine di caduta. Fra queste:

• situazione in cui la persona si trova a terra (o ad un livello inferiore) non intenzionalmente e non a causa di eventi morbosi maggiori (ad es. ictus) o incidenti rilevanti (Tinetti, 1988);
• evento inatteso in cui la persona cade a terra da un livello superiore o dallo stesso livello (ICD, 9);
• improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso della posizione ortostatica, assisa o clinostatica (Chiari et al., 2002).

TAB. 1 - PREVALENZA DELL'EVENTO "CADUTE DEL PAZIENTE" DENUNCIATE E RELATIVO CALCOLO IN % (2002-2006)

	Pz. ricoverati in ospedale	Totale infortuni dei pazienti	% infortuni sul totale dei ricoveri	Totale cadute dei pazienti	% cadute sul totale dei ricoveri	% cadute sul totale degli infortuni
2002	66.472	390	0,59%	360	0,54%	92%
2003	63.309	388	0,61%	372	0,59%	96%
2004	59.314	434	0,73%	406	0,68%	94%
2005	58.774	390	0,66%	344	0,58%	88%
2006	59.234	441	0,74%	419	0,70%	95%

Cause di caduta

In genere, una caduta è generata da un insieme di:

- fattori intrinseci (disturbi individuali);
- fattori estrinseci (legati all'ambiente);
- fattori di situazione (legati allo svolgimento delle attività quotidiane).

Per esempio, una donna anziana con disturbi osteo-articolari tipici dell'età e affetta anche da Parkinsonismo (fattori intrinseci), mentre si reca in bagno di notte (fattore di situazione), inciampa nel tappeto di casa (fattore estrinseco) e cade a terra.

Raccomandazioni per la prevenzione delle cadute

In ospedale, le cadute accidentali dei pazienti sono da considerarsi eventi sentinella, cioè eventi potenzialmente evitabili. La prevenzione però risulta possibile soltanto se all'individuazione dell'evento sentinella segue l'implementazione di un'analisi finalizzata all'isolamento delle cause del medesimo e la realizzazione di azioni idonee a generare e consolidare cambiamenti utili ad evitare il verificarsi dell'evento osservato.

Secondo l'JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000), le cadute sono al sesto posto nella lista degli eventi sentinella.
Nelle persone anziane in particolare, la caduta è un evento che, sia per la frequenza con cui si verifica (diverse rilevazioni statistiche evidenziano che due incidenti su tre sono dovuti a caduta accidentale) sia per le conseguenze che ne possono derivare, richiede un approccio multidisciplinare, articolato a diversi livelli, finalizzato alla prevenzione e al contenimento del rischio. Infatti, come descritto da numerosi autori, le cadute dipendono sia dalle caratteristiche del paziente (fattori intrinseci), sia dalle caratteristiche della struttura (fattori estrinseci) che lo ospita.
Secondo il Grado delle evidenze (EBN - Evidence Based Nursing) è importante:

- conoscere quali pazienti sono a rischio di cadere;
- disporre di un programma finalizzato alla prevenzione delle cadute per ospedali e dipartimenti;
- che tutto lo staff sia consapevole dei fattori di rischio e delle strategie potenziali di prevenzione;
- che l'efficacia di tutti gli interventi di prevenzione venga costantemente valutata.

