



17-20
Dicembre
2025
Napoli

70° CONGRESSO
NAZIONALE
SIGG
LIBERI E LONGEVI

Università degli
Studi di Napoli
Federico II
Polo Didattico
di **SCAMPIA**



SIMPOSIO GRUPPO

“LA CURA NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA”

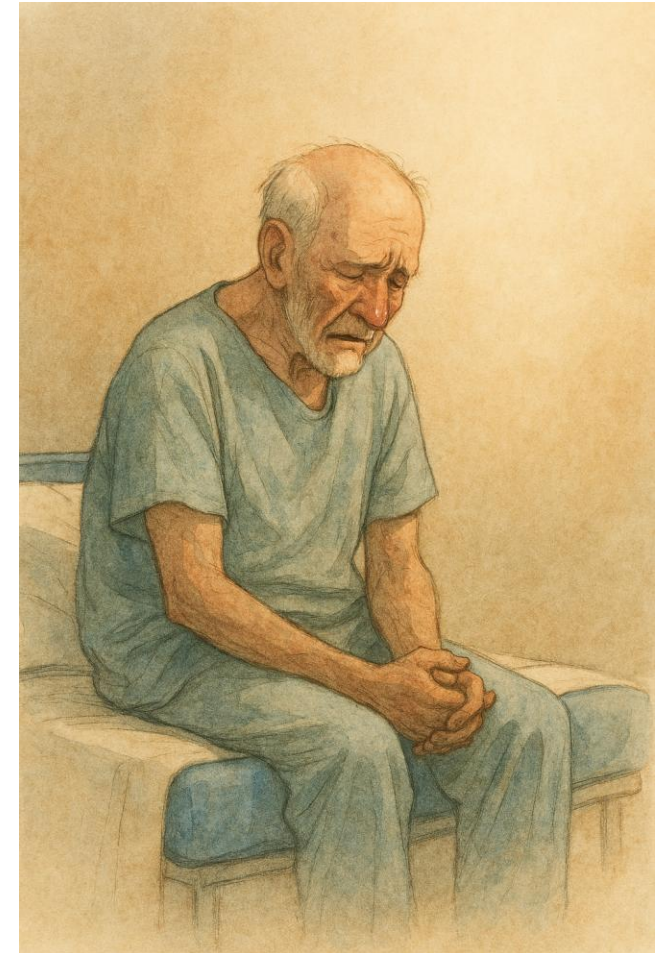
«LA LINEA SOTTILE TRA OSTINAZIONE IRRAGIONEVOLE E PALLIAZIONE»

