

Le contenzioni e le cadute in RSA: dalla conoscenza alle indicazioni pratiche

Introduzione

23 gennaio 2026

Nicola Vanacore

Istituto Superiore di Sanità



Ministero della Salute



PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

LE ATTIVITA' DELL'OSSERVATORIO
DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI
SANITA'
(anni 2024-2026)



Fondo 2024-2026

Linee strategiche Regioni e PA

- d) In applicazione del PND, le Regioni e le Province autonome, ai sensi dell'articolo 1, comma 331, della legge n. 178 del 2020, predispongono le seguenti linee di azione, mediante Piani triennali di attività, volti ad affrontare, tra l'altro, specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, anche con soluzioni sperimentali e innovative o con l'ausilio di apparecchiature sanitarie:
- ✓ **1** potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;
 - ✓ **2** potenziamento della diagnosi tempestiva del DNC maggiore, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie;
 - ✓ **3** potenziamento della sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure in tutti i contesti assistenziali;
 - ✓ **4** definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo;
 - ✓ **5** consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone.

Formazione online per professionisti delle CRA/RSA

L'Osservatorio Demenze in collaborazione con l'ASL di Modena e la Fondazione Golgi-Cenci, organizza **tre eventi formativi online** rivolti ai professionisti sanitari che lavorano nelle CRA/RSA. Ogni incontro sarà focalizzato su specifiche problematiche clinico-assistenziali nella presa in carico delle persone con demenza.



16 gennaio, ore 15:00-16:30

La formazione nelle RSA: strategie ed obiettivi

23 gennaio, ore 15:00-16:30

Le contenzioni e le cadute in RSA: dalla conoscenza alle indicazioni pratiche

6 febbraio, ore 15:00-16:30

La gestione dei disturbi comportamentali nelle RSA: quali possibili interventi

Programma 23 gennaio:

- **Introduzione**
Nicola Vanacore
- **Le contenzioni e le cadute in RSA: dalla conoscenza alle indicazioni pratiche**
Antonio Guaita, Mauro Colombo
- **Discussione**

Se avete domande durante il webinar potete utilizzare il link indicato nella chat:

DOMANDE 2° webinar: Le contenzioni e le cadute in RSA: dalla conoscenza alle indicazioni pratiche

Il link è raggiungibile anche attraverso questo QR code:



Le contenzioni e le cadute in RSA: dalla conoscenza alle indicazioni pratiche

Un webinar per la formazione di operatori socio-sanitari in RSA



Antonio Guaita

Geriatra

Direttore Fondazione Golgi Cenci

Mauro Colombo

Geriatra

Ricercatore Fondazione Golgi Cenci

Data: 23 gennaio 2026

Ora: 15:00 - 16:30

Contenzione e cadute

Contenzioni e cadute come indicatori-sentinella della difficoltà di risposta quantitativa e qualitativa ai nuovi bisogni posti dalla presenza maggioritaria di persone con deterioramento cognitivo maggiore e minore nelle residenze

- **Dimensione quantitativa**: residenti con demenza moderata e grave nello Studio PACE del 2019 (1)



- **Dimensione qualitativa** (2):
 - Non autosufficienza mobile.
 - Imprevedibilità del comportamento.
 - Sorveglianza h 24, 365/anno oltre che assistenza.

Piano formativo

Di cosa parleremo nella sessione di questo pomeriggio:

1. Contenzione: definizione e diffusione della pratica in RSA
2. Rischi della contenzione, compresi aspetti giuridici e i limiti della sua efficacia
3. Efficacia degli interventi per ridurre la contenzione e introduzione di pratiche alternative
4. Cadute: definizione, incidenza e fattori di rischio in RSA
5. Contesti e interventi preventivi
6. Libertà di movimento, attività ricreative e cadute
7. Prospettive del personale sulla prevenzione delle cadute in RSA

Bergamo, incendio in ospedale: paziente muore legata nel letto

Brucia la Psichiatria, il pm indaga per omicidio colposo

INCHIESTE

30 LUGLIO, 2025

L'Espresso

News

MORIRE LEGATI AL LETTO DI UNA RSA

la Città

QUOTIDIANO DI SALERNO E PROVINCIA

DOMENICA 14 DICEMBRE 2025 – 17:02

Salerno, casa di riposo lager: un arresto e nove indagati – TUTTI I NOMI –

Anziani legati ai letti o alle sedie a rotelle e lasciati su materassi intrisi di urina



IL SECOLO XIX

Anziani legati nella casa di riposo di Castiglione Chiavarese, 13 indagati

Gazzetta del Sud online

Messina | Cal

[HOME](#) / [CRONACA](#) / **ANZIANI LEGATI E PICCHIATI IN UN OSPIZIO-LAGER: 6 INDAGATI A PALERMO**

STAMPA

AA

Anziani legati e picchiati in un ospizio-lager: 6 indagati a Palermo

Offese e minacce, anche di morte, con anziani legati per ore al letto o alla sedia a rotelle, e

LA STAMPA

A 101 anni legato al letto in ospedale: ecco cosa accadeva nel reparto degli orrori a Settimo

La procura di Ivrea contesta una quindicina di maltrattamenti. Chiesta la sospensione di 24 lavoratori tra medici e infermieri

Cosa si intende per contenzione ?



Contenzione

Di cosa parliamo?

Contenzione fisica: limita i movimenti del corpo
(vi sono 34 definizioni in letteratura!)

Contenzione ambientale: delimitazione di uno spazio
(spesso positiva: sicurezza = libertà)

Contenzione chimica: uso di farmaci psicoattivi per
controllare il comportamento

Contenzione fisica

«La contenzione fisica è definita come qualsiasi azione o procedura che impedisce il libero movimento del corpo di una persona verso una posizione di scelta e/o un normale accesso al proprio corpo mediante l'uso di qualsiasi metodo, attaccato o adiacente al corpo di una persona che la persona non può controllare o rimuovere facilmente». (3)

Definizione di contenzione fisica da una Delphi Conference di 47 esperti

Esempi di mezzi di contenzione

- **Cinture e corpetti:** per immobilizzare il tronco
- **Polsini e cavigliere:** per limitare il movimento di arti specifici (braccia/gambe)
- **Guanti e tute:** per impedire di toccarsi o di graffiarsi
- **Spondine:** per delimitare lo spazio del letto e impedire al paziente di alzarsi (le più usate)
- **Tavolini servitori:** per impedire di alzarsi
- **Bretelle e lacci:** per fissaggio parziale o totale



