

IL PAZIENTE ANZIANO: LA SFIDA DELLA COMPLESSITA'

I FARMACI E LA DEMENZA

Dott.ssa Sara Tironi

Medico Specialista in Geriatria

UO Medicina

ASST Bergamo EST – Ospedale Bolognini di Seriate

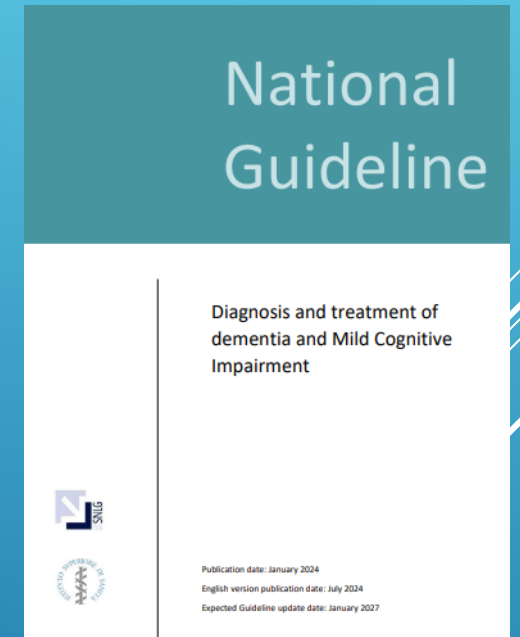
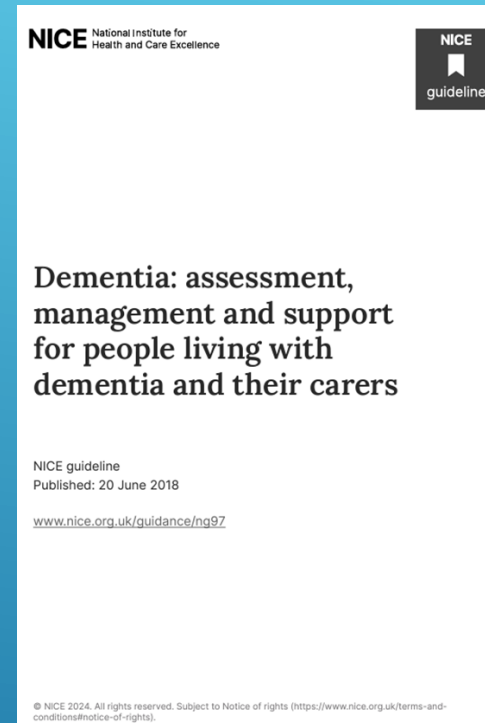
5 OTTOBRE 2024

La gestione del paziente anziano con demenza richiede un approccio integrato, considerando la complessità della polifarmacologia e la necessità di personalizzare le cure.



LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

- 1) Approccio Individualizzato
- 2) Screening delle Comorbidità
- 3) Gestione della Polifarmacologia
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi
- 7) Trattamento dei Disturbi del Sonno
- 8) Gestione del Dolore
- 9) Prevenzione delle Cadute

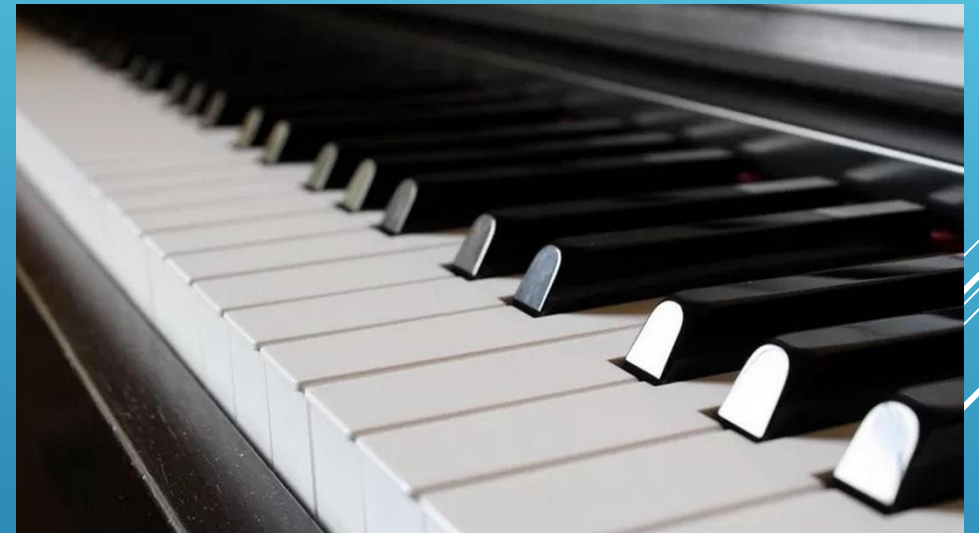


linee guida NICE e la revisione sistematica pubblicata su *Neurology and Therapy*

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

1) Approccio Individualizzato

- 2) Screening delle Comorbidità
- 3) Gestione della Polifarmacologia
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi
- 7) Trattamento dei Disturbi del Sonno
- 8) Gestione del Dolore
- 9) Prevenzione delle Cadute



1) APPROCCIO INDIVIDUALIZZATO

L'approccio individualizzato raccomandato dalle linee guida NICE per la gestione dei pazienti con demenza si basa sull'adattamento delle cure ai bisogni specifici di ogni persona, tenendo conto delle sue condizioni cliniche, delle preferenze personali e del contesto sociale e familiare. Questo approccio mira a migliorare la qualità della vita del paziente e a ottimizzare l'efficacia dei trattamenti attraverso una valutazione globale e una pianificazione delle cure altamente personalizzata.



LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

- 1) Approccio Individualizzato
- 2) Screening delle Comorbidità**
- 3) Gestione della Polifarmacologia
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi
- 7) Trattamento dei Disturbi del Sonno
- 8) Gestione del Dolore
- 9) Prevenzione delle Cadute



linee guida NICE e la revisione sistematica pubblicata su *Neurology and Therapy*

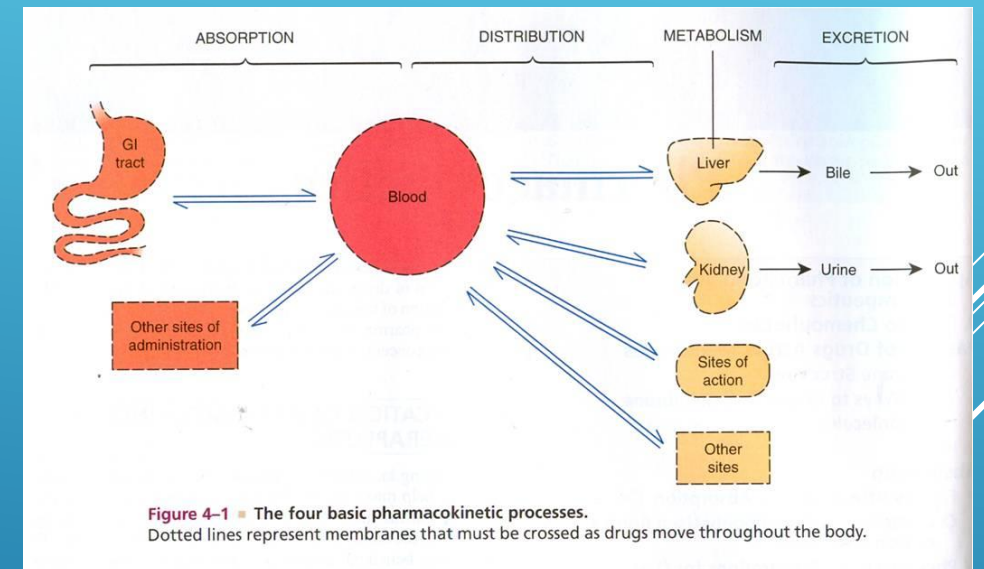
2) SCREENING DELLE COMORBILITA'

La gestione farmacologica nei pazienti anziani con demenza richiede un attento screening delle comorbidità, poiché queste possono influenzare sia la scelta dei farmaci che la loro efficacia e sicurezza. Le comorbidità comuni negli anziani con demenza includono malattie cardiovascolari, diabete, malattie renali, problemi respiratori e disturbi psichiatrici, ognuna delle quali può interagire negativamente con la terapia farmacologica. Un approccio sistematico al loro screening è essenziale per ottimizzare il trattamento e minimizzare i rischi.



2) SCREENING DELLE COMORBILITA': perché è importante

- 1) Impatto sulla Scelta dei Farmaci: La presenza di comorbidity come l'insufficienza renale o epatica può alterare il metabolismo e la clearance dei farmaci, aumentando il rischio di tossicità.
- 2) Interazioni Farmacologiche: I pazienti anziani spesso assumono più farmaci, il che aumenta il rischio di interazioni farmacologiche che possono compromettere l'efficacia dei trattamenti o causare effetti collaterali gravi.
- 3) Modifiche nella Risposta al Trattamento: Le comorbidity possono alterare la risposta del paziente ai farmaci per la demenza.



"A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Alzheimer's Disease and Strategies for Future Advancements" Autori: Zhou, J., et al. Rivista: Neurology and Therapy (2022)

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

- 1) Approccio Individualizzato
- 2) Screening delle Comorbidità
- 3) Gestione della Polifarmacologia**
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi
- 7) Trattamento dei Disturbi del Sonno
- 8) Gestione del Dolore
- 9) Prevenzione delle Cadute



linee guida NICE e la revisione sistematica pubblicata su *Neurology and Therapy*

3) GESTIONE DELLA POLIFARMACOLOGIA

È fondamentale evitare il sovraccarico farmacologico. Le linee guida NICE suggeriscono di effettuare una revisione periodica dei farmaci, considerando la sospensione o la sostituzione dei farmaci non essenziali per ridurre il rischio di interazioni negative e effetti avversi



3) GESTIONE DELLA POLIFARMACOLOGIA



Le indicazioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) sulla polifarmacologia nel paziente anziano sottolineano l'importanza di un approccio prudente nella prescrizione di farmaci per prevenire le interazioni pericolose e ridurre il rischio di eventi avversi.

