

LA PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLA DEMENZA

- 15.10 *Disturbi cognitivi e disturbi della marcia nella demenza*
David Simoni (Firenze)
- 15.30 *Contenzione e cadute nel paziente con demenza: solo antitesi ?*
Alberto Cester (Dolo)



FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA

Centro Monteoliveto

"Casa dell'Inferno"

5° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

6 - 7 Giugno 2014

Auditorium
Via Pancorri, 14 - Pistoia

Programma Preliminare

Alberto Cester

Direttore del Dipartimento Medico

(Medicina, Gastroenterologia, Geriatria, Lungodegenza e Riabilitazione)

Az. ULSS 13 di Mirano sede di Dolo e-mail alberto.cester@ulss13mirano.ven.it

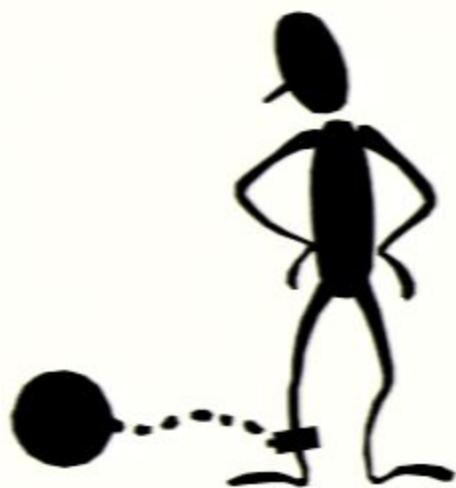
Cosa è ambiente: naturale e artificiale...

Il mondo dove viviamo un sistema di condizioni naturali, che noi modifichiamo...

- ✓ La nazione
- ✓ La città
- ✓ Il quartiere
- ✓ La casa
- ✓ L'ospedale e i luoghi di cura
- ✓ Lo spazio che ci circonda...

La prima volta ...

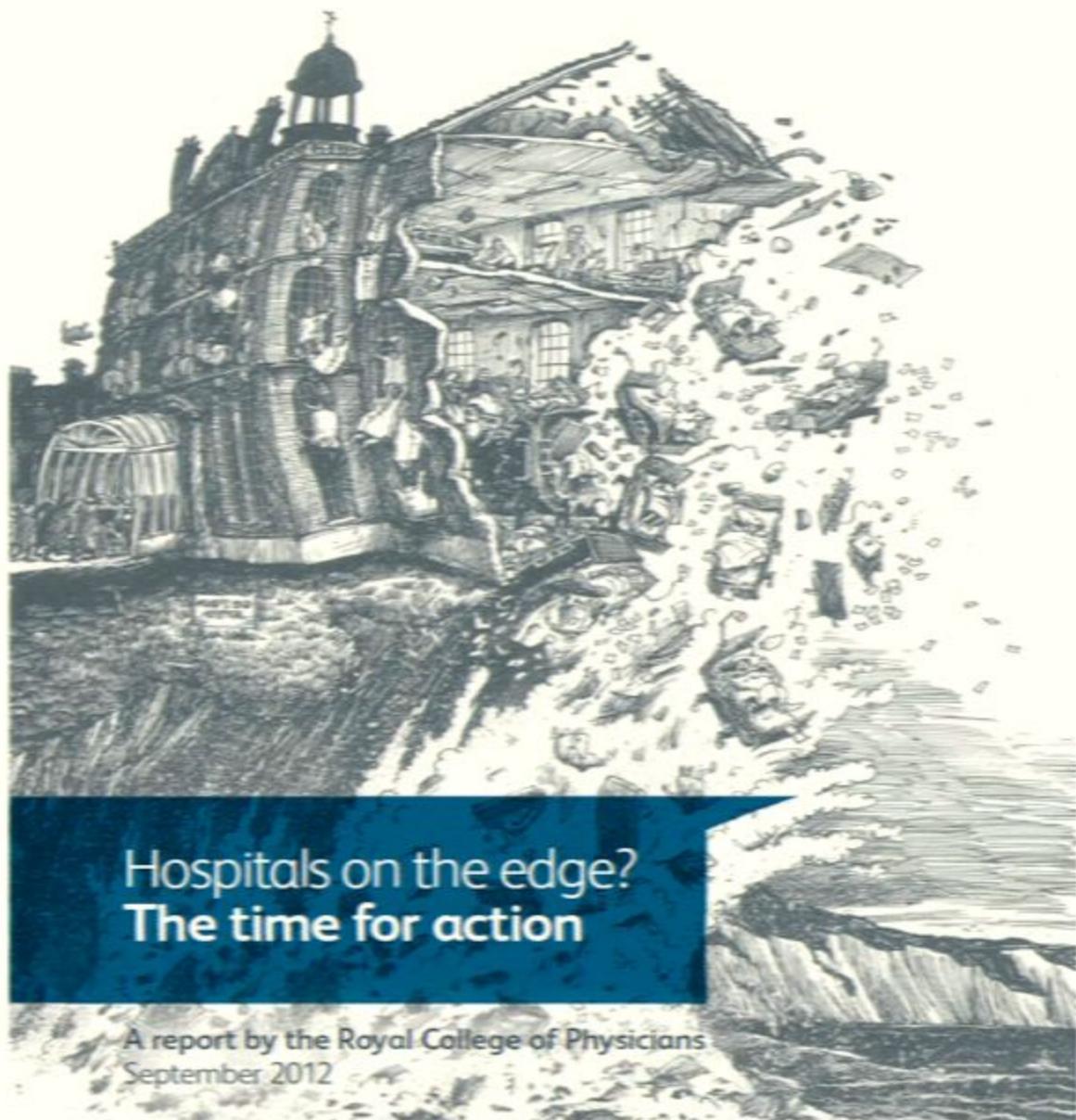
gennaio 1987 !



QUINDI ?...

*Attenzione a
non dover
rottamare a
breve anche
i CD e i Centri
Servizi...*

*Per eccesso di
spontaneismo
e di autoreferenzialità !*



Hospitals on the edge?
The time for action

A report by the Royal College of Physicians
September 2012

LA CONTENZIONE FISICA IN GERIATRIA ESISTE ANCORA?

