

Prevenzione del rischio di caduta nelle persone fragili al domicilio

Le cadute rappresentano un problema rilevante nella popolazione anziana: qui vengono forniti utili contenuti educativi essenziali, raccomandazioni, suggerimenti, consigli pratici, con la finalità di condividere conoscenze di base e problemi prioritari di sicurezza.

*di Marina Simoncelli (MD Direttore UOC Medicina Riabilitativa -Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"),
Benedetta Emanuelli (MD Medico Fisiatra UOC Medicina Riabilitativa Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord")*

Le cadute tra le mura domestiche degli anziani e più in generale delle persone con disabilità di ordine motorio e/o cognitivo rappresentano una priorità per la sanità pubblica a causa della loro frequenza e gravità; le cadute rappresentano la prima causa di incidente domestico e parallelamente la prima causa di ricovero e decesso per tale ragione.

Esistono fattori di rischio di caduta intrinseci, anche detti personali (come le alterazioni legate all'età, oppure allo stato di malattia ed al funzionamento globale della persona), ma anche fattori estrinseci, ovvero ambientali (ossia tipicamente la presenza di ostacoli in casa, le calzature non idonee, l'impiego di ausili non adeguati o il loro errato impiego). Viene quindi raccomandata l'identificazione di tali fattori attraverso una valutazione oligo-multidimensionale delle persone a rischio, in primis condotta da operatori sanitari e sociali, che preveda il passaggio delle informazioni e l'attivazione di un sistema di sorveglianza e messa in opera di procedure e strategie di prevenzione da parte del caregiver, del familiare e del paziente stesso.

Informazioni cliniche di base

La caduta consiste in un **improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso** dalla posizione ortostatica (eretta) o assisa (seduta) o clinostatica (distesa). La caduta è correlata ad una perdita dell'equilibrio senza perdita di coscienza. Le cadute possono essere prevedibili, accidentali ed imprevedibili.

- Le **cadute prevedibili** capitano a persone disorientate o con problemi nella deambulazione o che hanno reazioni ai farmaci ecc.: esse rappresentano il 78% delle cadute.
- Le **cadute accidentali**, pari al 14%, sono dovute a fattori ambientali, come ad esempio lo scivolamento sul pavimento bagnato. Anche queste cadute possono essere prevedibili, poiché dobbiamo e possiamo rimuovere la maggior parte dei fattori di rischio.
- Le **cadute imprevedibili**, pari al 18%, accadono a persone in buone condizioni cliniche e funzionali, in cui può subentrare ad esempio un improvviso disturbo dell'equilibrio.

Circa il 28-35% delle persone di 65 anni ed oltre cade ogni anno, percentuale che sale al 32-42% negli ultrasettantenni.

Le cadute si verificano dunque prevalentemente nelle persone anziane, la classe di età infatti più colpita è quella tra i 74 e gli 85 anni. Ma le cadute riguardano anche altri soggetti fragili con disabilità motorie e/o cognitive (OMS, 2015).

La maggior parte delle cadute avviene in **casa** (circa il 60%), in quanto sia anziani che disabili trascorrono molto tempo nelle abitazioni. D'altro canto le cadute costituiscono il 78% degli incidenti domestici, il 56% dei motivi di ricorso ad un Pronto Soccorso. Ogni anno, 1/3 delle persone con età > 65 anni ha almeno 1 episodio di caduta. Gli ambienti a maggior rischio sono: cucina (25%), camera da letto (22%), scale interne ed esterne (20%), e bagno (13%). La caduta avviene solitamente perché il soggetto scivola (su superfici bagnate o indossando scarpe inadatte o per le scale), o inciampa (su oggetti domestici o tappeti), o precipita (dal letto, dalla sedia o dalla scala) (Istituto Superiore di Sanità, 2015).

Le cadute nelle persone anziane possono essere causate da **fattori** personali anche detti intrinseci (legati ad esempio allo stato di salute) oppure ambientali denominati anche estrinseci (come la sicurezza dell'ambiente domestico...).

