

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE H-T

AZIENDA OSPEDALIERA CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO: OTTIMIZZAZIONE DELLE CURE PER IL PAZIENTE AFFETTO DA EPATITE C

Rosella Casullo - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, sc farmacia, farmacista
Cinzia Molon - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, sc farmacia, farmacista
Eleonora Castellana - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, sc farmacia, farmacista
Alessia Chiesa - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, sc farmacia, farmacista
Tonia Celeste Paone - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, sc farmacia, farmacista
Agostino Pecoriello - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, sc farmacia, farmacista
Maria Carmen Azzolina - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, direzione sanitaria, dirigente medico
Roberto Arione - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, direzione sanitaria, dirigente medico
Alessia Ciancio - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, Gastroenterologia, ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista
Silvana Stecca - ao città della salute e della scienza P.O. San Giovanni Battista, sc farmacia, farmacista

Introduzione. Il tema dell'umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali, risulta oggi di grande attualità. Obiettivo di tale progetto è quello di integrare, con un percorso multidisciplinare, i bisogni normativi dettati da AIFA e quelli dei pazienti che afferiscono al servizio della Distribuzione Diretta (DD) dei medicinali presso la Farmacia Ospedaliera. La decisione dell'Azienda di attuare questo percorso per i pazienti affetti da epatite C è avvenuta in seguito all'autorizzazione da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte alla prescrizione della triplice terapia (ribavirina, interferone e boceprevir/telaprevir) da parte del centro di gastroepatologia della nostra Azienda.

Materiali e metodi. La realizzazione di tale percorso ha visto la collaborazione tra diverse figure professionali (medico della Direzione Sanitaria, clinico, infermiere, farmacista, personale amministrativo) ed il paziente. La progettazione è avvenuta attraverso la definizione condivisa dei seguenti step: 1) modalità di distribuzione dei medicinali; 2) gestione triplice terapia; 3) meeting clinico-farmacista-paziente; 4) creazione di un data-base; 5) dispensazione/counseling; 6) elaborazione di un questionario.

Risultati. In risposta alla nota AIFA del 4 dicembre del 2012: 1-sono state definite la modalità di distribuzione dei medicinali: i pazienti afferenti al centro ricevono dal servizio DD l'intero trattamento (ribavirina-interferone-boceprevir o telaprevir) mensile; 2- viene gestita la triplice terapia: al fine di ottimizzare la gestione delle scorte, il prescrittore comunica al farmacista il numero e l'identità dei pazienti eleggibili che iniziano il trattamento; Registri AIFA: il farmacista verifica e favorisce la completa aderenza, visto l'importante ruolo che questi rivestono in termini clinici ed economici; 3-vengono programmati i meeting: ad ogni prima prescrizione è previsto un incontro in cui clinico, farmacista, infermiere informano il paziente su tutte le tematiche legate al trattamento; 4-è stato creato un database da parte del farmacista al fine di monitorare l'aderenza alla terapia, gestire le scorte e sviluppare analisi farmaco-economiche; 5- si provvede alla dispensazione/counseling: il farmacista

all'atto della dispensazione garantisce assistenza e consulenza al paziente; 6-è stato elaborato un questionario: il farmacista al fine di ottenere informazioni circa la compliance, safety, qualità della vita e del servizio offerto ha predisposto un questionario che ad ogni dispensazione viene somministrato all'utente. I risultati al momento ottenuti sono in fase di elaborazione.

Conclusioni. Questo progetto stimolando concretamente la collaborazione tra medico-farmacista e paziente favorisce l'attuazione di processi di analisi volti ad incentivare e facilitare la corretta adesione al percorso diagnostico terapeutico definito. Questo si traduce nell'ottimizzazione delle cure offerte.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO: IL PROBLEMA DELLE INTERAZIONI TRA FARMACI NELL'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE SAN LAZZARO DI ALBA

Elena Mittone - ASL CN2, SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, farmacista
Valeria Luino - Università degli Studi di Torino, Dipartimento Farmacologia,
Felice Riella - ASL CN2, SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, Direttore FF
Roberto Fantozzi - Università degli Studi di Torino, Dipartimento Farmacologia, Professore Ordinario

Introduzione. L'anziano ospedalizzato, soggetto "fragile", è una delle categorie più a rischio di sviluppare patologie iatrogene dovute all'interazione tra medicinali. Se da un lato la polypharmacy è giustificata dall'esistenza di comorbidità, dall'altro può comportare un problema poiché passando dall'utilizzo di un singolo farmaco a cinque, la probabilità di incorrere in interazioni tra di essi sale da 1 a 10. Da qui la necessità di monitorare l'appropriatezza prescrittiva da parte del farmacista ospedaliero, nei confronti di questi pazienti. Il progetto nasce con l'obiettivo di valutare, attraverso un'analisi retrospettiva condotta nell'ambito della distribuzione del primo ciclo di terapia dopo dimissione, l'incidenza della politerapia nel paziente anziano e come questa sia correlata all'insorgenza di potenziali interazioni farmacologiche.

Materiali e metodi. Tramite il progetto svolto si è cercato di stabilire misure correttive per migliorare la prescrizione dei principi attivi maggiormente responsabili delle interazioni. L'analisi è stata condotta selezionando un campione di pazienti dimessi dai reparti di cardiologia, medicina d'urgenza, medicina generale e lungodegenza (reparti con un elevato numero di utenti anziani e politrattati), aventi in scheda di dimissione un numero di principi attivi prescritti ≥ 5 e un'età ≥ 65 anni. Di questi 586 pazienti idonei per lo studio sono stati analizzati i principi attivi prescritti tramite il software "Interazioni tra farmaci-Selecta Medica" e successivamente si sono approfondite le interazioni aventi maggiore rilevanza clinica per l'ospedale al fine di valutarle ed eventualmente correggerle, comunicando il risultato di quanto ottenuto ai reparti interessati.

Risultati. Dall'analisi condotta è stato riscontrato che l'80,83% dei pazienti provenienti dai reparti analizzati sono politrattati e dunque incorrono in un maggior rischio di interazioni. Considerando tra questi gli utenti anziani si vede che il 78,50% potrebbe andare incontro a reazioni avverse o a insuccessi terapeutici proprio a causa delle potenziali interazioni; sono state rilevate infatti, complessivamente 1606

potenziali interazioni di cui 191 di rilevanza clinica maggiore. Di queste è stato condotto un approfondimento effettuato con la realizzazione di schede informative per il reparto su 6 interazioni.

Conclusioni. In conclusione, avendo condotto uno studio di tipo retrospettivo, il dato ottenuto non è indice di interazioni effettivamente verificatesi, ma ha fornito un valido supporto per contestualizzare e quantificare il fenomeno e individuare misure correttive. Con il progetto si è inoltre dimostrato come il farmacista ospedaliero possa esplicare, un ruolo centrale di collaborazione sinergica con le altre figure professionali, per migliorare la continuità assistenziale ospedale-territorio e rendere l'uso del farmaco più sicuro e corretto.

POTENZIAMENTO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA: MAGGIORE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RIDUZIONE DEI COSTI

Leonardo Gianluca Lacerenza - ASL 9 Grosseto, Farmacia Ospedaliera, Dirigente Farmacista
Tommaso Biondi - ASL 9 Grosseto, Farmacia Ospedaliera, Dirigente Farmacista
Alessandra Carretta - ASL 9 Grosseto, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Marco Giannini - ASL 9 Grosseto, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Gaia Lusini - ASL 9 Grosseto, Farmacia Ospedaliera, Dirigente Farmacista
Emilia Falcone - ASL 9 Grosseto, Farmacia Ospedaliera, Dirigente Farmacista
Emanuela Peluso - ASL 9 Grosseto, Politiche del Farmaco, Dirigente Farmacista
Elisa Petrucci - ASL 9 Grosseto, Politiche del Farmaco, Dirigente Farmacista
Daniele Antonelli - ASL 9 Grosseto, Farmacia Ospedaliera, Direttore

Introduzione. L'ASL 9 di Grosseto, recependo una serie di decreti della regione Toscana in merito all'erogazione di farmaci tramite strutture pubbliche, ha emanato la delibera aziendale n 550/2011 che definisce i percorsi di distribuzione diretta. I farmaci distribuiti sono quelli presenti nel prontuario ospedaliero. In particolare modo è estesa la distribuzione dei farmaci di fascia A prescrivibili da medici specialisti in dimissione ospedaliera e per patologie croniche, anche da MMG. L'obiettivo è quello di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre i costi.

Materiali e metodi. Per garantire una distribuzione diretta capillare ed efficiente, nel 2012 sono stati potenziati i punti di distribuzione esistenti e aperti altri in zone carenti, portando complessivamente a sei i Centri Unici Farmaceutici. Precisamente due a Grosseto e uno rispettivamente nei centri di Castel del Piano, Follonica, Massa Marittima ed Orbetello. I MMG e gli specialisti ospedalieri, sono stati maggiormente sensibilizzati all'importanza della distribuzione diretta tramite periodiche riunioni con analisi di dati prescrittivi.

Risultati. Agli inizi del 2013 è stato possibile confrontare i dati di erogazione e di risparmio tra gli anni 2011 e 2012. I dati sono forniti dal Controllo di Gestione dell'ASL 9 di Grosseto. Nel 2012 l'erogazione diretta è incrementata quasi del 10%. La farmaceutica convenzionata ha subito un decremento di circa il 13%. Sommando la spesa complessiva dei beni di natura farmaceutica, derivata dalla distribuzione diretta e dalla farmaceutica convenzionata, l'ASL 9 nel 2012 ha ottenuto un risparmio, rispetto al 2011, di circa - 7% rispetto all'obiettivo regionale atteso.

Conclusioni. Dai risultati ottenuti è evidente che la distribuzione diretta si dimostri una risorsa importante per il SSR. La concomitanza di vari fattori come un miglior controllo dell'appropriatezza prescrittiva da parte del farmacista ospedaliero, la scadenza nel 2012 di molti brevetti di farmaci di fascia A che ha contribuito a ridurre la spesa farmaceutica convenzionata, l'estensione della distribuzione diretta anche a pazienti cronici per i farmaci di fascia A presenti nel prontuario ospedaliero, prescrivibili anche da MMG, ha determinato il conseguimento di risultati eccellenti che sarebbe opportuno estendere su scala nazionale.

PERCORSO DI EROGAZIONE DI GALENICI MAGISTRALI IN FARMACIA TERRITORIALE: ESPERIENZA QUINQUENNALE NELLA ASL DI VARESE

Tiziana Bellia - ASL DI VARESE, UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Francesco Pomarico - Università degli Studi di Milano, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Laura Potenza - Università degli Studi di Milano, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Maurizia Punginelli - ASL DI VARESE, UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA RESPONSABILE
Carmela Nisticò - ASL DI VARESE, FARMACEUTICA TERRITORIALE, BORSISTA
Paolo Crenna - ASL DI VARESE, FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Laura Cangelosi - ASL DI VARESE, FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Patrizio Frattini - ASL DI VARESE, DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Introduzione. La preparazione galenica magistrale consente l'accesso sicuro e personalizzato a terapie farmacologiche non altrimenti disponibili. A partire dall'anno 2008 l'ASL di Varese per assicurare la continuità assistenziale, in particolare modo ai pazienti in età pediatrica e/o affetti da malattia rara, ha messo a punto una procedura, condivisa con le diverse figure professionali coinvolte, per l'allestimento e l'erogazione tramite SSN di preparazioni magistrali coinvolgendo le farmacie al pubblico. L'attività nel tempo si è intensificata sia per numero di pazienti che per tipologia e varietà di preparazioni autorizzate, quindi si è reso necessario predisporre un Prontuario ad hoc come guida per la prescrizione appropriata.

Materiali e metodi. La procedura in uso descrive il percorso assistenziale del paziente e prevede: la compilazione da parte dello Specialista di un piano terapeutico, la verifica dell'appropriatezza da parte del Farmacista dell'ASL e l'autorizzazione alla dispensazione, la redazione della ricetta SSN da parte del Medico Territoriale, l'allestimento e l'erogazione della preparazione magistrale tramite la farmacia al pubblico. Per la predisposizione del Prontuario sono state valutate le prescrizioni galeniche registrate nel periodo 2008-2012 sulla base dell'appropriatezza di indicazione, posologia, formulazione, regime di dispensazione e dell'aderenza ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Regionali per le malattie rare. Col supporto di banche dati si è verificata l'assenza di alternativa terapeutica di origine industriale. Le prescrizioni sono state così ricondotte in tre gruppi: legge 648/96, malattia rara e non dispensabili (alla data della revisione).

Risultati. Sono state registrate 315 prescrizioni galeniche riconducibili principalmente a patologie cardiache (46,18%), metaboliche (19,75%), gastroenteriche (15,61%). I pazienti

coinvolti sono 263, la maggior parte dei quali in età pediatrica: 0-2 anni (41,08%), 3-12 (46,50%), 13-18 (3,18%), > 18 (9,24%). Le formulazioni più prescritte sono: captopril (16,88%), omeprazolo (15,92%), soluzione di Joulie (6,69%). Il Prontuario redatto contiene per ogni preparazione galenica: le indicazioni terapeutiche con relativo codice ICD-9, le posologie nell'adulto e pediatrica, le caratteristiche della formulazione, la prescrivibilità.

Conclusioni. La procedura, applicata e diffusa all'interno della rete assistenziale, assieme al Prontuario consentono di operare nel rispetto della normativa sia a garanzia della sicurezza del paziente sia a tutela dell'attività di ciascun professionista coinvolto. Inoltre il Prontuario diventa strumento di revisione sistematica e di immediata consultazione nella pratica quotidiana. È in previsione la predisposizione di un Formulario condiviso con i farmacisti preparatori al fine di standardizzare il processo di allestimento delle preparazioni magistrali nel territorio dell'ASL.

TRATTAMENTO DELL'EPATITE C: INDAGINE PILOTA CONOSCITIVA DELLA DUPLICE TERAPIA A SUPPORTO DELLA IMPLEMENTAZIONE DI TERAPIE INNOVATIVE

Brunella Piro - ASP Cosenza, Farmaceutico, Farmacista responsabile Farmacovigilanza
Olga Chiappetta - ASP Cosenza, Farmaceutico, Specializzando Farmacologia
Giuseppe De Marco - AO Cosenza, Farmacia, Farmacista
Monica Zagarese - ASP Cosenza, Farmaceutico, Farmacista
Filippo Urso - AO Cosenza, Farmacia, Farmacista
Marilù Vulnera - ASP Cosenza, Farmaceutico, Direttore Servizio Farmaceutico

Introduzione. L'80% dei casi di epatite C cronicizza e il 25% progredisce verso la cirrosi epatica, condizione gravata da mortalità o gravi complicanze. Il genotipo 1 è quello più comune e più resistente alla terapia farmacologica. Da dicembre 2012 è autorizzata l'aggiunta di un inibitore della proteasi - Boceprevir o Telaprevir - alla terapia standard, costituita dall'associazione di interferone peghilato ($\alpha 2a$ e $\alpha 2b$) e ribavirina, per i pazienti che rispondano a specifici requisiti. Il nostro obiettivo è fornire un quadro epidemiologico che consenta di individuare nel nostro territorio i pazienti eleggibili alla triplice terapia, nel rispetto dell'appropriatezza delle indicazioni/limitazioni previste e dei dati di safety noti per tali terapie.

Materiali e metodi. E' stata condotta un'analisi retrospettiva delle prescrizioni SSN per i pazienti dell'ex AS n. 4 di Cosenza, con una popolazione di circa 313.500 abitanti, relativa all'utilizzo di Ribavirina e IFN, triennio 2010-2012. I dati relativi ai farmaci sono stati estrapolati dai data base aziendali, l'uno - Ribavirina- in erogazione diretta, l'altro - IFN e pegIFN- erogati in DPC.

Risultati. Nel periodo 114 pazienti sono stati trattati con la duplice terapia (65 nel 2010, 71 nel 2011, 52 nel 2012), 24 sono trattati con IFN alfa 2a o alfa 2b, i rimanenti con PegIFN. Il 74,5% dei pazienti (85) ha effettuato terapie per una durata di 6-12 mesi, mentre l'8,8% (10) effettua terapia per 1-3 mesi. Sul totale dei pazienti nel triennio il 71% (80) è di sesso maschile, il 29% di sesso femminile (34). La stratificazione dei pazienti per età mostra un picco nella fascia dai 40 ai 49 anni (23 - 2010, 26 - 2011, 18 - 2012). In totale sono state erogate 129.107 unità posologiche di Ribavirina, pari ad una spesa di € 149.305,62, e 3.276 confezioni di IFN per una spesa di € 692.027,26. Circa il

7,5% ha manifestato segni di anemia, tanto da dover ricorrere all'uso di eritropoietine.

Conclusioni. Dall'analisi effettuata si evince che esiste una piccola fascia di pazienti per i quali va indagato il reale profilo di rischio/beneficio della terapia, in particolare tra quelli che effettuano trattamenti di durata inferiore ai 6 mesi. Questa analisi costituirà le basi di un progetto pilota di valutazione prospettica dell'impatto della triplice terapia in un'ottica di continuità dei trattamenti tra ospedale e territorio, nel quale il ruolo di counseling e di informazione, oltre che di monitoraggio di sicurezza delle nuove terapie del farmacista, anche rispetto ad una appropriata allocazione delle risorse, risulta fondamentale.

L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN TEMPI DI " SPENDING REVIEW"

Maria Gabriella Demartini - ASLAL, Farmaco, Farmacista Direttore
Federica Ferraris - ASLAL, Farmaco, Farmacista Dirigente
Paola Bertana - ASLAL, Farmaco, Farmacista Dirigente
Carla Pittaluga - ASLAL, Farmaco, Farmacista Dirigente
Valentina Santosuoso - ASLAL, Farmaco, Farmacista Borsista

Introduzione. L'appropriatezza prescrittiva rappresenta un doveroso imperativo da ricercarsi sempre in Sanità, in particolare in un periodo come l'attuale caratterizzato da una notevole crisi economica. In questo scenario è necessario implementare delle procedure che consentano di verificare in tempi rapidi la presenza dei requisiti di appropriatezza e economicità dei trattamenti farmacologici prescritti spesso da centri extraregionali.

