

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DI ERITROPOIETINA PRESSO L'AOU-SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI

Elisabetta Ricciardi,^{1,2} Daniela Giocondo,² Stefania Ziccardi,² Rosa Annibale,² Francesco Russo,²

¹Università di Messina - ²AOU-Seconda Università di Napoli Servizio di Farmacia, Farmacoutilizzazione e Farmacoeconomia

Introduzione. In seguito alla pubblicazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale, la regione Campania ha emanato una serie di decreti per la razionalizzazione della spesa. Il decreto regionale n° 27 del 15 marzo 2013 (D.R.) stabilisce l'utilizzo del farmaco biosimilare, con costo di terapia più basso, per il trattamento di pazienti "drug naive", salvo indicazioni specifiche. Al fine di verificare gli effetti di questo decreto sono state analizzate e confrontate le richieste di eritropoietine pervenute dalle UU.OO.CC. della AOU-SUN al Servizio di Farmacia nel periodo immediatamente precedente (01/03/2012 - 01/03/2013) e successivo (01/03/2013 - 01/03/2014) al D.R.

Materiali e metodi. I dati utilizzati provengono dall'analisi di n° 762 prescrizioni di eritropoietine, sia originator che biosimilari, pervenute presso il Servizio di Farmacia dai reparti dell'AOU-SUN, nel periodo compreso fra marzo 2012 e marzo 2014. Tutti i dati sono stati trattati nel pieno rispetto della privacy (D.Lgs 196/2003).

Risultati. Sono state analizzate n° 471 richieste di eritropoietine inoltrate prima del D.R. e 291 richieste dopo il D.R. provenienti da n° 22 UU.OO.CC. Le 471 richieste erano così suddivise: il 68% di farmaco biosimilare (Retacrit e Binocrit) e il 32% di farmaco originator (Eprex e Neorecormon). Le 291 invece riguardavano il 78% di biosimilare e il 22% di originator. Il D.R. ha quindi fatto sì che le prescrizioni di farmaco biosimilare inizialmente pari al 68% aumentassero del 10%. Inoltre l'analisi dei prezzi d'acquisto dei farmaci ha evidenziato come questo stesso risultato fosse diminuito sensibilmente dopo l'introduzione del D.R. Infatti il prezzo per unità di eritropoietina alfa originator si è ridotto del 31%, così come quello di eritropoietina beta originator che si è ridotto del 36%. Infine analizzando le prescrizioni e le cartelle cliniche di due UU.OO.CC. (I Clinica Pediatrica e Nefrologia), è emerso che lo switch tra eritropoietine originator e biosimilare è un fenomeno frequente.

Conclusioni. Il D.R. ha determinato nell'AOU-SUN un aumento del numero di prescrizioni di farmaci biosimilari con conseguente risparmio della spesa. Contestualmente è avvenuta una diminuzione del prezzo dei farmaci originator. Infine dall'analisi delle richieste e delle relative cartelle cliniche, la pratica dello switch risulta difatto una modalità prescrittiva frequente. Un'analisi più ampia delle cartelle cliniche consentirà di valutare le ripercussioni che il fenomeno dello switch potrà determinare nell'efficacia e nella tollerabilità della terapia con eritropoietine.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE - TERRITORIO

DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI SPECIALI AI PAZIENTI CON DIFETTI METABOLICI CONGENITI DEI DISTRETTI SANITARI 60, 61, 62, 63 DELL'ASL SA

Ilaria Barbato,¹ Vincenzo Del Pizzo,¹ Maria Luigia Cerulli,² Carmine Giannattasio,²

¹ASL Salerno, Servizio Farmaceutico territoriale

²Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università di Salerno

Introduzione. Il D.M. 8 giugno 2001 ha regolamentato l'erogazione dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare per le persone affette da malattie metaboliche congenite, fibrosi cistica e morbo celiaco. Tali patologie vengono accertate e certificate dai centri di riferimento individuati dalle Regioni che prescrivono il regime dietetico in relazione alle condizioni cliniche e all'età dei pazienti. Gli alimenti prescritti sono quelli inclusi nel Registro nazionale dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare. La Regione Campania ha istituito con la legge regionale n. 2 del 11/02/2003 un Osservatorio regionale sulle intolleranze alimentari e ha decretato che queste forme morbose vengano attestate dall'Azienda

Sanitaria locale che autorizza alla fornitura gratuita degli alimenti necessari. Nella Legge regionale n. 2 del 2007, articolo 31 comma 35, è stato poi previsto che tali alimenti siano distribuiti direttamente dalle ASL attraverso le farmacie e i punti vendita convenzionati. Pertanto nell'ASL di Salerno al paziente con difetti metabolici congeniti viene diagnosticata la patologia dal Centro di riferimento regionale che rilascia un piano terapeutico semestrale, l'ASL attesta tale patologia e autorizza il paziente a ritirare il regime dietetico necessario nelle farmacie e nei punti vendita autorizzati. Obiettivo del presente lavoro è stato analizzare la popolazione e monitorare il costo di tale percorso all'interno del Distretti sanitari (DS) 60, 61, 62 e 63 dell'ASL di Salerno.

Materiali e metodi. Abbiamo raccolto i dati sulla popolazione con difetti metabolici congeniti attraverso il programma di registrazione delle prescrizioni delle farmacie e dei punti vendita convenzionati, farmaweb, abbiamo estratto i dati relativi al consumo per paziente di tali alimenti nel 2012 e nel 2013.

Risultati. I pazienti con difetti metabolici sono 17; 10 donne e 7 uomini di età compresa tra i 9 e i 59 anni, la media dell'età è di 22,5 anni. Il costo sostenuto per l'erogazione degli alimenti prescritti per tali malattie è stato per il 2012 di € 232.835,57 e per il 2013 di € 236.427,75, pertanto è leggermente aumentato(+1.54%). Nel 2013 la spesa per gli alimenti per 17 pazienti ha inciso del 13.25% sulla spesa totale sostenuta per tutti i dietoterapici (€ 1.783.917,59) e per il 4.68% sulla spesa totale dell'integrativa (€ 5.047.951,93) distribuiti direttamente dalle farmacie e dai punti vendita convenzionati per i pazienti con difetti metabolici e celiachia.

Conclusioni. Il percorso, pur incidendo notevolmente sui costi (13.25% della spesa dei dietoterapici per solo 17 pazienti), dimostra un'ottima integrazione tra Centri di riferimento, ASL e punti convenzionati che permette al paziente di usufruire di una buona continuità terapeutica grazie alla distribuzione capillare delle farmacie di comunità sul territorio.

DISTRIBUZIONE DELLA TERAPIA ALLA DIMISSIONE PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DI ASTI: RISPARMIO ECONOMICO E CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Simona Rissone,¹ Michela Colombo-Gabri,¹ Anna Maria Toffano,¹ Nicoletta Cerminara,¹ Silvia Degara,¹ Giovanna Mutton,¹ Laura Morra,¹ Maria Cristina Rossi,¹ Paola Gadolini,¹ Gianluca Ghiselli,² Silvana Martinetti,³

¹Farmacia Ospedaliera-ASL AT, Servizi

²MeCAU-ASL AT, Emergenza, Asti

³Servizio Farmaceutico Territoriale-ASL AT

Introduzione. Nel 2010 presso la farmacia ospedaliera dell'Ospedale di Asti Cardinal Massaia è stata creata la "farmacia delle dimissioni", dove in conformità a quanto disposto dalla Legge n. 405 del 16.11.01 si consegnano le terapie prescritte in dimissione di tutti i reparti e gli ambulatori. Considerate le diverse esigenze è rimasto fuori da tale progetto il reparto di pronto soccorso.

Materiali e metodi. Dal 2012 si è allestito in DEA un armadio con i farmaci necessari per le dimissioni (inizialmente solo antibiotici) sotto la responsabilità del farmacista che lo controlla e lo rifornisce e a disposizione del personale di pronto soccorso. A luglio 2013 è stato creato un centro di costo dedicato alle dimissioni del DEA astigiano che permette un veloce monitoraggio dei farmaci distribuiti in qualsiasi momento. In dimissione al paziente insieme al verbale di pronto soccorso vengono consegnate le terapie prescritte per quanto riguarda due classi farmaceutiche: antibiotici ed eparine a basso peso molecolare. Il personale infermieristico compila i moduli per il file F ove vengono indicati tipologia e quantità dei farmaci dispensati. Questi vengono registrati dal farmacista che procede al ripristino delle scorte e alla verifica dell'appropriatezza terapeutica (il farmacista ha anche accesso alle cartelle cliniche): qualora noti delle incongruenze ne discute con i colleghi medici.

Risultati. Dal 1 luglio 2013 sono stati consegnati 15492 unità di farmaci che corrispondono a 15 principi attivi appartenenti ad antibiotici o eparine a basso peso molecolare. In particolare sono state dispensate 1872 compresse di ciprofloxacina; 7800 compresse di amoxicillina ed acido clavul-

lanico; 618 compresse di claritromicina; 1008 siringhe di parnaparina 0,4 per un totale di 2166 euro con un risparmio economico superiore al 60% per la ASL.

Conclusioni. La consegna della terapia prescritta in dimissione è risultato essere un ottimo servizio prestato al paziente, che si reca a domicilio già rifornito del primo ciclo di terapia. Si è rivelato anche un importante strumento di contenimento della spesa farmaceutica e di controllo della appropriatezza prescrittiva. I risultati sono così incoraggianti da far pensare ad una possibile estensione delle classi farmaceutiche arruolate.

APPROPRIATEZZA D'USO DEI BIOSIMILARI: PERCORSI CONDIVISI TRA FARMACISTI E CLINICI

Laura Casorati,¹ Victor Mario Conte,¹ Manuela Savoldelli,¹ Maria Grazia Ottoboni,¹ Ferla Daniela,¹ Alessandra Ragazzi,¹ Carolina Desirè Premoli,¹ Adriana Turco,² Alfredo Cocci,² Tullio Elia Testa,¹

¹Farmacia, A.O. Ospedale Maggiore di Crema

²Servizio Farmaceutico, ASL della Provincia di Cremona

Introduzione. Il tema dei farmaci biosimilari è di grande attualità. Essi rappresentano una buona opportunità di risparmio per il Sistema Sanitario Nazionale, anche se in alcuni ambiti rimangono ancora discussi i problemi relativi alla loro comparabilità, intercambiabilità e sostituibilità. In questo panorama non ben definito il farmacista ha un ruolo chiave nel diffondere e sostenere ed indirizzare al meglio la prescrizione dei medici. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di definire le condizioni necessarie per assicurare un adeguato utilizzo e accesso ai prodotti biosimilari.

Materiali e metodi. A partire dal 2012 da una proposta condivisa tra la Farmacia dell'Ospedale Maggiore di Crema e l'ASL della Provincia di Cremona è iniziato un percorso multidisciplinare tra farmacisti e medici, dapprima dell'area oncologica e successivamente dell'area nefrologica. Dagli incontri previsti sono emerse decisioni chiare che tenessero conto dell'interesse clinico dei pazienti, delle indicazioni legislative in materia, del budget e delle risorse disponibili. Al termine di questo lavoro è nato un documento informativo di sintesi, in cui sono stati delineati i percorsi terapeutici, con specifiche sulle indicazioni terapeutiche approvate e l'uso speciale dei farmaci secondo la legge 648 del 96. Sempre in quest'ottica è stato realizzato un evento formativo per sensibilizzare i medici e gli operatori sanitari di tutte le aree a questo importante tema. In tale contesto si sono analizzati in dettaglio vari aspetti: dalle regole regionali 2014, al concetto di comparabilità e di sostituibilità dei farmaci biosimilari, all'esortazione alla segnalazione dell'eventuali reazioni avverse ai farmaci.

Risultati. Vincente è stato l'approccio multidisciplinare, in cui si è a lungo discusso sulle possibili soluzioni da attuare, non basandosi solamente sull'aspetto puramente economico, ma garantendo l'autonomia del medico, fornendo da un lato maggiori armi terapeutiche per poter curare il malato e dall'altro consentire una migliore allocazione delle risorse. Ad oggi si è confermata la sostituzione totale verso i prodotti biosimilari, fattori di crescita ed antianemici, per i pazienti oncoematologici naive, mentre è in crescita lo shift verso il biosimilare per i pazienti nefropatici.

Conclusioni. L'adozione di linee condivise sull'intera problematica e di gestione dei biosimilari è stato un momento importante, destinato a portare chiarezza nel processo decisionale, anche al fine di non vanificare in irrazionali paure o in superficiali valutazioni l'opportunità offerta da questo sviluppo del mercato farmaceutico.

COLLABORAZIONE TRA FARMACISTA ED INFERMIERE PER LA FORMAZIONE/INFORMAZIONE DEL PAZIENTE DIMESSO DALL'OSPEDALE CIRCA LA GESTIONE DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE DOMICILIARI

Elena Mittone, Arianna Dal Canton, Alice Alfonso, Daniela Minasso, Elena Garbarino, Sara Boffa, Loredana Castellino, Valeria Recalenda, Felice Riella ASL CN2, Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, Cuneo

Introduzione. Uno dei presupposti affinché un trattamento mantenga il rapporto efficacia/rischio desiderato è che, oltre ad essere prescritto alle dosi corrette e per un intervallo di tempo adeguato, sia anche assunto nel modo indicato. Se la compliance al trattamento è scarsa il paziente è espo-

sto al rischio degli effetti indesiderati senza avere i benefici attesi, e questo capita più frequentemente se i pazienti sono anziani o politrattati. Il farmacista è figura di riferimento per la corretta gestione del farmaco sia ospedaliero che domiciliare. Nell'ASL CN2 è attivo, dal settembre 2011, l'ambulatorio farmaceutico dedicato alla distribuzione del primo ciclo di terapia dopo ricovero o visita ambulatoriale, gestito da Farmacisti in collaborazione con Infermieri Professionali. L'obiettivo del lavoro è integrare le figure professionali del Farmacista e dell'Infermiere al fine di: fornire al paziente dimesso oltre ai farmaci necessari al prosieguo delle cure, anche le informazioni che ne permettano utilizzo, conservazione e approvvigionamento futuro corretti; prendere in carico il paziente dimesso per migliorare la compliance alla terapia.

Materiali e metodi. Nel percorso del paziente che si presenta all'ambulatorio farmaceutico alla dimissione, è stato inserita la figura dell'infermiere: dopo che il farmacista valida la prescrizione, dispensa i farmaci e effettua l'attività di counseling orale, il paziente viene indirizzato dall'infermiere. L'infermiere ha la funzione di addestrare i pazienti all'uso delle terapie parenterali, transdermiche ed inalatorie. Per rendere maggiormente incisivo il messaggio sono state realizzate delle brochure (con foto e schemi commentati) specifiche da consegnare.

Risultati. Dal 2011 al 2013 sono stati seguiti 16249 pazienti con un risparmio di 956000 euro. Grazie alla collaborazione tra Farmacisti e personale infermieristico sono state elaborate 7 guide educative per i pazienti intitolate: "Conservazione ed assunzione dei medicinali al domicilio", "Utilizzo dei cerotti transdermici", "Warfarin istruzioni per l'uso", "Autosomministrazione delle eparine a basso peso molecolare", "Somministrazione delle iniezioni intramuscolari", "Utilizzo degli sciroppi pediatrici", "Autosomministrazione dell'insulina". Inoltre, sono stati predisposti 2 strumenti per facilitare il paziente/care-giver: uno schema per il monitoraggio del warfarin (con colonne per INR e dosaggio quotidiano) ed un planning con la suddivisione oraria dei farmaci da assumere. Ci si sta adoperando per rendere fruibili le guide a tutta la popolazione mediante pubblicazione sul sito internet aziendale.

Conclusioni. La collaborazione tra le differenti figure professionali è preziosa per migliorare la gestione delle terapie domiciliari consentendo al paziente di ottimizzare le cure ed i risultati. Nei prossimi mesi verrà predisposto un questionario di gradimento dell'ulteriore servizio offerto dall'infermiere.

SCHEDE PAZIENTE E SCHEDE FARMACISTA: STRUMENTI UTILI PER LA GESTIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NEL POLICLINICO DI BARI

Silvia Buongiorno,¹ Sabrina Amendolagine,¹ Angela Bove,¹ Noemi Papadia,¹ Cataldo Procacci,¹ Miriam Rizzo,¹ Maria Faggiano,² Michele Lattarulo,²

¹Università di Bari, Farmacia Ospedaliera

²Area Farmaceutica, A.O. Policlinico Consorziale, Bari

Introduzione. La dispensazione delle terapie domiciliari, prevista dall'articolo 8 della legge 405/2001, è un atto complesso per il quale il farmacista istruisce il paziente affinché egli possa aderire alla prescrizione quanto più possibile. Nell'U.O. di Farmacia dell'A.O. Policlinico di Bari, un gruppo di allievi della Scuola di Specializzazione di Farmacia Ospedaliera ha elaborato delle schede informative, denominate "scheda paziente" (SP) e "scheda farmacista" (SF), su tutti i farmaci dispensati presso l'assistenza farmaceutica domiciliare (AFD). La SP, destinata direttamente al paziente, ha l'intento di educare alla corretta farmacoutilizzazione. La SF, rivolta a tutto il personale della farmacia, è uno strumento finalizzato a verificare le caratteristiche tecniche relative a ciascun farmaco.

Materiali e metodi. Per la realizzazione delle schede sono state consultate anche dati (quali Micromedex e Terap). Le informazioni riportate sulla SP riguardano: indicazioni terapeutiche, posologia, modalità di somministrazione e conservazione, controindicazioni, interazioni tra farmaci, effetti collaterali più comuni e azioni da intraprendere in caso di sovradosaggio. Le SF, oltre alle indicazioni presenti nelle SP, sono integrate da erudizioni su legge 648/96, note limitative AIFA e monitoraggio intensivo da parte dell'AIFA.

Risultati. La SF è risultata uno strumento immediato, ottimo supporto al lavoro del farmacista ospedaliero (FO), ma la gratificazione maggiore è derivata dalla SP. I pazienti si sono dimostrati soddisfatti, incuriositi e rassicurati dal FO, assertivo nei loro confronti. Il riscontro di clinici, rappresentanti delle associazioni dei pazienti e pazienti è stato positivo; le SP sono risultate schematiche, ma allo stesso tempo dettagliate e il linguaggio utilizzato semplice, promuovendo, così, le schede strumento utile a migliorare l'assistenza nella continuità ospedale-territorio e l'aderenza terapeutica. Le SF, invece, si sono rivelate utili a tutti gli specializzandi che si avvicendano, nel periodo del tirocinio formativo, nella dispensazione dei farmaci in AFD e, in generale, costituiscono un "alleato" nel controllo dell'appropriatezza prescrittiva.

Conclusioni. L'attuazione dell'articolo 8 della legge 405/2001 viene valorizzata dalla concretizzazione e fusione di "riconciliazione" ed "alleanza terapeutica" che, insieme, beneficiano FO e paziente, l'uno appagato per il suo lavoro, l'altro salvaguardato nella sua salute. La SP ha permesso di avvicinarci ai pazienti e supportarli nell'approccio a terapie che affrontano da soli a domicilio, dopo un inizio in strutture ospedaliere specializzate. Il supporto delle SP e delle SF, e la possibilità di consultarle in qualsiasi momento, possono rappresentare sicuramente strategie utili per evitare errori che possono condizionare l'outcome di una terapia.

TERAPIE ONCOLOGICHE ORALI: IL RUOLO DEL FARMACISTA OSPEDALIERO NEL MONITORAGGIO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA

Elisa Marletta, Daniela Spadaro, Debora Sgarlata, Sandra Guzzardi, Nicoletta Avola, Giovanna Cacciaguerra
P.O. Umberto I, Farmacia ospedaliera, Asp di Siracusa

Introduzione. La necessità dell'aderenza alla cura e di un attento monitoraggio delle eventuali tossicità delle terapie oncologiche rappresenta uno dei principali problemi riscontrati nelle terapie orali. L'autosomministrazione del farmaco al di fuori del contesto ospedaliero potrebbe portare ad un erroneo dosaggio ed inoltre la gestione della tossicità e sicurezza della terapia può diventare molto complessa anche a causa delle variabili farmacocinetiche e farmacodinamiche caratteristiche dell'assunzione orale (assorbimento enterale, interazioni con farmaci e/o cibi, orari da rispettare, posologie complesse). Obiettivo del lavoro è valutare come la figura del farmacista ospedaliero possa in qualche modo aumentare l'aderenza terapeutica al trattamento ed coinvolgere il paziente in un percorso assistenziale consapevole e proattivo.

Materiali e metodi. Sono state adottate alcune semplici strategie di comunicazione come l'adozione di un linguaggio semplice e diretto e la focalizzazione su pochi messaggi chiave per istruire i pazienti sul tipo di trattamento, sui rischi e le precauzioni associate, sulle modalità di somministrazione, sulla corretta conservazione del farmaco, sui più comuni effetti collaterali e sulle potenziali interazioni con altri farmaci e/o cibi. Il paziente viene istruito anche sull'importanza dell'assunzione regolare e sulla gestione degli effetti collaterali di lieve entità. Al fine di monitorare l'efficacia delle strategie intraprese si è scelto di monitorare l'aderenza dei pazienti trattati con terapia oncologica orale ad alto costo. L'aderenza è stata calcolata come rapporto tra la Received Daily Dose (RDD) e la Prescribed Daily Dose (PDD).