Oggi la contenzione fisica è considerata un trattamento terapeutico all'interno di un progetto di salute per il soggetto, di cui occorre valutare limiti di adozione, controindicazioni, effetti collaterali, interazione con altri trattamenti infermieristici-assistenziali e farmacologici già in atto

Alberto Ceccer

Medico, direttore del dipartimento di Geriatria, Lungodegenza e riabilitazione dell'Azienda Usls 13 Regione Veneto Componente del Consiglio nazionale Sigg (Società italiana di geriatria e gerontologia)

La questione contenzione fisica è stata ripetutamente affrontata in questi ultimi vent'anni, in relazione a una sensibilità culturale e deontologica nel frattempo maturata nelle professioni sanitarie. Tuttavia questa problematica assume connotazioni e sfaccettature diverse ogni volta che si ripresenta come tema di attualità, probabilmente per quelle influenze culturali-deontologiche che la governano: da prassi assistenziale diffusa e lasciata all'iniziativa del singolo, oggi è divenuta un trattamento terapeutico su cui la ricerca investe (per non abbastanza) per supportare i professionisti nel suo superamento. Infatti la contenzione fisica non può che essere un processo assistenziale individuale, che richiede competenze di assessment, decisionali, deontologiche e tecnico scientifiche specifiche, rispetto alle quali la formazione di medici e infermieri deve adeguarsi. È elemento innovativo recente, l'infermiere può e deve indicarla, assumendosi le responsabilità che gli derivano dalla sua competenza e professionalità.

Ma ancora un senso parlare di contenzione in ospedale, in Rsa? Le degenze ospedaliere, ormai rarefate, vedono anziani sempre più vecchi ed affetti da comorbidità. Dopo la degenza spesso vengono consegnati a setting di cura non sempre adeguati o ad un territorio che, specie in certe aree geografiche del nostro Paese, stenta a progredire e a farsi garante della vera presa in carico assistenziale di soggetti fragili. Il fenomeno dei ricoveri o dei ricoveri ping pong in Italia vede ancora cifre preoccupanti. Se da una parte l'uso della contenzione fisica è abbastanza limitato nei nostri servizi geriatrici ospedalieri, più spesso dedicati alla risoluzione di patologie acute, il vero problema, quello sentito anche dai professionisti in termini di responsabilità applicative, esiste in tutti gli ambiti della residenzialità geriatrica e spesso nella post acuzie (lungodegenze, Rsa, strutture residenziali).

Talora esistono forme limite di uso della contenzione

ambientale domiciliare, che risentano il vero sequestro di persona, trattamento non alle condizioni perché squalidamente presenti sui mezzi di stampa.

La frequenza crescente delle patologie degenerative cerebrali e delle demenze di varia etiologia, assieme all'allungamento della vita media e della speranza di vita degli anziani, hanno reso la contenzione in geriatria un vero tema caldo del dibattito professionale-scientifico. Il ricorso alla contenzione fisica, così come riportato in letteratura, varia molto a seconda dei Paesi e delle culture, questo è un primo dato interessante nella nostra discussione: si va dal 20% ad oltre il 40% negli Usa, quindi già con una variabilità interna, alla pressoché inesistenza in alcuni Paesi del nord Europa. Gli studi italiani citano percentuali mediamente inferiori al 35-40%, con variabilità rispetto ai setting, alla casistica ed ai casi ma dei soggetti anziani trattati dalle singole strutture.

Il tema della contenzione, poco dibattuto nella nostra letteratura, è invece riccamente rappresentato in vari lavori esteri, in particolare a carattere infermieristico. Negli Usa ed in Australia, ad esempio, esistono linee guida di applicazione per l'adozione della contenzione fisica, pensate come per l'uso di sedativi (contenzione farmacologica), anche derivanti dalle pressioni di organizzazioni di consumatori che hanno dato origine a vere delibere del senato americano (Zanetti et al., 2009).

In Italia giuristi e medici legali sono in disaccordo sul dettare criteri applicativi, vista la delicatezza e contestualizzazione del tema e valutata anche la nostra impostazione legislativa sulla tutela delle libertà individuali e sulle lesioni personali derivanti da abuso di mezzi di costrizione. La linea di indirizzo sulla contenzione fisica è quella di considerarla un trattamento terapeutico all'interno di un progetto di salute per il soggetto, valutandone limiti di adozione, controindicazioni, effetti collaterali (anche sul comportamento e tono dell'umore), interazione con altri trattamenti infermieristici-assistenziali e farmacologici già in atto (es. contenzione S-

Ma il COMFORT ???



Contenimento vs. contenzione

- Limitare l'azione del paziente trattenendolo con mezzi “non umani” (nel senso fisico del termine) significa la **fine di una dialettica: non c'è più contrattazione**, confronto di bisogni.
- Rimane **solo il ricatto del più forte verso il più debole**: “Rimani così (legato) finché non aderisci ai miei bisogni, quindi alla mia realtà” (**fallimento terapeutico e relazionale**). ...

Abolita l'ottica della *custodia totale* che prevedeva come unici bisogni dell'anziano:

- ✓ igiene
- ✓ alimentazione
- ✓ farmaci ...
- ✓ al più ritmi S/V, circadiani, ecologia di vita..

Ora io sostengo che non sia più un tema di interesse medico-prescrittivo, bensì infermieristico ...
trattasi infatti di un **tema prevalentemente assistenziale** ...

Il vecchio adagio:

Ma di chi è la colpa se succede qualcosa ?

E chi la deve prescrivere ? ...

*** della serie dove finisce la nostra mediocrità ...**

Le cadute sono il prezzo che paghiamo per aver assunto la stazione eretta.

Chi striscia non cade

Scendere le scale e' una caduta controllata, anzi ogni passo e' una caduta controllata.

"We are all trippers, but not always fallers" (tutti inciampiamo, ma non sempre cadiamo)

Perche' le cadute sono importanti nell'anziano?

- Le cadute possono essere considerate una sindrome geriatrica, come l'incontinenza ed i disturbi cognitivi (delirio/demenza).
- Le cause ed i fattori di rischio sono molteplici e l'approccio puo' essere solo multidimensionale e multidisciplinare.
- La medicina pero' ci ha abituato a gestire condizioni singole e non ad affrontare condizioni multifattoriali come

Perche' le cadute sono importanti?

Ogni anno...

- Un terzo delle persone ≥ 65 enni e il 40% degli ≥ 75 enni cade ogni anno.
- Il 60 % di coloro che sono in Casa di Riposo cadono piu' di una volta all'anno.
- 75% delle morti legate a cadute avviene a casa. Le cadute sono la 6. causa di morte negli anziani.
- 75% delle cadute non viene riferita.

(Cryer and Patel, 2001)

DEMENZA & CADUTE

- ✓ **Epidemiologia** (Buchner 25% in 3 aa AD – Van Dijk 85% in 1 anno/ demenze in NH)
- ✓ Demenza = **fattore di rischio?** (x2)... capacità di valutazione del rischio
- ✓ Demenza e **prognosi** funzionale
- ✓ Demenza e **deambulazione** (lunghezza del passo, wandering)
- ✓ Nesso **multifattoriale** (farmaci, tipo di demenza, ipotensione ortostatica...)

