

## VARIAZIONE DEI CONSUMI DEI FATTORI DI CRESCITA LEUCOCITARI PRESSO L'ASP DI TRAPANI

Marianna Sferrazza Papa, Daniele Taranto  
ASP Trapani, P.O. Vittorio Emanuele II, Castelvetrano

**Introduzione.** I fattori di crescita vengono utilizzati per stimolare la produzione di globuli bianchi nelle situazioni di neutropenia, in pazienti sottoposti a trattamenti chemioterapici, in pazienti sottoposti a mieloablazione prima di un trapianto di midollo, per trattare la neutropenia persistente in pazienti con HIV avanzata in modo da ridurre il rischio di infezioni opportunistiche. La neutropenia indotta dalla chemioterapia è una citotossicità midollare dipendente dal farmaco utilizzato, dalla dose e dalle caratteristiche del paziente. La somministrazione profilattica di G-CSF può prevenire o ridurre la durata e la severità della neutropenia, consentendo una migliore aderenza ai programmi terapeutici. Nella pratica clinica l'utilizzo dei fattori di crescita biosimilari come terapia di supporto durante i regimi di chemioterapia rientra ormai tra le diverse procedure terapeutiche, ed è aumentata nel tempo, tanto che dal rapporto Osmed 2013 si evince un consumo del filgrastim biosimilare del +38,45 % rispetto al 2012.

**Materiali e metodi.** L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'andamento dei consumi, espressi come % DDD ogni 1000 abitanti die, dei fattori di crescita leucocitari nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, nell'anno 2014, confrontandolo con lo stesso periodo dell'anno precedente. Nell'analisi sono state incluse tutte le specialità medicinali aggiudicate con gara regionale. I dati di consumo e di spesa sono stati estrapolati dal sistema informatico aziendale e dalla piattaforma Web-Dpc.

**Risultati.** Presso l'Asp di Trapani si è registrato un aumento notevole dei consumi soprattutto della specialità medicinale Zarzio (biosimilare del filgrastim), che ha registrato, nel II III e IV trimestre 2014 un aumento del 169%. Questo ha determinato un decremento complessivo della spesa del -55,56%, generando una economia di 205.000 €. Rispetto al 2013 l'impatto dei biosimilari sull'originator e sugli altri farmaci appartenenti alla stessa classe terapeutica ancora coperti da brevetto è passata dal 19% al 59,70%. La specialità medicinale Myelostim (lenograstim), è stata quella con lo scostamento percentuale in negativo maggiore, questo ha determinato una spesa netta di -155.942 € rispetto all'anno precedente.

**Conclusioni.** L'impegno della Regione con l'attuazione del D.A. 540/14 sull'implementazione del consumo dei biosimilari, ha condotto a un trend in aumento del consumo di tali farmaci nell'anno 2014, evidenziando una maggiore sensibilità dei medici verso il razionale uso dei farmaci e al recepimento del provvedimento stesso.

**Bibliografia.** 1.Rapporto Osmed 2013 paragrafo 7.3 Farmaci a brevetto scaduto e biosimilari. 2.Aifa. Position Paper sui Biosimilari. 28/05/2013.

## EFFETTI DEL D.A. 540/14 SUL CONSUMO DELLE EPOETINE PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI

Marianna Sferrazza Papa, Daniele Taranto  
ASP Trapani, P.O. Vittorio Emanuele II, Castelvetrano

**Introduzione.** Tra gli interventi attuati per contribuire alla sostenibilità economica, l'Assessorato della Salute della Regione Sicilia, nell'aprile del 2014, ha emanato un Decreto Assessoriale con lo scopo di regolamentare l'uso dei biosimilari (DA n. 540/14), stimando il raggiungimento di un consumo complessivo di tali prodotti dell'11% nel 2014, e del 16% nel 2015.

**Materiali e metodi.** L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'andamento dei consumi e di spesa delle epoetine nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, nel periodo immediatamente successivo al D.A. 540/14 (II-III-IV trimestre 2014), confrontandolo con lo stesso periodo dell'anno precedente. I dati di consumo e di spesa sono stati estrapolati dal sistema informatico aziendale e dalla piattaforma Web-Dpc.

**Risultati.** Presso l'Asp di Trapani, da aprile a dicembre 2014, il consumo totale di epoetine, espresso in termini di dosi definite (DDD) per 1000 abitanti residenti die, si è ridotto passando da un valore di 4,2892 a 2,96249, con uno scostamento percentuale del -30,93% che ha determinato un risparmio economico di 674.207,78 €. Il farmaco Eprex si conferma la specialità medicinale maggiormente prescritta, con un valore di 0,9310 DDD/1000 ab.die nonostante il decremento del 46,25% rispetto all'anno precedente. Analizzando i farmaci biosimilari, la specialità medicinale Retacrit, ha registrato un aumento notevole rispetto al 2013, passando da 0,0185 a un valore di 0,3330 DDD, mentre il Binocrit ha mantenuto un consumo costante. Da un'analisi di confronto dei dosaggi è emerso che il Binocrit, è maggiormente

prescritto al dosaggio oncologico di 40.000 UI, mentre il Retacrit al dosaggio nefrologico di 4.000 UI. Probabilmente, il maggior consumo di Retacrit, nel trattamento dell'anemia associata a IRC, può essere attribuito anche alla duplice modalità di somministrazione del farmaco che lo fa preferire, alla specialità medicinale Binocrit autorizzata, per questa indicazione, soltanto per via endovenosa. Nel confronto con l'originator, il Binocrit rimane il farmaco maggiormente utilizzato in oncologia con un consumo del 76,42%, mentre l'Eprex ai dosaggi nefrologici ha un consumo del 66,77%.

**Conclusioni.** La politica regionale attuata e anche la maggiore cultura e conoscenza dei biosimilari hanno contribuito alla graduale crescita di tali medicinali presso l'Asp di Trapani, con volumi che sono passati dal 9,02 % nel 2013 al 23,61% nel 2014.

**Bibliografia.** 1. Aifa. Position Paper sui Biosimilari. 28/05/2013. 2. Uso di epoetine in Sicilia: analisi di farmacovigilanza e farmacovigilanza, report redatto dal Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica Servizio7 di Farmaceutica. 3. Dati Osmed 2013, paragrafo 6.6 sangue e organi emopoietici.

## CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

### EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE E PRIMO CICLO DI TERAPIA: ADERENZA ALLE DISPOSIZIONI REGIONALI

Maria Pia Salanito,<sup>1</sup> Giovanna Briguglio,<sup>2</sup> Carla Bonaccorsi,<sup>2</sup> Anna Maria Alabiso,<sup>1</sup> Giovanni Carlo Maria Finocchiaro,<sup>1</sup> Franco Rapisarda<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASP CT, Servizio Farmacia Distretto Ospedaliero CT1, Catania

<sup>2</sup>Università di Catania, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera

<sup>3</sup>ASP CT, Dipartimento del Farmaco, Catania

**Introduzione.** In regione Sicilia l'incremento dei consumi di Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM) ha determinato la necessità di razionalizzarne la dispensazione al fine di ottenere un contenimento della spesa sanitaria. Con D.A.116/14, la regione ha disposto l'estensione, fino ad un massimo di 30 giorni, dell'erogazione della terapia alle dimissioni da un ricovero ed ha indicato l'applicazione della Distribuzione Per Conto (DPC) nelle indicazioni PHT consentite per questa classe di farmaci; ciò, unitamente all'acquisto centralizzato di tali medicinali al prezzo di gara regionale, allo scopo di ottenere un miglioramento sia in termini di appropriatezza sia di costi. Il Servizio di Farmacia del Distretto-Ospedaliero-CT1 dell'ASP CT, da settembre 2014, ha recepito quanto disposto dall'Assessorato mediante l'implementazione e l'estensione del primo ciclo di terapia, il monitoraggio della appropriatezza prescrittiva e il coinvolgimento dei medici delle UU.OO. Obiettivo dell'analisi è stato analizzare i risultati conseguiti e valutare il risparmio ottenuto per il SSR.

**Materiali e metodi.** Sono stati estrapolati i dati di consumo di Enoxaparina e Nadroparina erogate, come 1° ciclo di terapia, da parte del servizio di farmacia del Distretto CT1-ASPCT, nell'anno 2014, confrontandoli con i medesimi dell'anno precedente. Si è inoltre proceduto ad esaminare le schede di 1° ciclo dell'anno 2014 allo scopo di stabilire le indicazioni contemplate o meno in PHT delle suddette EBPM.

**Risultati.** Nell'anno 2014, il consumo di EBPM ha subito un incremento del +300%, passando da 8.736 DDD dell'anno precedente a 34.560 DDD (enoxaparina:23.032 DDD; nadroparina:11.528 DDD), a fronte di una spesa aziendale di €28.981. I pazienti (pz) che hanno ricevuto in dimissione le EBPM sono risultati 1.539 (DDD/pz: 22,46). Delle 34.560 DDD di enoxaparina e nadroparina distribuite, n.30.315 rientrerebbero in DPC, in quanto prescritte per le indicazioni in PHT; la loro erogazione tramite DPC avrebbe implicato una spesa pari a €42.003 (calcolata in base agli accordi per la DPC vigenti in Sicilia). L'eventuale rimborso alle farmacie convenzionate per l'erogazione delle restanti 4.245 DDD, sarebbe stato di €9.585 (al netto degli sconti di legge). Il risparmio totale ottenuto con la distribuzione diretta delle EBPM, tramite il 1° ciclo di terapia, per il periodo considerato, è stato di €22.850 (78,83%): €16.262 (38,71%) rispetto alla DPC e €6.585 (67,03%) rispetto alla distribuzione in convenzionata.

**Conclusioni.** La figura del farmacista che coopera con le UU.OO. si è dimostrata essenziale per la messa in atto di linee guida regionali di utilizzo, per il monitoraggio della spesa e l'ottimizzazione delle risorse economiche.

## IL FARMACISTA OSPEDALIERO NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: INIZIATIVA VOLTA AL RILEVAMENTO DI POTENZIALI INTERAZIONI CON I FARMACI ONCOLOGICI ORALI

Antonino Buscaino,<sup>1</sup> Federica Capano,<sup>1</sup> Carlotta Lerda,<sup>2</sup> Andrea Filieri,<sup>1</sup> Daniela Ielo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Farmacia, AOU S.L. Gonzaga, Orbassano (TO)

<sup>2</sup>Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco, Università di Torino

**Introduzione.** La pratica oncologica sta cambiando grazie all'uso di antitumorali per via orale. Parallelamente, nella popolazione dei pazienti oncologici la prevalenza sempre più significativa di anziani, o pazienti gravati da altre patologie croniche associate, comporta un'inevitabile politerapia orale. Di conseguenza, il rischio di interazioni tra farmaci è diventato un aspetto cruciale nella cura del paziente, in quanto fonte importante di reazioni avverse, soprattutto nell'uso post-marketing. Nei pazienti oncologici tale rischio è ulteriormente aggravato dalla possibilità di alterazione dei parametri che guidano la farmacocinetica. Per migliorare lo studio ed il monitoraggio di tali aspetti l'organizzazione sanitaria dovrebbe rafforzare il legame nel team di cure tra oncologo e farmacista. L'obiettivo del lavoro è realizzare un'indagine per rilevare le situazioni cliniche potenzialmente a rischio di interazione tra la terapia oncologica orale e la concomitante terapia domiciliare.

