

Prevenzione, Appropriata Prescrittiva e Medicina Personalizzata

Dott. Luca Burroni

Direttore Sanitario, ASL CN2 Alba-Bra

Strategie Cliniche, Strumenti di Valutazione e De-prescrizione

Ottimizzare la diagnostica strumentale e le visite specialistiche nella medicina della complessità

La Medicina personalizzata e di precisione: cucire la cura sulla complessità del paziente geriatrico

01 / CONTESTO

Il contesto demografico ed epidemiologico

La complessità clinica cresce insieme alla multimorbilità e alla polifarmacoterapia.

Transizione demografica

Incremento costante e progressivo della popolazione **over 65** nei paesi occidentali.

Impatto sui **consumi**: gli anziani rappresentano la fascia a più alto consumo di farmaci, spesso esposti a frammentazione assistenziale.

TRANSIZIONE QUALITATIVA

popolazione over 65

incremento costante e progressivo



Multimorbilità

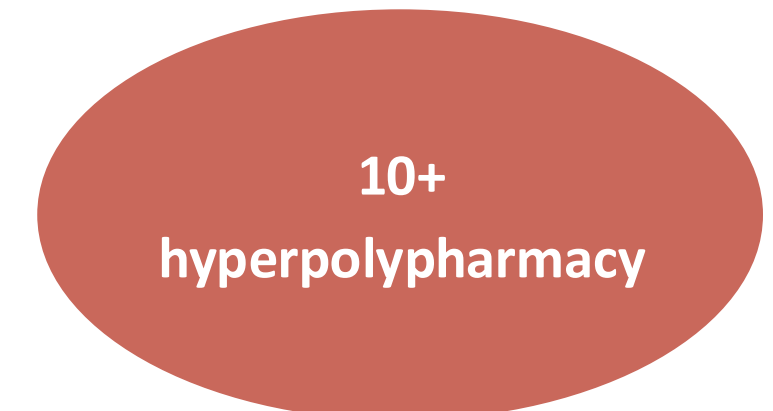
Presenza simultanea di molteplici **patologie croniche** che richiedono approcci terapeutici distinti.

Modificazioni fisiologiche: **variazioni farmacocinetiche** e farmacodinamiche (ridotta clearance renale ed epatica, aumento della massa grassa).

Politerapia

Assunzione concomitante di 5 o più farmaci.

Hyperpolypharmacy se ≥ 10 .



Rischi clinici correlati

ADR · interazioni farmaco-farmaco · drastico calo dell'aderenza

02 / APPROPRIATEZZA

Le deviazioni dall'appropriatezza

Tre meccanismi ricorrenti, quattro classi di farmaci da leggere come rischio e alternativa.



Classe di Farmaco	Principale Rischio nell'Anziano	Alternativa Appropriata
Benzodiazepine a lunga emivita	Sedazione prolungata, declino cognitivo, alto rischio di cadute e fratture.	Interventi non farmacologici; molecole a emivita breve solo se indispensabili.
FANS (Antinfiammatori)	Sanguinamenti gastrointestinali, tossicità renale, instabilità pressoria.	Paracetamolo (monitorando i dosaggi); terapie topiche locali.
Antidepressivi Triciclici	Marcati effetti anticolinergici (confusione, stipsi, ritenzione urinaria) e ipotensione.	Inibitori selettivi della ricaptazione (SSRI come Sertralina).
Inibitori di Pompa Protonica (IPP)	Uso prolungato ingiustificato, rischio infezioni (C. difficile), osteoporosi.	Medication Review periodica e de-prescrizione guidata.

03 / STRUMENTI

Strumenti impliciti ed espliciti

La valutazione combina giudizio clinico, multidimensionalità e criteri strutturati.

STRUMENTI IMPLICITI

Medication Appropriateness Index (MAI): Approccio basato su 10 quesiti clinici per singola molecola (efficacia, dosaggio, indicazione reale, interazioni).

Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD): Analisi che integra lo stato di salute fisica con la funzionalità cognitiva, affettiva e il contesto socio-ambientale.

Personalizzazione Clinica: Spostamento del focus dalla singola linea guida della patologia alla complessità reale del paziente geriatrico.

STRUMENTI ESPLICITI

Criteri di Beers (AGS): Elenco costantemente aggiornato di molecole da evitare o utilizzare con estrema cautela nel paziente geriatrico.

Criteri STOPP: Screening Tool of Older Persons' Prescriptions: focalizzati sull'individuazione di farmaci potenzialmente inappropriati (PIM).

Criteri START: Screening Tool to Alert to Right Treatment: indicatori specifici per rilevare omissioni terapeutiche clinicamente rilevanti.

MAI • percorso numerato

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

10 quesiti clinici per singola molecola

04 / PROCESSO

De-prescrizione: un atto medico continuo

Ridurre o sospendere farmaci superflui o rischiosi in modo strutturato e supervisionato.



Obiettivo Clinico Primario: L'appropriatezza prescrittiva tutela la sicurezza del paziente e ne migliora la qualità di vita, riducendo gli eventi avversi.

Revisione Sistemica: la Medication Review non deve essere un evento isolato, ma una pratica clinica periodica integrata nei percorsi di cura cronici.

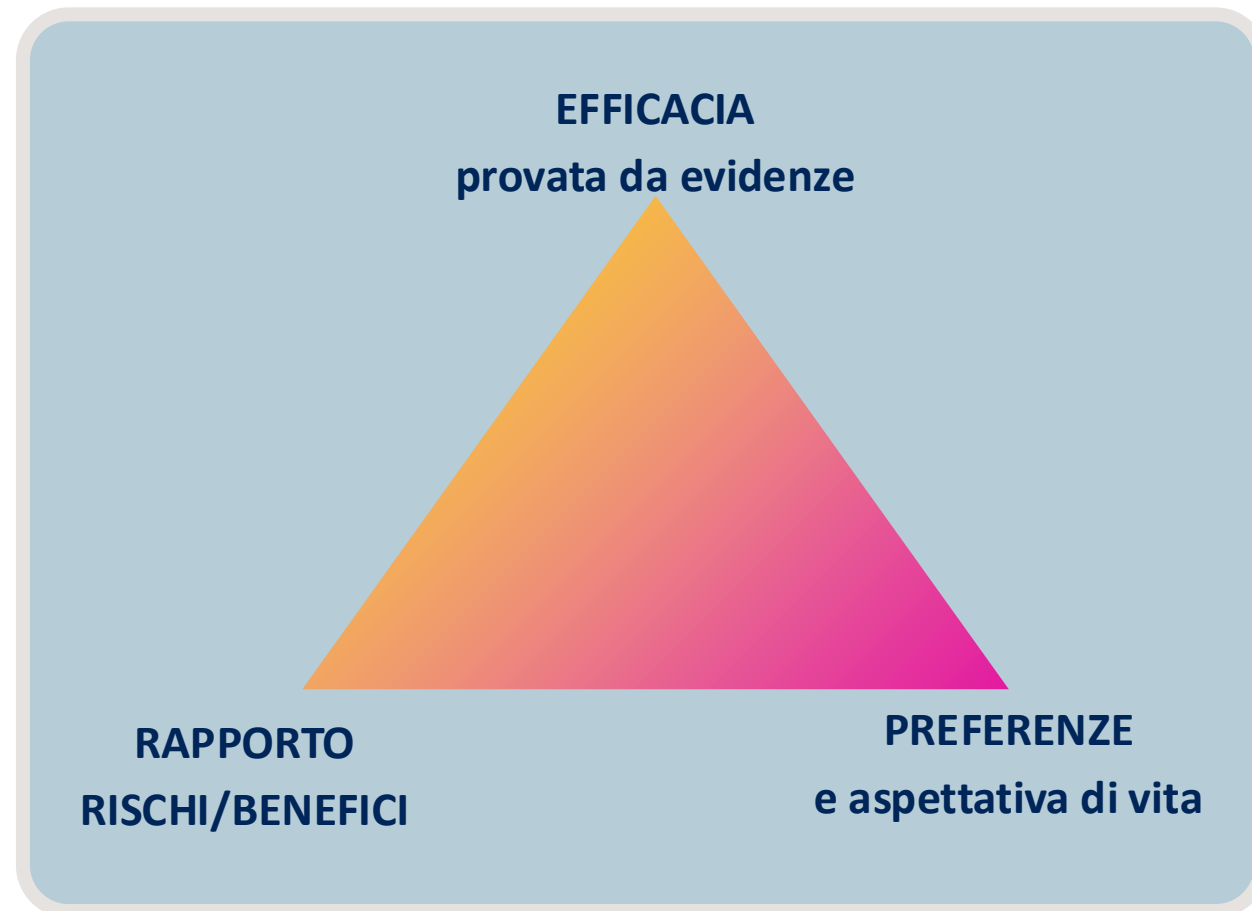
Approccio Interprofessionale: forte alleanza e comunicazione continua tra Medico di Medicina Generale, Specialista Geriatra e Farmacista.

