

Esperienze di deprescribing

Ambulatorio DeRT

Dott.ssa Simonetta Miozzo

MMG ASL TO3 PIEMONTE



Ambulatorio DeRT

COSA E' STATO ?



Deprescrizione e Riconciliazione Terapeutica

Ambulatorio eseguito da MMG e Infermiera
dedicato a pazienti >65aa che assumono più di 5 farmaci
con lo scopo di

- **rivedere e riconciliare** le terapie croniche alle luce delle esigenze cliniche del momento e i desideri del paziente
- **ridurre il rischio** di effetti indesiderati e di danni da interazioni farmacologiche e migliorare l'aderenza alle terapie

Ambulatorio DeRT

- PROGETTO PILOTA CONCORDATO CON LA DIREZIONE ASLTO3 E INSERITO NELLA CASA DELLA SALUTE DI TORRE PELLICE
- 10 MMG DEL DISTRETTO
- POPOLAZIONE
 - 13.363 CITTADINI
 - 4.189 >65 (30%)
 - 1.026 >5 FARMACI (25%)

14 febbraio 2019

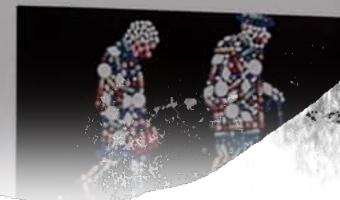


 **A.S.L. TO3**
Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo


Medici
Medicina Generale
Val Pellice

AMBULATORIO De.R.T.

PRESCRIZIONE E RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA

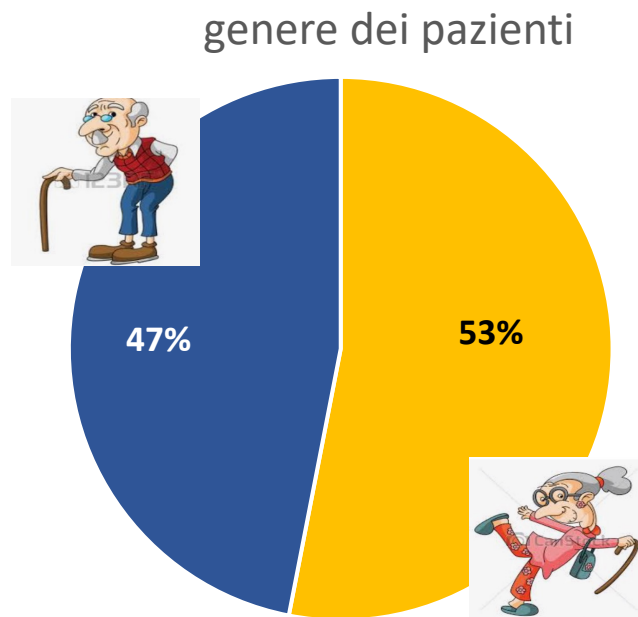




Il lavoro e la formazione

Alcuni dati del DeRT

- 135 pazienti contattati
- 122 pazienti visti
- 13 pazienti non hanno accettato la visita



■ 1 ■ 2

	F	M	
Min di ETA'	65	57	
Max di ETA'	92	92	
Media di ETA'	77	78	78

< 75 anni	39%
≥ 75 anni	83%



considerazioni

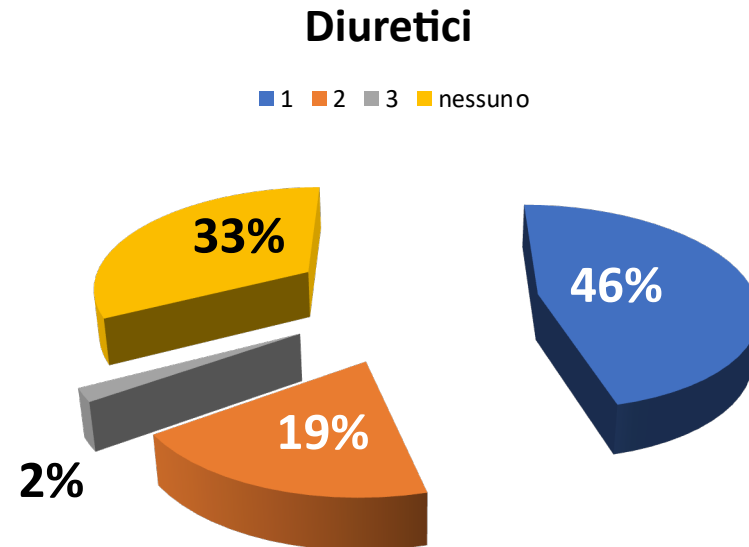
Il numero di molecole segnalate dal medico in questo campione è sovrapponibile ai dati del *rapporto Osmed 2019*. Tuttavia il numero totale delle molecole per giorno, quindi il numero totale dei farmaci è maggiore rispetto alla media (seppur di poco) perché risente di una attenta attività di analisi che si è fatta durante il DeRT grazie alla *brown bag* che il paziente portava con sé

