

Prescrizioni multiple nell'anziano: efficacia e rischi

La popolazione anziana affetta da diverse patologie cronico-degenerative è soggetta alla poliprescrizione di farmaci. Una corretta “de-prescription” ridurrebbe il rischio di reazioni avverse ai farmaci legate alle alterazioni fisiologiche dovute all’invecchiamento e a prescrizioni inappropriate

Rosario Falanga

Medicina Generale, Polcenigo (PN)

Il progressivo aumento della vita media porta ad un incremento della prevalenza di malattie cronico-degenerative e a conseguenti politerapie nell'anziano, con un aumento del rischio di reazioni avverse ai farmaci (ADR - Adverse Drug Reaction) e di inappropriatezza prescrittiva.

Un farmaco viene considerato potenzialmente inappropriato quando il rischio di eventi avversi supera il beneficio atteso del trattamento.

L'inappropriatezza prescrittiva può includere anche un inadeguato impiego del farmaco per durata o per dosaggio (in eccesso e in difetto). Inoltre, l'inappropriatezza prescrittiva può essere la conseguenza dell'uso contemporaneo di più farmaci che interagiscono tra loro (interazione farmaco-farmaco) e/o con patologie di cui il paziente geriatrico è affetto (interazione farmaco-patologia).

Tra i numerosi set di criteri espliciti, basati su metodi predefiniti per identificare l'inappropriatezza prescrittiva, i più utilizzati in letteratura sono i Criteri di Beers e i criteri STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription) e START (Screening Tool to Alert doctor to Right Treatment).

I criteri di Beers sono stati il primo set di indicatori espliciti di inappropriatezza prescrittiva nel paziente

anziano. Elaborati nel 1991 negli USA da un gruppo di 13 esperti, sono stati successivamente rivisti e aggiornati nel 1997, nel 2003 e nel 2012, estendendo la loro applicabilità in qualunque setting assistenziale.

Il metodo STOPP e START è stato elaborato da un team di 18 esperti irlandesi e inglesi con lo scopo di identificare sia le prescrizioni inappropriate sia le omissioni prescrittive nel paziente anziano.

La serie storica dei rapporti OsMed (Osservatorio sull'impiego dei Medicinali) indica che emerso che in Italia la popolazione geriatrica (> 65 anni) assorbe mediamente il 62% di tutte le prescrizioni di farmaci in termini di DDD (Defined Daily Dose) e di spesa.

La popolazione anziana, essendo soggetta a complessi regimi di poli-farmacoterapia, è una popolazione fragile e a rischio di reazioni avverse ai farmaci, sia per le modificazioni farmacocinetiche che farmacodinamiche legate all'età.

Il 5-10% dei ricoveri ospedalieri tra gli anziani sono legati a reazioni avverse da farmaci. Le ADR sono la quarta principale causa di mortalità seguite, da malattie polmonari, diabete, AIDS e incidenti stradali.

L'uso di farmaci negli anziani non è

sempre *evidence-based*: in media solo il 3.5% di quasi 9.000 trial clinici e l'1% di oltre 700 metanalisi erano dedicati a persone ultrasessantacinquenni.

Pertanto la terapia farmacologica nell'anziano ha diversi limiti, dovuti alle scarse evidenze scientifiche, alle alterazioni fisiologiche legate alla farmacodinamica e farmacocinetica, alla prescrizione di farmaci non sempre appropriati che interagiscono tra loro e per finire alla non corretta aderenza alla terapia prescritta, per vari motivi.

► Cause di politerapia nell'anziano

- ADR interpretate erroneamente come nuove malattie da trattare con ulteriori farmaci, le cosiddette prescrizioni a cascata.
- Insufficiente formazione sia del Mmg sia dello specialista.
- Insufficienti strumenti informativi a disposizione del Mmg per aiutare una prescrizione appropriata.
- Assenza di dati scientifici (EBM nell'anziano), per aiutare il medico nella decisione terapeutica.
- Mancanza di sperimentazione dei farmaci in fase III e IV nel *setting* della medicina generale, mentre gli anziani vengono spesso

esclusi dagli studi clinici.

- Assenza di comunicazione tra Mmg e specialista per una reale interazione ospedale-territorio utile per la necessaria riconciliazione terapeutica.
- Ogni specialista imposta la terapia seguendo le proprie linee guida che spesso non hanno evidenze nell'anziano e non tengono conto di una visione olistica e delle aspettative di vita.
- Mancanza di una rivalutazione periodica della terapia.
- Errore di assunzione legata a distribuzione dei farmaci (assunzione del generico o del brand con lo stesso principio attivo).
- Assunzione contemporanea di integratori e prodotti erboristici, in assenza di consapevolezza degli effetti e delle possibili interazioni.
- Spinte commerciali.

► Come ridurre i rischi della politerapia

- Conoscere in modo completo tutti i problemi di salute, le condizioni sociali, personali e valutare l'aspettativa di vita.
- Scegliere il miglior trattamento disponibile, iniziando se possibile con terapie non farmacologiche.
- Valutare attentamente il rischio/beneficio usando farmaci con documentata efficacia e bassa tossicità.
- Individuare un preciso obiettivo da raggiungere con il farmaco, informando e ottenendo il consenso del paziente.
- Valutare le alterazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche che si verificano con l'invecchiamento.
- Personalizzare il target terapeutico (valori pressori nel grande anziano iperteso, livelli di emoglobina glicata nel diabete senile), riducendo il dosaggio, soprattutto dei far-

maci a basso indice terapeutico.

- Rivalutare periodicamente la terapia in atto con il metodo del "sacchetto", verificando l'attinenza alle prescrizioni.
- Considerare l'opportunità di sospendere un farmaco del quale non si abbia chiara indicazione, monitorando poi gli eventuali effetti da sospensione.
- Monitorare gli eventi avversi e considerare che nuovi sintomi possono dipendere anche dalla terapia farmacologica, identificandoli e segnalandoli prontamente.
- Utilizzare degli applicativi computerizzati per intercettare inapproprietezze, interazioni e controindicazioni.
- Rilasciare al paziente uno schema terapeutico aggiornato, prima dell'invio allo specialista con la descrizione dei problemi clinici più rilevanti per evitare duplicazioni terapeutiche.

► Conclusioni

Se negli ultimi decenni abbiamo guadagnato 30 anni di vita, il merito è solo in minima parte delle cure mediche. Uno studio condotto negli USA (McGinnis, 2013) sfa il mito che questo sia dovuto ai farmaci e a prestazioni sanitarie. Secondo la ricerca il 40% della mortalità dipende da cause prevedibili legate a corretti stili di vita e azioni di prevenzione sanitaria, il 30% alla predisposizione genetica, il 15% al contesto sociale e solo il 10% alle inadeguatezze delle cure. Eppure il dibattito sulla sanità e sulle risorse resta tuttora ancorato al paradigma "medico-farmaco" e gli investimenti in prevenzione sono limitati. Il Mmg per il ruolo che riveste, per la visione olistica, per le esperienze e le competenze maturate, deve *in primis* suggerire corretti stili di vita, metodi di prevenzione non farma-

cologici (tecniche per evitare le cadute nell'anziano) e tenere le "redini" della cura e del trattamento farmacologico impostato nelle persone da lui assistite.

Deve identificare i pazienti anziani in politerapia a rischio di ADR, cercando di ridurre i farmaci per i quali esiste una ragionevole certezza di tossicità e di inapproprietezza, rivalutando la necessità o meno di specifici farmaci, se l'aspettativa di vita è ridotta.

Il mantenimento della qualità della vita deve prevalere sul prolungamento della vita con l'obiettivo di evitare complicanze, valutando la reale necessità di farmaci utili alla prevenzione di specifiche patologie, confrontando l'aspettativa di vita con il tempo necessario perché si manifestano gli effetti positivi del trattamento.

L'utilizzo di applicativi informatici che prendono in considerazione i vari aspetti dell'inapproprietezza prescrittiva nel paziente anziano descritti in letteratura potrebbero essere un valido strumento per una adeguata "de-prescription" minimizzando i rischi di reazioni avverse e riducendo la spesa sanitaria.

Bibliografia

- American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 616-31
- Gallagher P et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008; 46: 72-83
- McGinnis JM et al. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 2002; 21: 78-93
- Nobili A. et al. *Farmaci e anziani metodi per gestire l'inapproprietezza prescrittiva*. Dialogo sui farmaci - n. 3/2012
- Mjörndal T, et al. Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal medicine. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2002; 11: 65-72
- Lazarou J, et al. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*, 1998; 279: 1200-5.
- Nair BR. Evidence based medicine for older people: available, accessible, acceptable, adaptable? *Australasian Journal on Ageing*, 2002; 21: 58-60
- Rochon PA et al. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*, 1997; 315: 1096
- Cartabellotta A. Sospendere i farmaci negli anziani: un approccio evidence-based. *Evidence* 2013; 5: e1000062 doi: 10.4470/E1000062