

CONGRESSO NAZIONALE



Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto

Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali

ROMA

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ROMA

LOREDANA UBERTAZZO

Counselling: ruolo centrale nell'aderenza terapeutica



ADERENZA SALUTE

4 Regioni a confronto. Best practices per una visione nazionale.
Dalla presa in carico della malattia alla presa in cura della Persona

12 NOVEMBRE
2025

USO DEI FARMACI IN ITALIA:2023

L'uso dei Farmaci in Italia

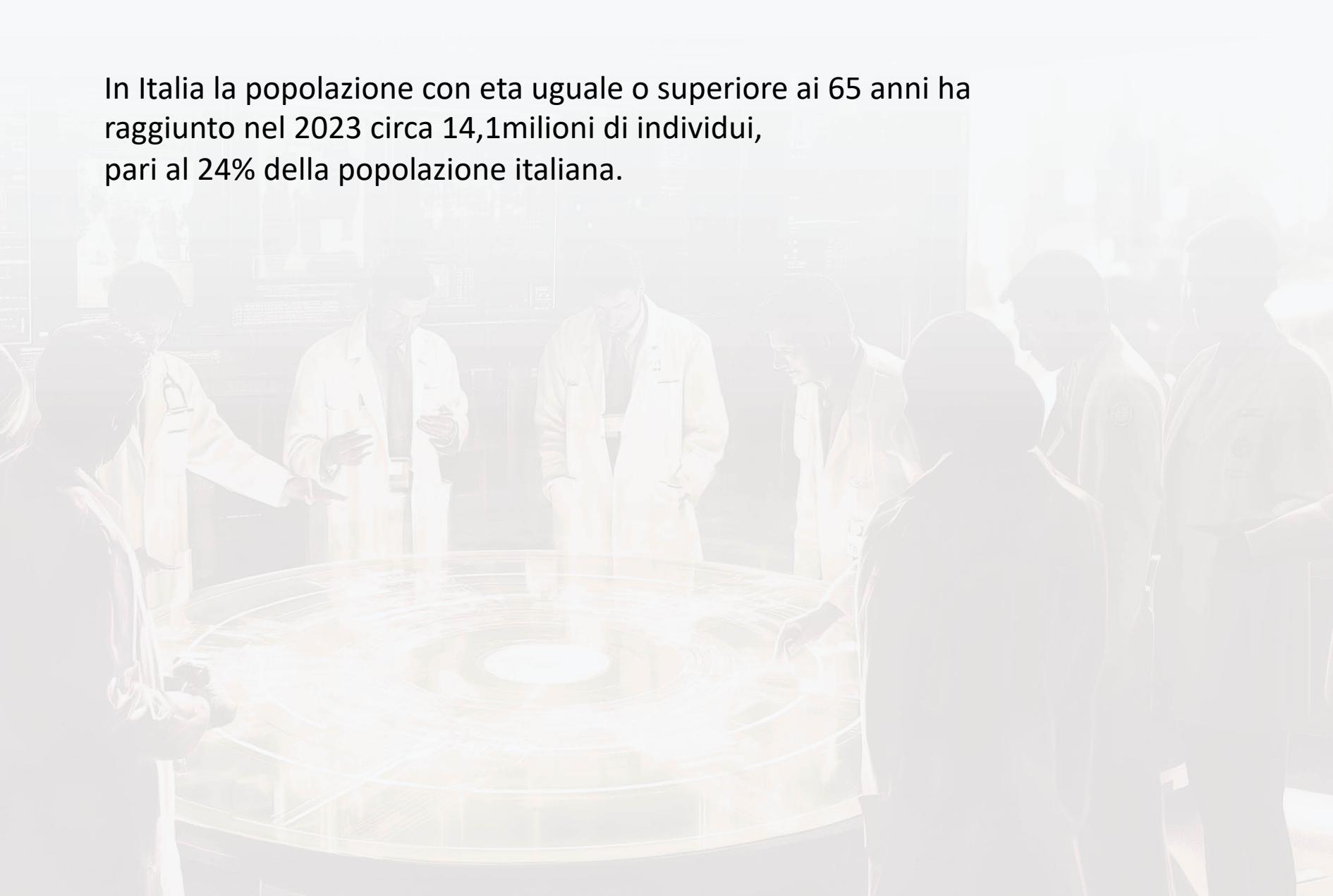
Rapporto Nazionale
Anno 2023



OSSERVATORIO
NAZIONALE
SULL'IMPIEGO
DEI MEDICINALI



In Italia la popolazione con età uguale o superiore ai 65 anni ha raggiunto nel 2023 circa 14,1 milioni di individui, pari al 24% della popolazione italiana.



Paziente Anziano : scelta terapeutica

Testo

La Fragilità del Paziente Anziano:

- Modifiche farmacocinetiche e farmacodinamiche;
- Presenza di fattori di rischio plurimi.
- Condizioni geriatriche.
- Coesistenza di più patologie.
- Aspettativa di vita limitata.

La difficoltà delle scelte terapeutiche

- Le linee guida e i trial clinici si concentrano sulle singole patologie
- Spesso l'attenzione del medico è rivolta alla patologia in acuto
- Una scorretta politerapia determina un aumento di opedalizzazioni, reazioni avverse e interazioni tra farmaci.