Ecco i punti chiave:

1. Prevalenza della Polifarmacologia: Il 98% degli anziani over 65 ha ricevuto almeno una prescrizione farmacologica nel 2019, con una media di tre dosi di medicinali al giorno. Un terzo degli anziani arriva a consumare dieci o più farmaci contemporaneamente.

2. Pericolose Associazioni Farmacologiche: Alcuni farmaci comunemente prescritti, se assunti insieme, possono aumentare significativamente il rischio di eventi avversi.

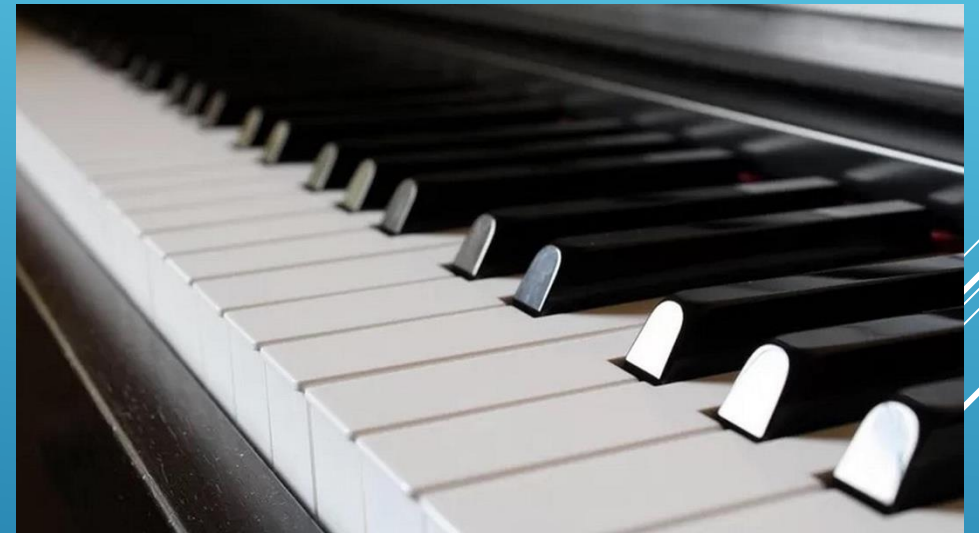
3. Uso Inappropriato nei Pazienti con Demenza: Nei pazienti anziani con demenza è spesso riscontrato l'uso inappropriato di alte dosi di farmaci psicotropi (antidepressivi, antipsicotici e antiepilettici) per il controllo dei disturbi comportamentali, nonostante questi possano peggiorare la funzione cognitiva e aumentare il rischio di cadute e mortalità.

4. Necessità di Revisione e Deprescrizione: AIFA sottolinea l'importanza di rivedere regolarmente la terapia farmacologica degli anziani per ridurre il numero di farmaci prescritti (deprescrizione) e migliorare la sicurezza e l'appropriatezza delle cure. La revisione terapeutica dovrebbe essere particolarmente attenta durante le dimissioni ospedaliere, per evitare polifarmacoterapia non necessaria.

5. Ruolo delle Residenze Sanitarie Assistenziali: Le RSA rappresentano un contesto critico per la gestione della polifarmacologia, con un uso elevato di farmaci psicotropi nonostante i rischi di eventi avversi gravi.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

- 1) Approccio Individualizzato
- 2) Screening delle Comorbidità
- 3) Gestione della Polifarmacologia
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP**
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi
- 7) Trattamento dei Disturbi del Sonno
- 8) Gestione del Dolore
- 9) Prevenzione delle Cadute



linee guida NICE e la revisione sistematica pubblicata su *Neurology and Therapy*

4) I CRITERI DI BEERS

I **criteri di Beers**, sviluppati dall'American Geriatrics Society, sono un insieme di linee guida che forniscono raccomandazioni sui farmaci potenzialmente inappropriati da usare negli anziani. I criteri sono pensati per migliorare la sicurezza delle terapie farmacologiche nei pazienti anziani, riducendo il rischio di effetti collaterali e interazioni farmacologiche. Questi criteri sono suddivisi in diverse categorie.



MARK HOWARD BEERS
April 24, 1954 – February 28, 2009
Geriatra statunitense

4) I CRITERI DI BEERS

> J Am Geriatr Soc. 2023 Jul;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372. Epub 2023 May 4.

American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults

By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel

PMID: 37139824 DOI: 10.1111/jgs.18372

- 1. Farmaci Potenzialmente Inappropriati per Tutti gli Anziani** quali anticolinergici (per il rischio di confusione, secchezza delle fauci e ritenzione d'urine), benzodiazepine (confusione, cadute) e antipsicotici (aumento del rischio di ictus e mortalità).
- 2. Farmaci Potenzialmente Inappropriati in Specifiche Condizioni** quali lo scompenso cardiaco (evitare FANS), demenza (anticolinergici, benzodiazepine), ulcere gastriche (FANS e corticosteroidi).
- 3. Farmaci da Usare con Cautela** quali gli Antipsicotici e antidepressivi triciclici (per il rischio di ipotensione ortostatica) e gli Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) nei pazienti con storia di iponatremia.
- 4. Farmaci da Evitare in Combinazione** quali gli Anticoagulanti e farmaci che aumentano il rischio di sanguinamento, due o più farmaci che prolungano l'intervallo QT.
- 5. Farmaci con Dosaggio Ridotto o Intervalli di Somministrazione Maggiori** quali la digossina e gli oppioidi.

