



Best Practice

Evidence-based information sheets for health professionals

Efficacia degli interventi per prevenire la pre-fragilità e la progressione della fragilità nelle persone anziane

Raccomandazioni*

- Esercizi fisici di gruppo dovrebbero essere previsti per le persone anziane pre-fragili e fragili istituzionalizzate o residenti sul territorio per prevenire la progressione della fragilità. **(Grado A)**
- Classi di attività fisica con pratica domiciliare dovrebbero essere impartite agli anziani residenti sul territorio per ridurre il livello di fragilità. **(Grado B)**
- Gli integratori alimentari sono fortemente raccomandati per gli anziani pre-fragili e fragili sul territorio per prevenire la progressione della fragilità. **(Grado A)**
- Si raccomandano esercizi abbinati a interventi nutrizionali per ridurre o posticipare in modo efficace la pre-fragilità o la fragilità. **(Grado B)**
- Dovrebbe essere fornito un training cognitivo agli adulti pre-fragili e fragili residenti sul territorio per prevenire la progressione della fragilità. **(Grado B)**
- Dovrebbe essere proposta una singola visita domiciliare da parte di un professionista qualificato per prevenire la pre-fragilità o posticipare la progressione della fragilità negli anziani sul territorio. **(Grado B)**
- Si raccomanda di adottare interventi personalizzati basati sulle condizioni cliniche come strategia efficace di riduzione dei costi. **(Grado B)**
- I professionisti sanitari possono fornire sessioni educative di gruppo o individuali per le persone anziane a rischio, per le persone residenti sul territorio e non istituzionalizzate per prevenire la progressione della pre-fragilità e fragilità. **(Grado B)**

*Per una definizione del "grado di raccomandazione" del JBI vedi l'ultima pagina di questo documento

Fonte di informazione

Questo foglio informativo di Best Practice deriva da una revisione sistematica della letteratura pubblicata nel 2018 nel *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. La revisione sistematica è disponibile presso il Joanna Briggs Institute (JBI). (www.joannabriggs.org).

Background

La fragilità è un processo dinamico caratterizzato da una spirale di declino in vari domini funzionali. La fragilità predispone a cadute, fratture, disabilità, dipendenza, ricovero ospedaliero, istituzionalizzazione, e può portare a morte.

Per la diagnosi di fragilità, devono essere osservati almeno tre dei seguenti marcatori fenotipici: debolezza associata a bassa forza muscolare (per esempio rifotta forza nella presa), rallentamento generale, diminuzione dell'equilibrio e della mobilità, affaticabilità o stanchezza, basso livello di attività fisica, e perdita di peso non intenzionale. La pre-fragilità è caratterizzata dalla presenza di uno o due di questi marcatori.

Una revisione sistematica ha riscontrato negli anziani over 65 residenti sul territorio una prevalenza della fragilità dal 4% al 17% e della pre-fragilità dal 19% al 53%, a seconda della definizione di fragilità utilizzata e della popolazione studiata. La fragilità è rilevante per tutti gli operatori sanitari, gli assistenti sociali, i ricercatori e i decisori politici.

Efficacia degli interventi per prevenire la pre-fragilità e la progressione della fragilità nelle persone anziane

Sono stati proposti interventi che riguardano l'attività fisica, l'erogazione di assistenza sociosanitaria, la stimolazione cognitiva, l'alimentazione, i farmaci e gli aspetti psicosociali; tuttavia, non è chiaro se qualcuno di questi interventi abbia un impatto sugli esiti clinici. È necessario esaminare l'efficacia degli interventi per prevenire la progressione della pre-fragilità e la fragilità nelle persone anziane, in termini sia di outcome sanitari sia di costo-efficacia.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è quello di presentare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia clinica ed economica degli interventi per la prevenzione della progressione della pre-fragilità e fragilità nelle persone anziane over 65 anni.

Tipi di interventi

La revisione sistematica ha preso in considerazione gli studi che hanno valutato gli interventi incentrati sulla prevenzione della progressione della pre-fragilità e della fragilità negli anziani over 65 in qualsiasi contesto (comunità, residenze sanitarie assistenziali, ospedali).¹ Gli interventi includevano tra l'altro l'attività fisica, l'assistenza sociale e sanitaria, gli interventi psicosociali, cognitivi e nutrizionali e i programmi multifattoriali.