Utilizzo dei Farmaci in età geriatrica

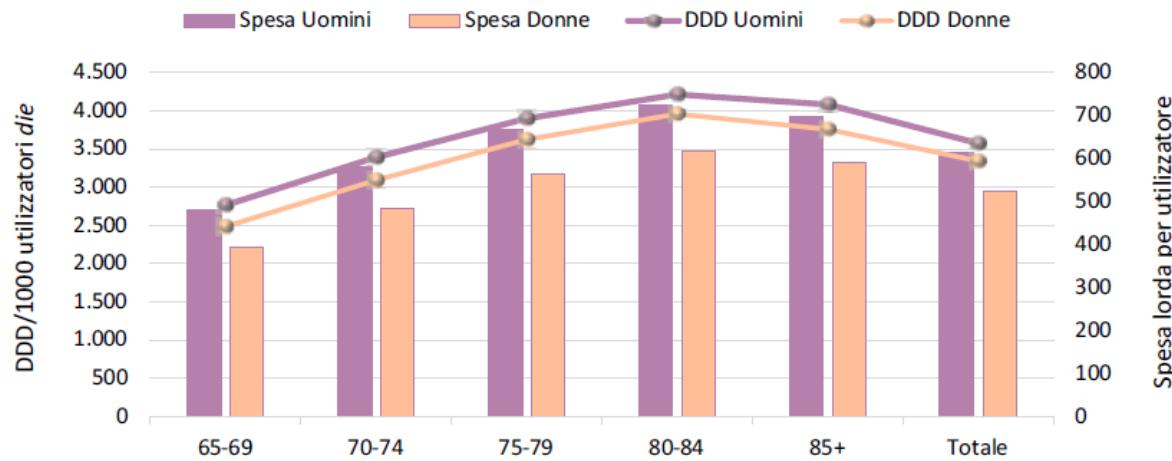
Il consumo di farmaci aumenta con l'età fino alla fascia 80-84 anni, per poi ridursi leggermente nella fascia di età uguale o superiore agli 85 anni.

I soggetti che hanno fatto registrare i maggiori consumi sono quelli di età compresa tra 80 e 84 anni e gli ultra ottantacinquenni

Tabella 1.6.1 Distribuzione per età e sesso della prescrizione farmaceutica nella popolazione di età ≥ 65 anni nel 2023

Fascia d'età	Spesa per utilizzatore			DDD/1000 utilizzatori die			Prevalenza d'uso (%)			Incidenza d'uso (%)						
	M	F	T	Δ % 23-22	M	F	T	Δ % 23-22	M	F	T	Δ % 23-22	M	F	T	Δ % 23-22
65-69	479,7	394,2	434,5	1,41	2.764,5	2.485,3	2.616,8	-1,67	88,5	90,7	89,7	-1,77	6,1	5,4	5,7	-7,97
70-74	582,5	484,4	530,3	1,37	3.389,7	3.091,3	3.230,8	-1,64	91,6	91,6	91,6	1,33	3,8	3,3	3,6	-4,51
75-79	666,8	563,9	610,8	1,10	3.893,5	3.621,1	3.745,2	-1,17	102,3	100,7	101,4	-4,23	2,7	2,4	2,6	-9,59
80-84	722,4	617,3	662,3	1,63	4.211,2	3.956,3	4.065,4	-0,27	100,1	97,3	98,5	-1,88	2,0	1,8	1,8	-8,03
85+	698,4	590,7	629,3	1,90	4.078,7	3.752,4	3.869,3	0,58	116,3	108,7	111,3	0,12	2,2	2,1	2,1	-8,53
Totale	613,6	524,1	563,4	1,45	3.569,7	3.341,6	3.441,9	-0,86	97,2	97,2	97,2	-1,15	3,7	3,2	3,4	-7,30

