



## Prevenzione delle cadute negli anziani: tra il dire e il fare ...

**Data** 03 agosto 2008  
**Categoria** scienze\_varie

Una revisione sistematica conclude che le prove a favore dell'efficacia dei programmi di intervento per ridurre le cadute negli anziani sono limitate. Secondo le linee guida molti sono gli interventi raccomandati, ma tra il dire e il fare...

Questa revisione sistematica si proponeva di analizzare l'efficacia di vari tipi di strategie (valutazione multifattoriale e programmi di intervento) per la prevenzione delle cadute negli anziani. Gli studi presi in esame erano di tipo randomizzato o quasi randomizzato. La ricerca in sei database elettronici ha ritrovato 19 studi, di qualità metodologica variabile. Il rischio di cadute durante il follow-up non differiva tra il gruppo trattato e il gruppo controllo (Risk Ratio combinato 0,91; IC95% 0,82-1,02), così come non differiva il rischio di lesioni associate alle cadute (Risk Ratio combinato 0,90; IC95% 0,68-1,20). Non sono state trovate differenze per quanto riguarda i ricoveri in ospedale, il ricorso al Pronto Soccorso, la morte o il ricovero in case di riposo.

L'analisi per sottogruppi non ha evidenziato differenze in diversi contesti, in popolazioni selezionate per elevato rischio di cadute o in popolazioni non selezionate, nè per quanto riguarda gli interventi espletati da team multidisciplinari che comprendevano un medico. Tuttavia gli interventi che prevedevano anche un trattamento attivo risultarono più efficaci di quelli nei quali erano previste solo informazioni e referral.

Gli autori concludono che le evidenze a favore dell'efficacia dei programmi di intervento per ridurre il numero di cadute negli anziani sono limitate.

### Fonte:

Gates S et al. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis  
BMJ 2008 Jan 19; 336: 130-133.

### Commento di Renato Rossi

Le cadute negli anziani sono associate ad elevata morbilità e mortalità. La conseguenza più temibile di una caduta è la fratture d'anca, gravata da una mortalità perioperatoria del 5% circa, che sale al 10%-30% e più nei 12 mesi seguenti. Secondo un documento elaborato dal Piano Nazionale Linee Guida si calcola che circa un terzo degli ultrasessantacinquenni rimane vittima di una caduta e il costo per i ricoveri ogni anno è di circa 400 milioni di euro.

Diventa quindi di importanza primaria da una parte valutare il rischio di cadere di un anziano e dall'altra mettere in atto efficaci misure di prevenzione. I principali fattori di rischio associati al rischio di caduta sono una caduta nell'anno precedente e le alterazioni dell'andatura e dell'equilibrio, tuttavia è importante valutare anche la presenza di terapie farmacologiche multiple, le alterazioni visive, la solitudine, l'ambiente domestico. Va sempre chiesto all'anziano se si sente abbastanza sicuro o se teme di cadere perchè quest'ultimo sintomo è una spia di incertezza della deambulazione e di instabilità a mantenere l'equilibrio, segni, come s'è visto, molto importanti quando si deve valutare il pericolo di caduta.

La prevenzione si avvale di interventi di tipo ambientale e di tipo più squisitamente medico.

Nell'ambiente in cui vive l'anziano si dovrebbe porre attenzione ad eliminare condizioni di rischio come le scale, i tappeti, gli ambienti mal illuminati, i pavimenti sdruciolevoli. Accorgimenti di questo tipo possono essere efficaci, tuttavia una revisione sistematica più recente ha portato a risultati più deludenti, almeno negli anziani istituzionalizzati. Gli autori di questa revisione concludono che vi sono alcune evidenze che interventi multifattoriali possono ridurre il numero di cadute in ospedale e che l'uso di protettori d'anca riduce le fratture dell'anca nei pazienti ricoverati in case di riposo, mentre le prove sono insufficienti per altri tipi di intervento, sia in ospedale che negli istituti per anziani.

Questi risultati sono sostanzialmente in linea con quelli della revisione sistematica recensita in questa pillola che mette in risalto come le prove a favore di vari interventi e programmi siano limitate.

Dal punto di vista puramente medico la prevenzione si basa sulla sospensione (se possibile) di eventuali farmaci che possono provocare ipotensione posturale, sulla correzione di deficit visivi (adeguamento delle lenti degli occhiali, correzione di una cataratta), sullo sfolgimento dei farmaci usati, sull'uso limitato di ipnotici e sedativi. In realtà la limitazione della prescrizione di benzodiazepine potrebbe non essere in grado di ridurre l'incidenza di fratture dell'anca, anche se sembra comunque del tutto ragionevole ricontrollare periodicamente la lista dei farmaci assunti e sospendere quelli non strettamente necessari. In effetti uno studio randomizzato e controllato del 1999 ha dimostrato che la sospensione graduale dei farmaci psicotropi può essere efficace.

Utile per ridurre le cadute e le fratture sembra essere anche la vitamina D. Secondo uno studio randomizzato più recente in anziani ambulatoriali supplementi di calcio e vitamina D riducono il rischio di cadute nelle donne (soprattutto in quelle che praticano poco esercizio fisico) ma non negli uomini. Programmi individualizzati di esercizio fisico per aumentare la forza muscolare e l'equilibrio del paziente potrebbero essere in grado di ridurre le cadute. Le Linee Guida del PNLG citano due studi randomizzati ed una revisione Cochrane secondo i quali l'esercizio fisico è in grado di diminuire l'incidenza di cadute, ma ricordano anche le linee guida NICE per le quali l'esercizio fisico, per essere utile,



deve associarsi ad interventi multidisciplinari.

La conclusione di questa breve rassegna non può però che essere abbastanza pessimista: anche se esistono prove di varia qualità che ci sono interventi in grado di ridurre il rischio di cadute negli anziani, basta una semplice scorsa alle raccomandazioni citate dal PNLG per rendersi conto di quanto lontana possa essere la realtà di tutti i giorni dai "desiderata" delle linee guida e di quanto poco possa fare da solo il medico curante senza l'appoggio di strutture, di operatori sociali e di un team multidisciplinare, che sono, alla resa dei conti, i veri punti deboli di tutta l'architettura, perchè spesso insufficienti per personale e mezzi.

## Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=3022>
2. Campbell AJ et al. Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged 75 with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ* 2005 Oct 8;331:817
3. Oliver D et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2007 Jan 13; 334:82
4. Wagner AK et al. Effect of New York State Regulatory Action on Benzodiazepine Prescribing and Hip Fracture Rates. *Ann Intern Med* 2007 Jan 16; 146:96-103
5. Bischoff-Ferrari HA et al. Effect of Vitamin D on Falls . A Meta-analysis. *JAMA* 2004 April 28; 291:1999-2006.
6. Bischoff-Ferrari HA et al. Fracture Prevention With Vitamin D Supplementation. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMA* 2005 May 11; 293:2257-2264
7. Bischoff-Ferrari HA et al. Effect of Cholecalciferol Plus Calcium on Falling in Ambulatory Older Men and Women. A 3-Year Randomized Controlled Trial . *Arch Intern Med.* 2006 Feb 27; 166:424-430.
8. Piano Nazionale Linee Guida. Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani. [http://www.pnlg.it/LG/018/LG\\_Inc.Dom-2007.pdf](http://www.pnlg.it/LG/018/LG_Inc.Dom-2007.pdf) (accesso del 20 gennaio 2008).
9. Campbell AJ et al. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomised, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 850-3.
10. Clemson L et al. The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1487-94.
11. Barnett A et al. Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2003; 32: 407-14.
12. Gillespie LD et al. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003.