

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale
Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di Tesi (Bachelor Thesis)

di
Loris Merlo

**Prevenzione efficace delle cadute a domicilio:
come migliorare la comunicazione tra curante e paziente**

Direttrice di tesi:
Laura Bertini

Anno accademico
2015 - 2016

Manno, 2 Agosto 2016

Abstract

Background

Le conseguenze delle cadute nella popolazione anziana sono oggetto di interesse sanitario, sociale e politico. Una caduta è un evento spesso multifattoriale e segna il punto di rottura di un equilibrio molto sottile tra la persona e il suo ambiente. Per questo le cadute rappresentano una priorità per la sanità pubblica a causa della loro frequenza, del ricorso all'istituzionalizzazione che è associato ai suoi esiti, dell'elevata probabilità di causare o aggravare disabilità e dell'elevata mortalità.

Obiettivi

L'obiettivo della prima parte teorica è quello di presentare, approfondire e comprendere le implicazioni del rischio di caduta e di tutti i fattori che possono concorrere a creare una situazione dove questo rischio è presente, come pure valutare questi fattori tramite scale validate e come poter intervenire, quando possibile, in veste di infermiere.

Nella seconda parte dello scritto viene presentata un'analisi di tipo qualitativo andando ad interagire con alcune persone definite come a rischio di caduta, per comprendere gli aspetti inerenti la comunicazione tra infermiere e paziente. La domanda che sta alla base di questa ricerca è: com'è possibile migliorare la comunicazione tra il paziente e il curante rispetto al tema delle cadute a domicilio?

Metodologia

Nella prima parte viene fornita una dettagliata base nozionistica redatta tramite la ricerca di articoli scientifici, linee guida e libri inerenti il tema delle cadute. Sono stati estrapolati da tutto il materiale ricercato i temi più connessi all'argomento e riassunti dividendoli in capitoli quali: Valutazione, fattori di rischio e interventi di prevenzione.

Nella seconda parte, tramite una ricerca sociologica qualitativa basata su cinque soggetti a rischio di caduta scelti tramite un campionamento a "valanga" o "palla di neve", si cercherà di indagare il vissuto di queste persone e come sia possibile migliorare la comunicazione tra curante e paziente riguardo il tema del rischio e la prevenzione delle cadute a domicilio.

Per la raccolta dati ho proceduto inizialmente a un'osservazione a domicilio insieme ad un infermiere, in seguito, dopo aver posto una domanda e delle sotto-domande di ricerca, sono tornato dagli stessi soggetti ad eseguire un'intervista personalizzata.

Conclusioni

I fattori che entrano in gioco nella comunicazione sono innumerevoli e soggettivi, non può quindi esistere un protocollo di approccio al paziente che presenta un rischio di caduta che possa fare in modo che chiunque accetti e metta in pratica gli atti di prevenzione proposti. Quello che l'operatore della salute può fare è fornire dei consigli facendo in modo che siano il più possibile comprensibili alla persona ed essere disponibili affinché venga fornitogli tutto l'aiuto necessario per poterli mettere in pratica. L'approccio comunicativo migliore può essere affinato con l'esperienza lavorativa da parte degli operatori della salute, ma può comunque non sempre essere efficace. Un fattore importante risulta comunque essere la fiducia e la presenza costante e disponibile del personale di cura.

Sommario

Introduzione.....	5
Quadro teorico	5
Epidemiologia.....	6
Caduta.....	7
Incidente e incidente domestico	8
Persona anziana e fragilità	8
I modelli teorici della comunicazione	10
La compliance, l'aderenza e l'alleanza terapeutica	12
Metodologia.....	13
Raccolta dati sul tema	14
La valutazione del rischio di caduta.....	16
La valutazione a tappeto negli anziani.....	16
Timed Up and Go Test.....	16
La valutazione approfondita dei soggetti a rischio	17
Tinetti Balance and Gait Scale	17
Geriatric Depression Scale.....	19
Mini-Mental State Examination.....	19
Visual Analogue Scale	20
Fattori di rischio	21
Storia di precedenti cadute	22
Polifarmacologia e farmaci specifici.....	22
Paura di cadere	23
Alterazione sensoriale	25
Alterazione della mobilità e dell'equilibrio	25
Compensi ai disturbi dell'equilibrio	26
Declino cognitivo.....	27
Depressione.....	27
Dolore	28
Consumo di alcool	29
Rischio domestico.....	29
Interventi di prevenzione del rischio caduta.....	31
Modifica dell'ambiente	32
Portare calzature adatte	33
Protettori delle anche.....	33
Presidi per l'incontinenza	33

Vitamina D e rischio di caduta	34
Il vissuto dei pazienti	35
Seguire o non seguire i consigli dati?	35
Come fornire le informazioni?	37
L'utilizzo del tablet nelle cure a domicilio	38
Conclusioni.....	40
Critiche al lavoro svolto.....	41
Indicazioni per ulteriori ricerche	41
Riflessione personale	41
Ringraziamenti	42
Bibliografia.....	43
Allegati	47
Lettera di presentazione	48
Scheda di osservazione.....	49
Appunti osservazione 1	50
Appunti osservazione 2	51
Appunti osservazione 3	52
Appunti osservazione 4	53
Appunti osservazione 5	54
Intervista 1	55
Intervista 2	59
Intervista 3	62
Intervista 4	66
Intervista 5	72
Tinetti Balance and Gait Scale.....	77
Mini-Mental State Examination	78
Geriatric Depression Scale	79

Introduzione

Le conseguenze delle cadute nella popolazione anziana sono oggetto di interesse sanitario, sociale e politico. Una caduta è un evento spesso multifattoriale e segna il punto di rottura di un equilibrio molto sottile tra la persona e il suo ambiente. Le conseguenze di una caduta sono particolarmente temute dalle persone che presentano un rischio aumentato di evoluzione sfavorevole delle loro condizioni di salute perché più vulnerabili; buona parte delle persone anziane rientra sicuramente in questa categoria (Associazione PIPA, 2013). Per questo le cadute rappresentano una priorità per la sanità pubblica a causa della loro frequenza, del ricorso all'istituzionalizzazione che è associato ai suoi esiti, dell'elevata probabilità di causare o aggravare disabilità e dell'elevata mortalità (Brigoni et al., 2009).

Visto il mio futuro lavorativo nell'ambito delle cure infermieristiche sono convinto che qualsiasi operatore in ambito sanitario dovrebbe interessarsi all'argomento; esso è, infatti, molto più vasto di quanto possa sembrare a prima vista. La domanda che mi sono posto maggiormente è stata: com'è possibile migliorare la comunicazione tra il paziente e il curante rispetto al tema delle cadute a domicilio?

Questo scritto punta, quindi, a fornire inizialmente un buon quadro teorico per quanto riguarda il rischio correlato alle cadute negli anziani a domicilio, iniziando con alcune definizioni e in seguito tematizzando i fattori di rischio, i metodi di valutazione e gli interventi attuabili per la riduzione del rischio. Infine, tramite una ricerca qualitativa, si cercherà di indagare il vissuto dei pazienti a rischio di caduta seguiti da un aiuto domiciliare tentando di individuare come sia possibile migliorare la comunicazione tra paziente e curante.

Quadro teorico

In questo sottocapitolo vengono inizialmente forniti alcuni dati epidemiologici riguardanti il tema delle cadute a domicilio a livello svizzero, in seguito vengono proposte alcune definizioni per mettere più chiarezza nei termini che verranno usati e per comprendere al meglio ciò di cui si sta parlando. È infatti importante, prima di affrontare l'argomento, avere bene in chiaro cosa si intende quando si parla di cadute, incidente domestico, persona anziana e fragilità. Inoltre, siccome in questo lavoro viene data una grande importanza alla comunicazione tra curante e paziente e all'ottica infermieristica, concluderò proponendo i principali modelli teorici della comunicazione e definendo la compliance, l'aderenza e l'alleanza terapeutica.

Epidemiologia

Sebbene se ne parli poco, le cadute a domicilio nelle persone anziane sono all'ordine del giorno e possono facilmente tramutarsi in una situazione di emergenza con gravi conseguenze.

Secondo l'Ufficio Federale di Statistica (2012a), in Svizzera, il 17% degli anziani con più di 80 anni che vivono a domicilio hanno problemi motori che impediscono loro di spostarsi per più di 200 metri senza affaticarsi, mentre solo il 4% delle persone aventi tra 65 e 79 anni hanno gli stessi problemi. Nel 2012, inoltre, ben il 25% della popolazione over 65 è caduta almeno una volta a domicilio; il 10% per più di due volte (Ufficio Federale di Statistica, 2012a). Già solamente questi dati possono farci capire quanto siano presenti ed importanti nella popolazione anziana i temi delle cadute e dei problemi motori (vedi grafico 1).

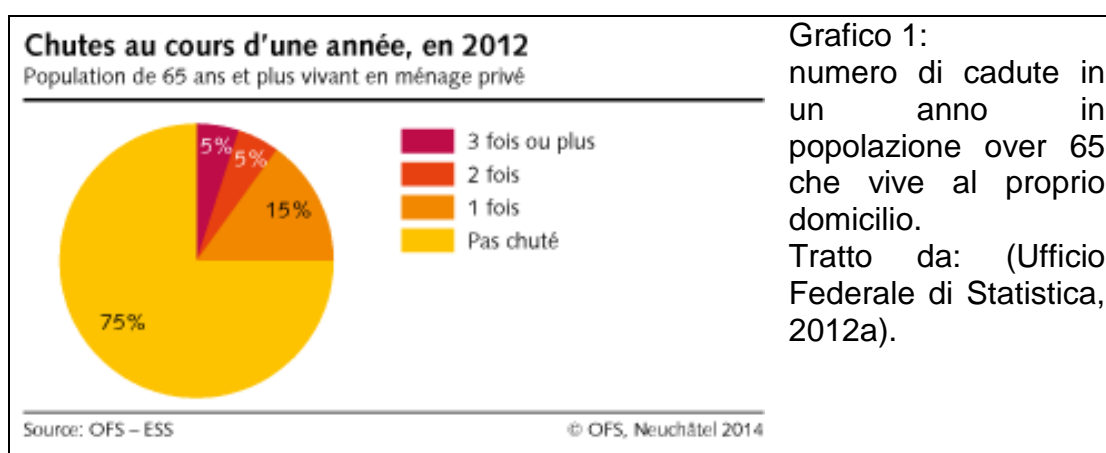
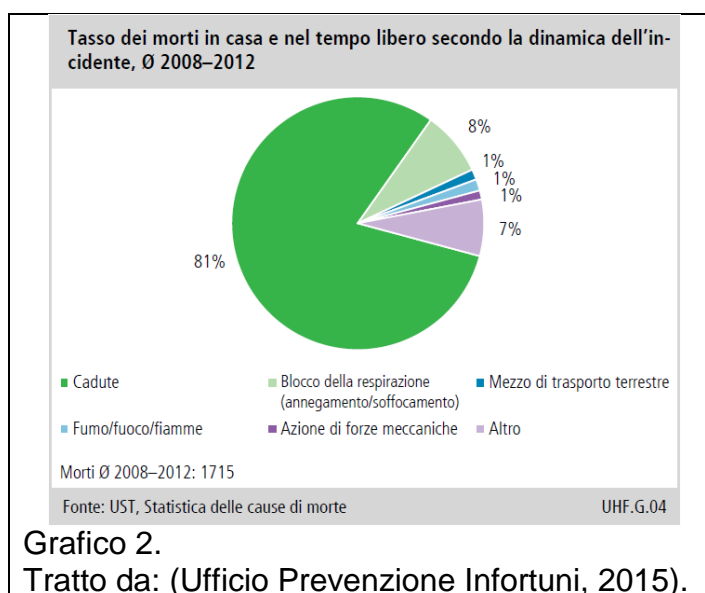


Grafico 1:
numero di cadute in un anno in popolazione over 65 che vive al proprio domicilio.
Tratto da: (Ufficio Federale di Statistica, 2012a).

Altri dati degni di nota sono stati raccolti dall'Ufficio Prevenzione Infortuni (2015), dal 2008 al 2012 ci sono state 1715 morti in casa e nel tempo libero, e di queste l'88% sono state persone con più di 65 anni; l'81% di queste morti sono state causate da una caduta (vedi grafico 2). Interessanti sono anche dei sondaggi sempre effettuati dall'Ufficio Prevenzione Infortuni (2015): secondo il primo sarebbero circa il 72% le persone anziane a dichiarare di utilizzare dei supporti per prevenire le cadute (ad esempio i corrimano); nel secondo sondaggio sono state intervistate 246 persone tra i 65 e gli 85 anni riguardo alle conoscenze in merito ad alcune misure di prevenzione delle cadute come rimuovere oggetti su cui si può inciampare (solo il 38% ne era a conoscenza) o calzare scarpe adatte (7%) oppure ancora sull'importanza dell'illuminazione in casa (3%).



Caduta

La caduta è definita generalmente come l'azione di cadere, quindi di perdere l'equilibrio e di essere attirati verso il suolo a causa dell'effetto della forza di gravità (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009). Tuttavia questa definizione non è completa, infatti non comprende delle altre situazioni, come ad esempio cadere seduti su una sedia o su un letto. Un disequilibrio momentaneo che non comporti un contatto con il suolo quindi non corrisponderebbe a una caduta. E nemmeno cadere dopo aver ricevuto una spinta oppure a causa della perdita di equilibrio dovuta all'accelerazione di un autobus. Per questo bisogna fare attenzione alla definizione di caduta, in quanto a livello sanitario una caduta può essere causata anche dai fattori sopraelencati. Quindi è opportuno tenere conto anche di alcuni altri criteri come "trovarsi in una posizione di livello inferiore rispetto alla posizione di partenza" e la "caratterizzazione involontaria" della caduta (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009).

In uno studio statunitense effettuato da Siracuse et al. (2012), sono state analizzate 708 ospedalizzazioni dovute a cadute in persone con più di 75 anni; i risultati sono tanto interessanti quanto preoccupanti infatti il tasso di mortalità a corto termine è risultato del 6%, le riammissioni in ospedale entro trenta giorni dalla dimissione sono state il 14% e il costo medio dell'ospedalizzazione è risultato essere di 11'000 dollari. Lo studio eseguito da Siracuse et al. (2012), quindi, ribadisce ancora una volta l'importanza della prevenzione delle cadute, in quanto anche solo una caduta semplice (l'89% delle cadute analizzate nello studio) causa un alto tasso di morbilità, mortalità e con la relativa generazione di costi socio-sanitari elevati.

Incidente e incidente domestico

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce l'incidente come un "evento indipendente della volontà umana, improvviso, indesiderato e imprevisto provocato da una forza estranea che si manifesta con un danno fisico e/o mentale per il quale è richiesta l'assistenza medica presso un dipartimento d'emergenza o presso una struttura ospedaliera" (Brigoni et al., 2009). Per l'incidente domestico in particolare, invece, l'OMS non fornisce una precisa definizione; esso fa riferimento generalmente agli autori che hanno individuato come incidenti domiciliari quelli avvenuti nell'abitazione e nei suoi vari ambienti quali: garage, scale, giardini, cantina, terrazzo, eccetera (Brigoni et al., 2009).

Persona anziana e fragilità

L'invecchiamento, sia esso fisiologico o patologico, è un processo che modifica lo stato di salute dell'individuo. Questo porta, dal punto di vista medico e funzionale, alla formazione di un gruppo eterogeneo di popolazione. Schematicamente, possiamo individuare tre categorie di persone anziane in funzione del loro stato di salute dopo i 75 anni (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009):

- Le persone dette "vigorose": in buono stato di salute, indipendenti e ben integrate socialmente, quindi autonome da un punto di vista decisionale e funzionale. Sono in tutto e per tutto comparabili agli adulti più giovani;
- Le persone dette "malate": dipendenti, in cattivo stato di salute a causa solitamente di una polipatologia cronica evoluta che genera deficit fisici e isolamento sociale;
- Le persone dette "fragili": hanno uno stato di salute intermedio e a rischio di vacillare verso la categoria "malati". Queste persone sono descritte come vulnerabili, con limitazioni funzionali a livello di motricità e cognitività e una bassa capacità di adattamento.

D'utilizzo frequente nel linguaggio corrente, il termine fragilità sembra molto chiaro rispetto al suo senso. Cercando nei vari dizionari della lingua italiana non si trova la definizione di "persona fragile". Solamente il dizionario "Treccani" definisce la fragilità in ambito medico come una "facilità a rompersi, o diminuita resistenza a traumi, di una struttura anatomica". Tuttavia, da un punto di vista medico, la definizione non è così chiara in quanto varia a seconda della disciplina di appartenenza dei vari professionisti della salute. A partire dai concetti sviluppati nella letteratura internazionale è possibile distinguere tre tipi di approcci complementari rispetto al termine fragilità (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009):

- La prima, medica, definisce la fragilità come una sindrome clinica che si esprime in differenti domini come la mobilità con le cadute e le sindromi da immobilizzazione, la cognizione con la confusione e la depressione, la nutrizione con la malnutrizione proteino-calorica, o i problemi psicosociali generati dall'isolamento a seguito di una riduzione della vita relazionale;
- La seconda, funzionale, definisce la fragilità come uno stato caratterizzato da delle limitazioni funzionali che vanno a diminuire le capacità della persona anziana a eseguire le attività di vita quotidiana;

- La terza, fisiologica, definisce la fragilità come una perdita delle riserve fisiologiche associate a un più grande rischio di incapacità (ad esempio la riduzione della secrezione ormonale, alterazioni dell'immunità, diminuzione della forza muscolare, riduzione dei neurotrasmettitori, ...).

Questi tre approcci non fanno che descrivere gli effetti dell'invecchiamento fisiologico e patologico che trasforma una persona in buona salute in una persona detta "fragile" per l'abbassamento delle competenze e delle riserve della maggior parte dei sistemi fisiologici (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009). Questo stato fragile porta a una maggiore vulnerabilità della persona anziana che si esprime in caso di eventi acuti che la fanno precipitare nella situazione di insufficienza funzionale. Riassumendo, la Société française de gériatrie et gérontologie (2009), propone la seguente definizione: "la fragilità si può definire come uno stato medico-sociale instabile. È la conseguenza dell'invecchiamento fisiologico e patologico che genera delle deficienze intracliniche. La riduzione delle riserve fisiologiche che ne risulta è all'origine di una mancanza di adattamento allo stress, sia esso di origine medica, psicologica o sociale".

Per comprendere ancora meglio questo termine, cito lo studio di Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood (2013) i quali definiscono la fragilità come uno stato di aumentata vulnerabilità data da un povero riadattamento dell'omeostasi dopo un evento stressogeno (stressor), il quale aumenta il rischio di outcome avversi come: cadute, delirium e disabilità. Nella figura 1 si può vedere uno schema su questo tipo di vulnerabilità, si nota come anche solo un piccolo fattore in più (come: una nuova medicina, un'infezione minore, un piccolo intervento chirurgico) risulta in un cambio dello stato di salute sproporzionato: il paziente in poco tempo si trova da mobile a immobile, da indipendente a dipendente, da lucido a delirante (Clegg et al., 2013).

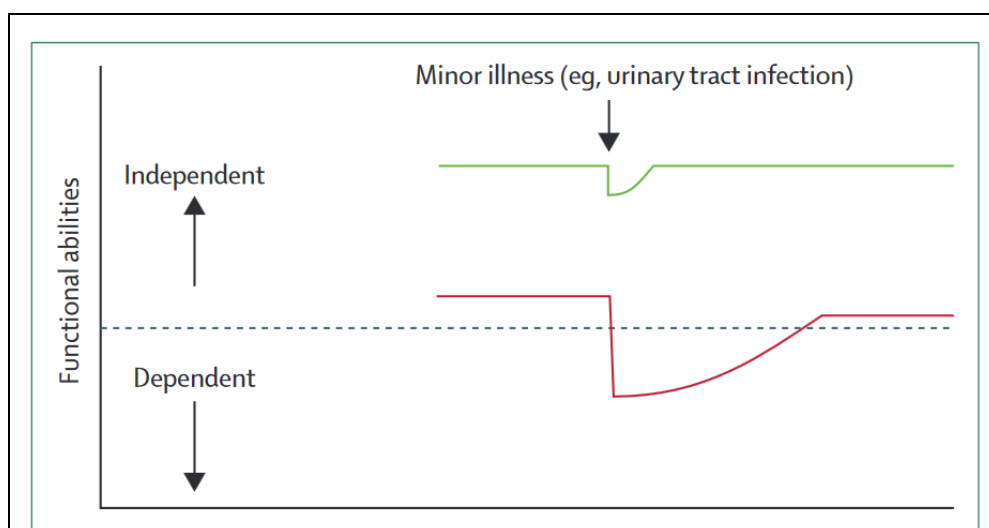


Figura 1: Vulnerabilità di una persona fragile seconda a un cambiamento improvviso nello stato di salute in seguito a un minimo evento patologico. Tratto da: Clegg et al. (2013).

La linea verde rappresenta una persona anziana in forma mentre la linea rossa una persona anziana fragile, entrambi confrontati con una malattia leggera, ad esempio un'infezione del tratto urinario.

I modelli teorici della comunicazione

Per avere più in chiaro il tema della comunicazione in questo sottocapitolo verranno brevemente presi in esame i principali modelli comunicativi che si sono susseguiti storicamente nell'ambito degli studi sulla comunicazione.

Essi sono i seguenti:

- Il modello tradizionale Emittente - Messaggio - Ricevente;
- Il modello interattivo;
- Il modello dialogico.

Il modello tradizionale Emittente - Messaggio - Ricevente

Si tratta di un modello lineare in cui la comunicazione è vista come qualcosa che la persona fa ad un'altra: quindi l'emittente codifica idee e sentimenti in un messaggio e lo spedisce attraverso un canale (ad esempio le parole o uno scritto) ad un ricevente (Zani, Selleri, & David, 2000). Questo modello introduce anche il concetto di "rumore", inteso come qualsiasi forza che interferisce con una comunicazione efficace; esso può intervenire in qualsiasi momento della comunicazione e disturbarla (Zani et al., 2000). Il rumore può essere di tre tipi (Zani et al., 2000):

- Esterno: comprende tutti quei fattori al di fuori del ricevente che impediscono una corretta percezione di quanto viene detto, oppure che sono fonte di distrazione;
- Fisiologico: consiste nei fattori biologici che interferiscono con una ricezione accurata, come ad esempio problemi di udito, una malattia, ...;
- Psicologico: si riferisce a quelle forze interne a chi comunica che interferiscono con l'abilità di esprimere o capire un messaggio.

Il modello più importante in questo ambito è stato sviluppato da Shannon e Weaver nel 1949 e si compone di cinque elementi disposti in ordine lineare: una fonte di informazione, un codificatore, un canale di trasmissione, un decodificatore e una destinazione (Zani et al., 2000). Si può notare come questo sia un modello piuttosto semplice dove l'emittente del messaggio è un soggetto ideale che ordina le sue conoscenze in funzione delle informazioni da trasmettere e le codifica con un apparato lessico e sintattico ideale (Zani et al., 2000). Il messaggio è visto come un'informazione che mantiene inalterate le sue proprietà anche dopo le operazioni di codifica e decodifica, in questo modo la comprensione è possibile senza problemi; "il ricevente è una macchina di decodifica passivo e muto" (Zani et al., 2000).