**Materiali e metodi.** Lo studio, osservazionale prospettico, ha arruolato i pazienti afferenti al Centro per il ritiro della terapia oncologica orale, nel periodo dal 1/4/15 al 13/5/15, ai quali è stato somministrato, a cura della farmacia, un questionario nel quale si chiedeva la terapia oncologica, la concomitante terapia domiciliare e le reazioni avverse eventualmente occorse. Il campione è stato stratificato sulla base del numero di farmaci concomitanti assunti (0-2; 3-5; >6). I dati di terapia raccolti sono stati elaborati al fine di rilevare le potenziali interazioni con il farmaco oncologico, specificando il grado/livello dell'interazione come da classificazione della banca dati Codifa®.

**Risultati.** Il campione comprendeva 47 pazienti con età media pari a 66 anni (range 33-87), di cui 27 maschi (57,4%). La media dei farmaci concomitanti assunti era 5 (range 0-15), con la seguente stratificazione: 0-2 farmaci (16 pazienti); 3-5 (10 pazienti); >6 (21 pazienti). Dall'analisi delle interazioni è emersa questa distribuzione della rilevanza clinica: rilevante (8 pazienti), rilevante ma gestibile con aggiustamento del dosaggio (2 pazienti), incerta e/o variabile (2 pazienti), minore/irrelevante (1 paziente), nessuna interazione potenziale (34 pazienti). Le interazioni clinicamente rilevanti erano tutte abbinate ad inibitori di pompa protonica (IPP). Le reazioni avverse segnalate erano verosimilmente imputabili alla terapia oncologica poiché previste dalla relativa scheda tecnica, ed interessavano principalmente il distretto gastrointestinale (diarrea) e cutaneo (pelle secca).

**Conclusioni.** A fronte dei risultati rilevanti, è stata programmata la condivisione coi prescrittori e la prosecuzione dello studio. L'attività del farmacista ospedaliero nella dispensazione del farmaco oncologico, oltre a favorire la continuità ospedale-territorio, può contribuire alla migliore definizione del rapporto sicurezza/efficacia delle terapie, proponendosi quale esempio di clinical governance del farmaco oncologico.

## ORGANIZZAZIONE E CENTRALIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI EROGAZIONE DEI PRESIDI NUTRIZIONALI QUALE GARANZIA OSPEDALE-TERRITORIO

Giusi Lupo, Carla Nocifora Cesare, Maurizio Pastorello, Dipartimento Farmaceutico, ASP, Palermo

**Introduzione.** Attualmente in Sicilia non esiste specifica normativa sulla nutrizione artificiale domiciliare ma la nostra Azienda, dal 1998 ha regolamentato, con delibera aziendale, l'assistenza farmaceutica in forma diretta, nei casi di "malnutrizione, causata da malassorbimento o seguente a gravi patologie che rendono impossibile, insufficiente la sopravvivenza del paziente stesso". La normativa, benché datata, si propone di accompagnare il paziente dalla struttura ospedaliera al proprio domicilio garantendo la distribuzione diretta dei prodotti dietetici e dei presidi sanitari. Dal 1 gennaio 2014 è stata centralizzata, per tutti i pazienti afferenti all'area urbana, l'erogazione di prodotti per la nutrizione enterale (NE) e parenterale (NPT) presso un'unica farmacia territoriale, al fine di unificare e semplificare le procedure, verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza al trattamento, centralizzare gli acquisti, ottimizzare risorse e ridurre gli sprechi ma in particolare offrire un servizio di qualità che miri a guidare il paziente nel percorso della nutrizione artificiale. Scopo di questo lavoro è effettuare un'analisi statistica

sui pazienti in terapia ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

**Materiali e metodi.** Sono stati analizzati i processi di erogazione e le prescrizioni di tutti i pazienti afferenti alla farmacia nel primo anno di centralizzazione, evidenziando i punti di forza e verificando l'eventuale superamento delle precedenti criticità.

**Risultati.** Le prescrizioni pervengono sia dall'ospedale: dimissione, sia dal territorio: visite ambulatoriali (oncologia, geriatria, neurologia), visite domiciliari, ADI, RSA. Dopo un anno di osservazione i pazienti sono 1650 di cui 1450 in NE e 200 in NPT, 93% adulti e 7% bambini. I pazienti adulti si nutrono: 60% per OS, 10% con SNG, 25% tramite PEG o PEJ e 5% tramite infusione parenterale; nei bambini 56% per OS, 41% tramite PEG e PEJ e 3% con SNG. Le patologie incidenti sono per 73% neurologiche, 23% oncologiche, 4% insufficienza intestinale cronica. Le criticità sono state ricondotte spesso alla scarsa informazione dei pazienti e familiari sulla gestione della nutrizione artificiale.

**Conclusioni.** La centralizzazione ha portato, oltre alla distribuzione attraverso un percorso semplificato e veloce, ad una presa in carico del paziente con una attività di counseling, ad una collaborazione medico prescrittore-farmacista, che ha contribuito ad una formazione e arricchimento reciproco, ciascuno per le proprie competenze, ad una migliore informazione ai pazienti e familiari anche mediante la redazione e la distribuzione agli utenti di una guida pratica per la nutrizione artificiale.

## SCLEROSI MULTIPLA: VALUTAZIONE DELL'ADERENZA ALLA TERAPIA E FATTORI AD ESSA CORRELATI

Cinzia Boselli,<sup>1</sup> Stefania Cirillo,<sup>1</sup> Regina Tarantini,<sup>2</sup> Anna Leggieri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Farmacia Ospedaliera, ASL TO2, Torino

<sup>2</sup>Scuola Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università di Torino

**Introduzione.** La sclerosi multipla (SM) è una patologia con un indice elevato di complessità e un trend epidemiologico in continuo incremento. La Regione Piemonte, nell'intento di agevolare il paziente nella fruizione della terapia, ha ripartito, con provvedimento recente, la distribuzione dei farmaci per la terapia della SM in parte ai centri prescrittori, in parte alle farmacie ospedaliere territoriali.

**Materiali e metodi.** Alla Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale Maria Vittoria afferiscono 250 pazienti residenti nell'ASL TO2 provenienti da diversi centri piemontesi. Si è voluto fare un'indagine epidemiologica e conoscitiva riguardo l'aderenza alla terapia e i principali fattori legati ad essa. L'indagine è stata effettuata nel periodo febbraio-aprile 2015 mediante intervista telefonica, previa acquisizione scritta del consenso al trattamento dei dati.

**Risultati.** 180 pazienti hanno partecipato allo studio. Dall'analisi effettuata emerge che: il 29% sono di genere maschile e il 71% femminile con la seguente distribuzione per fascia d'età: 1% < 20 anni, 25% tra i 21-40 anni, 65% tra i 41-60 anni, 9% con età > 60 anni. Età alla diagnosi: 63% tra i 20 e i 40 anni, 30% tra i 40 e i 60, 7% al di sotto dei 20. Il 45% della popolazione assume Interferone β-1a, il 23% Glatiramer acetato, il 15% Interferone β-1b, l'11% Fingolimod; il 6% non ha più ritirato il farmaco nell'arco temporale preso in esame. Il 50% dei pazienti intervistati ha assunto più di un farmaco dalla diagnosi della malattia; il cambio di terapia è dovuto a: effetti collaterali o non tollerabilità al farmaco, scarsa efficacia nella risposta terapeutica, miglioramento dell'aderenza terapeutica. Il 93% dichiara una buona compliance; la scarsa aderenza terapeutica del rimanente 7% è principalmente legata a difficoltà nella somministrazione del farmaco sottocutaneo o nell'accettazione della malattia. Il 70% riferisce di non aver percepito peggioramenti dall'inizio della terapia, ad esclusione di ricadute temporanee. Il 55% dei pazienti ha dichiarato di svolgere attività sportiva o motoria. Del 45% che non svolge attività fisica, il 32% dichiara mancanza di tempo o pigrizia, la rimanenza problemi di salute: disturbi di deambulazione (47%), fatica (14%), paralisi (7%).

**Conclusioni.** Nonostante la SM sia una patologia debilitante e progressiva, la maggioranza dei pazienti da noi intervistati ha dichiarato di riuscire a condurre una vita normale. Se pur al momento non esista alcuna cura eradicante, si può concludere che i trattamenti oggi in commercio riescono a controllare bene l'attività di malattia, e che la ricerca farmacologica deve essere volta a trovare profili di tollerabilità migliori e vie di somministrazioni più favorevoli.

**Bibliografia.** Prot. RP 13413/DB 2000 del 22.05.13: Modalità di erogazione dei farmaci per la terapia della Sclerosi Multipla.

**MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DEI NAO  
NELL' AV3-EXZT CAMERINO:  
PROGETTO TESO AL MIGLIORAMENTO  
DELLA COMPLIANCE E DELLA SICUREZZA D'USO**

Martina Palmieri, Sonia Natali, Emanuela Mancinelli  
AV3-Servizio Farmaceutico Ospedaliero, Ospedale di Camerino (MC)

**Introduzione.** Negli ultimi anni sono stati immessi in commercio diversi nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO). Questi presentano un'efficacia almeno pari a quella del warfarin nel prevenire l'ictus ed altri eventi tromboembolici nei pazienti con fibrillazione atriale (FANV), ma con il vantaggio di un'ampia maneggevolezza data dalla breve emivita che ne rende però fondamentale l'assunzione regolare al fine di mantenerne adeguati i livelli plasmatici. Obiettivo di questo lavoro è stato fotografare la situazione prescrittiva dei NAO, con indicazione per la FANV, nella zona di interesse e valutare l'aderenza e la persistenza dei pazienti alla terapia.

**Materiali e metodi.** È stata condotta un'analisi epidemiologica dei pazienti in trattamento con i NAO, dal momento della loro immissione in commercio fino al 31/12/2014, nella ex ZT di Camerino. L'analisi è stata di tipo retrospettivo ed i dati raccolti sono stati poi utilizzati per una stima dell'aderenza e della persistenza alla terapia. Per valutare la prima sono state messe in relazione, per ogni singolo caso, il numero di compresse totali con i giorni di terapia e considerati aderenti i pazienti con un numero di dosi tali da garantire la copertura di almeno l'85% del periodo di trattamento. Per la persistenza, incrociando il numero di compresse con le date effettive di ritiro del farmaco, sono stati evidenziati i periodi in cui il paziente ne è rimasto sprovvisto; sono stati definiti persistenti i pazienti con una copertura del periodo del 100%.

