

MEDICATION REVIEW E DEPRESCRIBING: L'ESPERIENZA DEL FARMACISTA CLINICO PRESSO U.O. LUNGODEGENZA GERIATRICA DI RAVENNA (AUSL ROMAGNA)

AUTORI

G. Montanari (1), C. Scolamacchia (1), C. Biagiotti (1), C. Consalvo (1), S. Stradaoli (2), M. Domenicali (2), M.C. Silvani (1), F.Pieraccini (1)

AFFILIAZIONI

(1) Dipartimento farmaceutico AUSL Romagna, (2) U.O. Lungodegenza Geriatrica Ravenna

INTRODUZIONE

La medication review è una valutazione strutturata e critica di tutti i farmaci assunti dal paziente al fine di ottimizzarne l'impiego, minimizzare i problemi collegati al loro utilizzo e ridurre gli sprechi in termini di spesa sanitaria. Il progetto di medication review avviato presso il reparto di Lungodegenza Geriatrica dell'Ospedale di Ravenna è inserito nell'ambito aziendale di sicurezza delle cure (Raccomandazioni n 7, 12, 17, 18 e 19) e "tailoring" terapeutico, così come anche descritto nel Documento intersocietario Medication Review e Deprescribing.

OBIETTIVO

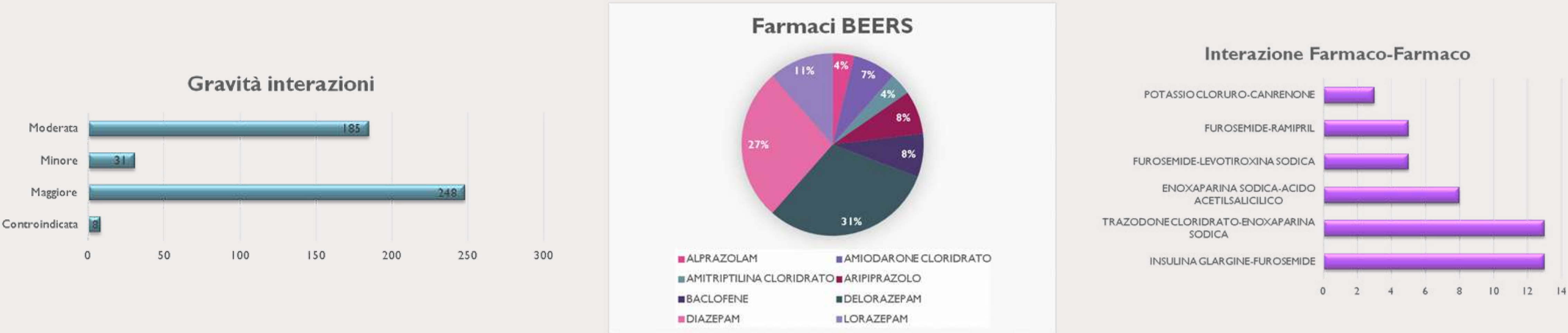
Il progetto descrive l'esperienza del farmacista clinico nel processo di revisione delle terapie con l'intento di ottimizzare il percorso di cura attraverso un approccio multidisciplinare.

MATERIALI E METODI

Il Farmacista visita il reparto di Lungodegenza due volte a settimana per raccogliere informazioni sulla terapia e l'anamnesi patologica dei pazienti. I dati vengono inseriti nell'applicativo NAVFARMA che consente di monitorare i farmaci assunti e segnalare quelli inappropriati, le interazioni gravi e le controindicazioni. Il progetto prevede tre fasi: 1) il farmacista verifica e inserisce i dati della terapia (ricognizione), segnalando al medico eventuali discrepanze; 2) il medico effettua la riconciliazione della terapia, incluso il "deprescribing", laddove possibile; 3) la terapia riconciliata viene poi riportata in un diario consegnato al paziente/caregiver, con attività di counseling

RISULTATI

Il progetto è iniziato in data 20 Novembre 2023 e al 31 Agosto 2024 sono disponibili i seguenti dati: pazienti inseriti su NAVFARMA (N=94) di cui con riconciliazione completa: 38 (40%). Sono risultati missing (decessi e pazienti persi al momento della dimissione/trasferimento presso altre strutture): 56 pazienti (60%). Dei 38 pazienti riconciliati, 28 presentavano interazioni maggiori/controindicate tra farmaci (70%), in 5 è stato effettuato il deprescribing (cetirizina e delorazepam-BEERS) e 1 reintroduzione di farmaco come da terapia domiciliare. Le interazioni più frequenti riscontrate sono state: insulina/diuretici e/o betabloccanti, paracetamolo/IPP, enoxaparina/trazodone, enoxaparina/ASA.



DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'esperienza del farmacista clinico in reparto ha evidenziato sia criticit  che potenzialit . Alle criticit  iniziali riscontrate (informatizzazione assente, elevato turn over di personale medico, frequenza bisettimale del farmacista) sono seguite azioni di miglioramento: informatizzazione della terapia, comunicazione con il personale infermieristico/medico anche da remoto sui casi in analisi e aggiornamento dell'applicativo NAVFARMA che consente di editare un diario di terapia al momento della dimissione. La presenza del farmacista clinico   diventata un punto di riferimento per l'ottimizzazione della terapia del paziente nel suo percorso di cura e della scelta appropriata dei farmaci anche sulla base delle valutazioni costo/opportunit .