4) I CRITERI START END STOPP



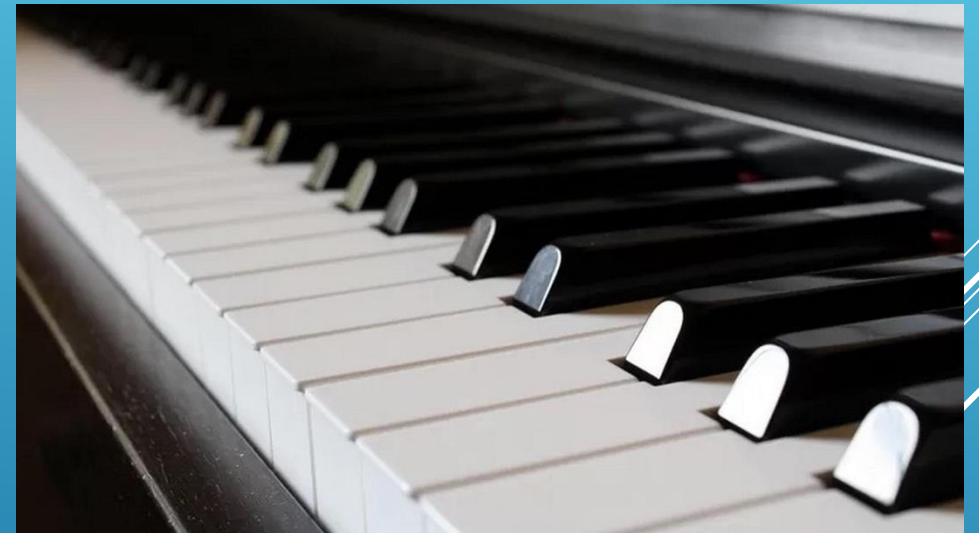
I criteri "START" (Screening Tool to Alert to Right Treatment) e "STOPP" (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) sono strumenti utilizzati per migliorare la gestione della terapia farmacologica negli anziani, riducendo il rischio di polifarmacologia inappropriata e ottimizzando le prescrizioni. Sono progettati per identificare rispettivamente le omissioni terapeutiche potenzialmente inappropriata (START) e le prescrizioni potenzialmente inappropriata (STOPP).

Criteri START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) I criteri START sono un elenco di farmaci e indicazioni terapeutiche che dovrebbero essere considerati nei pazienti anziani per garantire un trattamento adeguato. Gli obiettivi principali sono:
Individuare Omissioni Terapeutiche: Assicurarsi che i pazienti ricevano tutte le terapie necessarie per le loro condizioni cliniche.
Ottimizzare la Prescrizione: Garantire che i farmaci indicati per una determinata condizione siano effettivamente prescritti.

Criteri STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) I criteri STOPP sono progettati per identificare i farmaci che potrebbero essere potenzialmente inappropriati per i pazienti anziani. Gli obiettivi principali sono:
Ridurre la Prescrizione Inappropriata: Identificare farmaci che potrebbero causare più danni che benefici nei pazienti anziani.
Prevenire Interazioni Pericolose: Evitare combinazioni di farmaci che possono aumentare il rischio di interazioni negative.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

- 1) Approccio Individualizzato
- 2) Screening delle Comorbidità
- 3) Gestione della Polifarmacologia
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi**
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi
- 7) Trattamento dei Disturbi del Sonno
- 8) Gestione del Dolore
- 9) Prevenzione delle Cadute



linee guida NICE e la revisione sistematica pubblicata su *Neurology and Therapy*

5) TERAPIA PER I SINTOMI COGNITIVI

Gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (donepezil, rivastigmina e galantamina) sono raccomandati per i pazienti con demenza di tipo Alzheimer lieve o moderata. La memantina è consigliata per i casi da moderati a gravi, specialmente quando i pazienti non tollerano gli inibitori dell'acetilcolinesterasi o in combinazione con questi farmaci.



5) TERAPIA PER I SINTOMI COGNITIVI

Gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (ACHEI) come donepezil, rivastigmina e galantamina sono utilizzati nel trattamento della demenza di Alzheimer lieve e moderata. Tuttavia, l'uso di questi farmaci può essere controindicato in determinate condizioni a causa dei loro effetti collaterali e delle interazioni farmacologiche.

Ecco le principali controindicazioni:

- 1. Bradicardia o Disturbi della Conduzione Cardiaca**
- 2. Asma e Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) Grave**
- 3. Ulcera Peptica Attiva**
- 4. Epilessia o Storia di Convulsioni**
- 5. Ipertrofia Prostatica e Disturbi Uretrali**
- 6. Insufficienza Epatica o Renale Grave**
- 7. Disturbi Neurologici Gravi**
- 8. Stati di Grave Fragilità o Cattivo Stato Nutrizionale**
- 9. Reazioni Avverse ai Componenti**
- 10. Interazioni Farmacologiche**

•Cautela è necessaria quando gli ACHEI sono utilizzati in combinazione con farmaci che influenzano il sistema colinergico, come gli anticolinergici, che potrebbero ridurre l'efficacia degli ACHEI, o con altri farmaci che prolungano l'intervallo QT, aumentando il rischio di aritmie.

