

# Quick-Alert®

## Nr.52

## Mobile non significa stabile

### Rischio di caduta provocato da mobilio e mezzi ausiliari su rotelle

Segnalazioni\* notificati al CIRRNET di Sicurezza dei pazienti Svizzera:

#### Caso 1

«La donna (68 anni) è salita sul bus. Non avendo abbastanza tempo per cercare un posto, si è seduta sul deambulatore, ma non ha bloccato le ruote. Quando il bus è ripartito, il deambulatore è rotolato via e la donna è caduta.»

#### Caso 2

«La donna voleva raggiungere il primo piano con la scala mobile spingendo un deambulatore. Giunta al passaggio tra la scala mobile e il pavimento, le ruote del deambulatore si sono messe di traverso e la signora è caduta.»

#### Caso 3

«Il paziente viene messo sulla bilancia con l'aiuto di due persone. Poiché non si riesce a bloccarla bene, la bilancia è scivolata via e il paziente è stato riportato al letto prima che cadesse. La volta dopo, ci è voluta una terza persona per tenere ferma la bilancia. In futuro verranno acquistate solo bilance con freni bloccabili.»

#### Caso 4

«L'uomo si è alzato dalla poltrona per andare in bagno. Quando ha tentato di sedersi sulla sedia a rotelle, quest'ultima è rotolata via perché i freni non erano bloccati.»

#### Caso 5

«Comodino e tavolo hanno rotelle che non possono essere bloccate. Durante la notte, la paziente voleva alzarsi dal letto e si è appoggiata al tavolo e al comodino. È caduta procurandosi una contusione alla testa, al ginocchio sinistro e alla spalla sinistra, ma non sul lato operato. Il personale infermieristico e il co-primario sono stati informati. Viene valutato se installare ruote bloccabili. Finora non sono state trovate.»

#### Caso 6

«Un paziente con ipotonia del tronco è caduto nel tentativo di sedersi sulla sedia a rotelle, che era bloccata solo su un lato. Le sedie a rotelle vanno tenute sempre con i freni bloccati.»

#### Caso 7

«Le nuove aste portaflebo hanno cinque gambe con due freni su due rotelle, che però erano allentati. La paziente (classe 1917) voleva andare in bagno. Di bassa statura, è inciampata nella portaflebo, le cui cinque gambe sono troppo lunghe e le rotelle non girano bene. È quasi caduta. La portaflebo è stata portata al servizio tecnico per controllare le rotelle. Per ragioni di sicurezza, nel settore stazionario queste portaflebo non possono più essere acquistate. Le cinque gambe sono di intralcio, a meno che il paziente non abbia braccia sufficientemente lunghe per tenerle a distanza.»

#### Caso 8

«La paziente è caduta cercando di alzarsi dalla poltrona perché le rotelle non erano bloccate. La paziente è stata visitata, accusa solo contusioni. Occorre sempre verificare che le rotelle della poltrona siano bloccate.»

\*Testi tradotti dal tedesco e parzialmente modificati editorialmente per una migliore comprensione.

## Commento da parte degli esperti

Nella cura dei pazienti<sup>1</sup>, spesso ci si avvale di mobili e mezzi ausiliari su rotelle per favorire la mobilità e gli spostamenti o agevolare le attività quotidiane. Si tratta in particolare di letti e sedie a rotelle, deambulatori, sedie per la doccia, comode, bilance, divisori mobili, tavolini, aste portaflebo o carrelli per apparecchi.

Questi mobili e ausili possono tuttavia comportare anche un rischio per la sicurezza dei pazienti. Un utilizzo di mobili difettosi o non completamente funzionante oppure un impiego non conforme allo scopo, per esempio, può provocare cadute, e le stesse persone a rischio di caduta si espongono a un pericolo maggiore utilizzando mezzi ausiliari su rotelle.

### Esempi di tipiche situazioni a rischio:

- al momento di trasferire una/un paziente dal letto alla sedia a rotelle, quest'ultima non viene bloccata o viene bloccata solo su un lato;
- una/un paziente si sorregge appoggiandosi a un tavolino su rotelle;
- al momento di trasferire una/un paziente dal lettino al tavolo operatorio, i freni del lettino non vengono bloccati;
- una/un paziente con difficoltà motorie si sostiene alla portaflebo, la quale si ribalta non essendo stata pensata a tale scopo;
- a casa, deambulatori e sedie a rotelle si rovesciano su pavimentazioni irregolari o al momento di salire o scendere da un gradino;
- durante una visita dal medico curante, una/un paziente dimentica di bloccare i freni del deambulatore.

