

Falls: assessment and prevention of falls in older people

Issued: June 2013

NICE clinical guideline 161
guidance.nice.org.uk/cg161

NICE has accredited the process used by the Centre for Clinical Practice at NICE to produce guidelines. Accreditation is valid for 5 years from September 2009 and applies to guidelines produced since April 2007 using the processes described in NICE's 'The guidelines manual' (2007, updated 2009). More information on accreditation can be viewed at www.nice.org.uk/accreditation

© NICE 2013



Link alla versione originale <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161>
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/guidance-falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-pdf>

Traduzione Angela Corbella e Stefania Ronda

CADUTE: VALUTAZIONE E PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE PERSONE ANZIANE

INTRODUZIONE

Questa linea guida - di seguito denominata "LG" - aggiornata sostituisce la precedente "Cadute" (NICE linee guida cliniche 21). Le raccomandazioni sono contrassegnate in base alla data della loro prima pubblicazione. Vedi link per ulteriori dettagli <http://www.nice.org.uk/guidance/cg161/chapter/about-this-guideline>

Le cadute e le lesioni ad esse correlate sono un problema comune e grave per le persone anziane. Le persone di età ≥ 65 aa sono quelle a maggior rischio di cadute; il 30% delle persone >65 aa e il 50% di quelle >80 aa cade almeno una volta in un anno.

Il costo umano delle cadute include: angoscia, dolore, lesioni, perdita di fiducia, perdita di autonomia e aumentata mortalità. Le cadute coinvolgono anche i membri della famiglia e i caregivers di coloro che cadono. Il costo stimato delle cadute per il NHS (National Health Service – Servizio Sanitario Nazionale) è >2.3 miliardi di sterline per anno. Le cadute hanno quindi un impatto sulla qualità di vita, sulla salute e sui costi sanitari.

Questa LG fornisce raccomandazioni per la valutazione e la prevenzione delle cadute nelle persone anziane. Si tratta di un ampliamento al mandato della LG NICE n. 21 (pubblicata nel Novembre del 2004) al fine di includere la valutazione e la prevenzione delle cadute nelle persone anziane ospedalizzate. Queste nuove raccomandazioni (2013) per i pazienti anziani ospedalizzati integrano, affiancandole, quelle originali del 2004. E' importante sottolineare come le raccomandazioni della LG del 2004 mantengano, ad oggi, la medesima rilevanza e validità di quando furono pubblicate per la prima volta.

A CHI E' RIVOLTA QUESTA LG

Questo documento è rivolto ai professionisti sanitari e al personale che assiste le persone anziane a rischio di caduta.

POPOLAZIONE CONSIDERATA DA QUESTA LG

Le raccomandazioni della LG si applicano a tutte le persone di età ≥ 65 aa in quanto a maggior rischio di caduta. In base alle raccomandazioni della LG tutte le persone di età ≥ 65 aa che vengono ricoverate in ospedale, devono essere sottoposte ad una valutazione multifattoriale per il rischio di caduta durante la degenza.

Deve anche essere prevista, se appropriata, un'offerta di valutazione multifattoriale per il rischio di caduta a livello di servizi territoriali (ambulatoriali o domiciliari). Questo tipo di valutazione può essere fatta in maniera congiunta o separatamente. Questa LG si applica anche alle persone dai 50 ai 64 anni che vengono ricoverate in ospedale e sono considerate ad alto rischio di caduta a causa di una condizione clinica preesistente.

PRIORITA' PER L'IMPLEMENTAZIONE

Le seguenti raccomandazioni sono state identificate prioritarie per una corretta implementazione.

PREVENIRE LE CADUTE NELLA PERSONA ANZIANA

Ai pazienti anziani in contatto con professionisti sanitari deve essere chiesto di routine se sono caduti nell'anno passato, frequenza, contesto e caratteristiche della/e caduta/e [2004]

Le persone anziane che si presentano all'attenzione medica a causa di una caduta, o riferiscono ripetute cadute nell'ultimo anno, 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 multifattoriale personalizzato [2004]

PREVENIRE LE CADUTE NELLE PERSONE ANZIANE OSPEDALIZZATE

Considerare i seguenti gruppi di pazienti ospedalizzati a rischio caduta e organizzare l'assistenza sulla base delle raccomandazioni da 1.2.2.1 a 1.2.3.2:

- Tutti i pazienti ≥ 65 aa
- I pazienti tra i 50 e i 64 anni valutati da un professionista esperto ad alto rischio di caduta a causa di una condizione clinica preesistente **[nuova 2013]**

Per le persone a rischio di caduta negli ospedali (vedasi raccomandazione 1.2.1.2) devono essere presi in considerazione una valutazione multifattoriale e un intervento multifattoriale **[nuova 2013]**

Assicurarsi che ogni valutazione multifattoriale identifichi fattori di rischio di caduta specifici del paziente che possano essere trattati, migliorati o gestiti durante il periodo di degenza. Questi possono includere:

- Deficit cognitivi
- Problemi di incontinenza
- Storia di precedenti cadute che includa cause e conseguenze (per esempio: lesioni o paura di cadere)
- Calzature inadeguate o mancanti
- Problemi di salute che possono aumentare il rischio di caduta
- Farmaci assunti
- Instabilità posturale, problemi di mobilità e/o equilibrio
- Sincope
- Deficit visivi **[nuova 2013]**

1. RACCOMANDAZIONI

Questa LG si basa sulle migliori evidenze disponibili. La versione integrale fornisce dettagli sui metodi e sulle evidenze utilizzate. La terminologia utilizzata per le raccomandazioni (per esempio parole come 'offrire' e 'prendere in considerazione / considerare') indica la certezza con la quale la raccomandazione è stata formulata (forza della raccomandazione).

Vedi link per ulteriori dettagli <http://www.nice.org.uk/guidance/cg161/chapter/about-this-guideline>

TERMINI UTILIZZATI IN QUESTA LG

Extended care / Assistenza estesa al di fuori dell'ospedale

Un setting assistenziale come la Nursing Home (analoga alle nostre RSA) o casa di riposo o residenze assistite.

Valutazione multifattoriale o valutazione multifattoriale del rischio di caduta

Una valutazione che prende in considerazione fattori multipli / diversificati e mira a identificare i fattori di rischio di caduta di una persona.

Intervento multifattoriale

Un intervento su componenti diversificati con l'obiettivo di affrontare i fattori rischio di caduta di una persona identificati con la valutazione multifattoriale (vedi voce precedente).

Persone anziane

Nel paragrafo 1.1 le persone anziane sono quelle ≥ 65 aa. Nel paragrafo 1.2 le persone anziane sono quelle ≥ 50 aa.

Persone anziane che vivono in comunità

Persone anziane che vivono nelle loro case o in RSA o case di riposo (Vedi *extended care*)

Strumento per la valutazione del rischio

Uno strumento che ha lo scopo di calcolare il rischio di caduta di una persona; il punteggio di rischio può essere formulato in maniera dicotomica / binaria “*a rischio/ non a rischio*”, o attraverso una scala che stratifica il livello di rischio “*di rischio basso / medio / alto*”.

1.1 PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE PERSONE ANZIANE

1.1.1 Identificazione del rischio

1.1.1.1 Alle persone anziane in contatto con i professionisti sanitari deve essere chiesto di routine se sono cadute nell'ultimo anno, frequenza, contesto e caratteristiche della/e caduta/e [2004]

1.1.1.2 Nelle persone anziane con una storia di caduta/e o a rischio di caduta devono essere valutati eventuali deficit dell'equilibrio e dell'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 Gran Bretagna sono riportati nel paragrafo 3.3. della versione integrale della LG) [2004]

1.1.2 Valutazione multifattoriale del rischio di caduta

1.1.2.1 Le persone anziane che si presentano all'attenzione medica a causa di una caduta, o riferiscono ripetute cadute nell'ultimo anno, 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 multifattoriale personalizzato [2004]

1.1.2.2 La valutazione multifattoriale può includere:

- Storia di precedenti cadute;
- Valutazione dell'andatura, equilibrio, mobilità e debolezza muscolare;
- Valutazione del rischio di osteoporosi;
- Valutazione della capacità funzionale percepita dalla persona anziana e della paura di cadere;
- Valutazione di eventuale deficit visivo;
- Valutazione di deficit cognitivi ed esame neurologico;
- Valutazione dell'incontinenza urinaria;
- Valutazione di pericoli nell'ambiente domestico;
- Esame cardiovascolare e revisione dei farmaci assunti [2004]

