63° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

GLI ANZIANI: LE RADICI DA PRESERVARE

ROMA 28 novembre 01 dicembre 2018 Auditorium della Tecnica, Roma

LA GESTIONE DELLA TERAPIA E IL DEPRESCRIBING IN RSA

Roma
28 novembre 2018

Anna Castaldo
SIGG, Sezione Nursing
CLI, Fondazione don Gnocchi Milano, UNIMI
acastaldo@dongnocchi.it;
anna.castaldo@unimi.it

Farmacoterapia nell'anziano

- **Politerapia**
  - *Più di 6 fci die (Hajjar, 2007);*
  - *44% (5+ drugs) 11.7% 10+ drugs (in comunità svedesi (Mprin 2018)*
  - *Media 8 famaci in RSA (Alldred 2016; Boeri, 2013;*

- Maggior rischio di **reazioni avverse** [Fulton 2005, AGS- Criteri di Beers, 2015)

- 13% 2 Farmaci
- 58% 5 Fci (Prybys, Melville, Hanna, Gee, & Chyka, 2002).
- 82% 7 o più Fci (Prybys et al., 2002)

Farmacoterapia nell'anziano

- Maggior rischio di **reazioni avverse**
  - 13% 2 Farmaci , 58% 5 Fci (Prybys, Melville, Hanna, Gee, & Chyka, 2002). 82% 7 o più Fci (Prybys et al., 2002) [Fulton 2005; Ha.
- Maggior rischio di errori di assunzione in eccesso o in difetto:
  - *frequenza*
  - *orario*
  - *sequenza o via di somministrazione*
  - *assunzione di un farmaco diverso da quello prescritto*
  - *posologia inadeguata*
  - *intempestiva sospensione del trattamento"*

(AGS, 2015..)

I problemi con le terapie in RSA

Assist Inferm Ric 2015; 34: 149-153

Paola Di Giulio,[1] Anna Castaldo,[2] Ermellina Zanetti[3]

Assist Inferm Ric 2015; 34: 198-207

Paola Di Giulio,[1] Anna Castaldo,[2] Ermellina Zanetti[3]

- Rispetto orari somministrazione (lunga durata)
- Somministrazione di insulina non seguita da assunzione alimenti → somministrazione dopo i pasti
- Impossibilità a somministrare farmaci prescritti (rifiuto terapia, difficoltà deglutizione)
  - *Lassativi con grandi qtà di acqua*
  - *Aerosol..*
- **Triturazione dei farmaci (**1/3 ospiti)
  - sapore sgradevole farmaci
  - Interazioni farmaci

Prevalenza farmaci tritati

- 23% residenti *nursing homes Norvegia*
  - *Difficoltà di deglutizione, rifiuto della terapia*
    - Kirkevold & Engedal (2010)
- circa 30% residenti nursing home UK
    - Wright, 2002
- 34% (408/1207) di somministrazioni di farmaci in forma alterata nursing home Australia
    - *Paradiso, et al., 2002*

evidence
open access journal published by the GIMBE Foundation
Ricerca originale
OPEN ACCESS

La somministrazione di farmaci tritati e camuffati nelle RSA: prevalenza e implicazioni pratiche

Boeri Camilla[1*], Castaldo Anna[2], Giordano Andrea[3], Melo Talia[4], Bagarolo Renzo[5], Magri Miriam[6]

Studio osservazionale RSA Milano, 2012, 697 Residenti

- Farmaci tritati **39,9%** (273/684) Res.
- Farmaci camuffati 20,2% (129/639) Res.