Risultati. I pazienti monitorati dal 1 gennaio 2013 al 31 maggio 2014 presso la Farmacia del P.O. Umberto I di Siracusa sono stati in totale 60 (35 uomini e 25 donne) di cui 16 in trattamento con sorafenib, 11 con erlotinib, 9 con abiraterone, 7 con sunitinib, 6 con everolimus, 3 con lapatinib, 3 con pazopanib, 3 con gefitinib e 2 con vemurafenib. Considerato che un buon livello di aderenza è compreso tra 0,8 e 1,2, tutti i farmaci oggetto dello studio mostrano un ottimo profilo di aderenza con valori medi che si attestano attorno a 0,99 senza differenze significative tra le molecole impiegate, protocolli adottati e tipologia del paziente. La soddisfazione da parte dell'utenza per l'approccio adottato risulta altresì molto elevata.

Conclusioni. La percezione dell'assistenza continua e la gestione condiziona la terapia hanno aumentato notevolmente la compliance dei pazienti sottolineando ancora una volta il ruolo fondamentale del

Farmacista Ospedaliero nel produrre outcomes positivi che si traducono in un miglioramento del percorso assistenziale e in un investimento corretto delle risorse disponibili.

ADERENZA AL REGOLAMENTO ATTUATIVO DELLA DPC DELLE FARMACIE PRIVATE CONVENZIONATE IN CALABRIA

Simona Angela Mirarchi, Daniela Labate, Luciana Florio
Ufficio DPC Regionale Calabria, ASP Cosenza

Introduzione. Decorsi circa 18 mesi dalla centralizzazione in Calabria della Distribuzione per conto (DPC) dei farmaci del PHT, affidata alla gestione dell'ASP Capofila di Cosenza, è tempo di bilanci. Oltre all'implementazione della distribuzione e al risparmio per la spesa farmaceutica sono stati ottenuti anche risultati in termini di aderenza al Regolamento Attuativo da parte delle farmacie private convenzionate nella gestione delle ricette DPC e degli eventuali resi.

Materiali e metodi. Il Documento attuativo prescrive che le ricette inserite sulla piattaforma WEBDPC devono essere spedite o eliminate, nel caso di mancata ritiro da parte del paziente, nel termine di 7 giorni. Per valutare i risultati ottenuti in termini di applicazione del Regolamento attuativo da parte delle farmacie convenzionate, è stato valutato allo stato attuale il tempo medio di chiusura delle ricette e la percentuale di ricette e resi irregolari. Nel primo quadrimestre 2014, il tempo medio intercorrente fra la data di inserimento della ricetta e quella di spedizione, calcolato su un campione di 1.000 ricette spedite nell'ASP di Cosenza, è stato di 3,7 giorni. Per valutare la presenza di irregolarità è stato considerato il numero delle ricette aperte e di quelle spedite e mai contabilizzate sul totale delle ricette inserite in piattaforma nel primo quadrimestre 2014. Sono stati, quindi, rilevati per lo stesso periodo, i resi in sospeso sul totale di quelli inseriti.

Risultati. All'avvio della gestione centralizzate della DPC sono state riscontrate sulla piattaforma numerose irregolarità quali la presenza di ricette aperte (in ragione di 1.474) di ricette spedite non contabilizzate e di resi in sospeso. La maggior parte di queste ricette, a seguito della segnalazione dell'Ufficio DPC Regionale, sono state spedite e contabilizzate mentre per altre è stato necessario procedere all'addebito del costo del farmaco non consegnato al paziente. Ad oggi su 320.804 ricette inserite in DPC nel primo quadrimestre 2014 sono state rilevate soltanto 34 ricette aperte corrispondenti allo 0,01% del totale e 78 ricette spedite e non contabilizzate nel mese di riferimento, pari ad una percentuale dello 0,02%. Nel primo quadrimestre del 2014 sono stati registrati soltanto 3 resi in sospeso, corrispondenti allo 0,21% del totale dei 1.390 resi al deposito per la mancata consegna al paziente.

Conclusioni. Grazie al rigoroso monitoraggio dell'attività delle farmacie private convenzionate ed all'attività sanzionatoria sulle situazioni non sanabili, è stata ottenuta una maggiore aderenza al Regolamento Attuativo della DPC in Calabria, riducendo drasticamente le perdite per il SSR dovuti a comportamenti non conformi.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO ATTRAVERSO IL PRIMO CICLO DI TERAPIA: STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE ED OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Elisa Marletta, Daniela Spadaro, Sandra Guzzardi, Debora Sgarlata, Nicoletta Avola, Giovanna Cacciaguerra

P.O. Umberto I, U.O.C. Farmacia, Farmacia ospedaliera, Asp di Siracusa
Introduzione. La gestione della terapia per i pazienti in dimissione risulta essere un processo delicato e complesso che coinvolge medico, farmacista e paziente. A partire da Gennaio 2013, presso la Farmacia del P.O. Umberto I (ASP di Siracusa) è partito un progetto di implementazione della distribuzione diretta dei farmaci del primo ciclo terapeutico (PCT). Il potenziamento di un servizio già attivo dal 2008 nasce sia dall'esigenza di una maggiore continuità assistenziale ospedale-territorio sia dalla necessità di contenere la spesa farmaceutica attraverso il risparmio ottenuto dai costi minori della distribuzione diretta e dal controllo dell'appropriatezza prescrittiva. Obiettivo del lavoro è descrivere come l'impiego di

un nuovo approccio interdisciplinare medico-farmacista abbia portato ad una maggiore ottimizzazione del processo assistenziale.

Materiali e metodi. Il progetto nasce con l'obiettivo di identificare delle corrette strategie di miglioramento dell'intero processo relativo alla prescrizione, alla preparazione e alla consegna del farmaco al paziente in dimissione. La rete collaborativa per il potenziamento del PCT si è articolata in: 1) confronti diretti con i responsabili delle Unità Operative per individuare le criticità ed ottimizzare il processo; 2) estensione del PCT fino a 30 giorni di terapia ed attivazione anche per gli accessi ambulatoriali; 3) informazioni e chiarimenti sulle normative nazionali e regionali, sui principi attivi presenti nel PTO (con particolare riguardo alle eventuali note AIFA, alle dosi, alla posologia, alla via di somministrazione e al regime di rimborsabilità); 4) possibilità di consegnare il PCT direttamente in reparto per pazienti fragili; 5) programmazione mensile e personalizzata sui consumi dei singoli centri prescrittori; 6) controllo sull'appropriatezza prescrittiva e sulla completezza dei dati riportati.

Risultati. Nel 2013 i pazienti che hanno ricevuto un primo ciclo di terapia in dimissione da ricovero o da visita ambulatoriale sono stati in totale 5858 contro i 4612 dell'anno precedente con un aumento percentuale del 27,02%. Nei primi 5 mesi del 2014 i pazienti che hanno ritirato la terapia in dimissione hanno già superato i 3200 con una proiezione annuale che dovrebbe superare i 7500 accessi. Allo stato attuale si è passati da una media di 385 PCT/mese (2012) a 637 PCT/mese (2014) con un aumento prescrittivo del 65,45%.

Conclusioni. La costruzione di un linguaggio condiviso e l'impiego di metodologie appropriate hanno portato ad un miglioramento dell'assistenza farmaceutica che ha aperto nuove opportunità verso un aumento complessivo della qualità dell'assistenza e dell'utilizzo razionale delle risorse.

PRESCRIZIONE ALLA DIMISSIONE E DOPO VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI MEDICINALI BIOSIMILARI

Stefano Bianchi, Brunella Quarta, Marcella Barotto, Susanna Gilli, Erica Bianchini, Paola Scanavacca, Chiara Palladino
Dipartimento farmaceutico interaziendale, U.O. Farmacia ospedaliera, A.O. Univeristaria di Ferrara

Introduzione. La promozione dei medicinali biosimilari, quale strumento qualificante per la sostenibilità del SSN, è sempre stata tra gli obiettivi del Dipartimento farmaceutico interaziendale di Ferrara (azienda usl e azienda ospedaliero universitaria) in tema di Politica del Farmaco. Per i farmaci di elevato impatto economico prescrittivo il Dipartimento Farmaceutico, provvede a riesaminare l'intera categoria terapeutica di appartenenza modificando eventualmente il PT con la scelta univoca del principio attivo biosimilare e/o formulando specifiche indicazioni ai prescrittori. Nell'anno 2013 sono stati assegnati e negoziati in appositi incontri di budget al Dipartimento delle Medicine specialistiche e nello specifico alle UU.OO. di Ematologia, Oncologia e Nefrologia, specifici obiettivi di prescrizione nei pazienti naive di medicinali biosimilari filgrastim ed eritropoietina, nelle rispettive indicazioni onco-ematologiche e nefrologiche (escludendo quelle previste dalla Legge 648/96), assegnando valori percentuali in termini di prescrizioni di cui sono stati poi forniti periodicamente report trimestrali di monitoraggio alle stesse UU.OO.

Materiali e metodi. Sono state analizzate le prescrizioni dei medicinali originator e biosimilari di eritropoietine e filgrastim suddividendole per le UU.O. interessate (oncologia, ematologia e nefrologia) per l'anno 2013 per poi rapportarle agli obiettivi prescrittivi assegnati in sede negoziazione di budget relativamente all'anno 2013.

Risultati. Dall'analisi dei dati di utilizzo del Filgrastim biosimilare da parte delle UU.OO. Oncologia ed ematologia l'adesione all'obiettivo assegnato (incremento delle prescrizioni di filgrastim biosimilare nei pazienti naive) è stata raggiunta. Per quanto riguarda invece, i dati di utilizzo dell'Eritropoietina biosimilare da parte della U.O. Oncologia l'adesione all'obiettivo (100% delle prescrizioni di eritropoietina biosimilare) è stata del 91% con un aumento progressivo, rispetto all'anno 2012 del 25%; un analogo andamento è stato osservato per la U.O. di Ematologia, in quanto

è stato riscontrato un utilizzo di farmaco biosimilare pari al 71% con un incremento progressivo da inizio anno del 16%. Differente è stato quanto riscontrato per la U.O. Nefrologia dove l'utilizzo di Eritropoietina biosimilare per l'indicazione nell'anemia correlata ad insufficienza renale cronica, somministrata al domicilio sottocute, ha avuto un aumento minore in quanto si è passati da Gennaio a Dicembre 2013 dal 18% al 35,8%.

Conclusioni. La condivisione e la negoziazione di specifici obiettivi con le UU.OO. interessate, soprattutto al riguardo di medicinali con un impatto prescrittivo ospedale-territorio importante, può consentire una risorsa in termini di appropriatezza prescrittiva e di risparmio sulla spesa farmaceutica territoriale consentendo una successiva riallocazione di risorse economiche su medicinali innovativi di recente introduzione in commercio.

ADERENZA ALLA TERAPIA DOMICILIARE DEL DIABETE: ANALISI DI FARMACOUTILIZZAZIONE BASATA SULLA REAL-LIFE THERAPY

Fiorenzo Santoleri, Ruggero Lasala, Paola Sorice, Alberto Costantini
ASL Pescara, Farmacia Ospedaliera

Introduzione. L'aderenza alla terapia è un argomento di grande interesse nella pratica clinica, come dimostrano il sempre crescente numero di pubblicazioni a riguardo e l'interessamento delle agenzie sanitarie, compresa l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo studio ha l'obiettivo di valutare l'aderenza del paziente diabetico alla terapia orale domiciliare con gli inibitori della DPP-4 analizzando l'impatto economico di ogni singola specialità.

Materiali e metodi. Sono stati presi in considerazione tutti i pazienti diabetici residenti nella ASL di Pescara che ritirano il farmaco presso la Distribuzione Diretta dell'ospedale, unico punto distributivo di tali farmaci, in trattamento con Sitagliptin, Sitagliptin/metformina, Vildagliptin, Vildagliptin/metformina, Saxagliptin. L'arco temporale considerato per l'analisi va dal 01/01/2011 al 30/04/2013 (oltre 2 anni). L'aderenza al trattamento è stata calcolata come rapporto tra la Dose Giornaliera Ricevuta (RDD) e la Dose Giornaliera Prescritta (PDD), grazie all'utilizzo di un software creato appositamente dai farmacisti ospedalieri. Un'aderenza ottimale risulterà pari a 1, quando cioè dose dispensata e dose prescritta coincidono, e < 1 quando viene dispensato meno farmaco di quanto prescritto. L'impatto economico viene valutato analizzando il costo di ciascuna specialità per RDD, quindi sul reale uso del farmaco nella pratica clinica.

Risultati. L'aderenza al trattamento con Sitagliptin è risultata essere pari a 1, calcolata su un campione di 353 pazienti con un'età mediana di 68 anni, l'aderenza con Sitagliptin/metformina è risultata pari a 0.91 su un campione di 528 pazienti con un'età mediana pari a 66 anni mentre con Vildagliptin l'aderenza risulta 0.8 calcolata su un campione di 123 pazienti con un'età mediana di 75 anni, con Vildagliptin/metformina l'aderenza risulta 0.96 su 175 pazienti con età mediana di 68 anni e con Saxagliptin l'aderenza risulta 0.95 su un campione di 124 pazienti con una mediana di età di 65 anni. Le RDD per singolo farmaco sono 0.09 mg per Sitagliptin, 1.83 cpr per Sitagliptin/metformina, 0.08 mg per Vildagliptin, 1.91 cpr per Vildagliptin/metformina, 4.73 mg per Saxagliptin con un costo per RDD rispettivamente di 1,26 €, 1,24 €, 1,03 €, 1,23 €, 1,27 €.

Conclusioni. L'aderenza alla terapia è sostanzialmente buona per tutte le specialità valutate, oscillando tra 0,8 per Vildagliptin e 1 per Sitagliptin. La lieve differenza, non statisticamente significativa, non sembra legata all'età dei pazienti poiché molto simile per tutti i farmaci. Può essere invece riconducibile alla diversa posologia: Sitagliptin 1 volta al giorno, Vildagliptin 2 volte al giorno. L'analisi economica descrive un impatto omogeneo per tutte le specialità.

ANALISI DEL TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE NON VALVOLARE CON I NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI NELLA PROVINCIA DI PARMA

Monica Squarza, Andrea Crovini, Anna Maria Gazzola
Assistenza Farmaceutica, Servizio Farmaceutica Ospedaliera e Assistenza Diretta, AUSL Parma

Introduzione. La Regione Emilia Romagna (RER), con l'immissione sul mercato dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO), ha elaborato un Documento d'indirizzo clinico-organizzativo per il trattamento della fibrillazione atriale non valvolare (FANV). Obiettivo del Documento d'indirizzo è creare una rete di sorveglianza per i trattamenti con i NAO, ottimizzare l'uso di Anti Vitamina K (AVK) già in atto, guidare la scelta dei clinici e implementare il monitoraggio di tutti i trattamenti anticoagulanti orali. L'AUSL e l'AOU di Parma a fine 2013 hanno realizzato un percorso provinciale per il paziente trattato con i NAO e successivamente il Dipartimento Assistenza Farmaceutica (DAF) ha provveduto all'erogazione diretta dei NAO esclusivamente in fase di dimissione e dopo prima visita specialistica da parte dei Centri Autorizzati RER, previa valutazione dei Piani Terapeutici (PT). Le erogazioni successive vengono attuate attraverso la Distribuzione per Conto. Scopo di questo lavoro è la verifica dei criteri d'elezione scelti più frequentemente e la percentuale dello shift prescrittivo da AVK a NAO, tramite analisi retrospettiva dei PT dal 01.10.2013 al 30.04.2014.

Materiali e metodi. L'elaborazione dei dati è stata attuata mediante specifico applicativo informatico presente nei punti di distribuzione diretta del DAF, in cui vengono inserite le generalità anagrafiche dei pazienti, il relativo PT e il farmaco prescritto. Il monitoraggio dei criteri d'elezione è avvenuto tramite l'analisi dei PT redatti dai centri autorizzati dalla RER.

Risultati. Dall'analisi emerge che sul totale di 89 PT, il 41.6% è stato formulato per pazienti già in trattamento con AVK, mentre il restante 58.4% per pazienti naive. Tra i pazienti già trattati il principale criterio d'elezione è rappresentato dalle difficoltà logistiche organizzative (73%), mentre tra i pazienti naive il medesimo criterio è inferiore (46%). In quest'ultimo gruppo risulta che la scelta da parte del clinico di utilizzare i NAO è legata alla fibrillazione atriale di nuova diagnosi da sottoporre a cardioversione elettrica.

Conclusioni. Tra i criteri d'elezione inclusi nel PT per il trattamento con i NAO, la scelta clinica ricade maggiormente sulle difficoltà logistiche organizzative, rappresentando il 56.1% di tutti i PT. Pertanto si può concludere che la prescrizione dei NAO nella nostra realtà locale è perfettamente aderente alle Raccomandazioni formulate dal Gruppo di lavoro RER, che ritiene che nei pazienti con TTR maggiore di 60%, il NAO è da preferire in caso di: difficoltà logistiche organizzative ad eseguire un adeguato monitoraggio di INR, o condizioni cliniche particolari che rendono gravosa la terapia con AVK.

LA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI: MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Maria Teresa Galdieri, Tamara Zara, Veronica Rubiu, Paolo Serra, Marco Cabras

Farmacia Ospedaliera ASL 7, Carbonia (CI)

Introduzione. In un'ottica di miglioramento continuo il servizio Assistenza Farmaceutica Ospedaliera (AFO) della ASL di Carbonia ha attivato presso i PP.OO. (Carbonia-Iglesias), una serie di azioni finalizzate al miglioramento ed al potenziamento degli standard di prescrizione e distribuzione dei farmaci in dimissione e da post-visita specialistica. Il progetto è stato realizzato con lo scopo di conseguire i seguenti obiettivi: potenziare la distribuzione in dimissione da ricovero e da post-visita specialistica, quantificare il risparmio, favorire la continuità ospedale-territorio.

Materiali e metodi. I dati sono stati estratti dal sistema informativo regionale (SISAR) per gli anni 2011-2013 con un tracciato record che includeva centri prescrittori, farmaci, quantitativi e costi. Sono stati elaborati i dati per i P.O. di Carbonia e di Iglesias. Azioni intraprese: predisposizione di una procedura di prescrizione/consegna condivisa con le unità operative, elaborazione di una lista positiva dei farmaci più prescritti e aggiornamento PTO, ampliamento dell'orario di apertura dei punti di distribuzione, individuazione di locali dedicati, predisposizione di un format informatizzato per la prescrizione, collaborazione con i reparti di oncologia e dialisi per la prescrizione dei farmaci.

Risultati. La dispensazione dei farmaci, a seguito delle azioni intraprese ha avuto dal 2011 al 2013 un incremento complessivo del 36.46% a

Carbonia e 83.99% a Iglesias con un incremento sostanziale per la dispensazione in dimissione in rapporto alle SDO del 56.36% a Carbonia e 83.99% ad Iglesias. In entrambi i presidi l'80% circa dei principi attivi prescritti sono rappresentati da: farmaci chelanti del ferro 11,86% Carbonia e 8,36% Iglesias; farmaci per il trattamento dell'iperkaliemia e iperfosfatemia 11,55% Carbonia e 32,34% Iglesias; farmaci del sistema cardiocircolatorio 19,47% Carbonia e 13,13% Iglesias; IPP 1 11,09% Carbonia e il 10,07% e farmaci citostatici 6,86% Iglesias. Il risparmio economico per l'anno 2013 è stato per i presidi di Carbonia ed Iglesias rispettivamente del 44,00% e 40,23% per i farmaci di classe A; del 14,76% e 9,83% farmaci di classe A con Nota; 25,81% e 25,01% per i farmaci PHT; 15,43% e 24,93% per i farmaci PHT in DPC.

Conclusioni. Le azioni intraprese hanno contribuito all'aumento della distribuzione diretta dei farmaci grazie anche alla continua collaborazione ed interlocuzione medico-farmacista, e alla riduzione della spesa farmaceutica permettendo il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Bibliografia. DM 31 luglio 2007, Legge del 16 novembre 2001, n. 405 art. 8 comma 1. Bollettino SIFO 2007;53:5.

L'UTILIZZO DEL SATIVEX NELLA SPASTICITÀ DA SCLEROSI MULTIPLA NELLA ASL FOGGIA

Grazia Mingolla, Giuseppe Lella, Maria Rita Vecchia, Ada Caserta, Ermanno Mastandrea,

Farmacia Ospedaliera, ASL FG, P.O. T. Masselli, San Severo (FG)

Introduzione. Valutazione dell'utilizzo del Sativex® per il trattamento della spasticità muscolare in pazienti affetti da sclerosi multipla nella ASL FG.

Materiali e metodi. Il 7 maggio 2013 l'AIFA ha autorizzato il primo farmaco a base di cannabinoidi approvato in Italia: Sativex®. Il farmaco è composto da due principi attivi: THC (delta-9-tetraidrocannabinolo) e CBD (cannabidiolo), capaci di modulare il sistema endocannabinoide. Sativex® è somministrato come spray oromucosale per il trattamento della spasticità muscolare da moderata a grave in pazienti affetti da sclerosi multipla che non hanno risposto adeguatamente al trattamento con altri farmaci anti-spastici. È stato registrato in classe H può quindi essere dispensato solo dalle farmacie ospedaliere o dalle ASL territoriali dietro prescrizione su piano terapeutico effettuata da Neurologi di Centri di Sclerosi Multipla. Per monitorare la correttezza ed l'appropriatezza terapeutica il farmaco è sottoposto a Monitoraggio AIFA è cioè stato istituito un Registro Nazionale in cui devono essere inseriti tutti i pazienti in cura con Sativex®.

