

Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA
PRESIDENTE: *Ch.ma Prof.ssa Veronica Macchi*

TESI DI LAUREA

TITOLO: Anziani non autosufficienti e prevenzione delle cadute: analisi delle pratiche
fisioterapiche nelle strutture residenziali della provincia di Padova

(Non self-sufficient elderly and falls prevention: analysis of physiotherapy practices in
residential facilities in the province of Padua)

RELATORE: Dott.ssa Mag. Marcella Peverè

LAUREANDO: Davide Ramazzina

Anno Accademico 2023-2024

Indice

Riassunto

Abstract

1. Introduzione

1.1 Definizione di caduta

1.2 Epidemiologia cadute e ricadute sui costi sanitari

1.3 Rischio di caduta, prevenzione e trattamento

2. Scopo della tesi

3. Materiali e metodi

3.1 Ricerca bibliografica

3.2 Elaborazione del questionario

4. Risultati

5. Discussione

6. Conclusioni

Bibliografia

Allegato

Riassunto

Introduzione: Le cadute sono tra gli eventi avversi più frequenti nella popolazione anziana e, se consideriamo come una semplice caduta possa alterare il delicato equilibrio psicofisico e funzionale fino a portare alla perdita dell'autonomia personale, capiamo facilmente l'importanza del problema. Le linee guida individuano tutti i soggetti residenti in RSA come ad elevato rischio; trattandosi di una sindrome a genesi multifattoriale, la letteratura da tempo suggerisce che l'approccio più corretto è quello multidisciplinare. Diventa, perciò, necessario per fisioterapisti che operano nei contesti delle RSA e delle strutture di cura intermedie ospedale - territorio la conoscenza della letteratura al fine di individuare le cause e le possibilità di intervento con lo scopo di contrastare il rischio di caduta.

Scopo della tesi: L'obiettivo dello studio è effettuare un'analisi tramite questionario riguardo alle pratiche attuate dai fisioterapisti per prevenire le cadute nel paziente geriatrico e confrontarle con le più recenti linee guida internazionali.

Materiali e metodi: A partire da un'analisi della letteratura è stato costruito un questionario Google; tale questionario è stato pre-testato e successivamente somministrato in forma anonima ai fisioterapisti delle RSA e delle strutture intermedie ospedale-territorio aderenti al progetto nella provincia di Padova.

Risultati: Dai dati raccolti tramite il questionario è stato possibile scoprire che, come consigliato dalle linee guida, i fisioterapisti sono abituati a confrontarsi sia con le altre figure dell'équipe sanitaria sia con i caregivers. Risultano eterogenee le opinioni riguardo alla categoria di rischio di caduta nella quale far ricadere i residenti delle RSA e i ricoverati nelle strutture intermedie e, allo stesso modo, sono diversificate le convinzioni sull'efficacia delle contenzioni fisiche. La maggior parte dei fisioterapisti indaga abitualmente le convinzioni e le paure rispetto alle cadute e alle loro cause.

Conclusioni: Sebbene la maggior parte dei fisioterapisti dichiara di non seguire le linee guida né nazionali né internazionali, attraverso la loro buona pratica clinica ne incarnano i principi fondamentali coinvolgendo l'équipe e utilizzando gli strumenti di valutazione standardizzati e il corretto ragionamento clinico. A riprova della buona qualità assistenziale abbiamo la presenza e l'utilizzo di protocolli standardizzati propri delle strutture sanitarie.

Abstract

Introduction: Falls are among the most frequent adverse events in the elderly population and, if we consider how a simple fall can alter the delicate psychophysical and functional balance to the point of leading to the loss of personal autonomy, we easily understand the importance of the problem. The guidelines identify all subjects residing in care homes as being at high risk; since it is a syndrome with a multifactorial genesis, the literature has long suggested that the most correct approach is a multidisciplinary one. It therefore becomes necessary for physiotherapists who work in the contexts of care homes and intermediate care facilities to know the literature in order to identify the causes and possibilities of intervention with the aim of counteracting the risk of falling.

Objective: The aim of the study is to carry out an analysis via questionnaire regarding the practices implemented by physiotherapists to prevent falls in geriatric patients and compare them with the most recent international guidelines.

Materials and methods: Starting from an analysis of the literature, a Google questionnaire was constructed; this questionnaire was pre-tested and then administered anonymously to physiotherapists of care homes and intermediate care structures participating in the project in the province of Padua.

Results: From the data collected through the questionnaire it was possible to discover that, as recommended by the guidelines, physiotherapists are used to interacting with both other figures of the healthcare team and with caregivers. Opinions regarding the category of risk of falling in which to place care homes residents and patients in intermediate care facilities are heterogeneous and, similarly, beliefs about the effectiveness of physical restraints are diversified. Most physiotherapists habitually investigate beliefs and fears regarding falls and their causes.

Conclusions: Although most physiotherapists declare that they do not follow national or international guidelines, through their good clinical practice they embody the fundamental principles by involving the team and using standardized assessment tools and correct clinical reasoning. As proof of the good quality of care we have the presence and use of standardized protocols specific to healthcare facilities.

1. Introduzione

1.1 Definizione di caduta

Il ministero della salute definisce la caduta un *“improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto”*. [1]

Le cadute si verificano a tutte le età e sono una parte inevitabile dell'andatura bipede e dell'attività fisica dell'essere umano, nella popolazione anziana, tuttavia, assumono il ruolo di una vera e propria sindrome, hanno effetti negativi sull'indipendenza, sulla qualità di vita e sono associate a un aumento della morbidità, della mortalità e dei costi sanitari, rendendo quindi la prevenzione e la gestione una sfida globale cruciale, perché la popolazione mondiale nel suo complesso sta invecchiando.

Una delle conseguenze più immediate delle cadute negli anziani è la perdita di indipendenza funzionale. Le lesioni che spesso derivano da una caduta possono compromettere gravemente la capacità di svolgere le attività quotidiane come camminare, vestirsi, salire le scale, o anche semplicemente mantenere l'equilibrio stando in piedi. Questo può portare a una situazione in cui l'anziano diventa dipendente da altre persone o da ausili per la mobilità, come deambulatori o sedie a rotelle, aumentando così la necessità di assistenza e cure continuative.

La perdita di autonomia può influire notevolmente anche sull'autostima e sul benessere psicologico. Gli anziani che cadono frequentemente possono sviluppare la paura di cadere, un fenomeno che porta l'individuo a evitare situazioni in cui potrebbe incorrere in un altro incidente. Questa paura riduce ulteriormente il livello di attività fisica, alimentando un circolo vizioso di sedentarietà, atrofia muscolare e decondizionamento fisico, che a sua volta aumenta il rischio di altre cadute e limita ancora di più l'indipendenza.

Oltre alla perdita di indipendenza, le cadute hanno un impatto significativo sulla qualità di vita. L'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS definisce la qualità della vita come *“la percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e*

dei sistemi di valori in cui vivono e in relazione ai loro obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni”. La qualità di vita è un concetto ampio che include il benessere fisico, psicologico e sociale, infatti, dopo una caduta, gli anziani possono affrontare un lungo periodo di riabilitazione o addirittura di immobilità, condizioni che incidono negativamente non solo sulla loro capacità di movimento, ma anche sul loro stato d'animo e sulle loro relazioni sociali.

In questo contesto, diventa fondamentale implementare strategie mirate alla riduzione del rischio di cadute, soprattutto tra gli anziani, che rappresentano la fascia di popolazione maggiormente colpita.

1.2 Epidemiologia e ricaduta sui costi sanitari

In Italia, in particolare, la popolazione residente è pari a 59 milioni, di cui 14 milioni 358 mila ultra 65enni, ovvero il 24,3% del totale della popolazione italiana. Il numero di ultraottantenni, i cosiddetti grandi anziani, ammonta a 4 milioni 554 mila individui pari a circa il 7% della popolazione totale.

Secondo il sondaggio di “Passi d’Argento” su una popolazione di anziani di 14 milioni nel biennio 2021-2022 l’88% degli intervistati ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti l’intervista e, nel 13% dei casi, è stato necessario il ricovero ospedaliero di almeno un giorno.

Le cadute sono più frequenti con l’avanzare dell’età (le riferisce il 6% dei 65-74enni e l’11% degli ultra 85enni), fra le donne (9% vs 6% negli uomini) e fra le persone con molte difficoltà economiche (12% vs 6% di chi non ne ha).

Quasi 4 intervistati su 10 hanno paura di cadere, percentuale che sale al 60% fra chi ha già vissuto questo evento. La paura di cadere cresce con l’età, è maggiore fra le donne, fra chi ha difficoltà economiche o bassa istruzione e fra chi vive da solo. La caduta è anche associata al malessere psicologico: la prevalenza di persone con sintomi depressivi tra le persone che hanno subito una caduta negli ultimi 30 giorni è del 18% contro il 10% del campione totale.

Secondo i dati dell’Istituto Superiore di Sanità - ISS le cadute avvengono per lo più all’interno della casa (64%) e meno frequentemente in strada (19%), in giardino (13%) o

altrove (4%). Tuttavia, la casa non è percepita dagli anziani come un luogo a rischio di cadute: solo 1 intervistato su 3 la reputa un luogo in cui la probabilità di avere un infortunio è alta o molto alta. Questa consapevolezza cresce con l'età (46% fra gli ultra 85enni), è maggiore fra le donne (37% vs 24% fra gli uomini) e fra le persone con difficoltà economiche (43%) o una bassa istruzione (37%). [2]

Molte cadute non causano infortuni, ma non sono rare lesioni che variano da quelle di lieve entità a quelle gravi. Tra le conseguenze delle cadute sulla salute degli anziani possiamo nominare: lesioni alla testa e/o al collo, lesioni agli arti superiori, lesioni al tronco, lesioni agli arti inferiori, tagli, lacerazioni, abrasioni, escoriazioni, contusioni e/o contusioni, fratture, lussazioni e/o distorsioni, perdite di coscienza, disabilità e ricoveri ospedalieri. Fra le conseguenze/lesioni sopra elencate le più temibili sono le fratture vertebrali, di bacino e di femore, le fratture di mano e polso e i traumi cranici.

Come detto in precedenza, le cadute possono causare danni diretti alle strutture ossee, ai tessuti molli, agli organi interni, ma anche in assenza di danni organici (fisici) possono incidere sulla salute psicologica dell'individuo. I danni organici diretti, allo stesso modo della paura di cadere, influenzano negativamente la qualità della vita, riducono l'indipendenza nelle attività di tutti i giorni, aumentano i bisogni assistenziali ed aumentano il rischio di caduta.

L'evento traumatico può, inoltre, superare la capacità dell'individuo di soddisfare alle richieste ambientali utilizzando le proprie risorse, che sappiamo essere già ridotte nel paziente geriatrico.[3] L'esaurimento delle riserve dell'organismo età correlato rende spesso critico il recupero dell'omeostasi nei soggetti anziani fragili innescando, in alcuni casi, il fenomeno dello "scompenso a cascata" che può esitare con la morte del soggetto.

Secondo l'ISTAT, nel 2021, i morti a causa di cadute accidentali sono stati 4442 su un totale di 482292 morti negli over 65 anni.