Materiali e metodi. In caso di richieste di farmaci con evidenti problemi di appropriatezza o anomalie nel dosaggio o nelle indicazioni, si procede all'attivazione della procedura di valutazione della documentazione clinica fornita dal richiedente da parte della SOC Farmacia. Tale procedura prevede attivazione di contatti con il centro prescrittore per acquisire ulteriori informazioni, con il centro di riferimento regionale se presente, con il Centro di Documentazione Regionale Malattie Rare per acquisire richiesta consulenza e parere per i casi di loro competenza. Predisposizione istruttoria completa per la decisione della CFI aziendale.

Risultati. I casi esaminati dal gennaio 2013 sono 2. Una paziente affetta da Fibrosi Cistica e in attesa di trapianto polmonare presso centro fuori regione dove veniva richiesta terapia con bosentan offlabel ed in assenza di studi clinici a sostegno della richiesta in questa indicazione, per un costo stimato pari a euro 15.000 circa per 6 mesi di terapia. Il secondo caso di paziente adulto con diagnosi di Malattia di Von Willebrandt lieve e in profilassi cronica con Haemate P® al dosaggio di 6000 UI/ settimana, per un costo annuo di euro 175.000 circa.

Conclusioni. La presenza della procedura interna e lo stretto contatto con i centri di riferimento regionali, hanno consentito alla SOC Farmacia di fornire in tempi rapidi alla CFI aziendale una istruttoria completa e dettagliata che ha portato nel primo caso, alla decisione di non intraprendere la terapia con bosentan inviando la paziente al centro extraregionale per una distribuzione diretta a loro carico. Nel caso del paziente emofilico la CFI aziendale ha ridimensionato, con l'accordo del centro prescrittore, la terapia del paziente portandolo a 2000 UI/ settimana con conseguente miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Il risparmio economico per l'azienda è stato di circa euro 130.000 complessivi.

DISTRIBUZIONE PER CONTO NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'ESPERIENZA DELL'AUSL DI RAVENNA

Rossella Lucia Ermelinda Gentile - Ospedale S.Maria delle Croci - AUSL di Ravenna, Farmacia Interna, Farmacista
Cristina Neri - Ospedale S.Maria delle Croci - AUSL di Ravenna, Farmacia Interna, farmacista
Loretta Melandri - Ospedale S.Maria delle Croci - AUSL di Ravenna, Farmacia Interna, Farmacista
Wanda Gianessi - AUSL di Ravenna, Programma Farmaco, Direttore

Introduzione. La Legge 405/2001 (Art.8, lett.a) prevede la possibilità di accordi tra Regioni e rappresentanze sindacali delle farmacie convenzionate per la distribuzione, tramite le farmacie medesime, delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente, con le stesse modalità previste per la distribuzione attraverso le ASL. La Regione Emilia Romagna ha recepito quanto sopra con Del.G.R n.166 del 12.02.2007, PG 180610/2011 del 14/07/2011 e Nota Prot.303970 del 28/12/2012. In linea con gli indirizzi regionali che prevedevano per ciascuna Asl il raggiungimento di un numero minimo di pezzi di molecole del PHT da erogare attraverso il canale della Distribuzione per Conto (DPC), nell'ambito dell'AUSL di Ravenna è stata stipulata una Convenzione fra l'Azienda e le Farmacie Pubbliche e Private per la DPC. L'Accordo Aziendale operativo dal 15 Marzo 2012 prevedeva l'estensione della DPC di farmaci del PHT, previa validazione dei Piani Terapeutici (PT) da parte del farmacista ospedaliero, ove previsto, e l'avvio della DPC per alcuni farmaci extra-PHT. Lo scopo dell'intervento consisteva nel dare piena attuazione ai contenuti dell'accordo Regionale contribuendo al contenimento della spesa farmaceutica aziendale. A circa un anno dall'attuazione dell'accordo locale, sono stati analizzati i dati relativi alla DPC, al fine di verificare l'esito dell'iniziativa intrapresa.

Materiali e metodi. Utilizzando il database WEBDPC è stato esaminato il numero dei pezzi dei medicinali erogati in DPC presso le farmacie territoriali negli anni 2011-2012 e nei primi cinque mesi del 2013. Per il 2012, al fine di monitorare l'andamento della DPC, sono stati analizzati i PT pervenuti presso il servizio di distribuzione diretta (DDF) dei tre presidi ospedalieri, valutando i PT validati in DPC a fronte di quelli spesi in DDF.

Risultati. Dall'analisi effettuata si è constatato che rispetto al 2011, nel 2012 il numero di pezzi di farmaci erogato in DPC e relativi al PHT è aumentato del 120 %. La proiezione per il 2013 prevede un ulteriore incremento stimato del 39%. Nonostante nel corso del 2012 il numero dei PT validati in DPC sia progressivamente aumentato (incremento medio mensile pari a circa il 56%), è emerso che rispetto ai medicinali del PHT, quelli extra-PHT hanno inciso in maniera sostanziale sull'aumento del numero dei pezzi distribuiti in DPC.

Conclusioni. L'ampliamento della DPC, unitamente all'attività di formazione ed informazione costantemente svolta dai farmacisti ospedalieri nei confronti dei colleghi convenzionati ha consentito di raggiungere e superare l'obiettivo fissato dalla Regione per l'anno 2012 sulla DPC, contribuendo alla riduzione della spesa farmaceutica territoriale nei periodi osservati.

IL FARMACISTA COME INTERFACCIA TRA LO SPECIALISTA E IL MMG NELLA GESTIONE

DEL PAZIENTE DIALIZZATO PRESSO L'ASLCN1

Giorgia Pellegrino - Università degli Studi di Torino, Scienza e Tecnologia del Farmaco, Specializzanda in Farmacia Ospedaliera presso l'ASL CN1
Andreina Bramardi - ASL CN1, Farmacia Ospedaliera, Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera
Bianca Bovetti - ASL CN1, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Dirigente
Lucia Bagnasco - ASL CN1, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Dirigente
Carlo Brunetti - ASL CN1, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Dirigente
Sara Fia - Università degli Studi di Torino, Scienza e Tecnologia del Farmaco, Specializzanda in Farmacia Ospedaliera presso l'ASL CN1
Grazia Merlino - ASL CN1, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Dirigente
Silvia Rosano - ASL CN1, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Dirigente
Maria Rita Raimondi - ASL CN1,
Marco Formica - ASL CN1,

Introduzione. Presso il Presidio Ospedaliero di Ceva dell'ASLCN1, si è pensato di migliorare l'assistenza farmaceutica del paziente dializzato mediante la presa in carico da parte del farmacista ospedaliero, che si pone come interfaccia tra l'attività del medico specialista e quella del medico curante, al fine di razionalizzare e semplificare il suo percorso terapeutico, nello spirito della "Continuità Ospedale-Territorio". Attraverso la dispensazione diretta dei farmaci, insieme alle informazioni necessarie per la corretta gestione e compliance alla terapia, si garantisce un solido supporto al paziente e contemporaneamente un risparmio, che si auto-genera mediante la fornitura diretta dei farmaci da parte del Servizio di Farmacia Ospedaliera.

Materiali e metodi. Si è proceduto attraverso l'inserimento dei pazienti dializzati in un database a loro dedicato, la dispensazione ai pazienti della terapia farmacologica e dei consigli correlati, l'interfaccia con il reparto di dialisi che, contestualmente alle visite, fornisce alla farmacia le terapie aggiornate, la comunicazione con i MMG che vengono informati sulle variazioni di terapia e su quanto dispensato ai pazienti, la somministrazione di un questionario di gradimento del progetto a pazienti ed operatori sanitari, il confronto dei costi derivanti dalla distribuzione diretta in farmacia ospedaliera con quelli relativi alla dispensazione in farmacia esterna e la quantificazione del risparmio ottenuto.

Risultati. Nel 2012, dal Servizio di Farmacia Ospedaliera del Presidio Ospedaliero di Ceva dell'ASLCN1, sono stati seguiti 75 pazienti dializzati, ai quali sono state destinate circa 1.300 dispensazioni di terapia. La spesa è stata di circa 78.000€ con un risparmio netto calcolato, rispetto alla fornitura in farmacia esterna della stessa qualità e quantità di farmaci, di circa 30.000€. Parallelamente, dall'analisi del questionario, si è osservato un elevato grado di soddisfazione dei pazienti dialisi, nei confronti del servizio messo a disposizione dalla farmacia interna dell'ospedale, ed anche un incremento dell'aderenza alla terapia da parte degli stessi.

Conclusioni. Il paziente con IRC, costretto per la propria sopravvivenza ad entrare in dialisi, si trova di fronte ad una catastrofe cognitivo-emozionale, che lo coinvolge totalmente, compromettendo numerosi aspetti psico-fisici e socio-lavorativi del proprio vivere. Questo progetto ha permesso di intervenire in funzione di tale aspetto, garantendo al paziente dializzato la certezza di un riferimento importante per la propria assistenza farmaceutica, che si concretizza nella figura del farmacista ospedaliero. Inoltre, in un momento storico in cui l'aspetto economico non può essere precisso,

non va sottovalutato il notevole risparmio che si determina nel fornire a questi pazienti, direttamente in ospedale, le terapie farmacologiche.

ADERENZA ALLA TERAPIA CON INIBITORI DEL TNF ALFA NELL'ASL 2 SAVONESE

Laura Airasca - Ospedale ASL2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Marinella Bedo - Ospedale ASL2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Direttore
Alida Rota - Ospedale ASL2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Simona Genta - Ospedale ASL2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Roberta Mazzocchi - Ospedale ASL2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Gianna Negro - Ospedale ASL2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista

Introduzione. I farmaci anti TNF alfa sono una categoria molto utilizzata nella terapia cronica delle patologie reumatologiche e autoimmuni. L'obiettivo del lavoro è stato quello di individuare l'incidenza delle diverse patologie per la quale si utilizza questa categoria farmacologica nella nostra ASL. Inoltre si è andati a valutare l'aderenza terapeutica, in quanto si tratta di terapie di elevato impatto economico e di patologie altamente invalidanti. I farmaci presi in considerazione sono: Humira® (adalimumab), Enbrel® (etanercept), Simponi® (golimumab), Cimzia® (certolizumab pegol).

Materiali e metodi. La terapia anti TNF alfa viene dispensata dai farmacisti presenti nei punti di distribuzione diretta dell'ASL2 Savonese e successivamente registrata sul File F, che rappresenta un valido mezzo di monitoraggio delle terapie oltre che uno strumento di rendicontazione economica. È stato preso in considerazione il periodo dal 01/01/2012 al 31/08/2012 rapportando il numero di siringhe ritirate con il numero di siringhe necessarie a coprire la terapia per lo stesso periodo, secondo indicazione e posologia indicata in scheda tecnica e/o secondo quanto previsto dal Piano Terapeutico.

Risultati. Analizzando i Piani Terapeutici dei 213 pazienti in terapia con inibitori del TNF alfa si è valutata l'incidenza delle patologie: l'1.4% dei pazienti sono affetti da artrite cronica giovanile, l'8.45% sono affetti da artrite psoriasica, il 53% da artrite reumatoide, l'8% da Morbo di Chron, il 3.75% da psoriasi, il 5.6% da psoriasi artropatica e il 6.1% sono affetti da spondilite anchilosante. Il farmaco maggiormente utilizzato è risultato essere l'Enbrel® che copre il 69% di tutte le terapie (considerando il farmaco in tutti i suoi dosaggi e formulazioni). Il 50% dei pazienti in terapia con Enbrel® ha dimostrato un'aderenza alla terapia inferiore all'80%. Il 22% dei pazienti sono in terapia con Humira® mostrando un'aderenza alla terapia dell'86%. Per quanto riguarda gli altri farmaci della categoria: Cimzia®, utilizzato dal 3% dei pazienti, il 75% di questi presenta un'aderenza inferiore all'80%. Il 6% dei pazienti è in terapia con Simponi®, il 53.8% mostra un'aderenza inferiore all'80%.

Conclusioni. Dalla nostra analisi è emerso che l'aderenza alla terapia nei pazienti in trattamento con anti TNF alfa è piuttosto eterogenea, il monitoraggio risulta pertanto importante per una corretta gestione costo efficacia delle malattie reumatiche ed infiammatorie croniche autoimmuni. È auspicabile, come passo successivo, la collaborazione tra i farmacisti coinvolti nella dispensazione e nel monitoraggio

dell'aderenza e i medici prescrittori, al fine di lavorare sinergicamente per incrementare l'aderenza alle terapie.

IL PIANO TERAPEUTICO COME STRUMENTO DI FARMACOVIGILANZA. ESPERIENZA AUSL FERRARA

Marcello Delfino - AUSL Ferrara, Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, Farmacista
Marcella Barotto - AUSL Ferrara, Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, Farmacista
Angela Benini - AUSL Ferrara, Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, Farmacista Dirigente
Sofia Castellani - AUSL Ferrara, Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, Farmacista dirigente
Gilda Zammillo - AUSL Ferrara, Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, Farmacista Dirigente
Anna Campi - AUSL Ferrara, Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, Direttore U.O.

Introduzione. Il Piano Terapeutico (PT) è un modulo (introdotta nel 1994) compilato dal Medico Specialista di centri autorizzati dalle Regioni (Centri di Riferimento). È uno strumento normativo predisposto, secondo precisi riferimenti prescrittivi nazionali e regionali, per definire gli ambiti di rimborsabilità di alcuni medicinali ed assicurarne appropriatezza d'impiego. La prescrizione viene intestata ad un singolo paziente e contiene: dati personali, nome del MMG che ha in carico il paziente, diagnosi, farmaco prescritto, dosaggio, modalità e tempi di assunzione nonché durata della terapia (massimo di dodici mesi). Si vuole evidenziare il ruolo della Farmacovigilanza all'interno di questo percorso.

Materiali e metodi. I PT vengono inviati dalle farmacie ospedaliere territoriali all'ufficio di Farmacovigilanza per l'archiviazione. La valutazione critica degli elementi contenuti in questi documenti è rilevante per evidenziare eventuali ADR. Le informazioni raccolte sono incrociate con l'archivio delle schede di segnalazione: se il caso non è stato segnalato, viene contattato il medico prescrittore per la compilazione della scheda di segnalazione. Per gli antipsicotici atipici usati nella malattia di Alzheimer e per i farmaci della nota 85 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina) il PT riporta anche il follow-up nel quale si può evidenziare la motivazione della sospensione della terapia.

Risultati. Nell'anno 2012 – primo trimestre 2013, all'ufficio di Farmacovigilanza dell'AUSL di Ferrara sono pervenuti 2077 PT. Di questi, 57 per farmaci con nota 51 (analoghi RH), 26 con nota 74 (infertilità maschile/femminile) e 641 per farmaci con nota 85. 1046 PT erano provenienti da attività di distribuzione diretta territoriale. All'interno dei 641 PT della nota 85, 5 di essi riportavano eventi avversi possibilmente correlati al trattamento. Poiché non risultava nessuna segnalazione di ADR, nonostante l'interruzione della terapia per sospetti eventi avversi, è stato contattato il prescrittore per la segnalazione.

Conclusioni. Dall'esperienza maturata presso l'AUSL di Ferrara, la Farmacovigilanza risulta rappresentare uno strumento di valutazione della sicurezza d'uso di farmaci con Piano Terapeutico. Un ruolo che, soprattutto per i farmaci dedicati alla cura della demenza, assume un'importante valenza di ulteriore analisi del rapporto rischio/beneficio.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLA NOTA 51: IL RUOLO DEL FARMACISTA NELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

Elisa Marletta - ASP di Siracusa, UOC Farmacia Clinica - P.O.
Umberto I, Farmacista Ospedaliera
Daniela Spadaro - ASP di Siracusa, UOC Farmacia Clinica - P.O.
Umberto I, Farmacista Ospedaliera
Debora Sgarlata - ASP di Siracusa, UOC Farmacia Clinica - P.O.
Umberto I, Farmacista Ospedaliera
Sandra Guzzardi - ASP di Siracusa, UOC Farmacia Clinica - P.O.
Umberto I, Farmacista Ospedaliera
Nicoletta Avola - Università Degli Studi di Catania, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Specializzanda
Alessio Valerio - Università Degli Studi di Catania, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Giovanna Cacciaguerra - ASP di Siracusa, UOC Farmacia Clinica - P.O. Umberto I, Farmacista Ospedaliera

Introduzione. Gli analoghi del LHRH sono farmaci di uso consolidato nel trattamento di diverse patologie di rilevante interesse tra cui il carcinoma della prostata e della mammella. La prescrizione a carico del SSN è soggetta alla limitazione della nota AIFA 51 che disciplina i criteri di inclusione in base all'indicazione terapeutica e con specifico riferimento al principio attivo preso in considerazione. Obiettivo principale del lavoro è la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva in terapia e l'estrapolazione di alcuni indicatori utili per approfondire l'indagine farmacoepidemiologica.

Materiali e metodi. Nella provincia di Siracusa l'erogazione dei farmaci inclusi nella nota 51 avviene esclusivamente in forma diretta. L'analisi è stata effettuata esaminando tutti i piani terapeutici pervenuti nel semestre dicembre 2012-maggio 2013 presso la U.O.C. Farmacia Clinica del P.O. Umberto I (ASP di Siracusa). La valutazione ha riguardato la compilazione corretta del P.T. con particolare riguardo alla presenza dell'indicazione della nota 51 e la corrispondenza tra il principio attivo prescritto e le indicazioni terapeutiche previste ai fini della rimborsabilità da parte del SSN. Per ogni paziente è stata creata una cartella informatizzata contenente i dati anagrafici, l'indicazione terapeutica, il principio attivo, il reparto prescrittore, e la durata del P.T. I dati estrapolati sono stati successivamente elaborati in Excel e riportati in grafici e tabelle di confronto.

Risultati. Nel periodo esaminato si sono registrati 81 pazienti (63 uomini e 18 donne) e analizzati 100 P.T., di cui 59 provenienti dal reparto di Urologia, 35 dal reparto di Oncologia e 6 dal reparto di Ginecologia. Le molecole più prescritte sono state la leuprolina acetato (68%) e la triptorelina (22%), probabilmente grazie alla presenza dei due principi attivi in tutte le condizioni di rimborsabilità previste dalla nota AIFA 51. Dei 100 P.T. considerati 25 di essi (pur rientrando nelle indicazioni terapeutiche previste dalle limitazioni AIFA) non riportavano la nota 51; 2 sono risultati inappropriati per indicazione terapeutica; in 5 casi, invece, la diagnosi troppo generica e la mancanza della nota hanno reso necessaria la collaborazione tra il Farmacista Ospedaliero e lo Specialista di Reparto per confermare l'appropriatezza prescrittiva e provvedere così all'erogazione diretta del farmaco.

