- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

e le figure sanitarie che ruotano intorno a questo percorso è stato possibile mettere a disposizione del paziente una migliore qualità della terapia. La Farmacia dell'AOUS ha collaborato attivamente nella stesura di tale protocollo per la parte riguardante gli schemi posologici, le indicazioni registrate dei farmaci e le dosi massime somministrabili.

L'ANALISI DEI CONSUMI DEI FARMACI ANALGESICI COME STRUMENTO DI VERIFICA DELLA QUALITÀ DEL CONTROLLO DEL DOLORE POST-OPERATORIO

Monica Falvo - Istituto Ortopedico Rizzoli, SC Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Serena Cioni - Istituto Ortopedico Rizzoli, SC Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Angela Cocca - Istituto Ortopedico Rizzoli, SC Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Maria Antonietta Melfi - Istituto Ortopedico Rizzoli, SC Farmacia, Dirigente Farmacista
Paola Iovino - Istituto Ortopedico Rizzoli, SC Farmacia, Dirigente Farmacista
Massimiliano Luppi - Istituto Ortopedico Rizzoli, SC Farmacia, Dirigente Farmacista
Valeria Sassoli - Istituto Ortopedico Rizzoli, SC Farmacia, Direttore SC Farmacia

Introduzione. Il Servizio Politica del Farmaco della Regione Emilia-Romagna ha posto come obiettivo a tutte le Aziende Sanitarie, incluso l'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'effettuazione di elaborazioni relative al consumo di farmaci oppiodi. In ottemperanza a ciò, il Comitato "Ospedale Senza Dolore" dell'Istituto elabora dei report semestrali, sul consumo dei farmaci antidolorifici che vengono inviati agli utilizzatori. Il COSD, ha ritenuto utile estendere l'analisi dei consumi anche a tutti gli altri antidolorifici presenti nei protocolli della procedura "Trattamento del dolore post-operatorio" attivi presso l'Istituto.

Materiali e metodi. La procedura informatizzata di magazzino ha consentito un'elaborazione per classe ATC dei farmaci analizzati, nella fattispecie: ATC M01A (FANS), N01B (anestetici locali) e N02 (oppiodi) senza ulteriori sotto classificazioni. La standardizzazione delle DDD è stata conseguita pesando i consumi estrapolati rispetto a 1000 interventi. Il dato individuato e concordato con la Direzione Sanitaria dell'Istituto, è stato selezionato a garanzia dell'applicazione dei protocolli della terapia del dolore. L'analisi finale è stata effettuata confrontando le DDD per classe ATC nel periodo gennaio-dicembre 2012 verso gennaio-dicembre 2011.

Risultati. Le Unità Operative esaminate sono tutte chirurgiche, ad eccezione della C, oncologica. Dalla prima elaborazione sul consumo totale di antidolorifici, la clinica F con 18000 DDD è risultata la maggior utilizzatrice di antidolorifici, a seguire la C e la B. Per il consumo di FANS : clinica F 12.000 DDD circa, la clinica C e la D con circa 8.000 DDD. Il consumo di oppiodi ricalca il consumo dei FANS: clinica F 6500 DDD circa, clinica C 5000 DDD e la D con 4000 DDD. Da evidenziare che il consumo di anestetici locali presso lo IOR, rappresenta un terzo del consumo totale regionale di anestetici locali. E' stato possibile ottenere una stratificazione per principio attivo e U.O., dalla quale risulta che il maggior consumo è attribuibile alla levobupivacaina (76.601 DDD nel 2012), in particolare nelle U.O.A.

Conclusioni. Dal 2002 il consumo di oppiodi è in crescita presso lo IOR dell'8,3%, in linea con la crescita media nazionale che nel 2012 si attesta intorno al 9% circa. Si registra un maggior consumo di anestetici locali rispetto alla media regionale, prevedibile considerata l'elevata attività chirurgica dell'Istituto. Dalla concomitante rilevazione dell'NRS si è constatato che nelle Unità Operative ove si è registrato un minor consumo di antidolorifici è riscontrabile un maggior valore medio di NRS. Dalla nostra esperienza risulta che l'analisi dei consumi insieme alla rilevazione dell'NRS costituiscono strumenti essenziali per valutazione della qualità del trattamento del dolore.

DISPOSITIVI MEDICI

HTA DI DISPOSITIVI MEDICI: L'ALLEANZA DI COMPETENZE TRA FARMACIA E DIREZIONE SANITARIA PER COSTRUIRE UN PERCORSO COMUNE E CONDIVISO

Claudia Fruttero - ao ordine mauriziano, sc farmacia, Farmacista tutor per il gruppo di lavoro
Andreina Bramardi - Gruppo di lavoro, , farmacista
Daniela Ielo - Gruppo di lavoro, , farmacista
Elena Zinetti - Gruppo di lavoro, , farmacista
Marianna Mondini - Gruppo di lavoro, , farmacista
Mariateresa Giachino Amistà - gruppo di lavoro, , medico
Gerolamo Farrauto - gruppo di lavoro, , medico
Monica Rebora - Gruppo di lavoro, , Medico
Antonio Scarcello - gruppo di lavoro, , medico
Cristina Viglianchino - gruppo di lavoro, , medico
Arianna Vitale - Medico tutor per il gruppo di lavoro, , Medico
Franco Ripa - Segretario regionale ANMDO Sez. Piemonte e Valle d'Aosta, , Medico
Francesco Cattel - Segretario regionale SIFO Sez. Piemonte e Valle d'Aosta, , farmacista

Introduzione. Nell'ambito della collaborazione tra SIFO e ANMDO, in Piemonte è stata promossa un'iniziativa di collaborazione scientifica sviluppata nell'ambito di un corso di formazione strutturato in 3 giornate residenziali avente come tema la costruzione di procedure condivise riguardanti i medicinali, le grandi attrezzature e i DM: nello specifico il gruppo costituito dagli autori del presente abstract ha ricevuto come mission quella di elaborare una procedura di assessment di dispositivi medici.

Materiali e metodi. Al fine di elaborare una procedura di assessment evidence based, si è proceduto a mappare i ruoli e le attività svolte dai colleghi all'interno delle AASSRR di appartenenza relativamente alla materia oggetto del lavoro chiedendo loro di compilare un questionario. Sulla base delle risposte si è proceduto a suddividere il gruppo in due parti omogenee che si sono occupate di attuare una ricerca normativa (Sottogruppo Normativa) e una ricerca bibliografica sull'assessment dei dm (Sottogruppo Bibliografia evidenze scientifiche [1,2]); per entrambi è stato identificato un referente (un referente Medico per il sottogruppo Bibliografia evidenza scientifiche e un referente Farmacista per il sottogruppo Normativa). Successivamente si è proceduto ad eseguire un confronto tra le procedure di gestione (richiesta e acquisizione) attualmente in uso nelle aziende di provenienza dei colleghi costituenti i due gruppi (ASL CN1, AO S.Croce e Carle di Cuneo,AO Novara, ASLTO4, AO Ordine Mauriziano di Torino) al fine di evidenziare i punti comuni e gli elementi di trasferibilità delle procedure vigenti presso le diverse AASSRR (benchmarking e know how).

Risultati. Nel corso della seconda giornata residenziale è stata presentata una prima bozza nella quale sono stati sviluppati alcuni dei campi previsti nella procedura. In

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

particolare si è lavorato sui risultati delle ricerche attuate dai due gruppi, implementando i campi: scopo, campo di applicazione, terminologia ed abbreviazioni, sequenza delle attività, flow chart e diffusione.

Conclusioni. In occasione della terza giornata residenziale (che si terrà a dicembre 2013) verrà presentata la procedura definitiva che, supportata da riferimenti normativi solidi e aggiornati, potrà essere trasferita e implementata nel contesto di tutte le AASSRR del Piemonte oltre che di Aziende sanitarie extraregionali.

Bibliografia. 1. Atti della V Conferenza nazionale sui Dispositivi Medici. Roma 5-6 Dicembre 2012. 2. L'applicazione dell' HTA ai dispositivi medici. L'esperienza UVEF Regione Veneto. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 23.02.2009.

UTILIZZO DELLA TERAPIA PRESSIONE NEGATIVA (TPN) NEL PRESIDIO OSPEDALIERO M. BUFALINI, IN RIFERIMENTO ALLE LINEE GUIDA REGIONALI DEL GENNAIO 2010

Paola Ricci - AUSL CESENA, U.O.FARMACIA CENTRALIZZATA AVR, FARMACISTA
Roberto Neri - ausl cesena, U.O. centro grandi ustionati, medico
Catiuscia Orlandi - ausl cesena, U.O. centro grandi ustionati, medico

Introduzione. Nel gennaio 2010 sono state pubblicate le linee guida regionali (LGR) per l'utilizzo della TPN. In questo contesto, è stato effettuato un audit clinico sull'utilizzo della TPN nell'anno 2012 in ambito aziendale. L'ambito del suddetto audit clinico è di particolare rilievo considerati i costi e la variabilità di applicazione di questa tecnica. Per uniformare le modalità di gestione della TPN in azienda la maggior parte dei trattamenti per i pazienti con lesioni cutanee acute e croniche di difficile trattamento viene cogestita dal Centro Grandi Ustionati (CGU).

Materiali e metodi. La raccolta dei dati è stata eseguita in più giornate, sulla base dei seguenti parametri: sistema utilizzato, tipologia di ferita, media di gg/pz per tipologia di trattamento, trattamenti successivi (ricostruzione con innesto/lembo, medicazioni avanzate), esiti del trattamento. Lo strumento per risalire ai casi trattati è stato la scheda di attivazione e di disattivazione degli apparecchi. Dai dati anagrafici riportati sulla scheda successivamente è stata ricostruita l'evoluzione clinica tramite i referti informatizzati che compaiono su programma on-amb e tramite le lettere di dimissione informatizzate.

Risultati. I principali ambiti di applicazione nella nostra realtà riguardano prevalentemente traumi, fratture esposte e lesioni vascolari. Nel periodo di riferimento i trattamenti gestiti sono stati in totale 128. La durata media del trattamento è stata di circa 19gg /pz . Si segnalano due trattamenti di cui uno di 58gg e l'altro di 151gg . Il fatto è da imputare a casi clinicamente eccezionali. Si sono verificate 2 amputazioni tra il gruppo dei vascolari (22) e 6 decessi, di cui 2 vascolari, 2 ulcere da pressione, 1 deiescenza chirurgica, 1 fascite/cellulite. L'esito del trattamento non è valutabile in quanto i pazienti sono deceduti per altre cause, in corso di trattamento. L'attivazione della terapia come trattamento di seconda scelta al trattamento di 4 settimane con medicazioni avanzate e con previsione di guarigione di almeno 6 mesi è risultata non sempre applicabile in quanto non pertinente con la buona condotta clinica; nel caso di gravi traumi il paziente non risulta collaborante né consenziente, ma sedato; in alcuni casi le medicazioni risultano dolorose e richiedono l'intervento dell'anestesista.

Conclusioni. Il metodo di lavoro utilizzato nella conduzione dell'audit clinico è risultato utile come strumento di autovalutazione e come verifica di aderenza alle LG regionali nella realtà locale. Sono scaturite proposte per miglioramenti legati soprattutto alla necessità di ripristinare uno strumento utile per monitorare il trattamento con TNP.

ISTITUZIONE DI UN'UNICA COMMISSIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI NELL'AREA VASTA ROMAGNA (AVR)

Ricci Paola - AUSL CESENA, U.O.FARMACIA CENTRALIZZATA AVR, FARMACISTA
Silvia Galassi - ausl cesena, U.O.FARMACIA CENTRALIZZATA AVR, farmacista

Introduzione. In applicazione alla DGR 1523/08, in ambito di Area Vasta Romagna sono state istituite quattro Commissioni Aziendali dei Dispositivi medici: CADM di Forlì, CADM di Cesena, CADM di Ravenna, CADM di Rimini. Allo stato attuale il riferimento alla DGR 1523/08 "Sistema Regionale Dispositivi Medici", che prevedeva l'istituzione di commissioni nelle singole aziende, può ritenersi superato alla luce delle modifiche organizzative dell'AVR. Infatti è stato dato attuazione al progetto di unificazione delle singole Commissioni aziendali, in considerazione delle future prospettive di Aziendalizzazione. Lo scopo è quello di istituire una Commissione di Area Vasta per la condivisione delle scelte sui dispositivi e per la realizzazione di un unico Repertorio.

Materiali e metodi. Su mandato delle Direzioni Generali delle quattro Aziende di AVR e dell'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST), un Gruppo di Lavoro costituito da farmacisti della Farmacia Centralizzata di AVR, ha elaborato una "Proposta di indicazioni per l'avvio di una Commissione dei Dispositivi Medici di AVR", con l'obiettivo di sintetizzare e coordinare le politiche delle Aziende di AVR e dell'IRST, in merito alla gestione dei dispositivi. L'ipotesi su cui si è definito il progetto ha previsto che la Commissione sia composta da membri rappresentativi delle 4 Aziende AVR e IRST, e che, dal punto di vista organizzativo, possa avvalersi dell'attività di una Segreteria Scientifico-Organizzativa e di 5 Segreterie Operative di Sede. I principali punti di forza di una commissione unica di AVR possono essere così sintetizzati: centralizzazione delle attività di valutazione dei dispositivi medici e condivisione/razionalizzazione delle risorse professionali oggi impegnate nelle segreterie scientifiche; maggiore uniformità delle decisioni e dei conseguenti comportamenti prescrittivi; omogeneizzazione delle procedure; integrazione e condivisione delle scelte ai fini di ottimizzare le risorse, anche per facilitare la gestione del Magazzino centralizzato di AVR.

Risultati. La realizzazione del Magazzino centralizzato AVR comporta l'accelerazione dei percorsi di integrazione, in particolare per quanto riguarda la selezione e l'acquisizione dei beni sanitari; ciò si traduce nella necessità di disporre di un supporto decisionale alle scelte di tipo economico operate in ambito di Area Vasta, con particolare riferimento al criterio della sovrapponibilità dei dispositivi medici in relazione alla destinazione d'uso, per garantire l'acquisto dei dispositivi medici con le migliori prestazioni al prezzo più conveniente.

Conclusioni. Sarà necessario garantire livelli di contatto e monitoraggio locali affinchè i professionisti possano

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

scegliere i dispositivi adeguati ai bisogni di assistenza in maniera omogenea nell'ambito delle realtà operative dell'AVR.

VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA DI DESTINAZIONE D'USO DEI DISPOSITIVI MEDICI IMPIEGATI NELL'INTERVENTO DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Clotilde Cacciapuoti - Presidio Ospedaliero Ascalesi, Via Egiziaca a Forcella, 31, 80131, Napoli, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Ospedaliero
Francesco Maione - Università degli Studi di Napoli Federico II, Via Domenico Montesano 49, 80131, Napoli, Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Lucia De Cicco - Presidio Ospedaliero Ascalesi, Via Egiziaca a Forcella, 31, 80131, Napoli, Farmacia Ospedaliera, Direttrice Farmacia Ospedaliera

Introduzione. L'intervento di colecistectomia laparoscopica è ritenuto gold standard. Dati i notevoli costi dei dispositivi utilizzati è stata effettuata, presso il Presidio Ospedaliero Ascalesi di Napoli, un analisi finalizzata a monitorare il corretto impiego/utilizzo degli stessi da parte del personale medico ed infermieristico (1-2).

Materiali e metodi. E' stata effettuata un'indagine circa l'appropriatezza di destinazione d'uso dei dispositivi medici utilizzati nell'intervento di colecistectomia laparoscopica. In primo luogo è stato redatto un elenco dei vari dispositivi che periodicamente la farmacia fornisce per gli interventi di colecistectomia laparoscopica. Per ognuno di essi è stato evidenziato se si trattasse di dispositivo monouso o poliuso, il codice di identificazione secondo classificazione CND e la classe di rischio di appartenenza. Tutti appartengono alla classe IIa dei dispositivi a rischio medio non attivi ma invasivi. Secondo classificazione CND tutti i dispositivi analizzati appartengono alla categoria K, dispositivi per elettrochirurgia e chirurgia mininvasiva ad eccezione dell'applicatore monouso di clips in titanio appartenente alla categoria H del materiale per sutura. Grazie ai codici CND sono state consultate, in un area non pubblica del sito del ministero della salute, le specifiche schede tecniche per verificare se l'indicazione d'uso fornita dal fabbricante fosse rispettata durante l'intervento, ovvero se il personale ne facesse un uso conforme.

Risultati. Dall'indagine effettuata si evince che il personale quasi sempre si attiene all'indicazione specifica del monouso e rispetta, per i dispositivi poliuso, gli standard di sterilizzazione previsti. Risulta confermata l'appropriatezza di destinazione d'uso dei dispositivi in esame con quanto riportato nella scheda tecnica fornita dal fabbricante.

Conclusioni. I risultati ottenuti sono serviti a monitorare e verificare l'appropriatezza d'uso e a sensibilizzare il personale medico ed infermieristico ad un uso sempre più corretto e consapevole dei dispositivi medici al fine di offrire maggiori garanzie a tutela della salute del paziente.

Bibliografia. 1) "Dispositivi medici: aspetti regolatori e operativi". Volume edito dal ministero della salute. 2) Decreto legislativo 24 Febbraio 1997 n 46(Pubblicato in Gazzetta ufficiale del 6 marzo 1997 n.54 supplemento ordinario). Attuazione direttiva CEE 93/42 concernente i dispositivi medici.

ANALISI ECONOMICA DI CONFRONTO TRA DISPOSITIVI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA E COLECISTECTOMIA IN OPEN

Angela Lupoli - Presidio Ospedaliero Ascalesi di Napoli, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Opsedaliero
Clotilde Cacciapuoti - Presidio Ospedaliero Ascalesi, Via Egiziaca a Forcella, 31, 80131, Napoli, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Ospedaliero
Francesco Maione - Università degli Studi di Napoli Federico II, Via Domenico Montesano 49, 80131, Napoli, Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Lucia De Cicco - Presidio Ospedaliero Ascalesi, Via Egiziaca a Forcella, 31, 80131, Napoli, Farmacia Ospedaliera, Direttrice Farmacia Ospedaliera

Introduzione. La tecnica in open è stata una tecnica largamente impiegata in ambito ospedaliero negli interventi di colecistectomia. D'altra parte l'utilizzo sempre più emergente della tecnica laparoscopica impone la necessità di un confronto dispositivo-economico tra i due tipi di intervento (1).

Materiali e metodi. E' stata effettuata una valutazione dispositivo-economica di confronto tra l'intervento di colecistectomia eseguita con tecnica laparoscopica e con tecnica in open soffermandosi in particolare sui costi dei dispositivi adoperati. Grazie alla conoscenza dei DRG di riferimento si è risaliti al numero totale di interventi eseguiti con le due tecniche. Si sono confrontati i costi diretti delle due tecniche adoperate considerando gli specifici dispositivi necessari all'esecuzione dell'intervento con tecnica laparoscopica o in open. Si sono poi analizzati tre tipologie di costi indiretti attribuibili comunque al tipo di intervento: il numero di giorni di degenza, il costo per la società legato alla mancata produttività per assenza da lavoro e il tipo di degenza che il paziente affronta a seconda della tecnica utilizzata.