Nei Paesi Bassi nel 2007-2009 i costi medici correlati alle cadute sono stati stimati in 675,4 milioni di euro all'anno. Le fratture hanno portato all'80% (540 milioni di euro) dei costi sanitari correlati. I costi medi per caduta sono stati di 9370 euro, ed erano più alti per le donne (9990 euro) rispetto agli uomini (7510 euro) e aumentano con l'età (da 3900 euro a 65-69 anni a 14.600 euro a ≥ 85 anni). Le persone ≥ 80 anni hanno rappresentato il 47% di tutte le visite al pronto soccorso correlate alle cadute e il 66% dei costi totali. I costi

dell'assistenza a lungo termine a domicilio e nelle case di cura hanno mostrato i maggiori aumenti correlati all'età e hanno rappresentato insieme il 54% dei costi correlati alle cadute nelle persone anziane. [4] Sebbene siano presenti grandi variazioni tra i paesi in termine di numero di cadute in rapporto agli abitanti, l'Italia, che possiede dei dati comparabili a quelli dei Paesi bassi, è tra le migliori 10 in Europa per questa statistica. [5]

1.3 Rischio di caduta, prevenzione e trattamento

La caduta nell'anziano è un fenomeno complesso, che non può essere ridotto a un singolo fattore. Essa, infatti, è tipicamente il risultato di una combinazione di cause, riconducibili a condizioni fisiche, psicologiche, ambientali e sociali. Da qui deriva il concetto di genesi multifattoriale, che sottolinea come diversi elementi concorrano nel determinare il rischio di caduta.

Quando si parla di genesi multifattoriale, ci si riferisce a un insieme di fattori che, interagendo tra loro, aumentano il rischio di caduta. Non è sufficiente considerare solo la diminuzione fisiologica delle capacità fisiche dovuta all'età, ma è necessario esplorare anche altre dimensioni della salute dell'anziano.

È importante sottolineare che la caduta non è necessariamente una normale conseguenza dell'invecchiamento, ma può rappresentare un sintomo di problemi sottostanti. Spesso, infatti, le cadute sono un segnale della sindrome della fragilità. Questa sindrome è caratterizzata da una ridotta capacità di risposta a eventi stressanti, causata da un declino fisiologico generalizzato nei diversi sistemi del corpo, come la riduzione della riserva energetica, della massa muscolare e della resistenza fisica.

La fragilità predispone l'anziano a un rischio maggiore di eventi avversi, tra cui proprio le cadute, ma anche disabilità, ospedalizzazioni e, nei casi più gravi, mortalità precoce. Pertanto, la caduta non è solo un incidente, ma può essere vista come l'espressione di una condizione clinica complessa e un indicatore di vulnerabilità generale.

Dal punto di vista della classificazione le cadute si possono dividere in categorie:

-accidentali; dovute a fattori ambientali oppure a fatalità.

-imprevedibili; sono eventi che si realizzano a carico di pazienti valutati non a rischio di caduta o a carico di parenti, visitatori o utenti in aree comuni, sale di attesa e/o ambulatori. (quando sono determinate da condizioni non prevedibili fino al momento della caduta)

-prevedibili; valutate per i fattori di rischio identificabili della persona. (quando avvengono nei soggetti esposti a fattori identificabili.)

Nell'anziano le cadute sono da considerarsi, a tutti gli effetti, una delle principali sindromi geriatriche in quanto sono il risultato dell'interazione di numerosi fattori intrinseci (legati all'individuo) ed estrinseci (influenze ambientali); con l'aumentare dell'età, la frequenza delle cadute e la probabilità di comorbidità interferenti aumentano in modo significativo e le potenziali cause delle cadute diventano corrispondentemente più complesse.

Volendo tuttavia semplificare, la fisiopatologia delle cadute nella popolazione anziana si può riassumere con tre fattori coesistenti principali.

Il primo fattore è il "weakest link", cioè la minore efficienza dei sistemi di mantenimento dell'equilibrio a causa della progressiva degenerazione degli apparati visivo, uditivo, muscolare e nervoso.

Il secondo fattore è la malattia, che può andare ad intaccare direttamente il sistema dell'equilibrio e causare vertigine o sincope. Sono comunque molte le patologie che aumentano il rischio di caduta, in particolare il deterioramento cognitivo [6][7]. Inoltre, anche i farmaci che ci possono aiutare a controllare i sintomi di queste patologie possono aumentare il rischio di caduta, specialmente nella popolazione anziana che è spesso sottoposta a polifarmacoterapia [8][9].

Il terzo fattore è il fattore ambientale; la maggior parte delle cadute avviene all'interno del domicilio, nel quale possiamo trovare pavimenti scivolosi, tappeti, ostacoli e trovarci in mancanza di appoggi stabili. [10]

In conclusione si può affermare che le cadute nei pazienti anziani possono essere intese come un'interazione di fattori intrinseci ed estrinseci con un fattore scatenante situazionale immediato che alla fine porta all'evento caduta.

Si osserva, infine, come la genesi multifattoriale, caratteristica delle sindromi geriatriche, necessita di un approccio multidisciplinare e di un intervento globale da parte di una équipe sociosanitaria.

Tuttavia, per garantire che questi approcci siano efficaci e aggiornati, è essenziale basare la pratica clinica sulle evidenze della ricerca scientifica e, ove presenti, sulle **Linee Guida cliniche più recenti**. Agire con una pratica improntata sulle evidenze (**Evidence Based Practice**) permette, infatti, di massimizzare la sicurezza e l'efficacia degli interventi sanitari migliorando così la qualità complessiva delle cure e ottimizzando l'uso delle risorse sanitarie.

La medicina e la pratica fisioterapica sono campi in costante evoluzione, con nuove scoperte, tecnologie e approcci terapeutici che emergono continuamente. Le linee guida sono sviluppate sulla base di revisioni sistematiche delle migliori evidenze scientifiche disponibili, ciò significa che le raccomandazioni fornite sono supportate da studi rigorosi e da dati concreti, il che riduce il rischio di errore o di pratiche obsolete. Utilizzare le linee guida consente ai professionisti sanitari di basare le proprie decisioni cliniche su trattamenti e interventi che hanno dimostrato di essere efficaci e sicuri.

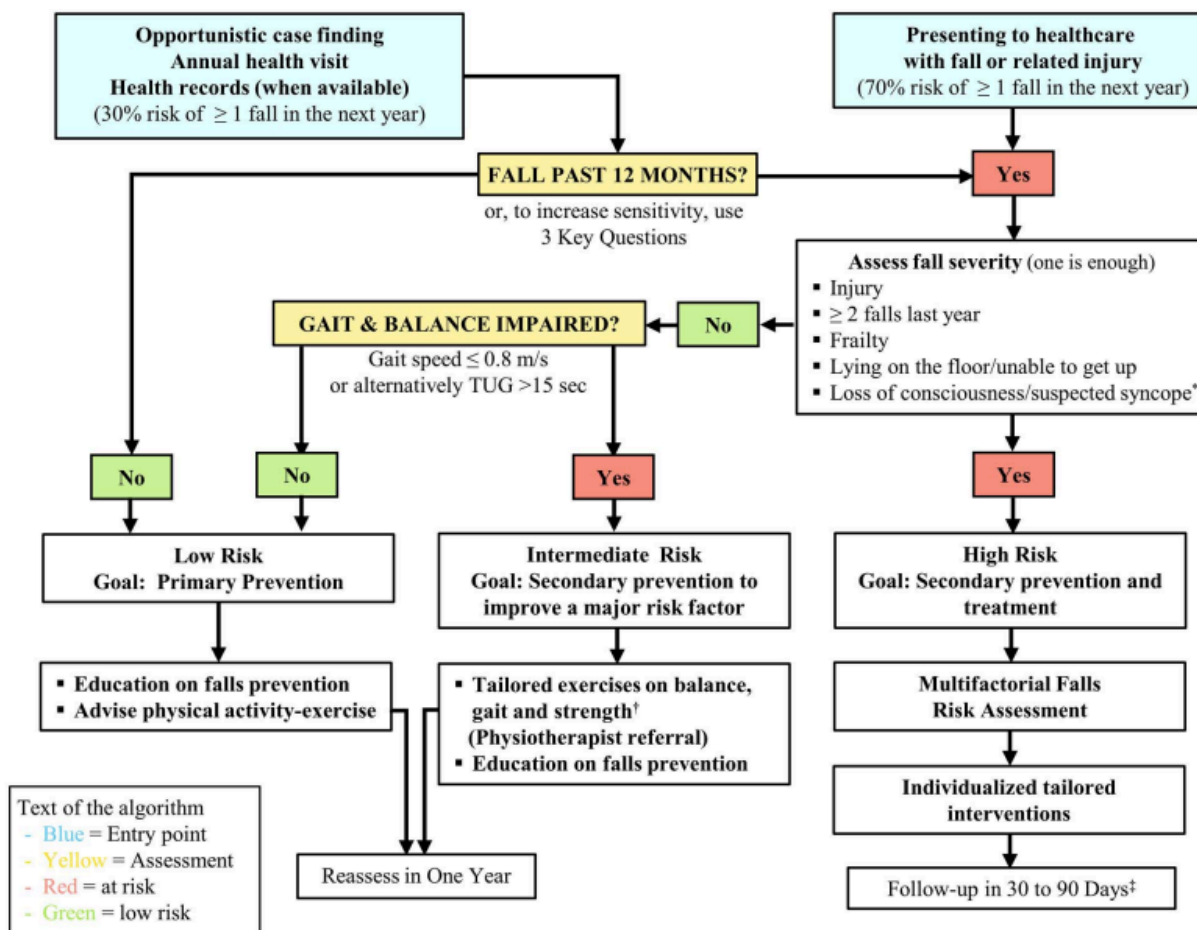
Le linee guida offrono, inoltre, un quadro standardizzato per la gestione delle patologie o delle situazioni cliniche. Questo permette di ridurre la variabilità tra i diversi operatori sanitari, ospedali e/o regioni. L'adozione di pratiche uniformi garantisce che tutti i pazienti ricevano trattamenti appropriati e basati su criteri chiari e condivisi, indipendentemente dal luogo in cui ricevono assistenza, questo standard comune riduce il rischio di disparità nelle cure e garantisce un'alta qualità del servizio sanitario.

In ambiti delicati, come la prevenzione delle cadute negli anziani o la gestione di patologie complesse, seguire queste raccomandazioni garantisce un intervento coordinato e multidisciplinare, minimizzando i rischi e migliorando la qualità della vita dei pazienti.

La ricerca geriatrica si è molto occupata di cadute e degli interventi più efficaci per la loro prevenzione; molto recentemente sono apparse le “**World guidelines for falls prevention and management for older adults**”; un documento stilato con la collaborazione di 96 esperti provenienti da 39 paesi in 5 continenti, con rappresentanti di 36 società scientifiche e accademiche.

Queste Linee Guida (LG) sono state create per il settore sanitario al fine di identificare e valutare il rischio di caduta e per indicare quali interventi offrire, da soli o in combinazione, come parte di un approccio centrato sulla persona.

Come riportato dalla flowchart (fig.1) il primo passo è l'identificazione del livello di rischio dei pazienti. Questo primo passo viene chiamato stratificazione e ci permette di inserire gli individui nelle tre classi di rischio di caduta: basso, medio e alto rischio.



(Fig. 1. Algorithm for risk stratification, *World guidelines for falls prevention and management for older adults*)

Lo strumento più importante nella fase di stratificazione è l'anamnesi, questa ci permette di raccogliere le informazioni qualitative e quantitative riguardo la caduta. Per la popolazione anziana residente a domicilio che afferisce al MMG o al Pronto Soccorso ospedaliero, le linee guida suggeriscono di valutare il tipo di infortunio, il numero di cadute, la condizione di fragilità, la perdita o sospetta perdita di coscienza e l'incapacità di alzarsi da terra, al fine di determinare la classe di appartenenza.

