



Prevenzione delle cadute e delle fratture nell'anziano: idee per la ricerca

Secondo l'Istat, in Italia gli anziani (da 65 anni in poi) sono circa undici milioni, un quinto della popolazione, e tre milioni sono i «grandi vecchi» (80 anni e oltre).¹ Di questi anziani, ogni anno quasi 10.000 muoiono a seguito di cadute accidentali (e quasi 8.000 sono le fratture degli arti che conducono al decesso).² Tra vent'anni, con una popolazione nazionale che resterà nel complesso invariata, gli anziani diventeranno quindici milioni, con cinque milioni di grandi vecchi.³ A meno che non si intervenga con programmi di prevenzione efficaci, il peso delle cadute è destinato ad aumentare in proporzione. L'impatto delle cadute e delle fratture non è legato solo all'esito più grave, il decesso, ma anche all'ospedalizzazione, disabilità e ridotta qualità della vita che in Italia non sono ancora ben caratterizzate.

La conoscenza della frequenza delle cadute, delle circostanze in cui più spesso si verificano e dei fattori di rischio è indispensabile per porre in atto le contromisure adeguate.

Recenti revisioni hanno identificato tra i fattori di rischio delle cadute nell'anziano l'età avanzata, la storia di precedenti cadute, deficit cognitivi, visivi, della deambulazione e dell'equilibrio, e il consumo di farmaci psicotropi, specie gli ansiolitici.⁴ Le cadute più spesso determinano fratture e esiti più gravi nel caso di bassa mineralizzazione ossea, che è a sua volta associata a fumo, inattività fisica, uso di farmaci cortisonici, familiarità e stato nutrizionale.⁵ Ma riviste di argomento geriatrico enfatizzano anche la necessità di valutare le cadute dell'anziano assieme alle cosiddette sindromi geriatriche (incontinenza, delirio, ulcere da decubito e declino funzionale) come fattori sinergici determinanti della fragilità.⁶

Rispetto a una ricca letteratura epidemiologica internazionale, in Italia le cadute dell'anziano non hanno invece ricevuto grande attenzione. Dopo lo Studio Argento, nel quale le cadute sono state valutate all'interno di un'indagine complessiva sulla terza età,⁷ gli studi di Gini et al. e di Capon et al., pubblicati in questo numero di *Epidemiologia & Prevenzione*, si pongono con energia l'obiettivo di descrivere l'assistenza prestata agli anziani ricoverati per frattura di femore in due regioni italiane il primo, di misurare l'incidenza delle cadute e identificarne i fattori di rischio il secondo.

Lo studio di Gini e colleghi va in una direzione ancora poco seguita in Italia, che è quella del confronto di qualità tra istituzioni (siano esse regioni, ospedali, reparti o singoli medici). Confronti di questo tipo, se sostenuti da una solida metodologia e se attuati pubblicamente e con trasparenza, non possono che fare gli interessi degli utenti e fungere da sprone per le istituzioni per un continuo miglioramento.

Questo studio presenta anche un esempio di utilizzo, per studi di epidemiologia, dei dati amministrativi, possibilità particolarmente dibattuta nell'ambito dell'epidemiologia degli infortuni. Se da un lato i *database* amministrativi sono appetibili perché richiedono poco sforzo ulteriore per la raccolta delle informazioni e conseguentemente poco tempo e poca spesa, dall'altro esistono numerose limitazioni che ne pregiudicano un utilizzo diffuso. Poiché i dati amministrativi, e in questo caso in particolare i dati delle Schede di dimissione ospedaliera, sono raccolti per scopi che non sono quelli di ricerca scientifica, viene da chiedersi se «fidarsi» di tali *database* non possa portare a stime distorte dei parametri studiati. Innanzi tutto dobbiamo interrogarci sulla completezza dei dati per gli scopi che la ricerca si pone. Nel caso dello studio di Gini e colleghi, che confronta il fenomeno delle fratture del femore in due regioni italiane, accertare la completezza dei dati è cruciale. Se la proporzione di fratture di femore non identificate dal sistema fosse elevata (pazienti con frattura non ricoverati, oppure ricoveri per fratture di femore con diagnosi principale diversa dal codice 820 o 821), il confronto non fotograferebbe la situazione reale nella sua interezza, ma solamente una sua parte. E se le politiche di ricovero o le modalità di registrazione delle diagnosi differissero nelle due regioni, la validità del confronto sarebbe ancora più discutibile.