Risultati. Dall'analisi dei costi diretti l'intervento di colecistectomia laparoscopica comportando l'utilizzo di dispositivi specialistici risulta economicamente più dispendioso (circa 900 euro) rispetto all'esecuzione dello stesso con tecnica classica che non richiede l'utilizzo di nessun dispositivo in particolare se non di quelli già in dotazione presso l'unità operativa (circa 100 euro). Tuttavia dall'analisi delle tre tipologie di costi indiretti la situazione è del tutto invertita: l'intervento in laparoscopia comportando una degenza di soli tre giorni rispetto ai nove della tecnica classica e considerando che ogni giorno di degenza ha un costo di circa mille euro risulta economicamente più vantaggioso. Anche in termini di mancata produttività lavorativa, sia autonoma che dipendente, il minor numero di giorni di degenza porta la tecnica laparoscopica ad essere preferibile. Infine, se pur di non semplice quantificazione, il valore economico assegnabile ad una degenza (peraltro meno dolorosa) da parte del paziente essa ha comunque un notevole peso nel direzionare un sempre maggior numero di interventi all'esecuzione con tecnica laparoscopica.

Conclusioni. La netta prevalenza di utilizzo della tecnica laparoscopica per l'intervento in esame (totale 175 interventi di cui 28 in open e 147 in laparoscopia), avvalorata dai risultati del presente studio che la fanno prediligere anche da un punto di vista economico, conferma la colecistectomia laparoscopica come intervento gold standard.

Bibliografia. 1) "I protocolli in chirurgia laparoscopica" a cura del Prof. Salvatore Errico, Azienda ospedaliera Monaldi.

PREDISPOSIZIONE DI UN REPERTORIO DEI DISPOSITIVI MEDICI DESTINATO ALLA CONSULTAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI DELL'A.S.L. TO3

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

Stefania Cardon - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera - Università degli Studi di Torino
Michele Amadio - 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
Berutti Ugo - 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
Gabriella Tolu - Azienda Sanitaria Locale TO3-Settore Farmaceutico
Grazia Ceravolo - Azienda Sanitaria Locale TO3-Settore Farmaceutico

Introduzione. Il Servizio Farmaceutico dell'ASLTO3-Regione Piemonte ha stilato un Repertorio Aziendale comprendente i Dispositivi Medici di uso più frequente, allo scopo di individuare ed unificare i prodotti sovrapponibili e di agevolare gli operatori nella ricerca dei dati relativi a ciascun prodotto. Questa esigenza di razionalizzazione si è rivelata primaria a seguito del confluire di più Aziende sanitarie nell'attuale A.S.L. TO3.

Materiali e metodi. Il lavoro è stato avviato con un'iniziale estrazione dagli archivi anagrafici dei prodotti movimentati negli ultimi due anni. Successivamente si è provveduto a classificare i DM, gli IVD e i PMC. Per i DM sono stati inseriti i dati di CND e RDM, al fine di permetterne l'identificazione univoca. I dati relativi a CND ed RDM sono stati richiesti direttamente alle Ditte attraverso la compilazione di un modulo .xls già comprendente il codice identificativo del fornitore, la descrizione del dispositivo ed il codice interno. E' stato quindi possibile riversare automaticamente CND ed RDM nella banca dati del programma informatico aziendale. Altrimenti i dati sono stati ricavati dalle schede tecniche inviate dalle Ditte ed inseriti manualmente. La classificazione per CND ha permesso di individuare ed unificare i prodotti sovrapponibili ed è stata utilizzata come base per la revisione delle descrizioni anagrafiche. Si è successivamente proceduto ad estrazione informatica dei codici dei DM gestiti a magazzino ed abitualmente richiesti dai Reparti. Il risultato dell'estrazione ha portato al Repertorio attuale che comprende circa 1800 prodotti.

Risultati. Il Repertorio predisposto prevede per ciascun DM i seguenti dati: CND, descrizione ramo della CND, descrizione anagrafica interna del dispositivo, REF (codice prodotto fornitore), codice fornitore interno, descrizione fornitore, RDM.

Conclusioni. La stesura di un Repertorio Aziendale dei DM, grazie alla classificazione per CND ed all'identificazione univoca dell'RDM, ha permesso sia una riduzione del numero dei prodotti sia una più facile ricerca dei DM disponibili. Con l'inserimento sul sito informatico aziendale del Repertorio si è inteso agevolare nella ricerca tutti gli operatori sanitari ed in particolare gli incaricati di effettuare la richiesta on-line dei D.M. E' in fase di predisposizione un'estensione del tabulato che prevede ulteriori precisazioni inerenti ai DM, ovvero, ove pertinenti, la tipologia di richiesta (obbligo di Piano Terapeutico, richiesta motivata, limitazione della fornitura ad alcuni reparti, ecc), presenza/assenza di lattice e presenza/assenza di ftalati, costo unitario.

APPLICAZIONE DI NUOVE TECNOLOGIE INFORMATICHE PER LA GESTIONE, LA RAZIONALIZZAZIONE E LA TRACCIABILITÀ DEI DISPOSITIVI MEDICI NEI COMPARTI OPERATORI

Valentina Stelluto - AUSL REGGIO EMILIA, DIREZIONE SANITARIA, FARMACISTA
Morena Cerlini - AUSL REGGIO EMILIA, FARMACEUTICO, RESPONSABILE FARMACIA INTERNA CENTRALIZZATA
Corrado Busani - AUSL REGGIO EMILIA, FARMACEUTICO, DIRETTORE

Introduzione. Dal 2002, presso ogni comparto operatorio (CO) dell'Azienda USL di Reggio Emilia è presente un magazzino interno (detto periferico) dove vengono stoccati i dispositivi medici (DM) destinati a rifornire quotidianamente gli armadi e i carrelli presenti nelle sale operatorie. La costituzione dei magazzini periferici è originata dall'esigenza di razionalizzare le scorte dei dispositivi medici presso i CO e di ottimizzare la logistica presso le strutture. Le procedure di gestione dei DM nei CO sono informatizzate. In luglio 2012 è stato avviato presso le sale operatorie un progetto sperimentale per la gestione avanzata dei DM al fine di razionalizzarne i processi di acquisto.

Materiali e metodi. Per la gestione in via sperimentale sono stati definiti due comparti operatori pilota siti rispettivamente presso l'Ospedale Franchini di Montecchio e l'Ospedale Civile di Guastalla. È stato introdotto uno strumento sofisticato in grado di tracciare i prodotti e automatizzare la gestione delle scorte, con una richiesta minima di attività da parte degli operatori. Esso si avvale della tecnologia RFId (Radio Frenquency Identification) che consiste tipicamente di tre componenti: TAG (etichetta), lettori e software per la gestione dei dati. I TAG vengono posizionati su una specifica tipologia di prodotti a scorta presso i magazzini periferici gestiti in conto deposito. La tecnologia RFId permette di gestire informaticamente tutte le attività dedicate alla gestione delle scorte in magazzino, quali scarico dei prodotti, reintegro, inventari, attività amministrative (ordini e fatture).

Risultati. La gestione automatizzata delle scorte consente la riduzione delle attività del personale coinvolto nella gestione amministrativa delle scorte di magazzino. Allo stesso tempo risultano sostanzialmente ridotti i tempi necessari per le attività di inventario, verifica scadenze, riordino e controllo dei consumi; ciò permette ai coordinatori infermieristici una focalizzazione delle attività professionali sul core business. La costituzione dei magazzini in conto deposito solleva l'Azienda dai costi correlati al rischio di obsolescenza e/o scadenza dei prodotti ad elevato costo e a basso indice di rotazione. Considerando l'attuale volume di DM gestiti in via sperimentale (circa l'8%), un anno di applicazione del sistema innovativo si traduce in un risparmio per l'Azienda pari a circa 70.000 euro.

Conclusioni. Il nuovo sistema di gestione contribuisce ad un uso efficiente e razionale delle risorse umane e materiali. Consente, inoltre, la tracciabilità dei flussi informativi di ogni singolo DM con TAG, fino al suo utilizzo sul paziente, contribuendo a garantire un elevato livello di sicurezza per il paziente.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

L'ESPERIENZA DEL MERCATO ELETTRONICO NELLA REALTÀ DEL POLICLINICO DI TOR VERGATA

Maria Teresa Dinatolo - UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA, SPECIALIZZANDA
Enrica Cantillo - POLICLINICO TOR VERGATA, UOC FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Daniele Leone - UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA, SPECIALIZZANDO
Lucia Aledda - UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA, SPECIALIZZANDA
Paolo Faccendini - POLICLINICO TOR VERGATA, UOC FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Lucy Antonini - POLICLINICO TOR VERGATA, UOC FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Corrado Masaracchia - POLICLINICO TOR VERGATA, UOC FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Maria Cristina Sugaroni - POLICLINICO TOR VERGATA, UOC FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Manuela Esposito - POLICLINICO TOR VERGATA, UOC FARMACIA CLINICA,
Maria Grazia Celeste - POLICLINICO TOR VERGATA, UOC FARMACIA CLINICA, DIRETTORE UOC FARMACIA CLINICA

Introduzione. Le modifiche normative introdotte nel 2012 dalla "spending review", hanno avuto per obiettivo il contenimento ed il miglioramento dell'efficienza della spesa pubblica. La Legge n. 94/2012 di conversione del D.L. n. 52/2012 ha esteso l'obbligo di ricorrere al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MePa) a tutte le Pubbliche Amministrazioni (PA). A tal proposito il Policlinico di Tor Vergata ha iniziato ad utilizzare il MePa per l'acquisto di alcuni Dispositivi Medici (DM) non presenti in gare in corso di validità, al fine di promuovere razionalizzazione della spesa e trasparenza dei processi di acquisto. Il MePa, utilizzabile solo per acquisti di importo inferiore alla soglia comunitaria ai sensi del D.Lgs. 169/2006, è un mercato digitale all'interno del quale i fornitori abilitati offrono i propri beni e servizi alle PA che effettuano acquisti mediante "ordini diretti a catalogo" o tramite "richieste di offerta".

Materiali e metodi. Nei primi 6 mesi del 2013 la UOC Farmacia Clinica ha fornito il proprio contributo tecnico scientifico al DBA, individuando le caratteristiche dei prodotti da acquistare attraverso la piattaforma MePa. Le RDO elaborate (18), costituite da uno o più lotti, hanno riguardato prodotti delle seguenti classi: -C020501-ELETTRODI PER E.C.G.; -R0302-PALLONI RESPIRATORI; -A010199-AGHI E KIT PER INFUSIONI E PRELIEVI–ALTRI; -D050101-ACIDO PERACETICO E ACETICO CON PEROSSIDO DI IDROGENO; -C01010102-AGHI CANNULA DI SICUREZZA; -F0306-KIT PER TRATTAMENTI DIALITICI CONTINUI; -R010102-CANNULE OROFARINGEE DI GUEDEL; -R01030201-TUBI TRACHEALI CUFFIATI NON ARMATI;-R03010201-MASCHERE PER OSSIGENOTERAPIA;-R03010202-MASCHERE TIPO VENTURI;-R03010301-MASCHERE PER AEROSOLTERAPIA.

Risultati. Sono state portate a termine 12 RDO, delle quali 6 condotte al prezzo economicamente più vantaggioso 6 al prezzo più basso. I risultati inerenti alle restanti RDO, 4 condotte al prezzo economicamente più vantaggioso e 2 al prezzo più basso, saranno disponibili a breve. Le RDO relative a prodotti esclusivi hanno portato essenzialmente ad una conferma del precedente prezzo di acquisto; le RDO riguardanti prodotti forniti da più ditte hanno generato condizioni economiche d'acquisto significativamente più vantaggiose. Si porta ad esempio la RDO relativa all'acquisto di elettrodi per ECG costituita da 4 sublotti dove si è ottenuta una % media di riduzione del prezzo del 50,38%.

Conclusioni. L'utilizzo della piattaforma MEPA, quando può essere adoperata, ha sicuramente dei vantaggi: -Maggiore tracciabilità e controllo della spesa; -Decremento dei costi (diretti e indiretti) degli approvvigionamenti; -Abbattimento dei tempi di gara; -Aumento della competizione tra operatori economici; -Automatismo dei criteri di aggiudicazione (trasparenza della valutazione delle offerte).

ANALISI DEI CONSUMI DI PACE-MAKER NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE (AOUS) NELL'ANNO 2012

Fabrizio Fiori - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Davide Paoletti - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Carolina Laudisio - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacista Ospedaliera, Specializzando
Castellani Chiara - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Giovanna Gallucci - Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Silvano Giorgi - Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Alessandra Catocci - Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista

Introduzione. I pacemakers, dispositivi per il trattamento della bradicardia, sono classificati in: MONOCAMERALI (inseriti con un elettrocatetere nel ventricolo destro); BICAMERALI (costituiti da due elettrocateteri inseriti uno nell'atrio e uno nel ventricolo destro); BIVENTRICOLARI (inseriti in posizione epicardica nei ventricolo destro e sinistro e attivati in sincrono); TRICAMERALI (inseriti in atrio e ventricolo destro e ventricolo sinistro). L'obiettivo di questo studio è stato analizzare la variazione dei costi e dei consumi dei vari tipi di pacemakers utilizzati nell'AOUS nel 2012 rispetto alla media del biennio 2010-2011.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati dei costi e consumi di pacemakers nell'AOUS, estrapolandoli dal sistema informatico. Nella sezione Repertorio Dispositivi sono state ricercate le schede tecniche relative a tali prodotti ed è stato prodotto uno schema delle indicazioni autorizzate per ciascun pacemaker.

Risultati. Per quanto concerne le indicazioni d'uso, i pacemakers monocamerali sono utilizzati nei problemi di conduzione dell'impulso; i bicamerali trovano applicazione nei problemi di conduzione atrioventricolare; i biventricolari sono utilizzati sia per permettere un'attivazione in sincrono dei due ventricoli, sia nei disturbi della conduzione/risincronizzazione. Per quanto riguarda i dati di consumo, si è avuto un incremento (331 pacemakers totali versus 208 del 2010 e 288 pacemakers del 2011; + 23,34% rispetto alla media dei consumi avuti nel biennio 2010-2011). In particolare i pacemakers monocamerali, sono aumentati (106 unità versus 69 unità del 2010 e 93 del 2011; +23,10% rispetto alla media del biennio precedente); anche per i pacemakers bicamerali si è registrato un incremento dei consumi (211 unità versus 128 del 2010 e 178 unità del 2011; +23,79%). I pacemakers tricamerali hanno invece avuto una

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

flessione (12 unità versus 17 del 2011, - 16,6%). In particolare, la spesa indotta dall'acquisto di pacemakers totali per l'anno 2012 è stata di 760.695,00€ versus 566.781,72€ del 2010 e 746.598,46€ del 2011 (+21,58% rispetto alla media della spesa del biennio precedentemente analizzato).

Conclusioni. Dall'analisi dei dati raccolti emerge che si è mantenuto il trend del biennio precedentemente analizzato, in quanto i pacemakers più utilizzati sono stati i bicamerali 64% (61,70% nel biennio 2010-2011), seguiti da i monocamerali 32% (32,66% nel 2010-2011) e dai tricamerali 4% (5,64% nel 2010-2011). Tale ripartizione probabilmente è correlata alla diffusione della patologia per la quale tali dispositivi sono indicati. Per quanto riguarda la spesa, il fatto che nel 2012, a fronte di un ulteriore aumento dei consumi, questa sia in leggera diminuzione è probabilmente imputabile all'entrata in vigore della nuova gara regionale, (maggio2012).

ANALISI DEI CONSUMI DI STENT VASCOLARI PERIFERICI NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE (AOUS) NEL TRIENNIO 2010-2012

Fabrizio Fiori - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Davide Paoletti - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Carolina Laudisio - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Chiara Castellani - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacista Ospedaliera, Specializzando
Giovanna Gallucci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Silvano Giorgi - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Alessandra Catocci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista

Introduzione. Gli stent sono dispositivi utilizzati per prevenire e trattare l'occlusione dei vasi sanguigni, trovano impiego in vari tipi di angioplastica e sono catalogati in quattro classi: metallici tradizionali-nudi (BMS); rivestiti da polimero; a rilascio di farmaco immunosoppressore (DES); vari. L'obiettivo di questo studio è stato quello di analizzare costi e consumi degli stent coronarici utilizzati presso tale struttura nel triennio 2010-2012, poiché rappresentano un'importante voce della spesa sanitaria.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati relativi ai costi e consumi degli stent usati nell'AOUS, estrapolandoli dal sistema informatico. Dalla sezione Repertorio Dispositivi sono state ricercate le schede tecniche relative a tali prodotti per produrre uno schema delle indicazioni autorizzate.

Risultati. Tutte le classi di prodotti risultano utilizzate nell'AOUS e presentano indicazioni terapeutiche sovrapponibili. In particolare, i BMS sono utilizzati a livello carotideo e per patologie neurovascolari, come coadiuvanti nell'angioplastica percutanea e anche a livello delle vie biliari. Gli stent rivestiti sono impiegati nel trattamento del distacco delle placche ateromatose e nelle stenosi ostruttive a vari livelli. I DES (nell'AOUS sono usati quelli con paclitaxel) nel trattamento delle vasculopatie sintomatiche delle arterie femoro-poplitee. Per quanto riguarda i BMS si è osservata una progressiva diminuzione dei consumi (377 nel 2010, 321 nel 2011, 288 nel 2012); quindi i consumi sono diminuiti del 23%. Per gli stent rivestiti si è invece avuto un incremento del 76% dei consumi (46 unità nel 2010, 81 nel 2012),con un proporzionale aumento della spesa del 60% (da 97.447 € del 2010 a 156.827 € del 2012). Anche i DES hanno subito un decremento del 70% (10 unità nel 2010; 6 nel 2011; 3 nel 2012), con una riduzione della spesa proporzionale alla riduzione dei consumi. Non sono stati oggetto di analisi i consumi relativi agli stent cosiddetti "vari" in quanto in questa catalogazione rientrano stent presentanti caratteristiche di tutte le altre tre classi e con differente impatto economico.

Conclusioni. L'utilizzo degli stent periferici nell'AOUS nel corso del triennio 2010-2012 è andato incontro a incrementi e decrementi a seconda della tipologia d'uso per la quale lo stent è indicato, e probabilmente anche per gli esiti dei follow-up sui pazienti trattati. Dai risultati ottenuti emerge pertanto la necessità di analizzare in modo più approfondito il razionale d'impiego che guida le scelte del clinico.