Spesso chi cade ricade



Ogni anno, in Italia oltre **3000 persone muoiono** tra le mura domestiche a causa di cadute e, secondo i dati ISTAT e INAIL, **ogni 10 secondi nelle abitazioni si verifica un incidente che richiede un ricovero ospedaliero**. Nel 2008 in Italia le **fratture di femore**, causate da una caduta, sono state circa **8000 con un costo superiore ai 250 milioni di euro**. **Le cadute nell'anziano aumentano con l'avanzare degli anni. 94.000 ricoveri nel 2011 per fratture di femore**. Il 35-40% dei soggetti di età superiore ai 65 anni cade almeno una volta l'anno e l'incidenza risulta molto più elevata negli ultrasettantenni. Secondo Mary Tinetti e L.Z. Rubenstein più di un terzo delle persone anziane che vivono in casa cade ogni anno e **nel 50% dei casi si tratta di cadute ricorrenti** e il **50% degli anziani istituzionalizzati cade almeno una volta l'anno**.

Il **“life time risk”** di frattura del femore nella donna ultracinquantenne è del 17% e questo rischio aumenta esponenzialmente dopo i 70 anni; il rischio è ritenuto essere doppio nella donna rispetto all'uomo. ... **35 % degli >65 avranno almeno un episodio di caduta in un anno ... ANAMNESI...**





CADUTE

1/3 dei soggetti >65 viventi a domicilio sperimenta 1 o più cadute all'anno;

circa 1 ogni 100 soggetti che cadono, si frattura;

8% dei pazienti che cadono si rivolgono al P.S. e di questi il 30-40% è ricoverato con diagnosi di caduta.

Patogenesi della caduta

Per non cadere, *si deve*, entro un tempo limitato e fisso di 120 msec :

- *avvertire* lo squilibrio
- *elaborarlo a livello centrale*
- *decidere* la strategia migliore in quella circostanza:

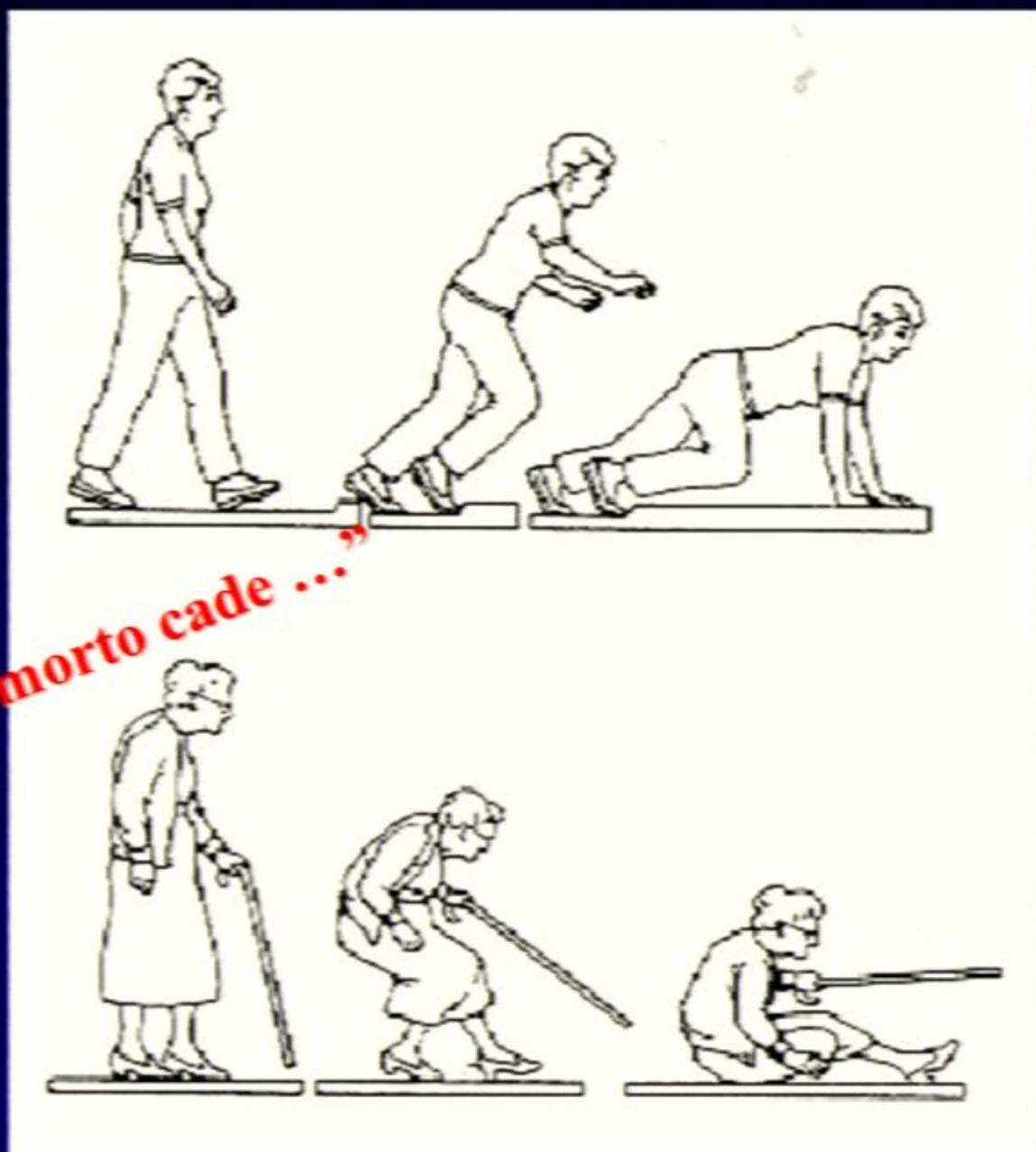
di compenso (strategie di caviglia, anca, arti superiori)

di adattamento (passi di lato, indietro)

di protezione rispetto ad una caduta inevitabile (cadere di lato, mani avanti).

