

# Dalla ricognizione alla riconciliazione della terapia farmacologica

Francesco Galtarossa<sup>1</sup>  
Antonio Sacchetta<sup>2</sup>

Raccomandazioni ministeriali si sono susseguite negli ultimi anni sulla prevenzione degli errori possibili nella somministrazione della terapia farmacologica. Pensiamo solo all'abolizione dell'utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio nei reparti non di terapia intensiva, alla prevenzione degli errori riferiti all'uso di farmaci c.d. LASA (*Look-Alike/Sound-Alike*) o sull'uso non standardizzato di sigle, acronimi, ecc. Un aspetto però molto importante è stato affrontato dalla Raccomandazione 17 dell'aprile 2015: "Le terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura presentano spesso tra di loro differenze non imputabili a una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette discrepanze non intenzionali, possono determinare gravi danni." La raccomandazione indica come eseguire i processi di **ricognizione e riconciliazione** della terapia farmacologica nei diversi contesti assistenziali (accoglienza in ospedale, dimissione ospedaliera, trasferimento di reparto, assistenza domiciliare).

La **ricognizione** è la fase di raccolta di **informazioni anagrafiche** che riguardano il paziente e di tutti i **medicinali** prescritti e non, che vengono assunti dal paziente, tramite l'utilizzo della **scheda di ricognizione/riconciliazione** cartacea/informatizzata. Le informazioni che devono essere raccolte durante la ricognizione: il nome commerciale e/o del principio attivo; la forma farmaceutica, il dosaggio e la via di somministrazione; la posologia giornaliera; la data di inizio e la durata della terapia; la data e l'ora dell'ultima dose assunta (con particolare attenzione alle formulazioni a lunga durata di azione); gli eventuali trattamenti a carattere sperimentale, compreso l'utilizzo compassionevole e di farmaci *off-label* (in particolare l'indicazione terapeutica); l'assunzione di omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale; l'utilizzo di dispositivi medici medicati; la presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute; le terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati; l'assunzione di alimenti (dosi elevate di pompelmo, liquirizia, caffè, tè, frutta e verdura) che possono interferire con la terapia.

<sup>1</sup> U.O. Farmacia, Ospedale San Camillo, Treviso

<sup>2</sup> U.O. Medicina Interna, Ospedale San Camillo, Treviso  
antonio.sacchetta@gmail.com

Date le multimorbilità della maggioranza dei nostri pazienti, tale processo può essere impegnativo, ma è fondamentale, poiché non infrequentemente ogni specialista può aver introdotto terapie che hanno criticità e interferenze farmacocinetiche o farmacodinamiche con farmaci già assunti dal paziente, magari con nomi commerciali diversi. Nella **riconciliazione** poniamo a confronto la lista dei farmaci assunti dal paziente, risultanti dalla **ricognizione**, con la lista di quelli che dovrebbero essere somministrati in quella particolare circostanza (ingresso, dimissione, trasferimento, prosecuzione domiciliare), identificando eventuali discrepanze e risolvendole, con particolare attenzione nella sostituzione di una terapia cronica con principi attivi della stessa classe presenti nel prontuario terapeutico ospedaliero. In campo pneumologico una particolare criticità riguarda gli erogatori: *device* differenti, per molecole differenti, con difficoltà di utilizzo, tenendo quindi conto della possibilità di utilizzo dei medicinali personali del paziente durante il ricovero. Un farmaco è “riconciliato” quando sono indicate le motivazioni di qualunque modifica apportata: prosecuzione, sospensione, modifica di dosaggio, nuovo inizio di terapia. Vi sono poi le prescrizioni potenzialmente inappropriate (PPI), nel caso di quel medicinale o classe di medicinali che dovrebbe generalmente essere evitato/a per esempio nei pazienti anziani, in quanto inefficaci o causa di aumento di rischio di eventi avversi, in particolare quando è disponibile un’alternativa di trattamento più sicura e/o efficace.