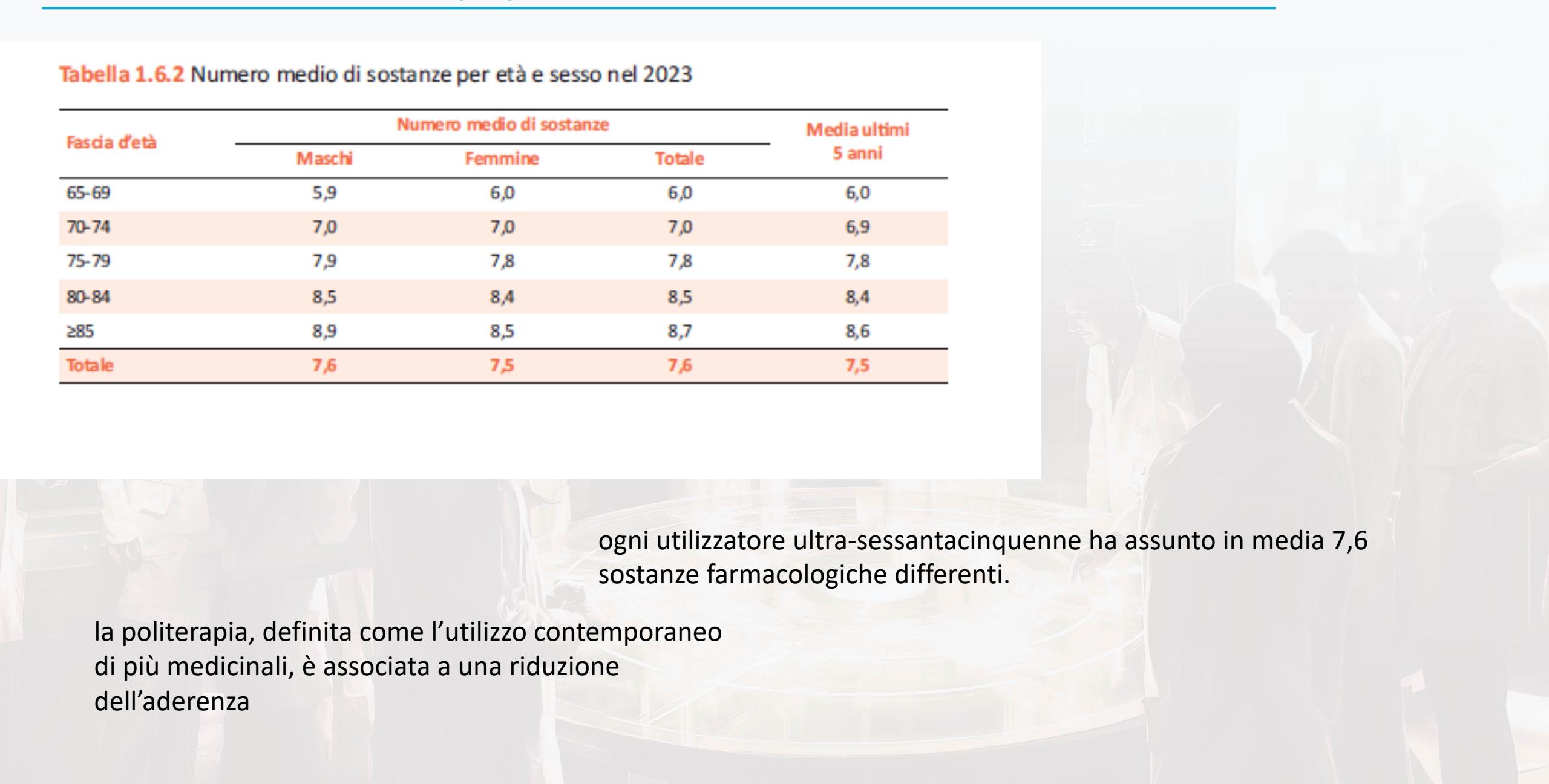
Figura 1.6.1 Andamento della prescrizione nella popolazione di età ≥ 65 anni (DDD/1000 utilizzatori die e spesa lorda per utilizzatore) nel 2023



La POLITERAPIA nella popolazione anziana

Tabella 1.6.2 Numero medio di sostanze per età e sesso nel 2023

Fasida d'età	Numero medio di sostanze			Media ultimi 5 anni
	Maschi	Femmine	Totale	
65-69	5,9	6,0	6,0	6,0
70-74	7,0	7,0	7,0	6,9
75-79	7,9	7,8	7,8	7,8
80-84	8,5	8,4	8,5	8,4
≥85	8,9	8,5	8,7	8,6
Totale	7,6	7,5	7,6	7,5



ogni utilizzatore ultra-sessantacinquenne ha assunto in media 7,6 sostanze farmacologiche differenti.

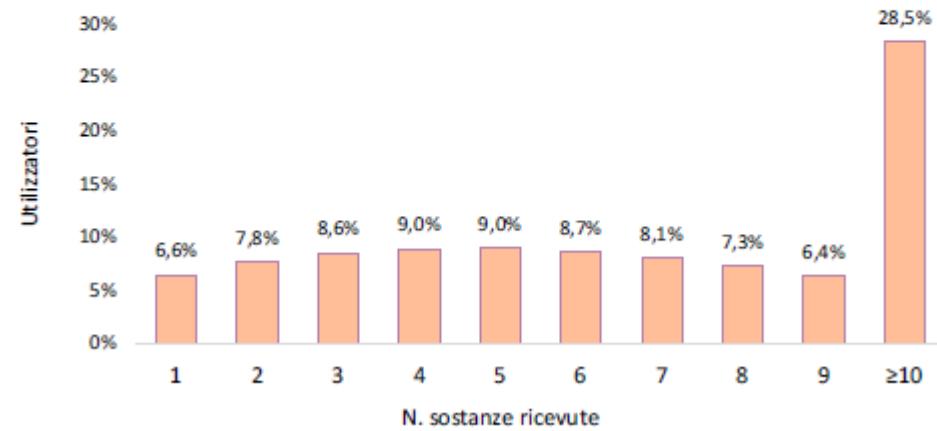
la politerapia, definita come l'utilizzo contemporaneo di più medicinali, è associata a una riduzione dell'aderenza