all in the elderly: Clinics in Geriatric medicine 1985

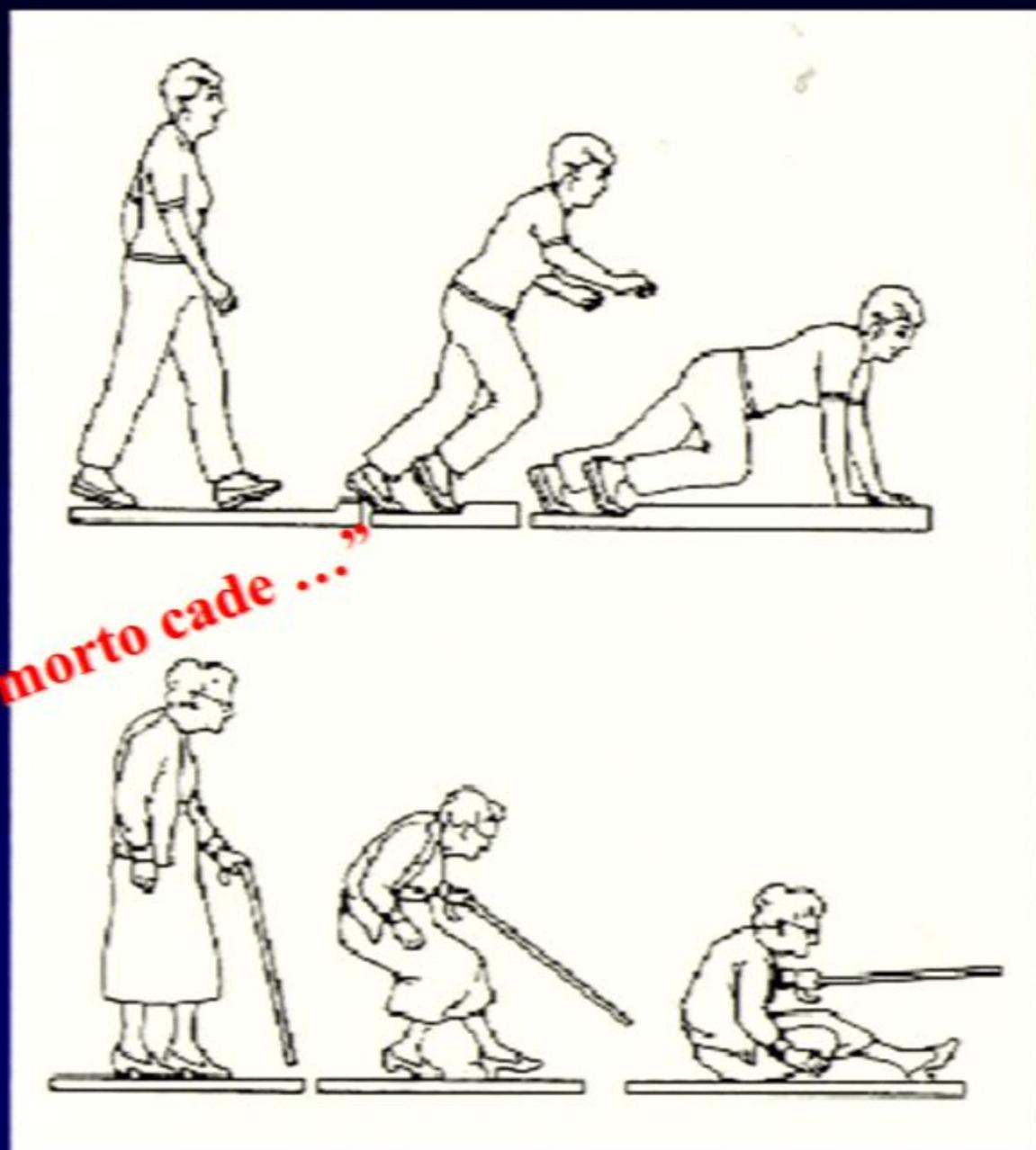
MECCANISMI DELLE CADUTE



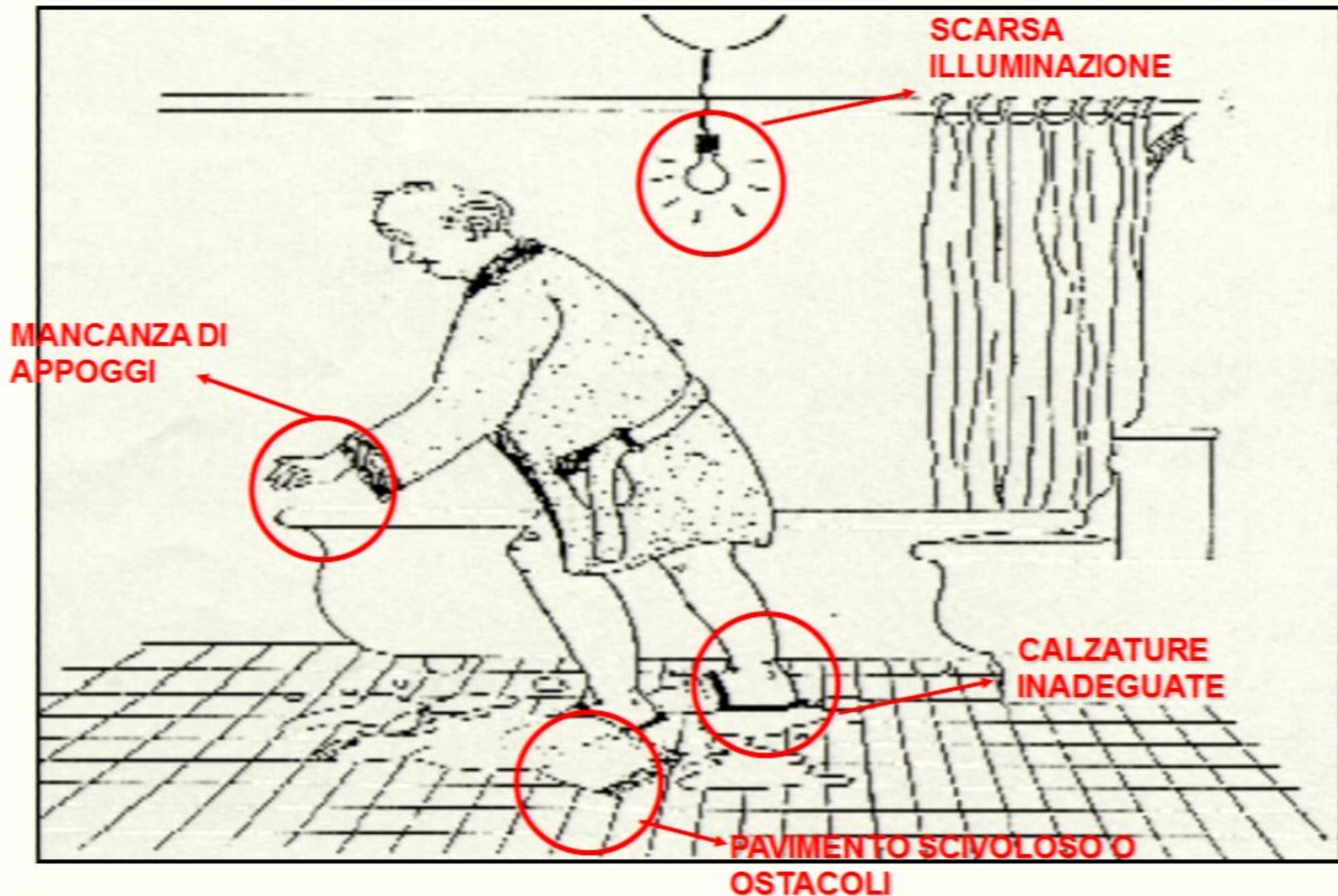
Fisiopatologia della caduta nell'anziano