INTRODUZIONE DEI DM DI SICUREZZA UTILIZZATI NELLA NUTRIZIONE ENTERALE NELLA UOC DI NEONATOLOGIA DELL'OSPEDALE GENERALE REGIONALE "F.MIULLI"

Marino Bulzacchelli - Ente Ecclesiastico Ospedale Regionale Generale "F.Miulli", U.O.C. Farmacia Ospedaliera, Farmacista borsista
Martina Cortelletti - Ente Ecclesiastico Ospedale Regionale Generale "F.Miulli", U.O.C. Farmacia Ospedaliera, Farmacista Dirigente
Vito Lombardi - Ente Ecclesiastico Ospedale Regionale Generale "F.Miulli", U.O.C. Farmacia Ospedaliera, Farmacista Dirigente
Vincenzo Picerno - Ente Ecclesiastico Ospedale Regionale Generale "F.Miulli", U.O.C. Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Maddalena Sciacovelli - Ente Ecclesiastico Ospedale Regionale Generale "F.Miulli", U.O.C. Farmacia Ospedaliera, Farmacista Dirigente
Clelia Larenza - Ente Ecclesiastico Ospedale Regionale Generale "F.Miulli", U.O.C. Farmacia Ospedaliera, Direttore

Introduzione. La nutrizione enterale neonatale è una procedura frequente nell'assistenza ospedaliera al fine di garantire ai pazienti prematuri il giusto apporto alimentare. I dispositivi medici (DM) impiegati nell'assistenza sono molteplici, a volte il quadro clinico può risultare complesso e gli operatori agiscono con procedure di emergenza. In seguito ad un evento che nel 2012 ha portato al decesso di un bambino per scambio delle linee di infusione enterali con quelle parenterali, il Ministero della Salute ha ordinato l'adozione di dispositivi di nutrizione enterale monouso e connettori conformi alla UNI EN 1615:2001 e verifica delle procedure operative all'interno della UOC di Neonatologia.

Materiali e metodi. L'Ente ha adottato provvedimenti in materia di sondini e dispositivi di nutrizione enterale monouso secondo la normativa di riferimento. La UOC di Farmacia Ospedaliera ha selezionato i DM analizzando le caratteristiche tecniche e ha effettuato una valutazione economica al fine di introdurre gli stessi nell'Ente. Sono state fornite prove d'uso gratuite di diverse aziende al fine di testare la qualità e l'efficacia nella pratica clinica.

Risultati. Sono state valutate diverse aziende fornitrici di DM aventi i requisiti richiesti, vantaggiose dal punto di vista economico, individuando quella in grado di soddisfare maggiormente le esigenze del reparto. I prodotti selezionati sono state le siringhe da 10, 20, 60 ml, prolunghe dotate di attacco luer lock non compatibile con quello per nutrizione parenterale, tappi per le siringhe e i sondini per alimentazione. Il loro costo è aumentato del 120% per siringhe 10ml, 13% per siringhe 30ml, 100% per siringhe 60ml e del 15% per sondini per alimentazione. La verifica effettuata dal nucleo per la Salute dei Carabinieri circa le procedure operative messe in atto nella UOC di Neonatologia

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

ha dato pieno riscontro delle raccomandazioni inserite nell'Ordinanza 26/07/2012 del Ministero della Salute.

Conclusioni. L'adozione di dispositivi di sicurezza permette di offrire agli operatori sanitari degli strumenti utili per ridurre al minimo eventi avversi gravi e fatali le cui conseguenze potrebbero vanificare l'impegno profuso. L'introduzione dei nuovi DM ha permesso, a fronte di un impegno economico aumentato, una maggiore sicurezza nel trattamento assistenziale in campo neonatale.

ELABORAZIONE DI UN PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO NELL' AOU DI SALERNO

Mariagiovanna Rubino - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera Università degli Studi di Salerno, Facoltà di Farmacia, Farmacista Specializzando
Luigi Aliberti - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera Università degli Studi di Salerno, Facoltà di Farmacia, Specializzando in Farmacia Ospedaliera
Francesco Monteleone - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera Università degli Studi di Salerno, Facoltà di Farmacia, Specializzando in Farmacia Ospedaliera
Annalisa Fasano - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera Università degli Studi di Napoli, Facoltà di Farmacia, Farmacista
Nestor Ciociano - A.O.U. Salerno, Farmacia, Farmacista Borsista
Fabrizio Romano - A.O.U. Salerno, Farmacia, Farmacista borsista
Maria Alfieri - A.O.U. Salerno, Farmacia, Farmacista Dirigente
Lucilla Grisi - A.O.U. Salerno, Farmacia, Farmacista Dirigente
Maria Giovanna Elberti - A.O.U. Salerno, Farmacia, Farmacista Dirigente
Grazia Maria Lombardi - A.O.U. Salerno, Farmacia, Farmacista Dirigente

Introduzione. Il trattamento delle lesioni da decubito si avvale di strategie diversificate che prevedono una conoscenza delle condizioni ottimali per la guarigione della ferita, l'attuazione di procedure corrette, l'uso di medicazioni adeguate ed un'attenzione globale ai bisogni assistenziali del paziente. Questo presupposto ha fatto nascere l'esigenza di elaborare un protocollo operativo di trattamento comune a tutta l' AOU di Salerno. Il protocollo si avvale della collaborazione di diverse figure professionali sanitarie: il farmacista ospedaliero, il medico della struttura ospedaliera e gli Infermieri Professionali. Tale protocollo riguarda la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito (LDD) e si propone di fornire agli operatori sanitari che operano nella suddetta Azienda Ospedaliera le più aggiornate raccomandazioni, basate sulle evidenze scientifiche recuperate dalla letteratura internazionale identificando i pazienti a rischio, le misure per la prevenzione e il trattamento. Esse intendono supportare coloro che devono scegliere ed utilizzare un presidio antidecubito fornendo indicazioni su come trattare la lesione in base alle condizioni cliniche del paziente e al contesto operativo, evidenziando le situazioni che possono indirizzare la scelta.

Materiali e metodi. Abbiamo proceduto in questo modo: costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare; elaborazione della bozza del protocollo; discussione del protocollo operativo con il personale medico e infermieristico dell'ospedale; stesura definitiva; divulgazione mediante riunioni mirate al personale sanitario ospedaliero.

Risultati. Tale protocollo si suddivide in diverse parti, la prima tratta la prevenzione (identificazione dei pazienti a rischio e delle superfici antidecubito); segue la fase di trattamento della lesione (pulizia, disinfezione, medicazione); successivamente sono indicati i vari tipi di medicazioni avanzate disponibili e richiedibili presso la Farmacia Interna dell' AOU di Salerno; infine le medicazioni più indicate da utilizzare nei diversi stadi della lesione. Tra le medicazioni avanzate consigliate vi sono: pellicole semipermeabili trasparenti, idrocolloidi, idrogeli, alginati, schiume di poliuretano, idrofibre, medicazione adsorbente con antimicrobico topico a largo spettro. Inoltre sono riportati per ogni tipo di medicazione la disponibilità o meno nella Struttura Complessa di Farmacia Interna, il nome commerciale della medicazione, la cadenza di applicazione, la descrizione (es. dimensione) e il codice di identificazione della medicazione registrato internamente all'azienda ospedaliera sul sistema intranet.

Conclusioni. L'approccio multidisciplinare ha permesso di affrontare le problematiche sotto tutti gli aspetti (terapeutico, assistenziale), con un'attenzione particolare all'efficacia e alla qualità dei prodotti utilizzati, dimostrando inoltre di migliorare la qualità dell'assistenza e della vita dei pazienti, oltre a farne un uso appropriato e, quindi,meno dispendioso.

INFUSIONE SOTTOCUTANEA CONTINUA (CSII) CON MICROINFUSORE NEL DIABETE DI TIPO 1: LA REALTÀ DELL'ASP DI CATANIA

Maria Anna D'agata - asp catania, farmaco, direttore U.O.C. Vigilanza Farmaceutica
Ester Garaffo - asp catania, farmaco, farmacista

Introduzione. La terapia multiiniettiva o l'infusione sottocutanea continua con microinfusore, nel diabete di tipo 1, mirano a replicare l'andamento fisiologico della secrezione di insulina. Il microinfusore, dispositivo di piccole dimensioni fissato sull'addome del paziente, a differenza della terapia multiiniettiva infonde in modo continuo insulina, permettendo il raggiungimento di un miglior compenso metabolico e migliore qualità di vita. Dall'analisi dei dati relativi alle modalità prescrittive e di acquisto dei microinfusori nell'Asp di Catania, emerge l'esigenza di individuare percorsi clinici condivisi per elaborare linee di indirizzo atte a rendere la prescrizione dei dispositivi più omogenea e ad ottimizzare le risorse economiche disponibili.

Materiali e metodi. Nell'ASP di Catania le tipologie dei microinfusori acquistati sono quattro. Nello studio sono state valutate: le caratteristiche tecniche dei dispositivi e i relativi materiali di consumo; le procedure di acquisto; gli acquisti effettuati dai 9 distretti dell'ASP nel biennio 2011-2012 e relativa spesa; i centri prescrittori; le tipologie di pazienti (età, sesso).

Risultati. Gli acquisti sono stati effettuati con procedura negoziata tramite accordo quadro. L'analisi delle schede tecniche dei dispositivi non ha evidenziato significative differenze. I microinfusori acquistati sono stati: 129 nel 2011; 145 nel 2012. I pazienti di sesso femminile rappresentano il 52% del totale mentre quelli di sesso maschile il 48%. Le percentuali dei pazienti suddivisi per fasce di età sono: 29% (tra 24 e 33 anni); 23% (tra 34 e 43 anni); il 22% (tra 14 e 23anni); 8% (tra 2 e 13 anni). I Centri prescrittori, individuati dalla regione Sicilia, in relazione al maggior numero di prescrizioni sono: A.O. Garibaldi, A.O. Policlinico, A.O. Cannizzaro, Centro catanese medicina e chirurgia. I microinfusori acquistati sono: Paradigm 47%, Accucheck 33%, Animas Vibe 16%, Dana Diabecare 4%. I costi annui dei microinfusori e dei materiale di consumo sono: Animas Vibe € 6.257,00, materiale annuo € 5.868,00 (con sensore) € 3.296,00 (senza sensore); Dana Diabecare € 4465,00,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

materiale €3.085,00; Accucheck spirit combo € 4.962,00, materiale annuo € 2.259,00; Paradigm veo € 5670,00, materiale € 3.518,00.

Conclusioni. L'analisi dei dati relative alle prescrizioni, all'acquisto dei microinfusori e al materiale di consumo, evidenzia la necessità di definire linee guida comuni per stabilire parametri oggettivi nella scelta del dispositivo. Tale risultato potrebbe essere raggiunto tramite un tavolo tecnico con un team di esperti (diabetologi, farmacisti, infermieri, dietisti) e associazioni di pazienti; fornendo ai prescrittori strumenti di conoscenza e valutazione, tramite anche il contributo dell'HTA per valutazioni cliniche tecniche e di appropriatezza d'uso.

ISTITUZIONE DI UN REGISTRO PER L'IMPIANTO DELLE VALVOLE AORTICHE TRANSCATETERE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI (AOUC)

Massimo Aiazzi - AOU CAREGGI, FIRENZE, FARMACIA, FARMACISTA OSPEDALIERO
Franca Vacca - AOU CAREGGI, FIRENZE, FARMACIA, FARMACISTA OSPEDALIERO
Silvia Asaro - ESTAV CENTRO, FIRENZE, ESTAV CENTRO, FARMACISTA OSPEDALIERO
Roberto Banfi - AOU CAREGGI, FIRENZE, FARMACIA, DIRETTORE FARMACIA OSPEDALIERA

Introduzione. L'impianto di valvole aortiche transcatetere (TAVI) offre un'opzione terapeutica a pazienti che, per le condizioni cliniche, non siano candidati per l'intervento tradizionale. Tramite la TAVI, la valvola viene impiantata attraverso l'utilizzo di un catetere per via trasfemorale o per via trasapicale. La valvola è composta da tessuto biologico ottenuto dal cuore di suino. I lembi sono fissati ad una struttura flessibile ed autoespandibile per il necessario supporto. Presso l'AOUC sono disponibili due tipi di valvole: COREVALVE transfemorale e SAPIEN transfemorale e transapicale. Lo scopo dello studio è quello di monitorare l'utilizzo appropriato delle valvole.

Materiali e metodi. Il Medico richiedente per avere le valvole, deve presentare alla farmacia una "Scheda raccolta dati per autorizzazione", concordata con la Direzione Sanitaria . La scheda deve riportare: dati identificativi paziente, condizione clinica preoperatoria e proposta di trattamento terapeutico. La scheda deve essere firmata dai quattro clinici coinvolti nella valutazione del paziente e vistata dal direttore del Dipartimento e dal Direttore Sanitario.

Risultati. Nel 2012 nell'AOU Careggi sono state impiantate 49 valvole cardiache trascatetere di cui 39 Corevalve e 10 Sapien. Le Sapien sono state impiantate due per via transfemorale e 8 per via transapicale. I pazienti sottoposti a Tavi sono stati 46 (tre pazienti hanno avuto un duplice impianto), 22 uomini e 24 donne con una età media di 83 anni. La maggior parte dei pazienti erano provenienti dalla Toscana, 3 dalla regione Umbria. La loro Classificazione di rischio cardiovascolare NYHA è la seguente: 26 classificati in classe III, 11 in IV, 4 in III-IV, 1 in II-III, 1 in II ed uno non classificato. Le diagnosi che hanno portato all'intervento sono state: 40 stenosi aortiche, 1 degenerazione protesi aortica, 1 degenerazione protesi aortica e mitralica, 1 insufficienza mitralica in cardiopatia mitralica dilatativa in soggetto già sottoposto a valvuloplastica, 2 stenosi-insufficienza aortica e 1 insufficienza aortica. Le patologie concomitanti che rendevano impossibile l'approccio chirurgico convenzionale possono essere così suddivise: 15 aorta a porcellana, 11 BPCO più patologie cardiovascolari, 13 patologie cardiovascolari e pregressi interventi associati a tali patologie, 5 diabete più patologie cardiovascolari, 1 rifiuto dell'intervento e 1 caso compassionevole.

Conclusioni. Visto l'alto costo del DRG della procedura, e il follow up presente in letteratura (4 anni per TAVI e 40 anni per l'intervento tradizionale), è necessaria un attenta selezione dei pazienti destinati a questo tipo di intervento ed una valutazione della sua efficacia. E' in corso il completamento dei dati di esito dei nostri pazienti.

GESTIONE DOMICILIARE CON MEDICAZIONI AVANZATE DEL PAZIENTE CON LCC NELL'A.S.L. NAPOLI 3 SUD

Pierluigi Federico - A.S.L.NA 3 sud, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE D.S.53
Marino Ciliberti - A.S.L. NAPOLI 3 SUD, CENTRO DI RIPARAZIONE TISSUTALE, RESPONSABILE
Venere Celotto - A.S.L. NAPOLI 3 SUD, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, RESP.LE U.O. AREA DISTRETTUALE SUD

Introduzione. Nel corso degli ultimi decenni il trattamento delle LCC ha subito un' evoluzione partendo dalle medicazioni tradizionali negli anni '70, passando per le medicazioni che interagiscono anche con il microambiente della LCC negli anni '90, arrivando alle medicazioni attive che contengono fattori stimolanti la riepitelizzazione e/o sostanze farmacologicamente attive. Le medicazioni avanzate sono materiale di copertura aventi caratteristiche di biocompatibilità con tendenza a interagire con la sede di lesione e a stimolare una reazione specifica. I differenti modelli organizzativi di assistenza domiciliare delle varie Regioni Italiane determinano approcci assistenziali diversi.

Materiali e metodi. Nell' A.S.L. Napoli 3 sud esistono il Servizio A.D.O. e quello A.D.I. che collaborano con il Centro Aziendale di Riparazione Tissutale (C.A.R.T.). La presa in carico dei pazienti avviene in relazione alla fascia di età: A.D.O. per la fascia da 0 a 64 anni e A.D.I. per i pazienti ultra sessantacinquenni. Il Responsabile C.A.R.T. dopo la valutazione clinica domiciliare stabilisce il fabbisogno delle medicazioni avanzate su apposita modulistica da inviare alla Unità Riabilitativa (U.O.A.R.) del Distretto di appartenenza del paziente. L'U.O.A.R. valuta e autorizza tale fabbisogno e lo trasmette alla Farmacia Distrettuale di competenza. Il Farmacista verificata l'appropriatezza prescrittiva (Codice ISO o suo riconducibile e quantità massima concedibile) autorizza la Ditta alla consegna di tale dispositivo al domicilio del paziente.

Risultati. Nel I trimestre 2013 il numero dei pazienti residenti nel territorio distrettuale nord e trattati con medicazioni avanzate è stato di 79 contro i 57 del I trimestre 2012. Tale aumento è giustificabile da un aumento dell'attività degli operatori in tale territorio. Invece nel I trimestre 2013 il numero dei pazienti residenti nel territorio distrettuale sud e trattati con medicazioni avanzate è stato di 181 contro i 211 del I trimestre 2012. Tale diminuzione è attribuibile sia all'arruolamento di alcuni pazienti con pressione negativa che all'aumento dell'appropriatezza portando ad un'attenta gestione delle risorse economiche con un risparmio di circa 7.000 euro nel solo trimestre esaminato.

Conclusioni. L'uso delle medicazioni avanzate permette di ridurre il numero degli accessi infermieristici determinando un bilancio economico positivo (cosa importante in un

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

momento economico delicato sia a livello aziendale che regionale). La realtà dell'ASL Napoli 3 sud (A.D.O.-A.D.I.-C.A.R.T.- U.O.A.R.- Farmacie Distrettuali) ha permesso di raggiungere a tutt'oggi dei livelli discreti di assistenza per il paziente affetto da LCC.

ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE DI NUOVI DISPOSITIVI MEDICI DA PARTE DELLA CADM NELL'AZIENDA USL DI IMOLA

Laura Paternoster - Azienda USL di Imola, UOC Assistenza Farmaceutica, Farmacista
Bruna Dosi - Azienda USL di Imola, UOC Assistenza Farmaceutica, Farmacista
Silvia Gambetti - Azienda USL di Imola, UOC Assistenza Farmaceutica, Direttore

Introduzione. In seguito all'esigenza di migliorare il governo del percorso clinico ed economico dei Dispositivi Medici (DM), nella Regione Emilia-Romagna viene nominata la Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) con DGR 1523/08. A livello locale, le funzioni della CRDM sono svolte dalle Commissioni Aziendali Dispositivi Medici (CADM). Inoltre la CRDM coordina la rete regionale delle CADM, finalizzata al confronto e alla condivisione del lavoro svolto nelle singole Aziende. L'Azienda USL di Imola, con Delibera n. 130/09 istituisce la CADM che ha il compito di valutare le richieste di inserimento di nuovi DM, analizzare i consumi dei DM, definire il repertorio aziendale, promuovere e sviluppare la dispositivo-vigilanza. La composizione della CADM prevede due medici di Direzione Sanitaria, un medico responsabile aziendale della Sicurezza, un farmacista, un responsabile del Provveditorato, un responsabile dell'Ingegneria Clinica, un rappresentante del Controllo di Gestione e un infermiere dell'area Rischio Clinico.

Materiali e metodi. In seguito alla richiesta di inserimento di nuovo DM, la Segreteria Scientifica, organo interno della CADM (in capo alla farmacia), redige una istruttoria di valutazione da presentare durante le riunioni plenarie CADM a cadenza trimestrale. Le richieste di nuovi DM sono giudicate in base a: grado di innovazione, appropriatezza d'uso, rapporto costo/efficacia, impatto economico. Nell'intranet aziendale vi è un'area dedicata alla CADM, all'interno della quale il personale medico e sanitario può reperire le istruzioni ed i percorsi da intraprendere per la richiesta di inserimento di nuovi DM, per la segnalazione di incidente/mancato incidente e per la richiesta di utilizzo di campionatura gratuita di DM.