Risultati. La farmacia del Presidio Ospedaliero Teresa Masselli di San Severo, Asl Foggia, è l'unico centro di distribuzione per tutta la Asl di Foggia del Farmaco Sativex®. Da novembre 2013, data in cui abbiamo dispensato la prima confezione a maggio 2014 sono state dispensate 159 confezioni totali per 31 differenti pazienti. La maggioranza delle prescrizioni provengono da due medici specialisti dell'ospedale Riuniti di Foggia, ma è giunta anche una prescrizione extraregionale. L'età media dei pazienti è di 46 anni (range 36-59) con una maggiore prevalenza di donne rispetto agli uomini (19 femmine e 12 maschi). La maggior parte dei pazienti hanno iniziato il trattamento nei mesi di dicembre (36%) e gennaio (29%). Il 42% dei pazienti è stato già sottoposto alla prima rivalutazione e sta proseguendo il trattamento. Tutti i pazienti che si sono presentati presso la nostra struttura per la seconda dispensazione hanno riferito di aver ottenuto un notevole miglioramento del tono muscolare in seguito al trattamento, anche se un unico paziente ha fatto presente di aver avuto leggeri problemi di insonnia.

Conclusioni. I dati in nostro possesso non sono ancora sufficienti per poter effettuare una reale valutazione sull'utilizzo e sull'efficacia del farmaco ma il fatto che il numero di nuovi pazienti in trattamento sia in continua crescita suggerisce che i neurologi prescrittori ripongono grandi speranze in questa nuova prospettiva terapeutica. Inoltre il fatto che non siano state effettuate chiusure di trattamento suggerisce che il numero di pazienti in trattamento possa ulteriormente crescere in un prossimo futuro.

Bibliografia. Scheda tecnica Sativex.

PRESCRIZIONE DI FARMACI A BREVETTO SCADUTO IN DIMISSIONE NELL'AZIENDA ULSS 9 DI TREVISO

Silvia Dotto, Elisabetta Ghiotto, Maria Cecilia Giron, Giuseppe Battistella, Giovanni Berti,

Servizio Farmacia Ospedaliera, Azienda ULSS N. 9, Treviso

Introduzione. Nel 2011-2012, l'Azienda ULSS 9 di Treviso ha sviluppato il progetto "Farmaci a brevetto scaduto (FBS)", che ha portato alla definizione di linee d'indirizzo sulla prescrizione delle categorie terapeutiche ad elevato impatto economico sul territorio (PPI, statine, ACE inibitori, sartani) presentate e condivise dai medici dell'ospedale e del territorio. Scopo della ricerca è stato determinare l'impatto delle linee d'indirizzo sulle prescrizioni dei medici ospedalieri all'atto della dimissione.

Materiali e metodi. Le UU.OO. coinvolte (4 di Medicina, Geriatria, Cardiologia, Nefrologia e Neurologia) hanno fornito 60 lettere di dimissione consecutive nel primo semestre 2011 e altre 60 dopo l'attività di divulgazione delle linee d'indirizzo attraverso incontri di UO e audit dei MMG. Rispettando l'anonymato, sono stati raccolti per singolo paziente dati relativi a: età, sesso, anamnesi, durata e decorso del ricovero, indagini strumentali, diagnosi di dimissione e farmaci prescritti. Per l'individuazione del brevetto scaduto è stata impiegata la banca dati CFT di Farmadati Italia mentre per la definizione di appropriatezza si sono usati il Riassunto delle Caratteristiche Tecniche e le Note AIFA.

Risultati. Sono state raccolte 474 lettere nella prima fase e 475 nella seconda: i PPI sono i farmaci maggiormente consigliati in entrambe le fasi (67,3% vs 65,7%), seguono ACE inibitori (35,4% vs 31,8%), statine (29,5% vs 26,9%) e sartani (15% vs 10,5%). Nella seconda fase, le prescrizioni di FBS hanno subito un incremento statisticamente significativo del 11,2% (80,7% vs 91,9%). Le categorie terapeutiche per le quali prevalgono prescrizioni di FBS sono PPI (99,7% vs 100%) e ACE inibitori (95,8% vs 98,7%). Dopo divulgazione delle linee d'indirizzo, per le statine si è avuto un incremento statisticamente significativo della prescrizione di FBS del 40,7% (42,1% vs 82,8%), mentre per i sartani un incremento del 8,8% (35,2% vs 44,0%). La valutazione dell'appropriatezza terapeutica ha evidenziato criticità nelle prescrizioni per i PPI (69% vs 58,7%) ma non per statine, ACE inibitori e sartani.

Conclusioni. Le linee d'indirizzo hanno migliorato la prescrizione di FBS per statine e sartani (anche se l'inversione di tendenza nella seconda fase deve tener conto della contemporanea scadenza di brevetto di atorvastatina, valsartan e candesartan), diminuito l'uso di sartani a favore di ACE inibitori e rinforzato l'utilizzo dei PPI secondo i criteri previsti dalle note AIFA e nel dosaggio corretto. Nel complesso i risultati dimostrano che le prescrizioni alla dimissione non inducono ad un significativo utilizzo di farmaci branded.

CAREGIVING: CENTRALIZZAZIONE EROGAZIONE FARMACI PER MALATTIE RARE PRESSO LA ASL RMG

Guglielmo Montarani,¹ Antonietta Iovino,² Marisa Latini,¹ Antonella Tufo,³

¹ASL RMG, Farmaceutico, UOC Farmaceutica Territoriale, Roma

²ACO San Filippo Neri, Interaziendale del Farmaco, Roma

³Regione Lazio, Farmacovigilanza, Roma

Introduzione. L'assistenza alle persone non autosufficienti di tutte le età è un ruolo che investe un numero sempre più alto di persone. È un compito difficile sul piano umano, complesso sul piano organizzativo, che richiede competenza, "forza" fisica e psicologica, disponibilità di tempo, spesso anche disponibilità economiche. Oggi più che mai, il contesto familiare è il luogo privilegiato della cura. Lo scopo di questo lavoro è evidenziare come l'esperienza del servizio di Caregiving Professionale, ovvero il prestare cure da parte di personale specializzato e abilitato, è essenziale per il mantenimento della persona non autosufficiente, spesso affetta da polipatologia. L'ASL RMG ha aderito al servizio di Caregiving, attraverso accordi con le ditte farmaceutiche, che producono i farmaci, nello specifico per le malattie rare.

Materiali e metodi. L'ASL RMG ha centralizzato tutti i pazienti, anche quelli appartenenti ad altri distretti, presso la Farmacia Territoriale

Aziendale della Casa della Salute di Palombara Sabina(RM). La procedura organizzativa prevede il ritiro programmato da parte della ditta che eroga il servizio di Caregiving, delle terapie necessarie per il paziente, prescritte dai centri specializzati. La somministrazione del farmaco avviene presso il domicilio del paziente, nei giorni ed negli orari concordati, nel rispetto della prescrizione terapeutica.

Risultati. Nell'ASL RMG i pazienti seguiti attraverso questo servizio assistenziale sono 7. Di questi: 5 in terapia con Agalsidasi Alfa ed 1 con Agalsidasi Beta per la sindrome di Fabry (terapia enzimatica sostitutiva) ed 1 in terapia con Idursulfasi per la sindrome di Hunter. Il costo semestrale per i farmaci erogati è il seguente: Agalsidasi Alfa € 473.962,72; Agalsidasi Beta € 114.924,86; Idursulfasi € 336.839,73.

Conclusioni. Tutte le componenti del servizio di Caregiving, sono progettate attorno ai bisogni ed alle esigenze del paziente. Il programma di Caregiving, garantisce il pieno rispetto del calendario infusione, ottenendo così la massima aderenza terapeutica, con procedure operative in conformità agli standard ospedalieri.

FARMACI BIOLOGICI: ANALISI DELLA GESTIONE DELLA TERAPIA NEI PAZIENTI IN DISTRIBUZIONE DIRETTA PRESSO L'ASL TO2

Valeria Milone, Cinzia Boselli, Massimiliano Varesio Bosio, Michelangelo Pozzetto, Maria Cristina Verlengo, Anna Leggieri

A.S.L. TO 2, Farmacia Ospedaliera

Introduzione. Numerosi farmaci biologici sono impiegati per il trattamento di patologie autoimmuni in ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico e vengono dispensati in Regione Piemonte in regime di distribuzione diretta (DD). L'obiettivo del lavoro è condurre un'analisi epidemiologica della popolazione che assume farmaci biologici e valutare l'impiego in termini di effetti collaterali, shift terapeutici ed eventuali sospensioni della terapia.

Materiali e metodi. Nel settembre 2013 sono stati estrapolati dal database di gestione della DD i pazienti in terapia con farmaci biologici presso i due punti di distribuzione dell'ASL TO2. Sono stati presi in considerazione i seguenti principi attivi: abatacept, adalimumab, certolizumab etanercept, golimumab e ustekinumab. È stato predisposto un questionario che rileva: effetti collaterali, durata dell'attuale terapia, precedenti farmaci biologici, eventuale sospensione nell'ultimo anno e motivazione. Il questionario è stato somministrato a partire da febbraio 2014. L'osservazione terminerà a settembre 2014.

Risultati. I pazienti totali individuati erano 300, 54% femmine e 46% maschi. Il 16% dei pazienti è seguito da centri afferenti alla nostra ASL. I pazienti in cura con adalimumab sono il 50%, con etanercept il 37%, con golimumab il 7% e il 3% sia con abatacept sia con ustekinumab, nessun paziente con certolizumab. Dall'inizio dell'analisi, l'8% dei pazienti presi in esame ha interrotto il ritiro dei farmaci presso il servizio di DD. I questionari somministrati hanno coinvolto il 51% dei pazienti (154). Da un'analisi preliminare sui questionari, emerge che il 19% dei pazienti ha manifestato degli effetti indesiderati; di questi, il 72% non ha modificato la terapia, i rimanenti hanno sospeso temporaneamente o ridotto il dosaggio. Il 28% dei pazienti ha già utilizzato almeno un altro farmaco biologico in precedenza, il 14% ha effettuato una terapia con un farmaco biologico ev (68% con infliximab). Le cause di sospensione di terapia sono principalmente infezioni (35%) o interventi chirurgici (21%), ma anche ferie e bassa compliance (7% e 5%).

Conclusioni. Due dati appaiono singolari: l'assenza di pazienti in terapia con certolizumab e il numero di drop out attuali di pazienti in DD, le cui motivazioni verranno indagate ulteriormente (intolleranza, remissione patologia, cambio di residenza, shift a biologico ev.). Gli effetti collaterali non sono la principale causa di shift terapeutici, nonostante sia presente un buon numero di passaggi tra farmaci, compresi quelli endovena. Trattandosi di dati preliminari, verrà approfondita l'analisi degli shift, in termini di motivazioni e tipologia di farmaci interrotti. Infine appaiono curiose alcune delle motivazioni riferite dai pazienti sulla sospensione di terapia nel breve periodo (ferie, dimenticanza).

RUOLO E RESPONSABILITÀ DEL FARMACISTA TERRITORIALE/OSPEDALIERO NELLA DPC DELLA REGIONE LAZIO

Stefania Arciello, Tesera Anna Calamia, Rita Lepori, Maria Corgioli
ASL Roma A, Area del Farmaco

Introduzione. Nella Regione Lazio fin da 2006 è attiva l'erogazione diretta tramite la Distribuzione per Conto, in attuazione alla Legge 405/2001. Il progetto DPC Regione Lazio ha individuato, quale ASL Capofila, la ASLROMA A, per la gestione dei farmaci. Dal 2006 ad oggi il progetto è diventato sempre più ambizioso, sono state inserite nuove molecole con una duplice finalità: da una parte contribuire in maniera sempre più incisiva alla riduzione della spesa farmaceutica territoriale, in linea con il piano di rientro regionale, dall'altra consentire sia ai pazienti cronici sia affetti da patologie rare un accesso alle terapie più semplificate. Di recente vengono inseriti Piani terapeutici on line per alcune patologie quali: Emofilia, Epatite C, etc.

Materiali e metodi. Sono stati valutati i Piani Terapeutici inseriti nel mese di maggio 2014. Per ogni PT vengono controllati i dati del paziente, la patologia, la posologia e la congruità della richiesta in relazione al numero di confezioni da dispensare. Mensilmente viene redatto un report dei PT inseriti e validati. Contestualmente l'ufficio DPC è impegnato nella richiesta quotidiana di farmaci alle ditte, in base ai prezzi stipulati dall'accordo. Sono stati analizzati tutti gli ordini emessi nel 1° semestre 2014, verificata le giacenze e valutati i tempi di approvvigionamento.

Risultati. Vengono distribuiti in DPC numero 528 farmaci, che attraverso i 2 depositi capofila e 19 depositi della filiera raggiungono le 1470 farmacie della Regione Lazio. Il numero totale dei farmaci semestralmente erogati è di 1.319.686, per un totale di 806.189 ricette. Il rapporto tra quantità erogate e prodotti mancanti, per tutte le filiere è dell'0,0001%. Il farmacista ha un ruolo fondamentale nella gestione della DPC, non solo per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva rivolta a farmaci ad alto costo e patologia severa, ma anche per consentire una risposta immediata ai bisogni del paziente, senza ritardi nell'approvvigionamento. La DPC è un'attività dinamica, i farmaci distribuiti in DPC vengono rivisti ogni 2 anni, ed è istituita una commissione per la valutazione delle molecole da inserire od eliminare. La ASL Capofila mensilmente trasmette i dati alle singole ASL regionali e rendiconta puntualmente il flusso.

Conclusioni. L'analisi ha portato a redigere un report di classificazione dei PT, strumento utile per definire l'appropriatezza delle cure, al pari di un registro AIFA. L'attento monitoraggio da parte dei farmacisti coinvolti permette di razionalizzare anche le confezioni prescritte nei PT con un risparmio sulla spesa e di mantenere/migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti della Regione Lazio.

PRESCRIZIONI DI BIOSIMILARI NEI PAZIENTI NAIVE A SEGUITO DI DISPOSIZIONE PTORS PRESSO IL POLO DI DISTRIBUZIONE FARMACEUTICO DI TERMINI IMERESE

Tamara Longo,¹ Giulia Capuano,² Rosario Oliveri,¹ Angelo Rumeo,³ Concetta La Seta,⁴

¹ASP 6 Palermo, Farmaceutico, P.O. "S. CIMINO", Termini Imerese

²Scuola di Specializzazione In Farmacia Ospedaliera, Università di Palermo

³Distretto PA2, Farmaceutico, U.O.C. PA2, Palermo

⁴A.O.U.P. "P. Giaccone", U.O. Farmacia Ospedaliera, Palermo

Introduzione. Considerando le recenti disposizioni PTORS, abbiamo confrontato le prescrizioni dei fattori di crescita emopoietici originator e biosimilari nel 2012 e 2013 presso il Polo di Distribuzione Farmaceutico di Termini Imerese.

Materiali e metodi. I dati sono ricavati dal programma di gestione del magazzino.

Risultati. Il Dipartimento Farmaceutico dell'ASP di Palermo, indica come iniziative volte alla riduzione della spesa farmaceutica di dispensare ai pazienti naive i biosimilari, considerando che questi non hanno maggiore incidenza di reazioni avverse o inefficacia rispetto agli originator. L'Assessorato alla Salute regione Sicilia con D.A n. 255 del 06/02/2013 e

successiva Circolare esplicativa n. 15722 del 15/02/2013 ribadisce che le prescrizioni di farmaci a carico del SSN devono essere coerenti ai criteri di appropriatezza prescrittiva; la Commissione del PTORS in data 19/03/2013 dispone che nel caso di pazienti naive devono essere prescritti i biosimilari, così come sottolineato dalla Position Paper dell'AIFA. Con successive note del Dipartimento Farmaceutico vengono invitate le Aziende Ospedaliere ad approvvigionarsi di biosimilari per i Primi Cicli Terapeutici alle Dimissioni per non configurare danno erariale e la non validità dell'apposizione nelle prescrizioni di "non sostituibilità" almeno di non essere acquisite le dichiarazioni motivate da trasmettere al gruppo di lavoro per le inapproprietezze dell'Assessorato. Nel 2012 le eritropoietine originator dispensate per tutti i dosaggi sono 6706 fiale (3884 Eprex, 709 Neorecormon, 1960 Aranesp e 153 Mircera) mentre 4872 nel 2013 (3068 Eprex, 533 Neorecormon, 1169 Aranesp e 102 Mircera). I consumi di biosimilari nel 2012 sono di 37 fiale (23 Binocrit e 14 Retacrit) e nel 2013 di 1994 (387 Binocrit e 1607 Retacrit). Si passa quindi dallo 0,5%, dei biosimilari rispetto gli originator, al 40,9%. Nel 2012 i fattori di crescita dei neutrofili originator prescritti sono 722 fiale (620 Myelostim, 34 Granulokine e 68 Neulasta) nel 2013 invece 256 fiale (215 di Myelostim, 7 Granulokine, 34 Neulasta). Nel 2012 i biosimilari prescritti sono 12 fiale di Zarzio e nel 2013 di 587 fiale (560 Zarzio e 27 Nivestim). Anche in questo caso la percentuale di prescrizione dei biosimilari aumenta variando dall'1,6% al 229,3%. In relazione a questi dati la spesa si è notevolmente ridotta passando per gli antianemici da € 320.503,04 nel 2012 a € 187.779,61 nel 2013 e per gli immunostimolanti da € 133.418,36 del 2012 a € 83.911,26 nel 2013.

Conclusioni. I biosimilari rappresentano un'ottima alternativa ai medicinali originator, rispettando l'appropriatezza, non compromettendo l'efficacia terapeutica e determinando un notevole risparmio.

BASATAPOTENZIAMENTO DELLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI ALLA DIMISSIONE: I RISULTATI AD UN ANNO DALL'INIZIO DEL PROGETTO

Angelica Crivelli, Luciana Pace, Giuseppe Lombardi, Giuseppe Romaniello, Angelina Discianni, Filomena Paolicelli, Floriana Centore
Farmacia, Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, Potenza

Introduzione. Dal 01 dicembre 2012 l'AOR San Carlo di Potenza ha avviato un progetto di potenziamento della prescrizione e distribuzione dei farmaci alla dimissione con gli obiettivi di migliorare ed accrescere l'attività distributiva dei medicinali di fascia A, la compliance dei pazienti e ridurre i casi di complicità post dimissione. L'attuazione del progetto era stata preceduta da interventi di tipo strumentale-organizzativo (aggiornamento software, nuova procedura dimissione, punto erogazione farmaci più accessibile) e culturale (incontri ad hoc tra le figure professionali coinvolte). La fase sperimentale terminata il 31/03/13 aveva evidenziato risultati molto positivi portando l'estensione del progetto a tutto l'anno 2013 e l'entrata a regime della procedura di prescrizione alla dimissione dei farmaci per la continuità terapeutico-assistenziale.

Materiali e metodi. Analogamente alla fase sperimentale, la fase a regime è stata monitorata mensilmente da UOC Farmacia e Direzione Sanitaria attraverso gli indicatori: percentuale di ricette pervenute in farmacia sul totale di ricette emesse alla dimissione, percentuale di pazienti dimessi con prescrizione di almeno un farmaco di fascia A, percentuale di pazienti con ricetta transitati in farmacia e contenimento della spesa farmaceutica convenzionata. Quest'ultimo dato è stato calcolato sul 2013 come differenza tra il costo dei farmaci sostenuto dall'azienda ed il costo degli stessi nelle farmacie convenzionate. A questo valore è stato aggiunto il risparmio derivante dell'erogazione diretta in ospedale dei farmaci di fascia A PHT, che se sostenuta dalle farmacie convenzionate avrebbe comportato una spesa di 6 euro/confezione.

Risultati. Il numero complessivo di ricette spedite nel 2013 è stato pari a 33.163 (media/mese n. 2763) mentre nel 2012 è stato 15.000 (media/mese n. 1.250) con incremento del 54%. La percentuale di pazienti con prescrizione di almeno un farmaco di fascia A alla dimissione è stata in media 87%; la percentuale di pazienti con ricette alla dimissione transitati in far-

macia è stata in media 89%; la percentuale di ricette pervenute in farmacia è stata 88%. Il risparmio sulla spesa farmaceutica ottenuto nel 2013 è stato 536.000 euro a cui occorre aggiungere 39.000 euro sui costi della distribuzione per conto.

Conclusioni. Gli obiettivi prefissati nella fase di pianificazione del progetto e raggiunti già nella fase sperimentale, sono stati ampiamente confermati. La validità del progetto "Distribuzione dei farmaci alla dimissione" è stata riconosciuta anche dalla FIASO (Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie) che a dicembre 2013 ha insignito l'AOR San Carlo del bollino blu riservato ai venti progetti con le migliori caratteristiche di riproducibilità nel sistema sanitario.

ASL MATERA: UN MODELLO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E RISPARMIO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Emilia Stigliano

Farmacista, Università Aldo Moro, Bari

Introduzione. La Farmacia dell'Ospedale "Madonna Delle Grazie" della ASL di Matera da sempre svolge la distribuzione diretta ai pazienti di farmaci di fascia H. Da maggio 2008 è stata avviata un'ulteriore attività di consegna diretta al paziente: l'erogazione dei farmaci dopo dimissione da ricovero o dopo visita specialistica. Le disposizioni regionali prevedono la distribuzione del primo ciclo di terapia ai pazienti residenti in Basilicata, relativamente ai farmaci in fascia A presenti nel Piano Terapeutico Ospedaliero (PTO) nel rispetto delle note AIFA. Scopo del presente lavoro è verificare il grado di incremento di un'attività rivolta alla continua promozione della salute e al contenimento della spesa farmaceutica. Il farmacista ricopre un ruolo determinante nel raggiungere tali obiettivi.

