



SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA  
OSPEDALIERA E DEI SERVIZI FARMACEUTICI  
DELLE AZIENDE SANITARIE

**SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA OSPEDALIERA**

**COMUNICATO STAMPA N. 11  
XLV CONGRESSO SIFO**

**IL LABORATORIO DI FARMACOUTILIZZAZIONE  
PROTAGONISTA ALLA SIFO AGORÀ  
CON FOCUS SU ADERENZA E DEPRESCRIZIONE**

**MEINI: ECCO PERCHÉ SONO CONCETTI COMPLEMENTARI  
TRA 5-15% ACCESSI IN PS PER EVENTI AVVERSI FARMACI A CAUSA  
PRESCRIZIONI INAPPROPRIATE**

**XLV CONGRESSO SIFO  
17-20 OTTOBRE 2024  
Mostra d'Oltremare Napoli  
<https://www.congressosifo.com/>**

**NAPOLI 21 ottobre – Aderenza e deprescrizione (o ‘deprescribing’) sono concetti complementari** che devono essere affrontati attraverso strategie combinate. Il farmacista ospedaliero e dei servizi farmaceutici territoriali - come dimostrato da numerose esperienze nazionali ed internazionali - può svolgere una funzione positiva per contribuire ad una migliore aderenza alla terapia. È stato questo, in estrema sintesi, il tema al centro della sessione **SIFO Agorà** dal titolo **‘Laboratorio di farmacoutilizzazione: focus su aderenza e deprescribing’**, durante la quale i farmacisti ospedalieri si sono confrontati con l’obiettivo di stimolare la produzione di nuove idee, approcci e soluzioni sul tema, attraverso un “ambiente collaborativo tra faculty, facilitatori e partecipanti”. L’evento si è svolto nell’ambito del **XLV Congresso Nazionale SIFO**, che si è chiuso ieri a Napoli presso gli spazi della Mostra d'Oltremare. Tutor della sessione era **Barbara Meini, membro del Consiglio direttivo SIFO** e Coordinatrice per l’Editoria scientifica della Società, unitamente al dottor Fiorenzo Santoleri, Segretario Abruzzo e Molise SIFO.

**“Numerose sono le esperienze nazionali ed internazionali sul ruolo del farmacista in favore dell’aderenza al trattamento-** ha detto la dottoressa Meini- e significativi i dati di letteratura rispetto al **miglioramento degli outcomes clinici, riduzione degli effetti collaterali** e reazioni avverse inattese, appropriato utilizzo delle risorse economiche, laddove il paziente sia aderente al trattamento. L’aderenza al trattamento è poi un endpoint misurabile attraverso i dati di prescrizione e dispensazione dei medicinali in possesso del farmacista, che quindi **può supportare il prescrittore all’atto della rivalutazione** fornendo informazioni utili ad integrare i dati clinici di follow-up al fine di confermare l’opportunità o meno di proseguire nel trattamento, soprattutto quando questo risulti essere inefficace. In questo caso, infatti, l’inefficacia di un medicinale potrebbe derivare da una ridotta o insufficiente aderenza ad esempio per la difficoltà del paziente a deglutire nel caso di forme farmaceutiche solide, scarsa tollerabilità, difficoltà di somministrazione nel caso di forme farmaceutiche iniettive, oppure invece l’inefficacia è intrinseca (ad esempio a causa del fenotipo metabolico individuale) per cui di fronte ad un paziente non responder il medico deve valutare un’altra alternativa terapeutica”.

Dall’altro lato **il farmacista, attraverso la relazione diretta con il paziente**, sia attraverso il counselling sia attraverso sistemi di teleassistenza, può **“favorire l’empowerment fornendo informazioni utili per la gestione autonoma della propria terapia**, sia per l’assunzione che per la gestione della tollerabilità”, ha aggiunto l’esperta. Le **nuove tecnologie a disposizione dei pazienti**, tra cui dispositivi indossabili ed applicazioni commercializzate come dispositivi medici, intanto, permettono di monitorare e favorire l’aderenza ai trattamenti (sia farmacologici sia riabilitativi) e tra le altre cose di “raccolgere just in time dati relativi a parametri clinici e stili di vita, utili per effettuare studi di real world sui trattamenti in corso. In questo ambito **la nuova linea guida AIFA sulla classificazione e conduzione degli studi osservazionali-** ha sottolineato Meini- permette la raccolta di dati registrati tramite device indossabili senza l’interfaccia del medico sperimentatore. Questo favorirà la comprensione di alcuni meccanismi di adattamento o meno che i pazienti possono avere nei confronti della gestione della terapia farmacologica cronica, soprattutto nella fascia di età dei giovani-adulti attivi, che hanno un impatto diretto sulla qualità della vita”.

