- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

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.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

Conclusioni. Dall'analisi risulta evidente che la scelta operativa utilizzata, per la gestione dei pazienti in terapia con GH, consente un controllo accurato del fabbisogno realmente utilizzato, un approvvigionamento efficiente ed una riduzione delle scorte. Tale attività dimostra il ruolo strategico del Farmacista del SSN che è proprio quello di inserirsi tra la prescrizione dello specialista e la somministrazione al paziente, allo scopo di garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci.

INCRETINE: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E USO OFF-LABEL

Maria Crea - Università degli Studi di Messina, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzanda
Lucia Maria Azzarà - Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, , Specializzanda
Loredana Tripodi - ASP - Reggio Calabria, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, Farmacista Dirigente
Domenica Costantino - ASP - Reggio Calabria, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, Farmacista Direttore
Enza Maria Galati - Università degli Studi di Messina, Scienze del Farmaco e Prodotti per la salute, Coordinatore del CTO- Scuola di Specializzazione in F.O.

Introduzione. Il diabete mellito (DM) di tipo 2 è una patologia in continuo aumento nel nostro Paese. A partire dal 2008 l'AIFA ha approvato la rimborsabilità di incretine e gliptine sottoponendole a monitoraggio intensivo (per due anni dall'AIC) e prescrizione da parte di strutture diabetologiche pubbliche o convenzionate con il SSN, previa compilazione di una scheda cartacea/informatica, contenente informazioni sul livello di compenso metabolico, indicazioni e associazioni approvate nella scheda tecnica. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare i piani terapeutici (PT) pervenuti, valutare l' aderenza dei prescrittori alle disposizioni AIFA (categorie di pazienti, indicazioni e associazioni d'uso autorizzate) e rilevare eventuali associazioni off-label.

Materiali e metodi. Analisi retrospettiva dei piani terapeutici (PT) dei farmaci incretino-mimetici pervenuti al Servizio Farmaceutico Territoriale (SFT) dell'ASP di Reggio Calabria (zone Reggio e Palmi) nel 2011. I dati sono stati incrociati con le prescrizioni farmaceutiche SSN di incretine, repaglinide e acarbosio, presenti nel database aziendale (MARNO-INSOFT). Elaborazione mediante Microsoft Excel.

Risultati. La terapia con incretine è stata prescritta a 2.173 pazienti (6,6% dei diabetici). Nel corso dell'anno sono state erogate 15.619 confezioni e 2,67 DDD/1000ab/die con una spesa lorda SSN di €1.124.323 e cioè il 4% di tutte le confezioni erogate dei farmaci utilizzati nel DM (insulina 13%, antidiabetici orali 83%). I PT pervenuti sono 1020 per 887 pazienti (40% del totale). L'analisi della tipologia di pazienti ha evidenziato che il 73% (n. 639) presenta valori di emoglobina glicosilata >7,5; dai valori di BMI dei pazienti si evince che l' 8% è obeso grave, il 48% obeso, il 34% sovrappeso e solo il 10% normopeso. Incrociando i pazienti con PT con i dati di co-prescrizione di altri antidiabetici, si evince che nel 64% dei casi viene usata la metformina, ma sono emersi 74 casi off-label (8,3%), in cui le incretine sono state assunte in associazione a farmaci antidiabetici (glinidi o inibitori dell'alfa-glucosidasi) non previsti nelle indicazioni d'uso autorizzate. Di questi, nell' 82% dei casi viene associata la repaglinide e nel 18 % dei casi l' acarbosio. È in corso di elaborazione l' incrocio tra i dati di prescrizione di incretine e repaglinide/acarbosio.

Conclusioni. Dalle analisi effettuate i PT risultano appropriati per tipologia di pazienti. Dai controlli delle prescrizioni di glinidi (repaglinide) e acarbosio con i farmaci incretino-mimetici è emerso un approccio terapeutico off-label da parte degli specialisti, che è stato segnalato alla Commissione distrettuale per la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni.

CHRONIC CARE MODEL NELL'AZIENDA USL11 EMPOLI

Cecilia Pagliai - Azienda USL11 Empoli, ,
Carmela D'amico - Azienda USL11 Empoli, UOC farmaceutica,
Cecilia Orsi - Azienda USL 11 Empoli, UOC Farmaceutica,
Loredana Lazzara - Azienda USL11 Empoli, UOS Medicina Territoriale,
Isabella Cinaglia - Azienda USL11 Empoli, UOC Farmaceutica,
Eleonora Pavone - Azienda USL11 Empoli, UOC Farmaceutica,

Introduzione. Con la DGRT 467/2009 la Regione Toscana, in base alle indicazioni del PSR 2008-2010, ha individuato un nuovo modello organizzativo per la presa in carico delle patologie croniche, passando da una sanità di attesa ad una di iniziativa. A livello territoriale , il modello di riferimento per l'attuazione della sanità d'iniziativa è costituito da una versione evoluta del Chronic Care Model (CCM) nel quale il medico di famiglia, nello svolgimento del proprio ruolo clinico decisionale, è affiancato da infermieri ed altre figure di supporto, nell'ambito delle rispettive professionalità. Il team ha il compito di attuare, sotto la supervisione del medico di famiglia, gli interventi resi necessari dai bisogni della specifica patologia e dal livello di rischio, con modalità che garantiscono il coordinamento degli interventi (sia all'interno del team, sia nei confronti di altri livelli del sistema socio-sanitario) e la continuità del percorso di salute del paziente tra territorio e ospedale.

Materiali e metodi. Il modello è stato attuato nel territorio dell'Azienda USL11 di Empoli ed ha interessato sette moduli con 57.427 assistiti. Inizialmente il nuovo modello organizzativo è stato applicato nei pazienti diabetici e nei pazienti scompensati ed esteso successivamente ai pazienti con BPCO e ictus. Contemporaneamente nel modulo della Casa della Salute Sant'Andrea di Empoli è stato condotto un progetto sperimentale di presa in carico totale dei pazienti con BPCO che prevedeva anche la distribuzione diretta dei farmaci assunti in modo continuativo dai pazienti stessi.

Risultati. E' stata effettuata la valorizzazione del risparmio generato dalla distribuzione diretta dei farmaci con ATC R03 tenendo conto che i medicinali compresi in questa categoria terapeutica possono essere dispensati solo in regime convenzionale. Il risparmio generato dalla loro consegna in diretta nel 2012 è stato calcolato facendo la differenza fra il costo SSN (costo al pubblico del farmaco al netto della scontistica a carico delle farmacie e delle Ditte e del ticket) e il prezzo d'acquisto da parte dell'ASL. Il risparmio per assistito trattato nel periodo è stato di 156,81 euro su base annua.

Conclusioni. Il progetto pilota ha dimostrato come l'effettuazione di un counselling farmacologico da parte del personale infermieristico e l'attento monitoraggio dei farmaci prescritti in maniera continuativa da parte del farmacista aziendale consente una maggior adesione alla terapia ed un uso più appropriato delle risorse.

Bibliografia. DGRT 467/2009

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

GESTIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE IN NUTRIZIONE ARTIFICIALE NEL TERRITORIO SUD DELL'A.S.L. NAPOLI 3 SUD: UN QUINQUIENNIO DI EVOLUZIONE

Pierluigi Federico - A.S.L.NA 3 sud, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE D.S.53
Vincenzo Zurlo - A.S.L.NA 3 sud, DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE, RESPONSABILE N.A.D.
Eduardo Nava - A.S.L.NA 3 sud, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, DIRETTORE DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
Venere Celotto - A.S.L.NA 3 sud, DIPARTIMENTO FARMACEUTICO, RESPONSABILE U.O.AREA DISTRETTUALE SUD

Introduzione. La nutrizione artificiale è da sempre un'attività nella quale il farmacista ospedaliero, ed in particolare il farmacista clinico, ha avuto un ruolo rilevante. Considerando l'organizzazione dell'ex A.S.L. Napoli 5 (ora A.S.L. Napoli 3 sud), nel 1999 fu attivato il Servizio A.D.O. che gestiva il paziente anche dal punto di vista nutrizionale senza però garantire sicurezza ed efficacia nell'assistenza nutrizionale del paziente in ambiente extra ospedaliero. Pertanto a fronte di una precedente organizzazione centralizzata si è creato un percorso di erogazione decentrato presso le Farmacie Distrettuali assicurando al paziente un servizio qualitativamente migliore e di più facile accesso.

Materiali e metodi. Nell' A.S.L. Napoli 3 sud esistono il Servizio ADO e quello ADI che collaborano con il Centro NAD. La presa in carico dei pazienti avviene in relazione alla fascia di età: ADO per la fascia da 0 a 64 anni e ADI per i pazienti ultra sessantacinquenni. Il Responsabile NAD, dopo la valutazione clinica a domicilio del paziente, stabilisce il fabbisogno nutrizionale dello stesso su apposita modulistica da inviare al servizio ADO o all' ADI. La conseguente richiesta nominativa di alimenti per la nutrizione parenterale, enterale e di integratori viene trasmessa alla Farmacia Distrettuale di competenza unitamente alla prescrizione dell' unità specialistica NAD. Il fabbisogno viene ritirato dai familiari del paziente o da un operatore dell'assistenza domiciliare.
Risultati. Dal 1 gennaio 2008 ad oggi l'attività dell'UOS NAD è aumentata significativamente passando da 488 pazienti nel 2008, 624 nel 2009, 817 nel 2010, 1089 nel 2011 e 1359 nel 2012. Nello stesso intervallo temporale il numero delle consulenze domiciliari è passato da 748 nel 2008, 1239 nel 2009, 1502 nel 2010, 1810 nel 2011 e 2251 nel 2012. Sono state erogate 39088 giornate di terapia nel 2008, 67458 nel 2009, 98427 nel 2010, 132310 nel 2011 e 198037 nel 2012. Sono stati inoltre effettuati: 64 sostituzioni domiciliari di Gastrostomie Endoscopiche Percutanee (PEG) nel 2011 e 74 nel 2012 ed inoltre 167 posizionamenti/sostituzioni di Sonde Nasogastriche (SNG) nel 2011 e 171 nel 2012.

Conclusioni. La realtà dell'ASL Napoli 3 sud (ADO-ADI-NAD- Farmacie Distrettuali) ha permesso di raggiungere a tutt'oggi dei livelli discreti di assistenza per il paziente in N.A..Tale attività ha consentito di trattare a domicilio pazienti che negli anni precedenti avrebbero richiesto convenzioni con ditte esterne specializzate nel campo della NAD e limitare al minimo suddette convenzioni che potrebbero essere completamente azzerate in caso di potenziamento delle strutture aziendali coinvolte.

COLLABORAZIONE FRA FARMACIA CONVENZIONATA E FARMACIA TERRITORIALE DELL'ASL PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI PRESCRIZIONE

Maurizio Capuozzo - ASL Napoli 3 Sud - Distretto 55 di Ercolano, Farmacia, Dirigente Farmacista
Eduardo Nava - Asl Napoli 3 Sud, Farmacia, Responsabile di Dipartimento
Stefania Cascone - ASL Napoli 3 Sud, Farmacia, Responsabile U.O.S. Area Nord
Claudia Cinque - ASL Napoli 1 Centro, , Farmacista
Corinne Scognamiglio - ASL Napoli 3 Sud - Distretto 55 di Ercolano, Farmacia, Infermiera Professionale
Emilia Palumbo - ASL Napoli 3 Sud - Distretto 55 di Ercolano, Farmacia, Infermiera Professionale
Roberta Citrigno - ASL Cosenza, , Farmacista

Introduzione. Nel giugno 2010 è stato stipulato un accordo fra il Direttore Generale dell'ASL Napoli 3 Sud e Federfarma per l'erogazione dei farmaci del PHT. In allegato all'accordo, tali farmaci sono stati suddivisi in 2 elenchi in base alla modalità di distribuzione prevista. Nell'elenco n.1 sono riportati tutti i farmaci del PHT che possono essere erogati sia in distribuzione diretta (DD) attraverso le farmacie distrettuali, sia in nome e per conto (DPC) attraverso le farmacie convenzionate, su regolare ricetta SSN emessa dai medici di medicina generale (MMG); nell'elenco n.2 invece sono riportati i farmaci del PHT che devono essere distribuiti solo attraverso DD e per i quali i MMG non devono emettere ricetta SSN ovvero, ormoni della crescita, fattori della coagulazione, epoetine (erogate direttamente ai centri di dialisi) e tutti i farmaci prescritti ai sensi della legge 648/96. L'obiettivo di questo studio è dimostrare come possono essere significativamente ridotti gli errori di prescrizione dei MMG attuando un'efficace collaborazione tra farmacie convenzionate e farmacia territoriale dell'ASL.

Materiali e metodi. Lo studio si focalizza sui farmaci dell'elenco n.2 per i quali i MMG non devono emettere ricetta SSN ma indirizzare il paziente direttamente alla farmacia territoriale dell'ASL. Nel gennaio 2011, e per ogni semestre successivo, è stata fatta una comunicazione cartacea, ma anche verbale, dal farmacista distrettuale a tutte le farmacie convenzionate del proprio ambito territoriale, in cui si invitano i titolari a far pervenire presso la farmacia distrettuale tutti i pazienti con prescrizioni su ricette SSN di farmaci dell'elenco n.2. E' stato elaborato un modello di segnalazione dell'errore di prescrizione che, dal gennaio 2011 a tutt'oggi, inviamo direttamente ai MMG responsabili degli errori.

Risultati. Nel secondo semestre del 2010 sono pervenute 29 ricette SSN con farmaci dell'allegato n.2 presso la nostra farmacia distrettuale. Nell'intero anno 2011 sono pervenute invece 27 prescrizioni di farmaci dell'allegato n.2 su ricetta SSN, diverse ricette erano state emesse dallo stesso medico. Nell'intero anno 2012 sono pervenute 7 ricette SSN errate mentre nel primo semestre 2013 è risultata solo 1 ricetta SSN errata.

Conclusioni. Questo studio dimostra come un'attenta e costruttiva collaborazione fra farmacie convenzionate e la farmacia territoriale dell'ASL possa ridurre drasticamente errori di prescrizione. Si è potuto ottimizzare l'obiettivo dell'accordo che ha consentito di ridurre quasi totalmente l'erogazione di farmaci del PHT attraverso il tradizionale canale delle farmacie convenzionate a prezzo pieno. L'auspicio è quello che una simile collaborazione si possa estendere anche ad altri canali di distribuzione.

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DI ALIMENTI DIETETICI

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

IN BAMBINI AFFETTI DA IPLV E IPLS: L'ESPERIENZA DELL'ASL MILANO2

Antonio Faraci - Asl Milano 2, Servizio Farmaceutico, Specializzando
Marianna Minischetti - Asl Milano 2, Servizio Farmaceutico, Specializzanda
Carlotta Lucidi - Asl Milano 2, Servizio Farmaceutico, Specializzanda
Simona Banfo - Asl Milano 2, Servizio Farmaceutico, Farmacista dirigente
Elena Fiocchi - Asl Milano 2, Servizio Farmaceutico, Farmacista dirigente
Elisabetta Grandi - Asl Milano 2, Servizio Farmaceutico, Farmacista dirigente
Isabella Ruggeri - Asl Milano 2, Servizio Farmaceutico, Direttore

Introduzione. L'intolleranza alle proteine del latte vaccino (IPLV) è una reazione non immunitaria dovuta a mancata digestione, assorbimento o metabolizzazione di alcuni componenti del latte. La sintomatologia è principalmente a carico del sistema gastrointestinale-cutaneo e se non trattata porta a ritardi nella crescita. In Lombardia, in base alla delibera numero 66836, i latti per bambini affetti da IPVL sono a carico del SSR fino al compimento del secondo anno di vita. L'alternativa al latte vaccino è rappresentata dai "latti speciali": formule parzialmente o totalmente idrolisate, formule a base di aminoacidi liberi e prodotti costituiti da proteine idrolisate del riso.Esistono opinioni controverse sulla scelta del tipo di latte, tuttavia l'ESPGHAN e l'AAP raccomandano inizialmente l'utilizzo di formule altamente idrolizzate (riso o latte vaccino) e il passaggio a quelle a base di miscele aminoacidiche in caso di persistenza sintomatologica. Il nostro obiettivo è stato quello di analizzare le prescrizioni effettuate nel territorio di appartenenza dell' ASL Milano2 per valutare il razionale che guida la scelta del tipo di latte.

Materiali e metodi. Abbiamo inserito in una tabella excel l'elenco dei bambini presi in carico presso la struttura nell'anno 2012-2013;la diagnosi con relativi esami;il latte prescritto con posologia e costo. Abbiamo confrontato le diverse schede tecniche e raggruppato i prodotti per omologia di caratteristiche nutrizionali.

Risultati. Dall'analisi dei dati è emerso che di 52 bambini totali 5 assumono idrolizzati di riso, 35 idrolizzati di latte vaccino, 12 miscele di aminoacidi liberi. Non esiste una diagnosi differenziale alla base della varietà di formulazioni prescritte. Per i bambini che assumono formule amminoacidiche non è documentata la precedente assunzione di idrolisati. Inoltre i prodotti a base amminoacidica hanno un costo tre volte superiore agli altri oltre ad una bassa palatabilità. Per facilitare la prescrizione abbiamo creato un apposito modulo che possa aiutare il medico, in cui si raccomanda di utilizzare idrolisati come prima scelta e di motivare l'eventuale utilizzo di formule a base di aminoacidi liberi(secondo le linee guida ESPGHAN).

Conclusioni. Il nostro lavoro conferma la notevole confusione in merito all'argomento. Da qui emerge l'importanza in situazioni come queste di creare strumenti che possano aiutare il clinico nella prescrizione, assicurando la scelta migliore garantendo inoltre il controllo della spesa farmaceutica.

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA NELLA ASL DI PESCARA.

ANDAMENTO SPESA PROCAPITE PESATA ANNO 2012 E CONFRONTO CON LE ALTRE ASL ABRUZZESI

Gloria Ricciotti - A.S.L. Pescara, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Armida Merlini - ASL Pescara, Servizio Farmaceutico Territoriale, Responsabile
Alberto Costantini - ASL Pescara, Farmacia Ospedaliera, Direttore

Introduzione. La ASL di Pescara, in ottemperanza alle disposizioni regionali, ha adottato alcune iniziative per ridurre la spesa farmaceutica convenzionata (adozione della reportistica standardizzata per MMG, incontri formativi con MMG per promuovere comportamenti prescrittivi più attenti, istituzione della Commissione Appropriatezza Prescrittiva). Quest'analisi ha lo scopo di verificare l'efficacia delle iniziative intraprese dall'Azienda.

Materiali e metodi. Sono stati utilizzati i dati mensili che i Servizi Farmaceutici Territoriali hanno l'obbligo di inviare al Servizio Farmaceutico Regionale, utilizzando il modulo adottato con D.G.R. n° 1086/2006 (allegato 9). È stato esaminato l'andamento mensile, nel 2012, della spesa procapite pesata (SPC), indicatore scelto (con alcune modifiche) per valutare la performance dei singoli MMG (DCA 23/2011, DCA 51/2012).

Risultati. Nel 2012, il valore mensile della SPC passa da 16,00€ (gennaio)a 13,06€ (dicembre), con riduzioni e aumenti alternati (andamento simile alle altre AA.SS.LL.) che determinano un valore medio mensile di 14.08€ (rispetto a 14,36€ della ASL Lanciano-Vasto-Chieti e 14,12€ per ASL Teramo e Avezzano-Sulmona-L'Aquila). Più interessante è il dato della variazione percentuale di SPC rispetto allo stesso mese del 2011: fatta eccezione per le mensilità di gennaio (-10,99%), febbraio (-11,35%), luglio (-8,28%) e agosto (-3,95%), la ASL di Pescara registra una riduzione più consistente rispetto alle altre in marzo (-16,89%), aprile (-13,12%), maggio (-7,04%), giugno(-13,46%) settembre (-13,19%), novembre (-14,55%) e dicembre (-17,68%); nel mese di ottobre si ha invece un aumento della SPC nelle quattro Aziende, ma a Pescara (+1,23%) e Teramo (+1,35%) l'incremento è più contenuto. Nel 2012, in media, la riduzione della SPC mensile nella ASL di Pescara è del 10,77%, superiore a tutte le altre ASL (ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila: -8,62%; ASL Lanciano-Vasto-Chieti: -9,22%; ASL Teramo: -8,42%). Ciò nonostante nel periodo gennaio-dicembre la ASL Pescara è ancora al I posto per SPC (175€).

Conclusioni. La ASL di Pescara per molti anni è stata la ASL abruzzese meno virtuosa in materia di spesa farmaceutica convenzionata. Negli ultimi anni sembrerebbe invece che questa tendenza si stia invertendo. I provvedimenti adottati hanno avuto come effetto più importante una marcata riduzione della spesa procapite pesata e i numeri ad essa riferiti spingerebbero all'ottimismo. I dati esaminati suggeriscono che, sebbene le iniziative intraprese sembrino produrre gli effetti sperati, è però indispensabile perseverare e intensificare le attività di indirizzo, monitoraggio e controllo della prescrizione farmaceutica per poter allineare il valore della SPC alle AA.SS.LL. più virtuose. Appare quindi prioritario mantenere aperto il dialogo con la classe prescrittrice, garantirle supporto e proseguire nella vigilanza sull'appropriatezza prescrittiva.

IL FARMACISTA TERRITORIALE ED IL PAZIENTE STOMIZZATO

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

Andrea Ciaccia - ASL FOGGIA, FARMACEUTICO TERRITORIALE, DIRIGENTE FARMACISTA
Maria Consiglia Pacilli - ASL FOGGIA, FARMACEUTICO TERRITORIALE, DIRIGENTE FARMACISTA
Ada Foglia - ASL FOGGIA, FARMACEUTICO TERRITORIALE, DIRETTORE FARMACISTA

Introduzione. Il Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL Foggia distribuisce sia farmaci che presidi. Tra quest'ultimi, i prodotti per i pazienti stomizzati rappresentano una categoria importante per numero e per complessità nella gestione della stomia. Negli ultimi anni, grazie ad una stretta collaborazione tra il Servizio Farmaceutico e l'AIST(Associazione Incontinenti e Stomizzati della regione Puglia) è nata l'idea di un programma formativo di sensibilizzazione sulle varie problematiche associate alla gestione della stomia. A tale scopo sono stati organizzati tre convegni nell'ultimo dei quali il servizio farmaceutico è intervenuto con una relazione che ha evidenziato la situazione epidemiologica dei pazienti stomizzati e la correlazione con i dati epidemiologici a livello locale. Il presente abstract raccoglie i dati di tale ricerca.

Materiali e metodi. L'estrapolazione dei dati è relativa ai pazienti stomizzati afferenti al distretto 51 della ASL Foggia nel periodo 2011-2012. Tali dati provengono dall'elaborazione dei piani terapeutici autorizzati dal servizio ausili e protesi, e dal data base amministrativo della ASL. Ai fini epidemiologici è stata calcolata sia la prevalenza percentuale(P%) che l'incidenza percentuale(I%) suddivisa per sesso, dei pazienti portatori di stomia a seguito di cancro del colon-retto. La popolazione residente è stata rilevata dai dati ISTAT 2010.

