

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA**

Facoltà di Sociologia e Ricerca Sociale

Corso di Laurea in Servizio Sociale



**PREVENIRE LE CADUTE DA INCIDENTE  
DOMESTICO NEGLI ANZIANI.**

*Una sperimentazione di intervento preventivo a basso costo  
nel Comune di Milano.*

***Relatore:*** Prof. Eugenio ROSSI

***Tesi di Laurea di:***

Gaia SERUGHETTI

Matr. 790634

Anno Accademico 2016/2017

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>3</b>
<b>1. IL FENOMENO: Cadute da incidente domestico negli anziani</b>	
<b>1.1 Definizione e classificazione</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 Epidemiologia</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3 Fattori di rischio</b> .....	<b>8</b>
1.3.1 Fattori di rischio biologici .....	9
1.3.2 Fattori di rischio comportamentali .....	10
1.3.3 Fattori di rischio ambientali .....	11
1.3.4 Fattori di rischio socio – economici .....	13
<b>1.4 Fattori di protezione</b> .....	<b>14</b>
<b>1.5 Conseguenze e costi</b> .....	<b>16</b>
1.5.1 Conseguenze sanitarie e sociali .....	16
1.5.2 Costi economici .....	17
<b>1.6 Prevenzione</b> .....	<b>19</b>
1.6.1 “Imparare a cadere” e “imparare a rialzarsi” .....	22
1.6.2 Saper chiedere aiuto .....	23
<b>2. IL PROGETTO</b>	
<b>2.1 I soggetti promotori</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2 Il contesto</b> .....	<b>25</b>
2.2.1 Milano .....	25
2.2.2 Via Solari, 40 .....	27
<b>2.3 I destinatari</b> .....	<b>29</b>
<b>2.4 Le fasi</b> .....	<b>30</b>
2.4.1 Selezione dei partecipanti .....	30
2.4.2 Fase “in – formativa” .....	31
2.4.3 Attuazione dei lavori .....	33
2.4.4 Monitoraggio e verifica finale .....	36
<b>2.5 Criticità</b> .....	<b>38</b>
<b>2.6 Conclusioni e prospettive future</b> .....	<b>39</b>

<b>3. IL SERVIZIO SOCIALE NELLA PREVENZIONE DELLE CADUTE.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1 Definizioni: salute, promozione e prevenzione .....</b>	<b>40</b>
<b>3.2 Il ruolo dell'assistente sociale .....</b>	<b>42</b>
<b>CONCLUSIONE .....</b>	<b>45</b>
ALLEGATO A – <i>Esempio di check – list per la valutazione dell'abitazione .....</i>	<i>47</i>
ALLEGATO B – <i>Dati anziani aderenti alla sperimentazione .....</i>	<i>48</i>
ALLEGATO C – <i>Scheda anagrafica e di rischio .....</i>	<i>49</i>
ALLEGATO D – <i>Regole di comportamento .....</i>	<i>50</i>
ALLEGATO E – <i>Scheda di monitoraggio.....</i>	<i>52</i>
<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....</b>	<b>53</b>
<b>RIFERIMENTI SITOGRAFICI .....</b>	<b>55</b>
<b>RINGRAZIAMENTI .....</b>	<b>56</b>

## **INTRODUZIONE**

L'esperienza di tirocinio di terzo anno del Corso di Laurea in Servizio Sociale, svolta presso l'Unità Operativa Anziani del Comune di Bergamo, ha indotto l'autrice a riflettere sulle domande e sui bisogni espressi dagli utenti.

Molti anziani accedono ai servizi a loro dedicati, spesso grazie all'azione dei loro familiari, per richiedere interventi di assistenza domiciliare a causa di situazioni di non autosufficienza o di grave fragilità. In molti casi la condizione di disagio dell'anziano è stata generata o aggravata da un evento incidentale con caduta all'interno della propria abitazione.

Questa tipologia di incidente domestico non è una delle principali motivazioni che induce gli utenti a rivolgersi ai servizi ma, essendo presente nelle narrazioni di buona parte degli anziani in carico, con conseguenze negative sulla qualità della vita degli stessi, ha portato l'autrice a voler approfondire ed analizzare il fenomeno.

Per tale motivo, questo elaborato, affronta il tema delle cadute da incidente domestico negli anziani con l'obiettivo di comprenderne caratteristiche, fattori scatenanti e conseguenze, per formulare ipotesi di intervento.

Nel primo capitolo si evidenzia l'alta frequenza con cui le cadute in casa si manifestano: ogni anno circa un terzo degli anziani italiani è vittima di eventi incidentali che, frequentemente, generano o aggravano situazioni di disabilità e non autosufficienza con conseguente riduzione della qualità della vita. Attraverso l'analisi di articoli scientifici, si descrivono l'eziologia multifattoriale (fattori di rischio biologici, comportamentali, ambientali, socio – economici) e le gravi conseguenze associate al fenomeno. In ultima istanza, si sottolinea l'alta possibilità di prevenire le cadute attraverso un approccio multidimensionale che si avvalga di interventi diretti tanto alla persona, quanto al suo ambiente di vita fisico e sociale.

Il secondo capitolo ha origine dallo studio della Linea Guida inerente la prevenzione delle cadute domestiche, stesa dal Ministero della Salute, nell'anno 2007. Tale documento ministeriale si focalizza prevalentemente su fattori di rischio e interventi sanitari, proponendo l'utilizzo di test diagnostici di difficile applicabilità sul soggetto anziano a causa del continuo e rapido evolvere della sua condizione di salute. Inoltre, la Linea Guida appare carente sulle raccomandazioni riguardanti la sicurezza dell'ambiente domestico, la prevenzione dei comportamenti a rischio

(usare scale portatili, illuminazione bassa, camminare su pavimenti bagnati...) ed ulteriori fattori socio – economici quali i processi di esclusione sociale e le difficoltà finanziarie.

Nel tentativo di colmare i limiti descritti, nel capitolo in questione, si presenta un progetto sperimentale di prevenzione a basso costo, promosso nel 2017, in un quartiere milanese, dalle Onlus “ Medici Volontari Italiani” e “ Fondazione Sala Clelia e Sala Elsa”, con il patrocinio del Comune di Milano.

In seguito alla verifica dell’efficacia e della riproducibilità della suddetta sperimentazione, ne vengono presentate prospettive di sviluppo e criticità. In particolare si evidenzia il mancato coinvolgimento della figura dell’assistente sociale.

Nel terzo capitolo, l’autrice si sofferma, quindi, sulle connessioni esistenti tra l’agire professionale dell’assistente sociale e i programmi di prevenzione delle cadute da incidente domestico rivolti agli anziani. Attraverso l’analisi del ruolo preventivo – promozionale del servizio sociale, invita a ragionare sulla partecipazione e sugli ipotetici compiti e responsabilità della figura dell’assistente sociale nell’ambito di un progetto come quello presentato.

# *Capitolo 1*

## **IL FENOMENO:**

### **Cadute da incidente domestico negli anziani**

#### *1.1 Definizione e classificazione*

La caduta è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come un evento che porta la persona a ritrovarsi involontariamente a terra o sul pavimento o su un altro livello inferiore.

*“An event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or floor or other lower level”. (WHO,2007)*

L'ambito domestico è definito all'art. 6 comma 2b della Legge n. 493 del 3 Dicembre del 1999 in materia di “Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici” come:

*“l'insieme degli immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze ove dimora il nucleo familiare (...); qualora l'immobile faccia parte di un condominio, l'ambito domestico comprende anche le parti comuni condominiali”.*

Morse (2002) individua tre tipologie di cadute domestiche:

- Cadute accidentali, vale a dire l'anziano che cade involontariamente (ad esempio per scivolamento sul pavimento bagnato);
- Cadute fisiologiche imprevedibili quando sono determinate da condizioni fisiopatologiche non prevedibili prima del verificarsi della caduta (ad esempio a causa di un attacco ischemico transitorio);
- Cadute fisiologiche prevedibili, quando avvengono in soggetti esposti a fattori di rischio identificabili.

La maggior parte delle cadute degli anziani è rappresentata da eventi prevenibili o prevedibili. Infatti, il 78% sono cadute fisiologiche legate a fattori di rischio che dovrebbero essere identificati e monitorati, mentre il 14% sono cadute accidentali, anch'esse prevenibili attraverso la modifica di comportamenti sbagliati, per esempio non camminando su pavimenti bagnati e tenendo sempre i cassetti degli armadi chiusi per non inciamparvi/urtarli.

## 1.2 Epidemiologia

In ottemperanza alla già citata L 493/1999, la quale all'articolo 4 prevede l'attivazione di un sistema informativo per la raccolta dei dati sugli infortuni negli ambienti di civile abitazione, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha costituito il Sistema di sorveglianza degli incidenti domestici (Sistema SINIACA), mirato sia alla quantificazione dei fenomeni incidentali, sia all'individuazione di opportune e efficienti strategie di prevenzione, come tra l'altro ribadito dalla norma stessa.

Il SINIACA si basa su dati riguardanti gli accessi al Pronto Soccorso ospedaliero (PS). In particolare nel 2013 hanno partecipato alla rilevazione 47 ospedali distribuiti sul territorio nazionale, siti in 8 regioni (Emilia Romagna, Liguria, Marche, Piemonte, P.A. di Trento, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta). Dal "Rapporto tecnico finale progetto SINIACA-IDB" risulta che nello stesso anno i pazienti, dei 47 ospedali, interessati da incidente domestico sono stati 52.603, di cui più del 40% ultrasessantenni.

Tra le variabili indagate dal Sistema, l'analisi della dinamica degli incidenti fa emergere in modo evidente l'elevata frequenza delle cadute, pari a quasi la metà dell'intera casistica (*Tabella 1.1*).

**Tabella 1.1** Accessi in PS per incidenti domestici: distribuzione per dinamica incidente. Ospedali SINIACA IDB-FDS - Anno 2013

DINAMICA DELL'INCIDENTE	N	%
<b>Caduta/inciampo inciampando dallo stesso livello</b>	<b>291</b>	<b>0,6</b>
<b>Caduta/inciampo/scivolando dallo stesso livello</b>	<b>838</b>	<b>1,6</b>
<b>Caduta/inciampo/salto/spinta dallo stesso livello N.A.S.</b>	<b>16.101</b>	<b>30,6</b>
<b>Caduta/inciampo/salto/spinta dall' altezza di meno di 1 metro</b>	<b>1.365</b>	<b>2,6</b>
<b>Caduta/inciampo/salto/spinta dall' altezza di 1 metro o più</b>	<b>159</b>	<b>0,3</b>
<b>Caduta/inciampo/salto/spinta da altezza non specificata</b>	<b>4.740</b>	<b>9,0</b>
<b>Caduta/inciampo/salto/spinta da scale/gradini</b>	<b>1.146</b>	<b>2,2</b>
Urto, contatto con forza chiusa A.S.	7.015	13,3
Specificata interazione con forza penetrante, tagliente A.S	6.777	12,9
Morso, puntura, avvelenamento da morso/puntura	368	0,7
Colpito da esplosione	1	0,002
Agente termico, riscaldamento N.A.S.	1.083	2,1
Soffocamento, minaccia meccanica alla respirazione N.A.S	16	0,03
Avvelenamento da sostanze chimiche o altre sostanze	187	0,4
Sforzo, impegno fisico eccessivo	803	1,5
Contatto con corpo estraneo N.A.S	657	1,2
Esposizione a radiazione N.A.S	20	0,04
Altra specificata dinamica d'incidente	1.555	3,0
Non specificata dinamica d'incidente	9.481	18,0
<b>TOTALE</b>	<b>52.603</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Rapporto tecnico finale progetto SINIACA - IDB

Il Rapporto sopracitato mette in luce anche l'andamento per età delle cadute, con un tasso d'incidenza elevato nell'infanzia che decresce in età giovane-adulta, per poi tornare a tassi progressivamente più elevati nell'età anziana.

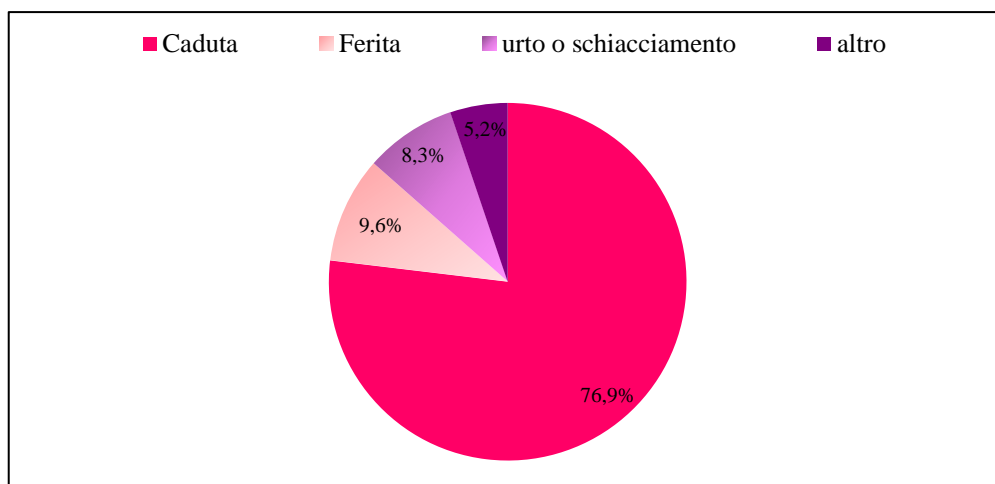
Tuttavia, tali dati sono parziali, poiché prendono in considerazione solo un campione di Ospedali ed escludono tutti quei casi di cadute domestiche che non hanno comportato l'accesso al PS.

Le lesioni di media e lieve entità, senza l'accesso al PS, invece, sono incluse nell'indagine multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana – Anno 2014". Da tale rilevazione è emerso che quasi 700mila persone, circa l'11,3 per mille della popolazione, sono rimaste coinvolte in un incidente domestico nei tre mesi precedenti l'intervista. Su questa base si può stimare che, nell'arco di 12 mesi, il fenomeno abbia coinvolto oltre 2 milioni e 800 mila persone.

Le cadute risultano essere l'incidente più frequente, coinvolgendo almeno una persona su due tra le vittime di incidenti; dato in linea con le rilevazioni del SINIACA (Tabella 1.1)

La popolazione anziana è quella maggiormente colpita da incidenti domestici e, anche in questa classe d'età, la dinamica più ricorrente è la caduta, con una percentuale del 76,9%. (Figura 1.1)

**Figura 1.1** Tipologie di incidenti domestici subiti dagli anziani - Anno 2014



Fonte: Rielaborazione dati ISTAT

Si può, quindi, affermare che oltre 750mila ultrasessantacinquenni (5,5% degli anziani italiani), nel 2014 hanno subito una caduta con esiti di grave, media o lieve entità.

Per meglio comprendere l'incidenza del fenomeno, può essere utile sottolineare che le indagini citate in precedenza e la maggior parte delle ricerche condotte fino ad oggi si basano sulla mortalità per caduta, sul ricovero ospedaliero, sulle medicazioni al PS, sulle richieste di cure mediche al domicilio; rimangono di conseguenza esclusi i dati che si riferiscono alle cadute che



non hanno causato lesioni fisiche. Nel caso specifico, di fatti, l'ISTAT considera incidenti domestici unicamente gli eventi caratterizzati dalla "compromissione temporanea o permanente delle condizioni di salute a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni" (ISTAT 2016).

Ridotte sono le informazioni e i dati disponibili sulle cadute che non richiedono cure mediche; tuttavia, queste rappresentano la maggioranza dei casi e, come vedremo, comportano una grave riduzione della qualità della vita a causa delle ripercussioni psicologiche che l'evento, per il semplice fatto di manifestarsi, implica per l'anziano.

È, quindi, possibile affermare che l'entità del fenomeno sia sottostimata e che il numero di anziani che cadono sia nettamente superiore a quanto emerso dagli studi presentati finora. A tale proposito *Prelec Paccagnella e Paccagnella (1997)* riportano uno studio svedese secondo cui è possibile ipotizzare che ad ogni caduta ufficialmente registrata ne corrispondano 20 non registrate.