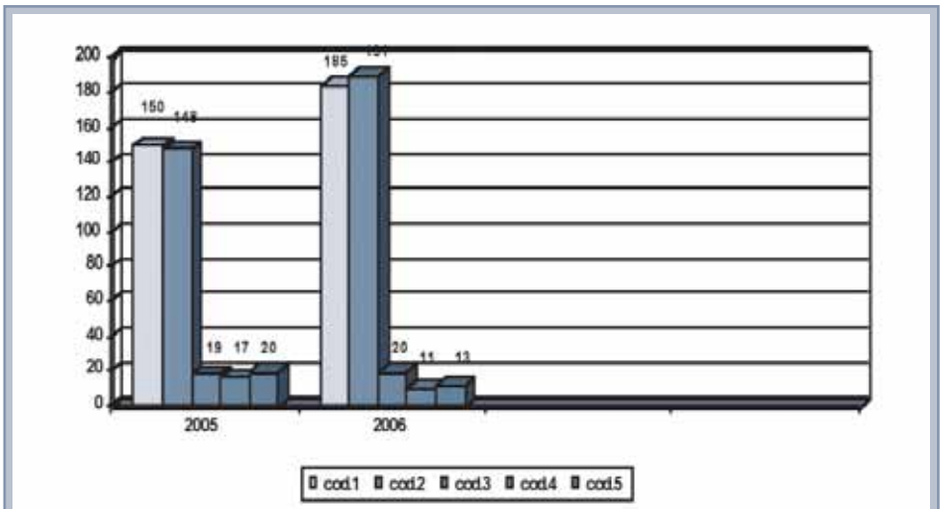
Descrizione della ricerca svolta

Presso l'Ufficio Risk Management dell'Azienda Sanitaria torinese nella quale è stato effettuato lo studio in oggetto, il fenomeno "cadute" dei ricoverati viene studiato attraverso un sistema di monitoraggio che si avvale di una Scheda di Denuncia degli Infortuni dei Pazienti ricoverati e di un Sistema informatico di sorveglianza. Iniziato nel 2002 con l'obiettivo di arginare gli infortuni, la ricerca viene ogni anno migliorata offrendo dati sempre più significativi.
Lo studio riportato nel presente articolo si riferisce al periodo compreso fra il 2002 e il 2006 ed ai ricoveri sia ordinari che in Day Hospital. Dallo studio emerge inoltre che l'età media dei pazienti per i quali viene denunciato l'infortunio, è di 70 anni. Per questo motivo il titolo riportato dal seguente articolo si rivolge direttamente agli anziani.

Commento alla ricerca svolta

Il primo dato interessante che compare

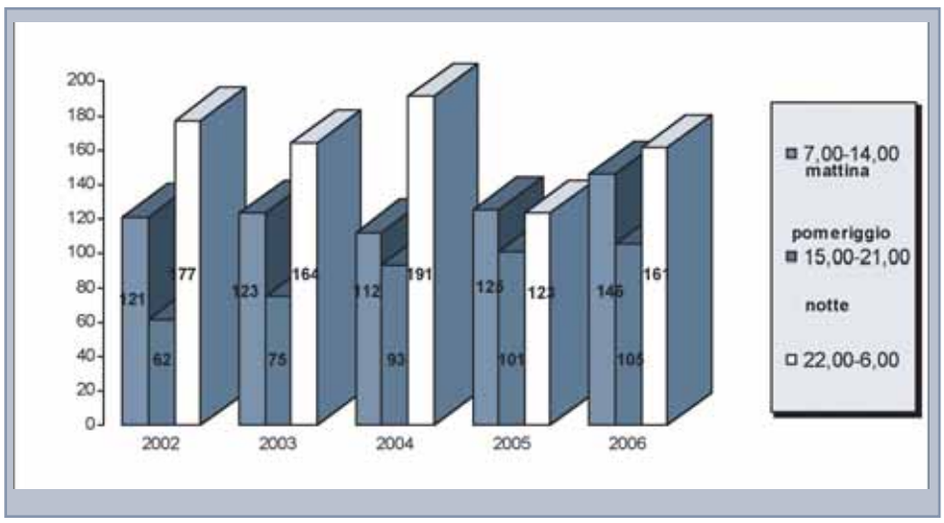
GRAFICO A. RILEVAZIONE DELLA TIPOLOGIA DELLE CADUTE DENUNCIATE (2005-2006)*



Codice 1: Caduto dal letto, sia con sponde che senza, da coricati e nel tentativo di alzarsi/scendere
Codice 2: Caduto mentre deambulava per cause diverse
Codice 3: Scivolato o caduto dalla sedia o poltrona
Codice 4: Caduto da barella, sia con spondine che senza
Codice 5: Scivolato dalla carrozzina

**Questo grafico prende in considerazione soltanto il biennio 2005-2006 perché durante gli anni precedenti la raccolta dati non comprendeva uno studio relativo anche alla tipologia delle cadute*

GRAFICO B. PREVALENZA DELLE FASCE ORARIE IN CUI SONO AVVENUTE LE CADUTE DENUNCIATE (2002-2006)



(tab.1, pagina 53) è che oltre il 90% di tutti gli infortuni dei pazienti in ospedale è rappresentato dalle cadute a terra.
Il secondo dato significativo è rappresentato dall'analisi della tipologia di caduta: emerge che le cadute più frequenti sono quelle che avvengono dagli ausili (dal letto, dalla barella, dalla carrozzina). (Grafico A.)
Il terzo dato che viene riportato, altrettanto interessante, è la rilevazione della fascia oraria durante la quale i degenti cadono a terra con maggiore frequenza, che è quella notturna. (Grafico B).

