

europee dell'utilizzo di questi principi attivi nella popolazione anziana, portando ad una riduzione della dose massima giornaliera di escitalopram e citalopram a 10 e 20 mg rispettivamente. Inoltre occorre considerare che le politerapie, comuni nel paziente anziano, possono aumentare il rischio di interazioni farmacologiche. L'utilizzo di citalopram ed escitalopram è controindicato in associazione ad altri farmaci noti per prolungare l'intervallo QT. Con il presente lavoro si vuole valutare l'aderenza alle direttive AIFA del 2011 delle prescrizioni dei pazienti della Asl1 di Sassari con età superiore a 65 anni relative all'anno 2013.

**Materiali e metodi.** Sono state analizzate le prescrizioni di citalopram ed escitalopram considerando off-label una posologia giornaliera superiore a 20mg di citalopram e 10mg di escitalopram. Sono state esaminate, inoltre, le associazioni con principi attivi che causano torsione di punta o prolungamento del QT, secondo l'elenco riportato dal consiglio QTdrugs.org consultivo del CERT Arizona.

**Risultati.** Dallo studio dei dati emerge che i pazienti over-65 trattati con i farmaci citalopram ed escitalopram sono stati 1431 e 3431 rispettivamente. Per entrambi i principi attivi il numero di pazienti che ha ricevuto prescrizioni off-label è pari al 6%. L'analisi delle prescrizioni indica che il 4% dei pazienti trattati con citalopram o escitalopram ha assunto contemporaneamente almeno un farmaco che causa torsione di punta, mentre hanno utilizzato farmaci che causano prolungamento dell'intervallo QT il 6% dei pazienti trattati con citalopram e il 9% di quelli trattati con escitalopram. Le concomitanze prescrittive per escitalopram sono 479: 25% con farmaci cardiovascolari; 46% con farmaci del SNC; 17% con farmaci antibatterici e 13% con farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna. Per quanto riguarda citalopram, le prescrizioni concomitanti sono 169: 28% con farmaci cardiovascolari; 46% con farmaci del SNC; 19% con farmaci antibatterici e 7% con farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna.

**Conclusioni.** Dall'analisi delle prescrizioni è emerso che la percentuale di pazienti anziani della Asl di Sassari che ha ricevuto un numero di prescrizioni off-label per citalopram ed escitalopram è contenuto. Tuttavia, ad oggi, il dato relativo alle prescrizioni dei due principi attivi in associazione con farmaci capaci di prolungare l'intervallo QT risulta ancora critico.

## SORVEGLIANZA DELLE PRESCRIZIONI INAPPROPRIATE NELLE RSA: RISULTATI PRELIMINARI

Ambrogio Marcelletti,<sup>1</sup> Stefania Rafaiani,<sup>1</sup> Feliciani Denise,<sup>1</sup> Vita Maria Laterza,<sup>1</sup> Maria Chiara Romani,<sup>1</sup> Giovanna Acciari,<sup>1</sup> Bruno Monaldi,<sup>1</sup> Maria Cristina Orlandi,<sup>1</sup> Isabella Brandimarti,<sup>1</sup> Sabrina Vannicola,<sup>2</sup> Anita Vagnoni,<sup>1</sup> Ibar Sabatini,<sup>3</sup> Isidoro Mazzoni,<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Farmaceutico, ASUR Marche AV5, <sup>2</sup>Scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera, Università, Camerino (MC), <sup>3</sup>Ingegneria gestionale, Università Politecnica, Milano

**Introduzione.** Al di sopra di quattro farmaci contemporaneamente assunti (polifarmacologia) (Viktıl,2006), il rischio di ADRs aumenta significativamente (Viktıl,2008). Un importante problema connesso alla polifarmacologia nell'anziano è rappresentato dalle prescrizioni potenzialmente inappropriate (Beers,1992), che interessano farmaci per cui il rischio di ADRs supera il beneficio atteso, soprattutto qualora esista un'alternativa migliore. L'individuazione di queste prescrizioni è facilitata dall'utilizzo di criteri di appropriatezza prescrittiva; Beers (TheAmericanGeriatricsSociety, 2012) e STOPP-START (Gallagher, 2008) sono i più utilizzati.