Risultati. I pazienti stomizzati nel distretto 51 della ASL Foggia sono 183, di cui 117 maschi e 66 femmine, pari allo 0,14% della popolazione. L'età media è di 72,31 anni mentre l'età mediana è di 69 anni. La prevalenza %è dello 0,103, di cui 0,137 per i maschi e 0,070 per le donne. L'incidenza % è dello 0,033 di cui 0,046 per i maschi e 0,021 per le femmine. L'analisi dei dati suddivisa per città di residenza ha rilevato CHIEUTI come la città con uno scostamento molto superiore alla media sia per la P% che per l'I%, infatti: P%0,190, P%M 0,255. P%F 0,125; I%0,171, I%M 0,229, I%F 0,113.

Conclusioni. I dati della ricerca sono stati confrontati con i dati epidemiologici nazionali dei tumori del colon-retto e, tranne per CHIEUTI, rientrano nella media. L'attività di partnerschip tra Servizio Farmaceutico, AIST e i vari operatori coinvolti nella gestione della stomia è stato un utile momento di confronto e di crescita professionale. Tale feedback ha rappresentato una nuova opportunità per i Farmacisti capaci di offrire attività di counseling e formazione.

APPROPRIATEZZA D'USO DEI FARMACI ANTIPERTENSIVI NELLA ASL BARI

Grazia Mingolla - ASL BARI, AREA FARMACEUTICA, FARMACISTA
Marcella Laterza - ASL BARI, AREA FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA
Angela Chielli - ASL BARI, AREA FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA

Introduzione. L'obiettivo del contenimento della spesa, senza intaccare il diritto alla salute di ogni cittadino, ha una grande importanza in un sistema a risorse limitate, ma non si deve correre il rischio di trascurare l'aspetto più importante del ricorso ai farmaci: l'appropriatezza d'uso.

Materiali e metodi. Da un confronto della spesa netta x 1000 abitanti per i farmaci del sistema cardiovascolare in Italia con quelli della ASL BARI si nota che quest'ultima è superiore pur sviluppando un volume prescrittivo inferiore. Un'analisi delle raccomandazioni delle principali linee-guida sull'uso di ACE-inibitori (ACE-I) e sartani evidenzia come non esistino benefici aggiuntivi che dimostrino la superiorità dei sartani rispetto agli ACE Inibitori per giustificarne l'uso come prima scelta (1;2). D'altra parte il costo medio degli ACE inibitori, grazie anche alla genericazione di molte molecole, è diventato notevolmente più contenuto di quello dei sartani e rappresenta un'importante liberazione di risorse.

Risultati. Nei primi 6 mesi del 2012 nella nostra ASL BARI si registra un rapporto prescrittivo sbilanciato tra ACE inibitori/ sartani pari a 44/56. Il maggior consumo di sartani nell'Asl di Bari risulta non congruente rispetto alle informazioni che emergono dalla letteratura. Inoltre rispetto al 2011 si nota un aumento dello 0,9% dei volumi prescrittivi dei sartani ed ad un trend positivo delle prescrizioni di farmaci branded.

Conclusioni. In un'ottica di appropriatezza prescrittiva costo/efficacia, pur garantendo la piena autonomia, è necessario evitare shift di prescrizioni verso farmaci della stessa classe ancora sottoposti a copertura brevettuale ed è necessario cercare di ridurre la prescrizioni di sartani sul totale dei pazienti trattati con antipertensivi o comunque incoraggiare l'uso di sartani a brevetto scaduto.

Bibliografia. 1. Heran BS et aa. "Blood pressure lowering efficacy of angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors for primary hypertension" Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8; (4):CD003822. Epub 2008 Oct 8. 2. Matchar BD et aa. "Systematic Review: Comparative Effectiveness of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers for Treating Essential Hypertension." January 1, 2008 vol. 148 no. 1 16-29

IL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DI ESCITALOPRAM NELL'ASL CN1 COME STRUMENTO PER MIGLIORARE LA SICUREZZA E LA SOSTENIBILITÀDELLE CURE

Francesca Perrino - Università degli Studi di Torino, Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Cinzia Giordanengo - ASL CN1, S.C. Farmacia territoriale, Borsista
Elga Cagliero - ASL CN1, S.C. Farmacia territoriale, Farmacista
Valeria Manescotto - Università degli Studi di Torino, Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzando
Stefania Mellano - ASL CN1, S.C. Farmacia territoriale, Farmacista
Lorena Silvestro - ASL CN1, S.C. Farmacia territoriale, Farmacista

Introduzione. Una nota informativa AIFA di dicembre 2011 ha evidenziato nuove controindicazioni nell'uso di escitalopram e ha ridotto la dose massima giornaliera per pazienti anziani (>65 anni) a 10mg/die. Visto il significativo aumento dei consumi di escitalopram nell'ASL CN1 nell'anno 2012, si è deciso di verificarne e promuoverne il corretto utilizzo tra i MMG a distanza di circa un anno dall'emissione dell'informativa AIFA.

Materiali e metodi. Dal database delle ricette sono state estratte le prescrizioni di escitalopram rilasciate nel IV trimestre 2012, rilevando le co-prescrizioni con farmaci controindicati nella nota informativa e in scheda tecnica (RCP). Sono state individuate le prescrizioni effettuate a

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

pazienti ultra 65enni, evidenziando quelle relative alla formulazione in compresse da 20mg con un numero di confezioni >=3, per le quali si può presupporre una posologia di 20mg/die (per la formulazione in gocce non è stato possibile fare valutazioni di correttezza della posologia).

Risultati. Nel IV trimestre 2012 i pazienti in trattamento con escitalopram sono stati 2.878 (0,7% della popolazione dell'ASL CN1), 940 maschi e 1.938 femmine con età media di circa 63 anni. Il 53.9% (1.553 pazienti) è in trattamento con compresse da 10mg, il 32.1% (924 pazienti) con gocce e il 14.0% (401 pazienti) con compresse da 20mg. 153 pazienti (5,3%) hanno ricevuto coprescrizioni con farmaci controindicati, in particolare: 10 pazienti con amiodarone, 6 con antimicrobici (eritromicina, moxifloxacina), 40 con antidepressivi triciclici e 29 con antispicotici (fenotiazinici, pimozide, aloperidolo), che possono aggravare il rischio di prolungamento dell'intervallo QT a cui escitalopram è associato; 33 pazienti hanno ricevuto coprescrizioni con tramadolo e 33 con triptani per i quali in RCP è richiesta cautela perché possono causare sindrome serotoninergica; 1 paziente ha ricevuto coprescrizione con selegilina, controindicata in RCP per la possibile comparsa di reazioni avverse gravi o fatali. Il 49,4% (1.422/2.878) dei pazienti sono anziani (>65 anni), di questi il 12% (171/1.422) ha ricevuto almeno una prescrizione di escitalopram 20mg. In particolare, 13 pazienti (0,9%) hanno ricevuto 3 o più confezioni nel trimestre.

Conclusioni. L'analisi effettuata rivela che, nonostante le indicazioni della nota informativa, alcuni pazienti anziani sono esposti a dosaggi di escitalopram non raccomandati e che una percentuale non trascurabile di prescrizioni viene effettuata in associazione a farmaci controindicati, rischiando di esporre i pazienti a gravi rischi di sicurezza. I risultati sono stati condivisi con i MMG attraverso una newsletter nella quale sono state ribadite indicazioni, controindicazioni, uso e spesa di escitalopram nell'ASL CN1 e costi/die dell'escitalopram rispetto ad altri farmaci antidepressivi, al fine di migliorare la qualità delle prescrizioni sia in termini di efficacia/sicurezza sia in termini di sostenibilità delle cure.

FARMACI BIOLOGICI ATC L04AB-L04AC: CRITICITÀ DELLA NUOVA DIRETTIVA REGIONALE IN RAPPORTO ALLA GARANZIA DEL DIRITTO ALLA CURA

Maria Daniela Schisano - ASL NA 3 SUD, FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Maria Russo - ASL NA 3 SUD, FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Giuseppina Esposito - ASL NA 3 SUD, FARMACEUTICO,
Maria Grazia Gargiulo - ASL NA 3 SUD, FARMACEUTICO, INFERMIERA PROFESSIONALE
Venere Celotto - ASL NA 3 SUD, FARMACEUTICO, RESP. UOS AREA SUD
Eduardo Nava - ASL NA 3 SUD, FARMACEUTICO, DIRETTORE DIP. FARM.

Introduzione. Il DGRC n°26 del 14/03/2012 recita:"Appropriatezza terapeutica nella prescrizione di farmaci biologici nella terapia della Psoriasi e Artrite Psoriasica,dell'Artrite Reumatoide,della Spondilite Anchilosante,della Spondiloartrite Indifferenziata e delle Malattie Croniche Infiammatorie del tratto intestinale di adulti e bambini".Avendo come fine la razionalizzazione della spesa,intende assicurare i LEA con particolare attenzione all'appropriatezza prescrittiva e alla sicurezza del paziente.Ha ridotto quindi del 20% i Centri Prescrittori PSOCARE e gli ex-ANTARES,invitando le ASL a vigilare sulle prescrizioni in regime SSN.Segue un'analisi delle conseguenze che il DGRC ha avuto nel territorio del DS59(n°ab.81805).Una parte ingente del budget della Farmaceutica Territoriale del DS59 è costituito dalla sottoclasse ATC L04AB-L04AC con un trend di crescita del 56% dal 2011 al 2013.Per contro l'attuazione del DGRC ha comportato la chiusura di due Centri Prescrittori dell'ASLNA3SUD, di cui uno nell'area territoriale del DS59.Si è condotto uno studio di appropriatezza posteriore e di valutazione dell'impatto del DGRC sulla compliance del paziente.

Materiali e metodi. La procedura prevede che all'accesso del paziente venga aperta una cartella riportante:Centro Prescrittore,dati sanitari, Piano Terapeutico, numero accessi. Analizzando ogni cartella nel periodo di tempo considerato si sono estrapolati: sesso, patologia, Centro Prescrittore, farmaco, posologia, eventuale sospensione della terapia e valore economico. In aggiunta è stato presentato ai pazienti un questionario di gradimento che attraverso cinque quesiti analizzava gli eventuali disagi di carattere sanitario, psicologico, logistico ed economico prodotti dalla riduzione dei Centri Prescrittori.

Risultati. I pazienti trattati in 27 mesi sono 94.La patologia preminente è l'Artrite Psoriasica,seguita dalla Reumatoide.L'età media dei pazienti è 30-50 anni.La patologia reumatica nel complesso prevale nelle femmine,nei maschi prevale invece l'Artrite Psoriasica.Il 65% dei pazienti che hanno sospeso la terapia nel tempo considerato si recava presso i Centri Prescrittori chiusi per effetto del DGRC.Dall'analisi delle risposte al questionario,l'ostacolo maggiore è risultato quello logistico.

Conclusioni. Nel periodo di tempo considerato a fronte di una spesa per i Farmaci Biologici di euro1.384.143,13,con un incremento nel 2012-2013 del 56% rispetto al 2011,la chiusura di due centri Prescrittori nell'ASLNA3SUD ha prodotto un disagio per il paziente di natura logistico-economica,ne ha inasprito il senso di sfiducia nei confronti dell'SSN e in definitiva ha avuto un impatto negativo sulla compliance,senza peraltro raggiungere l'obiettivo prefissato della razionalizzazione della spesa.Con le criticità emerse dalla nuova Direttiva si rischia di ledere la garanzia del diritto alla cura del cittadino.

Bibliografia. DGRC n°26 del 14/03/2012.

ANALISI DELLE PRESCRIZIONI DELL'ORMONE DELLA CRESCITA (GH) NELL'AREA VASTA 2

Giorgia Palmieri - ASUR Marche, AV2, Servizio Farmaceutico Territoriale Ancona, Farmacista
Chiara Rossi - ASUR Marche, AV2, Servizio Farmaceutico Territoriale Ancona, Farmacista dirigente
Francesca Federici - ASUR Marche, AV2, Servizio Farmaceutico Territoriale Ancona, Farmacista dirigente
Andrea Caprodossi - ASUR Marche, AV2, Farmacia Ospedaliera, Osimo (AN), Farmacista
Alberto Priori - ASUR Marche, AV2, Farmacia Ospedaliera, Osimo (AN), Responsabile FF
Fabio Petrelli - Università degli studi di Camerino (MC), Igiene e sanità pubblica, Professore Aggregato

Introduzione. La Nota 39 prevede la prescrizione di GH a carico del SSN su diagnosi e Piano Terapeutico (PT) di Centri autorizzati. Nella Regione Marche, il consumo di GH è aumentato, mostrandosi superiore alle altre Regioni. Verificare l'appropriatezza prescrittiva di GH, nella Zona Territoriale di Ancona, verificando che le prescrizioni siano state redatte rispettando i PT e l'eventuale iperprescrizione

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

dalla posologia prevista sui PT; eseguire valutazioni economiche confrontando i dati Regionali e di Zona.

Materiali e metodi. È stato effettuato un controllo incrociato tra le prescrizoni di GH dei database della Convenzionata e della DPC (2011 e primo semestre 2012), effettuate dai MMG e PLS della Zona, e i PT cartacei presenti al Servizio, richiedendo ai medici quelli mancanti; successivamente è stata verificata l'iperprescrizione.

Risultati. Sono state riscontrate 3.559 prescrizioni di GH per una spesa di euro 1.673.105,63, effettuate da 100 medici a 145 assistiti. Risultano mancanti i PT per 3.120 prescrizioni (88%) effettuate da tutti i prescrittori a 136 assistiti. In seguito alla richiesta, risultano ancora mancanti i PT per 1.189 prescrizioni (33%) effettuate da 46 medici a 60 assistiti. Riscontrata iperprescrizione per 24 pazienti, per un totale di 153 confezioni erogate in eccesso.

Conclusioni. Il 75% dei consumatori di GH ha un'età compresa tra 0 e 18 anni; tali assistiti hanno il maggior numero medio di confezioni e la maggiore spesa media per paziente, dovuta alla prescrizione di alti dosaggi. Solamente il 54% dei medici ha fornito tutti i PT; Se pur con incremento del 53%, 28 pazienti (19%) risultano ancora completamente privi di PT e 32 (22%) ne presentano una parte. Tale inappropriatezza incide per il 32% sulla spesa totale di GH. Il 20% dei pazienti ha ricevuto più confezioni del previsto, con incidenza sulla spesa del 2%. La Regione ha evidenziato, fino al 2011, un incremento del consumo, la Zona una riduzione nel 2011 e un incremento nel 2012; Gli incrementi della spesa sono superiori a quelli delle confezioni, per l'elevata prescrizione di alti dosaggi. I valori sovrapponibili della spesa procapite pesata dimostrano che, negli anni, il consumo nella Zona è stato in linea con quello Regionale. Nell'attesa che siano operative le disposizioni della Regione sulla prescrizione di GH, per evidenziare anomalie prescrittive, si continuerà ad analizzare e monitorare tali prescrizioni, avvalendosi dell'ausilio della Direzione Sanitaria per incentivare gli Specialisti dei Centri prescrittori a redigere ed inoltrare al Servizio i PT, approfondendo anche l'aspetto epidemiologico.

USO DEGLI ANTIDEPRESSIVI NEI PAZIENTI PEDIATRICI: I CONTROLLI DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI FARMACI CON INDICAZIONI NON AUTORIZZATE NELL'ASL TO1

Valeria Vinciguerra - Università degli Studi di Torino, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzanda
Roberto Fantozzi - Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco, Professore Ordinario
Michele Rinaldi - ASL TO1, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, Dirigente Farmacista
Carla Rolle - ASL TO1, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, Direttore F.F.

Introduzione. I farmaci del SNC rappresentano il 14% della spesa farmaceutica convenzionata dell'ASL TO1. Una delle categorie maggiormente incidenti è quella degli antidepressivi. Mediamente, in un semestre vengono prescritti n.160.000 confezioni di antidepressivi per una spesa di circa 2.000.000 di euro. Questi ultimi, se prescritti a bambini ed adolescenti e non correttamente gestiti, possono provocare l'insorgenza di effetti collaterali, anche molto gravi, quali comportamenti suicidio-correlati. Obiettivi di questo lavoro sono stati: il controllo e il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche di antidepressivi a pazienti pediatrici, secondo la normativa nazionale e regionale[1], e la predisposizione di un protocollo, a cura di un team multidisciplinare dell'ASL TO1 che, coadiuvi il medico nella sua attività prescrittiva.

Materiali e metodi. I controlli sono stati effettuati sulle prescrizioni farmaceutiche spedite dalle 170 farmacie dell'ASL TO1 negli anni 2011 e 2012. Per l'elaborazione dei dati è stata usata la banca dati delle ricette farmaceutiche dell'ASL TO1. Le attività effettuate sono state: la consultazione di articoli scientifici[2,3]; la costituzione di un tavolo tecnico multidisciplinare composto da farmacisti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, psichiatri, neurologi e neuropsichiatri infantili dell'ASL TO1; la predisposizione di un documento condiviso, contenente le informazioni sugli antidepressivi più prescritti a bambini ed adolescenti, desunte dai RCP.

Risultati. Nel corso dell'anno 2011 sono stati individuati n.174 casi di prescrizioni farmaceutiche spedite per indicazioni non autorizzate, di cui n.29 casi relativi a prescrizioni di antidepressivi a pazienti pediatrici. Gli antidepressivi più prescritti sono stati: amiltriptilina, citalopram, clomipramina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, mirtazapina, paroxetina, trazodone, venlafaxina. La fluoxetina è risultato l'unico principio attivo, in base alle indicazioni in RCP, tra quelli non consentiti[1] come prescrivibili a soggetti di età inferiore ad anni 18, in regime di SSN. Alla fine dell'anno 2012, il numero di casi di farmaci antidepressivi a pazienti pediatrici si è ridotto del 65% (10 casi).

Conclusioni. I dati raccolti sono stati confermati dalla consultazione della documentazione scientifica e hanno dimostrato l'efficacia delle azioni intraprese. In particolare modo, la redazione del protocollo da parte del team multidisciplinare ha permesso di evidenziare le problematiche e di ottenere risultati concreti.

Bibliografia. [1] Circolare 17544 del 22/06/2011: Circolare applicativa della DGR n.44-1615 del 28febbraio2011, Addendum al piano di rientro–capitolo 3.3. [2] Chermá MD, Antidepressant drugs in children and adolescents: analytical and demographic data in a naturalistic, clinical study, J Clin Psychopharmacol. 2011,Feb; 31(1):98-102 [3] Clevanna A., Antidepressant and antipsychotic use in an Italian pediatric population, BMC Pediatr, 2011 May 23; 11:40.

ANALISI DEI CONSUMI DI PRESIDI PER DIABETICI NELL'ASP DI REGGIO CALABRIA

Lucia Maria Azzarà - Università di Messina, Scuola Specializzazione Farmacia Ospedaliera,
Loredana Tripodi - ASP Reggio Calabria, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, Dirigente Farmacista
Domenica Costantino - ASP Reggio Calabria, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, Direttore

Introduzione. In Calabria l'erogazione dei presidi per diabetici (PD) è regolamentata dalla Circolare n°8890 del 18/05/2005, che stabilisce le tipologie quali-quantitative di PD in relazione alla patologia e gravità, e, per le azioni previste dal Piano di Rientro, dal Decreto n°4/2012, che prevede uno sconto del 45% sul prezzo al pubblico al netto dell'IVA a carico delle Farmacie Convenzionate. Obiettivo dello studio è descrivere il profilo di utilizzo dei PD nell'ASP di Reggio Calabria, l'aderenza alle Linee Guida regionali, l'impatto dei farmaci sulla spesa dell'ASP.

Materiali e metodi. Analisi retrospettiva, dal 2009 al 2012, delle prescrizioni dei PD nell'ASP di Reggio Calabria,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

utilizzando come parametri: tipologia presidio, costi, quantità erogazione/paziente etc. I dati sono stati elaborati col software Excel.

Risultati. Gli utilizzatori di PD sono aumentati da 27.118 pazienti nel 2009 a 29.920 nel 2012 (+10,3%). Aumenta il consumo di aghi per insulina (+54%), lancette pungidito (+18%), striscette (+18%), mentre diminuisce quello di siringhe per insulina (-91%) per shift di utilizzo dai flaconcini alle siringhe preriempite. La spesa dei PD aumenta del 18,8% dal 2009 al 2011 (da €7.988.435,65 a €9.492.136,46), con un costo medio/annuo/paziente che passa da €294.58 a €324.26; essa diminuisce nel 2012 per l'applicazione delle disposizioni regionali (€ 8.032.957,50, con un costo medio/annuo/paziente del 17.2% inferiore al 2011). Le strisce per la determinazione della glicemia rappresentano in ciascun anno l'86% circa del costo totale dei PD; il costo medio/annuo/paziente è di € 223,12 nel 2009, € 244,88 nel 2011 ed € 200,88 nel 2012. I pazienti cui sono prescritte max 200 (diabete tipo 2 in trattamento dietetico) e 300 (trattamento con ipoglicemizzanti orali) strisce/anno sono i più rappresentati (42% e 34% circa). Per ciascun anno, le prime 10 confezioni per spesa rendono conto dell'82% dell'importo totale per striscette. L'uso delle striscette al prezzo più basso porterebbe ad un risparmio del 26%/anno circa. Le criticità emerse, comprese le differenze fra le caratteristiche dei due glucometri più utilizzati e quelle del glucometro a prezzo più basso, sono state discusse con i diabetologi dei Distretti di Reggio. Per tutti i Distretti sono stati inviati i Report semestrali per la verifica dell'aderenza agli indirizzi regionali.

Conclusioni. Le prescrizioni sono risultate in linea con gli indirizzi regionali. Per razionalizzare al meglio la spesa dei PD, sarebbe utile differenziare le tipologie dei pazienti fornendo ad ognuno lo strumento più adeguato alle proprie esigenze e alla gravità della patologia.

STIMA DI PREVALENZA DELLA SINDROME METABOLICA NEL TERRITORIO E RELATIVI COSTI DI GESTIONE

Roberto Grinta - farmacia ospedaliera, farmacia ospedaliera, farmacista
Federica Verri - farmacia ospedaliera, farmacia ospedaliera, farmacista
Katia Bini - farmacia ospedaliera, farmacia ospedaliera, farmacista specializzanda

Introduzione. La patologia diabetica mostra una chiara tendenza, in tutti i paesi industrializzati, ad un aumento sia dell'incidenza sia della prevalenza. L'accresciuta prevalenza nel mondo del diabete tipo 2, soprattutto legata all'aumento del benessere ed allo stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia". Il diabete mellito di tipo 2 rappresenta l'85-95% di tutti i casi totali di diabete dei Paesi sviluppati ed è causato da un deficit parziale di secrezione insulinica, che in genere progredisce nel tempo ma non porta mai a una carenza assoluta di ormone e che si instaura spesso su una condizione, più o meno severa, di insulino – resistenza su base multifattoriale. L'obiettivo del presente lavoro è quello di elaborare un processo di costo nel percorso del paziente diabetico tenendo conto dei costi associati alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario.

Materiali e metodi. Si è intrapresa un'analisi relativa all'anno 2012 linkando i codici fiscali degli assistiti esenti con le relative prestazioni erogate avendo a disposizione i tracciati della specialistica ambulatoriale, dell'assistenza farmaceutica, i ricoveri ospedalieri ed il flusso dei diagnostici.

Risultati. La prevalenza del diabete di tipo 2 evidenziata è del 3,3%: nel 57% dei casi i pazienti sono di sesso femminile, il 31% ha un'età compresa tra i 50 e 65 anni ed il 59% supera i 65 anni d'età. La maggior voce di costo è l'assistenza ospedaliera (66%), mentre le prestazioni ambulatoriali, i farmaci ed i presidi sono rispettivamente il 22%, l'11% e l'1%. Sommando le singole voci di costo si può ipotizzare un costo per assistito di circa 1.469 €/anno.

