NHS

National Institute for Clinical Excellence

Falls

The assessment and prevention of falls in older people

Clinical Guideline 21 – Novembre 2004

Traduzione: Angela Corbella

LINEE GUIDA NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE) NHS (NATIONAL HEALTH SERVICE) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE INGLESE

TITOLO: CADUTE: LA VALUTAZIONE E LA PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE PERSONE ANZIANE

LINEEGUIDA CLINICHE N. 21 – NOVEMBRE 2004

SCOPO DELLE LINEE GUIDA

Le raccomandazioni contenute in queste linee guida sono rivolte alle persone anziane a domicilio o in "*extended care setting" (strutture che forniscono assistenza prolungata o riabilitazione dopo un episodio acuto)*, che sono a rischio di caduta o che sono caduti; si riferiscono inoltre a persone anziane che si rivolgono ad una struttura di primo o secondo livello a seguito di una caduta.

Le raccomandazioni si applicano anche alle famiglie, caregivers e operatori professionali che condividono la responsabilità di assistere le persone fragili / vulnerabili o a rischio di caduta. Le linee guida **non** sono rivolte a persone ospedalizzate o persone allettate. Gli interventi **non** inclusi in queste linee guida sono:

- Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi, oggetto di linee guida a sé stanti. Tuttavia l'associazione delle cadute e della salute delle ossa come fattori di rischio per le fratture ha portato ad una correlazione nella elaborazione di entrambi le linee guida e richiederà un approccio coordinato nell'offerta di servizi
- La gestione delle fratture (femore o altre)
- La prevenzione delle cadute in contesti per pazienti acuti

SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI

La forza e la gerarchia delle evidenze / prove di efficacia usate in queste linee guida è tratta da Eccles e Mason (2001)

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE	EVIDENZE – PROVE DI EFFICACIA
A	Direttamente basato su categoria **I** di evidenza
B	Direttamente basato su : • Categoria **II** di evidenza o • Raccomandazione estrapolata da evidenze di categoria **I**
C	Direttamente basato su: • Categoria **III** di evidenza o • Raccomandazione estrapolata da evidenze di categoria **I** o **II**
D	Direttamente basato su: • Categoria **IV** di evidenza o • Raccomandazione estrapolata da evidenze di categoria **I, II** o **III**
GPP (good practice point)	Buona pratica raccomandata basata sull'esperienza clinica del Gruppo che ha elaborato le linee guida

CATEGORIA DI EVIDENZA	FONTE
I	Evidenze da: • Metanalisi o studi controllati randomizzati (RCT) o • Almeno 1 RCT
II	Evidenze da: • Almeno uno studio controllato senza randomizzazione o • Almeno un altro tipo di studio quasi-sperimentale
III	Evidenze da studi descrittivi non sperimentali, come studi comparativi, di correlazione e caso-controllo
IV	Evidenze basate sui rapporti di comitati di esperti o opinioni e/o esperienza clinica di autorità riconosciute

RACCOMANDAZIONI

1. IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO

Forza	Raccomandazioni
C	Ai pazienti anziani in contatto con professionisti sanitari deve essere chiesto di routine se sono caduti nell'anno passato, frequenza e caratteristiche della/e caduta/e
C	Nei pazienti anziani con una storia di caduta/e o considerati a rischio di caduta devono essere osservati /valutati eventuali deficit nell'equilibrio e nell'andatura; occorre poi considerare la loro capacità di trarre beneficio da interventi per migliorare la forza e l'equilibrio. (i tests per l'equilibrio e l'andatura comunemente utilizzati in UK sono riportati nelle linee guida complete)

2. VALUTAZIONE MULTIFATTORIALE DEL RISCHIO DI CADUTA

Forza	Raccomandazioni
C	le persone anziane che si presentano all'attenzione medica a causa di una caduta, o riferiscono ripetute cadute, o dimostrano anomalie nell'andatura o nell'equilibrio devono essere sottoposte ad una valutazione multifattoriale del rischio di caduta. Questa valutazione deve essere effettuata da professionisti sanitari con appropriata competenza ed esperienza, normalmente in un contesto di servizio specialistico per le cadute. Questa valutazione deve essere parte di un intervento personalizzato
C	Una valutazione multifattoriale può includere: o storia di precedenti cadute o valutazione dell'andatura, equilibrio, mobilità e debolezza muscolare o valutazione rischio di osteoporosi o valutazione della capacità funzionale percepita dalla persona anziana e della paura di cadere o valutazione di eventuale deficit visivo o valutazione di deficit cognitivi ed esame neurologico o valutazione dell'incontinenza urinaria o valutazione di pericoli nell'ambiente domestico o esame cardiovascolare e revisione dei farmaci assunti