La POLITERAPIA nella popolazione anziana

L'uso dei farmaci in Italia

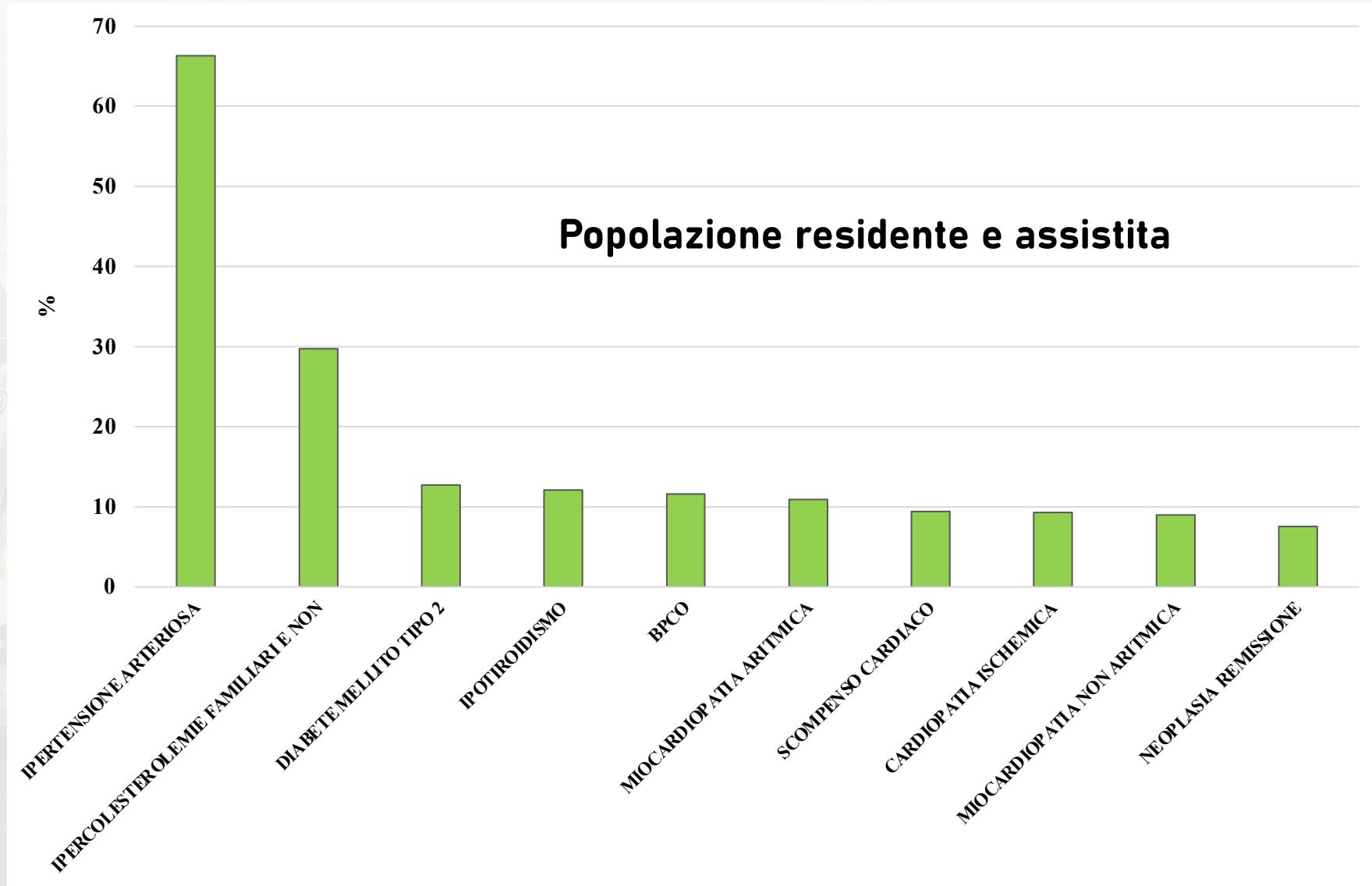
Rapporto Nazionale. Anno 2023

Figura 1.6.2 Distribuzione percentuale degli utilizzatori nella popolazione di età ≥ 65 anni per numero di sostanze diverse nel 2023

