

ARTICOLAZIONE E PROGETTUALITÀ DELLA NUOVA RETE SIFACT: “CRONICITÀ E POLITERAPIA”

SOMMARIO

1. Cronicità: epidemiologia & conseguenze sanitarie	pag 1
1.1. Attuali esigenze del SSN in tema di cronicità: possibili ambiti di intervento di SIFaCT	pag. 2
2. Politerapia ed errori in terapia: epidemiologia & conseguenze	pag. 3
1.2. Attuali esigenze del SSN in tema di politerapia e prevenzione degli errori in terapia e possibili ambiti di intervento di SIFaCT	pag. 3
3. Obiettivi della rete “Cronicità & Politerapia”	pag. 6
4. Organizzazione della rete MedRec/MedRev	pag. 5
4.1. Le AREE ORIZZONTALI (“ <u>basi</u> ”)	pag. 7
• Formazione	
• Informazione	
• Eventi SIFaCT	
• Collaborazione con altre Società scientifiche	
4.2. Organizzazione della rete: le AREE VERTICALI (“ <u>pilastr</u> i”)	pag. 8
• Medicina di iniziativa e appropriatezza delle cure (area Chronicity)	
• Medication Reconciliation (area MedRec)	
• Medication Review (area MedRev)	
• Aderenza alle terapie (area eHealth)	
5. I componenti e le relazioni della rete	pag.9
6. Tabella riepilogativa	pag. 11
7. Bibliografia	pag. 17

1. CRONICITÀ: EPIDEMIOLOGIA & CONSEGUENZE SANITARIE

L’OMS ha stimato che oltre l’80% dei costi sanitari dei Paesi industrializzati viene assorbito dalla “cronicità” che attualmente rappresenta la principale sfida per la sostenibilità di tutti i welfare. In Europa, infatti, le patologie croniche sono responsabili dell’86% di tutti i decessi con una spesa complessiva di circa 700 miliardi di euro l’anno. In Italia, pertanto, su una popolazione residente di 51 milioni di persone adulte, si può stimare che oltre 14 milioni (27%) presentino una patologia cronica dei quali quasi i 2/3 (8,4 milioni, 60%) sono soggetti con età ≥ 65 anni.

L’ultimo rapporto nazionale “Osservasalute” sottolinea che nel 2028 la patologia cronica più frequente in Italia sarà l’ipertensione (12 milioni di persone) seguita dalle patologie osteo-degenerative (11 milioni), osteoporosi (5,3 milioni), diabete (3,6 milioni) e patologie cardiovascolari (2,7 milioni). Per quanto riguarda le diverse fasce della popolazione interessate, i dati disponibili indicano una maggiore prevalenza di queste patologie saranno concentrate nella fascia di popolazione più anziana. Infine, gli ultimi dati ISTAT indicano nel nostro Paese un tasso medio di cronicità di 147/1.000 abitanti con almeno una malattia cronica grave e di 211/1.000 abitanti con due o più malattie croniche concomitanti. Al fine di scegliere i modelli organizzativi più adeguati e rispondere a

questo cambiamento inevitabile, è importante considerare che gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati alla stabilizzazione del quadro clinico e dello stato funzionale, alla prevenzione delle disabilità e, complessivamente, a migliorare la qualità della vita della persona.

1.1. ATTUALI ESIGENZE DEL SSN IN TEMA DI CRONICITÀ E POSSIBILI AMBITI DI INTERVENTO DI SIFACT

Che cosa esiste: per rispondere al profondo cambiamento delle esigenze di salute il SSN, primo tra tutti i Paesi europei, ha posto le basi per un'appropriate gestione della cronicità sviluppando il "Piano Nazionale della Cronicità" (PNC) con l'intento di promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio centrato sulla persona. Su questo aspetto, il PNC individua il "*Chronic Model Innovative*" quale modello organizzativo per rispondere alle nuove sfide con l'obiettivo di: 1) valorizzare la rete assistenziale esistente; 2) garantire la continuità delle cure tra i diversi setting assistenziali; 3) garantire un approccio multidisciplinare per la presa in carico precoce della persona con malattia cronica; 4) potenziare le cure domiciliari per gestire la cronicità, delegando l'assistenza ospedaliera alla gestione dei casi acuti/complessi non gestibili nell'ambito delle cure primarie.

Proprio in considerazione della stingente necessità di affidare al territorio la gestione delle patologie croniche, il Ministero della salute, con DM n. 77/2022, ha provveduto a definire specifici obiettivi strategici che prevedono oltre alla riorganizzazione delle strutture territoriali anche la definizione di nuovi modelli di "sanità di iniziativa" volti alla corretta identificazione dei pazienti a rischio di sviluppare fragilità e la relativa adeguata "presa in carico" al fine di definire per questi soggetti il miglior "Piano Assistenziale Individuale" (PAI).

Che cosa può fare SIFaCT: di seguito sono elencate le possibili attività in tema di formazione professionale, ricerca e pubblicazione di raccomandazioni che possono essere realizzate nell'ambito della nuova rete SIFaCT:

- Formazione:
 - a) Implementare le skills in "Farmacia Clinica" degli iscritti anche attraverso la realizzazione di incontri utili per la formazione (anche interprofessionale) sulla gestione delle più importanti patologie croniche.
 - b) "La cura inizia dalla parola": in questo importante contesto il farmacista clinico si trova al centro della filiera di dispensazione per fornire al paziente informazioni indispensabili per la corretta gestione e aderenza alla terapia proposta. Su questo ambito è indispensabile promuovere e acquisire tecniche di comunicazione efficace verso il paziente ma anche con tutti gli altri operatori sanitari.
- Ricerca:
 - a) Sviluppare e validare algoritmi predittivi volti a individuare precocemente quei pazienti a rischio di sviluppare particolari condizioni di fragilità che, se non intercettati in tempo, richiederebbero una successiva maggiore intensità di assistenza (c.d. "cronicità fragile"). In particolare, l'ambito di ricerca dovrebbe prediligere quelle patologie con elevata prevalenza epidemiologica quali diabete, demenza, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, osteoporosi, BPCO e patologie a carattere autoimmune/degenerativo.
 - b) Realizzare studi per migliorare la qualità della prevenzione e la cura di specifiche patologie croniche con elevato "burden assistenziale" (es. diabete, malattie neurodegenerative e cardiovascolari). In questo ambito potrebbero essere realizzati specifici studi di real world per la valutazione della corretta place in therapy di nuove entità terapeutiche e/o di nuovi device/tecnologie biomediche.
- Pubblicazione di raccomandazioni: i PDTA e la medicina digitale sono considerati strumenti fondamentali per la presa in carico dei pazienti cronici. Si rileva pertanto la necessità di formulare raccomandazioni per lo sviluppo di specifici PDTA correlati alle patologie croniche con l'inserimento negli stessi di possibili approcci