Materiali e metodi. Dal software di gestione interna si è ricavato il numero delle ricette spedite con specialità medicinali prescritte ai pazienti in dimissione e in visita ambulatoriale negli anni 2009-2010-2011-2012-2013. È stato così valutato l'andamento complessivo dell'attività.

Risultati. Il numero delle ricette spedite ai pazienti in dimissione e in visita ambulatoriale: 538 e 312 nel 2009; 686 e 576 nel 2010 (incremento annuo complessivo del 48,5%); 607 e 952 nel 2011 (incremento annuo complessivo del 23,5%); 1303 e 1653 nel 2012 (incremento annuo complessivo 89,6%); 1353 e 1617 nel 2013 (incremento annuo complessivo dello 0,5%). I dati raccolti mostrano che l'attività è in continua crescita con un incremento medio annuo del 40%. Inoltre l'apertura del centro dialisi ha prodotto un aumento delle ricette ambulatoriali: 1290 nel 2011, 1766 nel 2012 e 1858 nel 2013. L'attività potrà essere implementata con l'aggiornamento costante del PTO e la collaborazione medico-farmacista: il farmacista nel suo nuovo ruolo di "clinico" deve raccogliere le esigenze del reparto e coadiuvare il prescrittore in scelte terapeutiche efficaci e sostenibili.

Conclusioni. La consegna del primo ciclo di terapia rappresenta ormai un'attività imprescindibile per la ASM sia per il risparmio che consente di ottenere grazie all'erogazione dei farmaci di fascia A ad un costo minore, sia per l'importante servizio rivolto al paziente nell'ottica di garantire la continuità terapeutica ospedale-territorio. Inoltre, la presenza del farmacista in tale contesto porta fattivamente ad un miglioramento in termini di appropriatezza prescrittiva e monitoraggio delle terapie al fine di offrire un servizio sempre più esteso e di qualità rivolto al paziente.

MIGLIORARE L'ADERENZA AL PROGRAMMA TERAPEUTICO DEI MALATI ONCOLOGICI COL CONTATTO TELEFONICO DI UN FARMACISTA IL GIORNO SUCCESSIVO LA DIMISSIONE

Stefano Vecchia,¹ Patrizia Mordenti,² Alessandra Riva,¹ Monica Muroni,² Massimo Sergio Arcidiacono,² Camilla Di Nunzio,² Luigi Cavanna,²

¹AUSL Piacenza, Farmaceutico

²AUSL Piacenza, Onco-Ematologia

Introduzione. L'aderenza al programma terapeutico dei malati oncologici è spesso fonte di insoddisfazione sia per i malati che per i medici. I malati spesso non comprendono chiaramente come assumere i farmaci; talvolta assumono i farmaci solo per un breve periodo di tempo per poi interrompere la terapia.

Materiali e metodi. Sistematicamente tutti i malati dimessi dal reparto di oncologia dell'ospedale di Piacenza, sono stati contattati telefonicamente da un farmacista il giorno successivo la dimissione. Ad ogni telefonata è stato compilato un questionario atto a valutare l'attuale stato di benessere e possibili dubbi relativamente al programma terapeutico ed ai successivi appuntamenti. Inoltre, è stata compilata anche una breve indagine di gradimento.

Risultati. In un periodo di tre mesi sono state effettuate 101 telefonate. Il 13% dei malati non ha risposto al contatto telefonico. Circa l'80% dei malati ha riferito di aver ricevuto informazioni chiare riguardo sia ai farmaci da assumere che al successivo appuntamento. Inoltre, il 90% dei malati ha evidenziato una buona qualità dell'assistenza ricevuta da parte di tutto il personale medico-infermieristico ed assistenziale.

Conclusioni. Il contatto telefonico sistematico da parte di un farmacista il giorno successivo la dimissione è fattibile al fine di migliorare l'aderenza al programma terapeutico da parte dei malati oncologici. La telefonata può anche essere un valido strumento per evitare insoddisfazione dei malati riguardo le terapie prescritte e dei medici per il fallimento delle loro prescrizioni. Studi futuri dovrebbero valutare eventuali fattori (sociali, demografici, clinici) che potrebbero avere una qualche influenza sulla capacità di comprendere e gestire la terapia domiciliare. Nella nostra esperienza comunque, la chiarezza prescrittiva da parte del medico risulta essere un fattore fondamentale.

A29 - LE ERITROPOIETINE NELLE SINDROMI MELIODISPLASTICHE. ANALISI DI ADERENZA E COST-MINIMIZATION NELLA REAL-LIFE

Fiorenzo Santoleri,¹ Ruggero Lasala,¹ Paola Sorice,¹ Simone Di Bartolomeo,² Alberto Costantini,¹

¹ASL Pescara, Farmacia Ospedaliera

²Università di Camerino, Farmacia

Introduzione. Le Sindromi Mielodisplastiche sono un gruppo eterogeneo di malattie, caratterizzate da un'erronea produzione di eritrociti, leucociti e piastrine da parte del midollo osseo. Una carenza di tali cellule nel sangue comporta anemia, sempre presente in questa patologia, leucopenia e piastrinopenia. La terapia sintomatica dell'anemia prevede l'uso di due eritropoietine: alfa e beta. L'obiettivo di questo studio di farmaco utilizzazione è stato quello di capire il trend prescrittivo, analisi della Dose Prescritta Giornaliera (PDD), il modo di utilizzo da parte del paziente, calcolo della Dose Ricevuta Giornaliera (RDD), stima dell'aderenza al trattamento (RDD/PDD) ed, infine, analisi dei costi modulati sul reale utilizzo del farmaco (costo per RDD).

Materiali e metodi. Lo studio, condotto presso la farmacia ospedaliera dell'ASL di Pescara, ha preso in considerazione il triennio 2011-2013, considerando eleggibili tutti i pazienti che hanno ritirato almeno due volte i farmaci in studio. Le informazioni relative ad ogni paziente sono state inserite in un database creato ad hoc "FarmaDDSS" con il quale si effettua un monitoraggio clinico-terapeutico e assistenziale di farmaci ad elevato impatto economico e alta rilevanza terapeutica.

Risultati. Nei 3 anni di studio sono stati trattati 73 pazienti per entrambe i farmaci con un'età media di 76 per l'alfa e 75 per la beta. La mediana dei giorni di trattamento calcolati su un anno è stata di 118 per la alfa e 108 per la beta. L'intention to treat calcolata come PDD è stata pari a 4792 mcg/die per la alfa e 4121 mcg/die per la beta contro una RDD di 3925 mcg/die e 3907 mcg/die, rispettivamente. Il calcolo dell'aderenza (RDD/PDD) ha mostrato un'aderenza di 0,82 e 0,97. Il costo per RDD per la epoetina alfa è stato di 26,31 € e quello della beta di 34,06.

Conclusioni. L'analisi di farmacoutilizzazione condotta sull'epoetina alfa e beta ha dimostrato una sostanziale sovrapposibilità dei due farmaci in studio sia in termini di giorni di trattamento (118 vs 108) sia in termini di aderenza (0,82 vs 0,97). Considerato il limite di accettabilità di perdita di aderenza al -20%, l'epoetina alfa ha fatto registrare una perdita del 18% contro il 3% della beta. Dal punto di vista economico, a parità di indicazione terapeutica e profilo di utilizzo (giorni di trattamento e aderenza) l'utilizzo della epoetina alfa genererebbe un risparmio sui tre anni di 210000 € con i prezzi dell'attuale Gara Regionale.

IL RUOLO DELL'INFORMAZIONE SULL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E SULLA CORRETTA SPEDIZIONE DI CLOZAPINA 100 MG NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

Manuela Iadanza, Maria Luigia Cenicola Cenicola, Claudia De Marino, Pasquale D'Antonio, Gaetana La Bella

ASL Napoli 1 Centro, U.O.C. Farmaceutica Convenzionata

Introduzione. L'Accordo tra ASL Napoli 1 Centro e Federfarma-Napoli, per la distribuzione dei farmaci di cui al PHT tramite le 310 farmacie convenzionate secondo la modalità Distribuzione per Conto (DPC), è stato siglato il giorno 29.12.2011. Di fatto la DPC è attiva in ASL a pieno regime a partire dal 01.04.2012 avendo previsto un periodo di 60 gg di regime transitorio. Al fine di facilitare il passaggio alla nuova modalità di distribuzione, è stata istituita e periodicamente aggiornata, nel sito internet della ASL, un'apposita sezione dedicata alla DPC, indirizzata agli operatori del settore ed ai pazienti. Inoltre sono state attivate una casella di posta elettronica certificata, una linea telefonica informativa dedicata e un fax. L'attività di controllo delle ricette spedite in regime DPC è partita a pieno regime il 01 Gennaio 2013 dopo aver stabilito i parametri necessari per la valutazione tecnico-contabile.

Materiali e metodi. La ditta S2i-italia ha prodotto gli elaborati relativi alle ricette spedite in diffiormità all'Accordo DPC ASL Napoli 1 Centro ed al DPR n. 371/98. L'U.O.C. Farmaceutica Convenzionata ha effettuato l'analisi delle suddette ricette e dei relativi Piani Terapeutici, dove richiesti, per la corretta spedizione del farmaco. La valutazione comprende il periodo 01 Gennaio 2013-30 Giugno 2013.

Risultati. La Clozapina nel dosaggio di 100 mg, per calcoli di convenienza è inserita nell'elenco dei farmaci da erogare attraverso il canale DPC. La dispensazione del farmaco è subordinata alla presentazione del Piano Terapeutico in corso di validità ed all'attestazione della compatibilità dei valori della conta leucocitaria con la terapia, così come previsto dall'AIC del farmaco. Le ricette prescrittive Clozapina 100 mg, spedite in diffiormità a quanto stabilito dalle disposizioni di legge, rappresentano percentualmente la porzione più significativa degli errori riscontrati. Nel periodo osservato si è registrata una graduale riduzione percentuale dell'errore. Tale decremento è dovuto all'implementazione dei diversi mezzi di informazione attivati. In corso d'opera si è resa necessaria l'istituzione di una seconda linea telefonica informativa e nello specifico la pubblicazione sul sito aziendale di circolari con aggiornamenti, chiarimenti e precisazioni.

Conclusioni. Nel caso della Clozapina 100 mg la contemporanea attivazione dei controlli e l'implementazione dei canali informativi hanno assunto un ruolo fondamentale nella gestione del farmaco da parte degli operatori sanitari coinvolti. Inoltre l'adesione ai parametri richiesti dalla norma sull'appropriatezza prescrittiva e la corretta spedizione del farmaco garantiscono la tutela del paziente.

DISTRIBUZIONE PER CONTO NELL'ASL NAPOLI 3 SUD: RISULTATI AD UN ANNO DALL'ACCORDO

Loredana Di Maso,¹ Raffaella Fico,² Principia Marotta,² Eduardo Nava,²

¹Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Università di Salerno
²Asl Napoli 3 Sud, Dipartimento Farmaceutico

Introduzione. La Regione Campania, sottoposta a Piano di Rientro (DGRC n. 460 del 20/03/2007), ha obbligato le AASSLL ad attuare i provvedimenti necessari per il contenimento della spesa farmaceutica. Scelta strategica della ASL Napoli 3 sud è stata quella di effettuare la distribuzione mista dei farmaci del Pht introducendo la distribuzione per conto (DpC) con un accordo stipulato tra l'azienda e Federfarma e riservando alle farmacie distrettuali la Distribuzione Diretta (DD) di un elenco di farmaci da sottoporre a più attento monitoraggio e la possibilità di erogare anche gli altri secondo organizzazione interna. Scopo del lavoro è analizzare i risultati della DpC ad un anno dall'accordo, verificando se tale modalità distributiva possa essere uno strumento utile alla verifica dell'appropriatezza e del controllo della spesa.

Materiali e metodi. Dalla piattaforma aziendale WebDPC sono state estrapolate le dispensazioni effettuate, mensilmente, da Aprile 2013 (data di entrata in vigore dell'accordo) a Marzo 2014. È stato calcolato il costo

del farmaco in DpC sommando al prezzo d'acquisto, estrapolato dal gestionale aziendale, l'onere professionale pari a € 7,56 (€ 6,25+IVA 21%) per il periodo aprile-settembre 2013 e € 7,63 (€ 6,25+IVA 22%) per il periodo ottobre 2013-marzo 2014. Per ogni mese considerato è stato calcolato il risparmio ottenuto rispetto alla distribuzione in convenzionata, al netto degli sconti applicati.

Risultati. Nel periodo aprile 2013-marzo 2014 sono state dispensate in DpC 482.167 confezioni (media mensile 40.180 confezioni) per una spesa complessiva di € 27.689.561,35. Se tali confezioni fossero state spedite in convenzionata, la spesa sarebbe stata pari a € 40.395.482,41. La DpC ha prodotto un risparmio di € 12.705.921,06 (media mensile € 1.058.826,75) pari al 45,89%. Tale analisi ha inoltre consentito di evidenziare eventuali farmaci per i quali la distribuzione per conto divenisse economicamente sconveniente portando alla rimodulazione dell'elenco dei farmaci in DpC al fine di evitare aggravii di spesa per l'ASL.

Conclusioni. Il risparmio evidenziato dalla sola analisi dei dati della DpC vs la distribuzione in Convenzione, a un anno dall'accordo, mostra come la dispensazione in DpC risulti la strategia più adeguata ed efficiente in termini di costo-beneficio, avvalendosi anche di una distribuzione più capillare nell'interesse del paziente. Essa infatti, al momento, offre la soluzione più vantaggiosa considerato che il piano di rientro e il conseguente blocco del turn-over impediscono l'incremento della DD che porterebbe un ulteriore risparmio all'azienda reinvestibile in incremento di risorse umane.

MAPPATURA DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE H-T

Bona Roberta,¹ Rosella Casullo,² Stefania Cirillo,³ Patrizia Dutto,⁴ Anna Leggieri,³ Sara Osella,³ Eliana Spinelli,⁵ Valeria Vinciguerra,⁶ Elena Zinetti,⁷ M. Cristina Verlengo,³

¹ASL, Asti - ²Città della Salute e della Scienza, Torino - ³ASL TO 2, Torino - ⁴ASL 2, Cuneo - ⁵ASL, Alessandria - ⁶ASL TO1, Torino - ⁷ASL TO 4, Torino

Introduzione. L'integrazione tra ospedale e territorio (h-t) rappresenta un punto cruciale della politica sanitaria attuale. Vista l'eterogeneità delle patologie e le criticità dei pazienti oggetto di tale integrazione il gruppo SIFO regione Piemonte e Valle d'Aosta che si occupa della continuità assistenziale H-T, ha deciso di fotografare le attività svolte dalle aziende sanitarie piemontesi al fine di quantificare il bacino di utenza destinatario.

Materiali e metodi. Il gruppo ha ideato un questionario da somministrare ai servizi farmaceutici, per quantificare il n° di strutture ed attività gestite sul territorio. Il questionario, in via sperimentale, è stato utilizzato dal gruppo per i propri centri nell'anno 2013. I dati sono stati raccolti ed elaborati tramite Google Drive.

Risultati. Attualmente sono stati raccolti i dati di 4 ASL (Asti, Alessandria, Torino 1 e Torino 2) su 6 e AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. La media di abitanti delle ASL è 390.342. Sono presenti 20 presidi ospedalieri con una media di 220 posti letto ed attività sia mediche che chirurgiche. Sul territorio sono presenti 97 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) di cui 28 a gestione diretta, e 9 cliniche/ospedali privati di cui 3 a gestione diretta. Il numero di pazienti dimessi da ricovero ospedaliero per ASL, sono stati mediamente 31.580 ed i pazienti in dimissione da Day-Hospital 106.722. Il numero di passaggi in distribuzione diretta per ASL sono stati mediamente 20.036. I destinatari delle forniture dei servizi farmaceutici sul territorio sono molteplici: poliambulatori, assistenza domiciliare integrata, servizi per le tossicodipendenze, centri di salute mentale e comunità psichiatriche, istituti penitenziari, centri informazione salute immigrati e pazienti in dimissione protette/ospedalizzazione domiciliari. I servizi territoriali gestiscono a domicilio pazienti in ossigenoterapia, in nutrizione parenterale ed enterale e forniscono presidi come gli ausili per incontinenza e per il monitoraggio del diabete.

Conclusioni. I primi risultati del lavoro hanno mostrato l'eterogeneità dei servizi offerti dalle realtà sottoposte all'indagine e la loro diversa distribuzione sul territorio. L'utilizzo del programma di Google Drive ha permesso di velocizzare la raccolta e l'elaborazione dei dati. Nel prossimo futuro ci si propone di continuare la raccolta dati coinvolgendo anche altre ASO ed ASL nell'ambito delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta.

COSTI E VALIDITÀ DI UN PROGETTO DI DISTRIBUZIONE DIRETTA (DD): INVESTIRE SUL FARMAISTA OSPEDALIERO PER CONTRASTARE LA CRISI DEL SSN

Sonia Natali, Martina Palmieri, Stefano Sagratella, Servizio Farmaceutico, Ospedale Santa Maria della Pietà, Camerino (MC)

Introduzione. In un contesto in cui il dibattito su quale sia la modalità di distribuzione dei farmaci più conveniente per il SSN non accenna a fermarsi, il Servizio Farmaceutico di Camerino ha deciso di andare a valutare i costi e verificare la validità di un progetto di DD che porta avanti ormai da quasi nove anni. Nella Zona Territoriale 10 di Camerino, su un totale di circa 49.000 abitanti residenti, ben 12.750 (pari al 26%) sono ultrasessantacinquenni; nel territorio di competenza operano 10 case di riposo che ospitano all'incirca 450 anziani; particolare rilevanza acquista, di conseguenza, la DD ai pazienti ricoverati in queste strutture. Oltre ai farmaci, il Servizio Farmaceutico distribuisce direttamente anche i presidi, necessari per il trattamento e il controllo della glicemia, ai pazienti diabetici.

Materiali e metodi. L'analisi dei costi ha riguardato i dati relativi all'anno 2013. La valorizzazione del risparmio ottenuto con la DD dei presidi ai pazienti diabetici è stata effettuata in base ai quantitativi indicati nei piani terapeutici ed alle quote di rimborso applicate secondo la normativa regionale. Per quanto concerne i farmaci di fascia A, la valorizzazione del risparmio per il SSN è stata calcolata utilizzando il portale RD Sanita Web per ricavare il valore SSN lordo dei farmaci distribuiti in DD, a questo è stato poi applicato uno sconto del 15% (sconto applicato alle farmacie a favore del SSN più l'eventuale quota a carico dell'assistito), valore che si evince dai dati della farmaceutica dell'anno 2013. Tra i costi, oltre a quello dell'acquisto dei prodotti distribuiti, è stato inserito anche quello del personale, facendo una stima delle ore lavorative dedicate dal farmacista alla preparazione di farmaci ed altro materiale da inviare alle case di riposo e valorizzandole in base alla retribuzione lorda di questo. Nella valutazione è stata inserita anche una quota, in proporzione, del costo sostenuto dalla farmacia per manutenzioni, servizi ed altro.

Risultati. Considerato un impegno orario da parte del farmacista di 40 ore mensili, emerge che, tramite questo progetto, il SSN in un anno ha risparmiato 137.015,53 € (-58% rispetto alla spesa che avrebbe avuto con la distribuzione tramite le farmacie convenzionate).

Conclusioni. Il risultato conferma la validità della scelta di ricorrere alla DD. Ci preme sottolineare che i valori da noi ottenuti sono quelli di una Zona Territoriale che conta solo 52.739 abitanti residenti; il nostro -58% basterebbe comunque da solo a finanziare l'assunzione di altri tre farmacisti che triplicherebbero il risparmio ottenuto.

LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA: STUDIO DI ADERENZA E DI FARMACOUTILIZZAZIONE DI IMATINIB, NILONITIB NILOTINIB E DASATINIB

Fiorenzo Santoleri, Ruggero Lasala, Paola Sorice, Alberto Costantini Farmacia Ospedaliera, ASL Pescara

Introduzione. La buona aderenza alla terapia è direttamente correlata all'efficacia clinica del trattamento, al contrario la non-aderenza al trattamento è spesso causa di una minore risposta al farmaco e di costi aggiuntivi a carico del SSN. Vari studi in letteratura dimostrano come nella Leucemia Mieloide Cronica (LMC) una buona aderenza al trattamento con gli inibitori delle tirosin chinasi sia correlata alla risposta citogenetica e molecolare, quindi all'efficacia del trattamento. Obiettivo di questo studio è valutare l'aderenza per Imatinib, Nilotinib e Dasatinib nei pazienti affetti da LMC nella ASL di Pescara. Si è valutato, inoltre, l'impatto economico di ciascuna specialità.

