

# Rischio di cadute e uso di farmaci: che cosa c'è da sapere

**Lara Perrella, Sara Mucherino, Valentina Orlando, Enrica Menditto**  
CIRFF, Centro di ricerca in Farmacoutilizzazione e Farmacoconomia, Università degli Studi di Napoli Federico II

**Concetta Rafaniello, Annalisa Capuano**  
Centro Regionale di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia Dipartimento di Medicina Sperimentale - Università della Campania "l. Vanvitelli"

**Alice Restelli, Luca Pasina**  
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

*Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse in relazione all'argomento trattato*

## Riassunto

Le cadute sono una delle principali cause di disabilità e ospedalizzazione negli anziani, con un'incidenza annuale del 30% in chi ha più di 65 anni d'età.

Tra i fattori di rischio, particolare attenzione è rivolta ai farmaci che aumentano il pericolo di caduta, come sedativi, antidepressivi, oppioidi e farmaci cardiovascolari. L'uso prolungato di questi farmaci, spesso necessario per gestire malattie croniche, può aumentare la fragilità e il rischio di cadute.

Studi recenti dimostrano che una sospensione mirata di questi farmaci può ridurre significativamente tali rischi, ma solo se basata su una valutazione attenta e multidisciplinare del malato anziano. È quindi fondamentale promuovere la revisione periodica delle terapie che la persona sta assumendo, l'adozione di protocolli di deprescrizione sicuri e l'integrazione di queste strategie nelle politiche sanitarie.

## Gennaio 2026

© 2026 COSIsiFA

*Questo documento è stato prodotto nell'ambito del progetto COSIsiFA (Cittadini e Operatori Sanitari sempre in-formati sul FARMaco) finanziato con i fondi regionali di farmacovigilanza gestiti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Le informazioni e le opinioni contenute in questo documento sono quelle degli autori e non riflettono necessariamente l'opinione ufficiale dell'AIFA. L'AIFA non garantisce l'accuratezza dei dati inclusi in questo documento e declina ogni responsabilità per l'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui contenute.*

---

## Introduzione

Le cadute sono una delle principali cause di lesioni, disabilità e ospedalizzazione nella popolazione più anziana. Si stima che circa il 30% delle persone sopra i 65 anni d'età cada almeno una volta all'anno e che in una percentuale significativa di casi le conseguenze siano gravi: ospedalizzazioni per fratture o lesioni, riduzione della qualità della vita e perdita dell'autonomia.<sup>1</sup>

Individuare e correggere i fattori di rischio è essenziale per ridurre significativamente l'eventualità di una caduta, specie nelle persone anziane, che più spesso sono esposte al fenomeno a causa dei cambiamenti sensoriali, fisiologici e cognitivi associati all'invecchiamento, nonché alla presenza di malattie croniche e all'utilizzo di medicinali per la loro cura. In particolare, con il tempo si è scoperto come alcune classi di farmaci siano maggiormente associate al rischio di caduta. Queste sono state racchiuse sotto l'acronimo inglese di FRIDs (*Fall-Risk Increasing Drugs*, in italiano *"farmaci che aumentano il rischio di caduta"*). Un ruolo di particolare rilievo è svolto da alcuni farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale e sul sistema cardiovascolare, i quali possono indurre ipotensione arteriosa o alterazioni dell'equilibrio. Per elaborare strategie preventive efficaci e migliorare la qualità e la sicurezza delle cure per le persone anziane è quindi fondamentale comprendere il nesso tra l'uso dei farmaci e il rischio di cadute.

## I dati

Il fenomeno delle cadute nelle persone anziane incide sia sulla salute individuale sia sul sistema sanitario: secondo dati europei, circa il 20-30% delle cadute nelle persone oltre i 65 anni d'età comporta lesioni gravi, come fratture o traumi, le quali spesso portano a un ricovero ospedaliero o a un'assistenza a lungo termine per perdita dell'autonomia.<sup>2</sup>

Oltre alle conseguenze individuali per la salute della persona anziana e per la qualità della vita, la spesa relativa ai ricoveri in ospedale e all'assistenza a lungo termine ha un forte impatto sul sistema sanitario, con un costo che è destinato a crescere. Solo sul territorio statunitense la spesa sanitaria relativa a cadute fatali e non fatali per l'anno 2013 è stata stimata intorno ai 38 miliardi di dollari e nel 2015 intorno ai 50 miliardi di dollari, il 99% dei quali attribuibile all'assistenza sanitaria per le cadute non fatali. Questi dati sottolineano l'esigenza di un intervento strutturato per arginare questo problema di sanità pubblica.<sup>3</sup>

Il rischio di caduta aumenta con l'età, con la presenza di malattie croniche (a volte più d'una nella stessa persona) e con l'uso contemporaneo di più farmaci (polifarmacoterapia), spesso inevitabile nella gestione di questi malati. Tra i farmaci, i principali responsabili sono i sedativi, gli antidepressivi, gli antipsicotici, che spesso favoriscono la comparsa di vertigini, capogiri e perdita dell'equilibrio, oppure i farmaci attivi sull'apparato cardiocircolatorio, che possono causare un abbassamento improvviso della pressione sanguigna quando ci si alza da sdraiati o da seduti (ipotensione ortostatica), che causa un ridotto afflusso di sangue al cervello e un conseguente svenimento. L'impiego di questi farmaci è molto diffuso nella popolazione, soprattutto nelle persone anziane, per trattare malattie croniche.

Analizzando nell'ultimo decennio il consumo dei farmaci che aumentano il rischio di caduta in Italia, si registra un dato costante relativo ai medicinali usati per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, assunti da più dell'80% delle persone oltre i 75 anni d'età, con una spesa di circa 2 miliardi di euro. Inoltre, secondo i dati OsMed del 2024, i farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale hanno generato una spesa pubblica significativa, superiore ai 2 miliardi di euro, pari al 7,7% del totale della spesa farmaceutica italiana.<sup>4</sup>

Si stima che la tendenza sia destinata a crescere nei prossimi anni parallelamente al continuo aumento della popolazione anziana.

## La questione

Con l'invecchiamento si verifica inevitabilmente un aumento dei fattori di rischio naturali che concorrono a facilitare una caduta e le sue conseguenze (fratture): fragilità ossea, problemi di deambulazione o inattività fisica, problemi di equilibrio talvolta legati a cambiamenti sensoriali come perdita della vista o dell'udito, deficit cognitivi, a cui si aggiunge la presenza di malattie croniche e il conseguente consumo di farmaci. A questi si aggiungono i fattori ambientali, come ostacoli, scale, una scarsa illuminazione in una stanza, la presenza di tappeti eccetera, che incrementano significativamente la possibilità di cadere. Purtroppo è impossibile intervenire su molti di questi aspetti, si può però agire sui fattori modificabili, tra cui il consumo di farmaci in generale e soprattutto dei farmaci che aumentano il rischio di caduta.

Clinici e ricercatori si interrogano: la sospensione selettiva di farmaci che aumentano il rischio di caduta è un intervento efficace per ridurre il rischio di cadute? E, soprattutto, in quali condizioni tale intervento è sicuro e appropriato?

Vediamo anzitutto quali sono i farmaci che aumentano il rischio di cadute, che sono così suddivisibili:

- **Farmaci ad azione sul sistema nervoso centrale:** antipsicotici, antidepressivi, ipnotico-sedativi, ansiolitici, oppioidi e anti Parkinson. Sono tutti accomunati da effetti collaterali quali vertigini, capogiri, sonnolenza, visione offuscata, alterazione del controllo posturale o instabilità che favoriscono il rischio di cadute.
- **Farmaci ad azione sul sistema cardiovascolare:** vasodilatatori, diuretici, calcioantagonisti, betabloccanti, agenti attivi sul sistema renina-angiotensina e antagonisti dei recettori alfa-adrenergici impiegati nell'ipertrofia della prostata. L'effetto collaterale comune è l'ipotensione ortostatica, che favorisce il rischio di cadute.

Questi farmaci sono spesso indispensabili per la gestione di malattie croniche ed è proprio il loro uso prolungato ad aumentare il rischio di cadute. Si può però fare una gestione più attenta e personalizzata delle terapie. A tal fine è necessaria una visione integrata, che consideri il quadro generale e non le singole malattie, oltre a un monitoraggio costante che valuti il bilancio rischio-beneficio nel percorso terapeutico e tenga conto del grado di fragilità della persona, procedendo con un'attenta revisione terapeutica per valutare la possibilità di ridurre o sospendere alcuni di questi farmaci, decisione che deve comunque essere sempre presa dal medico.

## Dalla letteratura

Diversi studi hanno confermato un'associazione importante tra farmaci e cadute, soprattutto negli anziani, e alcuni studi suggeriscono un dimezzamento del rischio nelle persone che interrompono le terapie a rischio.<sup>5-6</sup> Ci sono inoltre prove scientifiche che dimostrano che il rischio di cadute cresce parallelamente all'incremento della dose di farmaco e al numero di farmaci assunti che aumentano il rischio di caduta, come benzodiazepine e oppioidi.<sup>7</sup>

Uno studio francese ha inoltre stimato che il 20% dei ricoveri nelle persone oltre i 75 anni d'età avviene a seguito di una caduta, e che ben due terzi di queste cadute è correlato all'uso di farmaci. Un'analisi più approfondita sui farmaci usati ha riscontrato che il 41% dei pazienti era in cura con trattamenti incoerenti o inappropriati e quindi esposto inutilmente al rischio di caduta, in particolare in caso di prescrizione di diuretici, betabloccanti, antidepressivi e benzodiazepine.<sup>8</sup>

Infine, anche dopo una caduta con frattura, molte persone anziane continuano a prendere farmaci a rischio, in particolare antidepressivi e sedativo/ipnotici senza che ci sia un intervento mirato da parte del medico al riguardo. Ciò evidenzia quanto sia importante una maggiore attenzione nella gestione del rischio di caduta e dei farmaci associati anche dopo la dimissione dall'ospedale.<sup>9</sup>

## Ricadute pratiche

I dati disponibili suggeriscono che la sospensione mirata dei farmaci che aumentano il rischio di caduta, quando clinicamente appropriata, sia una strategia preventiva efficace. Tuttavia, la decisione deve essere sempre preceduta da una valutazione geriatrica multidimensionale, parte di un approccio multidisciplinare, in un bilancio dei benefici terapeutici del farmaco soppesati con il rischio di eventi avversi come le cadute. Questo approccio è stato rapidamente accolto dal mondo scientifico tramite la pubblicazione di una linea guida internazionale, la *World Guidelines for Fall Prevention and Management for older adults* (Linee guida mondiali per la prevenzione delle cadute e la gestione nelle persone anziane), che indica gli aspetti cardine sui quali agire e le modalità d'azione.<sup>10</sup> Riguardo al consumo di farmaci, nel processo di prevenzione dalle cadute è, anzitutto, fondamentale svolgere un'attenta valutazione prima di prescrivere farmaci che aumentano il rischio di caduta, una volta che siano già presenti tra quelli prescritti occorre invece attuare processi di deprescrizione, quando possibile.

In sintesi, è raccomandabile:

- effettuare revisioni periodiche della terapia nelle persone anziane
- sospendere l'uso dei farmaci a rischio di caduta quando non ci sia un'indicazione terapeutica chiara o quando l'uso sia stato protratto ingiustificatamente nel tempo
- ridurre l'uso cronico di sedativi e antidepressivi laddove non più indicato, promuovendo, quando possibile, interventi di tipo non farmacologico (supporto psicologico)
- considerare il rischio di ipotensione ortostatica nella prescrizione di farmaci cardiovascolari
- promuovere l'adozione di protocolli di deprescrizione sicuri e graduati
- formare i professionisti sanitari sull'impatto clinico dei farmaci che aumentano il rischio di caduta.

Le politiche sanitarie nazionali, regionali e locali dovrebbero sostenere questi approcci, integrandoli nei percorsi di cura geriatrica e nei piani di prevenzione delle cadute. Sono inoltre auspicabili ulteriori studi per consolidare le linee guida e sostenere la personalizzazione degli interventi farmacologici.

---

## Bibliografia

1. World Health Organization (WHO). Falls Fact Sheet – April 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Bergen G, Stevens M, et al. Falls and fall injuries among adults aged ≥65 years - United States, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016; DOI:10.15585/mmwr.mm6537a2.
3. Florence C, Bergen G, et al. Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. J Am Geriatr Soc 2018; DOI:10.1111/jgs.15304.
4. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Rapporto OsMed 2024. "L'uso dei Farmaci in Italia". [https://www.aifa.gov.it/documents/20142/3159201/AIFA\\_Rapporto\\_OsMed\\_2024.pdf](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/3159201/AIFA_Rapporto_OsMed_2024.pdf) 
5. van der Velde N, Stricker B, et al. Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: a prospective cohort study. Br J Clin Pharmacol 2007; DOI:10.1111/j.1365-2125.2006.02736.x. 
6. Castaldi S, Principi N, et al. Correlation between fall risk increasing drugs (FRIDs) and fall events at a rehabilitation hospital. Acta Biomed 2022; DOI:10.23750/abm.v92i6.11340. 
7. González-Munguía S, Munguía-López O, et al. Pharmacist comprehensive review of fall-risk-increasing drugs and polypharmacy in elderly Spanish community patients using RStudio®. Heliyon 2023; DOI:10.1016/j.heliyon.2023.e17079. 
8. Vaesken C, Lelong-Boulouard V, et al. Drug-related falls: proportion and impact of hospitalizations in geriatric departments on the prescription of fall-risk increasing drugs (FRIDs). Eur J Clin Pharmacol 2025; DOI:10.1007/s00228-025-03836-4.
9. Beunza-Sola M, Hidalgo-Ovejero Á, et al. Study of fall risk-increasing drugs in elderly patients before and after a bone fracture. Postgrad Med J 2018; DOI:10.1136/postgradmedj-2017-135129.
10. Montero-Odasso M, van der Velde N, et al. Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing 2022; DOI:10.1093/ageing/afac205. 

### Legenda

-    assenza di conflitti di interesse
-   presenza di lievi conflitti di interesse
-    presenza di conflitti d'interesse dichiarati e/o fondi da aziende farmaceutiche
-    presenza di importanti conflitti d'interesse (per esempio firmatari dell'articolo dipendenti di aziende farmaceutiche)
- ND conflitti non dichiarati