Sistemi di monitoraggio delle cadute

Secondo le raccomandazioni per la prevenzione, appare fondamentale l'applicazione di un sistema di monitoraggio delle cadute, per il quale siano previsti l'utilizzo di una scala di valutazione del rischio, una modulistica creata ad hoc ed un'adeguata formazione di tutto il personale sia in funzione della raccolta dati, sia in funzione delle strategie da attuare a livello preventivo del rischio.
Tale modello è sicuramente efficace, ma non sempre il sistema di monitoraggio è condiviso equamente fra le diverse figure che lavorano nel reparto ed è organizzato in modo tale che gli venga dedicato uno spazio preciso.
Infatti, il più delle volte, il compito del monitoraggio ricade su un singolo operatore sanitario (di solito l'infermiere coordinatore) che si ritrova costretto a seguire praticamente da solo l'osservazione, la valutazione, la compilazione di schede e così via dell'evento in questione.
Inoltre, non sempre il sistema di monitoraggio è supportato da azioni ed interventi di tipo preventivo, come strategie e ausili diretti al massimo contenimento dei rischi di infortuni.
Pertanto, gli operatori, oltre a doversi ritagliare il tempo per segnalare le denunce di infortuni, vivono il timore di essere accusati di scarsa sorveglianza in caso di cadute dei pazienti anche se questo non corrisponde a verità.
Contemporaneamente, gli stessi operatori vivono il disagio e la frustrazione per la mancanza di un'organizzazione di lavoro rivolta alla prevenzione in risposta ad un sistema di raccolta denunce di infortuni, e che preveda il coinvolgimento, anche in termini di responsabilità, di tutto il gruppo di lavoro.
Il risultato inevitabile è l'abbandono del sistema anche se tutto il team di lavoro è consapevole del fatto che tale intervento sarebbe utile.
In Italia, ad oggi, non sono molte le Aziende Sanitarie Ospedaliere nelle quali vengono attuati sistemi di monitoraggio per tenere sotto controllo il rischio delle cadute dei pazienti.

Alcune proposte di contenimento del rischio cadute con ausiliazione meccanica

Si ritiene che, in molte realtà ospedaliere simili a quella descritta, vi sia un elevato numero di episodi di cadute a terra dei pazienti, tuttavia, in assenza di un sistema di raccolta dati, tali segnalazioni non compaiono. Salvo dati contrari che ad oggi, non sono noti a chi scrive, nella maggior parte degli ospedali si ritiene che:
- i principali infortuni dei pazienti che avvengono in ospedale sono rappresentati dalle cadute a terra,
- la principale fascia di orario durante la

quale si registrano maggiormente le cadute è quella notturna,
- la maggior parte dei pazienti che cadono è rappresentata da anziani,
- le cadute avvengono principalmente dal letto.

Come si evince dalle raccomandazioni e dalle evidenze menzionate, l'approccio più efficace nella prevenzione delle cadute è l'uso di un programma di interventi multipli finalizzati a ridurre il rischio di caduta del paziente che devono fondarsi sui principali seguenti aspetti:
- valutazione di tutti i pazienti ed in particolare di quelli a maggiore rischio di caduta (anziani, confusi, post-operati, sedati, ecc.),
- effettuazione di una diagnosi del rischio di caduta da includere nella cartella clinica, in modo da trattarla clinicamente, anche con un eventuale programma di riabilitazione,
- formazione dello staff di lavoro per far crescere la consapevolezza dei pazienti ad alto rischio e delle strategie preventive; inoltre educazione dei pazienti e dei familiari sulle modalità da adottare per contenere il rischio di caduta,
- riduzione dei rischi ambientali, fra cui il disordine, gli ostacoli, la scarsa illuminazione, la mancanza di corrimano nei corridoi, di appoggi vicino al WC, ecc.,
- facilitazione dei bisogni evacuativi del paziente come collocare il letto di tale paziente il più vicino possibile al WC, portare in bagno i pazienti ad intervalli regolari, ecc.

Là dove non esiste però un sistema organizzato di monitoraggio delle cadute, si propone di promuovere al massimo la prevenzione attraverso l'introduzione di ausili, iniziando da quelli più accessibili, al fine di contenere al massimo il rischio senza gravare troppo sui carichi di lavoro e sulle responsabilità di pochi, soprattutto in un'epoca in cui i tagli sulle risorse sono sempre più consistenti.

