



L'altra faccia delle Linee Guida: evitare danni da buone intenzioni

The other side of Guidelines:
avoiding harm from good intentions

Irene Dell'Orco¹, Elena Zamburlini², Simonetta Miozzo³

¹SIMG BAT, ²SIMG Trieste, ³SIMG Segretario regione Piemonte

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

L'altra faccia delle Linee Guida: evitare danni da buone intenzioni
33 (01):20-23.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

L'articolo di Ouslander e Wasserman¹ rappresenta un contributo di grande rilevanza per chi si occupa di assistenza agli anziani, in particolare per la Medicina Generale, che in Italia segue ogni giorno molte persone affette da multimorbilità e fragilità crescente.

Il tema centrale è chiaro e scomodo: la iatrogenesi da sovratrattamento - troppo spesso ignorata o sottovalutata - rappresenta una fonte concreta di danno clinico, potenzialmente evitabile attraverso un maggiore allineamento delle pratiche assistenziali ai reali bisogni della persona.

È un messaggio importante anche nel nostro contesto nazionale, in cui i pazienti fragili sono numerosi, e in cui l'organizzazione dei servizi richiede un ripensamento della gestione delle cronicità e delle priorità terapeutiche.

Gli autori pongono l'accento su due sintomi: l'ipoglicemia e l'ipotensione iatrogena, condizioni che possono derivare da trattamenti eccessivamente aggressivi o non adeguati allo stato di salute del paziente. I dati riportati evidenziano come tali eventi non siano affatto infrequenti: negli USA, milioni di accessi in pronto soccorso e migliaia di ricoveri sono attribuibili ogni anno al sovratrattamento di diabete e ipertensione, in particolare nelle fasce d'età più avanzate². Si tratta di condizioni con elevata prevalenza anche in Italia, dove la popolazione anziana è in costante aumento e dove la polifarmacoterapia rappresenta una delle principali sfide cliniche della Medicina Generale.

Fragilità e limiti della medicina guidata dagli indicatori

L'articolo mette in luce il limite strutturale di molte misure di qualità: l'essere costruite per pazienti "tipici" delle sperimentazioni cliniche e non per la popolazione reale, molto più eterogenea.

In Italia viviamo un problema simile: PSDTA regionali, indicatori di performance aziendali o richieste prescrittive specialistiche tendono ancora a proporre target uniformi, spesso non adeguati agli ultra75enni fragili, per chi ha demenza, limitazioni funzionali o aspettativa di vita ridotta.

Il punto critico è culturale prima ancora che organizzativo: si tende a sovraperformare in termini di valori pressori o glicemici più che in termini di esiti significativi per la persona. Come sottolineano gli autori, "raggiungere un numero" non equivale a "raggiungere un beneficio".

I numeri del problema:

un rischio più grande di quanto percepito

Negli USA, gli episodi di ipoglicemia severa nei pazienti in terapia insulinica oltre gli 80 anni sono estremamente frequenti³. Anche in Italia, gli MMG osservano quotidianamente episodi di instabilità glicemica, ricoveri per cadute, sincope o traumi, soprattutto nei pazienti in politerapia.

La gestione dell'ipertensione negli anziani rappresenta un'area critica. Lo studio SPRINT⁴, pur importante, non includeva la popolazione fragile che noi MMG assistiamo. Applicare target pressori

Tabella 1 – Principali domande da porsi

- Chi è il mio paziente? Ha senso trasferire su di lui le indicazioni degli studi?
- Rientra tra le popolazioni che hanno beneficio dimostrato?
- Il paziente è aderente e persistente con le terapie?
- Ci sono rischi aggiuntivi?
- Cosa vuole il paziente?

molto bassi senza una valutazione multidimensionale espone a un aumento del rischio di ipotensione ortostatica, cadute, deterioramento cognitivo e danno renale acuto². È una situazione che conosciamo bene nei nostri ambulatori.