**Farmaci non “disease-modifying”: a cavallo fra la cronicità e la
palliazione**

***Dr Monica Torrini
AOU Careggi - Firenze***

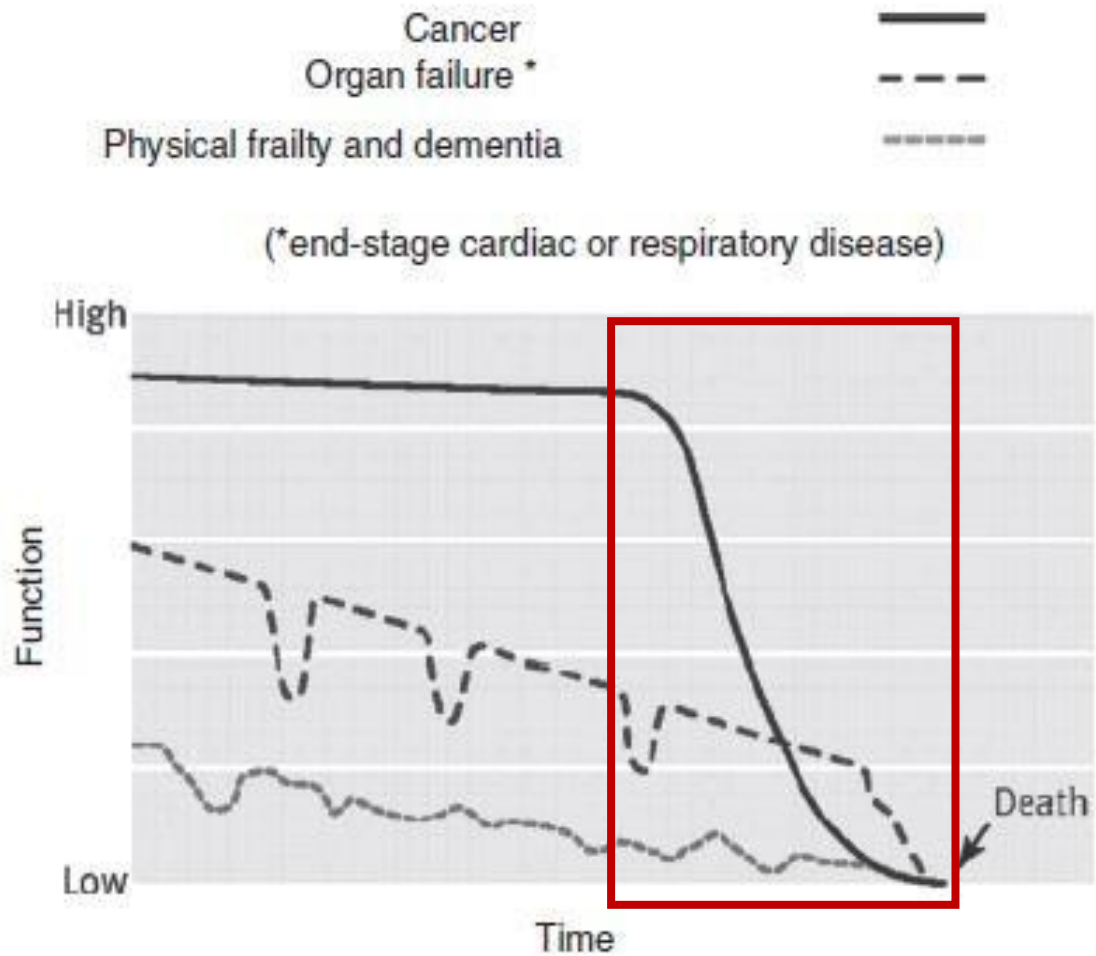
La malattia cronica avanzata

- ✓ Una condizione patologica di lunga durata
- ✓ Progressivo e significativo declino funzionale
- ✓ E' ingravescente con frequenti riacutizzazioni o complicanze che richiedono ospedalizzazioni
- ✓ La prognosi è limitata, sebbene non sempre prevedibile con precisione a breve termine
- ✓ La Qualità di Vita (QdV) del paziente è gravemente compromessa a causa di sintomi multipli e difficili da controllare





In sostanza, è lo stadio della malattia cronica in cui l'obiettivo primario del trattamento si sposta dalla guarigione (o dal controllo a lungo termine) al miglioramento della Qualità di Vita e alla prevenzione/gestione dei sintomi.



**Cronicità avanzata
nel continuum della
malattia...**

Strumenti in aiuto



Identificazione di pazienti con bisogni di Cure Palliative

NECPAL 4.0 2021 Versione italiana

DOMANDA SORPRENDENTE
Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro 1 anno?

SI, sarei sorpreso
↓
NECPAL negativo

NO, non sarei sorpreso

	Bisogni palliativi	Il paziente stesso, i professionisti e/o i suoi familiari ritengono che il malato abbia attualmente bisogni di cure palliative	<input type="checkbox"/>
	Perdita funzionale	Giudizio clinico di deterioramento funzionale prolungato, grave, progressivo e irreversibile e/o perdita > 30% dell'indice di Barthel in 6 mesi	<input type="checkbox"/>
	Perdita nutrizionale	Giudizio clinico di calo nutrizionale/ponderale prolungato, grave, progressivo e irreversibile e/o perdita di peso > 10% in 6 mesi	<input type="checkbox"/>
	Multimorbilità	≥ 2 malattie croniche concomitanti alla malattia principale	<input type="checkbox"/>
	Utilizzo di risorse	≥ 2 ricoveri urgenti in ospedale nell'ultimo anno e/o necessità di cure continuative complesse/intense	<input type="checkbox"/>
	Malattia avanzata	Criteri di gravità e/o progressione di malattia cronica oncologica, polmonare, cardiaca, epatica, renale o neurologica (vedi sotto)	<input type="checkbox"/>

