- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.87 Sat, 14 Nov 2026, 00:20:26

Recenti Prog Med 2026; 117: 535-536

La deprescrizione condotta in sinergia da farmacisti di comunità e medici di medicina generale favorisce la riduzione o la sospensione dei farmaci negli anziani in iperpolifarmacoterapia (≥10 farmaci assunti in cronico), senza arrecare danni

Collaborative deprescribing by community pharmacists and general practitioners promotes dose reduction or discontinuation of medications in older adults with hyperpolypharmacy (≥10 medications), without causing harm.

VIVIANA FORTE[1], HENRY BARRY[2]

[1] Dipartimento di scienze mediche e sanità pubblica, Università degli di Cagliari; [2]Department of Family medicine, College of Human Medicine, Michigan State University, East Lansing, Michigan, Usa.

La rubrica POEMs è a cura di Peter K. Kurotschka (Department of General practice, University Hospital Würzburg, Germany).

E-mail: kurotschka_p@ukw.de

Domanda clinica. Negli anziani in trattamento con 10 o più farmaci in cronico, la deprescrizione condotta in collaborazione tra farmacisti di comunità e medici di medicina generale (Mmg) può ridurre l'uso di farmaci senza compromettere la sicurezza dei pazienti?

Punto chiave. Un intervento complesso, condotto da farmacisti di comunità in accordo con i Mmg, ha determinato nel gruppo d'intervento una deprescrizione maggiore negli anziani in trattamento con 10 o più farmaci cronici, soprattutto con riduzioni di dosaggio o sostituzioni più che sospensioni, senza effetti apparenti sulla qualità di vita.

Finanziamento: pubblico.
Disegno dello studio: trial randomizzato controllato a cluster.
Livelli di evidenza: 2b.
Setting: cure primarie.

Sinossi Più della metà degli anziani convive con più patologie croniche e assume a lungo più farmaci: si parla di polifarmacoterapia (≥5 farmaci) e di iperpolifarmacoterapia (≥10 farmaci). Nel mondo, la polifarmacoterapia riguarda circa quattro anziani su dieci e l'iperpolifarmacoterapia più di uno su otto. In Europa, l'iperpolifarmacoterapia varia tra l'11% e il 29% degli anziani seguiti in medicina generale, a seconda del Paese[1-3].

Per quanto ogni singolo farmaco prescritto possa essere appropriato, se valutato singolarmente, la polifarmacoterapia si associa a un aumento del rischio di ricoveri, morbilità e mortalità. Il rischio nasce dalle modificazioni fisiologiche legate all'età (assorbimento, distribuzione, escrezione), dalle comorbilità e dalla complessità degli schemi terapeutici (mancata aderenza, errori nell'assunzione)[4,5], ed è aggravato dalle prescrizioni inappropriate, presenti in circa un terzo degli anziani[6].

Eseguire periodicamente la revisione clinica strutturata della terapia (clinical medication review - Cmr) in questi pazienti ha mostrato promettenti benefici. Resta, tuttavia, da capire come implementarla efficacemente nel contesto territoriale[7,8].

Gli autori di questo nuovo studio hanno condotto un trial pragmatico randomizzato a cluster, coinvolgendo 58 farmacie di comunità olandesi[9]. Sono state arruolate persone di almeno 75 anni (età mediana 82 anni), residenti a domicilio e in trattamento con ≥10 farmaci cronici, alle quali la farmacia forniva i farmaci già suddivisi in bustine per ogni assunzione della giornata (un sistema per dispensare i farmaci molto usato nel nord Europa denominato *multidose drug dispensing*). L'intervento era multicomponente; nelle farmacie assegnate al gruppo di intervento i farmacisti venivano esposti a una giornata di formazione interattiva su organizzazione della revisione, comunicazione e schede di deprescrizione per farmaco, con casi clinici e role-play. L'intervento era propedeutico alla successiva conduzione con i pazienti di una Cmr in 5 fasi:

1. colloquio su obiettivi e preferenze;
2. analisi della terapia;
3. consenso con il Mmg;
4. piano condiviso con il paziente;
5. monitoraggio.

Nelle farmacie assegnate al gruppo di controllo è proseguita l'assistenza abituale. A 6 mesi i farmaci ridotti o sospesi sono stati 2,5 per paziente nel gruppo assegnato all´intervento e 1,7 nel gruppo assegnato

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.87 Sat, 14 Nov 2026, 00:20:26

al controllo (differenza 0,79; IC 95% 0,29-1,28). La differenza si deve soprattutto a riduzioni di dose e sostituzioni con alternative più semplici (0,9 contro 0,4), mentre le sospensioni sono state simili (1,6 contro 1,3). I farmaci più spesso deprescritti sono stati quelli per i disturbi acido-correlati, come gli inibitori di pompa protonica, gli antidiabetici e gli ipolipemizzanti. Qualità di vita e problemi di salute non sono risultati peggiorati nel gruppo d'intervento. Il follow-up breve e la probabile selezione di professionisti e pazienti già favorevoli alla deprescrizione limitano tuttavia la generalizzabilità dei risultati.