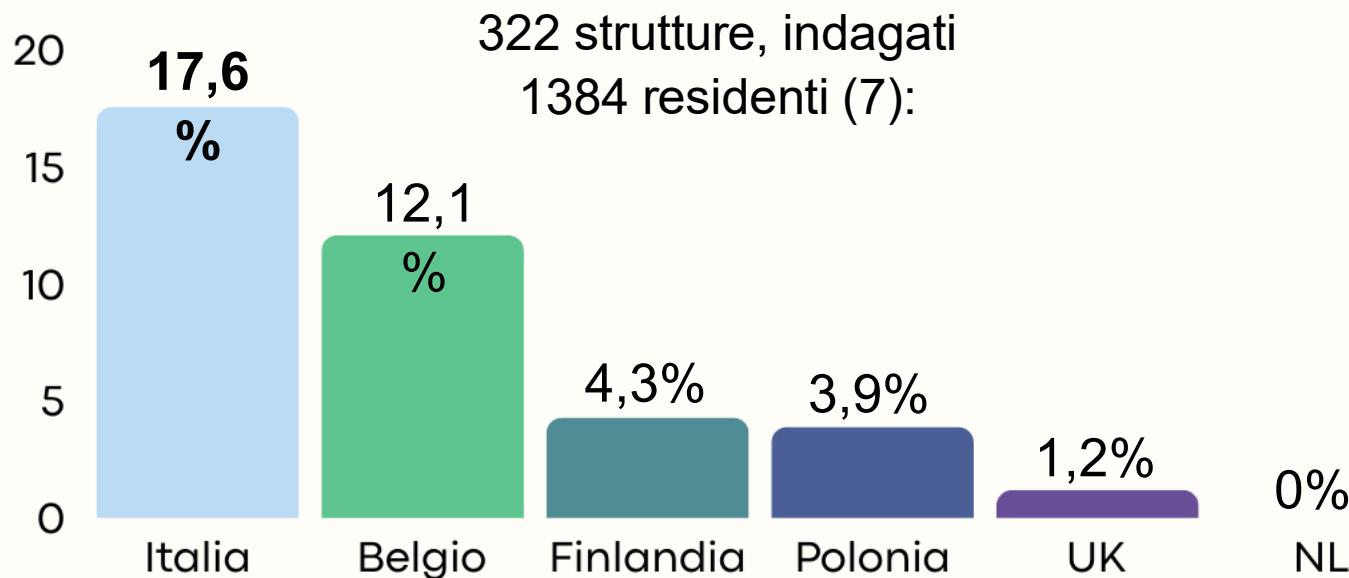
Quanto è diffusa la pratica della contenzione in RSA?

In Italia (4): 68,7%
(4.599/6.690 ospiti) nelle residenze per anziani

In Europa (5): varia tra il 7,7% e il 60,5%

Nel Mondo (6): 33% (studi internazionali)

Quanto è diffusa nell'ultima settimana di vita in RSA?



L'uso della contenzione fisica non era significativamente associato con il genere, lo stato funzionale, la numerosità del personale, il livello di dipendenza dei residenti nella struttura.

Quali sono i motivi per l'uso della contenzione fisica in RSA?

Figura 1. Motivazioni addotte a giustificazione del ricorso alla contenzione fisica negli ospedali

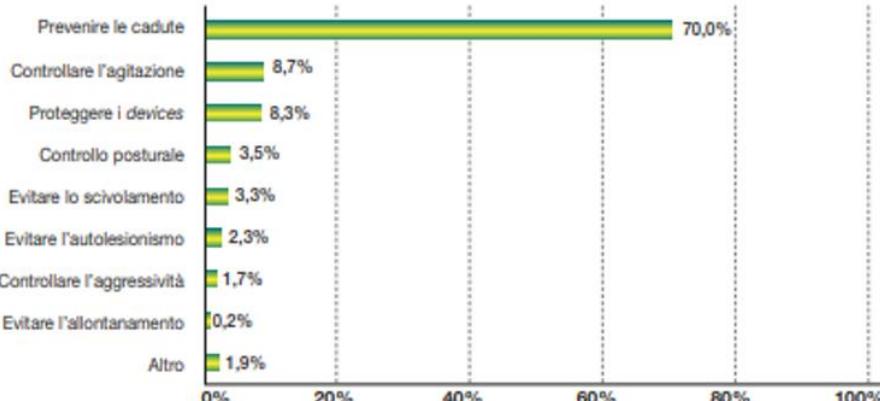
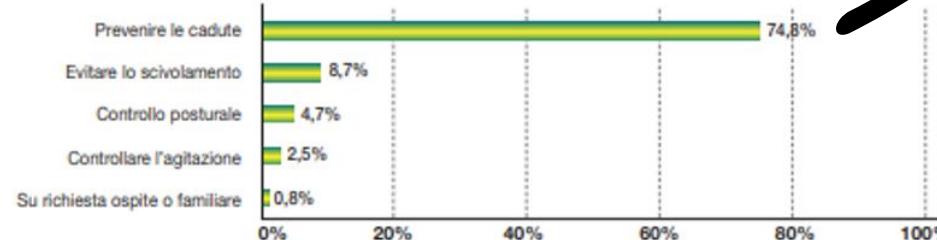


Figura 2. Motivazioni addotte a giustificazione del ricorso alla contenzione fisica nelle RSA



1

Prevenire la cadute (74,8%)

(4)

Nel resto del mondo non è diverso:

Il motivo più frequentemente menzionato per alzare le sponde è stato "prevenire cadute dal letto" (61%), soprattutto per i pazienti descritti come confusi (75%). (8)

La contenzione è efficace?

Quali rischi comporta?

Cochrane group: “Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings (Review) (9)

- La **contenzione fisica** non è una **misura efficace** per **ridurre le cadute** o gli infortuni correlati alle cadute. Al contrario, **può aumentare il rischio di cadute nelle persone anziane**.
- Nelle persone agitate o che manifestano wandering la contenzione fisica non deve essere utilizzata.
- La prevalenza della contenzione fisica può essere ridotta senza un aumento significativo delle cadute o degli infortuni correlati alle cadute.
- Esistono prove sugli **esiti avversi** associati all'uso della **contenzione fisica**, ad esempio **lesioni dirette, riduzione della mobilità e del benessere psicologico**.

Valutazione dell'efficacia della contenzione per ridurre le cadute

- Revisione sistematica (nove studi inclusi): La maggior parte dei risultati ha mostrato che le **misure di contenzione fisica non erano associate alla riduzione delle cadute** e che un **minor utilizzo delle misure di contenzione non determinava un aumento delle cadute**. (10)
- Studio spagnolo: Il rischio di cadute è risultato maggiore nei residenti contenuti e con deficit cognitivo (OR 18,95; IC 95% 7,06 - 50,85). (11)

La contenzione aumenta il rischio soprattutto nelle persone con demenza (12):

- Per le cadute [AOR] 1,66 (IC 95%: 1,21 - 2,27)
- Per le fratture [AOR] 2,77 (IC 95%: 1.35 - 5.68)

Ridurre la contenzione fisica in RSA aumenta il rischio di cadute? Pare di no

120 case di cura in quattro regioni della Germania. 12.245 residenti. Uso della contenzione fisica (13)

Dopo dodici mesi:

- 16 % e – 20,0 % nei gruppi intervento
- 6% nei controlli

Nessun aumento di cadute

Sono stati analizzati 97 anziani in una struttura di ricovero prima e dopo l'implementazione di una politica senza contenzione.

