

Progetto TAPAS (Terapia Armonizzata Per Anziani in Struttura)

Dal territorio alla RSA: fragilità, psicofarmaci e terapia triturrata nel grande anziano

TAPAS Project (Harmonized therapy for institutionalized elderly)

Danilo Mourglia¹, Saul Fina², Federico Gennaro², Simonetta Miozzo²

¹già MMG, geriatra Luserna San Giovanni (TO); ²MMG, ASL TO 3 distretto Val Pellice



Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Progetto TAPAS (Terapia Armonizzata Per Anziani in Struttura)
Dal territorio alla RSA: fragilità, psicofarmaci e terapia triturrata nel grande anziano
Rivista SIMG 2023;30 (02):14-17.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

ABSTRACT Partendo dall'esperienza maturata nel progetto DeRT (Deprescrizione e Riconciliazione Terapeutica) che impegnò nel 2018 dieci MMG della Val Pellice in una revisione ambulatoriale della politerapia di pazienti comorbidi, si è deciso di portare il ragionamento intrapreso di deprescrizione e riconciliazione terapeutica in una RSA locale. Tra i vari bracci che il progetto TAPAS (Terapia Armonizzata Per Anziani in Struttura) propone e proporrà vi è porre attenzione su due aspetti: la gestione farmacologica dell'insonnia e dell'agitazione psicomotoria e le modalità di somministrazione dei farmaci nei pazienti disfagici.

Starting from the experience of the DeRT project (Deprescription and Therapeutic Reconciliation) which in 2018 involved ten GPs from Val Pellice in an outpatient review of the polytherapy of comorbid patients, we decided to investigate the reasoning undertaken of deprescribing and therapeutic reconciliation in a local RSA. Among the various arms that the TAPAS (Armonized Therapy for the Elderly in Structure) project proposes and will propose, there is a focus on two aspects: the pharmacological management of insomnia and psychomotor agitation and the methods of administering drugs in dysphagic patients.

Parole chiave/Key words: Politerapia, deprescrizione, comorbosità

INTRODUZIONE

Questo lavoro parte dai sempre più numerosi dati di letteratura che evidenziano come il numero di anziani con patologie croniche ed il numero di molecole assunte per giorno è aumentato e crescerà nei prossimi decenni apportando benefici alla cura delle malattie ma esponendo i pazienti a danni collaterali. Ciò comporta la necessità del medico di famiglia (MMG) di revisionare periodicamente le terapie, in termini qualitativi e quantitativi, ma anche di modalità e timing di somministrazione sia nei propri studi medici sia nelle RSA dove soprattutto i pazienti più anziani proseguono terapie spesso estremamente complesse e a volte non più appropriate. Il progetto DeRT aveva previsto come beneficiari

tutti i pazienti con età ≥ 65 anni residenti all'interno del distretto Val Pellice dell'ASL TO3 che assumessero 5 o più farmaci: durante la consulenza ambulatoriale ci si è avvalsi come strumenti di analisi del software Intercheck dell'Istituto Mario Negri, del Morisky Score per valutare l'aderenza terapeutica e del questionario SF-36 per determinare la percezione di salute dei pazienti. Il progetto TAPAS invece si rivolge esclusivamente ad assistiti domiciliati presso una RSA prevedendo una analisi dei fogli terapia di questi pazienti.

Il principale obiettivo del progetto TAPAS ha riguardato la rivalutazione delle terapie dei pazienti al fine di ottimizzarle e somministrare i farmaci davvero necessari, preservando i pazienti dal rischio di interazioni farmacologiche ed eventi avversi.

In particolare, ci si è concentrati su:

1. Indicazioni alla gestione dell'insonnia e dell'agitazione psicomotoria nel paziente anziano in struttura
2. Gestione della somministrazione di farmaci triturrati a pazienti disfagici.

MATERIALI E METODI

Pazienti inclusi nello studio

Si è proceduto ad un'analisi dei principi attivi utilizzati per insonnia e agitazione psicomotoria in un campione di 84 pazienti della struttura "Pro Senectute" di Luserna San Giovanni (TO).