Il modello interattivo

Gli studi successivi hanno ben presto superato questo semplice schema, introducendo ad esempio l'importante concetto del feedback, cioè il fatto che il ricevente dia una risposta in modo che l'emittente possa capire se il proprio messaggio sia stato recepito e possa apportarvi, se necessario, delle modifiche (Zani et al., 2000). Il soggetto emittente può quindi diventare anche ricevente durante una stessa interazione: quando le immagini mentali degli interlocutori coincidono, la comunicazione è riuscita (Zani et al., 2000). È chiaro, però, che avvengano dei malintesi e dei fraintendimenti (ad esempio una battuta può essere intesa come un'offesa); questo è legato al fatto che emittente e ricevente si trovano in due ambienti diversi: dove con "ambiente" non si

indica solo il luogo fisico ma anche la storia personale che i partecipanti portano nella conversazione (Zani et al., 2000). È ovvio che i due ambienti in parte debbano coincidere, quindi gli interlocutori hanno una parte di background e di conoscenze in comune che rendono possibile la comprensione reciproca (Zani et al., 2000).

Anche questo modello non è pienamente soddisfacente, infatti tende a presentare la comunicazione come un'attività statica in cui avvengono atti separati di comunicazione con un inizio e una fine in momenti precisi, trascurando l'aspetto di costruzione dei significati come azioni mutualmente riconosciute e comprese da entrambi gli interlocutori (Zani et al., 2000).

Il modello dialogico

Secondo questo modello gli interlocutori sono contemporaneamente sia emittenti che riceventi durante l'interazione: diventa quindi difficile isolare un singolo atto di comunicazione da ciò che lo precede o che lo segue (Zani et al., 2000). È proprio questo aspetto dialogico delle interazioni comunicative ad essere preso in considerazione come l'elemento centrale delle riflessioni più avanzate e recenti in ambito psicosociale (Zani et al., 2000). La comunicazione non è vista come qualcosa che una persona fa a un'altra ma un processo in cui i soggetti creano una relazione interagendo l'un l'altro e contribuiscono a creare insieme il significato degli scambi, realizzando un progetto comunicativo comune (Zani et al., 2000). Si allarga quindi il concetto e il ruolo attribuito al contesto, considerato non più solo come elemento di sfondo che pone delle restrizioni e dei vincoli alla realizzazione dei diversi significati, ma come elemento che viene prodotto e costituito dagli interlocutori stessi durante l'interazione (Zani et al., 2000).

Seguendo questa prospettiva, l'interazione comunicativa può essere analizzata come: "il risultato di un complesso intreccio di attività svolte da due o più soggetti che, interagendo, costruiscono congiuntamente il senso delle proprie azioni, sulla base di una disponibilità alla comunicazione e di un bagaglio di conoscenze comuni o comunque oggetto di negoziazione" (Zani et al., 2000).

Ci si potrebbe dilungare per intere pagine discutendo della comunicazione, ciò che è importante focalizzare per quanto riguarda l'ambito di questa ricerca è rendersi conto di quanto comunicare sia un fenomeno così frequente e tuttavia così complesso. Ritornando a parlare dell'ambito della cura, "far passare il messaggio" sia in generale rispetto a qualsiasi tipo di contenuto ma in particolare rispetto al tema delle cadute a domicilio risulta quindi essere un lavoro difficile e ricco di sfaccettature, da qui la domanda alla base di questo mio lavoro: "come si può migliorare la comunicazione tra curante e paziente?"

La compliance, l'aderenza e l'alleanza terapeutica

Vista la chiara ottica infermieristica che ho voluto dare a questo lavoro non posso a questo punto non parlare di compliance, aderenza e alleanza terapeutica. Esse sono alla base del rapporto tra curante e paziente e quindi anche del concetto di cura. Di seguito darò una breve definizione di questi tre concetti.

Compliance terapeutica

Compliance è un termine che implica un'obbedienza passiva: questo significa che il paziente accetta passivamente, ad esempio, una prescrizione medica (Vervloet, 2006). In questo caso il paziente non ha per forza compreso o accettato la sua malattia ma segue le indicazioni dategli fidandosi del professionista di cura, senza capire appieno ciò che gli viene proposto di fare. Siccome la coscienza di malattia in questo caso è assente sono molto presenti i casi di non-compliance, ad esempio in caso di malattie croniche il paziente può non assumere la terapia farmacologica nei periodi dove i sintomi sono assenti (Vervloet, 2006).

Aderenza terapeutica

L'aderenza terapeutica significa che il paziente accetta la terapia proposta dal medico, studiata in base ai fattori specificamente interessati; è un'accettazione in termini di progetto terapeutico e la motivazione del paziente è relativa alle raccomandazioni del medico (Vervloet, 2006). Si può avere aderenza terapeutica solamente quando il paziente ha accettato l'esistenza della malattia ed i problemi legati alla terapia proposta (Vervloet, 2006).

Alleanza terapeutica

L'alleanza terapeutica è costituita da tre fattori chiave: l'esplicita condivisione di obiettivi tra paziente e terapeuta, la chiara definizione di compiti reciproci all'inizio del trattamento e il tipo di legame affettivo che si costituisce tra i due, caratterizzato da fiducia e rispetto («Alleanza terapeutica.», s.d.). Da tale definizione si evince come l'alleanza terapeutica si delinea come un lavoro collaborativo tra due soggetti interagenti ed entrambi attivi nel proprio ruolo («Alleanza terapeutica.», s.d.). In questo caso è quindi necessaria una buona coscienza della propria malattia, del proprio ruolo e di quello del professionista della cura.

Questi tre concetti riassumono il tipo di rapporto terapeutico che può instaurarsi tra curante e paziente, ovviamente ognuno di essi necessita di un approccio diverso rispetto al tema della cura. Ad esempio, tornando all'argomento del rischio di caduta, con un paziente con il quale si è instaurato un rapporto di compliance terapeutica sarà necessario ribadire e ricordare spesso i consigli rispetto alla deambulazione sicura, mentre con un paziente in condizioni simili ma con il quale esiste un'alleanza terapeutica potrebbe essere lui stesso a chiedere al curante dei consigli maggiori rispetto alla deambulazione o a riportare qualsiasi minimo problema riscontrato per poter trovare insieme una soluzione.

Metodologia

Nella prima parte di questo scritto ho approfondito la parte concettuale rispetto al tema trattato, quindi: il quadro teorico presente nell'introduzione, la valutazione, i fattori di rischio e gli interventi tramite la ricerca di articoli scientifici, linee guida e libri inerenti il tema delle cadute. Sono stati estrapolati da tutto il materiale ricercato i temi più connessi all'argomento e, in seguito, divisi in capitoli e sottocapitoli, scritti in modo da risultare chiari, semplici e riassuntivi. L'obiettivo di questa parte teorica è quello di presentare, approfondire e comprendere le implicazioni del rischio di caduta e di tutti i fattori che possono concorrere a creare una situazione dove questo rischio è presente, come pure valutare questi fattori tramite scale validate e come poter intervenire, quando possibile, in veste di infermiere.

Nella seconda parte dello scritto viene presentata un'analisi di tipo qualitativo andando ad interagire con alcune persone definite come a rischio di caduta, per comprendere gli aspetti inerenti la comunicazione tra infermiere e paziente.

È stata eseguita una ricerca di tipo sociologico, composta da sette parti:

- **Presa di contatto con un infermiere di aiuto domiciliare:** spiegati gli obiettivi del lavoro e richiesto il suo aiuto per contattare dei soggetti ricercati;
- **Osservazione:** si è osservato il paziente durante la somministrazione di un questionario di valutazione del rischio di cadute effettuata da un infermiere di cure domiciliari, al domicilio della persona stessa, premurandosi di chiedere agli osservati se fosse possibile tornare in un secondo momento, senza l'infermiere, a porre alcune domande. Durante le osservazioni sono state prese delle annotazioni, visibili negli allegati a questo documento;
- **Formulazione di domande di ricerca:** a dipendenza delle osservazioni fatte e degli appunti presi sono state formulate delle domande. Perlopiù le domande sono diverse e mirate per ogni paziente intervistato, alcune invece sono simili per più soggetti;
- **Formulazione di domande di intervista:** a dipendenza delle domande e sottodomande di ricerca sono state formulate circa tre domande di intervista per ogni soggetto;
- **Interviste mirate:** ritornando dalle persone conosciute grazie all'infermiere per fare una breve intervista qualitativa si pongono le domande che sono sorte durante la precedente osservazione. Le interviste sono state registrate con il consenso dei pazienti;
- **Trascrizione delle interviste:** sono consultabili negli allegati;
- **Analisi delle interviste.**

La particolarità di questa ricerca è quella di aver formulato le domande di ricerca dopo aver effettuato un'osservazione iniziale e non averle formulate precedentemente al primo approccio con la popolazione ricercata.

Durante le osservazioni ho fatto leggere e firmare una lettera di presentazione da me redatta per avere il permesso della persona ad utilizzare in forma anonima i dati che avrei raccolto, oltre a svincolare legalmente l'ente di assistenza a domicilio da ogni mia azione. La lettera è consultabile negli allegati di questo scritto.

Per questa ricerca è stato utilizzato un campionamento di tipo a valanga o a “palla di neve”, il quale è impiegato nel caso la popolazione ricercata sia costituita da soggetti che tendono ad occultare la loro identità (ad esempio: spacciatori, clandestini) oppure sono di difficile reperibilità in quanto non esistono liste o registri dove poterli ricercare (Amaturo, s.d.). Consiste nel selezionare i casi utilizzando le reti relazionali (sociali, culturali, politiche) di un gruppo di persone inizialmente incontrate (Amaturo, s.d.). Nel caso di questa ricerca è stato preso contatto, tramite un ente di assistenza domiciliare, con un infermiere attivo nell’ambito della prevenzione delle cadute il quale ha portato lo scrivente con sé a conoscere alcuni pazienti al loro domicilio, somministrando un questionario di valutazione del rischio di caduta. In questo modo il sottoscritto è riuscito a conoscere cinque soggetti a rischio caduta e ad osservarne la somministrazione di un questionario di valutazione del rischio; inoltre tutte e cinque le persone hanno accettato di rispondere in un secondo momento a delle domande inerenti questa ricerca.

Raccolta dati sul tema

La domanda di ricerca principale è: **come è possibile migliorare la comunicazione tra curante e paziente in ambito della prevenzione del rischio di cadute?**

In base a questa domanda, e alle osservazioni fatte, sono state fissate alcune sotto-domande di ricerca che vengono di seguito spiegate ed elencate.

Durante le osservazioni ho potuto notare come alcuni pazienti avessero seguito alla lettera (o comunque fossero propensi a farlo) i consigli in ambito del rischio di cadute date dall’infermiere, mentre altri non fossero molto disposti a seguirli.

Da qui la sotto-domanda: **quali fattori fanno in modo che i pazienti siano propensi, oppure non lo siano, ad accettare e seguire i consigli dati loro nell’ambito della prevenzione delle cadute?**

In alcune osservazioni ho notato che venivano date moltissime informazioni e consigli inerenti il tema trattato. Mi sono chiesto se queste fossero troppe e se non si potesse lasciare qualcosa di scritto (ad esempio un prospetto o un depliant) per fare in modo che queste informazioni restino.

La sotto-domanda quindi è: **le informazioni date sono sufficienti o necessiterebbero anche di una diversa via di comunicazione oltre a quella orale?**

Una domanda riguarda l’introduzione del tablet nelle cure domiciliari, in quanto ho notato che viene molto utilizzato da parte dell’infermiere nelle visite domiciliari.

La domanda risulta essere: **come viene vissuta l’introduzione e l’utilizzo dei tablet da parte dei pazienti?**

Dopo ad aver posto le sotto-domande di ricerca ho creato tre/quattro domande guida per ogni persona intervistata, queste sono state create a partire dalle sotto-domande ma anche dalle osservazioni fatte. Sono quindi delle domande mirate.

Una domanda guida è stata usata in tutte e cinque le interviste, la seguente:

- Come vive l’introduzione del tablet nelle cure a domicilio? Aspetti positivi e/o negativi?

Di seguito elenco le domande guida per ogni intervista:

- Intervista 1:
 - Quanto e in quali situazioni pensa di poter essere a rischio di cadere?
 - Cosa le è stato detto sul rischio di cadere?
 - Cosa le è stato consigliato di fare per gestirlo al meglio?
 - Ha seguito i consigli dati?

- Intervista 2:
 - o Cosa l'ha portata a seguire i consigli dati dall'infermiere riguardo al rischio di cadere (adattare l'ambiente, ...)?
 - o Con le modifiche dell'ambiente e del suo comportamento si sente più sicuro nella mobilitazione?
 - o Con il fatto che passi spesso della gente a trovarla si sente più sicuro?
- Intervista 3:
 - o Cosa l'ha portata a seguire i consigli dati dall'infermiere in ambito del rischio di cadute (ad esempio adattare la casa)?
 - o Cos'è restato di tutte le informazioni date?
 - o Necessitava di qualcosa in più o in meno rispetto alle informazioni date?
- Intervista 4:
 - o Cosa pensa delle indicazioni date?
 - o Ritiene le indicazioni date utili o meno?
 - o Essendo consapevole del rischio di cadute, cosa la porterebbe a mettere in pratica i consigli che le vengono dati oppure cosa la ferma dal farlo?
- Intervista 5:
 - o Si ricorda dei consigli dati dall'infermiere in ambito del rischio di cadute? Se sì, li ha seguiti?
 - o Cosa pensa possa essere migliorato nel fornire queste informazioni?
 - o Avrebbe bisogno di più o meno informazioni rispetto a quelle date?

È utile ed interessante notare come le interviste e le osservazioni siano state molto diverse l'una dall'altra. Ad esempio ho avuto a che fare con delle persone con dei deficit cognitivi, quindi l'intervista è stata rivolta più verso i loro caregiver principali (in entrambi i casi la moglie) rispetto al paziente stesso. Oppure ho dovuto avere un approccio diverso con le persone che seguivano meno i consigli in ambito di rischio delle cadute rispetto a quelle li avevano seguiti alla lettera. Questo perché in questa ricerca ho tenuto molto conto della soggettività dei pazienti, ho quindi dovuto e voluto porre ad ogni persona delle domande differenti a dipendenza delle individualità che riscontravo eseguendo le osservazioni iniziali. È stata importante la differenziazione delle domande tanto quando il modo in cui le ho poste, sempre nell'ottica del rispetto delle peculiarità della persona: ad esempio con alcune persone ho introdotto bene l'argomento prima di porre la domande, con altre sono stato più diretto, in alcune interviste ho dovuto porre alcune domande ai caregiver (in entrambi i casi le mogli) in quanto il paziente stesso non sarebbe stato in grado di rispondere a causa di problemi cognitivi.

Uno degli obiettivi celati in questa ricerca, dato che ho considerato l'anziano non come un target omogeneo bensì come un gruppo di persone soprattutto "diverse" fra loro, è quello di comprendere se l'infermiere di fronte a questa pluralità può sviluppare delle strategie uniche.

Inoltre ho potuto notare come queste cinque persone fossero molto diverse tra di loro a livello di ceto sociale, reti sociali, storia familiare e visione della loro problematica inerente al tema trattato. Posso quindi dire di avere trovato un campione molto ricco e variato, sebbene limitato a sole cinque persone.

La valutazione del rischio di caduta

Nella presa a carico di un paziente che presenta o potrebbe presentare un rischio di caduta, l'infermiere, insieme anche ad altre figure professionali come il fisioterapista e l'ergoterapista, gioca un ruolo fondamentale nella valutazione. Essa deve essere il più completa possibile senza però dilungarsi inutilmente. Di seguito verrà spiegata l'importanza della valutazione a tappeto in tutte le persone anziane e della valutazione approfondita dei soggetti a rischio presentando alcune tra le scale validate più utilizzate in questi casi.

La valutazione a tappeto negli anziani

Al fine di accrescere l'efficienza dei programmi di prevenzione delle cadute, il Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (2005) raccomanda di instaurare questi programmi di prevenzione verso le persone anziane le quali sono le più vulnerabili al rischio di caduta, consigliando una valutazione in due tempi delle persone a rischio. Questa valutazione non prende più di dieci minuti e può essere effettuata da qualsiasi operatore sanitario sensibilizzato alla questione cadute. Il Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (2005) propone di effettuare per ogni persona anziana con 65 anni o più una ricerca di cadute nel passato e un test dell'equilibrio: il Timed Up and Go Test. Da questa semplice valutazione possono esserci tre risultati (Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005):

- Test positivo e precedente caduta: la persona presenta un **rischio elevato** di caduta e necessita di una valutazione approfondita per la presa a carico. Si andranno ad indagare tutti i fattori di rischio già elencati nel capitolo precedente;
- Test positivo o precedente caduta: la persona presenta un **rischio moderato** di caduta e necessita di una minima valutazione per la presa a carico. Si consiglia di valutare almeno l'equilibrio e la marcia, i pericoli al domicilio, i medicinali assunti e le patologie della persona.
- Test negativo e assenza di precedenti cadute: la persona presenta un **rischio minimo** di caduta ma necessita comunque di una minima valutazione per la presa a carico, si consiglia di valutare comunque gli aspetti che si valutano in caso di un rischio moderato di caduta.

Timed Up and Go Test

Al fine di poter integrare la valutazione del rischio di caduta verso ogni persona anziana è necessario che la procedura sia semplice, veloce ed efficace. Perciò il Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (2005) propone di utilizzare il Timed Up and Go Test (TUG) il quale possiede una sensibilità e una specificità soddisfacenti ed è stata validata nella valutazione delle persone anziane a domicilio (Shumway-Cook, Brauer, & Woollacott, 2000). Ecco in cosa consiste questo semplice test: l'operatore, munito di un orologio o di un cronometro, chiede alla persona anziana di alzarsi dalla sedia senza appoggiarsi con le mani, di percorrere tre metri, di girarsi e di ritornare a sedersi. Le persone che vivono a domicilio non aventi problemi d'equilibrio eseguono questo esercizio in meno di 14 secondi. Un tempo superiore a 14

secondi è indicatore di una mobilità diminuita e di un rischio di caduta (Shumway-Cook et al., 2000).

Risulta quindi chiaro come la semplicità di questo test lo renda di pratico utilizzo per la valutazione di tutti i giorni da parte degli operatori sanitari.

Questo test completato con l'anamnesi delle cadute passate è un buon metodo per valutare a tappeto il rischio di caduta nell'intera popolazione anziana.

La valutazione approfondita dei soggetti a rischio

Come già detto, nei soggetti che presentano un elevato rischio di caduta è opportuno effettuare una valutazione più approfondita per poter avere una panoramica sui fattori di rischio predominanti e poter agire preventivamente in maniera più specifica. È quindi importante valutare la presenza di tutti i fattori di rischio già precedentemente elencati.

Per valutare alcuni fattori di rischio è sufficiente valutarne la presenza o l'assenza, come ad esempio: la storia di precedenti cadute, l'età, le patologie, la terapia farmacologica assunta, i fattori estrinseci. La loro presenza o assenza può aiutarci a comprendere cosa poter attuare per limitare questi fattori, ad esempio: se la persona assume una terapia farmacologica molto importante è possibile consigliarne una rivalutazione da parte del medico, oppure se in casa ci sono molti tappeti si può proporre di toglierli oppure di fissarli meglio al pavimento.

Per valutare altri fattori di rischio, come la paura di cadere, l'instabilità alla marcia, il declino cognitivo, o la presenza di una depressione è opportuno affidarsi a delle scale di valutazione validate come ad esempio, nel caso della valutazione della marcia e dell'equilibrio, la Tinetti Balance and Gait Scale.

Di seguito vengono elencate le scale di valutazione più utilizzate per quanto riguarda i fattori di rischio di caduta.

Tinetti Balance and Gait Scale

La Tinetti Balance and Gait Scale è uno strumento clinico quantitativo, che associa un punteggio alle performance motorie valutate, identificando i soggetti a rischio di caduta (Zanetti, 2003). Contrariamente ad altre valutazioni di tipo qualitativo, questo strumento permette un confronto nel tempo delle variazioni dell'equilibrio e dell'andatura (in inglese, appunto, balance and gait) del soggetto testato; per questo motivo è un buon indice predittivo di caduta (Zanetti, 2003). Questa scala mette in evidenza molti fattori di rischio di caduta (Zanetti, 2003):

- Diminuzione della forza muscolare;
- Diminuzione dell'altezza e della lunghezza del passo;
- Aumento delle oscillazioni posturali;
- Cambi di postura;
- Riduzione del rapporto di Romberg e dei riflessi di raddrizzamento.

Questa scala è formata da due sezioni (Zanetti, 2003):

1. La **sezione dell'equilibrio**. Si compone di nove item con un punteggio da 0 a 16. Inizialmente il soggetto è seduto su di una sedia rigida senza braccioli e

viene invitato ad alzarsi: questa parte valuta la capacità di risposta del soggetto allo svolgimento delle manovre indicate, in momenti successivi, dall'esaminatore.

Ecco elencati gli ambiti esplorati nello specifico in questa prima parte della scala:

- La capacità di alzarsi dalla sedia: dà informazioni sulla presenza di ipotonìa o ipotrofia degli arti inferiori, sulla eventuale possibilità del soggetto di ovviare ad un eventuale deficit con gli arti superiori e sulla capacità di organizzare i movimenti.
- L'equilibrio in stazione eretta e le reazioni posturali: viene testata la capacità della persona di mantenere la stazione eretta in modo stabile con o senza ausili per il cammino e, attraverso la prova di Romberg, la presenza di reazioni posturali normali in assenza di percezione visiva. Per eseguire la prova di Romberg il soggetto deve rimanere in stazione eretta ad occhi chiusi, l'esaminatore osserverà le ondulazioni posturali valutandone l'intensità e la direzione.
Le reazioni posturali vengono stressate attraverso l'ulteriore destabilizzazione dell'equilibrio da parte dell'esaminatore, il quale darà leggere spinte al soggetto nelle diverse direzioni dello spazio.
- I cambi di postura: la capacità di girarsi su sé stessi e di sedersi senza problemi sono importanti fattori predittivi di caduta, infatti molte di queste avvengono proprio durante tali manovre.

2. La **sezione dell'andatura**. Si compone di sette item con un punteggio da 0 a 12. Questa sezione valuta l'abilità del soggetto nello svolgimento del cammino, prima con passo normale, poi con passo più rapido, utilizzando gli abituali ausili. Gli ambiti esplorati sono:

- Le caratteristiche del passo: altezza, lunghezza e simmetria vengono testate tramite la capacità del soggetto di alzare completamente e superare entrambi i piedi durante il cammino.
- La fluidità del cammino: continuità del passo, deviazioni di traiettoria, aggiustamenti posturali anormali e base d'appoggio vengono testate attraverso l'osservazione attenta dell'esecuzione del cammino.