Cosa si può e si deve fare in Italia: un'agenda concreta

La parte più preziosa dell'articolo di Ouslander e Wasserman¹ è la proposta di interventi concreti, molti dei quali possono essere tradotti nel contesto italiano. I medici di medicina generale sono infatti in grado di:

- riconoscere precocemente la fragilità
- applicare la valutazione multidimensionale (VMD) come standard nella definizione dei target terapeutici⁵.
- effettuare regolarmente una revisione terapeutica orientata alla ottimizzazione della terapia⁶.
- documentare nella cartella clinica motivazioni e obiettivi dei cambiamenti terapeutici.
- condividere con il paziente e il caregiver le priorità e i possibili rischi.
- richiedere revisione congiunta delle terapie quando il paziente è seguito da più specialisti.
- promuovere indicatori che premiano l'appropriatezza, non l'intensità terapeutica.

Cambiare l'approccio: dalla prescrizione al "care fitting"

Un punto cardine della riflessione degli autori riguarda la responsabilità diretta dei prescrittori. Non si tratta di "colpevolizzare", ma di modificare il paradigma: la qualità della cura non consiste nel trattare di più, ma nel trattare meglio.

In Italia, la Medicina Generale ha già strumenti maturi per fare questo salto:

- la stratificazione della fragilità -> PC Frailty Index⁷
- la VMD -> MPI⁸
- la deprescrizione come competenza clinica -> criteri di Beers⁹, START & STOPP¹⁰
- la cultura della personalizzazione della cura

Il vero cambiamento oggi necessario è rendere tutto ciò strutturale e non opzionale: far sì che ogni revisione clinica dell'anziano fragile inizi dalla domanda "Qual è il beneficio realistico di questo trattamento nei prossimi anni della vita di questa persona?".

Verso un nuovo modello organizzativo

Con l'avvento delle Case della Comunità e dell'assistenza territoriale potenziata, potrebbe aprirsi un'opportunità unica per integrare questi principi nelle routine cliniche:

- rivalutazioni periodiche con team multiprofessionali

- condivisione delle terapie tra MMG, infermieri di famiglia, specialisti
- protocolli di deprescrizione condivisi
- formazione continua sulla gestione della multimorbilità
- sistemi digitali e integrazione di Intelligenza Artificiale che segnalano rischi di iatrogenesi

L'assenza di dati italiani recenti:

un vuoto che diventa rischio clinico e organizzativo

Un elemento particolarmente critico, nel confronto tra la letteratura internazionale e il contesto italiano, è la quasi totale assenza di dati recenti, consolidati e sistematici sulla frequenza di ipoglicemia e ipotensione iatrogene nel nostro Paese.

Le evidenze disponibili sono infatti fotografie datate, spesso risalenti a studi monocentrici o multicentrici limitati al periodo 2009-2016; mancano analisi nazionali aggiornate sugli accessi in DEA, sui ricoveri ospedalieri e sugli esiti clinici associati a questi eventi nei pazienti anziani fragili.

Inoltre, le attuali codifiche amministrative delle schede di dimissione ospedaliera non distinguono sistematicamente tra episodi spontanei e episodi chiaramente attribuibili a iatrogenesi farmacologica, rendendo difficile quantificare il fenomeno e valutarne l'impatto reale. E' pur vero che riferendoci al diabete, i nuovi farmaci riducono notevolmente il rischio di ipoglicemia ma sulfoniluree (4 DDD/1000 abitanti/die) e insuline, seppur in costante calo, sono ancora molto utilizzate. Per di più, nessun dato pubblicato da OsMed (o derivato) al momento discrimina il dato per fascia d'età + fragilità + comorbidità — cioè, non consente di sapere quanta parte dell'uso di insuline o sulfoniluree riguarda anziani fragili, che sono il gruppo a rischio maggiore per ipoglicemia iatrogena. Per il problema ipotensione, invece, l'intensità di cura è sostenuta e promossa anche nei pazienti anziani più o meno fragili con un generale aumento dei dati di consumo dei farmaci antipertensivi anche nei grandi anziani¹¹.