In particolare si è posta l'attenzione a:

1. Terapia al bisogno
2. Indicazioni
3. Modalità di somministrazione
4. N. di somministrazioni/30 gg

La fase di ricognizione della modalità di somministrazione della terapia si è avvalsa del software gestionale in uso nella struttura. In parallelo si è proceduto ad un'analisi di tipo descrittivo delle terapie dei pazienti per i quali era prevista la triturazione ricorrendo ai dati presenti in scheda tecnica, al software Intercheck e ai dati della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera (SIFO).

RISULTATI

Il progetto TAPAS ha evidenziato come su 84 ospiti (**Tabella 1**) 20 presentavano in cartella il problema "insonnia", 12 agitazione e 27 entrambe le condizioni (**Tabella 2**); di questi ultimi, 18 assumevano almeno un farmaco antipsicotico; la totalità dei pazienti era in terapia continuativa e 6 assumevano la terapia anche al bisogno.

Per quanto riguarda i 12 pazienti con sola agitazione, 5 erano in terapia continuativa e 3 in terapia al bisogno nell'arco dei 30 giorni esaminati.

Nel periodo di tempo considerato le terapie somministrate al bisogno sono state 101 in 11 pazienti per agitazione e wandering con promazina come farmaco principale. I farmaci maggiormente prescritti sono stati trazodone e quetiapina mentre i farmaci più prescritti per l'insonnia sono state benzodiazepine a media e lunga emivita e trazodone.

Per quanto riguarda la modalità di somministrazione dei farmaci, su 84 ospiti considerati, con un'età media di 89 anni, 21 assumevano la terapia in forma triturrata (4.8 molecole in media, **Tabella 3**)

L'analisi descrittiva ha rilevato come alcu-

Tabella 1 - Numero (percentuale) dei generi nel campione di studio		
M	F	TOT
21 (25)	63 (75)	84 (100)

Tabella 2 - Numero (percentuale) dei pazienti con sintomi		
Insonnia	Agitazione	Entrambi
20 (24)	12 (14)	27 (32)

ni farmaci non presentino in scheda tecnica la possibilità della frantumazione: in alcuni casi la frammentazione può infatti portare a un maggior rischio di irritazione o ulcerazioni dello stomaco e dell'esofago mentre alcune capsule non presentano la possibilità di essere masticate o frantumate (**Tabella 4**)

DISCUSSIONE

L'All'interno del complesso e parcellizzato universo della Medicina Generale il tema della polifarmacoterapia e della deprescrizione è da sempre particolarmente sentito e dibattuto. La frammentazione delle informazioni e delle conoscenze ha tuttavia portato negli anni ad una sorta di inerzia terapeutica tra i diversi professionisti della salute, mancando un percorso condiviso e relegando l'argomento alla sensibilità e competenza individuale.

Questi lavori, partiti dal territorio per giungere in RSA, hanno ottenuto dei risultati incoraggianti conferendo una struttura scientifica all'approccio di problematiche cliniche quali il sovra-trattamento.

Una attenta revisione della terapia per l'insonnia e l'agitazione psicomotoria, nonostante l'esiguo numero di pazienti e il ridotto tempo di osservazione, può consentire un lento ma progressivo abbandono dell'uso delle benzodiazepine e una riduzione della terapia al bisogno ha dimo-

strato non presentare rischi per i pazienti a dispetto dei numerosi benefici attesi secondo i dati di letteratura.

La ricognizione terapeutica dei pazienti con terapie triturate ha consentito invece di analizzare alcune criticità e rivalutare per ogni singolo paziente, in modo sartoriale, la reale necessità di ogni singola terapia, la compatibilità con la somministrazione congiunta di cibo o bevande e di apportare delle modifiche con alternative maggiormente sicure dal punto di vista della farmacodisponibilità e farmacocinetica per un migliore controllo dei possibili effetti collaterali.

Il lavoro da compiere è appena iniziato ma appare portatore di grandi novità e il ruolo del medico curante risulta in questi casi indispensabile e insostituibile.

CONCLUSIONI

Nel caso dello studio sull'insonnia e agitazione psicomotoria, appare indispensabile la riformulazione delle terapie in base ai bisogni dell'assistito.