Nel quadro di trattamenti medici, infermieristici e terapeutici negli istituti sanitari e di cura e nella presa a carico ambulatoriale, le cadute sono piuttosto frequenti (1-3) e rientrano quindi tra le tipiche sfide della gestione della sicurezza dei pazienti.

Una caduta è un evento in seguito al quale una persona si trova involontariamente distesa sul pavimento o su una superficie più bassa (4,5).

Molte cadute sono riconducibili allo stato di salute non immediatamente influenzabile della/del paziente (fattori di rischio intrinseci), e sono pertanto molto difficili da evitare. Rientrano in questa categoria i problemi di equilibrio, il calo delle forze, i disturbi dell'apparato motorio e/o della percezione (sensi, udito, acuità visiva), le limitazioni cognitive come la demenza o il delirio, e malattie come il Parkinson e la sclerosi multipla. A questi si aggiungono fattori di rischio estrinseci, come calzature inadeguate e pavimenti lisci, oppure, come nei nostri esempi, mobili o mezzi ausiliari su rotelle (3,6-8). Tali fattori possono interessare anche persone che per il resto non sarebbero considerate a rischio di caduta.

Le conseguenze fisiche delle cadute comprendono contusioni, ferite, fratture e, nello scenario peggiore, il decesso della persona in questione (2,3,6). Una caduta può altresì causare la dislocazione di cateteri, sonde o drenaggi oppure il danneggiamento di apparecchi, per esempio le pompe per infusione e le siringhe temporizzate. Oltre alle ripercussioni fisiche, non vanno sottovalutate quelle psichiche. Chi cade (per lo più persone anziane o con una disabilità motoria) perde sovente fiducia nella sua capacità di muoversi e tende a ridurre la sua attività (sindrome post-caduta) (vedi tabella 1), il che a sua volta può portare a una depressione o all'isolamento sociale (3,6,9).

Nel settore stazionario acuto, le cadute sono talvolta all'origine di degenze ospedaliere o riabilitative più lunghe, con i conseguenti costi del caso (10,11). Le cadute nel contesto ambulatoriale possono invece rendere necessaria una maggiore assistenza, in quanto da quel momento la persona in questione oserà uscire solo se accompagnata. Le cadute sono spesso seguite da visite (in parte superflue) al pronto soccorso per accertamenti o da ricoveri, i quali a loro volta incrementano il rischio di deliri, infezioni nosocomiali e perdita delle capacità fisiche (12). L'aumento dei trasferimenti in istituzioni per cure di lunga durata è un'altra conseguenza delle cadute.

<sup>1</sup> Per favorire la fluidità del testo, nel presente documento si parla sempre di pazienti, ma si intendono anche ospiti, utenti, clienti ecc.

Tabella 1

Domande	Risultati		
		n	%
Ha paura di cadere? (n=43)	Sì	33	76.7
	No	10	23.3
Limita le sue attività per il timore di cadere? (n=44)	Sì	29	65.9
	No	15	34.1
Ha subito lesioni dovute a una caduta? (n=25)	Sì	12	48.0
	No	13	52.0

Fonte: Rice et al. (2017) (9), libera traduzione dall'inglese

Per ridurre la frequenza delle cadute riconducibili a mobili o mezzi ausiliari su rotelle e contenere o prevenirne le conseguenze (p.es. lesioni, ricoveri in ospedale), vanno adottate misure mirate in tutti i settori della presa a carico (1-3,6,13). La prevenzione delle cadute è parte integrante della

salvaguardia della qualità e deve quindi essere organizzata in modo strategico. L'efficacia dei provvedimenti richiede sempre uno sforzo interprofessionale (7,14). Il presente Quick-Alert tematizza i rischi che possono manifestarsi a causa del mobili o dei mezzi ausiliari su rotelle.