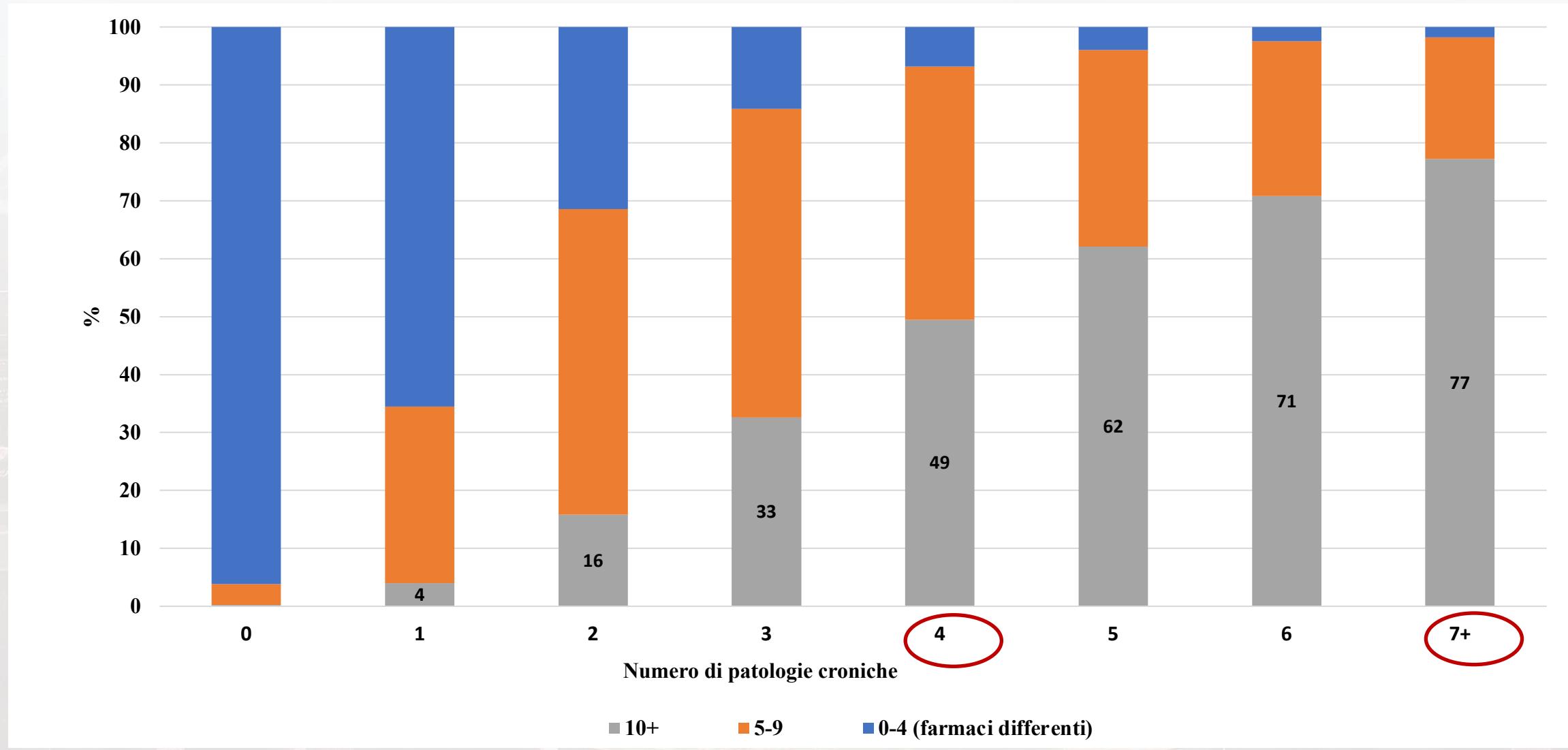


il 68,0% degli utilizzatori anziani (quasi 7 utilizzatori su 10) abbia ricevuto prescrizioni di almeno 5 diverse sostanze (definizione di politerapia) nel corso dell'anno di riferimento e come addirittura circa uno su tre (28,5%) di età pari a o superiore ai 65 anni assuma almeno 10 principi attivi diversi nel corso dell'anno.

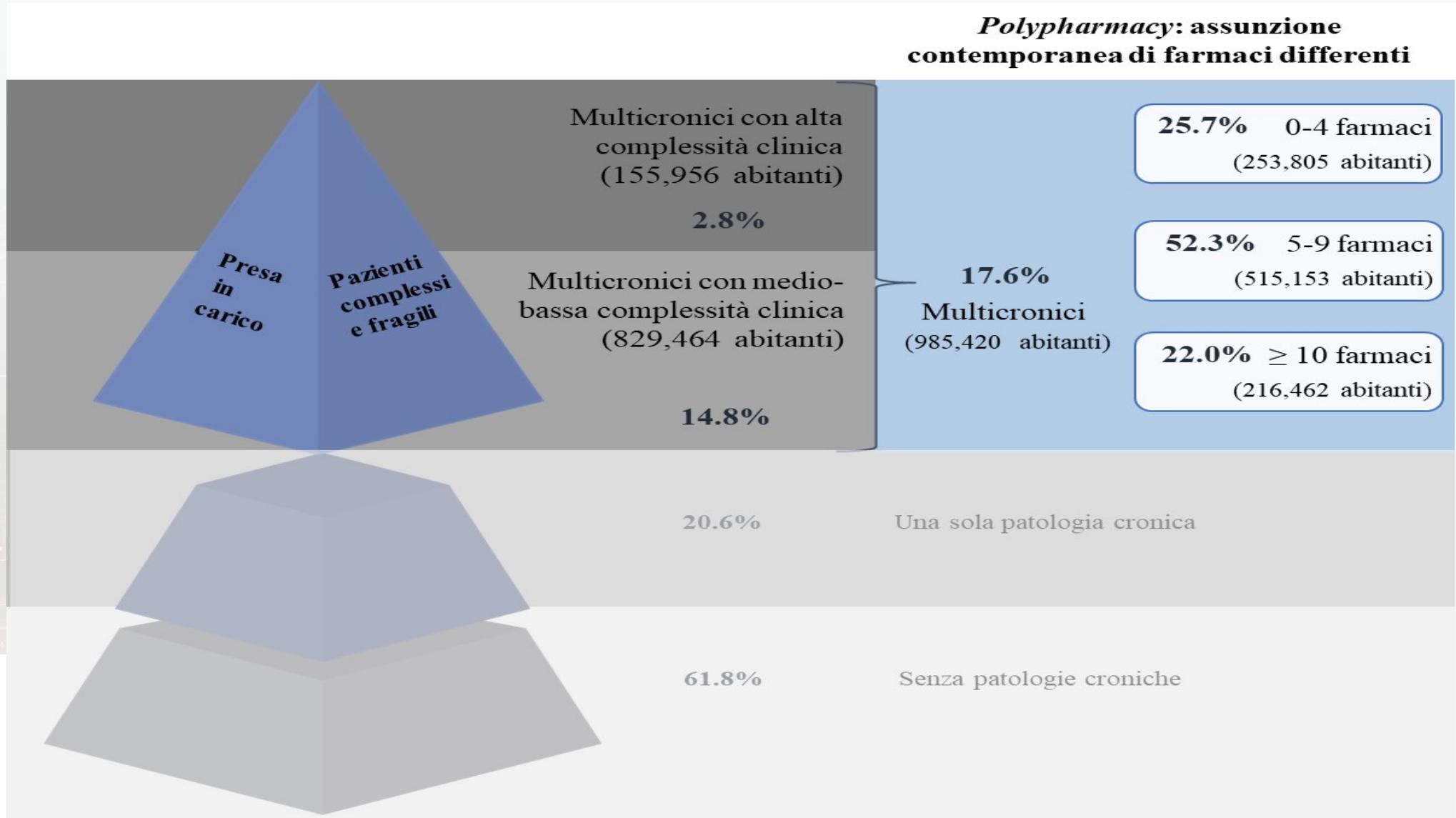
Distribuzione delle 10 condizioni croniche più frequenti nella popolazione con età \geq 65 anni. Lazio, 31/12/2019