**Risultati.** Alla data di studio, i pazienti (200) erano in prevalenza di sesso maschile (52,5%) e presentavano un'età media di 78 anni con un picco di trattamenti (42%) nella fascia d'età compresa tra i 71 e gli 80. Il 45% dei pazienti aveva subito uno shift terapeutico da AVK. La distribuzione dei trattamenti in base al principio attivo era: 20% apixaban, 21% dabigatran e 59% rivaroxaban. Nel 18% dei casi il trattamento è stato interrotto; non sono state approfondite le cause. Le percentuali di non aderenza sono risultate: 17% per apixaban, 21% per dabigatran e 20% per rivaroxaban. Per la persistenza i trattamenti non continuativi sono stati: 46% per apixaban, 68% per dabigatran e 49% per rivaroxaban.

**Conclusioni.** Come evidenziato dai risultati spesso l'aderenza e la persistenza ai trattamenti sono venute meno. Questo potrebbe essere imputabile alla minor frequenza di controlli legata alla terapia con i NAO. Per evitare la perdita dei benefici di questi farmaci, una soluzione potrebbe essere sensibilizzare maggiormente i pazienti alla compliance.

**DALLA DISTRIBUZIONE DIRETTA  
ALLA CONSEGNA DOMICILIARE  
DELLA TERAPIA PER PAZIENTI  
AFFETTI DA PATOLOGIE CRONICHE:  
VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ**

Laura Cavazzi, Silvia Vecchio, Tiziana Merlo, Laura Da Prada,  
Rita Cursano, Mario Suzzi, Valentina Poggi, Michele Tringali,  
Mirosa Dellagiovanna  
ASL Pavia, Dipartimento della rete distrettuale  
e del farmaco, Pavia

**Introduzione.** In questi ultimi anni, diversi fattori hanno contribuito all'evoluzione del ruolo professionale del Farmacista Territoriale, tra cui la gestione della distribuzione diretta dei farmaci per i pazienti gravi e cronici. Presso l'ASL di Pavia sono in carico 105 pazienti in distribuzione diretta per galenica, farmaci esteri, di fascia H e per il trattamento di patologie quali emofilia, fibrosi cistica e malattie rare. Dall'anno 2014 il servizio è stato esternalizzato, con consegna diretta al domicilio, per alcune tipologie di pazienti cronici (9%) allo scopo di risolvere le criticità legate alla filiera logistica del farmaco. L'appropriatezza d'uso, la farmacovigilanza e il controllo della compliance a terapie sofisticate rimangono parte dei compiti del Farmacista mentre stoccaggio, conservazione, distribuzione sono in capo al servizio esterno. Al fine di monitorare la qualità del servizio nella nuova modalità di consegna, è stato redatto un questionario da sottoporre ai pazienti.

**Materiali e metodi.** Ai pazienti, contattati telefonicamente, sono state poste le seguenti domande: -È soddisfatto del servizio domiciliare dei farmaci? -Ha riscontrato delle criticità? -Per i farmaci da frigo ha sempre rilevato una idonea temperatura? -Il

servizio domiciliare è sempre stato puntuale? -Le è mai stato consegnato un farmaco sbagliato? -Preferisce la consegna a domicilio o la modalità precedente di consegna al distretto ASL?

**Risultati.** Su un totale di 29 pazienti, 12 emofiliaci e 14 in terapia con farmaci di fascia H hanno risposto al questionario. Il 75% dei primi sono soddisfatti del servizio domiciliare evidenziando tuttavia alcune criticità legate alla distribuzione (33%) quali l'orario, il breve preavviso o il ritardo nella consegna. Più soddisfatti (78,6%) i pazienti con i farmaci di fascia H, lamentando uguali ma minor problematiche (21,4%). Infine il 92% dei pazienti emofiliaci e il 79% di quelli con farmaci di fascia H ha apprezzato e intende continuare con la consegna a domicilio. Dalla conversazione telefonica i farmaci da frigorifero sono stati ricevuti a un'idonea temperatura e senza errori tranne per un solo caso di mal conservazione e di errata consegna che ha interessato un paziente in terapia con fascia H.

**Conclusioni.** Il servizio domiciliare si è rivelato una valida alternativa e solo 4 pazienti sono ritornati alla consegna al distretto. La razionalizzazione del percorso di distribuzione farmaci ha consentito di evitare giacenze improduttive e file di pazienti presso il distretto farmaceutico, nonché un maggior controllo della spesa farmaceutica. Le criticità emerse saranno utilizzate al fine di migliorare il servizio.

**MONITORAGGIO DEI FARMACI IN DIMISSIONE  
E CONTINUITÀ TERAPEUTICA OSPEDALE-TERRITORIO**

Laura Grossi, Lucia Rignanese, Rocco Ciampoli  
Farmaceutico, ASL Lanciano Vasto Chieti

**Introduzione.** Il Decreto Legge n. 347/2001 convertito nella Legge n. 405/2001 ha introdotto un nuovo canale di distribuzione dei farmaci all'assistito. L'articolo 8 comma d stabilisce che le Regioni dispongano, al fine di garantire la continuità terapeutica, che la ASL fornisca direttamente i farmaci del primo ciclo terapeutico, inerenti la patologia acuta che ha generato il ricovero. La Regione Abruzzo, al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva è intervenuta uniformando la reportistica di spesa farmaceutica per i Medici di Medicina Generale (MMG), sottoponendo a monitoraggio alcune categorie terapeutiche di farmaci ad uso cronico e fissando alcuni obiettivi di prescrizione per i MMG.

**Obiettivi.** - Documentare la continuità terapeutica ospedale - territorio; - Confrontare quanto incidono le scelte prescrittive del medico ospedaliero per alcune categorie di farmaci cronici sugli obiettivi di prescrizione fissati a livello regionale per i MMG.

**Materiali e metodi.** Tramite il sistema regionale di monitoraggio delle prescrizioni, ospedaliere e territoriali, sono stati identificati tutti i pazienti che hanno ricevuto nel periodo 1/1/2013-30/6/2013 almeno una prescrizione farmaceutica in dimissione e che hanno ritirato i farmaci presso le farmacie interne ospedaliere per le seguenti tipologie di farmaci: ace inibitori non associati (C09AA), ace inibitori in associazione (C09BA, C09BB), angiotensina II antagonisti (C09CA), angiotensina II antagonisti in associazione (C09DA); statine: (C10AA, C10BA). Per tutti i pazienti identificati sono stati analizzati i dati di prescrizione dei medici di medicina generale nei sei mesi successivi alla data di dimissione.

**Risultati.** Nel periodo considerato i pazienti dimessi sono 603, le prescrizioni 692; il 57% delle prescrizioni riguarda gli ace-inibitori singoli o associati, il 23% i sartani singoli o associati, il 20% le statine. Osservando la continuità terapeutica territoriale, si vince che il 26% dei farmaci è prescritto nel territorio nei sei mesi successivi alla dimissione; il 27% non è mai prescritto, il 47% è prescritto parzialmente.

**Conclusioni.** L'analisi delle prescrizioni per documentare la continuità terapeutica dopo la dimissione, mostra alcuni elementi di incoerenza tra l'atteso e la reale situazione assistenziale dei pazienti; tale analisi merita ulteriori approfondimenti al fine di identificarne le possibili motivazioni.

**Bibliografia.** 1. DeVries et al. Auditing GP's prescribing habits: cardiovascular prescribing frequently continues medication initiated by specialists. Eur J Clin Pharmacol 1996;50:349-52. 2. Feely et al. The influence of hospital-based prescribers on prescribing in general practice. Pharmacoeconomics 1999;16:175-81. 3. Robertson J et al. The impact of specialists on prescribing by general practitioners. Med J Aust 2001;175:407-11.

**PRESCRIZIONE DEI PPI A CARICO  
DEL SSN IN FASE DI DIMISSIONE**

Sara Osella, Stefania Cirillo, Valeria Milone, Stefano Costantino,  
Cinzia Boselli, Paolo De Magistris, Anna Leggieri  
S.C. Farmacia Ospedaliera, ASL TO2, P.O.  
San Giovanni Bosco e Maria Vittoria, Torino

**Introduzione.** Le Note limitative introdotte dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), sono uno strumento normativo volto a definire gli ambiti di rimborsabilità di alcuni medicinali, senza interferire con la libertà di prescrizione del medico. Rappresentano, tuttavia, delle indicazioni che ogni medico deve obbligatoriamente rispettare per poter prescrivere alcuni farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Una classe molto importante di medicinali soggetti a nota AIFA (1 e 48) sono gli inibitori della pompa protonica (PPI), indicati nel trattamento della malattia peptica e nella sua prevenzione in alcuni contesti clinici. Presso i punti di dispensazione farmaci dell'ASL TO 2 il farmacista valuta attentamente la lettera di dimissione, nel rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva e delle note AIFA; in caso di criticità contatta il clinico al fine di agevolare il paziente in dimissione. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare come l'intervento del farmacista abbia influito sulla prescrizione dei PPI nei pazienti in dimissione.

**Materiali e metodi.** Sono state analizzate le lettere di dimissioni dei pazienti recatisi al servizio dimissioni delle Farmacie dei P.O. Maria Vittoria e San Giovanni Bosco nel III-IV trimestre 2014 e nel I trimestre 2015. I dati sono stati inseriti in un database e successivamente analizzati.

**Risultati.** Nei trimestri analizzati vi è stato un progressivo aumento del numero di pazienti, per un totale di 5.342. La percentuale di pazienti a cui sono stati scritti PPI è invece diminuita; si è passati dal 44% nel III trimestre 2014 al 25% del I trimestre 2015. I medici specialisti hanno posto maggiore attenzione alle prescrizioni dei PPI, in termini di prescrivibilità a carico del SSN, passando dal 73% di prescrizioni non conformi nel III trimestre 2014 al 62% del I trimestre 2015. Tutte le prescrizioni non conformi sono state comunque modificate e segnalate al Medico di Medicina Generale (MMG) per una corretta gestione del paziente sul territorio.

**Conclusioni.** Dall'analisi effettuata sulle lettere di dimissione si osserva che il lavoro svolto dal farmacista sulla valutazione dell'appropriatezza ha portato ad un notevole miglioramento nella prescrizione dei PPI. Si è notata una riduzione della loro prescrizione e una più adeguata indicazione delle Fasce di rimborsabilità. Inoltre la collaborazione tra farmacista ospedaliero e MMG consente una migliore gestione della prescrizione dei farmaci a livello territoriale.