Alcuni dati del DeRT

	Media N° principi attivi		Media N° somministrazioni	
Indicazione del MMG	9,1	(5 - 16)	10,4	(4 -19)
Dopo la ricognizione	10.8	(4 - 19)	12.1	(4 -26)



Tra le interazioni che coinvolgevano più di 5 pazienti, le più frequenti sono state fra **diuretici risparmiatori di potassio ed ace - inibitori** e fra **furosemide ed antiaritmici**.



considerazioni

- La maggioranza assoluta del campione assume farmaci anti- ipertensivi e questo dato conferma i dati di letteratura
- **i diuretici dell'ansa (37,7%)** paiono Farmaci iper prescritti perché se sommiamo le indicazioni principali non raggiungiamo queste prevalenze di assunzione -> è più probabile che i pazienti fossero per la maggior parte affetti da scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta ed i Curanti abbiano preferito mantenere una dose minima di farmaco “ad vitam” piuttosto che inserire e disinserire la molecola in terapi

considerazioni

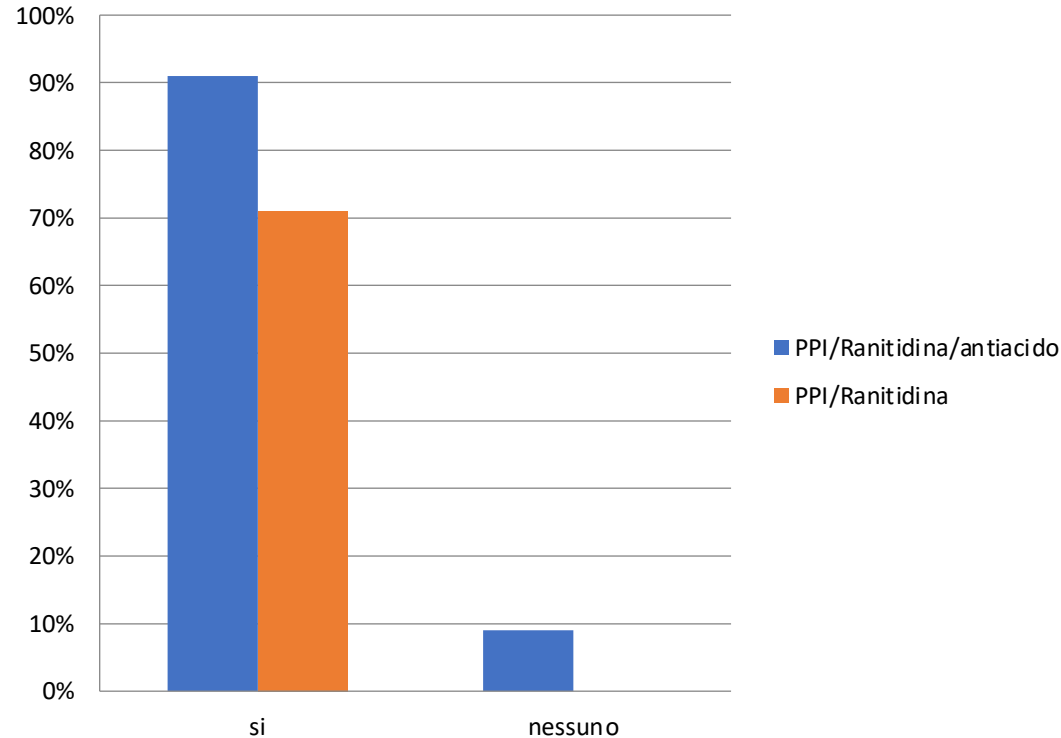
Tra le interazioni di grado C e di grado D, più frequenti nel nostro campione ,spicca quella fra **diuretici risparmiatori di potassio ed ace-inibitori** terapia cardine dello scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione

e

tra furosemide e farmaci anti- aritmici

Alcuni dati del DeRT

Analisi comparativa PPI e/o Ranitidina e/o antiacidi



- Il 90% assume PPI e/ranitidina e/o antiacidi
- Il 70% PPI e/o ranitidina
- Il 45 % assume anche 1 o più antiaggreganti

considerazioni

Assumono **antiaggreganti piastrinici** oltre il **50%** dei pazienti e **terapia ipolipemizzante** quasi il **60%**.