3. INTERVENTI MULTIFATTORIALI

A	Per tutte le persone anziane con storia di ripetute cadute o valutate come a rischio crescente di caduta devono essere presi in considerazione interventi personalizzati multifattoriali
A	Nei programmi efficaci sono di solito previste le seguenti specifiche componenti (a fronte di un background di diagnosi generale e gestione delle cause e riconosciuti fattori di rischio): o training per la forza e l'equilibrio o valutazione rischi domestici e relativi interventi o valutazione e correzione deficit visivi o revisione farmaci con modificazioni/sospensioni
A	Dopo il trattamento di una caduta che ha causato un danno, alle persone anziane deve essere offerta una valutazione multidisciplinare per identificare il rischio futuro oltre ad un intervento personalizzato mirante a promuovere indipendenza e a migliorare la funzione fisica e psicologica

4. TRAINING PER LA FORZA E L'EQUILIBRIO

A	Il training per l'equilibrio e la forza è raccomandato. Quelli che più probabilmente ne possono trarre beneficio sono anziani a domicilio con una storia di cadute ripetute e/o deficit di andatura ed equilibrio. Deve essere offerto un programma di rafforzamento muscolare e dell'equilibrio. Tale programma deve essere prescritto individualmente e monitorizzato da personale formato in maniera appropriata

5. ESERCIZI IN "*EXTENDED CARE SETTINGS*"

A	Interventi multifattoriali con una componente di esercizi sono raccomandati per persone anziane a rischio di caduta in "extended care settings"

6. RISCHI DOMESTICI E INTERVENTI DI SICUREZZA

A	Alle persone anziane che hanno ricevuto un trattamento in ospedale a seguito di una caduta deve essere offerta una valutazione dei rischi domestici con relativi interventi / modifiche da parte di personale appositamente formato. Ciò deve essere considerato parte del piano di dimissione ed effettuato in un arco di tempo concordato tra il paziente o caregiver e membri del team sanitario
A	La valutazione dei rischi domestici si dimostra efficace SOLO se integrata con follow-up e interventi, NON come misura isolata

7. PSICOFARMACI

B	La terapia con psicofarmaci delle persone anziane deve essere revisionata, con supporto di uno specialista se necessario, e se possibile sospesa per ridurre il rischio di cadute

8. PACE MAKER

B	Per le persone anziane con ipersensibilità cardioinibitoria del seno carotideo che hanno sperimentato cadute non spiegabili, deve essere preso in considerazione l'applicazione di pace maker

9. INCORAGGIARE LA PARTECIPAZIONE DELLE PERSONE ANZIANE NEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

D	Per promuovere la partecipazione delle persone anziane nei programmi di prevenzione occorre considerare quanto segue: • Gli operatori sanitari coinvolti nella valutazione e prevenzione delle cadute devono analizzare quali cambiamenti la persona è disponibile a mettere in atto per prevenire le cadute • L'informazione fornita deve essere rilevante e disponibile anche in lingue diverse dall'inglese • I programmi di prevenzione delle cadute devono trattare anche degli ostacoli potenziali come ridotte capacità personali, paura di cadere e incoraggiare il cambiamento di attività negoziandolo con il paziente e familiari
D	Gli operatori coinvolti in programmi di prevenzione delle cadute devono assicurare che tali programmi siano sufficientemente flessibili da soddisfare differenti bisogni e preferenze dei partecipanti e devono promuovere il valore sociale di tali programmi

10. FORMAZIONE E DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI

D	Tutti gli operatori sanitari che assistono pazienti a rischio di caduta devono sviluppare e mantenere le competenze professionali di base in tema di valutazione del rischio e prevenzione delle cadute
D	Alle persone a rischio di caduta e ai loro caregivers devono essere fornite informazioni verbali e scritte su: • Quali misure possono adottare per prevenire future cadute • Favorire la motivazione a essere indirizzati a programmi preventivi che includano esercizi o componenti per la forza e l'equilibrio • La natura prevenibile di alcune cadute • I benefici fisici e psicologici che si ottengono nel modificare il rischio di caduta • Dove possono avere ulteriori consulenze e assistenza • Come gestire / affrontare un'eventuale caduta incluso dove chiedere aiuto e come evitare di rimanere a lungo a terra

11. INTERVENTI CHE NON POSSONO ESSERE RACCOMANDATI

Cammino veloce: Non ci sono evidenze / prove che il cammino veloce riduca il rischio di caduta. Uno studio ha dimostrato che un programma di cammino veloce non supervisionato aumentava il rischio di cadere in donne post-menopausa con frattura dell'arto superiore nell'anno precedente. Tuttavia ci possono essere altri benefici in termini di salute associati al cammino veloce nelle persone anziane.