## Raccomandazioni

Nel contesto professionale, sono già state adottate diverse misure di prevenzione delle cadute, la cui efficacia tuttavia non è sempre facile da dimostrare (15,16). Tra questi provvedimenti, oltre all'analisi dei fattori di rischio legati alla persona, ai farmaci assunti e alle circostanze vi sono per esempio informazioni mirate alle e ai pazienti, nonché misure di sicurezza generali, come indossare calzature adeguate o svolgere esercizi per l'equilibrio e la forza (3,6,7,15-17). Una valutazione individuale regolare è importante per individuare un eventuale aumento del rischio di caduta, ma non può essere l'unica base decisionale per l'adozione di misure preventive. Devono essere considerati anche la volontà della o del paziente e il pericolo di limitazioni dovute ai provvedimenti adottati.

Fondamentalmente, si consiglia di rinunciare al mobili e ai mezzi ausiliari su rotelle. Qualora ciò non fosse possibile, vigono raccomandazioni specifiche.

### Valutazione del rischio

- Valutare il fabbisogno di sostegno della o del paziente in materia di mobilità e consegnare i mezzi ausiliari del caso.
- Individuare e ridurre/eliminare i possibili fattori di rischio legati al mobili e ai mezzi ausiliari su rotelle in prossimità della o del paziente.
- Valutare se la o il paziente è in grado di utilizzare i mezzi ausiliari su rotelle, se occorre spiegarle come fare (alzarsi, sedersi, spostarsi, frenare) e verificare che i mezzi siano adeguati.
- Valutare regolarmente se i mezzi ausiliari soddisfano ancora le esigenze della o del paziente.
- Valutare sistematicamente ogni caduta riconducibile a mobili o mezzi ausiliari su rotelle.

## Mobilio / mezzi ausiliari

- Verificare se il mobilio e i mezzi ausiliari funzionano a dovere prima di usarli (18).
- Utilizzare di preferenza mobilio e mezzi ausiliari che non rischiano di cadere, spostarsi o rotolare via, considerato che spesso vengono utilizzati come supporto per alzarsi.
- Utilizzare sedie con braccioli per agevolare l'operazione di alzarsi in piedi.
- Se possibile, lasciare il mobilio sempre con le rotelle bloccate (18,19) (e il letto all'altezza più bassa).
- Procedere regolarmente all'ispezione, alla pulizia (secondo le disposizioni del fabbricante) e alla verifica del buon funzionamento del mobilio e dei mezzi ausiliari su rotelle (p.es. a cadenza mensile, secondo le direttive interne o le disposizioni del fabbricante). Documentare per iscritto i controlli effettuati per monitorare le misure e premunirsi in caso di conseguenze giuridiche.
- In caso di acquisto di nuovo mobilio o nuovi mezzi ausiliari, considerare, oltre alle disposizioni di sicurezza, anche la prevenzione delle cadute (p.es. deambulatori con freni centrifughi).
- Documentare per iscritto le misure di prevenzione (p.es. materiale informativo per pazienti e familiari).
- Prevedere tempo a sufficienza per evitare situazioni in cui occorre mettere fretta alle o ai pazienti (p.es. trasferimento con il deambulatore dalla sala d'aspetto allo studio medico o dallo spogliatoio al locale in cui si svolge la visita medica).

### Secondo il contesto (presa a carico ambulatoriale o stazionaria, cure di lunga durata ecc.), vanno tenuti in considerazione i punti seguenti:

- chiarire/verificare le responsabilità per il funzionamento, la riparazione e la manutenzione dei mezzi ausiliari noleggiati o di proprietà delle/dei pazienti;
- verificare/adequare le condizioni che costituiscono un rischio per chi utilizza mezzi ausiliari su rotelle (p.es. tappeti, soglie delle porte, dislivelli ecc.) (14);
- all'occorrenza, analizzare la situazione abitativa con i pazienti, i familiari ecc., e procedere agli eventuali adeguamenti.

I fabbricanti sono tenuti a fornire mobilio e mezzi ausiliari adatti a essere utilizzati da pazienti, a considerare i riscontri ricevuti da chi ne fa uso, a condurre valutazioni e, all'occorrenza, a procedere ad adeguamenti a livello di produzione.