- Riduzione dell'altezza; riduzione della flessione dell'anca e del ginocchio; appiattimento dell'arco del piede
- Aumento della rigidità articolare
- Alterazioni del centro di gravità, della postura e dell'andatura
- Riduzione della forza e della massa muscolare (30-40%)
- Modificazioni della coordinazione e senso dell'equilibrio (perdita di cellule di Purkinje e della sostanza nera)
- Riduzione della soglia nella sensibilità tattile e vibratoria
- Disturbo propriocettivo, ridotta risposta riflessimotoria alla perdita di equilibrio
- Ridotta capacità a rispondere agli input sensoriali e ad evitare le cadute
- Riduzione dei tempi di reazione
- Ridotta acuità visiva
- Ridotta eccitazione vestibolare periferica ...

MECCANISMI DELLE CADUTE



FATTORI ESTRINSECI - AMBIENTALI



Dove cadono gli anziani ...

Secondo i risultati dello studio Argento (IT), gli anziani cadono il **48% delle volte fuori casa**.

Dentro casa, gli ambienti a maggior rischio sono:
la cucina (25%) ,
la camera da letto (22%) ,
le scale interne ed esterne (20%) ,
il bagno (13%).

Un “*video reality*” studia le cadute negli anziani

Capire come e perché cadono gli anziani è la sfida che i ricercatori del **Canadian institute for health research** hanno affrontato con un approccio nuovo e diretto: invece di simulare le cadute e ricostruirle a posteriori, sono riusciti a riprendere in video 227 cadute reali di 130 individui di età media pari a 78 anni, ospiti di due case di cura a lunga degenza di *British Columbia*, in Canada. Tra il 20 aprile 2007 e il 23 giugno 2010 sono state posizionate alcune videocamere digitali in salotto, sala da pranzo e corridoi delle due strutture mediche. ... **BAGNO ?!** **Ambiente di simulazione difforme alla real life ?!** **Bias !!!**

Le cadute avvengono con più frequenza durante la camminata (54 su 227, 24%), **seguite da quelle verificatesi in piedi da fermi o in procinto di sedersi** (rispettivamente 13 e 12%). ...

Questa ricerca ha dimostrato quali siano i meccanismi di caduta degli anziani in ambiente ecologico, con alcune differenze rispetto agli studi simulati: **l'inciampare ha perso la prima posizione e lo scivolare non causa più del 6% delle cadute**; inoltre il fatto di camminare, per quanto sia da annoverare tra le cause preminenti, si discosta meno del previsto dalle altre due attività, con alcune conseguenze sulle buone pratiche da adottare per prevenire le cadute negli istituti di cura e al domicilio.

De-regolazione baro-recettoriale...

The Underrecognized Epidemic of Low Mobility During Hospitalization of Older Adults

Cynthia J. Brown MD, MSPH, David T. Redden PhD, Kellie L. Flood MD, Richard M. Allman MD

Article first published online: 4 AUG 2009

OBJECTIVES: To examine the proportion of time spent in three levels of mobility (lying, sitting, and standing or walking) by a cohort of hospitalized older veterans as measured by validated wireless accelerometers.

DESIGN: A prospective, observational cohort study.

SETTING: One hundred fifty-bed Department of Veterans Affairs hospital.

PARTICIPANTS: Forty-five hospitalized medical patients, aged 65 and older who were not delirious, did not have dementia, and were able to walk in the 2 weeks before admission were eligible.

MEASUREMENTS: Wireless accelerometers were attached to the thigh and ankle of patients for the first 7 days after admission or until hospital discharge, whichever came first. The mean proportion of time spent lying, sitting, and standing or walking was determined for each hour after hospital admission using a previously validated algorithm.

RESULTS: Forty-five male patients (mean age 74.2) with a mean length of stay of 5.1 days generated 2,592 one-hour periods of data. A baseline functional assessment indicated that 35 (77.8%) study patients were willing and able to walk a short distance independently. No patient remained in bed the entire measured hospital stay, but on average, 83% of the measured hospital stay was spent lying in bed. The average amount of time that any one individual spent standing or walking ranged from a low of 0.2% to a high of 21%, with a median of 3%, or 43 minutes per day.

CONCLUSION: This is the first study to continuously monitor mobility levels early during a hospital stay. On average, older hospitalized patients spent most of their time lying in bed, despite an ability to walk independently.



Wednesday, October 23, 2013

“Ospedale fattore di rischio”

Trapped in the hospital bed

Paula Spain

... Dr. Brown said. “We want people to say, ‘We need Mama to get up.’”

Media di 17 ore a letto ...!!! E il riposo notturno spesso interrotto dai ritmi ospedalieri, outcomes sfavorevoli ...

Prevalence and Outcomes of Low Mobility in Hospitalized Older Patients

Cynthia J. Brown MD, Rebecca J. Friedkin PhD, Sharon K. Inouye MD, MPH

Journal of the American Geriatrics Society

Volume 52, Issue 8, pages 1263–1270, August 2004

Trajectories of Life-Space Mobility After Hospitalization

Cynthia J. Brown, MD, MSPH; David L. Roth, PhD; Richard M. Allman, MD; Patricia Sawyer, PhD; Christine

S. Ritchie, MD, MSPH; and Jeffrey M. Roseman, MD, PhD, MPH

Ann Intern Med.

2009;150(6):372-378.

Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians

Cynthia J. Brown MD, Beverly R. Williams, Lesa L. Woodby, Linda L. Davis PhD, Richard M. Allman

Journal of Hospital Medicine

Volume 2, Issue 5, pages 305–313, September/October 2007



Source:
U.S. Food and Drug Administration. Hospital bed system dimensional assessment guidance to reduce entrapment – guidance for industry and FDA staff (online). 2009 Mar 12 [cited 2009 Mar 16]. Available from: <http://www.fda.gov/oc/ohrt/guidance/09mar12.pdf>