Anche dai dati dell'*OMS (2007)* il fenomeno appare essere molto frequente tra gli anziani, dalle statistiche di tale organizzazione risulta che ogni anno circa un terzo dei soggetti avente più di 65 anni cade e tra gli ultrasessantacinquenni la percentuale è ancora maggiore.

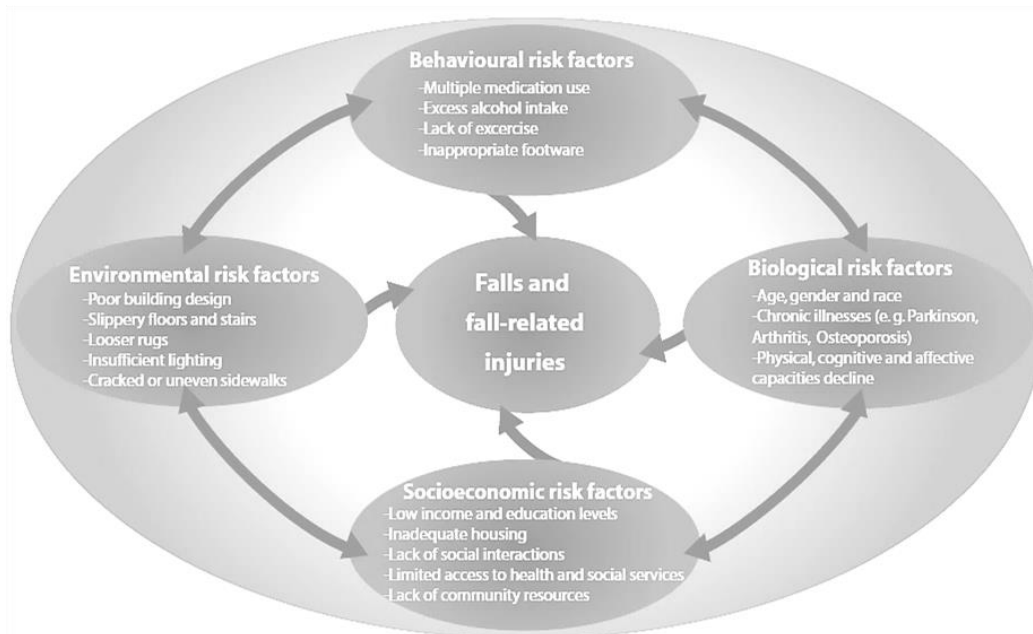
### ***1.3 Fattori di rischio***

Come sappiamo la maggior parte delle cadute degli anziani all'interno dell'abitazione sono eventi prevenibili e/o prevedibili. Per questo motivo è fondamentale conoscere le cause di tale incidente.

In letteratura sono stati individuati molteplici fattori che aumentano il rischio di caduta. Il verificarsi di tale evento può essere considerato come la conseguenza di una complessa interazione di numerosi fattori di rischio, estremamente connessi tra loro. Per questo motivo, nella maggior parte dei casi, diventa difficile, se non impossibile, identificare un solo elemento come causa della caduta. Generalmente i diversi fattori vengono distinti in intrinseci o endogeni, cioè legati alle caratteristiche della persona, e estrinseci o ambientali, indipendenti dalle specificità del singolo.

Esistono anche altri tipi di classificazioni. A tale riguardo, l'OMS (2007) dichiara che i fattori di rischio riflettono la moltitudine di determinanti della salute che direttamente o indirettamente influenzano il benessere delle persone e li raggruppa in quattro dimensioni: fattori biologici, comportamentali, ambientali e socio-economici. (Figura 1.2)

**Figura 1.2** Risk factor model for falls in older age



Fonte: WHO (2007) – *Global Report on Falls Prevention in Older Age*, Ginevra

### 1.3.1 Fattori di rischio biologici

I fattori di rischio biologici comprendono tutte quelle caratteristiche dell'individuo che sono relative al corpo umano e che non possono essere modificate, come l'età e il genere.

Per quanto riguarda l'età, in tutti gli studi si registra un aumento di questo tipo di incidenti tra gli ultrasessantacinquenni e, in particolar modo, nelle fasce d'età più avanzate.

Il sesso femminile costituisce un fattore di rischio; secondo *Prelec Paccagnella e Paccagnella (1997)* "le donne cadono due volte più degli uomini oltre i 65 anni e quattro volte di più oltre gli 80 anni". Sono diverse le ipotesi che spiegano questa differenza nei tassi di frequenza del fenomeno. Le donne in media vivono più a lungo degli uomini e per questo sono più numerose tra i grandi anziani; molte di queste rimanendo vedove si trovano a vivere da sole in ambienti non sempre adeguati alle loro condizioni e capacità. Inoltre le donne tendono ad essere più esposte all'ambiente domestico, in quanto vi trascorrono più tempo e, al suo interno, sono più

attive degli uomini (ad esempio per mantenere gli ambienti puliti e in ordine spostano più oggetti, salgono su scale e sgabelli). Altra supposizione è che il sesso femminile per controllare ansia, stress, insonnia e dolori utilizzi un quantitativo maggiore di farmaci, alcuni dei quali sono strettamente connessi alle cadute. Altrettanto vero è che le donne hanno più spesso problemi podologici, a causa di una minore resistenza ossea e una maggiore prevalenza di osteoporosi rispetto ai coetanei di sesso maschile. Sul rischio di caduta, certamente, influiscono in modo negativo anche la menopausa, la scarsa e scorretta alimentazione, la riduzione del movimento e molti farmaci.

Tuttavia, è necessario evidenziare che l'età o il sesso, da soli, non sono fattori determinanti: l'invecchiamento fisiologico, così come l'essere donna, non comporta necessariamente una caduta. Con l'avanzare dell'età si manifestano gli effetti cumulativi di stili di vita e di comportamenti che possono favorire o meno l'instaurarsi di condizioni che vanno ad aggravare il naturale declino fisico e cognitivo e ad aumentare il rischio di essere vittima di una caduta. Inoltre, la maggior parte delle ipotesi che spiegano il genere femminile come fattore di rischio, possono essere legate a fattori genetici, ambientali o ad abitudini più o meno scorrette (ad esempio l'uso/abuso di farmaci, l'alimentazione scorretta, il largo impegno in attività casalinghe), tutti elementi che vanno a sommarsi al rischio derivante dall'essere donna.

I fattori di rischio biologici sono legati, inoltre, ai cambiamenti tipici dell'invecchiamento come il declino delle capacità fisiche, cognitive e affettive e la co – morbilità associata alle malattie croniche.

### *1.3.2 Fattori di rischio comportamentali*

I *fattori di rischio comportamentali* includono tutto ciò che concerne le azioni umane, le emozioni, le scelte quotidiane e sono potenzialmente modificabili.

Alcuni tra i più comuni rischi comportamentali individuati dall'OMS sono le poli-farmacoterapie e l'assunzione di particolari farmaci (per esempio farmaci sedativi e ipnotici, antidepressivi, cardiovascolari, diuretici, antiipertensivi), l'abuso di alcolici, abitudini di vita sedentarie e l'utilizzo di calzature inadeguate.

In letteratura sono stati individuati altri fattori che possono essere racchiusi in questa dimensione, quali l'utilizzo di determinati ausili per la deambulazione e la paura di cadere (“Fear of Falling”).

Solamente pochi studi riportano quale fattore di rischio il camminare con l'ausilio di presidi (bastone, tripode, deambulatori, stampelle) e/o la loro inadeguata manutenzione, tuttavia mostrano un rischio relativo molto alto (*Ministero della Salute, 2007*).

La cosiddetta "Fear of Falling" (FF) è, senza dubbio, un vissuto emotivo che caratterizza molti ultrasessantacinquenni e, per questo, può essere inclusa nella dimensione comportamentale dei fattori di rischio. Essa è stata, a lungo, considerata una conseguenza legata al trauma psicologico vissuto dalla persona anziana che è caduta o che ha visto altri cadere. Certamente la storia di precedenti cadute è un contributo importante alla Fear of Falling, ma l'esistenza di una consistente percentuale di anziani che soffre di questa paura senza essere caduta in passato (30%), indica che anche altri fattori giocano un ruolo fondamentale nell'emergere della paura di cadere (*Brouwer et al., 2004*).

Per alcuni anziani la Fear of Falling può essere positiva, motivandoli a prendere le dovute precauzioni per evitare le cadute, per altri la paura ha conseguenze negative portando a un peggioramento della qualità della vita e aumentando il rischio di manifestarsi dell'incidente. Infatti, l'anziano che ha il timore di cadere, tenderà a perdere confidenza nelle sue abilità di prevenire e gestire una caduta e, per eccesso di prudenza, potrebbe ridurre drasticamente le normali attività quotidiane, limitando le uscite da casa, ma anche i movimenti all'interno dell'ambiente domestico. Tale cambiamento rende la vita dell'anziano sedentaria e meno autonoma, in quanto aumenta la dipendenza dagli altri e, nel lungo periodo, irrigidisce i muscoli rendendo le azioni insicure e maldestre, tanto da aumentare il rischio stesso di cadere.

Molti altri possono essere i comportamenti a rischio che l'anziano, senza porci attenzione, potrebbe assumere ogni giorno. Essi vanno dal lasciare i cassetti e le ante degli armadi aperti al camminare su pavimenti bagnati, dall'utilizzo di appoggi instabili all'alzarsi rapidamente dal letto, dall'utilizzo di abbigliamento inadeguato (ad esempio vestaglie o calzature con suola scivolosa) a un'alimentazione scorretta, povera di frutta e verdura. Tutti elementi che, sommati ad altri fattori di rischio, rendono più probabile il verificarsi di un incidente domestico.

### *1.3.3 Fattori di rischio ambientali*

I *fattori di rischio ambientali* sono il risultato dell'interazione tra le condizioni fisiche individuali e l'ambiente circostante. Il termine ambiente è definito dall'OMS come "l'insieme di quei fattori o di quelle influenze esterne, fisiche, chimiche, biologiche e sociali che hanno un effetto significativo e distinguibile sulla salute dell'individuo e della comunità" (*WHO, 1975*).

Nello specifico parleremo di ambiente fisico, mentre l'ambiente sociale sarà approfondito nella parte relativa ai fattori di rischio socio – economici.

Essendo la tesi in questione incentrata sulle cadute al domicilio, il micro-ambiente considerato è l'abitazione. Da qui in avanti parleremo, quindi, di “rischi domestici”.

Alcuni dei principali rischi domestici sono la scarsa illuminazione degli ambienti, pavimenti scivolosi o irregolari e ostacoli che possono ostruire il cammino. È possibile che le superfici diventino scivolose quando lucidate a cera o bagnate con acqua o saponi, o ancora quando sono più o meno volontariamente ricoperte di sostanze oleose, per esempio cucine, garage o cantine. Anche le terrazze o altre pertinenze della casa, esposte all'aria aperta, possono essere molto pericolose, specialmente in inverno con il formarsi di ghiaccio sul pavimento.

Altrettanto rischiosa è la presenza di oggetti che possono ostacolare o rendere meno agevole la deambulazione come tappeti, cavi elettrici/telefonici, mobili sporgenti, giocattoli o altri oggetti sparsi sul pavimento, ma anche gli animali domestici possono essere causa di inciampo o caduta. In particolare, i tappeti, specialmente se sottili e poggiati su pavimenti lucidi, tendono ad avvolgersi e spostarsi facilmente creando un'ulteriore difficoltà al movimento dell'anziano.

La presenza di scale, sia fisse che mobili, è un ulteriore fattore di rischio; soprattutto se sono ripide e scivolose o se i gradini sono di diversi livelli e troppo alti o bassi. Anche in questo caso la scarsa illuminazione aumenta il rischio di caduta poiché i gradini sono poco visibili ed è facile incappare in errori di percezione, specialmente al primo o ultimo gradino. Inoltre, la mancanza di protezioni e di corrimani a cui attaccarsi rende estremamente pericolosa e faticosa la discesa/salita dalle scale. Per quanto riguarda le scale portatili, molti incidenti possono essere causati dalla scarsa attenzione di chi le utilizza. In ogni caso, le scale e qualsiasi punto di appoggio non fisso (ad esempio sgabelli) sono molto pericolose per gli ultrasessantacinquenni, in quanto sono dispositivi molto instabili.

Anche la struttura della casa, la collocazione delle diverse stanze e il loro design giocano un ruolo fondamentale nell'incrementare il grado di rischio domestico. Nello specifico, la lontananza dei servizi igienici dalla camera da letto è un elemento di rischio per gli anziani, perché essendo abbastanza comune, con il passare dell'età, la necessità di utilizzare il bagno più spesso, anche di notte, il fatto di dover percorrere lunghi corridoi aumenta la probabilità di essere soggetti a cadute. Inoltre, anche servizi igienici inadeguati (water e vasca) e l'assenza di corrimani nella camera da letto e in bagno rientrano in questa categoria di rischi.

Nell'analisi dei fattori di rischio associati all'abitazione è stimolante comprendere quali ambienti siano maggiormente interessati dalle cadute, perché proprio su quelli sarà necessario concentrare i

programmi di prevenzione. La pericolosità dei diversi spazi domestici dipende dagli oggetti, arredi, allestimenti presenti ma anche dal tipo di attività a cui sono destinati. Per gli anziani la cucina risulta essere l'ambiente più pericoloso con il 29,1% di incidenti domestici, seguito dalle pertinenze esterne della casa, come giardino e balcone (14,2%), dal bagno (13,7%) principalmente a causa delle superfici scivolose/ bagnate dei sanitari e del pavimento, dalla camera da letto (13,4%) e dalle scale (9,9%) interne ed esterne all'abitazione (ISTAT 2016).

Abbiamo visto come i fattori di rischio associati all'ambiente fisico siano estremamente vari e numerosi e, ognuno di noi, pensando alla casa di parenti ultrasessantacinquenni potrebbe individuarne più di uno. Da diversi studi emerge che essi siano le cause più comuni di caduta tra le persone anziane ma allo stesso tempo anche quelli più raramente considerati. A tale proposito, *Cesari et al. (2002)* hanno rilevato che la presenza di pericoli all'interno della propria abitazione incrementa la prevalenza della cadute di più del 50%.

Dall'illustrazione dei principali rischi domestici risulta evidente come essi siano tali per tutta la popolazione, non solo per gli anziani. È, tuttavia, facilmente intuibile che per molti ultrasessantacinquenni la probabilità di essere vittima di una caduta sia ancora maggiore, in quanto il rischio derivante dai fattori domestici va a sommarsi a quello relativo ai fattori biologici individuali non modificabili.

#### *1.3.4 Fattori di rischio socio – economici*

I *fattori di rischio socio – economici* sono relativi all'influenza delle condizioni sociali ed economiche individuali. Essi includono le difficoltà finanziarie, l'isolamento e l'emarginazione.

Il reddito basso è associato all'incremento del rischio di cadere, in particolare per quelle donne che vivono da sole o in un'area rurale con un introito insufficiente. Questo perché vivono in un ambiente indigente, seguono un'alimentazione povera e/o scorretta e potrebbero non avere accesso ai servizi di cura anche nel caso di patologie acute e croniche.

Isolamento e solitudine sono esperienze che caratterizzano molti ultrasessantacinquenni, nella società presente ancora di più che in passato, soprattutto tra chi è vedovo o vive da solo. Questi vissuti sono spesso accompagnati dall'insorgere di forme più o meno gravi di depressione. Isolamento e depressione associati a una perdita di contatti sociali, alimentano la cosiddetta Fear of Falling e viceversa. Una delle più grandi paure degli anziani è, infatti, quella di cadere quando si è soli e di non essere in grado di chiedere/ricevere aiuto. Si va a creare un circolo vizioso, che difficilmente viene spezzato, per cui l'anziano avendo sempre meno contatti sociali sperimenta la

solitudine e la paura di cadere e, per eccesso di prudenza, riduce la sua partecipazione sociale, aumentano, in tal modo, depressione, isolamento e paure.

Dall'analisi dei diversi fattori di rischio risulta evidente che la caduta domestica degli anziani sia un fenomeno articolato, che scaturisce dalla combinazione, più o meno prevedibile, di fattori biologici individuali, comportamentali, ambientali e socio – economici. Un soggetto non cade perché esposto a un solo fattore di rischio, ma perché sussistono contemporaneamente più condizioni favorevoli al manifestarsi dell'evento.