1.1.3 Interventi multifattoriali

1.1.3.1 Per tutte le persone anziane con storia di ripetute cadute o valutate come a rischio crescente di caduta devono essere presi in considerazione interventi multifattoriali personalizzati [2004]

Nei programmi di interventi multifattoriali di dimostrata efficacia sono di solito presenti i seguenti specifici componenti:

- Training per la forza e l'equilibrio
- Valutazione rischi domestici e relativi interventi
- Valutazione e correzione deficit visivi
- Revisione farmaci con modificazioni/sospensioni [2004]

1.1.3.2 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 l'autonomia e a migliorare la funzionalità fisica e psicologica [2004]

1.1.4 Training per la forza e l'equilibrio

1.1.4.1 E' raccomandato il training per la forza e l'equilibrio. Coloro che più probabilmente ne possono trarre beneficio sono persone anziane a livello di comunità 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 [2004]

1.1.5 Esercizi in “Extended Care settings” (RSA o residenze assistite o case di riposo)

1.1.5.1 Sono raccomandati interventi multifattoriali con una componente di esercizi per persone anziane a rischio di caduta in “extended care settings” [2004]

1.1.6 Rischi domestici e interventi di sicurezza

1.1.6.1 Alle persone anziane trattate 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 i membri del team sanitario [2004]

1.1.6.2 La valutazione dei rischi domestici si dimostra efficace SOLO se integrata con follow-up e interventi, NON come misura isolata [2004]

1.1.7 Psicofarmaci

1.1.7.1 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 [2004]

1.1.8 Pace maker

1.1.8.1 Per le persone anziane con ipersensibilità senocarotidea cardioinibitoria che hanno sperimentato cadute non spiegabili, deve essere presa in considerazione l'applicazione di pace maker [2004]

1.1.9 Incoraggiare la partecipazione delle persone anziane ai programmi di prevenzione delle cadute

1.1.9.1 Per promuovere la partecipazione delle persone anziane ai 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 delle barriere potenziali come ridotte capacità personali, paura di cadere e devono altresì incoraggiare il cambiamento di attività negoziandolo con il paziente e i familiari [2004]

1.1.9.2 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 [2004]

1.1.10 Formazione e diffusione delle informazioni

1.1.10.1 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 [2004]

1.1.10.2 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;
- Come mantenere la motivazione quando inseriti in 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 avere ulteriori consulenze e assistenza;
- Come gestire / affrontare un'eventuale caduta incluso dove chiedere aiuto e come evitare di rimanere a lungo a terra [2004]

1.1.11 Interventi che non possono essere raccomandati

1.1.11.1 **Cammino veloce:** non ci sono evidenze 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 [2004]

1.1.12 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 [2004]

1.1.12.1 **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" [2004]

1.1.12.2 **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 se NON prescritto individualmente (personalizzato) sia efficace nella prevenzione delle cadute [2004]

1.1.12.3 **Interventi cognitivi / comportamentali:** non ci sono evidenze che interventi cognitivi / comportamentali da soli riducano l'incidenza di cadute delle persone anziane a domicilio il cui rischio non è noto. Tali interventi includono valutazione del rischio con feedback, counselling e sessioni individuali di educazione. Per le persone anziane a livello di comunità, non ci sono evidenze sull'efficacia di interventi complessi nei quali le attività di gruppo includano educazione, un programma di modificazione dei comportamenti mirante a ridurre il rischio, consulenza e interventi che prevedano lo svolgimento di esercizi [2004]

1.1.12.4 **Invio dallo specialista per correzione deficit visivo:** per le persone anziane a livello di comunità, non ci sono evidenze che l'invio allo specialista per la correzione del deficit visivo come singolo intervento, sia efficace nel ridurre il numero di cadute. Tuttavia l'intervento in questione è una componente efficace di programmi multifattoriali di prevenzione delle cadute [2004]