## Informazione / consulenza / formazione

- Fornire informazioni/formazioni ed esercitazioni ricorrenti per il personale specialistico al fine di garantire un utilizzo corretto e appropriato dei mezzi ausiliari («training on the job»).
- Adequare gli ausili alla deambulazione, le sedie a rotelle e altri mezzi ausiliari secondo le esigenze di ciascuna o ciascun paziente (dimensioni, esigenze particolari ecc.).
- Consigliare e istruire le o i pazienti ed eventualmente i familiari sull'utilizzo corretto/sicuro dei mezzi ausiliari, e assicurare un accompagnamento fino all'acquisizione di una sicurezza sufficiente.

È altresì necessario mettere a disposizione verbali e notifiche delle cadute, affinché il personale possa analizzare i singoli episodi e adottare misure per prevenirne altri. In tale ottica, la collaborazione interprofessionale risulta fondamentale per implementare una prevenzione multifattoriale delle cadute in considerazione delle malattie di base e concomitanti delle e dei pazienti. Va tenuto conto che, soprattutto per le persone anziane con multimorbilità, non è possibile prevenire tutte le cadute, ma molto può comunque essere fatto per ridurle a un minimo e mitigarne le conseguenze. Un'efficace prevenzione può essere raggiunta solo in collaborazione con le e i pazienti (responsabilità individuale) e tutto il personale sanitario.



## Bibliografia

1. Schwendimann RR. Patient falls: a key issue in patient safety in hospitals [Internet]. 2006. Available from: <https://edoc.unibas.ch/495/>
2. Morris ME, Webster K, Jones C, Hill A-M, Haines T, McPhail S, et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing [Internet]. 2022 May 1;51(5):1–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35524748/>
3. Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen (BIVA), Sturzprophylaxe in der Pflege - Expertenstandards leicht verständlich [Internet]. 2013. Available from: <https://www.biva.de/dokumente/broschueren/Sturzprophylaxe.pdf>
4. World Health Organization (WHO). Falls [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/falls>
5. Lamb SE, Jørstad-Stein EC, Hauer K, Becker C. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe Consensus. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2005 Sep;53(9):1618–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16137297/>
6. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical best practice guidelines: Preventing falls and reducing injury from falls [Internet]. 2017. Available from: [https://rmao.ca/sites/rmao-ca/files/bpg/FALL\\_PREVENTION\\_WEB\\_1207-17.pdf](https://rmao.ca/sites/rmao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf)
7. Wiesli U, Decurtins S, Zúñiga F. Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen [Internet]. Bern; 2013. Available from: [https://www.bfu.ch/api/publications/bfu\\_2.120.01\\_sturzpr%C3%A4vention%20in%20alters-%20und%20pflegeinstitutionen.pdf](https://www.bfu.ch/api/publications/bfu_2.120.01_sturzpr%C3%A4vention%20in%20alters-%20und%20pflegeinstitutionen.pdf)
8. Pereira CB, Kanashiro AMK. Falls in older adults: a practical approach. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2022 May;80(5 suppl 1):313–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35976297/>
9. Rice L, Kalron A, Berkowitz SH, Backus D, Sosnoff JJ. Fall prevalence in people with multiple sclerosis who use wheelchairs and scooters. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2017 Sep;96(35):e7860. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28858096/>
10. Müller R, Halfens R, Schwendimann R, Müller M, Imoberdorf R, Ballmer PE. Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Pflege [Internet]. 2009 Dec 1;22(6):431–41. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1012-5302.22.6.431>
11. Schwendimann R. Sturzprävention im Akutspital - Eine Literaturübersicht. Pflege [Internet]. 2000 Jun 1;13(3):169–79. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1012-5302.13.3.169>
12. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Age Ageing [Internet]. 2014 Nov 1;43(6):759–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25315230/>
13. Ong MF, Soh KL, Saimon R, Myint WW, Pawi S, Saidi HI. Falls risk screening tools intended to reduce fall risk among independent community-dwelling older adults: A systematic review. Int J Nurs Pract [Internet]. 2022 Jul 24;(July):e13083. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35871775/>
14. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Pin Tan M, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing [Internet]. 2022;51:1–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36178003/>
15. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 Sep 7;9(9):1–328. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30191554/>
16. Hopewell S, Adedire O, Copey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018;(7):1–257. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30035305/>
17. Frank O, Schwendimann R. Schriftenreihe Nr. 2: Sturzprävention - Orientierungshilfe und Empfehlungen. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz; 2008. Available from: [https://www.patientsicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/2\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/Archiv/Sturzpraevention/2\\_SR\\_2\\_Sturzpraevention\\_D\\_160725.pdf](https://www.patientsicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Sturzpraevention/2_SR_2_Sturzpraevention_D_160725.pdf)
18. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 7th Edition. Elsevier Health Sciences; 2018.
19. Makic MBF, Martinez-Kratz Marina Reyna. Ackley and Ladwig's Nursing Diagnosis Handbook - An Evidence-Based Guide to Planning Care. 13th Edition. Elsevier LTD, Oxford; 2022.