Medication Review periodica · pratica integrata nei percorsi di cura cronici · alleanza MMG, Specialista Geriatra e Farmacista

05 / DECISIONE CLINICA

Che cos'è l'appropriatezza prescrittiva?

La prestazione giusta, al paziente giusto, nel momento giusto — massimizzando il beneficio e riducendo lo spreco.



Fattori chiave delle decisioni

STRATEGIE

Alleanza MMG – Specialista

Condivisione di canali di consulenza rapida (es. Telemedicina) per evitare invii inappropriati.

Clinical Audit

Revisione periodica dei flussi prescrittivi a livello di distretto o ASL per analizzare le variabilità ingiustificate.

Empowerment

Educare la famiglia: “fare più esami non significa curare meglio”.

Campagne di informazione

Choosing Wisely: “Fare di più non significa fare meglio”.

Definizione clinica: L'erogazione della prestazione giusta, al paziente giusto, nel momento giusto.

Definizione economica: Massimizzare il beneficio clinico riducendo al minimo lo spreco di risorse pubbliche.

06 / EQUILIBRIO

Sovra e sotto-diagnosi

Due errori speculari: fare troppo o non fare ciò che serve.

OVER-DIAGNOSIS

Identificazione di anomalie o patologie che non avrebbero mai causato sintomi o morte durante la vita del paziente.

Cause: applicazione rigida di linee guida nate per popolazione adulta/giovane; medicina difensiva e pressione dei familiari.

Conseguenze: ansia, ulteriori esami invasivi a cascata, costi inutili e potenziale danno biologico.

UNDER-DIAGNOSIS

Non prescrivere prestazioni utili per pregiudizio legato all'età anagrafica (**Ageismo**).

Esempi: mancata prescrizione di percorsi riabilitativi o visite cardiologiche/oncologiche giustificate; attribuzione errata di sintomi trattabili al “normale invecchiamento”.

Conseguenza: perdita di opportunità di cura.

REGOLA D'ORO · età biologica + riserva funzionale + aspettativa di vita, mai solo età anagrafica

07 / DIAGNOSTICA E VISITE

Esami e visite: cambiare strategia?

Principio guida: l'esito cambierà concretamente la strategia terapeutica o la qualità di vita del paziente?

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Esami radiologici di controllo ripetitivi: Rx torace o TC di screening in assenza di variazioni cliniche o sintomi acuti.

Diagnostica vascolare estensiva: Ecocolordoppler dei vasi d'epifrasi in pazienti con demenza severa senza finalità chirurgiche.

RM osteoarticolari: richieste per artrosi diffusa senza deficit neurologici focali acuti.

