



THERMAE
DI SALSOMAGGIORE



Ottavo Convegno di Traumatologia Clinica e Forense
15° Corso Di Ortopedia , Traumatologia e Medicina Legale

Salsomaggiore Terme, 18 novembre 2017

VALUTAZIONE DEL RISCHIO FRATTURATIVO NELL'ANZIANO

**Dott.ssa Roberta Costa, Dott.ssa Francesca Cornacchia, Dott. Simone
Callioni, prof. Mario Gabbrielli**
Scuola di Specializzazione Medicina Legale, Siena
Prof. Medicina Legale, Università di Siena



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

L'invecchiamento della popolazione

Si definisce anziano l'individuo con età superiore ai 65 anni.

In Italia gli ultrasessantacinquenni rappresentano circa il **20%** della popolazione attuale



Nel **2051** si stima che saranno il **33%**

Secondo la WHO in tutto il mondo la proporzione di anziani aumenta più velocemente delle altre fasce di età

Implicazioni di natura medica

Aumento progressivo della patologie cronic-degenerative:

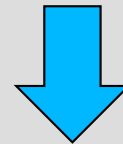
Patologie cardio-vascolari

Neoplasie

Diabete

Demenze

Osteoporosi



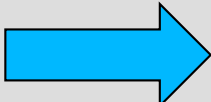
Forte impatto sull'aspettativa di vita in «buona salute» o senza
disabilità

Osteoporosi

Malattia sistemica a eziopatogenesi multifattoriale, causata da una **patologica riduzione della resistenza ossea**, da cui **aumento della fragilità dello scheletro** e quindi della **suscettibilità alle fratture (WHO)**

«Epidemia silenziosa»: non dà segno di se prima della frattura

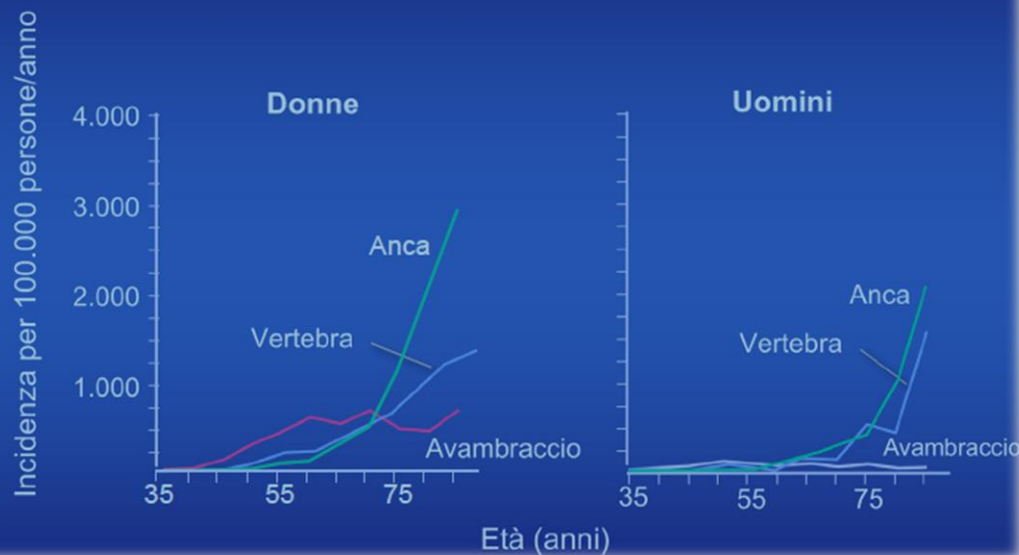
Donne > 50 aa, Uomini >60 aa

5 milioni oggi  7 milioni nel 2050

Aumento rischio fratturativo in pz \geq 65 anni

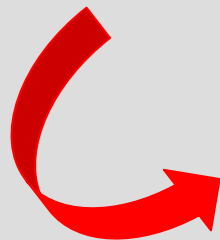
Fratture da fragilità

Incidenza di fratture osteoporotiche



Traumi minimi:

- Cadute da altezza inferiore alla statura
- Traumi a bassa energia
- Traumi non identificabili



- Dolore
- Modificazioni dell'aspetto fisico
- Disabilità
- Perdita dell'indipendenza
- Aumento della morbidità e della mortalità

Determinanti delle fratture da fragilità

Oltre all'osteoporosi, incidono poi sul rischio di frattura:

- ✓ Terapia con glucocorticoidi
- ✓ Anamnesi positiva per fratture da fragilità
 - ✓ Basso peso
 - ✓ Fumo
- ✓ Eccessivo consumo di alcool

Non va sottovalutato inoltre che **nell'anziano**, alla fragilità intrinseca del tessuto osseo, si associa il rischio di caduta

28-35% ultrasessantacinquenni e il 32-34% ultrasessantenni



cade almeno una volta l'anno

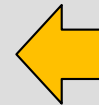
È possibile una prevenzione?

Prevenzione primaria

1) Correzione dei fattori di rischio individuali e ambientali

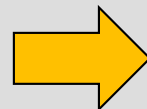
Sesso femminile	Elevato turnover osseo*
Menopausa prematura	Familiarità per frattura di femore*
Età*	Scarsa acuità visiva*
Amenorrea primaria o secondaria	Basso peso corporeo*
Ipogonadismo maschile primitivo o secondario	Malattie neuromuscolari*
Etnia europea o asiatica	Fumo di sigaretta*
Storia di fratture atraumatiche*	Eccessivo consumo di alcolici
Bassa densità minerale ossea (BMD)	Immobilizzazione protratta
Trattamento cortisonico*	Basso apporto di calcio
	Carenza di vitamina D

Correzione dello stile di vita e adeguato apporto di calcio e vitamina D



*Caratteristiche che aumentano il rischio di frattura anche indipendentemente dalla densità minerale

Trattamento
patologie
predisponenti



Malattie endocrino metaboliche (ipogonadismo, ipercortisolismo, iperparatiroidismi, ipertiroidismo, anoressia mentale)
Malattie mielo e linfoproliferative
Condizioni associate a malassorbimento intestinale
Malattie reumatiche (artrite reumatoide e psoriasica, LES)
Malattie renali (ipercalcemia idiopatica, insufficienza renale cronica)
Malattie metaboliche del collagene (osteogenesi imperfetta)
Trapianto d'organo

Nota AIFA n°79

Gazzetta Ufficiale 30 marzo 2017

30-3-2017

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 75

ALLEGATO I

NOTA 79

La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni di rischio di frattura osteoporotica:

- Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche
 - vertebrali o di femore

Condizione	Trattamento I scelta ^a	II scelta	III scelta
1-2 fratture ^b	Alendronato (± vit. D), Risedronato, Zoledronato ^d ,	Denosumab ^e , Ibandronato, Raloxifene, Bazedoxifene	Stronzio ranelato ^f
≥ 3 fratture			
≥ 1 frattura + T-score colonna o femore ^c ≤ -4			Alendronato (± vit. D), Risedronato, Ibandronato
≥ 1 frattura + trattamento > 12 mesi con prednisone o equivalenti ≥ 5 mg/die	Teriparatide ^g	Denosumab ^e , Zoledronato ^d	Stronzio ranelato ^f
Nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamento in nota 79 da almeno 1 anno			

Il trattamento dell'osteoporosi deve essere finalizzato alla riduzione del rischio di frattura. I provvedimenti **non farmacologici** (adeguato apporto di calcio e vitamina D, attività fisica) o la **eliminazione di fattori di rischio modificabili** (fumo, rischi ambientali di cadute) non hanno controindicazioni e possono quindi essere raccomandati a chiunque.