Le LG stratificano il rischio di cadute nelle seguenti tre categorie:

- anziani a basso rischio di caduta, a cui dovrebbe essere offerta un'educazione sulla prevenzione delle cadute e sull'esercizio fisico per la salute generale e/o la prevenzione delle cadute, talora interessati;
- anziani a rischio intermedio di caduta, ai quali, in aggiunta a quanto detto per gli anziani a basso rischio, dovrebbe essere offerto esercizio mirato o l'intervento di un fisioterapista per migliorare l'equilibrio e la forza muscolare e ridurre il rischio di caduta;
- anziani ad alto rischio di cadute a cui dovrebbe essere offerta una valutazione multifattoriale del rischio di caduta per indirizzare interventi personalizzati su misura.

Un elemento chiave di questo algoritmo è chiedere attivamente informazioni sulle cadute almeno una volta all'anno, il che può certamente aiutare a ridurre la sottostima delle cadute, in quanto spesso non vengono riferite dall'anziano di propria iniziativa intenzionalmente oppure per inabilità. Ne deriva che spesso non è possibile chiarire tutti i dettagli della caduta dall'anamnesi e quindi la causa, soprattutto se le cadute avvengono inosservate oppure in caso di deficit cognitivi, dunque, rendendo difficile da ricostruire adeguatamente la storia della caduta.

Le linee guida hanno dunque un valore:

- Predittivo: utilizzo delle informazioni disponibili per determinare il rischio di cadute e di lesioni correlate alla caduta di un individuo.
- Preventivo: focalizzato sull'intenzione di prevenire cadute e lesioni correlate ottimizzando al tempo stesso la capacità funzionale.
- Personalizzato: utilizzo dei fattori di rischio di caduta identificati e di altre informazioni cliniche rilevanti, come la cognizione, per sviluppare piani di prevenzione delle cadute individualizzati.
- Partecipativo: obiettivi e piano di intervento sviluppati in collaborazione con l'anziano e i caregivers, per considerare priorità, valori e risorse.

Per quanto riguarda i test specifici per prevedere il rischio di cadute, viene consigliato dalle LG di utilizzare la velocità del cammino con un cut-off a 0.8 m/s (o in alternativa la TUG maggiore di 15 sec). I soggetti con velocità del cammino minore di 0.8 m/s vengono inseriti nella categoria rischio medio, altrimenti vengono considerati a basso rischio di caduta. Infine chi ha vissuto una caduta che viene valutata severa è inserito direttamente nella categoria ad alto rischio.

Per i residenti delle case di riposo le linee guida affermano che non vi è la necessità di utilizzare strumenti di stratificazione del rischio di caduta, poiché tutti i residenti dovrebbero essere considerati ad alto rischio di cadute, facendo rientrare le cadute in tali contesti sotto la categoria di “prevedibili”.

Strumenti quali i test di performance – POMA, Berg Balance Scale, Timed Up and Go – possono invece essere utilizzati durante la valutazione multidisciplinare e come valutazione dei progressi e dell’efficacia dell’intervento riabilitativo.

Le LG ci forniscono numerose raccomandazioni riguardo la gestione e gli interventi più efficaci per la prevenzione delle cadute. Le principali categorie di intervento includono:

1. **Esercizio fisico:**

- Sono risultati efficaci nella riduzione del rischio di caduta, rispetto ai gruppi di controllo, numerosi protocolli che utilizzano delle combinazioni di allenamento di equilibrio, forza, coordinazione, capacità aerobica, cammino e mobilità.
- Risultano particolarmente efficaci i programmi di esercizio fisico mirati, come il **Tai Chi**, che migliora l'equilibrio, la forza muscolare e la coordinazione o come il **Programma di esercizio Otago**, che prevede esercizi di rafforzamento muscolare e rieducazione dell'equilibrio combinati con una routine di camminata.

2. **Modifiche ambientali:**

- Interventi come visite domiciliari da parte di un terapeuta occupazionale per l'adeguamento degli spazi abitativi, riducendo i rischi come ostacoli o superfici scivolose.

3. **Interventi clinici:**

- La **revisione dei farmaci** (in particolare psicotropi e cardiovascolari) è cruciale, poiché molti di essi aumentano il rischio di cadute. La loro riduzione o eliminazione, quando possibile, dovrebbe essere parte integrante delle strategie di prevenzione.
- L'integrazione della **vitamina D**, che può migliorare la forza muscolare e l'equilibrio, è stata identificata come una strategia efficace nella prevenzione delle cadute, specialmente in anziani con deficit di vitamina D.

4. **Interventi educativi:**

- L'**educazione** sugli anziani e i caregiver in merito alla prevenzione delle cadute è essenziale per aumentare la consapevolezza e favorire comportamenti sicuri.

5. **Valutazione multifattoriale:**

- Si raccomanda una **valutazione multifattoriale** del rischio di caduta per gli anziani ad alto rischio, che include l'analisi di fattori come equilibrio, forza muscolare, uso di farmaci, disturbi cognitivi e condizioni ambientali. Questa valutazione aiuta a sviluppare interventi personalizzati. [11] [12]

Nei setting ospedalieri e socio-assistenziali uno dei fattori ambientali più discussi, utilizzato erroneamente come mezzo di gestione e prevenzione delle cadute è la contenzione fisica. L'uso delle contenzioni fisiche come misura di prevenzione delle cadute negli anziani o in altri pazienti è una pratica controversa e generalmente sconsigliata, per vari motivi legati alla sicurezza, all'efficacia e all'impatto psicologico e fisico sul paziente.

Le evidenze scientifiche mostrano che le contenzioni fisiche non sono efficaci nel prevenire le cadute e in molti casi possono addirittura causare un loro aumento. Quando un paziente è immobilizzato o limitato nei suoi movimenti, può cercare comunque di liberarsi, spesso in modo violento o impulsivo, il che può aumentare il rischio di caduta e portare a cadute più gravi. Inoltre, le contenzioni possono causare:

- Lesioni da pressione (piaghe da decubito) dovute alla prolungata immobilità.
- Lesioni muscolo-scheletriche o fratture, derivanti da movimenti bruschi o tentativi di sfuggire alle contenzioni.
- Problemi circolatori, come trombosi venosa profonda, causati dall'immobilità prolungata.

L'uso di contenzioni fisiche può avere gravi ripercussioni sulla salute psicologica del paziente. Il paziente si sente intrappolato e privato della sua libertà, il che può portare a stati di agitazione, depressione e persino a un peggioramento dello stato cognitivo. Inoltre, nei pazienti affetti da demenza o altri disturbi cognitivi, le contenzioni possono incrementare il disorientamento e l'agitazione, peggiorando il quadro clinico.

L'immobilità prolungata indotta dalle contenzioni fisiche può contribuire a una rapida perdita di forza muscolare, equilibrio e mobilità. Questo porta a un aumento della fragilità del paziente, riducendo ulteriormente la sua capacità di movimento e peggiorando la sua indipendenza funzionale. In sostanza, l'uso delle contenzioni crea un circolo vizioso: il paziente perde progressivamente la capacità di camminare e muoversi autonomamente, aumentando di conseguenza il rischio di cadute una volta liberato.

Esistono metodi alternativi molto più sicuri ed efficaci per prevenire le cadute e proteggere il paziente senza ricorrere all'uso di contenzioni fisiche. Tra queste:

- Adattamento dell'ambiente: Eliminare ostacoli e migliorare l'illuminazione, installare corrimano, tappeti antiscivolo e sedie a rotelle sicure sono interventi molto più utili e sicuri.
- Monitoraggio costante: L'uso di dispositivi di monitoraggio (ad esempio, sensori di movimento, sistemi di allarme) permette di sorvegliare il paziente senza restrizioni fisiche, garantendo che il personale possa intervenire rapidamente in caso di necessità.

- Assistenza personale: L'adozione di personale di supporto qualificato che assista il paziente in momenti critici come il trasferimento dal letto alla sedia o al bagno può ridurre notevolmente il rischio di caduta.
- Riabilitazione e fisioterapia: Programmi di riabilitazione volti a migliorare la forza muscolare e l'equilibrio del paziente, nonché a mantenerlo attivo, sono cruciali per ridurre il rischio di cadute in modo sicuro e sostenibile.

L'uso delle contenzioni fisiche può essere considerato una violazione dei diritti fondamentali del paziente, come il diritto all'autonomia e alla dignità. Molti codici etici e legislazioni sanitarie sottolineano l'importanza di evitare pratiche coercitive o restrittive, promuovendo invece la libertà di movimento e l'autonomia del paziente, soprattutto quando esistono soluzioni alternative.

2. Scopo della tesi

L'obiettivo di questo studio è condurre un'analisi delle pratiche fisioterapiche impiegate nella prevenzione delle cadute negli anziani residenti in strutture residenziali e in strutture intermedie ospedale-territorio della provincia di Padova. Tramite un questionario rivolto ai fisioterapisti, lo studio mira a confrontare le metodologie effettivamente utilizzate con le raccomandazioni presenti nelle più recenti linee guida internazionali, al fine di verificare quanto queste ultime siano implementate nella pratica clinica quotidiana.

Per rispondere a questa domanda di ricerca, è stato elaborato un questionario anonimo, somministrato ai fisioterapisti delle strutture partecipanti. Il questionario si propone di:

- analizzare le modalità con cui i fisioterapisti identificano i fattori di rischio di caduta nei pazienti anziani;
- valutare le strategie preventive adottate e confrontarle con le raccomandazioni delle linee guida per la gestione e la riduzione del rischio di caduta;
- approfondire il ruolo della collaborazione multidisciplinare tra fisioterapisti e altre figure dell'équipe sanitaria nella gestione del rischio di caduta.

Questa ricerca nasce dal desiderio di valorizzare le esperienze maturate nel corso del percorso universitario e di tirocinio in ambito geriatrico, contribuendo con dati concreti a migliorare le strategie di prevenzione delle cadute negli anziani, un aspetto cruciale per la qualità della vita e la sicurezza di questa popolazione fragile.

3. Materiali e metodi

3.1 Ricerca bibliografica

Per la creazione del questionario è stata eseguita una ricerca in letteratura, sia tramite motori di ricerca che attraverso la lettura di manuali di Geriatria e lo studio delle linee guida italiane ed internazionali al fine di comprendere quali potevano essere considerati i principali fattori di rischio, conseguenze e trattamenti delle cadute.

Per la ricerca in banche dati biomediche sono stati utilizzati i seguenti motori di ricerca:

-PubMed/MEDLINE

-PEDro

Le parole chiave utilizzate sono state: Accidental falls, aged, elderly patient, syncope, vertigo, dizziness, fear of falling, risk, prevention, physical restraints, community.

Altri criteri di ricerca utilizzati sono stati: articoli di lingua inglese, articoli free full text, pazienti con età > 65 anni.

È stata svolta una ricerca manuale per l'individuazione di articoli attinenti all'argomento di interesse, visionando la bibliografia di ciascun articolo consultato.

3.2 Elaborazione del questionario

È stata svolta preliminarmente la fase di pre-test per individuare gli eventuali errori e per valutare la chiarezza e l'attinenza delle domande in modo da prevenire il rischio di dover riprogettare il questionario in una fase più avanzata; a questo proposito il questionario è stato sottoposto ad alcuni "osservatori privilegiati", che si sono resi disponibili ad evidenziare la presenza di eventuali lacune nella progettazione del modulo.

È stato reperito l'elenco dei Centro Servizi per Anziani (CSA) della provincia di Padova tramite <https://www.padovanet.it/> e delle strutture intermedie ospedale-territorio tramite <https://www.aulss6.veneto.it/>; per tutti sono stati contattati gli uffici di dirigenza per ottenere l'autorizzazione alla somministrazione del questionario, che successivamente è stato inviato presso i sette CSA che hanno aderito allo studio; la partecipazione dei 28 fisioterapisti complessivi all'interno delle strutture era su base volontaria e anonima.

