



XVIII Convegno

I CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE E LA GESTIONE INTEGRATA DELLA DEMENZA

27-28 novembre 2025

Presentazione

IMPATTO DEL DETERIORAMENTO COGNITIVO E DEI FARMACI SULLE CADUTE DI PAZIENTI DEL CDCD

Dott.ssa **Chiara Castellana**
Psichiatra
CDCD DSS n°11

Introduzione



CADUTE

- Le **cadute nei soggetti anziani** sono considerate un **crescente problema di salute mondiale** e una importante causa di mortalità, istituzionalizzazione e morbidità (*Caroline M. Harris, Tatiana Lykina, 2022*) con conseguente **incremento dei costi sanitari**.
- Secondo i dati degli U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - 14 milioni di **cadute / anno** in soggetti di età ≥ 65 anni (30%);
 - 1/5 delle cadute over 65 anni conduce a **conseguenze gravi** quali fratture e traumi cranici;
 - 3/4 dei **decessi** a seguito di caduta accidentale si presenta in soggetti di età ≥ 65 anni.
- Secondo l'**ISS** In Italia nel 2002 il 28,6% dei soggetti di età ≥ 65 anni cade annualmente, il 43% più di una volta.

Introduzione



FATTORI DI RISCHIO DELLE CADUTE



Ageing Research Reviews

Volume 71, November 2021, 101452



Review

Risk factors for falls in older people with cognitive impairment living in the community: Systematic review and meta-analysis

Thanwarat Chantanachai ^{a b}, Daina L. Sturnieks ^{a b}, Stephen R. Lord ^{a c}, Narelle Payne ^a,
Lyndell Webster ^a, Morag E. Taylor ^{a d}  

[Show more](#) 

 Add to Mendeley  Share  Cite

<https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101452>

[Get rights and content](#) 

Highlights

- People with cognitive impairment have twice the incidence of falls than their cognitively healthy peers.
- In older people with cognitive impairment, fallers have balance deficits, poor mobility and depressive symptoms.
- Reduced executive functioning, slow processing speed, but not reduced global cognition, increased fall risk.
- Fall prevention interventions should target balance and mobility impairments.



JAMA

Risk Assessment and Prevention of Falls in Older Community-Dwelling Adults

A Review

Cathleen S. Colón-Emeric, MD, MHS^{1,2}; Cara L. McDermott, PhD, PharmD¹; Deborah S. Lee, MD³; [et al](#)

» [Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

Published Online: March 27, 2024

Abstract

Importance Falls are reported by more than 14 million US adults aged 65 years or older annually and can result in substantial morbidity, mortality, and health care expenditures.

Observations Falls result from age-related physiologic changes compounded by multiple intrinsic and extrinsic risk factors. Major modifiable risk factors among community-dwelling older adults include gait and balance disorders, orthostatic hypotension, sensory impairment, medications, and environmental hazards. Guidelines recommend that individuals who report a fall in the prior year, have concerns about falling, or have gait speed less than 0.8 to 1 m/s should receive fall prevention interventions. In a meta-analysis of 59 randomized clinical trials (RCTs) in average-risk to high-risk populations, exercise interventions to reduce falls were associated with 655 falls per 1000 patient-years in intervention groups vs 850 falls per 1000 patient-years in nonexercise control groups (rate ratio [RR] for falls, 0.77; 95% CI, 0.71-0.83; risk ratio for number of people who fall, 0.85; 95% CI, 0.81-0.89; risk difference, 7.2%; 95% CI, 5.2%-9.1%), with most trials assessing balance and functional exercises. In a meta-analysis of 43 RCTs of interventions that systematically assessed and addressed multiple risk factors among individuals at high risk, multifactorial interventions were associated with 1784 falls per 1000 patient-years in intervention groups vs 2317 falls per 1000 patient-years in control groups (RR, 0.77; 95% CI, 0.67-0.87) without a significant difference in the number of individuals who fell. Other interventions associated with decreased falls in meta-analysis of RCTs and quasi-randomized trials include surgery to remove cataracts (8 studies with 1834 patients; risk ratio [RR], 0.68; 95% CI, 0.48-0.96), multicomponent podiatry interventions (3 studies with 1358 patients; RR, 0.77; 95% CI, 0.61-0.99), and environmental modifications for individuals at high risk (12 studies with 5293 patients; RR, 0.74; 95% CI, 0.61-0.91). Meta-analysis of RCTs of programs to stop medications associated with falls have not found a significant reduction, although deprescribing is a component of many successful multifactorial interventions.