#### **APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI FARMACI PER L'APPARATO RESPIRATORIO IN MEDICINA GENERALE NELL'ASP DI SIRACUSA**

Salvina Schiavone, Giuseppina Schiavone, Giuseppe Caruso  
Dipartimento del farmaco, ASP, Siracusa

**Introduzione.** Nell'ambito delle iniziative intraprese dall'Assessorato regionale della Salute in merito all'appropriatezza prescrittiva, si è rivolto un focus particolare ai farmaci attivi sul sistema respiratorio. I farmaci del Sistema respiratorio nella ASP di Siracusa nell'anno 2014 hanno determinato una spesa pari ad euro 5.394.942,29, con una incidenza sulla spesa farmaceutica pari al 8,44%, rappresentano la quinta classe di farmaci a maggior spesa.

La spesa per i farmaci attivi sulle sintomatologie broncostruttive (R03) ammonta a 4.764.200,48 pari al 92,58% del totale dei farmaci del sistema respiratorio. L'analisi della spesa ha evidenziato notevoli scostamenti rispetto alla media nazionale e regionale ed una variabilità prescrittiva molto ampia. In particolare sono state analizzate le prescrizioni dei seguenti principi attivi: Salmeterolo/ Fluticasone propionato-Budesonide/Formoterolo fumarato diidrato/Beclometasone-formoterolo e Tiotropio bromuro. L'analisi dei dati presenti in letteratura ha evidenziato possibili eventi avversi severi legati all'utilizzo dei Beta-agonisti a lunga durata d'azione (LABA) ed eventi avversi cardiovascolari non trascurabili nel profilo di sicurezza del tiotropio. Per tale motivo ed al fine di monitorare l'appropriatezza d'uso, l'UO. Farmacoconomia, ha condotto un'analisi delle prescrizioni dei farmaci respiratori effettuate dai MMG.

**Materiali e metodi.** Dal database delle ricette farmaceutiche spedite nelle farmacie dell'ASP di Siracusa nell'anno 2014 sono state estrapolati i dati di prescrizione di Salmeterolo, Formoterolo, singoli ed associati con glicocorticoidi, Indacaterolo e Tiotropio. In base alle quantità prescritte nell'anno ed alla posologia prevista dal RCP sono stati ricercati i presunti casi di iperprescrizione.

**Risultati.** I casi più numerosi di iperprescrizione riguardano il Tiotropio (30% dei MMG), spesso prescritto a pazienti esenti per asma, seguito da Salmeterolo + Fluticasone (20%) ed indacaterolo (5%). L'attività di monitoraggio delle prescrizioni ha portato alla elaborazione di documenti sintetici in cui sono

evidenziate le indicazioni in scheda tecnica, i dosaggi utilizzati, le dosi per confezione e la posologia massima giornaliera.

**Conclusioni.** Le prescrizioni non conformi estrapolate sono state oggetto di discussione con i singoli MMG, nell'ambito delle Commissioni Distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva ai sensi della Legge 425/96, sottolineando l'importanza di una corretta posologia per la salvaguardia della salute dei pazienti e la concedibilità in base alle indicazioni riportate nella scheda tecnica. I risultati rappresentano un utile spunto per realizzare azioni condivise per la continuità terapeutica Ospedale-territorio, orientate su specifiche tipologie di farmaci e prescrittori.

#### **APPROPRIATEZZA D'USO DEI FARMACI AGENTI SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA NELL'ASL1 IMPERIESE**

Alberto Vergati, Elena Mantero, Roberto Filippi, Susanna Delucis S.S.D. Promozione e Controllo dell'Appropriatezza della Prescrizione Farmaceutica, ASL 1 Imperiese

**Introduzione.** La promozione dell'appropriatezza prescrittiva costituisce l'obiettivo del servizio farmaceutico dell'ASL1 Imperiese, che nel 2014 ha individuato un eccesso di incidenza di DDD di sartani (56,8%) rispetto a quella totale degli stessi nella Regione Liguria (49,8%). Le principali linee-guida e raccomandazioni (DGR N.131 2009) sull'uso di antipertensivi evidenziano come non esistano benefici aggiuntivi dei sartani rispetto agli ACE Inibitori che ne possano giustificare l'uso come prima scelta. Inoltre i primi hanno un costo notevolmente più basso e costituiscono la classe terapeutica di elezione alla prima prescrizione.

**Materiali e metodi.** Sono stati esaminati i dati relativi ai consumi nel 2014 in termini di DDD totali e confezioni erogate sul territorio e dalla ASL, con particolare attenzione a quale scelta terapeutica fosse stata effettuata in prima prescrizione e da quale medico. L'obiettivo è stato quindi quello di individuare i pazienti naive con antipertensivi, con una prima prescrizione di sartani nel 2014, ed i relativi medici prescrittori. In seguito ad un'estrazione su Excel dei consumi per assistito relativi al 2013/2014, i dati sono stati elaborati in Access per una rapida ed efficace analisi computazionale.

**Risultati.** Nel 2014 i rapporti prescrittivi tra ACE-inibitori e sartani sono risultati pari a 59/41 per i consumi interni dell'ASL e 42/58 per la farmaceutica convenzionata. Nel 2014 su 44603 pazienti trattati con questi farmaci, 2574 assistiti naive (5,77%) hanno iniziato una terapia con sartani senza aver utilizzato ACE-inibitori nel 2013. Di 647 medici prescrittori, 335 (51,70%) risultano aver redatto le suddette ricette, non rispettando le raccomandazioni regionali. Nel 2014 per 1016 pazienti (2,27%) è avvenuto uno switch terapeutico da sartani ad ACE-inibitori, mentre 485 (1,1%) sono stati in terapia con entrambe le classi.

**Conclusioni.** Alla luce dei risultati ottenuti è stato ritenuto auspicabile l'avvio di un progetto di integrazione della prescrizione medica specialistica e di quella del medico curante nel rispetto del perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e di contenimento delle spese, prevedendo alcuni incontri con gli Specialisti Cardiologi e Nefrologi per approfondire le tematiche oggetto di analisi e identificare i protocolli terapeutici.

#### **MONITORAGGIO DELLA PRESCRIZIONE DEI NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI (NOA) PRESSO IL DISTRETTO CT1 DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA**

Maria Pia Salanito,<sup>1</sup> Maria Ivana Manganaro,<sup>1</sup> Anna Maria Alabiso,<sup>1</sup> Giovanni Carlo Maria Finocchiaro,<sup>1</sup> Carla Bonaccorsi,<sup>2</sup> Giovanna Briguglio,<sup>2</sup> Erica Leonardi,<sup>2</sup> Franco Rapisarda<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASP CT, Servizio Farmacia Distretto Ospedaliero CT1, Catania

<sup>2</sup>Università di Catania, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera

<sup>3</sup>ASP CT, Dipartimento del Farmaco, Catania

**Introduzione.** La fibrillazione atriale (FA) costituisce la più diffusa forma di aritmia cardiaca nel mondo. I pazienti con FA sono a più alto rischio d'ictus e morte per cause cardiovascolari rispetto alla popolazione generale. Le attuali Linee Guida Internazionali raccomandano l'applicazione di un efficace regime terapeutico, attraverso una terapia anticoagulante. In Italia, tuttavia, si registra un sottotrattamento dei pazienti affetti da FA, dovuto principalmente ai limiti della profilassi farmacologica finora utilizzata, antagonisti della vitamina K (VKA), che presenta alcune difficoltà di gestione: frequenti controlli ematici, interazioni con alimenti e farmaci, rischio di emorragie, soprattutto intracraniche. In Italia, i Nuovi Anticoagulanti Orali, più maneggevoli e sicuri, non presentano gli inconvenienti dei VKA. Rivaroxaban e Dabigatran a fine 2013 e Apixaban ad aprile 2014, sono stati inseriti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero della Regione

Sicilia (PTORS) per la prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare (FAVN) e dispensati direttamente attraverso l'ASP di residenza del paziente, previa presentazione di referto ecocardiografico. L'obiettivo del lavoro è stato di monitorare l'utilizzo dei farmaci in oggetto, da Gennaio 2014 a marzo 2015.

**Materiali e metodi.** Analisi dei dati di consumo e spesa dei NOA dal 01/01/2014 al 30/03/2015 nel Distretto-CT1 (ASP CT), comprendente le farmacie ospedaliere/territoriali dei distretti di Acireale (135.000-abitanti) e di Giarre (85.500-abitanti).

**Risultati.** In Sicilia sono stati quantificati 25.130 pazienti eleggibili al trattamento (0.5% della popolazione totale). Nel Distretto-CT1 circa 1.000 dovrebbero essere i pazienti eleggibili, la cui terapia implicherebbe una spesa media annuale pari a circa €450.000. Attualmente, 483 risultano i pazienti con FAVN in trattamento con NOA per la prevenzione dell'ictus e dell'embolia, dei quali 186 donne e 297 uomini. La relativa spesa sostenuta è stata di €186.189,42. I pazienti che nell'ambito dei NOA hanno cambiato principio attivo o dosaggio sono stati 94. Il Rivaroxaban (monosomministrazione/ die) è risultato il principio attivo maggiormente utilizzato (n°299pz), seguito da Dabigatran (n°129pz) e Apixaban (n°13 pz).

**Conclusioni.** Sarebbe auspicabile da parte di questi nuovi farmaci sia la riduzione dell'undertreatment sia il trattamento appropriato dei pazienti in terapia con VKA, mal controllati. L'aumento della spesa farmaceutica dovrebbe essere compensato dal risparmio associato agli eventi evitati e dal ridotto monitoraggio dell'INR con conseguente riduzione dei costi totali a carico del SSN, nonché del numero di ictus.

**Bibliografia.** Rivaroxaban e prevenzione dell'ictus in pazienti con FA: risultati di una valutazione di HTA, Università Cattolica Sacro Cuore.