Il questionario rivolto ai fisioterapisti si articola in 22 domande a risposta aperta o chiusa. Il questionario si compone di tre sessioni: nella prima sono raccolti i dati relativi al sesso, alla fascia di età e al numero di anni di lavoro con pazienti geriatrici; nella seconda sessione sono stati raccolti i dati relativi al lavoro in equipe, alla modalità di confronto con i colleghi e alle abitudini e modalità di valutazione del rischio di caduta; nella terza sessione sono stati raccolti i dati relativi all'intervento nella prevenzione del rischio di caduta. Al termine del questionario è stato lasciato dello spazio per poter condividere un commento aggiuntivo riguardo al tema delle cadute.

Il questionario si articola in tre sessioni. Nella prima sessione si raccolgono le informazioni relative al professionista: sesso del soggetto compilatore, fascia d'età e numero di anni di lavoro con pazienti geriatrici.

La seconda sessione indaga le tempistiche della prima valutazione e delle successive rivalutazioni; sappiamo che la valutazione è fondamentale nella cura e nel trattamento del paziente e di conseguenza dovrebbe essere effettuata il prima possibile e ripetuta frequentemente per intercettare tempestivamente le variazioni della condizione funzionale del soggetto. In questa sezione vengono quindi poste delle domande relative al confronto con le altre figure dell'équipe riguardo il tema delle cadute; all'interno delle linee guida, che sono utilizzabili da tutti i professionisti sanitari e nelle quali il fisioterapista ha un ruolo importante in quanto specialista del movimento, viene evidenziata l'importanza della multidisciplinarietà

nella presa in carico del paziente durante il percorso terapeutico. Viene indagato inoltre l'opinione del fisioterapista rispetto a quali siano i fattori di rischio per le cadute e la tipologia degli strumenti di valutazione utilizzati; secondo le LG, infatti, la valutazione del rischio di caduta è una valutazione globale dello stato di salute del paziente, la quantificazione del controllo posturale effettuata dal ft è un importante elemento all'interno di una valutazione complessiva dei diversi fattori. La sessione continua indagando quali sono, secondo il ft, i soggetti ad alto rischio di caduta all'interno delle strutture sociosanitarie; le LG identificano l'intera popolazione residente nelle RSA come ad alto rischio di caduta. L'ultima parte della sessione è dedicata ad indagare in che misura il ft si preoccupa di indagare le convinzioni dei pazienti a proposito delle cadute, delle loro prevenzione e della paura di cadere; le LG individuano questi aspetti come parte della valutazione multidisciplinare al fine di personalizzare il trattamento e migliorare la compliance.

La terza sessione approfondisce il tema dell'intervento fisioterapico ai fini della prevenzione delle cadute. Viene chiesto quali sono le fonti utilizzate per la creazione del programma riabilitativo; le linee guida sono un insieme di informazioni sviluppate sistematicamente con lo scopo di dare indicazioni chiare e scientificamente valide. Le World Falls Guidelines, pubblicate nel 2022, hanno lo scopo di creare una serie di raccomandazioni per la prevenzione e la gestione delle cadute basate sulle prove scientifiche e il consenso di esperti; la pratica basata sulle evidenze (EBP) suggerisce ai professionisti di utilizzare, quando esistenti, i dati della letteratura scientifica per fornire un intervento efficace, efficiente e personalizzato.

Una importante domanda indaga le opinioni del fisioterapista riguardo l'efficacia delle contenzioni fisiche come strumento di prevenzione di infortuni e di cadute; le linee guida sconsigliano l'utilizzo di tutte le contenzioni fisiche come misura di prevenzione delle cadute.

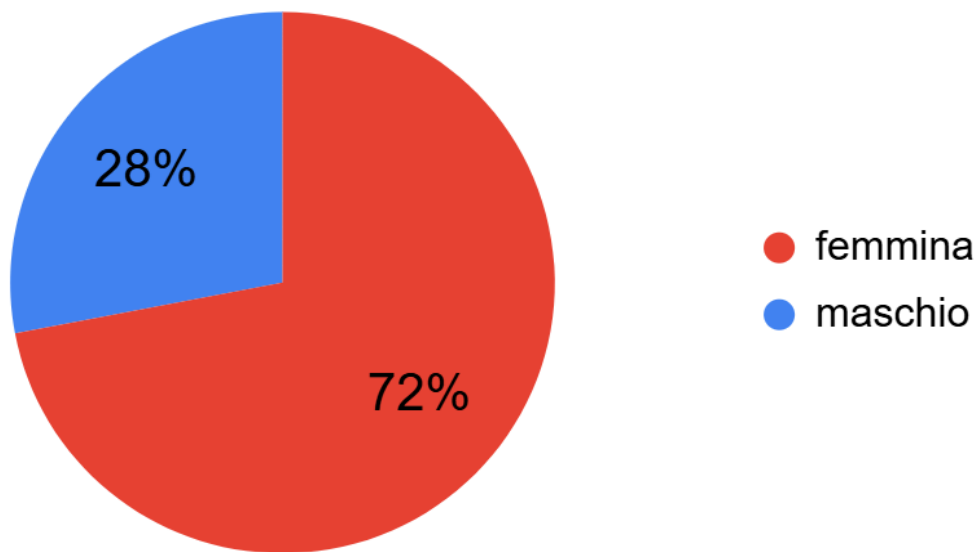
Successivamente, viene chiesto se e in che modo il fisioterapista coinvolga il caregiver nel programma di prevenzione delle cadute; le LG, infatti, suggeriscono di coinvolgere i caregivers e le loro prospettive sia per la creazione del piano di trattamento sia per la sua applicazione. La terza sessione si conclude raccogliendo i dati relativi agli obiettivi del piano di trattamento per diminuire il rischio di caduta; le LG raccomandano programmi personalizzati per la prevenzione delle cadute negli anziani, che integrino l'esercizio fisico agli interventi volti a modificare comportamenti e ambiente.

4. Risultati

Sono pervenute 18 risposte su un totale di 28 potenziali soggetti compilatori (64% di adesione) divisi tra 7 strutture sanitarie. I dati raccolti sono stati analizzati attraverso il pacchetto Office-Software Excel.

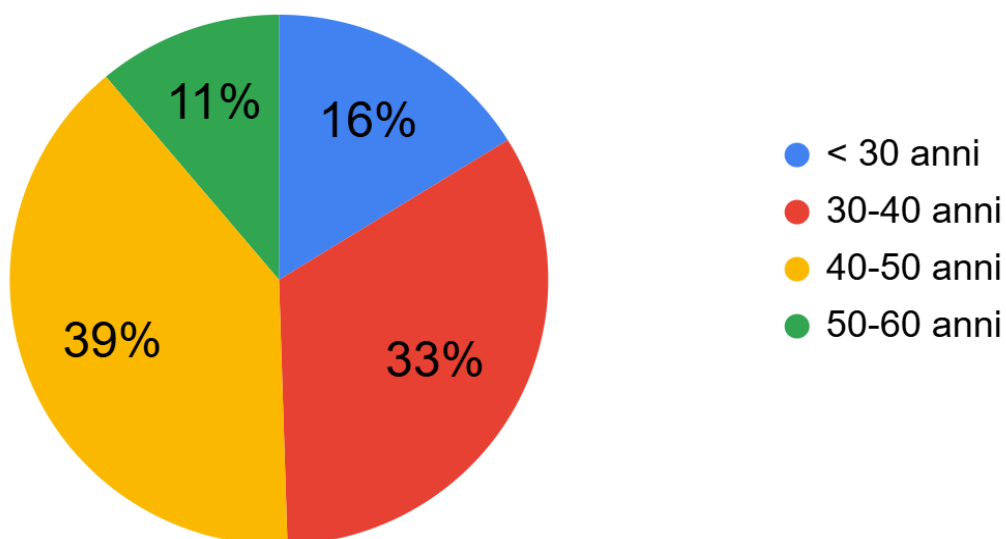
Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario.

1) Genere



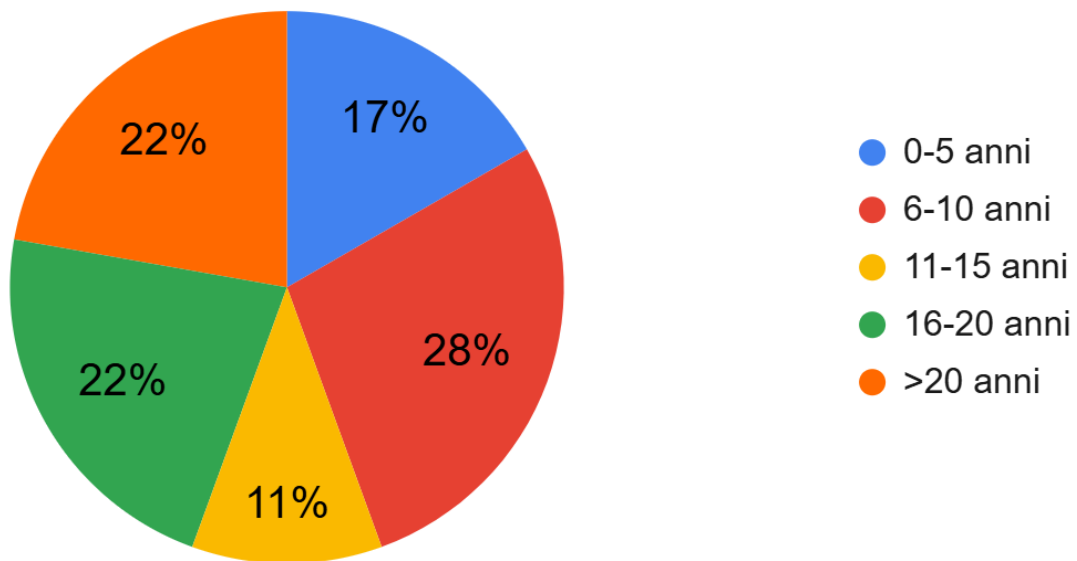
2) Età

Classe di età dei fisioterapisti



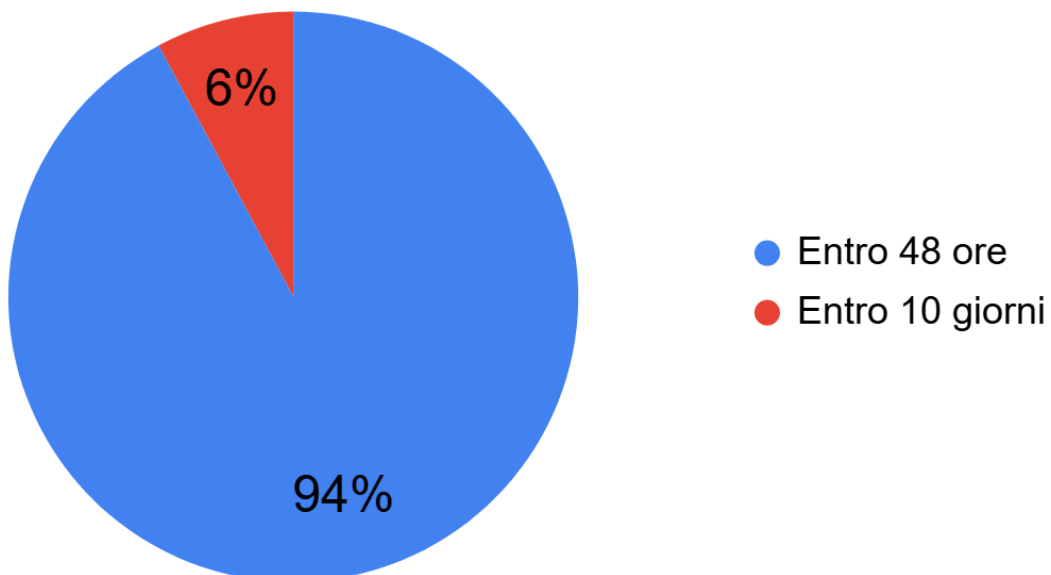
3) Anni di lavoro con pazienti geriatrici

Da quanti anni lavora con pazienti geriatrici?