di medicina digitale (es. servizi digitali, devices per il monitoraggio e la somministrazione dei farmaci, ecc.) nel rispetto delle esigenze di efficacia ed efficienza sia clinico/assistenziali che economico/tecnologiche.

2. POLITERAPIA ED ERRORI IN TERAPIA: EPIDEMIOLOGIA & CONSEGUENZE

Gli errori terapeutici rappresentano la principale causa di danni evitabili nei sistemi sanitari in tutto il mondo. Per questo motivo la terza sfida globale che l'OMS propone con il documento *"Medication Without Harm"* è quella di fornire soluzioni per garantire la sicurezza ai pazienti in tutte le pratiche mediche, compresa la prescrizione di farmaci¹.

I cosiddetti *"Drug-Related Problems"* (DRPs) sono eventi che interessano la terapia farmacologica e che determinano, o potenzialmente possono causare, delle interferenze importanti con gli esiti di cura attesi². Tali eventi interessano soprattutto i soggetti che presentano regimi farmacologici complessi (politerapia) che la letteratura internazionale associa ai seguenti potenziali errori:

- Errori nelle transizioni di cura: oltre la metà dei pazienti (56%) presenta il rischio di avere una o più "discrepanze" nelle transizioni di cura (es. errori di omissione, commissione, comunicazione, ecc.). Il 40% di questi errori sono dovuti ad un inadeguato processo di ricognizione/riconciliazione delle terapie in fase di ammissione/dimissione ospedaliera e nel trasferimento in reparti/setting assistenziali diversi; si ritiene che circa il 20% di questi errori provochi un danno al paziente³.
- Errori dovuti alla presenza di prescrizioni potenzialmente inappropriate (*"Potentially Inappropriate Medication"*, PIMs): questi errori sono forieri di un aumentato rischio di reazioni avverse (*"Adverse Drug Reactions, ADRs"*)⁴⁻⁵, lesioni da caduta⁶, aumento della fragilità⁷⁻⁸ e mortalità⁹⁻¹⁰.
- Errori dovuti a una mancata aderenza/persistenza alle terapie necessarie: la politerapia è associata ad una importante riduzione dell'aderenza alle terapie croniche. In Europa si stima che circa il 30-50% dei farmaci prescritti non sia assunto dai pazienti con conseguente aumento della mortalità e morbilità¹¹. Tale circostanza determina nei Paesi UE quasi 200.000 decessi/anno¹².

3. ATTUALI ESIGENZE DEL SSN IN TEMA DI POLITERAPIA E PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA: POSSIBILI AMBITI DI INTERVENTO DI SIFACT

Alla luce di quanto sopra esposto, la prevenzione degli errori in terapia rappresenta oggi un'esigenza prioritaria per il Servizio sanitario nazionale (SSN). Su questo aspetto il Ministero della salute propone alcune strategie indispensabili per garantire ai pazienti cure efficaci e sicure attraverso la pubblicazione di specifiche linee di indirizzo, come di seguito riportato:

1. Errori nelle transizioni di cura

- 1.1. Che cosa esiste: su questa tematica il Ministero della salute ha pubblicato oltre alla specifica raccomandazione n. 17 (riconciliazione farmacologica) anche i seguenti documenti comunque riconducibili alla prevenzione di potenziali errori che potrebbero manifestarsi anche nelle transizioni tra setting assistenziali diversi: raccomandazione n. 12 (prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"), raccomandazione n. 18 (prevenzione degli errori conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli), raccomandazione n. 19 (prevenzione degli errori conseguenti alla manipolazione delle forme farmaceutiche solide)¹³. Nel 2018 sono state inoltre pubblicate le linee di indirizzo sulla riconciliazione terapeutica nell'anziano ospite di RSA e nel paziente oncologico ed oncoematologico con rispettive schede di rilevazione dati¹⁴.

1.2. Che cosa manca:

1.2.1. In Italia, il coinvolgimento del farmacista SSN (ospedaliero/territoriale) nel processo di riconciliazione terapeutica (MedRec) è limitato a poche esperienze di studi pilota¹⁵. Sulla base delle risorse umane disponibili, è indispensabile identificare in quali strutture e/o caratteristiche di pazienti il farmacista SSN può fornire la sua professionalità in modo più continuativo, soprattutto nelle fasi di ricognizione e comunicazione delle terapie da proseguire, interrompere o modificare. Risulta quindi rilevante la conduzione di uno studio osservazionale atto a valutare la prevalenza e la tipologia di discrepanze nei diversi setting assistenziali/reparti.

1.2.2. La letteratura presenta un'ampia eterogeneità in merito alla frequenza di errori evitabili attraverso un adeguato processo di ricognizione/riconciliazione a causa della "variabilità semantica" delle discrepanze¹⁶. Al fine di quantificare in modo standardizzato la prevalenza degli errori nelle transizioni di cura, è pertanto importante effettuare una puntuale raccolta della prevalenza delle discrepanze utilizzando una tassonomia condivisa dalla letteratura (MedTax) che consenta una raccolta standardizzata di questi errori¹⁷.

1.2.3. Gli studi sull'efficacia dell'intervento del farmacista nel processo di ricognizione/riconciliazione è incerta in quanto la qualità delle prove è molto bassa a causa della suindicata eterogeneità delle evidenze¹⁸. Pertanto, al fine di rilevare l'efficacia dell'intervento del farmacista in un processo di MedRec è importante:

- Predisporre un "Toolkit MedRec" da utilizzare per studi che sia in accordo con quanto già proposto dalle linee di indirizzo nazionali.
- Definire un elenco degli esiti del processo MedRec che possano essere rilevati attraverso l'uso dei flussi amministrativi disponibili presso le Aziende sanitarie/Aziende Ospedaliere/IRCSS (es. mortalità, SDO, accessi al PS).