Almeno 1 SI
NECPAL positivo

Strumenti in aiuto



		Elementi	LC*	✓
1. Dipendenti dal paziente	1.1. Contesto	1.1a Il paziente è un bambino o un adolescente	AC	
		1.1b Il paziente è un professionista sanitario	C	
		1.1c Ruolo socio-familiare svolto dal paziente	C	
		1.1d Il paziente ha una disabilità fisica, mentale o sensoriale precedente	C	
		1.1e Il paziente ha problemi di dipendenza, recenti e/o in atto	C	
		1.1f Disturbi mentali preesistenti	C	
	1.2. Condizione clinica	1.2a Sintomi di difficile controllo	AC	
		1.2b Sintomi refrattari	AC	
		1.2c Condizioni di urgenza in paziente oncologico in fase terminale	AC	
		1.2d Condizione di fine vita (ultimi giorni) di difficile controllo	AC	
		1.2e Condizioni cliniche secondarie a progressione neoplastica di difficile gestione	AC	
		1.2f Scopenso acuto in insufficienza d'organo in paziente non oncologico in fase terminale	C	
		1.2g Grave disturbo cognitivo	C	
		1.2h Improvviso cambiamento del livello di autonomia funzionale	C	
		1.2i Esistenza di comorbidità di difficile controllo	C	
		1.2j Sindrome cachessia-anoressia grave	C	
		1.2k Gestione clinica difficile per scarsa/assente aderenza terapeutica	C	
		1.3. Condizione psico-emotiva	1.3a Il paziente presenta un rischio di suicidio	AC
1.3b Il paziente richiede di accelerare/anticipare il processo di morte	AC			
1.3c Il paziente presenta angoscia esistenziale e/o sofferenza spirituale	AC			
1.3d Contrasti nella comunicazione tra paziente e famiglia	C			
1.3e Contrasti nella comunicazione tra paziente e equipe terapeutica	C			
1.3f Il paziente presenta gravi e persistenti difficoltà nell'adattamento emotivo	C			
2. Dipendenti dalla famiglia e dall'ambiente	2.a Assenza o insufficienza del supporto familiare e/o del caregiver	AC		
	2.b Famiglia e/o caregiver non competenti per l'assistenza	AC		
	2.c Famiglia disfunzionale	AC		
	2.d Famiglia non più in grado di rispondere ai bisogni del paziente	AC		
	2.e Problemi relativi al lutto	C		
	2.f Limitazioni strutturali dell'ambiente	AC		
3. Dipendenti dall'organizzazione sanitaria	3.1. Sanitari	3.1a Sedazione palliativa di difficile gestione	AC	
		3.1b Difficile gestione farmacologica	C	
		3.1c Difficile gestione degli interventi	C	
		3.1d Limiti nella competenza professionale per affrontare la situazione	C	
	3.2. Risorse	3.2a Difficoltà nella gestione di tecniche strumentali e/o materiale specifico a domicilio	C	
		3.2b Difficoltà nel coordinamento o nella logistica dell'assistenza	C	

* LC → Livello di complessità C: Elemento di Complessità AC: Elemento di Alta Complessità

Situazione: Non complessa Complessa Altamente Complessa

Intervento di risorse avanzate/specialistiche: Si NO

IDC Pal ITA

Farmaci Disease modifying

Sono agenti terapeutici il cui obiettivo principale è alterare il decorso naturale di una malattia cronica e progressiva

Rallentare la progressione: intervengono sui meccanismi che causano il danno organico o tissutale.