Vi sono alcuni fattori di rischio facilmente identificabili per le PPI: l’età innanzitutto. Entro il 2060 gli *over 65* saranno il 30% della popolazione UE, di cui il 12% > 88 anni. Queste fasce di età generalmente

risultano escluse dai *trial* clinici, così come le donne risultano spesso sottorappresentata rispetto alla componente maschile. In generale, all’aumento dell’età del soggetto si associa un incremento di multimorbilità, con conseguente ricorso a politerapie. Decadimento cognitivo, compromissione dello stato funzionale, cadute e limitata aspettativa di vita sono i fattori di più frequente riscontro nella popolazione anziana che possono costituire un limite per l’efficacia della terapia mettendone talvolta in discussione l’appropriatezza. Il metabolismo dei farmaci è alterato nell’anziano, per mutamenti della composizione corporea. Si ha così un prolungamento della *clearance* epatica per farmaci con metabolismo complesso e aumento del rischio di tossicità per ridotta escrezione renale. In ultimo la frammentazione delle cure: consultazione di più specialisti che, nel tempo, determina un “accumulo” di diversi medicinali con conseguente instaurazione di complessi regimi di politerapia. Le PPI possono essere dovute ad associazioni di medicinali in grado di determinare potenziali interazioni farmaco/farmaco, *drug-drug interactions* (DDIs), sia di tipo farmacocinetico nell’assorbimento, distribuzione, metabolismo ed eliminazione degli stessi che farmacodinamico, per effetto di agonismo o





bimka1

di antagonismo nei siti di azione. Vi sono poi PPI dovute a farmaci che interagiscono con patologie concomitanti, *drug disease interactions* (DDSI), che si manifestano in seguito alla somministrazione di un farmaco, assunto per un'indicazione terapeutica, che determina un aggravamento della patologia cronica preesistente. Non è poi così rara l'associazione di due medicinali che condividono la stessa indicazione terapeutica e il medesimo meccanismo d'azione, in uno stesso paziente, cioè la "duplicazione terapeutica", soprattutto in ambito psichiatrico. Descritta per la prima volta da Gurwitz nel 1997, abbiamo poi una particolare PPI, la c.d. "cascata prescrittiva". Si riferisce al processo per cui una reazione avversa a un farmaco, che non viene riconosciuta come tale ma interpretata come manifestazione di una nuova patologia, porta al trattamento di questa "nuova" manifestazione clinica, per cui sono prescritte ulteriori terapie, non necessarie, che espongono il paziente al rischio di sviluppare nuove reazioni avverse, e così via. Un tale fenomeno può essere prevenuto eseguendo una corretta diagnosi di reazioni avverse ai farmaci (ADR) avvalendosi anche di specifici algoritmi come quello di Narajo.

Sono stati sviluppati diversi criteri, in letteratura, che hanno l'obiettivo di orien-

tare il medico nella migliore scelta prescrittiva in soggetti anziani, evitando farmaci a elevato rischio ADR e/o suggerendo di usarli con cautela. Tra i più autorevoli vi sono quelli di Beers, elaborati per la prima volta nel 1991 e revisionati nel 2019, e quelli di STOPP (*Screening Tool of Older People's Prescriptions*) e di START (*Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment*).

Questi strumenti inseriti nel contesto clinico ospedaliero e territoriale, adoperati da team multidisciplinari e affiancati da supporti informatizzati, consentono di migliorare l'appropriatezza prescrittiva; specialmente in quei pazienti fragili, soggetti a frequenti cambi di *setting* assistenziali: domicilio, casa di riposo, reparti ospedalieri differenti, lungodegenze. Sono state quindi elaborate delle linee guida e procedure di recepimento della raccomandazione ministeriale a livello regionale e aziendale al fine di calare nella pratica quotidiana queste metodiche di riconciliazione e revisione della terapia farmacologica.

### Bibliografia di riferimento

- 2019 American Geriatric Society Beers Criteria® Updated Expert Panel 2019. *American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults*. J Am Geriatr Soc 2019;67:674-94.
- GALLEGHER P, O'MAHONY D. STOPP (*Screening Tools of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions*): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. Age Ageing 2008;37: 673-9.
- Ministero della Salute. Direzione generale della programmazione sanitaria ufficio III ex DGPROGS. *Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica*. Dicembre 2014.
- NARANJO CA, BUSTO U, SELLERS EM, ET AL. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clin Pharmacol Ther 1981;30:239-45.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed). *L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto Nazionale Anno 2018*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019.
- ROCHON PA, GURWITZ JH. *Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade*. BJM 1997;315:1096-9.