Fattori personali

- **Età**, si delineano due fasce di età: gli anziani con età compresa tra i 65 e gli 80 anni considerati a rischio e quelli con 80 anni ed oltre giudicati a più alto rischio.
- **Sesso femminile**.
- **Alterazione della mobilità** con conseguente riduzione dell'autonomia negli spostamenti per problemi di postura, di equilibrio, di deambulazione, nonché riduzione rispettivamente della forza muscolare, della mobilità e dell'articolarietà (per patologie osteo-articolari), con conseguente tendenza alla sedentarietà
- **Disabilità percettive** legate a problematiche di vista e di udito.
- **Alterazione dello stato mentale** intesa come confusione mentale, disorientamento, deficit mnemonico e difficoltà di comprensione. Ma anche da ricondurre a depressione, ansia, insonnia o all'abuso di sostanze in grado di alterare la percezione spazio-temporale e la capacità di orientarsi e di muoversi.
- **Anamnesi di cadute precedenti e/o ricorrenti**, una storia recente di caduta è infatti un fattore statisticamente significativo di successive cadute; la stessa paura di cadere a sua volta predispone a recidive.
- **Talune patologie croniche**, in particolare la demenza, l'epilessia, le malattie cerebrovascolari come l'ictus, la Malattia di Parkinson, lo scompenso cardiaco, le malattie cardiovascolari, l'anemia, le neoplasie ed il diabete....

Fattori ambientali

- **Farmaci**, in particolare sono state identificate specifiche classi di farmaci che favoriscono il rischio di caduta, in tal senso sono da ricordare ad esempio: i farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale (tranquillanti, sedativi, benzodiazepine), ma anche i medicinali per le malattie cardiovascolari (antipertensivi), nonché gli antinfiammatori non steroidei. È stimato inoltre che l'uso contemporaneo di quattro o più farmaci può aumentare il rischio di caduta.
- **Assunzione inappropriata di alcune categorie di farmaci**, come ad esempio: antidepressivi, sedativi, ipnoinducenti, antipertensivi e diuretici
- **Comportamenti a rischio**, come la vita sedentaria, l'eccesso di alcool e l'alimentazione povera e/o scorretta (carente di vitamine e liquidi ed in cui vengono privilegiati cibi precotti, farinacei e soprattutto dolci ...).

- **Inadeguatezza del vestiario, delle calzature e degli ausili**, ovvero ad esempio vestiario pesante ed ingombrante che limita i movimenti, oppure calzature non idonee, o ancora occhiali non più adeguati al deficit visivo e soprattutto bastoni inadatti o usati in maniera scorretta, deambulatori poco scorrevoli e carrozzine non idonee.
- **Isolamento sociale, difficoltà finanziarie**, risultano infatti ad alto rischio di caduta soggetti soli, vedovi, divorziati che hanno un basso reddito o una situazione socio-economica svantaggiata o che non svolgono attività sociali. In questi casi l'ambiente indigente, l'alimentazione povera e/o scorretta, la ridotta possibilità di accesso ai servizi di cura anche nel caso di patologie acute e croniche, l'isolamento e la depressione alimentano il rischio di caduta.
- **Caratteristiche strutturali e logistiche dell'abitazione**, come ad esempio: scarsa illuminazione degli ambienti (soprattutto notturna), presenza di scale, superfici scivolose o sdruciolevoli, presenza di tappeti e fili volanti, ripostigli posizionati in alto ed assenza di appigli e/o corrimano. Secondo alcune fonti, la presenza di un'abitazione non sicura è in grado di aumentare del 50% circa il rischio di cadute in casa. Infatti molte persone si fanno male mentre svolgono le normali attività come lavarsi, cucinare, alzarsi di notte per andare in bagno, prendersi cura di un familiare, fare i lavori di casa (Ministero della Salute, 2016).
- **Scarsa informazione e formazione del personale di assistenza**, del caregiver e del paziente circa il rischio di caduta.