Questa scala può darci informazioni preziose rispetto a molti elementi della persona, infatti è importante ricordare che caratteristiche anormali di andatura possono essere il risultato di problemi neurologici o muscolo scheletrici. Ad esempio un'andatura a piccoli passi e una postura in flessione può rappresentare un comportamento motorio tipico della malattia di Parkinson ma anche un adattamento compensatorio sviluppati dall'individuo con molta paura di cadere (Zanetti, 2003). In questo caso, chiedendo al soggetto di camminare più velocemente (esercizio richiesto dalla scala), se quest'ultimo ha una sindrome parkinsoniana non sarà in grado di eseguire l'ordine, mentre se ha sviluppato reazioni adattative adotterà un movimento più veloce quasi normale in termini di postura del tronco, altezza e lunghezza del passo (Zanetti, 2003). Infine, le informazioni sulla continuità del passo e sulla traiettoria sono preziose per l'esaminatore nella decisione di addestrare la persona all'utilizzo di ausili per il cammino per fare in modo che la sua andatura sia più stabile e che il suo rischio di caduta possa diminuire (Zanetti, 2003).

Questo test presenta però dei limiti, infatti il rischio di caduta, per essere attendibile, dovrebbe essere valutato nelle effettive e abituali condizioni abitative dell'individuo; questo test, invece, non riproduce tutti gli ambienti e le situazioni di vita (Zanetti, 2003).

Per avere un'idea migliore di questo test ne metto una copia come allegato, in lingua originale inglese.

Geriatric Depression Scale

Questa scala è stata costruita sulla base di cento domande selezionate per caratterizzare la depressione dell'anziano, da cui ne sono state scelte trenta maggiormente correlate al punteggio totale (Zanetti, 2003). La elenco in quanto la depressione è un fattore di rischio per le cadute negli anziani, come vedremo più avanti. Le risposte di questa scala sono del tipo sì/no e rappresentano una semplificazione e quindi un vantaggio nella valutazione del paziente anziano. Lo strumento esplora unicamente sintomi psicologici e non quelli somatici, le dimensioni esplorate sono le seguenti (Zanetti, 2003):

- Sintomi cognitivi,
- Motivazione,
- Orientamento al passato e al futuro,
- Immagine di sé,
- Perdita,
- Agitazione,
- Tratti ossessivi,
- Umore.

Ad ogni domanda viene assegnato un punteggio (0 o 1) a dipendenza del fatto che la risposta indichi la presenza di una depressione oppure no. Il punteggio massimo è quindi 30, cioè il grado più grave di depressione, il punteggio soglia è fissato a 14/30. La scala viene interpretata nel seguente modo: un punteggio minore di 10 indica un'assenza di depressione, un punteggio tra 11 e 17 la presenza di una depressione lieve e un punteggio tra 18 e 30 la presenza di una depressione grave (Zanetti, 2003).

Esiste anche una versione validata con solamente quindici domande, anziché trenta. I lati positivi di questa scala sono sicuramente la sua rapidità (dovrebbe prendere non più di otto minuti) e il fatto che possa essere somministrata da un operatore (medico, infermiere, ...) oppure attraverso un'autovalutazione. Risulta essere un limite, però, il fatto che alcuni esaminatori abbiano riferito difficoltà nell'utilizzare questo strumento, infatti spesso suscita nei pazienti reazioni di pianto e sofferenza (Zanetti, 2003). Questo tipo di reazioni rispetto alle domande poste sono comunque un buon indicatore soggettivo della sofferenza di una persona.

Negli allegati si può trovare una versione con trenta domande in lingua originale della Geriatric Depression Scale.

Mini-Mental State Examination

Il Mini-Mental State Examination (MMSE) è uno strumento ideato per valutare in ambito clinico le capacità cognitive della persona esaminata. È costituito da undici item divisi in cinque sezioni tramite le quali vengono valutate in modo semplice le varie funzioni cognitive, quali: l'orientamento spazio-temporale, la memoria immediata, l'attenzione e il calcolo, la memoria episodica recente, il linguaggio (denominazione, ripetizione, comprensione dei messaggi sia orali che scritti ed esecuzione di una frase) e infine la

prassia costruttiva (Zanetti, 2003). Tutte le prove hanno un punteggio correlato il cui totale è 30. Sono considerati normali i punteggi uguali o superiori a 24/30.

I fattori a favore di questo test sono la breve durata (15 minuti) e la possibilità di una rivalutazione nel tempo per poter osservare il percorso del declino cognitivo della persona.

Un limite è certamente il fatto che questa scala non permetta una valutazione completa delle funzioni cognitive, data la sua brevità, e non è quindi sufficientemente precisa e sensibile nelle fasi iniziali di demenza (Zanetti, 2003). L'MMSE è inoltre molto influenzato dal livello di scolarità del paziente, come anche da altre variabili sia legate al paziente (come il livello di coscienza, il tono dell'umore, l'attenzione, l'emotività, deficit uditivi e visivi, ...) che all'esaminatore (capacità di porre il paziente a proprio agio, di far comprendere gli ordini, di osservare e comprendere le risposte, ...) (Zanetti, 2003).

Negli allegati si può trovare una copia del MMSE in lingua originale inglese.

Visual Analogue Scale

Questa scala lineare è la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che un paziente crede di avvertire. Il dolore è, infatti, un grande fattore di rischio caduta negli anziani. Questo strumento può assumere diverse forme, sia come scala del dolore che come scala di sollievo del dolore. L'ampiezza è rappresentata da una linea, solitamente lunga 10 centimetri, con o senza tacche in corrispondenza di ogni centimetro. La lunghezza ottimale per misurare il dolore sembra essere, appunto, 10 centimetri (Zanetti, 2003). L'estremità sinistra indica l'assenza di dolore, mentre l'estremità destra rappresenta il peggior dolore immaginabile. Al paziente viene richiesto di indicare con una linea (perpendicolare a quella della scala) il dolore provato.

È una scala semplice, ripetibile nel tempo, facile da comprendere da tutti i pazienti, con qualsiasi livello culturale (Zanetti, 2003). È meglio somministrare questa scala nel momento stesso in cui il paziente avverte il dolore, in questo modo il risultato è molto più fedele rispetto alla valutazione del ricordo del dolore che può risultare sovra o sottostimato (Zanetti, 2003).

Lo svantaggio di questo test sta nel fatto che tratta l'esperienza del dolore come un'esperienza monodimensionale ed evidenzia solamente l'intensità senza riguardo per altri fattori (Zanetti, 2003).

È stata descritta la scala VAS in quanto la più utilizzata in campo sanitario per valutare il dolore, tuttavia per valutare un paziente con dolore cronico a domicilio sarebbero più indicate altre scale più precise anche se meno pratiche come la McGill Pain Questionnaire.

Fattori di rischio

In questo capitolo verranno trattati singolarmente i fattori di rischio che possono portare la persona anziana a cadere, stando attenti anche alle eventuali interazioni tra i singoli elementi che possono concorrere ad aumentare ulteriormente il rischio. Trovo che ogni infermiere dovrebbe perlomeno conoscere ognuno di questi fattori per poter prendere a carico al meglio i propri pazienti che possono presentare un rischio di caduta.

La definizione di “fattore di rischio” è spesso oscura nella letteratura, spesso ci sono confusioni terminologiche nella classificazione dei fattori esplicativi delle cadute (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009). Ad esempio l'uso di un ausilio alla marcia come il bastone in alcuni studi è associato a un maggiore rischio di caduta, questo non implica sempre che la causa della caduta possa essere il bastone stesso ma è un indicatore indiretto di un problema della marcia che è direttamente implicato nel meccanismo della caduta (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009).

È a questo punto utile proporre una classificazione dei fattori di rischio della caduta, li divideremo in tre grandi categorie (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009):

- I fattori intrinseci, essi riflettono lo stato di salute della persona e che sono i principali fattori di rischio della persona anziana;
- I fattori detti “comportamentali”, essi dipendono dall'attività fisica che della persona al momento della caduta e che sono rappresentate per la maggior parte dei casi dalle attività di vita quotidiana nel corso delle quali la persona si sposta;
- I fattori estrinseci o ambientali, essi corrispondono alle caratteristiche del luogo dove è avvenuta la caduta.

Di queste tre categorie di fattori di rischio, sono i fattori intrinseci ad essere i principali responsabili delle cadute nelle persone anziane; è comunque chiaro come tutte e tre le categorie interagiscano tra di loro aumentando il rischio (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009).

Secondo la letteratura, la presenza dei seguenti fattori di rischio aumenta il rischio di caduta (Brigoni et al., 2009):

- Storia di precedenti cadute;
- Un'età maggiore di 80 anni;
- Essere una donna;
- Paura di cadere;
- Polifarmacoterapie e assunzione di alcuni farmaci in particolare;
- Alterazione della mobilità, dell'equilibrio, la riduzione della forza muscolare;
- Alterazione sensoriale;
- Rischi domestici;
- Isolamento sociale.

Altri fattori di rischio sono: condizioni molto precarie di salute, storie di malattie o insulti del sistema cardiocircolatorio, episodi di incontinenza, depressione, demenza, epilessia, confusione, declino cognitivo, artrite e artrosi (Brigoni et al., 2009; Société française de gériatrie et gérontologie, 2009).

Nei prossimi paragrafi si descriveranno i più rilevanti tra questi.

Storia di precedenti cadute

Il fattore di rischio caduta più frequentemente riportato in letteratura è quello di una storia di precedenti cadute, o di almeno una precedente caduta; sia tra anziani a domicilio sia tra residenti in strutture protette (Brigoni et al., 2009). La presenza di cadute nel passato di una persona può significare un peggioramento della sua situazione e della sua mobilità sia a livello fisiologico che patologico. Sarebbe quindi opportuno chiedere periodicamente agli anziani se siano caduti nell'ultimo periodo; in caso di risposta positiva è importante capirne le caratteristiche, la frequenza, il contesto e la gravità delle conseguenze (Brigoni et al., 2009). In caso di caduta è quindi importante tentare di chiarire le cause e le modalità della caduta ai fini di prevenirne altre e di instaurare un programma terapeutico e assistenziale utile (Cavazzuti, 1993). L'anziano che cade tende spesso a negare o banalizzare agli occhi degli altri la caduta e, specie se i danni non sono stati rilevanti, ad attribuirla a fattori accidentali inevitabili, ritardando l'evidenziazione di condizioni patologiche importanti (Cavazzuti, 1993). Per questo è di vitale importanza in caso di caduta non banalizzare mai l'evento e impostare una presa a carico finalizzata e individualizzata (Cavazzuti, 1993).

Polifarmacologia e farmaci specifici

L'utilizzo di farmaci come fattore di rischio di caduta per gli anziani è stato molto analizzato in letteratura e ci sono buone prove che esso sia molto rilevante nell'assessment del rischio. Pazienti trattati con più di tre o quattro farmaci contemporaneamente si trovano a rischio di cadute ricorrenti in maggior numero rispetto a pazienti trattati con una minor quantità di farmaci (Brigoni et al., 2009). Secondo le linee guida per la prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani redatte da Brigoni et al. (2009), diversi studi, oltre a ribadire l'aumento del rischio in caso di polifarmacoterapia, hanno evidenziato come alcune classi di farmaci rappresentino un fattore aumentato di rischio di caduta. Queste classi di farmaci risultano essere:

- Sedativi e ipnotici;
- Narcotici;
- Anticonvulsivanti;
- Antidepressivi;
- Psicotropi;
- Diuretici;
- Antiipertensivi;
- Farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare.

Gli studi analizzati da Brigoni et al. (2009) hanno confermato le relazioni esistenti fra l'assunzione di sedativi, narcotici, anticonvulsivanti e antidepressivi, in aggiunta al rischio causato dalle condizioni di malattia del paziente. È importante interrogare sempre gli anziani sui farmaci che assumono e tenere sotto controllo costante la terapia. Rivedere periodicamente le prescrizioni farmacologiche, riducendo al minimo indispensabile i farmaci che possono aumentare il rischio di cadute è una buona pratica medica per limitare questo fattore di rischio.

Il fatto che la farmacoterapia sia molto importante da valutare in caso di un rischio di cadute è dovuta al fatto che le persone anziane non solo consumano più medicinali

delle persone più giovani ma essi rappresentano anche un gruppo con un maggior rischio di avere effetti collaterali, incluse le cadute (Benatti et al., 2015). Sicuramente diversi medicinali chiaramente associati ad un aumentato rischio di caduta come ad esempio psicotropi, antiipertensivi, narcotici e polifarmacoterapie richiedono un approccio particolarmente razionale nel loro uso (Benatti et al., 2015).

È dimostrato come una singola consulenza geriatrica abbia un effetto positivo rispetto alla diminuzione del numero di utilizzatori regolari di benzodiazepine e farmaci correlati e quindi anche del rischio di caduta (Benatti et al., 2015).

Paura di cadere

L'effetto dannoso della paura di cadere negli anziani è largamente studiato da molti anni. La paura di cadere è stata identificata come un fattore di rischio per la riduzione della qualità di vita, la riduzione dell'attività, la perdita di indipendenza e il rischio di caduta; essa è una causa importante di incidenti, morbidità e mortalità (Mark Williams & Young, 2014). Nello studio di Mark Williams & Young (2014) si è studiato come la paura di cadere possa influenzare i processi di attenzione e mettere a repentaglio l'acquisizione delle informazioni sensoriali necessarie per la pianificazione di una camminata sicura. È provato da diversi studi che in caso di paura di cadere il soggetto tenda ad avere un irrigidimento e un rallentamento dei movimenti, risultante in dei passi più corti e una ridotta velocità di andatura (Mark Williams & Young, 2014). La maggior parte degli studi ha interpretato l'irrigidimento come una strategia intuitiva che mira ad accomodare eventuali fattori destabilizzanti dell'equilibrio e dell'andatura, tuttavia questa strategia può essere utile solamente in piccoli spostamenti semplici. Infatti nonostante spesso le attività di vita quotidiana ci sembrino semplici, esse richiedono un ragionamento complesso per eseguirle, ed è provato che gli individui anziani necessitano di una maggiore attenzione al controllo posturale. Quindi se una persona anziana esegue un'attività di vita quotidiana che comporti anche il camminare, essa occupa parte della sua attenzione nell'eseguire l'attività mettendo in secondo piano il controllo posturale, questo fatto e le strategie di irrigidimento fanno sì che ci sia un'insufficiente risposta agli stimoli esterni e/o al malposizionamento di un piede che possono portare la persona ad inciampare, scivolare e quindi cadere (Mark Williams & Young, 2014). Appare plausibile che cadute risultanti da inciampare e scivolare possano essere evitate con una migliore pianificazione dei movimenti. Nel loro studio Mark Williams & Young (2014) hanno misurato il movimento degli occhi per valutare l'attenzione visuale durante degli esercizi di adattamento del movimento (vedi fig. 2) e hanno riscontrato che persone anziane con ansia relativa alla paura di cadere fissano l'ostacolo molto presto durante l'avvicinamento ad esso e per una durata maggiore rispetto alle persone anziane con minor paura di cadere. Questi cambiamenti nella ricerca visuale potrebbero riflettere una compensazione del declino cognitivo fisiologico relativo all'età fornendo tempo addizionale per acquisire informazioni relative allo spazio riguardo all'ostacolo per assicurarsi un approccio sicuro ad esso (Mark Williams & Young, 2014). Questa strategia compensatoria sembrerebbe intuitiva. Tuttavia, in questo modo, quando un paziente anziano con alti livelli di paura di cadere approccia multipli ostacoli, dimostra altri comportamenti visuali che mettono a repentaglio la sicurezza del cammino. Ad esempio un paziente con ansia relativa alla paura di cadere, mentre sta salendo sul primo ostacolo, potrebbe precocemente distogliere l'attenzione da ciò che sta facendo per analizzare già i prossimi ostacoli sul suo cammino; in questo

modo la persona potrebbe guardare altrove mentre sta avvicinando il primo ostacolo e questo potrebbe risultare in una minor accuratezza dei movimenti e aumentare la probabilità che il piede entri a contatto con gli angoli dell'ostacolo, incrementando il rischio di inciampare o scivolare (Mark Williams & Young, 2014).

Ricollegando al discorso della farmacoterapia, è importante notare che precedenti cadute e fratture possono incrementare lo stato d'ansia e/o di depressione delle persone che ne sono state soggette, ciò può portare a una maggiore prescrizione di benzodiazepine e antidepressivi creando un circolo vizioso attorno all'aumento del rischio di cadere (Benatti et al., 2015).

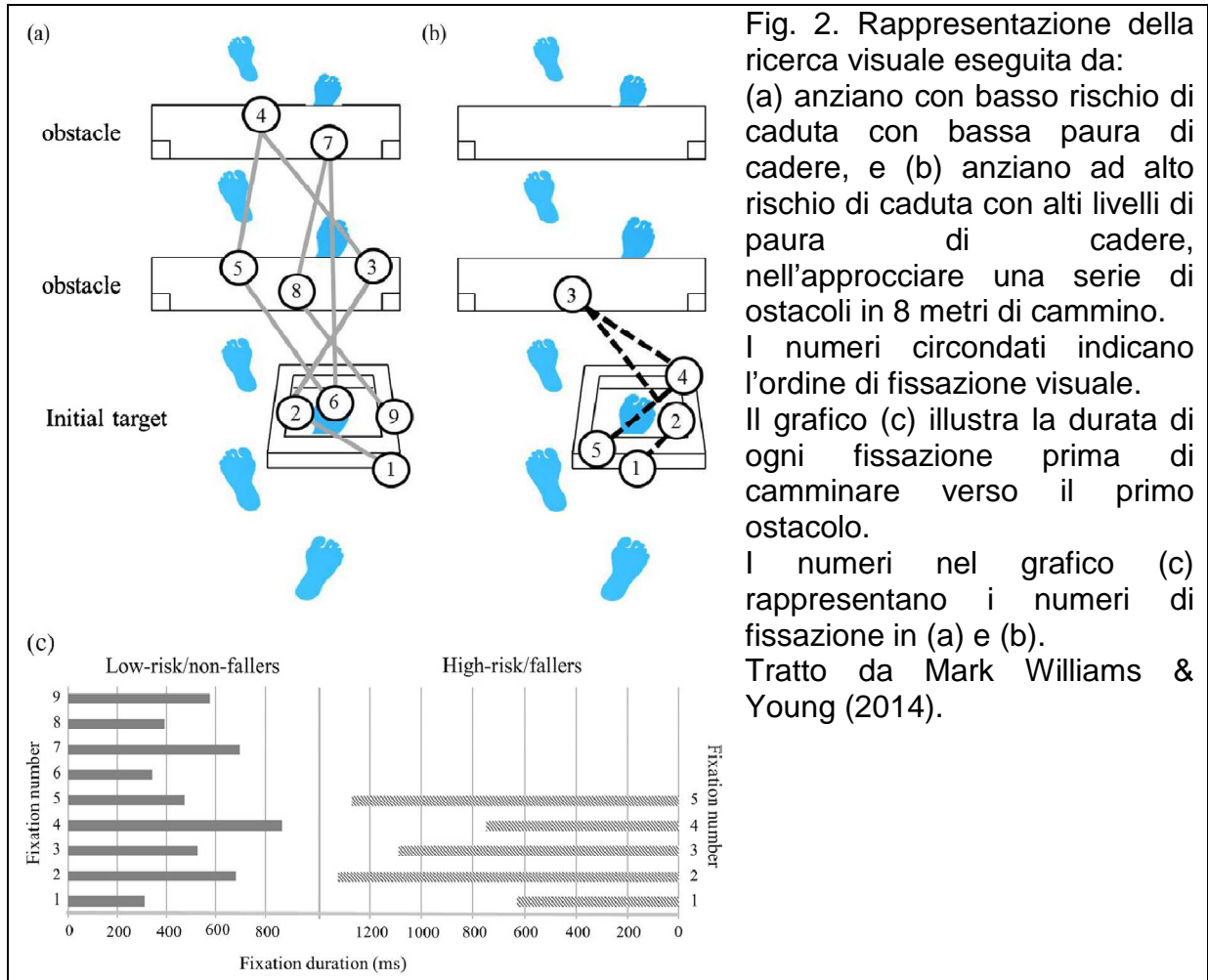


Fig. 2. Rappresentazione della ricerca visuale eseguita da: (a) anziano con basso rischio di caduta con bassa paura di cadere, e (b) anziano ad alto rischio di caduta con alti livelli di paura di cadere, nell'approciare una serie di ostacoli in 8 metri di cammino. I numeri circondati indicano l'ordine di fissazione visuale. Il grafico (c) illustra la durata di ogni fissazione prima di camminare verso il primo ostacolo. I numeri nel grafico (c) rappresentano i numeri di fissazione in (a) e (b). Tratto da Mark Williams & Young (2014).

Nello studio di Dollard, Barton, Newbury, & Turnbull (2012) si è visto come le persone anziane tendano a sottovalutare il loro rischio di caduta, infatti il cadere è una minaccia alla loro identità di persona, in quanto anche le capacità motorie fanno parte della struttura della loro identità: essere definite persone che cadono o che sono a rischio di cadere ha per loro una connotazione molto negativa. Anche per questo, quindi, spesso le cadute avvenute vengono associate a fattori estrinseci in nessun modo modificabili e completamente fuori dal loro controllo oppure vengono associate al fatto che non stessero facendo sufficientemente attenzione nel momento della caduta, piuttosto di venire definiti persone a rischio di caduta (Dollard et al., 2012).

Alterazione sensoriale

Il mantenimento dell'equilibrio sia che il corpo sia fermo sia che si muova implica la ricezione e l'integrazione di multipli stimoli che informano in modo continuo il sistema nervoso centrale. La ricezione e il trattamento dell'insieme delle informazioni sensoriali sono assicurate dal sistema nervoso centrale che produce in ritorno una serie di contrazioni muscolari che si traducono in movimenti coordinati, formando un complesso moto adattativo complesso. Anomalie a livello di questa catena di trattamento di informazioni possono creare un disequilibrio all'origine di una caduta (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009).

Oltre a una possibile diminuzione propriocettiva dovuta all'età, oppure a delle malattie come ad esempio il diabete, l'alterazione sensoriale più marcata negli anziani è il declino visivo. Questo declino può comportare l'abbassamento di (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009):

- Acuità visiva;
- Sensibilità al contrasto;
- Distinzione dei colori;
- Percezione della profondità del campo visivo;
- L'utilizzo solamente del campo visivo utile.

Sebbene esista una grande varietà individuale, questi problemi iniziano a comparire verso l'età di 40 anni, progredendo lentamente fino agli 85 anni, da quest'età la loro prevalenza cresce in maniera esponenziale (Broman et al., 2002).

Oltre all'invecchiamento fisiologico, certe malattie possono indurre un declino visivo, ad esempio la cataratta, il glaucoma, la degenerazione maculare (Broman et al., 2002).

Risulta quindi chiaro come la diminuzione della visione possa andare ad incidere sul rischio di caduta. Nello studio effettuato da Attebo, BOptom, Cumming, & Mitchell (1998) è risultato che i problemi visivi maggiormente responsabili di provocare cadute sono l'acuità visiva e la sensibilità al contrasto, problemi facilmente risolvibili con degli occhiali. È quindi consigliabile effettuare delle visite regolari presso un medico oculista.

