### TIME to STOP- FARMACI NON RACCOMANDATI PER L'USO NEGLI ANZIANI

**L'uso di questo gruppo di farmaci in condizioni entro i criteri ha un potenziale effetto collaterale "alto" dovuto alla malattia da farmaco, alla sindrome farmaco-geriatrica e/o all'interazione tra farmaci negli anziani e sono descritti come "uso di farmaci potenzialmente inappropriato". I medici dovrebbero prendere decisioni considerando tutte le caratteristiche del paziente, il potenziale beneficio e danno del farmaco nel paziente (beneficio e danno) e gli obiettivi di trattamento determinati in linea con le preferenze del paziente. I medici possono ancora ritenere opportuno utilizzare questo gruppo di farmaci in alcuni casi. Questi sono farmaci che dovrebbero essere usati con cautela quando si preferisce e dovrebbero essere seguiti da vicino clinicamente per la presenza di effetti collaterali.**

### *Per facilitare l'uso clinico, le spiegazioni aggiunte ad alcuni criteri sono fornite in corsivo e prefisso \* subito dopo i criteri.*

### *Riferimenti; se pertinente e disponibile contiene riferimenti a spiegazioni.*

**Criteri di TIME-to-STOP (con riferimento e spiegazione)**

**A: Criteri del sistema cardiovascolare.**

**A1. L'uso della digossina nella prima fase del trattamento della AF non è appropriato.**

\*L'uso della digossina può essere utilizzato nei casi di AF, nei casi in cui beta-bloccanti e calcio-antagonisti non possono essere tollerati (es. ipotensione) o in terapia di associazione nei casi in cui questi trattamenti non siano sufficienti.

**A2. L'uso di digossina a dosi superiori a 0,125 mg/die non è appropriato (rischio di tossicità)**

**A3. L'uso della digossina non è appropriato con l'indicazione di insufficienza cardiaca con EF conservata (normale)**

*\*La digossina può essere indicata per AF concomitante (vedere A1).*

**A4. L'uso di diltiazem o verapamil non è appropriato nell'insufficienza cardiaca con bassa EF.**

**A5. Non è appropriato iniziare una terapia limitante la velocità (beta-bloccante, verapamil, diltiazem, digossina) in pazienti con bradicardia (<50/min), blocco cardiaco di tipo 2 o blocco cardiaco completo**

\*I beta-bloccanti sono relativamente controindicati nei casi con un intervallo PR >240 ms. *Nei pazienti che attualmente utilizzano beta-bloccanti, diltiazem, verapamil, digossina, la riduzione della dose deve essere effettuata in presenza di bradicardia (<50/min).*

**A6. I diuretici dell'ansa non sono adatti per l'edema della caviglia (l'elevazione della gamba e/o le calze a compressione sono generalmente più appropriate) senza avere i segni clinici, biochimici o radiologici di insufficienza cardiaca, insufficienza epatica, sindrome nefrosica o insufficienza renale.**

**A7. Sebbene non vi sia alcuna indicazione specifica, i beta-bloccanti non sono adatti per il trattamento dell'HT essenziale in prima linea (a causa dell'aumento del rischio di blocco cardiaco, affaticamento-affaticamento, disfunzione sessuale e minore efficacia nella prevenzione dell'ictus; inoltre, la funzione del recettore -adrenergico diminuisce con l'invecchiamento).**

**A8. Nei pazienti con incontinenza urinaria, l'uso di diuretici nella prima fase non è appropriato per il trattamento dell'HT essenziale (può compromettere la qualità della vita aumentando l'incontinenza e la sensazione di urgenza e può aumentare le cadute).**

*\*In generale, i diuretici negli anziani possono compromettere la qualità della vita riducendo il volume/aumentando la frequenza e il volume della minzione e provocando una sensazione di spremitura e possono essere un fattore di rischio per le cadute. I casi che utilizzano diuretici dovrebbero essere seguiti attentamente sotto questi aspetti.*

**A9.** L'uso di alfa-1 bloccanti o antipertensivi ad azione centrale (ad es. metildopa, rilmenidina, reserpina) non è appropriato nel trattamento dell'HT, tranne quando altre classi di antipertensivi non sono tollerate o sono inefficaci (Aumento dell'insufficienza cardiaca e degli eventi cardiovascolari con antipertensivi alfa-1-bloccanti, ipotensione ortostatica, caduta, sincope, peggioramento dell'incontinenza urinaria nelle donne; effetti collaterali sul MSS degli antipertensivi ad azione centrale, sedazione-depressione-parkinsonismo e ipotensione ortostatica, effetti collaterali della bradicardia)

**A10. Gli antipertensivi vasodilatatori (alfa-1 bloccanti)/nitrati non sono adatti per l'uso in pazienti con ipotensione ortostatica (diminuzione della pressione arteriosa sistolica >=20 mmHg o diminuzione della pressione arteriosa diastolica >=10 mmHg) (rischio di aumento dell'ipotensione ortostatica)**

*\*L'uso di antipertensivi vasodilatatori in presenza di ipotensione ortostatica può essere appropriato solo quando l'HT supina grave non può essere controllata con altri antipertensivi. Se vengono utilizzati, devono essere applicate in concomitanza misure protettive contro l'ipotensione ortostatica. Tutti gli antipertensivi devono essere valutati per la riduzione della dose in presenza di ipotensione ortostatica.*

**A11. Il controllo stretto della pressione sanguigna (<140/90 mmHg) non è appropriato nei pazienti con ipotensione ortostatica/deficit cognitivo (es. demenza)/limitazione funzionale/bassa aspettativa di vita (<2 anni)/alto rischio di caduta.**

**A12. Il fludrocortisone non è adatto per il trattamento dell'ipotensione ortostatica senza escludere fattori secondari e applicare approcci non farmacologici.**

*\*Gli approcci non farmacologici alla gestione dell'ipotensione ortostatica includono: Alzarsi in piedi lentamente, esercizi di resistenza degli arti inferiori, indossare calze compressive, assunzione adeguata di liquidi [2–3 l/giorno], evitare l'alcol, consumare pasti piccoli e frequenti, assunzione adeguata di sale [6-10 g/giorno], evitare cibi ricchi di carboidrati cibi fermi, evitando l'esercizio intenso nella stagione calda, mantenendo la testa sollevata a 30-45 gradi mentre si è sdraiati*

**A13. L'uso della combinazione beta-bloccante e verapamil/diltiazem non è appropriato nei pazienti con HT (rischio di blocco cardiaco)**

*\*Il gruppo diidropiridinico a lunga durata d'azione dei calcioantagonisti dovrebbe essere generalmente preferito nel trattamento dell'HT negli anziani (l'uso di verapamil/diltiazem può aumentare il rischio di blocco cardiaco).*

\*La combinazione di beta-bloccanti con verapamil/diltiazem può essere appropriata in alcuni casi di tachicardia sopraventricolare. *In questo caso, dovrebbe essere usato con cautela.*

**A14. Non è appropriato iniziare un bloccante RAS (ACE inibitore, ARB, inibitore diretto della renina) o un diuretico risparmiatore di potassio (spironolattone, eplerenone, amiloride, triamterene) nei casi con un livello sierico di potassio superiore a 5,5 mEq/L.**

\*Se questo gruppo di farmaci viene utilizzato in casi con livelli di potassio superiori a 6 mEq/L, devono essere interrotti.

