

Prefazione alla seconda edizione

L'età media della popolazione italiana è in costante e continuo aumento.

Il nostro Paese risulta essere il "più vecchio" in Europa e il secondo Paese "più vecchio" nel mondo, dopo il Giappone.

Nel 2015, su 60 milioni di abitanti in Italia, le persone con più di 65 anni sono risultate essere oltre 13,5 milioni pari al 22% (ISTAT) dell'intera popolazione con un trend previsto in crescita nei prossimi anni.

Questo dato comporta l'ineludibile necessità di riflettere sulle politiche di welfare e sugli approcci socio-assistenziali efficaci per garantire una dignitosa qualità di vita a una fascia di popolazione già oggi superiore a un quinto del totale nazionale e destinata ad avvicinarsi, nei prossimi anni, a un terzo dell'intera popolazione.

La costruzione di un sistema di welfare socio-sanitario efficace e sostenibile è la condizione necessaria per garantire un attento e adeguato prendersi cura dei bisogni e della qualità di vita della popolazione anziana destinata a diventare una questione centrale nelle politiche nazionali degli anni a venire.

Questo libro è prevalentemente destinato agli studenti e ai professionisti della salute che assistono le persone anziane e, in primis fra tutti, agli infermieri.

Il testo tuttavia propone riflessioni critiche e spunti operativi anche per tutti coloro che, per professione o per "scelta personale", sono chiamati a pianificare, orientare, gestire o dirigere le politiche sociali nei confronti delle persone anziane e le strutture che per mission aziendale erogano assistenza a questa crescente parte di popolazione.

Il testo vuole fornire risposte alla domanda: *"Che cosa è necessario, in termini di conoscenze, competenze e comportamenti agiti, per erogare un'assistenza efficace alla popolazione anziana?"*.

Le risposte a questa domanda identificano quattro pilastri dai quali non è possibile prescindere:

1. Un'attenta **valutazione globale** dei desideri, valori, bisogni, problemi della persona anziana, oltre che delle sue patologie, disabilità, problemi cogni-

tivi, farmaci, presidi, stili di vita, condizioni psicologiche, rischi ambientali, sostegno familiare ecc.;

2. L'elaborazione e il monitoraggio di un **piano di assistenza "evidence based"** che prenda in esame i bisogni sociali e sanitari della persona anziana tenendo conto delle sue preferenze;
3. Una **rete di comunicazione e di coordinamento** tra tutti i professionisti della salute (sanitari, sociali e socio-assistenziali) nei diversi set di cura dell'anziano: territorio-domicilio-strutture intermedie-ospedale per acuti-lungodegenza-strutture residenziali al fine di mantenere continuità e congruità dei percorsi assistenziali integrati;
4. Promozione del **coinvolgimento attivo della persona anziana** e dei suoi caregiver in tutte le fasi della cura e dell'assistenza per il soddisfacimento dei bisogni e per il mantenimento del miglior stato possibile di salute.

Pianificare l'assistenza "al servizio", ovvero "utile", alle persone anziane oggi è sostanzialmente diverso rispetto a quanto si pensava e si faceva fino a uno o due decenni fa, è cambiata la società e sono cambiati gli anziani, per questo l'offerta di prestazioni e servizi deve evolvere e si deve adeguare.

Il testo propone un'analisi aggiornata della situazione delle persone anziane nel nostro Paese e delle opportunità e criticità a essa correlate

I contenuti del testo e la loro organizzazione, rispetto alla prima edizione, sono stati ampiamente aggiornati e integrati alla luce delle conoscenze e delle evidenze oggi disponibili e delle competenze riconosciute ai professionisti della salute. Sono stati modificati l'ordine e la consequenzialità dei capitoli per considerare l'intero processo unitario dei fenomeni naturali riferiti alla persona anziana.

Da questo punto di vista, si ringraziano Patrizia Di Giacomo e Orietta Meneghetti per l'estesa collaborazione all'aggiornamento del testo e per le integrazioni relative alla pianificazione dell'assistenza infermieristica con utilizzo delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

I contenuti si sviluppano per percorsi rivolti alla persona anziana in una logica di promozione della salute, educazione e assistenza, finalizzati a mantenere l'autonomia della persona e/o le sue capacità residue, identificare i suoi bisogni/problemi di salute e garantire le risposte assistenziali più appropriate nel rispetto dell'unicità della persona.

Il libro è suddiviso in due unità e venti capitoli.

La prima unità **"Essere anziani nel XXI secolo"** è composta da 3 capitoli che presentano un'aggiornata rassegna degli aspetti etici, demografici, sociologici ed economici dell'invecchiamento della popolazione in Italia e nel Mondo e riflessioni articolate sulle risposte che la società italiana si è via via attrezzata a dare attraverso lo Stato Sociale e la Rete dei Servizi.

La seconda unità **"Assistenza olistica alla persona anziana"** è composta da 17 capitoli.

Il capitolo 4, di tipo metodologico, definisce la struttura e le fasi della pianificazione assistenziale con

l'utilizzo del modello teorico infermieristico di M. Gordon e delle tassonomie NNN (NANDA-I, NOC e NIC).

I successivi capitoli, dal 5 al 20, affrontano le problematiche più comuni nelle persone anziane: dalla promozione e gestione della salute, alla prevenzione delle malattie e delle complicanze più comuni, dalla gestione della terapia farmacologica, alla prevenzione delle infezioni di comunità e delle cadute, alla gestione della mobilità, della nutrizione e dell'eliminazione, alla prevenzione e gestione del declino cognitivo, alla gestione del dolore, al fine vita.

Attraverso la lettura e lo studio il lettore e lo studente acquisiranno gli elementi specifici e peculiari per la pianificazione di un'assistenza multidisciplinare, olistica e coerente con la molteplicità e la diversa natura dei bisogni e dei problemi che la persona anziana esprime e con l'esigenza, sempre più avvertita, di fornire risposte globali e sistematiche sia alla persona assistita sia al caregiver che la assiste.

Giorgio Nebuloni

Presentazione

*Presi un Sorso di Vita
Vi dirò quanto l'ho pagato
Esattamente un'esistenza
Il prezzo di mercato, dicevano.
Mi pesarono, Granello per Granello
Bilanciarono Fibra con Fibra.
Poi mi porsero il valore del mio Essere:
Un singolo Grammo di Cielo!*

EMILY DICKINSON

È con grande piacere che presento ai lettori questa seconda edizione del testo dedicato all'assistenza infermieristica alla persona anziana di Giorgio Nebuloni.

La persona anziana, portatrice di ricchezza emozionale, esperienziale e di storia, rappresenta la saggezza, la forza, la sapienza della famiglia, del gruppo, della comunità ed è al tempo stesso, nella sua radicata bellezza e caparbietà, fragile, vulnerabile, delicata e desiderosa di autorevole dignità, di amorevole presenza, supporto e cure.

Invecchiare è un'esperienza intima, è un richiamo del divenire e del realizzare il potenziale che ognuno di noi racchiude in sé al momento della nascita. La vecchiaia concepita come saggezza, intesa come capacità di adottare strategie di vita apprese dall'esperienza, non è perdita ma trasformazione di sé e del proprio mondo di vita.

Saper invecchiare è il capolavoro della sapienza, ognuno di noi è l'artista della propria vita e durante il lungo capitolo conclusivo del libro della vita è possibile imparare, fare nuove esperienze, conoscere la propria anima, coltivare desideri e aspirazioni, realizzare il senso di sé.

È la saggezza che permette all'uomo di essere consapevole di quanto tutto sia straordinario.

In questo nuovo paradigma della "vecchiaia", la società e il professionista della salute possono e devono essere sensibili all'esperienza soggettiva della salute/malattia anche nella persona anziana, alla quale va riconosciuta la capacità di scelta, di organizzazione e di attuazione delle attività che ritiene essere utili e significative per se stessa.

La persona anziana ha il diritto di essere **soggetto-persona-agente** per poter determinare il proprio destino, per poter restare l'essenza della persona che è sempre stata. Deve sempre avere la possibilità di scrivere con dignità, verità, onestà, coraggio, determinazione e bellezza la sua storia esistenziale.

L'infermiere, con conoscenze, competenze e comportamenti agiti, orienta l'assistenza infermieristica alla persona anziana costruendo e condividendo significati di cura che siano espressione di benessere.

L'obiettivo dell'assistenza infermieristica rivolta alla persona anziana è la ricerca del mantenimento della possibile e desiderabile autonomia personale e sociale dando valore all'invecchiamento in quanto esso ha una sua finalità ontologica, ovvero quella di esprimere l'essenza di ciascun individuo, nella sua unicità e diversità che si approfondisce nei solchi e nelle rughe, nel continuum di tutta un'esistenza.

Questa seconda edizione del testo desidera guidare il lettore a prendere consapevolezza di cosa significhi concretamente garantire un'assistenza infermieristica personalizzata orientata al prendersi cura e all'aver cura della persona anziana assistita attraverso un **approccio globale**, espressione di valori e principi e di un'etica professionale infermieristica che utilizza la propria **scienza** fatta di teoria, metodo, strumenti, linguaggio, documentazione e modelli organizzativi idonei a rispondere con "risultati tangibili", ovvero misurabili, oggettivabili e di qualità, ai desideri/sogni/bi-sogni/problemi di salute della persona anziana.

In linea con questa filosofia della cura e dell'assistenza infermieristica, il testo si sviluppa in 2 unità:

- la prima con 3 capitoli introduttivi rivolti all'analisi degli aspetti epidemiologici, organizzativi e di risposta assistenziale da parte dei diversi professionisti della salute;
- la seconda, comprendente 17 capitoli dedicati all'assistenza olistica alla persona anziana, offre una visione della scienza infermieristica nella sua ricchezza di conoscenze teoriche, rigorosità metodologica (capitolo 4) e pratica clinica. Inoltre, questi 17 capitoli sono stati tutti arricchiti, rispetto alla prima edizione del testo del 2012, con un corposo paragrafo dedicato alla pianificazione dell'assistenza infermieristica con le tassonomie NNN, che comprende 23 tabelle riassuntive dedicate alla pianificazione utilizzando le principali diagnosi infermieristiche NANDA International (NANDA-I) 2015-17, applicabili alla specifica situazione assistenziale, a cui sono collegati i risultati di salute sensibili all'assistenza infermieristica NOC 2013 e gli interventi infermieristici con le relative attività NIC 2013.