Nota AIFA n°79

Gazzetta Ufficiale 30 marzo 2017

- L'utilizzo di farmaci è sempre associato a potenziali rischi per cui il loro utilizzo deve essere **riservato ai pazienti a rischio più elevato di frattura**, che sono poi gli unici per i quali esiste una adeguata documentazione di efficacia
- La nota 79 prevede il trattamento farmacologico dell'osteoporosi a carico del **SSN** per pazienti con rischio di frattura sufficientemente elevato da rendere il Number Needed to Treat per prevenire un evento fratturativo ragionevolmente accettabile e giustificare gli inevitabili rischi connessi a trattamenti di lungo termine.
- La valutazione del rischio di frattura e quindi la definizione di una soglia di intervento sono complicate dall'interagire di più fattori di rischio per frattura, oltre che dal diverso profilo di efficacia, di aderenza e di sicurezza ed infine dal diverso costo dei farmaci disponibili.
- In prevenzione primaria, cioè prima del manifestarsi di una complicanza fratturativa osteoporotica nelle donne post-menopausali e nei maschi di età <60 anni la definizione di una soglia di intervento è complicata dall'interazione di più fattori di rischio. **E' opportuno che tutti questi fattori siano accuratamente valutati prima di intraprendere o meno un trattamento.**

Prevenzione primaria (2)

La Prevenzione delle cadute

2) Rientra tra i metodi di prevenzione primaria

Azione preventiva principale nell' ultrasessantacinquenne in
strutture assistenziali e ospedali

nei quali



- ❖ **4%** cadute **ACCIDENTALI**: causate spesso da pavimenti umidi o scarsa illuminazione
- ❖ **8%** cadute **FISIOLOGICHE IMPREVEDIBILI**: cause fisiologiche ma non prevedibili (ICTUS, IMA, Sincopi)
- ❖ **78%** cadute **FISIOLOGICHE PREVEDIBILI**: causate da fattori noti della persona, ad esempio instabilità nella deambulazione

(Morse, 1996)

Valutazione del rischio di caduta

Prevenzione secondaria

Le linee guida internazionali sottolineano l'importanza della valutazione del rischio di caduta nella persona che si ricovera in ospedale quale parte integrante dei programmi di prevenzione

Negli ultimi 20 anni sono state messe a punto **Scale di valutazione del rischio**, utilizzabili sia all'ingresso in ospedale sia per il successivo monitoraggio durante il ricovero

(Morse, Conley, Tinetti, Stratify)

In Toscana, si utilizza la **Scala ReTos**





Scala ReTos

Strumento di valutazione del rischio di caduta, finalizzato ad orientare le attività di prevenzione del rischio di caduta.

Validata per pazienti di età ≥ 65 anni in stato di coscienza, per ricoveri $> 24h$

Domande da rivolgere al paziente (D)

3 sezioni:

Osservazioni sulle condizioni di salute del paziente (O)

Rilevazioni sulla documentazione clinica (R)

Scala ReTos

Valutazione del rischio di cadute



Da applicare per tutti i pazienti con età > 0 - a 65 anni, ricoverati per più di 24 ore ed in stato di coscienza

Nome e Cognome paziente _____

Anno di nascita _____ Data del ricovero _____ N° nos.

? Domande da rivolgere al paziente (D)

	Ingresso	Data rivalutazioni		
		/ /	/ /	/ /
1. È caduto o ha rischiato di cadere nel corso degli ultimi sei mesi?	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
2. Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri nel corso degli ultimi sei mesi?	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
3. La vista le crea problemi nelle attività di vita quotidiana?	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
4. Ha problemi di udito?	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
5. Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane (spogliarsi, vestirsi, igiene personale)?	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>

👁 Osservazioni sulle condizioni di salute del paziente (O)

6. Si osserva nel paziente la mancanza di senso del pericolo	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
7. Si osserva che il paziente è agitato	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
8. Si osserva nel paziente un'andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, cammina con le gambe larghe)	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
9. Si osserva che il paziente si muove in almeno una delle seguenti condizioni: • utilizzando stampelle, bastone, deambulatore, sedia a rotelle; • senza uso di ausili aggrappandosi agli arredi; • con asta per flebo, sacchetto urine, drenaggio e pertanto necessita di una persona che lo aiuti negli spostamenti.	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>