*\*L'uso combinato di ACE-inibitori e ARB a scopo antipertensivo non è appropriato.*

**A15. Non è appropriato combinare bloccanti RAS (ACEI, ARB, inibitori diretti della renina) e diuretici risparmiatori di potassio (spironolattone, eplerenone, amiloride, triamterene) senza monitorare il livello sierico di potassio (rischio di iperkaliemia pericolosa).**

*\*Questo rischio è particolarmente elevato nei pazienti con diabete mellito, nei pazienti con insufficienza renale, negli anziani e in coloro che utilizzano integratori di sali di potassio.*

**A16. I farmaci risparmiatori di potassio (antagonisti dell'aldosterone, triamterene, amiloride, ACEI, ARB) non sono adatti all'uso in pazienti con GFR <30 ml/min/1,73 m2 e il cui livello sierico di potassio non può essere strettamente monitorato (rischio di iperkaliemia).**

**A17. I diuretici tiazidici non sono adatti per l'uso in pazienti con anamnesi di ipokaliemia significativa (K sierico <3,0 mg/L), iponatriemia (Na sierico < 130 mEq/L), ipercalcemia (Ca sierico corretto >10,6 mg/dL) o gotta.**

**A18. L'uso di NSAİİ non è appropriato nei pazienti con malattie cardiovascolari (ipertensione grave, insufficienza cardiaca o Mİ, ictus) (aumento dell'evento cardiovascolare: Mİ, ictus, insufficienza cardiaca e rischio di morte)**

*\*Nei casi in cui l'uso di NSAİİ è clinicamente indicato, può essere preferito l'uso a breve termine con un attento monitoraggio clinico e alla dose più bassa possibile.*

*\* Sebbene tutti i NSAİİ siano rischiosi da un punto di vista cardiovascolare, naprossene e ibuprofene possono essere relativamente sicuri.*

*\* Se i NSAİİ devono essere somministrati a un paziente che usa l'aspirina, può essere più appropriato somministrarli almeno 2 ore dopo l'aspirina.*

**A19. I beta-bloccanti non sono adatti per i pazienti con DM con frequenti episodi di ipoglicemia (rischio di soppressione dei sintomi ipoglicemici).**

**A20. L'uso di beta-bloccanti non selettivi (orali o topici per il glaucoma) non è appropriato nei pazienti con anamnesi di asma (rischio di aumento del broncospasmo)**

**A21. L'uso cronico di aspirina a dosi superiori a 75-150 mg/die non è appropriato per la protezione cardiovascolare primaria o secondaria (nessun beneficio aggiuntivo dimostrato e aumenta il rischio di sanguinamento)**

**#A22. L'uso di aspirina, clopidogrel, dipiridamolo e OAK (antagonisti della vitamina K, inibitori diretti della trombina o inibitori del fattore Xa) non è appropriato in presenza di un rischio di sanguinamento significativo (ad esempio, quelli con HT grave non controllata, diatesi emorragica, sanguinamento spontaneo significativo) (alto rischio di sanguinamento).**

**A23. L'uso concomitante di aspirina e clopidogrel non è appropriato per la profilassi dell'ictus secondario a meno che non vi sia un'indicazione specifica per l'uso combinato di aspirina e clopidogrel.**

*\*Condizioni in cui è appropriato l'uso combinato di aspirina + clopidogrel*

*1. ha avuto una sindrome coronarica acuta o un intervento coronarico negli ultimi 12 mesi (palloncino e/o stent)*

*2. Aver subito un intervento nell'ultimo mese per malattia arteriosa periferica*

 *Posizionamento di stent (a causa di stenosi dell'arteria carotidea/malattia dell'arteria degli arti inferiori) nell'ultimo mese*

 *Applicazione del palloncino all'arto inferiore nell'ultimo mese*

*3. avere avuto un ictus-GİA nelle ultime 3 settimane-3 mesi*

*per 3 mesi in caso di ictus o GİA da aterosclerosi intracranica*

*per 3 settimane in casi di ictus minore o GİA*

**A24.** Se non vi sono ulteriori indicazioni per l'uso di aspirina/clopidogrel in pazienti che utilizzano OAC per FA cronica o per qualsiasi altro motivo, non è appropriato aggiungere aspirina/clopidogrel al trattamento (nessun beneficio aggiuntivo con l'aspirina)

*\*Le condizioni in cui è appropriato aggiungere aspirina/clopidogrel al trattamento in pazienti con uso di OAK sono le seguenti:*

*1. Sindrome coronarica acuta o intervento coronarico negli ultimi 12 mesi (palloncino e/o stent)*

*2. Aver subito un intervento nell'ultimo mese per malattia arteriosa periferica*

 *Posizionamento di stent (a causa di stenosi dell'arteria carotidea/malattia dell'arteria degli arti inferiori) nell'ultimo mese*

 *Applicazione del palloncino all'arto inferiore nell'ultimo mese*

*\*L'aggiunta di aspirina/clopidogrel al trattamento non è appropriata nei pazienti che usano l'OAK nei seguenti casi:*

*1. Malattia arteriosa periferica (stenosi dell'arteria carotidea, malattia delle arterie degli arti inferiori, aterosclerosi intracerebrale) ad eccezione delle condizioni di cui sopra*

*2. malattia coronarica stabile (es. sindrome coronarica acuta più di 12 mesi fa o intervento coronarico)*

**A25. Gli OAK (antagonisti della vitamina K, inibitori diretti della trombina o inibitori del fattore Xa) non sono adatti per l'uso per più di 6 mesi nella prima trombosi venosa profonda senza fattori di rischio in corso (nessun beneficio aggiuntivo dimostrato)**

**#A26. Gli OAK (antagonisti della vitamina K, inibitori diretti della trombina o inibitori del fattore Xa) non sono adatti per l'uso per più di 12 mesi nell'embolia polmonare per la prima volta senza fattori di rischio in corso (nessun beneficio aggiuntivo dimostrato)**

**#A27. La monoterapia con aspirina o clopidogrel non è appropriata nei pazienti con AF cronica per i quali gli OAK (antagonisti della vitamina K, inibitori diretti della trombina o inibitori del fattore Xa) sono controindicati.**

\*La monoterapia con aspirina o clopidogrel non è raccomandata per la prevenzione dell'ictus nei pazienti con AF, è dannosa.