Il letto regolabile in altezza per pazienti "Alzheimer"

Con l'avvento del D.Lgs. 626/94 sulla sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, oggi sostituito dal D. Lgs. 81/08, sono stati introdotti sul mercato i letti regolabili in altezza. Questo per andare incontro alle esigenze degli operatori durante le attività assistenziali e sanitarie (rifacimento letto, igiene e cura del paziente nel letto, medicazioni, ecc.) ma anche per facilitare l'autonomia del paziente durante le manovre per coricarsi e alzarsi dal letto.
Per questi motivi, fra le attrezzature meccaniche che il datore di lavoro ha il dovere di acquistare, accanto al sollevapersone ha fatto gradatamente la sua comparsa anche il letto regolabile in altezza.
Con questo articolo però, si vuole proporre un letto regolabile in altezza che si abbassi fino a circa 20 cm. da terra (al di sotto dei 20 cm. non è possibile scendere in quanto deve essere garantito il passaggio ai longheroni del sollevapersone). Per tale caratteristica viene definito speciale per pazienti affetti da morbo di Alzheimer.
Ai vantaggi per gli operatori che effettuano la movimentazione, si associa il fattore sicurezza che un letto ad altezza minima può comportare, in quanto, considerato l'elevato rischio di caduta riferito da tutte le strutture di cura, è consigliabile abbassare il più possibile la base del letto per contenere i danni al paziente conseguenti ad una eventuale caduta. Come diversi studi hanno ormai evidenziato, nei pazienti affetti da demenza e da morbo di Alzheimer, le sponde per letto non sono sufficienti a prevenire le cadute dal letto, anzi, in molti casi, la presenza delle sponde alimenta lo stato di confusione di questo tipo di degenti tanto da indurli a scavalcarle nel tentativo di fuga amplificando così i rischi conseguenti alla caduta (vedi immagini).
Si consideri inoltre che, con soggetti particolarmente agitati e confusi, per i quali non si intende agire in modo aggressivo con mezzi di contenzione, da quelli farmacologici a quelli fisici, talvolta gli operatori si trovano costretti ad adottare la strategia artigianale di coricarli su un materasso posizionato direttamente sul pavimento, oppure a sistemare sul pavimento, intorno al letto del ricoverato, materassi e cuscini per attutire l'urto in caso di caduta a terra.
Per tutti questi motivi, si propone un letto con la base regolabile ad altezza minima di circa 20 cm. da terra in modo che i rischi legati alle conseguenze della caduta del paziente coricato siano ridotti al minimo ma, nello stesso tempo, è possibile garantire agli operatori la prevenzione da movimentazione scorretta in quanto la base del letto è sollevabile all'altezza desiderata.
Il letto regolabile in altezza può essere manovrato sia mediante pedale collegato ad un pistone oleodinamico sia mediante dispositivo elettrico azionato tramite pulsantiera. E' possibile anche soltanto fornire il letto sanitario esistente di una base regolabile in altezza quando non si intende sostituire il letto completo.

Le poltrone basculanti

Il basculamento delle carrozzine nasce per rendere maggiormente confortevoli le carrozzine dei bambini e ragazzi gravemente disabili. Da circa 15 anni, il concetto del basculamento trova applicazione anche in geriatria sia su seggioloni polifunzionali, sia su poltrone avvolgenti.

I vantaggi che si ottengono dal basculamento del sistema di seduta sono molteplici, fra questi:

- cambi posturali con alternanza di carico sui vari appoggi ossei pur mantenendo la posizione seduta,
- facilitazione dell'attività di alimentazione nei casi di pazienti che devono essere imboccati e che presentano grave flessione del capo,
- prevenzione dello scivolamento del bacino del paziente verso l'avanti e conseguente riduzione della necessità di bloccare i pazienti sulla sedia con cinture, fasce ed altro per prevenire la caduta,
- garanzia di confortevolezza di postura con contenimento di tentativo di fuga, quindi, in molti casi, necessità di contenzione.

Nelle Case di Riposo, le poltrone basculanti stanno man mano sostituendo le carrozzine standard sicuramente meno confortevoli per una persona disabile non deambulante.

L'esportazione del modello di cura geriatrico, verso i reparti di geriatria degli ospedali, sempre più tende ad applicare sistemi organizzativo-lavorativi tipici delle strutture di lungodegenza e, di conseguenza, tende a proporre anche l'adozione di strumenti, ausili e sussidi che, a prima vista, potrebbe risultare difficile collocare in una realtà come quella dell'ospedale. Nello specifico, si intende dire che, per un operatore sanitario ospedaliero, pensare di introdurre delle poltrone geriatriche basculanti come sistema di postura alternativo a quello nel letto, anche durante le ore notturne, può creare molte perplessità.

