
UN SERVIZIO DI *DEPRESCRIBING* E *MEDICATION REVIEW* NEGLI ANZIANI IN POLITERAPIA: FIGURE E STRUMENTI DI UN PROGETTO PILOTA NELLA MEDICINA TERRITORIALE

Michela Servadio, Silvia Alessio, Alessandro Cesare Rosa, Anna Acampora, Laura Angelici, Nera Agabiti, Ursula Kirchmayer, Antonio Addis – Dipartimento di Epidemiologia, ASL Roma 1, SSR Regione Lazio

DOMANDA

Quali figure e strumenti risultano utili per avviare un servizio di *medication review* e *deprescribing* nell'ambito della medicina territoriale?

CONTESTO DELLA DOMANDA

L'aumentata aspettativa di vita della popolazione generale sta incrementando l'insorgenza di una serie di condizioni patologiche, prevalentemente a carattere cronico, che facilitano in ultimo il fenomeno della politerapia. In Italia, secondo il rapporto OsMed dedicato all'uso dei farmaci nella popolazione anziana [1], nel 2019 il 30% della popolazione di età 65+ anni faceva uso di almeno 10 farmaci concomitanti. La politerapia espone la popolazione, soprattutto se anziana, a potenziali reazioni avverse e a diversi rischi legati alla ridotta aderenza terapeutica e alle interazioni tra farmaci. Tali condizioni possono comportare il ricorso, potenzialmente evitabile, a risorse sanitarie pubbliche, culminando, nei casi più gravi, in ospedalizzazioni, accessi al PS o decesso del paziente [2, 3].

La riconciliazione terapeutica (*medication review*), insieme alla possibilità di ridurre il numero dei farmaci assunti dal singolo paziente (*deprescribing*), sono dei validi approcci per far fronte a questo problema in ottica preventiva [4, 5].

Questi approcci sono la componente fondamentale del progetto pilota Ri-Medi (Servizio di *medication review/deprescribing* nel setting territoriale dell'ASL Roma 1), in cui collaborano il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, due distretti della ASL Roma 1 e l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. La presenza di queste diverse componenti permette la collaborazione fra diverse professionalità e garantisce un approccio multidisciplinare alla problematica. Il progetto, in questa fase preliminare, ha come ambito di applicazione le cure territoriali gestite dalla medicina generale. L'obiettivo principale è quello di

migliorare la qualità delle terapie farmacologiche in pazienti anziani in politerapia, utilizzando la tecnica dell'*Audit&Feedback* (A&F), rivolta a chi fornisce assistenza sanitaria al fine di colmare eventuali distanze tra un "goal", prefissato secondo linee guida aggiornate e supportato dalla letteratura, e la pratica clinica [6]. In particolare, il progetto prevede l'implementazione di un intervento di *medication review/deprescribing* (MRDP) destinato ai medici di medicina generale (MMG) per ridurre il rischio di potenziale inapproprietezza prescrittiva nell'ambito di specifiche aree terapeutiche.

Il progetto fonda sullo sviluppo di strumenti e materiali basati su evidenze per l'educazione e la formazione degli MMG [7-10], rispetto al tema delle prescrizioni potenzialmente inappropriate, focalizzandosi su specifiche aree terapeutiche ad alta priorità scelte in collaborazione con i Distretti e gli MMG che ne fanno parte. È previsto che i materiali vengano presentati agli MMG durante eventi di formazione; successivamente, ogni MMG è invitato a mettere in pratica con i propri pazienti l'MRDP in base alle conoscenze acquisite, l'MMG può essere coadiuvato da un "facilitatore", figura professionale di profilo non medico predisposta ad effettuare periodicamente visite informative e di supporto agli MMG. Al fine di facilitare l'implementazione dell'attività di MRDP e alleggerire il carico di lavoro agli MMG, ad ognuno di essi viene fornita una stima della popolazione target, costituita da quei pazienti il cui profilo socio-demografico e clinico corrisponde ad un rischio di prescrizione inappropriata e che potrebbero quindi beneficiare dell'attività di MRDP. In questo modo, gli MMG possono facilmente individuare tra gli assistiti quali siano a maggior rischio per ciascuna area terapeutica selezionata, e quindi valutare, caso per caso, se vi sia o meno la necessità di rimodulare l'attuale piano terapeutico sulla base delle informazioni fornite.