#### **1.4 Fattori di protezione**

Partendo dall'analisi dei principali fattori di rischio delle cadute in ambiente domestico, è possibile individuare una serie di fattori di protezione, ossia elementi che favoriscono la sicurezza dell'anziano, diminuendo la probabilità che il soggetto diventi vittima di una caduta.

A tal proposito *l'OMS (2007)*, così come *Prelec Paccagnella e Paccagnella (1997)*, distingue gli elementi protettivi in due categorie, quelli individuali e relativi ai cambiamenti comportamentali e quelli ambientali fisici e/o sociali.

I fattori di protezione comportamentale consistono nel mantenimento di uno stile di vita sano: non fumare, consumare alcolici moderatamente, mantenere un peso adeguato, fare attività fisica regolare, compensare e monitorare deficit sensoriali (ad esempio utilizzando occhiali e apparecchi acustici) e patologie croniche, avere un atteggiamento positivo e fiducia in se stessi, coltivare i rapporti sociali.

I fattori di protezione ambientali riguardano, invece, da un lato l'ambiente abitativo e il suo essere più o meno adatto alle capacità funzionali residue delle persone anziane, dall'altro la partecipazione sociale dell'individuo nelle scelte che lo riguardano (per esempio facendo parte di gruppi e associazioni) e la presenza di legami sociali significativi.

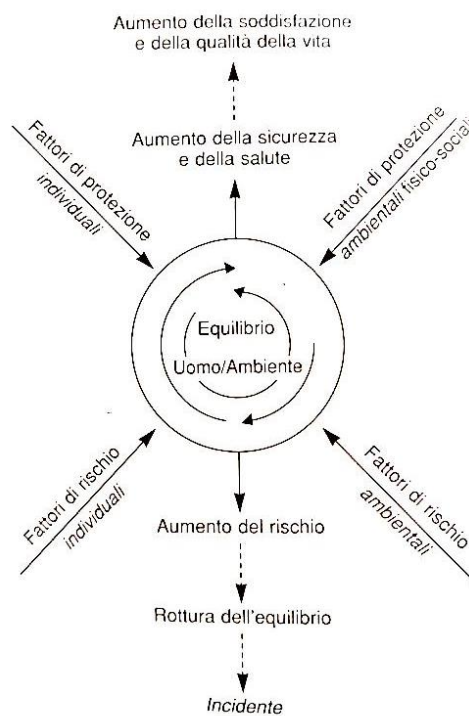
Come per i fattori di rischio, anche in questo caso, la presenza di più elementi protettivi che si combinano tra loro diminuisce la probabilità del verificarsi di una caduta. Tuttavia, nella realtà coesistono contemporaneamente condizioni che permettono di mantenere l'equilibrio e altre, contrastanti, che aumentano il rischio che esso venga disturbato. Un esempio riportato da *Prelec Paccagnella e Paccagnella (1997)* riguarda la condizione di un anziano che possiede buone capacità psico – motorie e di attenzione, il quale con un'illuminazione adeguata è in grado di percorrere, senza difficoltà, una scala che potenzialmente potrebbe costituire un pericolo. Ciò nonostante, nel caso in cui uno di questi elementi (attenzione, capacità psico – motorie,

illuminazione) sia assente, l'equilibrio si rompe e il rischio di cadere risulta essere per l'anziano molto più elevato.

Quando si verifica una situazione di equilibrio uomo – ambiente con una maggioranza di fattori di protezione rispetto a quelli di rischio, si evidenzia un aumento della sicurezza e della salute che, nel medio – lungo periodo, porterà ad un incremento della soddisfazione e della qualità della vita. (Figura 1.3)

Inoltre, diventa evidente che, rafforzando gli elementi protettivi per le cadute, si ottiene un effetto protettivo anche nei confronti di altri infortuni e morbosità: ad esempio attraverso un'attivazione fisica regolare si prevengono alcune patologie dell'apparato cardio – circolatorio e l'obesità.

**Figura 1.3** Meccanismi che favoriscono equilibri e squilibri tra l'individuo e il suo ambiente



FONTE: Prelec Paccagnella e Paccagnella – "Prevenzione delle cadute e promozione della salute di adulti e anziani" (1997)



## 1.5 *Conseguenze e costi*

Le cadute degli anziani, dovute a incidente domestico, come già visto, sono un fenomeno dai molteplici aspetti, con un impatto rilevante a livello sanitario, sociale ed economico.

Esse sono una delle principali cause di declino funzionale in età anziana, di ricorso alle cure sanitarie e di ricovero anticipato in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), ma anche fonte di ansia e depressione per gli ultrasessantacinquenni.

### 1.5.1 *Conseguenze sanitarie e sociali*

I danni più facilmente rilevabili sono quelli fisici, in quanto la maggior parte delle cadute comporta il ricorso a strutture di assistenza pubblica che hanno la possibilità di registrare i pazienti che richiedono il loro intervento. Le cadute sono, di fatti, la causa prevalente di accesso al Pronto Soccorso e di ricovero per incidente domestico. I traumi per l'anziano possono essere di vario tipo: da lievi contusioni e ferite, a gravi fratture e lesioni al capo. Negli incidenti domestici le parti del corpo maggiormente compromesse sono gli arti inferiori e superiori (*ISTAT 2014*), nello specifico delle cadute, nel 5–10% dei casi si verificano fratture più o meno invalidanti. *Rubenstein (2006)* evidenzia come il modo in cui l'anziano cade determini il tipo di lesione: ad esempio la frattura del polso è solitamente la conseguenza di una caduta in avanti o all'indietro su una mano, mentre la frattura dell'anca/femore è associata a una caduta sul fianco. Quest'ultime sono molto più frequenti oltre i 75 anni, probabilmente perché i riflessi più lenti non permettono all'anziano di interrompere la caduta appoggiandosi sulle mani.

La prima causa di frattura del femore (95%) dopo i 65 anni è la caduta. Questo tipo di lesione è, per gli anziani, estremamente grave e spesso rende necessario un intervento chirurgico e l'impianto di una protesi. Nonostante negli ultimi anni le tecniche operatorie siano notevolmente progredite e il periodo di allettamento post – operatorio si sia ridotto, il tempo necessario per raggiungere una completa guarigione è lungo e comprende diverse e complesse sedute di riabilitazione. Per gli anziani la priorità è quella di tornare a muoversi per evitare le conseguenze negative di un'immobilità prolungata; di fatti rimanere allettati è estremamente rischioso e può causare seri disturbi quali piaghe da decubito, trombosi venosa, infezioni alle vie urinarie, disturbi circolatori e respiratori.

La rottura del femore/anca come conseguenza di una caduta è ancora più rischiosa per gli anziani che vivono da soli: non riuscendo a chiedere aiuto potrebbero rimanere abbandonati a terra per molte ore, andando incontro a disidratazione, ulcere da decubito, rabdomiolisi, ipotermia e polmonite. Gli studi riportano conseguenze drammatiche tra coloro che rimangono a terra per

molte ore, con un'alta percentuale di prognosi infauste: tra gli anziani rimasti a terra per più di un'ora si riscontra il 50% di mortalità nei 6 mesi successivi (*Prelec Paccagnella e Paccagnella, 1997*). Anche nei casi meno gravi, il trauma psicologico di rimanere a terra, senza aiuti, è molto forte. In una situazione di questo tipo si sperimentano sentimenti di impotenza, umiliazione e disperazione che l'anziano difficilmente dimenticherà.

In assenza di traumi fisici rilevanti, le cadute hanno ugualmente un impatto negativo sulla condizione psicologica dell'anziano che ne è vittima. Si tratta di danni più difficilmente rilevabili, ma altrettanto invalidanti. Molti studi parlano di Post Fall Syndrome (PFS) per indicare la condizione di insicurezza, confusione e paura che può caratterizzare una persona che ha subito una caduta. Nello specifico la PFS comporta una forte riduzione della qualità della vita, creando dipendenza, perdita di autonomia, immobilizzazione e, nei casi più gravi, depressione. Tutto ciò dipende dalla paura di ri – cadere che caratterizza la maggior parte dei soggetti che hanno vissuto questa esperienza negativa. Come già sappiamo, la paura limita fortemente l'anziano, funzionando come disincentivo a una quotidianità attiva; per questo motivo molti ultrasessantacinquenni tendono a ridurre le uscite di casa e di conseguenza i rapporti sociali, determinando un auto – isolamento.

Per molte persone la caduta rappresenta il punto di rottura di un equilibrio e, spesso, ciò vale anche per chi si prende cura dell'anziano (parenti, conviventi, badanti). Improvvisamente crollano tutte le sicurezze e aumentano le difficoltà. In molti casi, specialmente quando la caduta ha causato lesioni gravi, l'anziano coinvolto non ritorna alla condizione di benessere precedente, nemmeno nel lungo periodo. Il timore che l'episodio si ripeta e la preoccupazione di proteggere il familiare, porta molti parenti a richiedere servizi di assistenza domiciliare o ricoveri, spesso prematuri, in RSA. Questi cambiamenti possono essere vissuti in modo traumatico, come uno sradicamento della persona dal proprio ambiente di vita, generando ulteriori angosce e timori.

### *1.5.2 Costi economici*

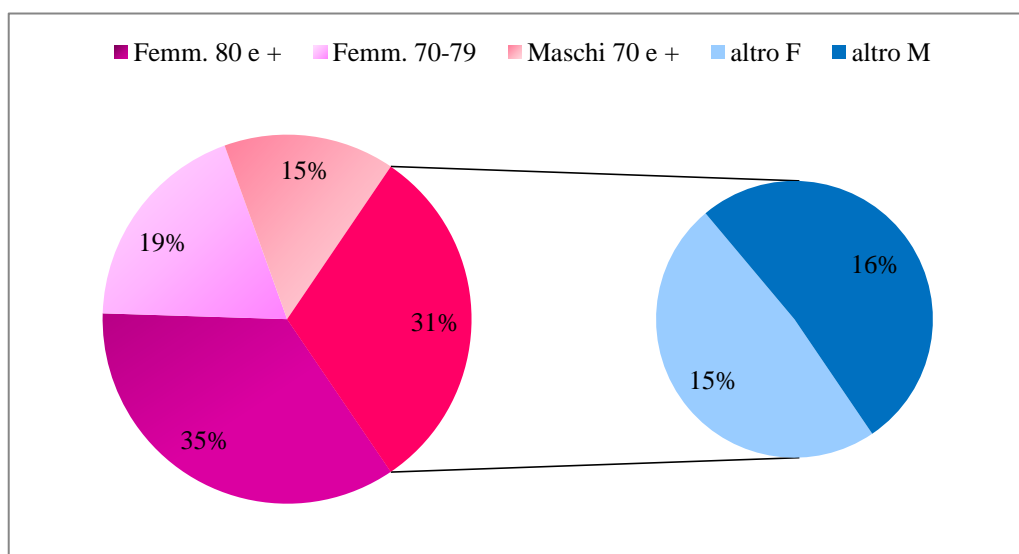
Le conseguenze di una caduta non sono da considerare solo in termini di riduzione della qualità della vita e del benessere di chi ne è vittima, ma anche in costi economici e sociali derivanti dalle cure, ricoveri e servizi domiciliari necessari dopo un evento traumatico di questo tipo.

In particolare, è possibile operare una riflessione sui costi derivanti dai ricoveri ospedalieri grazie ai dati rilevati dal SINIACA (2005). Il costo unitario per paziente (CMP) per ricovero da incidente domestico è di circa 3.000 euro, tuttavia è necessario tenere presente che questo valore

crece esponenzialmente con l'età; a titolo esemplificativo il costo dell'assistenza di un anziano tra i 70-74 anni è cinque volte più alto di quello relativo al ricovero di un neonato.

Partendo da questi dati, il SINIACA ha stimato che, per l'anno 2002, il costo totale per ricoveri di questo tipo ammontava a circa 395 milioni di euro. Si tratta, però, di un calcolo frutto di una valutazione minimale, calcolata nell'ipotesi che l'incidenza di ricovero per incidente in ambiente di civile abitazione sia di 130.000 pazienti su base annua. Come è facile immaginare, la maggior parte dei costi totali dipende da pazienti anziani, di fatti il 69% di essi deriva dal ricovero di persone con più di 70 anni (*Figura 1.4*). Tale fenomeno dipende principalmente dalla prevalenza di ultrasessantacinquenni nella popolazione generale, dall'incidenza e dal costo medio di ricovero per infortunio domestico. Il primo fattore non è controllabile, in quanto il numero di anziani è destinato ad aumentare per l'incremento nelle aspettative di vita: oggi il 22,3% della popolazione italiana ha più di 65 anni, l'ISTAT (2017) stima che nel 2050 questa percentuale raggiungerà il 30%. Anche il costo medio di ricovero è difficilmente riducibile. Per questo, l'unico fattore controllabile è l'incidenza. Se teniamo in considerazione che la maggioranza di incidenti domestici tra gli anziani consiste in una caduta, è possibile affermare che una riduzione del 20% di questo tipo di eventi comporterebbe circa 27.000 ricoveri in meno ogni anno, con un risparmio in media di quasi 1 milione di euro l'anno.

**Figura 1.4** *Composizione percentuale Costo Totale ricoveri ospedalieri per gruppi sesso-età specifici - Italia 2002*



FONTE: A. Pitidis et al. – “*La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia*” (2005)

A questi costi vanno sommati quelli derivanti dall'assistenza domiciliare e dalle cure mediche che non richiedono un ricovero. Andrebbero poi aggiunti i costi legati all'inserimento in Residenze socio – assistenziali: difficile un calcolo in questo settore per la varietà delle condizioni economiche dei pazienti, con situazioni totalmente a carico del settore pubblico e altre che comportano una compartecipazione ai costi delle rette da parte della persona interessata o della sua famiglia.

## **1.6 Prevenzione**

L'analisi dei costi sanitari, economici e sociali, rende evidente l'importanza di implementare specifici programmi preventivi, con lo scopo di fare in modo che le cadute non si verifichino, non si ripetano o, per lo meno, abbiano conseguenze limitate.

Partendo dall'idea che è possibile essere vittima di una caduta a qualsiasi età, la prevenzione delle cadute domestiche dovrebbe interessare l'intera popolazione, anche chi gode di buone condizioni di salute e prima che i rischi aumentino.

Come abbiamo visto nel *Paragrafo 1.1*, la maggioranza delle cadute tra gli anziani è prevedibile e/o prevenibile, per questo la prevenzione ha un enorme potenziale e un ruolo fondamentale per garantire il benessere delle persone; tuttavia, nel nostro Paese, sembra essere ancora poco diffusa.

In letteratura si sono dimostrati efficaci programmi multidisciplinari e multifattoriali. È fondamentale, infatti, che sia un'equipe multidisciplinare a valutare il rischio di cadere dell'anziano, in quanto professionalità diverse possono valutare differenti fattori di rischio. I professionisti dovrebbero essere sia sanitari (medico, geriatra, infermieri e fisioterapisti), che psicosociali per poter quantificare la presenza di rischi sia legati alla salute che relativi all'ambiente e alla condizione socio – economica dell'anziano.

A proposito di prevenzione, nel Maggio del 2007, il Ministero della Salute, in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del Programma nazionale linee guida (PNLG), ha pubblicato una Linea Guida in merito alla prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, seguita da una versione semplificata nel Gennaio del 2008 e un aggiornamento nel 2009. Lo scopo di tale documento è quello di presentare le prove scientifiche disponibili sui fattori di rischio di caduta negli anziani, gli interventi efficaci per individuare i soggetti a rischio e le strategie atte a prevenire questo fenomeno. La presentazione di ogni fattore di rischio è seguita da raccomandazioni e da indicazioni su interventi necessari per ridurre l'incidenza.

La Linea Guida del Ministero della salute presenta un limite, in quanto l'attenzione viene posta prevalentemente sugli aspetti prettamente sanitari dedicando alla sicurezza dell'ambiente e ai rischi socio – economici solamente un paragrafo di poche righe. Gli aspetti sanitari sono utili a individuare le persone a specifico rischio di caduta, ma richiedono l'esecuzione di complessi e numerosi test diagnostici di difficile attuazione pratica e controlli medici che andrebbero ripetuti nel tempo, dato che le condizioni di salute dell'anziano over 70 possono evolvere rapidamente. Nel paragrafo dedicato agli interventi per la sicurezza ambientale, il Ministero si limita a rilevare una scarsità di dati e proposte in merito, dando come unica raccomandazione l'analisi dei rischi domestici, al fine di verificare la presenza di ostacoli o pericoli modificabili, solamente a seguito di una caduta. È tuttavia evidente che un programma di prevenzione dovrebbe agire, per quanto possibile, prima del verificarsi dell'evento.