Infine, la descrizione della valutazione iniziale globale, secondo il modello teorico infermieristico di Marjory Gordon, è stata inserita all'interno di una specifica appendice allo scopo di agevolarne la comprensione e la consultazione.

In questa nuova edizione, sono stati sviluppati ben **28 piani standard NNN** nuovi comprendenti:

- **31** Diagnosi Infermieristica **NANDA-I 2015-17**, con la definizione, i fattori correlati e le caratteristiche definenti, o i fattori di rischio, pertinenti alla persona anziana nella situazione assistenziale considerata;
- **74** risultati di salute sensibili all'assistenza infermieristica **NOC 2013** collegati alle diagnosi **NANDA-I 2015-17** specifiche, con la definizione e gli indicatori **NOC** scelti per la misurazione del risultato atteso con la persona anziana;
- **110** interventi infermieristici **NIC 2013** collegati, con la loro definizione e le relative attività per il raggiungimento del risultato **NOC** scelto.

La **struttura di ogni capitolo** offre una lettura sistematica dei contenuti esposti attraverso:

- la pagina iniziale, che elenca i contenuti e gli obiettivi di apprendimento del capitolo (sapere, saper fare e parole chiave);
- la clinica, costituita dagli aspetti clinici e dalle complicanze rispetto all'argomento trattato, per la comprensione e la definizione dei bisogni/problemi di salute, degli eventi significativi e per identificare gli aspetti assistenziali di interesse per la persona anziana;

- la pianificazione dell'assistenza infermieristica con:
 - l'adozione delle tassonomie **NANDA-I**, **NOC** e **NIC** per l'identificazione delle diagnosi infermieristiche, la definizione dei risultati di salute e degli interventi e la loro valutazione;
 - la pianificazione assistenziale con le tassonomie **NNN** e lo sviluppo di numerosi piani standard;
- in allegato, alla fine dei capitoli o online su  **testtube** scienze infermieristiche, si trovano approfondimenti dei contenuti e/o riferimenti normativi.

La completezza della trattazione e l'universalità metodologica, che contraddistingue lo sviluppo della pianificazione assistenziale con le tassonomie **NNN**, fanno di questo testo un fondamentale punto di riferimento per tutti i professionisti della salute (sanitari e sociali) e per i caregiver che si occupano dell'assistenza alla persona anziana a tutti i livelli e nei diversi contesti operativi, con l'auspicio che i professionisti sociali e sanitari e i luoghi di cura della persona anziana siano generatori di legami solidali.

Auguro che il testo possa essere per ogni lettore un faro di luce che aiuti a considerare la persona anziana un individuo con valori, desideri, sogni, bisogni, risorse, quale punto di partenza per erogare cure personalizzate in grado di migliorare il livello di autostima e di stimolare il desiderio di vivere attraverso una relazione terapeutica che genera speranza, ricca di gesti di cura che illuminano e danno un senso al nostro essere meravigliosamente persona nel sapiente cammino, chiamato vita.

Luisa Anna Rigon

Essere anziani nel XXI secolo

*Dei nostri affanni tristi godiamo a vicenda,
riandandoli, ch  anche dei mali, passato il tempo, si gode,
chi molto ha dovuto soffrire e molto vagare.*

Odisea, OMERO

Capitolo 1

La persona e il processo evolutivo dell'invecchiamento

Capitolo 2

Il sistema salute e i servizi per l'assistenza alla persona anziana

Capitolo 3

L'équipe multiprofessionale e gli strumenti di valutazione multidimensionale

La persona e il processo evolutivo dell'invecchiamento

di Patrizia Di Giacomo e Giorgio Nebuloni

*Quant'è bella giovinezza,
che si fugge tuttavia!
Chi vuol esser lieto sia,
di doman non c'è certezza.*

LORENZO IL MAGNIFICO

CONTENUTI

Introduzione

- 1.1 L'invecchiamento: aspetti epidemiologici**
- 1.2 Il processo dell'invecchiamento**
 - Le teorie psicologiche
 - Le teorie fisiopatologiche
- 1.3 Invecchiare bene**
- 1.4 L'invecchiamento, la salute e l'autonomia**
- 1.5 La persona anziana e la famiglia**
 - Il fenomeno "badanti"
- 1.6 Il problema abitativo**
- 1.7 I bisogni di assistenza delle persone anziane e la domanda di servizi**
- 1.8 I diritti della persona anziana**
 - Il diritto alle cure
 - Il consenso informato

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Sapere

Alla fine del capitolo il lettore deve conoscere:

- Le principali caratteristiche dell'invecchiamento
- Le principali teorie relative al processo d'invecchiamento
- I principali problemi di salute della persona anziana
- Lo stato di tutela dei diritti delle persone anziane nel mondo e nel nostro Paese
- La normativa che regola l'acquisizione del consenso informato

Saper fare

Alla fine del capitolo il lettore deve essere in grado di:

- Identificare le aree chiave di intervento per promuovere la salute, il benessere e l'invecchiamento attivo nella persona anziana
- Comprendere le ricadute sul piano sociale dell'invecchiamento della popolazione
- Tutelare i diritti della persona anziana

PAROLE CHIAVE

- Autonomia
- Diritti
- Disabilità
- Invecchiamento
- Persona anziana
- Salute

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno emergente su scala globale, sia nei Paesi in via di sviluppo sia in quelli sviluppati. I principali fattori sottostanti l'invecchiamento della popolazione globale sono tre:

1. *L'allungamento dell'aspettativa media di vita*, conseguente al miglioramento delle condizioni di vita e soprattutto ai progressi scientifici in ambito medico,
2. *la ridotta natalità e la ridotta mortalità*,
3. *L'invecchiamento della popolazione del "baby boom"*.

Secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la popolazione può essere suddivisa in:

- individui di età media (45-59 anni);
- anziani (60-74 anni);
- vecchi (75-90);
- grandi vecchi (oltre i 90).

Tuttavia i geriatri preferiscono categorizzare la popolazione anziana in:

- "giovani vecchi" (65-74 anni, *young old*);
- "vecchi vecchi" (75-84, *old old*);
- "longevi" (over 85, *oldest old*).

Il cambiamento delle caratteristiche demografiche della popolazione, definito come Transizione Demografica, è accompagnato anche da una transizione epidemiologica, secondo la quale le malattie croniche non trasmissibili stanno diventando la principale causa di morte e i fattori che maggiormente contribuiscono allo sviluppo di morbilità e disabilità, intesa come incapacità o difficoltà a compiere le attività della vita quotidiana necessarie per l'autonomia sia in casa sia fuori.

Il processo di invecchiamento globale condiziona la crescita economica, i flussi migratori, l'andamento dell'ingresso nel mondo del lavoro e la struttura delle famiglie, nonché il sistema pensionistico e sanitario.

1.1 L'invecchiamento: aspetti epidemiologici

Dal 1950 a oggi l'aspettativa di vita è aumentata a livello globale di due decenni (da 48 anni nel 1950-1955 a 68 anni nel 2005-10). Secondo il *Report globale su Invecchiamento e salute* dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 2015) mentre oggi su una popolazione mondiale di 6,9 miliardi solo l'11% supera i 60 anni, nel 2050 questa percentuale salirà al 22% su una popolazione di 9 miliardi, e al 33% nei Paesi sviluppati (**figura 1.1**).

Inoltre, entro il 2020 la popolazione mondiale over 65 anni supererà per la prima volta quella dei bambini di età inferiore ai 5 anni. Il Giappone è il Paese più longevo, l'Italia è la seconda nazione nel mondo e prima in Europa.

Oggi 125 milioni di persone nel mondo raggiungono gli 80 anni; entro il 2050 saranno 120 milioni solo in

Cina, mentre 434 milioni nel resto mondo (WHO, 2015; OECD, 2015).

Il processo di invecchiamento demografico che coinvolge l'Unione Europea non è omogeneo dal punto di vista geografico, sia come intensità sia come stadio raggiunto.

Nel 2013 l'età media europea era pari a 41,9 anni, con un valore minimo rilevato in Irlanda (35,5 anni) e un valore massimo in Germania (45,3 anni).

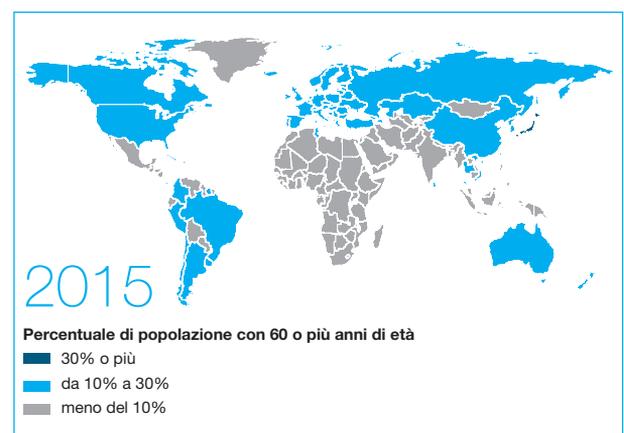
L'indice di invecchiamento medio europeo è pari al 18,2%: quasi una persona ogni cinque ha un'età pari a 65 anni e più. La percentuale di over 65 sul totale della popolazione raggiunge il suo massimo in Italia seguita, a breve distanza, dalla Germania. Sono, invece, l'Irlanda, la Slovacchia e Cipro i Paesi europei con il minor grado di invecchiamento della popolazione.

L'Italia – grazie all'elevata longevità e alla contemporanea bassa natalità – detiene il primato della più alta quota di popolazione over 85 (3,0%), a fronte di un valore medio europeo del 2,3% (Eurostat, 2014, 2015).

Entro il 2025 oltre il 20% degli europei sarà over 65. In merito alle future tendenze demografiche, emerge che la popolazione dell'UE continuerà a invecchiare a causa del persistere di bassi livelli di fecondità e dell'accresciuta longevità. Si prevede che in Europa, tra 50 anni, la presenza di ultrasessantenni sarà superiore al 30% dell'intera popolazione e il dato europeo di oggi, di 4 persone attive per ogni over 65, si ridurrà nel 2060 a due persone attive per ogni over 65.