Comunque la caduta può essere considerata come la conseguenza di una complessa interazione di numerosi fattori di rischio, estremamente connessi tra loro. **In genere le cadute hanno, infatti, una genesi multifattoriale** (Gillespie, 2020; Ministero della Salute, 2009). Il problema delle cadute negli anziani non è semplicemente legato all'elevata incidenza, ma al fatto che all'incidenza si associa la facilità che la caduta abbia come conseguenza un trauma o una lesione.

Gli esiti di una caduta possono essere: contusioni e ferite superficiali, ma anche nel 5-6% dei casi fratture; gli anziani hanno maggiori probabilità di incorrere in tale evento in quanto molti di loro soffrono di porosità e fragilità ossea (osteoporosi) e presentano un rallentamento dei riflessi protettivi. Le più temibili sono le fratture del femore che rappresentano un'importante causa di disabilità (quarta causa principale di non autosufficienza nelle femmine e sesta nei maschi) e talvolta anche di morte. Le **fratture di femore** predominano negli anziani con più di 75 anni; esse rendono solitamente necessario un intervento chirurgico di osteosintesi o di impianto di una protesi d'anca. Inoltre la guarigione da una lesione, come per esempio una frattura, è di solito lenta nelle persone anziane e ciò aumenta il rischio di successive cadute. Le **fratture del polso** sono invece più frequenti negli anziani "giovani" (65-75 anni), ancora sufficientemente reattivi da cercare di frenare la caduta con le mani.

Un'altra complicazione della caduta è poi data dalla **sindrome ansiosa post-caduta**, che porta l'individuo a ridurre il movimento, gli spostamenti e le attività quotidiane, magari svolte in modo eccessivamente cauto, proprio per paura di cadere. Ciò contribuisce a ridurre l'autostima e la forza muscolare, favorendo una deambulazione anormale e, a lungo andare, un ulteriore aumento del rischio di caduta e di isolamento sociale (Boushon et al, 2012).

Valutazione

Considerato l'impatto disabilitante di questi eventi accidentali, risulta importante mantenere costantemente attivi programmi di valutazione e gestione preventiva del rischio caduta (NICE, 2013). Le persone anziane (> o = 65 anni) o

con disabilità motorie e/o cognitive, che entrano in contatto con i professionisti sanitari e socio-sanitari, devono essere interrogati sulle cadute (se, quando, in che modo e con che caratteristiche) durante le visite e controlli di routine.

La presenza in anamnesi di pregresse cadute rappresenta uno tra i maggiori fattori di rischio predittivo di possibili future cadute; in caso positivo potranno essere attivate ulteriori valutazioni.

Quindi, **le persone che segnalano una caduta o che sono considerate a rischio di caduta dovrebbero essere sottoposte ad una valutazione** rispettivamente dei deficit dell'equilibrio, dell'andatura, della mobilità e della forza muscolare; di rischio di osteoporosi; dei disturbi visivi ed uditivi; della presenza di deterioramento cognitivo e/o di incontinenza urinaria; dei farmaci assunti.

Le scale di valutazione del rischio di caduta, come ad esempio la Scala di Conley, di Morse e di Stratify essendo risultate, dopo accurati studi di validazione, poco sensibili e specifiche soprattutto per il limite di non essere multifattoriali, non vanno comprese tra le modalità di assessment del rischio di caduta.

L'identificazione e la valutazione dei sopraindicati fattori di rischio spetta agli operatori sanitari e socio-sanitari, ovvero medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi ed anche oss, educatori, assistenti sociali... nonché a tutto il personale che si prende cura delle persone a rischio di caduta ed anche al paziente stesso, per quanto di competenza (PIPA, 2013). Il Medico di Medicina Generale (MMG), per il suo ruolo sul territorio ed il rapporto di fiducia con l'assistito è l'interlocutore privilegiato per l'implementazione di programmi di prevenzione delle cadute.

Raccomandazioni/consigli pratici

Per la gestione del rischio di cadute è raccomandato un intervento multifattoriale individualizzato che miri ad identificare e quindi ad affrontare i fattori di rischio personali ed ambientali riconosciuti.