Conclusioni. Il diabete è una patologia diffusissima cui va riconosciuto carattere di particolare rilievo sociale e che incide pesantemente sulla spesa sanitaria. La maggior voce singola di spesa per il diabete è rappresentata dai ricoveri ospedalieri per la terapia di complicanze croniche (malattie cardiovascolari, ictus, insufficienza renale cronica e piede diabetico) mentre solo il 5% dei ricoveri è dovuto al diabete, si è potuto osservare che un paziente diabetico può assorbire risorse sanitarie pari a circa 1.469 €/anno. Se la prevalenza del diabete in Italia oscilla tra il 3-4%, si può ipotizzare quante risorse questa patologia assorbe al finanziamento nel SSN e soprattutto poter sviluppare uno studio di incidenza sui i nuovi pazienti e quindi sviluppare sistemi di analisi sui costi futuri.

UTILIZZO DI BANCA DATI REGIONALE PER APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: IL CASO DEI FARMACI ANTIDIABETICI

Maria Caterina De Matthaeis
ASL RM F, FARMACEUTICO, FARMACISTA TERRITORIALE

Introduzione. La regione Lazio utilizza il sistema di gestione Web Care, come autorizzazione informatica per l'erogazione del materiale di autocontrollo della glicemia, nel quale vengono inseriti tutti i piani terapeutici dei pazienti con patologia diabetica ai quali è prescritto materiale di autocontrollo. Dall'anno 2012 è possibile l'inserimento dei piani con l'indicazione della tipologia diabetica con il fine di ottimizzare l'erogazione di questi sistemi di autocontrollo della glicemia nell'ottica di un contenimento della spesa sanitaria.

Materiali e metodi. Analisi banca dati web care ed incrocio dati con l' osservatorio Arno Cineca.

Risultati. Percentuale raggiunta meno del 100%.

Conclusioni. I dati del sistema web care della ASL Rm F per il diabete divisi dall'inizio del 2011 alla prima metà del 2013 vengono messi in rapporto con i dati della farmaceutica utilizzando l'osservatorio Arno del CINECA al fine di fotografare i consumi, la spesa e l'appropriatezza prescrittiva anche rispetto all'utilizzo dei farmaci di più recente concezione, sia per uso orale che iniettivo.

VERIFICHE DI TRACCIABILITA' DEL FARMACO E CONVOCAZIONE DEGLI ASSISTITI NELLA ASL5 "SPEZZINO" AI SENSI DELLA LEGGE 412/1991

Alessandro Sarteschi - ASL 5 "Spezzino", Farmaceutico, Farmacista Direttore
Monica Bricchi - Asl5 "Spezzino", Farmaceutico, Farmacista Dirigente
Simona Domenichini - Asl5 "Spezzino", Farmaceutico, Farmacista Dirigente
Natasha Di Giorgi - Asl5 "Spezzino", Farmaceutico, Farmacista
Lia Ghiggini - Asl 5 "Spezzino", Farmaceutico, Farmacista

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

Introduzione. La legge 412/1991, capo II art.4 dispone il controllo per le ricette a carico del Servizio Sanitario Nazionale per prescrizioni o prestazioni con prezzo superiore a lire 100.000 (51,65 euro). Il riscontro può essere effettuato anche presso l'assistito, adottando il codice fiscale come numero distintivo del cittadino. La Regione Liguria con DGR 167/2009 ha richiamato tale adempimento inserendolo negli obbiettivi dei Direttori Generali.

Materiali e metodi. Gli uffici del Servizio Farmaceutico della ASL 5 "Spezzino" effettuano le verifiche di cui alla Legge 412/1991 e alla tracciabilità del farmaco. I controlli vengono effettuati dal personale farmacista tramite convocazione degli assistiti presso gli uffici del Servizio o accesso domiciliare non preavvisato. Gli accessi domiciliari, per ragioni di sicurezza, vengono svolti invece con tecnici della prevenzione aventi la qualifica di ufficiali giudiziari al fine di verificare se il farmaco prescritto SSN sia stato effettivamente ritirato ed assunto dal paziente, e se la prescrizione risulti conforme alle indicazioni terapeutiche e posologiche presenti nella scheda tecnica di quel medicinale. In quella sede vengono anche rilevati i codici di tracciabilità e numeri di lotto delle confezioni dei farmaci in possesso dell'assistito per successivi controlli in alcuni casi con il Ministero della Salute, al fine di verificare l'eventuale erogazione di lotti invedibili o revocati.

Risultati. Le convocazioni hanno ricevuto un'ampia adesione da parte degli assistiti, circa il 90% dei pazienti convocati nel 2012 (104 assistiti) si è presentato o ha consentito l'accesso domiciliare, consentendoci di analizzare un numero di casi consistente e di poter verificare le prescrizioni e i farmaci erogati. In questo modo è stato possibile valutare i singoli casi e far emergere eventuali situazioni anomale. Di queste, quattro sono state segnalate alla Procura e sette alla Direzione Sanitaria e Medicina di Base per utilizzo improprio del ricettario.

Conclusioni. Ai sensi della legge 412/1991 gli uffici del Servizio Farmaceutico hanno convocato nell'anno 2012 116 assistiti della ASL 5 "Spezzino" di cui il 90% (104) hanno aderito consentendo diverse verifiche di appropriatezza e tracciabilità del farmaco. Le convocazioni hanno fatto emergere anomalie e non conformità, parte delle quali sono state segnalate nelle diverse sedi per eventuali profili di rispettive competenze.

IL PROCESSO DI COSTO NEL PAZIENTE CON POLMONITE

Roberto Grinta - farmacia ospedaliera, farmacia ospedaliera, farmcista
Federica Verri - farmacia ospedaliera, farmacia ospedaliera, farmacista
Katia Bini - farmacia ospedaliera, farmacia ospedaliera, farmacista specializzanda

Introduzione. La polmonite è definita come un'infiammazione del parenchima polmonare di origine infettiva ed è caratterizzata da una fase di consolidamento durante la quale gli alveoli si riempiono di una miscela di essudato infiammatorio, batterico e leucocitario. L'agente eziologico più comune, causa delle polmoniti acquisite in comunità, è lo pneumococco (Strep. Pneumoniae), l'incidenza della polmonite è stimata variabile tra i 10-100 casi su 100.000 assistiti per anno con valori generalmente compresi tra 15 – 25 casi su 100.000 nell'età pediatrica. Il presente lavoro ha lo scopo di valutare i costi diretti dell'assistenza per le polmoniti acquisite in comunità e prevedere l'impatto economico di cost saving con la vaccinazione antipneumococco.

Materiali e metodi. L'anagrafe degli assistiti, classificati come "pazienti con polmoniti", è stata acquisita recuperando i ricoveri per DRG relativi all'anno 2010. Una volta stabilita l'anagrafe è stato possibile valutare i vari livelli di assistenza erogati tramite il tracciato della specialistica ambulatoriale (file C), dell'assistenza farmaceutica (file D) ed i tracciati ospedalieri.

Risultati. La maggior parte delle risorse economiche investite nel trattamento delle polmoniti è rappresentata dall'assistenza ospedaliera (80%) con un costo per assistito pari a 3.694 € annui. Mentre solo il 9% e il 10% sono rispettivamente i costi per la specialistica ambulatoriale (437 €/assistito) e la farmaceutica (492 €/assistito). Il vaccino antipneumococco è cost-saving nei soggetti ad alto rischio.

Conclusioni. La possibilità di somministrare vaccino antipneumococco, ad alcune categorie a rischio, può ridurre la frequenza dei ricoveri e quindi valutare un costo efficacia della terapia in funzione del BEP ed un costo saving.

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI OFF LABEL NELL'AZIENDA USL 1 UMBRIA

Ela Murrja - A.S.L.1. Umbria, U.O. Farmaceutica Territoriale-Perugia, Specializzando
Chiara Capone - A.S.L.1. Umbria, U.O. Farmaceutica Territoriale-Perugia, Specializzando
Serena Natalini - A.S.L.1. Umbria, U.O. Farmaceutica Territoriale-Perugia, Farmacista Ospedaliero
Maria Sabrina Morico - A.S.L.1. Umbria, U.O. Farmaceutica Territoriale-Perugia, Farmacista Ospedaliero
Luana Mascotto - A.S.L.1. Umbria, U.O. Farmaceutica Territoriale-Perugia, Dirigente

Introduzione. L'impiego dei medicinali per indicazioni diverse da quelle autorizzate (uso Off Label), rappresenta un fenomeno sempre più diffuso e consolidato nella pratica clinica. Le disposizioni introdotte con l'ultima normativa nazionale, la finanziaria 2007, prevedono che i farmaci Off Label, debbano essere erogati attraverso la distribuzione farmaceutica territoriale, per i pazienti in regime ambulatoriale, ed ospedaliera, per pazienti in ricovero ordinario o day hospital, identificando cosi i responsabili dei Servizi Ospedalieri e Territoriali, come responsabili delle rivelazioni dell'impiego di questi farmaci. Il farmacista, dopo aver esaminato la documentazione allegata alla richiesta, elabora l'analisi dei costi della terapia ed esprime parere tecnico (favorevole o meno) alla fornitura del farmaco, al fine di ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva. Mentre in ambito ospedaliero la prescrizione Off Label è largamente utilizzata e più conosciuta, sono più difficili da individuare invece gli utilizzi di tali farmaci nell'ambito delle prescrizioni territoriali. Pertanto, si è provveduto al monitoraggio delle prescrizioni Off Label anche nei Servizi Territoriali con l'intento di ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva.

Materiali e metodi. Sono state analizzate le prescrizioni dei farmaci Off Label pervenute presso il Servizio Farmaceutico dell'AUSL 1 Umbria, monitorando tale fenomeno nei vari distretti del area.

Risultati. I pazienti che hanno usufruito del trattamento Off Label sono in totale 11 di cui: 7 per il Distretto del Perugino, 1 per il Distretto della Media Valle del Tevere e 3 pazienti per il Distretto dell'Assisano. Le prescrizioni risultano quasi

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

tutte Off Label per indicazioni. I farmaci e le patologie per cui vengono utilizzate sono cosi distribuite: Aricept per il disturbo cognitivo severo in pazienti con sclerosi multipla (1 pz); Revatio per la connettivite mista (1 pz); Decapeptyl per il carcinoma delle ghiandole salivari con recettori ormonali positivi (1 pz); Bioarginina soluz.orale per citrullinemia (1 pz); Cellcept per la fibrosi retroperitoneale (1 pz); Benadon per l'epilessia piridossina sensibile (1 pz); Valcyte per l'infezione congenita da Cytomegalovirus sintomatica (5 pazienti). I dati vengono aggiornati continuamente.

Conclusioni. L'analisi sistemica delle prescrizioni ci permette un continuo monitoraggio sull'utilizzo dei farmaci Off Label in ambito territoriale, al fine di assicurare il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, aspetto fondamentale della qualità assistenziale che garantisce non solo sicurezza, efficacia, efficienza ed equità, ma anche un uso appropriato delle risorse economiche messe a disposizione. È stato costatato inoltre, che, nonostante l'utilizzo dei farmaci Off Label rappresenti un opzione terapeutica aggiuntiva, nella nostra territoriale risulta ristretto a pochi casi particolari, rispettando cosi le normative vigenti che ne limitano tale uso.

POLITERAPIA: ANALISI DELLE INTERAZIONI FARMACOLOGICHE NEI PAZIENTI DIMESSI CON IL PRIMO CICLO DI TERAPIA

Giovanna Nobile - Farmacia, P.O. G. di Maria Avola, Farmacista
Cinzia Piazza - Farmacia, p.o. Muscatello Augusta, Farmacista
Giovanna Cacciaguerra - Farmacia, p.o. Muscatello Augusta, Farmacista

Introduzione. Due o più farmaci somministrati contemporaneamente possono esercitare i loro effetti in modo indipendente o possono interagire. Sono i pazienti anziani affetti da pluripatologie, spesso croniche, che necessitano di politerapia per periodi di tempo molto lunghi o addirittura per tutta la vita. Alcuni pazienti geriatrici assumono fino a dodici farmaci contemporaneamente. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare le prescrizioni alle dimissioni del primo ciclo di terapia, e verificare nelle politerapie, se esistono interazioni farmacologiche.

Materiali e metodi. Presso la farmacia dell' Ospedale G.Di Maria Avola (SR), sono state analizzate le prescrizioni farmaceutiche alle dimissioni del I° ciclo di terapia relativi al primo trimestre del 2013. Tramite una ricerca informatica su un sito specifico"interdrugs.it" e tramite bibliografie cartacee, abbiamo potuto valutare le possibili interazioni farmacologiche.

Risultati. I dati relativi al primo ciclo di terapia riguarda il trimestre Gennaio, Febbraio, Marzo 2013 sono stati 895 prescrizioni di cui: -499 (55,75%) prescrizioni in monoterapia, riguardante pazienti di età compresa tra i 6 anni e 70 anni; -90 (10,05%) prescrizioni di due farmaci di pazienti con età media di 75 anni; -306 (34.18%) prescrizioni in politerapia, di cui 163 (53,26%) pazienti di età media di 75 anni sottoposti a terapie di almeno cinque farmaci; 40 (1.3%) pazienti di età media 80 anni sottoposti a politerapia di 6 farmaci; 103 (33,66%) pazienti sempre con età media 75 anni sottoposti a politerapia fino a nove farmaci. Le classi terapeutiche maggiormente prescritti in politerapia sono stati farmaci che regolano la secrezione acida (280 prescrizioni), antimicrobici (160 prescrizioni), diuretici (90 prescizioni), anticoagulanti, antipertensivi e antidiabetici (73 prescrizioni). Le interazioni rilevate sono stati a carico degli inibitori di pompa i quali riducono la biodisponibilità del Clopidogrel,aumentano l'assorbimento gastrointestinale della Digossina, potenziano l'effetto anticoagulante del Warfarin e provocano una riduzione dell'efficacia terapeutica del Prednisone; l'associazione dell'omeprazolo con la claritromicina comporta un aumento della concentrazione sierica di entrambi.

Conclusioni. L'analisi delle prescrizioni del primo ciclo di terapia alle dimissioni, mira a migliorare la sicurezza della terapia prescrittiva rendendo necessario che il farmacista ospedaliero assuma il ruolo di farmacista clinico, dato che la sicurezza del paziente è una componente strutturale dei LEA.

ANALISI DELLE ANOMALIE NELLA ASL BAT NELLA SPEDIZIONE DELLE RICETTE DI FARMACI CONTENUTI NELL'ELENCO PHT DELLA REGIONE PUGLIA

Maria Felicia Cinzia Piccaluga - ASL BAT, FARMACEUTICO, FARMACISTA
Giulia Caiati - ASL BAT, FARMACEUTICO, FARMACOVIGILANZA
Francesca Vittoria Rizzi - ASL BAT, FARMACEUTICO, FARMACISTA
Domenica Ancona - ASL BAT, FARMACEUTICO, DIRETTORE

Introduzione. La legge 405/2001 prevede che la distribuzione diretta dei farmaci possa essere organizzata secondo due modalità:la distribuzione diretta vera e propria che riguarda i medicinali dispensati presso i presidi delle ASL e presso gli ospedali, o la distribuzione per conto (DPC), che prevede un accordo fra Regioni, ASL, grossisti e farmacie aperte al pubblico, nel qual caso il farmaco viene acquistato dalla Regione e distribuito dalle farmacie convenzionate.I farmaci per i quali è possibile la distribuzione per conto sono quelli compresi nel PHT nazionale (prontuario della distribuzione diretta per la continuità assistenziale H ospedale-T territorio), pertanto ogni regione a partire dall'elenco nazionale, elabora un PHT regionale in continua evoluzione.La Regione Puglia, nel giugno 2006 ha avviato la distribuzione per conto.Le confezioni dei farmaci in DPC recano il bollino "confezione ospedaliera" .Obiettivo del seguente lavoro è stato quello di verificare nel 2012 la corretta spedizione, da parte delle farmacie convenzionate, delle ricette contenenti la prescrizione di farmaci inseriti nel PHT nella ASL BAT.

Materiali e metodi. Con l'ausilio del programma informatico EDOTTO, sono state analizzate per il 2012 tutte le ricette spedite nella ASL BAT segnalate come anomale contenenti farmaci inclusi nel PHT.

Risultati. Le ricette spedite nel 2012 contenenti farmaci inclusi nel PHT sono risultate essere 100.570. Edotto ha segnalato 1210 ricette indicate dal sistema come anomale, dall'analisi delle stesse sono state riscontrate 18 ricette con bollino con confezione ospedaliera, messe a rimborso nel SSN, pertanto si è proceduto all'addebito diretto con un'importo pari a 2.779,16 euro.Le farmacie che hanno erroneamente inserito le ricette del PHT nel SSN sono state 12 su 98 totali, ulteriori 60 ricette presentavano farmaci contenuti nel PHT regionale, senza il bollino recante la dicitura "confezione ospedaliera", per queste ultime ricette si è provveduto all'invio alla Commissione Tecnica Aziendale.

Conclusioni. La distribuzione per conto rappresenta un ottimo mezzo per garantire la continuità assistenziale e contenere la spesa farmaceutica, poiché l'acquisto diretto dei farmaci inclusi nel PHT consente un notevole risparmio

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

unitamente ad un monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva. L'analisi delle anomalie nella contabilizzazione delle ricette contenenti i farmaci inclusi nel PHT , ha mostrato un' elevata aderenza all'iter della DPC nella ASL BAT.

NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE: UN DATABASE INFORMATICO PER IL MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E IL CONTROLLO DELLA SPESA NELL'ASL-RME

Giovanna Lembo - ASL Roma E, Area del Farmaco, Coordinatore Equipe NAD
Rita Fraschetti - ASL Roma E, Area del Farmaco, Consulente per le attività di Farmacovigilanza-Regione Lazio
Maria Grazia Minicangeli - ASL Roma E, Area del Farmaco, Componente Equipe NAD

Introduzione. Nell'ambito della gestione della Nutrizione Enterale Domiciliare (NED) a partire dal mese di gennaio 2013 è iniziato presso il nostro Servizio Farmaceutico un progetto relativo al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e controllo della spesa riferita alla NED. Fulcro del progetto è la creazione di un database elettronico che permetta di raccogliere i dati relativi ai pazienti afferenti presso la nostra struttura. Obiettivo è un maggiore controllo delle prescrizioni delle Unità Operative NAD della Regione Lazio con particolare riguardo all'individuazione di eventuali iperprescrizioni, al fine di garantire da un lato appropriatezza prescrittiva e sicurezza per il paziente e dall'altro contenimento della spesa farmaceutica attraverso un controllo puntuale dei quantitativi ordinati e dispensati, onde evitare rotture di stock e accumulo di alimenti presso il domicilio dei pazienti e il magazzino farmaceutico.
Materiali e metodi. Sono stati individuati i parametri di base necessari per la creazione di un database completo di tutti i dati necessari per l'ottenimento dei risultati desiderati. Il database riporta: -nome/cognome del paziente, necessari per l'identificazione dello stesso; -data di nascita, per la stima dell'appropriatezza e dei fabbisogni in base all'età; -patologia, per valutare la corretta indicazione del nutrimento prescritto; -nome del nutrimento/i e ditta produttrice, per l'identificazione del prodotto; -quantità prescritta/mese, per il controllo dei fabbisogni e per individuare eventuali iperprescrizioni; -quantità erogata mese, per una stima del materiale consegnato onde evitare scorte eccessive a domicilio e presso il magazzino farmaceutico; -kcal/die, per una stima dell'appropriatezza prescrittiva; -U O NAD di riferimento, medico prescrittore, municipio del paziente. Il database mensilmente viene aggiornato con i quantitativi erogati/mese e modificato in caso di variazioni quali-quantitative delle prescrizioni o variazione del numero degli assistiti.

Risultati. Dai dati ottenuti nei primi cinque mesi siamo in grado di stimare: - una stima più facile del numero di pazienti con maggiore attenzione alle sospensioni di terapia; - una previsione più diretta dei fabbisogni mensili; - un'analisi più semplice dell'appropriatezza delle prescrizioni; - una prima stima del numero di iperprescrizioni, attualmente pari al 10% del totale dei pazienti afferenti/mese (media mensile pazienti afferenti: 145).

Conclusioni. Il database ci permette di fare una stima tempestiva del numero di pazienti e del fabbisogno di nutrienti per la nostra ASL con relativo controllo degli ordini e delle giacenze ed inoltre da un'analisi approfondita dei dati inseriti di individuare eventuali anomalie nelle prescrizioni da inviare agli organi competenti per successivi adempimenti di legge.

SISTEMA INFORMATIZZATO PER VALUTARE LA PRESCRIZIONE DELLE STATINE NELL'ASL AT

Ilaria Barbato - ASL AT, Farmacia Territoriale, Dirigente Farmacista
Paola Mero - ASL AT, Farmacia Territoriale, Dirigente Farmacista
Daniela Piccioni - ASL AT, Farmacia Territoriale, Dirigente Farmacista
Roberta Bona - Università degli Studi di Torino, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Valentina Colombardo - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Maria Conson - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Giulia Marengo - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Mario Nocera - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Silvana Martinetti - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Direttore

Introduzione. Nel 2012 i farmaci del sistema cardiovascolare (ATC C) hanno rappresentato la prima categoria terapeutica per spesa territoriale (DDD/1000ab 5884,78) determinata soprattutto da statine e farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina. Alla luce degli aggiornamenti sulla prescrivibilità delle statine, delle linee guida ESC/EAS e della circolare della Regione Piemonte sul monitoraggio della prescrizione di statine per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale, la Farmacia Territoriale ha elaborato un database che fotografa la prescrizione di statine per ogni medico di medicina generale (MMG), presentato nell'ambito delle riunioni periodiche di equipe. Obiettivo del lavoro è stato discutere il profilo prescrittivo di ogni MMG per migliorare la qualità della cura, utilizzando al meglio le risorse.

Materiali e metodi. Il database ha acquisito le prescrizioni elaborandole in base ai criteri stabiliti per valutarne l'appropriatezza, definiti come segue: composizione percentuale di statine della popolazione di assistiti, modifiche avvenute in tale composizione nel terzo trimestre 2012 rispetto al secondo, ripartizione dei nuovi assistiti (valutata da aprile 2012) tra le varie statine, variazioni della spesa. Il database elabora per singolo medico una serie di grafici dai quali si rileva com'è distribuita la prescrizione di statine nella popolazione dei propri pazienti e come varia nel tempo, il dettaglio delle statine prescritte e il principio attivo assegnato ai nuovi pazienti. I dati così elaborati sono stati presentati e discussi con tutti i MMG: un primo ciclo di incontri si è svolto nel mese di ottobre 2012, mentre il secondo ciclo si è svolto ad aprile 2013.

Risultati. Le DDD per 1000 assistiti pesati/die sono diminuite passando da 17,50 di Gennaio 2013 a 14,85 di Marzo 2013 per rosuvastatina, e da 22,86 di Gennaio 2013 a 21,57 di Marzo 2013 per atorvastatina. La differenza di spesa lorda tra Marzo e Gennaio 2013 è stata del -15% per rosuvastatina e del -6% per atorvastatina. Negli incontri è stata evidenziata l'importanza della continuità terapeutica e della compliance, soprattutto del paziente ad alto rischio, sottolineando che le prescrizioni "spot" generano i maggiori costi.