Tutti gli MMG sono invitati a partecipare fattivamente alla strategia A&F. Questa, al fine di migliorare la qualità delle terapie farmacologiche erogate ai pazienti anziani in politerapia, prevede il monitoraggio dell'attività prescrittiva degli MMG appartenenti ai Distretti coinvolti, tramite specifici indicatori di performance e misure specifiche di efficacia, e la successiva restituzione dei risultati ottenuti ai medici stessi. Inoltre, nella fase finale, tramite opportuna analisi pre/post intervento, si andranno a confrontare i risultati ottenuti dagli MMG esposti all'intervento con quelli dei medici non aderenti all'iniziativa.

Una delle aree terapeutiche all'interno della quale è stata identificata una popolazione target, candidabile ad intervento, riguarda i pazienti utilizzatori di statine in prevenzione primaria trattati in politerapia [10-11]. Questa selezione è stata presa come esempio per descrivere in maniera più concreta in cosa consiste una parte fondamentale del progetto, vale a dire la definizione della popolazione target.

COME SIAMO ARRIVATI ALLA RISPOSTA

In primo luogo il Dipartimento di Epidemiologia si occupa dell'analisi della letteratura e della sintesi delle evidenze scientifiche relative all'area terapeutica identificata. Durante questa fase, vengono consultate diverse fonti, fra cui materiali basati su evidenze scientifiche e documenti di riferimento tecnico/regolatorio, inclusi quelli elaborati dalle società scientifiche. In base alle evidenze raccolte, vengono preparati dei materiali per la formazione ed informazione degli MMG, che avviene durante degli incontri periodici. In particolare, dall'unione delle evidenze raccolte con il supporto del gruppo multidisciplinare, viene identificato uno specifico ambito di intervento, anche definita popolazione target. In questo caso, la popolazione target include soggetti con utilizzo di statine in prevenzione primaria cardiovascolare con età ≥ 80 anni. Vengono quindi elaborati dei documenti di formazione, fra cui le schede informative, come quella rappresentata in **Figura 1**, e in secondo luogo rintracciati i pazienti a rischio di prescrizione inappropriata, per costituire le liste da sottoporre agli MMG coinvolti dell'attività di MRDR, attività coadiuvata da un "facilitatore" non medico.

Per ottenere una stima della popolazione target si ricorre ai dati provenienti dai database amministrativi sanitari di proprietà della ASL Roma 1. La popolazione oggetto di intervento viene identificata a partire dagli assistiti degli MMG appartenenti ai Distretti 1 e 14 nel corso dell'anno di riferimento. In questo caso, sono stati inclusi gli assistiti con utilizzo di almeno 10 prescrizioni con diverso ATC di 4° livello e utilizzo di almeno 2 prescrizioni di statine: C10AA (solo statine) o C10BA (associazioni, escluso C10BA10) o C10BX (associazioni). Sono stati invece esclusi gli assistiti di età < 80 anni al 1 gennaio dell'anno di riferimento e quelli in prevenzione secondaria, vale a dire diabetici o coloro che utilizzano statine dopo un evento cardio-cerebrovascolare pregresso.

Questi passaggi hanno permesso di identificare i soggetti utilizzatori di statine in politerapia assistiti nei distretti 1 e 14 della ASL Roma 1. In particolare, si è ottenuto un totale di 11.767 pazienti e, applicando gli opportuni criteri di esclusione, sono stati identificati un totale di 1.486 pazienti, assistiti da 250 MMG, che presentavano un utilizzo potenzialmente inappropriato delle statine (cioè età maggiore ≥ 80 anni e in terapia con statine per la prevenzione primaria). Nel complesso gli MMG inclusi nell'analisi presentavano mediamente 4,7 e 7,4 pazienti con utilizzo inappropriato di statine, rispettivamente nel Distretto 1 e 14, per una media complessiva di 5,9 pazienti per MMG. I pazienti erano prevalentemente di sesso femminile e con età media di 88 anni.

Questo esempio permette di chiarire come la restituzione della stima della popolazione target agli MMG, aiutando l'identificazione degli assistiti che potrebbero beneficiare dell'intervento di MRDR, da una parte alleggerisce e facilita il carico di

lavoro degli MMG, e dall'altra mette in atto azioni di miglioramento che permettono in ultimo di aumentare la consapevolezza sull'attività prescrittiva degli MMG nella popolazione target e quindi di migliorare la qualità dell'assistenza erogata.

Figura 1
Scheda informativa per i MMG

Le statine sono sempre un beneficio per il paziente?