## Autori ed esperti coinvolti

Kerker-Specker Carmen

MScN, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

Paula Helmut

EMBA HSM, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

Bohn Felix

Consulente architettonico specializzato in persone anziane e affette da demenza, Zurigo

Decurtins Sabina

MAS Gerontological Care, MAS Coaching, esperta di cure infermieristiche, responsabile Formazione, ospedale Zollikerberg

Grädel Roland

Dipl. tecnico SSS in costruzioni meccaniche, specialista in prodotti, Ufficio prevenzione infortuni (UPI)

Knuchel-Schnyder Silvia

Fisioterapista SUP, docente, ospedale Soletta

Lee Patricia

MAS Geriatric Care, esperta in qualità delle cure, Spitex Region Brugg AG

Mohr Giulia

Psicologa del lavoro e delle organizzazioni, esperta in sicurezza dei pazienti, ospedale universitario Basilea

Müller Rita

Responsabile Cure infermieristiche e sviluppo, ospedale cantonale Winterthur

Peschak Anne

Responsabile Sviluppo cure e gestione della qualità, MSc cure infermieristiche, Spitex Berna

Wiesli Ursula

Specialista di scienze infermieristiche MSN, esperta di cure infermieristiche APN-CH, incaricata dell'igiene, centro di cura Eschenbach (SG)

Zeller Andreas

Prof. dott. med. MSc, responsabile centro universitario medicina di base Basilea Città e Campagna

Zúñiga Franziska

Dr. sc. med, responsabile Formazione professionale, Istituto di scienze infermieristiche, Università di Basilea

## Contatto

Carmen Kerker-Specker, collaboratrice scientifica

[kerker@patientsicherheit.ch](mailto:kerker@patientsicherheit.ch)

Helmut Paula, responsabile CIRRNET

[paula@patientsicherheit.ch](mailto:paula@patientsicherheit.ch)

[www.securitedespatients.ch/quick-alert/](http://www.securitedespatients.ch/quick-alert/)

## Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

Asylstrasse 77

CH-8032 Zurigo

T +41 43 244 14 80

## Il presente Quick-Alert® è stato approvato dai seguenti gruppi/associazioni specialistiche

- Comitato CIRRNET
- Associazione svizzera per le scienze infermieristiche (VFP/APSI) con le sue società accademiche
  - Cure acute
  - Cure gerontologiche
  - Cure riabilitative

**VFP  
APSI** Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft  
Association suisse pour les sciences infirmières  
Swiss Association for Nursing Science

**VFP  
APSI** Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft  
Association suisse pour les sciences infirmières  
Swiss Association for Nursing Science

**Société scientifique  
Soins aigus**

**VFP  
APSI** Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft  
Association suisse pour les sciences infirmières  
Swiss Association for Nursing Science

**Société scientifique  
Soins en gériologie**

**VFP  
APSI** Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft  
Association suisse pour les sciences infirmières  
Swiss Association for Nursing Science

**Société scientifique  
Soins en réhabilitation**

## Indicazione

Questa problematica ha una rilevanza interregionale. Verificate la sua incidenza nel vostro istituto e, coinvolgendo le funzioni aziendali preposte, fate in modo che la problematica sia comunicata in modo mirato e se necessario esteso.

Le presenti raccomandazioni si prefiggono di sensibilizzare e sostenere le organizzazioni sanitarie e i professionisti che lavorano in ambito sanitario nell'attività di definizione di linee guida interne. È compito dei fornitori di prestazioni verificare le raccomandazioni in rapporto al contesto locale e decidere se le stesse debbano essere adottate in modo obbligatorio, modificate o cestinate. Un loro allestimento ed utilizzo specifico in relazione agli obblighi di accuratezza vigenti (basati sulle circostanze professionali, aziendali, giuridiche o individuali locali) è esclusivamente sotto la responsabilità del fornitore di prestazioni competente.