Per i motivi sopraccitati, da questo paragrafo sarà esclusa l'analisi dei principali strumenti sanitari, focalizzando l'attenzione sull'adattamento/modifiche dell'ambiente fisico e dei rapporti con l'ambiente sociale, la cura di sé, intesa come conoscenza dei rischi, movimento fisico e abitudini corrette e alcune strategie/ strumenti utili a limitare i danni derivanti da una caduta.

La valutazione dell'abitazione sembra essere di primaria importanza, specialmente negli anziani fragili assistiti a casa. In particolare alcuni accorgimenti che risultano utili riguardano l'illuminazione che dovrebbe essere il più possibile naturale, senza bagliori o riflessi, con attenzione alla presenza di gradini. Inoltre il pavimento dovrebbe essere regolare evitando sconnessioni. Particolare attenzione deve essere posta nei confronti di superfici scivolose, utilizzando tappetini assorbenti e antiscivolo in prossimità di lavandini, docce e vasche. Tutti i tappeti dovrebbero essere fissati a terra con un sotto tappeto e sono preferibili bordi bassi e tappeti grandi. Tuttavia, se possibile, l'eliminazione di tappeti dalla camera da letto, soggiorno e corridoi è la soluzione ottimale. È opportuno evitare i mobili sporgenti, specialmente nei punti di passaggio più stretti e dotare l'abitazione di corrimani lungo le pareti e nel bagno per facilitare il passaggio dell'anziano da una posizione all'altra. Quando possibile andrebbe evitato anche l'utilizzo di fili "volanti" e prolunghe o comunque fatti aderire al pavimento con coperture anti-inciampo (*Prelec Paccagnella, Paccagnella, 1997*).

*Cesari et al. (2002)* sottolineano che, tuttavia, la modificazione dell'ambiente domestico, senza un intervento multifattoriale è insufficiente. La messa in sicurezza di pericoli domestici deve essere accompagnata da altre azioni con finalità preventiva.

La prevenzione intesa come modifica dei rapporti con l'ambiente sociale deve cominciare da un cambiamento nel modo di interpretare l'invecchiamento. Nella società contemporanea è sempre più diffusa la tendenza a considerare le persone anziane come un peso piuttosto che una risorsa. L'invecchiamento è un processo naturale della vita e per questo è fondamentale che le persone conservino il proprio ruolo e il proprio status sociale all'interno della comunità in cui vivono. Fortunatamente molti anziani sono oggi attivi sia in ambito familiare che extra – familiare, ma altrettanti vivono soli e in solitudine aumentando il rischio di incorrere in una caduta. Per arginare il pericolo derivante da questo fattore è fondamentale che la società sviluppi un nuovo modo di vedere e considerare gli anziani, attraverso il riconoscimento di un ruolo attivo e la valorizzazione della loro presenza nella comunità. A questo proposito un incarico fondamentale appartiene all'assistente sociale che ha la responsabilità di favorire e promuovere “iniziative di partecipazione volte a costruire un tessuto sociale accogliente e rispettoso dei diritti di tutti” (*Codice Deontologico dell'Assistente sociale, 2009*) e, allo stesso tempo, dovrebbe implementare servizi e progetti con l'obiettivo di ridurre il tasso di emarginazione delle persone anziane, attraverso il sostegno e il coinvolgimento anche di coloro che più difficilmente escono di casa.

Altrettanto fondamentale nella prevenzione di questo fenomeno sono la consapevolezza e l'attenzione da parte dell'individuo. A questo proposito la Linea guida del Ministero sottolinea che l'informazione dell'anziano può prevenire le cadute, in quanto spesso il rischio di cadere viene sottovalutato e la percezione del rischio, specialmente se non si ha mai sperimentato una caduta, non corrisponde al rischio reale. È, quindi, opportuno fornire alla popolazione informazioni, sia verbali sia scritte sulle misure da adottare per prevenire le cadute, quali benefici fisici e psicologici possono derivare dalla prevenzione dei rischi di caduta, come comportarsi nel caso in cui si manifesti questo evento e dove trovare consigli e assistenza. È bene sottolineare che la semplice conoscenza dei rischi non è sufficiente se si sopravvalutano le proprie capacità di attenzione, percezione e reazione perché, come sappiamo, tanti altri fattori potrebbero entrare in gioco nel causare un incidente domestico.

Fare attività fisica regolare è utile nella prevenzione delle cadute da incidente domestico perché permette di mantenere, ma anche riscoprire, le proprie capacità residue e aiuta l'anziano a sentirsi bene nel proprio corpo. Gli effetti benefici di una regolare pratica motoria sono numerosi per il fisico, ma anche per la mente. Come già detto, l'insicurezza e la Fear of Falling sono due importanti fattori di rischio. Raggiungere un grado maggiore di consapevolezza di sé, del proprio corpo e delle proprie capacità, tranquillizza gli anziani e li rende più sicuri e meno esposti a

rischi di caduta. Esempi di come si possa concretizzare quanto appena affermato, sono gli incontri collettivi di ginnastica dolce per anziani, sempre più diffusi nei comuni italiani. Programmi di questo tipo diventano anche occasione di interazione, cooperazione e socializzazione tra gli anziani che vivono uno stesso quartiere.

### 1.6.1 “Imparare a cadere” e “imparare a rialzarsi”

Abbiamo già affermato più volte che la maggior parte delle cadute possono essere previste e prevenute, ma è pur sempre vero che una percentuale di questi eventi, anche tenendo conto di tutti gli accorgimenti sopraccitati, si verificheranno comunque. Per questo motivo, *Prelec Paccagnella e Paccagnella (1997)* propongono alcuni consigli per “imparare a cadere” e “imparare a rialzarsi” nel caso in cui l’incidente non abbia provocato una lesione grave.

Per limitare i danni da caduta l’anziano che avverte una perdita di equilibrio dovrà piegare le ginocchia, allargare le braccia e prepararsi ad ammortizzare la caduta con le mani.

Il modo più semplice per rialzarsi consiste nel mettersi in posizione prona, appoggiarsi su gambe e braccia per mettersi in ginocchio e avanzare a carponi alla ricerca di un supporto stabile, ad esempio una sedia, per raggiungere la posizione verticale. Se invece ci si ritrova sulla schiena si deve flettere una gamba e girarsi sul fianco opposto con l’aiuto della braccia e infine mettersi sul ventre per poi rialzarsi gradualmente come sopra. (*Figura 1.5*) La persona che conosce i movimenti per rialzarsi sarà meno preoccupata di rimanere a terra a lungo.

**Figura 1.5** Azioni per rialzarsi dopo una caduta



FONTE: Da “*Epidemiologie des chutes chez le personnes âgées*”, Centre Intern. De Gerontologie Sociale - Toulouse

### *1.6.2 Saper chiedere aiuto*

Tuttavia, in molti casi, rialzarsi potrebbe risultare molto difficile, se non impossibile, a causa di lesioni fisiche che impediscono i movimenti, o per la paura di non farcela. Esistono diverse possibilità per chiedere aiuto: da quelle classiche attraverso una chiamata telefonica e le visite periodiche dei familiari/vicini di casa ad altre più innovative come il telesoccorso e il telecontrollo.

Il telefono è il mezzo più diffuso, ma può essere utilizzato solo se raggiungibile dalla persona anziana e nel caso in cui i numeri telefonici di servizi o di persone utili siano scritti vicini all'apparecchio telefonico in modo leggibile anche senza occhiali.

Le visite periodiche di familiari/vicini di casa, ma anche di operatori socio- sanitari o volontari, sono importanti perché fanno sentire l'anziano più sicuro e permettono di soccorrere anche chi non è riuscito a chiedere aiuto in altro modo.

Il telecontrollo e il telesoccorso sono servizi di teleassistenza domiciliare. Il primo funziona tramite il telefono che è collegato a un centro operativo attivo giorno e notte, il quale settimanalmente o quotidianamente si mette in contatto con l'anziano per verificarne le condizioni ed eventuali necessità; a sua volta il centro può essere contattato per qualsiasi richiesta. Il telesoccorso è, invece, un piccolo apparecchio elettronico con un pulsante che, se premuto, attiva il telefono per l'invio di richieste di aiuto alla centrale operativa e a numeri preimpostati di parenti o amici. L'anziano dovrebbe indossare al collo lo strumento, che ha un peso di pochi grammi, in modo tale da poter richiedere aiuto in qualsiasi momento.

È sempre utile tenere presente che chi si trova a più alto rischio dovrebbe informarsi e/o essere informato sui servizi che il Comune di residenza mette a disposizione e concordare con i vicini dei sistemi di allarme, ad esempio attraverso colpi alle pareti o al pavimento.

I consigli e gli accorgimenti appena presentati potrebbero sembrare riduttivi. Effettivamente, come più volte spiegato, i fattori di rischio e di protezione/prevenzione che giocano un ruolo nel mantenimento del precario equilibrio delle persone anziane sono molto numerosi. L'analisi che si è voluta compiere riguarda quei fattori maggiormente trascurati ma, anche, più facilmente modificabili.

Tuttavia non bisogna mai dimenticare che i programmi preventivi più efficaci dovranno essere mirati tanto all'individuo, quanto all'ambiente fisico e all'ambiente sociale.



## *Capitolo 2*

### **IL PROGETTO**

A partire dall'analisi della Linea Guida del Ministero della Salute, constatando la gravità del fenomeno e la mancanza, quasi totale, di modelli di intervento preventivo contro i rischi domiciliari, due associazioni di volontariato del Comune di Milano hanno sviluppato un progetto sperimentale di prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani.

La sperimentazione ha l'obiettivo di verificare se interventi a basso costo di messa in sicurezza dell'abitazione, affiancati da un'azione di formazione e informazione degli anziani e dei loro familiari, possano contribuire alla riduzione del rischio di caduta da incidente domestico. Si tratta di un Progetto attualmente indirizzata a un numero ridotto di ultrasessantacinquenni soli e residenti negli appartamenti popolari di Via Solari (Milano) che, in caso di esito positivo potrebbe essere riproposta su larga scala.

#### ***2.1 I soggetti promotori***

Le due associazioni, che hanno promosso e attuato il Progetto, Medici Volontari Italiani Onlus e Fondazione Sala Clelia e Sala Elsa Onlus, hanno assunto ruoli differenti.

*Medici Volontari Italiani Onlus* (MVI) e, in particolare, il Presidente, il Dott. Faustino Boioli, si sono occupati della ideazione e stesura del Progetto, del coordinamento delle fasi operative, del monitoraggio dell'andamento del progetto e delle iniziative di counselling e "in – formazione". Questo è uno dei tanti progetti sviluppati da MVI a favore della popolazione in difficoltà, sia italiana che straniera. L'Associazione si occupa, infatti, dell'assistenza a persone marginalizzate, escluse (o autoescluse) dal Servizio Sanitario Nazionale, indipendentemente dall'etnia, fede religiosa e appartenenza politica.

La *Fondazione Sala Clelia e Sala Elsa Onlus*, sotto la presidenza di M.A. De Peppo, dal 2008, indirizza la sua azione proprio agli anziani. In particolare si pone lo scopo di migliorare la qualità della vita e sviluppare l'autonomia e la dignità degli ultrasessantacinquenni che vivono in condizioni di disagio: in questo ambito ha sviluppato un'esperienza di interventi sulle abitazioni di anziani in disagio sociale grave, residenti in case popolari. Nel caso specifico, la Fondazione ha promosso e finanziato gli interventi, rendendoli a costo zero sia per gli anziani coinvolti, che per il Comune di Milano. La Fondazione ha, inoltre, messo a disposizione un volontario e un

operatore qualificato per la valutazione delle abitazioni degli anziani, la quantificazione e l'installazione dei presidi anti caduta necessari.

Inoltre, la sperimentazione è stata sottoposta all'Assessorato ai Lavori pubblici e Casa (Assessore Gabriele Rabaiotti) che, con il suo staff, ha facilitato i contatti con gli anziani e con il Comitato Inquilini del complesso di abitazioni interessate dagli interventi. Il Progetto, patrocinato dal Comune di Milano è stato accolto con interesse ed è stato presentato anche da alcune testate giornalistiche e sul Portale online del Comune.

## 2.2 Il contesto

### 2.2.1 Milano

Dai dati del Sistema Statistico Integrato del Comune di Milano (SISI) risulta che, al 31 Dicembre 2016, più di 318.000 milanesi avevano un'età uguale o superiore ai 65 anni e, di questi, oltre il 30% viveva da solo. (Tabella 2.1)

**Tabella 2.1** Popolazione residente al 31/12/2016 - Comune di Milano

<b>Età Classi d'età</b>	<b>Valori assoluti</b>	<b>%</b>
0-2 anni	34.699	2,5%
3-5 anni	35.738	2,6%
6-10 anni	61.283	4,5%
11-13 anni	35.313	2,6%
14-18 anni	56.067	4,1%
19-24 anni	69.988	5,1%
25-34 anni	163.499	11,9%
35-44 anni	208.716	15,3%
45-54 anni	223.984	16,4%
55-64 anni	160.369	11,7%
<b>65-74 anni</b>	<b>140.489</b>	<b>10,3%</b>
<b>75-84 anni</b>	<b>123.522</b>	<b>9,0%</b>
<b>85 anni e più</b>	<b>54.923</b>	<b>4,0%</b>
<b>Totale</b>	<b>1.368.590</b>	<b>100,0%</b>

FONTE: Sistema Statistico Integrato – Comune di Milano

Alcuni dati della Regione permettono poi di focalizzarsi sugli oltre 76.000 over 75 che, nel 2012, allo stato di famiglia, risultavano vivere soli. Di questi, quasi 27.000 sono classificati ad alto rischio, cioè senza supporto familiare, malati e trattati o malati e deprivati. (Tabella 2.2)

**Tabella 2.2** Distribuzione per fasce di rischio crescenti dei soggetti anziani vulnerabili residenti a Milano

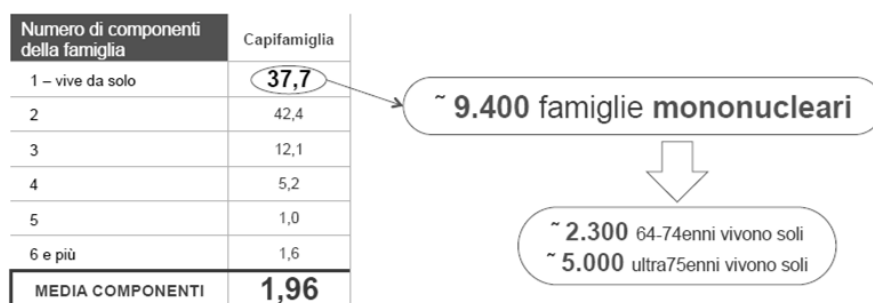
Classe d'età	Livello di rischio				Totale
	Basale	Intermedio	Alto	Molto alto	
75 -79	5607	7860	5493	2009	20969
80 – 84	5692	9240	7113	2091	24136
85 – 89	4858	7335	5291	1386	18870
90 – 94	2606	3912	2219	582	9319
95 – 99	946	1213	498	111	2768
100 +	236	256	81	13	586
<b>Totale</b>	19.945	29.816	20.695	6.192	76.648

FONTE: ATS di MILANO – Direzione Generale (2012)

Come sappiamo, l'età avanzata, il disagio economico, l'isolamento e l'esclusione sociale sono tutti fattori che incrementano il rischio di incidente domiciliare con caduta. Di conseguenza, è proprio nei confronti di questa porzione di popolazione che MVI e Fondazione Sala hanno voluto sviluppare il Progetto, decidendo di intervenire là dove risulta esserci una maggiore concentrazione di anziani a rischio e cioè all'interno di alloggi popolari.