Numero di farmaci differenti assunti contemporaneamente dal paziente, per numero di patologie croniche. Lazio, 2019



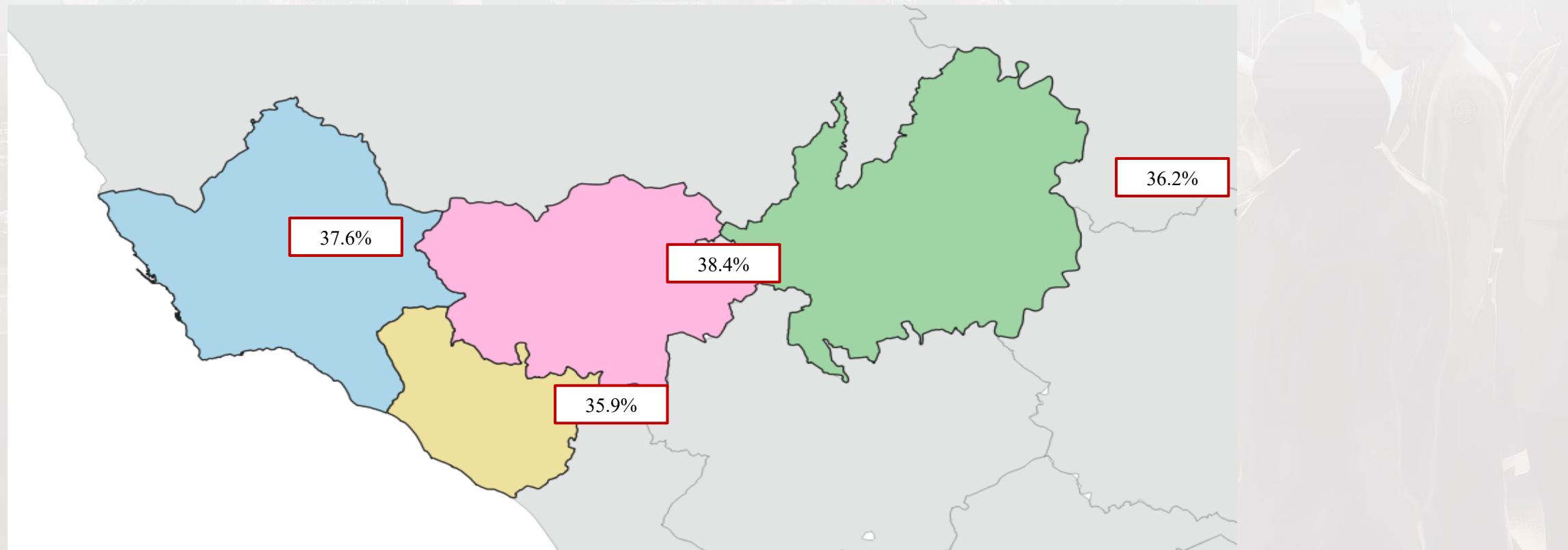
Multi-cronici e deprescribing. Lazio, 31/12/2019



Popolazione cronica (1 o più patologie) per distretto di assistenza. ASL RM 4, 31/12/2019

