

Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica (RRF) nel paziente con Malattia Renale Avanzata: un'esperienza innovativa di collaborazione tra lo staff nefrologico ed il farmacista clinico



A.O. Ordine Mauriziano di Torino



S. Masucci*, G. Soragna*, E. Cerutti*, M. Riba**, M. Azzolina*, C. Vitale*, A. Gasco*
*Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano, **Università degli Studi di Torino

Introduzione

La maggior parte dei pazienti con malattia renale avanzata è da considerare *fragile*, o perché affetta da altre comorbidità, oltre quella nefrologica, o perché spesso trattasi di pazienti anziani. In questa popolazione il fenomeno della *polypharmacy* è molto frequente ed impatta notevolmente sia sulla compliance del paziente alle terapie sia sulla spesa farmaceutica sostenuta dal SSN. Secondo la Racc.Min.n.17, la RRF è uno strumento efficace per prevenire fenomeni di *miss/over/under prescribing* molto frequenti in terapie con *pill burden* elevato. La D.D. 235/11 individua nel farmacista l'interlocutore ideale per supportare il clinico nel promuovere l'appropriatezza delle terapie nei *momenti di transizione di cura*, trasformando la *polypharmacy* da problematica ad appropriata.



Obiettivo

Misurare l'impatto della RRF, condotta multi-disciplinarmente nei pazienti affetti da malattia renale avanzata, sull'appropriatezza delle terapie in termini di riduzione quali-quantitativa delle *discrepanze non intenzionali* e dei costi associati.

Materiali & Metodi

FASE I: individuazione del pool di pazienti su cui sperimentare il modello.

FASE II: scelta ed implementazione a livello locale dello strumento ICT più appropriato.

FASE III: ricognizione delle terapie farmacologiche: -rilevazione di anomalie prescrittive: *miss/over/under prescribing, drug interaction (DI)*;

-analisi attraverso indicatori di appropriatezza (START/STOPP, *Beers criteria*).

FASE IV: riconciliazione farmacologica farmacista-clinico.

FASE V: rilevazione dell'impatto delle terapie riconciliate in termini di: compliance e riduzione dei costi associati al I ciclo.

FASE	Clinico	Infermiere	Farmacista
I	R		
II	R		R
III			R
IV		R	R
V	R	R	R

Responsabile =R

Tabella di responsabilità

Conclusioni

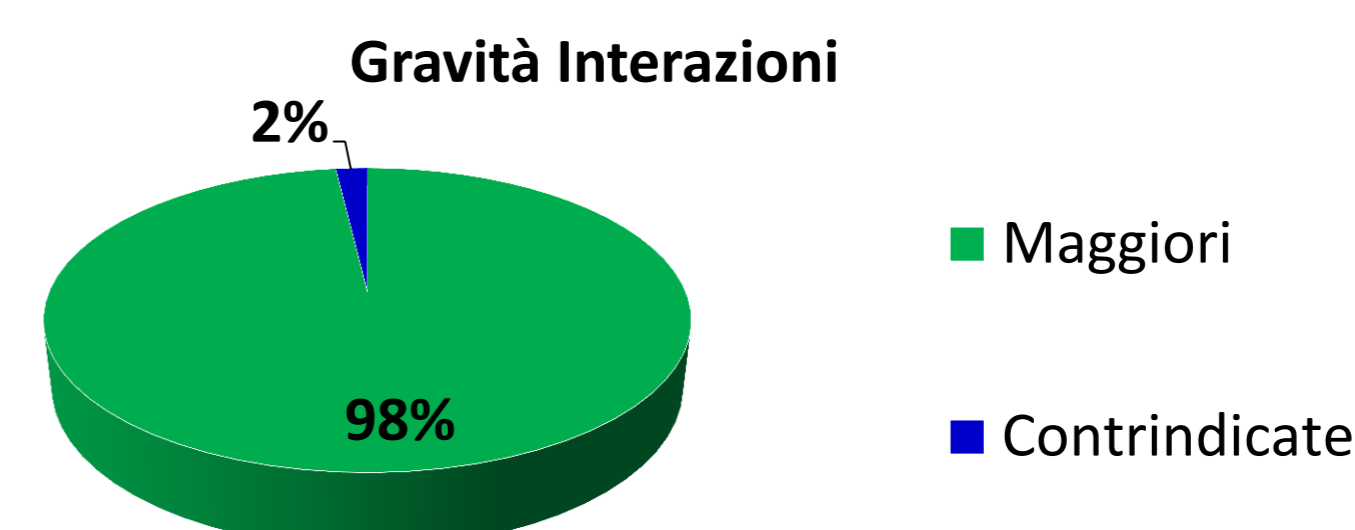
Il progetto dimostra che la RRF è la metodologia più indicata per correggere gli errori di prescrizione, migliorare la compliance dei pazienti ed implementare un modello più efficace di governo della spesa farmaceutica. Tecnologia e multidisciplinarietà sono le parole che riassumono l'innovatività del modello proposto, nell'ambito del quale una nuova figura, il farmacista clinico, integra l'equipe medica ed infermieristica portando il suo contributo in termini di conoscenze farmacologiche, farmacocinetiche e farmacoeconomiche e stimola la valutazione critica delle scelte terapeutiche adottate e dei dati elaborati attraverso l'uso di un appropriato strumento ICT.