*\*Anche la doppia terapia antiaggregante non è raccomandata nei pazienti con OAK controindicata a causa del rischio di sanguinamento.*

*\* In questi pazienti, nei casi ad alto rischio di ictus, può essere raccomandata la chiusura dell'appendice atriale sinistra.*

**A28. Dabigatran non è adatto per l'uso in pazienti con GFR <30 ml/min/1,73 m2**

*\*Se il GFR è <15 ml/min/1,73 m2, non devono essere utilizzati YOAK.*

*\*Sebbene vi siano prove limitate per apixaban, rivaroxaban ed edoxaban in pazienti con una GFR di 15-30 ml/min/1,73 m2, il loro uso non è generalmente raccomandato.*

\*Gli anticoagulanti non possono essere somministrati nei casi di AF con GFR <30 ml/min/1,73 m2, in pazienti ad alto rischio di caduta o che hanno avuto un'emorragia pericolosa per la vita, in pazienti che non vogliono rischiare un'emorragia, in pazienti che avrà difficoltà nel controllo dell'INR, in pazienti con HT scarsamente controllata.

*\*Gli anticoagulanti non sono raccomandati nei pazienti con AF in dialisi [a meno che non vi sia un rischio molto elevato di ictus: trombo atriale, precedente GIA-ictus, malattia valvolare: (MS moderatamente grave, protesi valvolare)]. Se è indicata l'anticoagulazione, si raccomanda il warfarin.*

*\* Nei casi di AF ad alto rischio di ictus, la chiusura dell'appendice dell'atrio sinistro può essere raccomandata se gli OAK non possono essere utilizzati.*

*\*Edoxaban non deve essere utilizzato nei casi con GFR>95 ml/min/1,73 m2.*

**#A29. L'uso del warfarin non è appropriato nei pazienti con AF non valvolare che sono malnutriti o che assumono cibo irregolare.**

**A30. L'uso di farmaci con un indice terapeutico ristretto, come warfarin e digossina, non è appropriato nei pazienti che hanno difficoltà nell'uso e nella gestione dei loro farmaci (ad es. pazienti con deficit cognitivo) e in assenza di aiutanti (ad es. di tossicità pericolosa per la vita).**

**#A31. Prasugrel non è adatto per l'uso in pazienti di età pari o superiore a 75 anni o in coloro che hanno avuto un GİA/ictus**

**A32. La ticlopidina non è adatta per l'uso come antipiastrinico (clopidogrel o ticagrelor o prasugrel hanno una maggiore efficacia, più prove e meno effetti collaterali)**

**A33. Il dipiridamolo a breve durata d'azione non è adatto per l'effetto antiaggregante piastrinico (effetto collaterale dell'ipotensione ortostatica e disponibilità di agenti più efficaci)**

**A34. L'uso delle statine per la profilassi primaria non è appropriato negli anziani con una bassa aspettativa di vita (<2 anni) o con demenza avanzata.**

**A35. L'inizio dell'allopurinolo è inappropriato per l'iperuricemia asintomatica (casi senza gotta o nefrolitiasi) (nessuna evidenza di beneficio, rischio di effetti collaterali con l'uso di inibitori della xantina ossidasi) (nessuna evidenza che il trattamento riduca il rischio cardiovascolare o la gotta)**

*\*Se il livello sierico di acido urico è > 10 mg/dl nelle donne e > 13 mg/dl negli uomini, può essere raccomandata una terapia per abbassare l'acido urico a causa del rischio di malattia renale cronica.*

**B: Criteri del sistema nervoso centrale.**

**B1. L'uso di antidepressivi triciclici non è appropriato (alto effetto anticolinergico, deterioramento cognitivo, disturbo della conduzione cardiaca, ipotensione ortostatica, ritenzione urinaria, peggioramento del prostatismo, peggioramento del glaucoma ad angolo chiuso)**

**B2. Non è appropriato preferire paroxetina, fluoxetina e fluvaxamina nella prima fase nei casi in cui verrà iniziato il trattamento con SSRI (a causa dell'elevato effetto anticolinergico della paroxetina, della lunga emivita della fluoxetina, delle frequenti interazioni farmacologiche di fluoxetina e fluvacamina).**

**B3. L'uso di SSRI non è appropriato nei pazienti con una storia recente o attuale di iponatriemia significativa (Na sierico < 130 mEq/L) (aumento del rischio di iponatriemia con l'uso di SSRI)**

*\*I fattori di rischio per lo sviluppo di iponatriemia con gli SSRI sono l'età avanzata, il sesso femminile, l'uso concomitante di diuretici, il basso peso corporeo e il basso Na basale.*

*\*I pazienti che hanno iniziato un SSRI o la cui dose è stata aumentata devono essere informati sui risultati clinici dell'iponatriemia. Le prime 4 settimane sono il periodo più rischioso.*

*\*Nei pazienti a rischio di iponatriemia, può essere appropriato preferire la mirtazapina o il bupropione agli SSRI.*

**#B4. L'uso di SNRI non è appropriato in presenza di ipertensione non controllata.**

*\*L'effetto collaterale HT della venlafaxina è più pronunciato rispetto alla duloxetina.*

*\*L'effetto collaterale HT della venlafaxina è più pronunciato a dosi > 300 mg/die.*

**B5. L'uso di duloxetina non è appropriato nei pazienti con GFR < 30 ml/min/1,73 m2 (aumento degli effetti collaterali gastrointestinali)** \*Uso di altri comuni antidepressivi in ​​caso di insufficienza renale:

*Citalopram ed escitalopram: Non è necessario alcun aggiustamento della dose in caso di insufficienza renale da lieve a moderata. L'aggiustamento della dose non è necessario in caso di insufficienza renale grave (GFR<20 ml/min/1,73 m2), ma deve essere usato con cautela.*

*Sertralina: Non è necessario alcun aggiustamento della dose nell'insufficienza renale.*

*Paroxetina: Se GFR < 30 ml/min/1,73 m2, la dose massima è 40 mg nelle compresse a rilascio immediato, la dose massima nelle preparazioni a rilascio prolungato: 50 mg/giorno.*

*Venlafaxina:* Se il GFR è < 30 ml/min/1,73 m2, la dose deve essere ridotta del 50% nelle preparazioni a rilascio prolungato; nelle preparazioni a rilascio immediato, se il GFR è 10-75 ml/min/1,73 m2, la dose deve essere ridotta del 25%.