I risultati non hanno evidenziato differenze significative nel numero di cadute prima e dopo la modifica della politica. (14)

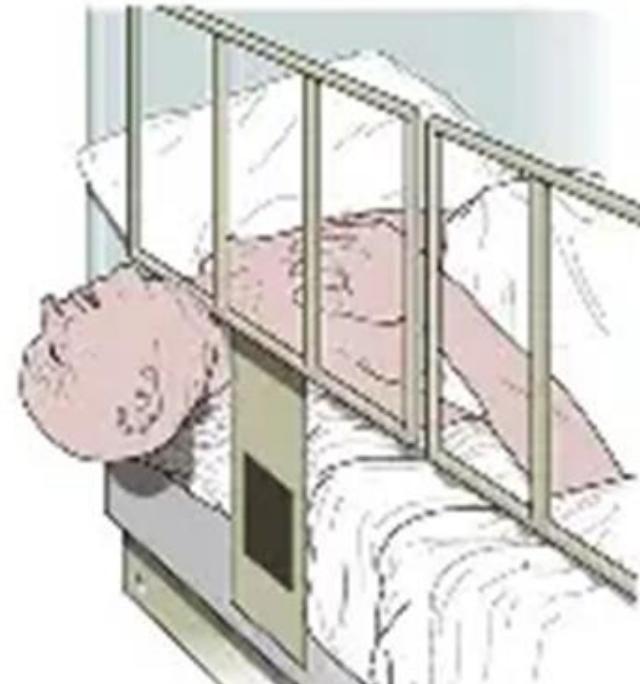
La **riduzione delle sponde del letto** con interventi di prevenzione delle cadute **non ha portato a cambiamenti nella frequenza delle cadute.** (15)

ADULT BED RAILS: A 'SAFETY DEVICE' WITH A RECORD OF ENTRAPMENT, ASPHYXIATION DEATHS

May 1, 2024

Nursing home residents died after being 'trapped in their beds'

The Medline adult bed rails were recalled as they are linked to a serious entrapment hazard and risk of death by asphyxiation



**Vi sono rischi fisici?
Anche gravi? (17)**

Dal 1995 al 2001: 237 decessi,
73 feriti per intrappolamento
nelle sponde del letto. (16)



- Il 53% si è verificato nelle RSA
- Il 20% si è verificato negli ospedali
- 35 decessi hanno coinvolto materassi ad aria

Potenziali benefici delle sponde per il letto

- Aiutano a girarsi e a riposizionarsi all'interno del letto.
- Forniscono una presa per salire o scendere dal letto.
- Offrono una sensazione di comfort e sicurezza.
- Riducono il rischio di caduta dei pazienti dal letto durante il trasporto.
- Forniscono un facile accesso ai comandi del letto e agli articoli per l'igiene personale.

Potenziali rischi delle sponde per il letto

- Lesioni personali o morte quando i pazienti o parte del loro corpo rimangono intrappolati.
- Lesioni più gravi dovute a cadute quando i pazienti scavalcano le sponde.
- Inducono un comportamento agitato per la sensazione di isolamento o di inutile limitazione.

Spondine: conclusioni del National Patient Safety Agency UK 2007 dopo revisione della letteratura (18)

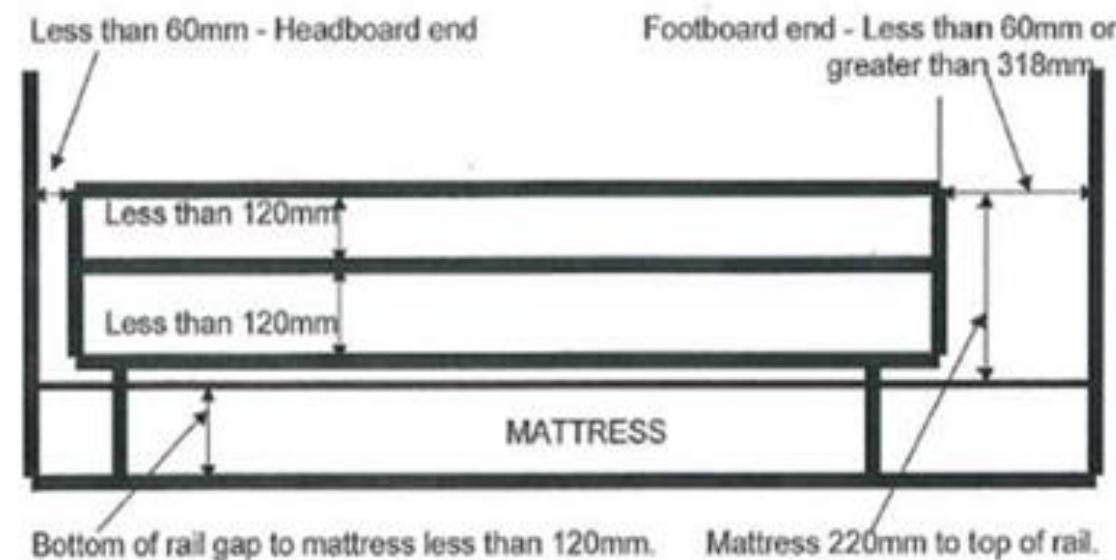
Né l'eliminazione delle spondine né l'uso di routine delle spondine è appropriato.

Una decisione sull'uso delle spondine deve basarsi sulla valutazione di rischi e benefici di ciascun singolo paziente. (19)

Stato mentale	Persona: confusa e disorientata	Usa con cautela	Non usare	Non usare
	soporosa	Puoi usare	Usa con cautela	Non usare
	Vigile e orientata	Puoi usare	Puoi usare	Non usare
	Non cosciente, coma	Puoi usare	na	na
	Immobile a letto e dipendente dal sollevatore	Non dipendente né immobile	Capace di muoversi senza aiuto	
mobilità				



Spondine killer: valutare, studiare le alternative



Aspetti di bioetica e giuridici

Presidenza del Consiglio dei Ministri



LA CONTENZIONE: PROBLEMI BIOETICI

Il CNB raccomanda perciò alle Regioni e al Governo di:

- *Predisporre programmi finalizzati al **superamento della contenzione***
- *Usare lo strumento della valutazione per promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che **favoriscano i servizi e le strutture no restraint**.*

Aspetti di bioetica e giuridici

Art. 13 Costituzione: “La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla Legge. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà”.

I diversi mezzi e tipi di contenzione possono essere impiegati nei casi in cui si prefiguri uno stato di necessità, come previsto dall'art. 54 del Codice Penale. Ma perché sussista tale stato devono essere presenti i seguenti requisiti:

- a) Il pericolo deve essere attuale, cioè deve esistere la possibilità che l'evento temuto si verifichi.
- b) Il pericolo deve consistere in un danno alla persona.
- c) Il pericolo deve avere il requisito della gravità.
- d) L'agente non deve porsi di propria volontà nella condizione pericolosa.

Codici deontologici medico e infermieristico sulla contenzione

ART. 32 - Doveri del medico nei confronti dei soggetti

Il medico prescrive e attua misure e trattamenti ~~dotati di~~ **fragil** fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

ART. 38 - CONTENZIONE

L'infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'équipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo infermiere, se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se essa ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Qual è l'efficacia degli interventi per ridurre l'uso delle contenzioni in RSA?