Somministrazioni

- **Farmaci tritati 29,7% (785/2639)**
- **Farmaci tritati non conformi 43,1% (338/785)**

Somministrazione di farmaci alterati

- **Caratteristiche utenti:**
  - *Anziani fragili (comorbidità; disabilità motoria e cognitivo)*

- **Motivazioni**
  - *Difficoltà di deglutizione*
  - *Rifiuto della terapia*
  - *NE*
  - *Indisponibilità di dosaggio rispondente a quello prescritto*
  - *Dimensioni delle compresse*

(Boeri et al , 2013; Esther T.L. Lau et al, 2018)

Rischi Farmaci alterati

- Riduzione efficacia terapeutica (instabilità del farmaco)
- Alterazione della farmacocinetica
- Eventi avversi, tra cui le interazioni
- Tossicità
- Scarsa appetibilità
- Potenziale pericolo per la salute degli infermieri
  (Allergie da inalazione/contatto,
  effetti citotossici/teratogeni,
  problemi respiratori…)

(Esther T.L. Lau et al, 2018)

Farmaci in cui è controindicata l'alterazione

- **Farmaci con basso indice terapeutico (concentrazioni plastiche efficaci vicine a quelle tossiche)**
  - *Rischio di sovradosaggio (Es. carbamazepina, digossina, litio, ecc.)*
- **Farmaci a rilascio prolungato/controllato (mantengono un livello ematico costante di principio attivo per 8, 12, o 24 ore)**
  - *Viene influenzata la velocità di assorbimento del farmaco*
  - *Sono incrementati i livelli ematici del farmaco e il potenziale effetto tossico*
  - *È ridotto il beneficio terapeutico del rilascio prolungato*
    (Es. ossicodone, levodopa, diltiazem, glicazide, ecc)
- **Compresse o capsule gastroresistenti**
  - *Viene rimosso il rivestimento che:*
    - Protegge lo stomaco da irritazione (come l'aspirina rivestita e solfato ferroso)
    - Evita una diminuzione dell'effetto o l'inattivazione da parte degli acidi dello stomaco
  - *Rischio di sottodosaggio (Es. Inibitori di pompa protonica)*

(Miller & Miller, 2000; Papparella, 2010; P. Di Giulio, A. Castaldo, E. Zanetti, 2015)
https://www.ismp.org/recommendations/do-not-crush

Raccomandazione regionale n°4/2015

RegioneEmilia-Romagna

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione

RACCOMANDAZIONE REGIONALE

Sicurezza nella terapia farmacologica:
"CORRETTA GESTIONE DELLE FORME FARMACEUTICHE ORALI"

Il documento fornisce indicazioni per una corretta gestione delle forme farmaceutiche orali quando sia necessario procedere a: divisione, triturazione di compresse, apertura di capsule, somministrazione nascosta.

Raccomandazione Regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n.4

Ottobre 2015

http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione

Gestione della terapia Obiettivi

- Valutare l'efficacia della terapia
- Limitare la politerapia
- Massimizzare la sicurezza, limitare i danni:
  - *eventi avversi*
  - *reazioni farmacologiche*
  - *terapie omesse o ritardate*
- Sorveglianza possibili interazioni ed ADR
- Migliorare la appropriatezza prescittiva

Ballentine, 2008

Raccomandazione 17/2014 per la riconciliazione della terapia farmacologica

- il 67% dei pazienti, all'ammissione in ospedale, presenta discrepanze non intenzionali nella terapia, spesso non corrette:
  - *omissione dei farmaci*
  - ***assunzioni non necessarie***

Raccomandazione 17/2014 per la riconciliazione della terapia farmacologica

- ... conoscere la terapia farmacologica e altre informazioni relative al paziente per valutare se proseguirla, variarla o interromperla in toto o in parte (Raccomandazione 17/2014)
- ricovero, dimissione, transizioni di cura

Strategie per migliorare la prescrizione dei farmaci

- Revisione farmacologica periodica
  - *Congruenza tra prescrizione e assunzione dei farmaci (Riconciliazione)*
  - *Valutazione benefici ed effetti collaterali*
  - *Pharmacologic "debridement"*
- Applicazione dei criteri di Beers
- Sospendere o sostituire dei farmaci che hanno un levato rischio
- Coinvolgimento del farmacista
- Utilizzo di strumenti informatici per la valutazione degli effetti collaterali e eventi avversi

Ballentine, 2008

Interventions to optimise prescribing for older people in care homes (Review)

Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P

Cochrane Library

- **Interventi**
  - *Revisione periodica della terapia*
  - *Valutazione multidisciplinare*
  - *Formazione degli operatori sanitari*
  - *Strumenti di supporto decisionale*

Interventions to optimise prescribing for older people in care homes (Review)

Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P

Cochrane Library

- **Outcome**
  - *Riduzione ospedalizzazioni*
  - *Ridotto declino della salute e QdV*
  - *Individuazione e soluzione problemi correlate alla terapia*
  - *Migliore appropiratezza prescrititva*

Strumenti per la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni

- Beers Criteria (AGS, 2015)
- Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions (STOPP)
- Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (START)

I criteri di Beers

1991

Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. Arch Intern Med 151 (9), 1825- 1832, 1991.