*Mirtazapina: Non è necessario alcun aggiustamento del dosaggio in caso di insufficienza renale, ma deve essere usato con cautela in caso di insufficienza renale da moderata a grave.*

*Agomelatina: Non è necessario alcun aggiustamento della dose nell'insufficienza renale.*

*Vortioxetina: Non è necessario alcun aggiustamento della dose nell'insufficienza renale.*

**B6. In caso di GFR < 60 ml/min/1,73 m2, l'uso di pregabalin e gabapentin senza riduzione della dose non è appropriato.**

**B7. Nei pazienti con delirio o demenza, farmaci con elevati effetti anticolinergici (amitriptilina, paroxetina, diciclomina, L-iosciamina, tioridazina, clorpromazina, clozapina, olanzapina antimuscarinici urinari, bloccanti del recettore H1, in particolare bloccanti del recettore H1 di prima generazione, fenidramina, bloccanti del recettore H2, fenidramina), i bloccanti non sono adatti all'uso (rischio di deterioramento cognitivo)**

*\*Nei pazienti con reperti del sistema extrapiramidale (reperti di parkinsonismo) come la demenza di Parkinson e la demenza a corpi di Lewy, l'uso di clozapina può essere richiesto nella pratica clinica per il trattamento di gravi sintomi comportamentali di demenza/delirio. In questo caso, dovrebbe essere utilizzato per il minor tempo possibile, alla dose più bassa e con un attento monitoraggio delle funzioni cognitive.*

*\*Nei pazienti con reperti del sistema extrapiramidale (reperti di parkinsonismo) come la demenza di Parkinson e la demenza da corpi di Lewy, il trattamento con quetiapina è appropriato nella prima fase prima del trattamento con clozapina se è richiesto l'uso di neurolettici a causa di gravi sintomi comportamentali.*

*\*In considerazione del trattamento, i trattamenti con clozapina/quetiapina devono essere iniziati alla dose di 12,5 mg, gli effetti collaterali devono essere attentamente monitorati e, se necessario, aumentati a dosi di 12,5-25 mg. Dopo aver raggiunto il controllo dei sintomi, si dovrebbe provare a ridurre e interrompere entro poche settimane.*

**B8. L'uso di agenti anticolinergici non è appropriato nel trattamento della malattia di Parkinson (aumento del rischio di effetti collaterali; esistono opzioni farmacologiche più efficaci e con minori effetti collaterali)**

**B9. I farmaci anticolinergici non sono adatti per il trattamento degli effetti collaterali extrapiramidali dei neurolettici (rischio di tossicità anticolinergica).**

**B10. L'uso di neurolettici/antipsicotici non è appropriato nei pazienti affetti da demenza, tranne nei casi in cui i trattamenti non farmacologici sono inefficaci nell'alleviare i sintomi comportamentali e psicologici e i sintomi sono gravi (aumento del rischio di ictus, insufficienza cardiaca, infezione da polmonite, morte).**

*\*Nei casi in cui i trattamenti non farmacologici sono inefficaci nell'alleviare i sintomi comportamentali e psicologici nei pazienti con demenza e i sintomi sono gravi, possono essere utilizzati neurolettici/antipsicotici, ma in questo caso devono essere usati alla dose più bassa che fornisce il controllo dei sintomi e per la durata più breve.*

*\*L'approccio principale per alleviare i sintomi comportamentali e psicologici nei pazienti affetti da demenza consiste nel somministrare un trattamento ottimale per la demenza (ChEi/memantina). Gli SSRI selezionati (soprattutto il citalopram) possono quindi essere provati.*

*\*Esistono informazioni contrastanti sull'efficacia di sertralina, trazadone e melatonina nell'alleviare i sintomi comportamentali e psicologici nei pazienti con demenza.*

**B11. L'uso di neurolettici/antipsicotici a scopo ipnotico non è appropriato (aumento di confusione, ipotensione, effetti collaterali extrapiramidali, rischio di caduta)**

*\*Nel trattamento dell'insonnia negli anziani, dovrebbero essere applicate per prime la regolazione dell'igiene del sonno e le terapie cognitivo comportamentali.*

*\*Se è necessario un trattamento farmacologico nel trattamento dell'insonnia negli anziani, è possibile utilizzare la melatonina, ramelteon, agonista del recettore della melatonina. Se c'è una depressione concomitante, può essere valutato l'uso di antidepressivi sedativi (mirtazapina, trazadon, agomelatina).*

**B12. L'uso di neurolettici/antipsicotici (eccetto quetiapina o clozapina) non è appropriato nei pazienti con parkinsonismo o demenza a corpi di Lewy (rischio di gravi sintomi extrapiramidali)**

**B13. L'uso di neurolettici/antipsicotici (effetti collaterali extrapiramidali), benzodiazepine (sedazione, disturbi dell'equilibrio) e ipnotici di tipo Z (es. zopiclone, zolpidem, zaleplon) (sedazione prolungata durante il giorno, atassia) non è appropriato nei pazienti ad alto rischio di cadente.**

*\*In generale, questo gruppo di farmaci sono farmaci che aumentano il rischio di caduta negli anziani. Il suo uso negli anziani dovrebbe essere evitato il più possibile.*

**B14. L'uso di benzodiazepine per più di 4 settimane non è appropriato (sedazione prolungata, confusione, disturbi dell'equilibrio, cadute, rischio di incidenti stradali)**

*\*In generale, l'uso di benzodiazepine dovrebbe essere evitato a causa del loro alto potenziale di effetti collaterali.*

*\*Le benzodiazepine a breve durata d'azione possono essere usate con cautela e per un breve periodo (<4 settimane) nelle indicazioni cliniche (p. es., il lorazepam può essere somministrato nell'agitazione correlata alla demenza).*

*\*Il clonazepam, una delle benzodiazepine a lunga durata d'azione, può essere somministrato per i disturbi del comportamento del sonno REM che non possono essere controllati con altri farmaci in pazienti selezionati, ma in questo caso deve essere seguito uno stretto monitoraggio clinico.*

*\*Tutte le benzodiazepine utilizzate per 2 settimane o più devono essere interrotte gradualmente, non improvvisamente, per non causare la "sindrome da astinenza da benzodiazepine".*

**B15. Le benzodiazepine non sono adatte all'uso nell'insufficienza respiratoria acuta e cronica (PO2< 60 mmHg e/o PCO2> 50 mmHg) (aumento del rischio di insufficienza respiratoria).**

**B16. ChEi non è adatto per l'uso in pazienti con bradicardia persistente (<50/min), blocco cardiaco di 2° o 3° grado o sincope inspiegabile, pazienti con QTc prolungato (>470 msec nelle femmine, >450 msec nei maschi) (difetto della conduzione cardiaca, sincope, lesione) rischio)**

*\*Impulso: ChEi può essere iniziato in pazienti che sono 50-60/min e sono asintomatici. 1 settimana dopo l'inizio del trattamento o l'aumento della dose dovrebbe essere controllato per frequenza cardiaca e sintomi.*