In generale comunque va ricordato che spesso gli studi escludono gli anziani fragili: un'analisi di dati osservazionali della Medicina Generale ha rilevato il minor rischio di mortalità con una pressione sistolica di 140–160 mmHg nelle persone di età superiore a 75 anni. Inoltre, stratificando la popolazione tramite un indice elettronico di fragilità, non è emerso alcun beneficio di sopravvivenza dall'uso di farmaci antipertensivi nelle persone con fragilità moderata o severa. Un target più permissivo rispetto ai 140–160 mmHg può essere appropriato per alcune persone che vivono con fragilità e che presentano effetti avversi da farmaci o carico terapeutico¹². In assenza di sorveglianza epidemiologica, il rischio è duplice: da un lato non vediamo il danno, che quindi continua a ripetersi e accumularsi invisibile; dall'altro, non riusciamo a orientare in modo efficace le

scelte cliniche e organizzative, lasciando che la cura degli anziani fragili resti affidata più alle abitudini individuali che a una reale strategia di sistema.

CONCLUSIONI

“CALL TO ACTION” per la Medicina Generale

La lezione che arriva dall’articolo1 è chiara e perfettamente applicabile al nostro contesto: la iatrogenesi da sovratrattamento non è un destino, ma una variabile controllabile. Molti dati utili alla stratificazione e valutazione del paziente sono dormienti nelle nostre cartelle cliniche in attesa di essere utilizzati. La riorganizzazione con infermieri e personale laico, la redistribuzione delle competenze e dei carichi di lavoro potrebbe permettere alla Medicina Generale di praticare maggiormente la sorveglianza sugli effetti iatrogenici dei farmaci. In aggiunta, la possibilità di analizzare i dati aprirebbe nuove frontiere di ricerca. Per le Cure Primarie, questo significherebbe assumere un ruolo guida nella ridefinizione degli obiettivi terapeutici dell’anziano fragile. In un Paese con più di 14 milioni di over65, il MMG non può più limitarsi a evitare il danno: deve costruire un nuovo modello di cura basato su semplicità terapeutica, personalizzazione, prudenza, e sulla capacità di ascoltare, prima dei numeri, la storia clinica e la traiettoria di vita della persona.

Bibliografia

1. Ouslander JG, et al. Strategies to reduce iatrogenic hypoglycemia and hypotension in vulnerable older adults. J Am Geriatr Soc 2025;

2. NICE Guideline NG136. Hypertension in adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>

3. Musini VM, et al. Pharmacotherapy for hypertension in adults aged 60 years or older. Cochrane Database Syst Rev 2019; CD000028.

4. Beddhu S, et al. Influence of baseline diastolic blood pressure on effects of intensive compared with standard blood pressure control. Circulation 2018;137:134-43.

5. NICE Guideline NG56. Multimorbidity. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>

6. NICE Guideline NG5. Medicines Optimisation. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>

7. Theou O, et al. How to construct a frailty index from an existing dataset in 10 steps. Age Ageing 2023;52:afad221.

8. Pilotto A et al. The Multidimensional Prognostic Index (MPI), based on a comprehensive geriatric assessment predicts short- and long-term mortality in hospitalized older patients with dementia. J Alzheimers Dis 2009;18:191-9.

9. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Arch Intern Med 1997;157:1531-6.

10. O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med 2023;14:625-32

11. OsMed – Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia, 2024. <https://www.aifa.gov.it/-/rapporto-osmed-2024-uso-farmaci-italia>

12. Masoli JAH, et al. Blood pressure in frail older adults: associations with cardiovascular outcomes and all-cause mortality. Age Ageing 2020;49:807-13.

Tabella 2 - Anziani con fragilità moderata-severa: prescrivere con attenzione per ridurre il rischio di potenziali danni