Risultati. Nell'anno 2012, nell'Azienda USL di Imola sono state svolte 4 riunioni plenarie CADM, con 80% di partecipazione dei membri, e 4 riunioni del sottogruppo di lavoro. Le richieste di inserimento di nuovi DM pervenute alla Segreteria Scientifica sono state 19, di cui 15 valutate in sede plenaria e 4 dal sottogruppo di lavoro; 14 sono state accolte, 2 non accolte e 3 sospese. Delle 19 richieste esaminate, 10 (53%) sono pervenute dall'area chirurgica, 3 (16%) dalla terapia intensiva, 1 (5%) dall'area medica, 2 (10.5%) dall'area materno-infantile, 2 (10.5%) dall'igiene ospedaliera e 1 (5%) dal laboratorio di diagnostica.

Conclusioni. La CADM si è rivelata un valido strumento di governo clinico del DM. I pareri espressi dalla CADM in merito all'appropriatezza d'uso dei DM sono finalizzati alla costruzione del repertorio aziendale e all'inserimento di nuovi DM nello stesso. Essendosi ormai consolidata l'attività della CADM, uno degli obiettivi più vicini è la definizione del repertorio aziendale.

IMPIEGO DEI DISPOSITIVI MEDICI TAGLIENTI/PUNGENTI CON MECCANISMO DI PROTEZIONE (NPDS) IN EMILIA ROMAGNA (RER) PER LA SICUREZZA DEI LAVORATORI

Loredana Osbello - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna, Servizio Politica del Farmaco, Farmacista Ospedaliero Specializzando
Angela Peghetti - Azienda Ospedaliera Universitaria Bologna, Centro Studi EBN, Infermiere
Daniela Carati - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna, Servizio Politica del Farmaco, Dirigente Farmacista Ospedaliero, Responsabile Struttura Complessa

Introduzione. Le punture accidentali rappresentano l'infortunio occupazionale maggiormente segnalato tra gli operatori sanitari (OS): 100.000 esposizioni percutanee/anno. Ciò palesa l'esistenza di un "rischio professionale" riferito anche alla possibile trasmissione di gravi malattie croniche (infezioni da HIV, HBV...). La Direttiva 2010/32/EU è volta a garantire la massima sicurezza nell'ambiente di lavoro tramite la prevenzione delle ferite provocate da tutti i tipi di dispositivi, migliorare le condizioni di lavoro e proteggere i lavoratori a rischio. Imprescindibile è l'applicazione del D.Lgs 81/2008 per definire il programma di prevenzione/protezione dei lavoratori relativamente all'uso degli NPDs. La RER ha ritenuto necessario produrre linee di indirizzo per l'introduzione e l'impiego appropriato dei NPDs disponibili sul mercato, individuando anche strategie per il contenimento degli importanti costi correlati.

Materiali e metodi. Per conoscere l'entità dell'impiego dei NPDs, circa gli ambiti di utilizzo e i relativi costi, è stato inviato alle Aziende Sanitarie della RER un questionario (febbraio 2013) che invitava a riportare i dati d'impiego e di spesa delle singole realtà, confrontandoli con quelli relativi agli omologhi dispositivi senza meccanismo di sicurezza. E' stato istituito un gruppo di lavoro multiprofessionale per definire, sulla base dei comportamenti emersi, della letteratura disponibile in materia e delle norme vigenti, le indicazioni da trasmettere alle Aziende sanitarie.

Risultati. L'elaborazione dei dati, basata sull'analisi dei questionari e del flusso informativo regionale dei Dispositivi Medici (Di.Me), ha mostrato un impiego eterogeneo e limitato dei NPDs nelle Aziende sanitarie. È stato riscontrato che i NPDs maggiormente diffusi nelle Aziende sono gli aghi/set per prelievo sottovuoto, gli aghi a farfalla, gli aghi cannula e le lancette pungidito. Dall'analisi dei costi complessivi del flusso Di.Me 2012 emerge che l'impiego dei NPDs rappresenta attualmente in RER il 14,2% delle quantità assorbendo il 30,6% della spesa. Inoltre sono state analizzate le ultime e più significative evidenze della letteratura e le linee guida internazionali.

Conclusioni. Quanto emerso evidenzia che per la prevenzione delle punture accidentali sono necessari: l'adozione di precauzioni standard rispetto al rischio infettivo, l'analisi locale del rischio per definire le priorità nell'ambito delle procedure assistenziali a maggior rischio e l'introduzione controllata dei NPDs solo dopo adeguata formazione/addestramento degli OS. L'impiego degli NPDs può, così, garantire la reale riduzione degli infortuni da dm pungenti/taglienti sia per gli OS che per i pazienti. Tale percorso può conciliare un miglioramento degli aspetti di sicurezza con le risorse economiche disponibili.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

VALUTAZIONE COSTO/EFFICACIA DELLA TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA PER "OPEN ABDOMEN"

Sandra Guzzardi - ASP Siracusa, Farmacia, farmacista dirigente I
Debora Sgarlata - ASP Siracusa, U.O.C. Farmacia, Farmacista dirigente I livello
Nicoletta Avola - Università degli Studi di Catania, Scuola di Specializzzaizone in Farmacia Ospedaliera, Specializzanda
Maria Buccheri - P.O. Umberto I ASP Siracusa, U.O.C. Farmacia, Farmacista dirigente I livello
Daniela Spadaro - P.O. Umberto I ASP Siracusa, U.O.C. Farmacia, Farmacista
Elisa Marletta - P.O. Umberto I ASP Siracusa, U.O.C. Farmacia, Farmacista
Alessio Valerio - Università degli Studi di Catania, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Antonio Trovatello - P.O. Umberto I ASP Siracusa, U.O.C. Chirurgia, Medico dirigente di I livello
Giovanna Cacciaguerra - P.O. Umberto I ASP Siracusa, U.O.C. Farmacia, Farmacista dirigente I livello

Introduzione. La terapia a pressione negativa (NPWT) è considerata una tecnologia innovativa nella gestione delle ferite chirurgiche. Da due anni l'NPWT è utilizzata dalla U.O.C. di Chirurgia Generale per la gestione dei pazienti in trattamento con "Open Abdomen" (addome aperto), tecnica indicata in pazienti critici (traumi severi, peritoniti gravi, pancreatite acuta severa, ischemia acuta mesenterica, sindrome compartimentale addominale, fasciti necrotizzanti). La NPWT è impiegata per stimolare il processo di guarigione, attraverso l'applicazione, sul letto della ferita, di una pressione inferiore a quella atmosferica (40-125 mm. Hg) per stimolare l'angiogenesi e la formazione di tessuto di granulazione. Si avvale di un sistema chiuso di drenaggio, in poliuretano espanso, collegato ad una pompa che genera pressione negativa ed un canister di raccolta dei fluidi. Per permettere una suzione controllata e una distribuzione uniforme della pressione, la lesione viene ricoperta da una membrana di contatto in poliuretano perforato, a protezione degli organi, al di sopra della quale viene posizionato un filler di schiuma in poliuretano sigillato con pellicola aderente e collegato con il drenaggio. Considerato che per i DM le attività di studi clinici preliminari (premarketing) sono deficitari per qualità e quantità, obiettivo del lavoro è stato valutare il valore "reale" costo/beneficio che il sistema innovativo può fornire.

Materiali e metodi. Il costo medio di una terapia è di 2000,00 euro. Sono stati sottoposti a NPWT 12 pazienti, con un range di giornate di trattamento da 10 a 56, che presentavano indicazione all'"open abdomen": 4 con grave sindrome compartimentale addominale (ACS) in pancreatite acuta, 3 con ACS in peritonite severa, 3 con ischemia mesenterica acuta, 1 con fascite necrotizzante, 1 con peritonite severa in deiscenza laparotomica.

Risultati. In 6 pazienti è stato possibile procedere alla chiusura dell'addome senza ausilio di protesi, 2 pazienti hanno necessitato di protesi, 2 pazienti con fascite necrotizzante sono andati incontro alla guarigione della deiscenza della ferita laparotomica dopo 42 giorni di trattamento, 2 pazienti sono deceduti in corso di terapia.

Conclusioni. La sostenibilità economica di un sistema innovativo rientra nella "mission" del farmacista ospedaliero, e la valutazione costo beneficio è possibile solo con "dati registrativi" che documentano prove di efficacia e sicurezza. Dai dati ottenuti il trattamento presenta un rapporto costo/efficacia favorevole rispetto ad altri interventi.

TRATTAMENTO DELLE ULCERE DIGITALI IN PAZIENTI CON SCLERODERMIA

Nikoa Josifov - IRCCS SAN MARTINO-IST, U.O. FARMACIA, FARMACISTA SPECIALIZZANDO
Claudia Cevasco - IRCCS SAN MARTINO-IST, U.O. FARMACIA, FARMACISTA SPECIALIZZANDA
Marinella Corsetti - IRCCS SAN MARTINO-IST, U.O. FARMACIA, DIRIGENTE FARMACISTA
Roberto Baldini - IRCCS SAN MARTINO-IST, U.O. FARMACIA, DIRIGENTE FARMACISTA
Elena Cantagalli - IRCCS SAN MARTINO-IST, U.O. FARMACIA, DIRIGENTE FARMACISTA
Maria Attilia Grassi - IRCCS SAN MARTINO-IST, U.O. FARMACIA, DIRETTORE FARMACIA
Teresa Cannavale - IRCCS SAN MARTINO-IST, U.O. ULCERE CUTANEE COMPLESSE, INFERMIERA
Derna Pierantoni - IRCCS SAN MARTINO-IST, U.O. ULCERE CUTANEE COMPLESSE, INFERMIERA
Giuseppina Nocco - IRCCS SAN MARTINO-IST, U.O. ULCERE CUTANEE COMPLESSE, INFERMIERA

Introduzione. La sclerodermia è una malattia sistemica, caratterizzata da un fenomeno di fibrosi che coinvolge la cute e gli organi interni, generando molteplici manifestazioni cliniche. Le ulcere digitali, rappresentano una complicanza molto frequente, colpiscono infatti dal 30 al 58% dei pazienti inoltre tra i pazienti con ulcere persistenti , il 30% sviluppa un danno tissutale irreversibile e circa il 2% va incontro ad amputazione spontanea. La qualità della vita dei soggetti colpiti da tali lesioni è spesso gravemente compromessa per dolore, facili complicazioni e scarsa risposta alle terapie. L'interessamento di mani e piedi è estremamente invalidante per la persona negli aspetti relazionali, familiari, affettivi, sociali e lavorativi. Il trattamento prevede terapia farmacologica con iloprost e bosentan, disinfezione, uso di medicazione avanzata a base di cellulosa biosintetica e bendaggio. Scopo di questo lavoro serve per valutare l'efficacia ed il miglioramento della qualità della vita dei pazienti colpiti da ulcere .

Materiali e metodi. La valutazione è stata condotta su pazienti seguiti dall' Ambulatorio Ulcere Cutanee Complesse dell'IRCCS San Martino-IST, nato nel gennaio 2013. E' stato creato un database riportante i parametri clinici considerati per la scelta dei trattamenti più idonei (età, sesso, idratazione, incontinenza, alimentazione, eventuali farmaci assunti, mobilità, fumatore, videocapillaroscopia, patologie concomitanti, terapia farmacologica, descrizione della lesione). Questi valori sono stati monitorati bisettimanalmente per valutare il decorso clinico dei pazienti. Ai pazienti si sottopone un questionario all'inizio del trattamento e durante i periodici controlli per valutare anche il miglioramento della qualità della vita: capacità di svolgere attività quotidiane quali vestirsi, mangiare, camminare.

Risultati. In Liguria sono presenti circa 700 pazienti con sclerodermia di cui il 70% viene in contatto con IRCCS San Martino-IST per conferma di terapia e indagini strumentali. Dal IRCCS San Martino-IST sono seguiti circa 150 pazienti in terapia Infusionale con vasodilatatori e/o terapia con bosentan e 30/35% di questi presentano ulcere cutanee.I dati osservati rivelano che, già dopo 1,5 mesi dall'inizio del trattamento, il dolore percepito dai pazienti è diminuito sospendendo la terapia antidolorifica e la qualità della vita è migliorata.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

Conclusioni. I fenomeni ulcerativi sulle dita causano severo dolore, possono andare incontro ad infezione, e in alcuni casi è necessario ricorrere all'amputazione, generando una condizione di assoluta disabilità. Per evitare questo problema la prevenzione diventa determinante così come un adeguato approccio farmacologico per migliorare l'assistenza al paziente e al contenimento dei costi diretti e indiretti.

A.O. CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO: PROGETTO GESTIONE E TRACCIABILITÀ DEI CAMPIONI GRATUITI DI DISPOSITIVI MEDICI

Alessandra Allocco - A.O Città della Salute e della Scienza di Torino, Direzione Sanitaria, farmacista
Rosella Casullo - A.O Città della Salute e della Scienza di Torino, Direzione Sanitaria, Farmacista
Maria Cecilia Cetini - A.O Città della Salute e della Scienza di Torino, Direzione Sanitaria, Farmacista
Alessia Chiesa - A.O Città della Salute e della Scienza di Torino, Direzione Sanitaria, Farmacista
Roberto Arione - A.O Città della Salute e della Scienza di Torino, Direzione Sanitaria, Direttore Dipartimento
Silvana Stecca - A.O Città della Salute e della Scienza di Torino, Direzione Sanitaria, Direttore S.C. Farmacia

Introduzione. Dalla necessità di gestire e monitorare l'utilizzo dei campioni gratuiti di dispositivi medici (DM) in uso presso l'Azienda Ospedaliera nasce una circolare del Dipartimento Direzione Sanitaria stilata con la collaborazione della S.C Farmacia e delle altre S.C. dipartimentali in quanto a differenza dei medicinali non esiste una regolamentazione in merito. L'obiettivo del lavoro è quello di valutare quantitativamente e qualitativamente il fenomeno dei DM in prova d'uso gratuita.

Materiali e metodi. E' stata predisposta e diffusa una Circolare per la gestione dei campioni gratuiti di DM e dei Dispositivi Medico-Diagnostici in vitro monouso contenente le disposizioni generali a cui le figure professionali sanitarie devono necessariamente attenersi. E' stata inoltre elaborata una scheda per la raccolta dei dati di ogni singolo campione gratuito da compilare e conservare nella S.C. di afferenza dell'utilizzatore. Le informazioni da riportare sono: utilizzatore e qualifica, Struttura Complessa di appartenenza, descrizione del DM, ditta fabbricante e fornitrice, nome commerciale e codice, lotto e scadenza e indicazioni d'uso. Il clinico è responsabile oltre che dell'utilizzo del DM anche della richiesta/accettazione del campione e della verifica preventiva della marcatura CE, della compilazione della scheda e della sua archiviazione in Reparto unitamente alla scheda tecnica e al documento di accompagnamento. Nel caso in cui il DM sia impiantato copia della scheda deve essere trasmessa al Responsabile Vigilanza della Farmacia che ne gestisce l'archiviazione e l'inserimento dei dati contenuti all'interno di un database; le informazioni sono così facilmente reperibili nel caso di recall, avvisi di sicurezza o segnalazioni di incidente.

Risultati. Antecedentemente l'entrata in vigore della Circolare si era manifestata in modo sporadico, da parte di alcune figure professionali sanitarie, la necessità di comunicare alla S.C. Farmacia i DM in prova gratuita impiantati al fine di tracciarne l'utilizzo. Dalla diffusione della Circolare alla S.C. Farmacia sono pervenute 32 schede di DM impiantati e strumentario chirurgico monouso appartenenti alle seguenti CND: 43,8% "Dispositivi Protesici Impiantabili e prodotti per osteosintesi", 28,1% "Dispositivi da sutura", 15,6% "Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia", 9,4% "Dispositivi per apparato urogenitale" e il restante 3,1% "Dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta".

Conclusioni. Dalla nostra analisi preliminare emerge che i campioni gratuiti di DM presenti nella nostra Azienda sono numerosi ed una parte rilevante di essi appartiene alla classe degli impiantabili. E' pertanto fondamentale disporre di un supporto normativo che garantisca la tracciabilità e l'individuazione delle responsabilità.

DISPOSITIVO-UTILIZZAZIONE E SICUREZZA DI PROTESI MAMMARIE: L'ESPERIENZA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO SAN PAOLO DI BARI

Arianna Gadaleta - Università degli Studi di Bari, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Spacializzanda
Francesca Angelini - Università degli Studi di Bari, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Spacializzanda
Carmela Grande - Asl Bari - P.O. San Paolo, U.O.C Farmacia, Dirigente farmacista
Maria Laura Garzone - Asl Bari - P.O. San Paolo, U.O.C Farmacia, Direttore
Vincenzo Perchinunno - Asl Bari - P.O. San Paolo, U.O. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Dirigente Medico
Corrado Minervini - Asl Bari - P.O. San Paolo, U.O. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Responsabile U.O.S.V.D.

Introduzione. Il carcinoma mammario è, ad oggi, la forma più diffusa di tumore; in particolare, negli ultimi 6 anni, c'è stato un incremento dell'incidenza del 13,8%. Per donne under 45 l'incremento è pari al 28,6%. Valutazioni epidemiologiche riguardo tale patologia hanno incentivato l'attività di tutte le aree mediche e chirurgiche ad essa correlata. L'U.O. di Chirurgia Plastica del P.O. San Paolo di Bari ha iniziato nel 2008 un'attività particolarmente intensa per quanto riguarda gli interventi di ricostruzione mammaria e, attualmente è il primo centro in Puglia per il numero di interventi effettuati. L'utilizzo di impianti protesici è indicato bilateralmente o unilateralmente in caso di ricostruzione mammaria dopo intervento di mastectomia o in caso di mastoplastica additiva a fini estetici. Obiettivo del lavoro è valutare il numero, l'indicazione, il costo per il SSN degli interventi di ricostruzione mammaria e ricercare eventuali complicanze post-operatorie.

Materiali e metodi. L'analisi è stata condotta retrospettivamente attraverso la consultazione dei registri di annotazione degli interventi effettuati nel periodo Maggio 2008-Aprile 2013.

Risultati. Nel periodo considerato, sono state sottoposte ad intervento di ricostruzione mammaria 525 pazienti così suddivise: 47 nel 2008, 108 nel 2009, 99 nel 2010, 108 nel 2011, 110 nel 2012 e 53 nel primo quadrimestre 2013. Il numero delle protesi totali impiantate è 869, in particolare, a scopo terapeutico, sono state impiantate il 67,69% delle protesi nel 2008, il 72,45% nel 2009, il 73,42% nel 2010, il 77,16% nel 2011, l'81,4% nel 2012, il 69,65% nel primo quadrimestre 2013; a scopo estetico le protesi impiantate sono state: il 32,30% nel 2008, il 27,54% nel 2009, il 26,28% nel 2010, il 22,65% nel 2011, il 18,6% nel 2012, il 30,34% nel primo quadrimestre 2013. Per quanto riguarda il profilo di sicurezza, dall'indagine è emerso che solo una paziente, nel periodo in esame, ha riscontrato complicanze dovute alla rottura di una protesi, rendendo necessario un nuovo intervento.