VISITE SPECIALISTICHE

Frammentazione: l'anziano che consulta numerosi specialisti diversi rischia prescrizioni contrastanti.

Visite di controllo fisse vs. visite al bisogno: evitare il rinnovo automatico se il quadro clinico è stabilizzato.

Condizioni di erogabilità: criteri istituzionali LEA e rispetto delle classi di priorità clinica.

CAMBIA LA STRATEGIA TERAPEUTICA? Se no, l'esame è inappropriato

U

B

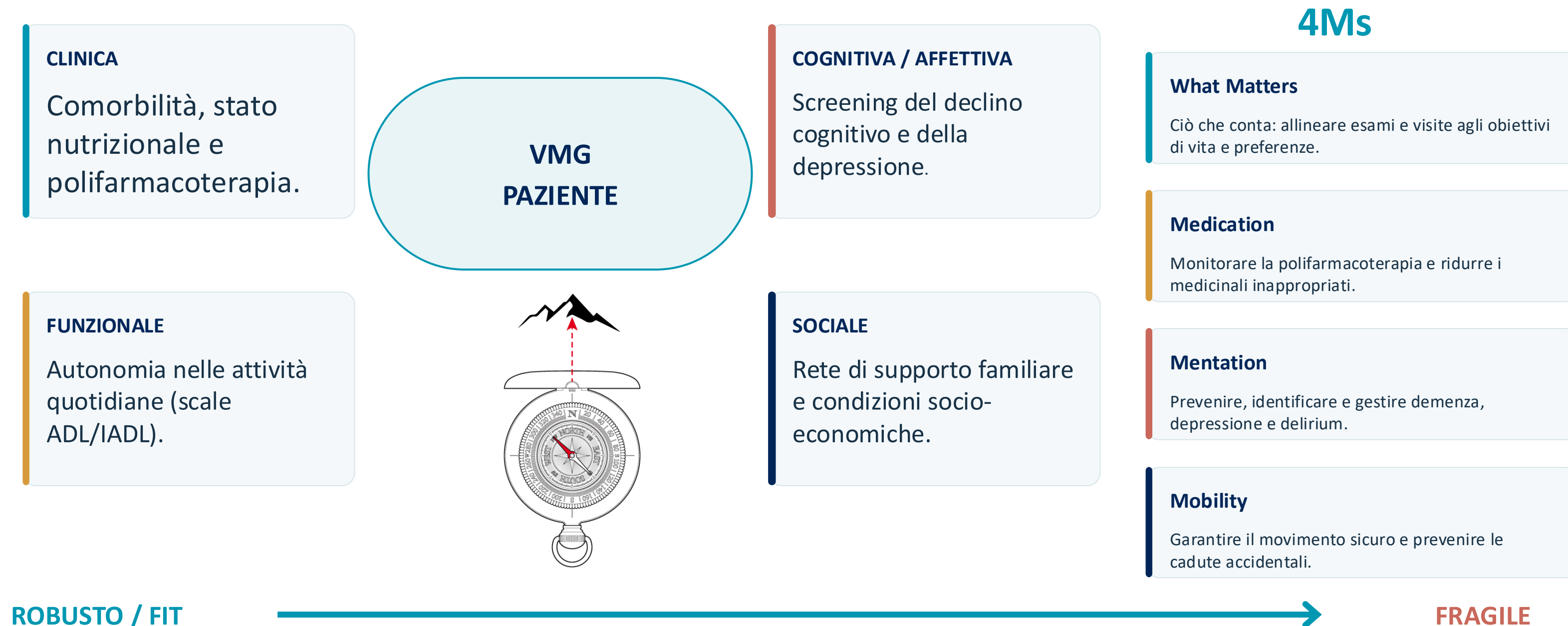
D

P

08 / VALUTAZIONE

Valutazione Multidisciplinare Geriatrica (VMD) e framework 4Ms

Una bussola multidimensionale per **personalizzare** le cure dell'anziano.