Conclusioni. L'attenta vigilanza del farmacista e la collaborazione multidisciplinare con gli altri operatori sanitari risulta indispensabile per l'aderenza ai criteri di appropriatezza prescrittiva; trattandosi inoltre di farmaci ad alto costo, il ruolo del farmacista è particolarmente rilevante sia per quel che riguarda l'utilizzo corretto delle risorse

economiche sia per il controllo del rischio clinico correlato ad un uso improprio degli stessi.

RILEVANZA DELL'IMPLEMENTAZIONE DELL' EROGAZIONE DEL PRIMO CICLO DI TERAPIA: ESPERIENZA DELL' A.O.U. POLICLINICO "G. MARTINO" DI MESSINA

Antonino Buscaino - A.O.U. POLICLINICO "G. MARTINO" MESSINA, GESTIONE DEL FARMACO, SPECIALIZZANDO
Harilaos Aliferopulos - A.O.U. POLICLINICO "G. MARTINO" MESSINA, GESTIONE DEL FARMACO, RESPONSABILE U.O.C. FARMACIA
Laura Lazzaro - A.O.U. POLICLINICO "G. MARTINO" MESSINA, GESTIONE DEL FARMACO, DIRIGENTE FARMACISTA
Paola Maria Greca - A.O.U. POLICLINICO "G. MARTINO" MESSINA, GESTIONE DEL FARMACO, SPECIALIZZANDA
Eleonora Mocciano - A.O.U. POLICLINICO "G. MARTINO" MESSINA, GESTIONE DEL FARMACO, SPECIALIZZANDA

Introduzione. La Regione Sicilia ha inserito il primo ciclo di terapia tra le misure di raggiungimento degli obiettivi del "Piano di contenimento e riqualificazione" del SSR 2007-2009 al fine di favorire la razionalizzazione della spesa farmaceutica e, al contempo, garantire la continuità assistenziale. Con D.A. n. 5876 del 30/06/05 è stato istituito il "flusso H" per la registrazione dei dati relativi all'attività di distribuzione diretta di farmaci alla dimissione e con D.C.S. n°312 la UOC di Farmacia dell'AOU Policlinico G.Martino di Messina ha attivato le disposizioni regionali erogando ai pazienti dimessi farmaci di fascia A presenti nel PTO per la copertura di 10 giorni di terapia. Scopo del lavoro è stato monitorare l'andamento delle prescrizioni del primo ciclo di terapia dal 1/01/09 al 31/12/12 al fine di evidenziare l'incremento del numero di prescrizioni, l'andamento delle spese Aziendali e del rispettivo risparmio annuo.

Materiali e metodi. Attraverso database Aziendali (Sicilia Sistemi Tecnologie s.r.l. ed EUSIS) sono stati raccolti, per ogni anno, dati relativi a: numero di ricette, prescrizioni per U.O., categorie di farmaci erogati e la rispettiva spesa Aziendale. Quest'ultima è stata messa a confronto con l'eventuale spesa che il SSR avrebbe dovuto sostenere qualora la dispensazione fosse avvenuta in regime privato, al fine di ricavare il risparmio conseguito.

Risultati. Dall'analisi effettuata si evince un graduale aumento del numero di prescrizioni (215 nel 2009, 4.085 nel 2010, 9.881 nel 2011, 10.022 nel 2012), un incremento della spesa (16.408 € nel 2009, 56.867 € nel 2010, 142.344 € nel 2011, 117.281 € nel 2012) ed un'evidente crescita del risparmio ottenuto (15.300 € nel 2009, 123.020 € nel 2010, 301.600 € nel 2011, 287.200 € nel 2012). Dall'indagine svolta è emerso, inoltre, che ad incidere in maniera più significativa sulla distribuzione diretta sono le prescrizioni dei reparti di: Medicina Interna, Gastroenterologia Pediatrica e Fibrosi Cistica e UTCII, mentre i farmaci più prescritti sono antiaggreganti, EBPM, IPP e antibiotici.

Conclusioni. Dai nostri risultati si evince come l'implementazione dell'erogazione del I ciclo di terapia si sia dimostrata di notevole importanza non solo per garantire una migliore integrazione tra assistenza Ospedaliera e Territoriale ma anche per favorire un maggior risparmio per il SSR, che risulta direttamente proporzionale al progressivo aumento della spesa farmaceutica per il flusso H.

PRIMO CICLO DI TERAPIA PRESSO LA FONDAZIONE ISTITUTO SAN RAFFAELE GIGLIO DI CEFALÙ: ECONOMIE E PROSPETTIVE FUTURE

Donatella Miceli - Fond. Ist. San Raffaele-G.Giglio di Cefalù, Servizio di Farmacia, Farmacista

Rosario Curcio - Fond. Ist. San Raffaele-G.Giglio di Cefalù, Ufficio Controllo di Gestione, Responsabile

Lidia Curreri - Fond. Ist. San Raffaele-G.Giglio di Cefalù, Servizio di Farmacia, Farmacista

Maria Ruscica - Fond. Ist. San Raffaele-G.Giglio di Cefalù, Servizio di Farmacia, Direttore di Farmacia

Introduzione. L'Assessorato Salute della Regione Sicilia, con Decreto del 26 Luglio 2012, ha esteso "l'erogazione del primo ciclo di terapia, già in vigore per il periodo immediatamente successivo alle dimissioni da ricovero ospedaliero, anche al periodo immediatamente successivo alla visita specialistica ambulatoriale", modificando, altresì, la durata del primo ciclo a trenta giorni di terapia, piuttosto che dieci. La Fondazione San Raffaele Giglio ha recepito quanto disposto dall'Assessorato da Gennaio 2013. Obiettivo dell'analisi è stato valutare l'impatto del decreto in termini di incremento dell'attività di dispensazione del primo ciclo e di ulteriore risparmio ottenibile per il SSR, effettuando un confronto tra i dati del primo trimestre 2013 e quelli relativi al 2012.

Materiali e metodi. Per valutare l'incremento di attività di distribuzione del primo ciclo di terapia si è calcolato il numero medio di accessi mensili nel 2012 e lo si è confrontato col numero di accessi registrato nell'ultimo mese analizzato del 2013 (Marzo). Il risparmio ottenuto nel 2012 per il SSR è stato calcolato sottraendo la spesa sostenuta dalla Fondazione per l'acquisto dei farmaci erogati in primo ciclo dal rimborso ipotetico che il SSR avrebbe dovuto corrispondere alle farmacie convenzionate, al netto degli sconti di legge. L'ulteriore risparmio ottenibile nel 2013 è stato calcolato procedendo ad una proiezione su base annuale dei dati rilevati nel primo trimestre 2013.

Risultati. Nel 2012 in media si sono registrati 152 accessi mensili contro i 234 del mese di Marzo 2013, con un aumento del rapporto percentuale tra numero di terapie consegnate alla dimissione sul numero totale di dimessi dal 26% al 41%, mentre il rapporto tra numero di terapie consegnate sul totale delle visite ambulatoriali si è attestato all'8%. La spesa sostenuta dalla Fondazione nel 2012 ammonta a € 22.214. L'eventuale rimborso alle farmacie convenzionate sarebbe stato di € 52.796, con un risparmio per il SSR di € 30.762 (58%). Nel primo trimestre 2013 la spesa per il primo ciclo è stata di € 23.635 con una proiezione su base annuale di € 94.540 e un risparmio stimato per il SSR di € 130.153.

Conclusioni. Il decreto di estensione del primo ciclo di terapia ha costituito un'occasione per ribadire ai medici che l'erogazione dei farmaci in dimissione rappresenta un obbligo per l'ospedale. Questo, unitamente alla consegna della terapia dopo visita ambulatoriale, ha fatto registrare un incremento di attività che si traduce in un ulteriore risparmio per il SSR, confermando che il primo ciclo di terapia rappresenta un efficace strumento per il contenimento della spesa sanitaria.

PRESCRIVERE PPI: SOLO UNA BRUTTA ABITUDINE? L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA ULSS 9 DI TREVISO

Silvia Dotto - Azienda ULSS 9 di Treviso, Servizio di Farmacia Ospedaliera, Farmacista

Elisabetta Ghiotto - Azienda ULSS 9 di Treviso, Servizio di Farmacia Ospedaliera, Farmacista

Maria Cecilia Giron - Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Scienze del Farmaco, Professore universitario

Giuseppe Battistella - Azienda ULSS 9 di Treviso, Servizio di Statistica ed Epidemiologia,

Giovanni Berti - Azienda ULSS 9 di Treviso, Servizio di Farmacia Ospedaliera, Responsabile del Servizio di Farmacia Ospedaliera

Introduzione. Nel 2011-2012, l'Azienda ULSS 9 di Treviso ha sviluppato il progetto "Farmaci a brevetto scaduto", che ha portato alla definizione di linee d'indirizzo sulla prescrizione delle categorie terapeutiche ad elevato impatto economico sul territorio, tra cui gli inibitori di pompa protonica (PPI). Scopo della ricerca è stato determinare l'impatto delle linee d'indirizzo sulle prescrizioni di PPI da parte dei medici ospedalieri all'atto della dimissione.

Materiali e metodi. Le UU.OO. coinvolte (4 di Medicina, Geriatria, Cardiologia, Nefrologia e Neurologia) hanno fornito 60 lettere di dimissione consecutive nel primo semestre 2011 e altre 60 dopo l'attività di divulgazione delle linee d'indirizzo attraverso incontri di UO e audit dei MMG. Rispettando l'anonimato, sono stati raccolti per singolo paziente dati relativi a: età, sesso, anamnesi, durata e decorso del ricovero, indagini strumentali, diagnosi di dimissione e farmaci prescritti (con particolare attenzione ad antiaggreganti piastrinici, anticoagulanti e cortisonici.) Per la definizione di appropriatezza si è fatto riferimento al Riassunto delle Caratteristiche Tecniche e alle note AIFA 1 e 48.

Risultati. Nelle due fasi sono state raccolte complessivamente 949 lettere di dimissione, che nel 66.4% presentavano prescrizione di un PPI. Nella prima fase il 31% delle prescrizioni rientrava nelle indicazioni previste dalla nota 1 o 48, ma solo il 20,2% riportava il dosaggio raccomandato nel RCP. Nella seconda fase le prescrizioni secondo note AIFA sono aumentate (41.3%) e le linee d'indirizzo hanno orientato correttamente la scelta del dosaggio nel 51,2% delle prescrizioni, registrando un miglioramento statisticamente significativo. Le prescrizioni fuori note AIFA riguardavano associazioni di PPI con antiaggreganti piastrinici, cortisonici o anticoagulanti (in assenza delle condizioni previste dalla nota 1).

Conclusioni. L'analisi dei risultati della prima fase ha evidenziato numerose criticità sull'utilizzo di PPI: iperprescrizione (spesso al di fuori delle note AIFA), utilizzo di alti dosaggi, tendenza ad un uso continuativo. Tali atteggiamenti sono probabilmente favoriti dall'efficacia di questa categoria terapeutica a fronte di un buon profilo di sicurezza, anche se è importante non sottovalutare i casi di associazione con clopidogrel per il rischio di gravi effetti collaterali. La divulgazione delle linee d'indirizzo ha portato, nelle lettere di dimissione raccolte nella seconda fase, a: 1) un lieve miglioramento nell'appropriatezza delle indicazioni, mantenendo però la tendenza ad associare PPI con antiaggreganti piastrinici, cortisonici o anticoagulanti senza altri fattori di rischio previsti dalla nota AIFA; 2) un maggior effetto sulla scelta della posologia, registrando la prescrizione di dosaggi più bassi e precise indicazioni sulla durata della terapia, per evitarne la "cronicizzazione".

MONITORAGGIO E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEL DENOSUMAB NELL'OSTEOPOROSI POST MENOPAUSALE

Giuseppa Maria Italiano - ASP PALERMO, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE

Maurizio Giammanco - ASP Palermo, Farmaceutico, Farmacista Dir.

Ilaria Uomo - ASP Palermo, Farmaceutico, farmacista

Maurizio Pastorello - ASP Palermo, Farmaceutico, Direttore Dip. Far.

Introduzione. Il Denosumab è un anticorpo monoclonale umano utilizzato nel trattamento dell'osteoporosi nelle donne in post-menopausa ad aumentato rischio di fratture con dosaggio raccomandato di 60 mg somministrati ogni sei mesi per tre anni. L'Aifa ha classificato il Denosumab in fascia A-ph, con prescrizione sul piano terapeutico per una durata massima di dodici mesi, includendolo nel registro dei farmaci sottoposti a monitoraggio. La commissione regionale per la Salute ha approvato l'inserimento nel PTORS nel marzo 2012 e sino a novembre dello stesso anno l'erogazione è avvenuta per il tramite delle farmacie private convenzionate. Solo nel dicembre 2012 nell'Asp di Palermo è stata attivata per il Denosumab l'erogazione in forma diretta da parte delle UU.OO. Farmaceutiche ricadenti nel territorio dell'ASP, le quali provvedono a trasmettere le schede di monitoraggio all'U.O. di Farmacia Territoriale del Dipartimento Farmaceutico, presso cui in ambito aziendale, sono centralizzati tutti i registri di monitoraggio AIFA.

Materiali e metodi. Al fine di monitorare le prescrizioni di Denosumab nel periodo compreso tra l'inserimento nel PTORS sino ad oggi (marzo 2012 - maggio 2013) sono state acquisite dal centro di lettura ottica, sistema che legge e contabilizza le prescrizioni mediche spedite dalle farmacie private convenzionate, tutte le prescrizioni contenenti la specialità a base di Denosumab e contemporaneamente è stata richiesta alle UU.OO. di medicina di base, copia dei piani già autorizzati, monitorando i follow-up a sei mesi.

Risultati. Dall'analisi delle prescrizioni è emerso che i pazienti in trattamento nei mesi presi in esame sono stati in totale n° centoquarantuno (141), con età media di 79 anni, di cui n° 23 pazienti hanno interrotto il trattamento dopo la prima somministrazione, n° 48 pazienti sono in trattamento da dodici mesi e n° 15 pazienti hanno avuto già accesso alla terza erogazione; n° 55 pazienti, inoltre, non sono oggetto di valutazione poiché risultano immessi in terapia tra gennaio e maggio 2013.

Conclusioni. Il registro di monitoraggio del Denosumab e la sua centralizzazione hanno sicuramente consentito una visione generale sull'andamento prescrittivo della specialità medicinale nell'ASP di Palermo. Dai dati raccolti emerge che n° 23 pazienti hanno interrotto il trattamento dopo la prima somministrazione e poiché non si è registrata alcuna segnalazione di reazione avversa, il Dipartimento Farmaceutico ha informato i relativi prescrittori, al fine di acquisire la motivazione della sospensione della terapia; per tutti gli altri pazienti la terapia prosegue nel rispetto di quanto riportato in scheda tecnica.

PREPARAZIONI GALENICHE PER I PAZIENTI PEDIATRICI IN DIMISSIONE: ESEMPIO DI VALORIZZAZIONE ECONOMICA SUL TRACCIATO F ALL'OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA

Assunta Elia - A.O. Città della Salute e della Scienza - Presidi Ospedale Infantile Regina Margherita e Ostetrico Ginecologico S.Anna di Torino, SSCVD Farmacia Pediatrica, Dirigente Farmacista

Caterina Micari - A.O. Città della Salute e della Scienza - Presidi Ospedale Infantile Regina Margherita e Ostetrico Ginecologico

S.Anna di Torino, SSCVD Farmacia Pediatrica, Dirigente Farmacista

Pierpaolo Gianninoto - A.O. Città della Salute e della Scienza - Presidi Ospedale Infantile Regina Margherita e Ostetrico Ginecologico

S.Anna di Torino, Ingegneria Clinica e Sistemi

Digitali, Amministrativo

Francesca Donato - A.O. Città della Salute e della Scienza - Presidi Ospedale Infantile Regina Margherita e Ostetrico Ginecologico

S.Anna di Torino, SSCVD Farmacia Pediatrica, Farmacista

Angelantonio Alvino - A.O. Città della Salute e della Scienza - Presidi Ospedale Infantile Regina Margherita e Ostetrico Ginecologico

S.Anna di Torino, SSCVD Farmacia Pediatrica, Farmacista

Simona Amisano - A.O. Città della Salute e della Scienza - Presidi Ospedale Infantile Regina Margherita e Ostetrico Ginecologico

S.Anna di Torino, SSCVD Farmacia Pediatrica, Dirigente Farmacista

Mario Marengo - A.O. Città della Salute e della Scienza - Presidi Ospedale Infantile Regina Margherita e Ostetrico Ginecologico

S.Anna di Torino, SSCVD Farmacia Pediatrica, Dirigente Farmacista

Mario Miglietta - A.O. Città della Salute e della Scienza - Presidi Ospedale Infantile Regina Margherita e Ostetrico Ginecologico

S.Anna di Torino, SSCVD Farmacia Pediatrica, Direttore SSCVD Farmacia Pediatrica

Introduzione. La preparazione galenica magistrale ancora oggi risulta essere di fondamentale importanza per la gestione della terapia del paziente pediatrico. La Farmacia dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, tradizionalmente coinvolta nell'allestimento di preparazioni galeniche personalizzate destinate ai pazienti ricoverati, alla fine del 2006 ha iniziato un servizio di erogazione di tali preparazioni anche ai pazienti dimessi dall'ospedale con lo scopo di garantire al piccolo paziente la continuità della cura intrapresa in reparto. Dal momento che i pazienti afferenti al nostro ospedale provengono da tutto il territorio nazionale si è deciso di definire le modalità di tariffazione di tali preparazioni ai fini della compensazione inter/intra regionale (scarico su file F.)