Conclusioni. Nonostante il numero delle pazienti che si sottopone a chirurgia ricostruttiva in seguito a mastectomia

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

sia superiore rispetto al numero delle pazienti che si sottopone ad impianto a fini estetici, il numero totale degli interventi è aumentato, sicuramente per l'elevato profilo di sicurezza della procedura chirurgica e delle protesi stesse. Le protesi utilizzate nel suddetto P.O. hanno un costo di circa 800 € caduna e la scelta delle diverse protesi presenti sul mercato va effettuata in base a criteri scientifici e criteri pratici, senza perdere mai di vista l'obiettivo principale: la sicurezza dei pazienti.

L'EVOLUZIONE DEI DEVICE IN EMODINAMICA, DAI POBA A DES E BMS: L'ESPERIENZA DEL P.O. SAN PAOLO DI BARI

Francesca Angelini - Università degli Studi di Bari, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzanda
Arianna Gadaleta- Università degli Studi di Bari, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzanda
Carmela Grande - Asl Bari - P.O. San Paolo, U.O.C. Farmacia, Dirigente farmacista
Maria Laura Garzone - Asl Bari - P.O. San Paolo, U.O.C. Farmacia, Direttore
Nicola Locuratolo - Asl Bari - P.O. San Paolo, U.O. Cardiologia - U.T.I.C., Dirigente Medico
Pasquale Caldarola - Asl Bari - P.O. San Paolo, U.O. Cardiologia - U.T.I.C., Direttore U.O.C.

Introduzione. L'angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) è una tecnica terapeutica basata sull'utilizzo di device (cateteri a pallone (POBA), stent metallici (BMS) e stent medicati (DES)) che permettono il trattamento delle stenosi coronariche. Introdotta alla fine degli anni 70', la PTCA ha avuto un rapido ed intenso sviluppo sia in termini di numero di procedure/anno sia in termini di evoluzione tecnologica. In poco più di 30 anni si è passati dal trattamento di lesioni coronariche con la sola dilatazione mediante POBA, all'impianto di BMS e, dall'inizio degli anni 2000, all'impianto di DES. Obiettivo di questo lavoro è valutare come l'evoluzione dei device condiziona il lavoro delle sale di emodinamica, con particolare riferimento al P.O. San Paolo di Bari.

Materiali e metodi. L'analisi è stata condotta in modo retrospettivo sui dati dell'attività del suddetto reparto nel biennio 2011-2012.

Risultati. Fino a metà degli anni 90', il trattamento delle stenosi coronariche per via percutanea era limitato all'utilizzo dei POBA con elevata incidenza di complicanze procedurali (dissezione coronarica e ricorso ad interventi di by-pass aorto-coronarico d'urgenza) e post-procedurali (elevata incidenza di restenosi valutata tra il 40% ed il 50%). Con l'introduzione dei BMS entrambe le complicanze sono state nettamente ridotte; in particolare è risultata dimezzata l'incidenza di restenosi e pressoché azzerata la necessità di ricorrere ad interventi di by-pass urgenti. L'utilizzo dei DES e la loro evoluzione tecnologica ha comportato un'ulteriore riduzione dell'incidenza di restenosi ad oggi inferiore al 7-8-%. Nel laboratorio di emodinamica del P.O. San Paolo nel 2011 sono state eseguite 339 PTCA trattando 430 vasi; sono stati impiantati 271 DES, 190 BMS e 19 procedure sono state completate con l'utilizzo di POBA. Nel 2012 sono state eseguite 479 PTCA trattando 600 vasi, sono stati impiantati 462 DES, 209 BMS e 28 POBA. Nei due anni analizzati, solo in un caso si è ricorsi ad intervento di by-pass d'urgenza (per inefficacia della PTCA) e l'incidenza di restenosi è stata circa del 4%.

Conclusioni. Dall'analisi emerge che l'utilizzo dei DES, caratterizzati dal rilascio di farmaci ad attività citostatica ed antiproliferativa, è prevalente (58,3% nel 2011 e 68,9% nel 2012) in virtù del loro profilo di efficacia e sicurezza. Per quanto riguarda l'analisi dei costi, questa deve valutare come dato a favore dei DES la minore incidenza di restenosi, quindi diminuzione di riospedalizzazione e di ulteriori procedure; a sfavore degli stessi i maggiori costi procedurali e la necessità di proseguire la doppia antiaggregazione piastrinica per un anno.

NUOVE TECNOLOGIE SANITARIE: IMPIANTO DEL CUORE ARTIFICIALE IN ETÀ PEDIATRICA

Federica Matarese - A. O. DEI COLLI- V. MONALDI, UOC FARMACIA, FARMACISTA OSPEDALIERA
Adriano Cristinziano - A. O. DEI COLLI- V. MONALDI, UOC FARMACIA, FARMACISTA DIRETTORE DI UOC
Giovanna Capone - A. O. DEI COLLI- V. MONALDI, UOC FARMACIA, FARMACISTA DIRIGENTE
Fabio Ursomando - A. O. DEI COLLI- V. MONALDI, UOC CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA, DIRIGENTE MEDICO
Andrea Petraio - A. O. DEI COLLI- V. MONALDI, UOC CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA, DIRIGENTE MEDICO
Ines Fasolino - A. O. DEI COLLI- V. MONALDI, UOC FARMACIA, SPECIALIZZANDA IN FARMACIA OSPEDALIERA

Introduzione. Il trapianto cardiaco è attualmente il "gold standard" per il trattamento di pazienti affetti da: cardiopatie congenite complesse senza possibilità di trattamento chirurgico convenzionale, cardiomiopatie a diversa etiogenesi con 1° e 2° livello INTERMACS (classe NYHA III e IV) refrattari a terapia medica, con prognosi inferiore a 24 mesi. Nel bambino il trapianto presenta degli aspetti peculiari legati alla necessità di reperire organi che siano non solo compatibili ma anche di dimensioni adeguate a quelle dell'organismo cui sono destinati con conseguente allungamento dei tempi di attesa. I sistemi di assistenza ventricolare meccanica (VAD) hanno reso possibile il prolungamento dei tempi di attesa, rappresentando un "ponte" tra il ricovero e l'eventuale trapianto con conseguente incremento della sopravvivenza del 77-92%. Nell'anno 2010 la Direzione Sanitaria dell'A.O. Dei Colli ha ritenuto opportuno autorizzare l'U.O.C. Cardiochirurgia Pediatrica all'espletamento di tale procedura, alla luce della significatività dei dati epidemiologici presentati in studi clinici nazionali ed internazionali.

Materiali e metodi. Il Cuore di Berlino è un sistema extracorporeo elettropneumatico di assistenza ventricolare destinato all'assistenza cardiaca destra e/o sinistra; esso è costituito da 1-2 pompe pneumatiche, collegate tramite cannule all'atrio e/o al ventricolo e alle grandi arterie. La pressione necessaria per l'aspirazione e la compressione è fornita da un'unità di controllo collegata al dispositivo tramite linee pneumatiche. L'U.O.C. Cardiochirurgia Pediatrica ha arruolato i pazienti nel rispetto di alcuni criteri di selezione: parametri emodinamici, classe INTERMacs 1° e 2°, assenza di danno multiorgano, condizioni emocoagulative adeguate. Successivamente è stato valutato l'esito di ogni singola procedura in merito alla tipologia di paziente, dispositivo impiantato, durata del trattamento.

Risultati. Dal 2010 sono state effettuate 7 procedure su pazienti di età compresa tra 2 e 15 anni: 6 procedure (3 con pompa biventricolare e 3 con pompa monoventricolare) hanno avuto esito positivo e solo una ha avuto esito negativo. Dei 6 pazienti con esito positivo, due attendono il trapianto rispettivamente da 1 e 9 mesi, quattro hanno ricevuto il trapianto con successo dopo trattamento con cuori artificiali per periodi di tempo che vanno da un mese fino ad un anno.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

Conclusioni. L'esperienza dell'U.O.C. Cardiochirurgia Pediatrica ha confermato che l'impiego del Cuore di Berlino rappresenta una valida alternativa per i pazienti la cui sopravvivenza è legata esclusivamente al trapianto. Tuttavia tale soluzione è da considerarsi temporanea a causa dell'invasività del dispositivo, dell'ingombro dei componenti, del rumore associato alla frequenza pulsatile e della difficile gestione del paziente costretto all'ospedalizzazione.

RETI E PLACCHE IN TITANIO NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE FRATTURE DEL PAVIMENTO DELL'ORBITA

Claudia Cevasco - IRCCS San Martino-IST, U.O.C. Farmacia, Specializzanda
Nicola Josifov - IRCCS San Martino-IST, U.O.C. Farmacia, Specializzando
Marinella Corsetti - IRCCS San Martino-IST, U.O.C. Farmacia, Dirigente Farmacista
Elena Cantagalli - IRCCS San Martino-IST, U.O.C. Farmacia, Dirigente Farmacista
Roberto Baldini - IRCCS San Martino-IST, U.O.C. Farmacia, Dirigente Farmacista
Maria Attilia Grassi - IRCCS San Martino-IST, U.O.C. Farmacia, Direttore U.O.C. Farmacia
Guido Moscato - IRCCS San Martino-IST, U.O. Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo Facciale, Dirigente Medico

Introduzione. La frattura del pavimento dell'orbita è molto frequente nella traumatologia del distretto facciale; deriva da un trauma diretto che causa deformazione elastica del bulbo oculare per sollecitazione del pavimento orbitario. La frattura della sottile struttura ossea può intrappolare muscolo o periorbita. Tale lesione ha importanti risvolti funzionali (diplopia) ed estetici (enoftalmo e distopia verticale). L'impiego di osso autologo rappresenta il gold standard per il trattamento chirurgico della frattura del pavimento dell'orbita, ma è un'intervento invasivo e non sempre ben accettato dal paziente. Con i recenti progressi tecnologici sono stati introdotti nella pratica clinica dispositivi medici quali reti chirurgiche e placche preformate in titanio. L'obiettivo è stato valutare l'efficacia dell'intervento nella frattura del pavimento orbitario, i risultati clinici e radiografici a breve ed a lungo termine (5 anni).

Materiali e metodi. L'analisi è stata condotta su 28 pazienti, sottoposti, nel periodo tra giugno 2008 e giugno 2013, ad intervento per frattura del pavimento dell'orbita. L'intervento, eseguito in anestesia generale attraverso accesso trans-congiuntivale, prevede il posizionamento di rete chirurgica o placche preformate in titanio per colmare il gap osseo determinato dal trauma. L'intervento chirurgico corregge la diplopia, mentre il posizionamento di reti in titanio o placche preformate ripristina l'anatomia oculare. I risultati clinici sono stati valutati attraverso esame radiografico, TAC in sezione coronale, e tramite il test di Hess, esame oculistico che individua la presenza e l'entità di anomalie della posizione e del movimento dei bulbi oculari, alla base della diplopia.

Risultati. Nell' arco temporale dell'analisi compiuta, il 75% dei pazienti ha ottenuto, già nel periodo post-operatorio, un risultato estetico ottimale, comprovato dallo studio del volume della zona oculare lesionata attraverso immagini TAC, e correzione della diplopia, confermata dal test di Hess, o nel post operatorio o in pochi casi con miglioramento progressivo nei quattro mesi dopo l'intervento. Soltanto un paziente è stato sottoposto ad un secondo intervento per non corretto posizionamento della rete chirurgica (3,57%), due hanno avuto persistenza della diplopia (7,14%) e quattro hanno presentato persistenza di enoftalmo e/o distopia verticale.

Conclusioni. Nella nostra esperienza, l'impiego di impianti in titanio si è dimostrato tecnicamente migliorativo rispetto alle lamine in silicone, dispositivi utilizzati precedentemente e responsabili di numerose reazioni infettive. Il facile utilizzo, la modellabilità e stabilità nel tempo del titanio hanno reso possibile un'ottimale gestione dei pazienti; mentre l'altissima biocompatibilità di questo materiale evita la necessità di un secondo intervento per rimozione degli impianti metallici.

PROGETTO DI GESTIONE INFORMATICA PER PAZIENTE DI DISPOSITIVI MEDICI SPECIALISTICI

Angelo Pecere - Ospedale Generale "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli, Servizio Farmacia Interna SIF, Direttore
Emanuele Caputi - Facoltà di Farmacia e Medicina Università degli Studi di Roma La Sapienza, Dipartimento di Chimica e Tecnologie del farmaco, Specializzando in Farmacia Ospedaliera
Donata Iozzi - ASL Roma B Ospedale Sandro Pertini, Dipartimento di Diagnostica del Farmaco - UOC Farmacia,
Renato Lisitano - ASL Roma B Ospedale Sandro Pertini, Dipartimento di Diagnostica del Farmaco - UOC Farmacia, Farmacista dirigente
Gerardo Miceli Sopo - ASL Roma B Ospedale Sandro Pertini, Dipartimento di Diagnostica del Farmaco - UOC Farmacia, Direttore

Introduzione. Nelle strutture ospedaliere la voce di spesa "dispositivi medici", è diventata paritetica o superiore a quella dei farmaci. La macroclasse dispositivi medici racchiude migliaia di prodotti che devono essere acquisiti, allocati, classificati e disponibili all'utilizzo in condizione di totale sicurezza per il paziente e per l'operatore. Per questi motivi è indispensabile standardizzare, razionalizzare e controllare tutte le procedure d'acquisizione, gestione e distribuzione. L'obiettivo del presente progetto è stato quello di ottimizzare le procedure di approvvigionamento e reintegro dei dispositivi medici specialistici impiantabili e non, avere un monitoraggio costante sui dispositivi medici utilizzati durante gli interventi, ridurre sensibilmente la documentazione cartacea e avere uno scostamento minimo tra il materiale consumato per paziente e quello acquistato dalla farmacia in modo da ottimizzare i costi

Materiali e metodi. Inizialmente, la farmacia ha discusso con gli specialisti quali prodotti gestire attraverso la procedura informatizzata per paziente. Il centro elaborazione dati ha modificato la procedura di gestione magazzino in modo da sviluppare una richiesta informatica dei DM ad alto costo. Sono stati abilitati alle richieste informatiche gli operatori di sala che, al termine dell'intervento, si collegano alla procedura e fanno la richiesta di reintegro dei prodotti utilizzati. La novità è che l'infermiere deve inserire i dati del paziente, il numero e la data della procedura operatoria e il numero di lotto o il seriale del dispositivo utilizzato. La farmacia controlla la conformità delle richieste e richiede il reintegro in tempi brevi dei prodotti in modo da non andare mai in emergenza

Risultati. L'utilizzo dell'armadietto con il dettaglio paziente permette un totale controllo sui costi, sul tipo di procedura chirurgica, sui pazienti, sulle scorte di magazzino; riduzione delle richieste urgenti e reintegri in tempo reale dei dispositivi medici utilizzati; la tracciabilità dei prodotti con la gestione del lotto ed il controllo delle scadenze

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

Conclusioni. La gestione dei DM specialistici in una struttura ospedaliera non può essere vissuta passivamente dal farmacista che, non avendo competenze specifiche, si preoccupa solo delle emergenze e degli ordini d'acquisto riducendo al minimo l'interazione che dovrebbe avere con gli operatori. Ovviamente, la scelta del tipo di intervento anche in rapporto all'età del paziente è di competenza specifica del chirurgo, ma il farmacista, con una gestione informatica come quella descritta, può affiancare lo specialista, controllare l'appropriatezza dell'intervento e mandare feedback sull'attività e sui costi interagendo anche con i responsabili del budget concordato

LA GESTIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTIBILI ATTIVI PRESSO LA FARMACIA DELL'OSPEDALE SANDRO PERTINI

Antonella Verzino - Facoltà di Farmacia e Medicina Università degli Studi di Roma La Sapienza, Dipartimento di Chimica e Tecnologie del farmaco, Specializzanda in Farmacia Ospedaliera
Donata Iozzi - ASL Roma B Ospedale Sandro Pertini, Dipartimento di Diagnostica del Farmaco - UOC Farmacia,
Emanuele Caputi - Facoltà di Farmacia e Medicina Università degli Studi di Roma La Sapienza, Dipartimento di Chimica e Tecnologie del farmaco, Specializzando in Farmacia Ospedaliera
Renato Lisitano - ASL Roma B Ospedale Sandro Pertini, Dipartimento di Diagnostica del Farmaco - UOC Farmacia, Farmacista dirigente
Gerardo Miceli Sopo - ASL Roma B Ospedale Sandro Pertini, Dipartimento di Diagnostica del Farmaco - UOC Farmacia, Direttore

Introduzione. I costi gestionali delle strutture sanitarie sono in continuo aumento. In particolare la spesa per i dispositivi medici impiantabili attivi incide per una parte importante sui costi di approvvigionamento che le Strutture Sanitarie devono sostenere. Pacemaker e defibrillatori rappresentano i dispositivi medici impiantabili attivi utilizzati presso l'Ospedale "Sandro Pertini". Questi devices attualmente sono gestiti con la formula del conto deposito.

Materiali e metodi. La procedura di gestione, coordinata dalla farmacia, prevede l'istituzione presso la camera operatoria di un conto deposito secondo il contratto estimatorio definito tramite gara aziendale. Ogni prodotto è corredato di "monobolla" (una bolla per ogni prodotto) in duplice copia: la prima copia rimane in farmacia mentre la seconda accompagna il prodotto fino all'utilizzo. In seguito all'impianto di un device, la camera operatoria invia il documento di scarico (la seconda copia) alla farmacia, corredata della copia del registro operatorio che reca il numero di procedura e la fustella del device utilizzato. La farmacia controlla lo scarico e provvede ad emettere l'ordine di acquisto, riportando il numero di bolla e il numero di serie di ogni prodotto, per consentire il reintegro e l'emissione della fattura.

Risultati. La procedura cosi realizzata ha reso possibile standardizzare la gestione amministrativa dei dispositivi medici in conto deposito da parte della farmacia e della camera operatoria. Ha inoltre permesso il monitoraggio continuo dei costi e la tracciabilità degli interventi chirurgici e dei prodotti. Infine, poichè ogni prodotto è corredato di monobolla in duplice copia, è stato possibile da parte della farmacia conoscere, in qualsiasi momento, la giacenza reale del conto deposito e quindi responsabilizzare gli operatori addetti alla gestione e allo scarico dei dispositivi medici in camera operatoria.

Conclusioni. La nostra gestione ha portato alla totale assenza di scaduti in reparto grazie al monitoraggio congiunto della farmacia, degli operatori sanitari addetti e delle ditte fornitrici ed alla possibilità di adeguarsi tempestivamente ai continui aggiornamenti tecnologici dei devices senza gravare sul costo del conto deposito. Nonostante le criticità rilevate, come la necessità di uno spazio adeguato per lo stoccaggio e la presenza di numerosi documenti cartacei, questo tipo di gestione risponde alla duplice esigenza di razionalizzare le risorse finanziarie e contestualmente garantire, in ogni momento, la disponibilità di una gamma completa di prodotti in grado di soddisfare qualsiasi necessità acquistando solo quelli utilizzati.