Linee Guida - Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment (20)

RACCOMANDAZIONE 50. Coloro che forniscono servizi di assistenza dovrebbero garantire una formazione e un tutoraggio aggiuntivi al personale che fornisce assistenza e supporto alle persone con demenza. Tali servizi dovrebbero includere:

- La **comprendere del modello organizzativo** delle cure per la demenza e come tale modello fornisca assistenza.
- Una **formazione** iniziale su come comprendere, reagire e aiutare le persone con demenza che presentano agitazione, aggressività, dolore o altri comportamenti che indicano distress.
- Le **sessioni aggiuntive** nelle quali il personale può ricevere ulteriori riscontri e discutere specifiche situazioni.
- I suggerimenti su interventi che possano limitare l'uso di farmaci antipsicotici o di altre categorie di psicofarmaci e farmaci ad azione sedativa e ridurre le loro dosi in modo sicuro.
- La **promozione della libertà di movimento** e la **minimizzazione dell'uso di contenzioni**.

Qual è l'efficacia degli interventi per ridurre l'uso delle contenzioni in RSA?

Intervento educazionale di 6 mesi e Studio (con infermiera esperta consulente)

«...Due studi su un totale di 432 partecipanti riportano una riduzione della frequenza di utilizzo dei sistemi di contenzione fisica (RR 0,65, IC 95% (0,45 – 0,94)...» (21, 22)

Revisione sistematica dell'efficacia degli interventi organizzativi ed educazionali (9)

Interventi organizzativi che comprendono anche corsi educativi, dopo da 3 a 12 mesi, riduzione n° di residenti:

- con almeno una contenzione: meno 14 %
- con la cintura: meno 46 %
- Non differenze per: cadute, fratture, uso di psicofarmaci

Interventi educazionali solamente: meno efficaci (es. contenzione per agitazione: meno 2,33%, non significativo)

Esempi di misure per favorire alternative alla contenzione (9):

Nello **studio di Gulpers 2011**, i responsabili delle residenze del gruppo di intervento hanno fornito:

- protezioni per le anche;
- sistemi di allarme a infrarossi;
- esercizi per l'equilibrio;
- attività motoria;
- cuscini speciali;
- letti regolabili fino ad altezza molto bassa.

Nello **studio di Koczy 2011**, il team dello studio ha offerto:

- protezioni per le anche;
- calzini antiscivolo;
- materasso con sensore di pressione.

L'uso delle contenzioni è in rapporto con quantità di staff? Non sempre

Heeren (23) dati da una indagine su 570 anziani, residenti in 23 reparti di sette strutture sanitarie:

- L'uso della contenzione era elevato (il 50% dei residenti, di cui l'80% era sottoposto a contenzione giornaliera).
- È stata condotta un'analisi multivariata a livello dei singoli reparti.
- Né il numero né la composizione del personale sono risultati determinanti per l'uso della contenzione.

20 Rsa svizzere in due cantoni culturalmente diversi, non sono significativi per minor contenzioni (24):

- Infermiera di notte (≤ 30 vs. > 30 residenti)
- Proporzione di infermiere esperte (≤ 40 vs. > 40)
- Medico MMG in RSA
- Medico della struttura

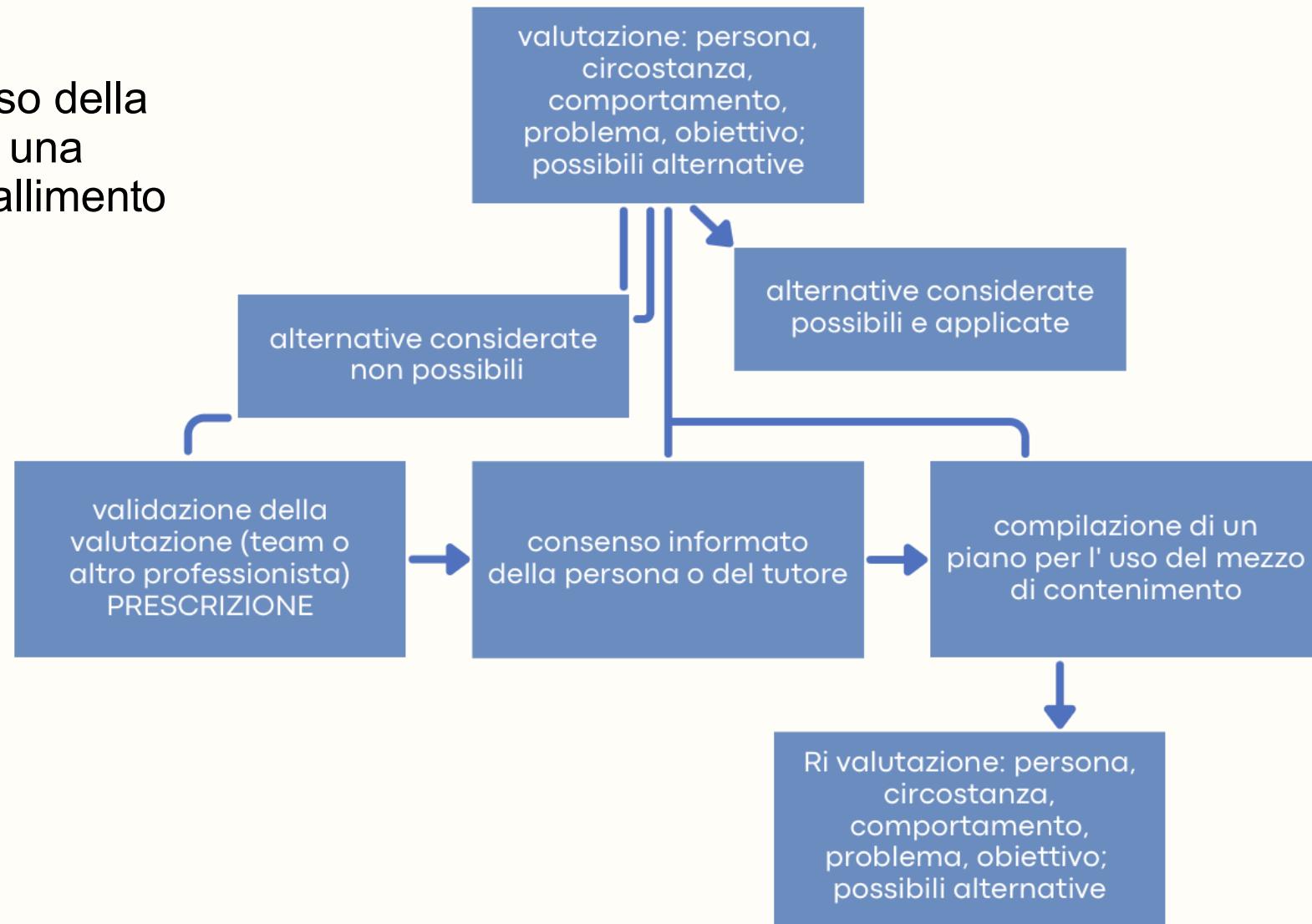
Importanza dell'attitudine dello staff

10 studi qualitativi (25). Sono stati identificati cinque temi:

1. Preoccupazione e responsabilità per la sicurezza.
2. Definizioni poco chiare e incoerenti di contenzione e assistenza senza contenzione.
3. Difficoltà nel passaggio tra teoria e pratica.
4. Non coinvolgimento nel processo decisionale per rimuovere la contenzione.
5. Risorse e formazione insufficienti.

