

**24 GENNAIO 2020**

**TAKING STOCK SULLA LEGGE 8 MARZO 2017 N° 24  
CON I RESPONSABILI DEL RISCHIO SANITARIO DELLE  
STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PUBBLICHE E  
PRIVATE**

**REGIONE PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA**

# **Riconciliazione Terapeutica e Deprescrizione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali**

**Marco Rapellino, Direttore Sanitario**

**Valter Ferrero, MMG**

**RSA Opera Pia Lotteri**

# Raccomandazione Ministeriale 17-2014

## Riconciliazione Farmacologica

- Le terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura presentano spesso tra di loro differenze non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette discrepanze non intenzionali, possono determinare gravi danni.
- E' necessario, in tali momenti, effettuare un confronto tra i medicinali assunti dal paziente e quelli indicati per la cura nella particolare circostanza in funzione di una decisione prescrittiva sicura e appropriata agli obiettivi terapeutici.
- Tra gli errori di terapia, la Letteratura internazionale riferisce che nella fase di assunzione del paziente esiste discrepanza di terapia nel 67% dei casi, il più delle volte dovute ad omissione o a differenze di dose.

# Raccomandazione Ministeriale 17-2014

## Riconciliazione Farmacologica

La procedura individua una prima fase (Ricognizione) di raccolta di dati che riguardano il paziente e i medicinali assunti, etici, Senza Obbligo di Prescrizione (SOP), (OTC), nonché gli omeopatici, l'eventuale assunzione di alcool, l'uso di droghe e l'abitudine al fumo ed una seconda fase (Riconciliazione) che prevede il confronto tra la terapia seguita e quella che si vuole impostare.

# Raccomandazione Ministeriale 17-2014

## Riconciliazione Farmacologica

Le informazioni che devono essere raccolte durante la Ricognizione riguardano:

- il nome commerciale e/o del principio attivo;
- la forma farmaceutica;
- il dosaggio;
- la posologia giornaliera;
- la via di somministrazione;
- la presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute;



# Raccomandazione Ministeriale 17-2014

## Riconciliazione Farmacologica

Numerosi sono i fattori ostacolanti la raccolta e l'affidabilità delle informazioni soprattutto in RSA:

- Incapacità del Paziente a riferire la terapia assunta per problemi di comunicazione o di patologia
- Mancanza di un Familiare o Caregiver
- Mancanza o incompletezza della lista dei medicinali redatta dal medico curante (ad esempio, non comprensiva di quelli prescritti da altri medici specialisti in Pazienti con patologie multiple, distribuzione diretta)
- Discordanza tra farmaci prescritti ed effettivamente assunti dal paziente (modifica di dosi, sospensione della terapia)

# Raccomandazione Ministeriale 17-2014

## Riconciliazione Farmacologica

### Ricognizione presso RSA Opera Pia Lotteri

- Paziente proveniente da Domicilio : colloquio con familiare e/o caregiver prima del ricovero. Assunzione lista farmaci assunti con posologia e tempi di somministrazione. Se possibile lista di farmaci prodotta da MMG. Richiesta di fornitura farmaci per i primi giorni di degenza.
- Paziente proveniente da altra struttura: colloquio telefonico con medico di struttura di provenienza. Richiesta di relazione clinica e di lista di farmaci assunti dal Paziente (trasmissione x mail o fax alcuni giorni prima del ricovero)

# Raccomandazione Ministeriale 17-2014

## Riconciliazione Farmacologica

- Il medico, prima di eseguire la prescrizione farmacologica, prende visione degli esiti della Ricognizione ed effettua la Riconciliazione; confronta la terapia in corso con le disposizioni (prescrizioni ex novo, modifiche) ritenute necessarie per l'attuale circostanza clinica. Durante questa fase vengono individuate le possibili incongruenze ossia sovrapposizioni, omissioni, interazioni, controindicazioni, confondimento dovuto a farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA).
- In RSA è importante eseguire questa fase con la presenza del personale Infermieristico. Dopo varie esperienze abbiamo riscontrato che il minor numero di errori si ottiene con la diretta trascrizione in Scheda Unica di Terapia (SUT) del singolo Paziente della terapia ottenuta dalla Ricognizione.
- Negli ultimi 6 mesi con questa metodologia su 30 accessi alla nostra Struttura abbiamo avuto solo il 10% di discrepanze involontarie di terapia



# La Deprescrizione terapeutica in RSA

Nel 2013, uno studio effettuato dal gruppo *Geriatrics Working Group* (GWG) di AIFA sull'utilizzo di farmaci nella popolazione geriatrica evidenziava l'ampia diffusione della politerapia nel campione analizzato in Italia. Più di 1.300.000 persone, ovvero l'11,3% di anziani con età > 65 anni, ricevono una prescrizione contemporanea di 10 o più farmaci. Il gruppo di anziani risultato esposto al più alto carico farmacologico è quello di età compresa tra i 75 e gli 84 anni. Infatti, il 55% di questi soggetti sono trattati con un numero di farmaci che va da 5 a 9 e il 14% con 10 o più farmaci.