Materiali e metodi. L'aderenza è calcolata come rapporto tra la Dose Giornaliera Ricevuta (RDD) e la Dose Giornaliera Prescritta (PDD), utilizzando un Software realizzato appositamente dai farmacisti ospedalieri. Lo studio ha considerato tutti i pazienti affetti da LMC in trattamento con uno dei tre farmaci in studio, afferenti al centro di Ematologia dell'ospedale di Pescara e che ritirano il farmaco presso la farmacia ospedaliera dello stesso ospedale, unico punto distributivo. Il periodo preso in consi-

derazione per lo studio va dal 1/1/2007 al 30/04/2014. L'aderenza ottimale è pari a 1, in quanto PDD e RDD coincidono perfettamente. Valori < di 1 indicano che è stato dispensato e, quindi verosimilmente assunto, meno farmaco di quello prescritto. L'impatto economico viene analizzato valutando il costo per RDD delle singole specialità.

Risultati. La RDD è risultata essere di 0,36 g/die per Imatinib calcolata su 75 pazienti (42 maschi e 33 femmine) con un costo per RDD pari a 61,13 €; 543,45 mg/die per Nilotinib calcolata su 26 pazienti (13 maschi e 13 femmine) con un costo per RDD pari a 88,74 €; 82,24 mg/die per Dasatinib calcolata su 25 pazienti (15 maschi e 10 femmine) con un costo per RDD pari a 96,19 €. I valori di aderenza sono pari a 0,95 per Imatinib, 0,88 per Nilotinib, 0,95 per Dasatinib. La persistenza a due anni di trattamento è rispettivamente del 67% per Nilotinib, 62% per Imatinib, 57% per Dasatinib.

Conclusioni. Lo studio ha dimostrato una buona aderenza per tutti i 3 farmaci, sempre maggiore di 0,8. Il dato di aderenza leggermente più alto per Imatinib e Dasatinib potrebbe essere giustificato dalla monosomministrazione giornaliera, rispetto al Nilotinib, somministrato due volte al giorno. I valori di persistenza a due anni di trattamento sono sovrapponibili.

BIOSIMILARI: TRATTAMENTO DI ANEMIA E NEUTROPENIA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Maria Luigia Cenicola, Manuela Iadanza, Pasquale D'Antonio, Gaetana La Bella ASL Napoli 1 Centro, U.O.C. Farmaceutica Convenzionata

Introduzione. I farmaci biosimilari rivestono un ruolo preminente nel settore farmaceutico mondiale, rappresentando un'opportunità di accesso alle cure più avanzate per un maggior numero di pazienti e favorendo al contempo la sostenibilità dei sistemi sanitari. La Regione Campania, nel rispetto delle raccomandazioni dell'EMA e dell'AIFA, ha emanato vari provvedimenti finalizzati alla razionalizzazione della prescrizione e dell'utilizzo dei biosimilari (Decreto 15/2009, Decreto 44/2010, Decreto 34/2012 e Decreto 27/2013) individuando tali farmaci come un sistema di governance della spesa sanitaria regionale. L'Asl-Napoli-1-Centro, in aderenza alle disposizioni regionali e nel rispetto delle prescrizioni, garantisce l'accesso alle terapie con i farmaci biosimilari. Nello specifico l'U.O.C.-Farmaceutica-Convenzionata ha osservato l'andamento dei consumi di biosimilari di alfa-epoetina e filgrastim nel paziente oncologico trattato con chemioterapici il cui effetto secondario, nella maggior parte dei casi, è rappresentato da anemia e/o neutropenia.

Materiali e metodi. In Asl-Napoli-1-Centro la distribuzione dei biosimilari di alfa-epoetina ad alte dosi e filgrastim avviene attraverso il canale della Distribuzione per Conto (DPC), pertanto l'U.O.C.-Farmaceutica-Convenzionata ha analizzato i consumi mensili di tali principi attivi da Gennaio 2013 a tutt'oggi. In questo studio sono stati raffrontati l'epoetina alfa-biosimilare e l'epoetina-zeta con l'epoetina-alfa di riferimento (ATC-B03XA01), ai dosaggi di 30.000 U.I. e 40.000 U.I., dosaggi esclusivamente ad uso oncologico, ed il filgrastim biosimilare con il rispettivo originatore (ATC L03AA02) nel dosaggio 30 M.U.I.

Risultati. Dall'analisi dei dati di consumo è emerso che: il Filgrastim, nel corso dei primi cinque mesi del 2014, ha presentato un incremento percentuale del consumo del biosimilare sul consumo totale dell'ATC-L03AA02, risulta infatti più che raddoppiato rispetto all'anno 2013; l'epoetina alfa, invece, ha fatto registrare un andamento costante dei consumi dei biosimilari e dei rispettivi medicinali di riferimento nei due periodi confrontati. L'andamento dei consumi in Asl-Napoli-1-Centro è in linea con l'andamento italiano e con quanto accade nella maggior parte dei paesi europei. L'Aifa, con un position-paper di Maggio 2013, ha ribadito quanto legiferato in Regione Campania: l'esclusione automatica della sostituibilità terapeutica demandando la decisione al medico specialista e la prescrizione dei biosimilari preferenzialmente per il trattamento dei pazienti naive.

Conclusioni. La storia dei biosimilari è solo al suo inizio ed è in costante evoluzione nel tentativo di tenere sotto controllo la continua crescita della spesa erogando farmaci biologici efficaci e tollerati. Riprova di ciò è la revisione in atto da parte dell'Aifa del position paper al fine di produrre un documento che possa fornire, a livello nazionale, le linee guida per promuovere l'utilizzo dei biosimilari.

IL PROCESSO DI RICOGNIZIONE-RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI RICOVERATI: ANALISI RETROSPETTIVA

Maria Teresa Chiarelli,¹ Stefania Antoniazzi,² Maria Carla Lodi,¹ Vito Ladisa,¹ Francesca Venturini,¹ Luca Pasina,³ Alessandro Nobili,³ Maria Domenica Cappellini,⁴ Daniela Mari,⁵ Silvia Fargion,⁶ Pier Mannuccio Mannucci

¹UOC Farmacia, ²Direzione Scientifica, ⁴UOC Medicina Interna 1/A, ⁵UOC Geriatria, ⁶UOC Medicina Interna 1/B

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano
³Neuroscienze, IRCCS - Istituto Mario Negri, Milano

Introduzione. I processi di ricognizione/riconciliazione terapeutica sono finalizzati ad ottenere una anamnesi farmacologica approfondita, adeguare la terapia al Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) e formulare un profilo terapeutico appropriato. In questo percorso, è importante considerare anche le interazioni farmacologiche, che possono causare reazioni avverse (ADR) o ridurre l'efficacia di un trattamento. Il farmacista ospedaliero può condurre e contribuire alla ricognizione/riconciliazione ed analizzare le eventuali interazioni farmacologiche sottoponendo al medico una lista dei potenziali problemi terapeutici. Scopo: Definire un percorso metodologico finalizzato ad una corretta ricognizione/riconciliazione terapeutica, nonché all'identificazione delle interazioni farmacologiche clinicamente più rilevanti e delle principali problematiche prescrittive. Per l'obiettivo è stato analizzato un campione di pazienti anziani.

Materiali e metodi. Lo studio retrospettivo ha previsto l'analisi di cartelle cliniche di pazienti di 65 anni o più in politerapia (maggiore o uguale a 5 farmaci) ricoverati in Medicina Interna 1A, 1B e Geriatria dell'IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano per individuare: omissioni in cartella di dose, forma farmaceutica, via/frequenza di somministrazione, adeguamento al PTO, concedibilità dal SSN; interazioni farmacologiche (domicilio, prime 24 ore di degenza e dimissione), mediante l'utilizzo di Intercheck, software che consente di identificare le potenziali interazioni e classificarle in base alla gravità, rilevanza clinica e documentazione; allergie/intolleranze e ADR. Per la raccolta dei dati è stata utilizzata una scheda compilata dal farmacista.

Risultati. Sono state analizzate le cartelle cliniche di 41 pazienti (17 uomini e 24 donne; età media 80 anni). Sono stati rilevati 325 farmaci utilizzati al domicilio, 351 nelle prime 24 ore di degenza, 331 alla dimissione. In terapia domiciliare non è stata riportata la forma farmaceutica nel 29.2% dei casi, la dose nel 17.5%, la via di somministrazione nel 36% e la frequenza nel 40%. In dimissione non è stata riportata la forma farmaceutica nell'1.8% dei casi, la dose nel 4%, la via di somministrazione nel 6% e la frequenza nel 2.4%. Su 1007 farmaci totali prescritti sono state identificate 508 potenziali interazioni. In 9 cartelle sono stati prescritti farmaci conformi al precedente PTO; le informazioni sulle allergie/intolleranze presenti in anamnesi non sono state tenute in considerazione in 2 casi nella lettera di dimissione, in 2 casi in degenza, mentre 5 sospette ADR non sono state notificate.

Conclusioni. Un processo di ricognizione/riconciliazione più strutturato ed una sinergia tra medico e farmacista potrebbe giovare alla completezza e appropriatezza delle prescrizioni, nonché supportare il medico nella valutazione dei problemi farmaco-correlati e promuovere la segnalazione delle ADR.

VALUTAZIONE DELL'ADERENZA ALLA TERAPIA DELLE INCRETINE PER VIA ORALE

Giovanna Nobile, Sebastiana Di Pietro, Cinzia Piazza, Margherita Salerno, Paola Anastasi, Giovanna Cacciaguerra, Giuseppe Caruso

Farmaco, U.O.C Gestione Farmaci, ASP Siracusa

Introduzione. La scarsa adesione al trattamento di malattie croniche è un problema mondiale di notevole dimensione. Il livello di adesione alle terapie a lungo termine per le malattie croniche nei paesi sviluppati è in media del 50%. Da una recente valutazione farmacoeconomica risulta che la non aderenza alla terapia è associata ad un elevato incremento dei costi. Nei pazienti diabetici, dove il rischio di scompenso acuto e ospedalizzazione è a priori superiore, il corretto uso del farmaco è fondamentale per l'efficacia

terapeutica e ne riduce le ospedalizzazioni future. L'aderenza al trattamento è valutata attraverso il "medication possession ratio" (MPR). L'obiettivo di questo lavoro è stato di valutare l'aderenza alla terapia e le eventuali reazioni avverse con le incretine per via orale (sitagliptin 25,50,100 mg in monoterapia e in associazione con metformina; vildagliptin 50 mg in monoterapia e in associazione con metformina; saxagliptin 5 mg) dei pazienti in carico presso la Farmacia dell'Ospedale G. Di Maria e la Farmacia Territoriale di Lentini, ASP Siracusa.

Materiali e metodi. Dal database aziendale è stato possibile estrapolare, attraverso il codice identificativo paziente, il numero di compresse dispensate per singolo paziente dal 01/02/2013 al 01/02/2014, in modo da rilevare i giorni di terapia forniti e confrontarli con il periodo compreso tra la prima e l'ultima prescrizione. Quindi in collaborazione con i centri prescrittori è stata valutata l'aderenza, l'abbandono e/o le somministrazioni non regolari del farmaco e le eventuali reazioni avverse.

Risultati. 273 pazienti assumevano sitagliptin in monoterapia o in associazione con metformina, il 3,66% ha assunto il farmaco in maniera irregolare e 11,3% ha abbandonato la terapia per reazioni avverse (cefalea e infezioni del tratto respiratorio); 123 pazienti in terapia con vildagliptin, il 5,69% ha assunto la terapia in maniera irregolare e il 16,25% ha abbandonato la terapia per reazioni avverse (mal di testa, tremore, capogiro e nausea); 92 pazienti con saxagliptin, il 5,43% terapia irregolare e il 10,8% ha abbandonato la terapia per reazioni avverse (problemi gastrointestinali).

Conclusioni. I dati ottenuti suggeriscono una buona aderenza alla terapia, tuttavia è necessario considerare che il conteggio del numero di compresse o il controllo del rinnovo della prescrizione non garantisce che il paziente stia effettivamente assumendo le compresse secondo quanto prescritto.

LA SANITÀ DIGITALE: INTRODUZIONE DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA NELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

Valentina Nocchioli, Annalisa Benini, Sara Bartolini, Teresa Brocca, Silvia Cappelletti, Francesca Fallani, Rosario Giacomazzo, Susanna Mazzoni, Silvia Renzi, Caterina Sgromo

Nuovo Ospedale San Giovanni Di Dio, Farmacia Ospedaliera, Asl10, Firenze

Introduzione. La ricetta dematerializzata (o ricetta elettronica online) è il risultato finale di un progetto avviato in applicazione dell'art. 50 della legge 326/2003 [1] che ha introdotto una rete informatica che collega direttamente al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) le strutture del Servizio Sanitario Nazionale. [2] A partire dal 1 Gennaio 2014 l'Azienda Sanitaria di Firenze (ASL 10) ha messo a punto il sistema di prescrizione online in seguito a dimissione ospedaliera da reparto. L'uso della ricetta dematerializzata ha come scopo quello di creare un processo univoco di gestione delle terapie prescritte in seguito a dimissione ospedaliera, riducendo così l'errore relativo non solo alla corretta erogazione dei farmaci, ma anche alle modalità di compilazione della prescrizione da parte del medico. La ricetta dematerializzata è dotata di un codice a barre che, una volta inserito nel sistema gestionale elettronico, consente al farmacista di prendere immediata visione dei dati del paziente e dei farmaci previsti in prescrizione. La ricetta dematerializzata consente, in fase di scarico, di individuare in modo simultaneo l'eventuale errore di erogazione, lo scarico amministrativo dei farmaci erogati dal Magazzino Farmacia, comprensivo dei dati identificativi di lotto e scadenza dei farmaci stessi e l'alimentazione del flusso FED.

Materiali e metodi. L'introduzione della ricetta dematerializzata è stata preceduta da una fase di sperimentazione nell'ultimo trimestre del 2013. Il numero di ricette elettroniche, erogate nel primo trimestre 2014, è stato rapportato con il totale delle dimissioni da ricovero registrate in Azienda nello stesso periodo. I dati numerici sono stati espressi in valore percentuale rispetto al totale delle dimissioni per ricovero.

Risultati. Il numero di dimissioni nell'ASL10 in seguito a ricovero ospedaliero nel primo trimestre 2014 è stato di 9027 pazienti; di questi 3786 sono stati dimessi con prescrizione su ricetta dematerializzata (41,94%). Dai risultati si può notare una discreta aderenza alla ricetta online nei mesi immediatamente successivi alla fase di sperimentazione.

Conclusioni. La stretta collaborazione tra farmacisti, medici e staff del sistema informatico ha contribuito ad individuare e risolvere le criticità che la nuova modalità di erogazione ha presentato e ad incentivarne l'uso. I risultati ottenuti sembrano essere di buon auspicio per un'ulteriore implementazione del sistema elettronico.

Bibliografia. [1] - Legge 326/2003[2] - Promofarma - società unipersonale di Federfarma.

CANNABINOIDI NEL TRATTAMENTO DELLA SPASTICITÀ MUSCOLARE DA SCLEROSI MULTIPLA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E GESTIONE OSPEDALIERA DEL SATIVEX (DELTA-9-TETRAIDROCANNABINOLO/CANNABIDIOLIO)

Stefania Esposito,¹ Adele De Francesco,¹ Maria Cristina Zito,¹ Valentina Salerno,¹ Maria Diana Naturale²

¹A.O. Mater Domini, Farmacia

²Università Tor Vergata, Master of Science in Pharmacy

Introduzione. Con decreto in GU del 30 aprile 2013 è stato approvato in Italia il primo farmaco a base di cannabinoidi per il trattamento della spasticità muscolare da sclerosi multipla. Si tratta di uno spray orale formulato con due estratti naturali derivati dalla pianta della cannabis: delta-9-tetraidrocannabinolo e cannabidiolo. Il Servizio Politico del Farmaco della Regione Calabria (decreto 23.07.2013) ha individuato tempestivamente i centri Prescrittori del farmaco e ha supportato i clinici e i farmacisti nella gestione del registro AIFA. La farmacia ospedaliera ha messo a punto la gestione del farmaco in ospedale dall'approvvigionamento alla dispensazione ed il suo monitoraggio con l'obiettivo di facilitare l'accesso dei pazienti a questo medicinale.

Materiali e metodi. È stata messa a punto una procedura di gestione del farmaco stupefacente Sativex in ospedale con l'obiettivo di garantire la semplificazione della gestione e la continuità ospedale territorio. Sono state analizzate le prescrizioni e le dispensazioni effettuate nel periodo agosto 2013/maggio 2014 inviate dai medici a seguito di registrazione dei pazienti sulla piattaforma web dell'AIFA.

Risultati. L'U.O. di neurologia, con il supporto della farmacia ove previsto, dal 1996 ad oggi ha seguito circa 935 pazienti affetti da questa patologia. Da agosto 2013 a maggio 2014 sono stati monitorati 32 pazienti e dispensati n. 96 flaconi di Sativex, per un costo complessivo di euro 12.707,52. Il farmaco si è dimostrato efficace nell'80% dei casi e la semplificazione nella dispensazione è stata apprezzata dai pazienti che hanno potuto accedere al farmaco in maniera facilitata.

Conclusioni. Sativex si è dimostrato efficace in circa l'80% dei pazienti con posologia giornaliera anche inferiore a 7 dosi di spray. Sono stati osservati miglioramenti anche rispetto ai sintomi generalmente associati alla spasticità, come disturbi del sonno, problemi alla vescica, perdita della mobilità e crampi con bassissimi effetti collaterali.

EPOETINE BIOSIMILARI: PERCENTUALE DI CONSUMO NELL'ASP DI SIRACUSA

Sebastiana Di Pietro, Margherita Salerno, Giovanna Nobile, Paola Anastasi, Cinzia Piazza, Francesca Parlato, Giuseppe Caruso
Asp Siracusa, Farmaco

Introduzione. I medicinali biologici e i biosimilari rivestono un ruolo essenziale per il trattamento di numerose patologie, per tale ragione l'Agenzia Italiana del Farmaco ha fornito con il CONCEPT PAPER un documento per definire le condizioni necessarie ad assicurare un adeguato utilizzo e accesso ai prodotti biosimilari. Dai dati osmed di settembre 2013 si evince che la darbepoetina e l'epoetina alfa sono tra i primi 30 principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sangue a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto. Inoltre l'uso delle eritropoietine alfa biosimilari evidenzia un andamento temporale crescente nei pazienti naive, sebbene ci siano ancora ampi spazi di miglioramento. Obiettivo del lavoro è stato di quantificare la penetrazione delle epoetine biosimilari nell'ASP di Siracusa dal 01/04/2013 al 01/04/2014 rispetto all'anno precedente.

Materiali e metodi. Sono stati estrapolati i dati di consumo e di spesa delle epoetine originator e biosimilari dell'ASP di Siracusa di due periodi separati, dal 01/04/2013 al 01/04/2014 e dal 01/04/2012 al 31/03/2013, e successivamente è stato valutato l'eventuale decremento/incremento di ciascuna voce per ATC.

Risultati. Dal 01/04/2013 al 01/04/2014 la percentuale di spesa è risultata così suddivisa: B03XA02 darbepoetina (50,94%), B03XA01 epoetina alfa (27,79%), B03XA01 epoetina beta (12,40%), B03XA03 metosspolietilenglicole-epoetina beta (7,63%), B03XA 01 epoetina alfa biosimilare (1,24%), B03XA01 epoetina zeta (0,0%). Anche nell'anno precedente dal 01/04/2012 al 31/03/2013 la percentuale di spesa è in senso decrescente: B03XA02 darbepoetina (50,48%), B03XA01 epoetina alfa (29,05%), B03XA01 epoetina beta (11,46%), B03XA03 metosspolietilenglicole-epoetina beta (8,65%), B03XA 01 epoetina alfa biosimilare (0,32%), B03XA 01 epoetina zeta (0,04%).

Conclusioni. La percentuale di spesa è rimasta quasi invariata nei due anni. I farmaci biologici rappresentano nell'anno 2013/2014 il 1,24% della quota del mercato totale verso il 0,32%, con un trend in crescita in termini di spesa e di consumi rispetto all'anno di riferimento. Seppure i farmaci biosimilari rappresentino un'opportunità irrinunciabile alla sostenibilità del sistema sanitario e delle terapie innovative, mantenendo garanzie di sicurezza e qualità per il paziente, la penetrazione attualmente non è molto rilevante.

TROMBOEMBOLISMO VENOSO: ENOXAPARINA SODICA 4000U.I. E RIVAROXABAN 10 MG

Margherita Salerno, Sebastiana Di Pietro, Maria Giuseppina Cali, Giuseppe Caruso, Giovanna Cacciaguerra
Asp Siracusa, Farmaco

Introduzione. Il tromboembolismo venoso (TEV) rappresenta una complicanza potenzialmente grave del postoperatorio, in particolare della chirurgia ortopedica maggiore tra cui rientrano le artroprotesi di anca e ginocchio. La profilassi del TEV viene attuata mediante la somministrazione per via sottocutanea di farmaci che interferiscono con la coagulazione rappresentati dalla eparine a basso peso molecolare (EBPM). In alternativa possono essere impiegati il fondaparinux e le eparine non frazionate (eparina calcica). Rivaroxaban è tra i 3 nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO) attualmente disponibili per la prevenzione del TEV in artroprotesi elettiva di anca e ginocchio. Obiettivo di questo lavoro è quello di valutare il consumo di rivaroxaban 10 mg e di enoxaparina sodica 4000 U.I. del primo ciclo di terapia alla dimissione dal ricovero e l'appropriatezza prescrittiva.

Materiali e metodi. Sono stati estrapolati dal database aziendale i consumi dei farmaci in oggetto dal 01/04/2013 al 30/04/2014 e analizzate le cartelle cliniche e i piani terapeutici redatti dal reparto di Ortopedia dell'Ospedale Trigona di Noto in seguito a dimissione da ricovero in pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica.