Procedura per eventuale uso di mezzi di contenzione

Ricordate: l'uso della contenzione è una metafora del fallimento
Moyra Jones





Contenzioni: take-home message

- **Non pensate che adesso potete tornare alle vostre sedi e di colpo abolire o ridurre drasticamente le contenzioni.** È un **processo lento e difficile** che implica un **ripensamento di tutto nella residenza**.
- **Senza un progetto strutturato e sottoscritto**, senza motivazioni, vincoli e monitoraggio **i risultati saranno comunque effimeri**.

MESSAGGIO CHIAVE

Non è solo il residente che si deve adattare alla nuova residenza, ma anche e soprattutto questa che si deve saper adattare e modificare in funzione al residente

«Non sono io che vivo dove tu lavori, sei tu che lavori dove io vivo».

Un residente

Cosa si intende per caduta ?



Cosa si intende per caduta

- **Per la popolazione in generale:** Un evento improvviso in conseguenza del quale una persona si ritrova involontariamente distesa su un pavimento o su un piano più basso. (26)
- **Per gli anziani istituzionalizzati:** Evento per cui chi ne è interessato finisce a terra involontariamente, a prescindere da infortuni o cause. (26)

Epidemiologia delle cadute nelle strutture di ricovero

Le **cadute** ed i danni che ne conseguono sono **2-3 volte più frequenti** negli **anziani istituzionalizzati** rispetto a quelli viventi al domicilio: 1,7 contro 0,65 cadute per persona all'anno

L'incidenza **[nuovi casi]** di **cadute** è **in diminuzione** [dal 1998 al 2021] (27). Ciò **grazie ai progressi** in atto nelle **strutture di ricovero**, per esempio (28):

- il miglioramento della **consapevolezza sulla prevenzione delle cadute**;
- l'implementazione di **programmi efficaci di prevenzione delle cadute** negli anziani (allenamento della forza e dell'equilibrio, utilizzo di dispositivi di stabilizzazione dell'andatura, riduzione dell'uso di farmaci psicotropi).

Le cadute in RSA: le dimensioni del problema (29)

CADUTE E DEMENZA

La **demenza** costituisce un **fattore di rischio per le cadute**. Fattore **tanto più influente, quanto più la malattia progredisce**: l'occorrenza annuale di cadute passa dal 30% delle fasi iniziali al 75% nei residenti con demenza in stadio avanzato.

CADUTE: LE CONSEGUENZE

I **danni** che ne conseguono sono **3 volte più frequenti** negli anziani istituzionalizzati rispetto a quelli viventi al domicilio. Gli **anziani** residenti in **RSA** con **frattura di femore** vanno incontro a **mortalità più elevata** dei coetanei che vivono al domicilio.

Le cadute in RSA: le dimensioni del problema (28)

Meta-analisi su 16 studi prospettici in RSA (1998-2021), per un totale di oltre 60.000 partecipanti:

- Le indagini hanno riguardato 10 nazioni: la maggior parte condotte in Australia o negli USA.
- L'età media dei residenti era compresa fra 81,4 ed 87 anni; oltre il 60 % erano femmine.
- La durata più frequente della permanenza era di 12 mesi.

L'incidenza della cadute variava tra il 22 ed il 62 %: incidenza cumulativa 43 %; cfr. incidenza in comunità = 27 %

Risultati discordanti rispetto ai fattori di rischio [esempi: spondine, ausili per locomozione, sesso]

Fattori di rischio forti

- Storia di cadute
- **Difficoltà nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (ADL)**
- Insonnia
- Depressione

Ruolo protettivo dell'esercizio fisico
«Causalità inversa»
«Effetto soffitto»

Fattori di rischio moderati - deboli

- Vertigine, scarso equilibrio, cammino incerto
- Ausili per la deambulazione
- Difficoltà di udito
- Benzodiazepine, Antidepressivi, Ansiolitici, Antipsicotici, Polifarmacoterapia (oltre 5 farmaci)
- Demenza
- Sesso maschile
- **età non aumenta il rischio in RSA**: cfr. comunità

Le cadute in RSA: i fattori di rischio

739 residenti studiati (per la maggior parte donne ultra80enni), di cui 605 seguiti per 1 anno, in 25 strutture (prevalentemente sotto ai 150 posti) (30):

- **L'uso inappropriato delle spondine quasi raddoppia (+ 88 %) il rischio di caduta** nei residenti; non vengono citate altre contenzioni.
- **Pavimenti non sicuri più che raddoppiano (+ 150 %) e scarsa illuminazione raddoppiano il rischio di cadute.**
- **Il rischio ambientale** rendeva conto del **20%** delle **differenze nell'incidenza** delle **cadute** tra le strutture assistenziali.

Danni da cadute in RSA

Prevenire i danni da caduta costituisce l'**obiettivo principale** della prevenzione in RSA, piuttosto che evitare le cadute in quanto tali.

La **frequenza** dei **danni da caduta** **varia molto** a seconda delle rilevazioni: si stima un 20 – 30 % di conseguenze severe (fratture, traumi cranici).

- A Malaga, **5,35 % fratture** (22 su 411 cadute durante 9 mesi in 213 residenti caduti su 647); **utilizzo di spondine = 53,5 %**; **utilizzo di contenzioni fisiche = 16,8 %** (31)
- **64 %** (di cui **32 % fratture**) su 3.065 residenti in 21 strutture a Shanghai (32)
- In quest'ultima analisi, le **conseguenze più severe delle cadute** sono occorse a residenti **donne**, ultra80enni, **meno dipendenti**

Contenzioni e (danni da) caduta

Jiang et al. (2021): Lo studio è focalizzato sui rischi ambientali, non su pratiche assistenziali. (30)

Il termine “**contenzione**” non vi appare, neppure riferito alle spondine.

Aranda-Gallardo et al. (2018): Le **contenzioni fisiche aumentano le lesioni** sia che necessitano di suture (x 3,5) che non ne necessitano (x 2). (31)

L'uso di mezzi di contenzione fisica è associato a un aumento del rischio di infortuni causati da cadute.

Camminare: funzione semplice ?

Tradizionalmente, il **cammino** è considerato una funzione “automatica”, **semplice** e **ripetitiva**, dove il mantenimento della stabilità posturale deriva da risposte motorie a stimoli sensoriali.

Ma gli studi chiamano in causa anche **coinvolgimenti cognitivi più elevati**.

In particolare è chiamata in causa l'**attenzione**, che spesso va **suddivisa con altre azioni svolte contemporaneamente**.

Un test tipico – “**ecologicamente**” rilevante – implica di camminare mentre si svolge un compito cognitivo: **test del cammino “duali”**.

Caratteristiche del movimento nelle persone con demenza

- Forti differenze nelle loro abilità motorie da un soggetto all'altro, oltre a profondi mutamenti nel tempo nella medesima persona (33):
- Da impacci e ritardi appena percettibili, ad errori grossolani, lentezze ed instabilità vistose, che spesso esitano in cadute e traumi.
- Toccare od inciampare su ostacoli costituisce una delle principali cause di caduta nelle persone con demenza.