Da ricordare è anche il rischio correlato al portare occhiali con lenti multifocali, in quanto anche solo l'alzare lo sguardo mentre si cammina può creare degli artefatti visivi e far mettere un piede in fallo.

Alterazione della mobilità e dell'equilibrio

I muscoli rappresentano il 40% della nostra massa corporea. È stato dimostrato che la massa muscolare diminuisce nel corso dell'invecchiamento fino anche a diventare solo il 30% della massa corporea (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009). È chiaro che questa diminuzione di massa muscolare si associa a una riduzione della forza e della potenza muscolare. Si stima che passati i 65 anni la forza degli arti inferiori diminuisca del 1.5% ogni anno e la potenza muscolare (cioè il prodotto tra la forza e la velocità di contrazione) addirittura del 3.5% annuo (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009).

Inoltre, a livello osseo, i principali effetti dell'invecchiamento si associano a una proiezione anteriore della testa e una flessione degli arti inferiori con una riduzione dell'ampiezza articolare; l'insieme associato di questi aspetti porta a uno spostamento all'indietro del centro di gravità del corpo e a un aumento delle oscillazioni del corpo

(Société française de gériatrie et gérontologie, 2009). Le cause associate maggiormente a queste anomalie a livello osseo sono soprattutto da associare alle conseguenze dell'artrosi e dell'osteoporosi (Benatti et al., 2015).

Sull'alterazione della mobilità è molto importante anche il tema dell'osteoporosi, malattia che colpisce maggiormente le donne (il 23% dopo i 40 anni) rispetto agli uomini (il 14% dopo i 60 anni) (Nebuloni, Sholtis Brunner, Smeltzer, & Smith Suddarth, 2010); infatti non solo questa malattia può essere causa di anomalie ossee che aumentano il rischio di cadere, ma aumenta anche il rischio di frattura in caso di caduta vista la debolezza strutturale dell'osso.

Compensi ai disturbi dell'equilibrio

Spesso individui con scarso equilibrio utilizzano comportamenti motori adattativi, che sono interpretabili come un tentativo del sistema nervoso centrale di trovare strategie alternative per garantire la stabilità (Baccini, Bernabei, Marchionni, & Paci, 2011). Di seguito vengono descritti i comportamenti più comunemente osservati (Baccini et al., 2011):

- **Allargare la base d'appoggio:** Viene ottenuto in posizione seduta o in piedi distanziando le gambe e, talvolta, ruotando esternamente un arto o entrambi. Il soggetto può camminare con i piedi maggiormente distanziati e, da fermo, compiere un passo prematuramente nel tentativo di girarsi a guardare o raggiungere un oggetto, per evitare di compiere un movimento che lo porti troppo vicino ai limiti di stabilità.
- **Usare le mani come supporto:** la persona si sostiene a un oggetto stabile oppure si aggrappa a una persona. Questa strategia, che è incoraggiata dall'uso di un ausilio per il cammino, cambia l'attivazione muscolare e i movimenti negli arti inferiori e nel tronco.
- **Spostare il carico sulla gamba meno colpita:** è un compenso frequente in posizione eretta e influenza il cammino in termini di spazio e tempo. Può essere dovuto al dolore provocato dal carico su un arto oppure alla paura che l'arto possa cedere sotto il carico.
- **Irrigidire il corpo:** è un adattamento comune in ogni individuo che abbia paura di sbilanciarsi o uno scarso controllo sui muscoli che si attivano per effettuare la camminata. Mantenere rigido il corpo, tuttavia, limita l'escursione del movimento, quindi irrigidirsi può essere utile per ridurre le oscillazioni del baricentro ma è una strategia spesso inefficace per il recupero dell'equilibrio.
- **Evitare il rischio:** le persone possono evitare o limitare le attività che mettono a rischio l'equilibrio, mantenendo una posizione tale da evitare di portare la massa corporea troppo vicina ai limiti di stabilità. Alcuni soggetti, nel timore di perdere l'equilibrio, tendono ad evitare molte attività della vita quotidiana e rischiano, quindi, di sviluppare danni secondari dovuti alla sedentarietà.

Per pianificare un intervento di riabilitazione appropriato è importante riconoscere la differenza tra i problemi primari di controllo posturale e i comportamenti adattativi secondari, i quali non sono altro che il modo in cui il soggetto cerca di superare la limitazione del controllo motorio.

Declino cognitivo

Sia la marcia che i trasferimenti tra la posizione seduta e quella in piedi sono degli atti motori automatizzati e controllati sono controllati essenzialmente a livello sottocorticale. Quindi numerose osservazioni presso le persone anziane che presentano un declino cognitivo, sia esso a di tipo demenziale o non, rivelano la presenza di perturbazioni della marcia e/o dell'equilibrio direttamente legate al grado di funzioni cognitive rimanenti (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009). Quindi il fattore più sovente identificato nei pazienti con una demenza è un'instabilità posturale osservabile durante la marcia o gli spostamenti; questa instabilità dipende anche dal tipo di demenza diagnosticata, infatti ai diversi tipi di demenza sono associati diverse anomalie neurologiche (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009).

Bisogna quindi tenere conto che (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009):

- L'incidenza delle cadute nelle persone affette da demenza è due/tre volte maggiore rispetto a persone della stessa età che non presentano un declino cognitivo patologico;
- Il rischio di caduta aumenta all'aumentare del grado di severità della demenza;
- La demenza, anche solo a uno stadio iniziale, è un fattore di rischio di caduta.

Depressione

Un umore depresso si accompagna generalmente a un rallentamento motorio che fa parte della sintomatologia stessa della depressione, infatti uno dei criteri del DSM-V per la classificazione della depressione è proprio il rallentamento motorio. Queste modificazioni psicomotorie comprendono la mimica facciale e la marcia, la loro presenza è direttamente associata alla gravità dei sintomi depressivi (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009). La persona depressa ha una velocità di marcia più lenta e una lunghezza del passo più corta il che può portare a un rischio maggiore di caduta.

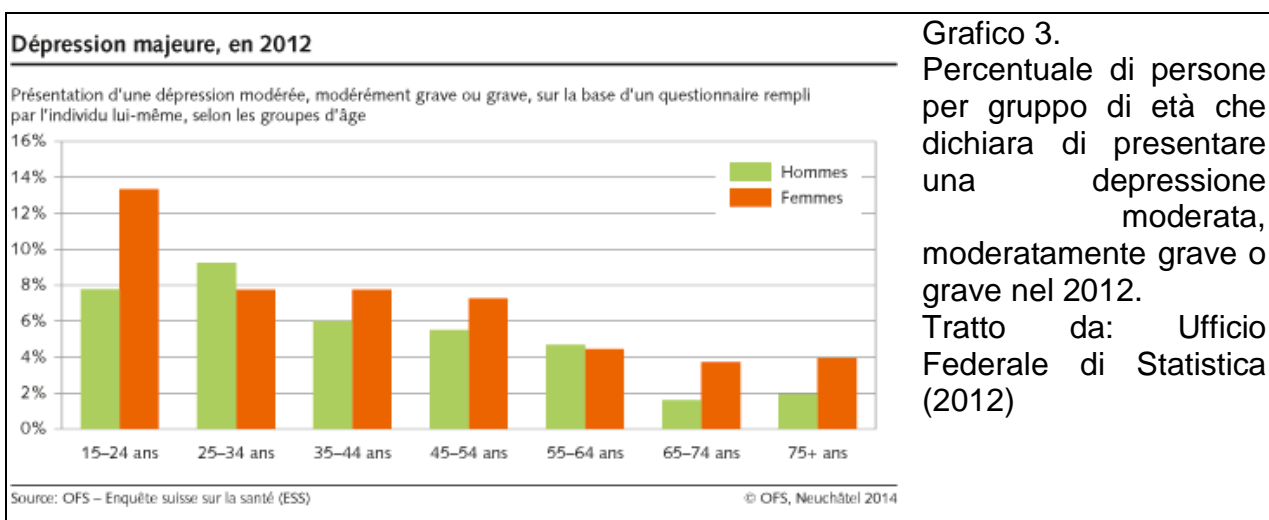


Grafico 3.
Percentuale di persone per gruppo di età che dichiara di presentare una depressione moderata, moderatamente grave o grave nel 2012.
Tratto da: Ufficio Federale di Statistica (2012)

Nel 2012 secondo un'inchiesta dell'Ufficio Federale di Statistica in media il 6% della popolazione intervistata ha dichiarato di soffrire di depressione, mediamente più le donne (7%) e i giovani (10%) che gli uomini (6%) e gli anziani (3%). Come si vede nel

Prevenzione efficace delle cadute a domicilio: come migliorare la comunicazione tra curante e paziente.

grafico 3 negli anziani oltre i 75 anni il 4% delle donne dichiara di presentare una depressione, il 2% gli uomini. Bisogna però tenere conto del fatto che la depressione nell'anziano sia molto sotto diagnosticata, infatti quando la depressione e malattie interniste che coesistono, come spesso succede, la negligenza nell'affrontare la depressione può ritardare anche la guarigione fisica (Nebuloni et al., 2010).

È possibile anche che una persona colpita da depressione possa ricorrere, tramite prescrizione psichiatrica, a degli antidepressivi. È utile quindi ricordare ancora una volta come sia provato che quest'ultimi concorrano anch'essi all'aumento del rischio di caduta della persona che li assume.

Dolore

Il dolore è un concetto difficilmente definibile e, soprattutto, poco quantificabile (Zanetti, 2003). La definizione data dalla International Association for the Study of Pain (IASP) ha fornito la seguente definizione di dolore: "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad attuale o potenziale danno tissutale"; anche se la IASP contempla un certo grado di obiettività collegando l'esperienza a un danno tissutale, dalla definizione emerge come il dolore sia sempre un fattore soggettivo (Zanetti, 2003). Anche il dizionario Treccani definisce il dolore come "Qualunque sensazione soggettiva di sofferenza provocata da un male fisico". Entro certi limiti è soggettiva anche la tolleranza al dolore: alcuni riescono a sopportare disagi anche di un certo rilievo, mentre molti non tollerano il minimo dolore. Il dolore è quindi il più soggettivo tra i sintomi, il più influenzato da infinite variabili psichiche, somatiche, culturali, sociali, ambientali, ...

"Il dolore è probabilmente la ragione più comune che porta le persone a richiedere assistenza a vari livelli, perché è considerato da tutti il campanello d'allarme, l'inizio di qualcosa che non va" (Zanetti, 2003).

Alcuni studi condotti negli Stati Uniti d'America stimano che la prevalenza del dolore cronico è due volte superiore nelle persone con più di sessant'anni e che il 25 - 50% delle persone anziane residenti al domicilio e il 45 - 80% dei soggetti anziani istituzionalizzati soffrono di dolore cronico (Zanetti, 2003).

È comprensibile come la valutazione e la palliazione di questo fattore possa essere di vitale importanza sia per quanto riguarda il rischio di caduta, sia per la valutazione in caso dell'avvenimento di una caduta. Infatti il dolore può essere un'importante fattore che può causare immobilità, deambulazione precaria e limitazione delle attività con la conseguente diminuzione delle capacità motorie.

È utile ricordare come anche un utilizzo improprio di analgesici (in particolare oppioidi) possa aumentare ulteriormente il rischio di caduta.

Consumo di alcool

Nonostante il rischio di caduta correlato al consumo di bevande alcoliche risulti piuttosto ovvio, è utile citarlo, anche solo brevemente. Sono da tutti conosciuti gli effetti inebrianti delle sostanze alcoliche e l'effetto che hanno sul sistema nervoso centrale e sull'equilibrio; è quindi chiaro come un consumo anche minimo da parte di una persona anziana ne aumenti considerevolmente il rischio di caduta. Da notare è anche il fatto che il consumo di alcolici sia socialmente accettato, addirittura a volte velatamente obbligato, ad esempio nel caso di una serata al bar dove chi non beve può essere visto male dal gruppo. Il Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (2005) consiglia di valutare sempre, in caso di presenza di consumo di alcolici seguenti parametri:

- La quantità di alcol consumata abitualmente,
- La frequenza del consumo,
- La presenza di una controindicazione al bere alcolici (farmaci, denutrizione),
- La presenza di uno stato depressivo,
- In caso di una caduta precedente, la presenza di alcol al momento della stessa.

È importante ricordare come sotto il consumo di alcolici possa soggiacere una depressione non rilevata, inoltre il rischio di caduta aumenta alla presenza di controindicazioni al consumo di alcolici. Oltre a ciò sono da tenere in conto anche eventuali effetti indesiderati in correlazione alla terapia farmacologica assunta dalla persona.

Rischio domestico

Non sono solo le condizioni di salute della persona anziana a determinare un rischio caduta, ma anche il tipo di abitazione, l'arredo e la sua dotazione di ausili per la mobilitazione.

Fattori estrinseci particolarmente importanti nell'influenzare il rischio di caduta a domicilio sono (Associazione PIPA, 2013):

- Tappeti: i tappeti possono essere una causa importante di caduta in quanto se non fissati bene durante il cammino si possono spostare causando uno spessore imprevisto e quindi una caduta;
- Cavi elettrici: cavi elettrici per terra possono essere causa di cadute;
- Pavimenti scivolosi: ad esempio in bagno con presenza di acqua o urina (in caso di incontinenza), in presenza di resti alimentari, ... ;
- Scalini: ad esempio scalini alti, stretti, danneggiati, scale senza corrimano o con presenza di oggetti;
- Porte: ad esempio porte pesanti, con molla per richiudersi, con soglia alta;
- Illuminazione: un'illuminazione troppo debole o assente, interruttore lontano o difficile da raggiungere, forte variazione d'intensità della luce passando da uno spazio abitativo all'altro, riflessi sui pavimenti, ... ;
- Letto: se il letto è troppo basso può causare difficoltà sia nell'atto della seduta che dell'alzata, se troppo alto può esserci il rischio di scivolare quando si scende;
- Sedie, poltrone, divani: ad esempio se troppo basse, troppo alte, senza braccioli, ...;

Prevenzione efficace delle cadute a domicilio: come migliorare la comunicazione tra curante e paziente.

- WC: troppo basso, senza maniglie per rialzarsi;
- Vasca da bagno: fattori di rischio possono essere l'altezza, il fondo scivoloso, l'assenza di maniglie;
- Scaffali troppo alti o bassi: per esempio se la persona usa scalini o sedie per raggiungere un ripiano, oppure nell'abbassarsi può dare sintomi da ipotensione ortostatica che possono causare perdita di equilibrio;
- Giardino: pavimentazione irregolare, utensili abbandonati, scalini senza appoggio, terreno scosceso, ...;
- Scarpe inadatte: ad esempio ciabatte con tallone non mantenuto, consumate, troppo grandi, camminare in calze, ...;
- Abbigliamento: limitante i movimenti, troppo largo a rischio di inciampare, ...
- Animali domestici: se per esempio è libero di camminare per l'abitazione, resti di cibo per terra, ...;
- Abitudini sbagliate: come correre per rispondere al telefono, lasciarsi cadere per sedersi, ...;
- Ausili per la deambulazione usati incorrettamente: ad esempio il bastone tra le gambe, girello non frenato, scorretta altezza dell'ausilio, ...

L'ambiente deve essere adattato alle capacità della persona; ambienti troppo esigenti e ambienti troppo poco stimolanti sono dannosi allo stesso modo (Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005).

Interventi di prevenzione del rischio caduta

L'infermiere gioca un ruolo importante rispetto alla prevenzione del rischio di caduta: egli non solo può e deve cercare di intervenire nei campi che gli competono ma ha anche il compito di coordinare tutte le figure sanitarie che ruotano attorno al paziente per focalizzare l'obiettivo: prevenire le cadute. Questo vale sia in interventi di prevenzione su una popolazione sia in interventi su un singolo paziente. Di seguito viene fatta una breve spiegazione rispetto ai tipi di interventi possibili e alla loro classificazione.

Secondo la revisione di letteratura di Campbell & Robertson (2006), si possono distinguere quattro tipi di interventi di prevenzione del rischio di caduta:

- **Fattore singolo e intervento singolo:** in questo tipo di intervento, le cadute che risultano da un singolo fattore sono trattate con un intervento singolo e specifico. Ad esempio il trattamento di cadute sincopali con la posa di un pace-maker cardiaco.
- **Fattori multipli e interventi sistemici:** in questo caso un gruppo di popolazione che cade per cause multiple e diverse tra di loro viene analizzato e trattato nello stesso modo. Ad esempio se a tutte le persone che si annunciano al pronto soccorso per una caduta viene fatto un assessment individuale della caduta tramite un sistema di assessment cadute ed in seguito viene trattato utilizzando risorse ospedaliere o di comunità.
- **Fattori multipli e interventi specifici:** In questo caso vengono utilizzati una varietà di interventi chiaramente definiti, in combinazione l'uno con l'altro. Un esempio è intervenire su tutti i pazienti a rischio con: esercizi per la forza e l'equilibrio, riduzione della farmacoterapia sia psicotropa che non, riduzione dei pericoli ambientali, correzione dell'ipotensione ortostatica, insegnamenti per quanto riguarda i transfer. Esistono molti programmi di intervento multifattoriali che vengono utilizzati con successo in case anziani.
- **Fattori multipli e interventi singoli:** nonostante la maggior parte delle cadute avvenga a causa di multipli fattori eziologici, concentrarsi su un singolo fattore di rischio tra i più importanti può comunque essere molto efficace. Interventi singoli con esito positivo includono soprattutto l'allenamento di forza ed equilibrio e la riduzione della terapia farmacologica psicotropa. Programmi con interventi singoli possono anche identificare i componenti più importanti per lo sviluppo di programmi multifattoriali di salute pubblica per la prevenzione delle cadute.

Si può quindi intuire che esistono importanti differenze tra programmi di prevenzione delle cadute sviluppate per singoli individui e programmi sviluppati per la popolazione.

Programmi di prevenzione personali sono sviluppati individualmente in modo da raggiungere il massimo beneficio, sono basati su diagnosi, possono richiedere più professionisti (medici, infermieri, fisioterapisti, ergoterapisti,...), ma possono raggiungere solo una piccola porzione di popolazione. Nei programmi individuali ha senso identificare tutti i fattori che contribuiscono ad aumentare il rischio di caduta e di modificare ciò in cui è possibile intervenire (Campbell & Robertson, 2006).

Al contrario, programmi di prevenzione nella salute pubblica identificano popolazioni bersaglio, tendono ad utilizzare professionisti multi-qualificati, sono basati su dei protocolli e raggiungono un maggior numero di persone con un costo individuale minore (Campbell & Robertson, 2006). Per determinare gli interventi per una strategia

nell'ambito della prevenzione delle cadute in salute pubblica è importante, comunque, valutare: i costi, la popolazione con la maggiore probabilità a beneficiarne e l'accettazione pubblica (Campbell & Robertson, 2006).

Siccome la maggior parte delle cadute a domicilio ha un'origine multifattoriale, sarebbe chiaro, in teoria, che i programmi di salute pubblica dovrebbero avere degli interventi multifattoriali. Tuttavia nel loro studio, Campbell & Robertson (2006), hanno notato che il beneficio di un intervento monofattoriale è maggiore rispetto a quello di un intervento multifattoriale. Questo è dovuto probabilmente al fatto che la comprensione, l'aderenza e la partecipazione a lungo termine al programma potrebbe essere minore quando le richieste ai partecipanti sono maggiori. Inoltre più interventi possono significare più effetti collaterali e i costi sia in termini di tempo che di denaro sono molto maggiori rispetto ad un intervento monofattoriale.

Secondo la Société française de gériatrie et gérontologie (2009), per le persone anziane che vivono al domicilio gli interventi **a lungo termine** riconosciuti più efficaci sono:

- la pratica regolare della camminata, non viene precisato il numero di ore esatte;
- l'utilizzo di un aiuto tecnico per la marcia adattato al problema motorio della persona;
- la pratica di esercizi fisici centrati sul lavoro dell'equilibrio posturale;
- la revisione se possibile della prescrizione di medicinali, soprattutto nel caso in cui la persona prenda più di quattro medicinali al giorno e/o degli psicotropi;
- la modifica dell'ambiente;
- la correzione di un fattore di rischio di caduta precipitante, nel caso in cui esso sia trattabile. Ad esempio l'ipotensione ortostatica, la correzione di problemi visivi o il trattamento di alcuni problemi del ritmo cardiaco tramite la posa di uno stimolatore.

Di seguito verranno trattati alcuni interventi **a corto termine** facilmente attuabili in ambito di prevenzione nei soggetti a rischio di caduta.

Modifica dell'ambiente

Non sono solo le condizioni di salute della persona anziana a determinare le situazioni che facilitano le cadute, ma anche la struttura del domicilio, il suo livello di dotazione infrastrutturale e di arredo (Brigoni et al., 2009). Brigoni et al. (2009) riferiscono che la presenza di un ambiente abitativo non sicuro è in grado di aumentare del 50% circa il rischio di cadute in casa. È efficace fornire una valutazione degli aspetti strutturali attraverso l'esecuzione di visite domiciliari associate a interventi informativo/educativi e alla fornitura di dispositivi di sicurezza, come spie antincendio, strisce antiscivolo, maniglioni soprattutto ad anziani con una precedente storia di cadute (Brigoni et al., 2009). Una combinazione di consigli, interventi educativi mirati all'aumento della fiducia e della consapevolezza dei rischi, l'eventuale modifica di alcune caratteristiche degli ambienti risultano essere nell'insieme, interventi efficaci (Brigoni et al., 2009).

L'Associazione PIPA (2013) fornisce agli operatori sanitari una check-list di controllo ostacoli ambientali che prende in considerazione tutti gli aspetti che potrebbero essere causa di caduta a domicilio. In questo modo, gli operatori, compilandola, possono

rendersi conto dei potenziali pericoli e possono proporre degli accorgimenti. A questo proposito sempre l'Associazione PIPA (2013) fornisce anche delle tabelle contenenti consigli pratici nella riduzione dei fattori estrinseci a domicilio molto utili e complete.

Portare calzature adatte

I piedi sono l'unica zona di contatto del corpo con il suolo, essi hanno quindi un ruolo importante nel mantenimento di un equilibrio stabile. Perciò le anomalie dei piedi e le caratteristiche delle calzature sono dei parametri che possono influenzare il meccanismo della caduta (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009).

Le deformazioni delle dita dei piedi come l'alluce valgo, le zone di ipercheratosi come i duroni e i calli così come le anomalie delle unghie e i dolori sono molto frequenti nella persona anziana con una prevalenza che oltrepassa l'80% (Menz & Lord, 2001). Tutte queste problematiche possono essere all'origine di diversi problemi motori che espongono a un rischio di caduta aumentato come dei disequilibri posturali e delle difficoltà per il transfert e la marcia (Menz, Morris, & Lord, 2005).

È stato dimostrato anche come le caratteristiche delle calzature possono intervenire nel meccanismo della caduta. Un tallone alto e stretto, una suola liscia e un'apertura sul dietro della scarpa sono state associate a un rischio maggiore di caduta comparate a scarpe con le caratteristiche inverse (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009). Si consiglia quindi di portare calzature con tallone basso e largo, soles fini e non sdruciolevoli, un bordo alto e una chiusura posteriore per ridurre il rischio di caduta nelle persone anziane (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009).