12. INTERVENTI CHE NON POSSONO ESSERE RACCOMANDATI A CAUSA DI EVIDENZE INSUFFICIENTI

Ad oggi **NON** raccomandiamo l'implementazione dei seguenti interventi. Ciò non è dovuto a forti evidenze contro di essi, quanto ad evidenze insufficienti o controverse che li supportano:

- **Esercizi a bassa intensità combinati con programmi contro l'incontinenza:** non ci sono evidenze che esercizi a bassa intensità combinati con la promozione di programmi per la continenza riducano l'incidenza di cadute nelle persone anziane in "extended care settings"
- **Esercizi di gruppo (senza specifico target):** gli esercizi di gruppo non devono essere scoraggiati come mezzo di promozione della salute, ma esiste scarsa evidenza che tale intervento NON prescritto individualmente (personalizzato) sia efficace nella prevenzione delle cadute
- **Interventi cognitivi / comportamentali:** Non ci sono evidenze che interventi cognitivi / comportamentali da soli riducano l'incidenza di cadute delle persone anziane a domicilio con un rischio non conosciuto. Tali interventi includono valutazione del rischio con feedback, counselling e discussione / educazione individuale. Non ci sono evidenze sull'efficacia nel prevenire le cadute di interventi complessi nei quali le attività di gruppo includano educazione, un programma di modificazione dei comportamenti miranti a ridurre il rischio, consulenza e interventi di esercizio per le persone anziane a domicilio
- **Invio dallo specialista per correzione deficit visivo:** Non ci sono evidenze che l'invio dallo specialista per la correzione del deficit visivo **come singolo intervento,** per persone anziane a domicilio sia efficace nel ridurre il numero di cadute. Tuttavia l'intervento in questione è una componente efficace di programmi multifattoriali di prevenzione delle cadute
- **Vitamina D:** Vi sono evidenze che la carenza di Vitamina D sia comune tra le persone anziane; ove presente tale carenza diminuisce la forza muscolare e a volte la funzione neuromuscolare. Inoltre è stato dimostrato che l'utilizzo combinato di calcio e vitamina D3 riduce il tasso di fratture nelle persone anziane in RSA e lungodegenze. Nonostante emergano evidenze che la correzione del deficit di Vitamina D potrebbe ridurre la probabilità di cadere, vi è incertezza circa il contributo relativo alla riduzione delle fratture attraverso questo meccanismo (al contrario della massa ossea); vi è inoltre incertezza circa la dose e la via di somministrazione richiesta. Non possono quindi essere formulate raccomandazioni precise sull'utilizzo della vitamina D per prevenire le cadute. Le raccomandazioni sull'uso della Vitamina D per la prevenzione delle fratture saranno formulate nelle linee guida sull'osteoporosi di prossima pubblicazione
- **Protettori dell'anca:** studi controllati randomizzati non hanno fornito evidenze sull'efficacia dei protettori anca nel prevenire le fratture alle persone anziane che vivono in "extended care settings" o a domicilio. Altri dati relativi a studi controllati

randomizzati in cluster forniscono alcune evidenze sull'efficacia dei protettori dell'anca nella prevenzione delle fratture del femore in persone anziane ad alto rischio che vivono in "extended care settings".

Appendice F: PRINCIPI CHE DEVONO GUIDARE LA PRATICA

I principi sotto indicati descrivono il contesto ideale in cui implmentare le raccomandazioni formulate in queste linee guida. Sono stati adattati dalle Linee Guida Nice sulla Prevenzione delle Ulcere da pressione (2003). Questi principi sono emersi da un processo di consenso tra il gruppo di esperti che ha elaborato le linee guida

1. ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA

- i pazienti e i caregivers devono essere informati delle linee guida e delle raccomandazioni in esse contenute ed essere indirizzate all'Ufficio informazioni per il pubblico.
- Pazienti e caregivers devono essere coinvolti in decisioni condivise sulle strategie di prevenzione delle cadute
- Gli operatori sanitari devono rispettare e valorizzare la conoscenza e l'esperienza delle persone che sono da lungo tempo a rischio di cadere e che hanno autogestito questo rischio
- I pazienti e caregivers devono essere informati circa il loro rischio di cadere, specialmente quando vengono trasferiti da una struttura all'altra o dimessi a domicilio.

2. UN APPROCCIO COLLABORATIVO E MULTIDISCIPLINARE ALL'ASSISTENZA

- Tutti i membri del team multidisciplinare devono essere a conoscenza delle linee guida e tutti gli interventi assistenziali devono essere documentati nella cartella del paziente

3. ASPETTI ORGANIZZATIVI

- Per la prevenzione delle cadute deve essere adottato un approccio integrato e devono essere implementate precise politiche e strategie. Il servizio deve essere integrato con quelli relativi alla salute delle ossa (osteoporosi) e cardiologia (pacemaker) così da evitare duplicazioni
- L'assistenza deve essere fornita in un contesto in cui si dà valore al miglioramento continuo della qualità e in cui l'applicazione delle linee guida è oggetto di regolare feedback e audit
- E' necessario impegno e disponibilità per la formazione alfine di assicurare che tutto il personale, a qualsiasi professione appartenga, abbia l'opportunità di aggiornare le sue conoscenze e sia in grado di applicare le raccomandazioni contenute nelle linee guida
- I pazienti devono essere assistiti da personale con una formazione appropriata capace di avviare e mantenere adeguate misure preventive. Il numero e il mix di figure professionali dello staff deve riflettere i bisogni dei pazienti.