Da > 30 anni sono noti disturbi della motricità nei pazienti con demenza (specie AD) e nei prodromi (33)

Caratteristiche

- Cammino lento e irregolare
- Cammino meno automatico
- Effetto del doppio compito
- Maggiore labilità alle cadute
- Inciampo contro ad ostacoli

Meccanismi

- Disfunzioni alla corteccia frontale, specie motoria
- Alterazioni alle funzioni esecutive
- Cammino adattativo: reso + difficile dalla presenza di ostacoli à competizione con le funzioni esecutive

La stima del rischio di caduta

- La **valutazione del rischio di caduta** è un compito difficile: se ne è occupato anche l'Istituto Superiore di Sanità, ponendo un **quesito specifico (22a)** nelle **linee guida su "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment"**. (20)
- L'obiettivo principale (34) dell'**identificazione dei residenti maggiormente esposti a rischio di caduta** consiste nella possibilità di concentrare su questi soggetti gli **sforzi preventivi**.
- Molti **studi escludono** proprio le **persone con demenza** (34), per le quali uno studio (in strutture dei Paesi Bassi) ha riportato una incidenza di cadute dello 85% nel volgere di 1 anno. (35)

La stima del rischio di caduta

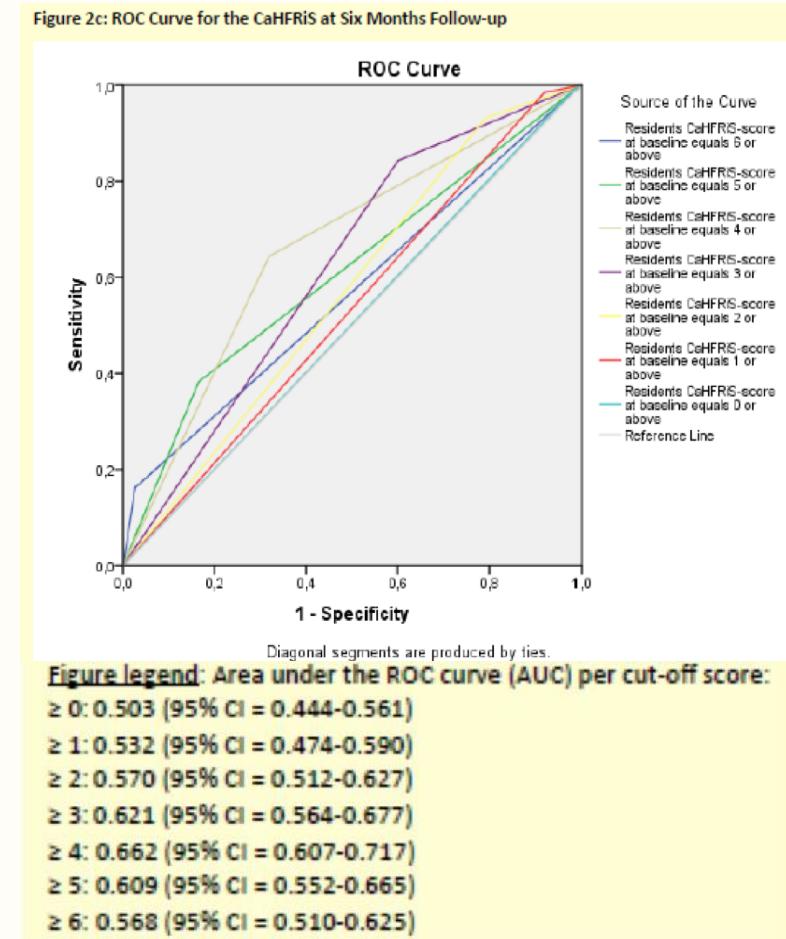
Molti **strumenti di valutazione non sono stati validati nelle case di cura**, non hanno proprietà psicometriche adeguate o sono troppo complessi e richiedono molto tempo per scopi di screening (34):

- Uno studio condotto in strutture cinesi su 866 residenti ha confrontato 4 scale: Morse, Timed Up & Go Test (TUGT), STRATIFY e Hendrich II. Tutti gli **strumenti hanno mostrato limiti** nel bilanciamento tra sensibilità e specificità. La regolazione delle soglie ha migliorato le prestazioni, ma non ha prodotto risultati ottimali.
- Il TUGT ha dimostrato la più elevata accuratezza predittiva complessiva. (36)

La stima del rischio di caduta

Ci sono indicazioni che il **giudizio clinico del personale** o la **storia di cadute (metodi rapidi e semplici)** siano in grado di identificare le persone anziane a rischio tanto quanto i metodi di screening più complicati.

- A Lovanio, in Belgio, è stato effettuato, su 420 residenti in 15 strutture, un **confronto** diretto tra questi **diversi approcci**: giudizio clinico infermieristico – anamnesi / scala dedicata: Care Home Falls Screen (CaHFRiS, che prende in considerazione **sette fattori di rischio**).
- Il giudizio clinico e la anamnesi positiva di caduta sono risultati migliori rispetto a strumenti appositi [risultati di fatto dotati di scarsa sensibilità e specificità] nel prevedere il rischio di caduta.
- Il miglior punteggio di cut-off per il CaHFRiS è risultato essere ≥ 4 a sei mesi (AUC: 0,662 (95% CI = 0,607-0,717).



CaHFRiS - Sette fattori di rischio: il funzionamento cognitivo, l'impulsività, l'equilibrio, l'uso di un deambulatore o di un rollator, la storia di cadute, l'uso di antidepressivi e l'uso di ipnotici o ansiolitici

Rischio di danni da caduta in residenti ad alto / basso rischio di caduta in RSA

- Analisi di dati secondari su 8.633 residenti ad **alto rischio** per deterioramento cognitivo moderato–severo, in 220 strutture tedesche / 7.320 a basso rischio [deterioramento cognitivo assente o lieve]. (37)
- Obiettivo: % residenti con **danni da caduta**, definiti come qualsiasi evento collegato a caduta che abbia comportato un **trattamento medico**, compreso fratture, ferite e dolore persistente.
- **13%** di residenti ad alto rischio con danni da caduta (+ **71 %** vs residenti a basso rischio).
- **7,6%** di residenti a basso rischio con danni da caduta.

Contesti sfavorevoli e favorevoli sulla prevenzione delle cadute in RSA

- **Contenzioni** come **fattore di rischio di danni da cadute** attraverso perdita di forza muscolare, cognitività, depressione.
- **Processi assistenziali sfavorevoli per cadute**: cattivo lavoro di squadra, comunicazione inadeguata tra il personale, valutazione clinica insufficiente ed errori nella documentazione delle cure.
- **Favorevoli: minore uso di contenzione fisica, maggiori interazioni sociali con il personale, maggiore partecipazione alle attività e minore utilizzo di antipsicotici** da parte dei residenti nelle unità di cura per la demenza / maggior uso di **antidepressivi**.
- Nelle strutture tedesche almeno metà del personale di assistenza deve essere costituito da **infermieri**. (37)

Suggerimenti per contesti preventivi su cadute in RSA

Per residenti a basso rischio di caduta

- Nei residenti a basso rischio, la accoglienza presso un **nucleo speciale** quasi dimezzava il **rischio di danni da cadute**.

Per residenti ad alto rischio di caduta

- Un **ambiente fisico** di **aspetto simile** ad un **domicilio** (- 17 %).
- La combinazione di collocazione in una regione meglio dotata di **nuclei Alzheimer**, strutture **architettoniche** favorevoli e personale **qualificato** (circa dimezzamenti).