Sono circa 29.000 le abitazioni di proprietà del Comune di Milano, destinate all'Edilizia Residenziale Pubblica e attualmente affidate in gestione alla Società Metropolitana Milanese (MM) Spa, per un totale di circa 50.000 inquilini. Di questi più del 67% è anziano e oltre 7000 over 65 vivono soli. (Figura 2.1)

**Figura 2.1** Composizione dei nuclei familiari delle case popolari milanesi gestite dalla Società MM Spa



MM Casa

Valori %

FONTE: Società MM Spa (2015)

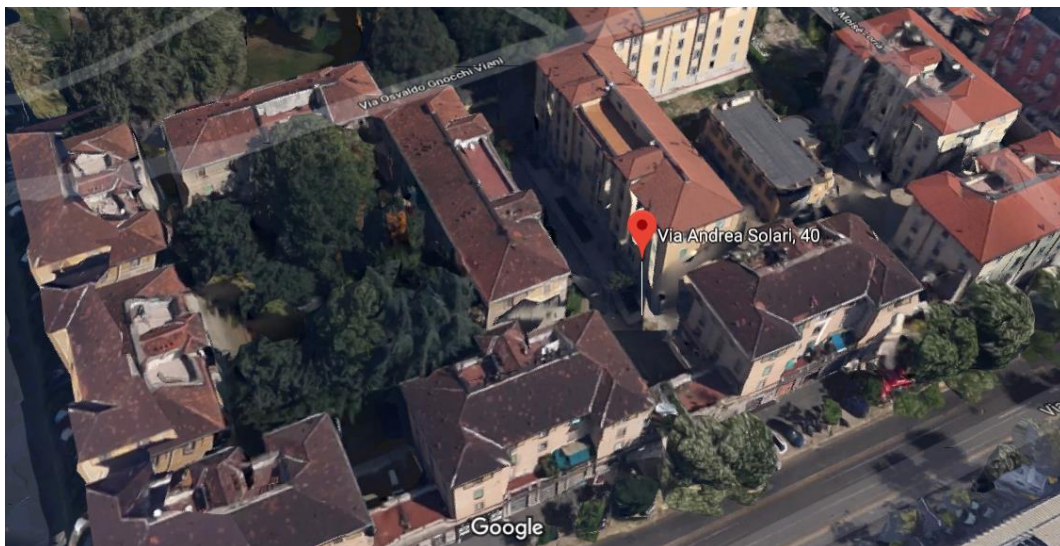
Questa situazione si rispecchia anche nel complesso residenziale di proprietà del Comune, scelto per lo sviluppo del Progetto.

### 2.2.2 Via Solari, 40

È l'ex Quartiere operaio di Via Solari ad essere stato selezionato, per le sue caratteristiche, come centro di attenzione per la sperimentazione.

Si tratta di un quadrilatero sito nella zona sud-ovest della città tra le vie Solari, Stendhal, O. Viani e Moisè Loira, composto da diverse palazzine organizzate su quattro livelli abitativi.

**Figura 2.2** *Complesso abitativo di Via Andrea Solari, 40*



FONTE: <https://www.google.it/maps>

Il complesso, sorto nel 1906 come primo Quartiere Operaio di edilizia residenziale pubblica della Società Umanitaria, originariamente comprendeva circa 240 unità abitative.

La volontà dell'Umanitaria nacque da un'inchiesta, condotta dalla stessa per conto del Comune di Milano, dalla quale era emerso un quadro drammatico delle condizioni abitative dei lavoratori milanesi a causa dell'utilizzo di materiali scadenti e delle dimensioni sempre più ridotte delle abitazioni operaie.

L'Umanitaria chiese all'architetto Giovanni Broglio un progetto che potesse rappresentare un prototipo di quartiere operaio modello. Broglio rifiutò le tipologie abitative più comuni all'epoca (ballatoio e isolato con cortile chiuso), progettando un vero e proprio quartiere all'avanguardia composto da 11 edifici attorno a una corte centrale. Gli appartamenti erano qualitativamente superiori rispetto a quelli presenti in città e vennero dotati di servizi innovativi per l'epoca:

piccola latrina, fornello e acquaio, scale interne agli edifici, balcone o terrazzino e bocca d'aria regolabile .

Inoltre il Quartiere fu pianificato affinché i locali a piano terra fossero adibiti a negozi, servizi comuni, quali asili infantili (nel 1909 venne inaugurata la Casa dei Bambini sotto la guida di Maria Montessori) e servizi igienici, spazi educativi e ricreativi come una bocciofila e una struttura multiuso impiegata per l'Università Popolare, la scuola femminile, i corsi di teatro.

L'Umanitaria volle che, all'interno del Quartiere, si sviluppasse uno spirito di coesione, mutuo aiuto e partecipazione tra gli inquilini, per questo la gestione del complesso abitativo fu affidata a chi ci viveva.

Nel 1987, la Fondazione, in difficoltà, alienò il complesso di Via Solari al Comune di Milano. La distanza tra i nuovi proprietari e gli inquilini comportò, per il Quartiere, l'inizio di un periodo di degrado e la rottura di quell'armonia e coesione che per ottant'anni l'avevano caratterizzato. Via Solari 40, abbandonata a se stessa perse molti inquilini, specialmente i più giovani, modificando la composizione anagrafica del Quartiere.

La situazione migliorò nel 2007 con la stipula di un accordo di programma tra il Comune e il Ministero delle infrastrutture per il cofinanziamento di interventi di riqualificazione di edilizia sociale. In questo modo sono stati recuperati alloggi prima inagibili e spazi comuni, non residenziali, ormai in disuso. Ad esempio, è stato possibile riaprire una biblioteca con un servizio di book-crossing, realizzare un corso di alfabetizzazione informatica e dare vita ad un affiatato gruppo di anziani del Quartiere e della zona, che si ritrovano il mercoledì pomeriggio di ogni settimana. Nello stesso periodo, in seguito a una serie di assemblee, venne eletto un Comitato con il compito di garantire che gli abitanti non venissero allontanati nonostante la ristrutturazione, ritrovando quello spirito di coesione alla base della storia del Quartiere.

Nell'ultimo ventennio, stando alle parole dell'inquilino Silvano Rizzi (*Archivio Storico della Società Umanitaria, 2006*), il Quartiere sembra essere cambiato, le persone al suo interno non si conoscono e spesso non si scambiano neppure un saluto. Enzo Radice, per anni Presidente della Cooperativa di gestione del Quartiere, conferma le sensazioni di Rizzi, affermando che l'ambiente è cambiato da quando, “negli anni '80, è arrivata gente nuova, gente che non aveva l'esperienza e le tradizioni dell'ambiente Umanitaria, abbastanza indifferente alla vita sociale del quartiere” (*Archivio Storico della Società Umanitaria, 2006*).

Nonostante ciò, la disponibilità e la collaborazione nella realizzazione del Progetto da parte del Comitato Inquilini permette di ipotizzare che lo spirito di solidarietà, molto sentito in passato, non si sia completamente esaurito. Degno di nota è l'interessamento e il ruolo attivo della responsabile che, in prima persona, si è impegnata sia nel coinvolgimento degli anziani, sia nel monitoraggio periodico.

### ***2.3 I destinatari***

MVI ha stabilito di coinvolgere nella sperimentazione persone di un'età uguale o maggiore a 75 anni. La principale motivazione per cui è stato deciso di escludere gli anziani tra i 65 e i 74 anni riguarda il fatto che la soglia convenzionalmente utilizzata per parlare di terza età appare, negli ultimi decenni, anacronistica, in quanto invecchiare oggi è completamente diverso da 20 o 30 anni fa. I progressi in medicina, la maggiore consapevolezza rispetto ai comportamenti e agli stili di vita sani, il livello di istruzione mediamente più elevato e gli ambienti di lavoro più salubri comportano un continuo aumento della speranza di vita, ma anche un miglioramento generale della salute permettendo, così, agli over 65 di conservare più a lungo autonomia e autosufficienza. Oggi, inoltre, a 65 anni le persone sono ancora molto attive sia in ambito familiare che extra-familiare, mentre dopo i 70 anni inizia a diminuire la loro partecipazione e presenza in ambiti associativi; evento che, come sappiamo, può aumentare il rischio di cadere.

Anche la possibilità di coinvolgere solamente un numero limitato di anziani (circa 10), ha influito nella decisione di ridurre l'ampiezza della fascia d'età presa in considerazione. Tuttavia, non è da escludere, nel caso in cui il Progetto risulti ripetibile, l'estensione dello stesso anche agli anziani under 75.

Il secondo requisito per poter partecipare alla sperimentazione è il vivere soli, in quanto solitudine e isolamento sono, per gli anziani, due problematiche estremamente attuali che vanno ad incrementare il rischio di diventare vittima di una caduta da incidente domestico.

Sebbene il vivere soli non determini obbligatoriamente una condizione di solitudine e di esclusione sociale, MVI ha deciso di intervenire nei confronti di chi è, ipoteticamente, maggiormente esposto al rischio.

Tuttavia, entrambi i requisiti (età e vivere soli) non sono inderogabili. Per cui, durante la selezione dei partecipanti, sono stati coinvolti anche un 66enne, una coppia di coniugi convivente e alcuni anziani assistiti da una badante. Nel primo caso, gli interventi sono motivati dalla compromessa e precaria condizione di salute dell'uomo che rendeva necessaria un'azione immediata affinché il Progetto avesse effettivamente valore preventivo. Nel secondo, invece, la

decisione è giustificata dal fatto che, seppur vivendo insieme, moglie e marito sono esposti ai rischi domestici e sono entrambi grandi anziani, 83 anni la prima e 88 il secondo.

Nell'ultimo caso, infine, l'assistenza delle badanti è limitata a qualche ora del giorno e/o della notte, pertanto gli anziani risultano allo stesso modo esposti ai rischi, ancor di più se sono abituati ad affidarsi all'aiuto di una persona terza e si trovano a dover affrontare alcuni momenti della giornata in solitudine.

## **2.4 Le fasi**

La sperimentazione si compone di 4 fasi che vanno dalla selezione dei partecipanti alla verifica finale tramite il coinvolgimento sia individuale, sia collettivo degli anziani. Le fasi si sviluppano attorno a due azioni principali mirate alla riduzione dei fattori di rischio delle cadute domestiche:

1. Interventi di messa in sicurezza di 10 abitazioni
2. Interventi di informazione e counselling degli anziani e dei loro familiari.

Nella logica della divisione dei compiti, MVI e la Fondazione Sala, come vedremo nei prossimi paragrafi, hanno assunto ruoli di volta in volta differenti in base alle competenze dei propri volontari.

### *2.4.1 Selezione dei partecipanti*

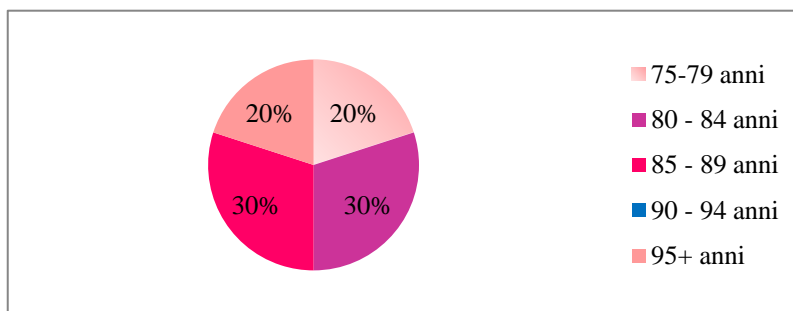
In fase preliminare i tecnici dell'Assessorato e della Società MM Spa, che ha in gestione gli alloggi di Via Solari, hanno identificato gli appartamenti e i rispettivi inquilini che avrebbero potuto essere oggetto della sperimentazione. È stato poi eseguito un sopralluogo congiunto di Fondazione Sala e MVI con i tecnici interessati per la verifica dell'idoneità all'inserimento nel Progetto degli appartamenti e dei relativi occupanti e la quantificazione dei presidi anti caduta necessari, attraverso l'utilizzo di una check list. (*Allegato A*)

Le abitazioni selezionate sono 10 con i rispettivi 11 inquilini. (*Allegato B*)

Tra i partecipanti si osserva una leggera maggioranza di donne (6) a confermare, seppur in una dimensione ridotta, l'aspettativa di vita maggiore delle donne rispetto agli uomini.

Gli anziani hanno età differenti comprese, ad esclusione del partecipante di 66 anni, tra i 79 e i 97 anni. La distribuzione è piuttosto equa nelle diverse classi d'età, tuttavia quella tra 90 e 94 non è rappresentata da nessun anziano. (*Figura 2.3*)

**Figura 2.3** Distribuzione per classi d'età degli anziani partecipanti alla sperimentazione (ad esclusione del partecipante di anni 66)



#### 2.4.2 Fase “in – formativa”

La seconda fase è consistita in un incontro collettivo con tutti gli anziani partecipanti alla sperimentazione, avvenuto in data 2 Ottobre 2017 all’interno di una sala comune del Quartiere Solari, affinché anche gli anziani con più difficoltà negli spostamenti potessero parteciparvi.

Alla riunione, guidata dal Dottor Boioli, affiancato dalla scrivente, in qualità di socio volontario dell’Associazione, erano presenti, oltre alla maggioranza degli inquilini selezionati per la sperimentazione e alcuni familiari, una volontaria del Comitato Inquilini, la Custode Sociale e i rappresentanti dell’Assessorato e della Società MM Spa.

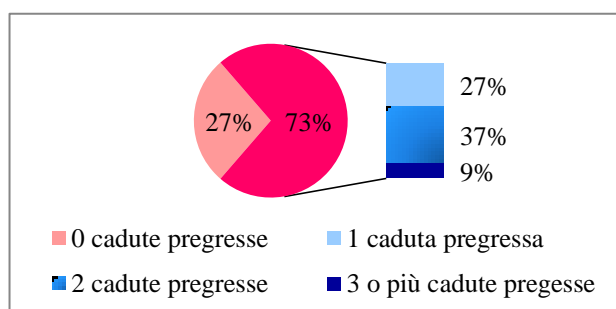
Il primo incontro è motivato dalla Linea Guida per la prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, nella quale si fa riferimento a efficaci interventi cognitivo/comportamentali e informativi per la riduzione dell’incidenza di tale fenomeno. Durante l’incontro è stata compilata una sintetica scheda anagrafica e di rischio (*Allegato C*) per ogni anziano coinvolto, con lo scopo di comprendere quali fossero le esigenze specifiche di ognuno di essi e, al tempo stesso, di individuare il quadro complessivo della situazione

*Tabella 2.3 Figura 2.4).*

**Tabella 2.3** Distribuzione degli anziani per numero di cadute pregresse (VALORI TOTALI)

N° CADUTE PREGRESSE	N° ANZIANI
0	3 anziani
1	3 anziani
2	4 anziani
3 o più cadute	1 anziano

**Figura 2.4** Distribuzione degli anziani per numero di cadute pregresse (VALORI %)





Da queste rappresentazioni possiamo capire che quasi 75% degli anziani coinvolti nella sperimentazione è stato vittima, in passato, almeno una volta, di una caduta. Tra questi, quasi la totalità (7) ha affermato che il verificarsi dell'evento incidentale ha provocato un aumento della paura di cadere che, come sappiamo, è un fattore di rischio che può limitare fortemente l'anziano nelle attività quotidiane, riducendo la qualità della vita e il benessere generale della persona.

Per questo motivo il Progetto mira alla riduzione, se non eliminazione, della cosiddetta Fear o Falling, affinché gli inquilini vivano un senso di sicurezza e protezione all'interno delle mura domestiche, essendo in ogni caso consapevoli dell'esistenza di fattori di rischio nei confronti dei quali è necessario porre attenzione.

I 3 anziani che non hanno mai sperimentato una caduta sembrano non avvertire vissuti emotivi di paura e/o ansia rispetto a questo incidente domestico; sarà ancora più fondamentale che essi vengano informati dei rischi esistenti, non tanto perché una leggera Fear of falling può portare la persona ad avere un'attenzione particolare nei confronti dei pericoli esistenti ma perché, in molti casi, la percezione del rischio di chi non è mai stato coinvolto in una caduta è inferiore al rischio reale.

