

FARE MEGLIO CON MENO: LA POLIFARMACO-TERAPIA NELL'ANZIANO

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

“*Less is More*”, lo slogan della *Slow Medicine*, è anche il titolo di una rubrica di JAMA del 1998, regolarmente ed ininterrottamente inserita nei fascicoli della prestigiosa rivista fino ai nostri giorni. Nel numero di maggio dell'anno scorso lo spazio viene dedicato a un interessante contributo di autori australiani incentrato su:

- polifarmaco-terapia inappropriata,
- suoi danni potenziali,
- modalità di intervento per ridurre o limitare un fenomeno che, se lasciato andare ai ritmi attuali, è destinato ad aggravare il già poco sostenibile carico che schiaccia i servizi sanitari.

Nei paesi industrializzati, mediamente, **circa un terzo di tutti i soggetti ≥ 65 anni assume regolarmente 5 o più farmaci** (definizione di “polifarmaco-terapia”). **Almeno un farmaco su 5** (e anche di più, per i ricoverati in residenze sanitarie assistite) è **prescritto inappropriatamente**. Studi osservazionali parlano di **reazioni avverse da farmaci in almeno il 15% dei grandi anziani**, con aumentata morbilità, disabilità, ospedalizzazione e, in qualche caso, morte. **L'indicatore più accurato di prescrizione inappropriata e di rischio di reazioni avverse nei pazienti fragili è il numero di farmaci prescritti.**

Il processo di “de-prescrizione” consiste nel restringere o bloccare la somministrazione di farmaci, al fine di ridurre la polifarmaco-terapia e migliorare gli esiti dei pazienti. La **de-prescrizione** è tutt'altro che il semplice negare la possibilità di un trattamento efficace a chi ne ha bisogno. Per avere speranza di successo, deve trattarsi di un **intervento pro-attivo, strutturato, collaborativo e sostenuto dalle istituzioni**, in grado di fare assumere decisioni basate sull'evidenza, condivise dell'intero *team* assistenziale, oltre che dal paziente adeguatamente informato, e prolungato per un congruo periodo temporale di monitoraggio. Deve essere in grado di valutare non il rischio associato al singolo farmaco da interrompere, ma il rischio cumulativo indotto da più molecole con le loro interazioni farmaco-cinetiche e farmaco-dinamiche.

In estrema sintesi, un **protocollo di “de-prescrizione”** può essere sintetizzato in 5 punti:

- accertare quali farmaci il paziente realmente assume, e perché (non è detto che l'anziano assuma davvero tutto quello che gli è stato prescritto e, se lo fa, non è detto che esista ancora una valida motivazione clinica);
- considerare nel singolo paziente il rischio complessivo di danno iatrogeno, per decidere quanto estendere l'intervento di de-prescrizione;
- valutare per ogni molecola i benefici attuali o futuri in rapporto alla quantità di danno attuale, futuro o potenziale;
- dare la precedenza alla sospensione dei farmaci a minor rapporto benefici/costi e con la minore probabilità di reazioni avverse da sospensione;
- prevedere un periodo temporale congruo per il monitoraggio e la rilevazione tempestiva di insorgenza di reazioni avverse da sospensione o di miglioramenti significativi di esito.

Dal punto di vista della de-prescrizione nel paziente anziano, i farmaci possono essere suddivisi in due macro-aree (alcuni possono comparire in entrambe):

- farmaci curativi o sintomatici**, per il controllo della malattia in fase acuta e dei suoi sintomi, con impatto maggiore sulla qualità della vita. Tra questi rientra ad esempio la L-tiroxina. Si tratta di molecole la cui sospensione porta all'insorgenza di sintomi o alla perdita di funzioni, ma che in certi casi possono essere ridotte o addirittura interrotte se inefficaci. Un uso aggressivo di anti-ipertensivi o di insulina per il controllo stretto della glicemia può essere più dannoso che utile, come dimostra la letteratura recente;
- farmaci per la prevenzione**, che si prendono allo scopo di evitare l'insorgenza futura di malattie. Tra questi le statine, gli anti-coagulanti orali, i bisfosfonati. La decisione di sospendere queste terapie deve tener conto del rischio/beneficio nel singolo paziente, del tempo richiesto per il manifestarsi di un significativo beneficio clinico, delle preferenze e scelte di vita del paziente, e le inevitabili considerazioni sull'aspettativa di vita.



Marco Caputo¹ (cptmrc@gmail.com) & Roberto Castello²

¹Laboratorio Chimica Clinica ed Ematologia, Ospedale G. Fracastoro, Azienda USL 20, Verona

²Medicina Generale a Indirizzo Endocrinologico, AO di Verona

Nessuno si illuda che sia facile scavalcare le barriere che medici e pazienti stessi frapportano a qualsiasi tentativo di de-prescrizione. Gli elevati livelli di complessità clinica, il limitato tempo a disposizione per approfondire le consulenze, la frammentazione dei prescrittori, l'informazione parziale sulla storia clinica, il differente approccio culturale dei differenti specialisti nel ricorso alla farmaco-terapia, l'incertezza sui rischi della sospensione del farmaco (spesso erroneamente valutati come superiori agli effetti avversi), la pressione al trattamento da parte di linee guida istituzionali e/o mezzi di informazione: è solo un elenco parziale degli ostacoli che ci si trova davanti.

Tuttavia, le crescenti evidenze dei benefici che questa pratica è in grado di apportare al singolo paziente e all'intera comunità indicano che vale la pena di estendere questo approccio. I contributi sulla letteratura medica cominciano a essere consistenti e con questi crescono le risorse e le strategie necessarie ad affrontare un compito tanto complicato con buone prospettive di successo in tempi ragionevoli.

Fonte

- Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* [2015, 175: 827-34](#).

Letture correlate

1. Holmes HM, Todd A. Evidence-based deprescribing of statins in patients with advanced illness. *JAMA Intern Med* [2015, 175: 701-2](#).
2. Caverly TJ, Fagerlin A, Zjkmund-Fisher BJ, et al. Appropriate prescribing for patients with diabetes at high risk for hypoglycemia - National Survey of Veterans Affairs Health Care Professionals. *JAMA Intern Med* [2015, 175: 1994-6](#).
3. Wildiers H, Heeren P, Puts M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol* [2014, 32: 2595-603](#).
4. Chua WM, Nandi N, Masud T. Pharmacological treatments for osteoporosis in very elderly people. *Ther Adv Chronic Dis* [2011, 2: 279-86](#).