

# Le cure palliative in Rsa

25 ottobre 2025  
ore 8.30/14.00

Ecm: 5 crediti

h. 8.30 *Saluti e introduzione*  
dott. Guido Marinoni, presidente Omceo Bergamo

## PARTE I

moderatori: dottori Melania Cappuccio e Emanuele Costante Grismondi

h. 9.00 *RSA e cure palliative: riconoscere la prossimità al termine dell'esistenza*  
dott. Fabrizio Giunco

h. 9.30 *La terapia farmacologica negli anziani con ridotta aspettativa di vita*  
dott. Riccardo Valente

h. 10.00 *Pianificazione anticipata, consenso alle cure e alle DAT in RSA*  
dott. Matteo Marchesi

h. 10.30 *Le DAT nella pratica delle comunità: l'esperienza del Comune di Bergamo*  
dott.ssa Marcella Messina e Aurora Minetti

h. 11.00 *COFFEE BREAK*

## PARTE II

moderatori: dottori Fulvio Menghini e Tiziana Mosso

h. 11.15 *Casi clinici: paziente con SLA e con Patologie Neurodegenerative*  
dott. Gianmario Marchesi

h. 11.45 *Il decesso: la comunicazione e l'elaborazione del lutto*  
dott.ssa Simonetta Spada

## TAVOLA ROTONDA

moderatrice: dottoressa Melania Cappuccio

h. 12.15 *Criticità e punti di forza delle Cure Palliative in RSA*  
dottori Fabrizio Giunco - Riccardo Valente - Matteo Marchesi - Marcella Messina - Aurora Minetti - Gianmario Marchesi - Simonetta Spada - Tiziana Mosso

h. 13.30 *Discussione, conclusioni e test Ecm*  
dott.ssa Melania Cappuccio

RESPONSABILE SCIENTIFICO:  
DOTT.SSA MELANIA CAPPUCIO



sede IML  
via Autostrada 32  
Bergamo

Tel.: 035 217200

formazione@omceo.bg.it  
www.omceo.bg.it

# La terapia farmacologica negli anziani con ridotta aspettativa di vita

dott. Riccardo Valente

Bergamo 25/10/2025

# Definizioni

## Anziano:

### Fragilità geriatrica:

- Sindrome geriatrica che compromette l'omeostasi dell'organismo
- Determina maggiore rischio di disabilità, ospedalizzazione, mortalità

### Ridotta aspettativa di vita:

- concetto medico che indica una prognosi di sopravvivenza limitata nel tempo, generalmente associata a condizioni cliniche avanzate o gravemente debilitanti.
- Domanda sorprendente.

# Quindi

approccio attento e personalizzato, focalizzato sul miglioramento della **qualità della vita** piuttosto che sulla massimizzazione della durata (longevità). È fondamentale considerare attentamente i benefici e i rischi di ogni farmaco, evitando trattamenti potenzialmente dannosi o inefficaci a causa della limitata sopravvivenza.

## Principi chiave

- Valutazione individuale
- Priorità al controllo dei sintomi
- Attenzione a politerapia e rischi associati

## Obiettivo terapeutico

- Controllo dei sintomi
- Mantenimento della funzionalità
- Riduzione dei trattamenti preventivi a lungo termine inefficaci

## Valutazione individuale

- Considerazioni cliniche
- Aspettativa di vita
- Preferenze ed obiettivi del paziente

# Politerapia

- **Definizione e rischio**
  - Aumento del rischio di effetti collaterali. Interazioni farmacologiche. Non aderenza alla terapia. Rischio di ospedalizzazioni . Declino funzionale e cognitivo. Aumento di costi sanitari
- **Importanza della revisione periodica**

**Tabella 1.4.1a** Distribuzione degli utilizzatori per numero di sostanze diverse e per classe d'età e genere. Anno 2019

