

## ANTIBIOTICI AD ALTO COSTO: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA SCHEDA DI RICHIESTA MOTIVATA

A. Cattaneo<sup>1</sup>, G.M.Schifino<sup>1</sup>, A. Waigwa<sup>1</sup>, M.M. Dragonetti<sup>2</sup>, A.D'Acquisto<sup>3</sup>, G.Gallo<sup>4</sup>, L.Carpinelli<sup>3</sup>, M.T.Cuppone<sup>5</sup>

1Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia;

2Farmacista Referente, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato;

3Vicedirettore Sanitario, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato;

4Responsabile Sistema Gestione Qualità, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato;

5Direttore Sanitario, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato.

**PAROLE CHIAVE** Antibiotici, Appropriatelyzza, Farmaci

**INTRODUZIONE:** Secondo l'ultimo rapporto AIFA gli antimicrobici generali per uso sistemico hanno rappresentato nel 2017 la terza categoria terapeutica a maggior spesa pubblica. A una sovra-prescrizione inappropriata si è sommato talvolta un impiego improprio di alcuni tipi di antibiotici per patologie. Una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace e all'interno delle sue indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento). Come emerge dalla letteratura è fondamentale individuare strumenti sempre nuovi capaci di guidare i medici verso una prescrizione appropriata degli antibiotici. Alla luce di queste premesse, nel mese di Gennaio 2018, la Farmacia dell'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato ha revisionato e messo a disposizione dei medici, la Scheda di Richiesta Motivata di Antibiotici per singolo paziente (Figura 1), al fine di controllare e ottimizzare la prescrizione di tali farmaci.

**MATERIALI E METODI:** Obiettivo primario di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia della scheda di richiesta motivata degli antibiotici presso l'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato. È stata quindi condotta un'analisi di tipo retrospettivo nella quale sono state prese in esame tutte le Richieste Motivate di Antibiotici pervenute presso la Farmacia della struttura da Gennaio a Luglio 2018.

**RISULTATI:** I farmaci maggiormente prescritti sono stati Meropenem, Levofloxacina, Daptomicina, Linezolid e Teicoplanina (Tabella 1). I Reparti che hanno effettuato maggiore richiesta di antibiotici sono la Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO) 24%, Medicina Interna 18%, Pneumologia 11%. I farmaci sono stati utilizzati per infezioni localizzate principalmente a livello polmonare 39%, ematico 23% e urinario 7%. Dal punto di vista empirico, da indicazioni AIFA, le posologie, le dosi giornaliere e la durata dei trattamenti sono stati indicati correttamente. Da questo si evince che le modifiche apportate alla scheda in oggetto hanno condotto a una prescrizione farmacologica più precisa nell'ottica dell'ottimizzazione dell'uso di tali farmaci.

| Farmaco              | Prescrizioni | Consulenza | Esame Colturale | Reparto         | Sede      | Intervallo Posologia | Posologia Media | Intervallo Durata | Durata Media |
|----------------------|--------------|------------|-----------------|-----------------|-----------|----------------------|-----------------|-------------------|--------------|
| Daptomicina 500 mg   | 11%          | 53%        | 54%             | Cardiochirurgia | Cardiaca  | 250-1000 mg/die      | 522 mg          | 5-28 giorni       | 17 giorni    |
| Levofloxacina 500 mg | 15%          | 18%        | 18%             | Pneumologia     | Polmonare | 375-1000 mg/die      | 723 mg          | 3-15 giorni       | 8 giorni     |
| Linezolid 600 mg     | 8%           | 26%        | 26%             | Pneumologia     | Polmonare | 600-1200 mg/die      | 1160 mg/die     | 5-15 giorni       | 11 giorni    |
| Meropenem 1000 mg    | 47%          | 41%        | 41%             | TIPO            | Polmonare | 1000-6000 mg/die     | 3000 mg/die     | 3-15 giorni       | 9 giorni     |
| Teicoplanina 200 mg  | 5%           | 34%        | 37%             | Medicina        | Ematica   | 100-1600 mg/die      | 580 mg/die      | 3-21 giorni       | 9 giorni     |

**TABELLA 1**

FIGURA 1

**IRCCS POLICLINICO SAN DONATO**  
**RICHIESTA MOTIVATA DI ANTIBIOTICI PER SINGOLO PAZIENTE**  
 Da inviare alla Farmacia

Piano \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_



**FARMACO RICHIESTO**

| Denominazione                                  | Posologia giornaliera | Durata prevista del trattamento | Quantità di flaconi richiesta |
|--|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MEROPENEM 500 mg      |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> MEROPENEM 1000 mg     |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> TIGECICLINA 50 mg     |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> LINEZOLID 600 mg*     |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> DAPDOMICINA 350 mg*   |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> DAPDOMICINA 500 mg*   |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> DALBAVANCINA 500 mg   |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> VORICONAZOLO 200 mg   |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> CASPOFUNGIN 50 mg     |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> CASPOFUNGIN 70 mg     |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> ANIDULAFUNGINA 100 mg |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> LEVOFLOXACINA 500 mg  |                       |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> TEICOPLANINA 200 mg   |                       |                                 |                               |

**Informazioni sulla richiesta:**

Localizzazione dell'infezione \_\_\_\_\_

In attesa di valutazione infettivologica (verranno consegnati MAX 4 gg di terapia)

Consultato: Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Precedente terapia antibiotica \_\_\_\_\_

Altri antibiotici associati \_\_\_\_\_

Antibiogramma allegato  SI  NO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Medico Richiedente:

TIMBRE E FIRMA

Il Farmacista:

TIMBRE E FIRMA

\* NOTA: Allegare copia del modulo M-DS-154 qualora l'antibiotico sia richiesto per "infezioni complicate della cute e dei tessuti molli". Allegare copia del modulo M-DS-154-Depos qualora la Dispensazione sia richiesta per indicazioni complicate della cute e dei tessuti molli (SISTO). Indicare l'indirizzo telefonico del centro medico (RIP) da Segreteria e-mail: [M-DS-154@rsz.it](mailto:M-DS-154@rsz.it)