

## Prescrizione di farmaci nell'anziano: appropriatezza e difficoltà

*L'eterogeneità dell'invecchiamento rende estremamente complessa la prescrizione farmacologica negli anziani, così come il problema delle interazioni farmacologiche in tale popolazione assume sempre più importanza. Le risposte a questo articolato tema non sono ancora sufficienti, ma possono diventare materia di discussione per il setting della medicina generale*

La prescrizione di farmaci nell'anziano e la sfida della gestione delle interazioni farmacologiche sono diventati argomenti di tale rilevanza pratica che anche *Lancet* ha ritenuto opportuno dedicare a questo tema articoli approfonditi (*Lancet* 2007; 370: 173-84; 185-91), proponendosi di rispondere alla domanda: "Come possiamo misurare e ottimizzare una prescrizione appropriata nell'anziano?" La risposta non è facile e quelle date non sembrano soddisfacenti.

Il motivo principale delle difficoltà sta nel fatto che esiste un'enorme eterogeneità fra gli individui anziani; alcuni possono essere autosufficienti e adeguati all'età, altri totalmente non autosufficienti ed estremamente fragili. È proprio questo principio della gerontologia (eterogeneità dell'invecchiamento) che rende estremamente complessa la prescrizione farmacologica.

Aumentano gli anziani in buona salute, ma aumentano contemporaneamente quelli fragili e vulnerabili e questi ultimi hanno riserve fisiologiche limitate, ridotta omeostasi, meccanismi immunitari e infiammatori sregolati, diverse comorbidità e assumono molti farmaci.

Queste persone sono spesso seguite da più medici e si avvalgono di più servizi e proprio questi fattori legati al sistema di erogazione delle cure diventano altre

variabili che complicano ulteriormente la prescrizione.

La prescrizione inappropriata può causare ulteriore malattia e disagio sia per il paziente sia per la società.

Ma cosa si intende per prescrizione appropriata?

Si intende quella che contiene in sé il concetto di qualità: la qualità massima che possiamo raggiungere nella pratica, tenendo presenti tutte le variabili e i limiti delle nostre conoscenze.

L'appropriatezza di una prescrizione può essere valutata da tre punti di vista:

- quello dei desideri del paziente;
- quello scientifico-tecnico;
- quello dell'interesse generale.

È ovvio che un giudizio sulla prescrizione debba considerare tutti e tre gli aspetti ed è altrettanto ovvio che esso venga notevolmente influenzato dalle circostanze e dal luogo.

La maggior parte degli studi sull'appropriatezza della prescrizione hanno valutato semplicemente l'appropriatezza farmacologica, uno soltanto dei tre punti di vista, e non sono molti gli studi orientati alla popolazione anziana.

La misura di appropriatezza è anche una valutazione di performance, è una valutazione della qualità del medico; qualità globale appunto perché deve consi-

derare più punti di vista.

I risultati della prescrizione possono essere valutati usando:

- indicatori espliciti (basati su criteri)
- o impliciti (basati su giudizi).

■ **Indicatori espliciti:** derivano di solito da pubblicazioni, opinioni di esperti o da consensus. Sono misure farmaco-orientate o malattie-orientate. Non tengono in molta considerazione il giudizio clinico e la qualità della cura del singolo. Sono misure che mal si adattano alle comorbidità e alle preferenze del paziente.

■ **Indicatori impliciti:** tengono in considerazione le informazioni che derivano dalla letteratura, ma anche quelle che derivano dal singolo paziente. Il fuoco è sul paziente piuttosto che sul farmaco o sulla malattia.

Questo approccio è potenzialmente il più sensibile, ma non rappresenta uno strumento di misura ideale.

Entrambi i criteri sono necessari per una valutazione di qualità, così come sono necessari i criteri espliciti di iper-prescrizione, sotto-prescrizione, errata prescrizione e quelli impliciti come il Medication Appropriateness Index (MAI) (*J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 1241-7). Quest'ultimo considera dieci elementi della prescrizione: indicazione, efficacia, dose, corretta indicazione, buona pratica, interazioni farmaco-farmaco, interazioni far-

maco-malattia, riproducibilità, durata, costo.

Con il MAI si individua la quota di anziani che assume farmaci in dose sbagliata o una politerapia non necessaria, ma con il MAI non è possibile valutare la sottoprescrizione. Per avere validità questi processi di valutazione devono avere una correlazione con gli effetti della terapia sulla salute (mortalità, morbilità, effetti collaterali dei farmaci, qualità della vita).