#### **IL CONTROLLO DELL'ASMA: UN OBIETTIVO DI SALUTE E DI ECONOMIA SANITARIA**

Pasqualina Mangiacapra,<sup>1</sup> Simonetta Biondi,<sup>1</sup>  
Stefania Dell'Orco,<sup>1</sup> Luisa Paese,<sup>1</sup> Manuela Angileri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento del farmaco, ASL ROMAH,

<sup>2</sup>Scuola di specializzazione in farmacia ospedaliera,  
Sapienza Università di Roma

**Introduzione.** La prevalenza dell'asma in Italia rappresenta una notevole fonte di costi. La spesa sanitaria è costituita da: costi diretti pari all'1-2% della spesa sanitaria totale e costi indiretti pari al 50%. Le terapie proposte dalle linee guida (LG) hanno un buon profilo costo-efficacia se effettuate in maniera appropriata consentendo una riduzione del costo per paziente di 256.62 euro l'anno, pari al 17.9% del costo medio annuo. I costi associati al non trattare l'asma sono maggiori del trattamento preventivo. Inoltre lo scarso controllo della malattia determina un elevato utilizzo di risorse in particolare per il trattamento delle riacutizzazioni. Nella nostra Azienda Sanitaria l'intervento del farmacista è stato quello di indirizzare i medici, in sede di Commissione di Appropriata Prescrittiva Distrettuale, a prescrivere secondo le indicazioni autorizzate utilizzando, dove possibile, farmaci a brevetto scaduto o con il miglior rapporto costo-beneficio. È stata valutata l'appropriata prescrizione e la spesa degli antiasmatici nel periodo 2013-2014.

**Materiali e metodi.** Il territorio della nostra Azienda copre una popolazione assistita di 538.256 abitanti con 415 medici di medicina generale e 70 pediatri di libera scelta. Utilizzando il software gestionale in dotazione presso il Dipartimento del Farmaco (SOGEI-TS), sono stati estrapolati i dati di consumo e di spesa per ATC R03AC, R03AK e R03BA riferiti al 2013 e 2014.

**Risultati.** La prima categoria terapeutica in termini di consumi è rappresentata dai glucocorticoidi, in termini di spesa dai farmaci adrenergici ed altri antiasmatici. Tra gli agonisti beta2 a breve durata (SABA), il Salbutamol è il più prescritto; nelle LG è indicato come farmaco di salvataggio ad integrazione della terapia di fondo in quanto non riduce il substrato infiammatorio, che anzi può incrementarsi. Le prescrizioni hanno riguardato maggiormente l'associazione beclometasone/formeterolo e salmeterolo/fluticasone, che in linea con OSMED 2013-14, è il secondo principio tra i primi 30 a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata. I dati mostrano un aumento dell'impiego dei farmaci inalatori, ma una diminuzione dell'aderenza alla terapia che determina riacutizzazioni, ospedalizzazioni e costi più elevati. L'aderenza può essere influenzata da diversi fattori tra cui l'utilizzo del device.

**Conclusioni.** I costi del trattamento preventivo sembrano elevati, ma quelli associati al non trattamento sono maggiori. L'onere economico dell'asma può essere notevolmente ridotto e l'intervento del farmacista in sede di Commissione di

Appropriatezza può contribuire ad una favorevole riduzione dei costi e al miglioramento dell'outcome clinico.

#### **VALUTAZIONE DELLE TERAPIE DOMICILIARI NEI PAZIENTI RICOVERATI, PROMOZIONE DI MOLECOLE INCLUSE IN PTO GARANTENDO SOVRAPPONIBILITÀ TERAPEUTICA E CONTENIMENTO DI SPESA**

Francesco Filidoro, Confalonieri Patrizia, Federica Bertola,  
Zacchi Giuseppe, Isabella Capriulo, Maria Corsini  
SC Farmacia, Fondazione Poliambulanza, Brescia

**Introduzione.** Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero non è una semplice lista di farmaci disponibili in ospedale, ma rappresenta uno strumento di governo clinico con il duplice scopo di promuovere l'uso appropriato dei farmaci e di assicurare al contempo il controllo dei costi. L'utilizzo del PTO come strumento di promozione dell'appropriatezza prescrittiva ha la finalità di guidare i clinici ospedalieri all'utilizzo di molecole selezionate e suggerire in dimissione ad i MMG la prescrizione di farmaci con miglior profilo di Costo-Efficacia.

**Materiali e metodi.** Il Servizio di Farmacia ha eseguito un lavoro di allineamento del PTO al Prontuario delle dimissioni della ASL di Brescia approvato nella prima riunione del 2015 della Commissione Terapeutica. Il documento ordina tutte le specialità a totale carico del SSN per gruppo ATC, ponendo in evidenza quelle con miglior profilo di costo-efficacia. Il programma GALILEO di cartella clinica informatizzata propone in fase di prescrizione le molecole presenti in PTO, guidando i clinici alla prescrizione di specialità selezionate dalla CT. Per consentire in tutta sicurezza la prosecuzione in ospedale di terapie domiciliari già in corso, la CT ha individuato alcune classi di farmaci tra quelle di maggior impatto sulla spesa farmaceutica territoriale per le quali è possibile eseguire il passaggio verso le molecole, appartenenti alla medesima categoria, presenti in PTO. Il SF, in seguito ad una revisione delle evidenze di efficacia, tollerabilità e sovrapponibilità terapeutica ha elaborato una tabella di conversione di terapia che faciliti la selezione dell'alternativa terapeutica da utilizzare in luogo della terapia domiciliare.

**Risultati.** L'adozione della presente metodologia operativa ha comportato una riduzione degli acquisti di farmaci per singolo paziente extra-PTO del 20 % rispetto al periodo di pre-attivazione. Il presente lavoro oltre a generare un risparmio per la struttura sia in termini operativi che economici, ha la finalità di promuovere ove possibile la prescrizione di farmaci che a parità di efficacia e sicurezza siano più economici. Prediligendo in ambito ospedaliero l'utilizzo di molecole a brevetto scaduto o con miglior profilo CE, oltre a razionalizzare le risorse aziendali, si creano le basi per un contenimento parallelo della spesa farmaceutica territoriale nel processo di continuità assistenziale Ospedale-Territorio.

**Conclusioni.** Il descritto processo operativo, che coinvolge ad integum il personale sanitario di FP e si basa su fondamenti teorici emersi da un lavoro concertato del SF e dei clinici specialisti delle aree di interesse, costituisce un esempio di operatività multidisciplinare che.

#### **INTERVENTO DELLA FARMACIA TERRITORIALE PER GARANTIRE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO A PAZIENTI PEDIATRICI CHE NECESSITANO DI PREPARAZIONI GALENICHE**

Chiara Seccaspina, Cristina Mantese, Alessia Sartori,  
Antonella De Masi, Alessandra Melfa, Lucio Di Castri,  
Sara Ferrari, Antonio Vitiello, Andrea Eduardo Cucciniello,  
Martina Mazzari, Therese Gregori, Simonetta Radici  
Farmacia Territoriale, AUSL PC, Piacenza

**Introduzione.** La Farmacia Territoriale, al fine di garantire la continuità terapeutico/assistenziale tra l'ospedale e il territorio, eroga terapie a pazienti dimessi da reparto, da visita specialistica, dopo intervento in day hospital o che, per la particolarità della patologia, necessitano di specifici cicli terapeutici. Sempre più frequentemente ai farmacisti è pervenuta la prescrizione di preparazioni galeniche pediatriche che, per le particolari caratteristiche di questa popolazione, devono essere allestite sfruttando specifiche forme farmaceutiche e dosaggi. Tale attività è fondamentale dal momento che questi pazienti, spesso affetti da patologie rare, non troverebbero alternative terapeutiche disponibili sul territorio. Scopo di questo lavoro è valutare, per un periodo di 24 mesi, le prescrizioni di preparati farmaceutici pediatrici, al fine di definire quantitativamente e qualitativamente le richieste ed evidenziare i bisogni terapeutici.

**Materiali e metodi.** L'analisi è stata condotta valutando retrospettivamente (gennaio 2013-dicembre 2014) le prescrizioni

cartacee di preparazioni galeniche pediatriche pervenute. Dal Flusso Erogazione Diretta della Farmacia Territoriale sono state estrapolate le formulazioni pediatriche erogate accompagnate da: data di consegna, paziente, preparazione farmaceutica, numero unità posologiche erogate, farmacista erogatore. Incrociando le informazioni ricavate sono stati elaborati i risultati.

**Risultati.** Il numero di prescrizioni pervenute è 122. Sono state erogate 9556 unità posologiche. Le cartine rappresentano le preparazioni maggiormente richieste (6297 unità erogate pari al 66%), seguite dalle capsule (3212), dalle soluzioni orali/sciroppi (38) e dalle pomate (9). La distribuzione per categoria anatomica ha permesso di evidenziare che i farmaci dell'apparato gastrointestinale/metabolico rappresentano la sottoclasse farmacologica maggiormente prescritta (4330 unità erogate pari al 45%), seguiti dai vari (2075), da quelli del sistema respiratorio (1502) e sistema cardiovascolare (1230). I 5 principi attivi maggiormente prescritti sono stati: glicina, diazossido, N-acetilcisteina, captopril, propranololo. Il 68% delle preparazioni è stato dispensato a bambini affetti da Malattie Rare, in particolare da: Aglicogenosi, Acidemia Isovalerica, Sindrome di Netherton, Leucinosi, Deficit Multiplo delle Acil-CoA Deidrogenasi, Rene con Midollare a Spugna. La maggioranza delle prescrizioni riguarda principi attivi aventi autorizzazione pediatrica. 15 preparazioni contengono principi attivi che rientrano nelle liste dei farmaci erogabili a carico del SSN ai sensi della legge 648/96 per indicazioni terapeutiche non ancora autorizzate.

**Conclusioni.** All'interno della Farmacia è stato costruito un percorso tale per cui il farmacista, prima che il paziente esaurisca il farmaco, rende disponibile la fornitura successiva. In questo modo la Farmacia Territoriale svolge un ruolo fondamentale poiché si pone come "ponte" tra l'ospedale e il domicilio del paziente assicurando terapie non disponibili in commercio in adeguate formulazioni.

#### **ANALISI DELL'ANDAMENTO DELLE PRESCRIZIONI DI NOACS, EROGATI IN DPC IN CALABRIA, PER I PAZIENTI RESIDENTI NELL'ASP DI CS**

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

**Introduzione.** Con l'introduzione dei nuovi farmaci anticoagulanti orali (NOACs), (dapprima Dabigatran, successivamente Rivaroxaban e quindi Apixaban), si è aperto un nuovo capitolo nell'ambito della prevenzione dell'ictus nei pazienti affetti da Fibrillazione atriale non valvolare. (FANV).

**Materiali e metodi.** Trascorsi circa 20 mesi dall'introduzione di tali farmaci nella DPC della Regione Calabria (maggio 2013), attraverso un apprezzabile follow-up anni/paziente, è stato possibile monitorare l'andamento della terapia con i NOACs nella real life, attraverso uno studio che ha considerato i dati relativi a tutti i pazienti arruolati al trattamento con NOACs nella Regione Calabria ed analizzato le ricette spedite in DPC negli anni 2013/2014. In particolare, sono stati individuati, innanzitutto, i pazienti che assumevano precedentemente warfarin e che hanno sostituito la terapia antitrombotica, utilizzando un NOACs; quindi i pazienti naïves, che hanno iniziato la terapia anticoagulante con un NOACs perché in prima diagnosi, oppure in precedente trattamento preventivo con antiaggreganti ovvero privi di alcuna profilassi. È stata successivamente analizzata l'aderenza alla terapia dei pazienti in trattamento con NOACs e valutata, anche, l'eventuale riassunzione della terapia precedente.