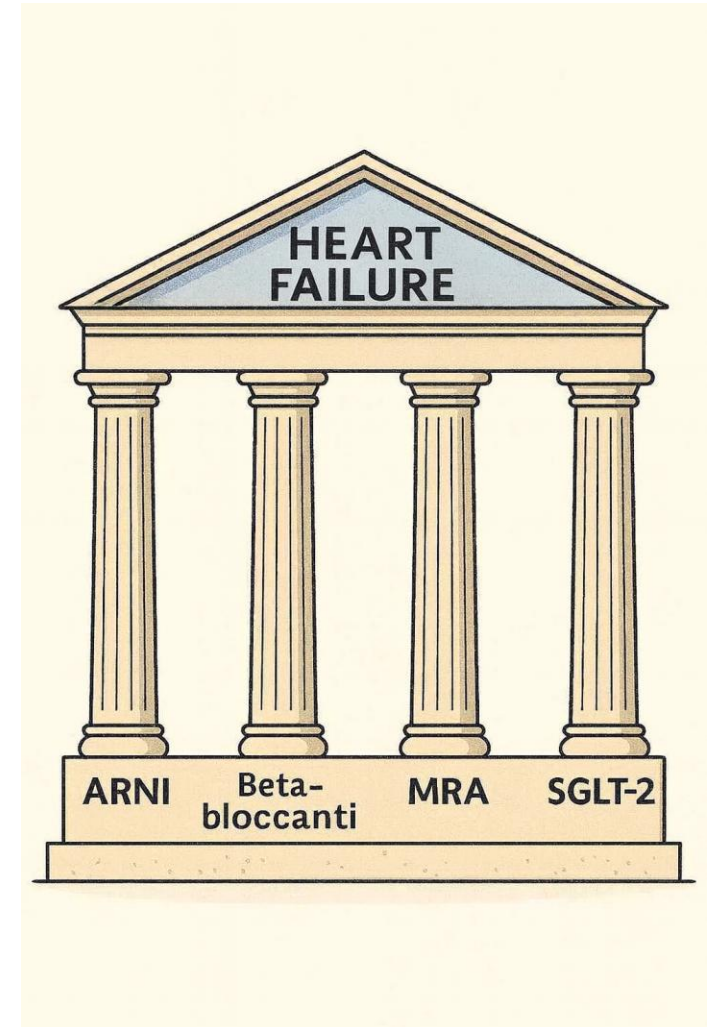
Ridurre la gravità: diminuiscono la frequenza e l'intensità delle riacutizzazioni (ricadute) o dei sintomi gravi.

Prevenire il danno permanente: mirano a limitare la disabilità e il peggioramento a lungo termine della condizione.

Farmaci Disease modifying

Il termine nasce in reumatologia (DMARDs) per quei farmaci che bloccano o modulano i processi infiammatori e immunologici che causano il danno articolare ed il deterioramento funzionale, per esempio il metotrexato e/o i farmaci biologici (es. anti-TNF-alfa).

Si estende poi a tutte le zone della medicina dove esistono malattie croniche



Farmaci «Not Disease modifying»

Categoria di farmaci che non hanno la capacità di alterarne il decorso naturale o di ridurre la progressione e la mortalità a lungo termine

- **Miglioramento Sintomatico**
- **Effetto Temporaneo**
- **Mancanza di Impatto Sulla Prognosi**





Trattare il dolore

- *Oppiacei*
- *FANS/paracetamolo*
- *Adiuvanti*

Trattare il delirium

- *Antipsicotici*
- *Trazodone*
- *benzodiazepine*





Trattare la dispnea

- Oppiacei
- Benzodiazepine
- Ossigeno

Trattare la disappetenza

- Progestinici (es. Megestrol)
- Corticosteroidi
- Antidepressivi
- Cannabinoidi (es. Dronabinol)



Farmacologia e proporzionalità terapeutica in cronicità avanzata



**INSERIRE PIU' FARMACI
FINALIZZATI A
CONTROLLARE I SINTOMI**

**SOSPENDERE FARMACI
NON PIU UTILI
(DEPRESCRIBING)**

Principio di Proporzionalità: se un farmaco *disease-modifying* ha un carico di sofferenza maggiore del beneficio atteso, diventa un trattamento *sproporzionato*.

Deprescrizione: l'eliminazione dei farmaci non più appropriati (es. statine, anti-diabetici intensivi, chemioterapici, etc) che aumentano il rischio di effetti collaterali senza beneficio prognostico

La persona con cronicità avanzata è particolarmente a rischio di effetti collaterali ai farmaci senza peraltro essere in grado di riferirli

ridotto metabolismo e clearance, effetti cumulativi, drug-drug reaction, prescrizioni a cascata..