*\*Può essere usato con cautela se la frequenza cardiaca non è < 50/min e non ci sono sintomi in coloro che assumono contemporaneamente farmaci limitanti la frequenza. ChEi deve essere usato con cautela nei pazienti con LBBB o AF e i pazienti devono essere seguiti.*

*\*ChEi devono essere usati con cautela nei pazienti con KOAH o asma. Può aggravare il broncospasmo, dovrebbe essere seguito.*

*\*I ChEi devono essere usati con cautela nei pazienti con anamnesi di ulcera gastrica e in quelli che utilizzano farmaci antinfiammatori non steroidei. Questi pazienti devono essere seguiti per sanguinamento gastrointestinale.*

**B17. L'uso di levodopa o agonisti della dopamina non è adatto per il trattamento del tremore essenziale (nessuna efficacia dimostrata)**

**B18. L'uso continuo a lungo termine di farmaci come betaistina, trimetazidina, dimenidrinato non è appropriato nel trattamento delle vertigini (mancanza di effetti benefici basati sull'evidenza).**

**#B19. La cinnarizina non è adatta all'uso (effetti collaterali extrapiramidali, utilità limitata)**

**B20. Piracetam non è adatto per l'uso se non nel trattamento delle convulsioni miocloniche (a causa dell'assenza di efficacia clinica dimostrata, dell'onere dei costi e dei potenziali effetti collaterali)**

*\*Può essere utilizzato in pazienti che si ritiene abbiano benefici sintomatici dal trattamento con piracetam, considerando il rapporto profitti/perdite.*

*\*Esistono studi che dimostrano che il piracetam può avere benefici limitati nel trattamento dell'afasia acuta dopo l'ictus.*

**B21. L'uso di prima linea di carbamazepina, fenitoina, fenobarbital o valproato non è appropriato nel trattamento cronico dell'epilessia (a causa di effetti avversi sulla vitamina D, induzione enzimatica, rischio di caduta; esistono anche alternative più sicure)**

*\*Nuovi agenti come levatiracetam, lamotrigina, gabapentin possono essere preferiti nel trattamento dell'epilessia cronica negli anziani.*

**B22. Tramadolo, neurolettici/antipsicotici (clozapina, olanzapina, clorpromazina, tioridazina), bupropione e maprotilina non sono adatti per i pazienti con epilessia.**

**B23. La terapia antiepilettica non è appropriata per la profilassi delle crisi a causa della presenza di ictus ischemico/emorragico in un paziente che non ha avuto precedenti convulsioni.**

**B24. L'uso di citalopram a dosi superiori a 20 mg/die e di escitalopram superiori a 10 mg/die negli anziani non è appropriato (a causa del rischio di prolungamento dell'intervallo QTc)**

**C: Criteri del sistema gastrointestinale.**

**C1. L'uso concomitante di NSAİİ con OAK (antagonisti della vitamina K, inibitori diretti della trombina, inibitori del fattore Xa) non è appropriato (rischio di sanguinamento gastrointestinale)**

**C2. Aspirina, clopidogrel, NSAİİ o steroidi; Non è adatto per l'uso senza PPİ in pazienti con anamnesi di ulcera, in pazienti che ricevono una terapia antiaggregante aggiuntiva, in pazienti che ricevono anticoagulanti concomitanti, in pazienti che usano steroidi e in pazienti con sintomi di dispepsia-GÖR.**

*\*La dose raccomandata di PPI nell'uso di PPI per la profilassi è la dose elevata di PPI preferita una volta al giorno sul mercato.*

*\*In condizioni di comorbidità diverse dalla dispepsia, è opportuno continuare con una dose elevata di PPI.*

*\*A causa della presenza di dispepsia che accompagna l'uso dei suddetti farmaci, nei casi con indicazione PPI, può essere appropriato utilizzare una dose elevata di PPI per un po' e diminuire alla dose PPI più bassa in cui i sintomi del paziente non si ripresentano nel azione supplementare.*

*\* L'uso di PPI è richiesto negli anziani che usano NSAİİ cronici. Nell'uso cronico di NSAİİ negli anziani, deve essere somministrato PPI/misoprostolo, anche in assenza dei suddetti fattori di rischio.*

*\*Negli anziani che utilizzano NSAİİ a breve termine, può essere appropriato somministrare PPI concomitanti anche se i suddetti fattori di rischio non sono presenti.*

*\*Negli anziani che utilizzano dosi antiaggreganti di aspirina o clopidogrel da soli, probabilmente non è necessario utilizzare PPI se nessuno dei suddetti fattori di rischio è presente.*

*\*Esistono studi che dimostrano che l'efficacia degli PPI è ridotta se usati insieme a clopidogrel. Tuttavia, non è possibile formulare alcuna raccomandazione chiara al riguardo.*

*\*Se esiste un'indicazione per l'uso di PPI in pazienti che usano warfarin, dovrebbe essere preferito un PPI diverso da omeprazolo (l'omeprazolo aumenta il livello di warfarin).*

*\* Al posto del trattamento con PPI possono essere preferiti anche misoprostolo o bloccanti del recettore H2 ad alte dosi.*

**#C3. Aspirina o NSAİİ; I pazienti con una storia di ulcera peptica (complicata o non complicata, gastrica o duodenale) non sono idonei all'uso cronico senza test per l'Helicobacter pylori.**

*\*H. pylori (+), deve essere somministrata una terapia di eradicazione.*

*\*Se il paziente sta assumendo aspirina/NSAİİ da un po' di tempo, il beneficio atteso dalla terapia di eradicazione dell'H. pylori è basso, ma l'eradicazione è generalmente preferita se viene esaminata e trovata positiva nella pratica.*

*\*H. pylori nelle popolazioni, e nei casi senza anamnesi di ulcera peptica nell'anamnesi, prima di iniziare l'uso cronico di aspirina/NSAİİ per H. pylori, può essere appropriato un approccio "test-treat".,*

*\*Nei pazienti che inizieranno l'uso cronico di clopidogrel; anche se c'è una storia di ulcera peptica (complicata o non complicata, gastrica o duodenale) nell'anamnesi, il test dell'H. pylori e/o il trattamento di eradicazione dell'H. pylori non sono raccomandati (applicazione teorica o pratica).*

**C4. L'uso di PPI alla dose terapeutica completa per più di 8-12 settimane non è appropriato nel trattamento dell'ulcera peptica non complicata o dell'esofagite peptica erosiva (è indicata una riduzione della dose o un'interruzione più breve).**

*\*Il periodo di dosaggio terapeutico di 8-12 settimane non include la durata della terapia con PPI per l'eradicazione dell'H. pylori.*

*\*Per evitare l'effetto rimbalzo durante il periodo di sospensione, è opportuno ridurre gli PPI riducendoli. (ad esempio, mezza dose per 1 settimana, sovradosaggio per 1 settimana, quindi viene interrotto)*