Risultati

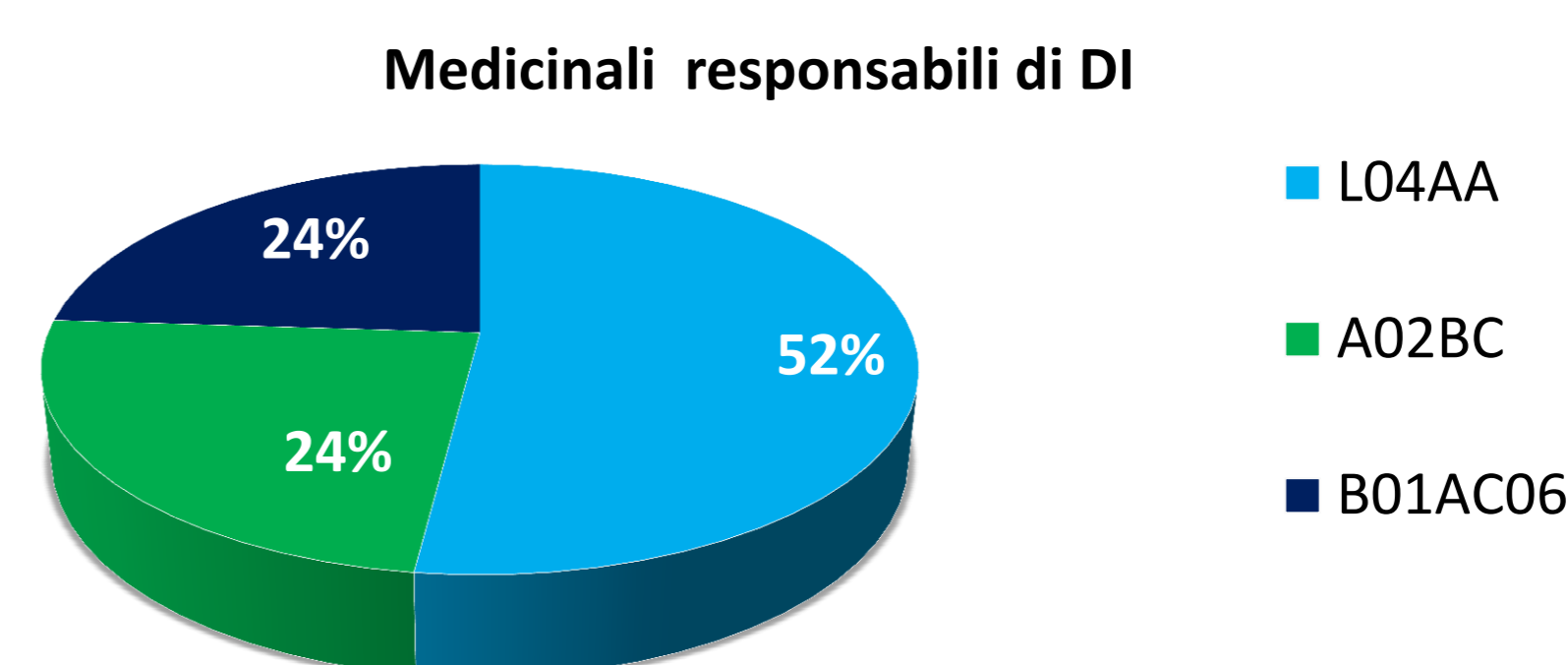
Pool selezionato: 92 pazienti afferenti all' Ambulatorio Post Trapianto .

Strumento ICT individuato: piattaforma di *knowledge Suite NavFarma®*.

Attraverso la ricognizione sono state riscontrate 265 DI.



I medicinali individuati come maggiormente responsabili di DI sono per il 52% immunosoppressivi (L04AA), per il 24% Inibitori della Pompa Protonica (A02BC) e per il 24% l'acido acetilsalicilico a basso dosaggio (B01AC06)



Dall'analisi delle terapie è emerso che il 3,75% dei farmaci prescritti poteva essere considerato inappropriato.

L'intervento di RRF ha permesso una riduzione del costo per singolo ciclo di terapia del a carico 4% del SSN e del 37% a carico del paziente.

