

Polifarmacoterapia nelle transizioni di cura: assistenza integrata per la continuità tra ospedale e territorio

Chiara Carcieri

AOU Ordine Mauriziano di Torino

Ilaria Russo, Lorenza Giordano, Enza Agostino, Elisa Bidese, Jacopo Luboz

Azienda USL Valle d'Aosta

Alice Restelli, Luca Pasina

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse in relazione all'argomento trattato

Riassunto

La polifarmacoterapia, soprattutto nei pazienti fragili o anziani, è una criticità sanitaria crescente, che rischia di aggravarsi durante i cambi di contesto assistenziale, per esempio nel passaggio dall'ospedale a casa o in residenza assistenziale. Queste transizioni di cura espongono le persone a rischi concreti, dovuti alla frammentazione delle informazioni sanitarie e all'assenza di sistemi condivisi che garantiscano una continuità terapeutica. È perciò necessario adottare processi strutturati di ricognizione e riconciliazione farmacologica, centrati sul paziente, e potenziare le figure professionali dedicate. La multidisciplinarietà e l'adozione di nuove tecnologie o strumenti digitali, quali la telemedicina e l'intelligenza artificiale, consentono una gestione potenzialmente più efficace delle terapie.

Continuità terapeutico-assistenziale, sicurezza e personalizzazione delle cure sono pilastri imprescindibili per affrontare le sfide contemporanee e garantire ai cittadini un Servizio sanitario di qualità, equo e sostenibile.

Febbraio 2026

© 2026 COSIsiFA

Questo documento è stato prodotto nell'ambito del progetto COSIsiFA (Cittadini e Operatori Sanitari sempre in-formati sul Farmaco) finanziato con i fondi regionali di farmacovigilanza gestiti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Le informazioni e le opinioni contenute in questo documento sono quelle degli autori e non riflettono necessariamente l'opinione ufficiale dell'AIFA. L'AIFA non garantisce l'accuratezza dei dati inclusi in questo documento e declina ogni responsabilità per l'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui contenute.

Introduzione

La crescita costante del numero di persone anziane con diverse malattie croniche concomitanti (multimorbilità) e della necessità di somministrare loro più farmaci (polifarmacoterapia, intesa come l'assunzione quotidiana di cinque o più farmaci) è una delle principali sfide sanitarie attuali e future. È infatti noto che la polifarmacoterapia aumenta il rischio di reazioni avverse, di interazioni farmacologiche, di errori in terapia, di scarsa aderenza e di ospedalizzazioni. L'impatto di tale fenomeno è particolarmente critico nelle transizioni di cura, cioè nel passaggio da un contesto assistenziale a un altro, come può accadere durante un ricovero ospedaliero, al momento della dimissione a domicilio, nel trasferimento tra reparti o in altre strutture sanitarie presenti sul territorio. Nel passaggio tra i vari ambiti assistenziali è dovere del medico attuare il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica, ovvero l'analisi della terapia seguita dal paziente e delle altre informazioni utili per prendere una decisione riguardo al proseguimento, alla variazione o all'interruzione, completa o parziale, della terapia.¹

Il processo può essere ostacolato da diversi fattori, quali incomprensioni tra il medico e il malato, una scarsa collaborazione tra il personale sanitario, fino a mancanze, omissioni ed errori nella compilazione dei dati clinici. Questi aspetti, riuniti sotto il termine di *discrepanze non intenzionali*, sono quindi differenze nella terapia farmacologica non attribuibili a cambiamenti delle condizioni di salute del paziente. Il loro impatto è rilevante perché non solo possono compromettere la continuità terapeutico-assistenziale, ma possono anche potenzialmente nuocere alla sicurezza dei pazienti.

A fronte del crescente impiego di medicinali è necessario migliorare le modalità di prescrizione e fruizione della terapia farmacologica, specie per coloro che assumono molti farmaci, focalizzandosi non sulla singola malattia ma adottando una visione d'insieme e strategie personalizzate.