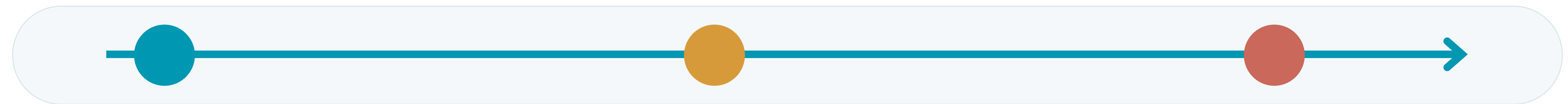


Un anziano fragile trae **meno beneficio** da indagini diagnostiche aggressive rispetto ad un anziano sano.

09 / ETEROGENEITÀ

Età anagrafica ≠ età biologica

L'età cronologica non coincide quasi mai con l'età biologica: organi e apparati invecchiano a ritmi differenti.



FIT

PRE-FRAIL

FRAIL

ETÀ BIOLOGICA

Spettro del paziente anziano: anziano robusto (fit), anziano vulnerabile (pre-frail), anziano fragile (frail) con ridotta riserva omeostatica.

IL PARADOSSO DEI TRIAL CLINICI

Gli anziani complessi sono storicamente esclusi dai grandi studi. Linee guida rigide, pensate per adulti giovani con una singola patologia, applicate direttamente portano spesso a sovradiagnosi, sovratrattamento e complicanze.

PERSONA ≠ SOLO ETÀ ANAGRAFICA



10 / **MEDICINA PERSONALIZZATA**

Il modello delle 4P in geriatria

Anticipare, prevenire, calibrare e coinvolgere: quattro direzioni verso un outcome comune.

PREDITTIVA

Anticipare le traiettorie di fragilità e declino funzionale.

PREVENTIVA

Interventi mirati prima della perdita dell'autosufficienza.

PERSONALIZZATA

Terapie calibrate sulle caratteristiche fenotipiche e biologiche.

PARTECIPATIVA

Coinvolgimento attivo del paziente e del caregiver.

**SPOSTARE IL FOCUS SU QUALITÀ DELLA VITA
E AUTONOMIA**

11 / RELAZIONE E INNOVAZIONE

Dalla narrazione alla cura personalizzata

Dialogo, decisione condivisa e tecnologia: innovare senza perdere la persona.

DIALOGO

Ascolto attivo: integrare la storia clinica oggettiva con il vissuto soggettivo del malato.

Etica della personalizzazione: rispetto dei valori personali e della dignità dell'anziano.

DECISIONE

Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC).

Discutere i limiti etici dei trattamenti invasivi nelle fasi avanzate.

Definire gli obiettivi di cura reali (controllo del dolore vs. prolungamento sopravvivenza).

TECNOLOGIA

Farmacogenomica: testare varianti genetiche per prevedere efficacia o tossicità.

Digital Health e Telemedicina: sensori indossabili per il monitoraggio a domicilio.

Biomarcatori di invecchiamento: immunosenescenza e infiammazione cronica (inflammaging).

ASCOLTO ATTIVO → DECISIONE CONDIVISA → INNOVAZIONE RESPONSABILE

AZIONI intraprese per gli anziani in ASL CN2 Alba-Bra:

- 1. ConTRASPORTO**
- 2. SALUTE in piazza**
- 3. Gruppi di CAMMINO**
- 4. Ca' d'argent**
- 5. TELEmedicina**
- 6. Palestre della MEMORIA**
- 7. SENTINELLE della salute**
- 8. Prescrizione SOCIALE (software)**
- 9. DE-Prescrizione**
- 10. Counseling Nutrizionale (IFeC)**
- 11. Argento VIVO**
- 12. Contiamo insieme...80 PASSI**

• **GRAZIE**

Dott. Luca Burroni

Direttore Sanitario, ASL CN2 Alba-Bra