Conclusioni. L'utilizzo di un sistema informatizzato, che acquisisce le prescrizioni e le elabora secondo dei criteri standardizzati, e la discussione con i MMG delle elaborazioni si sono dimostrati un sistema efficace per il miglioramento

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

del profilo prescrittivo. I risultati evidenziano una diminuzione del consumo di statine di secondo livello e una diminuzione del consumo di statine in generale, a favore del consumo di statine di primo livello e/o della sola dieta.

SISTEMA DI COUNSELING TELEFONICO PER MIGLIORARE L'ATTIVITÀ SVOLTA AI SENSI DELLA L.425/96

Ilaria Barbato - ASL AT, Farmacia Territoriale, Dirigente Farmacista
Paola Mero - ASL AT, Farmacia Territoriale, Dirigente Farmacista
Daniela Piccioni - ASL AT, Farmacia Territoriale, Dirigente Farmacista
Roberta Bona - Università degli Studi di Torino, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Valentina Colombardo - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Maria Conson - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Giulia Marengo - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Mario Nocera - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Silvana Martinetti - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Direttore

Introduzione. La Legge 425/96 prevede che le Aziende Sanitarie Locali (ASL) curino l'informazione e l'aggiornamento del medico prescrittore ed il controllo sulla prescrizione dei medicinali rimborsabili a carico del Servizio sanitario nazionale, in conformità alle condizioni e alle limitazioni previste dai provvedimenti dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). La Farmacia Territoriale, come previsto dal protocollo operativo dell'ASL AT, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 9 del 3/03/2006, espleta l'attività istruttoria, in qualità di organo tecnico della Commissione per l'appropriatezza prescrittiva, divulga aggiornamenti su farmaci, prescrivibilità, studi clinici e effetti avversi, tiene incontri periodici con i prescrittori per discutere le problematiche relative alle cure farmacologiche. Obbiettivo del lavoro è stato ricercare un metodo per comunicare le irregolarità sulle prescrizioni, che coinvolgesse maggiormente il medico.

Materiali e metodi. Nel 2011 le ricette risultate non conformi, suddivise per Medico prescrittore e relativo Distretto di appartenenza, erano state inviate tramite una lettera raccomandata ai medici prescrittori per la richiesta di controdeduzioni. Dal 2012 invece si è deciso di comunicare le prescrizioni non conformi attraverso telefonate individuali nelle quali è stata spiegata personalmente la problematica evidenziata. Sono stati eseguiti mensilmente i seguenti controlli sulle prescrizioni della farmaceutica convenzionata e della distribuzione per conto: Nota AIFA errata o assente, codice di esenzione per patologia e per invalidità, assenza di codice fiscale o dati dell'assistito, ricette i cui dati dell'assistito risultano illeggibili e quanto previsto dalle Circolari Regionali n. 7080/29.2 del 04/04/2001 e n. 2644/DB2000 del 30/01/2012. Queste prescrizioni sono state discusse nell'ambito della Commissione Farmaceutica Aziendale. Sono state eseguite, inoltre, indagini mirate a valutare il rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate, la prescrizione a pazienti deceduti e il controllo sulle prescrizioni per le quali è prevista la presenza di Piano terapeutico.

Risultati. Nel 2011 le prescrizioni risultate non conformi sono state 3138 mentre nel 2012 sono risultate 2522 con una diminuzione del 19,63%. Vi è stata una significativa riduzione delle prescrizioni per le quali non risultava attivato il piano terapeutico, da 2070 nel 2011 a 1247 nel 2012, percentualmente il 66% nel 2011 verso il 49% nel 2012.

Conclusioni. Il sistema di counseling telefonico è risultato efficace in quanto si è ottenuta una diminuzione delle ricette non conformi annuali e una minore conflittualità con i medici di medicina generale, a conferma del fatto che il coinvolgimento e la discussione, anche quando si tratta di contestazioni sulla prescrivibilità, può essere utile a diminuire il "gap" tra "controllato" e "controllore".

RECUPERO DI FARMACI INUTILIZZATI: UN PROGETTO PER RIDURRE GLI SPRECHI IN SANITÀ

Ilaria Barbato - ASL AT, Farmacia Territoriale, Dirigente Farmacista
Paola Mero - ASL AT, Farmacia Territoriale, Dirigente Farmacista
Daniela Piccioni - ASL AT, Farmacia Territoriale, Dirigente Farmacista
Roberta Bona - Università degli Studi di Torino, Scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Farmacista Borsista
Valentina Colombardo - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Maria Conson - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Giulia Marengo - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Mario Nocera - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Consulente
Silvana Martinetti - ASL AT, Farmacia Territoriale, Farmacista Direttore

Introduzione. La Legge Finanziaria del 2008 ha sancito per la prima volta l'opportunità di riutilizzare confezioni integre di medicinali rese da pazienti deceduti o che hanno interrottto la terapia. Obiettivo primario è quello di contribuire, anche se in piccola misura, al contenimento della spesa farmaceutica attraverso la redistribuzione di confezioni di farmaci inutilizzate ma in corso di validità, attraverso una gestione sistematizzata, in modo da tutelare la sicurezza del consumatore finale. Obiettivo secondario è quello di sensibilizzare i Medici di Medicina Generale (MMG) sull'importanza di recuperare risorse.

Materiali e metodi. Il progetto prevede l'acquisizione di farmaci di fascia A e di fascia C, in confezioni integre, tramite una procedura informatica dedicata. Sono escluse le confezioni aperte, i farmaci ospedalieri, i farmaci che necessitano di essere conservati a temperatura controllata ed i farmaci con obbligo di carico/scarico su registro stupefacenti. Il servizio è stato strutturato con 2 punti di raccolta: la S.O.C. Farmacia Territoriale di Asti e la Casa della Salute di Nizza Monf.to. A Febbraio 2013 è stata condivisa l'iniziativa con i referenti di equipe ed in seguito è stata comunicata a tutti i MMG. Le confezioni raccolte vengono controllate da un farmacista e, se rispondono ai criteri di vendibilità stabiliti dalla normativa vigente, vengono inserite in un database e conservate in armadio chiuso a chiave, in attesa di essere redistribuite.

Risultati. Il progetto è partito in via sperimentale il 1/04/2013 ed in via definitiva dal 1/06/2013. Durante i 2 mesi di sperimentazione sono state acquisite 550 confezioni rese, per un importo di 15.415,88€, e sono state ridistribuite 341 confezioni, pari a 9.535,81€ (circa 60%); 11 confezioni sono scadute senza poter essere riutilizzate (431,68€). I farmaci sono stati redistribuiti attraverso MMG, Strutture Residenziali (RSA), carcere e assistenza domiciliare. Il progetto è stato accolto favorevolmete da tutti i MMG dell'ASL, che stanno partecipando attivamente sia alla fase di

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

reso sia alla fase di redistribuzione ai loro assistiti: circa un terzo delle confezioni sono state redistribuite grazie al loro interessamento.

Conclusioni. Nell'ambito della "spending-review" è prioritario l'obiettivo di abbattimento degli sprechi in sanità. Questo lavoro si inserisce in tale scenario, come tentativo concreto di riutilizzare le risorse disponibili tutelando la salute del cittadino.

PIANIFICAZIONE DEI BISOGNI E CENTRALIZZAZIONI DEGLI ACQUISTI: IL TERRITORIO

Francesca Vittoria Rizzi - ASL BAT, SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Giulia Caiati - ASLBAT, SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA FARMACOVIGILANZA
Claudia Crapolicchio - ASL BAT, SERVIZIOFARMACEUTICO, FARMACISTA FARMACOVIGILANZA
Giuseppe Lella - ASL BAT, SERVIZIOFARMACEUTICO, FARMACISTA FARMACOVIGILANZA
Lucia Nicola Visaggio - ASL BAT, SERVIZIOFARMACEUTICO, FARMACISTA FARMACOVIGILANZA
Domenica Ancona - ASL BAT, SERVIZIO FARMACEUTICO, DIRETTORE

Introduzione. Obiettivo di intervento nella pianificazione dei bisogni è la Logistica Farmaceutica che ha il compito di trasformare un disvalore quale la movimentazione e lo stazionamento di un farmaco,in un valore quale l'ottimizzazione dei beni sanitari e il contenimento della spesa.

Materiali e metodi. L'Area Farmaceutica della ASL BT, ha riorganizzato l'assistenza farmaceutica territoriale in diversi momenti. Dopo l'assunzione di farmacisti da dedicare alla distribuzione territoriale,si è sperimentato un modello di Logistica centralizzata con l'allestimento di un magazzino centrale presso la sede dell'Area.Nel 2^semestre 2012 si sono centralizzati gli acquisti per i farmaci ad alto impatto economico ritirati dalle farmacie territoriali per la distribuzione diretta avendo come obiettivo la pianificazione delle scorte,la riduzione dei costi di gestione e l'ottimizzazione delle risorse umane ed economiche. Si è previsto il fabbisogno in base ai dati storici di consumo,alle richieste, alle giacenze. E' stato interrogato il Data Base aziendale OLIAMM individuando i farmaci che,nel 1^semestre 2012 hanno registrato un utilizzo comune per le Farmacie Distrettuali e un frequente numero di movimenti di carico/ordini. E' stato calcolato il fabbisogno mensile per farmacia e redatto un elenco di 11 specialità nei vari dosaggi somministrato alle farmacie distrettuali e al personale amministrativo. I farmaci dell'elenco sono stati caricati,stoccati e invitati i farmacisti distrettuali a richiederli mensilmente al magazzino centralizzato.

Risultati. Il risultato è stato positivo come numero di ordini e di risorse economiche. Confrontando il numero di ordini nel 2^semestre 2012 con quelli dello stesso periodo del 2011, nel 2012 sono inferiori a quelli del 2011 di un valore percentuale pari al 13,36 % che corrisponde a 253 ordini in meno. Valorizzando il numero di ordini emessi e confrontando l'acquistato nel 2^ semestre 2012 con l'acquistato nello stesso periodo dell'anno precedente si evince che dal punto di vista economico la centralizzazione ha dato risultati positivi. Nel 2012 la spesa è stata di Euro 1.064.351,81 mentre nel stesso 2011 è stata di Euro 1.867.447,25 registrando un decremento del – 43% pari a Euro 803.095,44.

Conclusioni. L'allestimento del magazzino centralizzato ha migliorato lo stoccaggio e la gestione dei farmaci rendendo possibile la distribuzione anche di quantitativi ridotti. Il sistema presenta dei problemi dovuti alla inadeguatezza del locale disponibile e alla mancanza di allestimenti idonei a garantire la logistica farmaceutica. I miglioramenti attesi sono:riduzione del numero di fornitori,mandati di pagamento, operazioni di ricevimento,liberazione di risorse umane e riqualificazione delle professionalità,miglioramento della qualità del servizio offerta al cittadino in termini di efficacia e appropriatezza.

L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO FARMACEUTICO IN UN PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE. IL MODELLO DELLA AUSL8 DI AREZZO

Alessandra Roghi - A.U.S.L.8 Arezzo, S.C. Farmaceutica Territoriale, Farmacista
Rosella D'avella - A.U.S.L.8 Arezzo, S.C. Farmaceutica Territoriale, Farmacista
Maria Pia Pagliuca - A.U.S.L.8 Arezzo, S.C. Farmaceutica Territoriale, Farmacista
Marcella Tricca - A.U.S.L.8 Arezzo, S.C. Farmaceutica Territoriale, Farmacista
Tiziana Comanducci - A.U.S.L.8 Arezzo, S.C. Farmaceutica Territoriale, Farmacista
Paolo Zaccagnini - A.U.S.L.8 Arezzo, S.C. Farmaceutica Territoriale, Farmacista

Introduzione. In Italia da un decennio l'assistenza primaria è oggetto di studio, recentemente con il DL n. 158/2012 si è posto le basi per una riforma strutturale, accompagnata da un processo di responsabilizzazione (accountability) del MMG. Gli obiettivi contenuti prevedono l'introduzione delle aggregazioni funzionali tra MMG (AFT) e la costituzione di Unità Complesse di Cure primarie (UCCP). Il riordino delle cure primarie, come previsto dall'Accordo Integrativo della Regione Toscana, si otterrà senza aumenti di spesa, ma con razionalizzazioni soprattutto nel campo farmaceutico, da qui l'idea che un cambiamento così importante non possa non coinvolgere l'assetto del Servizio Farmaceutico Territoriale, anello di congiunzione tra direttive Aziendali e MG.

Materiali e metodi. Nella Ausl8 è stato stipulato un Accordo Pluriennale con la MG (Delibera 527/2010) volto ad implementare la gestione delle patologie croniche e l'uso appropriato delle risorse. In quest'ottica la Farmaceutica Territoriale dal 2010 ha collaborato con l'Azienda al fine di individuare le criticità prescrittive, definire le metodiche di risoluzione e garantire gli strumenti per realizzarle. Per il 2013 il Servizio Farmaceutico è stato partecipe di tutti i processi di "governance della spesa farmaceutica". Dalla definizione degli obiettivi economici personalizzati per Zona Distretto, AFT e singolo medico, alla condivisione con i Coordinatori di AFT (incontri/riunioni), al monitoraggio degli Indicatori tramite reportistica, alla partecipazione a Corsi di formazione, all'attività di informazione sistematica.

Risultati. Dal 2010 il Servizio Farmaceutico dell'Ausl8 ha subito un cambiamento in relazione alla dinamica evoluzione delle Cure Primarie, reinventandosi in una strategia di collaborazione. Questo ha avuto effetti positivi sull'andamento degli Indicatori di appropriatezza prescrittiva e sulla spesa farmaceutica. Si è registrata una riduzione % di spesa pro capite lorda passando dal 1° semestre 2010 all'ultimo 2012 pari a -21 % . Dai dati di spesa farmaceutica 2012 vs 2011, si nota una riduzione notevole in termini lordi (-8.2 %) e in termini netti (-12 %). Ciò si è tradotto in un risparmio sulla spesa netta di 6.5 mln, dovuto in parte

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

all'introduzione dei Ticket/ricetta (1 mln) e all'aumento della scontistica (795.907€) e il restante dovuto ad una prescrizione "off-patent oriented" (4.913.000€). L'Ausl8 dal 2009 al 2012 ha incrementato l'utilizzo di farmaci con brevetto scaduto.(dal 54.2% del 2009 al 68.5% del 2012)

Conclusioni. La riorganizzazione delle cure primarie, che nell'AUSL8 è iniziata dal 2012, con la costituzione delle Case della Salute e delle AFT, ha valorizzato il ruolo del Servizio Farmaceutico capace di coniugare tra loro due aspetti dell'assistenza farmaceutica: appropriatezza e sostenibilità economica.

IL FARMACISTA TERRITORIALE NEL PERCORSO DI FARMACOVIGILANZA ATTIVA AIFA PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICOTICI IN DEMENZA PRESSO ASL "VC"

Mario Caiano - ASL VC, Dipartimento del Territorio, Farmacista incaricato
Alessia Pisterna - ASL VC, Dipartimento del Territorio, Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale

Introduzione. L'abolizione del vincolo normativo che subordinava la prescrizione di antipsicotici atipici a diagnosi/stesura piano terapeutico (PT) da parte dei Centri di Riferimento Regionali (CRR), non ha modificato quanto previsto dal progetto di Farmacovigilanza attiva AIFA (PFVA) per il trattamento dei pazienti con disturbi psicotici/comportamentali associati a demenza, che stabilisce, tra l'altro: prescrizione di antipsicotici da parte dei CRR (in Regione Piemonte: U.V.A.); dispensazione in distribuzione diretta di ASL/AO. Presso ASL "VC" sono stati valutati i dati prescrittivi dei medici di medicina generale (MMG), in difformità rispetto al PFVA, per intervenire con revisioni del percorso, finalizzate al miglioramento dell'assistenza territoriale.

Materiali e metodi. Dal tracciato File F aziendale sono stati selezionati i pazienti in carico all'ASL con almeno 1 dispensazione di farmaci traccianti di patologia (ATC: N06D) nell'anno 2012 [coorte di pazienti affetti da Alzheimer (MA)]. Tra questi, sono stati selezionati quelli con almeno 1 dispensazione di farmaci antipsicotici, per ciascuno dei quali è stato calcolato: n° totale di dispensazioni, n° dispensazioni in distribuzione diretta (DD), n° dispensazioni in distribuzione per conto (DPC: modalità prevista per gli antipsicotici utilizzati on-label). I pazienti sono stati considerati "anomali" rispetto al percorso PFVA in caso di n° di dispensazioni DPC > n° di dispensazioni DD ed è stata calcolata la percentuale di pazienti anomali sul totale di pazienti con almeno una dispensazione di antipsicotici.

Risultati. 635 pazienti sono stati individuati come pazienti MA. 118 hanno ricevuto almeno 1 dispensazione di antipsicotici, per 65 dei quali la prescrizione del MMG ha rappresentato oltre il 50% delle ricette. Complessivamente è stato stimato che al 55,1% dei pazienti affetti da MA che assume antipsicotici, sono dispensati farmaci secondo un percorso in difformità con quanto previsto dal progetto PFVA.

Conclusioni. L'analisi di dati gestionali ha evidenziato anomalie nel percorso del paziente MA con disturbi psicotici. Il ruolo del farmacista territoriale deve tendere verso modelli di appropriatezza, rivolti alla popolazione anziana, con pluri-patologie croniche, che sempre più spesso necessita di un raccordo ospedale-territorio. Il nuovo assetto organizzativo di ASL "VC" che colloca la Farmaceutica Territoriale nel Dipartimento Territoriale, in staff ai Distretti, prevede un'azione sinergica e multiprofessionale con gli altri sanitari, finalizzata al monitoraggio delle terapie che impattano sul territorio in termini di costi (farmaci cardiovascolari), ma soprattutto di sicurezza, che, nello specifico caso, vedrà uno stretto collegamento tra specialista e MMG a garanzia di un corretto uso del farmaco, anche rispetto alla recente normativa che svincola la prescrizione dal PT.

APPROFONDIMENTI SULLE POLITICHE FARMACEUTICHE REGIONALI

Anna Chiara Bernardini - Tor Vergata, CEIS, Assegnista di ricerca
Federico Spandonaro - Tor Vergata, CEIS, Ricercatore
Valentina Lista - Tor Vergata, CEIS, Assegnista di ricerca

Introduzione. Il CEIS (Università di Roma Tor Vergata) ha realizzato nel 2012 una ricerca dal titolo "Analisi delle politiche farmaceutiche regionali" con l'obiettivo di analizzare le politiche farmaceutiche a livello regionale, onde comprenderne lo stato di attuazione, gli obiettivi perseguiti, le criticità incontrate, il livello di accountability e le prospettive future. L'interesse suscitato dalla ricerca ha suggerito l'opportunità di un'estensione dello studio. A tal fine è stato realizzato un Focus group, a cui hanno preso parte alcuni Responsabili SIFO e responsabili delle politiche del farmaco regionali, il gruppo di ricerca del CEIS, con l'obiettivo di definire quali tematiche emerse nel corso della prima fase del progetto approfondire. Dopo una approfondita analisi sono state individuate le seguenti tematiche: 1) Appropriatezza; 2) Efficienza della gare centralizzate; 3) Collaborazione nei processi decisionali; 4) Sperimentazioni cliniche.

Materiali e metodi. Il protocollo di ricerca adottato ha previsto il coinvolgimento dei principali attori delle politiche farmaceutiche regionali. Le domande, elaborate dai ricercatori del CEIS, d'intesa con i membri del Focus group, sono state sottoposte agli interlocutori selezionati sotto forma di questionario on line per i Responsabili SIFO ed responsabili delle politiche del farmaco, si è optato per l'intervista diretta o telefonica per i DG/DS/DA di ASL e AO e per gli Assessori.

Risultati. Dall'analisi dei quesiti emerge come il concetto di appropriatezza non trovi ancora uniformità nella definizione ma che venga indubbiamente considerato strategico e prioritario; prevale la ricerca di economicità, che pone l'appropriatezza tra le politiche necessarie per il contenimento della spesa. Sul versante della collaborazione tra gli stakeholder la generale diffidenza è percepita come normale espressione di interessi originariamente contrastanti. Le gare di bacino assumono indubbiamente un peso strategico rilevante, ma mentre in una parte del Paese vengono generalmente riconosciuti i risultati in termini di risparmio e di riduzione dei prezzi, nel Sud prevale un certo pessimismo sugli effetti pratici e si evidenziano problematicità rilevanti. La sperimentazione viene vista come marginale alle altre politiche e quindi come alternativa residua a causa della scarsità di risorse e della conseguente incapacità di sostenere costi elevati. Anche in questo caso si adombra una presa di distanza del settore pubblico dalle sperimentazioni private, di cui non si percepisce neppure la potenzialità in termini di acquisizione di risorse aggiuntive.

Conclusioni. La percezione delle differenti priorità, minacce ed opportunità a livello regionale in tema di politiche farmaceutiche non è esclusivamente legata al contesto

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

politico, ma anche al ruolo ricoperto dagli stakeholders coinvolti.

LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD) NEL DISTRETTO 55 DI ERCOLANO (NA)

Maurizio Capuozzo - ASL Napoli 3 Sud, Farmaceutico, Dirigente Farmacista
Corinne Scognamiglio - ASL Napoli 3 Sud, Farmaceutico,
Emilia Palumbo - ASL Napoli 3 Sud, Farmaceutico,
Alessandro Ottaiano - Istituto Nazionale Tumori di Napoli "G. Pascale", Oncologia Medica B, Dirigente Medico
Claudia Cinque - ASL Napoli 1 Centro, , Farmacista
Roberta Marra - ASL Napoli 1 Centro, , Dirigente Farmacista
Eduardo Nava - ASL Napoli 3 Sud, Farmaceutico, Direttore di Dipartimento
Stefania Cascone - ASL Napoli 3 Sud, Farmaceutico, Responsabile U.O.S. Area Farmaceutica Nord

Introduzione. La NAD rappresenta uno strumento terapeutico insostituibile per realizzare uno degli obiettivi primari del SSN come la riduzione di medio/lunghe degenze ospedaliere. Con delibera 90/2008, la ASL Napoli3Sud attua un regolamento per assistere i pazienti individuando un team multidisciplinare formato da più figure professionali (nutrizionista, medici, infermieri, farmacisti) in grado di incrementare il valore delle cure disponibili per migliorare la qualità dell'Assistenza Domiciliare (AD). L'obiettivo è stato quello di valutare l'anno 2012 per appropriatezza prescrittiva, qualità del servizio offerto e razionalizzazione della spesa.

Materiali e metodi. Dal 01/01/2012 è stato attivato, presso la Farmacia Distrettuale di Ercolano(NA), un registro informatizzato in cui vengono inseriti i Piani Terapeutici (PT) dei pazienti in AD con il dettaglio delle erogazioni fatte (quantità e relativa spesa). I pazienti sono stati suddivisi per via di accesso nutrizionale (parenterale NP, enterale NE). Per valutare la qualità del servizio offerto sono stati individuati 3 endpoint (con brevi interviste ai familiari dei pazienti): numero di ospedalizzazioni superiori ai 5 giorni nei sei mesi prima e dopo la presa in carico in AD, numero di PT rivalutati nei primi 15 giorni di AD, numero di decessi a casa vs ospedale.