Lazio: 38.2%

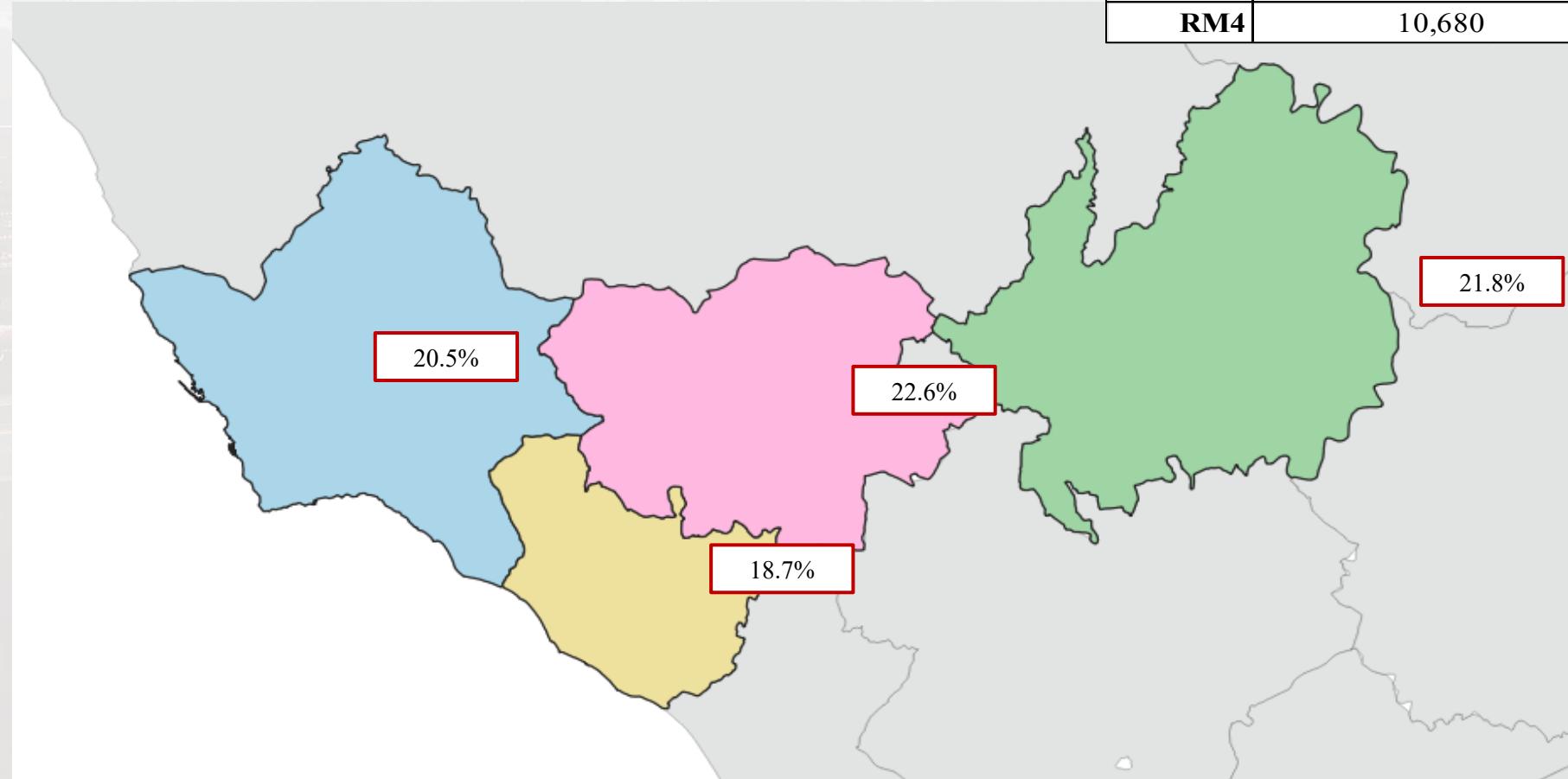
Distretto	Cronici	Popolazione totale	%
RM4/1	28,824	76,648	37.6
RM4/2	25,974	72,394	35.9
RM4/3	20,485	53,414	38.4
RM4/4	37,345	103,269	36.2
RM4	112,628	305,725	36.8



Pazienti che assumono contemporaneamente 10 o più farmaci differenti sul totale dei multi-cronici: percentuali per distretto di assistenza. ASL RM 4, 31/12/2019

Lazio: 22.0%

Distretto	con 10+ farmaci assunti	Multi-cronici	%
RM4/1	2,639	12,842	20.5
RM4/2	2,172	11,626	18.7
RM4/3	2,144	9,492	22.6
RM4/4	3,725	17,098	21.8
RM4	10,680	51,058	20.9



Contesto

- L'aumento dell'aspettativa di vita e dei trattamenti per le malattie croniche ha portato a una **crescente multimorbilità e polifarmacoterapia**, che comportano un rischio elevato di interazioni farmacologiche e reazioni avverse ai farmaci
- Ridurre le prescrizioni potenzialmente inappropriate tramite interventi di *medication review* e *deprescribing*¹ può **diminuire il rischio di tali eventi**, migliorando la qualità della vita dei pazienti e riducendo i costi sanitari
- Nel 2022 è stata pubblicata nel Sistema Nazionale delle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità la **Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia**², che delinea, tra gli altri, i principi generali per *medication review* e *deprescribing* di specifiche classi di farmaci

¹ Crisafulli et al. *Front. Drug Saf. Regul.* (2022)

² Onder et al. *Aging Clin Exp Res.* (2022)

Progetto DEPRESCRIBING Roma 4



Paziente over 75 in politerapia >8 ATC

Ambulatorio virtuale (geriatra, Farmacista, MMG, Infermiere di Comunità....)