A supporto di professionisti e pazienti è essenziale la messa a punto di tecnologie informatizzate basate su modelli integrati e con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, al fine di garantire una presa in carico centrata sulla singola persona. Con l'obiettivo di porre una maggiore attenzione sul tema, nel 2014 il Ministero della Salute ha pubblicato la Raccomandazione n. 17, la quale fornisce *"le indicazioni sul processo di riconciliazione della terapia farmacologica nei passaggi tra ambiti di cura diversi"*.¹

I dati

In Italia, in linea con quanto accade nel resto d'Europa, l'impatto della polifarmacoterapia è rilevante con punte che possono interessare fino al 50% della popolazione anziana e con una prevalenza particolarmente alta soprattutto nelle persone che hanno più di una malattia cronica concomitante, percentuale che supera il 60% in coloro che hanno più di tre malattie.^{2,3} Tra le diverse transizioni di cura, il passaggio dall'ospedale al domicilio è quello più a rischio di eventi avversi e di errori nella gestione delle terapie. Nei pazienti di età ≥ 65 anni il tasso di nuova ospedalizzazione nel mese successivo alla dimissione è di circa il 20%, e le discrepanze non intenzionali nella terapia farmacologica possono contribuire fino al 14% delle cause di nuovo ricovero.^{4,5}

Con variabilità tra i diversi Paesi, una discreta percentuale (tra il 6 e l'8%) di ricoveri in reparti d'urgenza è dovuta a una reazione avversa da farmaco; se però si considerano le persone sopra i 60 anni il rischio è maggiore, con percentuali comprese tra l'11% e il 26%.⁶ È pertanto fondamentale mettere in strategie per prevenire o, quanto meno, ridurre al minimo gli errori di prescrizione farmacologica nei momenti di transizione di cura, in particolare in occasione del ricovero ospedaliero.

La questione

Nel contesto sanitario attuale, con un numero crescente di persone che convivono con malattie cronicità multiple e che prendono numerosi farmaci, il consolidamento di alcune misure può produrre un beneficio tangibile. L'efficienza nelle transizioni di cura riguarda:

- la collaborazione tra ospedale e territorio, fondamentale per una presa in carico integrata, multiprofessionale e multidisciplinare del paziente
- il potenziamento dell'utilizzo delle tecnologie digitali a supporto dell'operatore sanitario (*software* per la gestione delle cartelle cliniche, moduli dedicati alla ricognizione e riconciliazione farmacologica, eccetera) e del paziente (servizi di telefarmacia, applicazioni per *smartphone*, eccetera) favorisce la continuità delle informazioni nei percorsi di cura, concorrendo a rilevare eventuali criticità, come interazioni farmacologiche o l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati

- sistemi strutturati di ricognizione e riconciliazione farmacologica, che agevolano la procedura per ottenere l'elenco completo e accurato di tutti i farmaci assunti dal paziente (compresi farmaci da banco, omeopatici, integratori, eccetera) e delle altre informazioni (alimentazione, abitudine al fumo, assunzione di alcol, eccetera) utili a confrontare e armonizzare le nuove prescrizioni
- la promozione di una cultura sanitaria più consapevole, in cui l'*équipe* medica svolge un ruolo proattivo di supporto al paziente nel processo di autocura, al fine di produrre benefici in termini di sicurezza, aderenza e persistenza alle terapie.

L'elemento più critico per la persona in trattamento con più farmaci nelle transizioni di cura è rappresentato dalla frammentazione dei percorsi assistenziali, derivante in primo luogo dall'assenza di strumenti condivisi e di figure di riferimento per la riconciliazione terapeutica. Inoltre, la limitata integrazione dei sistemi informativi può causare la perdita di informazioni, precludendo una visione completa e aggiornata della terapia farmacologica del singolo paziente. Ne discende inevitabilmente un aumento del rischio di prescrizioni potenzialmente inappropriate, in termini di durata o di dosaggio, di assunzioni di farmaci non necessari, di prescrizioni duplicate o di omissioni (medicinali assunti dal paziente di cui non vi è traccia nella cartella clinica). In questo scenario, può aumentare sensibilmente il rischio di eventi avversi da farmaco, di errori terapeutici e di interazioni farmacologiche, che possono a volte portare a un nuovo ricovero in ospedale.

Dalla letteratura

Le prove disponibili in letteratura scientifica convergono su alcuni punti chiave: l'importanza della riconciliazione terapeutica, il ruolo del gruppo multidisciplinare e l'efficacia di modelli organizzativi, integrati e tecnologici, centrati sul paziente.