**Materiali e metodi.** Abbiamo studiato i farmaci prescritti e somministrati agli ospiti delle strutture di San Benedetto del Tronto nel 2013, utilizzando le cartelle cliniche (215), eseguendo le seguenti analisi: Epidemiologia della popolazione-Farmaci prescritti a ciascun residente-Numero totale e pro/capite farmaci utilizzati per RSA, e pro/capite al picco-Percentuale appropriatezza per RSA-Numero massimo farmaci inappropriati per paziente per RSA-Percentuale pazienti con almeno un'inappropriatezza-Prevalenza singoli farmaci inappropriati prescritti e secondo ATC. Inoltre abbiamo costruito un programma informatizzato di alert utilizzando i "criteri di Beers" (CB), ma escludendo le indicazioni di inappropriatezza in rapporto alla patologia. Successivamente abbiamo

esteso la ricerca agli ospiti delle strutture di Ascoli Piceno (128), aggiungendo i "criteri secondo STOPP" (CS). Inoltre per entrambi i sistemi di controllo abbiamo arbitrariamente distinto la funzione di assoluta proibizione da quella di semplice alert.

**Risultati.** Sono stati derivati dati sperimentali come: -Media-farmaci somministrati per paziente (7.15-12.36) -Media-farmaci al picco di massima esposizione (6.87-10.56) -Picco massimo farmaci assunti giornalmente da un paziente (22) -Massimo numero farmaci assunti da un paziente (31) nel periodo di degenza -Percentuale farmaci inappropriati rispetto a CB (7.1-14.4) -Massimo numero farmaci inappropriati somministrati al singolo paziente rispetto a CB (5) -Percentuale pazienti con almeno un'inappropriatezza CB (56.00-80.00%) -Percentuale farmaci inappropriati rispetto a CS (27.95%-33.73%) -I farmaci più spesso trovati sono quetiapina, lorazepam, digossina; ATC-N è la classe più rappresentata.

**Conclusioni.** La polifarmacologia, al di là delle cause e dei setting di osservazione, merita un sistema di sorveglianza e rivalutazione della terapia. Il nostro programma dovrebbe consentirci di discutere le terapie insieme ai medici ed ottenere eliminazioni e sostituzioni di farmaci. Le maglie utilizzate dal programma sono certamente più grandi rispetto alla semplice applicazione degli specifici criteri Beers-STOPP, perciò i risultati sono incontrovertibili. Tuttavia, con un programma di sorveglianza così costruito, gestito dal MMG oppure - meglio - dal farmacista, dovrebbe migliorare l'appropriatezza prescrittiva, fornendo: -Schemi di terapia con farmaci sopra un numero fissato come critico -Farmaci potenzialmente inappropriati che meritano rivalutazioni e correzioni -Farmaci assolutamente inappropriati che vanno conosciuti ed eliminati.

## GLOBAL HEALTH E SALUTE PUBBLICA

### IL FARMACO COME TRACCIANTE DELLA REALTÀ ASSISTENZIALE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

Mariacristina Angelelli,<sup>1</sup> Annamaria Pia Terlizzi,<sup>1</sup> Adriana Serinelli,<sup>2</sup> Mirka Ariano,<sup>2</sup> Angela Chielli,<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Area Farmaceutica Territoriale, SSFO, Università di Bari

<sup>2</sup>Area Farmaceutica Territoriale, ASL, Bari

**Introduzione.** Gli stranieri temporaneamente presenti (STP) sul territorio italiano, non essendo in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, non sono di norma iscritti al SSR, ma hanno diritto comunque alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, nelle strutture pubbliche o private convenzionate. Il Servizio Farmaceutico della Asl di Bari, ha effettuato un'analisi di farmacoutilizzazione sugli STP presenti nel centro di identificazione ed espulsione (CIE) nella zona di Bari-Palese.