Alla compilazione delle suddette schede ha fatto seguito una seduta di "in – formazione" sui comportamenti corretti che un anziano dovrebbe tenere all'interno della propria abitazione per viverla nel modo più sicuro possibile. In questa fase si parla di "in – formare" per riferirsi contemporaneamente ai concetti di informazione e formazione. Con il primo ci si riferisce alla trasmissione di informazioni, dati, notizie riguardo il fenomeno, i fattori di rischio, le conseguenze ma anche la possibilità di prevenire l'occorrere dell'incidente. Con il secondo, invece, si intende il processo che porta la persona ad acquisire, fare propri, quei comportamenti e atteggiamenti corretti che gli anziani dovrebbero assumere quotidianamente.

Per agevolare gli anziani e per far sì che quanto detto non venisse dimenticato, in quell'occasione, MVI ha consegnato materiale informativo (*Allegato D*) in cui sono presentate una serie di regole e di atteggiamenti semplici, ma estremamente indispensabili. Tuttavia, non è sufficiente la mera conoscenza di tali comportamenti, essi dovrebbero diventare degli automatismi. Per esempio, per evitare le cadute, è fondamentale alzarsi lentamente quando si è seduti o coricati, stare sul bordo del letto/divano, contare senza fretta fino a 10 e, solo quando si è sicuri di non avere capogiri, alzarsi. È un'azione molto semplice, a tratti banale, ma una delle meno messe in atto. Può essere utile, per rendere tale azione il più automatica possibile, che i familiari quando aiutano il parente anziano, continuo con lui fino a 10.

La mattinata è terminata con un acceso dibattito che ha coinvolto numerosi anziani e anche taluni familiari con diverse domande e richieste di informazioni in merito al fenomeno e al Progetto.

Il carattere collettivo dell'incontro permette di condividere non solo i timori relativi alle cadute, ma anche possibili soluzioni. I partecipanti possono rendersi conto di non essere soli nell'affrontare il problema e la condivisione permette di sviluppare un senso di appartenenza e rompere l'isolamento che, nella società contemporanea, caratterizza il vissuto di molti over 75.

### 2.4.3 Attuazione dei lavori

La terza fase della sperimentazione si è svolta con l'attuazione vera e propria dei lavori all'interno degli alloggi.

Nonostante i recenti interventi di ristrutturazione, successivi alla stipula di un accordo di programma tra il Comune e il Ministero delle Infrastrutture (2007), molti appartamenti di Via Solari risultano inadeguati a degli inquilini anziani, specialmente a causa delle dimensioni dei bagni, stretti e lunghi, che rendono difficoltoso aiutare l'anziano nell'igiene personale e per i sanitari installati in posizioni inidonee e pericolose. (Figura 2.5)

**Figura 2.5** Esempio di un bagno stretto, con i sanitari posizionati in modo scorretto



*FONTE: [www.comune.milano.it](http://www.comune.milano.it)*

Secondo una stima di MVI, una ristrutturazione totale di un appartamento di non recente costruzione di 45/50 m<sup>2</sup> costa almeno 1.300 euro a m<sup>2</sup>; i costi di questo tipo di intervento non permettono di pensare ad un progetto esteso a gran parte della popolazione a rischio. Per questo motivo sono stati ipotizzati e messi in atto lavori che riguardano unicamente la messa in sicurezza dell'abitazione rispetto ai rischi di caduta. A titolo esemplificativo non si interviene

sullo stato dell'impianto elettrico, ma soltanto nel caso in cui vi siano dei fili che possono favorire inciampi o, come nel caso precedente, non si ristruttura totalmente il bagno ma si cerca di limitare i rischi installando maniglioni che possano essere d'aiuto per l'anziano negli spostamenti.

L'idea alla base del Progetto è che, seppur minimali, interventi a basso costo e con un diretto impatto pratico, possano assumere valore a livello preventivo ed essere diffusi su una popolazione più ampia di quella coinvolta in questa sperimentazione.

Di questa terza fase si è fatta carico la Fondazione Sala finanziando gli interventi con un importo pari a 10.000 euro. I lavori sono stati effettuati sostanzialmente in regime di volontariato, in aggiunta un tecnico qualificato ha installato gli ausili all'interno delle abitazioni per un totale di 28 ore al costo orario di 28 euro.

La spesa per l'acquisto degli ausili installati nelle abitazioni o forniti agli inquilini è pari a 2.300 euro e comprende:

- N. 7 maniglioni ribaltabili per disabili
- N. 1 maniglione fisso da 50 cm
- N. 13 maniglioni fissi da 40 cm
- N. 2 maniglioni fissi da 30 cm
- N. 3 maniglioni pieghevoli da 60 cm
- N. 1 tubolare curvo: profondità 55 cm e altezza 90 cm
- N. 1 ausilio alla deambulazione

Tutti gli interventi sono stati eseguiti nella settimana tra Mercoledì 11 e Lunedì 16 Ottobre e supervisionati dalla Società MM Spa per controllare che i lavori non comportassero modifiche tali da richiedere verifiche tecniche sofisticate. Inoltre tutte le operazioni sono state concordate con i relativi inquilini; in nessun caso l'azione è stata calata dall'alto ma sempre condivisa con gli anziani, il cui benessere è il fine primario.

**Figura 2.6** Alcuni esempi di ausili installati nella abitazioni di Via Solari 40



*FONTE: [www.comune.milano.it](http://www.comune.milano.it)*

Il costo complessivo della sperimentazione è 3.100 euro con un valore medio per appartamento di euro 310. Si tratta di costi che non comprendono le precedenti attività di studio e preparazione del Progetto e il successivo monitoraggio, difficilmente quantificabili perché frutto di lavoro volontario.

A fronte dei 10.000 euro stanziati dalla Fondazione, al termine degli interventi di messa in sicurezza delle abitazioni, si è riscontrata un'ulteriore disponibilità di fondi. La Fondazione Sala, in accordo con MVI, il Comune di Milano e MM Spa, ha deciso di reinvestire l'importo rimanente in una seconda tranche di interventi all'interno di un altro complesso abitativo in Via Santi.

#### 2.4.4 Monitoraggio e verifica finale

La sperimentazione prevede il monitoraggio delle cadute per un anno dall'inizio dei lavori. Il paragrafo che segue delinea le modalità con cui è stato svolto fino ad ora (Gennaio 2018) e quelle con cui proseguirà nei mesi rimanenti.

Nei primi 3 mesi successivi agli interventi nelle abitazioni e all'incontro collettivo, l'autrice in qualità di volontaria di MVI, coadiuvata da una volontaria, presidente del Comitato Inquilini di Via Solari, ha monitorato l'andamento della sperimentazione.

Il coinvolgimento del presidente del Comitato ha facilitato le verifiche periodiche, favorendo il contatto, anche telefonico, con gli anziani.

Attraverso l'utilizzo di una scheda di monitoraggio (*Allegato E*) è stato possibile constatare l'eventuale verificarsi di nuove cadute e comprendere le percezioni degli anziani rispetto ai cambiamenti messi in atto all'interno delle loro abitazioni.

Il primo controllo è consistito in una visita domiciliare effettuata a distanza di circa un mese dagli interventi della Fondazione Sala, in data 7 Novembre 2017. Successivamente ogni tre settimane l'andamento della sperimentazione è stato verificato attraverso un contatto telefonico con gli anziani o con un loro familiare. Inoltre la volontaria del Comitato Inquilini, risiedendo in Via Solari e conoscendo personalmente gli anziani aderenti al Progetto, ha mantenuto con loro un contatto quasi quotidiano, permettendo a MVI e alla Fondazione Sala di avere un quadro completo sull'emergere di eventuali situazioni problematiche o necessità.

Fin dagli inizi del monitoraggio, gli anziani hanno evidenziato l'utilità degli interventi, affermando di sentirsi sicuri nello svolgimento di attività quotidiane precedentemente più difficoltose e di utilizzare i maniglioni installati. In particolare ritengono i lavori svolti all'interno del bagno e nello specifico i dispositivi collocati nella doccia o vicino alla vasca un grande aiuto nella loro quotidianità.

Gli stessi familiari, che precedentemente manifestavano preoccupazione per possibili cadute del parente anziano, confermano la validità degli interventi e appaiono più sereni rispetto ai rischi domestici.

Gli anziani che, nella fase iniziale del Progetto, presentavano Fear of Falling, in seguito ai lavori, non sembrano aver completamente eliminato questo vissuto negativo, tuttavia si mostrano più tranquilli rispetto al rischio di caduta da incidente domestico, ma anche più informati sulla possibilità di prevenirlo attraverso semplici accorgimenti che dichiarano di mettere in atto quasi continuamente. Inoltre appaiono consapevoli dell'importanza di continuare a svolgere, per

quanto possibile, le attività di sempre, evitando che la paura di cadere diventi un ostacolo alla loro quotidianità.

Anche chi, nella Scheda anagrafica e di rischio, aveva dichiarato di non avvertire una significativa paura di cadere, durante il periodo di monitoraggio si è mostrato soddisfatto del Progetto, affermando di percepire comunque un maggiore senso di sicurezza all'interno della propria abitazione.

Il monitoraggio è continuato con un nuovo incontro collettivo, organizzato in data 31 Gennaio 2018, al quale sono stati invitati tutti gli anziani aderenti alla sperimentazione e i loro familiari. L'obiettivo di quella mattinata è stato, da un lato, fare il punto della situazione e, dall'altro, ricordare nuovamente quali fossero i comportamenti corretti da tenere all'interno della propria abitazione.

All'incontro presieduto dal Presidente di MVI, Dott. Boioli, è stata registrata una scarsa partecipazione da parte degli anziani e dei loro familiari, principalmente per impegni pregressi. Tuttavia la volontaria del Comitato Inquilini si è resa disponibile a incontrare personalmente le persone assenti all'incontro, per riportare quanto emerso.

Allo stato attuale, a 3 mesi dall'avvio del monitoraggio, i risultati sono positivi: non si sono verificate nuove cadute. (Tabella 2.4)

**Tabella 2.4** Confronto del numero di cadute prima dell'inizio della sperimentazione e a 3 mesi

<b>N° di cadute</b>	<b>N° anziani caduti prima del 02/10/2017</b>	<b>N° anziani caduti al 31/01/2018</b>
<b>0</b>	3	0
<b>1</b>	3	0
<b>2</b>	4	0
<b>3 o +</b>	1	0

Con la verifica finale sarà possibile una più accurata valutazione dell'incidenza del fenomeno, grazie anche ai dati relativi agli interventi effettuati in altri nuclei abitativi (come quello di Via Santi, Dicembre 2017). Pertanto, il monitoraggio continuerà fino ad Ottobre 2018 tramite contatti telefonici, visite domiciliari e incontri collegiali.

## 2.5 Criticità

La sperimentazione è stata ed è, senza dubbio, fonte di diversi benefici per la vita degli anziani coinvolti. Tuttavia, è possibile individuare anche alcune criticità che è doveroso far emergere, al fine di poter apportare le opportune modifiche e miglioramenti nel caso in cui il Progetto sia esteso a una popolazione più ampia.

La prima difficoltà è stata riscontrata nel contatto con gli inquilini di Via Solari. Gli anziani, soprattutto all'inizio della sperimentazione, erano poco fiduciosi e facevano fatica a comprendere il perché degli interventi. La diffidenza iniziale, riscontrata anche nella fase di monitoraggio, sembrerebbe essere legata alle cosiddette "truffe agli anziani". Di fatti, nel periodo concomitante all'avvio del Progetto alcuni anziani di Via Solari sono stati vittime di alcune truffe. In un caso, ad esempio, un sedicente avvocato ha contattato telefonicamente un'anziana, inquilina del Ex quartiere operaio, asserendo che la nipote fosse in difficoltà e necessitasse dei suoi risparmi. In un altro caso dei finti tecnici si sono introdotti in casa di una coppia, in sola presenza del marito, affetto da decadimento cognitivo. Il timore, del tutto comprensibile, nel caso di Via Solari, è stato superato grazie alla collaborazione di una rappresentante del Comitato Inquilini del Quartiere, molto conosciuta dagli anziani. Tuttavia, per il futuro, sarà necessario operare una riflessione in merito, per individuare possibili soluzioni alternative, nel caso in cui una persona di fiducia per gli anziani non sia disponibile.

Un'ulteriore criticità riguarda l'assenza della figura dell'assistente sociale nello sviluppo del Progetto. Tale mancanza sembrerebbe sopperita dalla presenza di volontari del Terzo Settore che, tuttavia non possono in alcun modo sostituirsi a un professionista. Nel Capitolo 3 cercheremo di comprendere quanto il ruolo dell'assistente sociale sia fondamentale in un progetto di questo tipo. Il presupposto di partenza è che anche gli assistenti sociali debbano occuparsi di prevenzione/promozione della salute e che, in un'equipe di professionisti, è proprio a questa figura che è affidata la valutazione della "situazione economica e abitativa dell'anziano, orientata a attestare la sufficienza del reddito percepito per una qualità della vita dignitosa e per l'approvvigionamento di cure, presidi e ausili necessari" (G. Nebuloni, 2012).

Infine, una problematica di questa sperimentazione è, altresì, il numero ridotto di anziani che è stato possibile coinvolgere. Al fine di poter effettuare un'analisi maggiormente veritiera sarebbe opportuno riuscire a sviluppare il Progetto su larga scala. Ciò permetterebbe di comprendere se

gli interventi che si sono dimostrati efficaci per questi 11 partecipanti, possano esserlo anche per altri anziani.

## ***2.6 Conclusioni e prospettive future***

A 4 mesi dall'avvio della sperimentazione è possibile affermare che interventi a basso costo mirati alla messa in sicurezza delle abitazioni di persone anziane, affiancati a incontri di educazione alla salute, contribuiscono alla riduzione del rischio di caduta da incidente domestico. Non solo concorrono a diminuire i fattori di rischio, ma anche ad incrementare la qualità della vita e il benessere dei soggetti coinvolti nel Progetto. Le cadute, così come il timore di esserne vittima, limitano notevolmente gli anziani nell'autonomia e indipendenza quotidiana; questa sperimentazione ha avuto ottimi riscontri anche su questo fronte: gli anziani si mostrano più sicuri nello svolgimento di attività abituali, come l'alzarsi dal letto o il recarsi al bagno, precedentemente fonte di ansie e paure.

In futuro, sarà opportuno intervenire direttamente al momento della progettazione/costruzione di nuovi edifici attraverso la domotica. Ottimizzare la parte impiantistica delle costruzioni, in termini di funzionalità e di sicurezza, permetterà alle persone che si trovano in condizione di fragilità e rischio di raggiungere un grado maggiore di autonomia, autosufficienza e sicurezza all'interno della propria abitazione.

Tuttavia non è possibile definire una data certa in cui tutti gli ambienti domestici saranno predisposti per le esigenze di una persona anziana. Per questo motivo, gli interventi proposti dal Progetto possono essere una soluzione transitoria che può essere largamente diffusa, perché a costo minimo e attuabile in tempi brevi, tenuto conto che la popolazione a cui si rivolge non può essere soggetta a tempi di attesa lunghi.



## *Capitolo 3*

### **IL SERVIZIO SOCIALE NELLA PREVENZIONE DELLE CADUTE**

Come abbiamo evidenziato nel Capitolo 1, il verificarsi di una caduta, specialmente con esiti gravi, oltre a determinare una riduzione della salute e del benessere individuale e ad avere elevati costi sanitari, ha un impatto anche a livello sociale. Gli anziani vittime di un incidente domestico, tendono ad essere meno autonomi e a perdere progressivamente la loro indipendenza, rendendo necessaria un'assistenza sempre più continuativa. Inoltre, tra i vari fattori di rischio rientrano anche dei fattori socio – economici, quali povertà ed esclusione sociale. Nonostante ciò, dalla lettura del secondo Capitolo, risulta evidente il non coinvolgimento del servizio sociale nel Progetto. Allo stesso modo all'interno della Linea Guida per la prevenzione di questo incidente domestico, pur essendo riportati fattori di rischio e conseguenze socio -economiche, non è presente un riferimento specifico a questa dimensione professionale.

L'analisi che segue ha come obiettivo la comprensione del ruolo che il servizio sociale potrebbe/dovrebbe assumere in un'ottica preventiva e promozionale.

Attraverso l'enucleazione di alcuni concetti chiave, si invita il lettore a riflettere sul possibile coinvolgimento della figura dell'assistente sociale nell'ambito di un progetto preventivo delle cadute domestiche negli anziani.