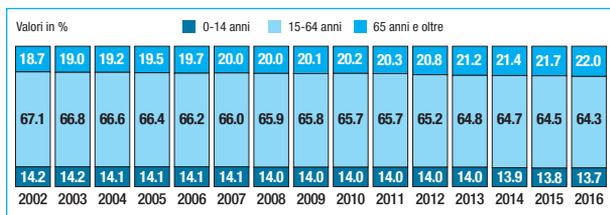
L'Italia è tra i Paesi più vecchi d'Europa, con un'età media della popolazione pari a 44,4 anni (nel 2013) e con la prospettiva di arrivare a superare i 50 anni nel 2050 (OCSE, 2015). Nel 2015 l'ISTAT ha certificato la presenza nel nostro Paese di 13,4 milioni di ultrasessantacinquenni, pari al 22% dell'intera popolazione nazionale.

Risultano in diminuzione sia la popolazione in età attiva, 15-64 anni (39 milioni, il 64,3% del totale), sia quella fino a 14 anni di età (8,3 milioni, il 13,7%) (ISTAT, 2016) (**figura 1.2**).



Fonte: <http://www.who.int/entity/ageing/events/world-report-2015-launch/populations-are-getting-older-full.gif?ua=1>

Figura 1.1 Invecchiamento della popolazione mondiale.



Fonte: ISTAT, 2015, L'Italia in cifre. <http://www.istat.it/it/files/2015/08/Popolazione1.pdf>

Figura 1.2 Struttura per età della popolazione.

Le caratteristiche della popolazione si riflettono negli specifici indicatori demografici, quali l'indice di vecchiaia (il rapporto tra popolazione con più di 65 anni e popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni), da 131,2 nel 2002 a 161,1 nel 2015, l'indice di dipendenza strutturale (il rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e la popolazione in età lavorativa, cioè compresa tra 15 e 64 anni), di 55,5, e quello di dipendenza degli anziani al 34,2% (figura 1.3).

La piramide della distribuzione della popolazione per fasce di età è illustrata in figura 1.4.

La distribuzione geografica dell'invecchiamento nel Paese identifica la Liguria come la Regione con l'età media della popolazione più alta (48,5 anni) e con la più alta percentuale di over 65enni (28,2%).

Un'alta percentuale di persone anziane si trova anche il Friuli-Venezia Giulia (46,9 anni di età media e 25,4% di over 65enni) e in Toscana (46,5 e 24,9%). In Campania si registra l'età media della popolazione più bassa (41,7 anni) e la quota di over 65enni è pari al 17,9% (ISTAT, 2016).

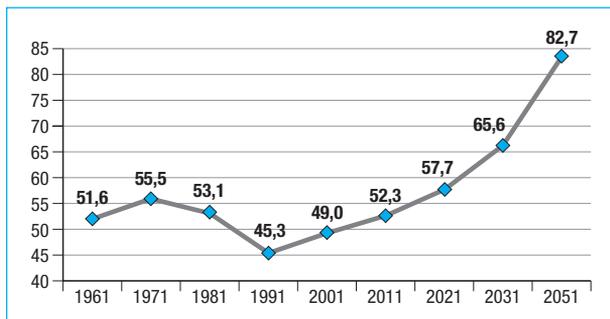
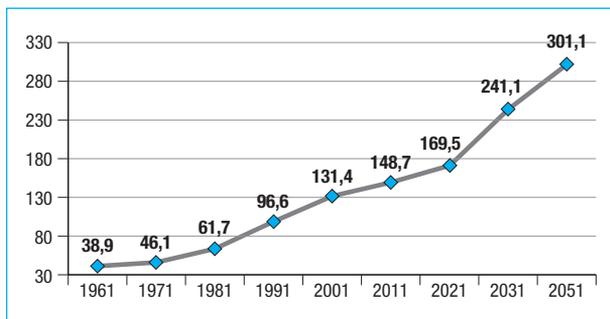
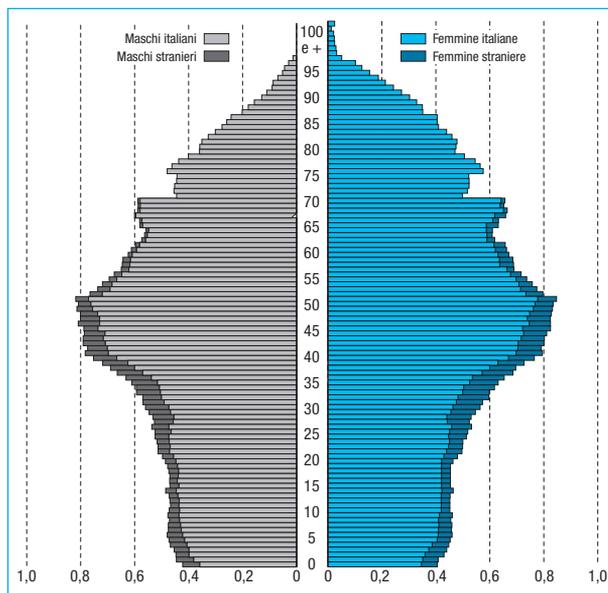


Figura 1.3 Indici demografici relativi alla popolazione e loro stime.



Fonte: ISTAT, 2015, L'Italia in cifre. <http://www.istat.it/it/files/2015/08/Popolazione1.pdf>

Figura 1.4 Piramide della popolazione al 1° gennaio 2014.

Nel 2023 secondo le previsioni ISTAT la quota di popolazione over 65enne dovrebbe raggiungere il 27,6% (circa 17 600 000 di persone anziane).

La crescita della popolazione anziana desta non poche preoccupazioni, dal momento che, se oggi in Italia c'è più di un anziano ogni tre persone in età lavorativa, nel 2050 risulterà esserci un anziano ogni due persone di età compresa tra i 14 e i 65 anni^[47].

Nell'allegato 1.1 (disponibile su [testtube](http://www.testtube.it)) è riportato il Piano nazionale della cronicità emanato dal Ministero della salute per armonizzare, a livello nazionale, le attività di tutela delle persone affette da patologie croniche.

1.2 Il processo dell'invecchiamento

L'invecchiamento è un fenomeno fisiologico naturale, rappresenta una trasformazione nel corso del tempo che richiede un continuo adattamento.

L'invecchiamento non è solo un processo attraverso il quale ci si modifica in funzione del tempo, ma in riferimento all'essere umano "indica il complesso delle modificazioni cui l'individuo va incontro, nelle sue strutture e nelle sue funzioni, in relazione al progredire dell'età" (Cesa-Bianchi, 1987), nello specifico:

- **come maturazione o accrescimento** è il processo attraverso il quale l'individuo aumenta quantitativamente le sue funzioni e strutture, e le differenzia qualitativamente;
- **come senescenza** è il processo attraverso cui l'individuo diminuisce quantitativamente le proprie strutture e perde progressivamente le proprie funzioni.

Questi due processi fanno parte entrambi dello sviluppo che inizia dal momento in cui comincia a formarsi un essere vivente fino alla sua morte. Vi sono divergenze e analogie tra accrescimento e invecchiamento; il primo è considerato un processo di acquisizione quantitativa e differenziazione qualitativa di funzioni e strutture; il secondo è tradizionalmente concepito come un processo di riduzione quantitativa di strutture e perdita progressiva di funzioni; in realtà, in entrambi si susseguono con diverse modalità e interpretazioni di significato perdite e acquisizioni (Cesa-Bianchi, 1977).

Il processo di invecchiamento, come hanno dimostrato numerose ricerche, non descrive un percorso uniforme e omogeneo (Birren e Schaie, 1977; Baltes e Baltes, 1990; Aveni Casucci, 1992; Amoretti e Ratti, 1994; Walter, 1995; Cesa-Bianchi e Vecchi, 1998; Cesa-Bianchi, 1999; Laicardi e Pezzuti, 2000; Binstock e George, 2001; Baroni, 2003; Chattat, 2004; Spagnoli, 2005). L'invecchiamento biologico stesso non è un processo lineare, si distingue tra:

- **invecchiamento primario**, è il cosiddetto invecchiamento normale, che riguarda tutta la popolazione e comporta modificazioni biologiche, psicologiche e sociali, in una sostanziale stabilità della struttura della personalità;
- **invecchiamento secondario**, invecchiamento patologico, ove al quadro dell'invecchiamento primario si aggiungono malattie croniche: in questo stadio spesso è difficile capire cosa deriva dalle malattie e cosa dalla vecchiaia. Queste modificazioni non sempre sono irreversibili e possono anche essere curate;
- **invecchiamento terziario**, si riferisce al declino rapido e irreversibile che caratterizza l'avvicinarsi alla

la morte. Questo stadio può durare mesi o anni ed è conosciuto anche come *terminal drop hypothesis*.

Sono molteplici i fattori che influenzano il processo di invecchiamento (**tabella 1.1**):

1. patrimonio genetico,
2. clima relazionale di prima accoglienza,
3. educazione ricevuta e acquisita,
4. esperienze vissute,
5. perdite e disadattamenti sofferti, elaborati o lungamente repressi,
6. significati degli affetti,
7. progetti personali,
8. opportunità e difficoltà incontrate,
9. disabilità, malattie e traumi subiti,
10. caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale,
11. interessi, curiosità, potenzialità creative,
12. desiderio di vivere e di essere (Cesa-Bianchi, 2000).

Sul piano biologico l'invecchiamento è complesso, si diversifica sia tra una persona e l'altra, sia all'interno di uno stesso organismo, apparato e tessuto (Holliday, 1995; Tammaro, Casale e Frustaglia, 2000; Vergani e Lucchi, 2006). Come esistono differenti modalità di sviluppo per ogni capacità e risorsa funzionale, altrettanto appare distinto il processo del loro declinare. L'invecchiamento come fenomeno complesso non può essere descritto solo in relazione all'età cronologica, ma considerando anche le altre "età"¹, intese come un insieme

¹ L'età è una costruzione sociale riconosciuta e condivisa che va a connotare il corso della vita e gestisce collettivamente i destini individuali. La maggior parte delle società ha fissato almeno tre classi di età: Bambini, Adulti, Anziani. Questa tripartizione della vita subisce, all'interno dei suoi segmenti, modificazioni che daranno vita a nuove "fasi" (o sottofasi) rendendo meno rigidi i confini e creando periodi di transizione che diversificano anche l'età adulta e la vecchiaia.

Tabella 1.1 I fattori alla base dell'invecchiamento.