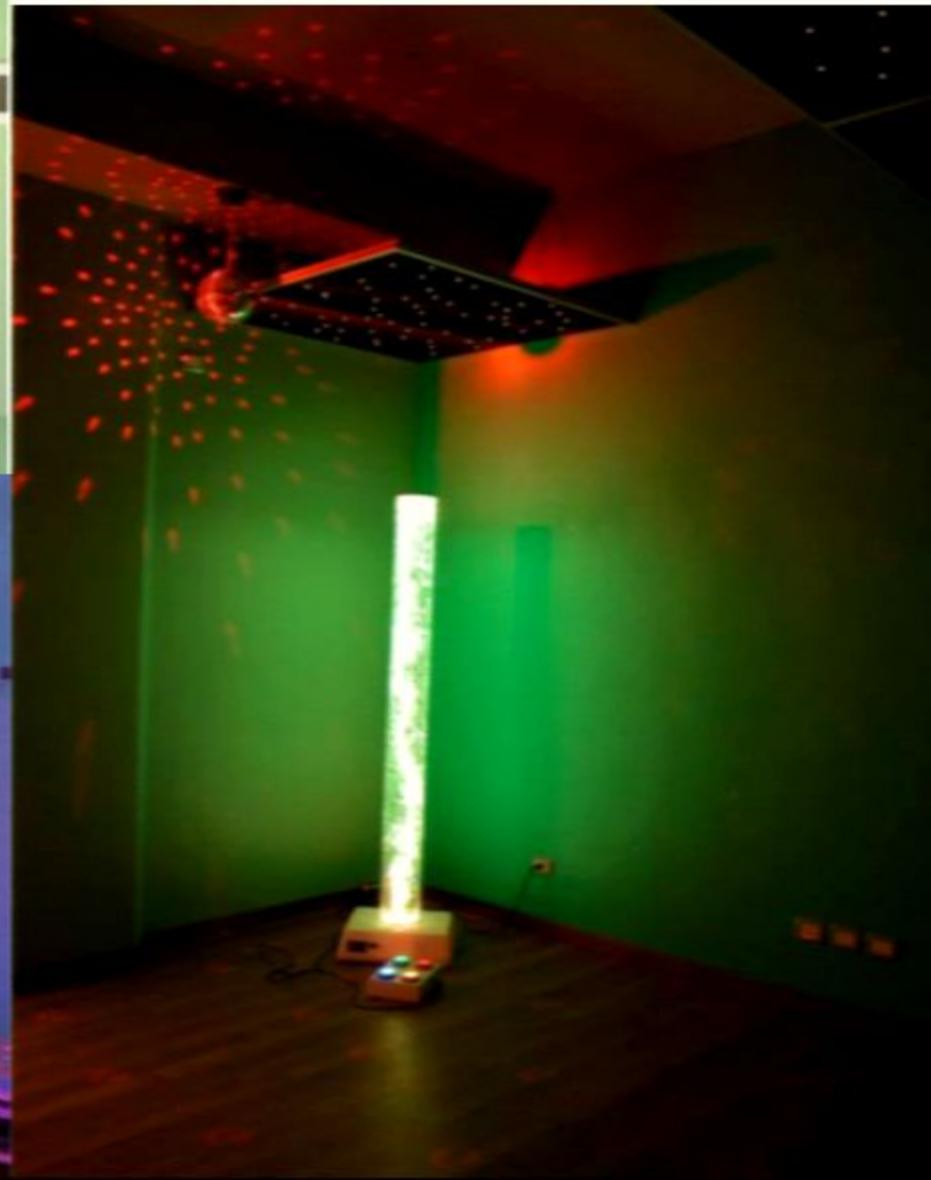
Un semplice accelerometro ...

... Forty-three minutes. That's the median time a hospitalized elderly patient spends standing or walking daily. ...





***Avanguardia sì... mah !!!
No ad ambienti lisergici e/o
psichedelici...***



COCHRANE REVIEW – RISULTATI



Effetti immediati dopo ogni seduta

Miglioramento in entrambi i gruppi senza differenze statisticamente significative tra Snoezelen e controllo

Effetti a metà e alla fine del ciclo di trattamento

Snoezelen: **miglioramento di apatia e tono dell'umore**

Attività tradizionali: miglioramento solo delle abilità linguistiche

Effetti a lungo termine

Nessun effetto già dopo un mese dal trattamento

I PAZIENTI ANZIANI DOVREBBERO ESSERE:

- Interrogati sulla loro capacità di identificare le persone a 4 metri di distanza
- Sottoposti a visita oculistica almeno ogni 2 anni
- Istruiti nell'uso delle lenti multifocali
- Consigliati nel migliorare l'illuminazione degli ambienti

FUNZIONE VISIVA:

- **Capacità visiva** (vicino-lontano)
- **Sensibilità al contrasto** (vicino-lontano)
- **Percezione della profondità**
 - ✓ **Binoculare o Stereoacuità** (vicino-lontano)
 - ✓ **Monoculare**
- Alterazioni campimetriche
- Abbagliamento

CAPACITA' VISIVA non è COME SI VEDE

Secondo uno studio apparso su **Optometry and Vision Science**, rivista ufficiale dell'*American Academy of Optometry*, l'**anisometropia**, condizione in cui **i due occhi hanno diversa capacità visiva, è molto frequente negli adulti anziani**. «**Non corretto, il disturbo rischia di portare ad anomalie della visione binoculare che a loro volta aumentano il rischio di cadute**» dice **Gunilla Haegerstrom-Portnoy**, oculista dell'*Università di Berkeley, in California*. Già studi precedenti suggerivano che l'anisometropia aumenta con l'invecchiamento, senza però fornire informazioni su come la differenza di visione evolve nel tempo, o su quali siano i difetti di rifrazione coinvolti. Dice Haegerstrom-Portnoy: «La prevalenza di anisometropia nei bambini è del 2-4%. Ma, qualunque sia la causa, il disturbo è almeno dieci volte più comune negli ultrasessantacinquenni». I ricercatori hanno analizzato i risultati delle visite oculistiche in 118 anziani seguiti per 12 anni, focalizzandosi sulla diagnosi e sull'evoluzione temporale di anisometropia, definita come una differenza tra i due occhi di una o più diottrie. E, avvicinandosi agli 80 anni, il 32% dei partecipanti è diventato anisometrope, spesso a causa di un'ipermetropia o per un differente grado di offuscamento del cristallino senza peraltro arrivare alla franca cataratta. «Nelle persone anziane la mancata correzione della differenza visiva tra i due occhi può aumentare le probabilità di cadute, che a loro volta, com'è noto, hanno un grave impatto sulla loro salute e, talvolta, sull'aspettativa di vita» commenta **Anthony Adams**, editor della rivista, in un editoriale di accompagnamento. Secondo le attuali linee guida dell'*American Academy of Optometry*, le persone oltre i 65 anni sono un gruppo a rischio per i quali un esame visivo di screening è raccomandato almeno ogni due anni. Aggiunge **Adams**: «Ma ciò che desta preoccupazione è il frequente uso tra gli anziani di **occhiali da lettura comprati nei supermercati o cartolerie**. Lenti a buon mercato fatte per essere generiche, con identica messa a fuoco o ingrandimento: **non sono certo la soluzione ideale per il 30% degli over-75 che hanno diversi indici di rifrazione nei due occhi**».