Indispensabile mantenere l'attenzione sulla possibile eccessiva somministrazione della terapia al bisogno e un eccessivo uso di benzodiazepine a lunga emivita.

Al tempo stesso è necessaria la modulazione della terapia in maniera sartoriale con una maggiore aderenza alla letteratura scientifica e alla successiva deprescrizione

Tabella 3 - Età e numero di molecole farmacologiche nel campione			
Età		Molecole	
Media	89	Media	4,8
Media	100	Media	8
Media	73	Media	2
Media	88	Media	4

valutati i rischi maggiori dei benefici. Risulta essenziale il rispetto delle esigenze attuali del paziente.

Riguardo alla triturazione della terapia farmacologica la ricognizione terapeutica dei pazienti ha consentito di analizzare le criticità e rivalutare di nuovo per ogni singolo paziente e in modo personalizzato la reale necessità di ogni singola terapia, la compatibilità con la somministrazione congiunta di cibo o bevande ed eventualmente di apportare delle modifiche con alternative maggiormente sicure dal pun-

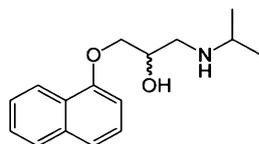
to di vista degli effetti indesiderati e della farmacocinetica. Quanto detto appare congruente con le conclusioni del primo progetto pilota DeRT condotto sul territorio con risultati analoghi a quanto riscontrato in letteratura sia per interazioni tra farmaci sia per la correlazione tra ACB Score e alcune classi di molecole.

Il limite dello studio è quello di non aver valutato il cambiamento di ACB Score o di interazione dopo la revisione terapeutica ed è proprio in questa ottica che ci muoviamo proseguendo il lavoro in struttura

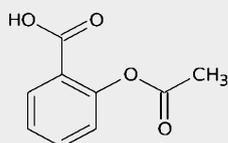
protetta. Più il paziente è anziano e più ha comorbidità più appare indispensabile approcciare la sua condizione in quanto cronico e quindi non trattare la somma delle singole patologie ma la persona in toto, riconoscendo la diversità di uno dall'altro.

Il MMG è figura professionale adatta al lavoro di ottimizzazione della terapia della persona: ne conosce aspettative e desideri e comprende il continuum delle interferenze e dell'evoluzione delle patologie che affliggono il suo paziente.

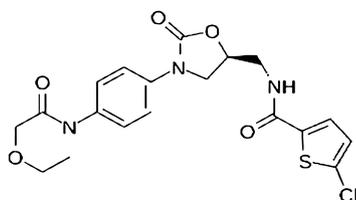
Tabella 4 - Principi attivi e frantumazione



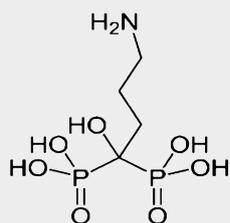
Beta bloccanti: bisoprololo, carvedilolo e metoprololo
non presentano in ST la possibilità della frantumazione,
a differenza dell'atenololo



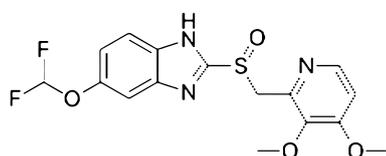
Antiaggreganti: acido acetilsalicilico 100 mg: le compresse prevedono una formulazione gastroresistente per cui non è prevista la triturazione, da valutare la sostituzione con acetilsalicilato di lisina 160 mg polvere



Anticoagulanti orali: solo per il **rivaroxaban** è prevista in ST la possibilità di frantumazione della compressa mescolandola con un po' d'acqua o purea di mele immediatamente prima dell'uso



Alendronato e dutasteride: la frammentazione delle compresse espone il paziente ad un maggior rischio di irritazioni ed ulcerazioni allo stomaco ed esofago



Inibitori di pompa protonica: le capsule di omeprazolo ed esomeprazolo non devono essere masticate o frantumate; tuttavia, si possono aprire facendo deglutire il contenuto con mezzo bicchiere di acqua, oppure mescolato con liquidi leggermente acidi