Non vi sono molti dati relativi alla iper-prescrizione, ma ve ne sono diversi relativi alla ipo-prescrizione (sotto-uso di farmaci cardiovascolari e aumento di mortalità; limitazione nella prescrizione per motivi economici e diminuzione dello stato di salute) e altrettanti ve ne sono relativi all'errata prescrizione. Ad ogni modo non vi sono tecniche di misura ideali, sono troppe le variabili.

I pazienti anziani hanno diverse malattie, assumono più farmaci e per loro noi non abbiamo gli stessi obiettivi di trattamento che abbiamo per i più giovani.

Le linee guida per il trattamento delle malattie croniche non sono adatte ai più vecchi e i programmi di trattamento previsti per la maggior parte di esse (diabete, scompenso cardiaco, ecc) non sono studiati per chi presenta diverse malattie contemporaneamente, per cui spesso vi è una frammentazione della cura.

La prescrizione può essere definita come una funzione che riguarda il paziente, il medico e l'ambiente.

Le cause di errata prescrizione possono riguardare questi tre elementi singolarmente o le interazioni fra essi.

Il paziente può influenzare la prescrizione in base alle sue aspettative, il medico può non avere una adeguata formazione in prescrizione geriatrica, vi può essere assenza di comunicazione fra medici o vi possono essere limitazioni per motivi di spesa.

## Interazioni farmacologiche

Per quanto riguarda il problema delle interazioni farmacologiche va sottolineato come le sue dimensioni siano aumentate nel corso degli ultimi anni.

La causa principale è l'applicazione dell'evidence-based medicine che tende ad aumentare il numero di farmaci prescritti, ma non vanno sottovalutati anche gli stessi successi delle cure che hanno incrementato il numero di pazienti anziani, trapiantati, dementi ecc e la frammentazione delle cure fra specialisti che tendono a prescrivere per il campo di loro competenza con effetto di somma.

Come detto gli anziani sono a maggior rischio di interazioni farmacologiche per fattori che riguardano il paziente, il prescrittore o per mancata comunicazio-

ne fra specialisti.

Le riserve cellulari degli organi e dei sistemi diminuiscono con l'età, per cui un anziano non risponde ai farmaci come il prototipo maschio di 70 kg di peso che si usa come modello in farmacologia. In più, gli effetti di interazioni farmacologiche si possono manifestare nei più vecchi in maniera atipica come confusione, cadute, incontinenza urinaria o mancanza di forze, che spesso vengono curate a loro volta aggiungendo altri farmaci, con la conseguente attivazione di un effetto a cascata.

Interazioni farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco-alcol, farmaco-prodotti di erboristeria, farmaco-stato di nutrizione, farmacoidratazione richiedono conoscenza approfondita del problema e un approccio olistico e multidisciplinare (tabella 1).

Tabella 1

### Azioni per prevenire le interazioni farmacologiche

- Quando possibile dosare la concentrazione dei farmaci
- Riconsiderare periodicamente la terapia e ridefinire gli obiettivi
- Essere preparati a sospendere un farmaco piuttosto che ad aggiungerne un altro
- Osservare il paziente nel tempo
- Comunicare con i colleghi con cui si condividono le cure
- Acquisire informazioni sull'uso di alcolici
- Registrare la prescrizione e la sospensione di un farmaco
- Quando si aggiunge un farmaco controllarne le interazioni
- Cercare di non prescrivere farmaci con stretto indice terapeutico quando c'è un'alternativa
- Usare un programma informatico aggiornato

### Proposta di spunti di riflessione per la medicina generale

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La continuità assistenziale come elemento fondamentale per la prescrizione appropriata</li> <li>➤ La frammentazione della cura elemento di complicazione della prescrizione</li> <li>➤ L'individualità è essenziale; noi non trattiamo coorti ma persone</li> <li>➤ Il setting è importante</li> <li>➤ La comunicazione fra specialisti e la permeabilità dei setting di cura</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Il gradimento del paziente è un fattore determinante</li> <li>➤ Il medico di famiglia come direttore d'orchestra</li> <li>➤ Il punto in cui il farmaco si inserisce nella storia naturale della malattia</li> <li>➤ La formazione del medico in farmacologia geriatrica</li> <li>➤ Credenze e stato cognitivo dei pazienti</li> </ul> |
|---|--|