📄 Rilevazioni sulla documentazione clinica (R)

10. Si rileva che il paziente è affetto da almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurologiche e psichiatriche	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
11. Si rileva che il paziente assume almeno uno dei farmaci per uso sistemico appartenenti alle seguenti tipologie: • vasodilatatori • antipertensivi • diuretici • antistaminici • antidolorifici • psicotropi	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>

Score RCP*

Sigla infermiere

*Lo Score RCP si ottiene sommando i punteggi corrispondenti ai fattori di rischio rilevati nel paziente e va impiegato come orientamento per la scelta delle azioni di prevenzione delle cadute

Applicazione

Al momento dell'ingresso in reparto (prime 24 h) l'infermiere compila la scheda.

Ripetizione a 72 e 120 ore, salvo modificazioni del quadro clinico e comunque sempre al cambiare delle condizioni cliniche



Servizio
Sanitario
della
Toscana

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione
Rischio
Clinico
SICUREZZA DEL PAZIENTE

Scala ReTos (2)

Suddivisa in 9 aree di indagine:

Anamnesi delle cadute

Patologie in corso

Alterazione dei sensi

Eliminazione

Mobilità

Andatura ed attività quotidiane

Stato mentale

Terapia farmacologica

Terapia endovenosa

Verifica della presenza di fattori di rischio più significativi:
cadute pregresse, vertigini o capogiri, problemi di vista, problemi di udito, difficoltà a svolgere le attività quotidiana, mancanza di senso del pericolo, **stato di agitazione psicomotoria**, andatura compromessa, stampelle o bastoni, **patologie**, **farmaci**

Score RCP

La somma dei punteggi ottenuti porta allo score del rischio di caduta (RCP)

≤ 4 rischio BASSO

5-12 rischio MEDIO

≥ 13 rischio ALTO

Valore di **orientamento** del giudizio dell'infermiere o del medico in merito all'effettivo rischio di caduta e delle azioni da intraprendere per contenere il rischio



Particolare attenzione per il pz caduto nei 6 mesi precedenti

Provvedimenti

RCP
≤ 4

- ✓ Comportamenti da tenere: calzature e abbigliamento idonei
- ✓ Informazione del paziente e dei familiari sull'aumento del rischio cadute per fattori legati al ricovero (farmaci, agitazione psicomotoria)
 - ✓ Favorire la mobilitazione, con specifici accorgimenti

- ✓ Concordare la presenza di una persona/familiare per le AVQ
 - ✓ Aumentare la sorveglianza
 - ✓ Spondine

RCP
5-12

RCP
≥ 13

- ✓ Segnalare in cartella l'alto rischio di caduta
- ✓ Incrementare la frequenza delle osservazioni infermieristiche in cartella
 - ✓ Utilizzo del bagno: più prudente la posizione seduta

Gestione del paziente caduto

«Evento in cui il paziente/visitatore viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito a ritornare nel letto o sulla poltrona/sedia»