Risultati. Sono risultati 213 pazienti in AD nel 2012 di cui 110(51,6%) hanno ricevuto supporto nutrizionale. Dei 110 pazienti, 98(89%) hanno ricevuto NE e 12(11%) NP. Endpoint: nei 6 mesi prima dell'AD, il 35% dei pazienti ha ricevuto 3 ricoveri superiori ai 5 giorni, il 43% solo 2 ricoveri ed il 22% una sola ospedalizzazione, nei 6 mesi successivi all'AD invece, il 6% dei pazienti totali hanno ricevuto 2 ospedalizzazioni, il 22% una sola ospedalizzazione mentre ben il 72% dei pazienti nessuna ospedalizzazione; il 41% dei PT è stato rivalutato nei primi 15 giorni di AD; dei 37 pazienti deceduti, 32(86,5%) sono risultati deceduti al proprio domicilio. La spesa totale per la NA è risultata di circa €300.000 di cui €248.000(83%) per NE ed €52.000(17%) per NP.

Conclusioni. Il dato probabilmente da migliorare riguarda il numero di PT (41%) rivalutati che potrebbe stimolare il team ad una più attenta valutazione iniziale del paziente. Il frazionamento mensile delle erogazioni e la realizzazione del registro informatizzato hanno consentito una considerevole riduzione delle scorte di magazzino ed un azzeramento degli scaduti. Il ventaglio di patologie che traggono beneficio dalla NA si è ampliato, pertanto risulta prioritario il raggiungimento degli obiettivi nutrizionali per ridurre i tempi di degenza ed assicurare interventi efficaci con un minore impegno di risorse.

MONITORAGGIO E VERIFICA DELLE PRESCRIZIONI DEI FARMACI ANTIPSICOTICI IN DISTRIBUZIONE DIRETTA PRESSO IL SERVIZIO FARMACEUTICO DEL P.O. DI CASTELVETRANO

Irene Bongiorno - ASP di Trapani, U.O.S. Farmacia, P.O. "Vittorio Emanuele II" di Castelvetrano, Dirigente Farmacista
Fabrizio Barone - ASP di Trapani, U.O.S. Farmacia, P.O. "Vittorio Emanuele II" di Castelvetrano, Dirigente Farmacista
Antonio Palazzotto - ASP di Trapani, U.O.S. Farmacia, P.O. "Vittorio Emanuele II" di Castelvetrano, Responsabile Dirigente Farmacista

Introduzione. Gli antipsicotici "atipici", farmaci usati per il trattamento della schizofrenia, negli ultimi anni hanno registrato un forte aumento del loro consumo. Pertanto è stata definita una semplice procedura operativa interna alla Farmacia con lo scopo di effettuare un costante monitoraggio delle prescrizioni di tali farmaci in distribuzione diretta per regolarizzarne l'approvvigionamento, salvaguardare la salute del paziente e controllare la spesa farmaceutica.

Materiali e metodi. Per ciascun paziente che affluisce presso la Farmacia del P.O. "Vittorio Emanuele II" di Castelvetrano (ASP di Trapani) ed in terapia con i farmaci antipsicotici "atipici", quali aripiprazolo, asenapina, olanzapina, paliperidone, quetiapina, risperidone, ziprasidone, è stata elaborata una "scheda paziente" contenente i seguenti dati: data di compilazione del piano terapeutico, farmaco somministrato, posologia, durata del trattamento, numero di confezioni erogate, data di dispensazione. E' stato quindi creato un database aggiornato per ciascun soggetto in trattamento.

Risultati. In due anni (Aprile 2011-Aprile 2013) sono state inserite nel database 698 "schede" che ha permesso di: - individuare le sovrapposizioni temporali delle prescrizioni degli antipsicotici "atipici" e, quindi, controllare se il paziente sta inutilmente anticipando il prelievo del farmaco; - verificare l'eventuale cambio di terapia e/o di dosaggio richiedendo in tal caso la restituzione delle confezioni non utilizzate per evitare pericolose scorte di farmaci a domicilio dell'utente e, nel contempo, recuperare risorse utili alla stessa assistenza farmaceutica in favore di altri pazienti;-rilevare errori della prescrizione del principio attivo e/o dosaggio grazie alla registrazione e all' aggiornamento della terapia per ciascun paziente;-verificare l'appropriatezza prescrittiva;-controllare la compliance;-rilevare interazioni gravi tra farmaci.

Conclusioni. La procedura operativa si è rivelata un valido strumento per verificare le prescrizioni degli antipsicotici e per instaurare un rapporto proficuo di collaborazione medico-farmacista, nell'ottica della professionalità di farmacista di dipartimento. Essa ha inoltre permesso di elevare il livello di qualità assistenziale ponendo il paziente al centro del sistema e riqualificando il momento professionale del farmacista come figura strategica ed interattiva.

DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI ANTIRETROVIRALI PRESSO L'AUSL DI PIACENZA ED IL POLICLINICO GEMELLI DI ROMA: DUE ESPERIENZE A CONFRONTO

Andrea D'alessio - Policlinico Universitario Agostino Gemelli - UCSC - Roma, Servizio Farmacia Interna, Farmacista

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

Sara Ferrari - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Antonella De Masi - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Elena Jacoboni - P.O. Santa Maria Goretti - ASL Latina, Farmacia, Farmacista
Rita Fraschetti - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Alessio De Luca - Policlinico Universitario Agostino Gemelli - UCSC - Roma, Servizio Farmacia Interna, Farmacista
Andrea Bosi - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Lucio Di Castri - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Elisabetta Manca - Università degli Studi "La Sapienza" - Roma, S.S. Farmacia Ospedaliera, Farmacista specializzando
Marcello Groppi - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Valentina Della Sala - Università degli Studi "La Sapienza" - Roma, S.S. Farmacia Ospedaliera, Farmacista specializzando
Marilena Fusconi - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Thérèse Gregori - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Alessandra Melfa - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Chiara Seccaspina - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Cinzia Barbieri - Azienda AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Farmacista
Simonetta Radici - Azienda - AUSL - Piacenza, Servizio Farmaceutico Territoriale, Direttore
Laura Fabrizio - Policlinico Universitario A.Gemelli - UCSC -Roma, Servizio Farmacia Interna, Direttora

Introduzione. Complessità e multidisciplinarietà dell'assistenza ai pazienti cronici richiedono la formazione di team professionali multi specialistici contro l'intervento delle singole professionalità. Per accordi tra clinici e farmacisti, presso l'AUSL di Piacenza (gennaio 2013) ed il Policlinico A.Gemelli di Roma (settembre 2010) i farmaci antiretrovirali vengono gestiti dai farmacisti. Precedentemente in ambedue le Aziende erano affidati alle UO di Malattie Infettive. L'obiettivo è confrontare le due gestioni, rilevandone analogie e differenze.

Materiali e metodi. Presso l'AUSL di Piacenza per rispettare la privacy e mantenere le abitudini dei pazienti, l'erogazione avviene presso il DH di malattie Infettive. Il fabbisogno dispensato è mensile. Per evitare sprechi, settimanalmente la Farmacia invia con la fornitura degli antiretrovirali, fogli nominali riportanti le confezioni da erogare. Il farmacista si reca in DH per verificare le giacenze, le terapie non dispensate ed i fogli nominali firmati, attestanti l'avvenuta consegna. Al Policlinico Gemelli i pazienti si recano in farmacia con la prescrizione. Il farmacista dispensa la terapia per 30 giorni(naive o switch) o 60 giorni(terapie consolidate) e contestualmente un amministrativo procede alla rendicontazione farmaEd. Viene effettuato consueling al paziente per verificare eventuali errori terapeutici e/o comparsa di eventi avversi. Mediante un data-base informatico, vengono monitorate le unità posologiche erogate.

Risultati. L'erogazione dei corretti quantitativi terapeutici(30 e 60 giorni) consente di razionalizzare gli ordini di acquisto, elaborandoli mediante l'analisi dei consumi pregressi per garantire il fabbisogno terapeutico a tutti i pazienti. L'ottimizzazione delle giacenze evita anticipazioni d'impegno economico per le Aziende, riducendone la spesa. La compliance è monitorata con la registrazione delle terapie dispensate, da una parte, e dall'altra con l'ausilio del data-base che favorisce anche l'incremento del monitoraggio degli eventi avversi e degli errori di terapia. Al Gemelli la centralizzazione inoltre ha ridotto l'afflusso di pazienti presso l'Ambulatorio dove si recavano per il solo ritiro dei farmaci. E' stato raggiunto anche l'obiettivo della verifica dell'aderenza alle Linee Guida del Luglio 2012 del Ministero della Salute, sull'appropriatezza prescrittiva delle terapie grazie all'analisi delle schede terapeutiche.

Conclusioni. Le due esperienze di distribuzione diretta dei farmaci antiretrovirali sono valide grazie al farmacista che nel processo evolutivo della propria figura professionale si sta sempre più affermando come cardine nell'assistenza dei pazienti cronici per affrontare efficacemente le complesse problematiche legate al bene farmaceutico ed alle terapie ad esso correlate.

EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE (EBPM) E FONDAPARINUX (FPX): PERCORSO PER L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELLA ASL LE

Francesca Maria Baldari - ASL LECCE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO,
Simona Monte - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA PROGETTO FARMACOVIGILANZA
Emanuela Rossetti - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO,
Daniela Guida - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA PROGETTO FARMACOVIGILANZA
Maria Teresa Pastore, Pasqua Pastore, Paola Civino - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Paola Stasi - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Anna Sozzo - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Caterina Montinari - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, DIRETTORE AREA FARMACEUTICA

Introduzione. Considerati i valori di spesa registrati nella ASL LE, viste le direttive della Regione Puglia (DD.GG.RR. 309/2010 e 1203/2010), si è reso necessario attuare delle iniziative finalizzate all'appropriata prescrizione di EBPM e FPX nella prevenzione e nel trattamento del tromboembolismo venoso (TEV) ed alla riduzione della spesa farmaceutica.

Materiali e metodi. Nel 2012, per promuovere l'appropriatezza prescrittiva dI EBPM e FPX, sono state intraprese le seguenti azioni: 1) l'Area Farmaceutica, in collaborazione con le Direzioni Mediche di Distretto e l'Ufficio Formazione, ha organizzato un corso ECM itinerante, rivolto ai MM.MM.GG., Specialisti e Farmacisti "L'uso delle EBPM nella prevenzione del tromboembolismo venoso", con la finalità di individuare tutte le condizioni cliniche in cui l'uso di EBPM e FPX rappresenta un'evidente inappropriatezza, perchè non previsto né dalla scheda tecnica né dalle Linee guida delle società scientifiche; 2) é stato istituito un gruppo di lavoro aziendale (Specialisti Ospedalieri, MM.MM.GG., Farmacisti), che ha elaborato un Vademecum, in accordo con le direttive Regionali e con le più recenti evidenze scientifiche (L.G. CHEST 2012), quale strumento utile per tutti gli operatori sanitari della ASL LE nella pratica clinica, per la prevenzione di eventuali prescrizioni inappropriate.

Risultati. Considerato che la prescrizione di EBPM e FPX origina spesso in ospedale, il corso itinerante ha sensibilizzato MM.MM.GG. e specialisti sull'appropriatezza

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

prescrittiva e sulla rimborsabilità a carico del S.S.N. Il Vademecum, che ha recentemente ottenuto la validazione della Commissione Appropriatezza Prescrittiva Regionale, è stato inviato a tutti gli operatori sanitari della ASL. Tale documento è costituto da 3 sezioni principali: le prime 2 sintetizzano le indicazioni terapeutiche registrate nelle schede tecniche di EBPM e FPX nella profilassi e nel trattamento del TEV, evidenziando le condizioni cliniche per cui tali farmaci sono erogabili a carico del SSN; la terza si riferisce, invece, ai casi in cui il loro utilizzo risulta totalmente inappropriato. Al Vademecum sono allegate: la procedura aziendale per la prescrizione off-label, le modalità e le schede per la segnalazione di reazioni avverse e le Schede livello di rischio TEV nei pazienti ospedalizzati.

Conclusioni. I risultati attesi, che saranno oggetto di verifica in un prossimo futuro, sono l'abbattimento delle prescrizioni inappropriate, e la riduzione della spesa farmaceutica che da esse si origina. Il risultato conseguito grazie alla redazione e divulgazione del vademecum è stato l'avvio del dialogo tra il personale sanitario, ospedaliero e territoriale e l'orientamento verso obiettivi comuni, quali buon uso del farmaco e rispetto dei differenti ruoli e responsabilità.

REPORTS ATTIVITÀ PRESCRITTIVA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE QUALE STRUMENTO DI MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Maria Teresa Pastore
Daniela Guida - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA PROGETTO FARMACOVIGILANZA
Anna Sozzo - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Francesca Maria Baldari - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO,
Simona Monte - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA PROGETTO FARMACOVIGILANZA
Pasqua Pastore
Emanuela Rossetti - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO,
Paola Civino - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Paola Stasi - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Caterina Montinari - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, DIRETTORE AREA FARMACEUTICA

Introduzione. Il Piano di rientro 2010-2012 della Regione Puglia ha previsto una serie di interventi finalizzati alla razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei consumi dei farmaci da parte dei cittadini. Tra gli obiettivi individuati dai Documenti di Indirizzo Economico Funzionale regionali, negli ultimi anni, particolare rilevanza viene data al monitoraggio della spesa farmaceutica rispetto al budget, con l'obbligo per i MM.MM.GG. di giustificare una eventuale maggiore spesa in relazione alle necessità terapeutiche della popolazione assistita e di prevedere azioni di censura, come stabilito dall'accordo collettivo nazionale della medicina generale, in caso di spesa inappropriata e/o ingiustificata. In attesa dell'attivazione della funzionalità delle schede medico con il Sistema Regionale Edotto, si è perseguito l'obiettivo di reperire dei reports, che fossero di chiara ed immediata interpretazione sull'attività prescrittiva di ogni singolo medico, da trasmettere ai Distretti per le successive valutazioni ed i conseguenti adempimenti.

Materiali e metodi. Accedendo all'area riservata dal Portale Progetto Tessera Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), si sono utilizzate le funzionalità del Cruscotto Integrato per elaborare i dati di spesa farmaceutica/medico del I semestre 2012.

Risultati. E' stato possibile ottenere 2 tipologie di schede medico. La prima, più dettagliata, analizza indicatori di spesa e consumo quali spesa lorda e DDD per 1000 assistiti pesati/die, DDD equivalenti, costo medio DDD per i vari livelli ATC e per i primi 10 principi attivi di ogni ATC di I livello. Gli indicatori suddetti sono confrontati con i dati relativi allo stesso periodo dell'anno precedente e con la media regionale, evidenziando gli scostamenti % positivi rispetto alla Regione. La seconda tipologia di scheda è una versione sintetica, in sperimentazione, ed analizza i medesimi indicatori solo per il I livello di ATC e per alcuni raggruppamenti di particolare rilevanza, confrontandoli con quelli dello stesso periodo dell'anno precedente e con quelli ASL, sempre segnalando gli scostamenti % positivi rispetto ai valori Aziendali.

Conclusioni. L'estrazione delle schede MEF ha permesso di trasmettere non solo dati più dettagliati, aggiornati tempestivamente, sottoforma di file pdf, con la riduzione del consumo di carta ed il miglioramento della comunicazione, ma anche grafici degli indicatori di spesa e consumo, facilmente interpretabili. Tali reports, inoltre, rappresentano uno strumento più versatile in quanto consentono la scelta del periodo di elaborazione e la possibilità di analisi mirate.

IL PAZIENTE EMOFILICO E LA GESTIONE DEL FARMACO

Grazia Mazzone - SSFO Università degli studi di Bari, Area Farmaceutca Territoriale, Specializzanda
Angelica Sgarangella - SSFO Università degli Studi di Bari, Area Farmaceutica Territoriale, Specializzanda
Teresa Azzolini - SSFO Università degli studi di Bari, Area Farmaceutica Territoriale, Specializzanda
Valentina Lucia Mucciaccia - SSFO Università degli studi di Bari, Area Farmaceutica Territoriale, Specializzanda
Stefania Antonacci - ASL BARI, Area Farmaceutica Territoriale, Dirigente Farmacista
Angela Chielli - ASL BARI, Area Farmaceutica Territoriale, Direttore di Farmacia

Introduzione. L'emofilia è una coagulopatia ereditaria a carattere recessivo legata ad una mutazione del cromosoma X di cui, secondo il difetto della coagulazione, si distinguono la forma A (deficienza del fattore VIII) e la forma B (deficienza del fattore IX). Il trattamento del paziente emofilico si attua con l'infusione del fattore carente. I farmaci utilizzati per queste patologie, rappresentano la categoria a più alto costo attualmente in commercio. Per poter meglio monitorare scelte e appropriatezze d'uso e permettere una corretta dispensazione, la Regione Puglia con DGR 1235/2010 ha ratificato l'accordo Regione-Federfarma sulla distribuzione di questi farmaci. A partire dal 01/07/2010 gli stessi sarebbero stati dispensati direttamente dalle Farmacie dei Servizi Farmaceutici Territoriali delle ASL. Con questo Studio si è voluta verificare la qualità della Rete "percepita" dai pazienti, sia come presa in carico da parte dei Clinici che nella gestione della dispensazione del Farmaco.

Materiali e metodi. Sono stati contattati i pazienti afferenti alle farmacie Territoriali della ASLBA, i quali previo personale consenso, sono stati sottoposti ad un questionario relativo al grado di soddisfazione della nuova modalità di erogazione dei fattori VIII e di soddisfacimento per la funzionalità della Rete Regionale istituita per loro.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

Risultati. Su 27 pazienti intervistati 16 pazienti preferiscono la modalità nuova di dispensazione attraverso le farmacie territoriali della ASLBA. Di questi, 15 dichiarano di preferirla per la disponibilità del farmaco, la cortesia del personale e per la garanzia del servizio, 1 paziente per contribuire alla riduzione della spesa sanitaria. I restanti 11 emofilici preferirebbero che la dispensazione avvenisse per il tramite delle farmacie convenzionate ma solo per la vicinanza delle farmacie nei luoghi di residenza. Il giudizio sul grado di soddisfazione del servizio è stato: 15 pazienti risultano abbastanza soddisfatti, 8 molto soddisfatti, 4 poco soddisfatti.

Conclusioni. Nel complesso i pazienti appaiono appagati delle nuove modalità di erogazione, si sentono parte di una Rete che li tutela soprattutto nei momenti in cui avvengono complicanze serie; l'unica criticità emersa riguarda la necessità di sentirsi maggiormente supportati nell'affrontare le diverse e complicate espressioni della malattia, suggerendo l'implementazione nel centro di emofilia figure quali lo psicologo ed il fisiatra.

IMPLEMENTAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA NELL'AZIENDA USL 7 DI SIENA

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

Introduzione. La Legge 405 del 16.11.2001 per gli interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, prevede la possibilità di coinvolgimento, nell'erogazione dei medicinali agli assistiti, dei servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere in alternativa alle farmacie territoriali. La pianificazione e l'attuazione dell'erogazione diretta dei farmaci si sono rivelate uno strumento fondamentale di controllo e contenimento della spesa farmaceutica territoriale. A supporto di questo obiettivo la delibera Giunta Regione Toscana n. 1235/2012 al sub obiettivo 1.3 prevedeva l'implementazione del 20% della consegna diretta da parte della Aziende Sanitarie

Materiali e metodi. Le azioni immediate fatte dall' Azienda USL 7 di Siena sono: • ampliamento dell'orario di apertura del punto farmaceutico di continuità presso gli Stabilimenti Ospedalieri di Nottola e Campostaggia; • consegna diretta del farmaco tramite predisposizione di pacchetti personalizzati e consegna a sedi distrettuali più vicini al domicilio dell'assistito; • attivazione di procedure sulla gestione della continuità terapeutica di alcuni dipartimenti (Dip. Salute Mentale Adulti) e delle strutture aziendali (Ospedale di Comunità e Hospice) dell'Azienda USL7 di Siena. Sono stati estratti i dati, unità erogate e spesa, dal flusso regionale FED per la consegna diretta dei farmaci per la sola attività dell'Azienda USL 7, filtrando per la classe di rimborsabilità dei farmaci di fascia A, per meglio valutare l'impatto che ha sulla spesa convenzionata.

Risultati. Sono stati estratti i dati per il primo trimestre del triennio 2011-2013, dove emerge che le unità posologiche erogate nel primo trimestre del 2011 e 2012 sono pressoché simili (solo il 2% in più rispetto all'anno precedente). A seguito delle azioni intraprese nel mese di dicembre del 2012, si registra un trend positivo per il primo trimestre dell'anno 2013 con un incremento pari al 12% delle unità erogate nell'anno 2012.

Conclusioni. I dati rilevati evidenziano che gli interventi adottati hanno determinato buoni risultati, confermati anche dalla riduzione della spesa convenzionata per il primo trimestre dell'anno 2013 rispetto al 2012 di circa il 5%. Il nostro obiettivo è incrementare maggiormente la distribuzione diretta, attivando procedure di gestione farmaci in consegna diretta con tutti i dipartimenti aziendali, con un'ottimale razionalizzazione delle risorse economiche ed umane, per omogeneizzare i comportamenti e assicurare a tutti i cittadini il miglior servizio al costo più basso.

ANALISI DELL'ATTIVITA' DELLA COMMISSIONE FARMACEUTICA AZIENDALE ASL LECCE NEL BIENNIO LUGLIO 2011-GIUGNO 2013

Anna Sozzo - ASL LECCE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Paola Stasi - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Paola Civino - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA DIRIGENTE
Francesca Maria Baldari - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO,
Emanula Rossetti - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO,
Simona Monte - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA PROGETTO FARMACOVIGILANZA
Daniela Guida - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, FARMACISTA PROGETTO FARMACOVIGILANZA
Maria Teresa Pastore, Pasqua Pastore, Caterina Montinari - ASL LE, AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO, DIRETTORE AREA FARMACEUTICA

Introduzione. L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private di cui al D.P.R. n. 371/98 prevede che l'attività di controllo sia affidata alla Commissione Farmaceutica Aziendale (art.10), che nella ASL Lecce si pronuncia in merito ad ogni irregolarità ed inosservanza del presente accordo, chiarisce le criticità rilevate ed eroga una puntuale informazione. Per le ricette esaminate, la Commissione può adottare una delle seguenti determinazioni: l'annullamento totale o parziale della ricetta o la convalida definitiva del pagamento. L'Area Gestione Servizio Farmaceutico della Asl Lecce ha monitorato i dati dell'attività svolta dalla Commissione per verificare la variazione del numero delle irregolarità nella spedizione delle ricette.

Materiali e metodi. Di tutte le ricette SSN spedite dalle 227 farmacie convenzionate della ASL LE nel periodo luglio 2010-giugno 2012, con l'ausilio del nuovo Sistema Informativo Regionale, sono state considerate le seguenti tipologie di irregolarità: GRUPPO A: Spedizione ricette oltre il termine stabilito (>30 gg); GRUPPO B: Prescrizione di Clozapina non attestante l'esecuzione della conta e formula leucocitaria (Art. 8 del D. Lgs 539/92); GRUPPO C: Prescrizione di Isotretinoina difforme dalla normativa vigente

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

(Determina AIFA-G.U. n. 43 del 21.02.2009); GRUPPO D: Spedizione di farmaci in DPC difforme dall'accordo AresPuglia Federfarma (DGR 1235 del 25.05.2010). Le ricette risultanti (n. 4.454) sono state sottoposte alla Commissione che, nel periodo luglio 2011 - giugno 2013, le ha valutate. Di queste, n.4.410 sono state annullate (99.01%), con successivo addebito alle relative farmacie. E' stato quindi effettuato il confronto dei dati assemblati per anno mobile: ANNO 0: luglio 2010-giugno 2011 (n. 2.403 ricette). ANNO 1: luglio 2011-giugno 2012 (n. 2.007 ricette).

Risultati. In generale, dal confronto dei dati relativi alle ricette addebitate dell'anno 1 con l'anno 0 si rileva uno scostamento % pari al -16,5%. Nel dettaglio per i vari gruppi si rileva: GRUPPO A: +17,5%; GRUPPO B: -43.2%; GRUPPO C: -28.4% ; GRUPPO D: -75%.

Conclusioni. La riduzione progressiva del numero delle irregolarità e una particolare attenzione verso determinate tipologie di anomalie dimostrano che, ai fini dei risultati ottenuti, molto ha giovato la frequente e puntuale informazione ai farmacisti convenzionati attuata dalla Commissione e non solo la sterile applicazione dell'attività di controllo di cui al D.P.R. n. 371/98.

ANALISI DEI REPORTS DI SPESA MEDICO QUALE STRUMENTO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELL'EX ASL FG/3 NEGLI ANNI 2010/2011

Maria Felicia Cinzia Piccaluga - ASL FG, FARMACEUTICO, farmacovigilanza
Roberta Ricciardelli - ASL FG, FARMACEUTICO, FARMACOVIGILANZA
Anna M. Pinto - ASL FG, FARMACEUTICO, FARMACOVIGILANZA
Maria Angela Grasso - ASL FG, FARMACEUTICO, FARMACOVIGILANZA
Ada Foglia - ASL FG, FARMACEUTICO, DIRETTORE

Introduzione. I reports di spesa sono uno strumento di analisi della spesa farmaceutica, con i quali viene analizzata mensilmente la prescrizione dei farmaci e dei presidi per diabetici per ogni singolo MMG e PLS. Nei reports viene indicato il fatturato prodotto, il numero di ricette prescritte , il numero di pazienti suddivisi per età, attribuito ad ogni MMG e PLS. La spesa e' poi suddivisa per ATC ove viene riportata la percentuale di scostamento dalla media ASL. Il trend prescrittivo è un indice di valutazione che può evidenziare una spesa anomala. Mensilmente vengono segnalati ai distretti i reports di spesa che hanno uno scostamento ingiustificato dalla media ASL. L'obiettivo è di individuare eventuali iperprescrizioni ed inappropriatezze prescrittive.

Materiali e metodi. I MMG ed i PLS i cui reports di spesa sono stati segnalati per fatturato e/o per ATC fuori media ASL sono stati inseriti in una tabella excel.Sono stati analizzati i dati registrati.

Risultati. Dalla tabella è emerso che nel 2010 sono stati segnalati 123 fra MMG e PLS su un totale di 236, quindi il 52.1% dei MMG e PLS è stato segnalato almeno una volta. Nel 2010 i principali ATC segnalati sono stati : R,A,J,C,M. L'ATC maggiormente segnalato è stato R che ha interessato il 30% delle segnalazioni, seguito da A (22%), J (19 %), C (15%), M (14%).Dalla tabella è emerso che 20 MMG e PLS sono stati segnalati almeno 6 volte in un anno . Nel 2011 sono stati segnalati 54 medici su 236, quindi la percentuale dei medici segnalati è scesa dal 52,1% del 2010 al 23%del 2011, l'ATC maggiormente segnalato è stato R anche per il 2011 con il 38%, seguito da A (28%), C (23%), J 4,5%. Il numero di medici segnalati piu' di 6 volte in un anno è sceso da 20 a 16.

Conclusioni. L'analisi della spesa dei reports dei MMG e PLS su base annuale ci ha consentito di valutare quali sono i MMG ed i PLS, che hanno costantemente fatturati o spese ATC fuori media. I reports anomali trasmessi ai distretti, sono stati utili per convocare i MMG e PLS allo scopo di approfondire con gli stessi le criticità della spesa farmaceutica. Un numero di segnalazioni per l'ATC R così elevato, è stato di spunto per verificare le singole prescrizioni su base annuale da cui è emersa una diffusa tendenza alla iperprescrizione, spesso dovuta ad un uso scorretto dei dispositivi per i respiratori.

ANALISI LONGITUDINALE SUI FARMACI IPOLIPEMIZZANTI, IL LORO CONSUMO E L'ANDAMENTO PRESCRITTIVO – DATA BASE FARMACEUTICI E CLINICI NELLA ASL AVELLINO

Angela D'anna - ASL Avellino, Farmaceutica, Dirigente
Andrea Di Luccio

Introduzione. I farmaci della classe ATC C primeggiano nella spesa farmaceutica territoriale; la progressiva genericazione delle statine ha spinto alla valutazione aziendale del loro consumo e dell'andamento prescrittivo. 439.565 assistibili nella ASL Avellino;periodo osservazione - giugno 2010 luglio 2011 - più maggio 2012; numero pazienti in trattamento con statine: 45.515.

Materiali e metodi. Obiettivo. Valutare la variabile della aderenza al trattamento farmacologico in funzione della molecola, del medico prescrittore e degli esiti clinici riscontrati dalle analisi di laboratorio per un campione di pazienti pari al 6,6% del totale. Le linee guida individuano il target terapeutico per rischio cardiovascolare crescente nei pazienti con altre comorbilita'. Le statine sono modulabili per dosaggio e efficacia terapeutica in funzione del target terapeutico. Metodi. E' stata effettuata un'analisi longitudinale sui pazienti della ASL Avellino; il codice fiscale, CF, è stato la chiave di lettura dei dati, ad esso è stato associato il MMG prescrittore; sono stati selezionati i pazienti che avessero ricevuto una prescrizione incidente di statine, dopo una finestra temporale di due mesi, le loro prescrizioni specialistiche e gli eventuali ricoveri presso aziende della regione Campania; valutata anche l' induzione prescrittiva specialistica ospedaliera, grazie agli switch terapeutici a trenta giorni dopo i ricoveri o gli accessi ambulatoriali presso qualsiasi UO. Analizzate le prescrizioni di farmaci "traccianti"concomitanti a quelle delle statine indicatori di comorbilità ai fini della definizione del target terapeutico, insulina per diabete.... 2992 su 45.515 pazienti sono stati indirizzati a laboratori interni alla azienda per le analisi cliniche. Per ognuno è stato definito il target terapeutico in funzione delle comorbilità evidenziate dalle analisi prescrittive dei farmaci traccianti concomitanti associate ai valori del colesterolo risultanti dagli esiti clinici.

Risultati. L'aderenza alla terapia farmacologica, medicine possession ratio, MPR, risulta inferiore al 75% in circa il 29% dei pz. e variabile nella popolazione dei MMG; l'andamento della spesa registra una leggera flessione e equilibrio stabile tra le singole statine, nel maggio 2012 si osserva la riduzione della spesa della atorvastatina per la genericazione e un sensibile aumento di quella per la rosuvastatina che guadagna fette di mercato; tra i pazienti non

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

a target, quelli con valori ematici di C-LDL più elevati, sono in numero percentuale maggiore.

Conclusioni. Questo tipo di analisi longitudinale ha consentito una lettura critica e clinica del grado di aderenza alle terapie prescritte, manifestando tutta la potenza della metodologia utilizzata agli stakeholders del sistema sanitario aziendale indirizzando alla standardizzazione della procedura per ogni analisi futura.

VALUTAZIONI FARMACOECONOMICHE SUGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (IPP), POSSIBILI SCENARI DI RISPARMIO NELLA ASLBA: IL RABEPRAZOLO NELLA NOTA AIFA 48

Teresa Azzollini - Università degli Studi di Bari, SSFO, Specializzanda
Stefania Antonacci - ASL BA, Area Farmaceutica Territoriale, farmacista
Valentina Muciaccia - Università degli Studi di Bari, SSFO Bari, Specializzanda
Adriana Serinelli - ASL Bari, Area Farmaceutica Territoriale, Farmacista
Angela Chielli - ASL Bari, Area Farmaceutica Territoriale, Farmacista

Introduzione. Gli IPP sono i farmaci antiacidi più utilizzati sia a livello nazionale che nella Regione Puglia. Molti IPP hanno attività terapeutica comparabile e medesimo meccanismo d'azione; la nota AIFA n°48 prevede l'erogazione a carico del SSN di diversi IPP giustificandone la interscambiabilità nel trattamento del reflusso gastroesofageo, dell'esofagite, dell'ulcera gastrica o duodenale . Sebbene comparabili dal punto di vista terapeutico i differenti IPP hanno costi variabili per il SSN. Scopo del presente studio di farmacoeconomia di primo livello è quantificare il risparmio annuo per la ASLBA qualora le prescrizioni di IPP a più alto costo, erogate in conformità alla nota AIFA 48, fossero "shiftate" anche parzialmente sul rabeprazolo, che nella lista di trasparenza AIFA, al 15.05.2013, presenta il prezzo più basso.

Materiali e metodi. Dai dati IMS sono stati individuati il numero di confezioni e la spesa a carico della ASLBA per tutti gli IPP, erogati nell'anno 2012. E' stata consultata la Guida all'uso dei farmaci 2008 dell'AIFA per le interazioni farmaco-farmaco; sono stati estrapolati studi clinici su IPP su riviste quali Hepatogastroenterology 2009;56:703-706; J ClinPharmTher 2010;35(6):713-722; Helicobacter 2010; 15(4):265-272; Tamaro et al. EJofDM&P 2009; 34(1):19-26.

Risultati. Le confezioni di IPP dispensate nell'ASLBA nel 2012 sono state 1.757.782 (alti-dosaggi), 1.535.569 (bassi-dosaggi). La spesa complessiva regionale è stata pari a 68.762.110 Euro per l'anno 2012, mentre la spesa complessiva a carico della ASLBA è stata di 12.469.757€ (alti-dosaggi), 6.726.702€ (bassi-dosaggi). Le percentuali di spesa sono: esomeprazolo: 8,3%(alti-dosaggi), 9,5%(bassi-dosaggi); lansoprazolo: 37,2% (alti-dosaggi), 45,2 % (bassi-dosaggi); omeprazolo: 31,5% (alti-dosaggi), 6,2% (bassi-dosaggi); pantoprazolo: 20% (alti-dosaggi) 37,6 % (bassi-dosaggi), rabeprazolo: 3% (alti-dosaggi),1,5 % (bassi-dosaggi). Ipotizzando una standardizzazione dei consumi nel 2014 e uno shift del 50% dei consumi di IPP versus rabeprazolo, il risparmio per la ASLBA sarebbe di € 778.251 (alti-dosaggi) e € 832.989,03 (bassi-dosaggi) per un totale di 1.611.240 Euro.

Conclusioni. L'analisi condotta ha evidenziato che una variazione delle prescrizioni degli IPP sul rabeprazolo rappresenta una notevole opportunità di risparmio per l'ASL BARI. La condivisione di questi risultati con i MMG potrebbe indurli a modificare le prescrizioni. Lo shift potrebbe considerarsi addirittura auspicabile, in alcuni casi, per le caratteristiche farmacocinetiche del rabeprazolo il quale essendo parzialmente metabolizzato a livello epatico potrebbe essere il farmaco di prima scelta nei pazienti in trattamento con i farmaci attivati o metabolizzati dal CYP2C19, nei pazienti anziani o con compromissione epatica. Infine il rabeprazolo non mostrando interazioni con il CYP3A4 potrebbe essere considerato IPP di scelta anche per l'uso concomitante con Chemioterapico.

Bibliografia. Hepatogastroenterology 2009;56:703-706; J ClinPharmTher 2010;35(6):713-722; Helicobacter 2010; 15(4):265-272; Tamaro et al. EJofDM&P 2009; 34(1):19-26.

IL DRONEDARONE NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE: ANALISI E VALUTAZIONE DELLA CORRETTEZZA NELLA COMPILAZIONE DEI PIANI TERAPEUTICI NELL'ASL EX FG/3.

Roberta Ricciardelli - ASL FOGGIA, FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA PROGETTO FARMACOVIGILANZA REGIONE PUGLIA
Ada Foglia - ASL FOGGIA, FARMACEUTICO TERRITORIALE, DIRETTORE

Introduzione. La fibrillazione atriale è un'aritmia con prevalenza che in Italia oscilla tra 285.000 e 570.000 casi. Il dronedarone è uno dei farmaci più recenti e la sua prescrizione a carico del SSN richiede la compilazione di un piano terapeutico specialistico. Con Determina AIFA pubblicata in G.U n.95 del 23.04.2012, a seguito di alcune evidenze sugli effetti avversi al farmaco, l'indicazione terapeutica è stata modificata e conseguentemente anche il PT AIFA. Il presente lavoro analizza i PT di dronedarone pervenuti nell'anno 2012 presso l'ASL ex FG/3 allo scopo di valutare l'uso della nuova modulistica e la corretta compilazione, stratificando i dati per età, sesso, Centro Prescrittore.

Materiali e metodi. E' stata realizzata un'archiviazione informatizzata dei P.T mediante elaborazione di un foglio di lavoro Excel, in cui i pazienti sono stati distinti per sesso, età, diagnosi, posologia del farmaco e Centro Prescrittore. I dati raccolti dai PT sono stati incrociati con le prescrizioni SSN effettuate dai MMG, al fine di verificare l'appropriatezza prescrittiva.

Risultati. Nell'anno 2012 sono pervenuti presso l'ASL ex FG/3 n. 77 P.T (40% di pazienti di sesso maschile vs 60% di sesso femminile) e n. 40 erano pazienti già in trattamento con dronedarone nel 2011. La stratificazione per età evidenzia un 83% di pazienti con età superiore a 65 anni. Solo per il 9% dei 55 pazienti per i quali è stata effettuata la prescrizione specialistica dopo l'approvazione del nuovo PT, è stato adoperata la modulistica aggiornata. Per il 22% dei soggetti il PT è stato compilato da specialisti in medicina d'urgenza vs un 78% di PT rilasciati dalle U.O di Cardiologia. Per il 100% dei pazienti è stato rispettato il dosaggio previsto in scheda tecnica per il dronedarone. Per il 75% la mancata somministrazione di amiodarone è riconducibile all'alta probabilità di distiroidismo da amiodarone (alterazione della funzione tiroidea/gozzo) e per il restante 25% ad un precedente distiroidismo documentato. Per il 22% dei pazienti trattati è stata riscontrata un'interruzione della terapia pur in presenza di un PT ancora valido. Per nessun

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

paziente è stata rilasciata una prescrizione SSN in assenza di P.T.

Conclusioni. Dall'analisi dei P.T è emerso che la patologia colpisce prevalentemente la popolazione femminile dell'ASL ex FG/3 e tale dato è stato riscontrato sia sul totale dei pazienti che considerando specificatamente la popolazione al di sopra dei 65 anni. Si può affermare che i pazienti mostrano una buona aderenza alla terapia con dronedarone sia in termini di dose che per uso a lungo termine del farmaco.

MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLE STATINE NELL'ASL NAPOLI 2 NORD

Raffaella Siniscalchi - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacovigilanza e Flussi Informativi, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista Direttore
Vincenzo D'agostino - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacoeconomia Appropriatezza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista Direttore
Antonio Casciotta - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacoeconomia Appropriatezza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista dirigente
Antonio Cavallaro - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacoeconomia Appropriatezza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista dirigente
Stefania Rostan - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacovigilanza e Flussi Informativi, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista dirigente
Vincenzo Caccia - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacoeconomia Appropriatezza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica, ASL Napoli 2 Nord, Medico dirigente

Introduzione. Con il decreto 133 del mese di ottobre 2012 e successivo decreto 27/2013 la Regione Campania, per una migliore appropriatezza prescrittiva in riferimento ai nuovi requisiti della nota AIFA 13, dispone per tutti i medici prescrittori (MMG, Specialisti, Ospedalieri) l'obbligo di compilare una scheda di monitoraggio (allegato A) in triplice copia, qualora non sia possibile la prescrizione di una statina a brevetto scaduto, come prima scelta o quando si renda necessario un cambio di farmaco per il mancato conseguimento dei target terapeutici raccomandati, e ancora nel caso in cui si renda necessaria l'associazione con ezetimibe. L'obbiettivo dell'ASL Napoli 2 Nord è stato monitorare l'effettiva applicazione del decreto.

Materiali e metodi. Al fine di monitorare tale attività da parte dei MMG dell'ASL Napoli 2 Nord, a partire dal mese di novembre 2012, sono stati predisposti e trasmessi ai nuclei di valutazione dell'appropriatezza dei Distretti Sanitari (UCAD) dei report ad hoc per i farmaci di cui alla nota aifa 13 riportanti: sulla base dello storico, le prescrizioni degli assistiti (individuati dai codici fiscali) risultanti aver ricevuto una prima prescrizione di statine (ATC C10AA) con brevetto in corso; le prescrizioni relative allo swicht delle statine generiche a quelle con brevetto in corso; le prescrizioni delle statine associate ad ezetimibe (ATC C10AX09) incluse le prescrizioni relative all'associazione precostituite simvastatina/ezetimibe (ATC C10BA02); le prescrizioni di statine effettuate nei due mesi antecedenti per gli assistiti rilevati nei precedenti report. Inoltre, da un controllo incrociato, è stata appurato se la prescrizione dell'Ezetimibe, in monoterapia per intolleranza a statine, sia preceduta dalla compilazione della Scheda di segnalazione di reazione avversa (ADR).

Risultati. Dai controlli incrociati è risultata una non corrispondenza tra le prescrizioni mediche di statine estratte dal database aziendale ed il numero di schede di monitoraggio (allegato A) e quelle di segnalazione di reazione avversa (ADR) per la prescrizione dell'Ezetimibe.

Conclusioni. L'UOC di Farmacoeconomia, Appropriatezza e Monitoraggio della Spesa Farmaceutica, sulla base delle anomalie rilevate, ha proceduto alle segnalazioni delle non corrispondenze ai nuclei di appropriatezza. Tale intervento ha prodotto, rispettivamente, un incremento percentuale del numero di schede allegato A del 60 % e di schede ADR del 35%. Sono emerse criticità di sottosegnalazioni di ADR che, grazie ad una campagna di sensibilizzazione, opportunamente mirata, ha gettato le basi per una più diretta partecipazione dei medici prescrittori dell'ASL Napoli 2 Nord alla soluzione del problema.

VERIFICA DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI NELLA PRESCRIZIONE DEI FARMACI ANTIPERTENSIVI

Raffaella Siniscalchi - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacovigilanza e Flussi Informativi, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista Direttore
Vincenzo D'agostino - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacoeconomia Appropriatezza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista Direttore
Antonio Casciotta - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacoeconomia Appropriatezza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista diregente
Antonio Cavallaro - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacoeconomia Appropriatezza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista dirigente
Stefania Rostan - Asl Napoli 2 Nord, Farmaceutico UOC Farmacovigilanza e Flussi Informativi, ASL Napoli 2 Nord, Farmacista dirigente
Vincenzo Caccia - Farmaceutico, Farmaceutico UOC Farmacoeconomia Appropriatezza e Monitoraggio Spesa Farmaceutica, ASL Napoli 2 Nord, Medico dirigente

Introduzione. Il DC Regione Campania n. 56 del 12/07/2011, tenuto conto delle scadenze brevettuali di alcuni sartani, già verificatesi (losartan) o imminenti (valsartan, candesartan, irbesartan), nel confermare la necessità di indirizzare ove possibile la prescrizione medica verso i farmaci a brevetto scaduto, ha stabilito tra l'altro: di ribadire nel 30% l'obiettivo di incidenza massima della prescrizione di confezioni di sartani sul totale delle confezioni di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina; all'interno della categoria dei sartani, l'obiettivo di incidenza minima delle confezioni del principio attivo a brevetto scaduto deve essere pari ad almeno il 55% del totale delle confezioni di sartani, per il II° semestre del 2011; ad almeno il 75% del totale delle confezioni, per il 2012.

Materiali e metodi. Con decorrenza dicembre 2011, periodo in cui il solo losartan era incluso nelle liste di trasparenza AIFA e per tutto l'anno 2012, si è proceduto al monitoraggio dei dati concernenti le classi ATC: C09A-C09B (Ace-inibitori associati e non) e C09C-C09D (sartani associati e non), per tutti i medici convenzionati dell'AslNapoli2Nord (MMG e PLS), suddivisi per Distretto Sanitario di appartenenza.

Risultati. L'incidenza percentuale delle confezioni di PA a brevetto scaduto, rispetto al totale delle confezioni di sartani prescritti si è progressivamente incrementata, per tutti i Distretti, con una media AslNapoli2Nord, passata dal 18,69% (dicembre 2011) al 62,95% (dicembre2012), con salti più evidenti in corrispondenza dell'inclusione nelle liste di trasparenza AIFA dei principi attivi a brevetto scaduto: valsartan (gennaio), Candesartan (luglio), irbesartan non associato (ottobre), irbesartan associato (dicembre 2012). Nel

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

periodo considerato l'incremento per l'Asl Napoli2Nord è stato di 44,26 punti percentuali. Nell'ambito territoriale dell'Asl Napoli2Nord si è registrata una significativa differenza tra i vari distretti, con uno scarto di 12,06 punti percentuali, tra quello che ha fatto registrare la crescita più alta (52,41%) e quello con la più bassa (40,35%). Le percentuali di prescrizioni di sartani rispetto al totale delle confezioni di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina persistono invariate (intorno al 42%) nel periodo in osservazione, così come quelle riguardanti le prescrizioni di Ace-inibitori equivalenti v/s branded (circa 86%).

Conclusioni. Nel corso del periodo di osservazione si è riscontrato, per i sartani, un notevole incremento delle confezioni prescritte a brevetto scaduto. Per quanto riguarda gli ACE Inibitori l'uso dei farmaci a brevetto scaduto è rimasto pressoché invariato, andamento presumibilmente generalizzato a livello Regionale considerato che Il decreto commissariale n. 27 del 15/03/2013 ha prorogato di ben tre anni i precedenti obiettivi.

IL CELIACO: UNA PERSONA, UN PAZIENTE, UN TARGET. "PERCORSO OPERATIVO DI EROGAZIONE ADOTTATO DALL'ASL NA1 CENTRO"

Claudio Pagnano - Università degli studi di Napoli Federico II, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Farmacista specializzando
Valentina Annunziata - Università degli studi di Napoli Federico II, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Farmacista specializzando
Sara Pempinello - Università degli studi di Napoli Federico II, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Farmacista specializzando
Elena Granata - ASL Napoli1 Centro, U.O.C. Farmaceutica Convenzionata, Farmacista Dirigente
Ugo Trama - ASL Napoli1 Centro, U.O.C. Farmaceutica Convenzionata, Farmacista Dirigente
Marinella Veschini - ASL Napoli1 Centro, U.O.C. Farmaceutica Convenzionata, Farmacista Dirigente
Gaetana La Bella - ASL Napoli1 Centro, U.O.C. Farmaceutica Convenzionata, Direttore U.O.C Farmaceutica Convenzionata

Introduzione. La celiachia o morbo celiaco è un'intolleranza permanente alla gliadina, che colpisce circa 400.000 italiani, una persona ogni 100/150abitanti. Il D.M. 8/06/01 ha incluso nei livelli essenziali di assistenza l'erogazione dei prodotti destinati all'alimentazione delle persone affette da morbo celiaco. Il D.G.R.C. n°6262 del 20/10/2002, e successive modifiche/integrazioni ha regolamentato le modalità di accertamento e certificazione del morbo celiaco, le categorie di prodotti prescrivibili e le modalità di erogazione a carico SSN degli alimenti senza glutine. La L.123/05 ha riconosciuto la malattia celiaca come malattia sociale ed ha aggiornato i limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine. Il DGRC n°1244 del 31.07.2007 decreta che gli "alimenti senza glutine" sono erogabili oltre che dalle farmacie convenzionate anche dai punti vendita iscritti all'apposito Elenco Regionale, stabilendo gli aspetti operativi per la fornitura di tali alimenti, in regime SSR.