2. Errori dovuti a prescrizioni potenzialmente inappropriate (PIMs)

2.1. Che cosa esiste: il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) evidenzia alcune aree di intervento specifiche nella prevenzione delle PIMs, con particolare riguardo agli anziani fragili in politerapia in quanto persone più esposte al rischio di interazioni farmaco-farmaco, farmaco-patologia, duplicazioni terapeutiche e utilizzo di dosaggi/durate di terapia non appropriate. In particolare, il PNC evidenzia l'importanza di sviluppare specifiche iniziative per 1) far conoscere alcuni criteri espliciti utili all'individuazione delle PIMs (es. criteri STOPP, Beers) e 2) favorire l'implementazione di strumenti informatici di aiuto alla prescrizione (*Clinical Decision Support Systems*, CDSS)¹⁹. Nel corso del 2023, in tema di MedRev/deprescribing è stato pubblicato un documento inter-societario sull'implementazione di questo servizio²⁰. Infine, sia il DPCM 12.01.2017 che il Decreto 77 del 23.05.2022 raccomandano quanto segue²¹⁻²²:

2.1.1. la predisposizione, attraverso una puntuale valutazione interdisciplinare, di un "Piano Assistenziale Individuale" (PAI) per i pazienti fragili utile a definire i bisogni terapeutici-riabilitativi-assistenziali²¹;

2.1.2. la stratificazione della popolazione per profili di rischio attraverso l'impiego di algoritmi predittivi al fine di differenziare le strategie di rischio e di presa in carico²².

2.2. Che cosa manca:

2.2.1. In analogia a quanto riportato per il processo di riconciliazione, anche per gli interventi di medication review/deprescribing (MedRev) le esperienze in Italia dei farmacisti SSN sono limitate a pochi studi pilota¹⁵. Su questo aspetto è indispensabile evidenziare la preliminare e stringente necessità di fornire al farmacista SSN una adeguata "preparazione clinica" che consenta una sua integrazione nell'ambito di gruppi interdisciplinari.

2.2.2. La letteratura presenta un'ampia eterogeneità in merito alle modalità e agli strumenti per effettuare una MedRev. Questo è dovuto ai diversi "criteri espliciti" che nel tempo si sono sviluppati (es. Beers, STOPP) e alle diverse piattaforme per la ricerca di interazioni farmacologiche disponibili (per le quali i criteri espliciti sono generalmente carenti). Su questo aspetto è importante rilevare che 1) non tutti i criteri presentano uno stesso grado di evidenza scientifica per la riduzione delle PIMs²³ e 2) che esiste una sostanziale diversità di banche dati delle interazioni in termini di specificità/sensibilità²⁴. Inoltre, diverse revisioni sistematiche hanno esaminato l'efficacia di un servizio di deprescribing, soprattutto negli anziani, evidenziando risultati contrastanti a causa dell'eterogeneità degli studi e della metodologia adottata per la rilevazione degli esiti²⁵⁻²⁶. Sulla base di quanto sopra evidenziato, al fine della conduzione di specifici studi in tema di MedRev, è indispensabile definire quanto segue:

- Decidere quali strumenti da utilizzare per la rilevazione delle PIMs sia per quanto riguarda la tipologia di criteri espliciti che per la banca dati di ricerca delle interazioni.
- Predisporre un compendio specifico ("Toolkit MedRev") che possa rappresentare un aiuto per il farmacista per la conduzione di una MedRev in modo "strutturato" nonché di specifici casi clinici che consentano l'applicazione di algoritmi di "deprescribing" per le principali classi terapeutiche a maggior rischio di inappropriata prescrizione (es. inibitori di pompa, farmaci del SNC, statine, ecc.). Tale compendio dovrà considerare sia quanto riportato nel suindicato documento inter-societario²⁰ sia di altre pubblicazioni, con particolare riguardo alla guida dell'NHS "Polypharmacy guidance, realistic prescribing"²⁷. Solo in questo il farmacista SSN potrà fornire il suo importante contributo in ambito interdisciplinare per la redazione di un adeguato PAI soprattutto per i soggetti fragili, così come richiesto dal DPCM 12.01.2017 e dal Decreto 77/2022.
- Definire un elenco degli esiti del processo MedRev/deprescribing che possano essere rilevati attraverso l'uso dei flussi amministrativi disponibili presso le Aziende sanitarie/Aziende Ospedaliere/IRCSS (es. mortalità, SDO, accessi al PS).

2.2.3. Numerosi sono gli studi pubblicati in tema di MedRev effettuati in ambito ospedaliero o in RSA. Molto più limitate sono invece le indagini che consentono di definire la prevalenza e gli esiti di una riduzione delle PIMs in un ambito di assistenza primaria (pazienti ambulatoriali seguiti dai MMG). In questo ambito, dato l'elevato numero di assistibili territoriali, risulta indispensabile sviluppare e validare un algoritmo predittivo atto a individuare i pazienti che potrebbero beneficiare di un servizio di MedRev/deprescribing.

3. Errori dovuti a una mancata aderenza/persistenza alle terapie necessarie

3.1. Che cosa esiste: il Piano Nazionale della Cronicità evidenzia 1) la necessità di promuovere studi di ricerca applicata e soluzioni tecnologiche e organizzative per migliorare l'aderenza terapeutica e 2) l'adozione di procedure che favoriscano l'adesione alle prescrizioni mediche, soprattutto nei soggetti con regimi farmacologici complessi¹⁹. Nel corso degli ultimi anni si sono sviluppati iniziative/strumenti volti al progressivo coinvolgimento attivo dell'utenza attraverso applicativi (app) che permettono di registrare informazioni e dati di salute (eHealth) fornendo anche delle informazioni di ritorno (feedback).