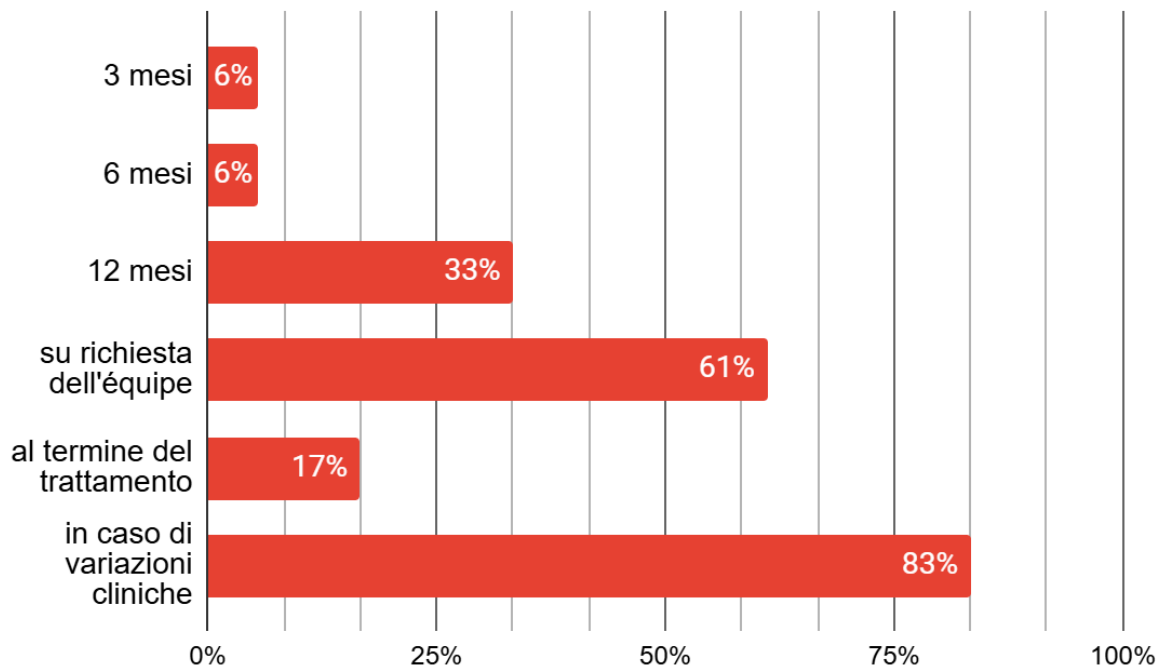
4) Prima valutazione

Nella struttura dove lei lavora quando viene fatta la prima valutazione?



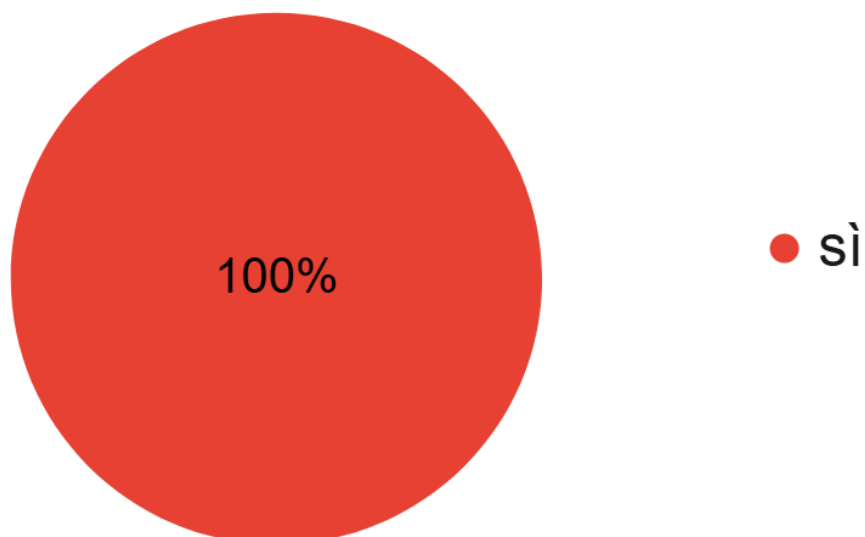
5) Successive rivalutazioni

Nella struttura dove lei lavora quando viene rivalutato il paziente?



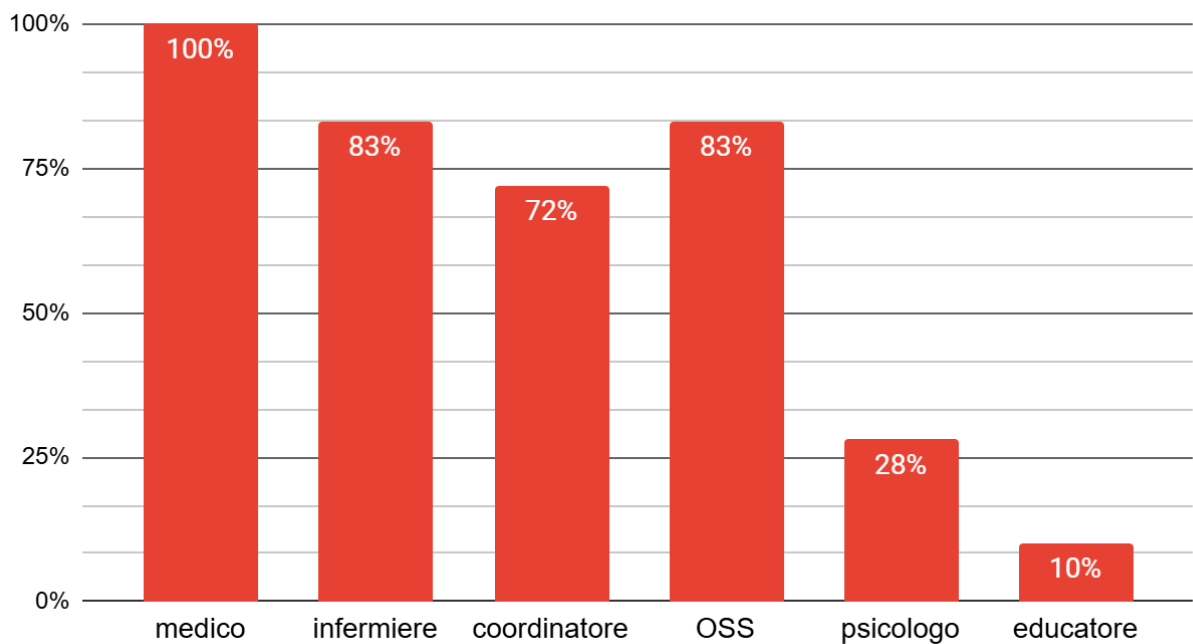
6) Lavoro in équipe

Solitamente si confronta con l'équipe?



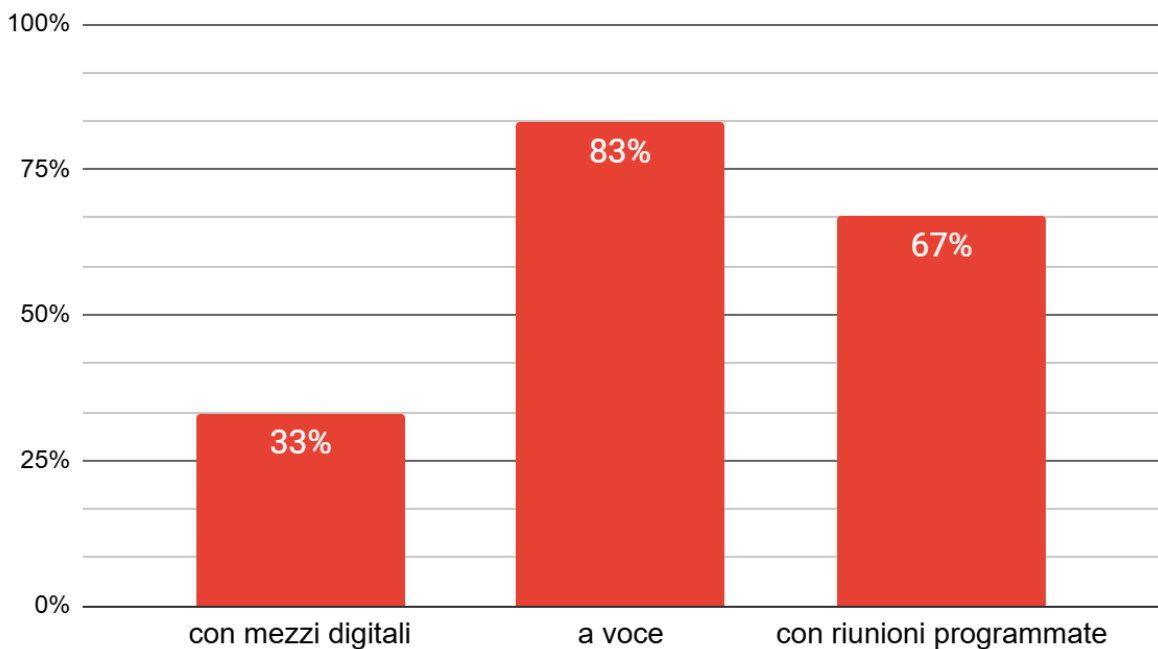
7) Le figure dell'équipe

Con quali figure d'équipe si confronta?



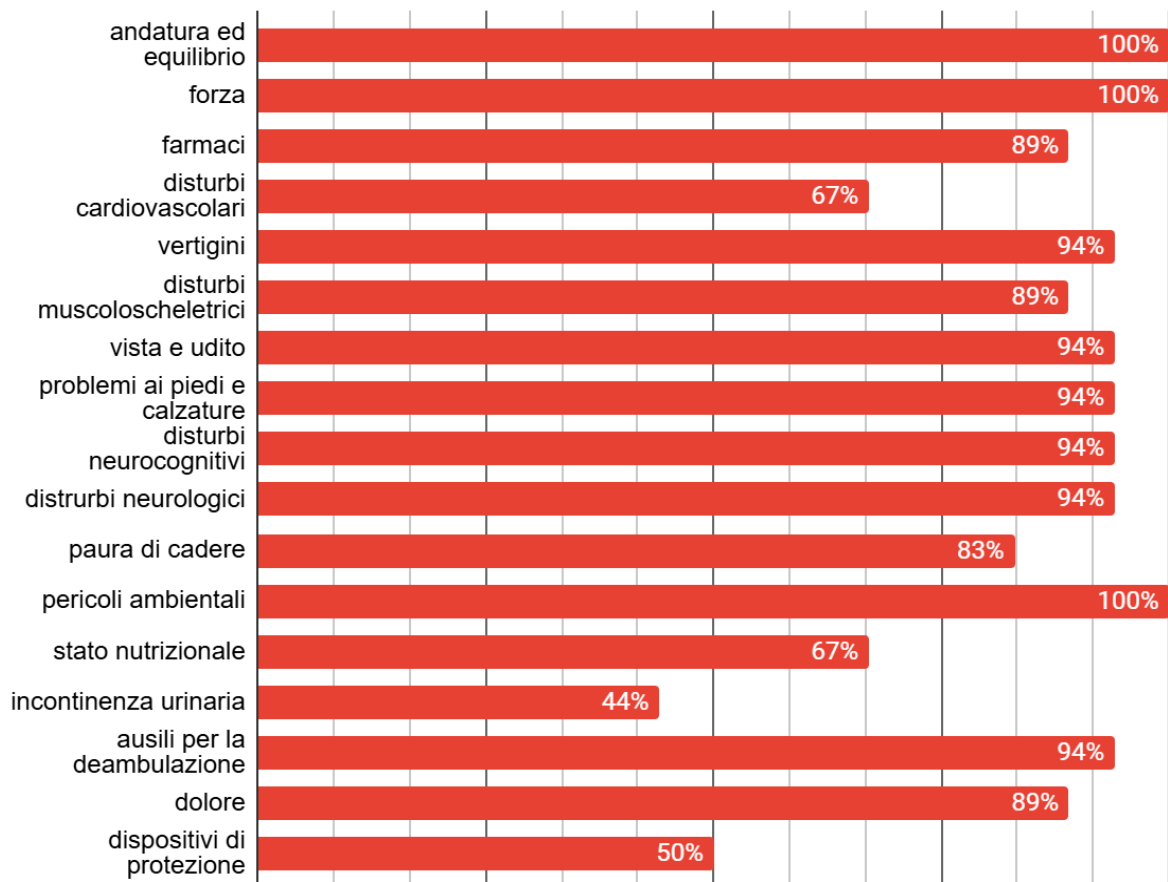
8) Modalità di confronto

Come si confronta con le figure dell'équipe?