1 Soccorso

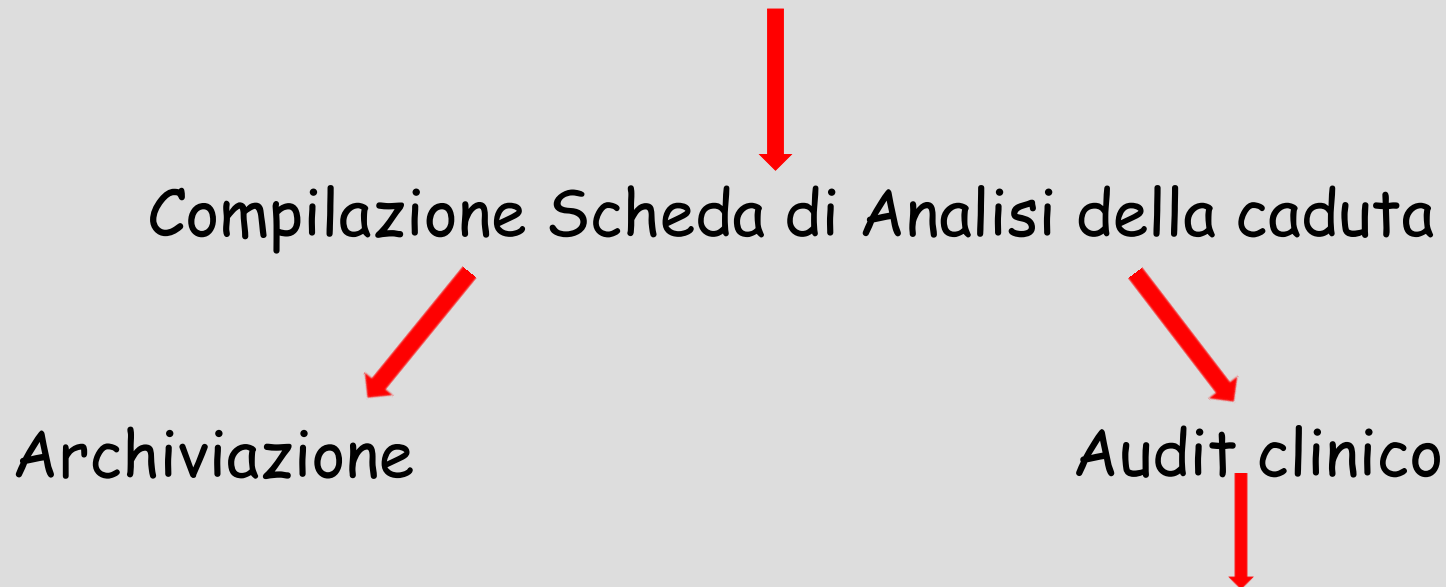
2 Visita medica, compilazione diario clinico

3 Monitorizzare il pz per evidenziare eventuali complicanze tardive
ReTos in 48h

4 Compilare Scheda di segnalazione

Gestione del paziente caduto (2)

La Scheda di Segnalazione viene consegnata al Facilitatore del rischio clinico dell'U.O.



Analisi approfondita delle cadute che si sono verificate all'interno della struttura. Se caduta con esito grave, audit entro 15 giorni, per porre immediato rimedio alle criticità che hanno favorito l'evento avverso

Riduzione dei rischi ambientali

«La valutazione dei rischi ambientali insieme a specifiche raccomandazioni dopo la dimissione, è associata a riduzione del 20% del rischio cadute» (NEJM 2003)

- Rimozione ostacoli dai pavimenti
- Adeguata illuminazione
- Maniglie nei bagni
- Corrimano nei percorsi più usati
- Controllare periodicamente lo stato di manutenzione degli arredi e dei presidi
- Segnalazione zone a rischio
- Segnalazione pavimenti bagnati

Checklist SAP
(Sicurezza
Ambiente e
Presidi)



Ancora prevenzione

SECONDARIA:

diagnosi precoce della malattia e stima del rischio di andare incontro a frattura

TERZIARIA:

rivolta ai pazienti che hanno già subito una frattura

Programma di prevenzione nuove fratture

ricordando sempre che

Il paziente anziano è un paziente complesso in cui coesistono varie comorbidità e polifarmacoterapia

Conclusioni

Azione sui fattori di rischio individuali ed ambientali

Prevenzione delle cadute



- Riduzione delle fratture da fragilità e loro conseguenze
(ricoveri, disabilità)
- Abbattimento della maggiorazione dei costi per il prolungarsi della degenza e per le procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie
- Riduzione del contenzioso ospedaliero

Grazie per
l'attenzione