Fragilità secondo il *Cardiovascular Health Study*. Modificata da Fried et al.

- 1. Forza (handgrip) nel quintile inferiore**
- 2. Velocità del cammino nel quintile inferiore**
- 3. Perdita di peso $\geq 4,5$ kg nell'ultimo anno**
- 4. Facile esauribilità**
- 5. Livello di attività fisica nel quartile inferiore**

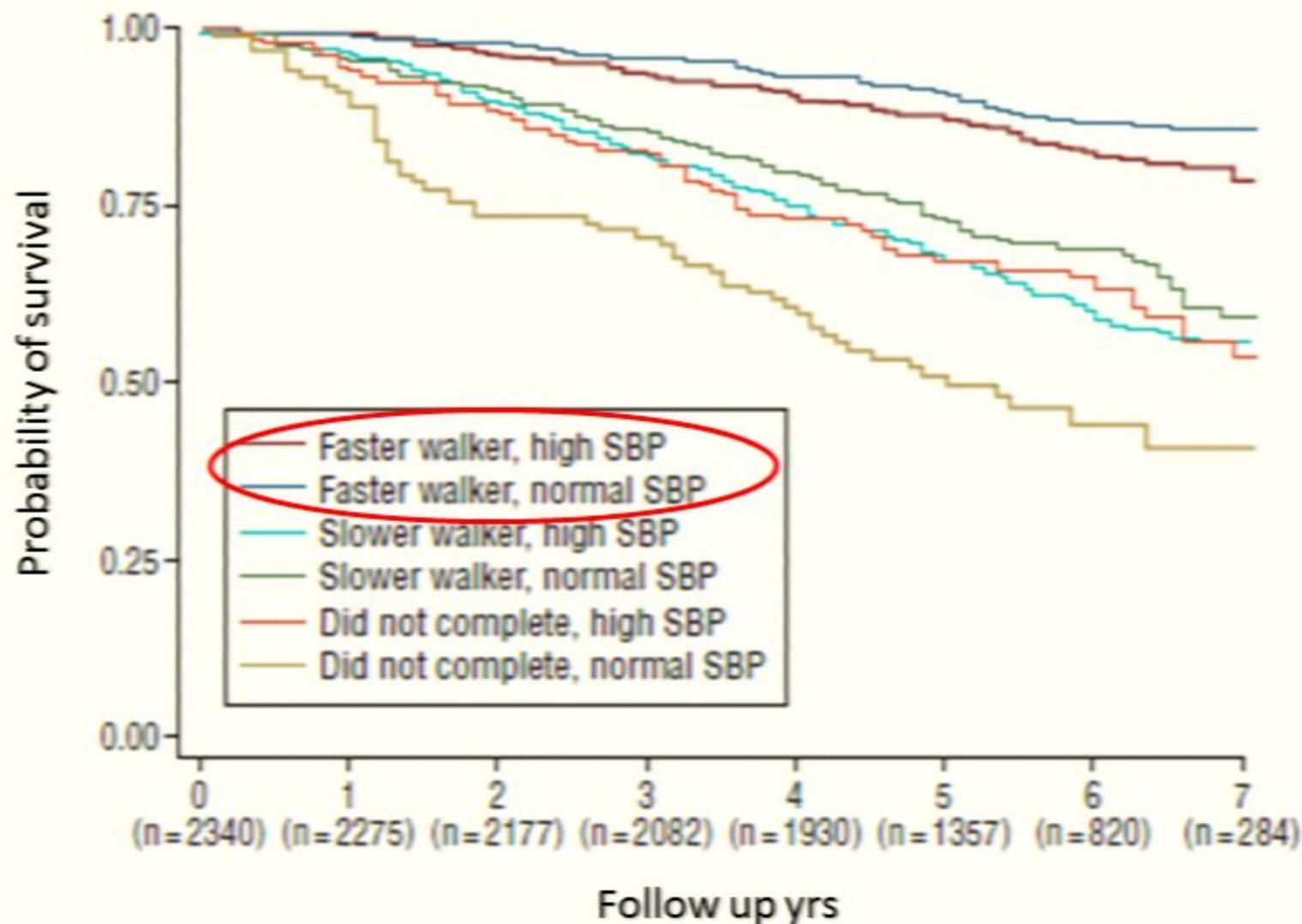
Fragile: ≥ 3 componenti

Intermedio (pre-fragile): 1 o 2 componenti

Non fragile (robusto): 0 componenti

GAIT SPEED AS VITAL SIGN IN OLD AGE

Arch Int Med 2012; 172: 1162-68



Conseguenze della Sarcopenia

Conseguenze:

- ↓ forza, potenza e resistenza muscolare
- ↓ massa ossea
- ↓ equilibrio

- ↓ produzione di calore
- ↓ contenuto di acqua
- ↓ metabolismo basale

Implicazioni cliniche:

- ↑ disabilità
- ↑ osteoporosi
- ↑ rischio di cadute
- ↑ rischio di fratture
- ↑ rischio di ipotermia
- ↑ tessuto adiposo
- ↑ profilo di rischio vascolare

Ma tutti noi poniamo **poca attenzione al luogo ed al contesto della caduta**, *concentrandoci prevalentemente sulla presunta causa organica della caduta e sulla sua eziopatogenesi ...*

(NS RUOLO) ...

Usiamo le parole **abolizione delle barriere architettoniche** e **protezione ambientale**, quasi come **slogan** privi poi di veri significati applicativi nella città, nel domicilio e **nei vari setting di cura ...**

**Poco o nulla esiste ad esempio
sulla valutazione delle cadute
notturne con uso di sponde ai
letti.**

**Manutenzione ordinaria e straordinaria di strumenti e
ambienti di cura...**

- Un dispositivo di luce notturna di "cortesia", migliora l'orientamento e la sicurezza del paziente.

Possibilità di collegare il sistema di controllo di primo livello con un sistema di controllo di secondo livello volumetrico di occupazione, alle luci di emergenza del reparto.



Soggetto non autonomo

PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

- Le sponde sono concepite come un supporto e non una restrizione. Alcuni pazienti richiedono le sponde laterali per sentirsi più sicuri, non avere più paura di cadere ed avere un supporto per la motricità.





Letti *tutto giù* ... fino a 24 cm

Mah ... !