**Materiali e metodi.** Tramite il Sistema Informatico Regionale "Edotto" sono state analizzate le prescrizioni farmaceutiche a carico del SSR nell'anno 2012 e primi sei mesi del 2013 relative agli assistiti STP del centro CIE di Bari-Palese; le indagini sono state condotte sia in termini di quantità totale di farmaci prescritti, che in termini di prevalenza d'uso per categoria terapeutica secondo classificazione ATC (anatomica terapeutica chimica) e per principio attivo.

**Risultati.** I Farmaci erogati a carico del SSR sono stati 1245 nel 2012 e 1186 per i primi sei mesi del 2013. Le 3 categorie più prescritte secondo classificazione ATC nel 2012 sono state: i farmaci a carico del sistema nervoso (N) 510, dell'apparato gastrointestinale (A) 151, antimicrobici generali per uso sistemico (J) 185. Nel 2013 oltre queste categorie, si osserva un incremento prescrittivo per i farmaci a carico del sistema muscolo-scheletrico (M) che passano dai 119 del 2012 a 155. Sia per il 2012 che per il 2013 la più prescritta all'interno della categoria N è la N03, in particolare la specialità in gocce di clonazepam; con 397 pezzi per il 2012 e 292 per il 2013. Per la categoria J, la classe J01: amoxicillina, sola ed in associazione con acido clavulanico, seguita da cefixima, ceftriaxone, ciprofloxacina, claritromicina, levofloxacina, 167 unità per il 2012 e 133 per il 2013. All'interno della categoria A, la A02 con 125 prescrizioni per il 2012 di magaldrato, lansoprazolo, sodio alginato e sodio bicarbonato, rabeprazolo, omeprazolo e 169 prescrizioni per il 2013.

**Conclusioni.** L'assistenza sanitaria per tutte le persone immigrate nel nostro paese viene erogata, garantendo il diritto alla salute indipendentemente dalla condizione amministrativa e socio-economica. Sia in termini di sostenibilità che di appropriatezza, alla luce dei risultati ottenuti, diventa imperativo condurre approfondimenti sull'uso di farmaci in popolazioni poco studiate, considerando la percentuale in crescita di immigrati presenti sul territorio nazionale.

### PROFESSIONISTI, ISTITUZIONI E PAZIENTI IN PARTNERSHIP PER UN PERCORSO INTEGRATO CHE GENERI QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE NELL'ASMA GRAVE

Luciana Pazzagli,<sup>1</sup> Filomena Bugliari,<sup>2</sup> Alessandro Bussotti,<sup>3</sup> Gianna Camiciottoli,<sup>4</sup> Maurizio Dal Maso,<sup>5</sup> Paolo Francesconi,<sup>6</sup> Enrico Lombardi,<sup>7</sup> Andrea Maticci,<sup>8</sup> Pierluigi Paggiaro,<sup>9</sup> Massimo Pistolesi,<sup>4</sup> Oliviero Rossi,<sup>8</sup> Paola Rottoli,<sup>10</sup> Giulio Toccafondi,<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento del Farmaco, Azienda Sanitaria, Firenze; <sup>2</sup>FederASMA; <sup>3</sup>Medico Medicina Generale, <sup>4</sup>Pneumologo, <sup>8</sup>Allergologo, AOU Careggi, Firenze; <sup>5</sup>Direzione Sanitaria, ASL, Lucca; <sup>6</sup>Epidemiologo, Agenzia Regionale di Sanità, Toscana; <sup>7</sup>Pneumologo, AOU Meyer, Firenze; <sup>9</sup>Pneumologo, AOU, Pisana; <sup>10</sup>Pneumologo, AOU, Senese; <sup>11</sup>Ergonomo, GRC Regione Toscana