5) TERAPIA PER I SINTOMI COGNITIVI

La memantina è un farmaco utilizzato per il trattamento della demenza moderata-grave di tipo Alzheimer. Agisce come antagonista del recettore NMDA, modulando l'attività glutamatergica. Nonostante il suo profilo di sicurezza relativamente favorevole, esistono alcune controindicazioni e precauzioni da considerare.

Controindicazioni Assolute

1. **ipersensibilità alla Memantina o ai suoi Componenti:**
2. **Grave Insufficienza Renale (Clearance della Creatinina < 10 ml/min):**

Controindicazioni Relative e Precauzioni d'Uso

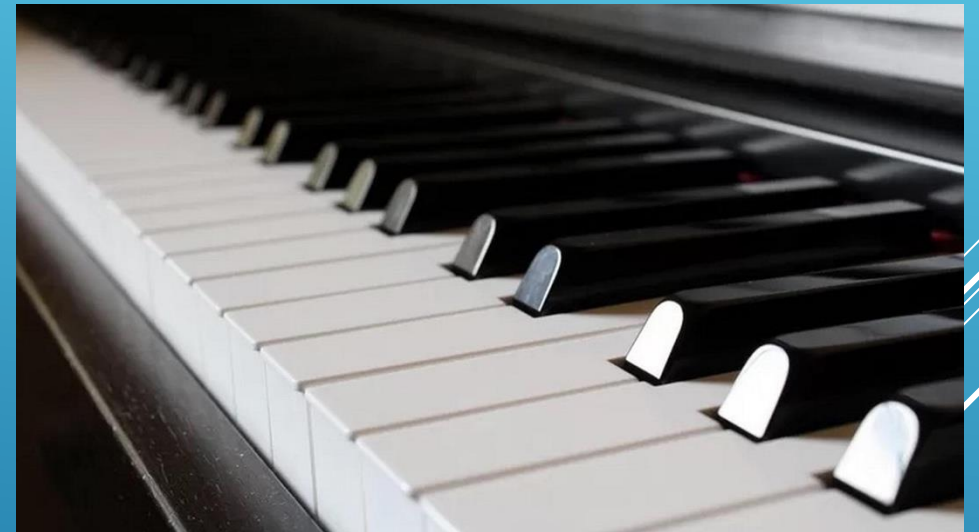
1. **Epilessia o Storia di Convulsioni:**
2. **Insufficienza Epatica Grave:**
3. **Disturbi Cardiaci Gravi:**
4. **Alcalosi Tubulare Renale o Infezioni Urinarie Gravi:**
5. **Uso Concomitante di Altri Farmaci che Agiscono sul Sistema Nervoso Centrale:**
6. **Assunzione di Alcalinizzanti Urinari:**

Effetti Collaterali e Reazioni Avverse

- **Sonnolenza e Vertigini:** Possono compromettere la capacità di guidare o utilizzare macchinari.
- **Allucinazioni e Confusione:** In alcuni pazienti, soprattutto nelle prime fasi del trattamento, possono verificarsi allucinazioni, agitazione e confusione.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

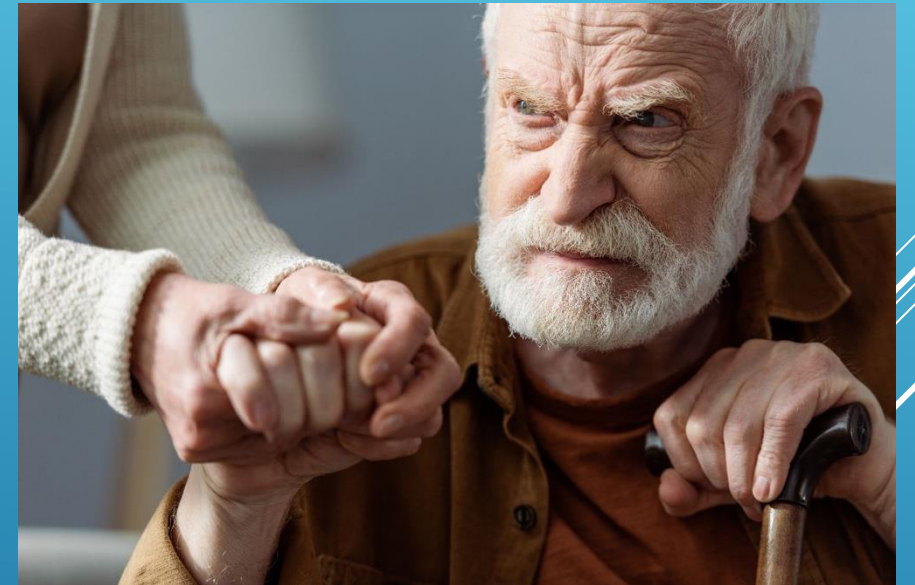
- 1) Approccio Individualizzato
- 2) Screening delle Comorbidità
- 3) Gestione della Polifarmacologia
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi**
- 7) Trattamento dei Disturbi del Sonno
- 8) Gestione del Dolore
- 9) Prevenzione delle Cadute



linee guida NICE e la revisione sistematica pubblicata su *Neurology and Therapy*

6) GESTIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI E PSICOSI

Le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del 2023 per la diagnosi e il trattamento della demenza e del Mild Cognitive Impairment (MCI) forniscono raccomandazioni dettagliate per la gestione dei disturbi comportamentali nei pazienti con demenza. Questi disturbi, noti come sintomi psicologici e comportamentali della demenza (BPSD), includono agitazione, aggressività, depressione, ansia, deliri e allucinazioni, e rappresentano una sfida significativa sia per i pazienti che per i loro caregiver.



6) GESTIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI E PSICOSI

1. Interventi Non Farmacologici di Prima Linea:

1. Le linee guida raccomandano di utilizzare interventi non farmacologici come prima linea di trattamento. Questi includono:
 - 1. Terapia Cognitiva:** Per migliorare l'orientamento e la memoria.
 - 2. Terapia Occupazionale:** Per mantenere il paziente attivo e coinvolto in attività significative.
 - 3. Supporto Psicosociale:** Per aiutare a ridurre l'ansia e migliorare il benessere emotivo.
2. Questi interventi dovrebbero essere personalizzati in base alle preferenze e alle capacità residue del paziente.

2. Uso Prudente di Farmaci Psicotropi:

1. Gli antipsicotici dovrebbero essere utilizzati solo se i sintomi comportamentali sono gravi e non rispondono agli interventi non farmacologici. L'uso di antipsicotici è associato a un aumento del rischio di eventi avversi, come ictus e mortalità, quindi devono essere somministrati alla dose minima efficace e per il tempo più breve possibile.
2. Gli antidepressivi possono essere considerati nei casi di depressione clinicamente significativa, ma è fondamentale monitorare attentamente il paziente per effetti collaterali come l'ipoattività o la confusione.

6) GESTIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI E PSICOSI

La clusterizzazione dei disturbi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) è un approccio utilizzato per classificare i sintomi in gruppi omogenei, al fine di facilitare la diagnosi e il trattamento. La letteratura internazionale ha identificato diverse categorie principali di BPSD che raggruppano i sintomi in modo da permettere una gestione clinica più efficace. Questi gruppi o cluster sono definiti sulla base della loro manifestazione clinica e delle caratteristiche comportamentali comuni.



6) GESTIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI E PSICOSI

Cluster Principali dei Disturbi Comportamentali

1.Cluster Affettivo: Include sintomi come depressione, ansia e apatia.

2.Cluster Psicopatologico: Comprende deliri e allucinazioni.

3.Cluster dell'Agitazione e Aggressività: Include comportamenti come aggressività verbale e fisica, agitazione e irrequietezza psicomotoria..

4.Cluster dell'Iperattività: Caratterizzato da comportamenti come vagabondaggio (wandering), ripetizione di azioni e chiamate frequenti per attenzione.

5.Cluster del Sonno e dell'Appetito: Include disturbi del ritmo sonno-veglia, come insonnia, inversione del ciclo sonno-veglia e alterazioni dell'appetito, come iperfagia o anoressia.

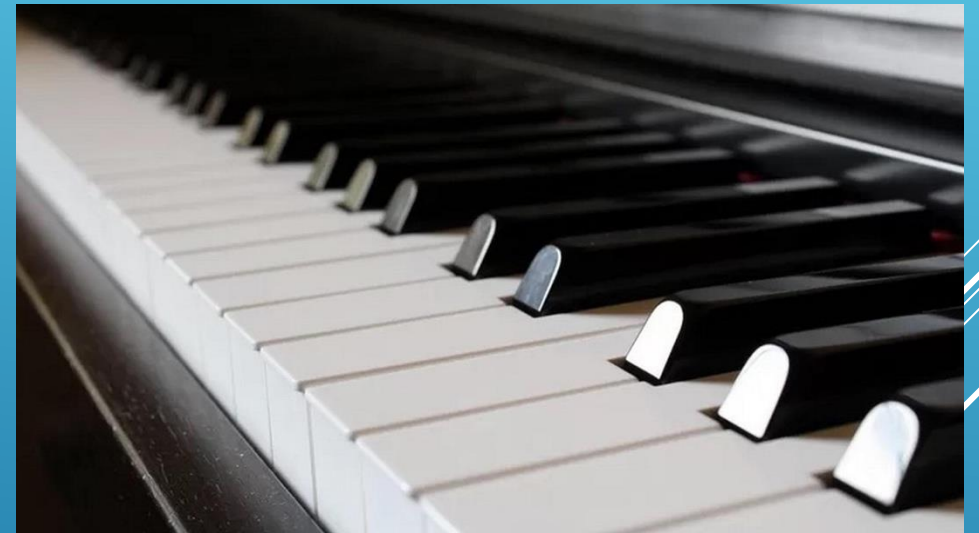
6) GESTIONE DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI E PSICOSI

La clusterizzazione dei BPSD consente di:

- **Personalizzare il Trattamento:** Identificare i cluster specifici permette di scegliere terapie farmacologiche e non farmacologiche mirate, migliorando la gestione dei sintomi.
- **Facilitare la Diagnosi Differenziale:** Alcuni cluster possono essere più indicativi di specifici tipi di demenza (ad esempio, la prevalenza di allucinazioni nella demenza a corpi di Lewy).
- **Monitorare l'Evoluzione dei Sintomi:** Identificare la progressione dei sintomi all'interno dei cluster aiuta a prevedere e prevenire complicanze future.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

- 1) Approccio Individualizzato
- 2) Screening delle Comorbidità
- 3) Gestione della Polifarmacologia
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi
- 7) *Trattamento dei Disturbi del Sonno***
- 8) Gestione del Dolore
- 9) Prevenzione delle Cadute



7) TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL SONNO

Il controllo dei disturbi del sonno nei pazienti con demenza è una sfida significativa, poiché questi sintomi possono peggiorare la qualità della vita sia del paziente che dei caregiver. La letteratura internazionale fornisce diverse raccomandazioni per la gestione dei disturbi del sonno, che includono approcci non farmacologici e farmacologici.



7) TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL SONNO

Quando gli interventi non farmacologici non sono sufficienti, si possono considerare opzioni farmacologiche, ma solo con cautela a causa del rischio di effetti collaterali nei pazienti anziani:

•**Melatonina:**

- È una delle prime opzioni farmacologiche considerate, poiché è relativamente sicura e può aiutare a regolare il ritmo sonno-veglia.

•**Ipnotici Non Benzodiazepinici:**

- Farmaci come zolpidem e zopiclone possono essere utilizzati con cautela per brevi periodi. Tuttavia, devono essere evitati o usati con estrema cautela nei pazienti anziani a causa del rischio di sedazione diurna, confusione e cadute.

•**Antidepressivi Sedativi:**

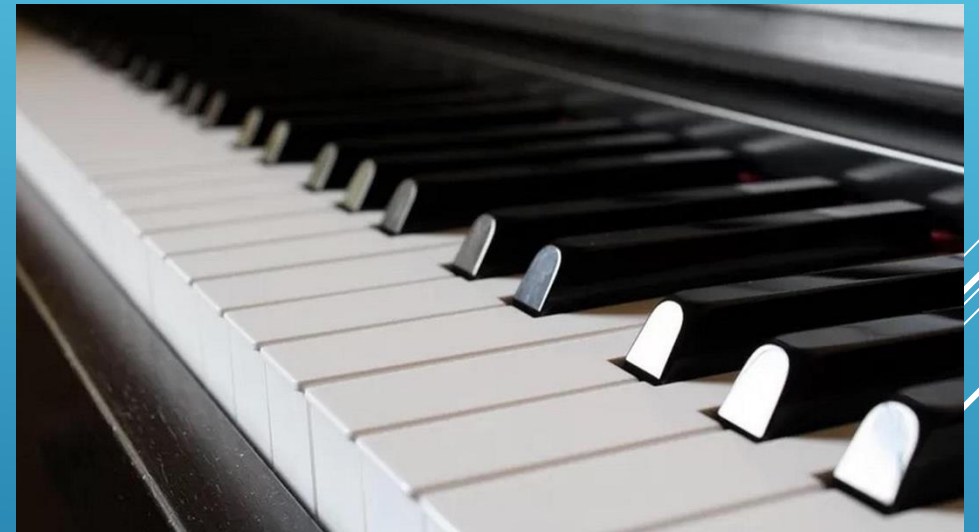
- La trazodone può essere considerata in alcuni casi per il suo effetto sedativo, ma bisogna monitorare attentamente il paziente per eventuali effetti collaterali.

•**Antipsicotici:**

- Gli antipsicotici come il quetiapina possono essere usati nei casi più gravi, ma solo per brevi periodi e con monitoraggio attento, poiché sono associati a un rischio aumentato di eventi avversi, come ictus e morte nei pazienti con demenza.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

- 1) Approccio Individualizzato
- 2) Screening delle Comorbidità
- 3) Gestione della Polifarmacologia
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi
- 7) Trattamento dei Disturbi del Sonno
- 8) Gestione del Dolore**
- 9) Prevenzione delle Cadute



8) GESTIONE DEL DOLORE

Il controllo farmacologico del dolore nei pazienti con demenza è complesso e richiede un approccio attentamente personalizzato, considerando la difficoltà di comunicazione dei sintomi e il rischio di effetti collaterali. Di seguito sono riportate le principali indicazioni dalla letteratura internazionale per la gestione del dolore in questa popolazione.



"WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in adults"

8) GESTIONE DEL DOLORE

Analgesici di Prima Linea

Paracetamolo: È generalmente raccomandato come prima linea per il trattamento del dolore lieve-moderato.

Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei (FANS): I FANS, come l'ibuprofene, sono efficaci per il dolore muscolo-scheletrico, ma il loro uso a lungo termine è limitato a causa del rischio di sanguinamento gastrointestinale, insufficienza renale e aumento del rischio cardiovascolare. L'uso di FANS dovrebbe essere limitato nel tempo e monitorato attentamente nei pazienti anziani

Opioidi: Gli oppioidi, come il tramadolo o la morfina a basse dosi, possono essere utilizzati per il dolore moderato-severo che non risponde ad altri trattamenti. Tuttavia, devono essere usati con estrema cautela a causa del rischio di sedazione, confusione, stitichezza e aumento del rischio di cadute. Gli oppioidi a lunga durata d'azione sono preferibili per evitare picchi di concentrazione e ridurre il rischio di effetti collaterali.

Anticonvulsivanti e Antidepressivi

I farmaci come la gabapentina o la pregabalina possono essere utilizzati per il dolore neuropatico, ma devono essere somministrati a basse dosi con un monitoraggio stretto per evitare effetti collaterali come vertigini o aumento del rischio di cadute.

Gli antidepressivi triciclici, come la nortriptilina, possono essere usati per il dolore neuropatico, ma il loro uso è limitato dai potenziali effetti anticolinergici che possono peggiorare i sintomi cognitivi.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE CON DEMENZA: alcune regole pratiche

- 1) Approccio Individualizzato
- 2) Screening delle Comorbidità
- 3) Gestione della Polifarmacologia
- 4) Criteri di Beers e START end STOPP
- 5) Terapia per i Sintomi Cognitivi
- 6) Gestione dei Disturbi Comportamentali e Psicosi
- 7) Trattamento dei Disturbi del Sonno
- 8) Gestione del Dolore
- 9) Prevenzione delle Cadute**



linee guida NICE e la revisione sistematica pubblicata su *Neurology and Therapy*

9) PREVENZIONE DELLE CADUTE

Ridurre l'uso di farmaci che influenzano l'equilibrio e la stabilità, e adottare misure preventive per ridurre il rischio di cadute, come valutazioni regolari della mobilità e dell'equilibrio. L'uso di farmaci nei pazienti anziani con demenza può aumentare significativamente il rischio di cadute, a causa di effetti collaterali come sedazione, ipotensione ortostatica, confusione e disturbi dell'equilibrio. Ecco un elenco dei farmaci più frequentemente associati a un aumento del rischio di cadute in questa popolazione:



9) PREVENZIONE DELLE CADUTE

- 1. Benzodiazepine:** Sedazione, ipotonia muscolare, rallentamento psicomotorio. Aumentano il rischio di cadute e fratture, soprattutto se utilizzati per periodi prolungati o in dosi elevate ([Oxford Academic](#))
- 2. Ipnotici Non-Benzodiazepinici** (es. Zolpidem). Sedazione notturna e confusione mattutina, con aumento del rischio di cadute, specialmente se usati in combinazione con altri depressori del sistema nervoso centrale ([Oxford Academic](#)).
- 3. Antipsicotici** (es. Risperidone, Olanzapina, Quetiapina). Ipotensione ortostatica, sedazione, alterazioni motorie. L'uso è associato a un aumento del rischio di cadute e fratture, oltre a complicazioni cardiovascolari e metaboliche ([SpringerLink](#))
- 4. Antidepressivi** (es. Amitriptilina (triciclici), Paroxetina (SSRI), Venlafaxina (SNRI)). I triciclici possono causare sedazione e ipotensione ortostatica, mentre alcuni SSRI e SNRI possono influenzare l'equilibrio e la coordinazione. Il rischio è particolarmente alto con i triciclici e gli antidepressivi sedativi ([SpringerLink](#)).
- 5. Anticonvulsivanti** (es. Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepina). Sedazione, vertigini, atassia. Sono utilizzati spesso per trattare il dolore neuropatico, ma devono essere usati con cautela a causa del rischio elevato di cadute ([SpringerLink](#)).
- 6. Farmaci Antiipertensivi** (es. Diuretici, beta-bloccanti, ACE-inibitori). L'ipotensione ortostatica è un problema comune con questi farmaci, specialmente nei pazienti anziani. Gli sbalzi pressori possono portare a capogiri e cadute ([Oxford Academic](#)).
- 7. Oppioidi** (es. Morfina, Ossicodone, Tramadolo). Sedazione, confusione, alterazioni dell'equilibrio. L'uso di oppioidi aumenta significativamente il rischio di cadute e fratture, soprattutto se combinato con altri farmaci sedativi ([SpringerLink](#))
- 8. Anticolinergici** (Oxybutynin, Tolterodina, alcuni antidepressivi triciclici). Confusione, secchezza delle fauci, ritenzione urinaria. Questi farmaci peggiorano la funzione cognitiva e possono aumentare il rischio di cadute ([Oxford Academic](#)).
- 9. Antidiabetici Orali** (es. Insulina, sulfoniluree (come glibenclamide)). Rischio di ipoglicemia, che può causare vertigini e perdita di coscienza, aumentando il rischio di cadute.
- 10. Diuretici** (es. Furosemide, Idroclorotiazide). L'uso di diuretici può portare a disidratazione e ipotensione ortostatica, aumentando il rischio di cadute. Questi farmaci devono essere utilizzati con estrema cautela nei pazienti anziani con demenza, considerando sempre un monitoraggio attento e un'eventuale riduzione o sospensione se il rischio di caduta supera i benefici attesi del trattamento.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