RICONSIDERARE L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESCRIZIONI

1. per gli obiettivi delle cure in “quel” paziente
2. la sua aspettativa di vita
3. cosa si vuol ottenere con quel farmaco
4. quanto ci vuole perché evidenzi il beneficio

- ✧ *Il paziente anziano con > 75 anni assume in media 6.5 farmaci*
- ✧ *Un anziano che assume oltre cinque farmaci ha il 35% di probabilità di subire come conseguenza una qualche reazione avversa (ADR)*

LEGGE 22 dicembre 2017 n. 219 (GU n.12 del 16-1-2018)

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 2

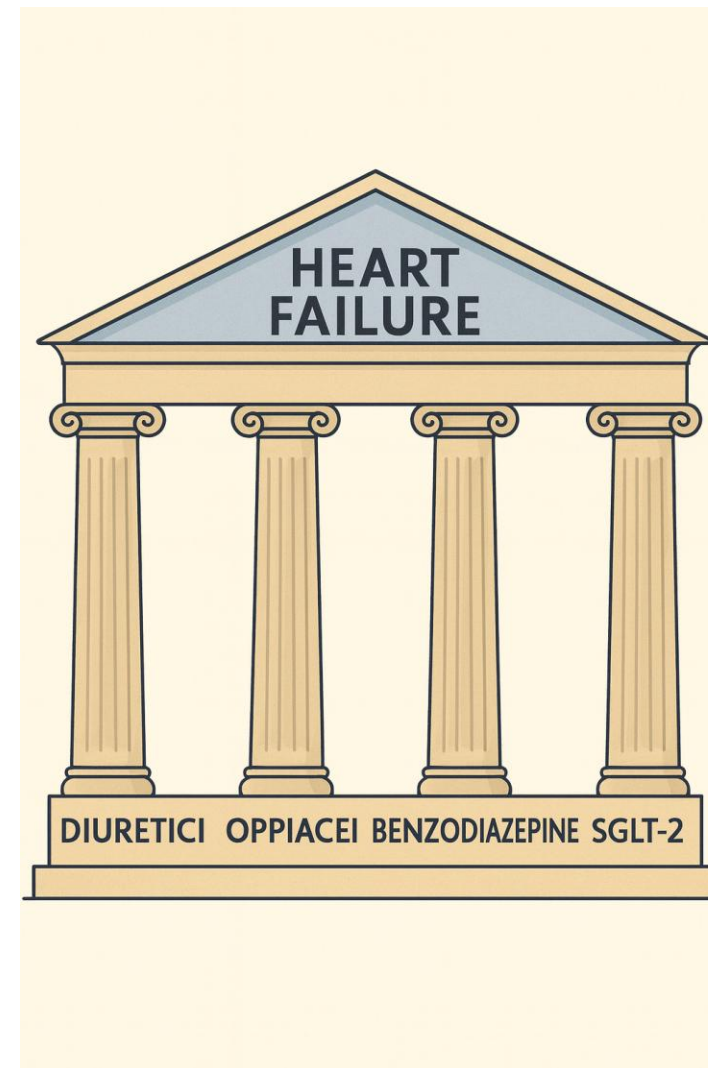
Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignita' nella fase finale della vita

2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico puo' ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