Materiali e metodi. Per la tariffazione abbiamo preso come riferimento la Tariffa Nazionale dei Medicinali. Il prezzo delle materie prime è stato ricavato dall'applicativo aziendale e corrisponde al costo effettivo di acquisto. Stabilito il valore economico è stato necessario creare un codice alfanumerico interno che identificasse in maniera univoca ogni preparazione e ne permettesse l'associazione con la tariffa corrispondente. A causa dell'elevatissima variabilità dei dosaggi richiesti, le preparazioni contenenti principi attivi a basso costo sono state raggruppate in range di dosaggi, mentre le preparazioni contenenti principi attivi molto costosi sono state tariffate e codificate singolarmente. Il servizio di Ingegneria Clinica ha successivamente creato un collegamento tra la nostra codifica e quella ministeriale riconosciuta dall'applicativo di gestione, permettendo lo scarico sul tracciato F.

Risultati. Tramite il nostro programma di gestione dei galenici, è stato possibile effettuare un'analisi delle preparazioni allestite negli anni 2007-2012. Si è osservato un

incremento costante del numero di preparazioni erogate in dimissione passando da 361 preparazioni del 2007 a 686 del 2012. L'ingegneria clinica ci ha fornito i dati riguardanti gli importi ottenuti dall'inserimento su file F per gli anni richiesti e variano da un minimo di 11.000 euro ad un massimo di 21.000 euro. L'andamento della valorizzazione economica non segue strettamente quello del numero di preparazioni in quanto dipende anche dal costo più o meno elevato dei farmaci.

Conclusioni. L'erogazione domiciliare da parte dell'ospedale dei preparati galenici oltre a soddisfare il fabbisogno terapeutico del paziente consente di ottimizzare le risorse e di monitorare l'uso dei farmaci nel bambino. La possibilità di tariffare le preparazioni galeniche e di inserirle nel tracciato F a fini compensativi aggiunge valore all'attività galenica e completa il percorso di continuità ospedale-territorio in pediatria.

FORNITURA SPERIMENTALE DA PARTE DELL'ASL DI BERGAMO DI PRODOTTI ADDENSANTI E ACQUAGELIFICATA PER PAZIENTI AFFETTI DA GRAVE DISFAGIA

Luciana Gandolfi - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA
Claudia Berneri - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA
Valentine Galizzi - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA
Andrea Nisic - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA
Laura Spoldi - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA RESPONSABILE SAF
Marco Gambera - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, DIRETTORE

Introduzione. Nel 2003 il Direttore Generale dell'ASL istituiva il Gruppo di Lavoro per l'ottimizzazione della nutrizione artificiale domiciliare (Gruppo NAD), al fine di omologare le modalità di dimissione ospedaliera dalle diverse strutture di ricovero e cura dei pazienti in nutrizione artificiale e garantire loro la continuità assistenziale ospedale-territorio. Con l'introduzione sul mercato di polvere addensante e acqua gelificata, gli Specialisti in Nutrizione esposero l'importanza di usarli per idratare pazienti affetti da grave disfagia. L'ASL si è impegnata a fornire ai pazienti affetti da grave disfagia tali prodotti, regolarmente iscritti nel Registro Nazionale dei Dietetici per particolari stati morbosi, su prescrizione di Specialisti, riservandosi di valutare, a distanza di tempo, il rapporto costo/beneficio.

Materiali e metodi. Dal 2010 al 2012, i pazienti assistiti per disfagia sono quasi raddoppiati, raggiungendo il numero di 320. Non esiste norma che ponga l'erogazione di tali prodotti a carico del SSN o del SSR, per cui l'ASL li acquista sul proprio bilancio di spesa per beni e servizi. Il progressivo aumento dei pazienti assistiti, pertanto, ha richiesto una ricognizione della procedura con i prescrittori al fine di contenere i consumi a livelli sostenibili. Dal 2010 i pazienti assistiti ed i prodotti erogati aumentano ogni anno di circa il 30%. La spesa è salita da 42.000 euro nel 2010 a 51.000 euro nel 2012 con un aumento circa del 10%, grazie all'aggiudicazione di gare a prezzi più vantaggiosi. Verificato che le bevande gelificate determinano il costo maggiore, si è calcolato che con un barattolo di polvere da 227 grammi si possono ottenere circa 27 confezioni da 125 ml di bevanda consistenza "crema", con grande risparmio economico.

Risultati. Il Servizio Farmaceutico ha condiviso con gli Specialisti che la polvere addensante può supplire la bevanda gelificata aromatizzata e ha concordato di fornire ai nuovi pazienti solo la polvere, di garantire agli assistiti già in carico le bevande gelificate fino a scadenza del piano terapeutico e comunque non oltre il 31 dicembre 2013. In questo modo sarà possibile garantire l'assistenza allo stesso numero di pazienti disfacici con graduale risparmio di risorse, che potrà superare il 50% della spesa storica, a partire dal 2014.

Conclusioni. L'ASL di Bergamo conferma la disponibilità a fornire a proprie spese polvere addensante di liquidi ai pazienti affetti da grave disfagia, consapevoli che questo prodotto dietetico migliora lo stato di idratazione e la qualità di vita dei pazienti.

DISTRIBUZIONE DIRETTA DI FARMACI PER LA DISFUNZIONE ERETTILE

Michele Amadio - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera - Università degli Studi di Torino
Stefania Cardon - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera - Università degli Studi di Torino
Chiara Buffa - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Stefania Strobino - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Carla Alloi - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Ugo Berutti - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Antonella Ghiringhelli - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Antonella Lombardi - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Sabrina Martinengo - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Maurizio Medail - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Simona Osenga - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Annamaria Rosa - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Gabiella Tolu - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico
Grazia Ceravolo - Azienda Sanitaria Locale TO3 - Settore Farmaceutico

Introduzione. Da Ottobre 2007 è attivo, presso la U.O.C Urologia degli Ospedali Riuniti di Rivoli, un Ambulatorio della Riabilitazione post-chirurgica, volto a facilitare il ripristino della funzione sessuale nei pazienti sottoposti ad interventi di prostatectomia radicale. Quando possibile, in pazienti selezionati, questi interventi vengono eseguiti con intento "nerve sparing", cioè con il risparmio dei nervi erigenti; ciononostante, la ripresa della funzionalità, in tali pazienti, richiede alcuni mesi. Durante questo periodo critico, è opportuno che il paziente segua uno schema di riabilitazione, al fine di scongiurare il rischio di una degenerazione fibrotica dei corpi cavernosi, con Alprostadil e con gli inibitori delle PDE5.

Materiali e metodi. E' stata effettuata un'analisi delle prescrizioni e dei farmaci distribuiti. Lo schema adottato dalla U.O.C Urologia è stato il cosiddetto "sequenziale" che prevede una terapia intracavernosa con Alprostadil per 3-4 mesi embricata o seguita dalla terapia cronica con i farmaci orali (inibitori delle PDE5) per altri 3 mesi. Considerato che i farmaci orali necessari alla terapia riabilitativa erano inseriti nella Nota AIFA 75 ma classificati in fascia C, la Farmacia Ospedaliera di Rivoli, in collaborazione con la U.O.C. Urologia, ha deciso di inserirli in un progetto di erogazione in regime di distribuzione diretta con l'obiettivo di aumentare l'aderenza alla terapia attraverso la distribuzione gratuita di

farmaci altrimenti a carico del paziente. Alcune Aziende Farmaceutiche hanno accettato di fornire i farmaci a costo zero (Alprostadil 10mcg, Sildenafil 100mg, Vardenafil 10mg e 20mg) permettendo di non gravare sulla spesa farmaceutica.

Risultati. I pazienti, 65 dal 2010 ad oggi, ritirano i farmaci direttamente presso la Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale di Rivoli presentando un Piano Terapeutico redatto dagli specialisti Urologi. Da un'analisi dei dati di consumo (dal 2010 al primo semestre del 2013) è emerso che sono state dispensate: 1184 compresse (296 confezioni) di Vardenafil 10mg, 1292 compresse (323 confezioni) di Vardenafil 20mg, 2176 compresse (272 confezioni) di Sildenafil 100mg e 68 confezioni di Alprostadil 10mg.

Conclusioni. La terapia riabilitativa con tale supporto farmacologico ha dimostrato di facilitare la ripresa dell'erezione spontanea, attraverso il mantenimento del trofismo dei corpi cavernosi, e di migliorare complessivamente la qualità di vita del paziente sottoposto a chirurgia pelvica. A completamento del progetto si valuterà il dato clinico e si quantificherà l'eventuale miglioramento, in termini di recupero funzionale, derivante dalla somministrazione della terapia.

FORNITURA DI NUTRIZIONE ENTERALE: ATTIVAZIONE DI UNA NUOVA MODALITÀ LOGISTICO - DISTRIBUTIVA PRESSO L'ASL DI BERGAMO

Luciana Gandolfi - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA
Valentine Galizzi - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA
Claudia Berneri - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA
Andrea Nisic - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA
Laura Spoldi - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA RESPONSABILE SAF
Marco Gambera - ASL BERGAMO, SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, DIRETTORE

Introduzione. Nel 2012 il Servizio Farmaceutico dell'Asl di Bergamo ha assistito in Nutrizione Enterale Domiciliare (NED) circa 650 pazienti, erogando i prodotti direttamente o, su richiesta dell'utente, tramite i Distretti. Al fine di offrire un migliore servizio, con orari di apertura più ampi per il ritiro, è stato stipulato un accordo con Federfarma Bergamo per la distribuzione per conto di tali prodotti attraverso le farmacie convenzionate.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i prodotti dietetici prescritti. 5 tipologie di diete garantiscono l'assistenza a circa il 40% dei pazienti. Con una convenzione, formalizzata con Deliberazione n. 1011 del 28/08/2012, si è concordato un nuovo percorso distributivo con il grossista locale e Federfarma Bergamo per queste 5 tipologie di Diete e per i dispositivi di somministrazione. L'acquisto dei prodotti è in carico all'Asl, mentre la consegna agli utenti avviene con cadenza mensile presso le farmacie convenzionate del territorio, che per il loro servizio contabilizzano € 5,00 + IVA a consegna. La Procedura Operativa prevede che i Distretti autorizzano le forniture e inseriscono il piano terapeutico nutrizionale in un applicativo informatico, condiviso tra ASL e farmacie convenzionate territoriali (WEB CARE), attraverso il quale viene resa disponibile la prescrizione, su richiesta dell'utente alla farmacia, e viene anche garantito il flusso informativo a Regione Lombardia. Per illustrare la nuova modalità distributiva è stato organizzato un Corso di

Formazione per i farmacisti convenzionati, che si è svolto in 2 edizioni serali, mentre i pazienti sono stati avvisati attraverso comunicazioni cartacee e telefoniche.

Risultati. Dal 1° ottobre il 40% dei cittadini in NED trova i prodotti di cui necessita nella Farmacia di fiducia, a lui più vicina e con orari di apertura più ampi. Nell'ultimo trimestre dell'anno 2012 i pazienti che hanno ritirato la fornitura con questo nuovo Servizio sono stati 262. Il Servizio Farmaceutico ha ridotto il carico di lavoro: anche se mantiene l'onere della consegna della pompa di somministrazione, dei sondini naso gastrici e delle sonde per alimentazione, questa scelta ha permesso un migliore utilizzo delle poche risorse umane disponibili. La prescrizione informatizzata WEB CARE ha facilitato l'estrazione di dati.

Conclusioni. Questa nuova modalità distributiva ha garantito un miglior servizio all'utenza e ha permesso al Servizio Farmaceutico di dedicarsi maggiormente ad evadere ed assistere i pazienti con nutrizioni artificiali particolari o speciali.

DISPENSAZIONE DELLE EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE COME PRIMO CICLO DI TERAPIA: VALUTAZIONI ECONOMICHE E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Donatella Miceli - Fond. Ist. San Raffaele-G. Giglio di Cefalù, Servizio di Farmacia, Farmacista
Lidia Curreri - Fond. Ist. San Raffaele-G. Giglio di Cefalù, Servizio di Farmacia, Farmacista
Maria Ruscica - Fond. Ist. San Raffaele-G. Giglio di Cefalù, Servizio di Farmacia, Direttore di Farmacia

Introduzione. In seguito al Decreto del 26 Luglio 2012 dell'Assessorato della Salute della Regione Sicilia, gli ospedali devono erogare il primo ciclo di terapia non solo alle dimissioni da ricovero, ma anche dopo visita specialistica ambulatoriale, per trenta giorni di terapia, piuttosto che dieci, come finora avvenuto. La Fondazione San Raffaele Giglio di Cefalù ha recepito quanto disposto dall'Assessorato da Gennaio 2013. Dall'analisi dell'impatto dell'estensione del primo ciclo di terapia presso la Fondazione, effettuata confrontando i farmaci erogati nell'ultimo bimestre 2012 e nel primo bimestre 2013, è emerso un netto incremento della quantità dispensata delle EBPM enoxaparina e nadroparina. Obiettivo dell'analisi è stato stimare il risparmio potenziale per il SSR derivante dall'estensione del primo ciclo a 30 giorni di terapia per le EBPM, valutandone anche l'appropriatezza prescrittiva.

Materiali e metodi. Sono state calcolate le DDD di enoxaparina e nadroparina erogate nell'ultimo bimestre 2012 e nel primo bimestre 2013. E' stato, poi, calcolato, per entrambi i principi attivi, il costo medio per DDD sostenuto dall'ospedale contro quello delle farmacie convenzionate in modo da poter stimare il risparmio potenziale nel 2013. L'appropriatezza è stata valutata in termini di durata della terapia dopo intervento di chirurgia ortopedica maggiore (artroplastica dell'anca e del ginocchio).

Risultati. Nell'ultimo bimestre 2012 sono state erogate 3.480 DDD di enoxaparina e 208 DDD di nadroparina contro le 6.524 di enoxaparina e le 512 di nadroparina del primo bimestre 2013. Il costo medio per DDD sostenuto dall'ospedale è risultato di 0,70 euro sia per enoxaparina che per nadroparina contro un valore, rispettivamente, di 2,09 euro e 2,39 euro calcolato per le farmacie convenzionate, al netto degli sconti di legge. Procedendo ad una proiezione su

base annuale dei dati del primo bimestre 2013, si può stimare un'erogazione di 39.144 DDD di enoxaparina e 3072 DDD di nadroparina, per un valore rispettivamente di 27.400 euro e 2.150 euro. Se le stesse quantità venissero erogate dalle farmacie convenzionate il SSR dovrebbe rimborsare complessivamente 89.152 euro, quindi il risparmio in totale ammonterebbe a 59.602 euro (67%).

Conclusioni. Il primo ciclo di terapia rappresenta un importante strumento per il contenimento della spesa sanitaria sia per le vantaggiose condizioni d'acquisto riservate agli ospedali sia per la possibilità che il farmacista ha di vigilare sull'appropriatezza delle prescrizioni in dimissione, come nel caso della riduzione, concordata col reparto di ortopedia, della durata della profilassi della trombosi venosa profonda da 8 a 5 settimane, dopo intervento di chirurgia ortopedica maggiore.

GESTIONE CONTINUITÀ TERAPEUTICA DI FARMACI NON CONTRATTUALIZZATI NELL'AZIENDA USL 7 DI SIENA

Morena Lo Sapio - AZIENDA USL 7 DI SIENA, UOC FARMACEUTICA AZIENDALE, FARMACISTA
Calogero Dimino - AZIENDA USL 7 DI SIENA, UOC FARMACEUTICA AZIENDALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Lucia Mazzetti - AZIENDA USL 7 DI SIENA, UOC FARMACEUTICA AZIENDALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Antonio Manetti - AZIENDA USL 7 DI SIENA, UOC FARMACEUTICA AZIENDALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Antonietta Toscano - AZIENDA USL 7 DI SIENA, UOC FARMACEUTICA AZIENDALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Letizia Bruscoli - AZIENDA USL 7 DI SIENA, UOC FARMACEUTICA AZIENDALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Rino Taliani - AZIENDA USL 7 DI SIENA, UOC FARMACEUTICA AZIENDALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Anna Lisa Verdini - AZIENDA USL 7 DI SIENA, UOC FARMACEUTICA AZIENDALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Gina Gasperini Gasperini - AZIENDA USL 7 DI SIENA, UOC FARMACEUTICA AZIENDALE, FARMACISTA DIRIGENTE

Introduzione. La distribuzione per conto (DPC) è uno strumento fondamentale di gestione della spesa territoriale introdotto in Toscana sulla base della legge 405/2001, con DGRT 299/2005 che prevede l'erogazione da parte delle farmacie convenzionate territoriali di farmaci acquistati direttamente dall'ASL. La ASL acquista i prodotti in DPC, gestiti dall'ESTAVSE, sulla base delle aggiudicazioni di gara. Il nostro obiettivo è stato quello di prendere in carico pazienti a cui veniva erogata una specialità medicinale (brand), diversa da quella aggiudicata con gara ESTAVSE, contenente lo stesso principio attivo e necessaria per assicurare la continuità terapeutica.

Materiali e metodi. Con nota del Direttore Sanitario n. 71585 del 26 ottobre 2012, si indicava ai medici di medicina generale, specialisti convenzionati e pediatri di libera scelta, la lista dei farmaci presa in carico dall'Azienda ed i punti aziendali di distribuzione presso cui indirizzare il paziente per il ritiro del farmaco brand. Tali farmaci sono dispensati dai punti farmaceutici solo dietro prescrizione recante la dicitura "non sostituibile". I dati estratti per l'erogazione diretta di questi farmaci brand comprendono un periodo che va da novembre 2012 ad aprile 2013.

Risultati. L'analisi dei dati di spesa farmaceutica convenzionata, nel semestre, ha delineato una riduzione dei farmaci brand della lista predefinita (di circa il 90% ai 6 mesi precedenti). Per alcuni pazienti il brand è stato sostituito con il generico di gara senza alcun effetto collaterale. I pazienti a cui è stata assicurata la continuità di cura, nel semestre

considerato, sono stati circa 180 con 2.087 confezioni ed un risparmio di circa 90.000 euro sulla farmaceutica convenzionata

Conclusioni. La definizione di una lista di farmaci brand, fuori prontuario aziendale, ha permesso di attivare un percorso di assistenza terapeutica al paziente adeguata alle sue necessità; in più ci permette di avere un maggior controllo sulle prescrizioni ed una maggiore responsabilità da parte del medico prescrittore che deve apporre la dicitura di non sostituibilità sulla ricetta, nel caso in cui abbia accertato intolleranza, allergia o assenza di efficacia delle specialità oggetto di gara ESTAVSE o documentato la continuità terapeutica con specialità medicinale brand o comunque diversa da quella di gara.