- Miglioramento stato di salute del paziente
- Diminuzione ADR e interazioni tra farmaci
- Diminuzione accessi in P.S.
- Miglioramento aderenza terapeutica
- Miglioramento appropriatezza prescrittiva

Progetto DEPRESCRIBING Roma 4



- UOC Farmacia Territoriale
- Responsabile CAD 2
- MMG
- Infermiere di comunità (IFeC);

- UOC Farmacia Territoriale
- Responsabile CAD 4
- MMG
- Infermiere di comunità (IFeC);



Fasi del DEPRESCRIBING

1

- revisione sistematica di tutta la terapia assunta dal paziente

2

- valutazione della corretta indicazione per ogni singolo principio attivo

3

- Valutazione terapie potenzialmente inappropriate/Associazione Terapie ad Alto Rischio

4

- Incontro gruppo multidisciplinare con il Medico di Medicina generale per riconciliazione terapeutica

5

- rivalutazione periodica del trattamento.

Strumenti:Linee guida, Algoritmi, Banca dati....

INTERCheck WEB Nuovo messaggio

intercheckweb.marionegri.it/home#/interactions?tab=0

Welcome - Portale... Nuova scheda Asur Rettifiche Rigo 12 Regione Lazio - Log... Accesso al client W... areas SIGES MN INTERCheck Web Appropriatezza d'u... DATAGRAF

Tutti i preferiti

MN
ISTITUTO DI RICERCHE
FARMACOLOGICHE
MARIO NEGRI - IRCCS

INTERCheck WEB

DONNA ORA

PAZIENTI VALUTAZIONE RISCHI DATI ESTERNI DOCUMENTAZIONE PRIVACY E CONTATTI UTENTE

VERIFICA DELLE INTERAZIONI COMPATIBILITÀ FIALE VALUTAZIONE ADR ALGORITMO NARANJO ALGORITMO DIPS

INSERIRE I PRINCIPI ATTIVI DESIDERATI

Principio attivo:

Selezionati:

Acido acetilsalicilico
 Omeprazolo
 Carvedilolo

× Rimuovi × Rimuovi tutto ✓ Analizza

LEGENDA

Rilevanza clinica

A. (Minore): interazione non rilevante dal punto di vista clinico.
B. (Moderata): interazione associata ad un evento incerto o variabile.
C. (Maggiore): interazione associata ad un evento grave, ma che può essere gestito (es aggiustando la dose).
D. (Controindicata o Molto Grave): interazione associata ad un evento grave per la quale è opportuno evitare la cosomministrazione o instaurare un attento monitoraggio.

Documentazione ACB Score

Interazioni ACB Score

ACIDO ACETILSALICILICO: per le specialità che contengono acido acetilsalicilico a dosaggi uguali o inferiori a 100 mg, il rischio di interazioni è da considerarsi minore; le formulazioni ad uso topico hanno un basso rischio di interazioni se impiegate ai dosaggi consigliati.

Principio Interagente	Rilevanza clinica (Documentazione)	Possibili effetti	Meccanismo	Comportamento clinico	Ulteriori problematiche	Stampa
Carvedilolo	B (3)	Riduzione dell'effetto antipertensivo.	I FANS inibiscono la sintesi delle prostaglandine I2, E2 e D2 che inducono vasodilatazione e natriuresi e che sono stimolate dagli antipertensivi.	Monitorare la pressione arteriosa, la funzionalità cardiovascolare, la potassiemia e la funzionalità renale; modificare le dosi del farmaco antipertensivo se necessario.		<input checked="" type="checkbox"/>
Omeprazolo	B (4)	Riduzione dell'efficacia dell'acido acetilsalicilico ed aumentato rischio di eventi cerebrovascolari.	Riduzione dell'assorbimento dell'acido acetilsalicilico.	Monitorare attentamente l'efficacia e la tossicità della terapia di associazione.	In soggetti ad alto rischio di eventi cerebrovascolari potrebbe essere opportuno usare in alternativa un antagonista H2.	<input checked="" type="checkbox"/>

Fonti:
- Letteratura scientifica (attraverso una ricerca bibliografica periodica su Pubmed)
- Schede tecniche
- Note informative delle Agenzie Regolatorie

Cerca 17:33 11/10/2023

Casi di deprescrizione più frequenti

- **Uso inappropriato di IPP**

- **Deprescrizione di statine :**

- a. in prevenzione primaria e secondaria in tutti i pazienti con attesa di vita < 1 anno
- b. per i pazienti di età superiore agli 80 anni che utilizzano le statine in prevenzione primaria la deprescrizione va decisa in base a:
valutazione profilo del beneficio-rischio del trattamento (fattori di rischio CV, attesa di vita, fregilità e interazioni)

- **Uso inappropriato di ViT D**

CONCLUSIONI

L'avvio di iniziative di *DEPRESCRIBING* impegna molte risorse per formare professionisti dedicati e destinare il loro tempo a queste attività;

Ciò comporta una valutazione degli effetti di queste iniziative nel breve e medio termine:

Efficienza di processo ed esiti clinici

Indicatori di processo: es. n° pazienti arruolati , reale deprescrizione (n° medio di farmaci deprescritti), ecc

Indicatori di esito: riduzioni potenziali ADR, mancato aumento di eventi che i farmaci deprescritti avevano l'obiettivo di ridurre.

CONCLUSIONI

Valutazione economica e sostenibilità nel tempo:

- Costi delle attività aggiuntive formazione e tempo degli operatori sanitari coinvolti;
- Risparmi assoluto dei farmaci prescritti;
- Costi relativi agli esiti clinici es. riduzione dei costi ADR evitate

A group of diverse scientists in a modern laboratory setting, gathered around a large circular table with glowing data displays, looking at a central screen.

Grazie per l'attenzione