3.2. Che cosa manca:

L'applicazione di un corretto processo di MedRec/MedRev/deprescribing potenzialmente può consentire la "semplificazione" delle terapie e determinare un aumento dell'aderenza ai farmaci

effettivamente necessari. Su questo aspetto la letteratura indica la necessità di condurre specifici studi atti a valutare questo importante outcome²⁸. A questo proposito si ritiene utile quanto segue:

3.2.1. Realizzare studi che prevedano “soluzioni/strumenti digitali innovativi” (eHealth) per aumentare l’aderenza terapeutica alle terapie croniche, con particolare riferimento ai farmaci cardiovascolari, farmaci per il diabete ed oncologici. La letteratura internazionale concorda che tali strumenti sono utili per implementare significativamente l’aderenza/persistenza²⁹.

3.2.2. Definire le modalità per la misurazione dell’aderenza terapeutica: ad oggi esistono diverse modalità per la misurazione “indiretta” del grado di aderenza e persistenza alle terapie. La letteratura propone varie metodologie tra le quali il “*Medication Possession Ratio*” (MPR) e il “*Proportion of Days Covered*” (PDC)³⁰. Al fine di misurare gli esiti di interventi per il miglioramento dell’aderenza alle terapie si rende quindi necessario identificare la metodica adatta allo scopo, a partire dai flussi farmaceutici disponibili presso le Aziende Sanitarie/Ospedaliere/IRCSS.

4. OBIETTIVI DELLA “RETE CRONICITÀ & POLITERAPIA”

Sulla base delle suindicate premesse, in considerazione della mission societaria³¹ e del bisogno formativo degli associati, già evidenziato dai precedenti Consigli Direttivi³², la nuova rete “Cronicità & Politerapia” si propone di:

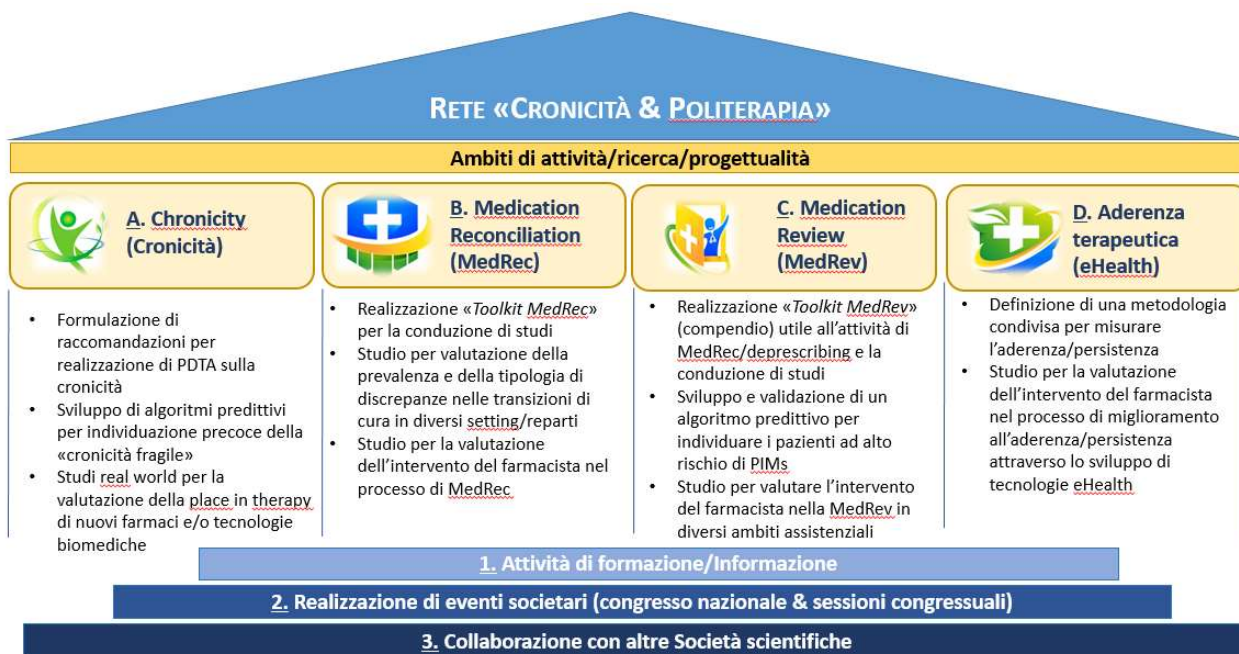
1. Realizzare studi volti allo sviluppo di modelli di sanità di iniziativa per la precoce e corretta presa in carico dei pazienti con patologie croniche a rischio di fragilità.
2. Divulgare raccomandazioni specifiche per lo sviluppo di PDTA, che comprendano anche strumenti di medicina digitale, per facilitare l’appropriatezza prescrittiva delle terapie farmacologiche in termini di efficacia e sicurezza.
3. Fornire indirizzi di sviluppo professionale, strumenti e iniziative formative in tema di Riconciliazione terapeutica, Medication Review/deprescribing e aderenza terapeutica.
4. Promuovere specifici studi, anche in collaborazione con altre Società scientifiche, per valutare l’impatto del farmacista clinico nonché di nuovi modelli organizzativi/innovazioni tecnologiche utili a ridurre le PIMs e i DRPs.

5. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE CRONICITÀ & POLITERAPIA

Come riportato nella *Figura 1*, l’organizzazione della rete si articola in:

- **3 aree orizzontali** (“basi”), di supporto a tutte le tematiche verticali, che prevedono:
 1. attività di formazione/informazione;
 2. predisposizione di specifici eventi associativi;
 3. collaborazione con altre Società scientifiche.
- **4 aree verticali** (“pilastri”) dedicati ad attività di ricerca/progetti, con particolare riferimento a:
 - A. studi e progetti di sanità di iniziativa e appropriatezza delle cure in tema di cronicità (*Chronicity*);
 - B. studi sul processo di Riconciliazione terapeutica (*MedRec*);
 - C. studi su attività di Medication Review/deprescribing (*MedRev*);
 - D. studi sull’aderenza/persistenza alle terapie (*eHealth*).