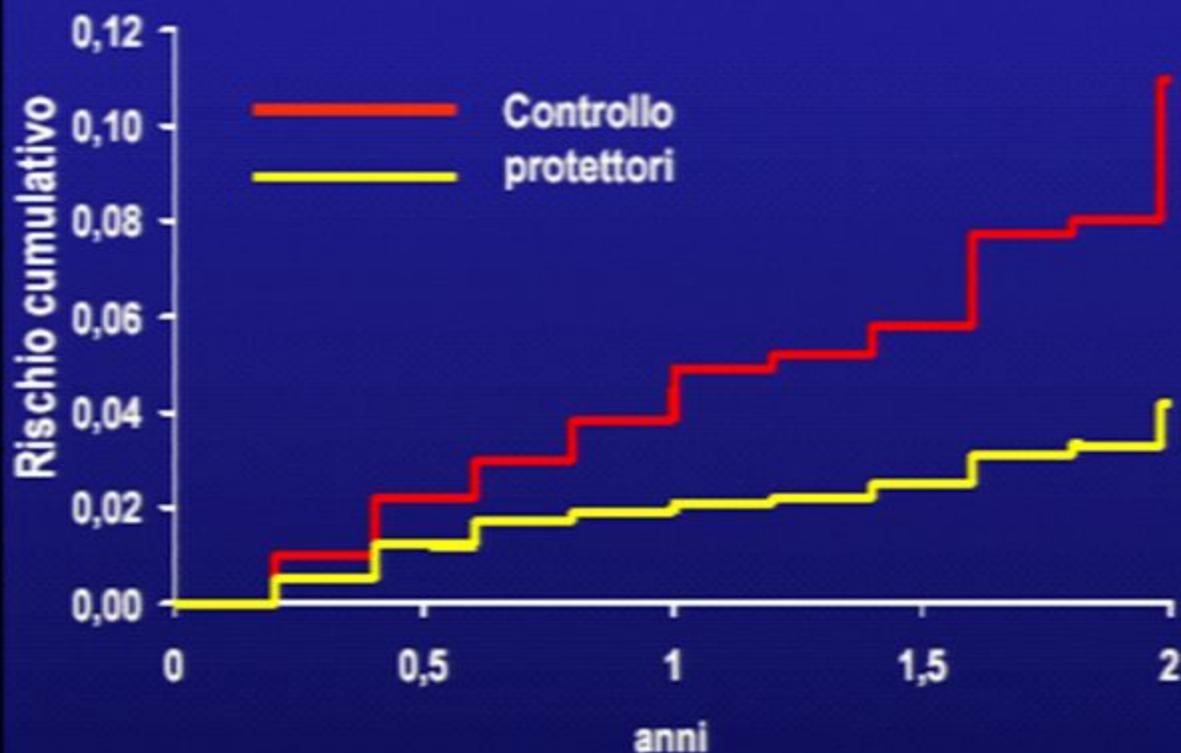
PROTETTORI DELLE ANCHE E PREVENZIONE DELLE FRATTURE DI FEMORE

Il 98% dei pazienti con frattura di femore riferisce una caduta

Il 76% dei pazienti riporta un impatto diretto laterale sulla regione trocanterica

(Parkkari J. et al., Calcif Tissue Int, 1999)

Protettori delle anche e rischio di frattura di femore



RR = 0,4

IC 95% = 0.2-0.8

(Kannus P et al., N Engl J Med, 2000)

Sugli esiti delle cadute in Geriatria giocano un ruolo importantissimo:

- stato funzionale pre-morboso**
- comorbilità**
- stato cognitivo**
- dinamica dell'evento**
- le *patologie a cascata* evolutive ...**
- il caso ...**

LE FRATTURE DI FEMORE NEL NOSTRO PAESE

Da dati europei relativi all'Italia (S. Maggi CNR – Focus Osteoporosi ISS on line) si evince che:

- **l'incidenza** di fratture di femore è pari a **13,6 ogni 10.000 abitanti** (in Europa vi sono dati variabili tra il 6,2 in Irlanda ed il 20,1 della Svezia);
- il trend è comunque in costante aumento, specie per gli ultra65enni per i quali vi è un raddoppio ogni 5 anni d'età, con tassi che arrivano a **400 casi su 10.000 soggetti nelle donne >85enni**.

- In termini di esito le conseguenze più drammatiche di questo fenomeno sono le fratture di femore, che con una mortalità del 25-30% e un'alta percentuale di disabilità acquisita nel 50% dei pazienti.

LE FRATTURE DI FEMORE NEL NOSTRO PAESE

Da dati europei relativi all'Italia (S. Maggi CNR – Focus Osteoporosi ISS on line) si evince che:

- l'incidenza di fratture di femore è pari a **13,6 ogni 10.000 abitanti** (in Europa vi sono dati variabili tra il 6,2 in Irlanda ed il 20,1 della Svezia);
- il trend è comunque in costante aumento, specie per gli ultra65enni per i quali vi è un raddoppio ogni 5 anni d'età, con tassi che arrivano a **400 casi su 10.000 soggetti nelle donne >85enni**.
- In termini di esito le conseguenze da frattura di femore, sono drammatiche, con una mortalità ad 1 anno del 25 % ed una disabilità acquisita nel 50 % dei pazienti nell'anno successivo all'evento.
- Il Italia il solo costo ospedaliero annuale per frattura di femore è di circa **556.000.000 di €**.

? - Paura di cadere, una minaccia per gli anziani

Stefano Pallanti

Mia madre ha 73 anni e da qualche tempo ha paura di cadere, per questo è sempre più difficile farla uscire di casa. E' una donna ancora sostanzialmente sana e porta bene la sua età. All'inizio aveva soltanto problemi ad attraversare la strada o a salire su marciapiedi o autobus. Non spiegava bene la sua difficoltà ma sembrava un problema di equilibrio e per questo, dopo averne parlato con il medico di famiglia ci siamo rivolti prima ad un otorino, poi all'ortopedico ed infine al neurologo. Tutti gli esami eseguiti sono stati negativi. Insomma sembra che abbia "soltanto" paura di cadere. Ma di certo la sua vita, ed anche la nostra, risultano assai condizionate. Cosa possiamo fare e cosa dobbiamo temere? La ringrazio.

Ecco un'altra di quelle situazioni nelle quali pur con accertamenti negativi (cioè senza che si trovino esami alterati) vi è una limitazione funzionale ed un conseguente peggioramento della qualità della vita.

La paura di cadere, quando non si presentano disturbi dell'equilibrio, muscolari, ortopedici, o altro, dobbiamo fare l'ipotesi che si tratti di una forma di **Fobia dello Spazio** o **"Space Phobia"**.

LA CONTENZIONE: CAUSA DI MORTE

Miles SH, Irvine P 1992; Parker K, Miles SH 1997;
Cotter VT 2005



USA:
1/1'000 decessi in casa per anziani
1995-2004: 422 decessi o infortuni



FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA

Centro Monteoliveto

"Casa dell'Anziano"

5° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

6 – 7 Giugno 2014

Auditorium
Via Panconi, 14 - Pistoia