Interventi sui fattori di rischio personali

- **Promozione dell'attività fisica, allenamento per la forza e l'equilibrio.** E' documentato nella letteratura scientifica che programmi di esercizio fisico svolto regolarmente aiutino a prevenire le cadute e, in caso di caduta, riducono la gravità delle conseguenze. L'invito generale, rivolto al caregiver e/o al paziente stesso, è quello di favorire il movimento globale graduale e responsabile del corpo, magari con supervisione ed eventuale aiuto, tenendo conto delle possibilità e dei limiti fisici, iniziando con esercizi semplici e poco impegnativi (D'Ercole C. et al, 2019). Altresì, negli anziani attivi un programma preventivo di esercizi basato sul miglioramento dell'equilibrio, del controllo dell'andatura e della postura, nonché delle capacità di resistenza ed elasticità dell'organismo, risulta in grado di determinare una riduzione variabile dal 40% al 60% del rischio di caduta ed anche del rischio di fratture dopo caduta. Anche il *Tai Chi* riduce efficacemente le cadute (Gillespie et al, 2020). Per poter essere efficace, il programma di esercizio deve essere impegnativo, progressivo e regolare, avere una durata nel tempo di almeno 50 ore e deve essere portato avanti a lungo termine per poter essere efficace (Profound.eu.com, 2016).
- **Altri comportamenti a favore di uno stile di vita sano**, quali l'astinenza dal fumo, il consumo moderato di alcolici ed il mantenimento del peso corporeo, entro i limiti della normalità dalla mezza età alla vecchiaia, proteggono gli anziani dalle cadute. Inoltre un'alimentazione sana, ovvero una dieta bilanciata e ricca di calcio può far diminuire il rischio di traumi conseguenti a caduta nell'anziano. Un'adeguata assunzione di proteine, calcio, vitamine essenziali ed acqua è indispensabile per una salute ottimale (OMS, 2015).

- **Correzione della vista e dell'udito.**
- **Diagnosi e trattamento, delle patologie croniche** sopraindicate.

Interventi sui fattori di rischio ambientali

1. **Revisione dei farmaci** da parte del medico con modifica o sospensione, quando possibile.
2. **Promozione di un uso corretto di farmaci:** risultano fondamentali nella prevenzione le azioni di controllo svolte dai caregiver, ad esempio favorendo un uso corretto dei farmaci, sia nelle dosi che negli orari di somministrazione prescritti dal medico.
In particolare risultano significativi i seguenti ambiti d'intervento:
 - i pazienti in terapia con farmaci che provocano un'alterazione dello stato psicofisico nonché le associazioni di 4 o più farmaci, indipendentemente dal tipo, debbono essere monitorati rispetto al rischio di cadute;
 - è necessario informare ed educare il paziente ed i caregiver circa gli effetti della terapia con farmaci a rischio;
 - qualora il paziente effettui terapia infusione ed ove non vi sia la necessità di infondere i liquidi in modo continuativo nelle 24 ore, risulta utile programmare la loro somministrazione con una pausa durante il periodo di riposo notturno.
3. **Adeguatezza del vestiario e delle calzature.** La persona deve indossare vestiti comodi che non impediscano i movimenti e le manovre assistenziali, facendo attenzione a chiusure, orli, gonne strette, ecc.. Analogamente deve impiegare scarpe adeguate, ovvero scarpe chiuse dotate di suola con buona aderenza al terreno ed antiscivolo, supporti a livello della caviglia e tacco basso e largo. Le calzature devono essere funzionali e comode, di giusta misura, offrendo il corretto sostegno per il piede senza essere troppo strette o esercitare pressione, ma neanche troppo lunghe o larghe. Inoltre il gradimento e l'efficacia della soluzione adottata devono essere verificati attraverso il coinvolgimento dell'interessato. E' preferibilmente che la persona rimanga seduta quando si veste e quando si toglie vestiti e calzature.
4. **Identificazione del bisogno dei "giusti" presidi** (ausilio oppure ortesi) **e loro corretto impiego.** Parliamo di apparecchiature, soluzioni, ecc., che oltre ad incrementare il recupero dei deficit funzionali, favoriscono l'autonomia nello svolgimento di attività e la partecipazione. L'identificazione del presidio adeguato a prevenire il rischio di caduta viene generalmente fatta dal fisioterapista e/o dal medico fisiatra e/o da altro medico specialista competente per tipologia di menomazione o disabilità; esso può essere rappresentato da:
 - **Ausili per la locomozione.** Tra i più utilizzati figura il **deambulatore** nel cui impiego sono coinvolti entrambi gli arti superiori e che svolge due principali funzioni: ridurre il peso del corpo sugli arti inferiori e stabilizzare la persona allargando la base di appoggio. Il deambulatore maggiormente adoperato, anche nelle persone a rischio di caduta, è quello a 2 ruote anteriori, piroettanti ed unidirezionali, e 2 puntali posteriori. Tale ausilio può essere di taglia piccola, media o grande a seconda dell'altezza del paziente. Gli ausili che invece impegnano un solo arto superiore sono rispettivamente il **bastone**, la **stampella canadese**, il **tripode** ed il **quadripode** che hanno il vantaggio di essere meno ingombranti, più leggeri e possono essere utilizzati nella salita e discesa delle scale (vedi Fig.1). Al tempo stesso però, se non usati correttamente, possono essere causa di caduta, soprattutto in presenza di decadimento cognitivo, vuoi per inciampo vuoi nel tentativo di recuperarli da terra.