Intrinsic Risk Factors for Falls in Older Adults by Odds Ratio (OR) Category

Major (OR >2)

- Peripheral neuropathy
- Parkinson disease
- Cognitive impairment
- Stroke
- Gait abnormality
- Vertigo/dizziness

Moderate (OR 1.5–2.0)

- Arthritis
- Frailty (unintentional weight loss, self-reported exhaustion, muscle weakness, slow walking speed, low physical activity)
- Orthostatic hypotension
- Urinary incontinence
- Visual impairment
- Hearing impairment
- Pain

Minor (OR <1.5)

- Diabetes
- Heart disease
- Low BMI (≤ 18.5)
- High BMI (≥ 37)

Introduzione



FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

- **Ambiente:** illuminazione scarsa, pavimenti scivolosi o bagnati, tappeti volanti, scale non protette, assenza di corrimano e disordine generale.
- **Farmaci:** alcuni farmaci, come le benzodiazepine...
- **Salute:** ipertensione arteriosa, colesterolo elevati, diabete e problemi di vista.
- **Stile di vita:** inattività fisica, cattiva alimentazione e sovrappeso/obesità.
- **Malattie acute:** infezioni e altre malattie acute possono compromettere l'equilibrio e la mobilità.
- **Paura di cadere:** la paura di cadere può portare a una riduzione dell'attività fisica e immobilità, aumentando il rischio di altre complicanze.



FATTORI DI RISCHIO IMMODIFICABILI

- **Età avanzata:** diminuzione di riflessi, equilibrio e forza muscolare.
- **Anamnesi:** storia di precedenti cadute è un forte indicatore di rischio futuro.
- **Patologie croniche:** malattie croniche cardiovascolari, polmonari, neurodegenerative, cerebrovascolari, artrite, osteoporosi e depressione.
- **Sesso:** le donne hanno un rischio più elevato di fratture dovute a cadute, in parte a causa della minore densità ossea (osteoporosi).
- **Condizioni fisiche:** debolezza muscolare, alterazioni della deambulazione e della postura sono fattori imm modificabili che aumentano il rischio.



CADUTE E FARMACI PSICOTROPI

- I **fattori di rischio** per le cadute si distinguono in **intrinseci** ed **estrinseci**.

Deterioramento cognitivo e farmaci psicotropi

- Un **disturbo neurocognitivo** come la demenza è uno dei maggiori fattori di **rischio intrinseco** per le cadute, non modificabili (*Chatleen S. Colon-Emeric et al., 2024*).
- Ci sono forti evidenze che dimostrano che l'**uso di farmaci psicotropi** costituisce un fattore di rischio indipendente in soggetti cognitivamente sani (*The Groot et al., 2013, Seppala et al., 2018*) e il più comune fattore di **rischio estrinseco** modificabile, per le cadute (*Chatleen S. Colon-Emeric et al. 2024*).
- La gran parte degli studi che indaga l'associazione tra uso di farmaci psicotropi e cadute è limitata a **setting di cura residenziali** (*Sterke et al. 2012*).



INFORMAZIONI

- **Tipologia:** studio osservazionale retrospettivo
- **Dati:** 116 pazienti ambulatoriali anziani, domiciliati presso la propria abitazione, afferenti al CDCD di Mola di Bari
- **Tempo di osservazione:** 12 mesi



OGGETTO DI STUDIO

- **Deterioramento cognitivo/ demenza** (fattori intrinseci)
- **BPSD in trattamento psicofarmacologico** (fattori estrinseci)
- **Tassi di cadute**
- **Tassi di cadute gravi**
- Presenza di associazioni tra l'uso di **farmaci psicotropi, farmaci antidemenza** e le **cadute**
- Presenza di associazioni tra **livelli di autonomia** e le **cadute**
- Presenza di associazioni tra **gravità MMSE** e **cadute**