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

- Gli effetti dei farmaci negli anziani spesso non sono stati studiati adeguatamente, anche se metà di tutte le prescrizioni vengono fatte a ultrasessantenni
- Un ricovero su sei di anziani è a causa di una reazione avversa, quattro volte di più delle persone più giovani.
- Per i pazienti > 75 aa i ricoveri per ADR aumentano a uno su tre (Venegoni M, 2014)

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

## Categorie degli Eventi avversi

- Reazioni avverse da farmaci
- Errori di prescrizione, preparazione, somministrazione
- Fallimento terapeutico
- Reazioni da sospensione dei farmaci
- Overdose, abuso, misuso, omissione (Venegoni M, 2014, Mod.)

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

- Il 50% degli anziani ha una iniziale insufficienza renale,
- Il flusso ematico epatico diminuisce del 40%
- Lo scompenso cardiaco colpisce più del 40% degli ultraottantenni,
- L'età diminuisce la clearance del primo passaggio epatico, per cui anticoagulanti, benzodiazepine, oppiacei richiedono dosi minori negli anziani

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

- I livelli di proteine seriche possono essere diminuite per malnutrizione, modifiche dietetiche volontarie (per cambiamento degli stili di vita) o involontarie (problemi dentari, alterazione dell'appetito, comorbidità, restrizioni dietetiche).
- La distribuzione dei farmaci nei diversi compartimenti corporei è modificata dall'alterazione del rapporto tra massa magra e massa grassa.
- Il 10% degli anziani ha problemi di alcoolismo (Venegoni M, 2014)



# La Deprescrizione terapeutica in RSA

- 1) Rivalutare criticamente tutti i farmaci assunti dal paziente e le motivazioni della assunzione;
- 2) Considerare il rischio complessivo di danno indotto da farmaci nei singoli pazienti per modulare la deprescrizione;
- 3) Valutare per ciascun farmaco il rapporto rischio/beneficio;
- 4) Dare priorità alla sospensione di farmaci che presentano il rapporto beneficio/rischio più basso e la più bassa probabilità di reazioni avverse da sospensione o di sindromi da rebound della malattia;
- 5) Implementare un regime di interruzione e monitorare attentamente i pazienti per migliorare i risultati o prevenire l'insorgenza di reazioni avversi. (Schipani A, 2019)

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

Tra i più utilizzati a livello internazionale sono i criteri di Beers e i criteri STOPP & START.

- I criteri di Beers , che devono il nome al geriatra americano che per primo li pubblicò nel '91, sono stati il primo set di indicatori di inappropriatazza, rivisti e rielaborati più volte negli anni; identificano farmaci o classi di farmaci che dovrebbero essere evitati negli ultrasessantacinquenni o più, perché inefficaci o comportanti un rischio inutilmente elevato, o da non utilizzare in particolari condizioni cliniche. Nell'ultima revisione (2019) sono stati aggiunti farmaci che possono dare interazioni pericolose, farmaci controindicati nei soggetti con funzionalità renale ridotta, ma soprattutto sono state fornite liste di farmaci alternativi.

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

- I criteri STOPP & START (ultima edizione nel 2015), sono degli indicatori che permettono di identificare prescrizioni e farmaci potenzialmente inappropriati nel paziente anziano (per Screening Tool of Older Person's Prescriptions), comprendenti interazioni farmaco-farmaco, farmaco-malattia, durata e dosi di trattamento e, per Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment, potenziali errori di omissione di farmaci che sarebbero invece da prescrivere.

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

## Esperienza RSA Opera Pia Lotteri 2019

- 100 Ospiti tutti pluritrattati farmacologicamente (da 2 a 12 farmaci, mediana 6)
- Per ogni ospite da 3 a 6 revisioni della terapia

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

## Principali Interventi (Beers 2019)

- Sospensione Warfarin in Pazienti > 90 anni con FA cronica (possibilità di emorragie)
- Revisione terapia con Warfarin (scarso controllo valori di INR)
- Sospensione FANS o Aspirina in associazione con Warfarin (alta possibilità di emorragia gastrica)
- Revisione terapia con anticoagulanti e Mirtazapina (antidepressivo)



# La Deprescrizione terapeutica in RSA

## Principali Interventi (Beers 2019)

- Sospensione Benzodiazepine in presenza di Antipsicotici o Antidepressivi (pericolo di cadute, confusione mentale, sonnolenza)
- Sospensione Antistaminici prima generazione (potenti effetti anti colinergici, sonnolenza, allucinazioni)
- Sospensione Amiodarone (allungamento Q-T all'ECG, possibile torsione di punta)

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

## Principali Interventi (Beers 2019)

- Riduzione dosaggi o sospensione Quetiapina (allungamento Q-T)
- Riduzione dosaggi o sospensione Metformina (pazienti con magrezza patologica, effetto della dieta ipoglicidica)
- Sospensione o passaggio a dosaggi minori o a giorni alterni Inibitori pompa ionica (aumento mortalità?, interazioni-Clopidogrel, non necessario dopo 8 settimane di terapia)

# La Deprescrizione terapeutica in RSA

## Principali Interventi (Beers 2019)

- Sospensione Allopurinolo in grandi anziani asintomatici
- Sospensione e/o sostituzione Tiklopidina
- Sospensione Diuretici risparmiatori di Potassio in interazione con ACE inibitori (iperpotassiemia)

La cura è importante, la sicurezza anche ....