Figura 1. Organizzazione delle rete Cronicità & Politerapia



4.1 LE AREE ORIZZONTALI (“BASI”)

- Formazione/Informazione.** La rete deve proporre specifiche iniziative formative attraverso le seguenti attività:
 - realizzazione di almeno un webinar/anno sul tema MedRec/MedRev/aderenza (accreditato ECM);
 - prosecuzione dell'accREDITAMENTO dei 2 FAD su “Riconciliazione terapeutica” e “Deprescribing” già avviati nel corso del 2023 (indispensabili per la partecipazione alla rete);
 - pubblicazione di un compendio con le modalità per effettuare un processo di MedRev/deprescribing arricchito con specifici casi clinici (“Toolkit MedRev”);
 - inserimento nelle scuole di specializzazione di Farmacia Ospedaliera (anche in forma di aggregazione inter-regionale) di almeno un seminario/evento all'anno dedicato alla rete con la partecipazione di un referente SIFaCT. Si propone di avviare questa progettualità coinvolgendo inizialmente solo alcune scuole;
 - informazione interna: predisposizione di una newsletter semestrale per gli iscritti dedicata ad aggiornamenti di letteratura e novità in tema di “MedRec/MedRev/Cronicità”;
 - informazione esterna: predisposizione di specifici comunicati stampa sulle attività della rete rivolti a stakeholder esterni (attraverso EDRA).
- Eventi societari.** La rete deve avere uno specifico risalto tra gli associati tramite:
 - realizzazione di un Evento nazionale annuale;
 - inserimento nel Congresso nazionale di una sessione parallela sull'argomento;
 - inserimento nel Congresso nazionale di un “contest” su specifici casi clinici.

3. **Collaborazione con altre Società scientifiche.** Avvio/potenziamento della collaborazione con le seguenti Società scientifiche nazionali/internazionali sia per attività formative che di ricerca:

- Società Italiana di Geriatria Ospedale-Territorio (SIGOT);
- Società Italiana di Medicina Interna (SIMI);
- European Association of Hospital Pharmacists (EAHP);
- European Society of Clinical Pharmacy (ESCP);
- inserimento di un componente SIFaCT nell'European Interdisciplinary Council on Ageing (EICA).

A questo proposito si suggerisce di aumentare la partecipazione dei Soci a iniziative formative promosse in tema di "MedRec/MedRev/Cronicità" da parte di EAHP e ESCP.

4.2 LE AREE VERTICALI ("PILASTRI")

Sulla base di quanto riportato nel Paragrafo 2, le aree verticali della rete rappresentano gli ambiti di ricerca che SIFaCT dovrebbe intraprendere alla luce delle attuali esigenze del SSN. Di seguito i possibili progetti/studi che dovrebbero essere avviati dalla rete:

A. Cronicità (Chronicity)

- Sviluppo e validazione di algoritmi predittivi volti a individuare precocemente quei pazienti a rischio di sviluppare particolari condizioni di fragilità.
- Realizzazione di specifici studi real world per la valutazione della corretta place in therapy di nuove entità terapeutiche e/o di nuovi device/tecnologie biomediche per migliorare la qualità della prevenzione e la cura di specifiche patologie croniche con elevato "burden assistenziale" (es. diabete, malattie neurodegenerative e cardiovascolari).
- Pubblicazione di raccomandazioni per lo sviluppo di specifici PDTA correlati alle patologie croniche con l'inserimento negli stessi di possibili approcci di medicina digitale (es. servizi digitali, devices per il monitoraggio e la somministrazione dei farmaci, ecc.).

B. Riconciliazione terapeutica (MedRec)

- Realizzazione di un "Toolkit MedRec" da utilizzare per studi che sia in accordo con quanto già proposto dalle linee di indirizzo nazionali. Nel toolkit, per il processo di ricognizione, dovrà essere anche definito un prototipo di intervista strutturata da proporre al paziente/caregiver e una priorità della seconda fonte dati da utilizzare. Infine, risulta indispensabile condividere anche una scheda di ricognizione/riconciliazione comune per la raccolta dei dati e specifici corsi di formazione per effettuare una corretta comunicazione.
- Definizione di end-point utili a misurare l'efficacia del farmacista in un intervento di MedRec.
- Studio su analisi della prevalenza e della tipologia di discrepanze terapeutiche nelle transizioni di cura attraverso l'utilizzo della tassonomia MedTax.
- Studio per valutare l'intervento del farmacista nel ridurre le discrepanze terapeutiche attraverso un processo di MedRec.

C. Medication Review (MedRec/deprescribing)

- Realizzazione di un compendio che riporti una "modalità strutturata" per effettuare un processo di MedRev/deprescribing arricchito con specifici casi clinici ("Toolkit MedRev").
- Decidere gli strumenti da utilizzare per la rilevazione delle PIMs sia per quanto riguarda la tipologia di criteri espliciti che per la banca dati di ricerca delle interazioni. In particolare, la selezione di tali

strumenti dovrà avvenire sulla base delle evidenze scientifiche ad oggi disponibili riguardo la loro capacità di “intercettare” le diverse PIMs e di ridurre i DRPs.

- Definizione di end-point utili a misurare l’efficacia del farmacista in un intervento di MedRev.
- Realizzazione e validazione di un algoritmo predittivo per identificare i pazienti ad alto rischio di PIMs/DPRs che necessitano di un servizio di MedRev/deprescribing.
- Avvio di studi, in diversi ambiti assistenziali (ospedali, RSA, cure primarie), utili a valutare l’intervento del farmacista nel ridurre le PIMs/DRPs attraverso un processo di MedRev/deprescribing.

D. Aderenza terapeutica (eHealth)

- Sviluppo di studi che prevedano “soluzioni/strumenti digitali innovativi” (eHealth) per aumentare l’aderenza terapeutica alle terapie croniche.
- Definizione di una metodologia condivisa per misurare l’aderenza alle terapie a partire dai flussi informativi disponibili nelle Aziende sanitarie (MPR, PDC, ecc.) al fine di realizzare uno studio per valutare l’efficacia di progettualità basate sulla eHealth.