Il letto rappresenta infatti l'elemento base nella cultura ospedaliera. Il letto è quasi un tutt'uno con il soggetto che lo occupa, un'unità indivisibile. Persino la terminologia è un riferimento continuo al letto: unità-letto, posti-letto, il letto n. # usato al posto del cognome del paziente, ecc., pertanto ipotizzare di far riposare il paziente anche durante la notte o, addirittura soltanto durante le ore notturne, su una poltrona basculante può sembrare a prima vista una stranezza. In realtà, l'esperienza di chi lavora in Case di Riposo di anziani da molto tempo, insegna che per un soggetto disorientato e confuso, dormire in una posizione semiseduta, purché comoda, può in alcuni casi contenere il tentativo di fuga conciliando maggiormente il riposo.

Conclusioni

Con questo articolo vengono proposte due possibili soluzioni alternative al letto sanitario tradizionale, con un letto regolabile in altezza che ha la possibilità di abbassarsi fino a 20 cm. da terra e con una poltrona basculante per pazienti geriatrici ad elevato rischio di cadute a terra.

E' stato scritto che nella realtà di lavoro ospedaliero dove non esiste un sistema di monitoraggio delle cadute, si ritiene consigliabile prevenire comunque i rischi conseguenti alle cadute a terra con l'ausiliazione meccanica.

A questo scopo si propone di dotare ogni reparto con maggiore presenza di pazienti anziani (medicine, geriatrie, ecc.) di alcuni letti "Alzheimer" ed alcune poltrone basculanti. Entrambi gli ausili rispondono a criteri ergonomici soprattutto dal punto di vista della sicurezza, della confortevolezza e della facilità di utilizzo.

Tuttavia, anche se per il loro uso non occorre un particolare addestramento, entrambe le proposte necessitano di formazione del personale perché, l'esperienza di lavoro insegna, che non è sufficiente offrire agli operatori sanitari eccellenti ausili se gli stessi ausili non trovano all'interno dell'intero gruppo di lavoro un clima di "accoglienza" nei loro confronti.

*** Fisioterapista esperta in Ergonomia - Psicopedagogista**

BIBLIOGRAFIA

-Fiordilino V. Gli ospedali italiani non sanno curare i vecchi ARIS Sanità, vol. 18, n. 4, 2006

Focarile F. Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998

Forrester D.A., McCabe-Piegatrice J., Tiedeken K.Valutazione di rischio di caduta degli adulti ospedalizzati e dello studio di aggiornamento. Giornale per le infermiere nello sviluppo di personale, 1999, 15 (6): 251-259

Gowdy m., Godfrey S. Per mezzo degli attrezzi per valutare ed impedire le cadute del ricoverato. Giornale della Commissione di Jount su qualità e su sicurezza. (2003) 29 (7): 363-368.

Hausdorff JM, Rios DA, Edelber HK. Variabilità di Gait e rischio di caduta in adulti più anziani Comunità-viventi: Un futuro studio di un anno. Archivi di medicina e di riabilitazione fisiche (2001), 82 (8): 1050-6.

Molaschi M., Macchione C., Longo F., Fabris F. Le cadute accidentali negli anziani. Centro Scientifico Editore, Torino, 1991

Morse JM. Accrescendo la sicurezza dell'ospedalizzazione riducendo le cadute pazienti. Giornale americano di controllo di infezione (2002) 30:376 - 80

Poletti M., Morini G., Farina M., Vezzosi G. Un'esperienza di contenimento del rischio da movimentazione manuale di pazienti in un'azienda sanitaria. G. Ital. Med. Lav. Erg. 2005; 27:2, 205-207 © PIME, Pavia 2005

Tinetti ME et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly living in the community. N Engl J Med 1994; 331: 821

Trabucchi M. Anziani in ospedale. Alcune idee forti e "numeri che parlano"Assistenza Anziani, n. 9, 2006, pag. 76-77

Vanzetta V., Vallicella . Qualità dell'assistenza, indicatori, eventi sentinella: le cadute accidentali in ospedale. Management Infermieristico, n. 2/2001

Vassallo M. et al. Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital. Gerontology: International Journal of Experimental,vol. 51, n. 1, 2005, pag. 66-70

Siti:

www.gimle.fsm.it
www.ctfphc.org
www.cdc.gov/ncipc/factsheets/fallcost.htm,
www.patientsafety.gov
www.evidencebasednursing.it