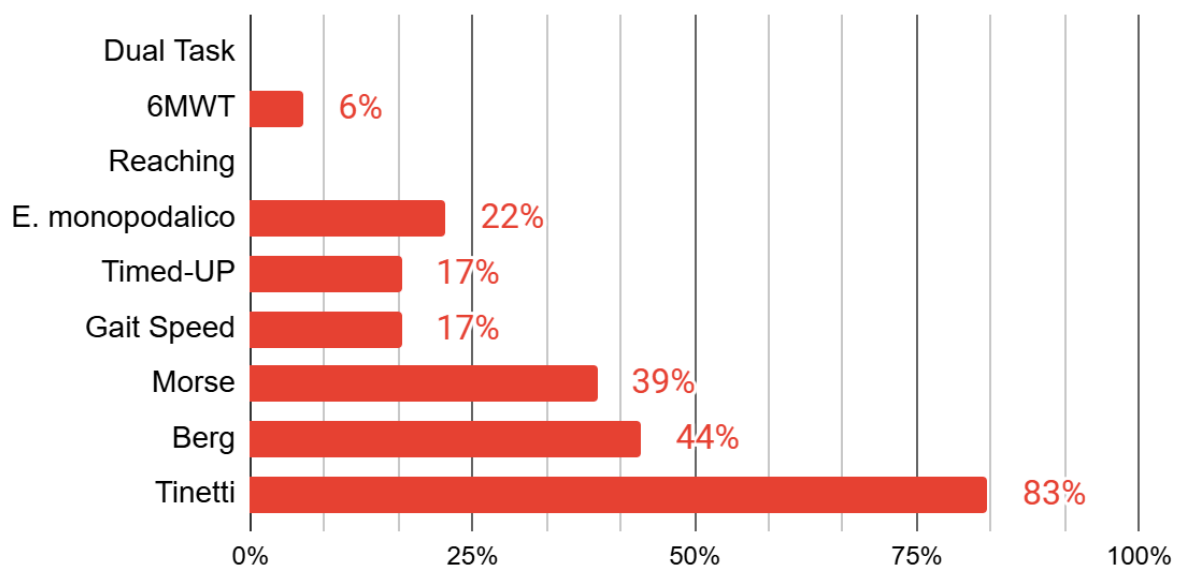
9) Fattori del rischio di caduta

Quali sono i fattori da considerare per il rischio di caduta?



10) Strumenti per la valutazione del rischio di caduta

Quali strumenti utilizza per la valutazione del rischio di caduta?



11) Individuazione residenti ad alto rischio di caduta (risposta aperta)

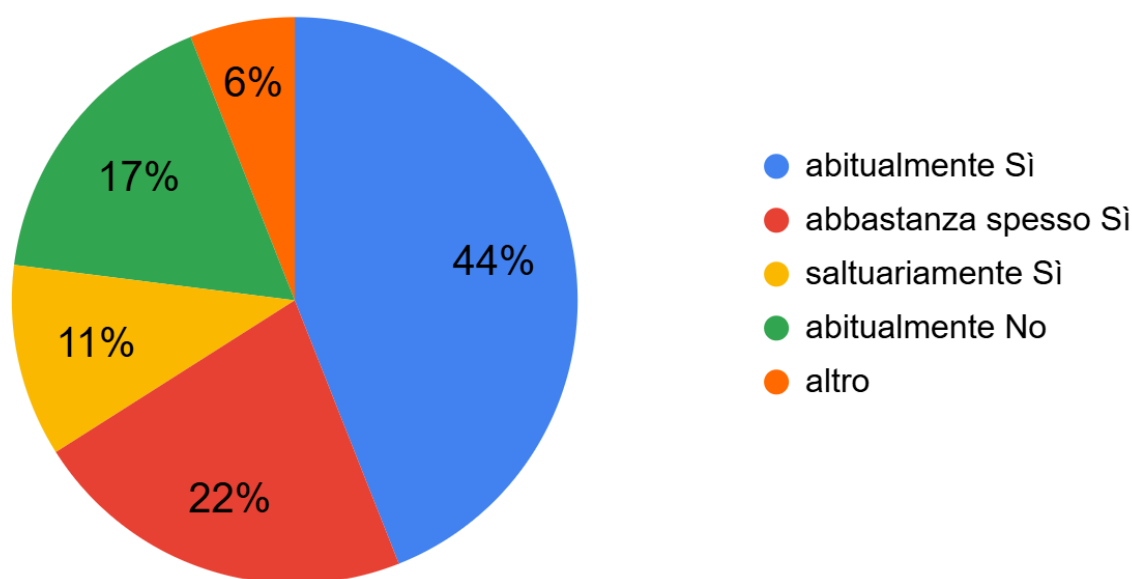
Quali sono i criteri per l'individuazione dei residenti delle strutture sanitarie e delle strutture intermedie ad alto rischio di caduta?

Il criterio più comune è la presenza di demenza o decadimento cognitivo associato all'utilizzo di psicofarmaci. 4 fisioterapisti non hanno individuato un criterio di selezione ma riferiscono di considerare "tutti" o "la maggior parte" dei residenti come ad alto rischio di caduta.

Nella maggior parte dei casi il paziente ad alto rischio di caduta viene identificato sulla base di numerose cause coesistenti, quali: problemi dell'andatura (17%), turbe dell'equilibrio (11%), difficoltà nella gestione dell'ausilio (17%), presenza di sindrome ipocinetica (17%), problemi visivi (11%), storia di cadute (11%), ridotta forza muscolare (11%). Solo in un caso la valutazione del rischio di caduta si basa sul punteggio di una scala di misura.

12) Convinzioni degli anziani rispetto alle cadute

Nella sua pratica clinica è abituato ad indagare le convinzioni che gli anziani hanno rispetto alle cadute?



Più della metà dei fisioterapisti dichiara di indagare usualmente le convinzioni degli anziani sulle cadute. Per i soggetti compilatori che hanno risposto "abituamente No" è stata posta una domanda aggiuntiva per argomentare il motivo della scelta. In due casi è stato scelto di non valutare le convinzioni in quanto non viene percepito come un compito del fisioterapista. Nell'ultimo caso, invece, il fisioterapista riferisce di non aver mai pensato di indagare questo aspetto.

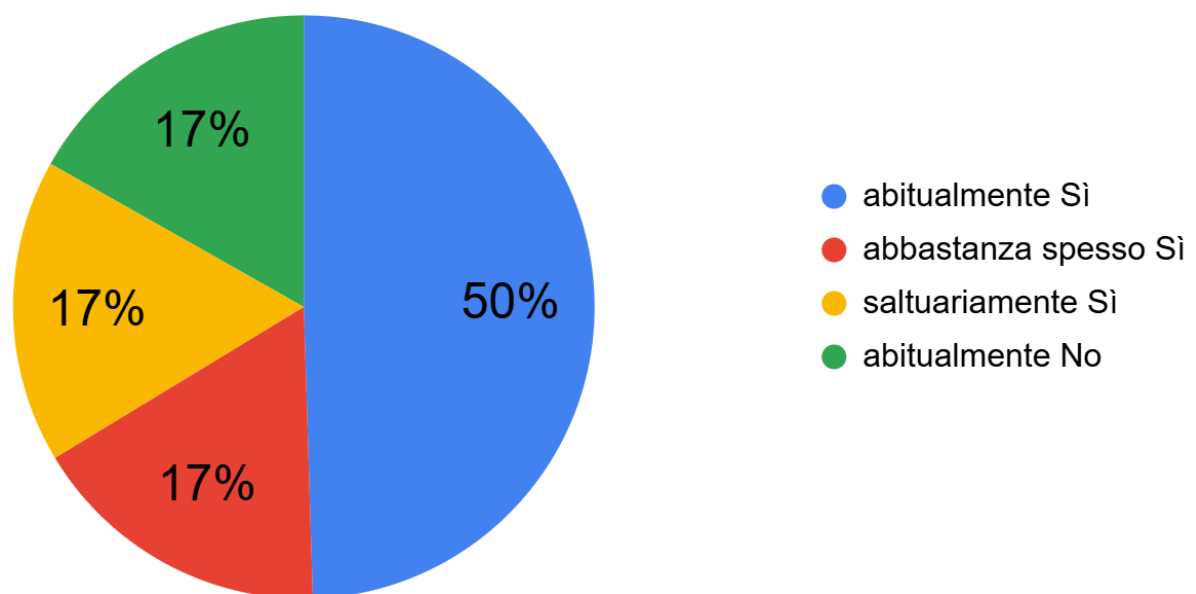
15) Strumenti per la valutazione delle convinzioni

Quali strumenti utilizza per la valutazione di questo aspetto?

Gli intervistati hanno individuato come strumenti per la valutazione delle convinzioni del paziente l'utilizzo del colloquio o l'attività di counseling, l'esame obiettivo o la valutazione funzionale, ma prima fra tutte spicca l'utilizzo delle scale di valutazione del rischio di caduta.

15) Paura di cadere

Nella sua pratica clinica è abituato ad indagare la paura di cadere degli anziani?



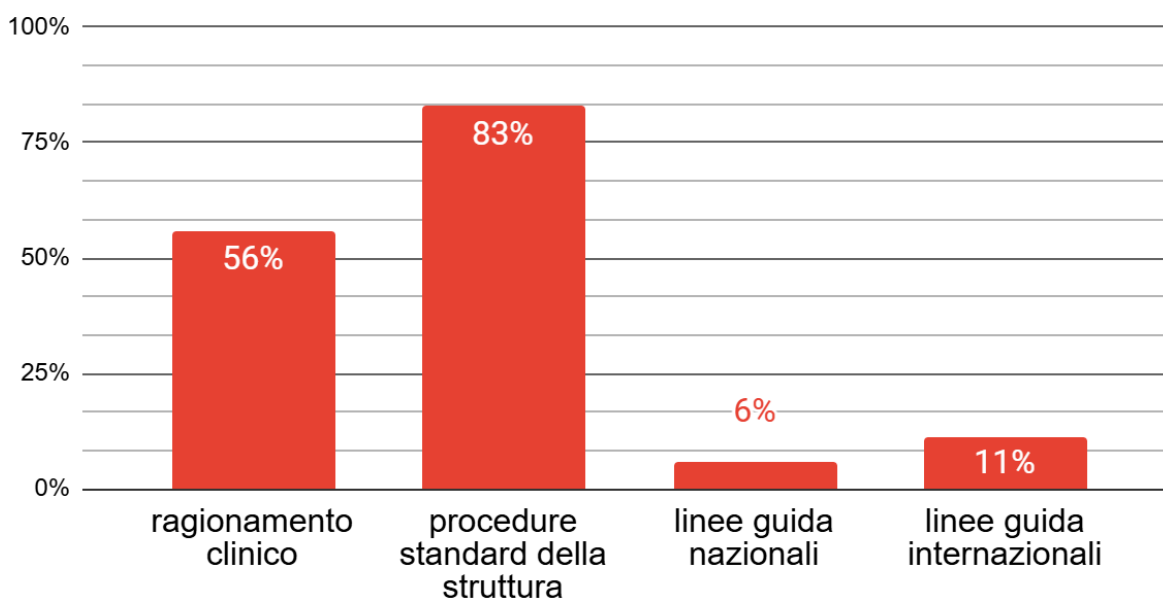
16) Strumenti per la valutazione della paura di cadere

Quali strumenti utilizza per la valutazione di questo aspetto?