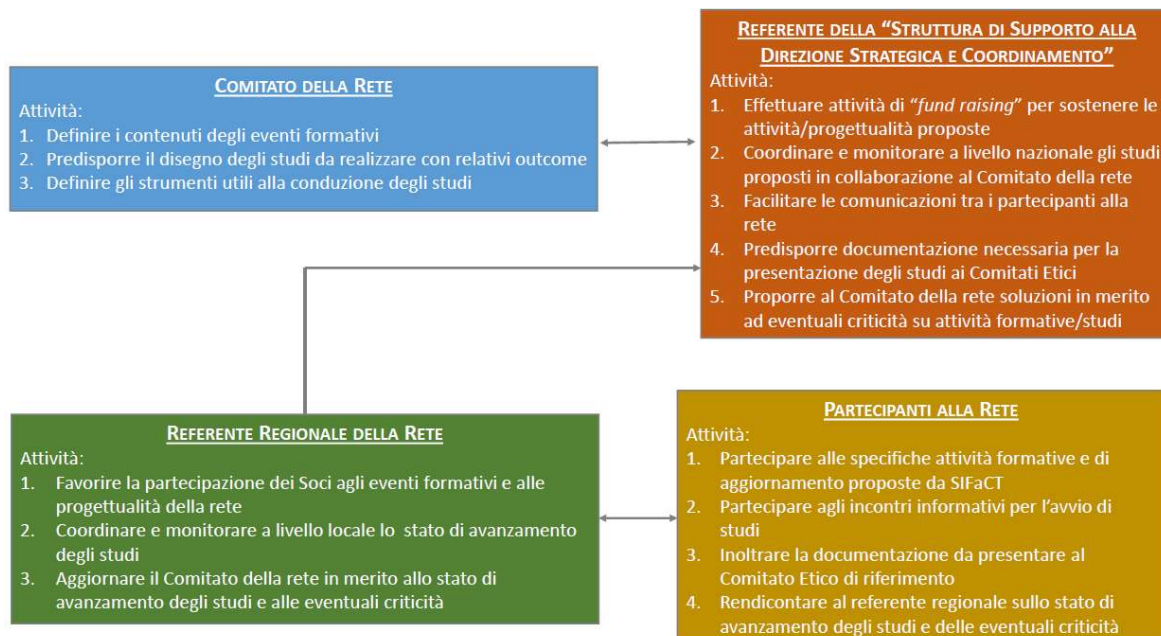
6. I COMPONENTI E LE RELAZIONI DELLA RETE

I partecipanti della rete sono (*Figura 2*):

1. Comitato della rete, costituito da alcuni componenti del Comitato Direttivo (CD) e Scientifico (CS), il cui compito è quello di definire:
 - i contenuti degli eventi formativi;
 - il disegno degli studi da realizzare con relativi outcome;
 - gli strumenti utili alla conduzione degli studi.
2. Referente regionale della rete, il cui compito è quello di:
 - favorire la partecipazione dei Soci agli eventi formativi e alle progettualità della rete;
 - coordinare e monitorare a livello locale lo stato di avanzamento degli studi;
 - aggiornare il referente della “Struttura di supporto alla Direzione strategica e coordinamento” in merito allo stato di avanzamento degli studi e alle eventuali criticità.
3. Referente della “Struttura di supporto alla Direzione strategica e coordinamento” di SIFaCT, il cui compito è di:
 - effettuare attività di “*fund raising*” per sostenere le attività/progettualità proposte;
 - coordinare e monitorare a livello nazionale gli studi proposti in collaborazione al Comitato della rete;
 - facilitare le comunicazioni tra i partecipanti alla rete;
 - predisporre documentazione necessaria per la presentazione degli studi ai Comitati Etici;
 - proporre al Comitato della rete soluzioni in merito ad eventuali criticità su attività formative/studi.
4. Partecipanti alla rete, il cui requisito minimo è quello di aver superato i 2 FAD asincroni di SIFaCT su MedRec/MedRev. Compiti:
 - partecipare alle specifiche attività formative e di aggiornamento proposte da SIFaCT;
 - partecipare agli incontri informativi per l’avvio di studi;
 - inoltrare la documentazione da presentare al Comitato Etico di riferimento;

- rendicontare al referente regionale sullo stato di avanzamento degli studi e delle eventuali criticità.

Figura 2. Componenti della rete “Cronicità & Politerapia” e relazioni



7. TABELLA RIEPILOGATIVA

Ambito	Chronicity (Cronicità)	MedRec (Medication Reconciliation)	MedRev (Medication Review)	eHealth (Aderenza terapeutica)
Mission SIFaCT	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mission 1:</i> sviluppo professionale e iniziative formative in FC • <i>Mission 2:</i> promozione ricerca in FC e di modelli organizzativi 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mission 1:</i> sviluppo professionale e iniziative formative in FC • <i>Mission 2:</i> promozione ricerca in FC e di modelli organizzativi • <i>Mission 3:</i> collaborazione con altre professioni e organizzazione con queste di eventi formativi 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mission 1:</i> sviluppo professionale e iniziative formative in FC • <i>Mission 2:</i> promozione ricerca in FC e di modelli organizzativi • <i>Mission 3:</i> collaborazione con altre professioni e organizzazione con queste di eventi formativi 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mission 1:</i> sviluppo professionale e iniziative formative in FC • <i>Mission 2:</i> promozione ricerca in FC e di modelli organizzativi
Vision SIFaCT	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare gli esiti di cura, in ambito di prevenzione e trattamento delle malattie 	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione ruolo del farmacista clinico in gruppi interdisciplinari per ottimizzare gli esiti di cura 	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione ruolo del farmacista clinico in gruppi interdisciplinari per ottimizzare gli esiti di cura 	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare gli esiti di cura, in ambito di prevenzione e trattamento delle malattie
Riferimenti normativi	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Piano Nazionale della Cronicità:</i> sviluppo di nuovi modelli organizzativi per la 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Raccomandazioni Ministeriali:</i> – n. 12 (farmaci 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Piano Nazionale della Cronicità:</i> promuovere utilizzo di linee guida 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Piano Nazionale della Cronicità:</i> promuovere studi di