**C5. L'uso di PPI non è appropriato a causa dell'uso di più farmaci (nessun beneficio, potenziale danno)**

\*Non vi è alcuna indicazione di "uso multiplo di droghe" tra le indicazioni per l'uso di PPI. *D'altra parte, l'uso cronico di PPI è un fattore di rischio per insufficienza renale cronica, fratture, aumento del rischio di demenza, aumento della frequenza di infezione da C. difficile, carenza di vitamina B12, ipomagnesemia, infezioni enteriche - proliferazione batterica.*

**C6. L'uso di antispastici gastrointestinali con effetti anticolinergici (es. iosciamina) non è appropriato Aumento degli effetti collaterali anticolinergici (vertigini, diminuzione delle capacità cognitive, visione offuscata, aritmia, gonfiore-stipsi) e utilità limitata negli anziani**

**C7. Nei pazienti con costipazione cronica, se esistono alternative che non hanno questo effetto collaterale, l'uso di farmaci che possono causare stitichezza (farmaci con elevati effetti anticolinergici, ferro orale, oppioidi, verapamil, antiacidi a base di alluminio) non è appropriato (rischio di aumento della stitichezza).**

*\*Anche gli antipertensivi calcioantagonisti diversi dal verapamil possono causare stitichezza. Tuttavia, questo effetto è più pronunciato rispettivamente nel verapamil e nella nifedipina.*

**C8. L'uso di metoclopramide o trimethobenzamide nella prima linea di trattamento antiemetico negli anziani non è appropriato (a causa di effetti collaterali extrapiramidali, effetti collaterali di irrequietezza)**

*\*Come antiemetico, gli antagonisti del recettore della serotonina 5HT3 sono gli agenti più sicuri negli anziani.*

*\*Metoclopramide e trimetobenzamide sono controindicati nei pazienti con parkinsonismo.*

**C9. L'uso di preparati a base di magnesio come lassativi o antiacidi non è appropriato nei pazienti con GFR < 30 ml/min/1,73 m2 (rischio di ipermagnesemia)**

**D: Criteri dell'apparato respiratorio.**

**D1. L'uso di farmaci broncodilatatori antimuscarinici (ipratropio, tiotropio) non è appropriato nei pazienti con glaucoma ad angolo chiuso o ostruzione del deflusso urinario (rischio di peggioramento del glaucoma e ritenzione urinaria)**

*\*I sintomi LUTS ostruttivi (sintomi del tratto urinario inferiore) che accompagnano l'iperplasia prostatica benigna sono comuni negli uomini più anziani. Nei casi con sintomi ostruttivi lievi, il medico può utilizzare farmaci broncodilatatori antimuscarinici con uno stretto seguito clinico. In termini di effetti collaterali della ritenzione urinaria, i casi con PMR >150 ml sono particolarmente rischiosi. (Non adatto per l'uso in casi con >150 ml)*

**D2. La teofillina non è adatta per il trattamento di mantenimento della KOAH o dell'asma bronchialenico (a causa dello stretto indice terapeutico e dell'alto rischio di insonnia, aritmia negli anziani).**

**D3. I corticosteroidi sistemici piuttosto che i corticosteroidi per via inalatoria non sono adatti per la terapia di mantenimento nella KOAH da moderata a grave (lunga esposizione non necessaria ai corticosteroidi sistemici; sono disponibili terapie inalatorie efficaci)**

**E: Criteri dell'apparato locomotore e farmaci analgesici.**

**E1. Non è appropriato usare i NSAİİ per più di 3 mesi in presenza di un trattamento alternativo.**

\*Il trattamento con paracetamolo deve essere applicato prima nel dolore da osteoartrite e nel dolore semplice (sistema muscoloscheletrico, cefalea, ecc.) (si può prendere in considerazione la combinazione del trattamento con paracetamolo con metamizolo, codeina/tramadolo a basso dosaggio).

\*I pazienti che utilizzano NSAİİ devono essere seguiti attentamente in termini di effetti collaterali (nefropatia, HT, insufficienza cardiaca, evento CV).

\*L'indometacina non dovrebbe essere preferita in caso di uso di *NSAİİ*  (più SNC e altri effetti collaterali del sistema negli anziani rispetto ad altri *NSAİİ*)

*\*Nei casi in cui è richiesto l'uso cronico di NSAİİ, i PPI/misoprostolo devono essere usati in aggiunta ai NSAİİ.*

**E2. I NSAİİ non sono adatti per l'uso in pazienti con GFR < 50 ml/min/1,73 m2 (rischio di peggioramento della funzionalità renale)**

**E3. L'uso di steroidi sistemici non è appropriato nel trattamento dell'osteoartrite (rischio di effetti collaterali con corticosteroidi sistemici)**

**E4. L'uso della monoterapia con corticosteroidi per più di 3 mesi nell'artrite reumatoide non è appropriato (rischio di effetti collaterali con corticosteroidi sistemici)**

**E5. L'uso a lungo termine di NSAİİ o colchicina non è appropriato per il trattamento cronico della gotta, a meno che l'uso di inibitori della xantina ossidasi (p. es., allopurinolo, febuxostat) sia controindicato (gli inibitori della xantina ossidasi sono farmaci di prima scelta per la profilassi della gotta).**

**E6. La colchicina non è adatta per l'uso in pazienti con GFR < 10 ml/min/1,73 m2 (rischio di tossicità da colchicina)**

**E7. Il metotrexato non è adatto per l'uso in pazienti con GFR < 30 ml/min/1,73 m2**

**E8. L'uso della meperidina nel trattamento del dolore non è appropriato (aumento della neurotossicità, rischio di delirio rispetto ad altri oppioidi; esistono alternative più affidabili. Il suo uso è rischioso, soprattutto in presenza di insufficienza renale)**

**E9. Tramadolo a rilascio prolungato non è adatto per l'uso in pazienti con GFR < 30 ml/min/1,7 m2**

*\*La riduzione della dose deve essere effettuata per il tramadolo a rilascio immediato.*

**E10. Gli oppioidi non sono adatti per l'uso cronico senza la somministrazione concomitante di lassativi (rischio di stitichezza grave)**

**E11. L'uso di miorilassanti sistemici (muscolo scheletrico) (tiocolchicoside, tizanidina, clorzoxazone, carisoprodol, clorfenezina carbammato, ciclobenzaprina, metaxalone, metocarbamolo e orfenadrina … ecc.) non è adatto per dolori muscoloscheletrici (sedazione, sonnolenza, secchezza delle fauci, .stitichezza, a causa di effetti collaterali cognitivi)**

\*Il rischio di ipotensione è molto evidente anche con la tizanidina.

