



Perché il paziente sta assumendo un antipsicoticò?



Antipsicotici comunemente prescritti

Antipsicotico	Forma	Dosaggio
Aloperidolo	IM	2mg/1ml e 5mg/1ml, 2mg/2ml, 5mg/2ml, 50mg/1ml, 150mg/3ml
	Cpr	1mg, 5mg, 10mg (H)
	Gtt	2mg/ml, 10mg/ml
Clorpromazina	IM	25mg/2ml (C), 50mg/2ml
	Cpr	25mg, 100mg
Aripiprazolo	IM (H)	7,5mg/ml, 400mg
	Cpr	5mg, 10mg, 15mg
	Sol. os	1mg/ml
Asenapina	Cpr sub	5mg, 10mg
Clozapina	Cpr	25mg, 100mg
Olanzapina	IM (H)	10mg/1ml, 210mg/ml, 300mg/ml, 405mg/ml
	Cpr	2,5mg, 5mg, 10mg
Paliperidone	IM (H)	50mg, 75mg, 100mg, 150mg
	Cpr	3mg, 6mg, 9mg
Quetiapina	Cpr	25mg, 100mg, 200mg, 300mg
	Cpr RP	50mg, 150 mg, 200mg, 300mg, 400mg
Risperidone	IM (H)	25mg/2ml, 37,5mg/2ml, 50mg/2ml
	Cpr	1mg, 2mg, 3mg, 4mg
	Sol. os	1mg/ml
Ziprasidone	Cps	20mg, 40mg, 60mg, 80mg

IM=intramuscolare, Cpr=comprese Cpr RP=comprese a rilascio prolungato, Cpr sub=comprese sublinguali, Cps=capsule, Gtt=gocce, Sol. os=soluzione orale, C=non rimborsabile, H=ospedaliero

Effetti Collaterali degli Antipsicotici

- **Gli antipsicotici sono associati con un rischio maggiore di:**
- Disturbi metabolici, aumento di peso, bocca asciutta, vertigini
- Sonnolenza, stanchezza, ferite o cadute, fratture dell'anca, sintomi extrapiramidali, deambulazione anormale, infezioni del tratto urinario, eventi avversi cardiovascolari, morte
- Fattori di rischio: dosaggio elevato, età avanzata, Parkinson, demenza da corpi di Lewy

Coinvolgimento dei pazienti e "caregiver"

I pazienti e i "caregiver" dovrebbero comprendere

- Il "razionale" legato alla deprescrizione (rischio di effetti collaterali associati all'uso continuativo di antipsicotici)
- Si possono verificare sintomi da cessazione, compreso una ricaduta dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD)
- Sono parte integrante del piano di riduzione, e quindi possono controllare modalità e durata della riduzione

Riduzione del dosaggio

- Non c'è nessuna evidenza che suggerisca un metodo di deprescrizione superiore a un altro.
- Considerare:
 - Ridurre del 75%, 50% o 25% il dosaggio iniziale su base settimanale o bisettimanale, poi fermarsi completamente; **oppure**
 - Considerare una riduzione più lenta e monitoraggio frequente nei pazienti con forti BPSD iniziali
 - Se dosaggio basso per insonnia, la riduzione può non essere necessaria

Gestione del sonno

Assistenza ambulatoriale

1. Andare a letto solo quando assonnati
2. Non usare il letto o la stanza da letto se non per dormire (o intimità)
3. Se non si riesce a prendere sonno entro 20-30 minuti al momento dell'addormentamento o dopo un risveglio, uscire dalla stanza da letto
4. Se non si riesce a prendere sonno entro 20-30 minuti dopo essere tornati a letto, ripetere numero 3
5. Fissare la sveglia tutti i giorni alla stessa ora
6. Evitare il pisolino
7. Evitare la caffeina dopo mezzogiorno
8. Evitare esercizi, nicotina, alcool e pasti abbondanti 2 ore prima di andare a letto

Assistenza in strutture istituzionali

1. Aprire le tende durante il giorno per ottenere esposizione alla luce naturale
2. Mantenere l'allarme acustico al minimo
3. Aumentare le attività nelle ore diurne e scoraggiare l'addormentamento in tali ore
4. Ridurre il numero di pisolini (non più di 30 minuti e nessun pisolino dopo le 14)
5. Servire caffè o tè decaffeinato, e latte caldo alla sera
6. Eliminare cibo, caffeina e fumo prima di andare a dormire
7. Far usare i servizi igienici al soggetto prima di andare a letto
8. Incoraggiare orari regolari nell'andare a letto e nel risveglio
9. Evitare il risveglio notturno per fornire cure assistenziali
10. Proporre massaggi delicati alla schiena

Gestione del BPSD

- Considerare interventi quali: rilassamento, vita sociale, musicoterapia o aromaterapia, attività strutturate e terapia comportamentale
- Affrontare fattori fisici o di altre malattie: per esempio, dolore, infezione, costipazione, depressione
- Considerare l'ambiente: per esempio, luce, rumore
- Revisione dei farmaci che potrebbero far peggiorare i sintomi

© Uso libero consentito, citando gli autori. Non per uso commerciale. Non si può modificare o tradurre senza permesso.



Questo lavoro è coperto da Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Per informazioni, contattare deprescribing@bruyere.org oppure visitare il sito web www.deprescribing.org

Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2018;64:17-27 (Eng), e1-e12 (Fr).



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE
Bruyère
RESEARCH INSTITUTE

open
ONTARIO PHARMACY
EVIDENCE NETWORK