Risultati. Dall'esame delle cartelle cliniche risulta che nel periodo esaminato sono stati sottoposti ad intervento di chirurgia ortopedica 570 pazienti per un consumo totale di 7.170 fiale di enoxaparina 4000 UI, 5.310 compresse di rivaroxaban 10 mg. L'enoxaparina sodica è stata utilizzata prevalentemente per il trattamento di prevenzione del TEV nelle fratture (59%). Delle 5.310 compresse di rivaroxaban 10 mg il 65% è stato consumato per la prevenzione del TEV in artroprotesi elettiva di ginocchio, il restante 35% per la protesi di anca. La spesa sostenuta dall'ASP di Siracusa per i primi cicli di terapia, nel periodo di riferimento considerato, è pari a € 8.604,00 per l'enoxaparina sodica 4000 U.I. e a € 18.744,30 per rivaroxaban 10 mg.

Conclusioni. La prevenzione del TEV in artroprotesi elettiva di ginocchio e di anca viene trattata esclusivamente con le compresse di rivaroxaban 10 mg. Per tutti gli altri trattamenti vengono prescritte le eparine. Dalla valutazione delle diagnosi riportate sui piani terapeutici dei primi cicli visionati, i farmaci sono stati prescritti in modo appropriato nel rispetto delle indicazioni delle schede tecniche.

INTERVENTO DEL FARMACISTA CLINICO NELLA RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA DELLE PRESCRIZIONI AMBULATORIALI

Donatella Provenzano,¹ Anna Carollo,² Piera Polidori,²

¹Scuola di specializzazione in Farmacia ospedaliera, Università di Palermo
²ISMETT, Farmacia clinica, Palermo

Introduzione. La riconciliazione terapeutica (RT) è un processo multidisciplinare finalizzato alla sicurezza ed al miglioramento del percorso terapeutico del paziente tramite il controllo delle prescrizioni all'ammissione ospedaliera, durante l'ospedalizzazione, alla dimissione ed in ambulatorio. L'obiettivo dello studio è stato quello di verificare attraverso la RT effettuata dopo la dimissione dal farmacista clinico (FC), la correttezza della terapia prescritta ai pazienti ISMETT di farmaci erogati in regime file F al fine di evitare errori terapeutici.

Materiali e metodi. Presso il Dipartimento di Farmacia Clinica ISMETT è stato condotto uno studio retrospettivo osservazionale della durata di 28 mesi (Gennaio 2012-Aprile 2014) sui farmaci prescritti in regime file F. Il FC tramite l'utilizzo del software "ricette" controlla e verifica i piani terapeutici e le relative prescrizioni in regime file F. Il FC, in particolare, controlla l'appropriatezza prescrittiva dei piani terapeutici e delle relative prescrizioni e ne verifica: indicazione terapeutica, dosaggio, frequenza, modalità di erogazione, durata di terapia e validità. Le prescrizioni errate sono state cancellate in fase di verifica ed annotate le motivazioni e le discrepanze sono state catalogate per tipologia di errore.

Risultati. Sono state verificate 4325 prescrizioni delle quali il 4,9% (213:4325) sono state annullate. Le prescrizioni annullate riguardavano farmaci: 56,8% (121:213) immunosoppressori; 13,6% (29:213) antivirali; 11,7% (25:213) per l'insufficienza polmonare; e 17,8% (38:213) per altre patologie. Le motivazioni dell'annullamento sono state: 18,8% (40:213) ordini duplicati; 18,8% (40:213) ricetta o piano terapeutico scaduti; 17,4% (37:213) sospensione o annullamento della terapia; 17% (36:213) errori di terapia; 14,5% (31:213) errata modalità di erogazione; e 13,6% (29:213) modifiche della terapia farmacoterapeutica. Gli errori di terapia comprendevano errori di: dosaggio, 44,4% (16:36); durata di terapia, 44,4% (16:36) ed indicazione terapeutica, 11,1% (4:36). Le modifiche di terapia sono state fatte per il 55,2% (16:29) per cambi di dosaggio e per il 44,8% (13:29) per il passaggio ad altro farmaco a causa di allergie ed intolleranze per le quali sono state compilate ed inviate le schede ADR.

Conclusioni. Il FC tramite il processo di RT effettuata in fase ambulatoriale svolge un ruolo fondamentale per la sicurezza della terapia erogata al paziente fuori dal regime di ricovero. La RT diventa in tal modo uno strumento necessario per garantire la continuità di cura e prevenire errori di terapia dopo la dimissione soprattutto in pazienti la cui prognosi è strettamente connessa all'assunzione dei farmaci.

KOGENATE E EMOFILIA A

Margherita Salerno, Sebastiana Di Pietro, Giusy Cali, Francesca Parlato, Giuseppe Caruso

Asp Siracusa, Farmaco

Introduzione. L'emofilia A è una rara malattia genetica con prevalenza di 1 caso ogni 10.000, dovuta a carenza del Fattore Ottavo (VIII), indispensabile per una corretta coagulazione del sangue. Il difetto genetico viene trasmesso attraverso il cromosoma X da madri portatrici sane esclusivamente a figli di sesso maschile. Negli anni si è assistito ad un continuo cambio di approccio terapeutico e ad un costante miglioramento in termini di sicurezza grazie al passaggio da prodotti caratterizzati dal fattore otto ottenuto da sangue dei donatori a farmaci con rFVIII prodotto da colture di cellule geneticamente modificate. Il trattamento ad oggi può basarsi sull'infusione on demand, praticato al momento dell'emorragia, o sulla profilassi, pratica che previene sanguinamenti non apprezzabili clinicamente ma che nel tempo possono condurre a patologie invalidanti come l'artropatia emofiliatica cronica. Il Kogenate è stato uno dei primi rFVIII da coltura cellulare ad essere introdotto in commercio. Obiettivo del lavoro è quello di valutare il numero dei pazienti e la spesa farmaceutica legata all'utilizzo delle specialità medicinali Kogenate 1000, 2000, 3000 U.I all'interno dell'ASP di Siracusa dal 01/04/2013 al 30/04/2014.

Materiali e metodi. Attraverso la valutazione delle cartelle cliniche e l'extrapolazione dei dati economici dal database aziendale è stato possibile raggiungere l'obiettivo in oggetto e valutare le eventuali criticità della terapia.

Risultati. All'interno dell'ASP di Siracusa i pazienti in terapia con Kogenate sono nove: 2 vengono trattati con Kogenate 1000 U.I., 5 con il dosaggio da 2000 U.I., uno è passato da 2000 a 3000U.I., ed uno con 3000U.I. Sono state consumate 163 fiale di Kogenate 1000U.I., 909 fiale da 2000U.I., e 253 da 3000 U.I. per un totale di spesa pari a 204.0893,75 euro. Di questi nove pazienti uno ha incrementato il dosaggio e solo uno ha cambiato farmaco a seguito di sviluppo di inibitori.

Conclusioni. Il trattamento profilattico è certamente dispendioso tuttavia garantisce una riduzione del rischio di gravi disabilità permanenti, consentendo una migliore qualità di vita e meno costi futuri per le aziende sanitarie. È ancora oggetto di studio il nuovo rFVIII ricombinante, realizzato con un polimero che rallenta il processo di liquidazione permettendo una sola infusione settimanale, che ridurrebbe significativamente l'onere di trattamento per i pazienti.

NUOVE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO: EXENATIDE VS EXENATIDE A RILASCIO PROLONGATO

Maria Luigia Cenicola, Manuela Iadanza, Pasquale D'Antonio, Gaetana La Bella

UOC Farmaceutica convenzionata, ASL Napoli 1 Centro, Napoli

Introduzione. Il diabete mellito è una malattia cronica invalidante ad elevato impatto sociale. Oggi il diabete colpisce 4 milioni di italiani, 382 milioni di persone nel mondo e le stime attendibili dell'OMS prevedono un'esplosione epidemiologica non correlabile solo a fattori genetici e/o ereditari ma alla occidentalizzazione delle abitudini alimentari ed in generale a fattori comportamentali. Ovviamente i costi sanitari e sociali, diretti ed indiretti, della patologia diabetica investono prepotentemente il SSN e lo stato sociale. Le continue ricerche volte al miglioramento del trattamento farmacologico di tale patologia hanno prodotto l'immissione in commercio di nuove classi di farmaci. Questo studio ha focalizzato l'attenzione sull'incetina exenatide, che dal 26 Marzo 2014 è disponibile anche in Italia nella formulazione a rilascio prolungato, rappresentando così il primo farmaco monosettimanale in grado di controllare la glicemia nel diabete di tipo 2. Rispetto all'exenatide a somministrazione giornaliera (5 e 10 mcg), la nuova formulazione consente il rilascio prolungato del principio attivo grazie all'incapsulazione della molecola in microsferule polimeriche che, dopo l'iniezione sottocutanea, iniziano a biodegradarsi lentamente in circolo garantendo livelli terapeutici costanti del principio attivo. Nel territorio dell'Asl Napoli 1 Centro i pazienti accedono alla terapia con l'exenatide a somministrazione giornaliera attraverso il canale della Distribuzione per Conto (DPC), mentre la nuova formulazione a rilascio prolungato è distribuita in regime di Farmaceutica Convenzionata.

Materiali e metodi. L'U.O.C. Farmaceutica Convenzionata ha intrapreso un'analisi dei consumi mensili dell'exenatide dispensata in DPC nel corso dell'anno 2013 a tutt'oggi, quindi ha esaminato tali valori a seguito dell'immissione in commercio della formulazione a rilascio prolungato.

Risultati. L'aderenza alla terapia è una delle criticità maggiori del trattamento del paziente diabetico che spesso dichiara di non assumere regolarmente i farmaci. La somministrazione settimanale dell'exenatide a rilascio prolungato, piuttosto che la BID dell'exenatide 10 mcg, determina una maggiore aderenza alla terapia. Dai dati analizzati il consumo mensile di exenatide 10 mcg nei mesi successivi all'immissione in commercio dell'exenatide a rilascio prolungato, ha avuto un decremento pari a circa il 25%.

Conclusioni. La riduzione dei consumi dell'exenatide BID 10 mcg è dovuta all'introduzione di una nuova formulazione che dimostra come le terapie si orientino verso i farmaci sempre più innovativi. Con il consolidarsi dei nuovi protocolli terapeutici è fondamentale il confronto e la discussione con MMG e diabetologi per la valutazione sul campo degli effettivi vantaggi di farmaci di nuova concezione in termini di compliance, miglioramento della qualità della vita e riduzione degli effetti collaterali.

UTILIZZO DI UN PANEL DI INDICATORI PER MONITORARE L'APPROPRIATEZZA DI UTILIZZO DI FARMACI E DM NELLE CASE DI RIPOSO

Luisa Masconale,¹ Nicoletta Turato,² Laura Perantoni,¹ Monica Marchesini,² Valentino Bertasi,¹ Luigi Bertinato,³
¹Farmacia Ulss 22, Ospedale di Bussolengo (VR)
²Farmacia Ulss 22, Ospedale di Villafranca (VR)
³Ulss 22 Direzione sanitaria

Introduzione. La Regione Veneto ha emanato dal 1991 delibere che regolano i rapporti tra le ULSS e i Centri Servizi (CS) ove è prevista la fornitura di farmaci, alimentazione artificiale e DM dalla Farmacia interna ai pazienti non autosufficienti. La Farmacia dell'ULSS 22 oltre ai prodotti, fornisce consulenze tecnico-scientifiche e programma interventi di appropriatezza e monitoraggio della spesa in 24 residenze protette per anziani non autosufficienti (tot 1403 ospiti).

Materiali e metodi. Recentemente la complessità degli assistiti nei CS è aumentata. Si è pertanto predisposto un panel di indicatori per giustificare i consumi di determinati farmaci, DM e prodotti per nutrizione artificiale. Gli indicatori considerati sono stati: spesa media pro-capite per farmaci e DM, quantità utilizzata di: cateteri vescicali a permanenza, sacche urina sterili, ossigeno, diete per nutrizione artificiale, medicazioni avanzate, antibiotici, addensanti, lassativi. Per ogni indicatore sono stati raccolti spesa e numero di pezzi utilizzati in ciascun CS, quindi sono stati calcolati media e scostamenti. Il panel è stato utilizzato in riunioni programmate con i CS.

Risultati. Il panel ha evidenziato abitudini prescrittive diverse tra i CS (es. scostamenti: cateteri da 8% a 61%; sacche urina da 25% a 339%; lassativi da 2% a 69%; medicazioni da 26% a 228%) ed alcuni utilizzi impropri, ha inoltre stimolato conseguenti azioni migliorative: per le infezioni da cateterismo: l'estensione ai CS del protocollo ospedaliero sulla prevenzione delle infezioni ha ridotto il numero dei casi trattati e delle sacche urina utilizzate; la regolamentazione dell'uso delle medicazioni avanzate tramite istruzione operativa e richiesta motivata con revisione da parte di uno specialista ha favorito l'appropriatezza di impiego; in collaborazione con il CIO si è attivato un monitoraggio degli antibiotici per verificare la presenza di resistenze e il corretto utilizzo: l'introduzione della richiesta motivata ha permesso di garantire l'uso appropriato evidenziando in alcuni casi anche l'utilizzo di farmaci sottodosati; per gli addensanti è stata introdotta la richiesta motivata con validazione del responsabile della residenzialità-extraospedaliera che ne ha razionalizzato l'uso e favorito l'approfondimento diagnostico delle disfagie.
Conclusioni. L'analisi degli indicatori ha evidenziato importanti diversità nelle modalità prescrittive sulle quali si sono implementate aposite strategie aziendali per migliorarne l'appropriatezza, quali per es. la formazione (riunioni CTA, corso sul corretto utilizzo delle medicazioni avanzate), con un conseguente miglioramento del 20% dell'allocazione delle risorse.

DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI NELL'ULSS 22 DEL VENETO

Valentino Bertasi,¹ Luisa Masconale,¹ Laura Perantoni,¹ Nicoletta Turato,² Monica Marchesini,² Luigi Bertinato,³
¹Farmacia Ulss 22, Ospedale di Bussolengo (VR)
²Farmacia ospedaliera, Ulss 22, Ospedale di Villafranca (VR)
³Ulss 22 Direzione Sanitaria

Introduzione. La Distribuzione Diretta dei Farmaci (DDF) ha avuto un'estensione in seguito a norme (DRGV 354/2002 recepimento L. 405/2001 art 8, DGRV 2002/2009 regolamentazione della DDF, DGRV 4253/2009 indicazioni per la DDF) che hanno definito il PHT e che consentono, per garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca i farmaci alla dimissione e alla visita specialistica limitatamente al primo ciclo terapeutico, alle case di riposo ed agli assistiti in ADI.

Materiali e metodi. Il lavoro considera la DDF del 2013 ed i risparmi correlati alle erogazioni delle Farmacie Ospedaliere pubbliche e private, calcolati confrontando il costo del farmaco per l'ospedale (pmp) vs il costo di rimborso della distribuzione in convenzionata (Prezzi al Pubblico - Codifa). Sono state conteggiate le confezioni erogate in DDF e in DPC (DWH regionale) ed i costi del servizio di distribuzione per conto (DPC)

derivante in Veneto (DGRV 2849/2012 accordo sulla DPC) dal compenso di € 8.5 a confezione erogata dalle farmacie aperte al pubblico. Sono stati condivisi moduli (Decreto Regionale 141/2009) per facilitare la prescrizione dalle UO e dai centri prescrittori e per la tracciatura. Si è calcolato il risparmio per la riduzione della fuga dalla DPC (secondo la Regione Veneto del 1% nel 2013 per Ulss 22).

Risultati. La DDF garantisce la continuità della terapia iniziata in ospedale riducendo errori di passaggio con la sola lettera di dimissione dall'Ospedale al Territorio, favorisce la compliance alla terapia, agevola il paziente riducendo prescrizioni in urgenza del MMG e permette un risparmio al SSN sul costo del farmaco. I valori dei risparmi distinti per omogenei target distributivi risultano: per DDF alle Case di Riposo € 2.067.000; per DDF agli assistiti in ADI € 110.000; per DDF primo ciclo terapeutico fascia A (PHT escluso) € 236.000; per farmaci in fascia C a pazienti con particolari esenzioni € 117.000; per costo del servizio della DPC risparmi per € 231.000 (il 17.5% DDF da Ospedali privati convenzionati); per riduzione fuga da DPC € 37.000. Risparmi Tot € 2.798.000.

Conclusioni. La valutazione dei dati ha permesso di verificare i risparmi della DDF utili per decisioni strategiche aziendali sulle tipologie di farmaci da distribuire ma anche per il miglioramento della sicurezza e del servizio al cittadino utilizzando infrastrutture, tecnologie e personale comune da dedicare per i farmaci H, all'estero e altre vie distributive previste ora come obbligatorie dalle strutture pubbliche.

OTTIMIZZAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO DEL PAZIENTE DIABETICO. L'ESPERIENZA DEL POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI DI ROMA

Andrea D'Alessio,¹ Barbara Bolletta,² Elisabetta Manca,² Rita Frascchetti,² Valentina Della Sala,² Loredana Secondino,² Franco Tosoni,² Giovanni Orlando,² Vittorio Abruzzese,² Laura Fabrizio,²
¹Servizio Farmacia Interna, ²UCSC, Roma, UOC, Farmacia Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

Introduzione. Le corrette modalità di uso e conservazione dei medicinali sono processi multifattoriali e multidisciplinari che coinvolgono, in tutte le loro fasi, diversi attori: medici, infermieri, farmacisti e pazienti. In tali processi il farmacista ricopre un ruolo importante nell'assicurare che il paziente abbia ricevuto e ben compreso tutte le informazioni inerenti le corrette modalità di somministrazione e conservazione dei farmaci prescritti. L'obiettivo del nostro studio è valutare il grado di preparazione dei pazienti diabetici relativamente ad uso e conservazione delle insuline.

Materiali e metodi. La nostra farmacia ha sviluppato un progetto (partito nel mese di aprile) il cui endpoint è la valutazione del grado di preparazione dei pazienti diabetici relativamente ad uso e conservazione delle insuline per prevenire gli errori di terapia a favore della continuità assistenziale ospedale-territorio. Al campione, costituito da 33 pazienti (uno escluso perché ha rifiutato di partecipare alla valutazione), il farmacista ha somministrato un questionario anonimo di quattro domande volto a verificarne la consapevolezza sulle corrette modalità di utilizzo e conservazione delle insuline. Si presentano i dati ad interim, inerenti il primo mese di osservazione.

Risultati. Sono giunti in farmacia 33 pazienti con prescrizione di insulina: il 66% era già in trattamento prima del ricovero ospedaliero. Di questi l'86% sapeva come conservarla ed utilizzarla correttamente: le informazioni erano state fornite a livello territoriale da centri diabetologici, medici di medicina generale-MMG e farmacisti. Il 14% invece non sapeva come utilizzare l'insulina in penna perché al momento del ricovero la utilizzava in flacone. Tra pazienti naive all'insulino-terapia (34%), il 27% sapeva come conservarla ed utilizzarla correttamente (informazioni fornite dal personale di reparto), il 55% non sapeva né come conservarla e né come utilizzarla ed il 18% ha dichiarato di sapere solo come utilizzarla. Dove necessario il farmacista è intervenuto fornendo tutte le informazioni e chiarimenti su come conservare ed utilizzare correttamente le insuline: le indicazioni sul corretto utilizzo delle penne, ad esempio, sono state fornite ai pazienti mediante spiegazioni e consegna di istruzioni cartacee di facile lettura e consultazione.

Conclusioni. I dati emersi dal primo mese di osservazione confermano l'importanza del ruolo del farmacista circa la verifica della consapevolezza sulle corrette modalità di uso e conservazione delle insuline. La sua figura professionale si è confermata essere fondamentale nella formazione/informazione del paziente al fine di ridurre il rischio di un uso improprio della terapia, soprattutto in considerazione di quelli che ne riferivano scarsa consapevolezza: 34% nell'intero campione e 73% nella sola sottopopolazione naive all'insulino-terapia.

PARTECIPAZIONE DEL FARMACISTA OSPEDALIERO NELLA REALIZZAZIONE DI UN PDTA DELL'ASMA GRAVE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Chiara Capone,¹ Ela Murrja,¹ Francesco Casoli,¹ Sara Pugliese,¹ Nicola Nigri,¹ Valeria Renzoni,² Maurizio Dottorini,² Alessandro D'Arpino,¹

¹Farmacia Ospedaliera, ²Pneumologia, Azienda Ospedaliera di Perugia

Introduzione. L'Asma è una malattia infiammatoria delle vie aeree caratterizzata da responsabilità bronchiale, broncocostrizione, dispnea, respiro sibilante, tosse. Oggi sono circa 300 milioni le persone con asma in tutto il mondo, con uno stimato aumento di 400-500 milioni di persone entro il 2025. L'asma grave persistente rappresenta una forma invalidante per i pazienti che ne sono affetti, nei quali, essendo difficile ottenere un controllo ottimale della malattia, si verificano frequentemente fenomeni di riacutizzazione, con un peggioramento della funzionalità respiratoria. Il presente lavoro, mediante un'analisi retrospettiva degli accessi presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Perugia, mira alla stesura di un PDTA ospedaliero del paziente affetto da Asma Grave, al fine di stabilire linee di intervento semplici, uniformi, e contestualizzabili nelle realtà locali di tutta la regione. **Materiali e metodi.** Il gruppo di lavoro, costituito dai vari specialisti coinvolti nel processo assistenziale Il gruppo di lavoro, costituito dai vari specialisti coinvolti nel processo assistenziale, (pneumologi, farmacisti, medici d'urgenza, pediatri) ha effettuato uno studio osservazionale degli individui affetti da asma che si sono presentati al Pronto Soccorso nell'anno 2013. **Risultati.** Dei 65471 record presenti sul database, sono stati estratti 128 pazienti giunti al Pronto Soccorso accusando un "possibile" attacco asmatico. Tra questi, solo 120 rientrano nella definizione di asma acuta. Età media 46 anni (48% maschi, 62% femmine). Gravità: codice rosso 3%, giallo 28%, verde 78%, bianco 8%. Esami strumentali nel 56% dei casi. Radiografie torace 99% (solo il 10% con complicanze). È stata intrapresa terapia sia inalatoria che sistemica nel 31% dei casi (solo inalatoria 45%, solo sistemica 21%). Le prestazioni e le terapie effettuate sono state classificate in appropriate, non appropriate e dubbie, con l'obiettivo di calcolare i costi delle prestazioni sicuramente inappropriate comprese quelle di assistenza farmaceutica.