2003

Fick DM, Cooper JW, Wade WE et al. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Results of a US Consensus Panel of Experts Arch Intern Med 163, 2716-2724, 2003.

2011

Commissione terapeutica Toscana, Linee di indirizzo **sulla terapia farmacologica nell'anziano "I Criteri di Beers" , 2011**

2015

American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015 Nov;63(11):2227-46.

In corso

Draft AGS updated 2018 Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults now posted for public comment (https://www.americangeriatrics.org/media-center/news/draft-ags-updated-2018-beers-criteriar-potentially-inappropriate-medication-use)

Appropriatezza prescrittiva
I criteri di Beers (AGS)

CLINICAL INVESTIGATIONS

American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel

PIM

- maggior parte degli anziani
- anziani con specifiche patologie/condizioni di salute
- usare con cautela
- rischio di interazioni farmacologiche
- evitare o dosare in modo differente in caso di ridotta funzionalità renale

Guida all'uso dei criteri di Beers

Steinman MA, Beizer JL, DuBeau CE, Laird RD, Lundebjerg NE, Mulhausen P. How to Use the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria-A Guide for Patients, Clinicians, Health Systems, and Payors. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(12):e1-e7.

1	Medications in the AGS 2015 Beers Criteria are *potentially* inappropriate, not *definitely* inappropriate
2	Read the rationale and recommendations statements for each criterion. The caveats and guidance listed there are important
3	Understand why medications are included in the AGS 2015 Beers Criteria, and adjust your approach to those medications accordingly
4	Optimal application of the AGS 2015 Beers Criteria involves identifying potentially inappropriate medications, and where appropriate offering safer non-pharmacologic and pharmacologic therapies
5	The AGS 2015 Beers Criteria should be a starting point for a comprehensive process of identifying and improving medication appropriateness and safety
6	Access to medications included in the AGS 2015 Beers Criteria should not be excessively restricted by prior authorization and/or health plan coverage policies
7	The AGS 2015 Beers Criteria are not equally applicable to all countries

Ridurre i farmaci (psicotropi) è possibile

- Strategie non farmacologiche per la gestione dei disturbi psico-comportamentali (Bierre, 2018)
- Hospital Elder Life Program (HELP) per i trattamento del delirium (Inoye, …
- Stategie multiple (Hshieh, 2015 Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: A meta-analysis. JAMA)

2018 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia

Evidence-based clinical practice guideline

Lise M. Bjerre MD PhD CCFP Barbara Farrell PharmD ACPR FCSHP Matthew Hogel PhD Lyla Graham MD
Geneviève Lemay MD MSc FRCPC Lisa McCarthy PharmD MSc Lalitha Raman-Wilms PharmD FCSHP
Carlos Rojas-Fernandez PharmD Samir Sinha MD DPhil FRCPC Wade Thompson RPh MSc Vivian Welch PhD Andrew Wiens MD

- Valutare le motivazioni e se esistono le condizioni che hanno portato alla prescrizione
- Ridurre gradualmente i farmaci fino a stopparli quando non ritenuti appropriati per patologie psichiche primarie..
- Coinvolgere i pazienti e i caregiver

Alcuni interventi per ridurre i psicotropi in RSA …

- **Interventi combinati (farmacista, audit, sessioni formative, revisione della terapia**… (Wetsbury 2010, RedUS project)
- **Terapia dell'umore** (Play up humour therapy) Leow JB, Pont L, Low LF. Effect of humour therapy on psychotropic medication use in nursing homes. Australian journal on ageing. 2016; 35(4): E7-E12)
- *Dolly therapy per persone con demenza (QX 2017)*