

Le cadute accidentali rappresentano un evento molto frequente nei soggetti anziani; è stato calcolato che circa un terzo degli ultrasessantenni cade almeno una volta durante l'anno e che di questi il 4-6% necessita di cure mediche.

Possono essere molte le cause di cadute accidentali. Possiamo elencare quelle più frequenti:

- ✓ Incidenti veri (inciampare, scivolare);
- ✓ Malattie acute di qualsiasi genere "Premonitory Fall" quali artrosi, astenia muscolare da non uso e decondizionamento, alluce valgo, deficit visivi e uditivi, demenza, malattie cardiovascolari, sindrome del seno carotideo, sincope, drop-attack, lipotimia o vertigine, malattia vestibolare o malattie del SNC;
- ✓ Modificazioni del controllo posturale da deficit propriocettivi, rallentamento dei riflessi, diminuzione del tono muscolare, aumento delle oscillazioni posturali, ipotensione ortostatica;
- ✓ Modificazioni della marcia, trascinarsi dei piedi
- ✓ Ipotensione ortostatica, ipovolemia a bassa gittata cardiaca, alterazione del controllo neuroautonomico, diminuzione del ritorno venoso, allettamento prolungato;
- ✓ Farmaci quali p.e. diuretici, antipertensivi, antidepressivi triciclici sedativi, neurolettici, ipoglicemizzanti orali, insulina;
- ✓ Fattori di rischio ambientali: barriere architettoniche, superficie irregolare del terreno, tappeti, ingombri ed ostacoli etc;

I principali luoghi a rischio di cadute sono:

- Casa (60%)
- Luoghi pubblici (30%)
- Luoghi di degenza (10%)

Le cadute avvengono soprattutto di notte e provocano frequentemente la frattura di femore, un problema che riguarda un numero considerevole di anziani.

Sono infatti 80.800 infatti, nel 2002, i ricoveri fra gli "over 65" per una frattura al femore; nel 78% dei casi si trattava di donne. La maggior percentuale femminile sarebbe da imputare ai lavori domestici.

Questo tipo di fratture, come quelle del bacino, sono generalmente dovute ad una caduta all'indietro o su un fianco, come spesso avviene nei più vecchi per le ridotte capacità di equilibrio e per la mancanza di riflessi di difesa sufficientemente validi da permettere un buon "assorbimento" del trauma.

Assessment delle cadute:

❖ Anamnesi:

chiedere al paziente se ci sono stati altri episodi di cadute; se si è accorto che stava cadendo; se era presente una sintomatologia associata alla caduta come lipotimia, vertigini, dolore toracico, dispnea, aura, incontinenza fecale o urinaria, perdita di coscienza;

❖ Test clinico rapido dell'equilibrio "get up and go":

Osservare l'atteggiamento del paziente su una sedia; chiedergli di alzarsi e camminare per una breve distanza; chiedergli di tornare indietro; dare un leggero colpo inatteso nella stazione eretta sullo sterno, che normalmente causa nulla o minima risposta.

Complicanze delle cadute:

- ❖ Lesioni: fratture femore, omero, polso, coste; ematoma subdurale;
- ❖ Ospedalizzazione: sindrome da immobilizzazione; rischio di patologia iatrogena;

- ❖ Disabilità: diminuzione della motilità conseguente a lesioni fisiche; diminuzione della mobilità conseguente a paura, perdita di sicurezza e diminuzione della deambulazione;
- ❖ Rischio di istituzionalizzazione
- ❖ Morte
- ❖ “Post Fall Sindrome”: paura di cadere di nuovo, restrizione delle attività quotidiane, isolamento sociale, drastica diminuzione dell’autosufficienza, deterioramento mentale, sindrome da immobilizzazione;
- ❖ “Long Lie” (permanenza a terra più lunga di un’ora) : marker di malattia, debolezza, isolamento sociale; ipotermia, broncopolmonite, disidratazione, rabdomiolisi.