Conclusioni. All'interno della popolazione con diagnosi accertata di asma e in terapia regolare, i pazienti con asma grave secondo la definizione del GINA rappresentano una minoranza (circa il 2%). Tuttavia una proporzione consistente di essi non è adeguatamente controllata con le terapie disponibili. L'analisi delle procedure d'accesso dei pazienti con asma acuta al Pronto Soccorso rappresenta un primo passo verso il miglioramento dei trattamenti e la riduzione dei ricoveri ospedalieri. La standardizzazione del trattamento e l'applicazione di linee guida uniformi, con il monitoraggio dei pazienti, permettono una raccolta di dati significativi e rappresentano un osservatorio privilegiato del problema asma acuta nella nostra regione, garantendo un percorso adeguato della patologia per la quale è previsto l'uso di farmaci di alto costo.

ANALISI DI CONFRONTO SULL'UTILIZZO DI NUOVI E VECCHI ANTICOAGULANTI ORALI IN UNA FARMACIA CONVENZIONATA DELL'ASL NA 2 NORD

Angela Lupoli,¹ Clotilde Cacciapuoli,² Ersilia Lupoli,³

¹Farmacia ospedaliera, Presidio Ospedaliero Ascalesi

²Farmacia ospedaliera, ASL NA 1 Centro, Napoli

³Farmacia ospedaliera, A.O. dei Colli

Introduzione. Presso una farmacia dell'ASL Napoli 2 nord è stata effettuata un'analisi sui dati di consumo degli anticoagulanti orali paragonan-

do il classico e consolidato utilizzo della warfarina (Coumadin ATC B01AA03) rispetto ai nuovi anticoagulanti orali Dabigatran, inibitore della trombina (Pradaxa ATC B01AE07) e Rivaroxaban, inibitore del fattore Xa della coagulazione (Xarelto ATC B01AF01).

Materiali e metodi. Sono state analizzate le prescrizioni di anticoagulanti orali da maggio 2013 ad aprile 2014. I due anticoagulanti innovativi sono stati monitorati nelle due formulazioni in cui risultano utilizzati, ovvero Xarelto 20 mg 28 capsule e Pradaxa 110 mg 60 capsule e considerando che rientrando nell'elenco dei farmaci PHT sono distribuiti in DPC (distribuzione per conto). Sono stati evidenziati: i dati di consumo in termini di numero di confezioni, la tendenza allo spostamento della terapia da Coumadin ai nuovi anticoagulanti; È stata valutata l'età media dei pazienti trattati con i nuovi farmaci ed è stata effettuata un'analisi economica sul costo per il SSN della terapia classica rispetto a quella con i nuovi farmaci.

Risultati. Dall'indagine effettuata si evince che l'utilizzo di Coumadin continua ad essere nettamente predominante rispetto ai nuovi anticoagulanti, con dati nei 12 mesi che indicano un totale di 649 confezioni di Coumadin rispetto alle 19 di Xarelto e le 39 di Pradaxa. Tuttavia l'analisi dei dati mensili indica l'incremento nell'utilizzo dei nuovi farmaci che cresce di circa un pezzo ogni mese, ad indicare che ogni mese un nuovo paziente inizia ad essere trattato con Xarelto o Pradaxa. L'età media dei pazienti trattati con Xarelto è di circa 69 anni mentre di quelli trattati con Pradaxa, che risulta più utilizzato è di circa 72 anni. Una rapida analisi economica sottolinea che il costo di Coumadin è di 2,17 euro mentre Xarelto 20 mg 28 capsule costa 101,85 euro e Pradaxa 110 mg 60 capsule 110,53 euro.

Conclusioni. I risultati ottenuti dalla casistica analizzata dimostrano che sebbene l'utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali risulta in crescita è pur sempre in netta inferiorità rispetto al Coumadin che risulta essere ancora il farmaco di elezione e viene preferito dai medici per quei pazienti che non presentano particolari effetti collaterali alla terapia con Coumadin e che con periodiche misurazioni del P.T. riescono a mantenere un buon equilibrio coagulativo. Il tutto si inquadra nell'ottica del contenimento della spesa farmaceutica grazie ad una terapia molto meno onerosa.

TERAPIA PONTE

Giovanna Mutton,¹ Laura Morra,¹ Nicoletta Cerminara,¹ Silvia Degara,¹ Anna Rissone,¹ Anna Maria Toffano,¹ Michela Colombo Gabri,¹ Paola Gadolini,² Maria Cristina Rossi,²

Servizi, ASL AT, ¹Ospedale Cardinal Massaia, Asti, ²Ospedale Santo Spirito Nizza

Introduzione. Nell'ASL AT è stata redatta una Procedura per la gestione dei Pazienti residenti che, in previsione di un intervento chirurgico o altra procedura invasiva presso il nostro Presidio Ospedaliero, devono sospendere antiaggreganti o anticoagulanti con il passaggio ad EBPM nel periodo preoperatorio. La distribuzione dei farmaci avviene tramite la Farmacia Ospedaliera con prescrizione medica specialistica redatta su apposito modulo. L'obiettivo è: fornire ai clinici linee guida per l'utilizzo di EBPM nella profilassi antitromboembolica uniformando le prescrizioni; informare il paziente sulla sospensione momentanea dell'anticoagulante/antiaggregante con il passaggio alla terapia ponte per il minor rischio di sanguinamento (compilazione Consenso Informato); consegnare subito la terapia al paziente in seguito a visita e dare informazioni sulle modalità di somministrazione. **Materiali e metodi.** Sono state redatte linee guida aziendali. È stato predisposto un modulo per la prescrizione ed erogazione delle EBPM, un modulo per il consenso informato del paziente e una brochure sulla modalità di somministrazione.

Risultati. Nel primo trimestre 2014 sono passati in farmacia 93 pazienti, 57 in terapia con antiaggreganti di cui 4 con dabigatran, 27 con TAO e 9 non specificato. A 21 pazienti è stata prescritta enoxaparina 4000U, a 4 enoxaparina 6000U, a 8 parnaparina 3200U.I, a 45 parnaparina 4.250U.I, a 14 parnaparina 6400U.I. A un solo paziente è stato prescritto fondaparinux 2,5. Il maggior numero di prescrizioni sono per gli interventi urologici (30: TURB, TURP, cistoscopia e uretrotomia) e per quelli di chirurgia generale (22: ernioplastica, colecistectomia e polipectomia endoscopica). 10 prescrizioni sono per interventi di ORL (parotidectomia, polipectomia

nasale, tiroidectomia totale) e 9 per interventi Oculistici (cataratta, exeresi, cisti palpebrali). Da una prima analisi è emerso che non veniva indicato il tipo di farmaco da sospendere, pertanto è stato predisposto un nuovo modulo in cui barrare l'opzione antiaggregante o TAO. Ulteriori criticità riguardano la compilazione corretta della modulistica: non sono sempre riportati la durata della terapia e/o il dosaggio, il timbro e/o la firma del medico (medico non identificabile).

Conclusioni. Questa procedura ha permesso ai professionisti coinvolti di adottare linee di condotta univoche secondo l'appropriatezza prescrittiva e ai pazienti di avere gratuitamente subito il farmaco (off label), agevolando e minimizzando i rischi intraoperatori, derivanti da un'assunzione in tempi non corretti.

NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE NON VENTRICOLARE: DATI DI CONSUMO E DI SPESA

Sebastiana Di Pietro, Margherita Salerno, Parlato Francesca, Maria Giuseppina Cali, Giuseppe Caruso, ASP Siracusa, Farmaco

Introduzione. La fibrillazione atriale non valvolare (FANV) è una comune aritmia, responsabile di ictus nel 15% dei pazienti di qualsiasi età e nel 30% degli over 80. Da circa 50 anni, warfarin è stato l'anticoagulante di scelta in questi pazienti ed ha dimostrato una riduzione significativa del rischio di ictus. In alternativa a warfarin sono stati autorizzati nuovi anticoagulanti orali (NAO): dabigatran 150 mg due volte al die, rivaroxaban 15 e 20 mg una volta al die, e apixaban 5 mg due volte al die. Sono tutti somministrati oralmente ed escreti per via renale, perciò è necessario aggiustare la dose nei pazienti con insufficienza renale. Presentano un rapido onset e offset di azione comparati a warfarin. A differenza di warfarin, non richiedono monitoraggio INR, presentano meno interazioni con farmaci e alimenti e una riduzione del rischio di emorragia intracranica. Attualmente nella Regione Sicilia solo dabigatran e rivaroxaban possono essere erogati mentre apixaban sarà disponibile tra poco. Obiettivo di questo lavoro è stato di quantificare il numero di pazienti in carico all'ASP di Siracusa dal 01/04/2013 al 20/05/2014, valutare i dati di consumo e di spesa di rivaroxaban e dabigatran.

Materiali e metodi. Sono stati estrapolati dal database aziendali i dati di spesa e di consumo dell'ASP di Siracusa dal 01/04/2013 al 20/05/2014. È stata inoltre condotta una breve intervista conoscitiva sulla patient satisfaction relativa alla terapia con i NAO.

Risultati. I pazienti in terapia con i NAO sono complessivamente 72: 14 con dabigatran 150 mg in trattamento da non meno di un anno, 13 con rivaroxaban 15 mg e 45 con rivaroxaban 20 mg entrambi in trattamento da 2-3 mesi. Sono state consumate 40 confezioni di dabigatran 150 mg con una spesa di € 2580, 22 confezioni di rivaroxaban 15 mg e 105 di rivaroxaban 20 mg con una spesa di € 1134 e € 2996 rispettivamente. Il costo mensile della terapia per dabigatran e rivaroxaban è in media € 60 verso € 2 circa per warfarin. I pazienti riferiscono di essere soddisfatti del nuovo approccio terapeutico in quanto evitano il continuo monitoraggio dell'INR.

Conclusioni. Il trattamento con i NAO ha un costo nettamente maggiore rispetto a quello con warfarin. Bisognerà raccogliere i dati nel 'mondo reale' sulla risposta ai nuovi anticoagulanti rispetto a warfarin, tenendo conto anche del punto di vista dei pazienti, considerati i numerosi inconvenienti associati all'uso di warfarin.

RICLASSIFICAZIONE IN FASCIA A DEGLI ANTIPICOTICI ATIPICI NELLA DEMENZA: EFFETTI SULLA DISPENSAZIONE DIRETTA NELL'OSPEDALE CIVILE DI RAGUSA

Valentina Cascone, Marinella Cucuccio, Giuseppa Rizza, Concetta Scrofani Farmacia Ospedaliera, ASP di Ragusa

Introduzione. Con determina AIFA del 23 Aprile 2013 (G.U. n. 119 del 23/05/2013) viene abolito il piano terapeutico per la prescrizione di antipsicotici atipici. Rimane confermato l'obbligo per il medico specialista ad utilizzare la scheda di monitoraggio AIFA o di follow up per la prescrizio-

ne di farmaci antipsicotici atipici inseriti nell'elenco di cui alla legge 648/96 per i pazienti con demenza e la distribuzione in regime di dispensazione diretta. Scopo dello studio è valutare gli effetti di tale riclassificazione sulla dispensazione diretta degli antipsicotici atipici per la demenza, presso l'Ospedale Civile-MPA di Ragusa.

Materiali e metodi. Sono stati messi a confronto i periodi gennaio-maggio 2012 e gennaio-maggio 2013 precedenti alla determina, ed il periodo giugno-dicembre 2013, e gennaio-maggio 2014, successivo alla determina AIFA. Gli antipsicotici atipici prescritti sono stati: risperidone, ziprasidone, olanzapina, quietapina.

Risultati. Per il totale dei principi attivi considerati: nel periodo gennaio-maggio 2012 le prescrizioni sono state 68 e le confezioni dispensate sono state 275, nel periodo gennaio-maggio 2013 le prescrizioni sono state 94 e le confezioni dispensate 358, nel periodo giugno-dicembre 2013 le prescrizioni sono state 3 e le confezioni dispensate sono state 8, nel periodo gennaio-maggio 2014 è stata dispensata 1 confezione per 1 prescrizione che peraltro non rispettava il template AIFA. Con l'abolizione del piano terapeutico vi è stata una netta riduzione del numero di prescrizioni e delle confezioni dispensate, inoltre dal confronto dei tre periodi gennaio-maggio 2012, 2013 e 2014 si osserva un aumento del numero di prescrizioni da 68 a 94 rispettivamente nel 2012 e nel 2013 ma un decremento ad 1 nel 2014.

Conclusioni. Questa netta riduzione del numero di prescrizioni potrebbe essere un effetto della riclassificazione di tali farmaci in fascia A, che sfuggono al controllo del farmacista ospedaliero. Come azione correttiva, pertanto, la Farmacia dell'Ospedale "Civile", ha avviato un programma di incontri diretti tra farmacista ospedaliero e medico, in cui è stata evidenziata: la necessità di distinguere all'atto della prescrizione l'uso on-label per il quale non è più necessario il piano terapeutico e che anche il medico generico può prescrivere, dall'uso off-label per il quale invece è necessario il piano terapeutico e quindi la distribuzione diretta ed il monitoraggio; la necessità di una corretta informazione, ai pazienti e maggiormente ai loro familiari/cargiver, sulle modalità di dispensazione diretta di tali farmaci antipsicotici atipici in demenza, al fine di un corretto monitoraggio della terapia prescritta, da parte del medico specialista e del farmacista.

RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ PRIMO ANNO DPC REGIONALE

Daniela Labate, Simona Mirarchi, Luciana Florio Ufficio DPC Regionale, Farmacia

Introduzione. Trascorso un anno dalla centralizzazione della DPC tramite unica ASP, l'Ufficio DPC Regionale è riuscito a far fronte a tutti i compiti d'istituto, al fine di evitare gli sprechi si è impegnato ad effettuare i controlli su farmaci, farmacie e depositi, con l'unica finalità di "far funzionare la DPC".

Materiali e metodi. Uno dei punti di forza della DPC è la gestione completa del ciclo dell'ordine: formulazione, carico/scarico bolle, liquidazione fatture ed emissione dei mandati di pagamento; la predisposizione degli ordini viene preceduta dal monitoraggio delle giacenze, dal calcolo autonomia, dalla media mensile di erogato per singolo prodotto, nella ricezione della merce si presta attenzione alla scadenza dei prodotti in caso di scadenza ravvicinata viene richiesta autorizzazione al reso nell'eventualità di merce inventurata; viene controllato che le farmacie eseguano correttamente tutte le procedure: inserimento richiesta prodotto, chiusura ricetta entro 7 giorni, contabilizzazione nel mese di riferimento; in caso di irregolarità si procede a contestazioni attraverso i Servizi Farmaceutici Competenti. L'attività di monitoraggio prevede il controllo delle ricette spedite in DPC, si evidenziano le irregolarità in diffonibilità alla 371/98 ed il controllo delle ricette spedite nel canale convenzionale senza notifica di mancante o annotazione di urgenza. Al fine di verificare la corretta gestione dei prodotti DPC viene effettuata la vigilanza attraverso periodiche visite presso i depositi intermedi. In caso di irregolarità quali: problemi logistici, mancata rotazione scorte, disallineamenti giacenze, vengono segnalate all'interessato con invito a sanarle, dove possibile.

Risultati. La possibilità di gestire queste operazioni in un unico punto ed il filo diretto con l'Ufficio Finanziario dell'ASP, riducono il tempo necessario

per emettere i mandati di pagamento; rispetto all'Accordo Quadro precedente è stato chiesto alle Aziende Farmaceutiche l'invio delle fatture presso la struttura dove ha sede l'Ufficio DPC Regionale, laddove ciò si verifica la liquidazione delle fatture avviene entro 7 giorni. Nel caso di riscontro di irregolarità sulle ricette si procede o con addebito diretto o con l'invio alla CFA o in CA; in caso di resi non confermati si procede con addebito diretto. I depositi dove possibile, hanno sanato le situazioni irregolari riscontrate.

Conclusioni. Infine se si mettono a confronto l'attività dei primi 4 mesi dell'anno 2014 con il medesimo periodo del 2013, è possibile verificare un incremento dei volumi: in termine di quantità pari al 12.06% ed in termini di spesa pari al 10.34%.

ALLEANZA TRA REUMATOLOGO E PAYER (FARMACISTA E DIRETTORE SANITARIO): COME MIGLIORARE IL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON ARTRITE REUMATOIDE

Andrea D'Alessio,¹ Laura Fabrizio,¹ Elisa Gremese,² Fabrizio Conti,³ Michele Covelli,⁴ Alessio Nitti,⁵ Fausto Salaffi,⁶ Marcello Govoni,⁷ Gabriella Voltan,⁸ Francesco Saverio Mennini,⁹ Andrea Macellusi,⁹ Carlo Maurizio Montecucco,¹⁰ Roberto Caporali.¹⁰

¹UOC Farmacia, Policlinico Universitario A. Gemelli, UCSC, Roma

²Università Cattolica del S. Cuore, Complesso Integrato Columbus, Divisione Reumatologia, Roma

³Dipartimento di Clinica e Terapia Medica, Sezione di Reumatologia, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

⁴Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, ⁵Direzione Sanitaria AOUC Policlinico, Università di Bari

⁶Divisione Reumatologia, Ospedale C. Urbani, Università Politecnica delle Marche, Jesi (AN)

⁷Unità di Reumatologia, Dipartimento Scienze Mediche, AO-Universitaria S. Anna, Ferrara

⁸Presidente della Associazione Nazionale Malati Reumatici

⁹CEIS, Economic Evaluation and HTA (EEHTA), Facoltà di Economia, Università Tor Vergata, Roma

¹⁰Divisione di Reumatologia, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Università di Pavia

Introduzione. Attualmente in Italia i pazienti affetti da artrite reumatoide sono circa 250.000. La malattia è spesso sottovalutata in quanto i sintomi iniziali possono essere facilmente confusi con quelli di altre patologie. Anche i pazienti che hanno già ricevuto una diagnosi possono non godere della migliore gestione possibile e ciò è dovuto a carenze comunicative (medico-paziente) ed organizzative (accesso alle strutture e distribuzione del farmaco). Inoltre la maggior parte di essi si informa in maniera autonoma mediante canali non convenzionali aumentando ulteriormente il livello di confusione e ritardando così ogni fase della malattia: diagnosi, inizio trattamento e monitoraggio. Per ridurre la dimensione del problema e mutuando l'esperienza derivata da altre branche specialistiche (es. diabetologia), anche il reumatologo dal 2010 ha iniziato un percorso di gestione della patologia basato sul Treat to Target: approccio terapeutico che si fonda sul raggiungimento e mantenimento del miglior outcome possibile (remissione / bassa attività di malattia) tramite controlli cadenzati che consentono tempestivi aggiustamenti della terapia stessa. Ad oggi gli attori principali del treat to target in reumatologia sono stati il medico reumatologo ed il paziente. Ma il progetto multi disciplinare RA ALLIANCE prevede il coinvolgimento anche di farmacisti, direttori sanitari, farmaco-economisti ed associazioni dei pazienti. Gli obiettivi del progetto sono: -migliorare la gestione del percorso diagnostico assistenziale coinvolgendo altri stakeholder, tra cui il farmacista, nella stesura di raccomandazioni condivise (raccomandazioni T2T payer); -ottimizzare l'allocazione delle risorse e facilitare l'accesso alle cure.

Materiali e metodi. RA ALLIANCE prevede un primo evento nazionale in cui sono stati coinvolti i 13 membri dello steering committee e 44 discendenti (equamente distribuiti tra reumatologi, farmacisti e direttori sanitari) provenienti dai centri reumatologici italiani con significativa esperienza nella gestione del paziente reumatico. Nei 6 mesi successivi all'evento nazionale di giugno 2014 sono già previsti 15 eventi regionali

volti ad incrementare il livello di condivisione delle raccomandazioni tramite votazione con metodo Delphi.

Risultati. Negli incontri programmati la revisione delle raccomandazioni è validata sulla base degli elementi condivisi dai gruppi di lavoro. È prevista la diffusione e la pubblicazione alla Comunità Scientifica Nazionale e Internazionale delle raccomandazioni.