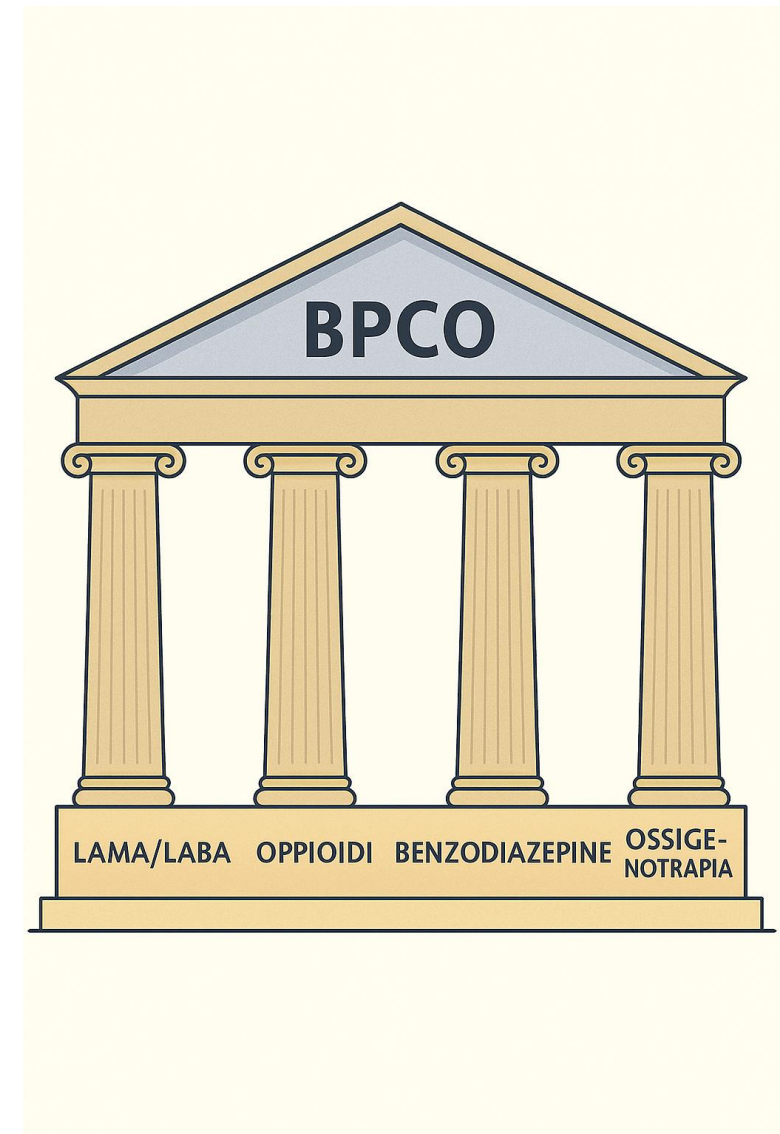
Trattamenti sproporzionati nello scompenso cardiaco

Classe di Farmaci	Nome/Esempio	Razione Clinica per la Sospensione
Beta-Bloccanti	Carvedilolo, Bisoprololo	Riduzione/Sospensione. La loro riduzione della mortalità è superata dal rischio di effetti collaterali acuti. Possono causare o peggiorare l' ipotensione sintomatica e la bradicardia (battito lento), aumentando la fatica. Vengono spesso ridotti gradualmente o sospesi se non tollerati.
Inibitori SRAA (ACE-I, ARB, ARNI)	Enalapril, Valsartan, Entresto	Riduzione/Sospensione. Possono provocare ipotensione e, in particolare, peggiorare la funzione renale (sindrome cardiorenale), il che complica la gestione dei fluidi. Il loro beneficio a lungo termine non è più rilevante. Si riducono o sospendono se la pressione arteriosa è bassa o se la funzionalità renale peggiora.
Antagonisti del Recettore dei Mineralcorticoidi (MRA)	Spironolattone, Eplerenone	Sospensione Cauta. Vengono sospesi a causa dell'alto rischio di iperkaliemia (eccesso di potassio nel sangue), comune quando la funzione renale è deteriorata.
Inibitori SGLT2 (Gliflozine)	Dapagliflozin, Empagliflozin	Valutazione Individuale. Pur avendo un buon profilo di sicurezza, la decisione di mantenerli in fase terminale dipende dalla tolleranza e dal rischio di eccessiva deplezione di volume e di effetti metabolici.