I fisioterapisti utilizzano principalmente il colloquio come metodo di valutazione della paura di cadere; in un caso viene anche specificato l'eventuale richiesta di supporto da parte dello psicologo. In secondo piano ricade l'utilizzo di scale di valutazione codificate; il 40% degli intervistati utilizza scale di valutazione, tra i quali la maggioranza utilizza le scale FES o Short-FES, ovvero scale specifiche per la valutazione della paura di cadere.

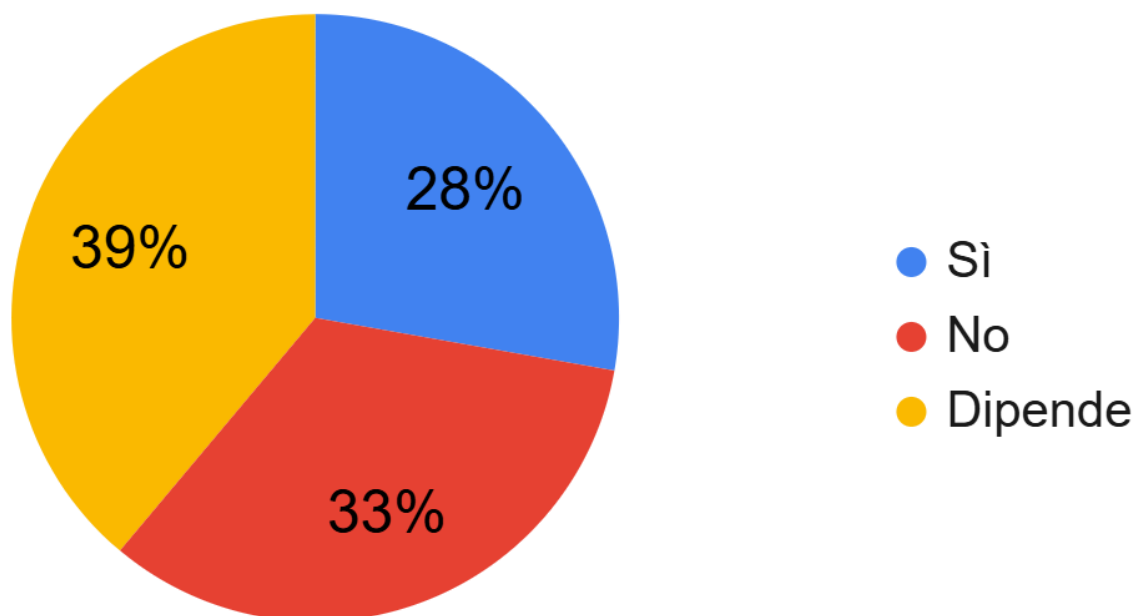
17) Programma riabilitativo

Per la creazione del progetto riabilitativo viene utilizzato...



18) Le contenzioni fisiche e gli infortuni

Le contenzioni fisiche sono efficaci nella riduzione degli infortuni/lesioni?



E' stata fornita la possibilità di una risposta alternativa a "Sì" e "No" tramite la scelta di "altro"; in questo caso gli intervistati hanno argomentato che la valutazione dell'efficacia delle contenzioni fisiche necessita la conoscenza del caso specifico al quale applicare la contenzione.

19) Le contenzioni fisiche e le cadute

Quando devono essere utilizzate le contenzioni fisiche per ridurre il rischio di caduta?

Chi ha risposto “No” alla dom. 18: il 33% dei soggetti intervistati afferma che la contenzione non dovrebbe mai essere usata come strumento di prevenzione delle cadute, tuttavia, in un caso viene specificato che può essere utilizzato nell’eventualità della mancanza di personale; il 50% dei fisioterapisti, invece, ritiene che debba essere utilizzato come ultima ratio; in un caso viene specificato che può essere utilizzato “solo quando il paziente presenta gravi disturbi psicomotori e comportamenti pericolosi, senza capacità di giudizio”; un ultimo intervistato ritiene che le contenzioni fisiche riducono il rischio di caduta quando il paziente è stato valutato come ad alto rischio di caduta.

Complessivamente la maggior parte degli intervistati ritiene che le contenzioni fisiche abbiano almeno un certo grado di efficacia nella riduzione del rischio di caduta. Il criterio più utilizzato, o in alcuni casi l'unico, è la presenza di un cognitivo severamente compromesso che, quindi, non permette all’anziano di percepire le situazioni di pericolo. Seguono per rilevanza la valutazione con esito di alto rischio di caduta e la presenza di una storia di cadute.

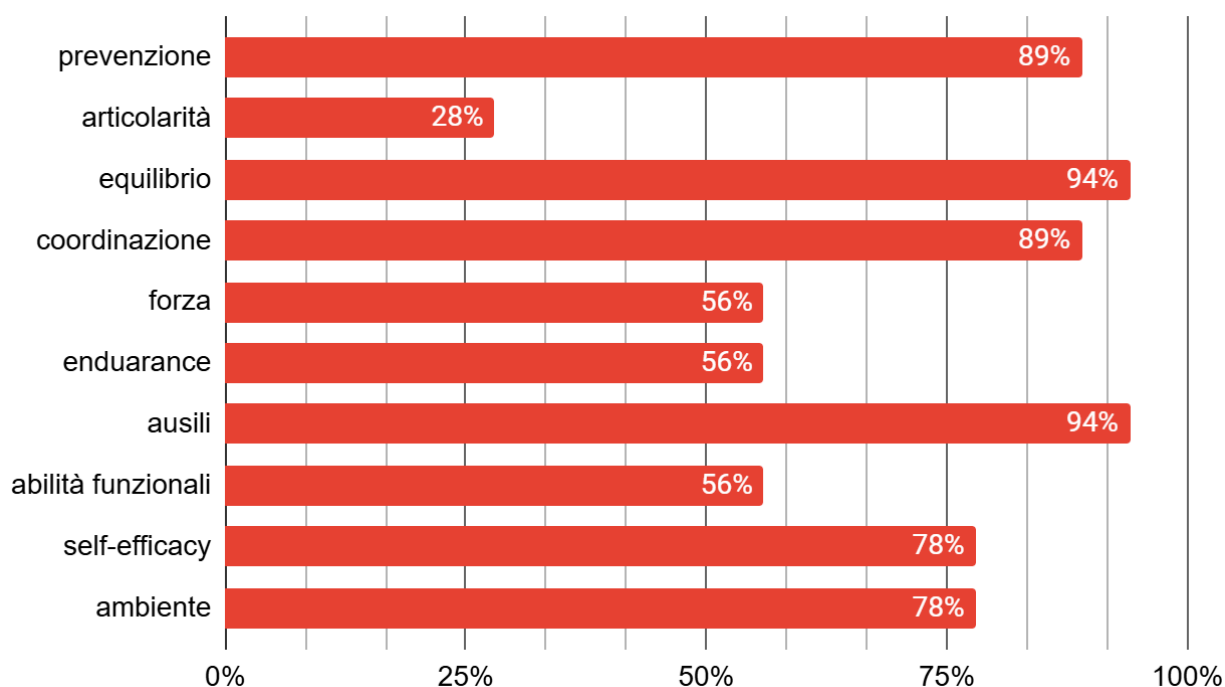
20) Il caregiver

In quale modo viene coinvolto il caregiver nella prevenzione delle cadute?

Secondo gli intervistati il caregiver viene coinvolto principalmente con la finalità di svolgere una sessione di addestramento o di informazione. L’addestramento può essere generale, oppure, come specificato nella maggior parte delle risposte, può trattare la gestione manuale del caro o l’uso corretto dell’ausilio. Quando si tratta di informazione il caregiver può essere coinvolto sia come fonte di informazioni utili riguardanti il caro, che possono essere utili dell’équipe sanitaria, sia come soggetto che deve essere informato riguardo, ad esempio, ai fattori di pericolosità ambientali o alle strategie di prevenzione delle cadute.

21) Obiettivi del trattamento

Su quali obiettivi si dovrebbe concentrare maggiormente il fisioterapista al fine di diminuire il rischio di caduta?



22) Ulteriori commenti riguardo il problema della prevenzione delle cadute

Sono stati ricevuti 4 ulteriori commenti che possono essere condensati in 3 concetti fondamentali.

La tematica più condivisa è la scarsità di personale; la mancanza di risorse umane non permette di seguire l'ospite in maniera adeguata secondo le sue necessità specifiche, impattando anche negativamente sull'uso delle contenzioni.

Viene, inoltre, evidenziata l'importanza la stabilità psico-motoria dell'anziano e le variazioni dal punto di vista farmacologico e ambientale.

L'ultimo concetto evidenziato riguarda il compito del fisioterapista nell'intervenire con la strategia appropriata di prevenzione, perciò capire quando, in base alle caratteristiche e alla storia del paziente, agire maggiormente su un fattore di rischio o su un'altro.

5. Discussione

Dall'analisi dei dati del questionario, emerge una panoramica dettagliata delle pratiche adottate dai fisioterapisti in tema di prevenzione delle cadute.

Il tasso di partecipazione del **64%** permette di considerare il campione rappresentativo della popolazione di riferimento, rafforzando la validità delle conclusioni.

Analizzando la seconda sessione del questionario viene rivelato che la valutazione multidisciplinare viene eseguita tempestivamente in tutte le sedi, solitamente entro i primi due giorni dall'arrivo del paziente. Questa rapidità è fondamentale per ottenere un quadro clinico completo, consentendo la formulazione di un piano di intervento personalizzato ed efficace. Le valutazioni vengono poi ripetute, in caso di variazioni cliniche o a intervalli regolari, per monitorare costantemente l'evoluzione delle condizioni del paziente.

La multidisciplinarietà è riconosciuta come pilastro della prevenzione delle cadute e risulta una pratica consolidata tra i fisioterapisti. Il 100% degli intervistati conferma l'uso di una comunicazione interdisciplinare con altre figure sanitarie, come medici, infermieri e operatori socio-sanitari, in alcuni casi anche con altre figure come psicologi ed educatori. In Veneto la LR 22/2002 e s.m.i. regola i requisiti per l'accreditamento delle strutture assistenziali socio-sanitarie, individuando come fondamentali nel processo di assistenza il ricorso periodico alla valutazione multidimensionale attraverso le cosiddette UOI (Unità Operative Interne) che elaborano il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI); alla luce di quanto emerge dalle risposte dei fisioterapisti si può osservare come questi strumenti siano ormai pienamente implementati nella pratica clinica (67% del totale delle modalità di confronto). Sebbene i mezzi digitali siano meno utilizzati rispetto a riunioni programmate o comunicazioni verbali, le tecnologie vengono comunque impiegate, anche se con maggiore probabilità principalmente per la registrazione e monitoraggio degli interventi.