Conclusioni. Questa alleanza tra reumatologo, paziente e payer ha come conseguenza il perseguimento concreto del miglior stato di salute, ottimizzando la continuità assistenziale ospedale-territorio del paziente con artrite reumatoide e traducendo in realtà sostenibili (anche economicamente) gli obiettivi di salute condivisi tra il paziente ed il team multidisciplinare.

ANALISI DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E VALUTAZIONE DELL'IMPATTO SULLA SPESA

Claudia Giardina,¹ Adele Gallo,² Maria Cristina Bellio,¹

¹U.O.C. Servizio Farmacie, ²U.O.S. Servizio Farmaceutica Convenzionata e Farmacoepidemiologia, ASP di Caltanissetta

Introduzione. Con Determinazione AIFA 25/01/2006, l'ossigeno liquido, farmaco in fascia A, è stato incluso nell'elenco del Prontuario Terapeutico per la continuità assistenziale Ospedale – Territorio. In Sicilia, può essere acquistato, giusto Decreto Assessorato Salute Regionale n. 2205 del 2007, dalle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) ed erogato in forma diretta agli assistiti. Nel 2013 l'ASP 2 di Caltanissetta ha intrapreso un progetto di revisione del servizio di Ossigenoterapia Domiciliare a Lungo Termine (OTLT), finalizzato all'ottimizzazione del processo, che ha permesso di individuare le criticità e formulare gli opportuni interventi correttivi. A modifica della precedente procedura avviata nel 2009, sono state definite nuove modalità operative nella gestione dei pazienti in OTLT con l'obiettivo di fornirgli adeguata assistenza e di migliorare l'appropriatezza d'uso.

Materiali e metodi. L'ASP ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare (pneumologo, farmacista, provider) che, analizzando in maniera sistematica i passaggi critici del servizio di approvvigionamento e distribuzione dell'ossigeno liquido, ha esaminato i dati epidemiologici dei pazienti in trattamento domiciliare OTLT nel 2013 e ha verificato l'appropriatezza prescrittiva dei relativi Piani Terapeutici, in collaborazione con i Distretti Sanitari Territoriali della ASP. Parimenti, il servizio farmacia ha sviluppato apposito software informatico per la importazione dei dati identificativi del paziente, di prescrizione (data emissione e validità del PT), consegna e fatturazione di ciascuna fornitura ai pazienti da parte dei nove Provider accreditati presso l'ASP.

Risultati. Sono state elaborate raccomandazioni per una migliore appropriatezza rivolte ai Medici specialistici ed ai Distretti Territoriali deputati alla verifica formale dei PT per l'attivazione dell'OTLT. Analogamente è stata predisposta una Brochure destinata agli utenti eleggibili, come supporto divulgativo del percorso assistenziale, per la corretta attivazione e gestione della OTLT, che tenesse conto anche delle raccomandazioni d'uso dei dispositivi. I dati di spesa per OTLT nel 2013 confermano la validità delle azioni intraprese nella promozione dell'appropriatezza. La spesa sostenuta, infatti, ha registrato rispetto al 2012 una contrazione del 3,79% a parità di numero dei pazienti in trattamento (730).

Conclusioni. A conclusione del progetto di revisione della procedura di gestione dell'OTLT, emerge che, attraverso l'integrazione tra diverse figure professionali, si è giunti alla definizione di un modello di percorso assistenziale a supporto della programmazione delle politiche sanitarie e delle valutazioni farmacoeconomiche. Ancora una volta, il farmacista si caratterizza quale risorsa indispensabile nel monitoraggio dei processi / percorsi nonché mediatore della comunicazione tra le diverse unità operative sanitarie e i Provider, esterni all'ASP.

APPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE DI PRODOTTI APROTEICI A PAZIENTI NEFROPATICI NELLA ASL DI LECCE

Paola Civino, Annamaria Sozzo, Francesca Baldari, Simona De Marco, Daniela Guida, Simona Monte, Emanuela Rossetti, Pasqua Pastore, Maria Teresa Pastore, Caterina Montinari
Area Farmaceutica, ASL, Lecce

Introduzione. L'insufficienza renale cronica (I.R.C.) è una sindrome nefrologica caratterizzata da un progressivo, generalizzato e irreversibile declino del filtrato glomerulare. Interventi che riducono la pressione glomerulare (es. diete ipoproteiche) possono rallentare la progressione della malattia. Studi del Gruppo Renale Cochrane hanno dimostrato la potenzialità della terapia dietetica nutrizionale aproteica nel ridurre il rischio di morte renale del 31%. In Italia la distribuzione di tali prodotti non è inserita nei LEA, ed è data la possibilità alle Regioni di normarne autonomamente la rimborsabilità. Nella Regione Puglia, i pazienti nefropatici sono equiparati ai soggetti affetti da dismetabolismo congenito, e le AA.SS.LL. sono autorizzate a fornire alimenti aproteici per il tramite delle Farmacie Ospedaliere/Distrettuali. L'analisi dei comportamenti prescrittivi nel territorio della ASL LE ha evidenziato la necessità di ottimizzare e uniformare le prescrizioni di alimenti aproteici, adeguandole allo stadio dell'IRC, al fine di migliorare la sostenibilità della dieta ipoproteica.

Materiali e metodi. I dati relativi alle esenzioni, estratti dal Sistema Informativo Sanitario Regionale EDOTTO, hanno evidenziato che, nella ASL LE, su una popolazione di n. 800.259 abitanti (dato ISTAT al 01/01/2013), n. 3.003 erano in possesso di esenzione per IRC e n. 813 erano in trattamento dialitico. Nel mese di maggio 2013 è stato costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare (medici e farmacisti), con l'obiettivo di elaborare un percorso diagnostico terapeutico (PDT) uniforme e basato sulle più aggiornate evidenze scientifiche, approvato poi con DDG n. 1338 del 24/07/2013. Al fine di valutare l'impatto del PDT nella pratica prescrittiva, sono state analizzate le prescrizioni dei dieci mesi precedenti l'approvazione dello stesso (sett. 2012 - giu. 2013) rispetto ai successivi (ago. 2013 - mag. 2014).

Risultati. La spesa per prodotti aproteici in distribuzione diretta da ottobre 2012 a luglio 2013 è stata di 469.274,37 euro, quella da agosto 2013 a maggio 2014 di 455.176,39 euro, con una riduzione del 3%; è rimasto invariato il numero dei pazienti trattati. L'aderenza al PDT ha prodotto un miglioramento dell'appropriatezza, con un adeguamento delle quantità mensili di alimenti ai parametri antropometrici/nutrizionali, ed ha incentivato l'uso di prodotti a più lunga scadenza, con bassa umidità, disponibili in confezioni di dimensioni più piccole e più versatili per le diverse preparazioni alimentari.

Conclusioni. La patologia renale cronica è una malattia progressivamente ingrossante che spesso determina la necessità del trattamento sostitutivo dialitico, con conseguenti costi significativi (circa 50.000 euro/anno) ed il peggioramento della qualità della vita dei pazienti. Migliorare l'appropriatezza della terapia nutrizionale deve essere un obiettivo fondamentale per ridurre la progressione della malattia e l'abbattimento dei costi sostenuti.

LINEE GUIDA PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELLA ASL DI LECCE

Paola Stasi, Paola Civino, Annamaria Sozzo, Francesca Baldari, Simona De Marco, Daniela Guida, Simona Monte, Emanuela Rossetti, Pasqua Pastore, Maria Teresa Pastore, Caterina Montinari
Area Farmaceutica, ASL, Lecce

Introduzione. In un contesto generale di contrazione economica appare di fondamentale importanza implementare l'appropriatezza prescrittiva, al fine di una migliore allocazione delle risorse. In tale ottica, la Direzione della ASL di Lecce ha deciso di effettuare, nel territorio aziendale, un audit clinico per le categorie di farmaci considerate maggiormente a rischio di inappropriata e iperprescrizione, attraverso un confronto tra il comportamento prescrittivo dei MM.MM.GG. e quanto dettato dalle Linee Guida Aziendali, nel periodo 2012-2013.

Materiali e metodi. È stato avviato un tavolo tecnico paritetico in seno al Comitato Permanente Aziendale per la Medicina Generale, opportunamente supportato da specialisti delle branche interessate, sia territoriali che ospedaliere. A conclusione dei lavori, dopo accurata selezione della letteratura e della normativa vigente, è stato redatto un documento di indirizzo in materia di appropriatezza prescrittiva per le seguenti categorie di farmaci: Inibitori di Pompa Protonica (IPP), Farmaci attivi sul Sistema

Renina-Angiotensina (ACE-inibitori/sartani); statine e ossigeno terapeutico (gassoso e liquido).

Risultati. Utilizzando il cruscotto informativo del Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stato effettuato il monitoraggio dei consumi e della spesa delle categorie di farmaci interessati, per gli anni 2012 e 2013. La reportistica prodotta è stata oggetto di approfondita disamina presso le Commissioni Distrettuali per l'Appropriatezza Prescrittiva. L'analisi dei dati 2013 vs 2012 ha evidenziato: 1) un evidente decremento dei consumi (-29,51%) e della spesa (-32,05%) per l'ossigenoterapia con ossigeno gassoso; 2) un decremento sia in termini di consumi (-23,70%) che di spesa (-21,71%) per l'ossigeno liquido; 3) il dato di spesa relativo agli IPP risulta in crescita (+5,1%), benchè in misura inferiore rispetto al dato regionale (+6,8%); 4) coerentemente con le indicazioni fornite dalla Regione Puglia relativamente alla prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina, aumentano le prescrizioni di ACE-inibitori (spesa +18,6%) e diminuiscono quelle relative ai sartani (spesa -11,00%); 5) le statine registrano un decremento di spesa del -11,9%; 6) Si è evidenziato un incremento dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto (IPP: dal 98,15% del 2012 al 99,92% del 2013; sartani: dal 48,15% del 2012 al 70,44% del 2013; statine: dal 62,06% del 2012 al 71,98% del 2013; il dato relativo al consumo di ACE-inibitori a brevetto scaduto è attestato al 99,20%).

Conclusioni. L'audit clinico rispetto al solo monitoraggio delle prescrizioni si è dimostrato uno strumento più efficace nell'aumentare la cooperazione tra farmacisti e medici, migliorando l'appropriatezza prescrittiva.

REALIZZAZIONE IN ASL TO5 DI UN PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO AZIENDALE PER PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA: ESEMPIO DI COLLABORAZIONE MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE

Vittoria Grano,¹ Carmen Candido,¹ Giovanna Nota,¹ Ester Tolomei,¹ Guido Barberis,²

ASL TO5, ¹S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, ²S.C. Geriatria e Lungodegenza PO Chieri

Introduzione. I disturbi non comportamentali nella demenza sono trattati farmacologicamente con antipsicotici atipici. Pur trattandosi di uso "off-label", il Ministero ha consentito la prescrizione SSN da parte dei MMG previa redazione di PT dagli UVA fino al 2006, anno in cui l'AIFA ha attivato un programma di farmacovigilanza che prevede scheda di monitoraggio paziente, follow-up e PT a validità bimestrale con consenso informato del paziente ed erogazione diretta da parte delle ASR di residenza. Tale procedura, recepita dalla Regione Piemonte e confermata nuovamente dall'AIFA nel 2009, ha creato notevoli problematiche: acquisizione del consenso informato dei pazienti affetti da demenza in stadio intermedio o avanzato e non ancora in Tutela Legale, significativo incremento dell'accesso agli ambulatori UVA e dell'attività correlate alla prescrizione del farmaco, incremento della distribuzione diretta con conseguenti difficoltà di accesso alla terapia. Il servizio farmaceutico, in un quadro normativo estremamente complesso, ha collaborato alla stesura di un percorso concordato per la prescrizione degli antipsicotici atipici ai pazienti dementi, allo scopo di agevolare e semplificare l'attività dello specialista e di migliorare l'accesso alla terapia da parte dei pazienti.

Materiali e metodi. La normativa relativa alla prescrivibilità off-label degli antipsicotici è stata valutata, interpretata e condivisa in numerosi incontri multidisciplinari e multiprofessionali (ufficio legale, direttore di distretto, specialisti UVA, ecc).

Risultati. La collaborazione con il nostro ufficio legale ha consentito di elaborare modulistica per l'acquisizione del consenso informato da parte dei caregivers per quei pazienti con malattia in stadio intermedio o avanzato e non ancora in Tutela Legale. Per la prescrizione degli antipsicotici atipici è stata elaborata un'unica modulistica semplificata, stampata in blocchetti in triplice copia a ricalco, da utilizzarsi per il monitoraggio dei pazienti/follow up e come piano terapeutico per l'erogazione dei farmaci. Si è proceduto inoltre all'informatizzazione dello stesso modulo, con l'invio telematico alla farmacia e la prenotazione automatica del farmaco, con-

sentendo così allo specialista una più rapida compilazione e al paziente un più facile accesso alla terapia. È stata preparata per lo specialista una flow-chart riassuntiva che presenta schematicamente il percorso di prescrizione da seguire dal 1° accesso all'ambulatorio UVA.

Conclusioni. Questa proficua collaborazione ha dimostrato come la partecipazione di diverse figure professionali e la condivisione delle proprie competenze per un obiettivo comune ha portato alla costruzione di un importante percorso assistenziale. Per il futuro si auspica il coinvolgimento anche della medicina di base allo scopo di ridurre gli accessi agli ambulatori UVA.

LA GESTIONE DELLA TERAPIA E.V. NEI PAZIENTI AFFETTI DA FIBROSI CISTICA: DATI DELLA REGIONE MARCHE

Emanuela Andresciani,¹ Natalia Cirilli,² Angela Maria Felicita Garzone,¹ Michela Sara De Meo,³ Fulvia Ciuccarelli,¹ Rolando Gagliardini,² Vincenzo Moretti,¹ Adriana Pompilio,¹

¹SOD Farmacia, ²Centro Regionale Fibrosi Cistica, Azienda Ospedali Riuniti, Ancona, ³SSFO, Università di Camerino (MC)

Introduzione. La Fibrosi Cistica (FC) è la malattia genetica ereditaria mortale più frequente nella popolazione caucasica: ne è affetto un neonato ogni 2500/2700 nati vivi. In Europa la prevalenza media è 0,737/10000; in Italia i dati del Registro Italiano riportano una prevalenza 0,871/10000 ed un'incidenza 1/4238. L'antibiotico-terapia soprattutto per via e.v. è fondamentale per il controllo delle infezioni polmonari con l'obiettivo di prevenire, eradicare e controllare le infezioni respiratorie. In assenza di adeguato trattamento esiste un maggior rischio di progressione verso l'insufficienza respiratoria. La classificazione degli antibiotici in fascia H crea notevoli problematiche per la prosecuzione della terapia domiciliare.

Materiali e metodi. Il Centro Regionale Fibrosi Cistica (CRFC) di Ancona segue attualmente 173 pazienti di cui 127(73,4%) con FC classica e 46 (26,6%) con FC atipica. Nella FC classica il quadro clinico è più grave poiché sono interessati vari organi. I pazienti che necessitano di terapia antibiotica e.v. ricevono la prima dose in Ospedale, in ricovero o DH; la durata media del trattamento è 14-21 giorni; per la prosecuzione della terapia domiciliare viene attivato il servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) in ottemperanza alla legge 548/93. Abbiamo voluto verificare la situazione nella Regione Marche e le problematiche dei pazienti afferenti al CRFC.

Risultati. I soggetti affetti da FC afferenti al CRFC vengono sottoposti ad antibiotico-terapia nel caso di riacutizzazioni respiratorie oppure in caso di peggioramento del quadro clinico ovvero in presenza di un decremento importante della funzione respiratoria; negli altri casi, il paziente è ben gestito con la terapia soppressiva per via inalatoria. Il 50,4% dei pazienti con FC classica ha avuto necessità di antibiotico-terapia. Nell'ambito della continuità assistenziale territoriale sono stati prescritti i seguenti antibiotici: tobramicina, colistina, teicoplanina, levofloxacina, ceftriaxone, ceftazidima, cefepima, amikacina, netilmicina, vancomicina, imipenem e cilastatina, gentamicina, piperacillina e tazobactam, meropenem, ciprofloxacina. Nel 2013 il CRFC ha richiesto 40 attivazioni ADI. Ad oggi 10/13 (76,9%) delle Zone Territoriali della Regione Marche hanno risposto positivamente alla richiesta; 1/13 (7,7%) non ha risposto positivamente; 2/13 (15,3%) non sono mai state attivate.

Conclusioni. Per garantire la continuità assistenziale evitando disagio ai pazienti, nel luglio 2013 è nato un gruppo di lavoro regionale che coinvolge il CRFC, l'ASUR, la LIFC Marche-onlus, i Servizi Farmaceutici Territoriali, i MMG ed i PLS. L'obiettivo è produrre una procedura condivisa ed omogenea al fine di individuare le migliori strategie per garantire equità di accesso ai soggetti affetti da tale patologia.

IL RISPERIDONE E L'AUTISMO

Margherita Salerno, Sebastiana Di Pietro, Giovanna Nobile, Paola Anastasi, Cinzia Piazza, Maria Giuseppina Calì, Giuseppe Caruso Farmaco, ASP Siracusa

Introduzione. L'autismo è un disturbo permanente di natura neurobiologica; colpisce prevalentemente i bambini di sesso maschile rispetto al fem-

minile. In Sicilia si contano circa 5000 pazienti affetti dal disturbo. All'interno del processo di assistenza del paziente autistico si configura un team multidisciplinare che attraverso i servizi coinvolge soprattutto la famiglia. Non essendo una patologia remittente, lo scopo dei trattamenti è quello di migliorare la qualità di vita del paziente. I farmaci maggiormente utilizzati sono gli stabilizzatori dell'umore, gli SSRI e i neurolettici. Il risperidone ha ottenuto buoni risultati in pazienti affetti da autismo. Obiettivo del lavoro è valutare le modalità prescrittive, la compliance del paziente al trattamento e il consumo di spesa del risperidone nei pazienti affetti da autismo assistiti dalla Farmacia territoriale dell'Ospedale Trigona di Noto.

Materiali e metodi. Sono stati identificati, tra tutti i pazienti in trattamento con risperidone, i due con disturbo persuasivo dello sviluppo (autismo), si sono messe in luce le modalità di prescrizione, la durata del trattamento e i benefici nella real life, attraverso le cartelle cliniche, e i consumi di spesa, attraverso il database aziendale.

Risultati. I pazienti in trattamento con risperidone sono due ragazzi rispettivamente di 12 e 17 anni. Entrambi dopo un previo trattamento con acido valproico, associato poi con aloperidolo e successivamente trattati con altri neurolettici interrotti a causa dell'eccessivo aumento ponderale o persistenza di disturbi aggressivi, sono passati all'utilizzo di risperidone in gocce 0,5 mg/die da ottobre 2013 per il paziente più giovane e compresse per il paziente più grande. Quest'ultimo ha utilizzato i dosaggi da 1 mg, 2 mg e 3 mg da febbraio 2010 con un'interruzione da aprile 2012 a gennaio 2013 per cambio di trattamento verso aripiprazolo, tuttavia a causa di mancato controllo dell'aggressività il paziente è stato riportato al risperidone da 2 mg due volte die. Dopo redazione del piano terapeutico da parte della neuropsichiatria infantile, correlato da consenso informato, relazione di non sostituibilità e comunicazione di attento monitoraggio per uso off-label, è stata fornita la autorizzazione all'uso di off-label per casi specifici. Il consumo relativo al primo paziente è di € 9,66 mentre per il secondo è di € 1.004,3594.

Conclusioni. Si può infine concludere che il farmaco, già approvato nel 2006 dal FDA per l'autismo, è stato ben tollerato nei pazienti sopracitati, mostrando un buon profilo di sicurezza e che i consumi di spesa sono stati contenuti.

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

SATIVEX®, IL PRIMO CANNABINOIDE A SUPPORTO DELLA SCLEROSI MULTIPLA

Francesca Sannino, Valentina Annunziata, Lucia Avallone, Angela Gallo, Ida Monti, Eugenia Piscitelli, Paola Saturnino, Carmela Simona Serio, Daniela Iovine

U.O.C. Farmacia, Cardarelli, Napoli

Introduzione. Sativex® è un modulatore del sistema endocannabinoide composto da tetraidrocannabinolo(THC) e cannabidiolo(CBD) utilizzato per alleviare i sintomi in pazienti adulti affetti da spasticità da Sclerosi Multipla(SM), che hanno manifestato una risposta inadeguata ad altri antispastici. Estratto dalla Cannabis Sativa, è inserito nella tabella VII sezione II B DPR309/1990 e successivi. Secondo il Decreto Commissariale 114/13, viene prescritto dai soli Centri autorizzati e dispensato dalle relative farmacie ospedaliere. Dal 1987 è attivo presso l'AORN Cardarelli il Centro Regionale Diagnosi e Cura SM, a cui afferiscono circa 600 pazienti/anno, con 3 nuove diagnosi/mese.

Materiali e metodi. I criteri di inclusione sono: SM stabile da almeno 3 mesi; spasticità in almeno due gruppi muscolari nonostante terapia antispastica in atto; nessuna assunzione di cannabinoidi nei 7 giorni antecedenti la prima visita. È prevista una rivalutazione dopo un periodo di prova iniziale di 4 settimane. La somministrazione oromucosale, la farmacocinetica, la variabilità posologica (da 4 a 12 puff/die) e l'adesione di ciascun paziente al protocollo prescritto, influenzano l'esito della terapia. Ci siamo quindi proposti, in accordo con i medici del Centro, di effettuare un counseling al paziente, sottoponendogli un questionario per ottenere un feed-