Protettori delle anche

Risulta ovvio come questo intervento non sia rivolto alla prevenzione stessa delle cadute, ma piuttosto a quella di ridurre il rischio di frattura in caso di caduta. Questo intervento viene consigliato visto anche il fatto che oltre il 90% delle fratture del femore sono causate da cadute, e che la maggioranza degli anziani dopo una frattura non recupera lo stesso livello di mobilità che aveva prima (Scott et al., 2008). È provato come questi protettori delle anche riducano il tasso di frattura del femore, abbiamo dati soprattutto provenienti da istituti per anziani (Société française de gériatrie et gérontologie, 2009). Tuttavia è difficile far accettare alle persone il fatto di utilizzare questi protettori, infatti essi risultano scomodi, poco pratici e possono anche causare irritazione della pelle.

Presidi per l'incontinenza

Sebbene non esistano studi che confermino l'associazione tra incontinenza e cadute, la frequenza e l'urgenza minzionale, molto comuni tra le persone anziane, possono essere un fattore di rischio di caduta in quanto è possibile scivolare se il pavimento è bagnato di urina, oppure la fretta di recarsi in bagno può portare a una caduta (Scott et al., 2008). È necessario identificare i fattori e i sintomi associati all'incontinenza e promuovere l'educazione alle persone anziane nella ricerca di un aiuto da parte di professionisti della salute per avere una buona gestione dell'incontinenza (Scott et al.,

2008). Nonostante spesso sia difficile accettare l'utilizzo di presidi per l'incontinenza (come ad esempio pannolini) da parte delle persone anziane, questi strumenti risultano utili non solo nella gestione del problema stesso ma anche nella diminuzione del rischio di caduta.

Vitamina D e rischio di caduta

La vitamina D è essenziale per l'assorbimento di calcio e fosforo nel tratto gastrointestinale. Una sua mancanza provoca l'insufficiente apporto di calcio ai tessuti e alle ossa, causandone un indebolimento. Un utilizzo difettoso del calcio da parte delle ossa può portare a osteomalacia (fragilità ossea) negli adulti e può causare una perdita di tono muscolare (Tortora & Derrickson, 2011).

Lo studio di Chapuy et al. (1992) sulla sostituzione di Vitamina D associata all'assunzione di calcio mostra una riduzione significativa non solo del tasso di fratture ma anche di quello delle cadute. Oltre all'effetto antifrattura della vitamina D (Bischoff-Ferrari et al., 2004), più studi hanno mostrato come la sua sostituzione nei pazienti anziani con una carenza permetta una riduzione importante non solo del numero di cadute in un individuo singolo ma ha anche un effetto sulla riduzione del numero di persone che cadono, con un tasso di riduzione vicino al 50% (Bischoff-Ferrari et al., 2004).

Il vissuto dei pazienti

In questa sezione verranno analizzate le interviste fatte, tentando di dare delle risposte il più complete possibili alle domande di ricerca. Nonostante il campione di persone utilizzato sia limitato a cinque, è molto interessante riuscire a comprendere qualcosa in più rispetto al vissuto degli anziani a rischio caduta al domicilio.

Di seguito l'analisi delle interviste verrà divisa secondo le sotto-domande di ricerca elencate di seguito:

- Quali fattori fanno in modo che i pazienti siano propensi, oppure non lo siano, ad accettare e seguire i consigli dati loro nell'ambito della prevenzione delle cadute?
- Le informazioni date sono sufficienti o necessiterebbero anche di una diversa via di comunicazione oltre a quella orale?
- Come viene vissuta l'introduzione e l'utilizzo del tablet da parte dei pazienti?

Seguire o non seguire i consigli dati?

Nelle osservazioni fatte ho potuto distinguere due tipi di approccio al problema del rischio di cadute: alcune persone, resesi conto del loro problema alla mobilitazione hanno seguito tutti i consigli dati loro dagli operatori sanitari come ad esempio rimuovere i tappeti da casa, mettere delle maniglie in bagno, utilizzare degli ausili per il cammino, calzare scarpe adatte, ... Altre persone, invece, sebbene siano consapevoli dei rischi che corrono non sono propensi a effettuare questi cambiamenti, oppure ne effettuano solo alcuni (a volte con poca costanza, ad esempio utilizzare le stampelle solo sporadicamente). Perciò mi sono chiesto quali fossero gli elementi che fanno in modo che le persone a rischio di caduta siano propensi oppure no ad accettare e seguire i consigli dati loro nell'ottica di una prevenzione.

Per quanto riguarda le persone che hanno accettato e seguito i consigli dati loro, ho notato come sia stata per loro uno stimolo in questo senso il fatto stesso di essere cadute. Avendo visto di persona le cause e gli effetti di una caduta (con a volte anche un'ospedalizzazione) si rendono conto in maniera brusca ma efficace dei loro limiti e fanno di tutto per non oltrepassarli, accogliendo volentieri i consigli del personale sanitario. Spesso, chiedendo loro come mai avessero seguito alla lettera i consigli dati loro, mi sono sentito rispondere che, avendo visto le cause delle cadute precedenti (ostacoli in casa, bagni scivolosi, ...), hanno voluto ovviare a questi problemi e, vedendone altri possibili hanno preferito eliminarli prima che potessero diventare un problema.

In alcuni casi di persone che avevano seguito i consigli ho provato a chiedere cosa pensassero delle persone che, pur avendo un rischio di caduta come loro, non seguivano i consigli forniti loro in un'ottica di prevenzione. Ho ricevuto risposte stupite, queste persone non riuscivano a capacitarsi del perché una persona che veda questo rischio non faccia nulla per almeno arginarlo. Mi sono sentito rispondere anche: "si vede che loro non sono mai caduti", ricevendo una reazione di incredulità ancora maggiore nel sentir dire che tutte le persone che avevo intervistato erano già cadute almeno una volta.

Da questi dati si può comprendere come siano molto importanti due fattori: il modo in cui la persona vive il proprio rischio di caduta e le esperienze di cadute in passato. Questo è importante per poter avere una coscienza dei propri limiti, anche se questo

può dover dire doverli oltrepassare almeno una volta. È probabile anche la coscienza (o addirittura la paura) del rischio sia correlata anche alla gravità delle conseguenze delle cadute passate, tuttavia questo legame necessiterebbe uno studio più approfondito. Ho solamente notato come le persone che si rendono più attente avessero avuto conseguenze più importanti e ospedalizzazioni più lunghe rispetto alle persone che temono meno il rischio di cadere.

Per quanto riguarda la categoria di persone che non hanno messo in pratica i consigli forniti oppure che lo hanno fatto solo in parte mi è risultato più difficile arrivare a delle conclusioni. Ho notato prima di tutto come queste persone fossero molto legate all'ambiente del loro domicilio, una intervistata, ad esempio, non voleva assolutamente rimuovere nessuno dei tappeti in casa sua (ne ho contati sei solo nel percorso salotto - bagno) in quanto secondo lei l'abitazione risulterebbe vuota se non ci fossero. Oppure un altro intervistato, il quale aveva tentato di mettere un letto per sé in una stanza al piano inferiore della casa (casa con moltissimi scalini), ma ci aveva passato solo una notte, in quanto ha riferito di non riuscire a chiudere occhio se non fosse stato nella sua camera. Un esempio calzante che rispecchia una realtà più grande viene descritto da Franco La Cecla (2000) nel libro "perdersi, l'uomo senza ambiente", dove descrive dei nuovi quartieri di Londra i quali, sebbene non fossero ancora completati, erano già vittima di vandalismi soprattutto nei luoghi destinati alla socializzazione; mentre ai margini di questi quartieri si ergeva un ammasso di copertoni, legna e corde che, assemblati in cataste, scale e torri dai giovani del posto, costituivano il luogo più vissuto e affollato. "Abitare è una facoltà umana. È, cioè una abilità acquisita, costruita su di una predisposizione biologica, (l'essere fisicamente presenti in un luogo) ma elaborata culturalmente, quindi condivisa con una società" (La Cecla, 2000). È quindi possibile che queste persone, chiedendo loro di modificare l'ambiente in cui vivono, possano non più sentirsi a casa loro. Un'intervistata mi ha risposto che se dovesse fare tutte queste modifiche in casa (modifiche che a me non parevano di grande entità: rimuovere i tappeti e mettere delle maniglie in bagno) non sarebbe più a casa sua e quindi, a quel punto, sarebbe meglio andare in casa anziani. Questo rende attenti sul fatto di come anche solo delle piccole modifiche possono essere dei grandi fattori di stress per una persona che ha magari vissuto in quel posto tutta o buona parte della sua vita. I pazienti che hanno suscitato questi fattori, infatti, vivevano tutti in quello stesso domicilio da più tempo rispetto ai pazienti che avevano modificato il proprio ambiente seguendo i consigli.

Un fattore molto interessante è uscito dal fatto che una persona intervistata, alla quale era stato proposto di spostare il letto al piano inferiore della casa, abbia citato un suo conoscente, nonché altra persona intervistata da me, raccontando come egli avesse spostato il letto ma che la cosa durò solo un giorno e che quindi, non avendo funzionato per lui, non vedeva come la cosa potesse funzionare per sé. Questo fa comprendere come anche il vissuto di persone vicine e di conoscenti possa essere un fattore importante che può influenzare la decisione di seguire oppure no i consigli forniti dagli operatori della salute. Per ricollegare al fattore "modifica dell'ambiente" è utile notare come questa persona avesse comunque effettuato alcune modifiche a casa sua, ad esempio cambiando il proprio letto con uno elettrico e spostando alcuni piccoli mobili dal corridoio ma che egli non avesse alcuna intenzione di spostare il letto dal luogo dove aveva sempre dormito in quella casa.

È importante capire anche la difficoltà nel seguire questi consigli da parte delle persone con deficit cognitivi, per loro è infatti impossibile (a dipendenza del grado di deficit) imparare ad esempio ad usare degli ausili alla marcia oppure risulta difficile anche il semplice fatto di rendersi conto della loro difficoltà motoria effettiva. Difficoltosa risulta

anche per i caregivers di queste persone il far accettare alcuni consigli, ad esempio quello di fare movimento durante la giornata (come eseguire dieci minuti di cyclette o di camminata al giorno). Infatti mentre una persona cognitivamente integra può comprendere i benefici di questa pratica e vedere dei progressi in sé stessa col passare delle settimane, una persona con declino cognitivo potrebbe non comprenderne l'utilità e tendere a non seguire il consiglio. È quindi auspicabile, con queste persone in presenza di un rischio di caduta, agire sui fattori modificabili come l'ambiente e garantire ove possibile una presenza costante del caregiver.

Da notare è, però, il fatto che tutti gli intervistati tranne uno (che però ha la presenza costante della moglie) portassero il teleallarm, dispositivo che si porta come un braccialetto il quale ha un pulsante che può essere premuto dalla persona in caso di bisogno; questo congegno è collegato con il telefono e chiama automaticamente dei numeri predisposti, in caso il problema sia grave può chiamare direttamente l'ambulanza. È chiaro come il teleallarm non sia un mezzo di prevenzione delle cadute, ma può essere un buon metodo per ridurre le conseguenze di una caduta e della permanenza a terra, oltre a quelle di un malore. Questo può indicarci come tutte le persone intervistate siano comunque consapevoli di avere un'età in cui da un momento all'altro si può necessitare di un aiuto.

Come fornire le informazioni?

Durante le osservazioni ho notato come la fase di informazione rispetto alla prevenzione del rischio di caduta fosse molto ricca di concetti e consigli. Tutto veniva detto a voce, solamente rispetto ad alcuni presidi (come le strisce antiscivolo per gli scalini, le mutande para-anche, strisce per incollare i tappeti a terra) venivano mostrati oppure indicati su di un opuscolo. Mi sono chiesto quanto di tutte quelle informazioni date rimanevano realmente al paziente, cosa si sarebbe ricordato nei giorni a venire? Parlando con l'infermiere di questi miei dubbi mi ha risposto dicendomi che delle cose che lui dice ai pazienti sono al corrente tutte le figure professionali che effettuano la presa a carico, e che queste stesse informazioni vengono ripetute ed eventualmente messe in atto a più riprese da ognuno di essi.

Durante le interviste ho chiesto ad alcune persone se si ricordassero i consigli dati dall'infermiere: certe persone se ne ricordavano alcuni (non pretendevo che ricordassero per filo e per segno tutto ciò che era stato detto loro), altre dicevano inizialmente di non ricordarsi ma poi ripetendo alcuni dei consigli veniva loro in mente l'argomento e ne sapevano citare alcuni. È anche capitato che alcune persone mi elencassero i motivi per il quale avessero o non avessero seguito i consigli. Ho inteso questa voglia di esprimersi riguardo al tema non come una giustificazione rispetto a cosa avessero o non avessero fatto, piuttosto invece come un interesse nei confronti del tema. Per fare in modo che ricordassero le informazioni che erano state date loro ho cercato di riportarli al momento della mia prima osservazione presso il loro domicilio rammentando loro cosa fosse successo e alcuni momenti passati in quella situazione; il tutto con l'aiuto anche degli appunti che avevo preso.

Tutti hanno ritenuto le informazioni date come più che sufficienti per comprendere il tema e tutti hanno confermato che questi concetti vengono più volte ribaditi da tutti gli operatori di cura che passano al loro domicilio; insistendo magari su quelli ritenuti più importanti. È risultato utile a tutti il fatto che vengano spesso riproposti i temi sulla prevenzione del rischio, solamente in un caso è risultato che questa pratica possa essere leggermente fastidiosa, tuttavia comprendendo che venga fatta nell'ottica della

protezione del paziente. Un tema importante risulta quindi essere: come ripetere le informazioni? Dalle interviste fatte è risultato utile che tutte le figure che passano a domicilio ribadiscano alcuni concetti più importanti, tuttavia insistere troppo potrebbe risultare controproducente dare origine a una reticenza da parte del paziente. Dare le informazioni fornendo degli esempi pratici ha suscitato, nelle interviste, una risposta maggiormente positiva e ha aiutato a fissare nella mente dei pazienti i concetti chiave. È comunque importante tenere conto della soggettività delle persone, ad esempio in caso di sordità parlare più forte, oppure in caso di deficit cognitivi dare le informazioni anche in presenza del caregiver.

È da calcolare inoltre il fatto che il mio ruolo potesse risultare un po' scomodo, infatti mi sono intromesso in un rapporto infermiere-paziente che in tutti e cinque i casi durava da mesi, alcuni addirittura anni. È quindi chiaramente possibile che il rapporto di fiducia tra di loro sia molto forte e che mi siano state date delle risposte che in qualche modo tutelassero il buon lavoro fatto dagli operatori. È comunque possibile anche che nessuno avesse al momento della domanda delle proposte di miglioramento in merito alla comunicazione nell'ambito del tema trattato.

In alcuni casi ho domandato se fosse risultato utile che l'infermiere consegnasse qualcosa di scritto (ad esempio un opuscolo o un fascicolo) con tutti i consigli che aveva dato a voce durante il colloquio. La risposta "non è necessario, ma se mi viene lasciato qualcosa lo leggo" riassume in un certo qual modo tutte le risposte ricevute. Le persone non lo ritengono così necessario, ma il fatto di lasciare qualcosa di scritto può essere utile per lasciare una traccia di ciò che si è detto, traccia che può essere sempre recuperata dalla persona per dare un'occhiata. Trovo che, anche se non sia sentita necessaria dai pazienti, lasciare qualcosa di scritto come un opuscolo possa essere un valido mezzo in più (oltretutto a basso costo) per aumentare la consapevolezza del rischio e quindi prevenirlo.

Un buon mezzo cartaceo è costituito, ad esempio, da delle tabelle create dall'Associazione PIPA (2013) dove sono presenti tutti i consigli sulle modifiche dell'ambiente domiciliare da mettere in atto per prevenire il rischio estrinseco di caduta, oltre a proporre dei materiali utilizzabili e fornire le indicazioni su dove acquistarli (ad esempio il nastro antiscivolo per scalini). Queste tabelle risultano molto (anche troppo) ricche di informazioni e forniscono elementi che riguardano soprattutto i fattori estrinseci, tralasciando però altre informazioni utili (ad esempio come comportarsi in caso di ipotensione ortostatica, ...).

Esiste anche un opuscolo informativo sulla prevenzione delle cadute sempre a cura dell'Associazione PIPA (2003), molto essenziale e ben fatto dove sono presenti informazioni e consigli utili chiamato: "Prevenire le cadute. Invecchiare in armonia, una questione di equilibrio".

L'utilizzo del tablet nelle cure a domicilio

Premetto che la domanda sull'utilizzo del tablet mi è sorta a partire dalle osservazioni fatte, infatti ho notato come questo oggetto venisse usato molto, ad esempio per consultare le informazioni del paziente, per compilare l'assessment sul rischio delle cadute, per inserire dei dati. L'utilizzo del tablet da parte dell'infermiere ha preso diverso tempo nei momenti di osservazione effettuati; in due casi, a causa di problemi di connessione, sono stati persi tutti i dati che erano stati raccolti e scritti fino a quel momento, costringendo l'infermiere a riscrivere tutto da capo. Questa operazione è durata almeno cinque minuti in entrambi i casi. Inoltre tra una domanda e l'altra

l'infermiere doveva scrivere delle osservazioni che prendevano alcuni secondi, creando delle pause di attesa silenziosa.

A seguito di ciò mi sono chiesto come vivessero i pazienti l'utilizzo di questa tecnologia nell'ambito delle cure a domicilio e, in particolare, nell'assessment del rischio di caduta e come esso sia implicato nella comunicazione tra paziente e curante.

Ho posto la domanda "Come vive l'introduzione e l'utilizzo del tablet nelle cure a domicilio?" a tutti e cinque gli intervistati. In qualche modo mi sarei aspettato una sorta di avversione contro questa nuova tecnologia da parte degli anziani anche per il fatto che prendesse molto tempo durante le visite a domicilio, le quali dovrebbero essere dedicate interamente al paziente stesso.

Le risposte che ho ricevuto, invece, rispecchiano un rispetto per il lavoro dell'infermiere con qualsiasi mezzo egli debba utilizzare. Infatti in tutte le risposte è uscito il fatto che nel lavoro dell'infermiere a domicilio ci fosse anche la parte di compilazione delle informazioni sul tablet e che quindi fosse normale che egli scrivesse e che la cosa prendesse del tempo. Alla mia domanda hanno tutti risposto che l'introduzione del tablet non è risultato un problema e che, anche se tutti hanno notato come lo scrivere informazioni sul tablet richieda molto tempo, il suo utilizzo sia utile e giusto per poter avere a disposizione, condivise con anche gli altri operatori della salute, le informazioni necessarie ad erogare una presa a carico il più completa possibile.

Tentando di far ricordare agli intervistati, ai quali era capitato che il tablet perdesse i dati scritti e che l'infermiere dovesse riscriverli tutti utilizzando diversi minuti di tempo, come si fossero sentiti durante quel momento ho notato come essi addirittura fossero dispiaciuti per il fatto che l'operatore avesse dovuto fare il lavoro due volte. In un caso la moglie dell'intervistato sperava che il fatto che nel loro salotto non ci fosse molta connessione internet non fosse un problema per gli operatori delle cure a domicilio.

Quindi quello che a me era parso una possibile barriera alla comunicazione e un possibile fastidio per i pazienti, in realtà non suscita grandi complicazioni nel vissuto dei pazienti che ormai si sono abituati alla sua presenza quotidiana. Tutti hanno comunque notato come quest'oggetto venga utilizzato di frequente dagli operatori.

Conclusioni

Com'è possibile, quindi, migliorare la comunicazione tra curante e paziente nell'ambito della prevenzione delle cadute a domicilio?

I fattori che entrano in gioco nella comunicazione sono innumerevoli e soggettivi, non può quindi esistere un protocollo di approccio al paziente che presenta un rischio di caduta che possa fare in modo che chiunque accetti e metta in pratica gli atti di prevenzione proposti. Quello che l'operatore della salute può fare è fornire dei consigli facendo in modo che siano il più possibile comprensibili alla persona ed essere disponibili affinché venga fornitogli tutto l'aiuto necessario per poterli mettere in pratica. L'approccio comunicativo migliore può essere affinato con l'esperienza lavorativa da parte degli operatori della salute, ma può non sempre essere efficace. Un fattore importante risulta comunque essere la fiducia e la presenza costante e disponibile del personale di cura.

Gli elementi che ho analizzato in questa ricerca rispecchiano molto la soggettività delle persone rispetto alla coscienza del rischio di caduta, è quindi importante per approcciarsi a queste persone comprendere come ognuno possa vivere questa situazione in modo diverso. Un fattore interessante ricorrente in tutte le persone intervistate è il fatto che fossero tutti coscienti di presentare un rischio di caduta. Sarebbe stato interessante poter intervistare una persona non consapevole del proprio rischio.

Avendo a che fare con persone che accettano di fare dei cambiamenti per poter limitare il rischio di caduta è utile fornire tutto l'aiuto necessario a mettere in atto queste variazioni per poter sfruttare questa accoglienza verso il tema delle cadute. Nel caso, invece di persone un po' più riluttanti a seguire questi consigli può essere consigliabile andare per gradi, cominciando a proporre le strategie di prevenzione meno invasive e più utili per livello di importanza rispetto ai problemi soggettivi della persona. In questi casi è utile ricordare, in veste di professionisti della cura, come l'abitazione sia un luogo molto pieno di significato soprattutto per una persona anziana che ci vive magari da decenni e che quindi effettuare delle modifiche anche leggere all'ambiente possa destabilizzare la persona a livello emotivo. Effettuare dei cambiamenti repentini in un luogo che è stato costruito, arredato, personalizzato pezzo per pezzo nel corso degli anni può risultare traumatico per qualunque persona.

Un altro fattore che può essere utile per migliorare la comunicazione potrebbe essere il lasciare un opuscolo informativo riguardante il tema delle cadute, in modo da lasciare delle informazioni semplici ma complete sempre a disposizione del paziente in caso di dubbi o curiosità. Un esempio può essere l'opuscolo "prevenire le cadute: invecchiare in armonia, una questione di equilibrio" a cura dell'Associazione PIPA (2003).

Infine, un elemento che avevo visto come un possibile ostacolo alla comunicazione, il tablet, non è invece risultato essere un problema da parte degli utenti, i quali sono ormai abituati all'utilizzo di questo strumento nella realtà quotidiana delle cure a domicilio e ne hanno compreso (chi più, chi meno) l'utilità per quanto riguarda la continuità delle cure.

Critiche al lavoro svolto

Prevedendo ciò che avrei dovuto fare per questo lavoro di tesi mi ero prefissato di non far trascorrere molto tempo tra l'osservazione a domicilio con l'infermiere e l'intervista. Tuttavia non sono riuscito a mantenere un lasso di tempo breve tra queste due visite presso le persone presentatemi. Questo ha fatto in modo che trascorressero purtroppo alcune settimane tra il primo colloquio e il secondo e che alcune cose accadute durante l'osservazione non fossero così limpide nella memoria degli intervistati. Ho ovviato al problema cercando di riportare il più possibile alla loro memoria la prima volta dove ci siamo visti, facendo degli esempi e attingendo agli appunti che avevo preso. Ritengo che nonostante questo le interviste siano comunque risultate ricche di elementi interessanti rispetto al tema ricercato.