In tema di valutazione del rischio di caduta, la stragrande maggioranza dei fisioterapisti riconosce la multifattorialità del fenomeno: l'89% considera almeno 12 fattori cruciali per valutare il rischio. Tra gli strumenti valutativi, la scala Tinetti, o POMA, è la più utilizzata (83%), seguita dalla BERG (44%) e dalla MORSE (39%). Le LG sottolineano che le scale di valutazione di performance non possono essere l'unico strumento da utilizzare per predire le cadute, in quanto la valutazione del rischio deve essere sempre multifattoriale; le scale

sopracitate sono invece molto utili per monitorare l'andamento del trattamento e valutare gli outcome.

Le Linee Guida raccomandano inoltre che, nel contesto delle RSA, tutti i residenti siano considerati ad alto rischio di caduta, rendendo superfluo l'uso di scale specifiche per valutare tale rischio, tuttavia, questo criterio è adottato solo in pochi casi. Sebbene i fisioterapisti non sempre applichino questo principio, essi dimostrano una chiara comprensione della valutazione multidisciplinare necessaria per personalizzare l'intervento. Le osservazioni raccolte confermano l'importanza della collaborazione multidisciplinare, fondamentale per un trattamento efficace e completo.

Un altro aspetto importante emerso riguarda l'attenzione dei fisioterapisti verso le convinzioni degli anziani rispetto alle cadute. Più del 50% indaga regolarmente le percezioni degli anziani sulle cause e i rischi futuri legati alle cadute, utilizzando principalmente il colloquio come strumento per coinvolgere attivamente il paziente nel percorso terapeutico. Alcuni fisioterapisti (22%) ricorrono anche a misure standardizzate, come la FES-1 e la ShortFES-1, per valutare la paura di cadere.

Un dato rilevante emerso dalla terza sessione riguarda l'uso delle Linee Guida per la creazione di programmi riabilitativi: l'84% dei fisioterapisti adotta procedure standard della struttura, mentre il 56% si basa sul ragionamento clinico, con il 60% di questi ultimi che utilizza esclusivamente quest'ultimo approccio.

Per quanto riguarda le contenzioni fisiche, due terzi degli intervistati ritengono che possano ridurre gli infortuni, pur riconoscendo che dovrebbero essere utilizzate solo come ultima risorsa e specialmente in presenza di disturbi cognitivi.

È evidente, inoltre, che i fisioterapisti lavorino a stretto contatto con i caregiver, fornendo addestramento per la corretta gestione dell'anziano e scambiando informazioni cruciali.

Per quanto riguarda gli obiettivi sui quali concentrare maggiormente l'attenzione per diminuire il rischio di caduta, è emerso che, come suggerito dalle linee guida, non esista un unico outcome da migliorare per ridurre il rischio di caduta, ma invece, l'intervento debba essere globale.

Al termine del questionario è stato lasciato uno spazio per eventuali commenti o suggerimenti riguardanti il tema delle cadute nel quale sono stati raccolti dei pensieri riguardo la mancanza di personale negli ambienti sanitari, l'importanza della stabilità psicofisica legata al trattamento farmacologico e il valore di saper intervenire specificatamente sui fattori di rischio maggiori.

Questa survey ci ha permesso di analizzare il comportamento dei fisioterapisti nella provincia di Padova; in futuro auspichiamo di poter ampliare l'indagine a una popolazione più vasta, estendendola a livello regionale o nazionale. Inoltre, vista l'evoluzione del sistema sanitario italiano, sarebbe interessante approfondire l'argomento anche nei contesti territoriali sia pubblici che privati.

6. Conclusione

Dai risultati ottenuti, emerge una panoramica articolata delle pratiche attuate dai fisioterapisti per la prevenzione delle cadute negli anziani nelle strutture della provincia di Padova. Nonostante molti professionisti dichiarino di non seguire formalmente le linee guida nazionali o internazionali, essi ne applicano i principi essenziali attraverso la pratica clinica quotidiana. I fisioterapisti, infatti, riconoscono l'importanza di un approccio multidisciplinare, collaborando regolarmente con altri membri dell'équipe sanitaria, come medici, infermieri e operatori socio-sanitari, per sviluppare strategie di prevenzione efficaci e personalizzate.

L'analisi ha inoltre evidenziato che, per quanto riguarda la valutazione del rischio di caduta, la maggioranza dei fisioterapisti adotta metodi multifattoriali, considerando fattori come l'equilibrio, la forza muscolare e i disturbi cognitivi. Questo approccio rispecchia la complessità della gestione del paziente geriatrico, confermando l'importanza della personalizzazione degli interventi per migliorare la sicurezza del paziente.

I risultati dello studio indicano, infine, come area di miglioramento la necessità di rafforzare la formazione specifica del personale sanitario (fisioterapisti, infermieri e medici), con particolare attenzione al valore delle linee guida e all'Evidence-Based Practice (EBP), per

colmare alcune lacune nella percezione del rischio di caduta. Una maggiore consapevolezza di quanto espresso nelle linee guida consentirebbe all'equipe sanitaria di intervenire in modo più mirato e proattivo. Questo approccio renderebbe gli interventi più efficaci nella prevenzione delle cadute, contribuendo, quindi, a migliorare significativamente la qualità della vita degli anziani.

Bibliografia

1. Ministero della salute (2011), raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie:
<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioPubblicazioniSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=1639>
2. Istituto superiore di sanità (2023):
<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/cadute>
3. World Health Organization. (2019). Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/326843>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
4. Hartholt, Klaas A et al (2012). “Costs of falls in an ageing population: a nationwide study from the Netherlands (2007-2009).” *Injury* vol. 43,7: 1199-203.
doi:10.1016/j.injury.2012.03.033
5. Haagsma, Juanita A et al (2020). “Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990 to 2017.” *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention* vol. 26: i67-i74. doi:10.1136/injuryprev-2019-043347.
6. Chantanachai T, Taylor ME, Lord SR, Menant J, Delbaere K, Sachdev PS, Kochan NA, Brodaty H, Sturnieks DL (2022 May 30). Risk factors for falls in community-dwelling older people with mild cognitive impairment: a prospective one-year study. *PeerJ*.
7. Montero-Odasso M, Muir SW, Speechley M (2012). Dual-task complexity affects gait in people with mild cognitive impairment: the interplay between gait variability, dual tasking, and risk of falls. *Arch Phys Med Rehabil*.
8. Dhalwani, N. N., Fahami, R., Sathanapally, H., Seidu, S., Davies, M. J., & Khunti, K. (2017). Association between polypharmacy and falls in older adults: a longitudinal study from England. *BMJ open*, 7(10), e016358.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016358>

9. Richardson, K., Bennett, K., & Kenny, R. A. (2015). Polypharmacy including falls risk-increasing medications and subsequent falls in community-dwelling middle-aged and older adults. *Age and ageing*, 44(1), 90–96. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu141>
10. U. Senin (2020). Paziente Anziano - Paziente Geriatrico. Medicina della complessità. Fondamenti di Gerontologia e Geriatria M. C. Polidori - A. Cherubini - P. Mecocci.
11. Burns, Elizabeth et al. (2023). A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: What Works for Community-Dwelling Older Adults: 4th Edition.
12. Montero-Odasso, Manuel et al (2022). “World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative.” *Age and ageing* vol. 51,9: afac205. doi:10.1093/ageing/afac205.

Allegato

Testo del questionario

1. Genere:
 - maschio
 - femmina
2. Classe di età del fisioterapista
 - <30anni
 - 30-40 anni
 - 40-50 anni
 - 50-60 anni
 - >60 anni
3. Da quanti anni lavora con i pazienti geriatrici?
4. Nella struttura dove lei lavora quando viene fatta la prima valutazione?
 - All'arrivo in struttura o nelle 48 ore successive
 - Dopo 1 mese
 - Altro...
5. Nella struttura dove lei lavora quando viene rivalutato il paziente?
 - Ogni 3 mesi
 - Ogni 6 mesi
 - Ogni 12 mesi
 - Al termine del trattamento
 - In caso di variazioni cliniche
 - Su richiesta di rivalutazione di altri membri dell'equipe
 - Altro...
6. Nella sua pratica clinica si confronta rispetto al rischio di caduta con le altre figure dell'équipe (sanitari/caregivers)?
 - Sì
 - No

7. Se sì, con quali figure?
- Medico
 - Infermiere
 - Coordinatore di reparto
 - OSS
 - Psicologo
 - Educatore
 - Altro...
8. Come si confronta con le altre figure dell'équipe ?
- a voce
 - tramite mezzi digitali
 - con riunioni programmate
 - altro...
9. Quali fattori ritiene siano da considerare per la valutazione del rischio di caduta?
- Andatura ed equilibrio
 - forza muscolare
 - farmaci
 - disturbi cardiovascolari tra cui ipotensione ortostatica
 - vertigini
 - vista e udito
 - disturbi muscoloscheletrici
 - problemi ai piedi
 - disturbi neurocognitivi (tra cui delirio, depressione, demenza)
 - disturbi neurologici (MPD, neuropatia)
 - paura di cadere
 - pericoli ambientali
 - stato nutrizionale
 - incontinenza urinaria
 - dolore
 - presenza/assenza di ausili per la deambulazione
 - presenza/assenza di dispositivi di protezione (es.: Hip protection)
 - altro...

10. Quali strumenti utilizza per valutare il rischio di caduta?

- Tinetti/POMA
- Berg Balance Scale
- Scala Morse
- Velocità del cammino
- Timed-up and GO
- Equilibrio monopodalico
- Functional Reach Test
- 6 minutes walking test
- Dual Task Assessment
- Nessuno di questi
- Altro

11. A suo parere, quali residenti della struttura in cui lavora sono da considerare ad alto rischio di caduta?

12. Nella sua pratica clinica è abituato ad indagare le convinzioni che gli anziani hanno rispetto alle cadute, alle loro cause, ai rischi futuri e a come sia possibile prevenirle?

- abitualmente Sì
- abbastanza spesso Sì
- saltuariamente Sì
- abitualmente No

13. Se No (alla n°12), perché?

14. Se Sì (alla n°12), quali strumenti utilizza per la valutazione di questo aspetto?

15. Nella sua pratica clinica è abituato ad indagare la paura di cadere degli anziani?

- abitualmente Sì
- abbastanza spesso Sì
- saltuariamente Sì
- abitualmente No

16. Se Sì, quali strumenti utilizza per la valutazione di questo aspetto?

- FES-1
- Short FES-1
- IconFES
- Altro...

17. Per la creazione del programma riabilitativo utilizza...
- Protocolli/procedure standardizzate della sua struttura
 - Le linee guida nazionali
 - Le linee guida internazionali
 - Il ragionamento clinico
18. A suo parere, le contenzioni fisiche diminuiscono il rischio di infortuni/lesioni?
- Sì
 - No
 - Altro...
19. A suo parere, quando devono essere utilizzate le contenzioni fisiche per ridurre il rischio di caduta?
20. Nella sua pratica clinica, in quale modo viene coinvolto il caregiver nella prevenzione delle cadute?
21. A suo parere, su quali obiettivi si dovrebbe concentrare maggiormente il fisioterapista al fine di diminuire il rischio di caduta? (possibili più risposte)
- Evitare comportamenti scorretti/apprendere e utilizzare strategie di prevenzione
 - Articolari
 - Equilibrio
 - Coordinazione
 - Forza
 - Endurance
 - Ausili adeguati
 - Abilità funzionali
 - Self-efficacy (consapevolezza-autostima)
 - Migliorare la sicurezza dell'ambiente
22. Lasci qui, se desidera, un ulteriore commento riguardo il problema della prevenzione delle cadute.