Fattori	Caratteristiche
Genetico	definisce il ritmo, le fasi, la durata del processo di invecchiamento
Educativo-culturale	influenza significativamente il processo di senescenza, sia pure in modo diverso a seconda della popolazione di appartenenza. Un buon livello educativo e un'adeguata situazione culturale sembrano agire positivamente sull'invecchiamento, mentre una situazione opposta è, spesso, una condizione favorente un rapido decadimento delle funzioni della persona
Economico	la senescenza si attua molto più frequentemente con modalità esclusivamente negative fra gli appartenenti alle classi più svantaggiate rispetto a quelli appartenenti alle classi socio-economiche più agiate
Sanitario	opera in stretta interdipendenza con il fattore economico. L'insorgenza di patologie, specie se di carattere cronico e progressivo, influenza negativamente il processo di invecchiamento fino a farlo precipitare. Tale influenza negativa diventa più incisiva se si realizza in un quadro di inadeguate risorse economiche
Personalità	diversità che la senescenza assume negli individui introversi e in quelli estroversi, negli attivi e nei disimpegnati, nei tenaci e nei labili e così via. A differenti tipologie caratteriologiche corrispondono diverse modalità di invecchiare. In ogni caso la personalità è in stretta connessione con l'ambiente, e le modalità adattative della persona dipendono da questa interdipendenza
Famiglia	l'invecchiamento varia notevolmente se un individuo vive solo, in coppia, o in un gruppo più numeroso. L'influenza di tale fattore si differenzia anche in rapporto al carattere dell'individuo che invecchia, alle sue condizioni culturali ed economiche, al gruppo di appartenenza ecc.
Ambiente	l'invecchiamento è espressione di un'interazione continua fra l'individuo e il suo ambiente

compatto (Giumelli, 1996), per poterne comprendere tutti gli elementi:

- **età biologica:** è la posizione attuale della persona nei riguardi della sua potenziale durata di vita: si avvicina notevolmente all'età cronologica, ma non si identifica con essa (Cesa-Bianchi, 1987);
- **età psicologica:** si riferisce alle capacità adattative di una persona che risultano dal suo comportamento, ma può anche riferirsi alle relazioni soggettive o all'auto-consapevolezza: è collegata sia all'età cronologica sia a quella biologica, ma non è pienamente desumibile dalla loro combinazione;
- **età sociale:** si riferisce alle abitudini e ai ruoli sociali della persona in funzione delle aspettative del suo gruppo e della società: è collegata, ma non completamente definita, all'età cronologica, biologica e psicologica.

Le teorie psicologiche

Le teorie psicologiche sull'invecchiamento si sviluppano su due direttive principali.

- **Le teorie evolutive dell'arco di vita** analizzano la vecchiaia in relazione all'intero corso della vita, definendo tappe e compiti di sviluppo, per esempio, la Teoria dello sviluppo della personalità di Erikson (1997) e la teoria degli stadi dello sviluppo di Schaie (1977, 1996).
- **I modelli psicosociali d'invecchiamento** cercano di spiegare l'influenza dei fattori socioculturali sul processo di invecchiamento, per esempio, la Teoria del disimpegno di Cumming e Henry (1961), la Teoria dell'attività di Havighurst (1963) e la Teoria della selezione, ottimizzazione e compensazione (SOC) di Baltes (1991).

Secondo la *Teoria psicosociale dello sviluppo della personalità* di Erikson (1997), lo sviluppo dell'individuo umano dipende sempre da tre processi fondamentali:

- **biologico**, che organizza i sistemi organici che fanno parte del corpo;
- **psichico**, che organizza le esperienze dell'individuo attraverso una sintesi dell'Io;
- **comunitario**, che dipende dalla cultura di appartenenza entro la quale avvengono le interazioni tra gli individui.

Erikson individua 8 fasi nello sviluppo della persona, ognuna caratterizzata dalla contrapposizione fra due atteggiamenti o tensioni antitetiche dominanti che costituiscono un conflitto: la crisi. La *crisi* è superata con l'integrazione delle tendenze opposte che produce una nuova forza psicosociale e una nuova qualità dell'individuo; la mancata integrazione delle tensioni crea invece disagio, dolore, disadattamento e persino regressione.

Il comportamento adottato in ciascuna fase dipende dalle esperienze compiute negli stadi precedenti, che sono le basi per il raggiungimento dello stadio

successivo. La persona anziana attraversa l'ultima fase, della tarda età adulta, i cui comportamenti dominanti sono integrità dell'Io/disperazione. L'integrità comporta l'accettazione dei limiti della vita, il senso di far parte di una storia che comprende le generazioni precedenti, il senso di possedere la saggezza dei tempi, un'integrazione finale di tutti gli stadi precedenti. L'antitesi dell'integrità è la disperazione, che descrive il rimpianto per quanto si è fatto o quanto non si è fatto nella vita, la paura dell'avvicinarsi della morte e il disgusto di se stessi.

Secondo la *teoria degli stadi di sviluppo* di Schaie (1977, 1996) le esperienze di vita affrontate nella vecchiaia e la riduzione delle risorse dell'organismo permettono all'individuo di declinare in modo più selettivo le risposte cognitive.

La persona anziana non perde la capacità di risolvere problemi anche complessi, ma impiega in modo ottimale le sue abilità cognitive solo in situazioni vitali per lei significative.

Le teorie che si rifanno allo sviluppo lungo tutta la vita affermano che lo sviluppo non si realizza solo nella prima fase della vita, ma lungo tutto il suo corso, va oltre la crescita biologica e dipende da tutti gli eventi che sono accaduti alla persona nel tempo.

Secondo la *prospettiva dell'arco della vita*, una delle principali teorie a sostegno di questo approccio (Baltes e Reese, 1986; Alberici, 2002), lo sviluppo della persona ha un carattere dinamico, trasformativo e permanente, e per essere compreso deve essere messo in relazione con le dinamiche culturali e sociali in cui si presenta e da cui è influenzato, perché avviene in relazione con altri membri del gruppo di riferimento, grazie all'instaurarsi di relazioni significative, alla trasmissione di conoscenze e al modellamento di comportamenti.

La *teoria del disimpegno* (Cumming e Henry, 1961) evidenzia che la diminuzione delle funzioni della persona si traduce in un disimpegno sul piano fisico, con la riduzione e il rallentamento dell'attività fisica per conservare le energie residue, sul piano psicologico, con un ritiro emotivo e cognitivo dal mondo esterno, e con un orientamento centrato sul sé, e sul piano sociale, con una riduzione delle attività e degli impegni di tipo sociale.

Secondo la *Teoria dell'attività* di Havighurst (1960) la persona anziana ha le stesse caratteristiche delle persone di mezza età, presenta gli stessi bisogni sociali e psicologici, e tenderebbe a condurre uno stile di vita il più possibile simile a quello dell'età lavorativa, sostituendo i ruoli perduti con altri differenti. L'attività permetterebbe di esercitare le abilità e di mantenere l'autostima e i rapporti sociali. La teoria richiede come presupposto che la persona possieda risorse necessarie a ricercare e ricoprire ruoli sociali, che sia in un buono stato di salute fisica e mentale, e che viva in un ambiente sociale ricco di risorse e opportunità.

La teoria di Baltes (1991) del *modello SOC* (selezione, ottimizzazione e compensazione) è oggi la teoria più accreditata, in quanto considera la grande variabilità individuale nel processo di invecchiamento e sembra spiegare meglio la sua complessità. Secondo

Baltes l'invecchiamento è un processo complesso e differenziato sia all'interno della vita di un individuo, sia tra persone della stessa età, anche appartenenti allo stesso contesto sociale, che coinvolge diversi aspetti dell'individuo e che non può essere affrontato con una prospettiva lineare e omogenea. Secondo Baltes proprio nelle condizioni di perdita o di limitazione la persona impara nuove strategie di progresso o di controllo delle perdite. Invecchiare bene non consiste nella negazione e nel rifiuto del declino fisico, che è inevitabile, ma nella capacità di controllarlo e compensarlo sul piano cognitivo, del pensiero, emotivo, dei sentimenti e degli affetti, attraverso una chiara analisi della realtà.

Alcuni costrutti legati al senso di sé, quali, per esempio, l'autostima, il senso di controllo personale (*locus of control*) e la self agency non diminuiscono invecchiando, e la persona può ricorrere a un "senso del Sé integro e coeso" per risolvere e affrontare situazioni ed eventi di vita stressanti in un'ottica sempre positiva. Il Sé nell'invecchiamento costituisce il nucleo psichico più forte e più stabile al quale aggrapparsi per garantire la propria integrità: l'autostima, il senso del proprio valore e della propria identità, se non subentrano patologie degenerative come la demenza, rimangono stabili nella vecchiaia e permettono alla persona di superare le numerose perdite che deve affrontare.

Adottando una prospettiva positiva sull'invecchiamento, la persona può governarlo e acquisire nuove capacità e abilità, aumentando la qualità della sua vita.

La strategia, secondo Baltes, per padroneggiare il proprio processo d'invecchiamento, che costituisce anche una cultura dell'invecchiamento positiva e di successo, si realizza nel modello SOC:

- **Selezione:** indica la possibilità di concentrarsi su quegli ambiti delle proprie conoscenze, competenze e attività che si vuole preservare il più a lungo possibile;
- **Ottimizzazione:** consiste nell'esercitare le abilità e le competenze attraverso le capacità di apprendimento residue;
- **Compensazione:** nella vecchiaia, necessariamente, l'ampiezza e la quantità di abilità e attività si riducono (selezione).

È quindi possibile anche nella vecchiaia pretendere da se stessi nuovi livelli di aspirazione, nuovi tempi in cui fare le cose, essere flessibili e adattare i propri obiettivi di vita a nuove circostanze, essendo soddisfatti di se stessi, specialmente nel confronto con gli altri. Se invecchiare è comune a tutti, invecchiare bene significa avere la capacità di selezionare, ottimizzare e compensare con soddisfazione.

Le teorie fisiopatologiche

Oggi la teoria più accreditata, che ha sostituito le precedenti teorie "monofattoriali" che ritenevano responsabile dell'invecchiare una singola causa, considera l'invecchiamento un processo multifattoriale comples-

so nel quale molti meccanismi possono interagire simultaneamente ai diversi livelli di organizzazione funzionale^[58]. Di fatto molte teorie singolarmente possono spiegare alcuni dei fenomeni, ma non riescono a spiegare il processo nella sua globalità.