Indicazioni per ulteriori ricerche

Potrebbe risultare interessante effettuare una ricerca qualitativa dove, fornendo a tutte le persone gli stessi consigli in ambito di prevenzione delle cadute, si vada ad indagare quanti hanno seguito i consigli, quali e per quali motivi l'hanno fatto oppure no. Questo prendendo possibilmente un campione maggiore di partecipanti rispetto a quello preso in questo testo.

Può essere interessante anche fare una ricerca dove l'infermiere ad alcune persone lasci solo informazioni in forma orale, ad altre, invece lasci anche in forma cartacea. Questo per vedere quali delle due forme sia più incisiva nella risposta da parte dei pazienti rispetto al seguire oppure no i consigli in ambito di prevenzione delle cadute. Un elemento di studio interessante potrebbe essere la correlazione tra le cadute passate e la consapevolezza del rischio di caduta.

Riflessione personale

Visto il mio futuro nell'ambito delle cure infermieristiche ho trovato utile e stimolante fare questo lavoro su un tema di cui si parla sempre troppo poco in questo ambito lavorativo, nonostante esso abbia una grande importanza nella quotidianità di moltissime persone anziane.

Ho trovato questa esperienza molto interessante e arricchente, ho potuto avere un riscontro attivo da parte delle persone intervistate rispetto al loro vissuto riguardo al tema che ho voluto sviluppare per poter capire meglio le dinamiche non solo pratiche ma anche emotive che possono crearsi tra curante e paziente. Trovo che poter indagare degli aspetti emotivi e personali rispetto a questo tema sia stato un esercizio privilegiato che difficilmente riuscirò ad effettuare così approfonditamente nella mia pratica professionale futura. È stato veramente un vantaggio, in questo senso, poter redarre questo lavoro in ambito scolastico, anche se molto dispendioso a livello di tempo ed energie. È inoltre stato un lavoro tanto utile quanto impegnativo il ricercare materiale nozionistico per presentare il rischio di cadere e la sua prevenzione in tutti gli aspetti. Grazie a questo lavoro ho potuto imparare molto di più rispetto a questo tema e spero di aver suscitato nel lettore lo stesso interesse che ho avuto io nello scrivere.

Ringraziamenti

Ci tengo a ringraziare in primis Laura Bertini per avermi seguito nella redazione di questo scritto donandomi sempre dei preziosi consigli per migliorare.

Ringrazio anche Fabrizio Rini per avermi presentato e accompagnato dalle persone intervistate dandomi anche diverso materiale molto utile nell'ambito del tema trattato.

Un grazie infine al servizio di Assistenza e Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio per avermi presentato Fabrizio e permesso quindi di completare il mio lavoro.

Bibliografia

- Alleanza terapeutica - definizione e significato in psicoterapia. (s.d.). Recuperato 19 luglio 2016, da <http://www.stateofmind.it/tag/alleanza-terapeutica/>
- Amaturo, E. (s.d.). Campionamento non probabilistico. Recuperato 30 giugno 2016, da <http://www.federica.unina.it/sociologia/metodologia-e-tecnica-della-ricerca-sociale/campionamento-non-probabilistico/>
- Associazione PIPA. (2003). *Prevenire le cadute. Invecchiare in armonia, una questione di equilibrio*. Chironico: Dazzi SA.
- Associazione PIPA. (2013). *Progetto PIPA: Prevenzione delle cadute a domicilio. Strumenti e indicazioni operative per il personale sanitario e sociale impegnato nelle cure a domicilio*. Chironico: Dazzi SA.
- Attebo, K., BOptom, R. Q. I., Cumming, R. G., & Mitchell, P. (1998). Visual impairment and falls in older adults: the Blue Mountains Eye Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(1), 58–64.
- Baccini, M., Bernabei, R., Marchionni, N., & Paci, M. (2011). *Riabilitare la persona anziana*. Milano: Elsevier.
- Benatti, M., Campaniello, G., Cervellin, G., Montali, F., Pedrazzoni, M., & Rastelli, G. (2015). Impact of different drug classes on clinical severity of falls in an elderly population: Epidemiological survey in a trauma center. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(2), 63–67.
<http://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.03.002>
- Bischoff-Ferrari, H. A., Dawson-Hughes, B., Willett, W. C., Staehelin, H. B., Bazemore, M. G., Zee, R. Y., & Wong, J. B. (2004). Effect of vitamin D on falls: a meta-analysis. *Jama*, 291(16), 1999–2006.

- Brigoni, P., De Masi, S., Di Franco, M., Rinonapoli, G., Romanini, E., Sampaolo, L., ... Vanacore, N. (2009). Linee guida. Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani. Programma Nazionale Linee Guida.
- Broman, A. T., Klein, R., Munoz, B., Quigley, H. A., Rodriguez, J., Sanchez, R., ... West, S. K. (2002). The impact of visual impairment and eye disease on vision-related quality of life in a Mexican-American population: Proyecto VER. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, *43*(11), 3393–3398.
- Brucki, S. M., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, *61*(3B), 777–81.
- Campbell, A. J., & Robertson, M. C. (2006). Implementation of multifactorial interventions for fall and fracture prevention. *Age and Ageing*, *35*(Supplement 2), ii60-ii64. <http://doi.org/10.1093/ageing/afl089>
- Cavazzuti, F. (1993). *Gerontologia e geriatria: obiettivi e metodi assistenziali per infermieri, terapisti della riabilitazione e operatori socio-sanitari* (1a rist. aggiornata). Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Chapuy, M. C., Arlot, M. E., Duboeuf, F., Brun, J., Crouzet, B., Arnaud, S., ... Meunier, P. J. (1992). Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *The New England Journal of Medicine*, *327*(23), 1637–1642.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, *381*(9868), 752–762.
- Dollard, J., Barton, C., Newbury, J., & Turnbull, D. (2012). Falls in old age: a threat to identity: Falls in old age - a threat to identity. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(17–18), 2617–2625. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03990.x>

- La Cecla, F. (2000). *Perdersi: l'uomo senza ambiente* (Vol. 204). Roma-Bari: GLF Editori Laterza.
- Mark Williams, A., & Young, W. R. (2014). How fear of falling can increase fall-risk in older adults: Applying psychological theory to practical observations. *Gait & Posture*, *41*(1), 7–12. <http://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2014.09.006>
- Menz, H. B., & Lord, S. R. (2001). The Contribution of Foot Problems to Mobility Impairment and Falls in Community-Dwelling Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*, *49*(12), 1651–1656.
- Menz, H. B., Morris, M. E., & Lord, S. R. (2005). Foot and ankle characteristics associated with impaired balance and functional ability in older people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *60*(12), 1546–1552.
- Nebuloni, G., Sholtis Brunner, L., Smeltzer, C. S., & Smith Suddarth, D. (2010). *Infermieristica medico-chirurgica* (4a ed.). Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. (2005). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile: référentiel de bonnes pratiques*. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Scott, V., Bawa, H., Feldman, F., Sims-Gould, J., Leung, M., & Tan, N. (2008). *Promoting active living (PAL): best practice guidelines for fall prevention in assisted living*. Victoria B. C.: Ministry of healthy living and sport.
- Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical therapy*, *80*(9), 896–903.

- Siracuse, J. J., Odell, D. D., Gondek, S. P., Odom, S. R., Kasper, E. M., Hauser, C. J., & Moorman, D. W. (2012). Health care and socioeconomic impact of falls in the elderly. *The American Journal of Surgery*, 203(3), 335–338. <http://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2011.09.018>
- Société française de gériatrie et gérontologie. (2009). *Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé.
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2011). *Principi di anatomia e fisiologia*. Milano: CEA.
- Ufficio Federale di Statistica. (2012a). Locomotion et chutes. Recuperato 30 maggio 2016, da <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07/05.html>
- Ufficio Federale di Statistica. (2012b). Santé psychique. Recuperato 28 maggio 2016, da <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/01/04.html>
- Ufficio Prevenzione Infortuni. (2015). *Status 2015: Statistica degli infortuni non professionali e del livello di sicurezza in Svizzera, circolazione stradale, sport, casa e tempo libero*. Berna: Upi.
- Vervloet, D. (2006). Dalla compliance del paziente all'aderenza terapeutica. *Expressions. Attorno all'immunoterapia specifica.*, 24, 4–6.
- Zanetti, E. (2003). *La valutazione in geriatria: metodi e strumenti* (Vol. 35). Roma: Carocci Faber.
- Zani, B., Selleri, P., & David, D. (2000). *La comunicazione: modelli teorici e contesti sociali* (8a ristampa, Vol. 56). Roma: Carocci editore.

Allegati

Lettera di presentazione

Lettera di presentazione

Mi chiamo Loris Merlo e frequento l'ultimo anno SUPSI in cure infermieristiche. Per ottenere la laurea mi è richiesto di redigere una tesi per la quale ho scelto questo titolo:

“Prevenzione efficace delle cadute a domicilio: come migliorare la comunicazione tra curante e paziente.”

A mio parere le conseguenze delle cadute nella popolazione anziana sono oggetto di interesse sanitario, sociale e politico; tuttavia se ne parla sempre troppo poco. Per questo vorrei fare un'analisi inerente la raccolta dati eseguita dagli infermieri a domicilio riguardo le cadute (o il rischio di caduta) come anche il vissuto delle persone a cui viene sottoposta.

Con questa lettera ci tengo a specificare che qualsiasi dato io raccoglierò sarà trattato in forma anonima, quindi nessun dato anagrafico verrà citato nel mio lavoro. Ringrazio ACD Mendrisiotto per darmi l'opportunità di osservare ciò di cui ho bisogno per eseguire questa analisi, tuttavia ACD Mendrisiotto non ha nessuna responsabilità rispetto al lavoro che redigo.

Accetto di partecipare in forma anonima al lavoro di tesi di Loris Merlo.

Data:

Firma:

Scheda di osservazione

- Infermiere

- Come si pone?
- Cosa pensa del protocollo?
- Quali spiegazioni dà alle domande/pratiche che effettua?
- Come somministra?

- Persona

- Quali reazioni ha?
- Pone domande?
- Collabora?
- Come si sente?

- Ambiente

- Com'è?
- Favorisce o ostacola la somministrazione?
- Potrebbe influenzare i risultati?

- Io

- Dubbi?

Appunti osservazione 1

R.B. 87 anni M

- Setting: cucina, lui seduto su una sedia, noi attorno al tavolo. Spazio un po' stretto. È presente anche la moglie che a volte completa le risposte del marito o risponde per lui
- Il paziente ha un rallentamento psicomotorio
- L'infermiere esegue già gli esercizi fisici mentre lo accompagna al bagno
- Con il rispetto dei suoi tempi il paziente arriva a comprendere ciò che gli viene spiegato
- Le domande che riguardano l'ambiente vengono più che altro rivolte alla moglie
- La moglie è una risorsa per il paziente. Figli comunque molto presenti
- Riferisce di mobilizzarsi senza problemi, potrebbe non essere sempre obiettivo rispetto al rischio di cadere
- Fa battute "se sono da solo mentre mi siedo, la sedia non me la toglie nessuno"
- Sempre pause per scrivere osservazioni sul tablet (almeno 5 min!)
- La casa presenta molte barriere architettoniche
- Vengono dati consigli anche alla moglie per lei stessa oltre che per il marito (deficit della memoria)
- BMI da calcolare
- Sa rispondere bene alle domande puntuali che gli vengono poste
- L'infermiere fa esempi concreti per dare informazioni sulla mobilizzazione (chili in più)

Appunti osservazione 2

C.F. 90 anni M

- Ha voglia di parlare, è contento di fare due chiacchiere con qualcuno
- Si ricorda delle ultime cadute
- Patologie importanti rispetto alla qualità di vita (insuff. Card.)
- Era stato proposto di spostare il letto al pianterreno ma il paziente ha rifiutato
- Sempre osservazioni da scrivere, prendono tempo
- Infermiere sposta alcuni mobiletti per facilitare il passaggio sulle scale, alla proposta di eliminarlo il pz riferisce che lo usa per appoggiarsi quando passa di lì
- Sempre molto attento alla deambulazione
- Dà spiegazioni rispetto ai metodi che usa per non cadere, consapevole dei propri limiti
- Riflessivo e con ottime capacità di ragionamento
- Due anni che non cade
- Setting: lui seduto sulla poltrona davanti al fuoco, noi attorno al tavolo della cucina. A volte sistema il fuoco. Vive in un paesino discosto, ma nonostante questo passa spesso qualcuno a trovarlo (parenti, amici, vicini, ...)
- Molto ospitale
- A volte l'infermiere riceve telefonate di lavoro che interrompono il colloquio con il paziente anche per 5-10 min
- Il pz è consapevole che non riuscirebbe a rialzarsi se dovesse cadere (porta il teleallarm)
- Infermiere esce per sbaglio dal programma sul tablet e deve riscrivere tutto ciò che è stato fatto finora. Riscrivendo tutto in un secondo momento ci si ricorda tutte le osservazioni fatte finora?

Appunti osservazione 3

S.C.L. 86 anni F

- Molto disponibile, aspettava l'infermiere
- Setting: tavolo in fondo alla cucina, presente il figlio che poi va e la badante che scende a fare il bucato e torna verso la fine del colloquio
- La paziente è molto bene informata sulle sue patologie e la terapia
- Dalle domande poste dall'infermiere e dall'ambiente di casa noto che sono già stati effettuati diversi adattamenti (si parla del fatto di avere rimosso tutti i tappeti)
- Buona l'aderenza terapeutica anche rispetto al rischio di cadute, riferisce di prendere sempre delle precauzioni (ad esempio attendere qualche minuto seduta a bordo letto prima di alzarsi ,...)
- Leggermente insicura nell'esecuzione degli esercizi fisici (romberg positivo, vertigini, la cucina è piuttosto stretta e lei deve eseguire una rotazione su se stessa col girello)
- È a suo agio, fa anche battute di spirito (di fare la cyclette non ho tempo)
- Il rapporto è già molto buono tra infermiere e paziente, fiducia
- Riferisce di sua spontanea volontà quali sono i sintomi che più la disturbano (vertigini)
- Infermiere dà indicazioni su cosa fare in caso di vertigini
- Molto propensa all'ascolto, dà modo di capire quello che si sta dicendo ponendo domande o facendo esempi che le sono capitati

Appunti osservazione 4

B.M. 92 anni F

- Molto in gamba nonostante l'età, ottime capacità di ragionamento
- Si esprime in italiano, tedesco e dialetto. Mescola un po' le tre lingue, a volte si fa fatica a comprendersi
- Disponibile al dialogo, anche se reticente ai consigli. Molto fissa sulle sue idee e abitudini
- Setting: tavolo in salotto. Casa molto grande e ben arredata
- Ha voglia di parlare. È contenta di vederci, almeno "si fa una chiacchierata"
- Ben informata sulla sua situazione, un po' meno sulla sua terapia
- Paziente caduta recentemente in bagno, con conseguente ricovero. Non nega l'accaduto ma lo banalizza
- Non prende molto sul serio le domande sulla paura di cadere. Riferisce che si assume la responsabilità di cadere ancora
- Collaborativa durante gli esercizi fisici, fa delle osservazioni.
- Molto determinata
- Diverse pause tra una domanda e l'altra (l'infermiere scrive), la paziente parla di altro durante queste pause
- Buona memoria. Ricorda tutte le indicazioni date in precedenza (ad esempio come rialzarsi da terra), anche se alcune le ripete quasi con scherno, dicendo che non le farà lo stesso
- Rifiuta categoricamente il bastone, nonostante si debba spesso attaccare ai mobili.
- Riferisce di avere una gamba che risponde male ai suoi comandi

Appunti osservazione 5

M.F. 84 anni M

- Ambiente: utente sulla poltrona, noi sui divani al suo fianco.
- Molte pause tra una domanda e l'altra (infermiere scrive i dati raccolti nelle osservazioni)
- Paziente collaborante, ha voglia di parlare
- La moglie effettua dei lavori in casa nel frattempo, passando spesso dalla sala dove ci siamo noi
- L'infermiere dà istruzioni alla moglie rispetto al rischio di cadere dato dai tappeti, dai gradini e da calzature non adatte. Gli fornisce anche dei consigli
- Limite: il programma sul tablet è lento, connessione lenta, a volte si blocca
- Il programma si blocca e non salva il lavoro fatto finora → l'infermiere si sposta dietro il divano, vicino alla finestra per cercare connessione e riscrivere tutto
→ passano almeno 5 min
- Paziente collaborante nell'eseguire gli esercizi fisici utili alla raccolta dati
- Si ricorda che qualcuno glieli aveva già fatti fare, la moglie conferma che il fisioterapista gli faceva fare esercizi simili
- Spiegazioni al paziente e alla moglie sull'importanza di fare almeno 10 min al giorno esercizi fisici e come farli. Il paziente non sembra propenso a farli
→ verranno eseguiti?
- Infermiere chiama medico curante per richiesta fisio
- Dal protocollo viene richiesto il BMI, ogni volta l'infermiere deve calcolarlo a mano (mettere in automatico?)
- Riferisce paura di cadere dalle scale

Intervista 1

(...)

Io Visto quello che avevamo fatto l'altra volta con l'infermiere, volevo farvi alcune domande che mi sono venute in mente osservando ciò che aveva fatto.

Moglie sì, non c'è problema

Io Per esempio ho notato che in tutte le persone da cui sono andato con l'infermiere, lui utilizza il tablet, sapete cos'è?

Moglie sì, il computer!

Io da quanto tempo lo usa, si ricorda?

Moglie è da tanto tempo che ce l'hanno, devono scrivere tutto anche per trasmettere i dati alle casse malati, ...

Io sì, esatto. Però anche tutte le domande che ha posto l'infermiere l'ultima volta, ad esempio sulla paura di cadere di suo marito, ... poi dopo deve scrivere le risposte sul tablet. Voi come vivete questa situazione? Ad esempio, l'infermiere arriva e prende il computer...

Moglie Marcano tutto! Anche quando si va di corpo, se prende le medicine, ...

Io Esatto, ad esempio io l'altra volta ho notato che dopo ogni domanda a suo marito l'infermiere doveva scrivere tutto sul tablet, e voi ogni volta dovevate aspettare che finisse, voi come vedete questa situazione?

Moglie ma, Noi gli diciamo tutto quello che ci chiedono, poi sta a loro scriverlo, almeno sanno tutto. è il loro lavoro, è giusto che facciano così. Se uno va di corpo, se uno sta male, se uno è caduto, ... è giusto che lo scrivano. Ci sono scritte tutte le medicine, così possono prepararcele. Guardano il foglio dato dal dottore e trascrivono sul computer, ...

Io perdono tempo con il computer quindi?

Moglie beh no, ... forse una mezz'ora la mattina per scrivere tutto, continuano a scrivere, ...

Io e a voi dà fastidio?

Moglie no, no, almeno rimane tutto scritto, ... è il loro lavoro, no?

Io quindi a voi va bene così?

Moglie ma certo, loro guardano le medicine, se siamo andati di corpo, ... c'è scritto tutto. a noi va bene che scrivano. Basta che siano bravi e a noi va bene!

Io e sono bravi?

Moglie ma sì certo, noi ci troviamo bene! Se no non li facevamo entrare in casa! (ride)

Io beh, giusto, la casa è la vostra! Ritornando al tema della paura di cadere (mi rivolgo al marito) mi ricordo che alle domande dell'infermiere aveva risposto che non ne aveva molta, ma ad esempio quando esce in giardino, si sente sicuro?

Marito beh, di paura non ce n'è, ... però faccio attenzione, ... una volta andavo dappertutto, adesso però non so più camminare, ...

Io ecco, appunto, non ha degli stratagemmi per non avere paura, questa casa a tante scale, ...

Moglie no beh, lui non va più fino in fondo al giardino, e nemmeno in strada visto che ci sono tanti scalini per arrivarci

Marito beh, anche in casa ci sono scalini, faccio attenzione, mi attacco al corrimano, di fuori uso due bastoni, ...

Io esatto, e si ricorda cosa le aveva detto l'infermiere su come fare per evitare di cadere, o su come rialzarsi, ...

Moglie beh sì, ha le ciabatte, c'è il corrimano, ...

Io ecco bene. e quando sente che ha un po' paura, ad esempio in giardino, ha qualche strategia per muoversi?

Marito beh, vado piano. La sera vado in stalla per chiudere le pecore. Uso due bastoni, guardo dove metto i piedi, ...

Io ma in quelle situazioni si accorge che deve guardare bene dove mette i piedi? che ci può essere un rischio?

Marito beh, sì, certo. vado piano, ...

Io ok, perché io forse ricordo male, ma quando ero venuto con l'infermiere aveva detto di non avere paura di cadere, ...

Moglie beh ma sono passate tre settimane, ...

Io sì, questo è vero, la situazione è cambiata? Va sempre in stalla la sera?

Moglie beh sì, lui va fino a là (in fondo al giardino), si siede poi torna, guarda le pecore, ...

Marito beh, per andare su (in stalla) ci sono 16 scalini e poi altri 5 o 6 come un po' a chiocciola ma piano piano con i due bastoni ce la faccio sempre.

Io bene, quindi è consapevole del rischio, ...

Marito sì, certo. vado piano piano, ...

Io inoltre mi ricordo che l'infermiere le aveva spiegato come fare per rialzarsi nel caso che malauguratamente dovesse cadere, si ricorda?

Marito beh, no, ...col bastone forse? beh, io qualche volta sono caduto, ...ma poi, ...

Moglie sì è rialzato! (ride) in qualche modo si è rialzato.

Io si ricorda come?

Marito mi sono arrampicato come ho potuto, dipende da come è stata la caduta.

Io beh bisogna prima di tutto controllare di non avere dolore da qualche parte, poi mettersi carponi e cercare un appiglio per ...

Moglie ci si arrampica dove si può!

Io esattamente. vorrei anche chiedervi se gli operatori che vengono da voi hanno fatto qualcosa per il rischio di cadute. Ad esempio se hanno tolto dei tappeti, ...

Moglie beh, per i tappeti no, non ne abbiamo molti. però ci avevano proposto di farlo dormire (il marito) qui (salotto) o nella camera qui dietro. Infatti in quella stanza ci abbiamo fatto il letto per lui perché dicevano che non riusciva a camminare fino in stanza che ci sono le scale. Poi ci hanno fatto mettere una maniglia nel bagno, ... ma tanto il bagno lo fa sempre con gli operatori.

Io quindi alla fine quali delle proposte che vi hanno fatto avete accettato?

Moglie Noi abbiamo fatto praticamente il letto e basta. però lui ci ha dormito solo due notti ma non riusciva. Preferisce il lettone grande di sopra. Il letto qui di sotto non lo usa più.

Io ma voi per quale motivo pensate che loro (infermieri a domicilio) vi abbiano fatto queste proposte?