Per il loro studio, Capon e colleghi, invece, si sono serviti di dati raccolti *ad hoc* attraverso un gruppo di medici di medicina generale e mediante interviste telefoniche con gli anziani assistiti da tali medici. In questo caso la validità dei dati raccolti non è tanto legata alla completezza delle informazioni, quanto alla capacità dei medici di valutare i loro pazienti dal punto di vista di abilità e patologie presenti (presumibilmente buona, visto che i medici partecipavano allo studio su base volontaria e che avevano preso parte a incontri formativi mirati) e alla capacità degli anziani di ricordare e fornire le informazioni corrette, nel corso delle interviste telefoniche, su cadute precedenti, terapie in atto, episodi passati di malattia. In uno studio volto a indagare i fattori di rischio delle cadute accidentali, non si può prescindere dal dato relativo al consumo di farmaci, molti dei quali possono compromettere equilibrio, pressione sanguigna, attenzione, riflessi dell'anziano. Lo Studio Argento, per esempio, conferma dati internazionali su un aumento del rischio di cadere per anziani che fanno uso di ansiolitici.⁷ Nello studio di Capon e colleghi le informazioni sulle terapie in atto sono state riferite dai pazienti nel corso delle visite dei medici o

durante le interviste telefoniche. L'attendibilità del dato dipende quindi da fattori quali: stato cognitivo del soggetto, livello di indipendenza, volontà di raccontare al medico o a estranei dettagli della propria vita privata. Alcuni di questi fattori potrebbero associarsi al rischio di caduta e, pertanto, potrebbe essersi verificata una misclassificazione differenziale dell'esposizione con conseguente *bias* nelle stime.

Il sesso dei soggetti studiati è un altro fattore da tenere in considerazione in ricerche come quelle pubblicate in questo numero di *Epidemiologia & Prevenzione*. Sia per le differenze fisiche sia per le attività praticate, maschi e femmine possono andare incontro a un diverso rischio di caduta, come sembra emergere anche dallo studio di Capon e colleghi. Gini et al. non hanno invece preso in considerazione il fattore sesso. Sarebbe tuttavia stato interessante valutare, attraverso analisi stratificate, eventuali differenze tra maschi e femmine non solo nella frequenza di ricovero per frattura di femore (che potrebbero esistere in virtù di una diversa incidenza delle fratture stesse nei due sessi, ma anche di una diversa frequenza di ricovero di pazienti con frattura), ma anche possibili disuguaglianze negli esiti di tali fratture successivamente al ricovero. Una valutazione di questo tipo è possibile anche utilizzando dati amministrativi in quanto l'informazione sul sesso è generalmente presente sia nelle Schede di dimissione ospedaliera sia nel Registro di mortalità.

Un ulteriore aspetto meritevole di essere approfondito riguarda le circostanze dell'infortunio, perché una loro conoscenza rappresenta il primo passo verso lo sviluppo di strategie di prevenzione mirate. Lo studio di Capon et al. individua un aumento del rischio di caduta per soggetti con alcune patologie in atto, peraltro praticamente sovrapponibili a quelle identificate anche dallo Studio Argento.⁵ Tra queste, l'incontinenza urinaria sembrerebbe quasi raddoppiare il rischio. Avrebbe potuto essere utile condurre un'analisi più dettagliata delle cadute avvenute in determinate circostanze, per esempio di notte nel tragitto che dalla camera da letto conduce al bagno, anche perché su tali infortuni si potrebbe intervenire attraverso misure domestiche. Appare rilevante peraltro che una recente revisione della Cochrane Collaboration abbia concluso che l'evidenza scientifica accumulata sia ancora insufficiente a dimostrare che specifiche modificazioni dell'ambiente domestico possano ridurre l'incidenza di fratture o di cadute nell'anziano.⁸