#### **3.1 Definizioni: salute, promozione e prevenzione**

*“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1948)*

Nel 1948 l'OMS, nel suo Statuto, definisce la salute come uno stato di completo ben – essere fisico, mentale e sociale. Per la prima volta a questo concetto viene attribuito un valore positivo, non si parla più di assenza di malattia ma di uno stato di benessere globale, anche da un punto di vista sociale, il cui raggiungimento è uno dei diritti fondamentali di ogni uomo. Si tratta di una definizione che, negli anni, è stata fortemente criticata a causa del concetto di staticità e della che essa implica e per la chiara componente utopica. La condizione di salute assoluta a cui si riferisce l'OMS, risulta essere irraggiungibile per la maggior parte della popolazione mondiale e, nella società attuale caratterizzata da un continuo invecchiamento della popolazione e da un insistente emergere di malattie croniche, rende “molti di noi malati per la maggior parte del tempo” (Smith R., 2008). In questo modo viene minimizzato “il ruolo della capacità umana di

adeguarsi autonomamente alle sfide fisiche, emotive, sociali cui la vita ci espone di continuo, e di funzionare al meglio e con un senso di benessere anche in presenza di malattie croniche o disabilità”. (Godlee F., 2011).

Molti autori preferiscono quindi includere nella definizione di salute l’abilità dell’uomo di adattarsi a esigenze, aspettative e stimoli che sono costantemente in cambiamento, mantenendo la dimensione globale, già affermata nel 1948 dall’OMS, secondo cui fisico, psiche e realtà sociale sono difficilmente scindibili. Per un anziano può, quindi, essere considerata “salute” la capacità di adattarsi e di autogestirsi anche in caso di difficoltà legate tanto al fisico quanto alla sfera psico – sociale. Tuttavia la responsabilità della salute non deve essere lasciata esclusivamente al singolo, ma deve essere diffusa e condivisa. L’anziano, se ne ha bisogno, deve essere messo nelle condizioni di poter accedere a servizi che favoriscano il raggiungimento/mantenimento del proprio equilibrio.

In letteratura sono state individuate una serie di condizioni che possono influenzare positivamente o negativamente lo stato di salute, sono i cosiddetti determinanti della salute, nominati in precedenza poiché rispecchiano i diversi fattori di rischio per le cadute domestiche degli anziani. Se da un lato alcuni determinanti sono individuali e non modificabili, dall’altro i fattori legati agli stili di vita individuali e alle reti sociali possono essere controllati e modificati. Migliorare la salute significa monitorare e trasformare proprio quest’ultimi fattori affinché incidano positivamente sulla condizione di vita della persona che, nell’elaborato in questione, è anziana e con molta probabilità soggetta a maggiore fragilità.

Per poter agire in questa direzione è necessario che ogni individuo conosca e riconosca i rischi e i pericoli che potrebbero riguardarlo, ma anche gli stili di vita che dovrebbe adottare affinché possa compiere scelte favorevoli per la propria salute.

A questo proposito durante la 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita nel 1986, l’OMS ha inteso la salute, non come un punto d’arrivo, ma come “una risorsa per la vita quotidiana”, un potenziale da incrementare tramite un impegno sia individuale, sia collettivo. (WHO, 1986)

Nella “Carta di Ottawa”, redatta in quella occasione, la promozione della salute viene definita come un processo che mette le persone nelle condizioni di poter controllare e migliorare il proprio stato di salute. L’OMS afferma, inoltre, che la salute è un concetto che valorizza tanto le risorse fisiche quanto quelle personali e sociali; da qui ne deriva che la responsabilità della promozione non può e non deve essere un’esclusiva del settore sanitario, ma richiede un’azione coordinata che coinvolga più soggetti: “governo, il settore sanitario e gli altri settori sociali e

economici, le organizzazioni non governative e di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione di massa" (*WHO, 1986*).

Se da un lato si pro – muove la salute, ponendosi come obiettivo, come abbiamo visto, quello di raggiungere un qualcosa ritenuto positivo, benefico attraverso un processo di cambiamento che coinvolge più agenti, dall'altro vengono incoraggiate azioni di prevenzione.

Prevenire, dal latino *prae - venire* ("avanti" – "venire"), significa giungere prima, anticipare che, nel caso della salute, consiste nell'intervenire su elementi di rischio prima che un evento si manifesti e impedire che esso conduca a conseguenze negative. In ambito sanitario la prevenzione viene distinta in primaria, secondaria e terziaria; tale ripartizione può essere utilizzata anche nel sociale. In questo caso gli interventi primari consistono nell'informazione generalizzata, quelli secondari nell'individuazione di comportamenti e soggetti a rischio e quelli terziari nel reinserimento di individui marginali, dipendenti o devianti (*Ingrasso M., 2013*).

La sperimentazione milanese ricalca perfettamente queste definizioni, inserendosi nell'ambito degli interventi di prevenzione primaria e secondaria: azioni di formazione e informazione hanno l'obiettivo di promuovere la salute, educando all'adozione e al mantenimento di comportamenti corretti, mentre l'individuazione di soggetti a rischio permette di intervenire preventivamente sulle possibili cause di caduta.

### **3.2 Il ruolo dell'assistente sociale**

C. Moretti, in "*Gli ambiti di intervento del servizio sociale*" (2006), ribadisce quanto affermato dall'OMS nella Carta del 1986, sottolineando l'impossibilità di distinguere la salute dal benessere sociale e dalla qualità della vita, per cui essa va perseguita con politiche coordinate in tutti i settori rilevanti, orientate a creare ambienti favorevoli alla salute. Inoltre, sottolinea che, in un'ottica multidisciplinare, la salute dei cittadini deve essere affrontata tramite collaborazioni e progetti che coinvolgano più professionisti. Il lavoro a progetti è tipico del servizio sociale, soprattutto in riferimento ad alcune categorie di utenza, tra cui gli anziani. In particolare nell'ottica della promozione del benessere e prevenzione di situazioni di rischio per la salute, i progetti di azione sociale a dimensione collettiva permettono di dare risposte e soluzioni innovative a problemi comuni a più persone. L'assistente sociale ponendosi come "osservatore attento" del territorio in cui lavora, può intercettare le problematiche presenti e "divenire l'interlocutore privilegiato della domanda sociale" nell'ambito del progetto (*S. Tonon Giraldo, 2013*).

Diventa evidente come la prevenzione dovrebbe essere un modo di pensare proprio del lavoro dell'assistente sociale e non esclusivo delle professioni sanitarie. A tale proposito Fargion (2007) afferma che è necessario superare la dicotomia tra azione riparativa e intervento preventivo affinché “la prevenzione diventi una dimensione intrinseca all'azione dell'assistente sociale e la caratterizzi”.

Lo stesso Codice Deontologico dell'Assistente Sociale (2009), all'articolo 6, sancisce quanto appena detto, stabilendo tra i diversi principi che:

*“La professione è al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle diverse aggregazioni per contribuire al loro sviluppo, (...) li sostiene nell'uso delle risorse proprie e della società, per **prevenire** ed affrontare situazioni di bisogno o di disagio e per **promuovere** ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione”.*

Come precedentemente sottolineato, tanto le cadute, quanto la paura stessa di esserne vittima, limita gli anziani nella loro quotidianità, andando inevitabilmente ad intaccare la loro condizione di salute, limitandone l'autonomia e incidendo sul rischio di emarginazione ed esclusione sociale.

Sarebbe, quindi, sufficiente l'art. 6 del Codice Deontologico per motivare la necessità dell'inserimento di un assistente sociale in un progetto inerente la prevenzione delle cadute in ambiente domestico. A ciò si aggiunge l'importanza di un approccio globale, interdisciplinare e multiprofessionale, soprattutto quando i destinatari dell'intervento, come in questo caso, sono persone anziane.

In un progetto di prevenzione delle cadute da incidente domestico, se da un lato ai professionisti sanitari (geriatra, infermiere e fisioterapista) compete la valutazione clinica dello stato di salute dell'anziano, dall'altro è di responsabilità dell'assistente sociale la valutazione della autonomia e della socialità dell'anziano, delle condizioni familiari e della sua situazione economica e abitativa. Nello specifico l'assistente sociale potrebbe valutare la sufficienza del reddito percepito per l'approvvigionamento di cure, presidi e ausili indispensabili ad evitare le cadute, garantendone la fornitura ove necessaria, affinché l'ambiente di vita dell'anziano sia privo di rischio e fonte di sicurezza. Di competenza propria dell'assistente sociale è anche la valutazione della rete a supporto dell'anziano, analizzandone punti di forza e di debolezza.

Quello che emerge da molte valutazioni è che, nella società contemporanea, un numero sempre minore di persone mantiene, con l'invecchiamento, relazioni qualitativamente e

quantitativamente significative. Inoltre molti anziani vivono soli. A Milano, per esempio, nel 2012 erano oltre 76.000 gli over 75 che abitavano soli. Il rischio è che questi soggetti vivano una situazione di, quasi totale, isolamento, riducendo alla stregua indispensabile le uscite dalla propria abitazione e il contatto con altre persone. Questa condizione rende gli anziani più vulnerabili alle problematiche di salute e, tra le altre, alle cadute domestiche. La Linea Guida (2007) del Ministero della Salute afferma che sono esposti a un rischio maggiore proprio tutti quei soggetti soli, vedovi, divorziati che non svolgono attività sociali.

Inoltre la solitudine aumenta il rischio che l'anziano viva momenti di depressione accompagnati da ansie e paure e, secondo uno studio, (Mackenzie et al., 2004) proprio il sentirsi avviliti e demoralizzati incrementa ulteriormente le possibilità di essere vittima di una caduta grave. L'espressione inglese utilizzata da Mackenzie, "*dejected*", ha lo scopo di richiamare i concetti di salute mentale, autostima e partecipazione comunitaria; tutti elementi che, sono causa e, contemporaneamente, conseguenza dell'isolamento ed esclusione sociale.

A tale proposito, tra le raccomandazioni riportate dalla già citata Linea Guida, è menzionata la valutazione della "condizione di isolamento dell'anziano al fine di attivare servizi di assistenza e di supporto sociale nel caso in cui si ravvisassero gravi situazioni di disagio sociale". Quest'ultima dovrebbe essere responsabilità dell'assistente sociale ma, come già evidenziato, nella sperimentazione questo professionista è assente. Tale mancanza è stata, in parte, compensata dalla presenza di volontari, tra cui una rappresentante del Comitato Inquilini del Quartiere che ha fatto da tramite tra gli anziani, le associazioni e il Comune. La partecipazione attiva e volontaria di persone residenti nel complesso abitativo, ha fatto sì che non fosse necessario un intervento sociale professionale indirizzato allo sviluppo della comunità. Infatti senso di appartenenza, solidarietà, partecipazione e integrazione sono caratteristiche già presenti e sentite nel Quartiere e trovano origine nella storia stessa di Via Solari.

Tuttavia, nel momento in cui il Progetto verrà implementato in un nuovo complesso abitativo, il venir meno degli elementi peculiari che hanno caratterizzato il contesto della sperimentazione, potrebbe rendere più problematico, se non impossibile, il raggiungimento dei medesimi risultati in termini di efficacia nel miglioramento della qualità della vita ed effettiva riduzione del rischio di caduta tra le persone anziane.

Per questo motivo, sarebbe opportuno prevedere il coinvolgimento di un assistente sociale, almeno in fase valutativa, in modo che, se necessario, possa intervenire lavorando sia nei confronti del singolo anziano, sia a livello di comunità in una prospettiva promozionale per consolidare i legami sociali e alimentare il senso di appartenenza.

## CONCLUSIONE

Dal lavoro di tesi e dalle analisi effettuate, gli incidenti domestici con caduta si delineano come un fenomeno complesso e tra le principali cause di decadimento funzionale e di peggioramento della qualità della vita tra gli anziani.

La letteratura evidenzia l'esistenza di più fattori di rischio e l'impossibilità di associare l'evento traumatico ad uno solo di essi. Nei soggetti anziani, la caduta è sempre determinata dalla contemporanea sussistenza di più elementi favorevoli all'occorrere dell'incidente. Per questo motivo, un efficace programma di prevenzione deve riguardare tanto i fattori di rischio biologici, quanto quelli comportamentali, ambientali e socio-economici. Non è sufficientemente prevenire, monitorare o superare le fragilità sanitarie dell'anziano se non si interviene anche sui comportamenti scorretti, sulla sicurezza dell'abitazione e sull'assenza di legami sociali significativi. Si rende quindi necessaria un'azione globale a partire da una valutazione multidimensionale della situazione del soggetto, eseguita da un'equipe di professionisti sia sanitari, sia psico - sociali.

In quest'ottica è stata sviluppata la sperimentazione milanese. Mentre la Linea Guida ministeriale per la prevenzione delle cadute da incidente domestico si sofferma prevalentemente su interventi sanitari, il Progetto prende in considerazione anche altri fattori di rischio, quali la disinformazione e i rischi domestici. A 3 mesi dall'avvio, la sperimentazione restituisce dati positivi: non si sono verificate nuove cadute ed è incrementato il livello di sicurezza e consapevolezza degli anziani rispetto ai rischi associati all'ambiente domestico. Quindi, appare possibile ridurre il rischio e l'incidenza delle cadute attraverso interventi informativi e di messa in sicurezza dell'abitazione che, seppur minimali e a basso costo, risultano efficaci con forte valore preventivo e consentono un risparmio economico per i servizi di assistenza socio – sanitaria.

Tuttavia, la sperimentazione ha affrontato solo parzialmente i limiti della Linea Guida. Infatti, il Progetto non prevede interventi sociali volti a ridurre i rischi legati alla deprivazione e all'isolamento della popolazione anziana.

L'inserimento della figura dell'assistente sociale andrebbe a completare l'equipe operativa del Progetto, permettendo di affrontare anche quest'ultimi fattori di rischio e rendendo più efficaci, sia in fase valutativa, sia in fase operativa, le azioni già proposte.

In conclusione, è possibile affermare che, nel breve periodo, la sperimentazione ha riscosso risultati positivi e il coinvolgimento della figura dell'assistente sociale potrebbe essere un valore aggiunto. Questa figura professionale permetterebbe la messa in atto di quanto la letteratura propone e consiglia (un approccio multidimensionale) per ottimizzare gli interventi socio – sanitari nei confronti degli anziani, con l'obiettivo di prevenire e ridurre al minimo le cadute e i loro esiti.

## ALLEGATO A – Esempio di check – list per la valutazione dell’abitazione



### LISTA DI VERIFICA

#### INTERVENTI DA EFFETTUARE

1	Abbigliamento	NO
2	Pavimentazione	NO
3	Cavi Elettrici	NO
4	Illuminazione	NO
5	Letto	NO
6	Bagno	SI
7	Ausili Deambulazione	NO
8	Arredamento	NO
9	Scale e Sgabelli	NO
10	Strisce Antiscivolo	NO
11	Tappeti e Tappetini	NO

#### MATERIALE DA FORNIRE E INSTALLARE

NUMERO	DESCRIZIONE
1	MANIGLIONE - cm 60 PIEGHEVOLE
1	MANIGLIONE - cm 30 FISSO
1	MANIGLIONE - cm 40 FISSO

Lavori completati in data ?

#### FONDAZIONE SALA CLELIA E SALA ELSA ONLUS

CORSO BUENOS AIRES 18 20124 MILANO

TEL 02 2047037

fondazione@salaonlus@gmail.com

C.F. 97511140150



## ALLEGATO B – Dati<sup>2</sup> anziani aderenti alla sperimentazione

	Cognome e Nome	Sesso	Età	Patologie/disabilità a relazione all'incremento del rischio di caduta	Badante	Animali domestici	Utilizzo di ausili per la deambulazione	Paura di cadere	Cadute pregresse	Aumento della paura in seguito alla caduta	Esiti delle cadute
1	-	M	97		Si	No	Appoggiatore a 4 ruote (sostituito dall'associazione con uno a 2 ruote)	Si	1	Si	Nessuno
2	-	F	89	Lato sx del corpo debole a causa di una poliomielite infantile	No	No	/	No	3	No	Nessuno
3 <sup>1</sup>	-	F	83		No	No	/	Si	1	Si	Nessuno
4	-	M	83	Decadimento cognitivo	No	Si (Cane)	/	No	0	/	Nessuno
5	-	F	79		No	No	/	No	2	No	Nessun esito
6	-	F	95		No	No	/	Si	2	Si	Nessuno
7	-	M	88		No	No	/	No	0	/	Nessuno
8	-	F	79		No	No	/	No	0	/	Nessuno
9	-	F	88	Lieve decadimento cognitivo, difficoltà nel deambulare	Si	No	Appoggiatore a 4 ruote	Si	2	Si	Nessuno
10	-	M	84		No	No	/	Si	2	Si	Nessuno
11	-	M	66		No	No	/	Si	1	Si	Nessuno

<sup>1</sup> Gli anziani evidenziati sono conviventi

<sup>2</sup> Nel file originale sono presenti dati più specifici (codice fiscale, data di nascita, numero di telefono), eliminati nel rispetto della privacy degli anziani.