N. sostanze	% Uomini						% Donne					
	65-69	70-74	75-79	80-84	≥85	Tot	65-69	70-74	75-79	80-84	≥85	Tot
1	10,9	7,1	5,0	3,7	3,6	6,6	9,4	6,2	4,4	3,4	4,0	5,6
2	11,8	8,7	6,6	5,1	4,4	7,9	11,0	8,1	6,1	4,8	4,9	7,1
3	11,4	9,4	7,7	6,3	5,5	8,5	11,4	9,2	7,5	6,2	6,0	8,2
4	10,7	9,7	8,4	7,4	6,6	8,9	11,0	9,7	8,4	7,4	7,2	8,8
5	9,6	9,4	8,8	8,2	7,6	8,9	9,9	9,5	8,9	8,2	8,0	9,0
6	8,5	8,9	8,8	8,5	8,2	8,6	8,8	9,0	8,8	8,6	8,5	8,7
7	7,2	8,1	8,4	8,4	8,4	8,0	7,5	8,2	8,4	8,6	8,5	8,2
8	6,1	7,1	7,7	8,0	8,1	7,2	6,2	7,2	7,8	8,1	8,1	7,5
9	5,0	6,0	6,8	7,4	7,6	6,4	5,2	6,2	6,9	7,5	7,5	6,6
10+	18,8	25,6	31,9	37,1	40,1	29,0	19,6	26,8	32,7	37,2	37,2	30,3

## Ricognizione terapeutica

- Definizione e scopi
- Identificazione farmaci non necessari o dannosi
- Verifica aderenza e comprensione

## Rimodulazione terapeutica

- Definizione e obiettivi
- Deprescrizione e aggiustamento terapeutico
- Personalizzazione e semplificazione

# Deprescrizione

- Quando e come attuarla
- Sospensione graduale
- Monitoraggio e coinvolgimento del paziente

- Interazioni tra farmaci (database delle interazioni realizzato ed aggiornato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS).
- Farmaci potenzialmente inappropriati nell'anziano secondo differenti criteri delle letterature scientifica (Beers; START/STOPP; STOPP Frail).
- Valutazione del carico anticolinergico (Anticholinergic Cognitive Burden scale).
- Modalità di sospensione dei farmaci che necessitano riduzione graduale delle dosi.
- Dosaggio dei farmaci in soggetti con alterata funzionalità renale.
- Raccomandazioni di Choosing Wisely-Italy sulla terapia farmacologica.
- Valutazione dei benefici e dei rischi attesi dalla terapia farmacologica attraverso l'impiego degli NNT&NNH.
- Valutazione del rischio di compatibilità per i farmaci somministrati in fiale.
- Algoritmo GerontoNet ADR Risk Score, per l'identificazione dei pazienti a maggior rischio di effetti indesiderati da farmaco.
- Algoritmo Naranjo per la valutazione del nesso di causalità tra un farmaco ed un evento avverso.
- Algoritmo DIPS (Drug Interaction Probability Scale) per la valutazione del nesso di causalità evento avverso-interazione tra farmaci.

*INTERCheck e le relative banche dati sono oggetto di proprietà esclusiva dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS*

## Domanda sorprendente

"Se potessi scegliere solo un farmaco per migliorare la qualità della vita di un anziano con ridotta aspettativa di vita, quale sarebbe e perché?"

Questa domanda stimola a riflettere sull'essenza della terapia personalizzata, andando oltre le linee guida e costringendo a pensare a quale intervento farmacologico possa davvero fare la differenza nel breve termine per quel singolo paziente.

## Comunicazione efficace

- Ruolo della comunicazione nella decisione condivisa
- Supporto al paziente e caregiver
- Rispetto delle preferenze

## Considerazioni specifiche

- Farmaci inefficaci nel fine vita (es: statine, ter. antipertensiva aggressiva, ecc....)
- Rischio di interazioni ed effetti collaterali

## Terapie palliative integrate

- Gestione dei sintomi
- Miglioramento del benessere complessivo

## Caso clinico

- Mario, 85 anni con demenza, insufficienza cardiaca, ipertensione, artrosi.
- Terapia attuale:
  - Statina, ace-inibitore, diuretico, bdz, paracetamolo, ASA.

- Valutazione dei farmaci
- Statina, ace-inibitore, diuretico, bdz, paracetamolo, ASA.