Questi ausili, che prevedono il sostegno su un solo arto superiore, devono sempre andare in appoggio al terreno insieme all'arto inferiore malato. Devono, inoltre, essere usati controlateralmente al lato colpito poiché lo schema crociato è il più fisiologico, gli spostamenti del centro di gravità sul piano frontale sono minori e la base di appoggio risulta maggiore consentendo quindi, nel complesso, un maggior equilibrio.



Figura 1 – Ausili per la locomozione

- **Sedie e carrozzine con braccioli e freni funzionanti.**
- **Letto ortopedico** da mantenere in posizione bassa, assicurandosi che i freni del letto siano bloccati, e che sia dotato di sponde, se giudicato appropriato ai fini di protezione del paziente. Le sponde applicate o corredate al letto sono strumenti di sicurezza utilizzati per ridurre il rischio di scivolare, rotolare o cadere accidentalmente dal letto.
- **Ortesi**, che sono un presidio ortopedico applicato direttamente su un segmento scheletrico, ad azione diretta su di esso ed indiretta su tutto il sistema locomotore. Un esempio di ortesi molto diffuso è rappresentato dalla **Molla di Codivilla** che viene utilizzata in caso di deficit dei muscoli flessori dorsali del piede (ovvero “piede cadente” con avampiede che non si solleva verso l'alto), dovuto ad una lesione del Sistema Nervoso che può essere sia centrale (come nel caso di un ictus...) sia periferica (come nelle neuropatie di diversa natura). Si tratta di una soletta plantare in polietilene che risale posteriormente lungo il polpaccio fino alla gamba, alla quale si aggancia anteriormente, sotto il ginocchio, tramite una fascia di velcro. Lo scopo di questa ortesi è di sostenere il piede durante la fase di appoggio e di favorire il distacco del piede dal terreno durante la fase

propulsiva, impedendone la caduta (vedi Fig.2).



Fonte: riproduzione dal web

Fig. 2 Molla di Codivilla

La persona con disabilità certificata ha diritto a ricevere gratuitamente le ortesi e gli ausili sopradescritti previa prescrizione da parte di un medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato, competente per tipologia di menomazione o disabilità, tenuto conto dell'apposito Nomenclatore e Tariffario.