Qualità della ricerca

Tutti gli studi inclusi sono stati valutati indipendentemente da due revisori. Nessuno studio relativo alla componente clinica/medica ha ottenuto alla valutazione critica un punteggio del 100%; tre studi hanno ottenuto il 90%; tre studi hanno ottenuto l'80% e gli altri studi hanno raggiunto un punteggio tra il 50% e il 70%. Nei due studi sulla componente economica, la qualità metodologica era bassa in uno e moderata nell'altro (20% e 70%). La debolezza metodologica era principalmente attribuibile alla mancata cecità dei partecipanti; tuttavia, sono state rilevate difficoltà a rendere ciechi questi tipi di interventi.

Risultati

Nella revisione sono stati inclusi ventuno studi clinici randomizzati controllati (RCT) pubblicati tra il 2002 e il 2016. Tutti gli studi riguardavano la componente clinica/medica e due studi hanno anche fornito dati per la componente economica. Gli studi hanno reclutato partecipanti (n=5.275; 49% donne) nel territorio (n=8), centri di assistenza sanitaria di base (n=3), ambulatori (n=3), pronto soccorso (n=1), lungodegenza (n=1) e altre sedi (n=6). Gli interventi sono stati effettuati sul territorio (n=14), nei centri di cure primarie, centri medici e presidi ospedalieri di base (n=4), istituto di cura per anziani (n=1), istituto di gerontologia (n=1) o una loro combinazione (n=1). La dimensione campionaria degli studi variava da 24 a 1.338 partecipanti e in due studi è stato utilizzato lo stesso campione.

Dei 21 studi inclusi, dodici sono stati condotti in Europa, cinque in Asia, due negli Stati Uniti, uno in Messico e in Australia. La definizione di fragilità si è basata sugli indicatori fenotipici del Cardiovascular Health Study (CHS)² di debolezza, affaticamento/esaurimento, perdita di peso, bassa attività fisica e lentezza in nove studi; uno di questi ha inoltre considerato un ridotto equilibrio e uno ha anche utilizzato l'indice di fragilità di Rockwood.³ Gli altri studi (n=7) hanno utilizzato una valutazione multidimensionale della fragilità considerando lo stato funzionale e cognitivo, le cadute, la dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL), la depressione, la malnutrizione, l'incontinenza, la politerapia e le comorbidità. Cinque studi erano basati su una serie molto limitata di indicatori: presenza di bassa velocità del cammino e/o attività fisica (n=1), presenza di scarsa attività fisica e stanchezza autoriportata (n=1), presenza di scarsa mobilità e cattiva alimentazione (n=1), presenza di debolezza e cambiamenti nelle prestazioni fisiche (n=1) e compromissione nelle ADL di base (n=1). Gli studi differivano nel modo in cui venivano misurati gli indicatori.

Sono stati inclusi 33 interventi che hanno dato informazioni sull'outcome primario della fragilità, mentre alcuni includevano anche dati sugli outcome secondari. Gli interventi sono stati classificati come programmi di esercizio fisico, gestione individuale della condizione clinica, training cognitivo, integratori alimentari, terapia ormonale sostitutiva, programmi di visite domiciliari, sessioni di gruppo, terapia psicologica, sessione educativa individuale e trattamento combinato. Gli interventi sono stati comparati con le cure abituali, i servizi territoriali, l'educazione, la cura abituale con educazione, placebo, assistenza abituale con placebo, screening senza ulteriore gestione dei bisogni individuali ed esercizi di mobilità. In uno studio, il gruppo di controllo ha incluso partecipanti che avevano interrotto l'intervento e in due studi mancava una descrizione dettagliata dell'intervento di controllo. Inoltre, due studi hanno fornito dati economici specifici: in uno studio sono stati confrontati i costi e il rapporto costo-efficacia dell'intervento rispetto alle cure abituali; l'altro studio ha analizzato i costi dei servizi sanitari che fornivano la valutazione e la gestione geriatrica, comparandoli con le cure abituali ospedaliere e ambulatoriali.

Programmi di esercizio fisico

I programmi efficaci di esercizio includevano Tai Chi, l'allenamento alla resistenza e allenamento multicomponente completo. I programmi di esercizio fisico svolti in classe (compresi quelli con alcune pratiche a domicilio) si sono dimostrati efficaci per prevenire la progressione della pre-fragilità e fragilità degli adulti residenti a casa e istituzionalizzati. Tuttavia, i programmi di esercizio effettuati integralmente a domicilio o individuali non sono risultati efficaci in questa popolazione.