Moglie Per la sua salvezza! (ride) a lui non gliene frega niente del letto qui di sotto, lui vuole andare nel lettone e basta.

Io è quello che voglio capire. voi il letto di sotto lo avete messo, però non lo usate.

Moglie beh ma lui non vuole, non gli piace e basta.

Io beh ma la stanza di sopra è difficile da raggiungere, ci sono tante scale. lei se la sente tutte le sere di andarci?

Marito beh, è il mio lavoro! (ride) devo farlo ogni giorno. io me la sento, la sera chiudo le finestre e piano piano vado a letto.

Io se la prende con calma.

Marito sì, sì, verso le nove e mezza mi avvio con calma verso il letto.

Io bene. io volevo anche chiedervi come vi siete sentiti quando sono arrivati gli infermieri a casa, quando vi siete accorti di averne bisogno? come vi siete sentiti?

Moglie beh, non è che ci sentissimo male, portano anche compagnia se c'è gente in casa. all'inizio è un po' strano ma poi ci si fa l'abitudine. Basta che fanno i bravi! se no qualcuno lo spedisco (fuori)! (ride)

Io ha già spedito qualcuno? (rido)

Moglie no, per adesso no! Sono tutti bravi!

Io ma anche quando vi hanno proposto ad esempio di spostare il letto in salotto, ...

Moglie ah! lì ho avuto un po' di fastidi, ti dico la verità. Perché insistevano un po' troppo e poi sono andata un po' nelle nuvole. Ma poi quando lui (marito) gli ha detto che sarebbe andato a dormire di sopra e basta hanno smesso. Perché le domande le facevano più a me che a lui. e non è giusto perché è lui il padrone, le domande avrebbero dovuto farle a lui! è lui il padrone della sua vita.

Io anche lei come si è sentito quando le hanno proposto di spostare il letto?

Marito beh avevo un fastidio, ho detto che avrei dormito di sopra e basta. Continuavano ad insistere tutti i giorni ed ero stufo.

Io Ma quindi più o meno tutti quelli che venivano insistevano su questa cosa?

Moglie beh sì, quasi tutti. soprattutto gli infermieri.

Io beh, gli infermieri, vedendo che suo marito fa un po' fatica a camminare, si sono chiesti: cosa si può fare per aiutarlo? deve andare tutte le sere fino in cima alla casa per andare a letto, cosa di può fare?

Moglie no, questo è giusto, noi l'abbiamo capito. però bisogna anche non insistere troppo! ci hanno anche proposto di farlo andare al ricovero. Però noi abbiamo detto di no. Finché ce la facciamo rimaniamo a casa che è più bello. In avvenire ci dovrò andare anche io al ricovero. ma finché ce la si fa rimaniamo a casa nostra. Poi dove abitiamo è bellissimo. (sorridente) Il giorno che vedremo che non ce la facciamo più allora chiederemo di andare al ricovero. Ma il più tardi possibile!

Intervista 2

(...)

Io Si ricorda, io ero già venuto con l'infermiere, ...

Intervistato sì, io non sono più caduto da diverso tempo. Devo fare attenzione.

Io Sì, appunto, le aveva fatto le domande sulla paura di cadere, ...

Intervistato eh, i piedi non vanno più bene e ho sempre paura di cadere, ma utilizzo due stampelle e con quelle va ma non devo camminare troppo a lungo.

Io Qui a casa sua avete già fatto dei cambiamenti per limitare il rischio di cadere, vero?

Intervistato sì, mi ha insegnato un po' come devo fare. Questa mattina alle sei ero già sveglio, poi è venuto un infermiere e farmi al doccia, ...

Io ah ecco, io però intendevo ad esempio il letto di sopra, non è lo stesso che aveva prima ...

Intervistato ah sì, è un letto elettrico come quello dell'ospedale. Poi hanno messo una poltrona elettrica in salotto e spostato dei mobili.

Io chi ha fatto tutti questi cambiamenti?

Intervistato Sono stati gli infermieri che vengono tutte le mattine.

Io e per esempio il letto chi gliel'ha portato?

Intervistato ah il letto! io ero ricoverato in clinica e me l'hanno portato quelli di una ditta. È venuta mia nipote ad aprirgli la casa. Danno il materiale a noleggio per la casa.

Io Mi ricordo anche che le avevano proposto di mettere il letto di sotto, nel piccolo soggiorno.

Intervistato sì è vero, ma io salgo ancora bene dalle scale con il corrimano e la stampella. Non sono abituato a dormire lì e mio nipote non vuole. Perché anche un certo signore che vive qui vicino (si riferisce all'intervista nr. 1 che ho fatto) ha una camera al pianterreno e gli hanno voluto portare giù il letto. Per due notti e dopo non riusciva dormire e allora è tornato su.

Io quindi se non funziona per lui lei non ha voluto provare?

Intervistato no, no. Preferisco fare un po' di ginnastica due o tre volte al giorno salendo le scale, non sono ancora morto! Col corrimano e una stampella vado bene. Dove non ci sono corrimani non vado con le scale. L'ho fatto mettere io il corrimano apposta. Prima non c'era.

Io Capisco che lei sia più contento se dorme nella sua camera di sempre. Penso però

che l'infermiere sia arrivato e abbia detto: "però lei non cammina benissimo, cosa possiamo fare per aiutarla?" allora ha pensato che si sarebbe potuto mettere il letto più vicino ... Volevano fare del bene

Intervistato ho di là un divano che può diventare letto ma c'è il bagno subito lì, non mi piace, non è indicato Finché posso faccio così. quando non ce la farò più mi porteranno in qualche posto (intende la casa per anziani). Ormai novant'anni sono tanti. Ogni tanto comincia ad andare indietro anche la testa, ...

Io Beh ma si ricordava anche di me che sono venuto una volta sola e quasi tre settimane fa!

Intervistato eh sì aveva detto che chiamava! Mi ricordo! Se veniva domani incontrava anche mia nipote che viene a portarmi i pasti. Viene ogni due giorni.

Io Peccato! allora domani me la saluti! (conosco la nipote dell'intervistato)

Intervistato eh sì, le ho parlato di lei che è venuto con l'infermiere riguardo alla sicurezza di camminare e mi ha detto che la conosce. Arriva domani.

Io ecco, me la saluti!

Intervistato Oggi è arrivato l'infermiere a farmi la doccia con una che sta imparando il lavoro. Oggi è venuta anche l'aiuto domiciliare a fare il bucato e a pulire un po' la casa.

Io Lei, con il fatto che passa sempre così tanta gente a trovarla si sente anche più sicuro?

Intervistato sì! certo!

Io Anche per il rischio di caduta ...

Intervistato sì! poi ho anche l'allarme (si riferisce al teleallarme). non l'ho mai dovuto usare per fortuna. Solo ogni tanto lo urto per sbaglio e suona e mi chiamano ma gli dico che ho schiacciato per sbaglio.

Io Pensi che anche la zia di mia mamma che ha novantatre anni ce l'ha ma non lo mette mai per la paura di schiacciare per sbaglio il bottone. (ridiamo)

Intervistato Mi ricordo che quando ero in clinica c'era una signora che è caduta in casa inciampando nel tappeto ma per fortuna aveva l'allarme e sono arrivati subito, altrimenti restava lì! si è anche dovuta operare poverina.

Io da quanto tempo la seguono gli infermieri a casa?

Intervistato boh, saranno dieci anni!

Io ah ecco! Allora io ho una domanda da farle: ha in mente che da qualche tempo usano il tablet? da quanto ce l'hanno?

Intervistato beh, saranno cinque anni. Sì, loro marcano tutto. L'ora che arrivano, quello che fanno, ... fanno anche le foto quando avevo le gambe gonfie.

Io e come è cambiata un po' la situazione dopo l'introduzione del tablet?

Intervistato mah, per me è uguale, loro marcano quello che mi fanno.

Io ok. però io ricordo quando sono venuto con l'infermiere che le aveva fatto le domande sul rischio di cadere.

Intervistato sì, sì.

Io e ogni tanto faceva le domande e poi doveva stare mezz'ora a scrivere tutto. Faceva anche delle pause lunghe tra una domanda e l'altra, vero?

Intervistato sì, domandano tutto, se ho dormito, come vado di corpo, le medicine, ...

Io ma lei come si sente mentre deve aspettare che l'infermiere scriva tutto quello che lei gli ha detto sul tablet?

Intervistato Ma io aspetto, non ho problemi. poi con quelli che passano ho un po' di compagnia. Tra l'altro oggi dovrebbe passare anche il medico e nei prossimi giorni il farmacista per portarmi le medicine.

Io ah, gliele portano a casa direttamente?

Intervistato sì, gli infermieri vedono cosa manca e gli telefona, poi loro passano su a portarle.

Io beh non abita vicinissimo al centro abitato

Intervistato beh ma io sono abituato, mi piace la quiete. Non mi faccio mancare niente anche qui.

(...)

Intervista 3

(...)

Io Praticamente io per il lavoro di tesi della scuola ho seguito l'infermiere che è venuto anche da lei a farle delle domande sul rischio di cadere a casa. Ora sono tornato per porle alcune domande su questo tema.

Intervistata sì, tu parla e io rispondo volentieri.

Io Allora, la prima domanda l'ho fatta a tutti gli intervistati e riguarda l'uso del tablet da parte degli infermieri, perché mi sono accorto che gli operatori che vengono a casa lo utilizzano spesso e prende molto tempo...

Intervistata sì, sì, adesso prende tempo quella cosa lì, ...

Io Da quanto tempo lo usano? si ricorda?

Intervistata mah, sarà meno di un anno, ...

Io e per lei com'è cambiata la situazione? come vive il fatto che loro spesso siano indaffarati a scrivere sul tablet?

Intervistata mah, per me va tutto bene, non è cambiato un granché. Suppergiù è la stessa cosa. Anche in fatto che scrivano su lì spesso non mi dà nessun problema.

Io ok, bene. Perché ho notato che gli operatori lo utilizzano molto spesso.

Intervistata sì, è vero, ma non mi dà nessun fastidio, loro scrivono tutto.

Io ok, bene. Una cosa che io ricordo di quando sono venuto con l'infermiere è il fatto che lei avesse seguito tutti i consigli riguardo al rischio di cadere, ad esempio ha tolto tutti i tappeti di casa, ...

Intervistata Infatti! Per terra non c'è più niente. Ho passato tutto a casa di mia figlia.

Io e quindi quello che mi chiedevo è: cosa l'ha portata a fare questa cosa? cosa l'ha portata per esempio a togliere i tappeti? ha fatto altri cambiamenti?

Intervistata beh sì, ho tolto tutti i tappeti, poi in bagno ho delle maniglie per attaccarmi mentre faccio la doccia, sopra la vasca da bagno, ... Un po' le ho messe di mia iniziativa e altre le ho messe con gli operatori.

Io In camera ha cambiato qualcosa?

Intervistata no, il letto è sempre il mio solito.

Io Perché sa, non tutte le persone a cui vengono dati questi consigli li seguono. Come mai lei li ha seguiti?

Intervistata beh, sì ho seguito tutti i consigli. Sono ubbidiente, io. (ride)

Io Ma solo perché é ubbidiente (rido) o ci sono anche altri motivi?

Intervistata mah, perché vedevo che era quella la causa delle mie cadute a volte.

Io ah! quindi era già caduta a causa dei tappeti?

Intervistata ho già inciampato nei tappeti, sì. Diverse volte.

Io si ricorda per caso se ha (per esempio) tolto i tappeti prima che le venisse detto dagli infermieri domiciliari o se l'aveva già fatto di sua iniziativa?

Intervistata beh, ci sono arrivata anche da sola che la causa era quella, ma sinceramente non ricordo se li ho tolti prima o dopo. L'importante è averli tolti!

Io sì, ha ragione. Poi mi ricordo che l'infermiere l'altra volta le aveva spiegato un modo per rialzarsi da terra se malauguratamente dovesse cadere, per caso se lo ricorda?

Intervistata no, non me lo ricordo.

Io beh consiste nel dapprima controllare se si ha dolore da qualche parte, e poi mettersi a carponi, avvicinarsi a qualcosa di stabile e attaccarsi per rialzarsi, le ricorda qualcosa?

Intervistata no, se anche me l'ha detto non me lo ricordo, anche perché non ce la faccio. non ho la forza per rialzarmi. Solo una volta è capitato che sono caduta in balcone e sono arrivato piano piano al divano e con le braccia mi sono rialzata. Ma è difficile, non ce la faccio.

Io lei porta l'orologio per allarmare? (teleallarm)

Intervistata (mi mostra il teleallarm al braccio)

Io ah! benissimo! Lei è troppo brava allora, sa, alcuni non lo accettano, ...

Intervistata ah sì? non so proprio il perché, è utilissimo, a me è già capitato di usarlo. a volte suona inutilmente e allora mi chiamano e mi chiedono se va tutto bene e gli dico che ho suonato per sbaglio. Secondo me bisogna avere ancora la testa attiva per certe cose. ad esempio quando esco lo metto vicino al telefono (di fianco all'entrata) così quando torno è già lì pronto da mettere su e non me lo dimentico. E la prima cosa che faccio di notte quando mi alzo per andare in bagno é mettere questo qui (il teleallarm).

Io ah!

Intervistata sì! non vado in bagno senza.

Io beh questa è un'ottima strategia!

Intervistata beh sì, per certe cose non ci penso neanche ...

Io lo fa in automatico

Intervistata sì, ecco, è ormai un'abitudine.

Io Inoltre ricordo alcune domande che le ha fatto l'infermiere sulla paura di cadere, si ricorda.

Intervistata sì, ho sempre paura di cadere ma allo stesso tempo non ne ho, se non ci penso.

Io nel senso che sa che c'è il rischio ma ha dei metodi per muoversi?

Intervistata sì, ecco. Sto attenta ma non ci penso troppo.

Io Mi ricordo anche che le avesse problemi di vertigini, è giusto? ad esempio guardando in alto alzando la testa, ...

Intervistata eh sì! quello è brutto! Con più vado a avanti e più mi peggiora. Se alzo la testa poi mi gira e ho paura di cadere indietro. Quando prendo qualcosa in alto o cerco di non guardare in alto oppure aspetto che arrivino i miei figli o la badante per farmi aiutare.

Io Ricordo anche che l'infermiere le aveva detto tante cose e dato tanti consigli quella volta che ero venuto, ...

Intervistata sì, sì

Io Lei pensa che troverebbe utile se le lasciasse qualcosa di scritto? Non so, ad esempio un foglio con dei consigli?

Intervistata Se lo vuol lasciare io lo leggo, ...

Io ok, ad esempio con dei consigli sulle calzature, ...

Intervistata ah sì! io ad esempio ho solo le scarpe chiuse, una volta le ho messe aperte e sono scivolata. Ho sbattuto la testa contro la porta.

Io Quante volte è già caduta in casa?

Intervistata beh, in casa saranno cinque volte.

Io l'ultima quando?

Intervistata non mi ricordo.

Io quindi diverso tempo fa se non si ricorda, no?

Intervistata sì, adesso è un po' che non cado.

Io Bene! vuol dire che anche le strategie funzionano, allora.

Intervistata funzionano, certamente! Finché funziona la testa! Insomma, non è bello diventar vecchi ma nemmeno morire giovani. Ma a me va bene così. Ma quindi cosa vuole capire da questa intervista?

Io beh, io oltre a lei sono andato da altre persone e voglio capire come mai alcuni, come lei, seguono i consigli che vengono dati e altre no.

Intervistata si vede che gli altri non sono caduti.

Io eh no! Tutte le persone da cui vado sono già cadute!

Intervistata ah! beh, io sono caduta e va bene così. Però è già un po' che non cado. Anche se basta un niente per cadere poi.

Io Beh, ci sono cose che non si possono prevedere. Ma quello che si può fare è eliminare quelle che si possono prevedere.

Intervistata eh sì, giusto! Poi sto anche aspettando che mi chiamino per fare un paio di settimane in clinica di riabilitazione.

Io Giusto, anche il movimento è importante.

Intervistata sì, sì, vado tutti gli anni qualche settimana.

(...)

Io Dalle interviste che ho fatto stanno uscendo tanti begli spunti interessanti. Ad esempio per quale motivo alcune persone cadono e poi fanno degli accorgimenti come togliere i tappeti mentre alcune no.

Intervistata Beh magari prendono delle scuse, ma nel mio caso la caduta c'è stata e sono stata fortunata che non sia successo niente. Non mi conviene prendere delle scuse. La paura è quella di farmi qualcosa di grave. C'è magari gente più superficiale.

(...)

Intervista 4

(...)

Intervistata Sa che sono caduta ancora una volta dall'ultima volta che è venuto?

Io ah sì? dove?

Intervistata In cucina! Ho le calze antiscivolo ma ogni tanto il piede fa quello che vuole e "si gira". Sono scivolata e caduta in cucina. è come un riflesso del piede, ho avuto un deposito di calcio nel cervello e nel rimuoverlo hanno toccato qualcosa che non dovevano e da lì cammino male. Sente il buco che ho nella testa? (mi fa vedere con le mani la sua testa)

Io quanti anni fa?

Intervistata dieci anni fa. Poi ho anche il curatore, quando esco di casa due persone devono tenermi per camminare. A casa so dove attaccarmi per camminare, in strada non posso mica attaccarmi alle persone a caso.

Io Ha un bastone o qualcosa di simile per aiutarsi a camminare?

Intervistata ma sì! ma quale bastone? no, no, niente bastone!

Io preferisce che la portino due persone?

Intervistata Ma no, se esco solo accompagnata.

Io Ma quindi non preferisce avere un bastone o qualcosa del genere?

Intervistata Non mi serve! In ospedale mi hanno detto che io lo porto come a spasso, non mi appoggio sul bastone.

Io beh ci sono anche altri ausili, ad esempio il girello. So che non è bellissimo ma dà una mano anche quello, ...

Intervistata No, ma se comincio a camminare con quello non riuscirei più a camminare come adesso. Perché poi senza quello non riuscirei a fare nulla (se mi abituo). E in bagno come faccio? dove lo metto per esempio? Come il mio curatore, per lui dovevo già avere il letto con le sponde e poi non so più cos'altro. Allora per stare così a casa piuttosto vado al ricovero. O sono a casa o non sono a casa.

Io Quello ha ragione! Ma si può anche adattare la casa. Per esempio ho notato che lei ha tanti tappeti, ...

Intervistata ecco, sì, questo lo dice sempre anche l'infermiere che viene ma io sono capace di alzare i piedi, non inciampo nei tappeti.

Io le è già successo di cadere per un tappeto?

Intervistata sì! quello davanti al letto, aveva sotto la retina antiscivolo ma col tempo si è consumata. Ci ho appoggiato i piedi e sono scivolata. Erano le quattro di notte e poi è venuto il mio curatore ad aiutarmi. Ma ora ho già fatto comprare una retina nuova per il tappeto e adesso non scivola più, altre domande?

Io Le volte che è caduta era da sola?

Intervistata Una volta sono caduta in bagno e ho chiamato l'aiuto domiciliare che era con me ma non è riuscita a farmi rialzare, allora abbiamo chiamato il curatore per aiutarci. è stata la terza caduta, quella non ricordo com'è successa, mi sono trovata così e basta. La quarta caduta era quella in cucina.

Io E quella in cucina come ha fatto? si è rialzata da sola?

Intervistata no, no, ho schiacciato questo. (Mi mostra il teleallarm che porta a un passante della cintura dei pantaloni.)

Io Ah, ha il teleallarm! Bene! Quello è ottimo per avere una sicurezza.

Intervistata Sì, chiama quelli che conosco che hanno la chiave per entrare. Il mio curatore non c'era e allora sono venuti degli altri signori che conosco. Erano a casa e sono venuti. Io non ho la forza per rialzarmi da sola.

Io Quindi se è per terra non riesce a rialzarsi?

Intervistata No, no. Se no non chiamavo. Lo so che bisogna girarsi, andare sulle ginocchia e poi rialzarsi. Questa è una cosa scritta, ma farla realmente è tutta un'altra storia. Ho provato a farlo ma mi sono fatta male alle mani.

Io Poi vedo che non porta delle scarpe ma delle calze ...

Intervistata Ma se cado non è colpa della calza, è colpa del piede che fa quello che vuole e poi ho un'anca più alta dell'altra. Comunque le calze sono antiscivolo.

Io e mettere delle ciabatte chiuse dietro?

Intervistata Ma poi fanno male, io ho novantadue anni, cerco di non avere dolore. Preferisco continuare così. è colpa della gamba storta. Metto le scarpe ortopediche se esco ma poi mi fanno male.

Io Ha delle scarpe ortopediche?

Intervistata Sì, più o meno. Costavano 160 franchi trent'anni fa.

Io Ah, quindi le ha da trent'anni?

Intervistata No, vabbé, forse non trenta ma venti sì! Ne ho prese due paia.

Io Quindi lei esce solo se accompagnata, non vorrebbe uscire un po' di più?

Intervistata Beh ma adesso sono abituata, prima ho perso il figlio, poi il marito. Adesso tocca a me, prima o poi. Ci sono abituata. Poi io non sono di qui, ...

Io Da dove viene?

Intervistata Da Berna. Avevo la casa, l'ho venduta. Sto bene qui. Non ho più contatti con i parenti di lì. Solo con due nipoti qui che mi portano in giro. Oppure esco a cena con il mio curatore o la famiglia di cui le ho parlato prima. Poi quando sto a casa leggo i giornali, sia il corriere del Ticino sia il tages-anzeiger.

Io Ah, le arrivano tutti i giorni i giornali?

Intervistata Sì, venga che le faccio vedere.

(...)

Io Poi non ricordo una cosa, cucina lei per sé?

Intervistata No, mi portano i pasti. E poi viene l'aiuto a domicilio, mi pulisce la casa, mi fa il bucato, mi aiuta a lavarmi, mi fa il succo d'arancia. Non mi manca niente.

Io Poi, per esempio, tutte le cose che le ha detto l'infermiere quando siamo venuti insieme, ...

Intervistata Sì lui mi sgrida sempre. Sa perché? Mi sgrida sempre per la doccia. Mi hanno messo l'asse sulla vasca per sedermi quando mi lavo. Ma se sono seduta come faccio a lavarmi? Io mi sono sempre lavata in piedi. Anche con un piede solo quando mi lavo le gambe. Uno mi ha detto: "ho sessant'anni in meno di lei però non riesco a lavarmi su una gamba sola." Anche ieri mi ha sgridata, mi ha detto che se cado lì c'è il rischio che non torno più a casa (ride).

Io Ma anche tutti i consigli che le ha dato, ...

Intervistata Tanto faccio lo stesso quello che voglio.

Io e come mai?

Intervistata Sono una "cracona". (ride)

Io Anche per esempio i tappeti, ...

Intervistata Eh ma senza tappeti non mi piace, poi la casa rimbomba.

Io ah, per quello.

Intervistata Eh sì, la casa è troppo grande.

Io e nel fare la doccia in piedi non scivola?

Intervistata Lei non mette mai il tappetino? Anche quelli che vengono ad aiutarmi

all'inizio avevano paura. Ma poi si sono abituati. Hanno detto: "si vede che è sicura".