Modifiche di talune caratteristiche strutturali e logistiche dell'abitazione

- La casa deve essere adattata alle condizioni della persona "fragile", eliminando, per quanto possibile, i rischi presenti. Eliminare i rischi non significa stravolgere l'ambiente di vita che la persona riconosce come suo, ma decidere insieme quali modi di fare perché ci si possa muovere e vivere in casa in maggiore serenità. Non bisogna imporre al soggetto soluzioni per lui/lei inaccettabili, considerato che in casa trascorre molto del suo tempo. La casa deve rimanere riconoscibile e familiare dando così una sensazione di sicurezza e conforto abbagliamento (Ministero della Salute, 2015).
- **Garantire una adeguata illuminazione** di tutti i percorsi e delle scale specialmente di notte. L'uso delle scale può diventare pericoloso se il percorso non è ben illuminato; sostituire tempestivamente le lampadine fulminate e controllare che tutto il percorso sia ben illuminato, eventualmente tenere sul comodino una pila, o meglio mettere punti luce da lasciare accesi durante la notte, magari con sensore crepuscolare. Fare particolare attenzione alle scale con gradini irregolari o parzialmente rotti, alle scale a chiocciola e a quelle che nelle curve hanno gradini triangolari che, restringendosi, non garantiscono il completo appoggio del piede. Ancora non usare superfici riflettenti, che possano creare fenomeni di abbagliamento (Ministero della Salute, 2015).
- **Ridurre la scivolosità dei pavimenti** attraverso l'impiego di cere antiscivolo (acquistabili nei comuni supermercati); realizzare, quando possibile, nelle zone più a rischio (stanza da bagno...), un pavimento in materiale antiscivolo, o in alternativa avvalersi più semplicemente di tappeti antiscivolo. E' anche possibile utilizzare strisce adesive antiscivolo (stanza da bagno, gradini delle scale...). Infine è da evitare nel bagno la dispersione di acqua che di per sé rende molto scivolose le superfici, ad esempio: incassando il piatto doccia nel

pavimento e dotandolo di alette perimetrali; o inclinando il pavimento con una pendenza dell'1% verso uno scarico opportunamente posizionato; oppure utilizzando rubinetti temporizzati da cui l'acqua esce solo per un breve tempo predefinito.