Contesto italiano. In Italia la polifarmacoterapia cronica, cioè l'assunzione di almeno 5 farmaci diversi per almeno 6 mesi nell'anno, riguarda il 33% degli anziani e raggiunge il 44% tra gli 85 e gli 89 anni[10]. La Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e della polifarmacoterapia, confermata nella revisione del 2024, raccomanda di integrare la revisione clinica della terapia in tutti i setting assistenziali, comprese le cure primarie[11]. Per orientarla, i Mmg dispongono di strumenti come INTERCheck WEB[12], sviluppato dall'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri e gratuito per i professionisti sanitari. Una volta inserita l'intera terapia, lo strumento segnala i farmaci potenzialmente inappropriati secondo criteri validati (es. Beers, STOPP/START), le interazioni e il carico anticolinergico e guida la sospensione graduale dei farmaci. Avere strumenti disponibili, tuttavia, sembra non essere sufficiente. In una survey nazionale su un campione volontario di 617 Mmg, solo il 23% dichiara di deprescrivere con frequenza, mentre il 66% chiede linee guida specifiche e il 60% formazione mirata[13]. Due trial pragmatici condotti in Lombardia e Campania, EDU.RE.DRUG[14] (3.586 Mmg) e LAPTOP-PPI[15] (942 Mmg), hanno fornito ai medici report di feedback sulle prescrizioni, materiali educativi e, nel primo caso, corsi online; ma entrambi non hanno dimostrato di migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Se e quali interventi formativi rivolti al Mmg migliorino l'appropriatezza e favoriscano una deprescrizione sicura nel nostro contesto resta quindi una problematica ancora da indagare[6,16].

Una selezione di POEMs è gratuitamente concessa a Il Pensiero Scientifico Editore da Wiley-Blackwell Inc. È possibile abbonarsi alla newsletter Va' Pensiero per ricevere i POEMs del mese in lingua italiana direttamente sul proprio indirizzo e-mail (https://pensiero.it/ va-pensiero).

Per avere accesso a tutti i POEMs in lingua inglese e ad altre risorse per un aggiornamento professionale basato sulle evidenze, quelle che vale la pena conoscere, informati su Essential Evidence Plus (https://EssentialEvidencePlus.com).

Bibliografia

1. Moffat K, Mercer SW. Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems. BMC Fam Pract 2015; 16: 129.
2. Sirois C, Domingues NS, Laroche ML, et al. Polypharmacy definitions for multimorbid older adults need stronger foundations to guide research clinical practice and public health. Pharmacy 2019; 7: 126.
3. Wang Z, Liu T, Su Q, et al. Prevalence of polypharmacy in elderly population worldwide: a systematic review and meta-analysis. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2024; 33: e5880.
4. Davies LE, Spiers G, Kingston A, Todd A, Adamson J, Hanratty B. Adverse outcomes of polypharmacy in older people: systematic review of reviews. J Am Med Dir Assoc 2020; 21: 181-7.
5. Keller MS, Qureshi N, Mays AM, Sarkisian CA, Pevnick JM. Cumulative update of a systematic overview evaluating interventions addressing polypharmacy. JAMA Netw Open 2024; 7: e2350963.
6. Cole JA, Gonçalves-Bradley DC, Alqahtani M, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev 2023; 10: CD008165.
7. Bloomfield HE, Greer N, Linsky AM, et al. Deprescribing for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. J Gen Intern Med 2020; 35: 3323-32.
8. Kallio SE, Kiiski A, Airaksinen MSA, et al. Community pharmacists' contribution to medication reviews for older adults: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2018; 66: 1613-20.
9. Baas G, Heringa M, Verdoorn S, et al. Deprescribing in older patients with hyperpolypharmacy: a cluster-randomised trial in primary care. Age Ageing 2026; 55: afag209.
10. Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2024. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2025. Disponibile su: https://bit.ly/4yw6SID [ultimo accesso 20 ottobre 2026].
11. Linee guida intersocietarie per la gestione della multimorbidità e la polifarmacoterapia. Disponibile su: https://bit.ly/3VOMkh4 [ultimo accesso 20 ottobre 2026].
12. INTERCheck - Strumento per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva. Disponibile su: https://bit.ly/3W1SOsW [ultimo accesso 20 ottobre 2026].
13. Rossi A, Scotti S, Perrella L, et al. Attitudes and confidence toward deprescribing: a survey among Italian general practitioners. BMC Prim Care 2025; 26: 403.
14. Galimberti F, Olmastroni E, Casula M, et al.; Edu Re Drug Group OBO. Evaluation of factors associated with appropriate drug prescription and effectiveness of informative and educational interventions - The EDU.RE.DRUG Project. Front Pharmacol 2022; 13: 832169.
15. Casula M, Ardoino I, Pierini L, et al. Inappropriate prescribing of drugs for peptic ulcer and gastro-esophageal reflux disease remains a matter of concern: results from the LAPTOP-PPI cluster randomized trial. Front Pharmacol 2025; 15: 1430879.
16. Forte V, Cossu G, Primavera D, et al. Effectiveness of educational interventions in general practice for improving medication appropriateness and deprescribing in older adults: a systematic review protocol. BMJ Open 2025; 15: e107428.