IMPATTO ECONOMICO DELL'INTRODUZIONE DEL METODO OFF-LINE NELLE PROCEDURE DI FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRA-CORPOREA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE (AOUS)

Fabrizio Fiori - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia, Specializzando
Davide Paoletti - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Carolina Laudisio - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Chiara Castellani - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Giovanna Gallucci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Silvano Giorgi - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Alessandra Catocci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista

Introduzione. La fotochemioterapia extracorporea (ECP) è una procedura che espone le cellule ematiche mononucleate ottenute per centrifugazione ad irradiazione ultravioletta, in presenza di agenti leganti il DNA quali l'8-Metossipsoralene. L'ECP è principalmente utilizzata per diverse patologie cellule-T-mediate, quali, ad esempio, la Graft-versus-host-disease (GvHD). Tale procedura può essere effettuata con due metodiche: ON-LINE, in cui le cellule sono sottoposte ad irradiazione mediante circolazione extracorporea (unica metodica usata in AOUS fino al 2011); OFF-LINE, in cui tramite leucoaferesi viene raccolto un concentrato linfomonocitario, irradiato e successivamente reinfuso (metodica introdotta in AOUS nell'aprile 2012). L'obiettivo di questo studio è stato analizzare i costi e i consumi dei materiali per ECP nel periodo maggio 2012-maggio 2013 e confrontare i consumi degli anni precedenti per verificare il risparmio ottenuto

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati relativi ai costi e consumi dei materiali per ECP nell'AOUS, estrapolandoli dal sistema informatico. Successivamente, basandosi sulla media dei consumi storici, sono state calcolate le risorse risparmiate con l'introduzione della nuova metodica.

Risultati. In occasione del XXXIII Congresso SIFO, basandosi sui consumi relativi agli anni 2007/2011, era stato presentato un abstract inerente tale metodica, nell'ambito del quale era stato calcolato un consumo medio di 867 kit/anno, con un costo medio annuo di 914.081 €, (in questo costo erano comprese anche le lampade UV, ora fornite a titolo gratuito) e stimato un risparmio di circa il 55% (409.922 €) con il passaggio alla metodica off-line. Nel 2012, oltre ad essere introdotta la metodica off-line, sono stati anche ricontrattati i prezzi dei kit per la metodica on-line. Ad un

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

anno dall'introduzione della nuova metodica (prezzo medio di un kit on-line: 708 €) si è avuto un consumo di 380 kit, pari ad una spesa di 269.169 € per la metodica on-line, mentre per la metodica off-line si è avuto un consumo di 250 kit, pari ad una spesa di 62.469 €. I consumi dei Kit per fotoforesi sono stati quindi in totale 630 con una spesa pari a 331.637 €.

Conclusioni. Dall'analisi dei dati emerge che l'AOUS ha registrato una riduzione della spesa del 64% e una riduzione dei consumi del 19% circa. Il risparmio prodotto eccede la riduzione dei consumi pertanto non scaturisce solo dalla diminuzione del numero di kit usati, ma anche dall'utilizzo della metodica off-line e dei costi ad essa correlati, nonché dalla ricontrattazione del prezzo dei kit della metodica on-line. L'introduzione della nuova metodica ha, quindi, prodotto un risparmio notevole per l'AOUS.

DISPOSITIVI MEDICI: MIGLIORARE LA QUALITÀ DELL' ASSISTENZA A COSTI SOSTENIBILI

Paola Ardovino - AO Ospedale Sant'Anna Como, Servizio Farmaceutico e Nutrizionale, Direttore SC Servizio Farmaceutico e Nutrizionale
Sabrina Butti - AO Ospedale Sant'Anna Como, Servizio Farmaceutico e Nutrizionale, Dirigente Farmacista
Emanuela Barbiero - AO Ospedale Sant'Anna Como, Servizio Farmaceutico e Nutrizionale, Dirigente Farmacista
Marica Carughi - AO Ospedale Sant'Anna Como, Servizio Farmaceutico e Nutrizionale, Responsabile SS Farmacia del Presidio di Cantù e Mariano
Cesare Carucci - AO Ospedale Sant'Anna Como, Dipartimento Amministrativo, Direttore SC Approvvigionamenti e Logistica
Fabio Banfi - AO Ospedale Sant'Anna Como, Direzione Sanitaria, Direttore Medico di Presidio

Introduzione. L'AO Ospedale Sant'Anna di Como, costituita da 4 Presidi, copre un territorio che si estende per 1.290 chilometri quadrati. Nell'ottobre 2010 è avvenuto il trasferimento del Presidio di Como presso la nuova sede di San Fermo. Le dimensioni dei vecchi e nuovi edifici sono simili, ma nuove sono organizzazione e tecnologie: si è passati ad un modello per intensità di cura e complessità dell'assistenza, e l'infrastruttura tecnologica a supporto dell'attività clinica è ora caratterizzata da avanzate tecnologie. Le nuove tecnologie hanno imposto l'uso di dispositivi medici (DM) più sofisticati e costosi; inoltre il modello organizzativo che ha previsto l'accorpamento di differenti U.O. prima separate, ha favorito l'utilizzo di DM dove non erano precedentemente utilizzati; tutto ciò ha incrementato la spesa per l'acquisto dei DM (anno 2010 vs 2009 +8,6%; 2011 vs 2010 +12,9%). L'obiettivo di questo lavoro, promosso dal farmacista ospedaliero e fortemente appoggiato dall'Alta Direzione, è di ridurre i costi per DM attraverso un miglioramento del processo di gestione in termini di selezione, approvvigionamento, stoccaggio e appropriato utilizzo degli stessi tramite valutazioni di efficacia, efficienza e di economicità.

Materiali e metodi. L'intervento proposto si è articolato in varie iniziative tra cui la definizione di una nuova politica delle scorte inclusa la centralizzazione dei magazzini farmaceutici del Presidio di Cantù presso la sede di San Fermo; l'istituzione della Commissione Dispositivi Medici Aziendale che tramite un approccio multidisciplinare valuta le richieste di inserimento dei DM nella pratica clinica tenendo in considerazione il processo terapeutico in cui il dispositivo viene utilizzato e la disponibilità di budget; infine l'analisi puntuale dei DM di uso generalizzato a più alto consumo al fine di valutarne l'appropriatezza d'utilizzo ed individuare alternative di pari efficacia ma minore costo.

Risultati. Le azioni messe in campo a partire dalla fine del 2011 e tutt'ora in corso, hanno ottimizzato i percorsi di gestione del DM, creato maggiore consapevolezza da parte degli operatori sanitari sull'importanza di un uso corretto ed appropriato delle risorse e portato ad una più efficiente pianificazione delle attività sanitarie. Grazie a ciò si è ottenuto un risparmio economico (2012 vs 2011 – 5,2%) che ha permesso nel 2012 di raggiungere l'obiettivo di budget senza interferire sulla qualità delle prestazioni.

Conclusioni. Nuove tecnologie richiedono spesso risorse aggiuntive; in un epoca di risorse scarse, occorre recuperarle tramite un incremento generalizzato dell'efficienza dei processi. La sfida è di costruire intorno ai DM una governance ben disegnata, ispirata a criteri di costo-efficacia.

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DI IMPIEGO IN UN PRONTO SOCCORSO DEI DISTANZIATORI NELLE TERAPIE INALATORIE PER MALATTIE RESPIRATORIE

Evelyn Janet Pennone - A.O. MAURIZIANO DI TORINO, Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Claudia Fruttero - A.O. MAURIZIANO DI TORINO, Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Maria Papandrea - A.O. MAURIZIANO DI TORINO, Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Fiorella Lorenzetti - A.O. MAURIZIANO DI TORINO, Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Stefania Pardossi - A.O. MAURIZIANO DI TORINO, Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Eleonora Cerutti - A.O. MAURIZIANO DI TORINO, Farmacia, Farmacista Ospedaliero
Annalisa Gasco - A.O. MAURIZIANO DI TORINO, Farmacia, Farmacista Ospedaliero

Introduzione. L'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva sono malattie infiammatorie croniche delle vie aeree caratterizzate da episodi ricorrenti di riacutizzazione dei sintomi che costituiscono uno dei motivi più frequenti di visita urgente in pronto soccorso (PS) e/o di ricovero in ospedale. La terapia inalatoria è considerata la metodica di trattamento d'elezione poiché il farmaco giunge direttamente nell'organo ottenendo maggiori concentrazioni e rapida comparsa d'azione. Gli aerosol dosati (METERED DOSE INHALER,MDI) rappresentano gli apparecchi maggiormente utilizzati, ma i principali inconvenienti sono la richiesta di un'ottima coordinazione fra l'erogazione dell'aerosol e l'atto inspiratorio, la deposizione orofaringea del farmaco con eventi indesiderati connessi e maggior consumo di farmaco per compensare la ridotta efficacia. Per tale motivo gli MDI sono meno efficaci nei pazienti che hanno difficoltà a coordinare l'inalazione (es.bambini e anziani). Per superare queste difficoltà possono essere impiegati i DISTANZIATORI. La prevalenza di queste patologie sono causa di aumento dei costi sia in termini di spesa per i ricoveri e gli accessi in PS, sia per la spesa farmaceutica (poiché gli aerosol dosati sono monopaziente) e sia per perdita di giorni lavorativi/scuola.

Materiali e metodi. Per valutare l'impatto economico dell'impiego dei distanziatori in PS è stata condotta un'analisi della prescrizione/consumi degli aerosol dosati da giugno 2012 a maggio 2013 e un'indagine di mercato dei dispositivi in commercio con valutazione del distanziatore più adatto. Il farmacista in collaborazione con i medici del PS ha predisposto un opuscolo-paziente contenente le

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

informazioni sul trattamento e sulla gestione dell'uso appropriato dell'inalatore e del distanziatore.

Risultati. Nel periodo considerato la spesa per farmaci al PS è stata di 126.754,97 euro e la spesa per aerosol dosati è stata di 13.972,93 euro. Il risultato che ci si aspetta di ottenere è quello di una riduzione dei consumi degli aerosol dosati con un aumento dell'impiego dei distanziatori, portando però nel complesso ad un riduzione della spesa per gli MDI+distanziatore compresa tra il 30-50%. Inoltre il dispositivo aumenta l'efficacia terapeutica dei MDI permettendo di ridurre la deposizione di farmaco a livello dell'orofaringe, diminuendo l'incidenza degli effetti indesiderati locali e migliorando l'aderenza del paziente alla terapia.

Conclusioni. L'adozione in PS di spray predosati+distanziatore invece che l'uso del nebulizzatore e/o di farmaci assunti per via sistemica, l'educare il paziente e l'approccio multidisciplinare medico-farmacista-infermiere sono fondamentali per ridurre i tempi di permanenza in PS e i ricoveri.

VALUTAZIONE DELLE SPUGNE EMOSTATICHE DI COLLAGENE E GENTAMICINA

Claudia Salvucci - ASUR Marche area vasta 3 Camerino (MC), servizio farmaceutico, farmacista borsista
Stefano Sagratella - ASUR Marche area vasta 3 Camerino (MC), servizio farmaceutico, direttore

Introduzione. Le spugne di collagene e gentamicina sono state introdotte in commercio al fine di favorire l'emostasi e prevenire le infezioni della ferita chirurgica. Esse forniscono alte concentrazioni di gentamicina in situ riducendo il rischio di nefro e oto-tossicità da somministrazione sistemica. Con questo studio si vuole verificare, esaminando gli studi clinici a disposizione, l'effettiva efficacia del DM nella prevenzione delle infezioni del sito chirurgico in interventi di chirurgia generale ed ortopedica; ciò al fine di decidere se mantenere o meno tale dispositivo nel Repertorio ospedaliero.

Materiali e metodi. Nel mese di gennaio 2012 si è provveduto ad effettuare una ricerca di studi clinici su pubmed e ad inviare richieste di studi clinici alle due ditte produttrici. Sono stati selezionati clinical trial nei quali i pazienti operati chirurgicamente erano suddivisi in due gruppi: gruppo controllo (pazienti che ricevevano o meno profilassi antibiotica) e gruppo trattato (pazienti ai quali venivano applicate le spugne con o senza profilassi in base alla scelta fatta per il controllo). Per stimare l'efficacia è stata considerata l'infection rate e la % dei pazienti con guarigione primaria su pazienti totali. I vari studi sono stati valutati tramite Jadad score.

Risultati. Chirurgia generale: sono stati esaminati 14 studi (13 RCT e 1 studio retrospettivo) e una valutazione costo-efficacia che sosteneva l'utilizzo delle spugne di gentamicina non tenendo però in considerazione lo studio di Bennet-Guerriero, pubblicato successivamente. Dei 14 studi esaminati solo 4 presentavano uno score maggiore di tre e quello con punteggio più alto non aveva trovato benefici dovuti alla spugna. Lo studio di Bennett-Guerriero (score pari a 3) mostrava una percentuale maggiore e statisticamente significativa di infezioni nel gruppo trattato ed evidenziava il fatto che colture microbiologiche provenienti dal gruppo trattato contenevano molti più batteri resistenti rispetto a colture del controllo. Chirurgia ortopedica: non è stato individuato nessun RCT, ma è stato trovato soltanto uno studio comparativo aperto sequenziale. Non sono stati esaminati e tenuti in considerazione due case series report presentatici dalla ditta in cui il gruppo trattato non veniva confrontato con un controllo o veniva confrontato solamente con un controllo storico.

Conclusioni. Visti i risultati ottenuti dall'esame di molteplici studi sull'utilizzo delle spugne di collagene e gentamicina in chirurgia generale e vista la scarsa letteratura a supporto di tale utilizzo in chirurgia ortopedica, si ritiene opportuno eliminare dal Repertorio tale dispositivo.

ANEURISMA DELL'AORTA TORACICA TEVAR VS OPEN

Giancarlo Giglio - Ospedale Privato Accreditato "S.Maria" Bari, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Roberta Caprioli - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera Università degli Studi di Napoli Federico II, Farmacia Ospedaliera, Farmacista

Introduzione. Un aneurisma dell'aorta toracica è una dilatazione patologica, progressiva e localizzata a livello del suddetto tratto anatomico.Per essere definito aneurisma, il segmento arterioso deve essere dilatato di almeno il 50% in più rispetto alla porzione di vaso adiacente. La rottura dell'aorta discendente è una catastrofe vascolare associata ad alta mortalità che può essere gestita con due differenti approcci terapeutici: chirurgia open e chirurgia TEVAR (thoracic endovascular aortic repair). La prima consiste nella chirurgia a cielo aperto, la seconda è una nuova forma di trattamento basata sull'impianto di un dispositivo (endoprotesi). Lo scopo di questo studio è finalizzato all'identificazione di vantaggi e svantaggi delle due metodiche operative, valutazione post operatoria e follow up dei pazienti trattati a 30 giorni e a un anno.

Materiali e metodi. Pazienti con d TAA (discending thoracic aortic aneurysm) trattati con TEVAR e con chirurgia a cielo aperto nell'Ospedale Privato Accreditato Santa Maria di Bari sono i criteri di inclusione dello studio. Sono stati paragonati i risultati ottenuti da entrambi i gruppi; l'end point primario dello studio è stato incentrato sui casi di morte, paraplegia permanente, rottura a 30 giorni dall'intervento. La regressione della malattia è stata utilizzata per identificare i fattori di rischio per l'end point primario.

Risultati. Su 190 pazienti con d TAA, 111 sono stati trattati con TEVAR e 79 con chirurgia open. E' emerso che nel 36,2 % dei pazienti trattati in open si è verificata rottura o paraplegia permanente, contro il 21,7% dei pazienti trattati con TEVAR. A 30 giorni la mortalità è stata del 24,6 % per i pazienti trattati con chirurgia open contro il 17,4% dei pazienti trattati con TEVAR. I fattori di rischio quali morte, paraplegia permanente e rottura erano in aumento con età e shock ipovolemico; il trattamento TEVAR è associato ad un rischio molto minore dell'end point. La sopravvivenza dei pazienti trattati con TEVAR era del 64,3% a un anno, paragonato al 75,2% dei pazienti trattati in open.

Conclusioni. Il trattamento endovascolare nei pazienti affetti da d TAA è associato ad un minore rischio di morte, rottura e paraplegia paragonato alla tradizionale chirurgia open; pertanto, l'utilizzo dell'endoprotesi per questa patologia è da preferire là dove i criteri di inclusione lo permettono.

MONITORAGGIO DELL'UTILIZZO DI CAMPIONI GRATUITI DI DISPOSITIVI MEDICI NELL'AZIENDA USL DI IMOLA:

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

AVVIO DI UN PERCORSO

Laura Paternoster - Azienda USL di Imola, UOC Assistenza Farmaceutica, Farmacista
Bruna Dosi - Azienda USL di Imola, UOC Assistenza Farmaceutica, Farmacista
Agnese Raggini - Azienda USL di Imola, UOC Assistenza Farmaceutica, Farmacista
Silvia Gambetti - Azienda USL di Imola, UOC Assistenza Farmaceutica, Direttore

Introduzione. In ottemperanza alle indicazioni della Direzione Generale alla Sanità e alle Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna (Nota del 19/11/2012), l'Azienda Usl di Imola ha ritenuto opportuno rivedere le procedure per l'utilizzo, al di fuori di un contesto sperimentale, di campioni gratuiti di Dispositivi Medici (DM) con marcatura CE. In particolare è stata adottata una procedura aziendale che definisce un percorso finalizzato all'utilizzo dei DM solamente in seguito ad opportuna verifica delle informazioni a garanzia della sicurezza ed efficacia del prodotto. Tale ruolo è affidato alla Segreteria Scientifica della Commissione Aziendale dei DM (CADM), che ha inoltre istituito un Registro Aziendale dei campioni al fine di monitorare tutti i DM che pervengono in Azienda a titolo gratuito.

Materiali e metodi. Per il monitoraggio dei campioni gratuiti sono state prese in considerazione le richieste di utilizzo di campionatura pervenute alla Segreteria CADM da marzo 2013 (data di inizio attività) mediante apposita modulistica pubblicata nell'intranet aziendale. Per ogni richiesta sono state valutate: presenza dei DM in Banca Dati/Repertorio DM, classe di rischio, destinazione d'uso, dichiarazione di conformità e certificazione di marcatura CE. Tutti i campioni di DM vengono inseriti in un Registro che viene regolarmente aggiornato e verificato a cadenza trimestrale.

Risultati. Da marzo 2013 sono pervenute 20 richieste di utilizzo di campionatura gratuita, in particolare dalle Sale Operatorie di Chirurgia Generale (12), Ginecologia (1), Oculistica (1), Ortopedia (1), Otorinolaringoiatria (2), Urologia (2) e dal Blocco Operatorio Interdipartimentale (2), dalla Direzione Infermieristica (1) e dall'Oncologia (1). Poiché una stessa richiesta può contenere anche numerosi prodotti, da usare in combinazione tra loro (es. sistema di accesso per laparoscopia), per 20 richieste sono state valutate informazioni relative a 83 DM. Di questi, 32% appartiene alla classe di rischio I (di cui 7% Is), 46% alla IIa, 11% alla IIb e 11% (equivalente a 6 richieste) alla classe III, limitatamente alla quale è prevista una autorizzazione all'utilizzo da parte del Direttore Sanitario. Tutte le richieste sono state valutate positivamente ad eccezione di una richiesta per l'utilizzo di un sistema di irrigazione/aspirazione per interventi laparoscopici, in quanto la Ditta non è stata disposta a fornire in comodato d'uso la strumentazione correlata al DM.