Io e per i tappeti? Non le ha detto niente l'infermiere?

Intervistata Beh ma bisogna alzare i piedi, è chiaro. Non so cosa ha da criticare. Quando sono scivolata era per colpa della retina sotto. Bisogna guardare quando si cammina. E guardare che non si alzino i tappeti.

Io Ha le scale in casa?

Intervistata Di sotto c'è un appartamento che non uso e il garage. Ma non vado spesso.

Io Quello che ho notato l'altra volta è che lei sia consapevole del rischio che ha di cadere, ...

Intervistata Sì, aspettiamo la quinta caduta (sorride).

Io Beh, non aspettiamola, dai. (ridiamo)

Intervistata eh ma verrà!

(...)

Io Quello che vorrei capire è cosa pensa lei del fatto che l'infermiere le proponga, ad esempio, di togliere i tappeti. Perché sono un fattore di rischio per le cadute, ...

Intervistata eh sì è normale, ... Quindi per lei dovrei tirare su tutti i tappeti?

Io Beh non tutti, almeno quelli in corridoio, dove passa più spesso.

Intervistata Sì ma quelli sono affrancati, non si può scivolare.

Io Ok, ma quello che le chiedo è: se lei vede che i tappeti sono un rischio, ...

Intervistata sì, capisco. Lei intende dire che se vedo che c'è un pericolo perché non lo elimino?

Io ecco, sì!

Intervistata Ecco, ci siamo. Ma io non vedo perché! Sono caduta in cucina, in bagno e non mi sono fatta male, ma non c'era il tappeto!

Io Ok, ma il tappeto era solo un esempio.

Intervistata No, lo so, è un pericolo ma...

Io Quello che intendo dire è che è vero che in casa sua comanda lei...

Intervistata Qui comando io! (sorride)

Io ...ma l'infermiere arriva e vede che lei fa fatica a camminare e vede tutti questi tappeti che sono un rischio. Perché non toglierli? L'infermiere lo dice perché vuole dare un aiuto a lei.

Intervistata Eh, sì. Ultimamente continua a sgridarmi perché faccio la doccia in piedi. Ma finché andrà bene io farò così. Capisco che loro lo fanno perché pensano al mio bene. Ma adesso tacciono tutti perché hanno capito che io sono di Berna. Sono una testa dura.

Io Si sono rassegnati allora.

Intervistata eh sì! (ride) So che è anche una questione di una responsabilità loro.

Io Beh non solo quello però. C'è anche un fattore di rischio per lei no?

Intervistata Beh, c'è un motivo se io faccio fatica a camminare, è per quell'operazione che le ho detto, poi ho anche la pressione bassa.

Io Ecco, questo è un'altro fattore di rischio per cadere, ...

Intervistata Beh ma quello anche se era alta! Capisco che lo dicono per il mio bene e non perché vogliono comandarmi. Ma io sono così.

(...)

Io Cosa stavamo dicendo? ah sì, che loro le consigliano queste cose per il suo bene.

Intervistata è logico

Io Ecco, questo lo sa. Allora per quale motivo non adotta i consigli che le vengono dati?

Intervistata Perché mi sento bene come faccio io. Anche quando volevano lavarmi con la lavette. Io voglio fare con le mani come faccio di solito. E poi come faccio a lavarmi seduta?

Io Ok. Per il lavoro che sto facendo a scuola ho visto anche altre persone oltre a lei. E quello che vorrei capire è come mai alcune persone seguono tutti i consigli che vengono dati e altre no. Ad esempio una signora da cui sono andato ha tolto tutti i tappeti, ha il girello, ha sistemato la doccia, ...

Intervistata Beh quella signora è intelligente!

Io No, ma quello che interessa a me non è chi è intelligente e chi no, ma perché certe persone lo fanno e altre no.

Intervistata Beh, la suocera di una mia amica è caduta in casa anziani e ha fatto diverse fratture. Là ci non si sono tappeti e tutto il resto ma lei è caduta lo stesso! Magari si è sentita male ed è caduta magari perché non le funzionava il pacemaker. Ma vede? è caduta e si è fatta male senza l'asse sul bagno e senza tappeti!

Io Sono d'accordo. Ci sono delle cadute che non si possono evitare...

Intervistata Come quando sono caduta in bagno che non mi ricordo nulla, probabilmente sono svenuta.

Io ecco, sì. Quella in camera, però, se per esempio il tappeto non ci fosse stato lei non sarebbe caduta, no?

Intervistata Potevo scivolare con i piedi nudi però. E poi è la stessa cosa.

Io Ok, però lì era colpa del tappeto...

Intervistata Sì era consumata la retina che era sotto.

Io Ok, si poteva evitare, no?

Intervistata Sì ma non mi sono fatta niente. Ho solo disturbato alle quattro del mattino il mio curatore.

Io Giusto. Ma chi viene a domicilio non può prevenire tutte le cadute, ma può fare in modo che ci sia meno rischio. Lei già ha il teleallarm, che non le impedisce di cadere, ma almeno può chiedere aiuto subito.

Intervistata Da otto anni ce l'ho. Costa tanto però. E funziona solo qui di sopra. Se vado di sotto non va. Solo fino in stanza. Mi è servito già un paio di volte!

Io Ok, poi ho questa domanda che riguarda il tablet. Gli infermieri quando arrivano ce l'hanno e scrivono tutto sopra lì.

Intervistata Anche in macchina lo usano prima di entrare.

Io Mi ricordo che quando sono venuto con l'infermiere le ha fatto un questionario sul rischio di cadere, e a ogni cosa che lei diceva doveva scrivere sul tablet.

Intervistata Sì, anche ieri. Però non so cosa scrive. Scrive che sono una cracona (ride).

Io (rido) non credo che scriva quello. No, quello che intendo dire è che loro utilizzano per molto tempo il tablet, dopo ogni domanda devono scrivere per qualche minuto sopra lì. è una cosa che ho notato. Cosa pensa di questo?

Intervistata Beh, quello è il suo lavoro, deve scrivere tutto. Non mi dà fastidio. Se un giorno lavora anche lei con lui dovrà fare la stessa cosa! Per guadagnare la paga deve fare così.

(...)

Intervista 5

(...)

Io Ecco, io ero già venuto qualche tempo fa con l'infermiere, vi ricordate?

Marito mmh, sì.

Moglie sì, anche se passa tanta di quella gente da qui...

Io Eh sì anche questo è vero. Appunto io sto facendo la scuola per diventare infermiere e sto facendo un lavoro di tesi sul rischio di cadute degli anziani a casa.

Marito mmh.

Moglie certo, certo.

Io Ecco, e sono venuto l'altra volta con l'infermiere che vi ha fatto delle domande sul rischio di cadere.

Moglie sì, certo.

Io ok. La prima domanda non è tanto sul tema cadute: riguarda l'uso del tablet da parte degli infermieri a domicilio. Da qualche tempo lo utilizzano per scrivere tutto. Volevo chiedere come vivete l'uso del tablet da parte degli infermieri? Ad esempio ho notato che dopo ogni domanda che vi fanno devono scrivere su lì, ...

Moglie Sì, sì, ci scrivono anche per diversi minuti. Ma guardi, per me è uguale, se per voi (infermieri) è meglio scrivere lì piuttosto che tenere a mente tutto. Per voi cos'è meglio?

Io Beh per gli infermieri probabilmente è meglio usarlo, anche se è un po' scomodo scriverci.

Moglie ecco, sì, poi potete anche andare indietro e vedere le cose che sono successe prima, ... Per me va bene. Non mi disturba, anche se state qui dieci minuti a scrivere non mi fa niente. Anche se a volte in casa mia non prende e allora o escono in giardino oppure vanno di sopra. Per voi è meglio con quello?

Io beh, guardi, io non lavoro a domicilio, ho solo seguito l'infermiere quelle volte che sono venuto anche da voi. Posso immaginare che sia utile per tenere tutte le informazioni anche se prende molto tempo.

Moglie Ah, ecco. Penso anche io. Almeno da lì si vede tutto.

Io Ecco, bene. Poi un'altra domanda riguarda i consigli che vi ha dato l'infermiere, l'ultima volta che siamo venuti, riguardo al rischio di cadere. Ad esempio almeno dieci minuti di movimento al giorno, di mettere delle strisce antiscivolo sugli scalini, ...

Moglie ah no, le strisce ha detto di non metterle perché non vanno bene sugli scalini di

marmo. Però abbiamo messo due corrimani sulle scale di modo che mio marito si attacca lì e sale le scale. Prima ce n'era uno solo, ne ho fatto mettere un'altro perché vedevo che faceva un po' fatica a salire i primi scalini perché il corrimano restava un po' più in alto. Adesso con due riesce ad arrivare bene in cima alla scala, fa meno fatica.

Io Altri consigli riguardavano i tappeti, ...

Moglie sì, sono andata a cercare le strisce per affrancare i tappeti per terra ma alla migros mi hanno detto che non sono comodi perché se magari camminando si picchia col piede all'inizio del tappeto possono fare cadere. Comunque di tappeti in casa ho solo questi due in salotto, quelli di sopra (zona notte) anche in corridoio li ho tolti tutti. Con questi due mio marito fa attenzione perché lo sa.

Io Avete fatto altri cambiamenti in casa?

Moglie no, altri cambiamenti no, ...

Io Nemmeno in bagno?

Moglie ah! Abbiamo preso il letto elettrico per la stanza, in bagno c'è il seggiolino sulla vasca. Gli operatori lo fanno sedere lì per lavarlo (il marito).

Io Quindi i consigli che le ha dato l'infermiere bene o male quelli che ha potuto li ha seguiti vedo.

Moglie sì, sì, certamente.

Io Beh sa non é da tutti. Alcune persone sono più restie a fare dei cambiamenti.

Moglie no, no, io anche in bagno ho preso il tappetino per la doccia. E ho tolto tutti i tappeti in camera e in corridoio di sopra.

Io Ecco, bene. Perché io mi ricordo dall'ultima volta che sono venuto che lei (rivolto al marito) ha un po' paura soprattutto quando deve fare le scale, vero?

Marito eh, sì! non ho più l'equilibrio io! Devo usare il bastone.

Io ok, ma sulle scale usa il corrimano, ...

Marito sì! Eh, andiamo avanti.

Moglie Devo dire che adesso però va molto meglio con il moto perché il geriatra gli ha tolto l'haldol.

Marito cos'ha fatto il geriatra? (rivolto alla moglie)

Moglie Ti ha tolto una medicina che ti faceva un po' "tribolare" con le gambe. Tutti dicono che è migliorato molto (rivolto a me). Poi adesso viene il fisioterapista e lo fa camminare venti minuti/mezz'oretta perché con me non cammina. Almeno adesso una mezz'oretta può farla. Vabbé, adesso se viene il bel tempo lo faccio muovere un po' in

giardino avanti e indietro,...

Io ecco, bene! i dieci minuti di moto che diceva l'infermiere l'altra volta sono anche questo

Moglie Comunque è migliorato molto con le gambe. Anche a salire le scale fa molta meno fatica e a scendere anche. Mi sono trovata bene col togliere l'haldol. Si vede che gli influiva molto sul moto.

Io beh, sì, magari anche sull'essere un po' più sveglio e reattivo.

Moglie ecco, sì. Quello ho notato che è migliorato. Il geriatra l'ha preso un cura in clinica quando ci è andato e poi l'ha "tenuto". All'inizio lo vedeva ogni tre settimane, ora ogni tre mesi. Gli ha cambiato molte cose, adesso va molto meglio, sono contenta.

(...)

Io Un'altra cosa rispetto al rischio di cadere che voglio chiedervi è se secondo voi avreste avuto bisogno più o meno informazioni di quelle che vi sono state date.

Moglie Mah, per me van bene. Ormai facciamo attenzione quando sale e quando scende, se non si sente sicuro lo si accompagna in cucina o in bagno, ...

Io quand'è l'ultima volta che è caduto?

Marito Mai!

Io Mai?

Moglie No, una volta sì. Più che caduto è, non lo so, è uscito dal letto e si è trovato in terra ma non ha mai battuto la testa. Probabilmente gli hanno ceduto un po' le gambe, ecco. Ma appunto, a lui di cadere e farsi male non è mai successo. Adesso è tanto che è così e non cade. Infatti è migliorato a camminare, glielo dicono tutti quelli che vengono. Dovrebbe andare un po' più a camminare, ecco! Adesso se viene fuori un po' il bel tempo ad esempio, ...

Marito mmmh (appare poco convinto)

Io Sì, possono fare due passi in giardino ad esempio.

Moglie Beh sì, oggi che è bel tempo io taglio l'erba e tu vieni fuori un po' a farmi compagnia avanti e indietro (al marito).

Io Eh sì, il tempo fa un po' quello che vuole in questi giorni.

Moglie eh sì! il mese di maggio tutti gli anni è così. Piove sempre molto.

Io Ecco le mie domande non sono tantissime, quello che io sto cercando di chiedere alle persone da cui vado è per quali motivi alcune persone, tutte a rischio di cadere, sono propense a seguire i consigli che vengono dati mentre altre no. Ci sono situazioni

che non si possono prevedere, ma altre sì! Ad esempio i tappeti. O anche l'utilizzo del teleallarm. voi ce l'avete?

Moglie no, glielo avevo proposto ma non l'ha voluto. E poi comunque non è quasi mai da solo. Al massimo qualche ora al giorno, il tempo di andare a fare la spesa o di andare dal parrucchiere, ... Lo accompagno in bagno prima di andare, lo faccio sedere e gli dico di aspettarmi. A noi non serve il teleallarm, però è veramente una buona cosa.

Io Beh sì! non previene niente, ma almeno se capita, ...

Moglie Si viene subito soccorsi!

Io ecco, esatto! Ma secondo lei cos'è la cosa che più di tutte vi ha fatto mettere in pratica i consigli per il rischio di caduta?

Moglie Beh, la paura che possa succedere qualcosa, perché non si è mai tranquilli. A volte anche io scendo le scale in fretta e... (fa un gesto con la testa, come ad imitare uno spavento). Infatti prima avevo il telefono solo di sotto, così se suonava dovevo sempre scendere di corsa, adesso ne ho messo uno anche di sopra. Mi sono detta che un giorno o l'altro sarebbe potuto capitarmi qualcosa e allora adesso lo abbiamo messo di sopra. Ma non abbiamo avuto problemi a seguire i consigli, ad esempio i tappeti li ho lavati e li ho messi in solaio.

Io Ad esempio ricordo anche che l'infermiere spiega sempre il metodo per rimettersi in piedi quando si è per terra, non so se si ricorda, ...

Moglie Adesso no, ... girarsi su un fianco?

Io ecco, si inizia così, ...

Moglie Eh ma lui non ce la fa, è difficile. Anche mettersi sulle ginocchia non riesce. Io ho provato ma niente, quando è giù è giù. Non c'è niente da fare, poi è anche pesante. Bisogna essere almeno in due per alzarlo, poi quando cadono non si sa mai se hanno rotto qualcosa, se hanno battuto la testa, ... anche toccarli troppo non è il massimo. Prima è meglio vedere che non ci sia niente.

Io Sì, certamente! Prima di rialzarsi è importante capire se c'è qualcosa che fa male.

Moglie Eh sì, anche mettersi sulle ginocchia, poi, non riesce. Una volta l'ho dovuto trascinare fino in bagno e gli dicevo di attaccarsi per rialzarsi però da solo non ce la fa, nemmeno con me. Ci vogliono proprio due persone. Ma adesso va, speriamo non capiti più niente. Però non è mai caduto dove ci sono i tappeti, sempre su di sopra è successo.

Io ah! mi ha detto che è caduto vicino al letto, ...

Moglie e lì di tappeti non ce n'erano.

Io sì. Altre volte?

Moglie Una volta è caduto qui, fuori dal corridoio. Che anche lì di tappeti non ce n'erano.

Io Perché, come le dicevo prima, a volte non si può prevenire alcune cadute...

Moglie è sufficiente un giramento di testa e si cade.

Io sì, esatto. Quello che si può fare è rimuovere quello che si vede che è più a rischio. O fornire degli appoggi tipo in bagno.

Moglie Sì, noi abbiamo sia la doccia che il bagno, ma gli operatori usano sempre l'asse sul bagno. Gli fanno la doccia lì. Lo fanno sedere lì, gli mettono le gambe dentro e poi le prendono e le girano verso fuori e lo fanno uscire. è meno complicato.

Io Ok, bene. Beh più o meno le domande che volevo fare erano queste. Grazie mille.

Moglie si figuri!

(...)

Tinetti Balance and Gait Scale

Tinetti Balance and Gait Evaluation

NAME: _____
BALANCE

DATE: _____

GAIT

Instructions: Person is seated in a hard armless chair. The following maneuvers are tested.

- 1. Sitting balance**
Leans or slides in chair 0
Steady, safe 1 _____
- 2. Rising**
Unable without help 0
Uses arms to help 1
Able without use of arms 2 _____
- 3. Attempts to rise**
Unable without help 0
Requires more than one attempt 1
Able to rise with one attempt 2 _____
- 4. Immediate standing balance (first 5 sec)**
Unsteady (stagger, moves feet, trunk sways) 0
Steady but uses walker or cane or grabs other objects for support 1
Steady without any support 2 _____
- 5. Standing balance**
Unsteady 0
Steady but has wide stance (medial heels more than 4 inches apart) or uses cane or walker or other support 1
Narrow stance without support 2 _____
- 6. Nudged** (person stands with feet as close as possible; examiner pushes light on person's sternum with palm of hand three times)
Begins to fall 0
Stagger, grabs, but catches self 1
Steady 2 _____
- 7. Eyes closed**
Unsteady 0
Steady 1 _____
- 8. Turning 360 degrees**
Discontinuous steps 0
Continuous steps 1
Unsteady (grabs, staggers) 0
Steady 1 _____
- 9. Sitting down**
Unsafe (misjudges distance, falls into chair) 0
Uses arms or not a smooth motion 1
Safe, smooth motion 2

Balance score _____/16

Instructions: Person stands with examiner, walks down Hallway or across room, first at usual pace, then back at rapid but safe pace (using usual walking aid such as cane or walker).

- 10. Initiation of gait**
Any hesitancy or multiple attempts to start 0
No hesitancy 1 _____
- 11. Step length and height**
(a) Right swing foot
Does not pass left stance foot with step 0
Passes left stance foot 1
Right foot does not completely clear floor 0
Right foot completely clears floor 1 _____
(b) Left swing foot
Does not pass right stance foot with step 0
Passes right stance foot 1
Left foot does not clear floor completely 0
Left foot completely clears floor 1 _____
- 12. Step symmetry**
Right & left step length do not appear equal 0
Right & left step appear equal 1 _____
- 13. Step continuity**
Stopping or discontinuity between steps 0
Steps appear continuous 1 _____
- 14. Path** (estimate in relation to 12-inch floor tiles; observe excursion of 1 ft over about 10 ft of the course).
Marked deviation 0
Mild or moderate deviation or uses walking aid 1
Straight without walking aid 2 _____
- 15. Trunk**
Has marked sway or uses walking aid 0
No sway but has flexion of knees or back or spreads arms out while walking 1
No sway, no flexion, no use of arms, and no use of walking aid 2 _____
- 16. Walking stance**
Heels apart 0
Heels almost touch while walking 1 _____

Gait Score _____

Total _____/28

A score of less than 25 usually indicates a problem. A score of less than 19 indicates a fivefold increased risk of falls.


Tratto da:

<https://www.pinterest.com/jacquelineplant/physical-therapy-outcome-measure/>

Prevenzione efficace delle cadute a domicilio: come migliorare la comunicazione tra curante e paziente.

Mini-Mental State Examination

Picture 1 – Mini mental state examination (MMSE)

Temporal orientation (5 points)	What is the approximate time?
	What day of the week is it?
	What is the date today?
	What is the month?
	What is the year?
Spatial orientation (5 points)	Where are we now?
	What is this place?
	In what district are we or what is the address here?
	In which town are we?
	In which state are we?
Registration (3 points)	Repeat the following words: CAR, VASE, BRICK
Attention and calculation (5 points)	Subtract: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Remote memory (3 points)	Can you remember the 3 words you have just said?
Naming 2 objects (2 points)	Watch and pen
REPEAT (1 point)	"NO IFS, ANDS OR BUTS"
Stage command (3 points)	"Take this piece of paper with your right hand, fold it in half, and put it on the floor"
Writing a complete sentence (1 point)	Write a sentence that makes sense
Reading and obey (1 point)	Close your eyes
Copy the diagram (1 point)	Copy two pentagons with an intersection 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

Tratto da: (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, & Okamoto, 2003)

Geriatric Depression Scale

Medscape® www.medscape.com

Patient _____ Examiner _____ Date _____

Directions to Patient: Please choose the best answer for how you have felt over the past week.

Directions to Examiner: Present questions VERBALLY. Circle answer given by patient. Do not show to patient.

1. Are you basically satisfied with your life? **yes** **no (1)**
2. Have you dropped many of your activities and interests? **yes (1)** **no**
3. Do you feel that your life is empty? **yes (1)** **no**
4. Do you often get bored? **yes (1)** **no**
5. Are you hopeful about the future? **yes** **no (1)**
6. Are you bothered by thoughts you can't get out of your head? **yes (1)** **no**
7. Are you in good spirits most of the time? **yes** **no (1)**
8. Are you afraid that something bad is going to happen to you? **yes (1)** **no**
9. Do you feel happy most of the time? **yes** **no (1)**
10. Do you often feel helpless? **yes (1)** **no**
11. Do you often get restless and fidgety? **yes (1)** **no**
12. Do you prefer to stay at home rather than go out and do things? **yes (1)** **no**
13. Do you frequently worry about the future? **yes (1)** **no**
14. Do you feel you have more problems with memory than most? **yes (1)** **no**
15. Do you think it is wonderful to be alive now? **yes** **no (1)**
16. Do you feel downhearted and blue? **yes (1)** **no**
17. Do you feel pretty worthless the way you are now? **yes (1)** **no**
18. Do you worry a lot about the past? **yes (1)** **no**
19. Do you find life very exciting? **yes** **no (1)**
20. Is it hard for you to get started on new projects? **yes (1)** **no**
21. Do you feel full of energy? **yes** **no (1)**
22. Do you feel that your situation is hopeless? **yes (1)** **no**
23. Do you think that most people are better off than you are? **yes (1)** **no**
24. Do you frequently get upset over little things? **yes (1)** **no**
25. Do you frequently feel like crying? **yes (1)** **no**
26. Do you have trouble concentrating? **yes (1)** **no**
27. Do you enjoy getting up in the morning? **yes** **no (1)**
28. Do you prefer to avoid social occasions? **yes (1)** **no**
29. Is it easy for you to make decisions? **yes** **no (1)**
30. Is your mind as clear as it used to be? **yes** **no (1)**

TOTAL: Please sum all bolded answers (worth one point) for a total score. _____

Scores: **0 - 9 Normal 10 - 19 Mild Depressive 20 - 30 Severe Depressive**

Source: www.stanford.edu/~yesavage

Source: Dermatol Nurs © 2002 Jannetti Publications, Inc.

Tratto da:
www.medscape.com

Lavoro di tesi approvato il: