

Serve un nuovo medico generalista “a misura di anziano”

Di fronte al dato oggettivo di una popolazione che invecchia la sfida per il futuro è quella di creare una nuova figura di medico che sia “a cavallo” tra il farmacologo e il geriatra e che sia in grado di implementare l’approccio multidimensionale

Pier Mannuccio Mannucci

Direttore Scientifico Fondazione IRCCS, CA’ Granda – Ospedale Maggiore, Policlinico di Milano

La notizia buona è che l’Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo: i nostri anziani sono battuti solo dai giapponesi, popolo di ultracentenari. La notizia cattiva, però, è che questa longevità ha un prezzo: perché con l’età aumenta anche il numero delle malattie, che spesso si accumulano l’una sull’altra e che vengono curate ciascuna con almeno un farmaco differente. Il problema è che questi farmaci non sempre sono compatibili tra loro: non solo a causa degli effetti collaterali, ma anche delle interazioni tra una molecola e l’altra che potrebbero, nel migliore dei casi, non curare adeguatamente il paziente. E nel peggiore, provocare nuove complicanze e patologie.

► Cure inappropriate

La causa principale di queste sovrapposizioni è il fatto che ciascuna terapia è prescritta da un diverso specialista: ognuno cura la malattia di propria competenza, spesso senza valutare il paziente nel suo complesso e senza tenere in debita considerazione le altre malattie di

cui soffre. Il risultato è che i pazienti sono esposti a cure potenzialmente inappropriate (*Potentially inappropriate medications*, o PIM): a confermarlo sono i dati del REPOSI, il registro delle multimorbidità e politerapie promosso in collaborazione tra Società Italiana di Medicina Interna, Fondazione Ca’ Granda Policlinico di Milano, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

I numeri parlano chiaro: nel 2003 i pazienti che ricevevano almeno una terapia potenzialmente inappropriata erano il 20.1%, e sono saliti al 23.5% nel 2012 (classificati secondo i *Beers criteria*). In media ciascun paziente over 65 assume 5-6 farmaci diversi a causa delle tante malattie contemporanee di cui soffre.

► Interazioni pericolose

Un’attenzione particolare merita poi la questione delle interazioni pericolose tra i diversi farmaci somministrati, una sorta di “problema nel problema”. La sovrapposizione di più medicinali aumenta il rischio di effetti avversi, particolarmente frequenti negli anziani anche a causa

del modo in cui questi farmaci vengono assorbiti, si distribuiscono nell’organismo e vengono eliminati (farmacocinetica), così come in relazione ai loro effetti e ai meccanismi con cui funzionano (farmacodinamica). Le interazioni tra farmaci sono, a loro volta, importanti cause di morbidità e di mortalità, e sono associate con un importante aumento dei costi per il Ssn.

► Una popolazione che invecchia

Il problema dell’uso di farmaci multipli, già di per sé grave, è inoltre destinato a peggiorare. Gli anziani rappresentano la frazione di popolazione che a livello globale (e quindi anche in Italia) ha subito il maggior tasso di crescita negli ultimi decenni: se agli inizi del ‘900 un individuo su 20 aveva 65 anni, oggi siamo arrivati a uno su sei e nel 2050 arriveremo forse a uno su tre. Il cambiamento sarà ancora maggiore per chi avrà 80 o più anni: nel 2050 saranno il 20% di tutta la popolazione nei Paesi ad alto reddito. Questo clamoroso incremento dell’aspettativa di vita è il risultato di diversi fattori: il progresso della medicina,



il miglioramento degli stili di vita, la disponibilità di farmaci innovativi ed efficaci e l'implementazione dello stato sociale.

Di fronte a questa formidabile transizione epidemiologica, il tradizionale approccio del medico e dei sistemi sanitari, orientati principalmente alla cura delle singole malattie, non è più sostenibile. Le stesse linee guida su cui si fonda la Medicina Basata sull'Evidenza, orientate come sono alle singole malattie, non sono trasferibili e applicabili alla cura di questi malati complessi e con più patologie. È quindi necessario modificare sostanzialmente il paradigma della loro attuale presa in carico e cura, che mette al centro la malattia, per spostarlo sul singolo anziano malato e sulla valutazione e gestione globale e multidisciplinare dei suoi problemi nel contesto socio-culturale in cui vive.

► Carenze nella formazione

Va aggiunto che la formazione del medico, attualmente, non tiene in debita considerazione l'insegnamento degli strumenti tipici del geriatra, che permettono ad esempio di valutare la perdita nel paziente di alcune abilità funzionali o cognitive, "spia" di malattie che ancora non si sono manifestate. Senza questi strumenti, e con un approccio basato esclusivamente sull'esame clinico, il medico potrebbe trascurare informazioni importanti per inquadrare correttamente lo stato di salute generale del paziente, così come gli eventuali problemi sociali di cui potrebbe soffrire. E non identificare correttamente tutti questi aspetti pregiudica l'opportunità che l'anziano abbia un intervento adeguato e specifico per le sue condizioni di salute. Per questo

gli internisti dovrebbero essere in grado di riconoscere e identificare sindromi cognitive, funzionali o altre patologie geriatriche, e quando necessario dovrebbero agire in simbiosi con Mmg, geriatri, fisiatristi, psicologi e personale infermieristico per una valutazione multidimensionale che sia la più completa possibile.

► La proposta del REPOSI

Il REPOSI ha, dal 2008, condotto uno studio in 80 reparti di Medicina interna e Geriatria di tutta Italia, raccogliendo informazioni relative a oltre 5.000 pazienti nell'arco di tre anni: sulla base dei risultati è stato possibile elaborare alcune proposte metodologiche per il medico internista che deve affrontare la gestione di patologie complesse, spesso croniche, di una popolazione sempre più anziana. Proposte che vogliono anche superare le attuali linee guida, quasi sempre derivate da studi clinici condotti su pazienti più giovani e con un'unica patologia.

La vera sfida per il futuro, come questi studi confermano con sempre più forza, è quindi quella di creare una nuova figura di medico internista che sia a cavallo tra il farmacologo e il geriatra.

I punti imprescindibili di questa nuova figura dovranno essere tre:

- c'è bisogno di una razionalizzazione della cosiddetta politerapia, per ottimizzare l'appropriatezza dei farmaci che vengono somministrati al paziente anziano;
- bisogna risolvere i problemi legati all'interazione tra farmaci diversi, che nell'età avanzata sono ancora più accentuati;
- bisogna analizzare i pazienti da diversi punti di vista contempora-

neamente, con quello che è chiamato dai geriatri "approccio multi-dimensionale".

Il medico non può più ignorare o sottovalutare questi problemi, che hanno una ricaduta diretta sia sui risultati della cura sia sulla qualità di vita dei pazienti. Il "nuovo" internista dovrà poi far propri alcuni strumenti tipici della geriatria che valutano l'influenza della ridotta autonomia del paziente anziano: è dimostrato infatti che vi è una stretta correlazione tra il deficit delle funzioni cognitive, acuito dal ricovero, e un aumentato rischio di mortalità e ri-ospedalizzazione.

Bisogna quindi intervenire su un'organizzazione clinica che finora è stata fondata sulla EBM, e che "funziona" su pazienti completamente diversi dall'anziano, che sarà il paziente tipico del Terzo Millennio. Gli internisti e i geriatri devono capire che è necessario acquisire nozioni ed esperienze di farmacologia clinica che permettano loro almeno di evitare le più frequenti interazioni tra i molti farmaci che usano, e quindi gli effetti avversi dei farmaci stessi così frequenti e pericolosi nell'anziano. L'internista e il geriatra devono inoltre rendersi conto che ormai le casistiche ospedaliere che affrontano sono identiche, e che quindi devono interagire e collaborare per implementare l'approccio multidimensionale all'anziano, che è stato finora patrimonio professionale del geriatra ma non dell'internista.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Pier M. Mannucci