Conclusioni. Il percorso adottato per l'entrata di campionatura gratuita di DM nella nostra Azienda permette un puntuale monitoraggio dell'utilizzo della campionatura nel rispetto della normativa vigente e garantisce la rintracciabilità dei prodotti, a tutela della salute del paziente e degli operatori.

FARMACISTA DI REPARTO E DISPOSITIVI MEDICI: UN ANNO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO CENTRALE (BOC): L'ESPERIENZA DELL'E.O.GALLIERA DI GENOVA

Francesca Filauro - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia, Dirigente Farmacista
Daniela Gaggero - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia, Farmacista
Valentina Arena - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia, Farmacista
Elena Ferelli - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia, Farmacista
Annachiara Cericola - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia, Farmacia
Marta Rossi - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia, Farmacista
Elisa Zaninoni - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia, Dirigente Farmacista
Simone Zito - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia,
Francesca Calautti - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia,
Donatella Campanella - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia, Dirigente Farmacista
Carla Fraguglia - E.O.Galliera-Genova, S.C.Farmacia, Direttore Farmacista

Introduzione. Nel corso del 2012 è avvenuta la riorganizzazione del blocco operatorio dell' E.O. Galliera, con l'inaugurazione di quattro nuove sale operatorie, due aree di sterilizzazione e una recovery room. In questo contesto il personale della S.C. Farmacia ha intrapreso un progetto collaborativo con il personale del BOC per: organizzare il magazzino afferente alle sale operatorie,pianificare gli approvvigionamenti e le scorte, monitorare i costi, utilizzare in maniera appropriata i Dispositivi Medici(DM) e allestire i kit procedurali, promuovere la dispositivovigilanza.

Materiali e metodi. Inizialmente i DM usati dalle sale operatorie, erano organizzati in un magazzino al di fuori del BOC, distaccato rispetto al magazzino centrale. L'unificazione del materiale in un' unica zona all'interno del Blocco operatorio, ha permesso di gestire i materiali con una metodica più snella.Inoltre per migliorare ulteriormente l'approvvigionamento, il monitoraggio, l' appropriatezza d'uso sono stati standardizzati interventi sia in videolaparoscopia che in chirurgia aperta, a cui ha fatto seguito l'assemblaggio di kit procedurali. Il farmacista quotidianamente allestisce in base alla lista operatoria ricevuta settimanalmente e confermata nella giornata i kit degli interventi del giorno successivo,prepara il foglio di accompagnamento riportando tutti i dispositivi che lo costituiscono, il relativo lotto e la scadenza e lo attribuisce al corretto centro di costo. Per garantire la tracciabilità, ogni kit viene numerato progressivamente, registrato e allegato dallo strumentista nella cartella clinica del paziente.

Risultati. Da ottobre 2012 sono stati standardizzati interventi di chirurgia bariatrica, colecistectomia, splenectomia, emicolectomia destra e sinistra, duodenocefalopancreasectomia, gastrectomia totale e parziale, appendicectomia. Ad oggi sono stati allestiti circa 200 kit procedurali. La standardizzazione degli interventi ha permesso di utilizzare più appropriatamente i materiali a tal punto da ottenere risultati economicamente significativi come per la Chirurgia Generale il cui risparmio è stato di circa 280 mila euro confrontando il 2012 rispetto al 2011 (quando il farmacista non era ancora presente al BOC) senza alcuna diminuzione dell'attività operatoria.

Conclusioni. ll farmacista è stato un attore importante per la riuscita del progetto instaurando una collaborazione efficace tra coordinatori, medici e infermieri strumentisti in un team multidisciplinare che ha permesso l'ottimizzazione dell'impiego del personale, delle scorte e dei tempi di intervento. Il farmacista di reparto in sala operatoria ha fornito la propria professionalità in un ambito che fino a poco tempo fa era ad appannaggio di sole poche professioni,dimostrando la trasversalità del proprio ruolo.

VALUTAZIONE DELL' EFFICACIA DELLA TECNICA NIV: L'ESPERIENZA CLINICA PRESSO L'UNITÀ

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

DI TERAPIA INTENSIVA
DEL P.O. SAN GIOVANNI DI DIO-AGRIGENTO

Annalisa Helga Simona Stancampiano - P.O.San Giovanni di Dio, U.O.C. di Farmacia, DIRIGENTE FARMACISTA
Carmen Liuzzo - P.O. San Giovanni di Dio, U.T.I., DIRIGENTE MEDICO

Introduzione. Negli ultimi anni la diffusione di "Tecniche di ventilazione non invasiva" (NIV), come alternativa alle tecniche di ventilazione meccanica assistita (VAM), hanno permesso di offrire al paziente il vantaggio di evitare l'intubazione, consentendo di ridurre il rischio di complicazioni di carattere sia meccanico che infettivo.

Materiali e metodi. L'utilizzo delle tecniche NIV stanno diventando una realtà sempre piú crescente nell'Unità di Terapia Intensiva (UTI). In questo studio è stata valutata come l'applicazione della NIV, durante le prime 24 ore, in una paziente gravemente obesa, ha evitato l'intubazione oro tracheale prevenendone le probabili complicanze. A tale scopo, é stato preso in esame il caso di una paziente di 57 anni, obesa (circa 200 kg) affetta da BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva), OSAS (Sindrome da Apnee Ostruttive Notturne) e depressione bipolare. La paziente viene ricoverata per acidosi respiratoria ed è tuttavia ancora cosciente, collaborante e con emodinamica stabile. L'EGA (Emogasanalisi) all'ingresso evidenzia PH 7.29, PCO2 100.9, PO2 65, SatO2 88.3%, in aria ambiente. Immediatamente si posiziona casco tipo Castar R NIV taglia XXL. Si imposta BILEVEL con Trigger di flusso 5l/min, PEEP 7 cmH2O, PS sovra PEEP 14 cmH2O, FiO2 O.4. Si adegua terapia medica. Si preferisce tale presidio per l'assenza dei decubiti legati al posizionamento della maschera facciale, assenza di edema agli arti superiori legati all'utilizzo delle cinghie e per favorire l'alimentazione. Si assiste,dopo 1 ora, ad un miglioramento del quadro clinico con pH di 7.35, PCO2 70.2, PO2 71.4 e SatO2 95%. Dopo 22 ore con valori di pH di 7.4, PCO2 62, PO2 83.2 e SatO2 95%, si effettua la rimozione del casco e si pone in respiro spontaneo occhialini nasali O2 2l/min (FiO2 28%).

Risultati. Dopo 5 giorni di ricovero in UTI, durante i quali viene sottoposta a periodici cicli di NIV, la paziente viene dimessa al proprio domicilio con ventilatore domiciliare e adeguamento di terapia medica.

Conclusioni. L'evidenza clinica ha dimostrato come l'impiego di un dispositivo NIV ha evitato i possibili danni legati all'intubazione oro tracheale quali: traumi delle vie aeree superiori, svezzamento difficoltoso, possibilità di sviluppare una polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) con conseguente aumento della morbidità e mortalità. Ma soprattutto l'impiego della NIV ha permesso di "guadagnare tempo" alle cure mediche apportate. Tutto ciò ha consentito una notevole riduzione dei tempi di degenza con conseguente contenimento della spesa sanitaria per l'Azienda.

ANALISI DEI COSTI E DEI CONSUMI DI STENT CORONARICI NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE (AOUS) NEL TRIENNIO 2010-2012

Fabrizio Fiori - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia, Specializzando
Davide Paoletti - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Carolina Laudisio - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Chiara Castellani - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Giovanna Gallucci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Silvano Giorgi - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Alessandra Catocci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista

Introduzione. Gli stent coronarici sono dispositivi utilizzati per prevenire l'occlusione dei vasi, sono utilizzati nelle angioplastiche coronariche (TPCA) e sono distinti in quattro classi: metallici tradizionali-nudi (BMS), a loro volta suddivisi in BMS in acciaio inossidabile e in leghe diverse dall'acciaio; rivestiti da polimero; a rilascio di farmaco immunosoppressore (DES); riassorbibili. L'obiettivo di questo studio è stato analizzare costi e consumi degli stent coronarici utilizzati presso l'AOUS nel triennio 2010-2012, poiché questi rappresentano un'importante voce della spesa sanitaria.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati relativi ai costi e consumi degli stent usati nell'AOUS, estrapolandoli dal sistema informatico. Dalla sezione Repertorio Dispositivi sono state ricercate le schede tecniche relative a tali prodotti per produrre uno schema delle indicazioni autorizzate.

Risultati. I BMS sono indicati nella cardiopatia ischemica; solo alcuni possono essere utilizzati anche nel ripristino del flusso coronarico e nelle occlusioni improvvise. Le indicazioni dei rivestiti sono più ampie: aneurisma delle coronarie, perforazione, rottura acuta od occlusione delle coronarie e cardiopatie ischemiche generiche. I DES vengono utilizzati maggiormente nelle cardiopatie ischemiche, ma trovano applicazione anche nelle lesioni coronariche in presenza o meno di diabete mellito e nel ripristino del flusso coronario e possono essere utilizzati anche negli episodi ischemici degli arti inferiori. Per quel che riguarda i BMS in acciaio si è osservata una progressiva diminuzione dei consumi (49 nel 2010, 36 nel 2011, 18 nel 2010), per quelli in leghe differenti si è osservata una diminuzione (304 nel 2010; 217 nel 2011; 283 nel 2012). Gli stent rivestiti sono stati utilizzati solo negli anni 2010 e 2011 in quantità minime (6 e 3 rispettivamente). I DES sono stati ampiamente utilizzati nell'AOUS (786 nel 2010, 808 nel 2011, 790 nel 2012). Per quanto riguarda la spesa prodotta, nei BMS e negli stent rivestiti si è osservato un andamento analogo a quello dei consumi registrati; mentre per i DES si è registrata una riduzione della spesa a fronte di un aumento dei consumi.

Conclusioni. Dai dati ottenuti si evince che l'impiego degli stent innovativi (DES) è in aumento mentre si registra una progressiva riduzione dei consumi di BMS. La riduzione della spesa registrata per i DES nonostante l'aumento dei consumi di tali dispositivi è probabilmente correlata all'abbattimento dei prezzi di acquisto di tali prodotti ottenuto tramite l'aggiudicazione di una procedura centralizzata di acquisto a valenza regionale.

ELABORAZIONE DI UNA LINEA GUIDA PER INTERVENTI DI ENDOPROTESI D'ANCA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE (AOUS)

Davide Paoletti - AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE, FARMACIA OSPEDALIERA SETTORE GOVERNO CLINICO DELLA SPESA FARMACEUTICA, FARMACISTA OSPEDALIERO
Fabrizio Fiori - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista Specializzando

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

Carolina Laudisio - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista specializzando
Chiara Castellani - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista specializzando
Giovanna Gallucci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera Settore Dispositivi medici e diagnostici, Dirigente Farmacista
Alessandra Catocci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera Settore Dispositivi medici e diagnostici, Dirigente Farmacista
Silvano Giorgi - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, FARMACIA OSPEDALIERA SETTORE GOVERNO CLINICO DELLA SPESA FARMACEUTICA, Dirigente Farmacista

Introduzione. L'intervento di sostituzione protesica dell'anca costituisce una soluzione sempre più diffusa per numerose patologie invalidanti che colpiscono prevalentemente gli anziani. Una protesi d'anca è formata dai seguenti componenti: stelo, collo, testina, inserto e coppa acetabolare (o cupola). Le protesi sono classificate in base alla metodica utilizzata per ancorare l'impianto all'osso. In questo caso si distinguono protesi cementate e non-cementate. Nel mese di dicembre 2012 nell' AOUS i farmacisti in accordo con i clinici ortopedici hanno elaborato una linea guida aziendale che definisce i criteri di scelta delle tipologie di protesi secondo parametri quali età, e sesso. L'obietttivo di questo lavoro è di raccogliere i dati degli interventi di sostituzione di protesi d'anca succeduti alla linea guida e confrontarli con i dati antecedenti ad essa per analizzare gli eventuali risultati ottenuti.

Materiali e metodi. Come periodi di riferimento sono stati presi in considerazione l'anno 2013 dove vi è la nuova linea guida in vigore e l'anno 2011 nel quale non vi era alcuna procedura d'indirizzo; l'anno 2012 essendo un anno di passaggio dal vecchio al nuovo sistema non è stato preso in considerazione. Sono quindi stati analizzati i dati relativi ai costi e consumi delle protesi d'anca nell' U.O.C. Ortopedia Universitaria dell'AOUS per l'anno 2013 nel periodo gennaio-15 giugno. Nell'anno 2011 vi era una forte inappropriatezza di utilizzo delle protesi con un'incidenza di utilizzo di protesi non cementate dell' 88,7% ed in molti casi anche a pazienti ultra ottantenni. Inoltre è stata calcolata anche la differenza media di costo tra una protesi cementata ed una non cementata che è di circa 1300 €.

Risultati. Nei primi 5 mesi e mezzo dell'anno 2013 sono stati effettuati 77 interventi di sostituzione protesica dell'anca in Ortopedia Universitaria (20 cementate e 57 non cementate). La percentuale di utilizzo delle protesi non cementate si è notevolmente ridotta rispetto ai dati del 2011; infatti degli interventi di protesi d'anca effettuate si può notare che il 74% sono non cementate rispetto ad un 26 % di cementate; negli impianti di protesi non cementate il 47,4 % sono pazienti al di sotto dei 70 anni, il 46,6% sono compresi nella fascia 70-80 mentre solo il 6% ha più di 80 anni.

Conclusioni. In seguito all'elaborazione della linea guida abbiamo sicuramente implementato la performance in termini di appropriatezza del dispositivo impiantato e non solo; infatti rapportando i dati ottenuti ad un anno per l'U.O.C. Ortopedia Universitaria il risparmio ottenuto rispetto all'anno 2011 è di circa 18200 €; questa operazione favorisce una razionale riallocazione delle risorse economiche risparmiate in sanità.

RAZIONALIZZAZIONE E APPROPRIATEZZA D'USO DEI DEVICES PER ERNIA E LAPAROCELE NEL POLICLINICO DI TOR VERGATA

Maria Teresa Dinatolo - UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE FARMACIA OSPEDALIERA, SPECIALIZZANDA
Daniele Leone - UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE FARMACIA OSPEDALIERA, SPECIALIZZANDO
Lucia Aledda - UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE FARMACIA OSPEDALIERA, SPECIALIZZANDA
Enrica Cantillo - POLICLINICO TOR VERGATA, U.O.C. FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Paolo Faccendini - POLICLINICO TOR VERGATA, U.O.C. FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Lucy Antonini - POLICLINICO TOR VERGATA, U.O.C. FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Corrado Masaracchia - POLICLINICO TOR VERGATA, U.O.C. FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Maria Cristina Sugaroni - POLICLINICO TOR VERGATA, U.O.C. FARMACIA CLINICA, FARMACISTA DIRIGENTE
Eleonora Cesqui - POLICLINICO TOR VERGATA, U.O.C. FARMACIA CLINICA,
Maria Grazia Celeste - POLICLINICO TOR VERGATA, U.O.C. FARMACIA CLINICA, DIRETTORE U.O.C. FARMACIA CLINICA

Introduzione. L'incremento del numero e della varietà di Dispositivi Medici (DM) presenti nel Repertorio Aziendale (RA) del Policlinico Tor Vergata (PTV) per il trattamento dell'ernia e laparocele, ha reso necessario l'intervento della Commissione dei Dispositivi Medici (CDM) al fine di razionalizzare la dotazione presente nel RA.

Materiali e metodi. Sono state prese in considerazione tutte le "Reti" presenti nel RA o richieste dai Clinici. Per riorganizzare il settore sono stati utilizzati i principi base dell'Health Tecnology Assessment (HTA) individuando i DM più adatti in relazione all'uso clinico di destinazione.

Risultati. Dopo la revisione del RA sono stati selezionati i seguenti DM: Trattamento dell'ernia inguinale: rete in polipropilene monofilamento non riassorbibile in misure differenti e rete in polipropilene monofilamento in forma piana o rettangolare o ellittica sagomata per lato sinistro e destro; Trattamento dell'ernia ombelicale: rete ad espansione non riassorbibile costituita da 2 strati in polipropilene ed un foglio in e-PTFE; Trattamento del laparocele extraperitoneale: rete monofilamento semi assorbibile composta in parti uguali di polipropilene e poliglecaprone biocompatibile a struttura macroporosa; Trattamento del laparocele intraperitoneale: rete in poliestere multi filamento a struttura tridimensionale sintetica non riassorbibile con film antiaderenziale in collagene assorbibile; Ricostruzione della parete addominale in campo infetto/contaminato, prolasso rettale, prolasso trans peritoneale: impianto biologico cross-linkata biocompatibile riassorbibile; Trattamento delle fistole anali: rete biologica di derma porcino in forma iniettabile; Trattamento delle fistole anali complesse retto vaginali: rete in policopolimero bioassorbibile. Per ogni DM sono state inoltre introdotte delle richieste nominative come strumento di appropriatezza d'uso.

Conclusioni. La riorganizzazione di questa classe di DM rappresenta non solo una selezione dei Devices più efficaci, ma anche uno strumento valido per coniugare appropriatezza d'uso, governo della spesa sanitaria e razionalizzazione degli acquisti.

LA FARMACIA DI BLOCCO OPERATORIO DELL'ASO S. CROCE E CARLE CUNEO: L'OTTIMIZZAZIONE DEI KIT PROCEDURALI ATTRAVERSO L'ANALISI DEL RESO

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

Riccardo Dutto - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Farmacista Dirigente
Marianna Mondini - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Farmacista Dirigente
Marco Parente - Università degli studi di Torino, Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco, Facoltà di Farmacia, Tesista
Margherita Abrate - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Direttore Farmacia
Claudio Bonada - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Farmacista Dirigente
Eleonora Dogliani - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Farmacista Borsista
Maria Maddalena Ferrero - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Farmacista Dirigente
Elisabetta Grande - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Farmacista Dirigente
Lucia Infante - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Farmacista Dirigente
Alice Isoardo - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Farmacista Borsista
Giorgia Perlo - A.S.O. S.Croce e Carle - Cuneo, S.C. Farmacia, Farmacista Dirigente

Introduzione. Dal 2009 il farmacista, attraverso un innovativo modello di stock management finalizzato all'allestimento di kit procedurali (350 tipologie), ha modificato la gestione del dispositivo medico (D.M.) costituendo una Farmacia dedicata al Blocco Operatorio Chirurgico e Cardiovascolare dell'Azienda. Il kit procedurale è un insieme standardizzato di D.M. associato a uno o più interventi chirurgici. Il sistema informatico dedicato ha reso possibile: la gestione centralizzata da parte della Farmacia, la creazione di armadi di Sala valorizzati, l'allestimento di kit procedurali con attribuzione ai singoli pazienti, in tempo reale, del costo dei D.M. contenuti, la possibilità di reintegrare a magazzino i D.M. previsti nei kit ma non utilizzati in seduta operatoria (reso). La composizione dei kit è stata fin dall'inizio oggetto di revisione periodica da parte del farmacista e l'analisi dei resi, effettuata per via non informatica, è stata lo strumento principale per realizzare un'ottimizzazione del contenuto e per ridurre i tempi necessari alla ripresa in carico dei materiali in questione. Lo scopo del lavoro è stata l'ottimizzazione dei kit attraverso un'analisi informatizzata dei resi e per questo si è richiesto un ampliamento delle funzioni del software.