Nome: Maria
Sesso: F
Et : 88 anni
Peso: 60kg
Altezza: 1,65 m

La signora Maria assume oltre 10 farmaci, fra cui una statina (simvastatina 20 mg), con cui   in trattamento cronico da dieci anni.

 Le statine non sono indicate come prevenzione primaria cardiovascolare nei soggetti con et  ≥ 80 anni^{1,2}.

In base alle informazioni ricevute, il medico decide se modificare o meno la terapia farmacologica del paziente.

Bibliografia
 1. O'Keefe, D., Choudhri, A., Gutierrez, A.R., Derkinger, M., Beaudart, J.B., Ombre, G., Gudimovskan, A., Cruz-Jentoft, A.J., Ford, W., Samel, G., van der Wal, N., Pitsche, M., & Curtis, D. (2022). STOPSTART criteria for potentially inappropriate prescribing in older people version 3. *European geriatric medicine*, 14(5), 626-632.
 2. Nohs 13, AFA.

  

RISPOSTA ALLA DOMANDA

La multidisciplinarieta    un aspetto fondamentale alla base della selezione delle figure e degli strumenti utili per l'avvio di un servizio di MRDP nell'ambito della medicina territoriale. In particolare, sono richieste competenze trasversali per lo sviluppo di materiali basati su evidenze scientifiche e documenti di riferimento tecnico/regolatorio necessari per la formazione degli MMG. Questi materiali si focalizzano su specifiche aree terapeutiche ad alta priorit  scelte dalla collaborazione di tutte le realt  che prendono parte al servizio, inclusi i Distretti sanitari e gli stessi MMG che ne fanno parte. I materiali prodotti vengono presentati agli MMG durante eventi di formazione ad hoc. Parallelamente, vengono rintracciati gli assistiti appartenenti ad una delle aree terapeutiche ad alta priorit  e che potrebbero quindi beneficiare dell'attivit  di MRDP. Tali assistiti costituiscono delle liste sottoposte agli MMG coinvolti dell'attivit  di MRDR, attivit  coadiuvata da un "facilitatore" non medico, il quale effettua periodicamente visite informative e di supporto agli MMG. La stima della popolazioni target, che potrebbe ad esempio riguardare i pazienti utilizzatori

di statine in prevenzione primaria trattati in politerapia, facilita l'implementazione dell'attività di MRDP da parte degli MMG, alleggerendo il loro carico di lavoro. In questo modo gli MMG possono facilmente individuare tra i propri assistiti quelli a maggior rischio per ciascuna area terapeutica selezionata e quindi valutare, caso per caso, se vi sia o meno la necessità di rimodulare l'attuale piano terapeutico sulla base delle informazioni fornite. In ultimo, tramite l'impiego degli strumenti di A&F, è possibile migliorare la qualità delle terapie farmacologiche erogate ai pazienti anziani in politerapia, andando a monitorare, tramite l'utilizzo di specifici indicatori di performance, l'attività degli MMG appartenenti ai Distretti coinvolti, e restituendo loro i risultati ottenuti.

Riferimenti bibliografici

- [1] Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021.
- [2] Chang TI, Park H, Kim DW, et al. Polypharmacy, hospitalization, and mortality risk: a nationwide cohort study. *Sci Rep.* 2020;10(1):18964. Published 2020 Nov 3. doi:10.1038/s41598-020-75888-8
- [3] Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med.* 2001;38(6):666-671. doi:10.1067/mem.2001.119456
- [4] 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(11):3323-3332. doi:10.1007/s11606-020-06089-2
- [5] McKean M, Pillans P, Scott IA. A medication review and deprescribing method for hospitalised older patients receiving multiple medications. *Intern Med J.* 2016;46(1):35-42. doi:10.1111/imj.12906
- [6] Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012(6):CD000259. Published 2012 Jun 13. doi:10.1002/14651858.CD000259.pub3
- [7] SIGG, SIGOT, SIMG, SIMI, FADOI, SIF. Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia 2021.
- [8] FADOI, SICP, SIFACT, SIFO, SIF, SIGOT, SIGG, SIMG, SIMI. Documento inter-societario sull'implementazione del servizio di medication review e deprescribing nei vari setting assistenziali. Ottobre 2023.

- [9] By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2052-2081. doi:10.1111/jgs.18372
- [10] O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3 [published correction appears in *Eur Geriatr Med.* 2023 Aug;14(4):633. doi: 10.1007/s41999-023-00812-y]. *Eur Geriatr Med.* 2023;14(4):625-632. doi:10.1007/s41999-023-00777-y
- [11] Nota 13, Agenzia Italiana del Farmaco