Nel corso della sessione, dunque, si è approfondito l’aspetto relativo alla **deprescrizione (o ‘deprescribing’)**, in particolare come concetto complementare all’aderenza. “L’assunzione contemporanea di più di cinque farmaci (condizione nota come **‘politerapia’**) per trattare patologie croniche- ha spiegato ancora Meini- in particolare nella popolazione anziana, ma anche la popolazione adulta sempre più interessata da co-morbilità che insorgono precocemente a causa di fattori di rischio, ambientali, stili di vita inadeguati, **determina molteplici problemi**. L’uso contemporaneo di molti farmaci diversi può infatti portare a errori terapeutici o indurre il paziente a sospendere in maniera autonoma i trattamenti farmacologici, riducendo quindi l’aderenza. In questo contesto **la deprescrizione e l’aderenza divengono complementari l’una all’altra**”. La deprescrizione è un approccio finalizzato all’ottimizzazione del trattamento farmacologico, che prevede una valutazione critica, sistematica e periodica dei trattamenti in corso da parte di un team multidisciplinare e multiprofessionale costituito dal medico di medicina generale, lo specialista geriatra (nel caso di pazienti anziani) ovvero altri specialisti, il farmacista ospedaliero e dei servizi farmaceutici ospedalieri, l’infermiere.

“Tale processo- ha fatto sapere Barbara Meini- è finalizzato principalmente a ridurre in modo pianificato il numero o il dosaggio dei farmaci potenzialmente inappropriati, secondo criteri riconosciuti a livello internazionale (criteri di Beers, STOPP e START), al fine di migliorare l’aderenza e promuovere la salute e la qualità di vita del paziente. Laddove questo a giudizio del team multidisciplinare e multiprofessionale non sia ritenuto praticabile comunque è possibile rimodulare ad esempio tempi e modi di assunzione nella stessa giornata”. **Ma quando e perché è utile la deprescrizione?** E quali sono i suoi benefici ma anche i suoi limiti? A parlarne durante la SIFO Agorà è stata sempre Barbara Meini: “L’interazione farmacologica può ridurre o amplificare gli effetti dei medicinali assunti contemporaneamente oppure determinare un effetto (negativo) non voluto. È noto dai dati di letteratura- ha ricordato- che **una percentuale tra il 5 e il 15% degli accessi ai pronto soccorso sia legata ad eventi avversi da farmaci** (es. stati soporosi, cadute), in particolare a causa di prescrizioni inappropriate”.

Ad oggi, sono disponibili i già citati **criteri internazionali di Beers, STOPP e START**, che sono un supporto utile alla valutazione e revisione di co-somministrazioni potenzialmente inappropriate nella popolazione ultrasessantacinquenne. **“Il target della popolazione non è secondario**, in quanto con l’avanzare dell’età e dell’invecchiamento le funzionalità metaboliche ed escretorie (rispettivamente epatica e renale) diminuiscono favorendo l’insorgenza di effetti farmacologici non ricercati. Tali criteri, oggi sistematizzati ed informatizzati in diverse piattaforme anche ad accesso gratuito per i professionisti sanitari- secondo l’esperta- sono un valido supporto decisionale. **È necessario però che tali strumenti siano conosciuti (in primis dai medici di medicina generale)** e messi a sistema in un percorso di presa in carico del paziente territoriale, residenziale o domiciliare che deve partire dalla ricognizione farmaceutica e non (farmaci, integratori, abitudini alimentari), passare attraverso la riconciliazione (per esempio eliminando medicinali con medesimo meccanismo di azione) per poi valutare l’opportunità della deprescrizione, attuarla e monitorarla”.

In tutte queste fasi il farmacista ospedaliero e dei servizi farmaceutici territoriali, all’interno del team, contribuisce alla ricognizione “per la parte di propria competenza in base ai dati amministrativi per i medicinali erogati in distribuzione diretta, per conto e convenzionata, eventuali accessi al PS e segnalazioni di ADR, e propone al team alternative terapeutiche appropriate in luogo di quelle potenzialmente inappropriate”. **Complessivamente, la deprescrizione contribuisce alla sostenibilità economica del sistema.** I benefici della deprescrizione sono supportati dai dati della letteratura, ma gli obiettivi possono essere raggiunti “se c’è anche il coinvolgimento, informato e consapevole, del paziente e/o caregiver per la condivisione della nuova scelta terapeutica”, ha evidenziato l’esperta. Quanto ai limiti in generale della deprescrizione sono “culturali, in quanto ancora oggi i criteri sono scarsamente (o per nulla) conosciuti dai medici e dagli altri operatori sanitari, per cui è necessario fare formazione a partire dal percorso universitario, oltre che di sistema, per cui nelle aziende sanitarie territoriali **è auspicabile la costituzione di team multidisciplinari e multiprofessionali dedicati**”, ha concluso la dottoressa Meini.

*Ufficio stampa SIFO*  
*Walter Gatti 3495480909*  
*Carlotta Di Santo 392-5335829*