**Introduzione.** I percorsi clinici multidisciplinari sono efficaci nell'aumentare la qualità delle cure e ridurre i costi per i sistemi sanitari, ma il crescente carico assistenziale sul territorio, causato da invecchiamento della popolazione e patologie croniche, induce a ripensare i percorsi integrati con il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti. L'asma grave è una patologia infiammatoria cronica, con manifestazioni cliniche quali dispnea e bronco-ostruzione, che possono compromettere seriamente la qualità della vita. Circa il 20% dei pazienti con asma grave non controllata da terapia standard, assorbe l'80% delle risorse destinate alla malattia in termini di ricoveri ospedalieri, accessi al pronto soccorso, consumo di farmaci e giornate di lavoro perse. Identificare precocemente i pazienti affetti da tale forma, si rende necessario sia per garantire le cure appropriate che per razionalizzare le risorse sanitarie.

**Materiali e metodi.** Il progetto, gestito dal Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana, dall'Agenzia Regionale di Sanità e FederASMA e ALLERGIE Onlus, si è sviluppato con il contributo delle Unità di Pneumologia degli ospedali e di vari professionisti. L'approccio "Triple Aim" dell'Institute for Healthcare Improvement, che integra in modo pro-attivo la qualità con i costi sanitari definendo modelli predittivi per individuare i soggetti a rischio, è stato utilizzato per la progettazione del percorso integrato per l'asma grave. La condivisione delle conoscenze scientifiche, la definizione del percorso e la sua diffusione in tutti i sistemi di cura territoriali ed ospedalieri, permette poi di inserire i pazienti nel percorso diagnostico-terapeutico appropriato e di impostare strategie di monitoraggio.

**Risultati.** Utilizzando la definizione di asma grave secondo le linee guida di riferimento (GINA 2014), è stato applicato l'algoritmo che ha permesso di quantificare i pazienti affetti da asma grave nella Regione Toscana, pari a circa 5000 soggetti. Successivamente sono stati condivisi dal team multidisciplinare i criteri del percorso diagnostico-terapeutico e definite le modalità di coordinamento con i Medici di Medicina Generale, per garantire l'accesso dei pazienti al percorso integrato. Il progetto è in fase attuativa.

**Conclusioni.** Il percorso sull'asma grave costituisce un modello di strategia progettuale esemplare quale partnership per la salute, coniugando esigenze e competenze, pazienti e istituzioni, al fine di condividere uno strumento utile per l'appropriatezza delle cure e la sostenibilità del sistema sanitario.

**Bibliografia.** 1. The Triple Aim Optimizing health, care and cost. Healthcare Executive JAN/FEB 2009 <http://www.ginasthma.org/> 2. Choosing Wisely. <http://choosingwisely.org> 3. Proceedings from the European Handover Research Collaborative BMJ quality and safety December 2012, Volume 21, Suppl.

### ANALISI RETROSPETTIVA SUL SERVIZIO DI ASSISTENZA FARMACEUTICA A SOGGETTI MIGRANTI PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SALUZZO

Nestor Ciociano,<sup>1</sup> Lucia Bagnasco,<sup>2</sup> Andreina Bramardi,<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Farmacia Ospedaliera, Università di Salerno

<sup>2</sup>Servizio di Farmacia Ospedaliera, ASL CN 1, Saluzzo (CN)

**Introduzione.** La migrazione è un fenomeno che raggiunge dimensioni drammatiche quando le disuguaglianze economiche ed etiche sono più marcate, generando elementi di fragilità sociale che impattano notevolmente sulla condizione di salute. Il Presidio Ospedaliero ed il Distretto Sanitario di Saluzzo garantiscono assistenza sanitaria ai residenti di un'area territoriale a vocazione agricola, che richiama flussi significativi di lavoratori stranieri necessitanti di misure sanitarie dedicate. In questo ambito è attivo il servizio "Informazione Salute Immigrati" (ISI), il quale fornisce agli immigrati, non in possesso di coperture mutualistiche o assicurative, assistenza sanitaria essenziale, incluso quella farmaceutica a cura dal Servizio di Farmacia Ospedaliera. Al fine di tracciare un quadro di farmacoutilizzazione, esplicitativo del primo triennio di attività dell'ISI, è stata effettuata un'analisi degli accessi al servizio farmaceutico dei cittadini stranieri assistiti.