**#E12. Non è appropriato iniziare il trattamento dell'osteoporosi senza escludere la diagnosi di osteomalacia.**

**E13. L'uso convenzionale intermittente di vitamina D ad alte dosi (300.000 UI) non è appropriato per la terapia di "mantenimento" della vitamina D (aumento del rischio di cadute, nessun beneficio aggiuntivo sul sistema muscolo-scheletrico)**

*\*Sono stati mostrati i risultati negativi della vitamina D convenzionale ad alte dosi utilizzata nella terapia di "mantenimento".*

*\*Non sono stati riportati risultati negativi associati alla vitamina D convenzionale ad alte dosi utilizzata nella terapia “sostitutiva”. Tuttavia, a causa del principio "iniziare lentamente l'aumento basso", che è generalmente valido nell'uso di farmaci negli anziani, può essere opportuno applicare gradualmente la terapia "sostitutiva" della vitamina D.*

**E14. In presenza di iperfosfatemia e/o ipercalcemia, l'uso di vitamina D attiva (calcitriolo) (1-25(OH)2colecalciferolo) o convenzionale (25(OH) colecalciferolo) non è appropriato.**

**E15. L'uso di bifosfonati orali non è appropriato in pazienti con anamnesi di malattia del tratto gastrointestinale superiore (ad es. disfagia, esofagite, ulcera peptica, sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore o GÖR non controllato dal trattamento) e/o in pazienti che non sono fisicamente in grado di stare in piedi (esofagite, ulcera, recidiva della struttura esofagea/rischio di esacerbazione)**

*\*I bifosfonati orali possono essere usati con cautela in presenza di GÖR ben controllato.*

**E16. I bifosfonati non sono adatti per l'uso in pazienti con GFR < 30 ml/min/1,73 m2 (aumento del rischio di insufficienza renale acuta).**

*\*La soglia GFR è più alta per zoledronato e alendronato (<35 ml/min/1,73 m2).*

**E17. L'uso di zoledronato, denosumab o teriparatide non è appropriato senza determinare il livello sierico di calcio prima del trattamento e fornire un'adeguata assunzione di calcio/vitamina D.**

**F: Criteri del sistema urogenitale.**

**F1. Negli uomini con sintomi LUTS dovuti a iperplasia prostatica benigna, se la PMR è >150 ml, l'uso di farmaci anticolinergici per la vescica non è appropriato.**

*\*Negli uomini più anziani, i sintomi della LUTS devono essere messi in dubbio e la determinazione della PMR deve essere effettuata in tutti i casi prima di prescrivere farmaci anticolinergici diretti alla vescica per il trattamento della vescica iperattiva.*

**F2. I farmaci anticolinergici diretti alla vescica non sono adatti per i pazienti con glaucoma cronico ad angolo chiuso.**

*\*L'anamnesi del glaucoma deve essere interrogata prima di iniziare i farmaci anticolinergici per la vescica.*

*\* I farmaci anticolinergici diretti alla vescica non sono controindicati se il glaucoma ad angolo chiuso è stato trattato con iridotomia laser.*

*\*I farmaci anticolinergici per la vescica non sono controindicati nel glaucoma ad angolo aperto.*

**F3. L'uso di farmaci anticolinergici per la vescica non è appropriato senza la determinazione della PMR (rischio di ritenzione urinaria e insufficienza renale postrenale) negli anziani con iperplasia prostatica (rischio di ostruzione) o complicanze del diabete mellito (rischio vescicale neurogena) o negli anziani fragili (rischio di contrattilità ridotto con il detrusore iperattività)**

**F4. Pressione sanguigna <90/50 mmHg o > 170/100 mmHg/ angina instabile/ angina durante il rapporto sessuale/ insufficienza cardiaca di classe NYHA 4/ terapia con nitrati per angina/ terapia con alfa-1 bloccanti/ precedente infarto miocardico (< 3 L'uso di fosfodiesterasi di tipo- 5 inibitori (ad es. sildenafil, tadalafil, vardenafil) non è appropriato nei pazienti con anamnesi di/con anamnesi di ictus (< 6 mesi)**

**F5. Gli alfa 1 bloccanti non uroselettivi (ad es. doxazosina, terazosina) non sono adatti per il trattamento dei sintomi LUTS dovuti all'iperplasia prostatica benigna in pazienti con ipotensione ortostatica (aumento dell'ipotensione ortostatica, sincope e cadute)**

*\*L'agente uroselettivo con il minor rischio di ipotensione ortostatica è la silodosina;*

*\*I pazienti anziani trattati con alfa-1 bloccanti non uroselettivi devono essere informati del rischio di ipotensione ortostatica.*

**F6. L'uso di antibiotici non è appropriato nella batteriuria asintomatica, ad eccezione di interventi urologici che possono danneggiare la mucosa.**

*\*La batteriuria asintomatica deve essere vagliata e trattata prima di interventi urologici che possono danneggiare la mucosa.*

*\*Non è raccomandato lo screening e/o il trattamento della batteriuria asintomatica nei seguenti gruppi di pazienti:*

*Pazienti senza fattori di rischio*

*Pazienti con diabete ben regolato*

*Pazienti che vivono in casa di cura*

*Pazienti con disfunzione/ricostruzione del tratto urinario inferiore*

*Pazienti con infezioni ricorrenti del tratto urinario*

*Prima di interventi di artroplastica*

*Pazienti con catetere urinario*

**F7. La nitrofurantoina non è adatta per l'uso in pazienti con GFR < 30 ml/min/1,73 m2**

\*L'uso a lungo termine della nitrofurantoina per il trattamento di soppressione delle infezioni urinarie non è adatto negli anziani (a causa del rischio di fibrosi polmonare irreversibile, tossicità epatica e neuropatia periferica nell'uso a lungo termine)

**G: Criteri del sistema endocrino.**

**G1. Il controllo stretto della glicemia (HbA1C<7%) non è appropriato nei pazienti con una bassa aspettativa di vita (<5 anni) o una storia di declino o deterioramento cognitivo.**

**#G2. L'uso della metformina non è appropriato negli anziani fragili o malnutriti (a causa degli effetti collaterali gastrointestinali e dell'effetto anoressia della metformina)**

*\*L'uso della metformina nei casi a rischio di malnutrizione dovrebbe essere deciso considerando il bilancio tra profitti e perdite.*

**G3. La metformina non è adatta per l'uso in pazienti con GFR < 30 ml/min/1,73 m2 (rischio di acidosi lattica)**

*\*Dose di metformina, GFR: dovrebbe essere ridotto del 50% nei pazienti con 30-45 ml/min/1,73 m2.*

*\* L'uso della metformina non è inoltre appropriato in altre condizioni che aumentano il rischio di acidosi lattica (insufficienza cardiaca, insufficienza epatica, shock o instabilità emodinamica permanente, KOAH, ipossia).*