Materiali e metodi. L'ASLNA1CENTRO in ottemperanza alla disposizione n.444/2013 ha introdotto nuove modalità attuative per la distribuzione di prodotti dietoterapici ai pazienti affetti da morbo celiaco. Tale disposizione prevede l'utilizzo di una piattaforma informatica, Sani.ARP, nella quale sono stati inseriti i piani terapeutici dei pazienti celiaci, trasmessi dai responsabili dei DS. Questi ultimi contestualmente provvedono anche all'inserimento sul portale dei dati anagrafici relativi ai nuovi pazienti arruolati. A partire dal 01/06/2013 i pazienti celiaci possono recarsi presso il punto vendita muniti di tessera sanitaria per il ritiro dei prodotti.

Risultati. Alla data del 10/05/2013 sono stati registrati su piattaforma Sani.ARP 2674 pazienti. Dal 1/06/2013 sono stati inseriti nell'elenco 2nuovi punti vendita convenzionati che hanno aderito all'iniziativa oltre alle 310 farmacie esistenti. Dal 01/06/2013 al 23/06/2013 sono state effettuate 2538consegne a 1855assistiti per un importo pari a 180.182,540€.

Conclusioni. Tale semplificazione delle modalità di accesso ai prodotti dietoterapici, trae fondamento dalla considerazione della persona affetta dal morbo celiaco in tutta la sua complessità, quale individuo la cui condizione clinica riflette un disagio quotidiano sul piano psichico e socio-relazionale. Il percorso operativo adottato evidenzia un triplice vantaggio: eliminazione del cartaceo e dispensazione frazionata, possibilità di un risparmio prospettico rispetto al costo annuo medio programmato, ottenimento di dati facilmente fruibili ai fini statistico-epidemiologici e di contenimento della spesa. La facilitazione delle modalità di accesso incrementa il livello di accettazione della patologia da parte dell'assistito, limitando l'impatto emotivo sulla vita privata, relazionale e sociale nell'ottica di una maggiore trasparenza dei processi coinvolti.

L'ATTIVITÀ DEL FARMACISTA TERRITORIALE IN SUPPORTO AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI REGIONALI

Nicoletta Avola - Università degli Studi di Catania, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzanda
Concetta Catalano - ASP Siracusa, U.O.C. Farmacie Convenzionate, Farmacista dirigente I livello
Maria Rosy Tarantello - ASP Siracusa, U.O.C. Farmacie Convenzionate, Farmacista dirigente I livello
Vincenza Giangravè - ASP Siracusa, U.O.C. Farmacie Convenzionate, Farmacista dirigente I livello
Emanuela Alfonso - ASP Siracusa, U.O.C. Farmacie Convenzionate, Responsabile U.O.C.

Introduzione. Nell'anno 2011 la spesa farmaceutica netta ogni 1000 abitanti in Sicilia è stata di 195041,28€, quella nazionale di 167427,10€. A causa di questo elevato scostamento la Regione Sicilia ha emanato il D.A. n.3107/2010 rivolto alle ASP competenti, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, contenere la spesa farmaceutica, promuovere l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto. Il decreto pone particolare attenzione alle classi di farmaci di maggiore prescrizione e di maggiore costo: A02BC (Inibitori di pompa protonica), C10AA (Inibitori della CoA-Reduttasi) e C09CA (sartani).

Materiali e metodi. L'U.O.C. Farmacie Convenzionate dell'ASP di Siracusa ha quindi intrapreso nel corso del 2012 le seguenti azioni: Monitoraggio costante della spesa farmaceutica per singolo Distretto; Invio trimestrale a ciascun Medico di Medicina Generale (MMG) di report riportanti, in merito alle classi di farmaci indicate, la spesa dovuta alle prescrizioni e lo scostamento rispetto all'obiettivo voluto; Invio di tali report ai Direttori dei Distretti di appartenenza del MMG; Sopralluoghi ispettivi incrociati effettuati presso le farmacie convenzionate e il domicilio degli assistiti per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva e la rispondenza della prescrizione all'effettiva giacenza; Stesura di quattro Linee Guida sulle seguenti categorie di farmaci: A02BC, C10AA e

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

C10BA (associazione simvastatina/ezetimibe), C09CA e B01AB (eparine a basso peso molecolare); Incontri con i MMG per valutare come raggiungere gli obiettivi preposti e migliorare l'attività clinica quotidiana.

Risultati. Dal confronto della spesa farmaceutica netta tra il 2011 e il 2012 risulta una riduzione di spesa del 7,84%. La maggiore riduzione di spesa si è avuta nelle classi di farmaci su cui si è lavorato con le Linee Guida per migliorarne l'appropriatezza prescrittiva, eccetto la classe A02BC la cui spesa è rimasta quasi costante. La spesa netta nel 2011 è stata: per la classe C10AA di 6821408,38€, per C09CA di 4569277,15€, per B01AB di 3300838,58€; nel 2012, rispettivamente, di: 5273111,80€, 3515527,42€ e 3113130,38€. Per queste classi di farmaci vi è stata una riduzione della spesa farmaceutica del 14,2%.

Conclusioni. Il monitoraggio della spesa farmaceutica locale da parte del farmacista territoriale costituisce una necessità prioritaria per rispondere alla situazione di ormai crisi finanziaria del settore sanitario. Il farmacista diventa figura di supporto per l'attività del prescrittore, il cui coinvolgimento è di fondamentale importanza per il raggiungimento degli obiettivi regionali ed aziendali. Tutto ciò a lungo termine dovrebbe migliorare la qualità delle prescrizioni determinando una diminuzione della spesa, consentendo un uso migliore delle risorse.

DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI PER L'EMOFILIA: RISPARMIO CALCOLATO RISPETTO ALLA DISTRIBUZIONE PER IL TRAMITE DELLE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO

Laura Cangelosi - ASL VARESE, UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Maurizia Punginelli - ASL VARESE, UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA RESPONSABILE
Paolo Crenna - ASL VARESE, UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Enrica Foschi - ASL VARESE, UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE, INFERMIERA PROFESSIONALE
Carmela Nistico' - ASL VARESE, UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA BORSISTA
Tiziana Bellia - ASL VARESE, UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Patrizio Frattini - ASL VARESE, CURE PRIMARIE, DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Introduzione. L'Asl di Varese ha individuato nella distribuzione diretta una leva per il contenimento della spesa farmaceutica che, ai sensi della L 405/2001, oltre a rappresentare un'innegabile rilevanza economica, garantisce la continuità terapeutica ospedale territorio e semplifica agli assistiti le modalità di reperimento dei medicinali prescritti. L'emofilia ed i farmaci per il trattamento rappresentano un'opportunità per realizzare il duplice obiettivo e pertanto l'Asl di Varese ha individuato, tra le altre, questa categoria di medicinali su cui concentrare l'attenzione agli scopi sopra detti.

Materiali e metodi. La distribuzione diretta rientra tra le attività gestite dall'UOC Farmaceutica e segue, con il diretto controllo di un farmacista, tutte le fasi consuete della distribuzione fino alla rendicontazione in File F e ad analisi farmaco-economiche. L'analisi dei risparmi ha tenuto conto, per la distribuzione diretta, del prezzo di acquisto ottenuto da procedure di gara mentre per la distribuzione convenzionata, delle scontistiche cui questi medicinali sono soggetti considerando quale prezzo di partenza il prezzo di vendita al pubblico nell'anno di dispensazione.

Risultati. Nel 2011 sono stati trattati 26 pazienti:1 con fattore VII, 21 con fattore VIII di cui 7 con plasmaderivati e 14 con ricombinante, 4 con fattore IX. La spesa è stata circa 5.800.000 € verso un importo stimato di circa 6.900.000 € del canale della farmaceutica convenzionata, con un risparmio di circa 1.000.000 €. Nel 2012 sono stati trattati 33 pazienti: 1 con fattore VII, 28 con fattore VIII di cui 9 con plasmaderivati e 19 con ricombinante, 4 con fattore IX. La spesa è stata circa di 5.600.000 € verso un importo stimato di 6.600.000 € del canale della farmaceutica convenzionata, con un risparmio di 1.000.000 €. Nel periodo esaminato un paziente è stato trattato con alte dosi di fattore VIII plasmatico nell'ambito di un trattamento di desensibilizzazione e la riduzione della spesa nel 2012, a fronte di un maggior numero di assistiti trattati, è dovuta alla sospensione nell'ultimo trimestre della terapia con alte dosi di plasmaderivato e alla normalizzazione del regime terapeutico del paziente che aveva sviluppato l'inibitore.

Conclusioni. La distribuzione diretta dei medicinali, con particolari rilievo per i fattori della coagulazione, rientra nell'ambito di un processo di gestione e monitoraggio sia in termini economici, con un risparmio in due anni di circa 2.000.000 di euro, sia clinici, con la verifica dei piani di cura per ogni paziente mirato alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza terapeutica.

CONTROLLO DEI PIANI TERAPEUTICI NELL'ASP DI SIRACUSA: APPLICAZIONE DEL DECRETO ASSESSORIALE 255 DEL 06/02/2013 E CIRCOLARE ESPLICATIVA 1301 DEL 15/02/2013

Concetta Catalano - ASP Siracusa, U.O.C. Farmacie Convenzionate, Farmacista dirigente I livello
Maria Rosy Tarantello - ASP Siracusa, U.O.C. Farmacie Convenzionate, Farmacista dirigente I livello
Vincenza Giangravè - ASP Siracusa, U.O.C. Farmacie Convenzionate, Farmacista dirigente I livello
Nicoletta Avola - Università degli studi di Catania, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Specializzanda
Emanuela Alfonso - ASP Siracusa, U.O.C. Farmacie Convenzionate, Responsabile U.O.C.

Introduzione. L'Assessorato della Salute-Regione Sicilia con Decreto Assessoriale (D.A) n°255 del 06/02/2013 e Circolari esplicative n°1301 del 15/02/2013 e n°35984 del 22/04/2013 ha modificato la modalità di prescrizione dei farmaci soggetti a Piano Terapeutico (P.T.), abrogando la procedura delle copie con-formi (D.A. 25035/98-successive modifiche) al fine di rendere più agevole l'accesso alle terapie. Il decreto prevede un nuovo modello di P.T. per il quale è previsto timbro e firma in originale dello Specialista afferente ai Centri prescrittori della Rete Regionale (D.A n°1766 del 21/09/2011). Il nuovo modello non si applica alle Determine AIFA, ad altri provvedimenti specifici e a P.T. emessi in periodi antecedenti al decreto, ancora in corso di validità. Viene rilasciato in numero di copie corri-spondenti alle ricette S.S.N necessarie per il completamento della terapia. In caso di prescrizioni extra-regione, il farmaco dev'essere consegnato in forma diretta.

Materiali e metodi. Sono state controllate le ricette con P.T. dei mesi di Marzo, Aprile e Maggio 2013 di tutte le Farmacie Convenzionate. Sono stati individuati e controllati 584 P.T/Ricette riguardanti le seguenti molecole: Albumina umana 50 ml-20%; Anastrozolo 1 mg cpr; Rasagilina

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

mesilato 1 mg cpr; Teriparatide 20 mcg/80 mcl; Cabergolina 2 mg-20 cpr.

Risultati. Sono state evidenziate le seguenti anomalie: 126 P.T. rilasciati dai Centri prescrittori su stampati non conformi di cui 31 extraprovincia; 131 P.T. rilasciati dai Centri prescrittori non autorizzati (D.A.804/2011-1766/2011) di cui 36 extra provincia; 102 P.T. non conformi ma autorizzati dalla Medicina ASB Distrettuale; 21 P.T. rilasciati dai Centri prescrittori extraregione che dovevano essere dispensati in forma diretta; 15 P.T. emessi posteriormente alla data delle ricette; Sono state inviate, via mail e via fax, due note per informazione e/o chiarimenti ai Direttori Sanitari distrettuali, ai Medici prescrittori ed autorizzatori, ai Farmacisti Titolari.
Conclusioni. Le criticità individuate attraverso l'analisi dei P.T. sono state segnalate ai Medici prescrittori e autorizzatori, attenzionando in modo particolare i Medici prescrittori non afferenti ai Centri autorizzati. In questa fase iniziale del controllo è stato considerato un periodo finestra utile per l'adeguamento alla normativa, dopodichè si provvederà alle segnalazioni delle inappropriatezze così come previste dal Decreto e Circolare Assessoriale.

DCA 71/2012 REGIONE LAZIO: MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI BIFOSFONATI E IPP NELL'ASL RM C

Paola D'antrassi - ASL RMC ROMA, FARMACEUTICO AZIENDALE U.O.C. SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, FARMACISTA DIRIGENTE
Antonella Mongelli - UNIVERSITA' SAPIENZA ROMA, SCUOLA SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA, SPECIALIZZANDA
Lucia Aledda - UNIVERSITA' SAPIENZA ROMA, SCUOLA SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA, SPECIALIZZANDA
Marzia Mensurati - ASL RMC, FARMACEUTICO AZIENDALE U.O.C. SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, RESPONSABILE UFFICIO FARMACOVIGILANZA

Introduzione. Il Lazio è una delle regioni a maggiore spesa sanitaria e già da diversi anni vengono avviati piani per il suo contenimento. Dal 2009 la Regione ha disposto appositi provvedimenti utili a incrementare l'appropriatezza prescrittiva territoriale. Il DCA 71/2012 riassume le linee di indirizzo date, indicando dei target di buona pratica clinica da raggiungere ed affidando alle Aziende Sanitarie il compito di monitorare l'attività prescrittiva. Al fine di garantire cure appropriate e perseguire un'efficiente allocazione delle risorse sanitarie, nella ASLRMC sono stati definiti dei percorsi assistenziali condivisi tra MMG e Specialisti aziendali utili a garantire il raggiungimento degli obiettivi individuati dal decreto.

Materiali e metodi. È stata effettuata un'analisi dei dati di spesa relativi alla farmaceutica territoriale della ASLRMC e sono state individuate le classi ATC a maggiore scostamento dai target fissati. Le principali criticità rilevate riguardavano le classi ATC A02BC (I.P.P.) e M05BA (Bifosfonati). Sono stati organizzati incontri tra Specialisti distrettuali e MMG per la condivisione degli obiettivi definiti nel Decreto, evidenziando quali fossero le inappropriatezze riscontrate dall'analisi dell'attività prescrittiva (frequente shift prescrittivo dai bifosfonati a brevetto scaduto a principi attivi ed associazioni branded e poca aderenza alle Note AIFA 1 e 48 per gli IPP). Il confronto dell'andamento prescrittivo rilevato prima e dopo gli interventi attuati, ha permesso di valutare il raggiungimento dei target fissati.

Risultati. Confrontando gli indicatori di appropriatezza prescrittiva relativi al primo e secondo semestre 2012 è emerso che i migliori risultati sono stati ottenuti per le due classi di farmaci per le quali si è inteso perseguire una condivisione di dati ed evidenze. La quota di trattati con Bifosfonati a brevetto scaduto è passata dal 32,05% dal 1° semestre al 41,11% nel 2°. Il valore di DDD/1000 ab. die di molecole della classe degli IPP è passato da 72,16 (1° sem. 2012) a 66,86 (2° sem. 2012).

Conclusioni. La realizzazione di interventi integrati per la razionalizzazione delle prescrizioni ed il controllo della spesa farmaceutica è una priorità che le Regioni, nell'ottica stringente dell'ottimizzazione delle risorse, sono chiamate ad affrontare. Le evidenze mostrano come una gestione esclusivamente burocratico-amministrativa della materia non conduca ai risultati auspicati. Progettare modelli di intervento che coinvolgano attivamente i medici di cure primarie e implementare sistemi di formazione-informazione sul corretto uso dei farmaci con lo sviluppo di linee di indirizzo condivise, è essenziale per una piena riuscita degli interventi di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale.

IL RUOLO DEL FARMACISTA DI DISTRETTO NELL'ASL "VC": APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RISPARMIO

Mario Caiano - ASL VC, Dipartimento del Territorio, Farmacista incaricato
Alessia Pisterna - ASL VC, Dipartimento del Territorio, Direttore S.C. Farmaceutica Territoriale

Introduzione. Il Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASL VC (SFT) ha attivato un progetto di collaborazione con i Distretti, rivolto all'appropriatezza prescrittiva ed alla riduzione della spesa convenzionata. In tale percorso un farmacista della SFT, farmacista di distretto (FdD), collabora coi medici di medicina generale (MMG) per rivalutare l'attività prescrittiva, al fine della riduzione della spesa senza impatto sulla qualità della terapia.
Materiali e metodi. Nel 2012 è stato formalizzato il gruppo di lavoro presso la Commissione Appropriatezza Prescrittiva del Distretto di Vercelli, che ha calendarizzato incontri con MMG selezionati sulla base dell'elevato dato di spesa procapite (MMG totali n= 150; iperprescrittori n=30). Il FdD ha elaborato specifici reports, illustrati ai singoli MMG durante gli incontri, a partire dai dati del Database delle prescrizioni SSN, focalizzando l'intervento sul pattern prescrittivo di specifiche classi (statine, sistema renina-angiotensina, IPP), evidenziando alcune anomalie e proponendo interventi per il miglioramento del rapporto costo-efficacia delle prescrizioni. Presso il suo ambulatorio il MMG ha quindi auto-rivalutato la propria attività, riferendosi al FdD per ulteriori precisazioni. Indicatori valutati (2012 vs 2011): riduzione dello scostamento percentuale della spesa procapite convenzionata lorda vs Regione Piemonte (delta % spesa); volumi prescrittivi (espressi in DDD) di statine a brevetto scaduto (delta % statine BS), inclusa atorvastatina (BS marzo 2012).

Risultati. Nel corso del 2012 si sono incontrati 3 MMG (MMG 1, 2 e 3). Il delta % spesa è stato –16,9% per MMG 1, –28,7% per MMG 2, -7,2% per MMG 3. La rivalutazione dei pazienti in terapia con statine ha portato ad un delta % statine BS di +13,8% per MMG 1, +28,9% per MMG 2, +3,2% per MMG 3. Il risparmio lordo complessivo per l'anno è quantificabile in circa €195.000, di cui circa € 45.000 relativi a prescrizione di statine. Lo scorso anno ASL VC ha registrato la diminuzione di spesa maggiore (intesa come

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

spesa lorda farmaci ed integrativa) rispetto a tutte le altre ASL del Piemonte (VC - 8.96%; Regione Piemonte - 5.82%, fonte: CSI Piemonte), consentendo l'allineamento del dato della pro-capite.

Conclusioni. In analogia al Farmacista di Reparto/Dipartimento che opera negli ospedali, l'attività del farmacista sul territorio viene valorizzata dalla figura del Farmacista di Distretto, che collabora sinergicamente con i prescrittori, portando ad indubbi risparmi senza compromissione della qualità delle cure erogate. Il monitoraggio di alcuni indicatori (> accesso al pronto soccorso, > ricoveri, > accessi ADI) confrontati a campione col Controllo di Gestione, per singolo MMG, non ha evidenziato anomalie. L'attività prosegue in modo sistematico nel 2013.

COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE FARMACISTA-PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS): LE RICADUTE DI UN INTERVENTO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA A DISTANZA DI 6 ANNI

Elga Cagliero - ASL CN1, Farmacia Territoriale, Dirigente
Valeria Manescotto - ASL CN1, Farmacia Territoriale, Borsista
Mauro Tonello - ASL CN1, , PLS
Paolo Fiammengo - ASL CN1, , PLS
Cinzia Giordanengo - ASL CN1, Farmacia Territoriale, Borsista
Stefania Mellano - ASL CN1, Farmacia Territoriale, Dirigente
Francesca Perrino - ASL CN1, Farmacia Territoriale, Borsista
Lorena Silvestro - ASL CN1, Farmacia Territoriale, Dirigente

Introduzione. Nel 2004, 12 PLS dell'ex ASL117 hanno proposto, con la collaborazione del Servizio Farmaceutico, un progetto volto al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in pediatria mirato alle terapie delle affezioni faringo-tonsillari, otite media-acuta, polmonite. Nel 2006 è stata fatta una prima valutazione dell'effetto dell'intervento, che ha avuto esiti positivi. Nel 2012 i PLS promotori del progetto hanno proposto una nuova verifica. Scopo del lavoro è stato analizzare il profilo prescrittivo dei PLS coinvolti nel progetto a 5 anni dall'ultima valutazione e confrontarlo con quello degli altri PLS dell'ASL CN1.

Materiali e metodi. Analisi delle prescrizioni farmaceutiche relative all'anno 2011 fatte ai bambini <14 anni, residenti nell'ASL CN1. Come indicatore principale è stata utilizzata la prevalenza che indica qual è la percentuale di bambini trattati con un qualsiasi farmaco/gruppo di farmaci sul totale degli assistibili. Dei 12 PLS iniziali coinvolti nel progetto, nel 2011 ne sono rimasti in attività 7.

Risultati. Rispetto al 2006 la prevalenza di bambini in carico ai PLS del progetto, trattati con antibiotici, è diminuita del 19,3% ($p<0,0001$) e del 14% (NS) per i trattati con farmaci del sistema respiratorio. La prevalenza di cefalosporine di II generazione è scesa dal 12,2% all'8,3% nonostante il ricorso alla cefpodoxima sia raddoppiato. Risulta anche diminuita la prevalenza dei macrolidi dall'11,8% al 10,9%, mentre è aumenta la prevalenza di cortisonici inalatori dall'11,8% al 14,8%. A differenza del 2006, nel 2011 tra i primi 20 principi attivi più prescritti compare il betametasone. La spesa procapite è diminuita del 20%. I PLS del progetto, rispetto agli altri PLS, presentano una percentuale minore di bambini trattati (38,8% vs 50,5%) e prescrivono un minor numero di principi attivi (86 vs 170). A parità di prescrizioni per bambino trattato (2,8), la spesa procapite è minore (30 € vs 35 €), come anche la prevalenza di farmaci "critici" quali cefalosporine di II generazione ($p=0,076$), macrolidi ($p<0,0001$) e cortisonici inalatori ($p<0,0001$).

Conclusioni. A distanza di 5 anni, nonostante alcune variazioni nel profilo prescrittivo dei PLS coinvolti, le ricadute del progetto sono ancora evidenti, soprattutto se si confrontano le prescrizioni con quelle degli altri PLS che ricorrono maggiormente a categorie di farmaci "critiche". La maggiore prescrizione di cefpodoxima viene giustificata dalla migliore palatabilità del farmaco, mentre l'aumento del ricorso ai cortisonici inalatori può essere attribuito alla commercializzazione della budesonide. L'estensione del progetto agli altri PLS dell'ASL CN1 potrebbe avere ulteriori ricadute positive sia in termini di appropriatezza che di ottimizzazione delle risorse.