IL PROGETTO MANHATTAN DELL'ASL 10 FIRENZE: LA TECNOLOGIA AL SERVIZIO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA NELL'OTTICA DELLA CONTINUITÀ OSPEDALE - TERRITORIO

Francesco Enrico Bernardini - scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera Firenze, , specializzando sifo
Silvia Cappelletti - Asl 10 Firenze, U.O. farmacia ospedaliera - Ospedale San Giovanni di Dio - Firenze, farmacista dirigente I livello
Silvia Renzi - Asl 10 Firenze, U.O. farmacia ospedaliera - Ospedale San Giovanni di Dio - Firenze, farmacista dirigente I livello
Sara Bartolini - Asl 10 Firenze, U.O. farmacia ospedaliera - Ospedale San Giovanni di Dio - Firenze, farmacista dirigente I livello
Rosario Giacomazzo - Asl 10 Firenze, U.O. farmacia ospedaliera - Ospedale San Giovanni di Dio - Firenze, farmacista dirigente I livello
Annalisa Benini - Asl 10 Firenze, U.O. farmacia ospedaliera - Ospedale San Giovanni di Dio - Firenze, direttore unità complessa U.O. farmacia ospedaliera
Teresa Brocca - Asl 10 Firenze, Dipartimento del Farmaco, Direttore Dipartimento del Farmaco

Introduzione. L'accordo quadro aziendale per la medicina generale anno 2010-2011 dell'Asl 10 Firenze ha previsto, relativamente al budget di prescrizione dei MMG, l'attivazione del Progetto "Manhattan" in cui sono coinvolti i medici con assistiti con spesa annua superiore a 10000 euro, per i quali l'Asl provvede alla consegna diretta dei farmaci a domicilio tramite le farmacie ospedaliere; il tutto nell'ottica di una integrazione orizzontale tra l'assistenza primaria fornita dall'Asl e il territorio facilitata dall'impiego delle tecnologie informatiche che garantiscono il flusso di informazioni.

Materiali e metodi. Nella more del progetto Manhattan, la collaborazione sinergica tra il MMG, che redige prescrizioni semestrali e il farmacista, che spedisce i farmaci, è fondamentale. L'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche la rende più efficiente. Infatti il progetto ha richiesto lo sviluppo di un database, che funzionasse sia da archivio per gestire il flusso dei dati sia da scadenziario per prevedere le date delle spedizioni future.

Risultati. La farmacia dell'Ospedale S.G. Di Dio, Asl 10 Firenze, ha in carico 25 pazienti, con prescrizioni di durata semestrale e consegne mensili o bimestrali, secondo quanto indicato dal medico. Per la corretta gestione delle consegne è stato realizzato il database in questo modo: studio del fine del database, definizione delle query, delle relazioni gerarchiche tra le informazioni e delle maschere; realizzazione delle query sui dati, aggregati per data di dispensazione (presente e prossima), per medico e per consegna domiciliare, realizzazione dei report stampabili e delle maschere di

funzionamento. Il database è userfriendly perché funziona tramite maschere con pulsanti appositi e la consultazione avviene tramite query preimpostate. L'integrità e la coerenza dei dati è garantita dalla programmazione e dalle maschere di inserimento, evitando l'inserimento di dati errati (es. prescrizioni per pazienti inesistenti); una funzione specifica permette di conoscere quando ci sarà la prossima spedizione, settimana per settimana. Il tutto con pochi semplici tocchi di mouse.

Conclusioni. L'applicazione del database permette di gestire e monitorare con facilità il flusso dei dati aumentando il livello di collaborazione tra Asl e il territorio, creando le condizioni per un nuovo tipo di rapporto tra medico e farmacista, il tutto a vantaggio della programmazione delle attività e dell'efficienza.

INTERVENTO DEL FARMACISTA DURANTE IL PROCESSO DI RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA

Donatella Provenzano - UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA, SPECIALIZZANDA

Anna Carollo - ISMETT, FARMACIA CLINICA, FARMACISTA CLINICO

Ilenia Casucci - ISMETT, FARMACIA CLINICA, FARMACISTA CLINICO

Piera Polidori - ISMETT, FARMACIA CLINICA, DIRETTORE FARMACIA CLINICA

Introduzione. La riconciliazione terapeutica (RT) è un processo multidisciplinare finalizzato alla sicurezza ed al miglioramento del percorso di cura del paziente tramite il controllo delle prescrizioni all'ammissione e alla dimissione ospedaliera. L'obiettivo dello studio è stato quello di verificare attraverso la RT effettuata dal farmacista clinico (FC) la correttezza della terapia prescritta in dimissione/primo ciclo di terapia (PCT), al fine di evitare discrepanze e/o omissioni di farmaci che potrebbero causare potenziali errori terapeutici.

Materiali e metodi. Presso il Dipartimento di Farmacia Clinica è stato condotto uno studio retrospettivo osservazionale della durata di 17 mesi (Gennaio 2012-Maggio 2013) relativo alla RT effettuata in fase di prescrizione del PCT per il paziente in dimissione. Sono state confrontate la terapia farmacologica prescritta nella lettera di dimissione e nella cartella clinica elettronica (CEE) con la terapia prescritta come PCT. Le prescrizioni errate sono state cancellate dal FC, in fase di RT tramite l'uso della CCE ed in fase di erogazione del PCT per mezzo di uno specifico programma informatizzato. Le discrepanze terapeutiche identificate sono state registrate e discusse con il medico prescrivente per una tempestiva risoluzione.

Risultati. Sono state verificate 6350 prescrizioni in regime di PCT, delle quali 257 (4%) sono state annullate perché errate e 393 (6.2%) sono risultate discordanti con la terapia farmacologica presente nella lettera di dimissione e/o in cartella clinica elettronica. In totale il FC è intervenuto nel 10.2% (650) delle prescrizioni. Le 257 prescrizioni sono state cancellate per i seguenti motivi: 119 (46.3%) errato regime di dispensazione; 70 (27.2%) non conformità alla legge n.405/2001 e modifiche ed integrazioni; 50 (19.5%) errata terapia farmacologica; 9 (3.5%) farmaco prescritto a paziente errato; 5 (1.9%) farmaco duplicato; 4 (1.6%) farmaco fuori indicazione. Le 393 discrepanze terapeutiche riguardano: 211 (53.7%) prescrizioni di principio attivo differente ma appartenente alla stessa categoria farmacoterapeutica; 132

(33.6%) prescrizioni di farmaci presenti solo nella lettera di dimissione e non in CCE; 31 (7.9%) diversa categoria farmacoterapeutica; 19 (4.8%) diversa forma farmaceutica.

Conclusioni. Il FC tramite il processo di RT svolge un ruolo di supporto al clinico attraverso una revisione critica dei farmaci prescritti alla dimissione, contribuendo a rendere più sicura la terapia domiciliare del paziente. La RT è quindi uno strumento necessario per prevenire errori di terapia durante il trasferimento del paziente fuori dal contesto ospedaliero e per garantire la continuità di cura ed un efficace coordinamento tra i vari livelli assistenziali.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELL'ORMONE SOMATOTROPO E RIPERCUSSIONI SULLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE NELLA REALTÀ DELL'ASUR - AREA VASTA 3 - CIVITANOVA MARCHE

Margherita Lalli - ASUR MARCHE Area Vasta 3, Dipartimento dei Servizi e Area Diagnostica-Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista Dirigente

Giulia Maria Marino - ASUR MARCHE Area Vasta 3, Dipartimento dei Servizi e Area Diagnostica-Servizio Farmaceutico Territoriale, Responsabile U.O.S.Dipartimentale

Introduzione. Il deficit di GH, dovuto alla riduzione o mancata produzione di Ormone da parte dell'adenoipofisi, può determinare bassa statura e rallentamento della maturazione ossea. La terapia, basata sull'utilizzo di GH biosintetico, è prescrivibile solo da centri specializzati autorizzati dalle Autorità Sanitarie ed è limitata in regime SSN dalla nota AIFA 39. Con Decreto 11/ARS del 22/10/2012 la Regione Marche ha recepito quanto riportato nel testo aggiornato della nota AIFA, sollecitando il monitoraggio costante dell'appropriatezza prescrittiva e istituendo una commissione per il controllo delle prescrizioni di GH. Alla luce di quanto disposto dall'AIFA e della direttiva Regionale, il Servizio Farmaceutico Territoriale di Civitanova ha svolto un'analisi delle prescrizioni farmaceutiche e dei piani terapeutici pervenuti per evidenziare eventuali anomalie o un uso incontrollato del farmaco.

Materiali e metodi. È stata effettuata una analisi retrospettiva delle prescrizioni farmaceutiche e dei P.T. relativi all'ormone Somatotropo, pervenuti al SFT dell'AV3-Civitanova nel periodo gennaio-dicembre 2012, per valutare l'appropriatezza prescrittiva in riferimento alle indicazioni della nota AIFA 39, il rispetto dell'iter prescrittivo mediante l'incrocio delle prescrizioni SSN con i P.T. pervenuti e l'impatto sulla spesa farmaceutica.

Risultati. Nel periodo di riferimento sono stati depositati presso il SFT 33 P.T. corrispondenti a 21 assistiti. Tutti i P.T. analizzati provenivano da Centri Prescrittori autorizzati. Il 51,5% dei P.T. è risultato correttamente compilato, il 48,5% incompleto e lo 0% con diagnosi off-label. Tramite gestionale APOTEKE della Record-data, si è proceduto con l'estrapolazione delle prescrizioni farmaceutiche di GH e l'incrocio con i codici fiscali riportati sui P.T. esaminati. Nel 2012 la spesa farmaceutica territoriale sostenuta dall'AV3-Civitanova per il GH è stata pari a € 639.703, per un totale assistiti trattati pari a 76 (5 extra-Aziendali non controllabili dal sistema). Per 50 assistiti le ricette SSN non erano supportate dai relativi Piani, che sono stati richiesti ai MMG/PLS interessati. Dei 21 pazienti esaminati, il 14% ha ricevuto iperprescrizione e il 19% ipoprescrizione.

Conclusioni. Il mancato invio dei P.T. ha comportato inevitabilmente limitazioni sulle attività di verifica della rimborsabilità. Complessivamente tutti i P.T. sono risultati conformi al contenuto della nota AIFA. Le anomalie formali notate sono state segnalate agli specialisti al fine di future elaborazioni più precise. I casi di iperprescrizione ed ipoprescrizione notati verranno discussi con i relativi MMG/PLS. In tale contesto il ruolo del farmacista si riconferma indispensabile ai fini del raggiungimento della appropriatezza prescrittiva e di un uso razionale delle risorse disponibili.

DALLA NORMATIVA ALL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ATTRAVERSO IL MONITORAGGIO DEI CONSIGLI TERAPEUTICI

A.M. Tinebra, L. Ferrari, C. Rossi, E. Fortina, L. Donetti
Ospedale Borgomanero, farmacia ospedaliera

Introduzione. La corretta informazione al Medico di Medicina Generale ed al cittadino-assistito, riguardo la terapia consigliata in dimissione, rappresenta uno strumento per facilitare il percorso del paziente dall'ospedale al proprio domicilio e per somministrare terapie efficaci sostenibili dal SSN. Dalla DD 235 31.03.2011, monitoraggio dei consigli terapeutici in dimissione, è scaturito l'obiettivo, per gli specialisti dell'Azienda, di migliorarne gli aspetti formali (concedibilità, note AIFA, esatta identificazione del prescrittore) e di orientare la prescrizione del MMG verso medicinali del prontuario regionale e a brevetto scaduto.

Materiali e metodi. Terminato il monitoraggio dei consigli in dimissione del primo quadrimestre 2012, a tutti i reparti dell'Ospedale di Borgomanero, sono stati assegnati obiettivi di incrementare alcune informazioni quali: 1. identificazione completa del medico e del paziente del 20%; 2. corretta informazione sulla prescrivibilità (DCI, Classe, Nota AIFA) del 10%; 3. aumentare la prescrizione di alcuni medicinali a brevetto scaduto (ACE inibitori, sartani e statine) del 7%. L'indicatore utilizzato è stato il miglioramento dei parametri monitorati nei consigli del secondo-terzo quadrimestre rispetto alla rilevazione effettuata nel primo quadrimestre 2012.

Risultati. Sono state effettuate rilevazioni mensili su un campione di lettere di dimissione di 17 reparti-ambulatori. Sono stati verificati 8 parametri e confrontati 3428 consigli del primo quadrimestre rispetto a 6423 dei rimanenti mesi del 2012. Il primo obiettivo è stato raggiunto da 14 reparti, il medico prescrittore è risultato identificabile tra il 96% ed il 100% delle lettere esaminate, mentre l'identificazione completa del paziente è risultata più bassa per mancanza del codice fiscale. Solo in 7 strutture è migliorata l'informazione sulla prescrivibilità. È aumentata la percentuale di prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto in 14 reparti. Solo in Cardiologia sono stati consigliati sartani e statine a brevetto non scaduto in percentuale superiore al primo quadrimestre.

Conclusioni. Il monitoraggio dei consigli terapeutici all'atto della dimissione ha permesso, nei primi mesi dell'anno, di evidenziare le criticità delle prescrizioni. Le principali inadempienze riscontrate sono diventate un punto di forza dell'azienda che ha potuto richiedere ai propri specialisti precisione nelle informazioni terapeutiche e responsabilità nella scelta di alcuni farmaci per il controllo della spesa territoriale. Il farmacista, non ha avuto un ruolo passivo di sola analisi dei consigli in dimissione, come appare dalla lettura delle indicazioni regionali, ma si è affiancato al

medico collaborando al raggiungimento dell'obiettivo aziendale. Attualmente la Farmacia, in seguito alle rilevazioni effettuate, sta analizzando le lettere di dimissione della Cardiologia per valutare l'appropriatezza nella prescrizione delle statine.

PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE E POTENZIAMENTO DELLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI ALLA DIMISSIONE PRESSO L' A.O.R. SAN CARLO DI POTENZA

Angelica Crivelli - Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza, U.O.C. Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Floriana Centore - Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza, U.O.C. Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Angelina Discianni - Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza, U.O.C. Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Luciana Pace - Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza, U.O.C. Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Filomena Paolicelli - Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza, U.O.C. Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Giuseppe Romaniello - Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza, U.O.C. Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Giuseppe Lombardi - Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza, U.O.C. Farmacia, Direttore F.F.

Introduzione. In conformità alla normativa nazionale e regionale (Legge 405/2001, D.G.R. 939/2006 e D.G.R. 606/2010, Legge Regionale 17/2011) l'A.O.R. San Carlo di Potenza ha cercato di migliorare progressivamente gli standard di prescrizione e distribuzione dei farmaci alla dimissione (DD). In particolare dal 01/12/12 è stato avviato un progetto di riorganizzazione e potenziamento mirante a: favorire la continuità assistenziale ospedale-territorio; promuovere l'appropriatezza delle cure rafforzando la figura del farmacista quale punto di snodo tra i clinici e il sistema delle regole; favorire ulteriormente il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.

Materiali e metodi. La fase pilota ha previsto la rimodulazione del processo di prescrizione e distribuzione anche attraverso l'integrazione del programma informatico utilizzato da medico e farmacista. Il "punto distribuzione farmaci" è stato spostato in un'area dell'ospedale più accessibile ai pazienti dove il farmacista dedicato visualizza per via telematica i farmaci prescritti dal medico all'atto della dimissione. Nel caso di anomalie (medicinali non in PTO, interazioni, assenza delle note AIFA per la rimborsabilità SSR e SSN, farmaci soggetti a piano terapeutico, errore della formulazione/dosaggio prescritto...) il farmacista contatta direttamente il clinico con cui condivide le criticità ed esplora soluzioni correttive. Con la U.O. Geriatria è stato attivato inoltre un percorso specifico di consegna dei farmaci direttamente in reparto per agevolare i pazienti anziani con difficoltà a recarsi in DD.

Risultati. La prima fase, conclusasi il 31/03/2013 e monitorata attraverso report predisposti da Farmacia e S.S.D. Epidemiologia e Programmazione Sanitaria, ha evidenziato un incremento delle prescrizioni pervenute in DD, passando dalla media mensile di 1382 (calcolata sul quadrimestre precedente al progetto) a 2617; la percentuale di ricette SSN pervenute in DD sul totale delle ricette emesse alla dimissione è passata da 50% (novembre 2012) a 86% (marzo 2013) con ulteriore contenimento della spesa farmaceutica convenzionata (+ 84.000 euro di risparmio in quattro mesi). Sul totale di pazienti dimessi, la percentuale con prescrizione è passata da 52% (novembre 2012) a 84% (marzo 2013), tra questi quelli transitati in DD sono passati da 48% a 90%. L'appropriatezza prescrittiva, misurata attraverso la

percentuale di prescrizioni non conformi (NC) sul totale delle prescrizioni emesse, è migliorata significativamente (riduzione delle NC da 36% a 8,3%).

Conclusioni. Gli obiettivi prefissati sono stati ampiamente raggiunti portando alla strutturazione del percorso. L'individuazione di un farmacista, dedicato anche a fornire ai pazienti informazioni su modalità di assunzione, approvvigionamento sul territorio e interazioni tra farmaci, ha rafforzato l'integrazione ospedale-territorio favorendo il superamento della barriera tra i due poli assistenziali.

RISULTATI RAGGIUNTI IN TRE ANNI DI DISTRIBUZIONE PER CONTO NELL'ASP DI COSENZA

Simona Angela Mirarchi - ASP Cosenza, Ufficio DPC Regionale Calabria, Farmacista Dirigente

Daniela Labate - ASP Cosenza, Ufficio DPC Regionale Calabria, farmacista Dirigente

Luciana Florio - ASP Cosenza, ASP Cosenza-Ambito Paola, Direttore Area Farmaceutica Territoriale

Introduzione. Decorsi tre anni dall'avvio in Calabria della Distribuzione per Conto (DPC) dei farmaci del PHT, l'Assessorato alla Sanità ha deciso di centralizzarne la gestione, prima di allora suddivisa tra le 5 Aziende Sanitarie Provinciali(ASP), affidandola ad un'unica ASP Capofila, per permetterne l'implementazione. E' stata scelta l'ASP di Cosenza che nel corso di tre anni aveva gestito efficacemente la distribuzione extra convenzionale raggiungendo ottimi risultati.