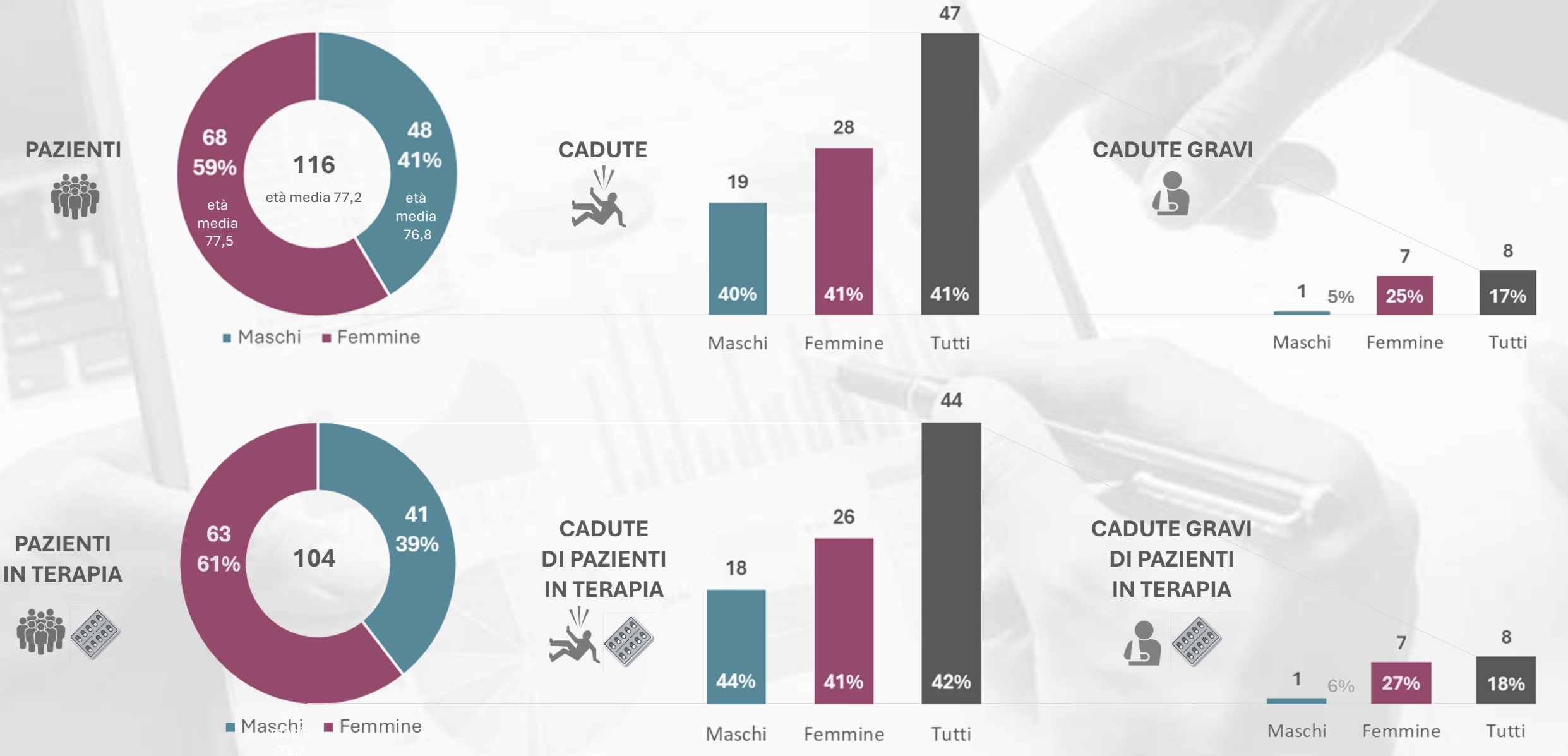
METODOLOGIA DELLO STUDIO

- Le informazioni cliniche sono state raccolte da cartelle cliniche elettroniche, interviste telefoniche e caregiver. Tutti i pazienti hanno eseguito:
 - **valutazione psichiatrica e valutazioni psicometriche** (MMSE, ADL, IADL, CDT, GDS, CDR, NPI);
 - **valutazione infermieristica**;
 - **indagini strumentali**: RMN/TC encefalo, visita cardiologica, ECG, esami ematochimici;
 - **da 1 a 4 visite** durante l'**anno** di osservazione (inclusi accessi urgenti).
- Alcuni pazienti hanno inoltre effettuato:
 - **Valutazioni neurologiche o geriatriche** aggiuntive
 - **Supporto ai care-givers**
 - **Interventi psicoeducativi**
 - **Test specifici per tipo di demenza** (e.g. FAB, PET amyloide o PET glucosio)