Gestione individuale della condizione clinica

La gestione individualizzata della condizione clinica ha mostrato risultati contrastanti nella riduzione della fragilità nei gruppi di partecipanti fragili o pre-fragili in contesti territoriali. Tuttavia, nel complesso non ci sono prove a supporto della gestione individualizzata delle condizioni cliniche per prevenire la progressione della pre-fragilità o fragilità a livello territoriale. Quando le sessioni educative venivano impartite da un geriatra ai partecipanti a rischio di fragilità, sono stati riscontrati effetti positivi nel cambiamento dello status di fragilità.

Trattamento multidisciplinare

E' stato anche riscontrato che l'esercizio multi-task a lungo termine basato sulla musica riduceva la fragilità, in particolare migliorando la velocità dell'andatura e la forza di presa della mano. Laddove gli interventi includevano elementi per migliorare l'attenzione e stimolare la memoria a breve termine, ciò comportava una riduzione del punteggio di fragilità a 12 mesi (sei mesi dopo l'intervento), sebbene un altro studio basato sulla terapia di *problem solving* (psicologici) non abbia avuto effetto sulla fragilità.

Supplementi nutrizionali e ormonali

Laddove i programmi di attività fisica sono stati accompagnati da supplementi nutrizionali e training cognitivo, al follow-up (3, 6 e 12 mesi) è stato riscontrato un impatto significativamente positivo sulla fragilità indipendentemente dal tipo di integratore usato (membrana dei globuli del grasso di latte-MFGM o proteine). In uno studio, la sola integrazione nutrizionale si è dimostrata efficace quando la MFGM è stata fornita alle donne fragili sul territorio. La terapia ormonale sostitutiva usata in un gruppo di uomini autonomi, tuttavia, non ha influenzato la fragilità.

Programmi di visite domiciliari

Nove mesi di visite domiciliari settimanali incentrate sui cambiamenti dello stile di vita hanno mostrato effetti positivi per le persone anziane sul territorio solo quando era fornito un pulsante di avviso da utilizzare. Nessun effetto è stato osservato quando ai partecipanti non veniva fornito tale chiamata o nei 18 mesi di visite domiciliari focalizzate su un piano di cura. Tuttavia, al contrario, una singola visita preventiva domiciliare alle persone anziane non fragili ha dimostrato di essere efficace nel posticipare la progressione della fragilità, quando veniva fornita da un professionista sanitario, come un infermiere.

Costo-efficacia

Due studi hanno fornito prove relative all'efficacia economica del ridurre la fragilità, uno nelle persone anziane sul territorio e l'altro nei pazienti ricoverati e ambulatoriali. Il primo studio ha evidenziato quello che è stato definito "un buon rapporto qualità-prezzo",¹ pp.210 specialmente per le persone molto fragili rispetto alle cure abituali. Il secondo studio ha analizzato i costi associati alla valutazione e gestione geriatrica e ha evidenziato che il costo totale a un anno era simile negli interventi e cure abituali.

Conclusioni

Questa revisione ha dimostrato una diversa efficacia degli interventi rivolti alla fragilità. Esistono evidenze a supporto degli esercizi (di gruppo piuttosto che individuali) e degli interventi nutrizionali, che hanno avuto il maggior successo nel ridurre la fragilità in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età dai 65 anni in su. Gli interventi che includevano l'esercizio fisico e/o l'integrazione nutrizionale si sono rivelati i più efficaci nell'invertire, posticipare o ridurre gli elementi di fragilità, ma solo laddove sono stati utilizzati interventi basati su classi o gruppi. Le visite domiciliari sono state ampiamente supportate dalle evidenze, sebbene non universalmente efficaci; tuttavia, l'aggiunta di un pulsante di avviso segnalava un aumento del coinvolgimento dell'infermiere e della fiducia del paziente. Non ci sono evidenze a sostegno di programmi di esercizio fisico individuale, programmi basati sull'attività fisica forniti interamente a domicilio, terapia di *problem solving* o terapia ormonale sostitutiva per la prevenzione della progressione della pre-fragilità e fragilità negli anziani sul territorio.

Ci sono pochi studi che hanno affrontato la fragilità delle persone anziane sul territorio con scale validate o misurazioni di fragilità pre/post, non malattia-specifici e nessuno studio ha confrontato l'efficacia per genere. L'eterogeneità nei contesti studiati e nei tipi di interventi nei 21 studi ha impedito la conduzione di una meta-analisi.