Materiali e metodi. L'esperienza dell'ASP di CS è apprezzabile sia per il risparmio della Spesa farmaceutica che per l'efficienza del servizio. Per valutare il risparmio ottenuto è stato effettuato il raffronto tra il costo dei farmaci in convenzionata, e il costo degli stessi in DPC. Il costo dei farmaci in convenzione è determinato applicando uno sconto medio sul prezzo al pubblico del 10%, mentre per il costo dei farmaci in DPC si è considerato quello di acquisto del farmaco ai prezzi stabiliti negli Accordi Quadro con le Aziende Farmaceutiche, a cui è stata aggiunta la spesa per gli oneri della filiera distributiva. La remunerazione in Calabria per la filiera di distribuzione è una compensazione professionale economica fissa a confezione, senza forme di regressività. Questo onere corrisponde a Euro 6,50 (IVA esclusa) e comprende anche la remunerazione per i distributori intermedi nella misura di Euro 1,90 della quota totale. L'efficienza del servizio è stata raggiunta con l'attento monitoraggio della distribuzione e la corretta programmazione degli ordini. L'ASP di CS territorialmente e demograficamente più estesa ha così registrato la percentuale più bassa di farmaci mancanti in DPC rispetto alle altre ASP ed un'incidenza di prodotti scaduti molto bassa. Inoltre, con un aggravio di oneri amministrativi si è deciso con piglio innovativo che l'ufficio DPC si occupasse di tutte le fasi del processo di acquisto, rendendolo estremamente efficiente.

Risultati. Nel 2012 con la DPC a pieno regime sono state erogate 402.465 confezioni, ottenendo un risparmio rispetto all'erogazione degli stessi farmaci in convenzionata di Euro 14.094.079,76, con una percentuale dell'1,5% di mancanti sul totale di confezioni erogate, e una percentuale di scaduti di solo 0,07% sul totale dei farmaci acquistati. La centralizzazione del processo di acquisto ha portato al pagamento delle fatture alle Aziende Farmaceutiche in soli 60 giorni.

Conclusioni. Le modalità organizzative adottate dall'ASP di CS per la DPC, con riferimento all'organizzazione dell'Ufficio e alle competenze devolute, ha permesso di ottenere notevoli risultati, tanto da costituire un modello organizzativo da applicare su tutto il territorio regionale.

DISTRIBUZIONE PER CONTO REGIONALE TRAMITE UNICA ASP CAPOFILA

Daniela Labate - ASP Cosenza, Ufficio DPC Regionale Calabria, Farmacista Dirigente

Simona Angela Mirarchi - ASP Cosenza, Ufficio DPC Regionale Calabria, Farmacista Dirigente

Luciana Florio - Asp Cosenza, Asp Cosenza-ambito Paola, Direttore Area Farmaceutica Territoriale

Introduzione. L'implementazione della Distribuzione Per Conto, la capillarità, la razionalizzazione delle risorse umane, l'acquisizione di un contratto più vantaggioso con la Piattaforma WEB, la presenza di un elenco unico su tutto il territorio regionale, ha reso necessario un riassetto organizzativo delle cinque AA.SS.PP con conseguente centralizzazione della DPC tramite un'unica ASP Capofila. ASP standard è stata identificata l'ASP di Cosenza.

Materiali e metodi. Con DPGR 100 del 05/07/2012 si è decisa la centralizzazione; con DPGR 169 del 09/10/2012 l'ASP Capofila è stata identificata nell'ASP di Cosenza, sotto la responsabilità della D.ssa Florio L.; con DPGR 184 del 28/11/2012 è stato approvato il cronoprogramma per tutte le attività preliminari prima dell'avvio fissato per il 21/01/2013, (riallineamento piattaforma, ordini minimi a copertura del fabbisogno fino alla fine di gennaio al fine di evitare i mancanti, spostamento virtuale delle giacenze, identificazione deposito capofila). E' stato istituito l'ufficio DPC-Regionale, con sede ad Amantea (strategicamente vicino al Deposito Capofila ed alla Regione), composto dalla D.ssa Florio, due farmaciste dirigenti: Labate D., Mirarchi S. e tre amministrativi; le modalità operative riprendono il DPGR 398 del 24/05/2010 con alcune modifiche ed implementazioni di gestione. Nell'Ufficio DPC è stato accentrato tutto il processo di gestione della DPC: dal monitoraggio dell'elenco, alla predisposizione e invio ordini, carico scarico bolle, acquisizione protocollo informatico per ricezione fatture, liquidazione delle stesse ed emissione del mandato di pagamento. L'Ufficio DPC rileva i costi mensili e ne dà notifica alla Regione e a ciascuna AA.SS.PP, la Regione registra i costi e assegna l'importo all'ASP Capofila detraendoli dalle rimesse mensili delle altre AA.SS.PP.

Risultati. La centralizzazione di tutto il processo ha portato molteplici vantaggi: capillarità della DPC, diminuzione dei mancanti grazie all'attivazione del "procurato" (al fine di evitare i mancanti in presenza di merce in magazzino), contratto vantaggioso con la piattaforma, puntualità nei pagamenti delle fatture Distributore e Ditte, attivazione flusso ministeriale, pagamento delle fatture in media in 40 giorni, proiezione di risparmio.

Conclusioni. In questi primi mesi di avvio della DPC Regionale, è stato registrato un risparmio di 14milioni di euro che proiettato nell'anno porta ad un risparmio di circa 40milioni di euro; inoltre la puntualità e la media di pagamento fatture in 40 giorni ha consentito di rinegoziare lo sconto offerto dalle Aziende farmaceutiche, che infatti è passato dal 40% al 50%, evidenziato nell'ultimo A.Q. 5942 del 17/04/2013. L'efficacia della nuova organizzazione ha portato al risultato.

"PROGETTO ADER" AZIENDA USL11 EMPOLI

Cecilia Pagliai - Azienda USL 11 Empoli, UOC Farmaceutica,
Paola Becagli - Azienda USL11 Empoli, UOC Farmaceutica,
Tiziana Gurrera - Azienda USL11 Empoli, Dipartimento
Interaziendale per la Continuità nell'Assistenza,
Ester Muratori - Azienda USL11 Empoli, UOC Farmaceutica,
Cecilia Orsi - Azienda USL11 Empoli, UOC Farmaceutica,
Roberto Tarquini - Azienda USL11 Empoli, Dipartimento
Interaziendale per la Continuità nell'Assistenza,
David Coletta - Azienda USL11 Empoli, Dipartimento Interaziendale
per la Continuità nell'Assistenza,
Eleonora Pavone - Azienda USL11 Empoli, UOC Farmaceutica,

Introduzione. È ben noto in medicina che molti pazienti seguono per niente o parzialmente le indicazioni terapeutiche del medico incrementando notevolmente il rischio di eventi gravi con un conseguente aggravio di costi e di utilizzo di risorse per il sistema sanitario. Il progetto ADER ha permesso di valutare il grado di aderenza ai trattamenti farmacologici per terapie croniche in pazienti dimessi dall'Ospedale della Continuità di Castelfiorentino (Firenze).

Materiali e metodi. Gli assistiti arruolati sono stati divisi in tre gruppi ed hanno ricevuto, al momento della dimissione ospedaliera, i farmaci prescritti in un quantitativo sufficiente a coprire il primo ciclo terapeutico (un mese). I pazienti afferenti al primo gruppo hanno ritirato le successive confezioni di medicinali presso le farmacie convenzionate del territorio in seguito a presentazione di ricetta compilata dai propri medici curanti, mentre quelli del secondo e del terzo gruppo hanno continuato a rifornirsi attraverso il servizio di distribuzione diretta dove hanno ricevuto i farmaci necessari per altri due mesi. Dopo tre mesi è stata effettuata una visita al domicilio del paziente per compilare uno specifico questionario cartaceo inerente informazioni sull'aderenza alla terapia e per verificare il quantitativo dei farmaci ancora non assunti. I dati ricavati dalle visite, dalle lettere di dimissione e dalla banca dati di consumo dei farmaci sono stati riportati in un foglio di calcolo che ha permesso di ottenere la percentuale di copertura per ogni paziente rispetto alle terapie farmacologiche indicate alla dimissione.

Risultati. I pazienti arruolati, anziani (età media 81 anni) e politrattati (numero medio di farmaci assunti 7.4), hanno tutte le caratteristiche per costituire un campione di riferimento altamente rappresentativo della realtà territoriale. I dati conclusivi dei progetti ADER dimostrano che i pazienti con aderenza ottimale alle terapie croniche è superiore all'atteso: 84% nei trattamenti con antipertensivi ATC C09, 74% nelle statine, 68.8% per antiaggreganti piastrinici ATC B01A, 64.7% nei betabloccanti, 58.3% nei calcio antagonisti. La consegna alla dimissione del primo ciclo terapeutico completo inoltre ha generato un discreto risparmio per l'azienda ed è stata una modalità molto gradita, come dichiara l'86% degli assistiti intervistati.

Conclusioni. La collaborazione professionale tra mondo ospedaliero, mondo specialistico, medicina generale e altre figure professionali sono sempre più importanti nel garantire un servizio di qualità che tenga conto non solo dei bisogni del cittadino ma anche delle risorse disponibili.

Bibliografia. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, World Health organization, 2003. Ostemberg L. et al. Adherence to medication. New England Med 2005;353:487-497

LA DISTRIBUZIONE DIRETTA IN EPOCA DI SPENDING REVIEW. ESPERIENZA DELL'ASL 2 SAVONESE

Simona Genta - Asl 2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Dirigente Farmacista
Alida Rota - Asl 2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Roberta Mazzocchi - Asl 2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Laura Airasca - Asl 2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Sara Richebuono - Asl 2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Giorgio Piccininni - Asl 2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Chiara Ratto - Asl 2 Savonese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista

Introduzione. La distribuzione diretta oltre a garantire l'appropriatezza d'uso, la farmaco sorveglianza e il controllo della compliance delle terapie più complesse, rientra, ormai da anni, in una serie di iniziative regionali di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica. Il piano di qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera 2013-2014 prevedeva, al fine di poter perseguire gli obiettivi fissati dalla spending review di mantenere i volumi complessivi di attività di distribuzione diretta di farmaci di classe A registrati nel 2012. A tal fine si è inteso proseguire l'attività di distribuzione diretta già in corso da anni, cercando di incrementare il numero di dispensazioni dei farmaci erogati in dimissione.

Materiali e metodi. Si è collaborato molto con i medici dei vari reparti per incentivare la prescrizione dei farmaci in dimissione, questo ha permesso di incrementare complessivamente il numero di dispensazioni in dimissione nonostante la riduzione di posti letto di molti reparti. Nel corso del primo trimestre del 2013 sono state dispensate 8.629 terapie in dimissione, a fronte di 8.079 nel primo trimestre dell'anno precedente, con un aumento del 7%. Nonostante l'incremento dei farmaci erogati di dimissione si è ottenuto un contenimento per la spesa degli stessi (-2%).

Risultati. La dispensazione dei farmaci in dimissione è aumentata costantemente garantendo tuttavia un contenimento della spesa farmaceutica, grazie soprattutto alla gara d'appalto regionale per i farmaci a brevetto scaduto che ha permesso l'acquisto di quantitativi sempre maggiori di farmaci generici con un notevole risparmio, e grazie al costante monitoraggio delle prescrizioni che ha permesso di orientare le stesse verso farmaci generico o più a basso costo a parità di efficacia e indicazioni terapeutiche.

Conclusioni. Il risparmio derivante dall'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto è stato sfruttato anche al di fuori dei farmaci erogati in dimissione, favorendo la prescrizione dei farmaci generici all'interno di determinate categorie terapeutiche: *Farmaci per il trattamento dell'Alzheimer*: In collaborazione con i neurologi operanti nelle Unità Valutazione Alzheimer dell'ASL 2 Savonese si è incentivata, nei casi dove era possibile, la prescrizione di Donepezil, unico rappresentante della categoria a brevetto scaduto: infatti nel primo trimestre 2013 si è registrato un aumento del 15% di confezioni dispensate di Donepezil con un risparmio di 29.000 € rispetto all'anno precedente per farmaci con Nota 85. *Inibitori dell'aromatasi*: A seguito dell'aggiudicazione della gara regionale il costo medio di terapia mensile è variato da 39,65 a 3,95 € con un risparmio complessivo per i farmaci della categoria di 75.000 €.

L'AMBULATORIO FARMACEUTICO DELL'ASL CN2: UN PROGETTO DI CONTINUITÀ OSPEDALE-

TERRITORIO CHE CONIUGA RISPARMIO ECONOMICO ED ASSISTENZA AL PAZIENTE

Elena Mittone - ASL CN2, SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, farmacista
Alice Alfonso - ASL CN2, SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, farmacista borsista
Valeria Luino - ASL CN2, SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, tirocinante
Sara Boffa - ASL CN2, SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, farmacista
Loredana Castellino - ASL CN2, SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, farmacista
Valeria Recalenda - ASL CN2, SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, farmacista
Felice Riella - ASL CN2, SOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, Direttore FF

Introduzione. La Regione Piemonte col Piano di Rientro del 2011 promuove la distribuzione del primo ciclo di terapia in seguito a ricovero o visita ambulatoriale (D1°ciclo), attraverso le farmacie ospedaliere, con il duplice intento di favorire la continuità terapeutica e conseguire risparmio economico. Il progetto, nell'ASL CN2, è cominciato il 5/9/11 presso la farmacia ospedaliera di Bra ed il 19/9/11 presso l'Ambulatorio Farmaceutico (AF) ad Alba. Nell'AF operano un farmacista dirigente, un farmacista borsista e una OSS part-time. Obiettivo del lavoro è quantificare il risparmio ottenuto dall'attività D1°ciclo dall'inizio del progetto.

Materiali e metodi. Tutte le dispensazioni dell'AF sono registrate su apposito database Access riportante: anagrafica paziente, reparto dimettente, data dimissione, farmaci erogati e relativa targatura, eventuale indicazione off-label. Trimestralmente viene effettuata la valutazione del risparmio ottenuto confrontando i prezzi di rimborso delle farmacie convenzionate e quelli ospedalieri utilizzando come chiave per l'incrocio dati il codice AIC. Questa valutazione non tiene conto dei costi indiretti della distribuzione ospedaliera (personale, locali). I dati a disposizione sono anche utilizzati per valutazioni di appropriatezza prescrittiva (aderenza al prontuario, corretto utilizzo delle risorse, corretta comunicazione ai pazienti).

Risultati. Dall'inizio dell'attività D1°ciclo ha preso in carico un totale di 11945 pazienti; di questi 10566 (88,45%), afferenti da 13 ambulatori e 14 reparti (di cui 5 chirurgici), sono stati seguiti dall'AF. La spesa farmaceutica complessa dei medicinali erogati è stata di 1.709.497 € dei quali 1.203.302 € per i fascia H, , 506.195 € per i farmaci di fascia A e DPC ottenendo un risparmio totale rispetto al canale convenzionato di 689.734 €. Il numero dei pazienti e del risparmio ha ottenuto un incremento nel corso del tempo. In termini di appropriatezza l'87% delle prescrizioni avviene per principio attivo e il 94% sono molecole appartenenti al PTA.

Conclusioni. Oltre al risparmio economico che, in tempi di spending review, è il primo motore di ogni attività, l'AF ha fornito un ottimo osservatorio sull'appropriatezza prescrittiva, un servizio molto gradito alla popolazione in termini di consegna delle terapie e formazione/informazione del paziente ed ha permesso di instaurare un'ottima collaborazione con i medici ospedalieri. Sarebbe auspicabile allargare il servizio offerto dall'ASL CN2 anche ad altri ambulatori e reparti del presidio di Bra, al momento non ancora coinvolti, ed anche ad altri ospedali piemontesi in modo da poter rendere omogeneo il servizio ai pazienti su scala regionale.

LA LETTERA DI DIMISSIONE INFORMATIZZATA QUALE STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Lorena Poggio - ASL TO5 S.C. FARMACIA OSPEDALIERA, DIRETTORE FARMACIA
Carmen Candido - ASL TO5 FARMACIA TERRITORIALE, DIRIGENTE
Rossella Mazzitelli - ASL TO5 S.C. FARMACIA OSPEDALIERA, BORSISTA
Valeria Di Legami - ASL TO5 DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO, DIRIGENTE MEDICO
Piero Servetti - ASL TO5 RETI E TECNOLOGIE, , COLLABORATORE ESPERTO

Introduzione. In adempimento alle direttive regionali (D.D. 235 del 31/03/2011) che prevedono il monitoraggio delle prescrizioni in dimissioni da ricovero ospedaliero e da visita ambulatoriale, la Farmacia Ospedaliera in collaborazione con la Direzione dei Presidi e la S.C. Reti e Tecnologie ha sviluppato un software per la compilazione informatizzata delle lettere di dimissione. Obiettivo dell'Azienda è facilitare l'utilizzatore finale nel redigere un documento rispondente ai requisiti regionali. La lettera informatizzata permette, come richiesto dalla regione, un monitoraggio efficiente e accurato della prescrizione in dimissione.

Materiali e metodi. La lettera di dimissione è stata resa obbligatoria, nei tre presidi ospedalieri, a decorrere dal 01/09/2012, ad eccezione della Nefrologia e Neurologia poiché già dotate di cartella clinica informatizzata. In riferimento ai requisiti regionali si ottiene una risposta totale alla completa identificazione del paziente e del medico, alla indicazione dei farmaci per principio attivo, alla presenza della classe SSN e relativa nota AIFA o obbligo di PT. È possibile prescrivere solo farmaci inseriti nel PTR; esiste un campo libero per prescrizioni fuori PTR.

Risultati. Da un'analisi preliminare sul I trimestre 2013 risultano 2.372 lettere (54% dei dimessi), ricoveri ordinari e day surgery. 18 strutture hanno utilizzato il software. 2 strutture (Cardiologia e Pediatria Moncalieri) non hanno compilato dimissioni informatizzate. Sono stati consigliati complessivamente 9.059 farmaci PTR, con una media di 4 farmaci per lettera (range 17 - 1). Vi sono state solo 32 prescrizioni di farmaci fuori PTR. In totale sono stati consigliati 1.281 farmaci con Nota AIFA; per 404 di questi il prescrittore ha ritenuto non applicabile la nota indicando il farmaco a carico del cittadino. Le note AIFA più prescritte sono la Nota 1/48 (66%) e la Nota 13 (18%). È stato estratto un campione di 121 farmaci con indicazione di Nota AIFA a carico del SSN e su questo il farmacista ha effettuato un controllo di appropriatezza di indicazione della Nota. Solo in 17 casi l'indicazione è risultata inappropriata.