Nel 2021 diverse società scientifiche italiane hanno pubblicato congiuntamente una linea guida per la gestione della multimorbilità e della polifarmacoterapia. Il documento, in linea con la Raccomandazione Ministeriale n. 17, sottolinea l'importanza di un approccio personalizzato e centrato sul paziente e raccomanda l'adozione di strumenti come la revisione periodica della terapia, la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e la condivisione del percorso terapeutico tra i diversi livelli assistenziali (*si veda a riguardo anche il Minidossier N. 1 ["Revisione della terapia farmacologica e deprescrizione nel paziente anziano"](#)*).^{7,8}

A livello internazionale molti studi hanno sottolineato la centralità del farmacista nei processi di ricognizione e riconciliazione terapeutica, fondamentale per ridurre sensibilmente le discrepanze non intenzionali e l'importanza di eseguire queste procedure a ogni transizione di cura.⁹

Riguardo al rapido ingresso delle innovazioni tecnologiche in sanità, recentemente è stato analizzato l'uso di interventi di transizione assistenziale, ossia interventi clinici e relazionali che prevedono il coinvolgimento diretto di operatori sanitari (educazione sanitaria e formazione digitale al paziente o al *caregiver*, *follow-up* da remoto) e della tecnologia dell'informazione sanitaria (l'insieme degli strumenti digitali a supporto del processo come *applicazioni*, *software*, dispositivi per il monitoraggio clinico da remoto). Gli interventi più efficaci per migliorare la transizione di cura dall'ospedale al domicilio sono risultati quelli personalizzati, integrati nel percorso assistenziale e con il coinvolgimento attivo del paziente, specie nelle fasi immediatamente successive alla transizione di cura.¹⁰

Tra le prospettive future di impiego, è doveroso menzionare l'integrazione dei sistemi informatici sanitari con programmi di intelligenza artificiale, la quale potrebbe consentire una più rapida identificazione dei pazienti a rischio di discrepanze non intenzionali o eventi avversi da farmaco, oppure contribuire, senza sostituirsi alla relazione diretta medico-paziente, a costruire profili terapeutici personalizzati, tenendo conto delle malattie presenti, della genetica, dell'aderenza alla terapia e proponendo strategie di deprescrizione mirate.¹¹

Altre soluzioni promettenti sono i servizi di telefarmacia e telemedicina, grazie ai quali è stata riportata una riduzione del numero di nuovi ricoveri e un miglioramento dell'aderenza alla terapia nel monitoraggio dopo la dimissione.

Ricadute pratiche

Considerato l'impatto della polifarmacoterapia sulla salute dei pazienti, le istituzioni sanitarie nazionali e internazionali hanno dedicato una crescente attenzione al tema: l'OMS ha varato l'iniziativa *Medication Without Harm*, riconoscendo la necessità di agire in quest'ambito e ponendo l'obiettivo concreto di ridurre del 50% in 5 anni la morbidità e la mortalità associate all'impiego scorretto dei farmaci.¹²

In ogni ambito assistenziale il rischio di osservare danni correlati all'uso dei farmaci incrementa all'aumentare del numero di farmaci che vengono assunti quotidianamente. Gli eventi avversi da farmaco possono aumentare come conseguenza di errori e discrepanze terapeutiche non

intenzionali commessi nelle transizioni di cura e a loro volta possono contribuire o rendere necessaria una nuova transizione di cura, come per esempio un nuovo ricovero in ospedale.⁶

Per raggiungere l'obiettivo è indispensabile istruire la persona a un utilizzo più consapevole dei medicinali, coinvolgendola attivamente nella gestione della propria salute. Per il cittadino il progresso tecnologico contribuisce, con applicazioni digitali e telemedicina, a migliorare aspetti come l'aderenza terapeutica e ad abbattere le barriere geografiche nell'accessibilità alle cure. L'adozione delle nuove tecnologie implica, però, che il paziente o il *caregiver* abbiano accesso e familiarità con i dispositivi digitali (*smartphone* o *tablet*). Nelle transizioni di cura, specie quelle che prevedono una terapia domiciliare, è importante valutare l'accessibilità del paziente a strumenti digitali o a una connessione stabile a Internet al domicilio oltre a fornire un supporto adeguato allo sviluppo delle competenze digitali.