**Risultati.** In tutta la Regione Calabria, nei mesi considerati, i pazienti che hanno assunto NOACs (almeno una prescrizione) sono stati 6961, ad essi sono state erogate 51.670 confezioni, e ciò ha comportato una spesa complessiva (costo farmaco + oneri distribuzione) di Euro 2.910.994. È stato analizzato un campione di 2761 pazienti, afferenti l'ASP di Cosenza e sono state sottoposte ad analisi le prescrizioni da giugno 2013 a dicembre 2014, al fine di valutare l'aderenza al trattamento e, per gli stessi pazienti, individuati attraverso il codice fiscale, è stato considerato se nel periodo precedente avessero assunto il warfarin ovvero se lo avessero nuovamente assunto a seguito dell'interruzione della terapia con NOACs. Il 52,51% dei pazienti analizzati erano naïves, la restante percentuale ha interrotto il trattamento con warfarin, per passare alla terapia con un NOACs; il 70,9% è risultato aderente alla terapia, il 14,95% ha assunto la terapia in maniera discontinua per poi sospenderla; per il 15,42% dei pazienti è stata rilevata una sola prescrizione di tale classe di farmaci.

**Conclusioni.** Si ritiene che questo studio possa rappresentare un primo approccio nella valutazione dei pazienti con FANV in terapia con NOACs e che possa fornire dati interessanti per il lavoro futuro, consentendo, ad esempio di accertare, attraverso le

schede di farmacovigilanza, le motivazioni che hanno portato alla sospensione della terapia.

#### **ORGANIZZAZIONE DIMISSIONI PROTETTE E FUNZIONI DEI FARMACISTI: CREAZIONE DATABASE PAZIENTI AL SERVIZIO FARMACEUTICO**

##### **-ASUR MARCHE-AV 2 FABRIANO (AN)**

Laura Cingolani, Sabrina Bellabarba,  
Maria Novella Pierdominici, Luisa Coccioni  
Servizio Farmaceutico Territoriale, Servizi Territoriali,  
ASUR Marche-AV n. 2, Fabriano (AN)

**Introduzione.** Il nostro Servizio Farmaceutico Territoriale (SFT) partecipa al Progetto "Dimissioni Protette (DP)" incentrato sul paziente, da qualche tempo esecutivo presso la struttura. Obiettivi: semplificazione dell'accesso ai servizi socio-sanitari, presa in carico del paziente fragile nel rispetto della continuità assistenziale ospedale-territorio. Il farmacista collabora alla nuova metodologia.

**Materiali e metodi.** Il percorso è stato attivato dalla DGR 923/2009, inserita nel PSR 2010/12. Il paziente viene valutato nel suo complesso all'atto della dimissione quando, non ancora completamente autosufficiente o stabilizzato, si avviano i Servizi Territoriali per la continuazione delle cure all'uscita del nosocomio. Viene inviata una mail dal Medico di Reparto che ha in carico il paziente, compilata dettagliatamente e indirizzata via "sito web interno" ai destinatari, tra cui i Direttori del Distretto e del Servizio Farmaceutico Territoriale. I farmacisti, parte integrante del sistema pluridisciplinare, hanno così accesso al quadro clinico di ogni paziente anziano/fragile: dati anagrafici, data di ricovero/dimissione programmata, se paziente in ADI/con assistenza infermieristica, autonomia, stato di salute mentale, mobilità, eventuale tipologia di cateterismo, presenza di ulcere, stomie, drenaggi, "caregiver", diagnosi e sintesi clinica, trasferimento verso il domicilio o la residenzialità. I farmacisti, valutate e analizzate le condizioni dei pazienti in dimissione, raccolgono i dati in un database facilmente consultabile, inserito nel server "Farmacia" in cui tutto il personale accede con "password".

**Risultati.** Le UU.OO. coinvolte nel "Progetto DP" sono 9: Medicina, Ortopedia, Chirurgia, UTIC, PS, Nefrologia, Otorino, RSA, Riabilitazione. Nel 2014 le DP totali sono state 557, quelle effettuate con attivazione del sistema di Assistenza ADI 258, 129 pazienti sono stati inviati presso RSA/Residenze Protette, in base ai criteri di accesso definiti in collaborazione tra H-T. Ulteriori pazienti hanno usufruito degli ausili dispensati dai farmacisti. Dal database del SFT risulta: Medicina ha svolto circa la metà delle DP totali, nel 54% dei casi rendendo operativo l'ADI; le restanti UU.OO. hanno effettuato l'altra metà delle DP avviando l'ADI: Ortopedia il 29%, UTIC l'8%, Riabilitazione il 4%, Chirurgia il 2%, P.S. e Otorino l'1%, Nefrologia e RSA lo 0,5%. I farmacisti sono stati il sostegno per la raccolta di comunicazioni, moduli, elaborazioni, organizzati per fornire al meglio un servizio condiviso.

**Conclusioni.** Dalle informazioni si può dedurre che le DP sono un'applicazione utilizzata regolarmente, soprattutto nei reparti medico/ortopedici, con pazienti fragili/complexi, nell'ottica di una riduzione di frequenti ricoveri e per accompagnare il paziente stesso in sicurezza verso la fase successiva. Il lavoro del SFT coadiuva nell'obiettivo.

#### **IL FARMACISTA: UNA RISORSA NELL'APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI TERAPEUTICI E NEL CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA**

Irene Putaturo,<sup>1</sup> Anna Chiara D'Angelo,<sup>1</sup> Bruna Silla,<sup>1</sup>

Ivana Nanni,<sup>1</sup> Letizia Di Fabio,<sup>1</sup> Caterina Di Fabio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>P.T.A. Gissi, Farmacia Ospedaliera, P.O. Vasto (CH)

<sup>2</sup>Farmacia Ospedaliera, ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

**Introduzione.** La legge 405/2001 sul contenimento della spesa farmaceutica, recepita dalla Regione Abruzzo con D.G.R.1086/2006 e s.m.i., introduce il concetto di distribuzione nella continuità ospedale-territorio, stabilendo l'erogazione, ad opera delle farmacie ospedaliere, di farmaci inclusi nel PHT, Fascia H, ADI, RSA, dimissione da ricovero/visita ambulatoriale. Nel caso in cui la Farmacia Ospedaliera risulti sprovvista di tali farmaci, eccezionalmente, può autorizzarne il reperimento presso le Farmacie esterne della Regione Abruzzo, apponendo sulla ricetta timbro e dicitura "Farmacia sprovvista". In considerazione della ripetitività delle ricette autorizzate, la nostra Farmacia Ospedaliera ha effettuato un monitoraggio delle prescrizioni autorizzate di farmaci di fascia A non in gara regionale, per pazienti in ADI, con particolare attenzione ai farmaci con incidenza significativa sulla spesa farmaceutica. Lo scopo consiste

nell'attuare strategie correttive di contenimento della stessa, garantendo l'appropriatezza terapeutica.

**Materiali e metodi.** Il monitoraggio, relativo a 30 gg campione, prevede: 1) raccolta e analisi delle copie delle ricette autorizzate, in base a prescrizioni di farmaci temporaneamente mancanti, a prescrizioni di farmaci assenti dalla gara regionale ed a prescrizioni multiple contenenti contemporaneamente farmaci inclusi/assenti nella suddetta gara; 2) identificazione e proposta di un'alternativa terapeutica presente in gara regionale.

**Risultati.** Nel periodo 01.04.2015-01.05.2015, su 2.624 ricette SSN esaminate, ne sono state autorizzate 350, di cui 167 per farmaci assenti dalla gara regionale, 59 per farmaci temporaneamente mancanti, 34 recanti la clausola di non sostituibilità, e 20 per prescrizioni multiple contenenti contemporaneamente farmaci inclusi/assenti nella gara. Gli Inibitori di Pompa Protonica (PPI) rappresentano la classe terapeutica più autorizzata, con 76 ricette autorizzate (6 riportanti clausola di non sostituibilità). Il Lansoprazolo è il farmaco più prescritto in 21 casi (14 con dosaggio di 30 mg e 7 di 15 mg). Relativamente al Lansoprazolo in formulazione compresse orodispersibili sono state autorizzate 12 ricette (7 con dosaggio 15 mg e 5 di 30 mg). Altro PPI ad alto impatto prescrittivo è il Pantoprazolo (22 ricette, di cui 12 recanti dosaggio 20 mg e 10 di 40 mg). Segue il Rabeprazolo con 8 ricette ed Esomeprazolo con 7, di cui 1 relativa a formulazione in bustine 10 mg.

**Conclusioni.** L'assenza di PPI orosolubili dalla gara regionale risulta una problematica rilevante per pazienti con disfagia e/o in nutrizione artificiale. La promozione della prescrizione di eventuali alternative terapeutiche presenti nella gara regionale, ad esempio l'Omeprazolo e l'esomeprazolo compresse, opportunamente concordata/condivisa con i MMG, rappresenta un'efficace modalità di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale.

#### **CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO, ESIGENZA SEMPRE PIÙ RICHIESTA PER GARANTIRE CAREGIVER AI PAZIENTI ANZIANI NELLE STRUTTURE DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO**

Paolo De Magistris, Maria Cristina Verlengo, Giuliana Russo, Sara Osella, Valeria Milone, Anna Leggieri  
S.C. Farmacia Ospedaliera, Ospedale S.G. Bosco, Torino

**Introduzione.** In quest'ultimi due anni, la necessità di garantire assistenza sanitaria ad anziani sul territorio dell'ASLTO2 è cresciuta a causa di un aumento dell'invecchiamento della popolazione e una riduzione dei posti letto negli ospedali, con una frequenza di turn-over sempre più elevata. La conseguenza inevitabile, per garantire caregiver alla popolazione, è l'apertura di nuove residenze per anziani (RSA). Lo scopo del lavoro è di effettuare un focus sulle strutture in carico alla Farmacia dell'Ospedale San Giovanni Bosco (OSGB) per evidenziare analogie e differenze nei consumi di farmaci e relativi risparmi.

**Materiali e metodi.** I dati di consumo e di spesa sono stati estrapolati dal sistema informatico (OLIAMM) nel periodo 2014, rapportate alle Giornate di Degenza (GD). Il risparmio è stato stimato utilizzando i prezzi di rimborso previsti per la spesa convenzionata al netto della scontistica e la distribuzione per conto.

**Risultati.** Nel 2014 l'OSGB ha raddoppiato le RSA passando da 4 a 8 con una spesa per i farmaci di € 219.772,32, che costituisce l'89% della spesa dei prodotti forniti dalla farmacia, di cui il 60% in fascia A, il 30% fascia C e il 10% fascia H. La spesa dei farmaci per GD è variabile da €0.68/die a €1.87/die. La stratificazione per classe di rimborsabilità evidenzia: Fascia A range variabile da €0.30 a €0.86/die, non correlato al numero dei pazienti; Fascia H due picchi dovuti alla presenza di un paziente con farmaci antiretrovirali e pazienti critici con terapie antibiotiche imposte in ospedale; Fascia C un picco di €0.96/die per una RSA dovuto un uso elevato di farmaci per la costipazione, mentre le altre si collocano in range €0.13-€0.36/die. La distribuzione diretta da parte dell'OSGB ha portato un risparmio di €173.932,10.

**Conclusioni.** L'analisi ha evidenziato delle incongruenze che saranno oggetto di approfondimento al fine di avere un allineamento tra le varie RSA. La continuità assistenziale territoriale garantisce agli utenti un miglioramento dello stato di salute, una diminuzione degli accessi in ospedale e una sensibile riduzione dei costi. Il farmacista ha un ruolo di sinergia con le varie figure sanitarie che operano nelle RSA valutando l'appropriatezza dei farmaci richiesti e ottimizzando i costi.

#### **ANALISI E MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DEL SSN: I RISULTATI DI UNO STUDIO EFFETTUATO DALLA FARMACIA OSPEDALIERA DI VASTO**

e8

Irene Putaturo,<sup>1</sup> Anna Chiara D'Angelo,<sup>1</sup> Bruna Silla,<sup>1</sup>  
Ivana Nanni,<sup>1</sup> Letizia Di Fabio,<sup>1</sup> Caterina Di Fabio,<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Farmacia Ospedaliera, P.O. di Vasto - P.T.A. di Gissi  
<sup>2</sup>Farmacia Ospedaliera, A.S.L.02 Lanciano-Vasto-Chieti

**Introduzione.** Il Farmacista è un professionista che, nell'ambito delle sue responsabilità, ha il compito di verificare che la ricetta sia redatta in maniera completa sia dal punto di vista prescrittivo che formale, nel rispetto della normativa vigente, al fine di garantire l'appropriatezza terapeutico-prescrittiva, evitando eventuali errori di terapia. Alla luce dell'elevata incidenza di irregolarità rilevate nelle ricette SSN pervenute presso lo sportello della Distribuzione Diretta della Farmacia Ospedaliera, è stato avviato un monitoraggio ed un'analisi dei diversi errori/omissioni osservati, al fine di sensibilizzare i medici di medicina generale (MMG) e gli specialisti ospedalieri alla corretta compilazione ed informazione del paziente sul trattamento da seguire, in modo da responsabilizzare lo stesso in caso di eventuali omissioni e/o errori da parte del prescrittore.

**Materiali e metodi.** Lo studio ha preso in considerazione 30 gg campione, in cui sono state monitorate le ricette SSN pervenute presso la Farmacia Ospedaliera, ed esaminate quelle recanti anomalie nella compilazione. Ogni prescrizione è stata analizzata per le seguenti non conformità/errori: - appropriatezza (corrispondenza tra farmaco indicato sulla ricetta/piano terapeutico allegato, dosaggio, somministrazione); - completezza (omissione di informazioni necessarie: nome/cognome paziente, codice fiscale, residenza, sigla provincia, codice ASL, Nota AIFA, nome farmaco, dosaggio, formulazione, data, timbro medico).

**Risultati.** Nel periodo 01.04.2015 - 01.05.2015, su 2.624 ricette SSN esaminate, sono state rilevate irregolarità in 63 ricette, da cui sono emerse le seguenti omissioni: indirizzo paziente, sigla provincia e codice ASL sulla stessa ricetta (N. 23), sigla provincia e ASL nella stessa ricetta (N.14), residenza e/o domicilio (N.14), codice fiscale (N.5), codice fiscale, sigla provincia e codice ASL nella stessa ricetta (N.1), indirizzo e codice fiscale (N.1), data (N.1), timbro medico (N.1). Sono state, inoltre, riscontrate le seguenti anomalie: ricetta recante un dosaggio di farmaco non corrispondente a quello indicato sul piano terapeutico (N.2), prescrizione di farmaco con dosaggio inesistente (N.1), ricetta con deppennamento di una prescrizione e sostituzione della precedente con una nuova senza opportuna controfirma (N.1), indirizzo, sigla provincia e ASL non corrispondenti (N.1). Ulteriore problematica l'illeggibilità e l'incomprensibilità nella redazione di alcune ricette.

**Conclusioni.** Un attento controllo delle ricette SSN rappresenta lo strumento da cui partire per migliorare le prescrizioni e ridurre errori/disattenzioni dei medici. È auspicabile, tuttavia, integrare tale monitoraggio attraverso una collaborazione diretta e continua tra farmacista, medico, infermiere e paziente ed avviare un programma di informazione rivolto agli stessi medici prescrittori, affinché non si ripetano tali errori.

#### **ACCORDO INTERAZIENDALE SUL MONITORAGGIO DEI CONSIGLI TERAPEUTICI IN DIMISSIONE TRA ASL TO1 E AZIENDE OSPEDALIERE: AZIONI, SIGNIFICATO, RILEVANZA**

Valeria Vinciguerra,<sup>1</sup> Rossana Manzi,<sup>2</sup> Anna Nigro,<sup>1</sup> Carla Rolle,<sup>1</sup>  
S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, ASL TO1, Torino  
Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università di Torino

**Introduzione.** La DGR n.17-7488 del 23/04/2014 ha programmato per ciascuna ASL i tetti di spesa per la farmaceutica convenzionata e territoriale anno 2014, richiedendo alle stesse di sottoscrivere un Accordo Interaziendale. Uno degli interventi dell'accordo riguarda il percorso delle categorie dei farmaci "altospendenti": IPP, ACEi, Sartani, Statine, ISSR della spesa farmaceutica convenzionata, notevolmente condizionata dai consigli terapeutici in dimissione ospedaliera o dopo visita ambulatoriale. Nell'ASL vengono spedite dalle n.170 farmacie convenzionate circa n. 450.000 ricette SSN-mese, di cui più del 20% delle prescrizioni è indotto da terapie consigliate in dimissione ospedaliera.

**Materiali e metodi.** Sono stati analizzati e confrontati i risultati del monitoraggio delle SDO dei reparti e ambulatori maggiori prescrittori di farmaci "altospendenti": Cardiologia, Neurologia, Psichiatria, Geriatria, Medicina Interna, Medicina Generale e Pronto Soccorso, del 1° e 2° semestre 2014. In ciascuna SDO sono stati valutati: 1) identificazione completa medico-paziente; 2) dati inerenti i farmaci (DCI, brevetto scaduto, aderenza al PT-RP, classe di rimborsabilità coerente, nota AIFA e/o PT coerente, 3) farmaci "altospendenti".

**Risultati.** Sono state monitorate n. 2.526 SDO, di cui n. 1.291 per il 1° semestre e n. 1.235 per il 2° semestre con

identificazione medico-paziente pari al 100% in entrambi i semestri. Sono stati consigliati n. 6.882 farmaci nel 1° semestre, e n. 5.661 nel 2° semestre, di cui: farmaci indicati con DCI (89% vs 81%); farmaci contenuti nel PT-RP (96% vs 97%); farmaci a brevetto scaduto 67% in entrambi i semestri; farmaci con classe di rimborsabilità coerente (66% vs 56%). I farmaci soggetti a nota AIFA e/o PT consigliati erano n. 1.062 nel 1° semestre, di cui coerenti il 21%, e n. 748 nel 2° semestre di cui coerenti il 43%. Nel 1° e nel 2° semestre, gli IPP sono stati rispettivamente n. 658 e n. 447 (100% a brevetto scaduto in entrambi i semestri); gli ACEi n. 257 (82% a brevetto scaduto), e n. 211 (95% a brevetto scaduto); i Sartani n. 113 (68% a brevetto scaduto), e n. 447 (83% a brevetto scaduto); le Statine n. 219 (43% a brevetto scaduto), e n. 233 (69% a brevetto scaduto); gli ISSR n. 114 (83% a brevetto scaduto) e n. 116 (100% a brevetto scaduto).

**Conclusioni.** È stato ottenuto un miglioramento soprattutto per quel che riguarda l'aumento dell'indicazione coerente della nota AIFA e/o PT e della prescrizione di farmaci "altospendenti" a brevetto scaduto. Resta da valutare l'appropriatezza dei consigli terapeutici di farmaci ancora coperti da brevetto.

### IL FENOMENO DELLA NON SOSTITUIBILITÀ IN DISTRIBUZIONE PER CONTO- ANALISI NEL TERRITORIO DELLE ASL 3 PISTOIA E ASL 4 PRATO

Lucia Bonistalli, Cristina Ceccarelli, Paola Arzilli, Paolo Giannelli, Alberto Anichini  
UO Farmaceutica territoriale, ASL3, Pistoia

**Introduzione.** La distribuzione per conto (DPC) rappresenta dal 2002 (legge 405/2001) un valido strumento di applicazione del prontuario ospedale-territorio e di notevole risparmio per le Aziende Sanitarie. Le centrali di acquisto di area vasta, e le gare regionali, condizionano la disponibilità dei prodotti per pazienti in terapia spesso cronica. L'obiettivo della nostra indagine è stato valutare la variabilità e le ricadute economiche, sul SSN e sul paziente, del ricorso alla clausola "non sostituibile" da parte del prescrittore per i farmaci in DPC.

**Materiali e metodi.** Scelto come periodo di riferimento tutto l'anno 2014, sono state selezionate 4 molecole sulle quali lavorare: letrozolo, bicalutamide, clopidogrel e olanzapina, in considerazione della diffusione e della diversità d'uso. Nel territorio di riferimento, bacino di utenza 524.707 assistiti pesati, abbiamo verificato il quantitativo percentuale di farmaci, a base delle molecole selezionate, erogati in regime convenzionale con motivazione di "non sostituibilità" rispetto al prodotto momentaneamente disponibile, verso il totale del prodotto erogato (convenzionata + DPC).