Aspetti da approfondire

Strutture organizzate e accoglienti in **stile “domestico”** in cui il personale sanitario **vive insieme** a un piccolo gruppo di residenti (massimo **8-12** persone) e fornisce un'assistenza incentrata sulla persona, che prevede la **stimolazione, incoraggiamento e supporto dei punti di forza** rimanenti dei residenti: nessuna differenza significativa nell'incidenza delle cadute, ma effetti positivi sulla qualità di vita dei residenti [non sempre confermati al controllo con organizzazioni tradizionali].

Libertà di movimento in spazi aperti e semi-aperti*

Funzioni corporee	Funzioni mentali e percettive	Partecipazione sociale	Qualità di vita
<ul style="list-style-type: none"> Meno cadute Cadute meno gravi Maggiore attività fisica Meno antipsicotici Meno antidepressivi 	<p>Miglioramenti in:</p> <ul style="list-style-type: none"> Memoria a lungo termine Abilità linguistiche Capacità visuospaziali Tono dell'umore Ansia, agitazione Rabbia, frustrazione 	<ul style="list-style-type: none"> Maggiore coinvolgimento in attività fisica e significativa Maggiori interazioni sociali, anche col personale di cura <p>Possibilità di scegliere dove e con chi stare</p>	<ul style="list-style-type: none"> Maggiore senso di dignità Minore sensazione di essere intrappolati <p>(38, 39)</p>

* Con possibilità di muoversi liberamente all'interno della struttura, in particolare in giardini

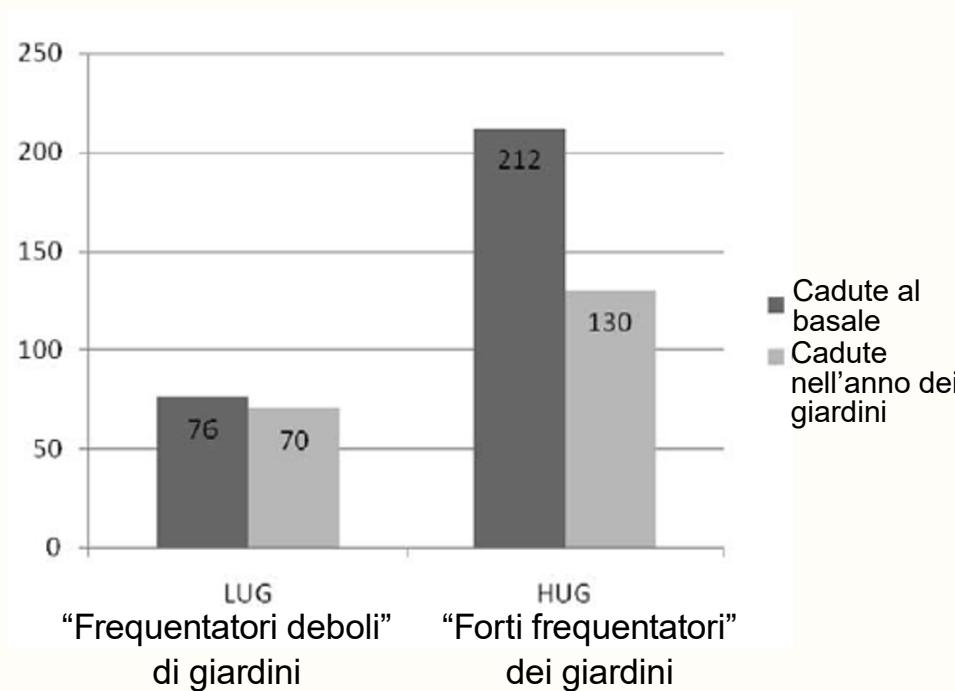
* La funzionalità nelle attività quotidiane e la «dimensione esistenziale» restano invariate

Libertà di movimento in spazi aperti e semi-aperti

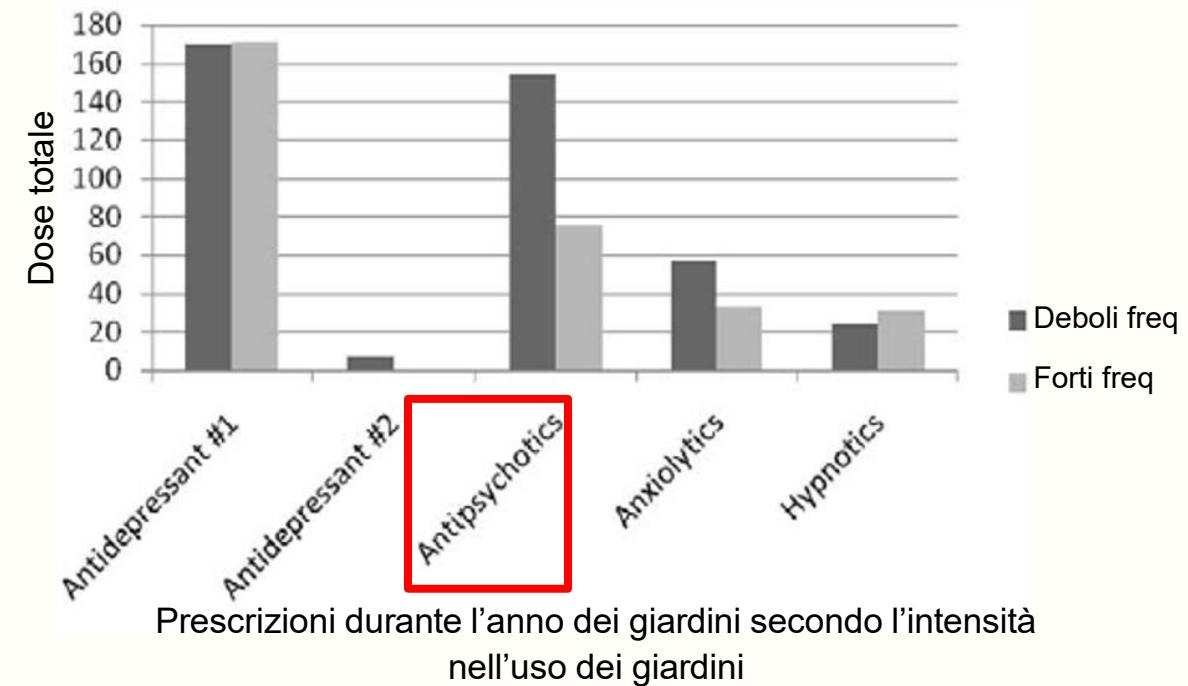
- Richiamo frequente e ruolo determinante dei **giardini nella meta-analisi** (38), effettuando confronti diretti fra ambienti con differenti livelli di libertà di movimento.
- Le prospettive degli stessi residenti con demenza e le prospettive di coloro che sono coinvolti con loro, come familiari, personale o dirigenti, erano, nel complesso, simili per quanto riguarda l'influenza positiva di una **maggiore libertà di movimento sulla salute**.
- Programmi come le **attività di camminata non risultano sufficienti** a sostenere il benessere mentale ed emotivo ed a compensare il disagio causato dall'essere rinchiusi.
- Allo stesso modo, le **finestre** che danno **sugli spazi esterni hanno causato frustrazione** in alcuni residenti che vivono in un ambiente chiuso perché tutto ciò che accade dietro queste finestre è visibile, ma per loro irraggiungibile.
- Le **recinzioni** attraverso le quali **si può vedere** permettono ai residenti di **socializzare con il mondo esterno e facilitano il contatto** con le persone di passaggio.

