

## **Introduzione**

Durante la pandemia Covid-19, la U.O.C. Farmacia Territoriale ha individuato un gap nel monitoraggio intensivo su sicurezza e efficacia delle terapie domiciliari Covid-19 "off-label", risolto coinvolgendo i Farmacisti Servizio Farmaceutico Territoriale, il MMG e caposala Casa di Riposo del primo "Cluster-Covid-19 nella nostra ASL, ed implementando la Raccomandazione Ministeriale 17 Dicembre 2014, attraverso la Ricognizione/Riconciliazione farmacologica.

## **Esperienza sul campo**

Il primo Cluster-Covid19, con positività accertata con tampone nasofaringeo dal 12/04/20 al 21/05/20 (data di negativizzazione) era composto: 32 pazienti di età tra 70-101 anni, 10 sesso maschile e 22 femminile, multipatologici e in polifarmacia, deficit pregressi riacutizzati da SARS-CoV2. Di questi, 15 pazienti con sintomi lievi (febbre inferiore 37,5, sintomi da raffreddamento a meno 4gg dal primo tampone, e 17 pazienti con sintomi lievi (febbre inferiore 37,5, sintomi da raffreddamento a più 4gg dal primo tampone.

I Farmacisti Territoriali Asl hanno richiesto la corretta compilazione delle schede Ricognizione/Riconciliazione al MMG e alla Caposala della struttura, per evidenziare:

- interazioni farmacologiche prevedibili/prevenibili tra terapie abituali e Covid-19, essendo il numero dei farmaci utilizzati dai pazienti della Casa di Riposo. Mediamente era pari a 6;
- dati su efficacia/sicurezza delle terapie "off-label" Covid-19.

Utilizzando banche-dati che sfruttano algoritmi Naranjo/DIPS-DrugInteraction-Probably-Scale, si è stimato: probabilità/grado degli effetti collaterali tra farmaci abituali e Covid-19 "off-label", secondo metodologia basata su buona conoscenza proprietà farmacologiche e farmacocinetiche, con ulteriore evidenziazione della distinzione tra: farmaco "oggetto e scatenante".

Con questa metodologia, i pazienti sono stati suddivisi in 2 fasce, in base a rapporto Rischio/Beneficio Alto/Basso.

Nella I fascia sono stati inclusi 15 pazienti: rapporto Rischio/Beneficio basso, candidati a trattamento mirato a contenere crescita virale: idrossicloroquina 200mg/2 volte/die (I fase e II iniziale-IIA). All'idrossicloroquina, in 10 pazienti con conseguente stato febbrile, si è associata antibiotico-terapia: azitromicina 500mg 1/die per 6 giorni e enoxaparina per 10gg.

La II fascia di n.17 pazienti, con rapporto rischio/beneficio alto, per cui secondo le indicazioni di Aifa veniva sconsigliata l'associazione con idrossicloroquina, è stata invece sottoposta alla terapia che includeva azitromicina 500mg 1/die per 6 giorni e enoxaparina 1/die per 10gg., utile nella seconda fase avanzata (IIB) e terza fase.

Risultati:

Fascia 1: immediatamente fase astenica e confusionale, fino ad allettamento.

Fascia 2: responsività più celere rispetto a fascia con sola idrossicloroquina, stato febbrile scemato dopo 6 giorni, astenia meno marcata, inappetenza, non accompagnata da nausea. Fondamentale in entrambi uso enoxaparina, contenendo l'iperinfiammazione, bloccando cascata citochimica, associata all'uso di azitromicina. Nel Cluster non ci sono stati deceduti per Covid-19.

## **Conclusioni**

Le interazioni farmacologiche sono un problema clinico, da cui dipende 20-30% delle ADR.

La figura del Farmacista Ospedaliero/Territoriale, che è l'unico in grado di incrociare i dati dell'appropriatezza prescrittiva delle richieste delle strutture territoriali agli ospedali e i dati dell'appropriatezza prescrittiva della Farmaceutica Convenzionata, risulta risolutiva in tutti i setting assistenziali/cura di gestione ordinaria e delle situazioni emergenziali, come la pandemia Covid-19, ruolo riconosciuto alla nostra categoria anche dalla WHO.

In Italia esiste un grave gap strutturale, evidenziato dalla pandemia, che va risolto con implementazione immediata della Raccomandazione 17, riconoscendo al Farmacista Ospedaliero/Territoriale le competenze tecnico-specifiche in materia.

Sarebbe necessario dedicare un numero sempre maggiore di "Farmacisti Riconciliatori" SSN, a partire dalla fasi di ammissione in ospedale, alla fase di permanenza in ospedale, alla fase di dimissione e continuità terapeutica ospedale-territorio.

La Raccomandazione ministeriale 17 deve essere implementata in tutti i setting di cura e di continuità assistenziale tra ospedale e territorio, in particolare, come dimostrato anche dall'esperienza sul campo, nelle RSA, nelle Case di Riposo, nelle Case Circondariali e Istituti Penitenziari.

## **Autori**

arciello stefania 1\*, ubertazzo loredana 1\*, salzano sara 2\*, cecchi marco 1\*, mennini elena 1\*, alicino valentina 1\*, quintavalle giuseppe 3\*

1\*UOC Farmacia Territoriale Asl Roma 4-Civitavecchia; 2\* Specializzanda Farmacia Ospedaliera Università La Sapienza- Roma; 3\* Direttore Generale Asl Roma 4-Civitavecchia