- **Rimuovere/abbattere le barriere architettoniche.**
- **Togliere gli ostacoli ambientali**, che rappresentano un importante fattore di rischio di caduta per inciampo. Un pericolo può essere costituito dal "dislivello" che si può incontrare sulla soglia della porta di casa o sulla soglia interposta tra l'abitazione ed il balcone, pertanto tutti gli spazi devono essere complanari. In generale poi l'abitazione deve rispondere al criterio della semplicità: in anticamera deve essere garantito uno spazio sufficiente per circolare agevolmente, sono consigliati dunque armadi a muro, evitando appendiabiti, mobili vari; il corridoio, ed in particolare il percorso tra la camera da letto ed il bagno deve essere idoneo ed agevole anche per chi fa uso di ausili; in camera sono preferibili armadi con ante a scorrimento orizzontale piuttosto che a battente. Ancora, in bagno è opportuno sostituire la vasca da bagno con la doccia; nel soggiorno è consigliabile posizionare divano, poltrone, tavolo e sedie ad angolo o perpendicolari ad una parete consentendo, così, uno spazio centrale dove è più facile deambulare anche con ausili. Infine, devono essere eliminati i tappeti e le prolunghe, non bisogna lasciare ?li sospesi nei punti di passaggio (caricabatteria dei cellulari) e devono essere subito rimesse a posto le piastrelle se scollate. Per quanto concerne poi gli animali che vivono in casa, è fondamentale tener viva l'attenzione sulla loro presenza e sul pericolo di inciampare.
- **Contenere la verticalizzazione degli arredi**, legata alla mancanza di spazio nelle abitazioni, che rende difficoltoso e rischioso, a chi non ha una piena efficienza fisica raggiungere piani in alto o troppo in basso per estrarre o riporre utensili od oggetti. In realtà il lavello, il piano di lavoro e di cottura vanno collocati ad un'altezza da definire in base all'altezza della persona compresa tra gli 80 ed i 95 cm. Mentre per gli interruttori si consiglia la posizione compresa tra i 90 ed i 120 cm da terra, invece le prese vanno installate a 40-50 cm da terra. In alternativa, al posto dei pensili possono essere utilizzati mensole da collocare ad altezza raggiungibile per tenere gli strumenti da cucina a portata di mano oppure dispense alte al massimo 140-150 cm da terra. Nel caso in cui la mancanza di spazio renda necessaria la presenza di pensili è possibile installare ripiani e scaffali regolabili in altezza attraverso un sistema elettrico; o comunque spostare nei mobili bassi tutti gli oggetti di uso comune, in quanto questo eviterà che la persona con ridotte abilità salga su sedie e sgabelli per recuperare quello di cui ha bisogno. Analogamente non deve essere usato neanche lo scaletto, e lavori come lavaggio dei vetri, cambio di stagione, pulizia dei lampadari è opportuno che vengano delegati ad altre persone.
- **Fornire i dispositivi di sicurezza ai soggetti più a rischio** in modo tale che essi possano facilmente raggiungerli ed utilizzarli in qualunque momento. Si pensi ad esempio alla installazione di maniglioni in bagno (nella vasca o nella doccia ma anche vicino al water e/o bidet), seggiolini nella vasca o nella doccia, alzawater, corrimano sulle scale oppure anche a sistemi di chiamata facili e comodi (cellulare con numeri utili memorizzati...) per chiedere aiuto al bisogno.
- **Interventi informativi e formativi** da parte del personale di assistenza professionale al caregiver ed al paziente, che devono essere addestrati riguardo i fattori di rischio, la loro valutazione, le strategie e gli interventi preventivi. Gli strumenti possono consistere nell'attivazione di corsi di formazione residenziale "sul campo", creazione e diffusione di opuscoli ad hoc per pazienti, famigliari e caregiver... A tale proposito è importante non limitarsi a consegnare materiale informativo, ma discuterne insieme cercando di personalizzare le informazioni fornite in relazione alle esigenze del paziente ("Lo stesso abito non va bene per tutti"). Questo aiuta a motivare maggiormente il caregiver e/o il paziente ed a renderli più aderenti all'intervento (Profound.eu.com, 2016). Il coinvolgimento diretto del caregiver e della persona "fragile", costituisce una fase preliminare ed ineludibile del percorso di prevenzione delle cadute, in quanto rende loro non solo protagonisti attivi della incolumità ma anche

proattivi rispetto alle cause di cadute (NICE, 2013).

- **Stabilire collegamenti tra i servizi sanitari** per acuti, di base, territoriali e sociali, nel settore del volontariato, negli enti di beneficenza e nelle aziende private, anche rispetto a questo tema.
- **Coinvolgere il medico di medicina generale** è fondamentale per sostenere le azioni intraprese sulla prevenzione delle cadute.

In generale una combinazione di consigli, interventi educativi mirati all'aumento della fiducia e della consapevolezza dei rischi e l'eventuale modifica di alcune caratteristiche degli ambienti risultano essere, nell'insieme, interventi efficaci (Ministero della Salute, 2009) con finale diminuzione del rischio di cadute del 25%.

Come gestire l'evento caduta

Di fronte alla persona che rimane al suolo, a seguito di una caduta improvvisa, il caregiver deve avere la capacità di affrontare questa situazione di emergenza-urgenza. In primis, non deve mai essere sottovalutato l'episodio, inoltre è opportuno non mobilitare la persona assistita senza averla prima valutata per quanto di competenza. Dunque, controllare i parametri vitali, ovvero la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa ed eventualmente anche la saturazione di ossigeno tramite saturimetro e lo stato di coscienza (orientato disorientato-agitato-soporoso). Se l'assistito è incosciente non è da escludere la possibilità di un trauma cranico (neanche nel caso in cui la persona fosse precedentemente già in stato di incoscienza). Ancora, deve essere accertata la presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura.