L'invecchiamento può essere definito come "la somma di tutti i cambiamenti fisiologici, genetici e molecolari che si verificano in un individuo con il passare del tempo, dalla fecondazione alla morte^[82, 89], che comporta un progressivo declino strutturale e funzionale che inizia dopo il raggiungimento della maturità sessuale (Longo et al., 2012), e che può essere attribuito al naturale processo di crescita e sviluppo, a difetti genetici legati all'individuo, al rapporto tra genotipo e ambiente, allo svilupparsi di malattie e al processo temporale dell'invecchiamento stesso, che si caratterizza proprio come un complesso di mutamenti che dopo i 30 anni aumentano il rischio di malattia e di morte^[50]".

L'invecchiamento è una trasformazione che coinvolge l'organismo in ogni tempo, riferendosi non solo a cambiamenti associati alla perdita (ossia alla senescenza, che è la definizione più comunemente accettata per l'invecchiamento), ma anche all'acquisizione di funzioni (crescita e sviluppo).

Sul piano teorico, i meccanismi di base sono quelli che si riferiscono alla *teoria dell'invecchiamento programmato* (secondo cui la durata della vita dipenderebbe da geni che sequenzialmente inviano e bloccano segnali ai sistemi nervoso, endocrino e immunologico) e alla *teoria dell'errore* (in cui gli insulti ambientali sarebbero responsabili del danno progressivo a vari livelli degli organismi viventi). Negli organismi multicellulari complessi, nei quali i singoli meccanismi interagiscono e si sovrappongono ai vari livelli di organizzazione dell'organismo stesso, lo studio delle interazioni tra cause intrinseche (genetiche), estrinseche (ambientali) e stocastiche (danno casuale di molecole) permette un più corretto approccio per la comprensione del processo di invecchiamento^[101].

Le teorie più accreditate sul processo di invecchiamento sono:

- A teoria della regolazione genica;
- B teoria evolutivista;
- C teoria dei radicali liberi (RL);
- D teoria della senescenza cellulare;
- E teoria neuroendocrina;
- F teoria immunitaria;
- G teoria del doppio agente.

A La *teoria della regolazione genica* della senescenza^[57] si basa sulle modificazioni nell'espressione genica indotte dall'invecchiamento che influenzerebbero la selezione di geni che promuovono la longevità, in quanto la variabilità per mortalità e fertilità declina in età avanzata^[16]. Sono stati identificati cambiamenti nell'espressione genica associati al processo d'invecchiamento^[74, 100, 106] e il coinvolgimento di ormoni simili all'insulina 19 che suggerirebbero che la plasticità nella durata della vita dipenda sia da variazioni nel tempo del rilascio di ormoni sia da variazioni nella risposta a tali ormoni^[76, 101].

La prevenzione delle cadute

di Giorgio Nebuloni
con la collaborazione di Patrizia Di Giacomo
per le parti di pianificazione dell'assistenza

*Non è forte chi non cade,
ma chi cadendo ha la forza di rialzarsi.*

JIM MORRISON

CONTENUTI

Introduzione

11.1 La prevenzione delle cadute nella persona anziana

La valutazione del rischio di caduta
Gli strumenti per valutare il rischio di caduta
Programmi e interventi per la prevenzione delle cadute

11.2 Prevenzione dei danni conseguenti a caduta

11.3 Sorvegliare il fenomeno cadute

11.4 La pianificazione dell'assistenza infermieristica con la persona anziana a rischio di caduta

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Sapere

Alla fine del capitolo il lettore deve conoscere:

- Il fenomeno cadute e le sue conseguenze sull'autonomia e lo stato di salute della persona anziana.
- Le principali diagnosi Infermieristiche (NANDA-I), i risultati di salute (NOC) e gli interventi infermieristici (NIC) applicati nell'assistenza infermieristica di persone anziane a rischio di caduta.

Saper fare

Alla fine del capitolo il lettore deve essere in grado di:

- Utilizzare gli strumenti di valutazione del rischio di caduta della persona anziana.
- Individuare le misure e gli interventi assistenziali più idonei per prevenire le cadute nella persona anziana.
- Sviluppare la pianificazione dell'assistenza infermieristica con la persona anziana a rischio di caduta.

PAROLE CHIAVE

- Caduta
- Osteoporosi
- Rischio di caduta
- Valutazione del rischio di caduta
- Fratture
- Protezioni
- Scale di valutazione del rischio di caduta
- Valutazione multifattoriale

Introduzione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2004) *“le cadute e i danni a esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido aumento dell'aspettativa di vita”*^[24]. La caduta è definita (WHO, 2012) *“come un evento nel quale la persona arriva a posarsi inavvertitamente a terra, sul pavimento o su un altro livello inferiore. Le lesioni correlate alla caduta possono essere fatali o non fatali sebbene la maggior parte non siano fatali”*.

Il Ministero della Salute (Raccomandazione n. 13, novembre 2011) definisce **caduta** un *“improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo dell'assistito e/o sulla descrizione della caduta da parte di testimoni. Questa definizione include gli assistiti che dormendo sulla sedia cadono per terra, gli assistiti trovati sdraiati sul pavimento e le cadute avvenute nonostante la presenza di un supporto”*. (Allegato 11.1 disponibile su [testtube](#) scienze infermieristiche.)

In letteratura si distinguono tre tipologie di caduta, rispettivamente classificate in:

1. **cadute accidentali**: la persona cade involontariamente, per esempio, inciampando o scivolando sul pavimento bagnato;
2. **cadute fisiologiche imprevedibili**: determinate da eventi fisiopatologici non prevedibili fino al momento della caduta, per esempio, a causa di una crisi lipotimica o di un attacco ischemico transitorio;
3. **cadute fisiologiche prevedibili**: avvengono nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili, per esempio, a causa di uno stato di agitazione psicomotoria, di una riduzione della vista o di una deambulazione precaria^[7].

Le cadute prevenibili o prevedibili, da sole, rappresentano il 78% del totale delle cadute nelle persone anziane, il 14% è rappresentato dalle cadute accidentali, mentre le cadute fisiologiche imprevedibili costituiscono solo l'8%.

Le cadute sono la seconda causa di decesso per lesioni accidentali o non intenzionali in tutto il mondo, e ogni anno si stima che 424000 persone muoiano a causa di cadute. Gli adulti di età superiore ai 65 anni soffrono il maggior numero di cadute fatali e 37,3 milioni di cadute ogni anno sono abbastanza gravi da richiedere cure mediche (WHO, 2012).

Mentre tutte le persone che cadono sono a rischio di lesioni, l'età, il sesso e la salute dell'individuo possono influenzare il tipo e la gravità delle lesioni.

L'età è uno dei principali fattori di rischio per le cadute. Le persone di età ≥ 65 anni sono quelle a maggior rischio di cadute (WHO, 2012); il 30% delle persone over 65 e il 50% di quelle over 80 cade almeno una volta nell'arco di un anno (NICE, 2013). Secondo i dati del 2012-2013 della sorveglianza “Passi d'Argento”, in Italia l'11% degli over 65 è caduto a terra nei 30 giorni precedenti l'intervista. Di questi, il 14% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero di almeno un giorno.

Questo livello di rischio può essere in parte causato dai cambiamenti fisici, sensoriali e cognitivi associati all'invecchiamento, in combinazione con l'ambiente, che può non essere adatto per una popolazione che invecchia.

La prevalenza è significativamente più alta nelle persone a rischio o con disabilità, negli ultra 74enni, nelle persone con molte difficoltà economiche (Regione Emilia-Romagna, 2015a) e fra i meno istruiti (dati “Passi d'Argento”).

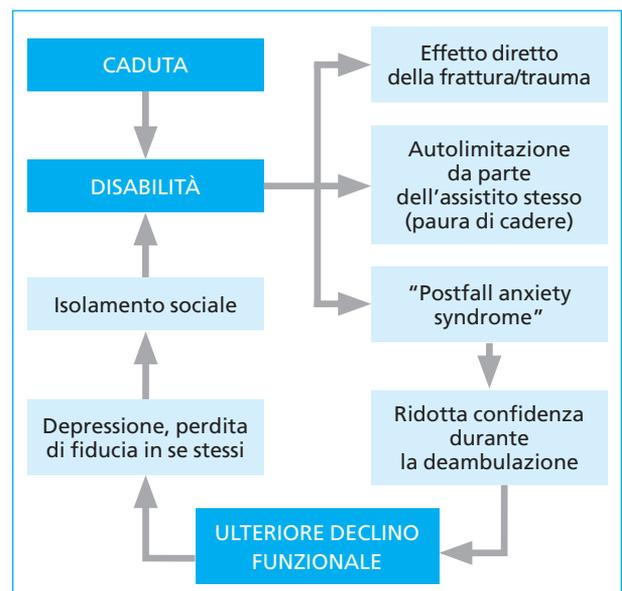
Anche il genere sembrerebbe influenzare il rischio di caduta: in tutto il mondo, i maschi presentano costantemente tassi di mortalità più elevati e DALY¹ persi. Le possibili spiegazioni possono comprendere i livelli più elevati di comportamenti a rischio e pericoli all'interno delle occupazioni.

Altri fattori di rischio includono:

- occupazioni ad altezze elevate o altre condizioni di lavoro pericolose;
- alcol o consumo di sostanze;
- fattori socio-economici, tra cui povertà, alloggi sovraffollati, unica paternità, giovane età materna;
- condizioni mediche di base, come, per esempio, neurologiche, cardiache o altre condizioni invalidanti;
- effetti collaterali dei farmaci, inattività fisica e perdita di equilibrio, in particolare tra le persone anziane;
- ridotta mobilità, cognizione e scarsa visione, in particolare tra coloro che vivono in un istituto, come, per esempio, una struttura residenziale;
- ambienti non sicuri, in particolare per persone con scarso equilibrio e visione limitata (WHO, 2012).

Le cadute e le lesioni a esse correlate sono un problema comune e grave per le persone anziane.

La caduta per l'anziano costituisce un problema rilevante, infatti essa ha un forte impatto sulle condizioni psicofisiche e sulla qualità della vita di una persona anziana, e rappresenta una delle maggiori cause di declino funzionale e di ricorso alle cure sanitarie (figura 11.1).



(Fonte: Mussi, C., *Le cadute e le fratture dell'anziano: importanza clinica in medicina e geriatria*.)

Figura 11.1 Gli effetti delle cadute sulla persona anziana.

¹ Il Disability-Adjusted Life Year (DALY) estende il concetto di potenziali anni di vita persi a causa di morte prematura per includere anni equivalenti di vita “sana” persi in virtù di essere in uno stato di cattiva salute o disabilità.