## ALLEGATO C – Scheda anagrafica e di rischio

Medici Volontari Italiani Onlus



I diritti dei deboli  
sono diritti forti

### Progetto: prevenzione cadute dell'anziano solo in casa in collaborazione con Fondazione Sala

#### SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome..... Nome ..... Data n. CF  
Via/Piazza..... Scala ..... Piano..... Tel.

#### PRIMO INCONTRO

Data:  
Codice:

#### Patologie e/o disabilità in atto relazionabili all'incremento rischio cadute:

SI  quali? ..... NO

Grado di rischio cadute:  1  2  3

#### Paura di cadere:

SI  Non significativa

N° cadute pregresse: .....

#### Esiti delle cadute:

SI  quali?  ..... Nessun esito

#### Aumento paura di cadere:

SI  NO

#### Utilizzo di ausili e/o presidi:

SI  NO   
- bastone   
- canadese   
- appoggiate a due ruote/fisso

#### Ascensore:

SI  NO  Non necessario

#### Badante:

SI  NO

#### Animali domestici:

SI  quali? ..... NO

Medici Volontari Italiani – Onlus

Via Padova, 104 – 20132 Milano

Tel. (+39)02.36755134

e-mail: [mvi@medicivolontaritaliani.org](mailto:mvi@medicivolontaritaliani.org) – sito web: [www.medicivolontaritaliani.org](http://www.medicivolontaritaliani.org)

Contributi a mezzo: CC/P 13817234

Banca Popolare di Milano-IBAN IT09G0558401609000000030580

Cod. Fisc. 97232580155 (l'associazione si avvale del 5 per mille della dichiarazione dei redditi)



- **Alzarsi lentamente** se si è seduti o coricati: stare seduti sul bordo del letto/sedia fino a quando si è sicuri di non avere capogiri (contare lentamente fino a 10)
  - Conservare gli oggetti che si usano di frequente in armadietti facili da raggiungere
  - Tenere sempre i cassetti degli armadi chiusi per non inciamparvi/urtarli
  - Non camminare su pavimenti bagnati
  - Tenere vicino al letto i numeri da contattare scritti in grande.
- In caso di emergenza contattare il numero 112,** rispondere con calma alle domande anche se sembrano inutili
- Riporre i vestiti in cassetti non più bassi delle ginocchia o più alti del petto
  - Non usare scale portatili (per esempio per cambiare lampadine o tende: farsi aiutare!!). Abolire gli sgabelli.

- Utilizzare **calzature** con soles basse, antiscivolo, meglio con chiusure velcro, no vestaglie o pantaloni troppo lunghi o troppo larghi. Meglio pigiama o tuta invece della camicia di notte
- Copia di occhiali da vista in luogo comodo da raggiungere
- Evitare illuminazione bassa
- **Letto:** non usare materasso troppo soffice
- **Bagno:** eventuali supporti per sollevarsi dal wc o per fare la doccia; maniglioni e corrimano; piatto doccia senza gradino d'accesso; strisce e tappetini antiscivolo sul pavimento della vasca/doccia e sul pavimento davanti.

**Non chiudere a chiave la porta del bagno.**

Andare sempre in bagno prima di andare a letto, per evitare di alzarsi la notte.

- **Ausili per la deambulazione:** uso corretto di bastoni, stampelle o deambulatori ausilio
- Non utilizzare poltrone troppo alte, troppo basse o troppo imbottite.
- Rimuovere dai posti ove si cammina oggetti che intralcino (fili elettrici, mensole e scarpe ecc.).
- Abolire tappeti e tappetini o almeno fissarli con nastro biadesivo

## ALLEGATO E – Scheda di monitoraggio

Medici Volontari Italiani Onlus



I diritti dei deboli  
sono diritti forti

### **Progetto: prevenzione cadute dell'anziano solo in casa**

in collaborazione con Fondazione Sala

#### SCHEDA DI MONITORAGGIO

Cognome e Nome: .....

Data:

Tipo di monitoraggio:

Dopo gli interventi al domicilio è diminuita la paura?  SI  NO NO paura pregressa

L'anziano si sente più sicuro?  SI  NO

Altre considerazioni:

.....  
.....

Nuova caduta:  SI  NO

Se la risposta è SI

Esiti delle cadute  SI quali? .....  
 NO

Aumento della paura di cadere?  SI  NO

Data:

Tipo di monitoraggio:

Nuova caduta:  SI  NO

Se la risposta è SI

Esiti delle cadute  SI quali? .....  
 NO

Aumento della paura di cadere?  SI  NO

Altre

considerazioni.....  
.....

Medici Volontari Italiani – Onlus

Via Padova, 104– 20132 Milano

Tel. (+39)02.36755134

e-mail: [mvi@medicivolontaritaliani.org](mailto:mvi@medicivolontaritaliani.org) – sito web: [www.medicivolontaritaliani.org](http://www.medicivolontaritaliani.org)

Contributi a mezzo: CC/P 13817234

Banca Popolare di Milano-IBAN IT09G0558401609000000030580

Cod. Fisc. 97232580155 (l'associazione si avvale del 5 per mille della dichiarazione dei redditi)

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

ARCHIVIO STORICO DELLA SOCIETÀ UMANITARIA (a cura di) (2006) – *Quando l'Umanitaria era in via Solari. 1906. Il primo quartiere operaio* – Milano, Raccolto Edizioni

ATS MILANO, Direttore Generale Locatelli Walter (2012) – Prot. N.29236 del 21 Giugno 2012 – Milano

BALDUCCI G., FONDI G., PITIDIS A., Gruppo lavoro SINIACA-IDB (a cura di), (2013) - *Sorveglianza di Pronto Soccorso degli incidenti e della violenza – Rapporto tecnico finale progetto SINIACA-IDB*,

[http://www.iss.it/binary/casa/cont/Rapporto\\_TecnicoFinale\\_IncidentiAll\\_SINIACA\\_IDB.pdf](http://www.iss.it/binary/casa/cont/Rapporto_TecnicoFinale_IncidentiAll_SINIACA_IDB.pdf)

BROUWER B., MUSSELMAN K., CULHAM E. (2004) – *Physical Function and Health Status among Seniors with and Without a Fear of Falling*, Gerontology; 2004, 50:135-141

CAMPANINI A. (a cura di), (2013) – *Nuovo dizionario di servizio sociale* – Carocci, Roma

CENTRE INTERNAT. DE GERONTOLOGIE SOCIALE – *Epidemiologie des chutes chez les personnes âgées*, Toulouse

CESARI M., LANDI F., TORRE S., ONDER G., LATTANZIO F., BERNABEI R. (2002) – *Prevalence and Risk Factors for Falls in an Older Community – Dwelling Population*, Journal of Gerontology: Medical Sciences 2002, 57(11):722-726

FARGION S. (2007) “Formare alla prevenzione”, in BERTELLI B. (a cura di), - *Servizio sociale e prevenzione* – Franco Angeli, Milano

GIUSTINI M., PITIDIS A., TAGGI F. (a cura di), (2005) – *La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia*, Vers. Italiana, documento ISS, 05/AMPP/AC/624

<http://www.iss.it/binary/ampp/cont/RelazioneSiniaca.1132846801.pdf>

GODLEE F. (2011) – *What is health?* – British Medical Journal, Vol. 343, No. 7817

<http://www.jstor.org/stable/23051280>

INGROSSO M. (2013) “Prevenzione”, in CAMPANINI A. (a cura di), - *Nuovo dizionario di servizio sociale* – Carocci Editore, Roma

ISTAT (2016) - *Report statistiche. Gli incidenti domestici – Anno 2014*

[https://www.istat.it/it/files/2016/04/Incidenti-domestici\\_anno-2014.pdf?title=Incidenti+domestici+-+01%2Fapr%2F2016+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf](https://www.istat.it/it/files/2016/04/Incidenti-domestici_anno-2014.pdf?title=Incidenti+domestici+-+01%2Fapr%2F2016+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf)

ISTAT (2017) - *Il futuro demografico del paese*

<https://www.istat.it/it/files/2017/04/previsioni-demografiche.pdf>

MACKENZIE L., BYLES J., MISHRA G. (2004) – *An occupational focus on falls with serious injury among older women in Australia* – Australian Occupational Therapy Journal 2004;51: 144 – 154

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1630.2004.00424.x/abstract>

METROPOLITANA MILANESE Spa (2015) – *Chi sono gli inquilini delle case popolari e cosa chiedono?*

<https://onedrive.live.com/view.aspx?cid=B5A5A2EA09612FCC&resid=B5A5A2EA09612FCC%21412&app=WordPdf&authkey=%21ALRU4Xn9VjTxBIM>

MINISTERO DELLA SALUTE (2007) – *Linea guida: Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani* (aggiornamento 2009)

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_975\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_975_allegato.pdf)

MORETTI C. (2006), “Servizio sociale e salute”, in CAMPANINI A. (a cura di) – *Gli ambiti di intervento del servizio sociale* – Carocci Faber, Roma

MORSE J.M., (2002) – *Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls*, American Journal of Infection Control; 30:376-80

NEBULONI G. (2012) – *Pianificare l’assistenza agli anziani nel ventunesimo secolo*, Rozzano (MI), Casa Editrice Ambrosiana

ORDINE ASSISTENTI SOCIALI Consiglio Nazionale (2009) – *Codice deontologico dell’assistente sociale*

PRELEC PACCAGNELLA M., PACCAGNELLA M., (1997) – *Prevenzione delle cadute e promozione della salute di adulti e anziani*, Milano, Franco Angeli

RUBENSTEIN L.Z. (2006) – *Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention*, Age and Ageing 2006, 35-S2: 37-41

SMITH R. (2008) – *The end of disease and the beginning of health* – British Medical Journal., Web. Consultato in data 25/01/2018

<http://bit.ly/ngzpes>

TONON GIRALDO S., (2013), “Progetto”, in CAMPANINI A. (a cura di) – *Nuovo dizionario di servizio sociale* – Carocci, Roma

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948) – *Constitution of the World Health Organization* <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) – *The Ottawa Charter for Health promotion* – Ottawa (Canada)

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION Europe (2004) – *What are the risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?*, Ginevra

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/74700/E82552.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007) – *Global Report on Falls Prevention in Older Age*, Ginevra

[http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1)

## **RIFERIMENTI SITOGRAFICI**

Associazione “Comitato inquilini 1° Quartiere Operaio Umanitaria”. Web. Consultato in data 20/01/2018

<http://www.comitumanitaria.altervista.org/cronologia.html>

Comune di Milano, *Via Solari 40*. Ultimo aggiornamento 28/07/2017. Web. Consultato di data 10/02/2018

[https://www.comune.milano.it/wps/portal/ist/it/servizi/casa/progetti\\_riqualificazione/riqualificazioni\\_quartieri/solari40](https://www.comune.milano.it/wps/portal/ist/it/servizi/casa/progetti_riqualificazione/riqualificazioni_quartieri/solari40)

Comune di Milano, *Sfoggia le news, Maniglie, tappeti antiscivolo e illuminazione: dal terzo settore piccoli interventi in aiuto agli anziani soli*. Ultimo aggiornamento 16/10/2017. Web. Consultato in data 13/02/2018

[http://www.comune.milano.it/wps/portal/ist/it/news/primopiano/Tutte\\_notizie/lavori\\_publici/edilizia\\_aiuto\\_anziani\\_soli](http://www.comune.milano.it/wps/portal/ist/it/news/primopiano/Tutte_notizie/lavori_publici/edilizia_aiuto_anziani_soli)

Fondazione Sala Clelia e Sala Elsa Onlus. Web. Consultato in data 20/01/2018

<http://fondazionesala.it/>

Google Maps, *Via Solari 40 Milano*. Web. Consultato in data 25/01/2018.

<https://www.google.it/maps/place/Via+Andrea+Solari,+40,+20144+Milano+MI/@45.4545063,9.1576617,17z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x4786c3e72245d163:0x899e1739f9aaca81!8m2!3d45.4545063!4d9.1598557>

Medici Volontari Italiani Onlus. Consultato in data 20/01/2018 <http://medicivolontaritaliani.org/>

Metropolitana Milanese, *Casa*. Web. Consultato in data 20/01/2018

<http://www.metropolitanamilanese.it/pub/page/it/MM/Casa>

SINIACA, *Chi Siamo*. Web. Ultimo aggiornamento 12/06/2015. Consultato in data 15/11/2017

<http://www.iss.it/casa/>

Sistema statistico integrato Comune di Milano. Web. Consultato in data 10/01/2018

<http://sisi.comune.milano.it/>



## **RINGRAZIAMENTI**

Giunta al termine di questa tesi e di questi tre anni di Università, nel quale credo di essere maturata come persona e come professionista, desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno supportato e sopportato, soprattutto nei momenti di difficoltà.

Ringrazio il mio relatore, Professor Eugenio Rossi, per la disponibilità, l'attenzione e la fiducia dimostrate durante la stesura dell'elaborato.

Similmente ringrazio il Dott. Faustino Boioli, presidente dell'associazione Medici Volontari Italiani Onlus, per avermi coinvolto nello sviluppo del Progetto di prevenzione delle cadute da incidente domestico da lui promosso e per la sua gentilezza dimostrata in questi mesi. Continuo ringraziando tutti gli anziani e i familiari del Quartiere Solari per avermi aperto le porte e dedicato del tempo, rendendo il monitoraggio della sperimentazione un'ottima occasione di confronto e di crescita.

Ringrazio la Dottoressa Valeria Ghilardi con gli operatori del Consultorio di Trescore Balneario e la Dottoressa Cristina Trussardi con tutte le assistenti sociali dell'U.O. Anziani del Comune di Bergamo per avermi accolto nelle loro giornate lavorative ed avermi guidato nell'esperienza di tirocinio.

Il ringraziamento più caloroso va a tutta la mia famiglia per il sostegno dimostrato. In particolare desidero ringraziare mia mamma Assunta e mia sorella Giulia perché con amore e (tanta) pazienza mi hanno accompagnato in tutto il percorso, credendo in me, anche quando ero io la prima a non farlo.

Ringrazio tutte le mie compagne di corso, amiche ancora prima che colleghe. Un grazie speciale a Silvia perché ha saputo trasformare un incontro casuale, un lunedì mattina di tre anni fa, in un'amicizia vera e profonda. Grazie perché sei sempre stata un punto di riferimento e hai riempito questi anni con i tuoi preziosi consigli e sorrisi.

Grazie alle mie amiche, alle mie compagne di squadra e alla mia allenatrice, sempre presenti nella mia vita. Grazie a Ilaria per avermi dimostrato che alcuni legami superano qualsiasi distanza fisica e di pensiero. Grazie a Elisa per avermi fatto comprendere che con la passione tutto diventa possibile e per essere un punto fermo nella mia vita. Grazie a Martina, Laura, Slava e Rossana per rendere più leggeri i periodi stressanti e per saper accettare le mie assenze. Grazie ad Alessandra perché come allenatrice prima e come amica dopo, ha saputo esserci in qualsiasi

situazione ed accettare ogni mia scelta. Grazie a Michela per avermi aperto il suo mondo e avermi dato piena fiducia.

Concludo ringraziando tutte quelle persone che non ho nominato singolarmente ma che, in questi anni, mi sono state accanto, anche se per poco, sostenendomi, dimostrandomi il loro affetto e permettendomi di raggiungere questo magnifico traguardo.