Condizione clinica	Rischi potenziali da farmaci	Attenzioni / Interventi
Ipertensione arteriosa	Cadute; fratture; alterazioni elettrolitiche; insufficienza renale acuta	Misurazione pressione da seduti, sdraiati e in piedi; tollerare valori più alti rispetto alla norma. Se la pressione non è a target, valutare rischi <i>versus</i> benefici
Diabete mellito	Cadute e declino cognitivo da ripetute ipoglicemie	Mantenere HbA1c tra 60 e 75 mmol/L (7.5-9.0%); evitare iper- ed ipoglicemie sintomatiche
Ipercolesterolemia	Mialgie; sarcopenia; declino funzionale	Prevenzione primaria: nessun trattamento; prevenzione secondaria: non a lungo termine in quanto i rischi sono maggiori dei benefici
Scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione	Ipotensione; ipovolemia; cadute	Limitare prescrizione ARNI/ACE (ipotensione, iperkaliemia), MRA (disidratazione, iperkaliemia), β-bloccanti (ipotensione ortostatica), glifozine (disidratazione, IVU) Continuare diuretici dell’ansa se presente ritenzione liquidi
Osteoporosi	ipermedicalizzazione	Stop bifosfonati per scarse evidenze di benefici soprattutto se allettati o in fine vita
Deficit cognitivo	Declino cognitivo accelerato; cadute; fratture	Favorire la deprescrizione di ansiolitici/sedativi ed antipsicotici. Massima attenzione con anticolinergici. Continuare uso farmaci anti-demenza se presenti benefici

Fragilità moderata = individui che necessitano di aiuto per diversi aspetti della cura personale (lavarsi, vestirsi), difficoltà nell’uscire da soli e nel salire/ scendere le scale;
Fragilità severa = individui che necessitano di assistenza per tutte le funzioni giornaliere o che ricevono cure palliative. Adattata da British Geriatric Society

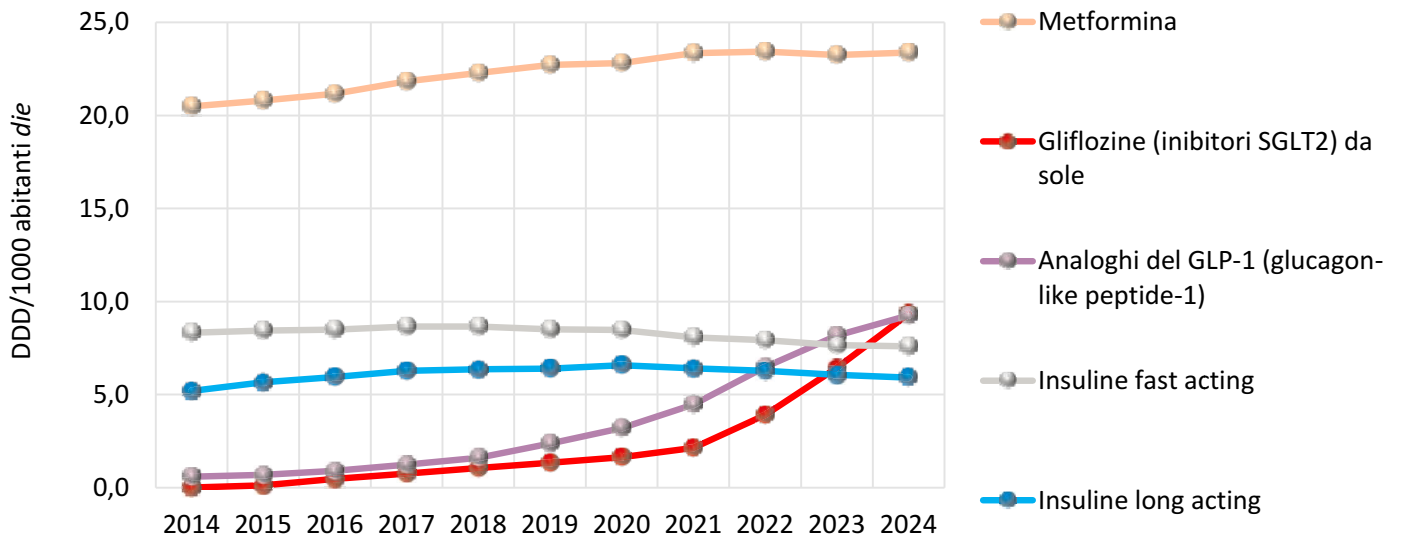


Figura 1 - Andamento temporale 2014-2024 del consumo (DDD/1000 abitanti *die*) degli antidiabetici in Italia. Fonte OsMed 2024¹¹