Le cadute nella persona anziana rappresentano un ulteriore problema a causa delle loro conseguenze, sintetizzate in **tabella 11.1**.

Il 60% delle persone anziane che cade riporta danni permanenti, anche se lievi, alla propria capacità e volontà di muoversi, e, una su quattro, subisce una diminuzione permanente della propria autonomia.

Le persone anziane hanno il più alto rischio di morte o di gravi lesioni derivanti da una caduta, e il rischio aumenta con l'età. Per esempio, negli Stati Uniti d'America, il 20-30% delle persone anziane che cadono riporta da moderate a gravi lesioni, come lividi, fratture o traumi cranici.

Negli Stati Uniti d'America le cadute rappresentano la prima causa di morte tra le morti accidentali e la settima causa di morte tra le persone con più di 65 anni. Sono al primo posto quale causa di fratture di femore e anca, con esiti fortemente invalidanti per la persona anziana. Secondo l'OMS, il 95% delle fratture al femore delle persone anziane è conseguente a un episodio di caduta e, tra questi, il 50% non riprende più a camminare, mentre il 20% muore entro sei mesi dal trauma.

Indipendentemente dalle conseguenze e dai traumi derivanti dalla caduta, essa compromette l'immagine di sé della persona anziana, la sua percezione di sicurezza negli spostamenti e la sua autonomia nello svolgere le attività di vita quotidiana, oltre ad agire spesso da disincentivo a una vita attiva. La caduta causa angoscia, dolore, lesioni, riduzione della fiducia in se stessi, perdita di autonomia e aumentata mortalità.

Le cadute coinvolgono anche i membri della famiglia e i caregiver (NICE, 2013).

Inoltre, le cadute comportano l'investimento di risorse economiche assai rilevanti: nel 2000 la spesa sanitaria conseguente a una caduta ha superato i 19 miliardi di dollari e le stime prevedono che nel 2020 i costi diretti e indiretti che il servizio sanitario dovrà sostenere in seguito alle cadute supereranno i 54 miliardi di dollari^[22].

Secondo i dati OMS, il 30-40% degli ultrasessantacinquenni cade una volta l'anno presso il proprio domicilio. Nelle persone anziane con più di 75 anni, il 20-30% delle cadute è causa di un danno fisico^[24].

Le cadute avvengono per lo più in casa (60%) e meno di frequente in strada (19%), in giardino (11%) o in altro luogo (10%) ("Passi d'Argento", 2012/2013). A domicilio le persone anziane cadono di più in cucina, una caduta su quattro (25%), seguita dalla camera da letto, il 22%, dalle scale interne e/o esterne, il 20%, e dal bagno, il 13%^[9].

Nelle comunità residenziali le cadute coinvolgono il 30% dei residenti e nelle nursing home il 50% degli

ospiti; la metà di queste persone riporta episodi ripetuti di caduta^[21].

Negli ospedali per acuti i dati di letteratura sanciscono un numero di cadute pari al 2-5% sul totale dei ricoveri, il 70-75% di queste cadute riguarda persone con più di 65 anni^[6-20]. I dati sulle cadute delle persone anziane ricoverate in ospedale o nelle strutture residenziali risentono probabilmente della, tutto sommato recente, predisposizione alla raccolta e rintracciabilità del dato in assenza di conseguenze traumatiche e/o richiesta di rimborso, e risultano quasi certamente sottostimati. Da circa due anni, la Regione Lombardia ha introdotto, tra i flussi informativi da inviare obbligatoriamente in Regione, il report delle cadute in ospedale e nelle residenze socio-sanitarie per anziani e disabili. I dati evidenziano un trend in crescita dal punto di vista sia numerico sia della gravità delle conseguenze delle cadute. In questa Regione le cadute di persone ospedalizzate rappresentano la terza causa di richiesta di risarcimento danni, subito dopo gli errori chirurgici e diagnostici, con il 9% del totale delle richieste.

11.1 La prevenzione delle cadute nella persona anziana

Come detto in precedenza, le cadute rappresentano per la persona anziana una delle più significative cause di decadimento funzionale e di peggioramento della qualità della vita. L'unica vera ed efficace azione per contrastare questi effetti è *prevenirle*, dato che il 78% delle cadute è prevedibile e/o prevenibile. Per prevenirle si sono dimostrati utili interventi personalizzati, multidisciplinari e multifattoriali.

L'analisi della letteratura evidenzia **una maggior efficacia** nel ridurre il rischio di cadute nelle persone anziane in ospedale, nelle strutture residenziali e in quelle semi-residenziali con l'adozione di programmi di intervento multidimensionali che prevedono **azioni** di carattere generale **rivolte a più aree potenzialmente critiche** (quali, per esempio, il trattamento farmacologico, l'ambiente, le pratiche assistenziali) e interventi specifici inclusi nei progetti assistenziali individuali che devono coinvolgere l'intera équipe multidisciplinare che si prende cura della persona anziana.

Inoltre le strutture di cura (ospedali e residenzialità) sono incentivate a:

1. dare priorità alle iniziative di ricerca e di salute pubblica per definire ulteriormente il problema, esplorare i fattori di rischio e le diverse variabili, e utilizzare strategie di prevenzione efficaci;
2. sostenere le politiche che creano ambienti più sicuri e ridurre i fattori di rischio;
3. promuovere l'ingegneria per rimuovere il potenziale per le cadute;
4. sostenere la formazione dei professionisti sanitari sulle strategie di prevenzione basate sulle evidenze scientifiche;

Tabella 11.1 Le conseguenze delle cadute nella persona anziana.

Danno alla persona: 40%
Danno severo: 5-15% (fratture, ematomi sottodurali, sanguinamento e talvolta morte)
Compromissione permanente dell'autonomia: 25%
Compromissione permanente della mobilità: 60%

5. educare gli individui e le comunità per costruire la consapevolezza del rischio.

Per le persone anziane con il problema delle cadute, i programmi di prevenzione devono includere tutti gli elementi necessari per identificare e modificare il rischio, quali, per esempio:

- screening all'interno degli ambienti di vita per i rischi di cadute;
- interventi sugli aspetti clinici per identificare i fattori di rischio, come la revisione di farmaci e la loro modifica, il trattamento dell'ipotensione, l'assunzione di vitamina D e di calcio, il trattamento delle disabilità visive correggibili;
- valutazione della casa e modifiche ambientali per le persone con fattori di rischio noti o una storia di caduta;
- prescrizione di adeguati dispositivi di assistenza per affrontare menomazioni fisiche e sensoriali;
- rafforzamento muscolare e dell'equilibrio prescritto da un professionista sanitario qualificato;
- programmi di gruppo su base comunitaria per l'educazione alla prevenzione delle cadute ed esercizi di Tai Chi o di equilibrio dinamico per il miglioramento della forza;
- utilizzo di protettori dell'anca per le persone a rischio di una frattura dell'anca, a causa di una caduta (WHO, 2012).

La valutazione del rischio di caduta

La prevenzione delle cadute richiede per prima cosa l'identificazione dei possibili fattori di rischio, in relazione alle caratteristiche dell'assistito e a quelle dell'ambiente e della struttura che lo ospita, in termini di sicurezza, organizzazione e adeguatezza del processo assistenziale.

I *fattori di rischio* per le cadute si possono distinguere in *intrinseci*, cioè connessi alle caratteristiche individuali della persona, che comprendono sia i dati anagrafici sia i problemi di salute presentati dalla persona sia la patologia motivo del ricovero, le comorbilità e le terapie farmacologiche, ed *estrinseci*, rappresentati da quelli esterni, indipendenti dalle caratteristiche proprie della persona e relativi agli aspetti organizzativi, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura, e dei presidi sanitari impiegati (**tabella 11.2**).

Tra questi fattori, alcuni risultano del tutto evidenti, quali, per esempio, i disturbi dell'equilibrio, l'instabilità posturale o una riduzione del visus, tra i fattori intrinseci, e un'illuminazione carente piuttosto che la presenza di irregolarità nella pavimentazione, tra quelli estrinseci. Altri sono spesso sottovalutati, come, per esempio, l'assunzione di più di quattro farmaci, il deterioramento psichico, l'inappropriato utilizzo degli ausili per il cammino, l'urgenza o l'incontinenza sia urinaria sia fecale, o l'impiego di ausili per la contenzione della persona anziana.

Tra i problemi di salute che espongono la persona anziana a un maggior rischio di cadere si annoverano le demenze e, più in generale, i disturbi cognitivi, l'epilessia, l'anemia, la depressione, le patologie cardio-

vascolari, l'ipotensione ortostatica, la riduzione della vista, il dolore e le patologie osteo-articolari, soprattutto della colonna. I disturbi cognitivi, le demenze conclamate e gli stati confusionali espongono la persona anziana a un rischio di caduta superiore dalle due alle sette volte. La presenza di più di due patologie aumenta di due-tre volte il rischio di cadere.

La persona anziana che assume più di quattro farmaci risulterebbe esposta a un rischio di cadute di nove volte superiore a chi ne assume meno di quattro. L'assunzione di benzodiazepine si associa a un rischio di caduta notturna pari al 44%. Nella **tabella 11.3** sono riassunte le principali categorie di farmaci che costituiscono un fattore di rischio di caduta nella persona anziana^[7, 14].

L'utilizzo inappropriato di presidi e ausili per gli spostamenti (bastone, tripode, deambulatore, carrozzina) e/o una loro inadeguata manutenzione aumentano il rischio di cadute nell'anziano da due a quattro volte.

La paura di cadere (*fear of falling syndrome*) è presente in circa un terzo delle persone anziane, anche in assenza di storia di precedenti cadute, e in due su tre tra chi invece è caduto almeno una volta. Questa sindrome assume particolare rilevanza perché condiziona la persona anziana nei suoi movimenti, la condanna spesso a una vita inattiva e finisce con il rappresentare essa stessa un ulteriore rischio di cadere.

Il primo passo per ridurre il rischio di caduta in una persona anziana è rappresentato dall'individuazione dei soggetti a rischio e dalla valutazione del rischio stesso, utilizzando una scala appropriata, e si fonda su un'accurata osservazione e raccolta anamnestica di tutti i fattori di rischio, intrinseci ed estrinseci (tabella 11.2), presenti nell'assistito.