**Materiali e metodi.** Considerando l'intervallo temporale 02/03/2011-02/03/2014, sono stati analizzati retrospettivamente i moduli di prescrizione ISI e i database aziendali, estrapolando i seguenti dati: numero assistiti; numero accessi; sesso; età media pazienti; provenienza; confezioni dispensate; valori percentuali per farmaco dispensato e per classificazione Anatomico Terapeutico e Chimico (ATC), 2° livello; patologia trattata. I dati sono stati elaborati mediante fogli di calcolo elettronici, effettuandone analisi statistica descrittiva, e tenendo conto dei tre sub-intervalli di 12 mesi, per rilevarne differenze temporali e per valutazioni di aderenza terapeutica.

**Risultati.** Sono stati assistiti 24 pazienti, per un totale di 71 accessi, dei quali il 48% avvenuti nel terzo sub-intervallo. Il 75% sono maschi; età media di 43,8 anni. Il 50% proviene dall'Albania, il 37% dall'area africana nord-orientale. Sono state dispensate 362 confezioni di 51 principi attivi. sul totale, la percentuale più elevata è rappresentata da prednisone, 5 mg per os (12%), mentre ben 47 principi raggiungono il 4% ciascuno; il livello ATC C08 rappresenta il 17%, mentre A02 il 14%. Il 42% dei pazienti è stato assistito per affezioni cardiovascolari, il 25% per patologie infettive. Non è stato possibile tracciare un profilo di aderenza terapeutica, in quanto il 52% dei pazienti ha effettuato 1 accesso, di cui il 69% nel bimestre agosto-settembre 2013; il 31% supera i 3 accessi, con frequenza media quadrimestrale, anche in presenza di cronicità.

**Conclusioni.** Sebbene gli accessi hanno avuto un netto incremento, l'elevata percentuale di presenze stagionali si traduce in un ampio deficit di informazioni sulle patologie legate alla fragilità sociale di questi pazienti. È auspicabile costruire una rete assistenziale nazionale, per articolare meglio l'appropriatezza di cure ai migranti stagionali e il monitoraggio epidemiologico.

### HTA/FARMACOECONOMIA

#### LA DIAGNOSTICA AL SERVIZIO DELLE NUOVE URGENZE: ESPERIENZA MULTIDISCIPLINARE DELL'ULSS 10 VENETO ORIENTALE

Chiara Zuccolotto,<sup>1</sup> Cristina Saramin,<sup>1</sup> Emanuela Salvatico,<sup>1</sup> Emma Pizzutti,<sup>1</sup> Diego Saccon<sup>2</sup> Marco Bassan,<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servizio di Farmacia Ospedaliera, <sup>3</sup>Laboratorio Analisi, P.O. di San Donà di Piave, ULSS 10 (VE)

<sup>2</sup>U.O.C. Tossicodipendenze, Distretto di S. Donà di Piave e Portogruaro

**Introduzione.** La diffusione di nuove sostanze d'abuso ha determinato la comparsa di quadri clinici specifici in casi che afferiscono sia agli ambulatori dei SERD, sia ai Pronto Soccorso e ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ed una delle sostanze il cui uso sembra essere significativamente diffuso è la Ketamina. Vista l'esigenza di un adeguamento ai tempi e la necessità di rispettare i tetti di spesa per i diagnostici,