Non è ragionevole pensare che tutti costoro abbiano avuto un evento ischemico (coronarico, cerebrale o periferico) e quindi è più probabile che assumano antiaggreganti perché un tempo vi era un qualche razionale per questa terapia in prevenzione primaria ed

assumano la statina perché magari il loro score di rischio di evento CV maggiore a 10 anni era stato calcolato anni prima

questo dimostra quanto la polifarmacoterapia possa in parte dipendere dalla inerzia terapeutica

considerazioni

- **inibitori della pompa protonica (62,3%)** soprattutto perché è una classe di farmaci che data in cronico può presentare numerosi effetti collaterali e se presi da tempo sono farmaci difficili da discontinuare

E' probabile che in molti pazienti il PPI venisse somministrato come profilassi del sanguinamento gastrointestinale vista la assunzione cronica di antiaggregante piastrinico in paziente anziano

considerazioni

Uso di benzodiazepine

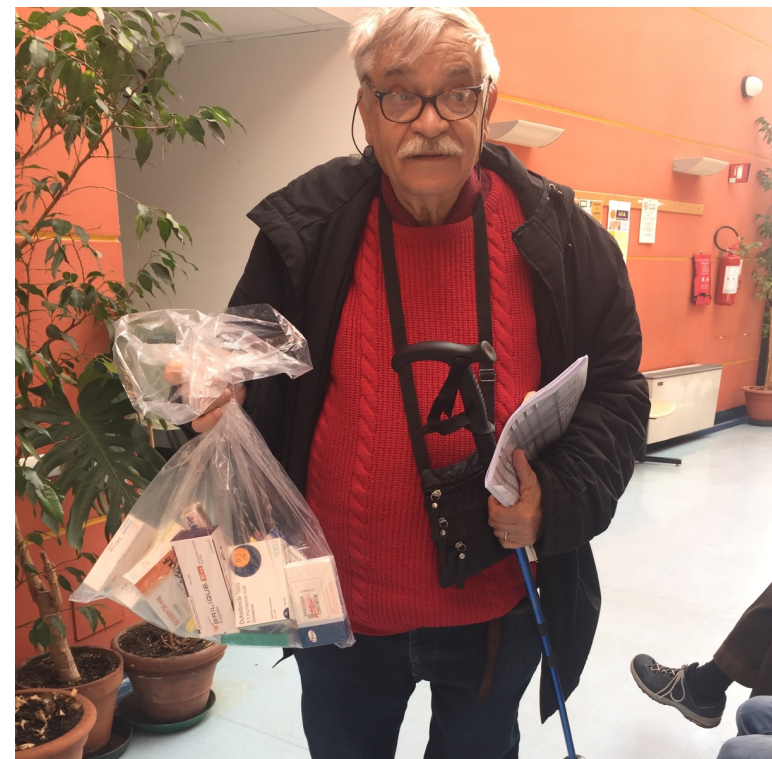
41% che è comunque da segnalare come rischiosa per la salute dell'anziano e probabilmente inappropriata

Uso di antidepressivi

23% dei pazienti studiati dato troppo alto affinché si possano attendere risultati positivi in termini di miglioramento della qualità di vita: infatti troppo poco è il beneficio del farmaco rispetto al placebo a fronte di non trascurabili effetti collaterali

ACB SCORE

	<75	>75
Min di ACB score	0	0
Max di ACB score2	5	9
Media di ACB score	1	2



MORISKY SCORE

Min di MORISKY	3	3	3
Max di MORISKY	11	11	11
Media	8	8	8



Variabile	M (DS)
Età	78,8 ($\pm 6,9$)
Morisky	8,4 ($\pm 1,9$)
Lee Index a 4 anni	25,8 ($\pm 21,5$)
Lee Index a 10 anni	53,3 ($\pm 29,5$)
Score ACB	1,5 ($\pm 1,5$)

Tab. 4 Variabili continue

correlazione fra ACB score e le variabili in studio

Sono risultate **correlate positivamente** ed in maniera **statisticamente significativa** con lo score ACB il Lee Index a 4 anni, il Lee Index a 10 anni, il numero di molecole segnalate dal medico, il numero di somministrazioni di farmaco segnalate dal medico, il totale delle molecole per paziente, il totale delle somministrazioni per giorno per paziente, ed il numero totale di farmaci

Lo score ACB del nostro campione è mediamente basso (1,5) se confrontato con la letteratura: forse perché solo 8 dei 122 pazienti erano istituzionalizzati pertanto il campione era composto da anziani cronici autosufficienti o semiautosufficienti rispetto ai pari di età di altri gruppi presenti in letteratura.

con il crescere dell'età aumenta il rischio di avere patologie croniche e che spesso vi è un trattamento ottimale per la singola condizione ma non per pletora di condizioni che affliggono l'anziano ed ancor più il grande anziano

Lo studio ha confermato i dati della letteratura scientifica esistente e sottolinea ancora una volta come questi dati **sono consigli pratici per l'attività clinica quotidiana**: le interazioni fra farmaci più frequenti evidenziano come, oltre conoscenza scientifica, sia **indispensabile la conoscenza della persona che il medico di famiglia ha**

Cosa ci sta dando quest'esperienza



- Formazione
- Crescita culturale
- Competenze e ruolo professionale
- La ricerca e la comprensione della EBM
- Aggregazione tra pari
- Condivisione del piano di cura
 - Tra colleghi
 - Con i pazienti
- Maggiore attenzione alla prescrizione in tutti i pz
- Dati da verificare ed elaborare

IL FARMACO GIUSTO AL MOMENTO GIUSTO