Conclusioni. Il progetto della lettera di dimissione informatizzata, nato come risposta ad adempimenti normativi regionali, è diventato strumento utilissimo per creare un database aziendale, con backup centralizzato con la possibilità di effettuare analisi dati, statistiche, eventuale incrocio con altri DB (es. flusso SDO, farmaceutica convenzionata). Permette di conoscere le abitudini prescrittive dei medici e di implementare la formazione in merito all'applicazione delle Note AIFA. Indispensabile rimane comunque il ruolo del farmacista nel controllo della corretta applicazione della Nota.

DISTRIBUZIONE DIRETTA DI FARMACI SOSTITUTIVI PER LA DIPENDENZA DA OPIOIDI:

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE DA PARTE DEL MMG

Andrea Vesnaver - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, S.C. Assistenza farmaceutica, farmacista- borsista
Sara Sottosanti - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, S.C. Assistenza farmaceutica, farmacista- contratto a progetto
Mara Trapuzzano - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, S.C. Assistenza farmaceutica, farmacista-borsista
Aba Pettinelli - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, direttore f.f. S.C. Assistenza farmaceutica
Lorenzo Colautti - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, S.C. Assistenza farmaceutica, farmacista dirigente
Stefano Palcic - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, S.C. Assistenza farmaceutica, farmacista dirigente
Gianfranco Bazo - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, dipartimento delle dipendenze, psichiatra
Gianni Conti - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, dipartimento delle dipendenze, psichiatra
Hanna Farah - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, dipartimento delle dipendenze, psicologa
Deborah Nordici - Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina, psicologa

Introduzione. L'attività del progetto è rivolta all'assistenza di un numero ristretto di pazienti tossicodipendenti, privi di patologie psichiche, in fase clinica stabilizzata e in trattamento con farmaci sostitutivi, in carico al medico di medicina generale e/o al dipartimento delle dipendenze da sostanze illegali (ex-SerT) dell'ASSI Triestina. Il programma prevede una progressiva autonomizzazione del paziente dai vincoli organizzativi del dipartimento delle dipendenze individuando un diverso punto di erogazione diretta del farmaco da parte del farmacista. Si intende monitorare l'appropriatezza prescrittiva, l'aderenza alla terapia e favorire il reinserimento socio-lavorativo dei pazienti garantendo la continuità assistenziale.

Materiali e metodi. È stato individuato un locale dedicato, munito di armadio chiuso a chiave, registro di carico/scarico stupefacenti e creato un magazzino informatico dedicato per le movimentazioni, con la predisposizione di una procedura inerente l'attività. L'accesso agli assistiti per l'erogazione dei medicinali e l'assistenza clinica e psicologica operata dagli specialisti del dipartimento delle dipendenze è previsto settimanalmente. La prescrizione viene redatta su ricetta ministeriale e la dispensazione è effettuata dal farmacista che verifica la correttezza della prescrizione e compie gli adempimenti registri obbligatori. E' stato inoltre elaborato un questionario per valutare l'impatto del servizio sulla qualità di vita dei pazienti.

Risultati. Il progetto è iniziato nell'aprile 2013 con 11 pazienti in carico, di cui 2 in terapia con suboxone e 9 in terapia con metadone. A tutti gli assistiti è stato somministrato un questionario anonimo ed i risultati che emergono dall'analisi sono i seguenti: il 66,6% si sente più soddisfatto del trattamento che riceve da quando ha la possibilità di assumere la terapia in un punto di erogazione diverso dal dipartimento delle dipendenze; il 66,6% trova che la sua salute fisica non sia cambiata rispetto a quando assumeva la terapia al dipartimento mentre il 33,4% la ritiene migliorata; l'88,8% riesce organizzare meglio la propria giornata e per il 77,7% assumere la terapia sostitutiva in un luogo diverso dal dipartimento (ex-SerT) tiene lontani dalla possibilità di ricadere nell'abuso di sostanze illegali.

Conclusioni. Si ritiene che tale progetto possa portare ad un sensibile miglioramento dei percorsi di autonomizzazione, empowerment, rafforzamento di un'immagine personale

positiva ancor meno segnata dallo stigma del paziente in trattamento farmacologico con farmaci sostitutivi per la dipendenza da oppioidi. Tale esperienza, limitata ad un ristretto numero di pazienti sarà utilizzata come studio di fattibilità per un nuovo modello di prescrizione/erogazione dei farmaci sostitutivi "avanzato" fondato sulla collaborazione tra servizio sanitario pubblico e medici di famiglia.

"HOMEDELIVERY SERVICE" DEI FARMACI DEL FATTORE VIII PRESSO L'A.S.P. DI SIRACUSA

Salvina Schiavone - ASP 8, Dipartimento del farmaco, Responsabile U.O. Farmacoeconomia
Giuseppina Schiavone - ASP 8, del farmaco, Dirigente farmacista
Giovanna Lombardo - ASP 8, del farmaco, Dirigente farmacista
Marylinda Sipala - ASP 8, del farmaco, Dirigente farmacista
Rosa Nigro - ASP 8, Del farmaco, Responsabile U.O. Distretto SR 1
Giuseppe Caruso - ASP 8, del farmaco, Direttore U.O.C. Gestione farmaci

Introduzione. L'U.O.S. Di Farmacia del Distretto di Siracusa ha stipulato un accordo con un'Azienda produttrice per la consegna a domicilio, a titolo puramente gratuito, dei farmaci del fattore VIII ricombinante di terza generazione, nei pazienti affetti da emofilia A, che per quanto costituisca una malattia rara, ha un importante impatto socio-economico. Tali farmaci sono inclusi nel Prontuario Ospedale Territorio (P-HT) e utilizzati dai pazienti emofilici, autorizzati ad effettuare in ambito domiciliare l'autoinfusione.

Materiali e metodi. Le consegne sono effettuate utilizzando mezzi idonei ed autisti appositamente addestrati, garantendo sicurezza, qualità, integrità dei farmaci, la tracciabilità delle consegne ed il mantenimento attivo dell'asse Farmacovigilanza/Emovigilanza. Il servizio viene attivato dall'Azienda, previo ricevimento dei moduli di consenso al trattamento dei dati sensibili. Il Piano Terapeutico viene inviato tramite posta alla Farmacia territoriale dell'A.S.P. 8, da uno dei centri di riferimento regionale. Impostato l'ordine dei farmaci si aggiungono le iniziali del paziente ed il nominativo del farmacista responsabile del servizio. Le consegne sono programmate mensilmente e concordate telefonicamente il giorno prima della consegna con il paziente e con il farmacista. Il corriere comunica al Servizio Farmaceutico data e fascia oraria di consegna dei farmaci in oggetto, il farmacista provvede al controllo della temperatura di trasporto (in linea con il D.lgs del 06/07/99) alla rimozione dei bollini ottici, che vengono apposti sul PT del paziente. Il farmaco viene riconsegnato al corriere abilitato, che lo consegna il medesimo giorno al paziente. Entro le 24 h successive all'avvenuta consegna domiciliare, perviene alla farmacia la bolla, firmata dal paziente, come ricevuta, che si allega al P.T.

Risultati. Con tale servizio, i pazienti hanno ripreso il trattamento in maniera costante aumentando la loro compliance, poiché prima era stata notata una discontinuità del trattamento. È stata assicurata la continuità terapeutica, bypassando l'ostacolo dell'approvvigionamento nella sede dell'A.S.P. di appartenenza, consentendo un'ottimizzazione dei tempi e il monitoraggio delle prescrizioni.

Conclusioni. Il sistema è in fase iniziale e deve essere implementato ma rappresenta una prospettiva rassicurante per l'abbattimento delle barriere all'attuazione della profilassi, quali la distanza dal centro di emofilia di riferimento, la bassa compliance (del paziente e/o della famiglia, diminuzione del numero di giornate perse lavorative per l'approvvigionamento

del farmaco. La profilassi che si attua determina una minimizzazione del rischio non solo di artropatie tipiche del paziente emofilico ma anche di prestazioni sanitarie di elevato costo, necessarie perché tali pazienti mantengano la propria autonomia, ottimizzando la qualità di cura e di vita del paziente.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELLE LETTERE DI DIMISSIONE

Giovannina Mutton - ASL AT SOC Farmacia Ospedale Cardinal Massaia, Dei servizi, Farmacista
Laura Morra - ASL AT SOC Farmacia Ospedale Cardinal Massaia, Dei servizi, Farmacista
Nicoletta Cerminara - ASL AT SOC Farmacia Ospedale Cardinal Massaia, Dei servizi, Farmacista
Arianna Dal Canton - ASL AT SOC Farmacia Ospedale Cardinal Massaia, Dei servizi, Farmacista
Silvia Degara - ASL AT SOC Farmacia Ospedale Cardinal Massaia, Dei servizi, Farmacista
Paola Gadolini - SOS farmacia Vallebelbo Asl AT Ospedale S.Spirito Nizza Monf., Farmacista
Simona Rissone - ASL AT SOC Farmacia Ospedale Cardinal Massaia, Dei servizi, Farmacista
M. Cristina Rossi - S.O.S. Farmacia Ospedaliera Vallebelbo Asl AT Ospedale S.Spirito Nizza Monf., Farmacista
Anna Maria Toffano - ASL AT SOC Farmacia Ospedale Cardinal Massaia, Dei servizi, Farmacista
Michela Colombo Gabri - ASL AT SOC Farmacia Ospedale Cardinal Massaia, Dei servizi, F.F Direttore Farmacista

Introduzione. Dal 2010 è stata centralizzata la distribuzione dei farmaci, in PTA e di fascia A, dopo ricovero ordinario e visita ambulatoriale. Abbiamo redatto un PDTA e presentato ai MMG e Specialisti. Per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e per contenere la spesa sono stati assegnati degli obiettivi ai reparti con precisi indicatori. La lettera deve riportare i dati anagrafici del paziente, la diagnosi, la terapia consigliata. E' stata appositamente predisposta una tabella dove inserire i farmaci indicando il p.a., la fascia, la nota AIFA se prevista, la posologia e la durata della terapia per EBPM e antibiotici (indicatori monitorati).

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato a campione le lettere di 21 reparti. Abbiamo elaborato reports semestrali monitorando gli indicatori e segnalando le criticità riscontrate. La spesa e il n. pazienti del I sem. 2013 sono stati calcolati facendo una proiezione giugno 2013 sulla media dei primi 5 mesi.

Risultati. I pazienti giunti alle Farmacie degli Ospedali di Asti e Nizza Monferrato sono: 4735 (II sem 2012) e 5180 (I sem 2013) con spesa rispettivamente di €120.098 vs €103.318 e con un risparmio circa del 65% rispetto alla distribuzione fatta dalle farmacie convenzionate. Il paziente e il medico sono sempre identificati anche la Chirurgia si è portata a regime (100%) rispetto al I monitoraggio (80%). Maggiore aderenza al PTA anche per Neurologia, Ostetricia/Ginecologia che indicavano EBPM e IPP non in prontuario (+25%). Il 96% dei farmaci prescritti sono indicati con DCI, per l'Ortopedia solo il 58%. I farmaci equivalenti in media rappresentano il 67% delle terapie consigliate con +5% rispetto al semestre precedente e +17% rispetto all'obiettivo assegnato. La durata della terapia di EBPM e antibiotici è specificata in media nel 92% delle prescrizioni. Quasi tutte le SOC riportano le note AIFA: Geriatria, Medicine dei due presidi e Nefrologia (85%). Si stanno allineando: Chirurgia e Neurologia (50 % con +12% rispetto al semestre a confronto). L'aderenza alle note presenta ancora delle criticità: Cardiologia, Ortopedia (0%) e Chirurgia Vascolare (7%) in entrambi i periodi a confronto. I P.T. vengono redatti

quando previsti: Cardiologia, Nefrologia, Medicina A, B e Polifunzionale (100%).

Conclusioni. La consegna dei farmaci in dimissione rappresenta un'attività importante per la continuità terapeutica ospedale-territorio e per il contenimento della spesa SSN. Nonostante il numero crescente di dimissioni la spesa è diminuita grazie alla prescrizione degli equivalenti ed all'applicazione delle linee guida per statine, EBPM e IPP.

SWITCH AL PIOGLITAZIONE DOPO LA SOSPENSIONE DELL'AIC DEI MEDICINALI A BASE DI ROSIGLITAZIONE

Salvina Schiavone - ASP 8, Dipartimento del farmaco, Responsabile U.O. Farmacoeconomia
Giuseppina Schiavone - ASP 8, del farmaco, Dirigente farmacista
Giovanna Lombardo - ASP 8, del farmaco, Dirigente farmacista
Marylinda Sipala - ASP 8, del farmaco, Dirigente farmacista
Rosa Nigro - ASP 8, del farmaco, Dirigente farmacista
Giuseppe Caruso - ASP 8, del farmaco, Direttore U.O.C. gestione farmaci

Introduzione. Rosiglitazone e pioglitazone sono farmaci appartenenti alla classe dei tiazolidindioni o glitazoni, utilizzati clinicamente come agenti insulino-sensibilizzanti nel management del Diabete Mellito T2, classificati in regime di rimborsabilità come A(h-t). In data 23/09/2010, dopo la revisione dei medicinali a base di rosiglitazone effettuata dal Comitato dei Medicinali per uso Umano (CHMP), in seguito ad un significativo aumento del rischio cardiovascolare e ad un rapporto rischio/beneficio sfavorevole, l'AIFA ne ha disposto il divieto di vendita su tutto il territorio nazionale.

Materiali e metodi. Sono state prese in esame le prescrizioni di pioglitazone in tutti i distretti facente parte dell' A.S.P. di Siracusa, prima e dopo la nota informativa AIFA, rispettivamente dal 01/09/2009 al 30/09/2010 e dal 01/10/2010 al 30/10/2012, nei pazienti che lo assumono in monoterapia, non adeguatamente controllati dalla dieta e dall'esercizio fisico, quando la metformina risulta inappropriata; in duplice terapia con metformina o una sulfonilurea; in triplice terapia con metformina e una sulfonilurea; in combinazione con insulina.

Risultati. Dall'analisi del nostro DATABASE sono emersi i seguenti risultati: dal 01/09/2009 al 30/09/2010: il totale dei pazienti in trattamento con pioglitazone è stato di 543 con n.4361 prescrizioni; dal 01/10/2010 al 30/10/2012: il totale dei pazienti con pioglitazone è stato di 1200 con 8726 prescrizioni. Si osserva un incremento percentuale del numero dei pazienti del 73,42 per cento e del numero delle prescrizioni del 46,62 per cento.

Conclusioni. Dall'analisi delle prescrizioni si evince che i glitazoni continuano ad avere una grossa fetta di mercato poiché in aggiunta al controllo dei livelli sierici di glucosio, esercitano numerosi effetti pleotropici su una miriade di fattori di rischio legati al diabete. Sono potenzialmente utili in altre patologie associate e non all'insulino-resistenza, ma necessitano al contempo di un'attenzione specifica in termini di sicurezza. Da tale considerazione la loro importanza nella pratica clinica e lo switch delle prescrizioni dal rosiglitazone al pioglitazone, unico farmaco della classe attualmente in uso.

OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE A LUNGO-TERMINE: STATO DELL'ARTE

NELL'ASP CATANZARO (AMBITO exAS7) A DUE ANNI DALL'AVVIO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA

Maria Antonietta Genovesi - ASP CATANZARO, UO ASSISTENZA FARMACEUTICA, Direttore
Teresa Porcaro - ASP CATANZARO, UO Assistenza Farmaceutica, Farmacista Dirigente
Saveria Crudo - Università Magna Graecia di Catanzaro, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Marica Macrina - Università Magna Graecia di Catanzaro, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Alessia Maretta - Università Magna Graecia di Catanzaro, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Mariarosanna De Fina - Università Magna Graecia di Catanzaro, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Pier Paolo Vitale - Università Magna Graecia di Catanzaro, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Saveria Vanessa Senese - ASP CATANZARO, UO Assistenza Farmaceutica, Farmacista Dirigente
Claudia Rogato - ASP CATANZARO, UO Assistenza Farmaceutica,

Introduzione. L'Accordo Quadro tra Struttura Commissariale e Ditte Fornitrici per l'erogazione diretta dell'ossigeno terapeutico (DPR 33/2010) ha fornito buoni risultati nel 2011: risparmio di 794.637,1€. Lo scopo del lavoro è stato valutare, nell'anno 2012, l'andamento prescrittivo e la spesa per l'Ossigenoterapia Domiciliare a Lungo Termine (OLT), nel territorio dell'exAS7-Catanzaro, attuando un confronto con il 2011.

Materiali e metodi. Sono stati utilizzati i dati dei pazienti e delle prescrizioni, ad oggi, inseriti nel Registro OLT. Sono state considerate le prescrizioni relative ai nuovi pazienti in trattamento, a quelli in prosecuzione di terapia e in trattamento nel 2011 ma non nel 2012. E' stata effettuata una suddivisione dei pazienti per sesso, età, patologia, Centri Prescrittori e Distretti Socio Sanitari (DSS) di afferenza. Infine, sono stati valutati i dati dei litri di ossigeno erogati, del loro costo compresi gli oneri del servizio di distribuzione.

Risultati. Dal monitoraggio delle prescrizioni è emerso che il 24.9% dei pazienti in ossigenoterapia nel 2011 non è risultato in trattamento nel 2012. I pazienti registrati sono stati 536 (vs 534 nel 2011), di questi 135 sono stati i nuovi casi (57 femmine e 78 maschi), mentre 401 sono risultati in prosecuzione di terapia (141 femmine e 260 maschi). I nuovi pazienti, afferenti ai DSS di Catanzaro (45.9%), Catanzaro Lido (34.8%) e Soverato (19.3%), hanno un'età compresa tra 61-70 anni (20%), 71-80 anni (33.3%) e 81-90 anni (34.8%). I piani terapeutici relativi ai nuovi casi sono stati prescritti prevalentemente dall'A.O. Pugliese-Ciaccio (60,7%), dall'ambulatorio di Pneumologia del DSS Catanzaro Lido (12,6%) e dalla Fondazione T. Campanella (7,4%). Le patologie per le quali si è fatto ricorso all'OLT sono state: IRC (31%), IRC con comorbidità (52,6%), IRC in BPCO (13%). I litri di ossigeno erogati ai nuovi pazienti e a quelli in prosecuzione di terapia sono stati 252.325.400, per una spesa di €749.679,99 (incluso il servizio di distribuzione).