Materiali e metodi. Si è stabilito di rivalutare quali-quantitativamente i kit che, da un'analisi informatizzata, presentavano un reso dei singoli D.M. superiore al 60% per decidere se rimuovere i D.M. risultati in eccesso, sostituirli o diminuirne il numero. E' stata condotta l'analisi sui kit della Chirurgia Toracica e Plastica (rispettivamente 12 e 24 tipologie di kit).

Risultati. Dal 01-06-2012 al 01-04-2013 sono stati allestiti 289 kit di Toracica e 136 kit di Plastica. La nostra valutazione si è concentrata sulle tipologie di kit più richieste: 6 della Toracica e 3 della Plastica. Kit di Toracica: rimossi 12 D.M. in esubero e 3 D.M. obsoleti, aggiunti 2 D.M. e create 2 nuove tipologie di kit per ottenere un'associazione ottimale fra kit e intervento. Kit di Plastica: rimossi 10 D.M. in esubero.

Conclusioni. Con l'ottimizzazione della composizione dei kit, realizzata attraverso l'abbattimento del reso, si ottiene uno snellimento del carico di lavoro del personale della farmacia addetto al controllo, allo smistamento e alla ripresa in carico dei resi, una riduzione del rischio clinico legato alla gestione dei materiali e una diminuzione della manipolazione dei D.M. che causa logoramento del confezionamento e scarto di magazzino. L'analisi informatizzata, estesa a tutti i kit, permetterà un monitoraggio frequente della loro composizione e dell'efficacia delle modifiche eventualmente effettuate.

ASPETTI REGOLATORI E VARIABILITA' NELLA CLASSIFICAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI: L'ESEMPIO DEI SOSTITUTI DURALI

Filippo Manfrin - Azienda ULSS 12 Veneziana, Farmacia Ospedaliera, Farmacista ospedaliero
Maddalena Pizzini - Azienda ULSS 12 Veneziana, Farmacia Ospedaliera, Farmacista ospedaliero
Nerina Burlon - Azienda ULSS 12 Veneziana, Farmacia Ospedaliera, Direttore di Farmacia Ospedaliera
Onofrio Lamanna - Azienda ULSS 12 Veneziana, Direzione Medica, Direttore U.O. Direzione Medica

Introduzione. Il quadro normativo regolatorio dell'Unione Europea, definito "Nuovo Approccio", non prevede un'autorizzazione preventiva dell'Autorità Competente per l'immissione in commercio dei dispositivi medici (DM) che avviene attraverso valutazione e attestazione della conformità alle direttive europee. Il mercato è tuttavia sorvegliato attraverso l'obbligo della comunicazione per la commercializzazione nella Banca Dati nazionale/Repertorio (BD) con una classificazione che, essendo sotto la responsabilità di ogni singolo fabbricante, può generare differenze tra DM atti alla medesima funzione. La presenza di un nucleo aziendale per la valutazione delle richieste di acquisto dei nuovi DM permette di identificare, in un percorso di HTA, tali differenze e il conseguente impatto locale.

Materiali e metodi. Nella BD sono stati esaminati i dati relativi a CND, classe di rischio e allegati seguiti per la marcatura CE di 5 dispositivi utilizzabili come sostituti durali in neurochirurgia. Dal gestionale aziendale di magazzino sono stati estratti i dati relativi agli ordini e ai consumi per i DM già acquistati, mentre l'analisi della letteratura è stata condotta su Pubmed, valutando il tipo di studio e il numero di pazienti trattati con il dispositivo esaminato.

Risultati. Sono stati identificati 5 sostituti durali, tutti inseriti in classe III; per quattro dispositivi la valutazione di conformità per il marchio CE è stata effettuata secondo l'allegato II (valutazione del sistema di qualità del fabbricante e del fascicolo tecnico di progettazione) e per uno secondo gli allegati III (esame di un esemplare tipo e della sua progettazione) e V (approvazione del sistema di qualità della produzione con ispezioni dell'Organismo Notificato). Per la registrazione in BD quattro dispositivi sono stati registrati con CND del gruppo P90-dispositivi protesici impiantabili vari, associata ad una aliquota IVA del 4% e uno con categoria M04-medicazioni speciali, con IVA 21%. L'acquisto del dispositivo in CND M comporterebbe quindi una spesa aggiuntiva annuale del 17%, quantificata nel setting aziendale in € 5.661, rispetto ad una classificazione dello stesso in categoria P. La numerosità dei pazienti trattati negli studi clinici pubblicati va da 118 a 462, mentre per due dispositivi non sono presenti studi sull'uomo.

Conclusioni. L'attuale normativa, consentendo differenti iter registrativi per DM con le medesime indicazioni, può comportare classificazioni diverse che impattano economicamente sull'acquirente finale ma che non sono correlabili alla numerosità dei dati clinici di efficacia. La metodologia dell'HTA, applicata ai dispositivi medici,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

consente la valutazione combinata di numerosi parametri e fornisce la base informativa per orientare gli acquisti verso i dispositivi più efficienti.

ANALISI DELLE VARIAZIONI DEI CONSUMI DEI DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI (ICD) ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERISTARIA SENESE (AOUS) NEL BIENNIO 2011-2012

Fabrizio Fiori - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia, Specializzando
Davide Paoletti - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Carolina Laudisio - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Chiara Castellani - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Giovanna Gallucci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Silvano Giorgi - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista
Alessandra Catocci - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Farmacia Ospedaliera, Farmacista

Introduzione. I defibrillatori impiantabili (ICD) sono impiegati nella prevenzione della morte cardiaca improvvisa da tachiaritmia ventricolare maligna, sono costituiti da un generatore impiantato sottocute e da uno/più elettrocateteri posizionati nelle camere cardiache e si dividono in: MONOCAMERALI (costituiti da un elettrodo nel ventricolo destro, che stimola/registra l'attività della camera cardiaca); BICAMERALI (costituiti da due elettrodi: uno nell'atrio, che permette una più precisa classificazione dei ritmi cardiaci e interrompe alcune forme di tachicardia e uno nel ventricolo); TRICAMERALI/BIVENTRICOLARI (risultato dell'unione tra pacemaker e defibrillatore; l'inserimento di un elettrodo nel seno-coronarico stimola il ventricolo sinistro, permettendo la re-sincronizzazione atrio-ventricolare e ventricolare). L'obiettivo di questo studio è analizzare la variazione dei consumi a fronte dell'evidenza che gli ICD rappresentano un'importante voce della spesa sanitaria.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati relativi a costi/consumi degli ICD, estrapolandoli dal sistema informatico. Nella sezione Repertorio-Dispositivi sono state ricercate le schede tecniche di tali prodotti per produrre uno schema delle indicazioni autorizzate.

Risultati. Il defibrillatore cardiaco impiantabile è l'unico device in grado di riconoscere una tachiaritmia ventricolare maligna e di erogare automaticamente una terapia elettrica immediata in pazienti a rischio di morte cardiaca improvvisa. I tricamerali trovano inoltre applicazione nel trattamento dello scompenso cardiaco congestizio. Per quanto riguarda i consumi si è avuto un incremento (88 ICD totali versus 71 nel 2011; +24%). Gli ICD monocamerali sono aumentati di un'unità (3 versus 2 nel 2011; +50%) con un proporzionale aumento di spesa (15.660,00€ nel 2011; 26.152,17€ nel 2012; +67%). Anche per gli ICD bicamerali si è registrato un incremento dei consumi (31 versus 22 nel 2011; +41%) con una spesa di 280.667,32€ nel 2011 e 388.230,64€ nel 2012 (+38%). L'aumento dei consumi si è registrato anche tra gli ICD tricamerali (54 versus 47 nel 2011; +15%) con una spesa di 610.775,55€ nel 2011 e 771.026,47€ nel 2012 (+26%). La spesa complessiva per l'acquisto di defibrillatori impiantabili per l'anno 2012 è stata di 1.185.409,28€ versus 907.102,87€ nel 2011 (+31%).

Conclusioni. Gli ICD più utilizzati sono i tricamerali (64%), seguiti da bicamerali (33%) e monocamerali (3%). Tale ripartizione probabilmente è correlata alla diffusione delle patologie per la quale tali dispositivi sono indicati. Dall'analisi dei dati raccolti emerge la necessità di analizzare in maniera più approfondita il razionale d'impiego di questa categoria di DM anche in considerazione del loro impatto economico.

DISPOSITIVI MEDICI ED OBIETTIVI DI BUDGET: UN PERCORSO GESTIONALE ESSENZIALE PER GARANTIRE LA CONTINUITÀ NEL FUTURO

Marco Bellizzi - asl roma c, farmaceutico, specializzando
Giuliana Savi - asl rm c, Farmaceutico, Farmacista dirigente
Alessandra Checcoli - asl rm c, farmaceutico, farmacista dirigente
Francesca La Torre - asl rmc, farmaceutico, farmacista dirigente
Emanuela Silvi - asl rm c, farmaceutico, farmacista dirigente
Gaia Asaro - asl rm c, farmaceutico, specializzando
Annapaola Picone - asl rm c, farmaceutico, specializzando
Dorella Forliano - asl rm c, farmaceutico, specializzando
Roberta Rosati - asl rm c, farmaceutico, ausiliario

Introduzione. La gestione dei dispositivi medici (D.M.) è una delle voci di maggior impatto sulla spesa sanitaria. A seguito della Legge di stabilità 2013, è stato previsto l'obbligo (dal 1° gennaio) di riduzione del 10% dei volumi degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario.

Obiettivi. Nel contesto del Presidio Ospedaliero Sant'Eugenio, appartenente alla ASL RM C, i responsabili dei Centri di Costo (CdC), hanno sottoscritto con il controllo di gestione, specifici obiettivi per il raggiungimento del risultato previsto dalla normativa per l'esercizio in corso (2013).

Materiali e metodi. Visto l'obiettivo di contenimento della spesa, si è resa necessaria la riduzione dei volumi acquisiti e quindi dei relativi fabbisogni o preferibilmente la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse. La seconda ipotesi è l'unica che permette il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza senza una riduzione delle prestazioni sanitarie. Gli strumenti da utilizzare sono l'abbattimento degli acquisti in privativa, la messa a punto di gare centralizzate, l'implementazione di nuove strategie gestionali. La valutazione dell'efficacia di tali interventi è stata effettuata attraverso uno stretto e puntuale monitoraggio della spesa. In questa fase, la farmacia ospedaliera si è proposta come interlocutore privilegiato dei responsabili dei CdC, con la produzione di una reportistica mirata. In tali report è stato descritto l'andamento della spesa su base mensile, aggregata secondo conto economico di appartenenza. Tali dati sono stati ricondotti al valore medio sia annuo sia mensile relativi all'esercizio precedente ed infine rapportati al valore definito dall'obiettivo concordato.

Risultati. L'analisi, che ha coinvolto diverse Unità Operative Complesse (U.O.C), ha evidenziato come la razionalizzazione della spesa sia possibile solo attuando uno stretto monitoraggio della stessa con particolare attenzione verso i costi di specifiche classi merceologiche. L'invio con cadenza mensile ai responsabili dei c.d.c. e la elaborazione di grafici rapportati al valore dell'obiettivo prefissato, ha permesso di mettere a punto interventi correttivi in corso d'opera atti a cogliere il risultato pattuito.

Conclusioni. L'utilizzo di modalità di acquisto tramite gara, la stesura di idonei capitolati tecnici per dispositivi medici specialistici, nonché l'applicazione della gestione in conto deposito dei dispositivi impiantabili, sono stati gli strumenti imprescindibili per incidere proficuamente sui costi

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Fri, 04 Sep 2026, 15:39:52

mantenendo elevati standard di qualità delle prestazioni senza contrarre la quantità dei servizi erogati. Infine, non meno importante, si è rivelato il rafforzamento della collaborazione tra le diverse figure professionali che prendono parte al processo clinico assistenziale pubblico ove le risorse sono sempre più esigue a fronte di bisogni sempre crescenti.

LA GESTIONE INFORMATIZZATA DELLE SCORTE DI REPARTO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

Chiara Tonolli - azienda ospedaliera universitaria integrata di verona, Servizio di farmacia, farmacista
Chiara Filippi - Azienda ospedaliera universitaria integrata di verona, Servizio di farmacia, Farmacista
Francesca Venturini - Azienda ospedaliera universitaria integrata di verona, Servizio di farmacia, Direttore farmacia
Paola Marini - Azienda ospedaliera universitaria integrata di verona, Servizio di farmacia, Farmacista

Introduzione. Nella gestione della scorta dei materiali sanitari in ospedale due sono gli aspetti estremamente critici: tracciabilità del dispositivo medico (DM) e contenimento delle scorte e dei relativi costi. Nel settembre 2011 l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI) ha implementato il progetto di gestione informatizzata delle scorte di reparto al fine di razionalizzare quantità e consumi dei DM.

Materiali e metodi. Presso l'AOUI è stato istituito il Nucleo di Gestione Logistica dei Dispositivi medici (NGLD) coordinato da un dirigente farmacista responsabile del progetto e costituito da personale tecnico-amministrativo e logistico. E' stato condotto un progetto pilota presso il Modulo di Attività (MdA) di Rianimazione e Terapia Intensiva del Polo Chirurgico Confortini, al fine di implementare un software in grado di tracciare tutte le informazioni necessarie alla corretta identificazione dei prodotti, quali lotto, scadenza, serial number. Sfruttando il software del magazzino esterno (Logistica Sanitaria di Raldon, Vr) dove sono stoccati ed immagazzinati i prodotti dell'AOUI di Verona, è stato creato un programma per gestire l'armadietto di reparto: AUTOMA AIR. Esso utilizza terminali portatili in radiofrequenza per la lettura dei codici a barre quick response. Le fasi della sperimentazione hanno previsto una preliminare analisi dei DM utilizzati in reparto, mappatura informatica dei locali, etichettatura di tutti i prodotti ed inventario iniziale del deposito.

Risultati. Nell'MdA pilota sono stati necessari circa 30 giorni per implementare l'armadietto di reparto Automa AIR. E' stato individuato un locale comune adibito a magazzino per i 10 cdc afferenti all'MdA. Sono stati mappati 500 dispositivi per una valore iniziale di euro 438.200,00. Considerando che la spesa del 2010 per dispositivi e protesi dell'MdA è intorno a 1.400.000,00 euro, si è verificato che tali scorte coprissero un periodo di 4 mesi. Alla rilevazione effettuata a distanza di un anno, l'analisi dei consumi svolti dal Controllo di Gestione ha evidenziato che il valore delle scorte è di circa 45 giorni ed il dato è in linea con gli obiettivi aziendali del 2013. In considerazione dei risultati positivi ottenuti, nell'estate 2012 sono stati implementati, in modo analogo, altri due armadietti informatizzati presso l'MdA delle chirurgie polispecialistiche (10 cdc afferenti) e l'MdA della neuro-angio-emodinamica (5 cdc afferenti).

Conclusioni. L'attivazione della gestione informatizzata del magazzino di reparto ha permesso di razionalizzare tutti i processi di approvvigionamento e logistica dei DM, abbattendo complessivamente i costi totali. Operativamente, l'informatizzazione consente la rilevazione in tempo reale delle giacenze, dei consumi oltre che la completa tracciabilità dei prodotti per lotto e scadenza.

FARMACEUTICA TERRITORIALE

GESTIONE E MONITORAGGIO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA DELL'ORMONE SOMATOTROPO NELL'ASP DI CALTANISSETTA ATTRAVERSO IL FOGLIO DI CONSEGNA PERSONALIZZATO

Eros Pascal Scordo - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera-Università degli studi di Messina, Scienze del Farmaco e Prodotti per la Salute, Specializzando in Farmacia Ospedaliera
Mario Giuffrida - Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, Dipartimento del Farmaco, Dirigente Farmacista
Daniela Pennacchio - Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, Dipartimento del Farmaco, Dirigente Farmacista
Graziella Maria Arcadipane - Università degli studi di Catania, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzanda in Farmacia Ospedaliera
Loredana Medico - Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, Dipartimento del Farmaco, Direttore

Introduzione. L'ormone somatotropo (GH) viene prescritto su Piano Terapeutico con le limitazioni previste dalla nota AIFA 39. Dal primo gennaio 2006 viene effettuata la distribuzione diretta del GH dalla Farmacia Territoriale dell'ASP di Caltanissetta. Ciascuna erogazione viene effettuata utilizzando un foglio di consegna personalizzato elaborato dai farmacisti e contenente elementi utili per un costante monitoraggio e per una gestione ottimale delle scorte. Obiettivo del lavoro è quello di dimostrare che operando secondo una metodologia pianificata è possibile monitorare l'uso corretto dei farmaci a base di GH e ridurne lo spreco.

Materiali e metodi. Dal 01/01/2006 al 31/03/2013 sono stati trattati 82 pazienti, 63 di età compresa tra 0-14; 9 tra 15-25 e 10 oltre 26 anni. Per ogni paziente è stato creato un archivio individuale, contenente i piani terapeutici e i fogli di consegna personalizzati, ed un foglio di calcolo elettronico col riepilogo dei dati di erogazione. Il foglio di consegna viene utilizzato per ogni erogazione e riporta i dati anagrafici del paziente, del medico prescrittore, la tipologia e la quantità di farmaco consegnato, la data successiva di richiesta del farmaco e il quantitativo residuo da erogare in base alla durata residuale del piano terapeutico e alla quantità di farmaco erogata. Copia del foglio viene fornita al paziente per l'accesso successivo. Tale sistema permette un monitoraggio continuo dell'utilizzo del farmaco da parte del paziente e la programmazione delle scorte in maniera efficiente. Per ciascun paziente, abbiamo analizzato ogni piano terapeutico e ciascun foglio di consegna riportando su un foglio di calcolo i dati relativi al quantitativo di GH prescritto e al consumo effettivo erogato.

Risultati. Attraverso l'elaborazione dei dati è emerso una riduzione dell'11,98% del quantitativo di fiale erogate, infatti, ne risultano prescritte 28886 e consegnate 25425. Un'analisi più dettagliata ha permesso di verificare che generalmente i pazienti tendono ad utilizzare una quantità di farmaco inferiore rispetto alla dose prescritta e tale comportamento risulta, da un punto di vista statistico, rapportabile ad una popolazione generale di pazienti in terapia con GH.