

## Comorbilità nel paziente anziano

*Con l'avanzare dell'età aumenta la prevalenza di patologie croniche, spesso in associazione tra loro. Mancano però linee guida e strumenti dedicati alla gestione dell'anziano in condizione di comorbilità a cui il Mmg può fare riferimento*

**I**l trend del progressivo aumento dell'età della popolazione e il conseguente incremento delle patologie croniche per la maggior durata della vita pongono dure sfide al medico di medicina generale.

La condizione clinica più frequente negli anziani è l'ipertensione arteriosa, a cui seguono: patologia coronarica, diabete mellito, neoplasie, scompenso cardiaco, vasculopatie cerebrali, patologie osteoarticolari. In questa popolazione la comorbilità è causa di scarsa qualità di vita, diminuzione della performance fisica, frequenti richieste di assistenza e accertamenti, politerapie e aumentato rischio di effetti collaterali e di interazione tra i vari farmaci, oltre che di un elevato uso di risorse sanitarie.

Nel tempo sono stati standardizzati indici di valutazione per la complessità e gravità della comorbilità, calcolati in base alla coesistenza di più patologie definite (indice di Charlson) o in base al numero di patologie (indice geriatrico di comorbilità), ma essi hanno dimostrato alcuni limiti e non sono facilmente applicabili alla pratica clinica.

Le linee guida esistenti in letteratura non forniscono un aiuto sufficiente per trattare pazienti anziani in cui coesistono più patologie croniche, in quanto esse prendono in considerazione al massimo solo due condizioni cliniche, come non esistono prove di efficacia sulla coesistenza delle indicazioni delle singole linee guida nei soggetti con comorbilità.

Soprattutto non vi è la disponibilità di un meccanismo per indivi-

duare con certezza in ogni singolo paziente l'opportunità o meno di intraprendere una determinata terapia.

### ■ Esempio dalla pratica quotidiana

Prendiamo in considerazione l'ipotesi di un paziente di 79 anni, affetto da ipertensione arteriosa, diabete mellito, ipercolesterolemia, BPCO, osteoartrite e osteoporosi (un caso frequente nei nostri ambulatori di medicina generale). Valutando le patologie e scegliendo farmaci di non elevato costo, prescriviamo: diuretico, ACE-inibitore, ipoglicemizzante orale, statina, ASA a basso dosaggio, broncodilatatore, gastroprotettore, Fans al bisogno, un farmaco per l'osteoporosi.

Il paziente dovrebbe assumere almeno 7-8 compresse/die, oltre ai puff di broncodilatatore. È evidente che se il paziente non è completamente lucido e autosufficiente e non è aiutato nell'assunzione dei farmaci potrebbe facilmente sbagliare nella gestione della terapia.

In questo caso dobbiamo esaminare la possibilità di interazioni tra le diverse molecole. Il diuretico può alterare il metabolismo glucidico e l'eliminazione degli altri farmaci, l'ACE-inibitore può interessare la funzionalità renale aumentando azotemia e creatinina, la statina può interferire con la funzionalità epatica e il metabolismo muscolare, l'aspirina assunta per lunghi periodi può causare lesioni gastriche, facilitata dall'assunzione anche saltuaria degli antinfiammatori, l'antidiabetico può causare ipoglicemia, i Fans possono alterare

la pressione arteriosa, il broncodilatatore può determinare l'insorgenza di aritmie (citando solo le interazioni e gli effetti collaterali più noti e frequenti).

Occorre poi valutare le abitudini alimentari del paziente per ottimizzare la terapia ipoglicemizzante, rendendola più "snella". Anche la statina, che in un soggetto più giovane può garantire una protezione vascolare ottimale, in un paziente di 80 anni potrebbe non avere un razionale definito e in assenza di arteriopatie coronariche o cerebrali l'aspirina potrebbe diventare un'opzione. E se il nostro paziente avesse anche fibrillazione atriale, altra condizione frequente nell'anziano?

Sta al medico valutare in base all'età del paziente, alle condizioni generali, alla gravità delle singole patologie, allo stile di vita, quali e quanti farmaci prescrivere e valutare il rapporto tra rischi, benefici, costi e qualità di vita.

Sarebbe opportuno scegliere un farmaco per volta, dando preferenza a quelli ad emivita più breve, iniziare con un basso dosaggio e ricercando la dose ottimale, valutare la via di somministrazione meno invasiva e consigliare al paziente l'assunzione a intervalli regolari, cercando di personalizzare al massimo il trattamento, nel tentativo di prevenire effetti collaterali e verificare attentamente nel tempo l'efficacia della terapia.

Occorre poi valutare la gravità clinica della condizione medica (per esempio classe NYHA per lo scompenso cardiaco) e la gravità "funzionale" (motoria-cognitiva), dobbiamo inoltre decidere se la terapia debba essere *quoad vitam*,

agire sulla funzionalità dell'organo/apparato interessato o risultare solo palliativa.

### ■ Riflessioni

Le linee guida GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) riportano questi interessanti concetti: "Nel programmare la gestione del paziente con broncopneumopatia ostruttiva cronica è indispensabile tenere conto di possibili condizioni morbose concomitanti, molto comuni nei soggetti di età >65 anni. Tra le più frequenti condizioni di comorbidità vi sono le malattie metaboliche e cardiovascolari. Non è noto se l'applicazione contemporanea di linee guida rivolte a differenti patologie interferisca con il raggiungimento degli obiettivi terapeutici di ciascuna condizione. In futuro la formulazione e l'implementazione di specifiche linee guida dovrà avvaler-

si di un contributo multidisciplinare comprendente in particolare il medico di medicina generale".

Sarebbe utile considerare nelle linee guida un migliore coordinamento tra Mmg e specialisti, integrando le diverse esperienze, inoltre bisognerebbe assicurare anche un'efficace educazione sia del paziente sia dei caregiver.

Accanto a valutazioni cliniche e farmacologiche, bisogna fare capo al vecchio buon senso e discernimento clinico, fattori che negli ultimi decenni sono stati un po' accantonati dall'evidence based medicine, che ci dice come comportarci nelle singole situazioni, ma non ci fornisce indicazioni per il paziente complesso. Soprattutto si insiste "fideisticamente" su una prescrizione "evidence based", non considerando lo scenario spesso non reale dei trial clinici, in cui raramente sono inclusi soggetti anziani con la loro frequente comorbidità.

Un primo passo per affrontare un problema destinato verosimilmente ad acuirsi nel tempo potrebbe essere una scheda tecnica dei farmaci meglio strutturata e un accesso più rapido dei "prescrittori" alle fonti di informazione, anche se le stesse note limitative dell'Agenzia Italiana del Farmaco sono uno strumento irrinunciabile per tentare di raggiungere livelli accettabili di appropriatezza nell'impiego dei medicinali.

Un ulteriore strumento potrebbe essere una flow-chart che fornisca una guida per indirizzare in modo più efficace i bisogni dei pazienti "fragili", più anziani, con comorbidità e disabilità complicata. D'altro canto però non è certo consigliabile risparmiare eccessivamente sulle prescrizioni, se necessarie, per non fornire un livello di cura non adeguato, con un conseguente cattivo controllo delle patologie e nel tempo un maggior rischio di evoluzione negativa.