Ambito	Chronicity (Cronicità)	MedRec (Medication Reconciliation)	MedRev (Medication Review)	eHealth (Aderenza terapeutica)
	<p>gestione della cronicità (“Chronic Model Innovative”)</p> <ul style="list-style-type: none"> Decreto n. 77 del 23.05.2022: sviluppo di algoritmi predittivi per la presa in carico delle persone con patologie croniche 	<p>LASA)</p> <ul style="list-style-type: none"> n. 17 (riconciliazione farmacologica) n.18 (uso di abbreviazioni e acronimi); n. 19 (manipolazione forme farmaceutiche solide) 	<p>per migliorare appropriatezza delle terapie</p> <ul style="list-style-type: none"> DPCM 12.01.2017 (LEA): predisposizione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) Decreto n. 77 del 23.05.2022 	<p>ricerca applicata/soluzioni tecnologiche e organizzative per migliorare l’aderenza terapeutica</p>
Area formativa	<p>Da elaborare da parte del CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno un webinar/anno specifico sul tema della cronicità e/o comunicazione (accreditato ECM) 	<p>Da elaborare da parte del CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evento nazionale sul tema della MedRec/MedRev Inserimento nel Congresso Nazionale di almeno una sessione parallela sul tema della MedRec/MedRev Inserimento nel 	<p>Da elaborare da parte del CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evento nazionale sul tema della MedRec/MedRev Inserimento nel Congresso Nazionale di almeno una sessione parallela sul tema della MedRec/MedRev Inserimento nel Congresso Nazionale di un “contest ibrido” su 	<p>Da elaborare da parte del CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno un webinar/anno specifico sul tema dell’aderenza e delle possibili strategie per implementarla (webinar specifico per patologia)

Ambito	Chronicity (Cronicità)	MedRec (Medication Reconciliation)	MedRev (Medication Review)	eHealth (Aderenza terapeutica)
		<p>Congresso Nazionale di un “contest ibrido” su MedRec/MedRev</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno un webinar/anno specifico sulla MedRec (accreditato ECM) • Inserimento nelle scuole di specializzazione di FO (anche in forma di aggregazione inter-regionale) di almeno un seminario/evento all’anno dedicato alla MedRec con la partecipazione di un referente SIFaCT 	<p>MedRec/MedRev</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di almeno un webinar/anno specifico sulla MedRev (accreditato ECM) • Inserimento nelle scuole di specializzazione di FO (anche in forma di aggregazione inter-regionale) di almeno un seminario/evento all’anno dedicato alla MedRev con la partecipazione di un referente SIFaCT 	
Area	Da elaborare da parte del CS/CD:	Da elaborare da parte del	Da elaborare da parte del	Da elaborare da parte del

Ambito	Chronicity (Cronicità)	MedRec (Medication Reconciliation)	MedRev (Medication Review)	eHealth (Aderenza terapeutica)
informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Newsletter semestrale per gli iscritti dedicata ad aggiornamenti di letteratura e news sulla rete “Cronicità e Politerapia” • Sviluppo di specifiche raccomandazioni per l’inserimento nei PDTA di nuove soluzioni di medicina digitale nell’ambito della cronicità • Informazioni delle attività societarie in tema di Cronicità/MedRec/MedRev attraverso EDRA 	<p>CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Newsletter semestrale per gli iscritti dedicata ad aggiornamenti di letteratura e news sulla rete “Cronicità e Politerapia” • Informazioni delle attività societarie in tema di Cronicità/MedRec /MedRev attraverso EDRA 	<p>CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Newsletter semestrale per gli iscritti dedicata ad aggiornamenti di letteratura e news sulla rete “Cronicità e Politerapia” • Informazioni delle attività societarie in tema di Cronicità/MedRec/Med Rev attraverso EDRA 	<p>CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Newsletter semestrale per gli iscritti dedicata ad aggiornamenti di letteratura e news sulla rete “Cronicità e Politerapia” • Informazioni delle attività societarie in tema di aderenza alle terapie attraverso EDRA
Area inter-societaria	<ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento della collaborazione con SIGOT, SIMI, ESCP e EAHP sul tema della Cronicità • Inserimento di SIFaCT nell’ambito dell’<i>European Interdisciplinary Council on Ageing</i> (EICA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento della collaborazione con SIGOT, SIMI, ESCP e EAHP sul tema della MedRec • Inserimento di SIFaCT nell’ambito dell’<i>European</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Rafforzamento della collaborazione con SIGOT, SIMI, ESCP e EAHP sul tema della MedRev • Inserimento di SIFaCT nell’ambito dell’<i>European Interdisciplinary Council</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento di SIFaCT nell’ambito dell’<i>European Interdisciplinary Council on Ageing</i> (EICA)

Ambito	Chronicity (Cronicità)	MedRec (Medication Reconciliation)	MedRev (Medication Review)	eHealth (Aderenza terapeutica)
		<i>Interdisciplinary Council on Ageing (EICA)</i>	<i>on Ageing (EICA)</i>	
Area ricerca e progettualità	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo e validazione di algoritmi predittivi per individuare precocemente i pazienti con malattie croniche a rischio di sviluppare particolari condizioni di fragilità (“cronicità fragile”) • Realizzare studi per migliorare la qualità della prevenzione e la cura di specifiche patologie croniche con elevato “burden assistenziale” • Realizzare specifici studi di real world per la valutazione della corretta place in therapy di nuove entità terapeutiche e/o di nuovi device/tecnologie biomediche in tema di cronicità 	<p>Da elaborare da parte del CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Toolkit” per eseguire una corretta MedRec nelle transizioni di cura (da presentare in occasione dell’evento nazionale/Congresso) • Definire end-point utili a misurare l’efficacia di un intervento di MedRec • Studio su analisi della prevalenza/tipologie delle discrepanze 	<p>Da elaborare da parte del CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Toolkit” per eseguire una corretta MedRev in diversi setting assistenziali da presentare in occasione dell’evento nazionale/Congresso) • Definire end-point utili a misurare l’efficacia di un intervento di MedRev • Realizzazione e validazione di un algoritmo predittivo per identificare i pazienti ad alto rischio di DRPs che necessitano di una MedRev • Studi, in diversi ambiti 	<p>Da elaborare da parte del CS/CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione di una metodologia condivisa per misurare l’aderenza alle terapie (MPR, PDC, ecc.) • Studio osservazionale per valutare la prevalenza di aderenza e persistenza alle terapie croniche partendo dai dati di flusso farmaceutici • Sviluppo di studi che prevedano “soluzioni/strumenti digitali innovativi” (eHealth) per