Le differenze tra gli studi in cui i risultati erano contraddittori potrebbero dipendere dal contesto (ad es. setting culturale e geografico), dall'aderenza al protocollo di intervento, o dal contenuto e dallo standard delle normali cure territoriali. Una gestione individualizzata di una condizione di fragilità rispetto alle cure abituali ha rappresentato un risparmio in termini di costi per le persone anziane residenti sul territorio. La gestione individualizzata non ha aumentato i costi totali delle cure nei pazienti ricoverati, e i costi sono risultati uguali nei pazienti ambulatoriali. Gli autori hanno osservato che programmi individuali di esercizio fisico, programmi di esercizio forniti unicamente a domicilio, terapia di *problem solving*, e terapia ormonale sostitutiva non erano supportati da evidenze a sostegno della loro efficacia per la prevenzione della progressione della pre-fragilità e fragilità negli anziani residenti sul territorio.

Implicazioni per la pratica

Gli interventi volti a invertire, posticipare o ridurre la fragilità sono efficaci sia negli uomini che nelle donne, nella fragilità e nella pre-fragilità, negli anziani di età pari o superiore a 65 anni. Sulla base dei risultati della revisione sistematica, sono stati raccomandati interventi di attività fisica per prevenire la progressione del livello di fragilità o la progressione verso la pre-fragilità, se forniti in gruppo, con o senza prestazione a domicilio. È stata inoltre raccomandata l'integrazione nei programmi della componente dell'esercizio fisico e della nutrizione. Come strategia di riduzione dei costi, la gestione personalizzata di una condizione di fragilità, rispetto alle cure usuali, dovrebbe essere adottata su larga scala. Non ci sono prove a sostegno di programmi individuali di esercizio fisico, programmi basati sull'attività fisica forniti completamente a casa, terapia di *problem solving* o terapia ormonale sostitutiva per la prevenzione o la progressione della pre-fragilità e fragilità negli anziani residenti sul territorio. **Vedi figura 1**

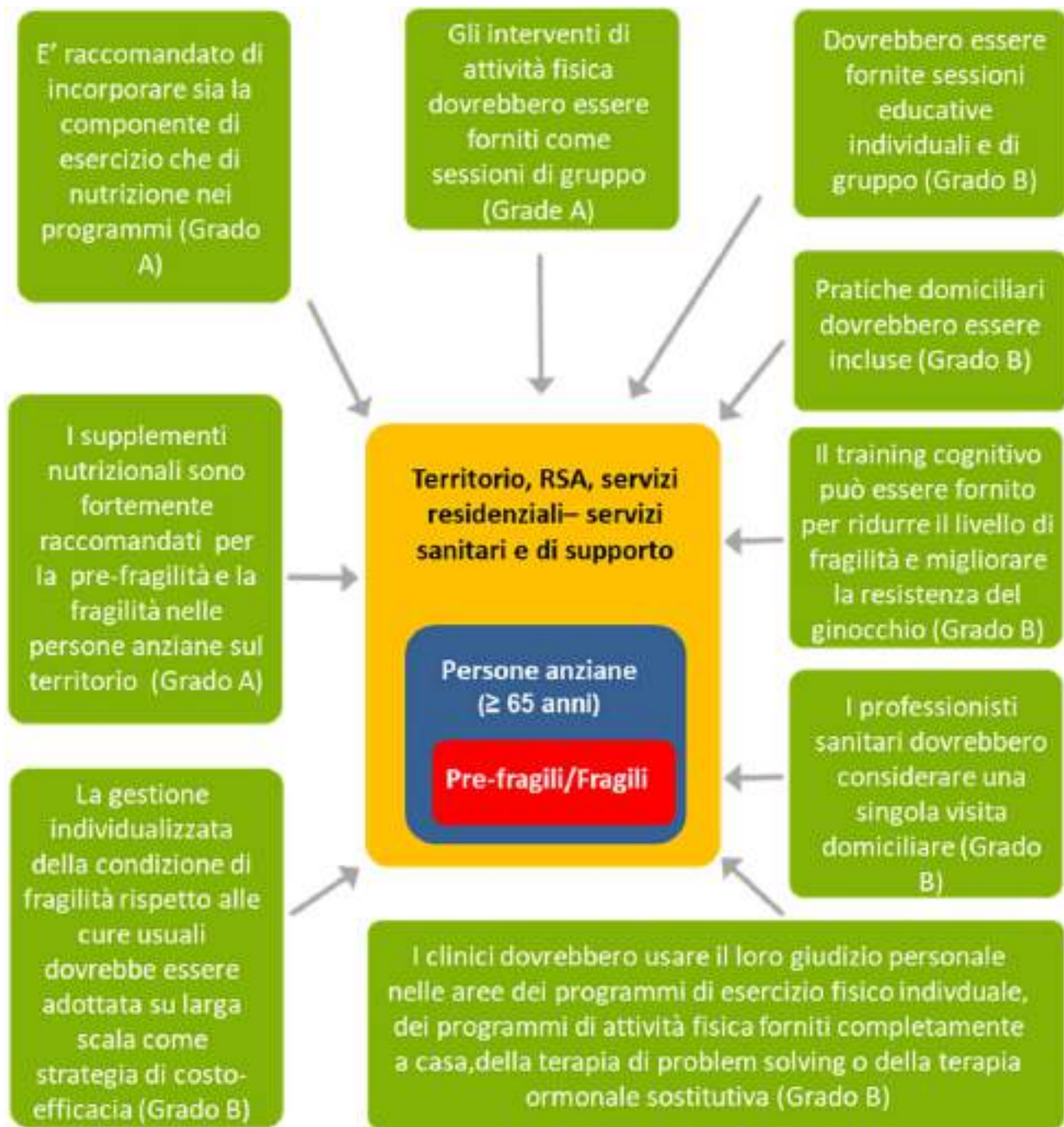
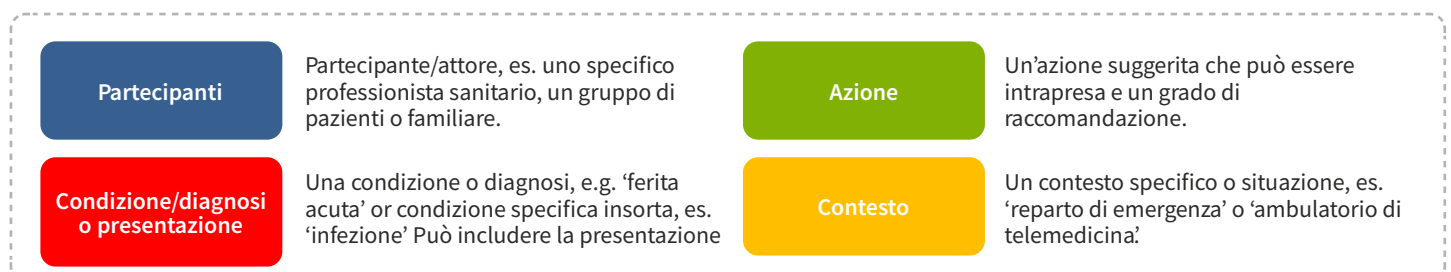