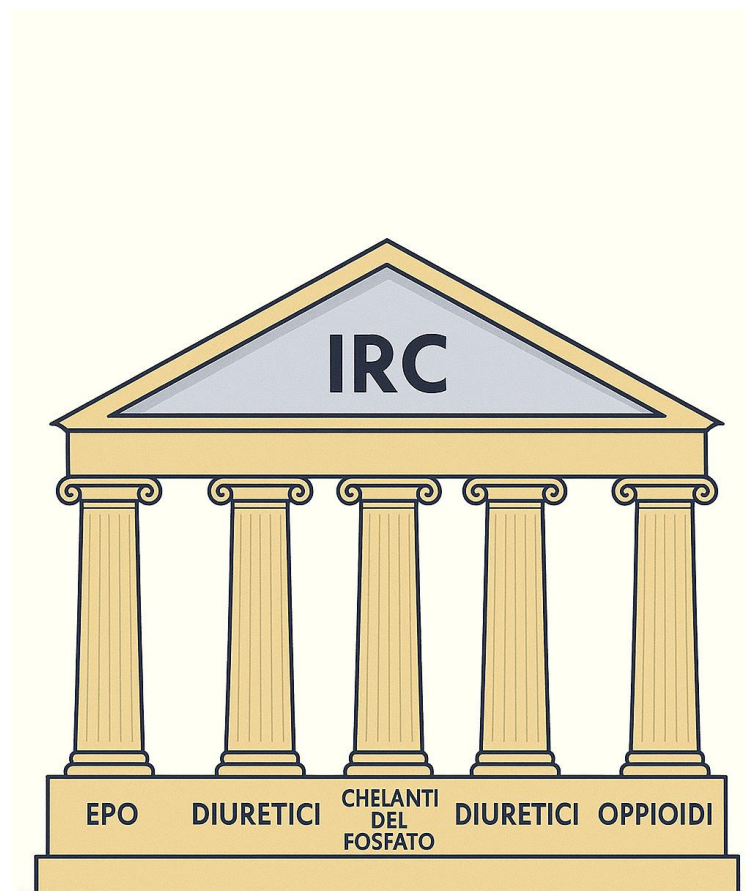
Trattamenti sproporzionati nell'insufficienza respiratoria

Classe di Farmaci	Esempi di Farmaci	Obiettivo Primario e Razione Clinica	Focus: Massimizzare il Comfort
Broncodilatatori (LAMA/LABA)	Tiotropio/Olodaterolo, Vilanterolo/Umeclidinio, ecc.	Mantenimento Obbligatorio. Sono la terapia più efficace per ridurre l'ostruzione delle vie aeree e alleviare la dispnea, massimizzando il flusso d'aria residuo.	Mantenere alla dose massima tollerata.
Oppioidi (per la dispnea)	Morfina a basse dosi, Ossicodone	Trattamento d'Elezione per la Dispnea Refrattaria. Riduce la percezione soggettiva della fame d'aria senza causare una depressione respiratoria significativa a dosi basse.	Aggiungere gradualmente non appena la dispnea diventa difficile da controllare.
Benzodiazepine	Lorazepam, Midazolam	Controllo dell'Ansia/Panico. Gestiscono l'angoscia e la paura associate alla sensazione di soffocamento, migliorando l'efficacia degli oppioidi.	Usare al bisogno (al PRN) per gestire l'ansia acuta.
Ossigenoterapia	Ossigeno Supplementare	Necessità Fisiologica e Comfort. Continuare l'uso, specialmente se il paziente è ipossiémico (bassa saturazione) e se percepisce un beneficio nel comfort.	Assicurare un flusso ben tollerato che non causi stress.



Trattamenti sproporzionati nell'insufficienza renale

Classe di Farmaci DMD	Esempi di Farmaci	Ragione Principale della Sospensione (Semplificata)	Focus: Rischio Clinico in Fase Terminale
Inibitori SRAA (ACE-I, ARB)	Ramipril, Valsartan, Candesartan	Rischio di Ipotensione e Iperkaliemia. Il beneficio a lungo termine è esaurito.	Cadute, debolezza, aritmie cardiache pericolose.
Inibitori SGLT2 (Gliflozine)	Dapagliflozin, Empagliflozin	Rischio di Ipotensione e Deidratazione. Il beneficio nefroprotettivo a lungo termine non è più rilevante.	Eccessiva perdita di liquidi, affaticamento.
Finerenone (Antagonista MRA non steroideo)	Finerenone	Rischio di Iperkaliemia. Rischio di elevati livelli di potassio a causa del peggioramento della funzione renale.	Aritmie cardiache fatali.
Statine	Atorvastatina, Rosuvastatina	Mancanza di Beneficio a Breve Termine. Farmaci di prevenzione a lungo termine; il loro uso è superfluo.	Carico farmacologico inutile.
Farmaci Anti-Ipertensivi in Eccesso	Clonidina, Doxazosina (terapie aggiuntive)	Obiettivo Pressione Rilassato. L'obiettivo di pressione arteriosa stringente per il rene viene abbandonato.	Ipotensione, che compromette il comfort e la mobilità.