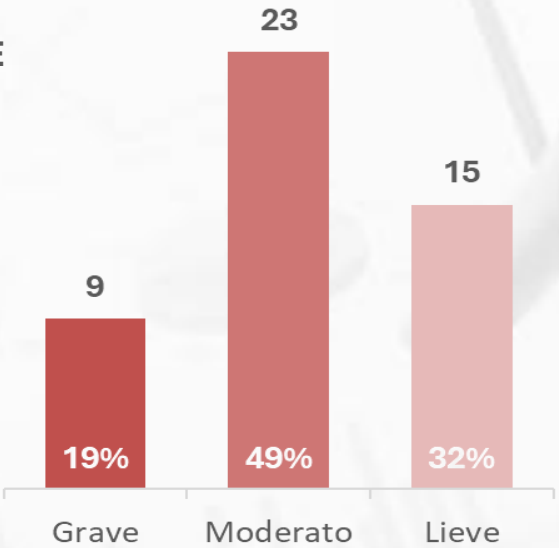
GESTIONE E ANALISI DEI DATI

- **Excel** utilizzato per raccolta e classificazione dei dati
- Strumenti di intelligenza artificiale (*ChatGPT-5*) impiegati per:
 - **estrazione** da cartelle cliniche anonimizzate;
 - **normalizzazione** dei dati;
 - **analisi statistica** preliminare.
- È stata effettuata un'analisi avanzata che ha esplorato le **correlazioni** tra:
 - **età**,
 - **sex**,
 - **presenza e gravità delle cadute**,
 - **gravità della malattia** (MMSE),
 - **autonomie funzionali** (ADL, IADL),
 - **tipo di terapia** (mista o singola).
- Sono stati applicati sia **metodi descrittivi** sia **test statistici formali** (Chi-quadrato, T-test, OR, RR).

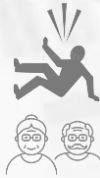
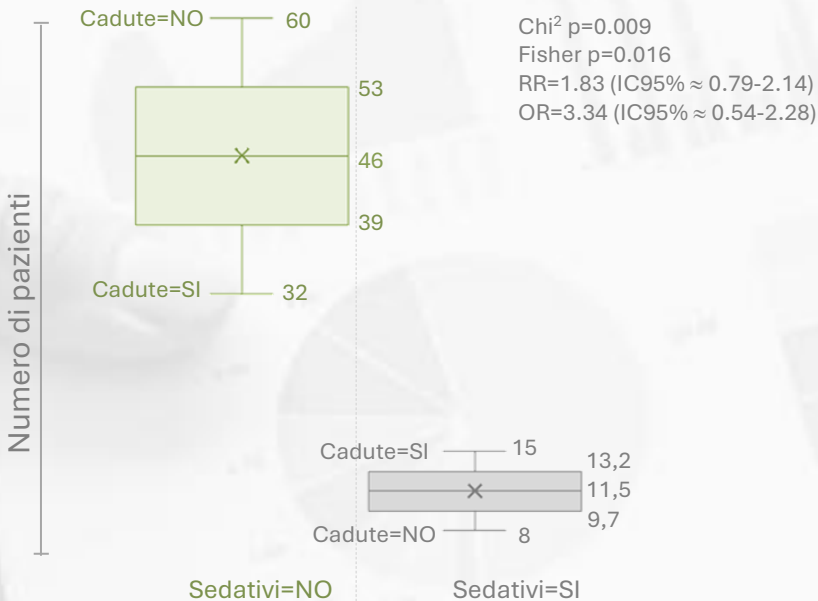