**G4. Le sulfaniluree a lunga durata d'azione come la glibenclamide e la clorpropamide non sono adatte per i pazienti con DM di tipo 2 (rischio prolungato di ipoglicemia).**

**G5. L'uso di tiazolidinedioni (rosiglitazone, pioglitazone) non è appropriato in pazienti con insufficienza cardiaca documentata/storia di fratture/aumento del rischio di fratture/storia di cancro della vescica o in terapia insulinica (peggioramento dell'insufficienza cardiaca, aumento del rischio di fratture e cancro della vescica)**

**G6. L'uso di saxagliptin non è appropriato nei pazienti con insufficienza cardiaca.**

**G7. Canagliflozin non è adatto per l'uso in pazienti con complicanze dell'amputazione degli arti inferiori correlate al diabete/grave malattia delle arterie periferiche/infezione ricorrente del tratto urinario/infezione genito-urinaria**

\*Gli inibitori dell'SGLT-2 devono essere generalmente usati con cautela nei pazienti anziani, poiché possono causare disidratazione, incontinenza da urgenza e chetoacidosi diabetica.

**G8. Non è appropriato utilizzare inibitori SGLT-2 in casi con GFR < 45 ml/min/1,73 m2.**

*\*Canagliflozin, empagliflozin ed ertugliflozin non sono adatti per l'uso in casi con GFR < 45 ml/min/1,73 m2, principalmente a causa della ridotta efficacia.*

*\*Dapagliflozin non è adatto per l'uso in casi con GFR <60 ml/min/1,73 m2 a causa del suo effetto ridotto.*

*\* L'uso di inibitori SGLT-2 può essere preso in considerazione per il trattamento della nefropatia (escrezione di albumina nelle urine > 300 mg/die) in pazienti con una GFR di 30-60 ml/min/1,73 m2.*

**G9. L'uso di androgeni non è appropriato in presenza di bassi livelli sierici di testosterone, che non sono accompagnati da sintomi e segni associati alla carenza di androgeni.**

\*La diagnosi di ipogonadismo viene posta in presenza di persistenti bassi livelli sierici di testosterone con sintomi e segni di carenza di androgeni.

**G10. L'uso sistemico di estrogeni non è appropriato in pazienti con anamnesi di cancro al seno o tromboembolia venosa.**

*\*Estrogeni vaginali in pazienti con anamnesi di cancro al seno o tromboembolia venosa; Nel trattamento dei sintomi urogenitali come la vaginite atrofica, può essere somministrato dopo trattamenti non ormonali, tenendo conto del rapporto profitti/perdite.*

**G11. L'uso di estrogeni senza l'uso concomitante di progesterone non è appropriato nelle donne con utero intatto (rischio di cancro dell'endometrio)**

**G12. L'uso del megestrolo come stimolatore dell'appetito non è adatto (effetto minimo sul peso, effetti collaterali protrombotici)**

**G13. Negli anziani con ipotiroidismo subclinico (TSH: 4-10 mIU/L; sT4: N), l'uso di ormoni tiroidei non è appropriato (nessun beneficio aggiuntivo, potenziale rischio di effetti collaterali come fibrillazione atriale e osteoporosi)**

**H : Carico Antimuscarinico-Anticolinergico**

**H1. Antidepressivi triciclici, clorpromazina, tioridazina, clozapina, olanzapina, ioscina, ossibutinina orale, antistaminici di prima generazione (feniramina, clorfeniramina, idrossizina, ciproeptadina, dimenidrinato, difenidramina, meclizina, ecc.)**

 **Caduta/stipsi/glaucoma ad angolo stretto/demenza/delirio/ritenzione urinaria/sintomi LUTS ostruttivi negli uomini/uso concomitante di farmaci con effetti anticolinergici elevati**

*\*In generale, l'uso di farmaci ad alto effetto anticolinergico non dovrebbe essere preferito negli anziani; In caso di necessità clinica, va seguita con attenzione in termini di effetti collaterali.*

*\*L'uso parenterale di antistaminici di prima generazione è appropriato in presenza di una reazione allergica acuta.*

**J: Supplementi.**

**J1. L'uso dell'estratto di gingko biloba non è appropriato nei casi con rischio di sanguinamento (uso di anticoagulanti, uso di FANS, storia di sanguinamento significativo).**

\*Il rischio di sanguinamento aumenta con l'uso di aspirina insieme al gingko biloba; Potrebbe essere più appropriato non usarli in combinazione.

**J2. Erba di San Giovanni (St. John’s Wort) in pazienti che usano antidepressivi (in particolare il rischio di sindrome serotoninergica con SSRI) e in pazienti che usano farmaci metabolizzati dal citocromo p450 (ad esempio digossina, teofillina, warfarin, carbamazepina, fenitoina, fenobarbital) (S. Giovanni attiva il citocromo p450)**

**#J3. L'integrazione non è appropriata nei pazienti che assumono warfarin (a causa del possibile aumento del rischio di sanguinamento)**

\*Molti integratori assunti per via orale (es. ginseng, aglio, curcuma, zenzero, artiglio del diavolo, erba di San Giovanni, coenzima Q10, tè verde, ecc.) possono aumentare il rischio di sanguinamento aumentando l'effetto anticoagulante del warfarin.

Criteri di non consenso nello studio panel #International Delphi

|  |
| --- |
| **Abbreviazioni:**AF: Fibrillazione atrialeACEİ: Inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina |
| ARB: Bloccanti del recettore dell'angiotensina |
| ChEIs: Inibitori dell'acetilcolinesterasiDM: Diabete mellito |
| EF: Frazione di eiezione |
| eGFR: Tasso di filtrazione glomerulare stimato |
| FDA: Amministrazione di alimenti e farmaci |
| GIS: Sistema gastrointestinale |
| GİA: Attacco ischemico transitorioGÖR: Reflusso gastroesofageo |
| Recettore H1: Recettore dell'istamina 1HT: Ipertensione |
| INR: Rapporto internazionale Normalizzato |
| KOAH: Broncopneumopatia cronica ostruttiva |
| LUTS: Sintomi del tratto urinario inferiore |
| Mİ: Infarto miocardicoMSS: Sistema nervoso centrale |
| NSAİİ: Farmaci antinfiammatori non steroidei |
| NYHA: Associazione del cuore di New York |
| OAK: Anticoagulante orale |
| PMR: Residui post minzione |
| pO2: Pressione parziale di ossigeno |
| PPİ: Inibitori della pompa protonica |
| QTc: intervallo QT corretto |
| RAS: Sistema renina-angiotensina |
| SGLT-2: Cotrasportatore sodio-glucosio-2 |
| SNRIs: Inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina |
| SSRIs: Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina |
| TSH: Ormone stimolante la tiroide |