Trattamenti sproporzionati: DOAC

Ci si trova a bilanciare il rischio di ictus/tromboembolismo con il rischio, spesso più immediato, di emorragie gravi o fatali

Il paradosso del rischio: I pazienti più fragili sono quelli a più alto rischio tromboembolico (CHA₂DS₂-VASc elevato), ma sono anche quelli che subiscono i danni maggiori dalle complicanze emorragiche.

Time-to-Benefit: La prevenzione dell'ictus richiede mesi o anni per mostrare un beneficio netto. Se l'aspettativa di vita è inferiore ai 6-12 mesi, il rischio emorragico acuto spesso supera il beneficio preventivo

Criteria STOPP/START

STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions): Uno dei criteri cardine della v3 stabilisce che, se l'obiettivo della cura è puramente palliativo, gli anticoagulanti dovrebbero essere sospesi per evitare il rischio di eventi emorragici che complicherebbero il fine vita.

START (Screening Tool to Alert to Right Treatment): A differenza delle versioni precedenti, la v3 specifica esplicitamente che i criteri START non si applicano se il paziente è in fase terminale o presenta una fragilità fisica moderata/severa accertata.

Condizione	Azione STOPP (Sospendere)	Azione START (Iniziare)
Fragilità Severa / Fine Vita	Sì, prediligere il comfort.	No , non iniziare nuove terapie preventive.
Cadute Ricorrenti	Considerare , valutare rischio emorragico.	Valutare attentamente se i benefici superano i rischi.
Insufficienza Renale Grave	Sì (se sotto le soglie eGFR indicate).	Solo se il dosaggio è sicuro.
Demenza Avanzata	Sì, se l'aderenza è impossibile o il rischio di traumi è alto.	In genere no, se gli obiettivi sono palliativi.

L'applicazione dei criteri richiede ora formalmente una Valutazione Multidimensionale Geriatrica per definire il grado di fragilità prima di decidere se applicare un criterio START.

Deprescription in malattie infettive

SICP e **SIMIT** consigliano di iniziare una terapia antibiotica in CP solo se rientra nei *goals* terapeutici del paziente

L'unica motivazione pertanto è trattare un'infezione sintomatica che causa disagio significativo, al fine di migliorare il comfort.

Esempi: Infezioni del tratto urinario che causano dolore o disuria, candidiasi del cavo orale che rende difficile nutrirsi o deglutire, o infezioni che causano tosse o febbre fastidiosa.

La gestione deve essere guidata dalla Stewardship Antibiotica che è un principio di responsabilità ecologica e clinica che impone che l'uso di questi farmaci sia guidato da criteri rigorosi di proporzionalità e conservazione, soprattutto data la dilagante emergenza MDR.

Take Home messages

- ❖ La gestione farmacologica della cronicità avanzata nell'anziano necessita di competenze di medicina geriatrica e specialistica, di medicina palliativa e di competenze sociologiche ed etiche
- ❖ L'applicazione di questa filosofia di cura non si limita all'aggiunta di agenti sintomatici, ma si fonda sull'armonia di due imperativi etici e scientifici: la Deprescrizione Proporzionata e la Gestione Responsabile Farmacologica
- ❖ L'introduzione degli NDM deve essere bilanciata dall'eliminazione attiva dei trattamenti che hanno perso il loro significato prognostico.
- ❖ La deprescrizione non è un atto di rinuncia, ma un atto di cura proporzionata, mirato a sottrarre il carico inutile al paziente, si cessa di somministrare farmaci con obiettivi a più di 1-2 anni per concentrarsi sulla sicurezza a breve termine.