Se l'assistito è cosciente ed orientato, chiedere se lamenta dolore in qualche punto specifico, se riesce a muovere gli arti, come è caduto, facendo specificare quale segmento è stato interessato dalla caduta. Infine, se tutto risulta nella norma o comunque immodificato rispetto alla situazione precedente la caduta, provare a fare alzare la persona e poi chiamare il Medico di base informandolo dell'accaduto. In presenza altresì di alcuni dei seguenti segnali di allarme, quali alterazione dei parametri vitali, stato di ridotta vigilanza, agitazione, disorientamento, dolore, ferite, ematomi o emorragie, chiamare il 118 (Servizio di Emergenza Territoriale).

Conclusioni

L'approccio alle cadute richiede un cambio di prospettiva negli operatori sanitari e in chi si prende quotidianamente cura del paziente fragile attraverso interventi a diversi livelli: la comunicazione, l'educazione e la responsabilizzazione attiva del caregiver e del paziente (quando possibile).

Fondamentale il passaggio delle informazioni dal caregiver agli operatori sanitari (...conoscenza circa le cadute nel passato...) e viceversa (...necessità di modificare i comportamenti individuali e/o le caratteristiche dell'ambiente).

Questa seconda azione vuol dire “educazione” ovvero offrire al caregiver opportunità formali ed informali per costruire conoscenze e familiarità verso il problema “cadute”. Lo scopo è di “responsabilizzare” il caregiver nelle attività di cura e sostegno della salute della persona affidata, rendendolo capace di affiancare, interloquire efficacemente e collaborare con medici, infermieri, terapisti, oss..., nonché di sviluppare vigilanza ed attenzione verso i bisogni e le situazioni di rischio.

Le informazioni ed i consigli offerti, intendono muoversi in tale direzione, ma possiedono inevitabilmente un carattere generale ed indiretto; non sono pertanto da considerarsi, come universalmente idonei e/o corretti. Essi infatti necessariamente prescindono da un talvolta indispensabile esame specifico e concreto di singole problematiche soggettive, ottenibile mediante una valutazione multidimensionale personalizzata, seguita da interventi multifattoriali mirati.

Bibliografia

Associazione PIPA (Prevenzione Incidenti Persone Anziane), 2013, *Progetto PIPA: prevenzione delle cadute a domicilio – Strumenti e indicazioni operative per il personale sanitario e sociale impegnato nelle cure a domicilio*.

Boushon B., Nielsen G., Quigley P., Rutherford P., Taylor J., Shannon D., Rita S. (2012), *How-to Guide: Reducing Patient, Injuries from Falls*, Cambridge, in MA: Institute for Healthcare Improvement.

D'Ercole C., Ceravolo M.G., Alviti F. (2019), *Buone pratiche e linee guida riabilitative nel trattamento delle fratture da fragilità e per la prevenzione delle cadute*, in Valter Santilli, a cura di, *Linee Guida, buone pratiche ed evidenze scientifiche in Riabilitazione*, III volume, Centro Stampa- Università degli Studi di Roma “La sapienza”.

Gillespie L.D., Robertson M.C., Gillespie W.J., Sherrington C, Gates S, Clemson L, Lamb SE. (2020), *Interventions for preventing falls in older people living in the community* (Review).

Istituto Superiore di Sanità, *Le cadute negli anziani*, Epicentro ISS.

Ministero della Salute (2009), PNLG (Piano Nazionale Linee Guida), *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*.

Ministero della Salute (2015), *La sicurezza in casa in Caregiver e anziani: manuale didattico, Argento attivo vivere bene oltre i sessanta*.

NICE (National Institute for Health e Care Excellence), (2013), *Cadute negli anziani: valutazione del rischio e prevenzione*.

OMS (2015), *Rapporto Mondiale OMS sulla prevenzione delle cadute nell'anziano*, Cespi Centro Studi.

Profound.eu.com (2016), *Prevenzione delle cadute: sintesi delle evidenze*.