Figura 1: Interventi per invertire, ridurre o posporre la fragilità nelle persone anziane



Bibliografia

1. Apostolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018; 16(1):140-232.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol Biol Med Sci. 2001;56(3):M146-56.
3. Rockwood K, Mitnitski A, MacKnight C. Some mathematical models of frailty and their clinical implications. Rev Clin Gerontol. 2001;12(2):109-17.

Autori

Tania S. Marin¹

¹ Joanna Briggs Institute, The University of Adelaide, South Australia, Australia.

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice è stato elaborato in collaborazione con il Joanna Briggs Institute. Esso è stato esaminato dai collaboratori nominati dal Joanna Briggs Institute Collaborating Entities e dagli autori della revisione.



CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship
A JBI Affiliated Group
Direttore Stefano Casciato



Traduzione italiana a cura di Silvia Sferrazza ^a e Maria Matarese ^b

^a Infermiere Azienda ospedaliera S.Giovanni Addolorata, Roma; e-mail: silvia.sferrazza@email.it

^b Professore associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Bio-medico di Roma; e-mail: m.matarese@unicampus.it

^{a,b} Esperti CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group

Come citare questo foglio informativo di Best Practice

Marin TS. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults [Best Practice Information Sheet]. Joanna Briggs Institute EBP Database. 2019; 21(2):1-5



This Best Practice Information Sheet was developed by the Joanna Briggs Institute and derived from the findings of a single systematic review published in the JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. Each Best Practice Information Sheet has undergone a two stage peer review by nominated experts in the field.

Note: The information contained in this Best Practice Information Sheet must only be used by people who have the appropriate expertise in the field to which the information relates. While care has been taken to ensure that this Best Practice Information Sheet summarizes available research and expert consensus, any loss, damage, cost or expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on this information (whether arising in contract, negligence, or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded.

Copyright © 2019 The Joanna Briggs Institute (JBI). Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide SA 5006, AUSTRALIA

Phone: +61 8 8313 4880 Email: jbi@adelaide.edu.au www.joannabriggs.org