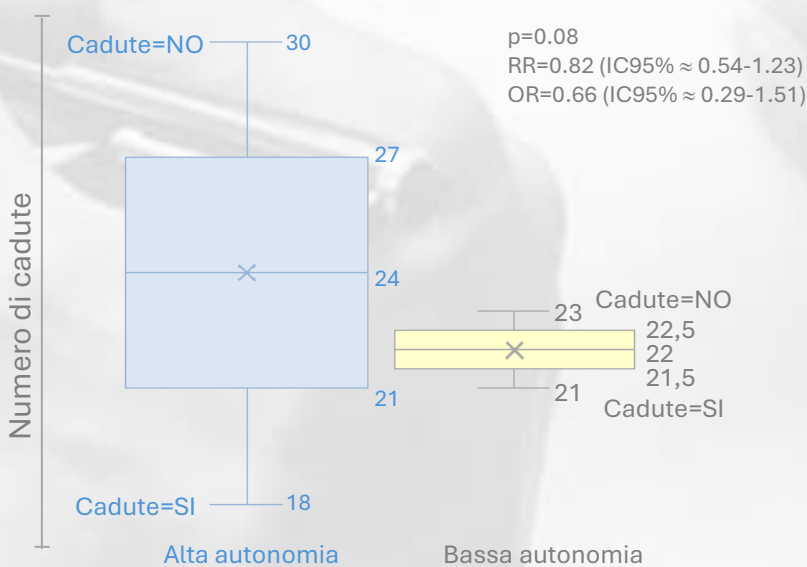
CADUTE IN BASE AL LIVELLO MMSE



ANALISI CADUTE E SEDATIVI



CADUTE PER ADL





- Rispetto ai dati di letteratura la coorte osservata registra un **minore tasso di cadute** (40,5%, 47/116, vs 60%) e un **minore grado di gravità** nelle cadute (17% vs 20%).
- Si intravede una tendenza più alta (p 0.170) nel **sexso femminile** rispetto al maschile a subire **esiti gravi nelle cadute**, sebbene non supportata statisticamente.
- Non emergono legami robusti tra **antipsicotici, antidepressivi, farmaci antidemenza e gravità delle cadute**.
- I dati delle prime analisi statistiche supportano **correlazioni statisticamente significative** tra l'uso di **sedativi** e le **cadute** (p 0.016, RR 1.83) ovvero i pazienti che li assumono hanno un rischio di circa 1.8 volte maggiore di cadere rispetto a chi non li assume. Tale associazione si conferma forte (p 0.03, OR 6.75, IC 95% 1.16-39.22) anche dopo correzione per variabili sociodemografiche (sexso, età) e funzionalità (ADL, IADL).
- L'autonomia funzionale sembra avere un ruolo protettivo (ADL p 0.08) sebbene non ancora significativo (p>0.05).
- Ci riserviamo di effettuare ulteriori analisi introducendo altri fattori di indagine e ampliando il campione statistico.



- Il minore tasso di cadute nella popolazione osservata ci fa riflettere sul possibile **ruolo protettivo** offerto da **altre variabili** quali, ad esempio la **apertura alle urgenze**, il **numero di visite psichiatriche/anno**, la **multidisciplinarietà**.



- La **causa** delle cadute può essere **multifattoriale** e richiedere valutazioni dello stato di salute ed interventi attraverso domini multipli.



- L'utilizzo di **valutazioni cliniche sistematiche** per l'individuazione e il controllo di **fattori di rischio modificabili** potrebbe ridurre il tasso delle cadute nella popolazione ad alto rischio.



- Per la **prevenzione delle cadute** nella popolazione a medio-alto rischio affetta da **deterioramento cognitivo** e **demenza**, i clinici dovrebbero considerare con **cautela** la **prescrizione di farmaci psicotropi**, soprattutto in presenza di **ridotta autonomia** (bassi punteggi ADL, IADL) e **monitorare nel tempo il rapporto effetti collaterali/benefici** (*Paula Santiago Martinez et al., 2023*).



- Ridurre le prescrizioni** è considerato un intervento multifattoriale efficace.



- Effettuare **esercizi funzionali mirati** può aiutare a migliorare l'equilibrio e la forza muscolare delle gambe (*Chatleen S. Colon-Emeric et al. 2024*).