Considerato l'elevato rischio di recidiva di una caduta, evidenziare una storia di precedenti cadute e la loro frequenza è uno degli elementi fondamentali per valutare il rischio di cadere nella persona anziana. Così com'è fondamentale, in presenza di cadute ripetute, valutarne le caratteristiche e il contesto nel quale si verificano^[7, 15]. Dopo una caduta nella propria abitazione o in una struttura di ricovero, è indicata un'accurata analisi delle cause ambientali che può far emergere la presenza di ostacoli o pericoli che, una volta rimossi, riducono il rischio di recidiva.

La letteratura suggerisce che in presenza di un fattore di rischio (tabella 11.2), quali, per esempio, l'età superiore a 65 anni o l'assunzione di più di quattro farmaci, oppure un'anamnesi di precedenti cadute o deterioramento mentale, sia buona prassi ritenere la persona a rischio di caduta e quantificare il rischio attraverso l'impiego di una delle scale di valutazione descritte successivamente nel testo e riportate in **appendice 1** (pag. 581).

Il rischio di caduta individuale nella persona anziana si determina in base a un'approfondita valutazione multifattoriale comprensiva di strumenti specifici, quali le scale.

Tramite la valutazione multidimensionale del rischio, è possibile individuare i soggetti a maggiore rischio di caduta e pianificare specifici interventi finalizzati alla prevenzione delle cadute e dei possibili conseguenti danni.

Tabella 11.2 Le cause di caduta.

Fattori intrinseci: dipendenti dalle condizioni di salute dell'assistito	Fattori estrinseci
<p><i>Caratteristiche fisiche e/o psichiche dell'assistito, dovute a età o patologie specifiche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Età superiore a 65 anni • Storia di precedenti cadute • Deterioramento dello stato mentale • Deficit cognitivi • Deterioramento del sistema scheletrico e neuromuscolare • Dipendenza funzionale nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, rilevabile attraverso le apposite scale • Riduzione del visus (NICE, 2013) e dell'udito • Deformazioni o patologie del piede (per esempio, alluce valgo, dita a martello, ipercheratosi cutanee) • Incontinenza o urgenza per l'eliminazione • Paura di cadere (<i>fear of falling syndrome</i>) • Instabilità posturale, problemi di mobilità e/o equilibrio • Sincope • Patologie che possono: <ul style="list-style-type: none"> – compromettere la stabilità posturale e la deambulazione; – condizionare lo stato di vigilanza e l'orientamento spazio-temporale dell'assistito; – causare episodi ipotensivi; – aumentare la frequenza minzionale • Trattamenti farmacologici che: <ul style="list-style-type: none"> – che <i>influenzano</i> particolarmente lo stato di vigilanza, l'equilibrio o la pressione arteriosa; – <i>politerapia</i>, in cui gli assistiti assumono 4 o più farmaci; – <i>variazione della posologia</i> con un incremento del dosaggio del farmaco • Assistiti tra i 50 e i 64 anni valutati da un professionista esperto ad alto rischio di caduta a causa di una condizione clinica preesistente (NICE, 2013) 	<p><i>Fattori ambientali, strutturali, organizzativi o ergonomici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensionamento inadeguato delle stanze di degenza e dei bagni • Pavimenti e scale scivolosi a causa del consumo e/o dell'assenza di soluzioni antiscivolo, percorsi "a ostacoli" per raggiungere il bagno • Illuminazione carente in alcune aree • Letti o barelle non regolabili in altezza • Bagni privi dei supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia • Uso di calzature inadeguate o loro assenza • Ausili e arredi ad altezze inappropriate • Uso di ausili per la deambulazione • Lontananza dei servizi igienici • Impiego di ausili per la contenzione

Fonte: *Le cadute in Ospedale e in RSA: Epidemiologia del fenomeno, Tassonomia e background Evidence based health care*, Gruppo di Lavoro Regionale per la Prevenzione del Rischio Cadute, Regione Lombardia, 2010, Ministero della Salute, 2011; NICE, 2013.

Tabella 11.3 I farmaci che aumentano il rischio di cadere nella persona anziana^[4].

• Sedativi e ipnotici	• Psicotropi
• Narcotici	• Cardiovascolari
• Anticonvulsivanti	• Diuretici
• Antidepressivi	• Antiipertensivi

All'analisi dei fattori di rischio individuali, si associa la valutazione effettuata dall'équipe come elemento indispensabile nella definizione del rischio di caduta.

La valutazione multidimensionale deve includere:

- la valutazione dell'equilibrio e della deambulazione;
- la storia di precedenti cadute;
- la valutazione delle alterazioni della vista;
- l'accurata anamnesi con l'evidenziazione dell'eventuale presenza di pluripatologie;
- l'elenco dei farmaci assunti, sia per quantità sia per tipologia;
- la valutazione dei rischi ambientali e/o domestici;

- la presenza o meno della paura di cadere (*fear of falling syndrome*);
- la valutazione del rischio osteoporotico;
- la valutazione del deterioramento cognitivo e un esame neurologico.

Gli strumenti per valutare il rischio di caduta

Esistono molteplici scale validate che consentono di misurare il rischio di caduta e la paura di cadere in una persona. "I test ideali per valutare il rischio di caduta devono essere di semplice esecuzione, breve durata e ripetibili per consentire il follow-up. Risultano avere queste caratteristiche la Berg Balance Scale (BBS) per la valutazione dell'equilibrio, il Timed Up and Go (TUG) per la valutazione della mobilità e la Tinetti Balance Scale (equilibrio/mobilità). Tali strumenti validati sono i più utilizzati e hanno mostrato un buon valore predittivo, nonché una significativa correlazione reciproca^[7]."

Altre scale piuttosto diffuse per misurare il rischio di caduta sono la Scala di Conley, la Scala di Morse e la Stratify Scale. Sembrerebbe più efficace intervenire su un numero limitato di fattori di rischio riducibili piuttosto che stratificare il livello di rischio degli assistiti sulla base dei punteggi ottenuti con le scale di misurazione (Ministero della Salute, 2011). Nell'**appendice 1** (pag. 581) vengono riportate integralmente le scale per la valutazione del rischio cadute.

1. Scala di Conley (pag. 602)

L'impiego della scala di Conley (Conley, J. *et al.*, 1998) è indicato perlopiù nelle degenze per acuti di area medica e chirurgica. È composta da sei parametri che misurano il rischio di cadere: storia di precedenti cadute, presenza di vertigini o capogiri nei tre mesi precedenti la rilevazione, attuale incontinenza urinaria e/o fecale, compromissione della deambulazione, e presenza di agitazione psicomotoria e di disturbi cognitivi. I primi tre parametri sono raccolti dal rilevatore attraverso l'intervista dell'assistito o del caregiver, mentre i tre successivi sono rilevati attraverso l'osservazione diretta della persona. La sensibilità dello strumento è di 69 e la specificità di 41. Il valore soglia oltre il quale si classifica la persona "a rischio di caduta" è fissato nel punteggio di 2 su un massimo di 10 punti.

Lo strumento è di facile impiego, non richiede una particolare formazione del personale che lo utilizza e viene in genere somministrato dall'infermiere.

2. Scala di Morse (pag. 624)

La scala di Morse (Morse, J. *et al.*, 1997) è indicata in ospedale e nelle lungodegenze. Gli indicatori sono sei: storia di cadute recenti, con un range da 0 a 25 punti, presenza di comorbidità, con un range da 0 a 15 punti, autonomia nella mobilità, con un range da 0 a 30 punti, presenza di infusioni venose, con un range da 0 a 20 punti, stato mentale della persona, con un range da 0 a 15 punti, e valutazione della deambulazione dell'assistito, con un range da 0 a 20 punti. Complessivamente, la scala prevede un punteggio massimo di 125 punti. È individuato un *cut-off* di 25, al di sopra del quale l'assistito è ritenuto a rischio di cadere. Viene anche individuata una stratificazione in tre classi di rischio: basso per un punteggio compreso tra 0 e 24; medio per un punteggio compreso tra 25 e 45; alto per un punteggio superiore a 45. La scala ha una buona sensibilità con 60/80 e una discreta specificità con 50/70.

L'utilizzo della scala è semplice, non richiede una particolare preparazione, è veloce da somministrare, in media bastano cinque minuti, e, normalmente, è compilata dall'infermiere.

3. Scala Stratify (pag. 640)

La scala Stratify (Oliver, D. *et al.*, 1997) valuta complessivamente cinque parametri: se l'assistito è stato ricoverato in seguito a una caduta oppure è caduto durante la degenza; lo stato di agitazione della persona; il visus, la necessità di andare in bagno di frequente e l'autonomia/sicurezza nella mobilità. È indicata per i reparti ospedalieri e di geriatria. È semplice e veloce da utilizzare e non richiede una particolare formazione per

il personale che dovrà somministrarla. Presenta una sensibilità piuttosto bassa, 20, e una buona specificità di 87. Il punteggio totale massimo è 5, un punto per ognuno dei parametri considerati, il *cut-off* al di sopra del quale si considera la persona a rischio di caduta è 2.

4. Tinetti Balance Scale (pag. 641)

È una scala particolarmente indicata e diffusa nelle residenze per anziani (RSA).

È suddivisa in due parti: una per la valutazione dell'equilibrio (*balance section*) e una per la valutazione dell'andatura (*gaitsection*).

La *balance section* comprende nove item, tra cui la capacità di alzarsi da solo e la capacità di mantenersi in equilibrio in posizione seduta piuttosto che eretta. La *gaitsection* è composta da otto item e valuta l'andatura dell'assistito. Il soggetto deve essere valutato mentre è seduto su una sedia con seduta rigida e senza braccioli, e deve essere invitato a svolgere le manovre previste. Viene valutata la modalità di esecuzione, mentre non è particolarmente rilevante la velocità con cui sono svolte le manovre proposte. Se il soggetto non mantiene l'equilibrio da seduto, il punteggio totale della scala è uguale a 0. La scala possiede un buon valore predittivo con una sensibilità di 70 e una specificità di 52 (Tinetti, M.E. *et al.*, 1998).

Le linee guida del Ministero della Salute, ISS, rispetto ai 28 punti massimi previsti dalla scala, identificano "un rischio di caduta alto se lo score è inferiore a 18, moderato se compreso tra 19 e 23, e basso se superiore a 24. Per questa specifica scala dovrebbero comunque essere stimati un'interarea reliability e una retest reliability, e definiti i migliori *cut-off* predittivi nell'individuare i soggetti a maggiore rischio di cadute in campioni più numerosi e rappresentativi della popolazione generale delle persone anziane"¹⁷.