Libertà di movimento in spazi aperti e semi-aperti

- 38,7 % cadute nei “forti frequentatori” dei giardini



Diminuzione significativa dei farmaci antipsicotici nei “forti frequentatori” dei giardini



Dubbi e prospettive sugli interventi di prevenzione delle cadute in RSA

Linee Guida Istituto Superiore di Sanità: il **quesito 22b** domanda se “Esistono metodi efficaci per trattare le malattie intercorrenti in persone con demenza, differenti da quelli già in uso per persone senza demenz

Risposta: nella sezione di “analisi delle prove”, tra gli altri studi, viene riportato l'**effetto favorevole** – ma con bassa affidabilità – di un **programma di esercizio fisico multimodale** somministrato in sessioni di gruppo a 72 persone istituzionalizzate, su cadute, equilibrio statico e dinamico, marcia e prestazione funzionale locomotoria. (40)

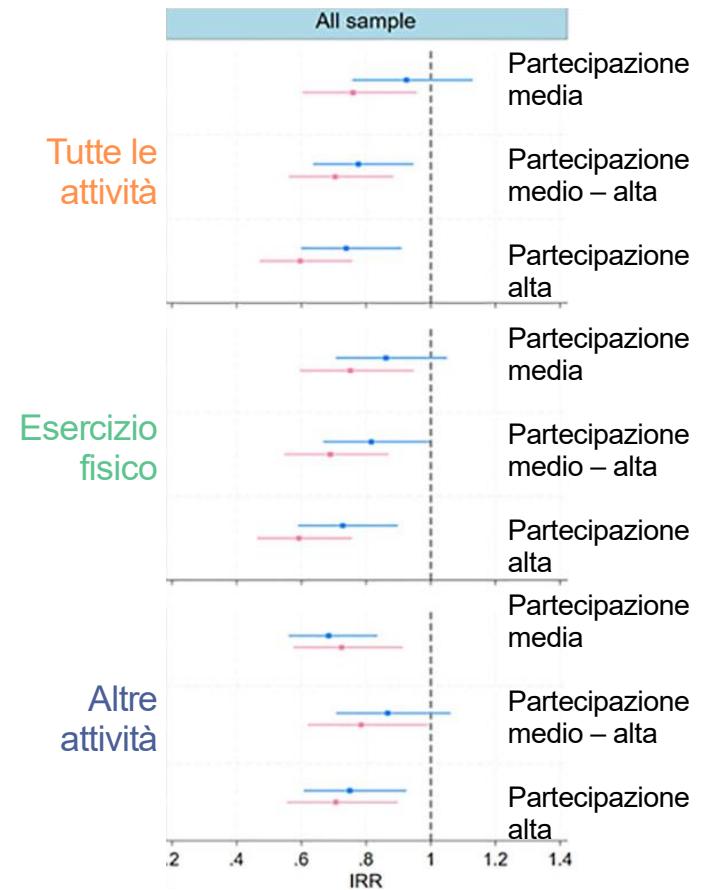
Suggerimenti dalle Linee Guida dell'ISS (20)

- Sempre tenere presente che persone con demenza possono avere necessità di **supporto aggiuntivo** per partecipare in modo efficace a qualsiasi intervento.
- Gli **interventi multifattoriali/multimodali** potrebbero **non essere adatti** a persone con demenza grave in relazione all'intensità degli interventi e al numero di test necessari, per l'ulteriore **disagio** causato.
- Considerare le **esigenze specifiche individuali** delle persone con demenza nel momento in cui si decida di indirizzarle a programmi di intervento a prevenzione delle cadute.
- La possibilità di effettuare specifiche **modifiche agli interventi** con lo scopo di garantire un'adeguata **partecipazione** va sempre tenuta presente.

- Revisioni sistematiche (28, 41) hanno affermato che i programmi di esercizio fisico, come **l'allenamento di resistenza, l'esercizio aerobico e l'allenamento del sistema di equilibrio**, hanno dimostrato di essere **efficaci nel ridurre il rischio di cadute** negli anziani, in generale. (28)
- Gli interventi basati sull'esercizio fisico mirati all'**equilibrio** e alla **mobilità** sono stati considerati strategie di prevenzione delle cadute economicamente **vantaggiose**. (28)
- Diversi studi individuali che hanno rilevato effetti sulla prevenzione delle cadute in contesti di **assistenza residenziale** hanno incluso **l'esercizio fisico** come componente chiave dell'intervento, ma hanno anche compreso altre strategie, tra cui **la formazione** del personale e **l'attenzione all'ambiente**. (41)

La partecipazione ad attività ricreative può ridurre le cadute ed i danni da caduta nei residenti in RSA ?

- Studiati 2020 residenti (42)
- Metà hanno una diagnosi di demenza.
- Metà dei residenti (sia con che senza demenza) ha una storia di cadute.
- Rispetto a chi non partecipa ad attività ricreative, i residenti che vi prendono parte vanno incontro a meno cadute [(linee blu) fino a – 30 %] e meno danni da caduta [(linee rosse) fino a – 40 %], su tutto il campione



Questioni individuate dal personale

TEMA	FRASI RIFERITE
Necessità di personale sufficiente e mix di competenze adeguato	"Penso che fisioterapisti e terapisti occupazionali abbiano un ruolo importante per la formazione e l'addestramento del personale. Non credo che si tratti tanto di fisioterapia quanto di formazione e addestramento del personale" (medico)
Politiche sulle cadute, documentazione e leadership	"Gli audit sono validi quanto il feedback [...] se sappiamo che c'è qualcosa su cui stiamo sbagliando, possiamo migliorare" (operatore; intervista di gruppo)
Attrezzature e ambiente sicuro	"Trovo che gran parte del sistema di poster e del sistema di segni colorati non venga modificato tra i residenti o tra i residenti che cambiano stanza" (fisioter)
Cura centrata sulla persona	"Spostiamo il paziente o il residente ad alto rischio vicino alla postazione dell'infermiere, teniamo d'occhio il residente, più osservazione e più monitoraggio" (infermiere)
Conoscenze, abilità e consapevolezza del personale nella prevenzione	"Abbiamo dei «fall champions»/ testimoni formativi all'interno del servizio; è utile avere persone specificamente interessate e guidare il cambiamento" (responsabile di reparto)
Comunicazione del personale e lavoro collaborativo	"Molti dei nostri confronti multidisciplinari avvenivano nei corridoi, mentre incontravamo persone, oppure ci incontravamo camminando ... questo sistema sembrava funzionare (43)

Serve una scienza che emoziona
una comunicazione che coinvolge,
una collaborazione che unisce.

Mauro Gobbi
Marzia Verutti
Daniel Gaudio



Scansiona il QR code per
visualizzare la letteratura

Grazie per l'attenzione!



In caso di domande,
contattataci all'e-mail:
info@golgicenci.it