Lo studio di Capon et al. mette anche in risalto il fatto che un anziano che cade ha, nei mesi successivi, un rischio aumentato di cadere nuovamente; l'esistenza poi di un'interazione tra pregresse cadute e tempo di follow-up starebbe a indicare come un ulteriore invecchiamento in soggetti già caduti in precedenza possa amplificarne il rischio. Questi dati, assolutamente plausibili da un punto di vista biologico, sottolineano la necessità di attuare sia interventi di prevenzione primaria, per ridurre il rischio di cadere, sia interventi di prevenzione secondaria, per minimizzare il rischio di fratture o altre lesio-

ni a seguito di una caduta. Una particolare attenzione dovrà essere rivolta agli anziani più fragili, già reduci da un infortunio. E questo non vale solo per le cadute in ambiente domestico, ma per tutti gli infortuni in generale.

Per dare il giusto peso al fenomeno delle cadute, è utile anche valutare eventuali peggioramenti della qualità della vita degli anziani che hanno subito un infortunio. Lo studio di Capon e colleghi indicherebbe una peggiore qualità della vita percepita dagli anziani con pregressa caduta, anche se il fatto di non aver controllato per i possibili confondenti lascia la porta aperta a spiegazioni alternative dell'apparente associazione. Utilizzare dei modelli multivariati è di particolare importanza nel caso di studi come questi, dal momento che molteplici fattori concorrono al delicato equilibrio dell'anziano.

Nelle conclusioni, Gini et al. consigliano un'estensione dell'uso delle banche dati computerizzate per la valutazione della qualità dell'assistenza, mentre Capon et al. auspicano il coinvolgimento dei medici di medicina generale per il monitoraggio degli anziani a rischio. Noi osserviamo con entusiasmo l'emergere anche in Italia di un genuino interesse degli epidemiologi per i traumi e per l'invecchiamento. Ma su questo argomento mancano ancora indagini di validazione delle fonti dei dati e molti studi di epidemiologia eziologica e clinica prima di essere in grado di dare al clinico una risposta all'interrogativo: «Will my patient fall?».⁴

Francesca Valent,¹ Fabio Barbone²

¹ Istituto di igiene ed epidemiologia, Azienda ospedaliera universitaria di Udine
² Cattedra di igiene ed epidemiologia, DPMSC, Università di Udine

Corrispondenza: Francesca Valent

Istituto di igiene ed epidemiologia, Azienda ospedaliera universitaria di Udine, Via Colugna 40, 33100 Udine; tel. 0432-559601; fax 0432-478349; e-mail: francesca.valent@uniud.it

Bibliografia

1. Istat. Geodemo. Demografia in cifre. <http://demo.istat.it/pop2006/index.html>
2. Istat. Cause di morte. Anno 2002. http://www.istat.it/dati/dataset/20051107_00/
3. Istat. Geodemo. Previsioni demografiche nazionali 1° gennaio 2005-1° gennaio 2050. http://demo.istat.it/altridati/previsioni_naz/
4. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? *JAMA* 2007; 297: 77-86.
5. Dargent-Molina P, Benhamou CL, Cortet B, Sutter B, Thomas T. Devising global strategies for fracture-risk evaluation. *Joint Bone Spine* 2007; 74: 240-44.
6. Inouye SK, Studenski S, Tinetti, ME, George A, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 780-91.
7. Mancini C, Williamson D, Binkin N, Michieletto F, De Giacomi GV; Gruppo di Lavoro Studio Argento. Epidemiology of falls among the elderly. *Ig Sanita Pubbl* 2005; 61: 117-32.
8. Lyons RA, John A, Brophy S, Jones SJ, Johansen A, Kemp A, Lannon S, Patterson J, Rolfe B, Sander LV, Weightman A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003600. DOI: 10.1002/14651858.CD003600.pub2.