Conclusioni. Confrontando i dati del 2012 con quelli del 2011, è stata confermata la prevalenza di pazienti di sesso maschile. Per quanto concerne l'età, nel 2012 si è registrato un aumento delle fasce più estreme (17% vs 20% e 32% vs 34.8%) e una riduzione in percentuale di quella intermedia (38.9% vs 33.3%). Rispetto al 2011 i litri di ossigeno erogati sono diminuiti (252.325.400 vs 281.900.300) e anche la relativa spesa (€749.679,99 vs €823.862,33). Dall'analisi emerge che il Registro Aziendale OLT si conferma un utile

strumento per il monitoraggio delle prescrizioni e per le valutazioni economiche.

ASSISTENZA FARMACEUTICA DALLA RICOGNIZIONE ALLA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA, (TERRITORIO-T, OSPEDALE-H)

Serena Dominici - Istituto Ortopedico Rizzoli, Rizzoli Sicilia - Farmacia, Farmacista
Giovanni Domenico Gulisano - Istituto Ortopedico Rizzoli, Rizzoli Sicilia - Farmacia, Responsabile Servizio di Farmacia
Valeria Sassoli - Istituto Ortopedico Rizzoli, Rizzoli Sicilia - Farmacia, Direttore Servizio di Farmacia

Introduzione. La conoscenza puntuale della terapia farmacologica del paziente costituisce un passaggio fondamentale a garanzia della sicurezza nella prescrizione dei medicinali e dell'appropriatezza delle cure. L'OMS e alcune Agenzie di riferimento internazionali (JCI, IHI, etc) raccomandano interventi mirati a ridurre il pericolo di errori di terapia derivanti da un'inadeguata conoscenza delle terapie in atto. Il Servizio di Farmacia per incrementare i livelli di qualità della terapia farmacologica, ha implementato il processo di Ricognizione e Riconciliazione (Raccomandazioni Regione E-R): Ricognizione, raccolta di informazioni complete e accurate su farmaci e altri prodotti (anche non convenzionali) assunti dal paziente; Riconciliazione, confronto dei farmaci assunti evidenziati nella Ricognizione e quelli indicati per la cura, in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura.

Materiali e metodi. Analisi I°IV-2013 della Ricognizione riportante esattamente quanto riferito o esibito dal paziente o dal familiare/caregiver, oppure attestato dal curante, sulle terapie in corso in fase di ricovero (nome commerciale-forma farmaceutica-posologia etc.). Analisi della documentazione della fase Riconciliativa, che prevede: considerare il contenuto informativo riportato dalla Ricognizione; comparare la lista derivante dalla Ricognizione con i farmaci che il prescrittore ritiene necessario somministrare per evitare incongruenze/sovrapposizioni/omissioni, rischi da interazioni-incompatibilità o da confondimento da farmaci LASA; rivalutare periodicamente gli obiettivi terapeutici basandosi sulle condizioni cliniche correnti; considerare: prontuari terapeutici, pronta disponibilità dei farmaci ed eventuali alternative; infine, informare il paziente/caregiver sull'eventuale nuovo schema terapeutico. Secondo quanto riportato nello schema, con identificativo del paziente, la Farmacia procede alla riconciliazione farmaceutica e quindi alla distribuzione entro le 24h, previa preventiva verifica della disponibilità presso l'U.O.

Risultati. Le valutazioni effettuate nel I°IV-2013 hanno coinvolto 94 pazienti per cui sono stati presi in esame 320 farmaci, analizzati per principio attivo/nome commerciale/associazione terapeutica, ATC/classe di equivalenza e prodotti non convenzionali. Nel 31% dei casi è stato effettuato l'intercambio terapeutico nella medesima classe di equivalenza (es. PPI, BDZ), nel 26% si distribuivano i singoli principi attivi che costituivano le associazioni commerciali (es. Ace-inibitori+diuretico), nel 17% si identificavano i farmaci in autogestione (es. spray PMDI, insulina), e nel 25% si identificavano i farmaci non convenzionali da sospendere.

Conclusioni. L'attività implementata dal Servizio di Farmacia consente al farmacista di integrarsi e confrontarsi

con gli operatori sanitari, acquisendo maggiori competenze nell'atto clinico, garantendo la continuità e la sicurezza alla politica assistenziale anche in fase di dimissione, evidenziando così eventuali possibili errori nella terapia. Attraverso tale processo il Farmacista si avvicina sempre più al letto del paziente ricoprendo un ruolo non indifferente nella prevenzione del rischio clinico.

LA GESTIONE DELLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI A RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI E RESIDENZE PROTETTE CONVENZIONATE CON LA ASL 3 GENOVESE

Silla Antonelli - ASL3 Genovese-Ospedale Villa Scassi, Farmacia Ospedaliera, farmacista ospedaliero
Tosca Chiarello - ASL3 Genovese-Ospedale Villa Scassi, Farmacia Ospedaliera, farmacista ospedaliero
Costanza Nurchis - ASL3 Genovese-Ospedale Villa Scassi, Farmacia Ospedaliera, farmacista ospedaliero

Introduzione. In conformità alla legge 405/2001, la ASL3 Genovese dal 1 gennaio 2009 eroga direttamente i medicinali ai pazienti degenti nelle RSA e RP convenzionate con la stessa Asl3. Gli obiettivi sono: favorire la sostenibilità economica del sistema farmaceutico rispettando i tetti di spesa imposti dalla finanziaria alle Regioni, controllare l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, farmacovigilare ed informare per un corretto uso del farmaco ed educare sulle corrette modalità di conservazione e somministrazione dei farmaci.

Materiali e metodi. Il punto di partenza è stato definire un prontuario dedicato alle residenze convenzionate ed assegnare a ciascuna struttura un centro di costo in modo da poter elaborare dati di spesa e consumo col sistema gestionale in uso. Ogni struttura richiede i farmaci con un modulo prestabilito poi inviato alla Farmacia Ospedaliera della Asl3 di competenza tramite mail o fax con frequenza settimanale o mensile. L'allestimento dei farmaci viene effettuato dal personale magazzino col controllo di personale Farmacista ed il ritiro avviene da parte del personale delle RSA.

Risultati. Attualmente le Farmacie Ospedaliere della Asl3 servono 63 istituti, circa 3000 posti letto. Questo progetto, ancora in evoluzione, ha portato ad oggi una riduzione del costo medio per paziente, confrontando 2011 e 2012, del 10,30% (da 50,02 euro a 41,72 euro) mentre il numero dei posti letto è aumentato del 7,56% anche perché dal 2012 vengono distribuiti farmaci di fascia A a pazienti privati residenti nelle stesse RSA già convenzionate. Elaborando i dati, le classi ATC che hanno pesato maggiormente sulla spesa sono state i farmaci del sistema nervoso (N)(circa 40% del totale nel 2011 e 2012), e quelli del sangue ed organi emopoietici (B)(30%). In particolare tra gli N la classe più richiesta è stata la N05 (psicolettici) con il 46% nel 2011 ed il 41% nel 2012. Della classe B i farmaci più utilizzati sono stati gli antitrombotici (B01) con il 71% nel 2011 e l'80% nel 2012. Per quanto riguarda i consumi sia nel 2011 che nel 2012 i farmaci più richiesti sono stati quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (A) (23%), quelli del sistema cardiovascolare (C) (20%) e quelli del sistema nervoso (31%). Nel dettaglio, per la classe N sono stati sempre gli psicolettici ad avere un maggior consumo (circa 29% tra gli N); per la A sono stati i gastroprotettori (A02) (45% nel 2011 e 50% nel 2012) e per la C i diuretici (C03) (circa il 28% nel 2011 e 2012).

Conclusioni. Il prossimo passo è quello di informatizzare le richieste dei farmaci per avere i dettagli relativi all'assistito e

alla terapia entrando attivamente nella valutazione dell'appropriatezza prescrittiva.

RISPARMI ASSOCIATI AL NUOVO PROGRAMMA DI CONSEGNA A DOMICILIO TRAMITE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Antonio De Franco Iannuzzi
Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona, Dip. Farmaceutico, Farmacista

Introduzione. L'aumento dell'età media della popolazione determina, come è noto da tempo, un incremento dell'accesso ai servizi di Assistenza Domiciliare. L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona ha iniziato nel 2009 un progetto di revisione del sistema di erogazione di materiale sanitario, farmaci e prodotti dietetici finalizzato all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse finanziarie. Nel 2013 si è deciso di analizzare nel dettaglio le spese sostenute negli anni 2010, 2011 e 2012 per poter valutare quantitativamente il risparmio realizzato.

Materiali e metodi. Sono stati utilizzati i dati provenienti dal Sistema Informativo Aziendale attraverso il software AscotWeb®, suddivisi in base sia all'imputazione del costo (distribuzione diretta ai pazienti o distribuzione attraverso i servizi ADI) che al distretto sanitario di competenza (Crotona, Cirò e Mesoraca), per ciascun mese degli anni 2010, 2011 e 2012. Le spese, per ogni articolo, sono state poi aggregate suddividendole in quattro macrocategorie: "Farmaci" (F), "Materiale Sanitario" (MS), "Medicazioni Avanzate e relativi accessori" (MA) ed "Alimenti e Nutrizioni" (N). Sono state infine analizzate le variazioni, sia su base mensile che su base annua, dei consumi complessivi. Durante tutto il periodo, con cadenza annuale, sono stati somministrati dei test sintetici ai parenti dei pazienti per valutare il grado di soddisfazione derivante dal nuovo sistema di distribuzione.

Risultati. Nel 2010 la spesa complessiva dell'Azienda Sanitaria per l'ADI è stata di € 306.204,60 per la categoria "F", € 268.042,25 per la categoria "MS", € 342.847,77 per la categoria "MA" e € 353.034,29 per la categoria "N", per un totale di € 1.270.128,91. Nel 2011 la spesa complessiva è diminuita del 55,63% per un costo totale di € 563.486,51, con riduzione in tutte le categorie ("F" -47,29%, "MS" -47,16%, "MA" -64,21% ed "N" -16,81%), mentre nel 2012 (spesa pari a € 271.927,52), rispetto all'anno precedente, si è ottenuto un risparmio del 51,74% ("F" -46,12%, "MS" -63,83%, "MA" -27,46% ed "N" -70,57%).

Conclusioni. Il programma di consegna a domicilio dei prodotti prescritti ai pazienti in ADI si è dimostrato, rispetto al precedente sistema di erogazione attraverso le farmacie convenzionate, estremamente efficiente, ha determinato una notevolissima riduzione di costi, sia in termini di spesa totale che di spesa pro capite. I costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria per la messa in opera del progetto sono stati ampiamente ripagati dai risparmi ottenuti, così come è aumentata la soddisfazione degli assistiti rilevata attraverso un brevissimo questionario anonimo sottoposto ai familiari dei pazienti.

ADESIONE ALLE RACCOMANDAZIONI REGIONALI PER LA TERAPIA ANTITROMBOTICA NELLE SCA NEI PAZIENTI TRATTATI CON TICAGRELOR DURANTE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE H-T

Monica Squarza - Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma - Fidenza (PR), Assistenza Farmaceutica - Farmaceutica Ospedaliera ed Assistenza Diretta, Farmacista

Anna Chiara Tardi - Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma - Fidenza (PR), Assistenza Farmaceutica - Farmaceutica Ospedaliera ed Assistenza Diretta, Farmacista

Silvia Borghesi - Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma - Fidenza (PR), Assistenza Farmaceutica - Farmaceutica Ospedaliera ed Assistenza Diretta, Farmacista

Anna Maria Gazzola - Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma - Fidenza (PR), Assistenza Farmaceutica - Farmaceutica Ospedaliera ed Assistenza Diretta, Direttore

Introduzione. Le principali manifestazioni delle Sindromi Coronariche Acute (SCA) sono l'infarto miocardico acuto con soprallivellamento del tratto ST (STEMI) e quello con ST non persistentemente elevato (SCA-NSTE) ad alto e ad altissimo rischio. Scopo di questo lavoro è valutare, in merito all'uso di Ticagrelor, l'adesione alle Raccomandazioni della Regione Emilia Romagna (RER) riguardanti la terapia antitrombotica nelle SCA, recepite dalla Commissione Farmaco della nostra Area Vasta a febbraio 2013.

Materiali e metodi. La presa in carico dei pazienti trattati con Ticagrelor presso i punti di Distribuzione Diretta dell'AUSL di Parma, avviene nella fase della continuità terapeutica H-T e l'elaborazione dei dati è stata attuata mediante specifico applicativo informatico. Il monitoraggio degli indicatori e l'aderenza alle Raccomandazioni è avvenuto tramite l'analisi dei Piani Terapeutici (PT) redatti dai Centri autorizzati dalla RER da febbraio a giugno 2013. Gli indicatori nel PT sono: STEMI candidati all'angioplastica primaria (trattamenti associati eparina e/o bivalirudina e/o antiGPIIb/IIIa); SCA-NSTE a rischio altissimo (trattamenti associati eparina e/o bivalirudina e/o antiGPIIb/IIIa); SCA-NSTE a rischio alto (e con rischio ischemico particolarmente elevato e rischio emorragico particolarmente basso, o trombotosi di stent, o già trattati con clopidogrel al momento della SCA). Un'ulteriore informazione riguarda la pratica PCI eventualmente adottata (con distinzione tra impianto di stent metallico, BMS, o di stent medicato, DES).

Risultati. I pazienti considerati sono 75. Dall'analisi emerge che: il 36% presenta STEMI candidati all'angioplastica primaria (3,7% è co-trattato con eparina e antiGPIIb/IIIa, 3,7% con bivalirudina, 25,9% con eparina e l'11,1% con antiGPIIb/IIIa), il 12% presenta SCA-NSTE a rischio altissimo (11,1% co-trattato con eparina e antiGPIIb/IIIa e 11,1% con eparina) e il 50,7% presenta SCA-NSTE a rischio alto (5,3% già trattato con clopidogrel al momento della SCA, 73,7% con rischio ischemico particolarmente elevato e rischio emorragico particolarmente basso). Valutando la PCI (90,7% dei PT) risulta che nel 78% dei casi è stato impiantato un DES, nel 14,7% un BMS e nel 7,3% non è stato effettuato impianto.

Conclusioni. Nell'ambito della continuità assistenziale H-T è stato dunque possibile analizzare i PT da cui si evince una buona adesione al Documento Regionale da parte dei Centri Cardiologici autorizzati. L'appropriatezza prescrittiva rispetto alle Raccomandazioni è stata rilevata sia rispetto alle indicazioni previste dal PT sia in termini di dose e durata dei trattamenti. L'unica difformità riscontrata è relativa alla durata del trattamento in tutti i casi di impianto di BMS, che è stato 6 mesi anziché 1 mese come indicato nel Documento.

DISPENSAZIONE DIRETTA DEI FARMACI

PER LA TERAPIA CRONICA PER PAZIENTI AMBULATORIALI EMODIALIZZATI: DIMINUIZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI COSTI SOCIALI

Giovanni De Rosa - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), Farmacia, Farmacista

Roberta Villanova - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), Farmacia, Farmacista

Silvia Manfè - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), Farmacia, Tirocinante Farmacista

Antonio Marzillo - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), Farmacia, Farmacista

Daniela Fantini - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), Farmacia, Farmacista

Beatrice Brizi - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), Farmacia, Farmacista

Antonella Filippin - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), Farmacia, Farmacista

Francesco Lain - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), Farmacia, Farmacista

Cristina Paier - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), FARMACIA, Farmacista

Daniela Maccari - ULSS7, Pieve di Soligo (TV), Farmacia, Direttrice Farmacia

Introduzione. Il trattamento dialitico consiste nella depurazione extracorporea usando un rene artificiale (emodialisi): i pazienti vengono sottoposti all'emodialisi tre giorni alla settimana con una durata media di circa 5 ore per ogni seduta. Il paziente inoltre viene sottoposto ad esami ematochimici e strumentali per determinare una farmacoterapia personalizzata. Visto che i pazienti periodicamente si sottopongono a questo trattamento, il Servizio di Farmacia Ospedaliera in collaborazione con l'U.O. Nefrologia e Dialisi, ha realizzato un progetto di distribuzione diretta dei farmaci utilizzati per le patologie croniche al fine di migliorare la continuità assistenziale ospedale- territorio per i suddetti pazienti. A quattro mesi dall'avvio del progetto, questo lavoro si prefigge di valutare la diminuzione della spesa farmaceutica e dei costi sociali in linea con le ultime disposizioni normative.

Materiali e metodi. Mensilmente l'U.O. Nefrologia e Dialisi invia al Servizio di Farmacia Ospedaliera le richieste di approvvigionamento dei farmaci in classe A (inseriti nel PTO) e farmaci del PhT per le terapie croniche; il Servizio di Farmacia Ospedaliera effettua il controllo quali-quantitativo delle prescrizioni ricevute, e invia i farmaci richiesti alla Sezione di Emodialisi: la spesa viene addebitata al Centro di Costo (U.O. nefrologia e Dialisi).

Risultati. Dall'analisi dei primi 4 mesi di avvio del suddetto progetto è emerso che la distribuzione diretta ha portato ad una spesa di Euro 19.648, rispetto ad una stima di distribuzione presso le Farmacie convenzionate che sarebbe stata di Euro 42.322,95 (delta di Euro 22.674,95).

Conclusioni. L'attuazione di questo progetto consente di ottenere un risparmio della spesa farmaceutica di circa il 53%. Inoltre consente di migliorare la qualità di vita dei pazienti dializzati, i quali possono ritirare i medicinali direttamente al centro prescrittore: in questo modo, aumenta l'aderenza alla terapia e si evitano errori di somministrazione. In questo modo i medici hanno la possibilità di verificare la compliance del paziente e valutare la reale risposta terapeutica a patologie croniche.