INTERFERONI E GLATIRAMER ACETATO: APPROPRIATEZZA D'USO, FARMACOVIGILANZA E NOVITÀ DISTRIBUTIVE

Maria Teresa Dinatolo - Università La Sapienza – Roma, Scuola Specializzazione Farmacia Ospedaliera, SPECIALIZZANDA
Patrizia Montinaro - Azienda USL Roma A, U.O.C. Farmaceutica Territoriale, FARMACISTA DIRIGENTE
Valeria Sbrilli - Azienda USL Roma A, U.O.C. Farmaceutica Territoriale, FARMACISTA DIRIGENTE
Maria Rosaria Macripo' - Azienda USL Roma A, U.O.C. Farmaceutica Territoriale,
Luigi Bellante - Consulente per le attività di Farmacovigilanza - Area Politica del Farmaco-Regione Lazio, ASL RMA e Pol. Umberto I Roma
Giovanna Riccioni - Azienda USL Roma A, U.O.C. Farmaceutica Territoriale, DIRETTORE U.O.C. Farmaceutica Territoriale RMA

Introduzione. La Sclerosi Multipla (SM) colpisce oltre un milione di persone nel mondo ed è la più comune causa non traumatica di disabilità neurologica nei giovani. L'età dei pazienti, la lunga durata di malattia, la perdita di produttività che ne conseguono e l'elevato costo delle terapie farmacologiche, determinano costi socio-sanitari molto elevati per la gestione di questa patologia. Per disciplinare l'erogazione delle terapie per la SM, la Regione Lazio, con due note, una del 22/02/12 e l'altra del 26/11/12, ha modificato la modalità di distribuzione di alcuni trattamenti. Tra questi rientrano gli interferoni β-1a, β-1b ricombinanti e il glatiramer acetato. Secondo tali note i suddetti farmaci vengono oggi erogati dai Servizi Farmaceutici della ASL di residenza dell'assistito e non più dai Centri Prescrittori. Scopo del presente studio è quello di monitorare l'utilizzo degli interferoni e del glatiramer acetato presso il II distretto della ASL RMA, verificando al contempo: il centro prescrittore dal quale proviene il paziente; la familiarità alla SM; il numero di ricadute verificatesi durante tali trattamenti; la compliance; l'appropriatezza d'uso del farmaco; il profilo rischio-beneficio; il numero di eventi avversi; ed infine, non meno importante, il grado di soddisfazione dei pazienti per il cambiamento della erogazione di tali farmaci.

Materiali e metodi. Durante il periodo in studio (dal 1/03/2013 al 20/06/2013) i pazienti in cura con questi farmaci, sono stati intervistati e hanno risposto ad un questionario elaborato dalla U.O.C. Farmaceutica Territoriale in base agli obiettivi esposti. Le informazioni ricavate sono state registrate in un database.

Risultati. Al momento sono stati intervistati il 38.2 % dei pazienti. L'85.7 % fa uso di interferoni β-1a e β-1b, il 14.3 % di glatiramer acetato, con una elevata prevalenza di forme recidivanti-remittenti. L'età dei pazienti è compresa fra i 27 e i 62 anni, con il 42.9 % fra i 36 e i 42; di questi il 71.4 %

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

sono di sesso femminile. Solo in due casi vi è stata la comparsa di un evento severo. Il grado di soddisfazione per le nuove modalità di erogazione è del 95.2 %.

Conclusioni. I dati disponibili dimostrano che la metodica finora utilizzata garantisce un monitoraggio continuo dell'appropriatezza prescrittiva, dell'efficacia, e delle reazioni avverse agli interferoni ed al glatiramer acetato. Il nostro obiettivo futuro sarà quello di estendere questo studio pilota agli altri distretti della ASL RMA.

FARMACI INNOVATIVI DI FASCIA A NELLA ASP DI CROTONE

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

Introduzione. L'Agenzia Italiana del Farmaco pubblica periodicamente (ai sensi dell'art.1 comma 1 dell'accordo sottoscritto in data 18 novembre 2010 tra Governo, Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano sull'accesso ai farmaci innovativi e dell'art.10 comma 2 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n.158, convertito in Legge n.189/2012) un elenco aggiornato dei farmaci che, a giudizio della Commissione Tecnico Scientifica, possiedono il requisito della "innovatività", definita come potenziale o importante. Il Servizio Farmaceutico Territoriale di Crotone riferisce periodicamente alla Direzione Generale, per ciascun principio attivo, le variazioni annuali delle quantità di farmaci innovativi erogati in regime di distribuzione diretta e convenzionata.

Materiali e metodi. Il Servizio Farmaceutico Territoriale ha reperito i dati relativi alle specialità "innovative" raccolti in relazione alle dispensazioni effettuate in regime di distribuzione diretta, DPC e spedizione delle ricette in farmacie convenzionate, secondo quanto indicato negli elenchi periodicamente aggiornati dall'AIFA. Il confronto è stato effettuato tra gli anni 2011 e 2012. I consumi sono stati aggregati per ATC e per tipo di innovatività; per ogni categoria sono stati considerati sia i volumi movimentati che i costi. I dati sono stati interpretati e valutati sia nel loro complesso che tenendo conto del canale distributivo attraverso cui il farmaco è stato dispensato ai pazienti.

Risultati. Il consumo dei farmaci innovativi risulta aumentato per ciascun principio attivo (in media del 48,41%in volume e del 53,24% in valore), ad eccezione dell'ATC A10BX04 (exenatide), relativo alla specialità Byetta®, che invece è diminuito del 48,15% in volume e del 37,93% in valore. L'ATC che ha riportato il più elevato aumento è stato B01AC22 (rispettivamente +73,28% e +75,37%), relativo alla specialità prasugrel, che è anche l'unica specialità appartenente alla categoria "Sangue ed Organi Emopoietici". Le altre categorie considerate sono state "Apparato Gastrointestinale e Metabolismo" (+53,25% + 57,84%) e "Sistema Cardiovascolare" (+14,98% e +21,11%). Nei risultati non sono presenti i dati delle specialità ad esclusivo uso ospedaliero.

Conclusioni. Vi è da precisare che l'esclusione dei consumi ospedalieri ha determinato l'assenza dai dati analizzati di tutti i principi attivi innovativi di esclusivo utilizzo ospedaliero. Si tratta essenzialmente di alcuni farmaci oncologici, antimicrobici e di utilizzo oculistico. Si evidenziano aumenti su base annua per quasi tutti gli ATC, in alcuni casi superiori al 70%. Vi è da evidenziare che per le tutte specialità innovative si è rilevato un aumento delle prescrizioni, probabilmente indotto anche dalla diffusione degli studi di fase IV, dopo un periodo iniziale di maggior cautela prescrittiva da parte dei medici.

RISULTATI DELLA DISTRIBUZIONE PER CONTO NELLA ASP DI CROTONE

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

Introduzione. La Regione Calabria, in attuazione del piano di Rientro di cui al DGR n. 845/2009, ha attivato sul territorio regionale a far data dal 03/11/2010 la Distribuzione per Conto (DPC) dei farmaci inclusi nel "PHT" secondo quanto previsto dalla Legge n. 405/2001. A distanza di 30 mesi dall'inizio del nuovo sistema distributivo l'ASP di Crotone ha deciso di effettuare una valutazione complessiva dei risultati economici e finanziari ottenuti attraverso la DPC.

Materiali e metodi. Attraverso la piattaforma regionale WebDPC abbiamo ricavato le dispensazioni effettuate, per ciascun mese, dall'avvio della DPC al mese di Aprile 2013. Per ogni mese considerato abbiamo calcolato il risparmio ottenuto rispetto alla tradizionale distribuzione in convenzionata, al netto sia delle quote riconosciute ai farmacisti e ai distributori per la DPC che degli sconti applicati sulla distribuzione in convenzionata. Abbiamo inoltre verificato le variazioni dei consumi di ciascun farmaco rispetto al periodo Gennaio-Ottobre 2010, precedente all'avvio della DPC.

Risultati. Il risparmio ottenuto è stato pari a € 156.655,19 nei due mesi del 2010 (media mensile di € 78.327,59), € 1.043304,07 nel 2011 (media di € 86.942,01), € 997.933,08 nel 2012 (media di € 83.161,09) e € 562.413,67 nei primi quattro mesi del 2013 (media di € 140.603,42). Vi è da precisare che dal Gennaio 2013 la DPC è uscita dall'alveo provinciale ed è stata centralizzata dalla Regione Calabria. Rispetto al periodo precedente l'avvio della DPC, durante il quale la distribuzione dei farmaci in PHT avveniva in convenzione, il consumo medio di farmaci nel 2013, espresso in volume, è diminuito mediamente del 16,32%, in particolare in relazione ad alcuni farmaci ad elevato costo. Dall'analisi è inoltre emerso che per ben 24 specialità, dato il prezzo aggiudicato nell'Accordo Quadro Regionale, la dispensazione in DPC costituisce, per la Regione, un aggravio di spesa.

Conclusioni. Nonostante la notevole attenzione posta nel calcolo dei consumi storici in convenzionata e dei risparmi ottenuti con la DPC resta da chiarire il motivo della riduzione dei consumi di alcune specialità. Si è prontamente provveduto a comunicare alla Direzione Aziendale i dati identificativi delle specialità la cui distribuzione in DPC non risulta conveniente in attesa di provvedimenti di competenza a livello regionale. Il notevole impatto economico del sistema di Distribuzione Per Conto, che ben si fonde con la nuova visione della "farmacia dei servizi", induce a pensare che il sistema sia una soluzione ottimale in grado di avvantaggiare sia il farmacista convenzionato che il SSN.

ANTIDEPRESSIVI E RISCHIO EMORRAGICO NELLA POPOLAZIONE IN TRATTAMENTO CRONICO NELL'AUSL DI BOLOGNA

Maria Marotta - AUSL BOLOGNA, FARMACEUTICO, BORSISTA

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

Paola Pagano - AUSL BOLOGNA, FARMACEUTICO, DIR.FARMACISTA DI FARMACEUTICA TERRITORIALE
Paola Zuccheri - AUSL BOLOGNA, FARMACEUTICO, DIR.FARMACISTA DI FARMACEUTICA TERRITORIALE
Marco Manzoli - AUSL BOLOGNA, FARMACEUTICO, DIR.FARMACISTA FARMACEUTICA TERRITORIALE-DIRETTORE
Mirna Magnani - AUSL BOLOGNA, FARMACEUTICO, DIR.FARMACISTA DI FARMACEUTICA TERRITORIALE

Introduzione. Studi di letteratura suggeriscono il possibile legame tra gli antidepressivi e la comparsa di emorragie con prolungamento del tempo di sanguinamento. Gli antidepressivi influenzano l'emostasi interferendo con il meccanismo di ricaptazione della serotonina dalle piastrine; da alcuni studi si rileva che gli inibitori selettivi della serotonina (SSRI) provocano più sanguinamenti rispetto ai farmaci appartenenti alle altre classi. Obiettivo della rilevazione è individuare, tra i pazienti in terapia cronica con alcune molecole di antdepressivi, il numero di ricoveri ospedalieri per patologie emorragiche ed eventualmente comparare i dati locali a quelli della letteratura.

Materiali e metodi. Dalla corte iniziale di 39.267 pazienti con prescrizioni di antidepressivi (ATC N06A) erogate in Assistenza Farmaceutica Territoriale e Distribuzione Diretta nel 1° trimestre 2012, è stato selezionato un campione di 616 pazienti con un numero ≥ a 7 confezioni ricevute. Sono state selezionate alcune molecole appartenenti a due ATC 4° livello diversi: N06AB-SSRI (citalopram, escitalopram e sertralina) e N06AX-ALTRI ANTIDEPRESSIVI (duloxetina e trazodone). I dati anagrafici dei pazienti inclusi nel campione sono stati successivamente incrociati con quelli dei ricoveri ospedalieri relativi all'anno 2012. È stata fatta una analisi sulla terapia completa dei pazienti ricoverati, estraendo i dati dal database delle ricette territoriali.

Risultati. I 616 pazienti (31% maschi e 69% femmine, età media 73 anni) rappresentano il 1,6% del campione e hanno assunto, nel periodo valutato, un numero di confezioni che presenta una mediana uguale a 8. Dei 5 principi attivi il trazodone è il più prescritto (58,6%), seguito da sertralina (16,4%), citalopram (11,4%) escitalopram (8,6%) e duloxetina (5,0%). I soggetti ricoverati con diagnosi di emorragia, con età media di 80 anni, sono stati 13 (3,6 % del totale): cinque per emorragie gastrointestinali, cinque per emorragie cerebrali, due per epistassi e uno per emorragia vitreale. L'incidenza di emorragie gastrointestinali e cerebrali è stata, per entrambe, di 8,12 per 1000 pazienti/anno. Tra i pazienti ricoverati, quattro sono stati esposti ad un aumentato rischio di emorragia in quanto in terapia concomitante con anticoagulanti orali e/o antitrombotici (tre) e piroxicam (uno).

Conclusioni. I risultati nella popolazione dell'AUSL di Bologna sembrano confermare un maggior rischio di emorragia correlato all'uso di queste molecole in accordo a quanto espresso in letteratura e, nello specifico, il dato sull'incidenza di sanguinamento gastrointestinale richiedente l'ospedalizzazione è in linea con il dato che si rileva dagli studi e che indica un range compreso tra 3,3 e 7,2 per 1000 pazienti/anno.

ANALISI E VALUTAZIONI PRESCRIZIONI E GESTIONE DELLA TERAPIA CON MICROINFUSORI ASL RME E APPLICAZIONE LINEE DI INDIRIZZO REGIONE LAZIO

Maria Teresa Mittoni - ASL Roma E, Farmaceutica Territoriale, Farmacista Dirigente
Roberta De Feo - ASL Roma E, Farmaceutica Territoriale, Farmacista Dirigente
Maria Annunziata Di Iorio - ASL Roma E, Farmaceutica Territoriale, Farmacista Dirigente
Mario Sanò - ASL Roma E, Farmaceutica Territoriale, Farmacista Dirigente
Daniela Ricciardulli - ASL Roma E, Farmaceutica Territoriale, Direttore UOC

Introduzione. L'utilizzo dei microinfusori è in continua crescita a causa della necessità di raggiungere un'ottimizzazione del controllo metabolico per la riduzione delle complicanze determinando, nell'ambito dei LEA, una voce di spesa considerevole. La Regione Lazio ha recepito con determinazione B05079 del 06-08-2012 il "Documento di Consenso sulla prescrizione e gestione della terapia con microinfusori", redatto dalle società scientifiche di Diabetologia, elaborando le linee di indirizzo relative alla prescrizione. Scopo dello studio è stato quello di analizzare l'andamento prescrittivo, l'impatto economico e l'applicazione delle linee di indirizzo regionali nella ASL-RME.

Materiali e metodi. L'analisi è stata condotta valutando le prescrizioni nel periodo anno 2002-I trimestre 2013, correlando centri prescrittori, e tipologia di microinfusore.

Risultati. Nella ASL- RME, dal 2002 a oggi, i pazienti con microinfusore sono stabilmente in crescita, ciò è dovuto al costante arruolamento di nuovi soggetti (media n. nuovi pazienti/anno =15) e alla forte aderenza al trattamento stesso. Attualmente sono in carico nella ASL-RME 176 pazienti per ciascuno dei quali è prevista una spesa annua variabile (3.400€-13.000€). Il Policlinico Gemelli è il primo polo prescrittore per i pazienti ASL RME (36% delle richieste totali nell'anno 2012). Nel corso dell'anno 2012 si è notata una forte prevalenza di prescrizioni (75%) di microinfusori della ditta che per prima ha sviluppato un'innovazione tecnologica che permette di interrompere l'infusione di insulina in caso di ipoglicemia. Recentemente anche altre due ditte (che hanno il 15% e 10% delle prescrizioni) hanno introdotto tale tecnologia, portando, di fatto, le tre aziende qualitativamente allo stesso livello (innalzamento del costo annuo microinfusore+materiale di consumo/paziente da 11.000 a 13.000 euro). Il SFT da ottobre 2012 ha applicato le direttive regionali individuando un diabetologo della ASL col compito di validare le prescrizioni e ridurre i fabbisogni non congrui.

Conclusioni. La procedura di verifica delle prescrizioni non ha finora portato a risultati rilevanti anche sotto il profilo economico e la proposta del SFT di una gara aziendale per i microinfusori non è stata accolta, in assenza di normativa regionale a supporto. Considerando che attualmente le tecnologie dei microinfusori sono analoghe, la criticità maggiore nell'applicazione di un'eventuale gara per microinfusori nasce dal fatto che ciascun prescrittore può indicare l'infungibilità di un apparecchio rispetto a un altro impegnando la ASL all'acquisto della ditta indicata. Sarebbe auspicabile individuare a livello regionale dei centri di riferimento, unici autorizzati alla prescrizione e vincolati all'applicazione di eventuali gare (regionali o aziendali).

IL PT INFORMATIZZATO QUALE STRUMENTO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Vittoria Grano - ASL TO5, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, FARMACISTA DIRIGENTE

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Tue, 08 Sep 2026, 17:37:47

Carmen Candido - ASL TO5, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, FARMACISTA DIRIGENTE
Giovanna Nota - ASL TO5, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, FARMACISTA BORSISTA
Ester Tolomei - ASL TO5, S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, DIRETTORE
Piero Servetti - ASL TO5, S.C. Reti e Tecnologie,

Introduzione. AIFA prevede per alcuni farmaci l'erogazione sulla base di Diagnosi e Piano Terapeutico(PT)formulati da centri specialistici individuati dalle Regioni,allo scopo di assicurarne l'appropriatezza diagnostico-assistenziale. La Commissione dell'ASLTO5 per la L.425/96 ha evidenziato un elevato numero di prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN redatte dai MMG e PLS prive di PT o con PT formalmente non corretto nei suoi campi di compilazione (dati paziente, diagnosi,farmaco,posologia, durata trattamento,timbro, firma del medico),con conseguenti difficoltà e aggravi di lavoro per la medicina di base,nonché addebiti in caso di mancate o non soddisfacenti controdeduzioni.Al fine di agevolare una corretta stesura dei PT da parte dello specialista e garantire una puntuale trasmissione dei medesimi al Servizio Farmaceutico Territoriale,in accordo con il Direttore Sanitario di Azienda e con parere favorevole dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino,si è provveduto ad elaborare una procedura di compilazione dei PT via web a partire da gennaio 2013.

Materiali e metodi. Il collegamento web avviene tramite un'icona presente su tutti i PC dei medici coinvolti,l'accesso alla compilazione dei moduli PT richiede l'utilizzo della password che identifica in maniera univoca il medico specialista responsabile della redazione del PT;nel campo"firma"del medico viene inserito automaticamente il nome e cognome del medico che si è autenticato.Tutti i dati anagrafici dei pazienti residenti vengono inseriti automaticamente con l'indicazione del solo codice fiscale grazie al collegamento con l'anagrafica tributaria. Il PT formulato viene salvato,stampato,firmato in originale dal medico specialista e destinato al paziente in duplice copia cartacea (paziente e MMG/PLS) e una copia per la struttura prescrittrice.Quando si esegue il comando "stampa",il modulo non è più modificabile e viene contestualmente e automaticamente inviato al Servizio Farmaceutico Territoriale.

Risultati. La procedura ha consentito la corretta redazione del PT(PT Template)per la prescrizione di medicinali a base di
epoietine,lamivudina,interferoni,ivabradina,incretine,pasugrel,dronedarone,tigacrelor,fattori di crescita leucocitaria e ranolazina e per tutti i medicinali che necessitano di PT non specifico dell'AIFA.Per i medici specialisti delle UVA aziendali è inoltre disponibile la modulistica del PT e Scheda di Monitoraggio Bimestrale per il trattamento con Antipsicotici Atipici in pazienti affetti da demenza.

Conclusioni. L'informatizzazione è un utile strumento per migliorare l'accuratezza nelle prescrizioni di farmaci suPT,prevenire errori di formulazione e garantire la tempestività nella trasmissione dei PT alla farmacia.

APPROPRIATEZZA E SPESA FARMACEUTICA: "I COSTI DELLA NON QUALITA"

Lucio Di Castri - AUSL PIACENZA, FARMACIA TERRITORIALE, FARMACISTA
Chiara Seccaspina - AUSL PIACENZA, FARMACIA TERRITORIALE, FARMACISTA
Sara Ferrari - AUSL PIACENZA, FARMACIA TERRITORIALE, FARMACISTA
Antonella De Masi - AUSL PIACENZA, FARMACIA TERRITORIALE, FARMACISTA
Andrea Bosi - AUSL PIACENZA, FARMACIA TERRITORIALE, FARMACISTA
Cinzia Barbieri - Ausl Piacenza, Farmacia Territoriale, Farmacista
Alessandra Melfa - Ausl Piacenza, Farmacia territoriale, Farmacista
Simonetta Radici - Ausl Piacenza, Farmacia Territoriale, Direttore di Farmacia
Therese Gregori - Ausl Piacenza, Farmacia Territoriale, Farmacista
Marilena Fusconi - Ausl Piacenza, Farmacia Territoriale, Farmacista
Marcello Groppi - Ausl Piacenza, Farmacia Territoriale, Farmacista

Introduzione. La spesa farmaceutica territoriale rappresenta un elemento rilevante della spesa sanitaria nel nostro paese. L'assegnazione e la costruzione di un Budget di spesa da assegnare ai Medici di Medicina Generale (MMG) rappresenta uno strumento strategico a disposizione delle aziende sanitarie al fine sia di governare la spesa farmaceutica territoriale sia di responsabilizzare gli MMG. In quest'ottica, il Servizio Farmaceutico Territoriale dell'AUSL di Piacenza ha organizzato, negli anni 2010/2011/2012, formazioni ed incontri personalizzati con gli MMG allo scopo di informarli riguardo al proprio comportamento prescrittivo con l'obiettivo di ottimizzare e rendere più appropriata ed efficace l'attività prescrittiva.

Materiali e metodi. La prima fase ha visto un periodo di formazione degli MMG attraverso colloqui all'interno dei vari nuclei di cure primarie (NCP). Nei colloqui si è valutata l'appropriatezza prescrittiva attraverso una documentazione, che comprendeva la spesa lorda totale generata dalle prescrizioni negli anni 2010 e 2011. Analizzando tale spesa, sono stati individuati gli MMG iperprescrittori attraverso una reportistica che studiava tutte le prescrizioni in regime S.S.N. per macro categoria in base al I° livello di ATC. Successivamente, sono stati fissati alcuni incontri personalizzati con gli stessi MMG, in cui è stata valutata l'attività prescrittiva pregressa, analizzato i dati e promosso la messa in atto di scelte appropriate, volte al contenimento della spesa, quali: il corretto utilizzo delle note AIFA, opzioni terapeutiche basate sulle più solide evidenze scientifiche disponibili, prescrizioni di farmaci a brevetto scaduto, invio presso la Distribuzione Diretta di pazienti con farmaci del PTH, a maggiore impatto sulla spesa economica. Infine, è stata monitorata la loro spesa con cadenza trimestrale effettuando gli opportuni confronti.

Risultati. In seguito al periodo di formazione nei NCP si è visto che la spesa farmaceutica territoriale dal 2010 al 2012 è diminuita del 15.9% pari a 7.891.491,96 euro. Inoltre, il confronto tra la spesa farmaceutica degli iperprescrittori, che hanno partecipato agli incontri personalizzati nell'arco del 2011, ha mostrato una riduzione media del budget nell'anno successivo del 8.8%, pari a 23.689 euro per ogni medico che ha collaborato.

Conclusioni. Questo progetto ha mostrato come il farmacista territoriale abbia un ruolo centrale nel monitoraggio della spesa farmaceutica e come il confronto con gli MMG, renda possibile centrare gli obiettivi di ottimizzazione, appropriatezza ed efficacia dell'attività prescrittiva. Si evidenzia, quindi, la necessità di estendere gli incontri a tutti gli MMG dell'AUSL di Piacenza e di proseguire il progetto negli anni futuri replicando gli incontri.

FARMACOEPIDEMIOLOGIA E FARMACOUTILIZZAZIONE