Ambito	Chronicity (Cronicità)	MedRec (Medication Reconciliation)	MedRev (Medication Review)	eHealth (Aderenza terapeutica)
	<ul style="list-style-type: none"> Formulare raccomandazioni per lo sviluppo di specifici PDTA correlati alle patologie croniche con l'inserimento negli stessi di possibili approcci di medicina digitale 	<p>terapeutiche nelle transizioni di cura H-T attraverso l'utilizzo della tassonomia MedTax</p> <ul style="list-style-type: none"> Studio sulla valutazione dell'intervento del farmacista nel ridurre le discrepanze terapeutiche attraverso un processo di MedRec 	<p>assistenziali, sulla valutazione dell'intervento del farmacista nel ridurre i DRPs attraverso un processo di MedRev</p>	<p>aumentare l'aderenza terapeutica alle terapie croniche</p>

8. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Medication Without Harm. Disponibile al sito: www.who.int/initiatives/medication-without-harm
2. Van Mil JWF, Westerlund T, Brown L et al. Medica care and drug-related problems: do doctors and pharmacists speak the same language? *Int J Clin Pharm*; 38: 191-4 (2016)
3. Barnsteiner J. Medication reconciliation. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2008. Disponibile al sito: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651
4. Alhawassi TM, Krass I, Bajorek BV et al. A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clin Interv Aging*; 9: 2079-86 (2014)
5. Oscanoa TJ, Lizaraso F, Carvajal A. Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol*. 73(6): 759-70 (2017)
6. Laflamme L, Monárrez-Espino J, Johnell, K et al. Type, number or both? A population-based matched case-control study on the risk of fall injuries among older people and number of medications beyond fall-inducing drugs. *PLoS ONE*. 10(3), e0123390 (2015)
7. Saum KU. et al. Is polypharmacy associated with frailty in older people? Results from the ESTHER cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 65(2), e27–e32 (2017).
8. Stevenson JM, Davies JG, Martin FC. Medication-related harm: a geriatric syndrome. *Age and Ageing*. 49:7-11 (2019)
9. Leelakanok N, Holcombe AL, Lund BC et al. Association between polypharmacy and death: a systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc*. 57(6), 729-38 (2017)
10. Chang, TI et al. Polypharmacy, hospitalization, and mortality risk: a nationwide cohort study. *Sci Rep* 10(1), 18964 (2020)
11. The ABC Project Team. Ascertaining barriers for compliance: policies for safe, effective and cost-effective use of medicines in Europe. Disponibile al sito: www.abcproject.eu
12. European Council Policy Makers Debate. An EU response to medication non-adherence. Brussels (2010)
13. Ministero della Salute. Raccomandazioni del ministero. www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=lineeguida
14. Ministero della Salute. Riconciliazione della terapia farmacologica sul territorio durante le transizioni di cura: paziente anziano ricoverato in RSA/struttura sanitaria protetta e paziente oncologico ed oncoematologico (2018). Disponibile al sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2839_allegato.pdf
15. Agenzia Italiana del Farmaco. L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia: rapporto nazionale (2019). Disponibile al sito: www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-nella-popolazione-anziana-in-italia-2019
16. Almasreh E, Moles R, Chen TF. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. *Br J Pharmacol*. 82, 645-58 (2016)
17. Almasreh E, Moles R, Chen TF. The medication discrepancy taxonomy (MedTax): the development and validation of a classification system for medication discrepancies identified through medication reconciliation. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 16(2): 142-48 (2019)
18. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R et al. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database of Systematic Review*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010791.pub2> (2018)
19. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità (2016). Disponibile al sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

20. Accademia di Geriatria, FADOI, SICP, SIFaCT, SIFO, SiF, SIGOT, SIGG, SIMG. Documento inter-societario sull'implementazione del servizio di medication-review w deprescribing nei vari setting assistenziali (2023). Disponibile al sito: www.sifact.it/wp-content/uploads/2023/10/Documento_Medication-Review_Deprescribing_Intersocietario_Finale.pdf
21. DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, c.7, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 (GU n. 65 del 18.03.2017, Suppl. Ordinario n. 15)
22. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN (GU n. 144 del 22.06.2022)
23. Alshammari H, Al.Saeed E, Ahmed Z et al. Reviewing potentially inappropriate medication in hospitalized patients over 65 using explicit criteria: a systematic literature review. *Drug, Healthcare and Patient Safety*. 13: 183-21 (2021)
24. Kheshti R, Aalipour M, Namazi S. A comparison of five common drug-drug interaction software programs regarding accuracy and comprehensiveness. *J Res Pharm Pract*. 5(4): 257-63 (2016)
25. Linsky A, Gellad WF, Linder JA, Friedberg MW. Advancing the science of deprescribing: a novel comprehensive conceptual framework. *J Am Geriatr Soc*. 67(10):2018-22 (2019)
26. Page AT, Clifford RM, Potter K et al. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 82(3):583-623 (2016)
27. National Health Service. Polypharmacy guidance, realistic prescribing (2018). Disponibile al sito: www.therapeutics.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/Polypharmacy-Guidance-2018.pdf
28. Ulley J, Harrop D, Alton S et al. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. *BMC Geriatr* (2019): doi: 10.1186/s12877-019-1031-4
29. Bingham JM, Black M, Anderson EJ et al. Impact of telehealth interventions on medication adherence for patients with type 2 diabetes, hypertension and/or dyslipidemia: a systematic review. *Annals of Pharmacotherapy*. 55(5): 637-49 (2021)
30. Anghel LA, Farcas AM, Oprean RN. An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Med Pharm Rep*. 92(2): 117-22 (2019)
31. Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia. Mission di SIFaCT. Disponibile al sito: www.sifact.it/mission/
32. Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia. Compendio SIFaCT di formazione in Farmacia Clinica. Disponibile al sito: www.sifact.it/compendio-sifact-di-formazione-in-farmacia-clinica