5. Berg Balance Scale (BBS) (pag. 593)

La Berg Balance Scale (Berg, K. *et al.*, 1989) valuta l'equilibrio inteso come capacità di mantenere la stazione eretta in diverse condizioni, con gli occhi chiusi piuttosto che su un solo piede, la capacità dell'assistito di spostarsi e girarsi mantenendo l'equilibrio e il passaggio dalla posizione seduta a quella eretta, e viceversa. La scala ha una buona predittività, con una sensibilità pari a 53 e una specificità compresa tra 70 e 90. La sua somministrazione richiede una specifica competenza ed è in genere somministrata dal fisioterapista. Il tempo medio richiesto per la sua somministrazione è di circa 20 minuti. La scala è composta da 14 item con un range da 0 a 4 per ogni item, per un totale di 56 punti massimi. Il rischio di caduta è considerato elevato per un punteggio compreso tra 0 e 20, medio per un punteggio compreso tra 21 e 40, e basso per un punteggio compreso tra 41 e 56.

6. Timed Up and Go Test (TUG)

Il test consiste nel posizionare la persona seduta su una sedia e porre una seconda sedia alla distanza di otto passi. L'esaminando si alza dalla posizione seduta, cammina fino alla seconda sedia e torna a sedersi. L'operazione è cronometrata dal "via" dell'esaminatore fino al raggiungimento della posizione seduta sulla seconda sedia. Viene rilevato il tempo totale impiegato per effettuare l'esercizio e il numero di passi necessari a

percorrere il tragitto. Un tempo superiore a 8,5 secondi è associato a un alto rischio di caduta (Podsiadlo, D. *et al.*, 1991; Mathias *et al.*, 1986).

La valutazione del rischio di caduta deve essere riformulata su base periodica e/o al mutare delle condizioni bio-psico-funzionali dell'assistito.

Programmi e interventi per la prevenzione delle cadute

Sulla base del rischio di caduta individuale, è possibile (tabella 11.4) individuare, pianificare e realizzare interventi e azioni preventive e di tutela, che devono includere:

- azioni trasversali a tutte le categorie di rischio, come la presa in carico di tipo informativo ed educativo, quali, per esempio, la personalizzazione del dispositivo di chiamata, il regolare l'altezza del letto, il consigliare le idonee calzature ecc.;
- azioni correlate al livello di rischio individuale e a specifici casi clinici (Regione Emilia Romagna, 2015).

Pianificare, attuare e monitorare specifici interventi di attività motoria e di riattivazione funzionale personalizzata.

Effettuata la valutazione multidimensionale e quantificato il rischio di cadute, si possono pianificare e realizzare gli interventi per la prevenzione delle cadute (tabella 11.5).

In presenza di una deambulazione precaria e insicura, le linee guida ministeriali suggeriscono l'attivazione di programmi riabilitativi finalizzati a recuperare la forza muscolare, migliorare l'equilibrio e conferire maggior sicurezza nella deambulazione^[14].

La paura di cadere è fonte di insicurezza ed essa stessa causa di caduta. Indagare dunque la presenza di questa paura e trattarla attraverso adeguati programmi di educazione e counseling è un intervento che si è dimostrato utile per migliorare il dinamismo della persona anziana e ridurre il rischio di cadere.

Se la persona si avvale di ausili per la mobilità, si deve in primo luogo accertare l'idoneità dei presidi, il loro buono stato di manutenzione e che il loro utilizzo avvenga in modo appropriato ed efficace. Se la persona anziana è affetta da molteplici problemi di salute, si deve verificare che questi siano conosciuti e adeguatamente trattati dal medico curante. Se l'assistito assume molti farmaci, è opportuno verificarne la corretta assunzione da parte dell'assistito, dal dosaggio prescritto all'orario idoneo, soprattutto per quanto riguarda i tranquillanti, i diuretici, gli ipotensivi e i lassativi. Infatti, per esempio, un diuretico assunto prima di coricarsi può costringere la persona a diverse alzate notturne per urinare, che possono aumentare il rischio di caduta.

Diversi studi hanno messo in evidenza come un ambiente di vita non sicuro provochi un aumento del 50% del rischio di cadere (vedi Metanalisi sui rischi ambientali fonte di cadute degli anziani, JAGS 47, 1397-1402, 1999).

Aiutare una persona anziana a mettere in atto tutti quegli accorgimenti utili a favorire gli spostamenti in sicurezza, rendere protesico il proprio ambiente di vita, inserendo tutte quelle modifiche opportune a consentire alla persona di svolgere le ADL in sicurezza, rappresenta un ulteriore intervento con comprovata efficacia in merito alla riduzione del rischio di caduta e della paura di cadere.

L'attività fisica è parte fondamentale nel programma di prevenzione delle cadute nella persona anziana.

Le cadute non sono una conseguenza inevitabile dell'avanzamento dell'età, ma avvengono più di frequente in questo periodo della vita perché i loro fattori di rischio aumentano con l'età. Il processo d'invecchiamento comporta una diminuzione delle capacità fisiche e cambiamenti che influenzano la mobilità, la marcia e l'equilibrio. Alla fisiologica perdita di performance fisica legata all'età (riduzione della forza, indebolimento muscolare, modificazione delle capacità percettive ecc.) si può sovrapporre una perdita di funzionalità legata a malattie croniche età-correlate e una

Tabella 11.4 Le azioni da attuare per la prevenzione delle cadute nella persona anziana.

Individuare un team di operatori dedicato con funzione di riferimento interno al servizio per il rischio caduta, allo scopo di:

- diffondere le informazioni e i materiali informativi e formativi degli strumenti di supporto messi a disposizione dal servizio;
- realizzare audit periodici per identificare, insieme agli altri operatori, le criticità, ed esaminare le dinamiche delle cadute e tutti i possibili problemi;
- pianificare delle azioni per l'analisi dei fattori di rischio ambientali e organizzativi, e valutare il rischio individuale;
- realizzare programmi di miglioramento suggeriti dalle analisi periodiche dei dati raccolti e dalla valutazione degli esiti;
- analizzare i fattori di rischio generali legati all'ambiente e all'organizzazione, identificare gli elementi di rischio per le cadute presenti ed eventuali aspetti critici su cui intervenire;
- attuare interventi generalizzati verso tutti gli assistiti, finalizzati al mantenimento del più alto livello funzionale, al contrasto della progressione della disabilità, e al favorire l'autonomia degli assistiti e le condizioni che riducono il rischio di cadute;
- valutare il rischio individuale di cadute per tutti gli assistiti ed eventualmente pianificare interventi specifici (PAI);
- monitorare costantemente le cadute, adottando strumenti per la rilevazione dell'evento cadute;
- valutare periodicamente la situazione e rilevare almeno su base annua l'andamento delle cadute.

Tabella 11.5 Interventi utili a prevenire la caduta della persona anziana.

Intervento	Modalità applicative
Quantificare il rischio di cadere	Valutazione multidimensionale Impiego di test e scale di valutazione per il rischio di caduta
Migliorare la forza muscolare, l'equilibrio e la deambulazione della persona anziana	Pianificare esercizi fisici attivi e/o passivi individualizzati, sotto la guida del fisioterapista
T trattare la paura di cadere (fear of falling syndrome), se presente	Attivare programmi di counseling ed educativi che comprendano: <ul style="list-style-type: none"> • quali misure adottare per prevenire le cadute; • quali sono i benefici fisici e psicologici che possono derivare dalla prevenzione dei rischi di caduta; • come comportarsi in seguito a una caduta; • dove ottenere consigli e assistenza
Predisporre un ambiente protesico	Verificare l'adeguatezza delle calzature Posizionare i corrimano, se necessario Verificare l'idoneità dei sanitari del bagno (WC, vasca, doccia) e posizionare i maniglioni Verificare l'altezza del letto, del divano e della poltrona, per assicurarsi che sia adeguata Controllare che l'illuminazione, anche notturna, sia adeguata Eliminare tappeti e qualsiasi elemento che possa rappresentare un rischio di inciampo e/o scivolamento Attivare i sistemi di chiamata di soccorso indossati dalla persona (telesoccorso)
Educare la persona anziana al corretto impiego degli ausili per la mobilità	Se la persona anziana utilizza ausili per la mobilità (bastone, deambulatore, carrozzina), verificarne il corretto ed efficace impiego
T trattare le patologie	Curare eventuali patologie, stati febbrili e stati d'ansia Trattare il dolore, se presente Utilizzare i presidi per l'incontinenza, se presente Correggere eventuali deficit visivi Curare stati confusionali, declino cognitivo o compromissioni dell'orientamento spazio-tempo Correggere eventuali ipotensioni posturali Verificare quanti e quali farmaci assume
Educare la persona anziana al corretto utilizzo dei farmaci prescritti	Verificare se assume benzodiazepine, ipnotici, antidepressivi, tranquillanti maggiori, diuretici, ipotensivi, lassativi Informarsi se li assume in maniera corretta (dosi e orari) Se si ritiene necessario, contattare il medico per ripianificare la terapia in corso

perdita di funzione legata a uno stile di vita sedentario che innescano un circolo vizioso, riducendo ulteriormente la resistenza e la forza muscolare.

Praticare una regolare attività fisica migliora le capacità funzionali (equilibrio, forza, flessibilità) della persona e consente un più facile mantenimento delle abilità stesse, migliora l'umore e aumenta la sensazione di sicurezza nel muoversi, riducendo la paura di cadere, importante fattore di rischio di caduta nella persona anziana.

Per quanto riguarda gli ospiti dei servizi residenziali o semi-residenziali, la letteratura ha dimostrato come gli esercizi che coinvolgono l'equilibrio e la coordinazione abbiano una maggior efficacia nel ridurre il rischio di caduta rispetto a quelli che non li includono (NICE, 2013).

L'informazione e l'educazione alla persona anziana e ai suoi familiari, attraverso il loro coinvolgimento attivo, costituisce un aspetto fondamentale nella prevenzione delle cadute, in quanto promuove la persona – in primis – come soggetto attivo della propria incolumità e del mantenimento del proprio benessere: la persona anziana ha la possibilità di conoscere i comportamenti da adottare e da evitare.

Il familiare, opportunamente informato sull'insieme delle condizioni che possono essere fattori di rischio, può favorire le strategie comportamentali e organizzative in funzione della tutela della persona e proattive rispetto alle cause di caduta.

In **figura 11.2** è descritta la flow chart per la valutazione e la gestione della persona a rischio di caduta (Ministero della Salute, 2011).