## Caso clinico: rimodulazione terapeutica

- Sospensione Statina
- Mantenimento: ace-inibitore, diuretico
- Deprescrizione: bdz
- Continua : paracetamolo
- Rivalutazione : ASA

## Monitoraggio e follow up

- Controllo sintomi, effetti, funzionalità
- Dialogo continuo con paziente e caregiver

Farmaci da evitare o da usare con cautela

Bdz, antipsicotici, antidepressivi tricicli,  
FANS, digossina, anticolinergici, Z-  
drugs

(Beers Criteria 2023 -2025)

## Farmaci da evitare o da usare con cautela : anticolinergici

L'utilizzo di questi farmaci, specialmente a lungo termine e in dosi elevate, può comportare un aumento del "carico anticolinergico", che può aggravare la confusione mentale e il rischio di delirium, in particolare negli anziani e nelle persone con problemi cognitivi

## Farmaci da evitare o da usare con cautela : anticolinergici

- Meccanismo d'azione: bloccano i recettori muscarinici dell'acetilcolina, riducendo l'attività del sistema nervoso parasimpatico.
- Usi comuni: trattamento di diverse condizioni come disturbi del tratto urinario, malattia di Parkinson, asma, disturbi gastrointestinali, disturbi del sonno e alcuni disturbi psichiatrici.
- Esempi di farmaci anticolinergici:• Difenidramina• Oxybutynina • Tiotropio • Amitriptilina• Clorpromazina
- Effetti collaterali comuni: secchezza delle fauci, costipazione, ritenzione urinaria, visione offuscata, tachicardia.
- Effetti cognitivi: confusione, disorientamento, peggioramento della memoria, aumento del rischio di demenza e accelerazione del declino cognitivo.
- Rischio aumentato di cadute e fratture: dovuto a sedazione, compromissione dell'equilibrio e alterazioni cognitive.

## Farmaci da evitare o da usare con cautela : Z-drugs

Sono una classe di farmaci ipnotico-sedativi, come lo zolpidem, lo zopiclone e lo zaleplon, utilizzati principalmente per l'insonnia a breve termine. Nonostante la diversa struttura chimica, agiscono in modo simile alle benzodiazepine, interagendo con i recettori GABA-A (centrale) per produrre effetti sedativi

## Farmaci più sicuri, consigliati

- Paracetamolo
- SSRI (Sertralina • Citalopram • Escitalopram • Fluoxetina • Paroxetina • Fluvoxamina)
- Oppioidi a basso dosaggio
- Farmaci per demenza (valutati caso per caso)
- Terapie sintomatiche mirate e temporanee

## Il Calman Gap

- Discrepanza tra aspettative del paziente e realtà clinica
- Impatto sul benessere psicologico
- Come affrontarlo:
  - Comunicazione
  - Supporto
  - Personalizzazione

# Conclusioni

- Punti chiave: domanda sorprendente, ricognizione, rimodulazione, deprescrizione
- Approccio multidisciplinare
  - Centrato sul paziente e caregiver
- In sintesi, l'approccio terapeutico negli anziani con ridotta aspettativa di vita mira a bilanciare efficacia e tolleranza della terapia e a privilegiare interventi che migliorano la qualità della vita piuttosto che allungarne la durata a ogni costo.

# Riferimenti

- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. *L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia. Rapporto Nazionale 2019*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021. *The Medicines Utilisation Monitoring Centre. National Report on Medicines use in older adults in Italy. Year 2019*. Rome: Italian Medicines Agency, 2021. ISBN 9791280335159. Il Rapporto è disponibile consultando il sito web [www.aifa.gov.it](http://www.aifa.gov.it)
- *Journal of the American Geriatrics Society (American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults)* *J Am Geriatr Soc.* 2023;1–30
- *STOPP/START Criteria: criteri per identificare farmaci potenzialmente inappropriati e suggerire terapie più adeguate negli anziani. Reference: O'Mahony et al. Age Ageing.* 2015;44(2):213-218.
- *Linea guida NICE NG56 – Gestione della cura palliativa e approccio multidimensionale nella malattia avanzata.*
  - *Link: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>*
- *European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) Position Papers sulla farmacoterapia geriatrica e la deprescrizione in pazienti fragili.*
  - *Articoli di revisione su deprescrizione: Scott IA et al., JAMA Intern Med.* 2015;175(5):827-834. "Deprescribing: A Clinician's Guide."

Le cure palliative in Rsa

La terapia farmacologica negli anziani con  
ridotta aspettativa di vita

Grazie per la pazienza