1.1.12.5 **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 attraverso percorsi mediati dal SNC. Inoltre è stato dimostrato che l'utilizzo combinato di calcio e vitamina D3 riduce i tassi di fratture nelle persone anziane in RSA e residenze protette. Nonostante emergano evidenze che la correzione del deficit di Vitamina D potrebbe ridurre la probabilità di cadere, permangono incertezze circa il contributo relativo alla riduzione delle fratture attraverso questo meccanismo (al contrario della massa ossea) oltre ad incertezze correlate al dosaggio e alla via di somministrazione richiesta. Di conseguenza ad oggi non si possono formulare raccomandazioni definitive sull'uso della vitamina D per questa indicazione **[2004, revisionata nel 2013]**

1.1.12.6 **Protettori dell'anca:** studi randomizzati controllati (RCT) con randomizzazione per singolo paziente non hanno fornito evidenze sull'efficacia dei protettori dell'anca nel prevenire le fratture delle persone anziane che vivono in "extended care settings" o a domicilio. Altri dati relativi a RCT cluster (randomizzazione per gruppi di pazienti) hanno fornito 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" **[2004]**

1.2 PREVENZIONE DELLE CADUTE NELLE PERSONE ANZIANE OSPEDALIZZATE

1.2.1 Identificare il rischio di caduta del paziente in ospedale

1.2.1.1. NON utilizzare strumenti per l'identificazione di pazienti a rischio di caduta in ospedale **[nuova 2013]**

1.2.1.2. Considerare i seguenti gruppi di pazienti ospedalizzati a rischio caduta e organizzare l'assistenza sulla base delle raccomandazioni da 1.2.2.1 a 1.2.3.2:

- Tutti i pazienti ≥ 65 aa
- I pazienti tra i 50 e i 64 anni valutati da un professionista esperto ad alto rischio di caduta a causa di una condizione clinica preesistente **[nuova 2013]**

1.2.2 Valutazione e interventi

1.2.2.1 Identificare e intervenire in maniera sistematica sugli aspetti ambientali (incluso pavimenti, illuminazione, arredi e dispositivi come maniglioni / corrimani) che possono incidere sul rischio di caduta del paziente **[nuova 2013]**

1.2.2.2 Prendere in considerazione una valutazione e interventi multifattoriali per i pazienti a rischio di caduta in ospedale (vedi raccomandazione 1.2.1.2) **[nuova 2013]**

1.2.2.3 Assicurarsi che la valutazione multifattoriale identifichi fattori di rischio di caduta della persona che possano essere trattati, migliorati o gestiti in ospedale durante la degenza. Questi includono:

- Deficit cognitivi
- Problemi di incontinenza
- Storia di cadute incluso cause e conseguenze (come lesioni e paura di cadere)
- Calzature inadeguate o mancanti
- Problemi di salute che possono aumentare il rischio di caduta
- Farmaci
- Instabilità posturale, problemi di mobilità e/o di equilibrio
- Sincope
- Deficit visivo **[nuova 2013]**

1.2.2.4 Assicurarsi che gli interventi multifattoriali:

- Affrontino in maniera tempestiva i fattori di rischio di caduta della persona in ospedale;
- Tengano conto del fatto che i fattori di rischio possano essere trattati, migliorati o gestiti durante la degenza **[nuova 2013]**

1.2.2.5 Attuare / offrire esclusivamente interventi di prevenzione delle cadute **personalizzati** per affrontare gli specifici fattori di rischio di caduta della persona **[nuova 2013]**

1.2.3 Supporto e informazione

1.2.3.1 Fornire informazioni rilevanti scritte e verbali e supporto ai pazienti, familiari e caregivers se il paziente è d'accordo. Tenere conto dell'abilità del paziente di comprendere e ritenere le informazioni che devono includere:

- Spiegazioni degli specifici fattori di rischio di caduta del paziente; dimostrazione su come utilizzare il dispositivo di chiamata e incoraggiamento a usarlo quando il paziente ha bisogno di aiuto;
- Informazione ai familiari e caregivers su quando e come alzare e abbassare le sponde del letto;
- Messaggi coerenti su quando il paziente deve chiedere aiuto prima di alzarsi e/o di muoversi;
- Aiuto al paziente per impegnarsi in ogni intervento multifattoriale volto ad affrontare i propri fattori di rischio **[nuova 2013]**

1.2.3.2 Assicurarsi che le informazioni rilevanti siano condivise tra i diversi servizi. Applicare i principi della LG NICE 138 "*Esperienza del paziente nei servizi per adulti del NHS*" con riferimento alla continuità delle cure **[nuova 2013]**