I processi strutturati trovano applicazione in diversi contesti assistenziali e in molti sono già una realtà. Per esempio, in ambito oncologico è possibile supportare la transizione da trattamenti attivi in ospedale a una sorveglianza domiciliare o a cure palliative, considerando il tipo di tumore, lo stadio e la presenza di altre malattie. Oppure nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare ricoverati per una malattia coronarica o per uno scompenso cardiaco può essere misurata sistematicamente l'aderenza alla terapia mediante sessioni di teleassistenza o con il ricorso ad applicazioni dedicate in grado di ricordare attivamente all'assistito il momento della somministrazione dei farmaci.

Tra i vantaggi attesi dall'applicazione di percorsi strutturati e integrati vi sono:

- una maggiore continuità delle cure, specie al di fuori delle strutture ospedaliere, con il conseguente miglioramento nella gestione delle malattie croniche
- la personalizzazione degli interventi, adattati alle esigenze di ogni paziente e alle sue malattie
- il miglioramento dell'accesso alle cure specialistiche, in quanto i percorsi di telemedicina rendono i servizi disponibili anche per i residenti in aree remote
- la crescente consapevolezza del paziente che, attraverso un coinvolgimento diretto, può migliorare l'efficacia degli interventi e l'aderenza alle terapie
- una maggiore efficienza complessiva del sistema, reso più sostenibile ed efficiente attraverso la riduzione degli spostamenti, delle giornate di degenza e delle visite non necessarie.





In sintesi, l'adozione di percorsi integrati, multiprofessionali e multidisciplinari, specie se supportati dalle nuove tecnologie, può contribuire sensibilmente a elevare la qualità e l'efficienza delle transizioni di cura nei malati cronici ad alta complessità, riducendo il rischio di

errori nella terapia e il rischio di eventi avversi da farmaco.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Raccomandazioni per la riconciliazione farmacologica, 2014. <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/raccomandazione-n-17-riconciliazione-della-terapia-farmacologica> ○○○
2. Eurostat. Population structure and ageing, 2025. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population structure and ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing) ○○○
3. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto OsMed 2023 – <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2023> ○○○
4. Jencks S, Williams M, et al. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. N Engl J Med 2009; DOI:10.1056/NEJMsa0803563. ●○○
5. Coleman E, Smith J, et al. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. Arch Intern Med 2005; DOI:10.1001/archinte.165.16.1842. ○○○
6. WHO. Medication without harm: medication safety in transition of care - Technical report 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9> ○○○
7. SNLG-ISS – Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità. Linea guida intersocietaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia, 2021 (Aggiornamento Novembre 2024). https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2022/02/LG-314-SIGG_multimorbilita-e-polifarmacoterapia_DEF_SITO.pdf ○○○
8. InFarmaco – Progetto COSIsiFA. Minidossier n.1 “Revisione della terapia farmacologica e deprescrizione nel paziente anziano”, Aprile 2025. https://infarmaco.it/wp-content/uploads/2025/05/minidossier_revisione-deprescribing_ref_dir2_impaginato.pdf ○○○
9. Marinović I, Bačić Vrca V, et al. Impact of an integrated medication reconciliation model led by a hospital clinical pharmacist on the reduction of post-discharge unintentional discrepancies. J Clin Pharm Ther 2021; DOI:10.1111/jcpt.13431. ○○○
10. Abraham J, Meng A, et al. Effect of health information technology (HIT)-based discharge transition interventions on patient readmissions and emergency room visits: a systematic review. J Am Med Inform Assoc 2022; DOI:10.1093/jamia/ocac013. ●○○
11. Al Meslamani A. Management of polypharmacy through deprescribing in older patients: a review of the role of AI tools. Expert Rev Clin Pharmacol 2025; DOI:10.1080/17512433.2025.2519648. ○○○
12. WHO. Medication without harm: WHO global patient safety challenge, 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6> ●○○

Legenda

-  assenza di conflitti di interesse
-  presenza di lievi conflitti di interesse
-  presenza di conflitti d'interesse dichiarati e/o fondi da aziende farmaceutiche
-  presenza di importanti conflitti d'interesse (per esempio firmatari dell'articolo dipendenti di aziende farmaceutiche)
- ND conflitti non dichiarati