**Risultati.** Sono state erogate in regime convenzionale per ricorso alla dicitura "non sostituibile", olanzapina 11,68 %, clopidogrel 10,85%, letrozolo 38,01%, bicalutamide 6,39% della totalità delle confezioni dispensate (il dato di clopidogrel è stato calcolato sull'intero 2014 per omogeneità, ma il generico è subentrato a gara da Settembre 2014 quindi il risultato è da rapportarsi principalmente all'ultimo quadrimestre). L'aggravio per il SSN dovuto al differente regime di dispensazione è stato di euro 166.065 mentre la spesa a carico del cittadino (differenza prezzo di riferimento e ticket regionale) di euro 69.114. Nelle due ASL la spesa annua totale per la DPC è circa 16.500.000 euro. Il ricorso alla dicitura "non sostituibile", atteso come conseguenza di impedimenti clinici o di limitata compliance è tuttavia meno evidente per quei prodotti in cui la differenza a carico del cittadino è maggiore.

**Conclusioni.** Emergono molteplici aspetti da valutare: certamente è necessario condividere maggiormente con i prescrittori le strategie ed i meccanismi della DPC. Deve essere considerato che i vincoli indotti dalle gare d'acquisto possono portare, a livello territoriale, un aggravio di spesa anche per il cittadino suggerendo l'opportunità di un possibile allargamento in sede di aggiudicazione ad un maggior numero di referenze per lo stesso principio attivo.

L'inserimento da parte del medico della motivazione breve alla "non sostituibilità", prevista dalla legislazione, se applicata correttamente su larga scala, potrebbe fornire ulteriori interessanti elementi di analisi.

### NUOVI FARMACI DAA IN REGIONE CALABRIA: DALL'INDIVIDUAZIONE DEI CENTRI PRESCRITTORI AL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

Adele, Emanuela De Francesco,<sup>1</sup> Mariarosanna De Fina,<sup>2</sup> Maria Cristina Zito,<sup>1</sup> Stefania Esposito,<sup>1</sup> Valentina Salerno,<sup>1</sup> Maria Diana Naturale,<sup>3</sup> Daniele Palazzo,<sup>2</sup> Saveria Crudo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Farmacia Ospedaliera, AOU Mater Domini, Catanzaro

<sup>2</sup>Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Università di Catanzaro

<sup>3</sup>Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

**Introduzione.** Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità circa 150 milioni di persone nel mondo sono affette dal Virus dell'Epatite C (HCV), di cui 1,5 milioni italiani. Si stima che in Regione Calabria le persone infette siano 48000-66000. Dei 6 genotipi dell'epatite C, in Italia il genotipo 1, nello specifico l'1b si riscontra nel 50% delle persone infettate. Secondo l'Osservatorio Arno-Cineca nel 2014 la spesa farmaceutica per tale patologia ammontava a E.4148 pro-capite/anno. Alla luce delle attuali evidenze scientifiche, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha approvato i criteri di rimborsabilità dei farmaci ad azione antivirale diretta (DAAS) di seconda generazione: Sofosbuvir® (GU n.283 del 5/12/2014) e Simeprevir® (GU n.44 del 23/02/2015). L'AIFA ha recentemente realizzato un Algoritmo decisionale, che identifica 7 Criteri di eleggibilità dei pazienti e delinea il percorso logico-ottimale per una terapia personalizzata.

**Materiali e metodi.** L'Ass. Reg. Salute con Decreto Regionale Calabria (D.G. n. 1259 del 26/02/2015), a seguito di ricognizione dei pazienti candidabili al trattamento, ha autorizzato 7 Centri appositamente individuati (4 Aziende Ospedaliere e 3 ASP), la prescrizione e la dispensazione dei DAAS, per i circa 836 soggetti risultati eleggibili al trattamento presenti in Regione Calabria (n.114-genotipo 1a, n.665-genotipo 1b e n.57-genotipo 4).

**Risultati.** Nel rispetto dell'algoritmo AIFA-AISF, sono stati delineati due scenari di terapia: Scenario-1, "ottimale" secondo l'Algoritmo, prevede terapie Interferon-free (IFN-Free) per i Criteri 1-6 ( n.551 pazienti) e triplice terapia solo per il Criterio 7 (n. 285 pazienti); Scenario-2, prevede l'utilizzo di terapie IFN-FREE per i Criteri 1-2-3-5-6 (n.274 pazienti), e triplice terapia per i Criteri 4-7 (n.562 pazienti). Considerando i costi riportati in Gazzetta Ufficiale al netto degli sconti di legge, per entrambi gli scenari è stata valutata la spesa SSN relativa a 2 differenti percorsi terapeutici ("a": Olysio+Sovaldi o Olysio in triplice terapia; "b": Sovaldi (24 settimane) o Sovaldi in triplice terapia).

**Conclusioni.** Dall'analisi è emerso che il percorso terapeutico "a" risulta essere più conveniente in termini di risparmio di spesa SSN, sia nello Scenario 1 (-4,81%) che nello Scenario 2 (-4,97%). In particolare tra i due scenari esaminati il percorso terapeutico "a" dello Scenario 1 consentirebbe un risparmio di spesa del -13,3% sullo stesso dello Scenario 2.

L'utilizzo corretto dell'algoritmo AIFA-AISF, da parte di un team multidisciplinare specializzato consente di armonizzare le più recenti evidenze scientifiche con la necessaria appropriatezza prescrittiva e il rispetto della rimborsabilità sostenibile a carico del SSN in un'epoca di innovazione clinico-terapeutica.

### GESTIONE TERAPEUTICA DELL'ANZIANO "FRAGILE": UN CASO ESTREMO DI IPOKALIEMIA

Claudia Giardina,<sup>1</sup> Valeria Sirna,<sup>1</sup> Rosamaria Macri,<sup>1</sup> Giorgio Basile,<sup>2</sup> Christian Ferro,<sup>2</sup> Ester Garaffo,<sup>3</sup> Marica Anfuso Alberghina,<sup>4</sup> Paola Tarro,<sup>5</sup> Vincenzo Arcoraci<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O.S.D. Farmacologia Clinica, <sup>2</sup>U.O.S. Geriatria, A.O.U.

Policlinico "G.Martino", Messina

ASP CT, U.O.C. Medicina Interna,<sup>3</sup>P.O. Santa Marta e Santa

Venera,

<sup>4</sup>P.O. Gravina, <sup>5</sup>P.O. San Giovanni di Dio e Sant'Isidoro

**Introduzione.** L'invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'aspettativa di vita media, ha necessitato una maggiore attenzione nella gestione dei pazienti complessi con comorbidità, spesso in politerapia e con necessità di cure personalizzate. In questo contesto la necessità di garantire una presa in carico modulata sui bisogni del paziente, trova nella continuità assistenziale una possibile risposta. Come dimostrato in letteratura il potenziamento del sistema di comunicazione Ospedale-Territorio contribuirebbe a migliorare la qualità dei servizi, ottimizzare le risorse, ridurre il rischio di ospedalizzazione e di complicanze associate alla malattia migliorando la qualità della vita.

**Materiali e metodi.** Analisi di un caso di reazione avversa riscontrato durante il monitoraggio delle cartelle cliniche presso l'UOS di Geriatria, nell'ambito del progetto di Farmacovigilanza "FORWARD".

**Risultati.** Uomo di 85 anni, affetto da cardiopatia ipertensiva, BPCO, IRC, ipoacusia, artrosi polidistrettuale, vasculopatia cerebrale con decadimento cognitivo, veniva assistito dalla moglie che ne gestiva la terapia farmacologica. Per problemi socio-ambientali (anche la moglie ultraottantenne e fragile) manifestava difficoltà di accesso alle cure. Il paziente aveva interrotto, da diversi mesi, i controlli presso l'ambulatorio di Nefrologia, sospeso il trattamento con eritropoietina continuando, tuttavia, l'assunzione di Kayexalate (sodiopolistirene solforato, un

misurino/die) senza il necessario monitoraggio clinico-laboratoristico. Giungeva in reparto per progressivo decadimento psichico-fisico associato a diarrea e disidratazione. L'esame neurologico evidenziava paraparesi flaccida maggiore a destra, di cui i familiari riferivano l'insorgenza da circa 10 giorni, trofismo muscolare globalmente scaduto con maggiore evidenza a carico degli arti inferiori. Gli esami ematochimici rilevavano marcata anemia normocitica (Hb 6.4), severa ipokaliemia (1.4mmol/L), raddoppiamento (mioglobina >4000, CPK 1570U/L), dismissione di markers di miocardiocitolisi (troponina I 0.28ng/ml, CK-mb 21U/L), rialzo della creatinemia (2.0mg/dl) e azotemia (133mg/dl). Il paziente è stato opportunamente trattato con graduale normalizzazione dei parametri bio-umorali, tuttavia, dopo una settimana è deceduto per edema polmonare acuto.

**Conclusioni.** Uno strumento a disposizione dei sistemi sanitari per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e per ridurre sia il rischio di errore terapeutico che la comparsa di ADR, è quello di realizzare un programma di sorveglianza che coinvolga Medici di Medicina Generale, Specialisti e Farmacisti in grado di: semplificare il regime farmacologico (deprescribe), fornire al paziente/caregiver una scheda personale della terapia e istruzioni in caso di effetti indesiderati, programmare follow-up periodici, realizzare counselling telefonico. La realizzazione dei presidi oggi ritenuti utili nella gestione del paziente anziano fragile avrebbe potuto evitare questo grave caso di ipopotassiemia con secondaria raddoppiamento di markers di miocardiocitolisi e paraparesi flaccida che si è concluso con l'exitus del paziente.

#### **NUOVI E VECCHI ANTICOAGULANTI ORALI: LA GESTIONE DELLA TERAPIA E DATI DI OUTCOME**

Pasqualina Mangiacapra, Alessandra De Dominicis, Stefano Petronzelli, Annabella Bonadonna, Giuseppe Pajes, Luisa Paese  
Dipartimento del farmaco, ASL ROMA H, Roma

**Introduzione.** La fibrillazione atriale è l'aritmia più frequente nella popolazione anziana; nel Lazio la prevalenza è pari al 7.5% circa. Il 90% dei casi è rappresentata dalla fibrillazione atriale non valvolare (FANV) che, oltre ad aumentare il rischio di ictus cardioembolico, presenta una maggiore morbilità e mortalità rispetto all'ictus non cardioembolico. La terapia raccomandata prevede l'utilizzo di anticoagulanti orali anti vitamina K (AVK) o di nuovi anticoagulanti orali (NAO), molecole che bloccano selettivamente la trombina (Dabigatran) o il fattore X attivo (Rivaroxaban, Apixaban).

**Materiali e metodi.** Nel nostro presidio ospedaliero, dopo la condivisione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale con le Commissioni di Appropriatezza Prescrittiva, è stato attivato presso l'UOC di Cardiologia e UTIC, un ambulatorio autorizzato dalla Regione Lazio per la prescrizione dei NAO con l'elaborazione di un documento per la gestione degli accessi e per l'informativa ai pazienti. L'accesso del paziente prevede la compilazione del documento di eleggibilità, da parte del medico curante, e la visita ambulatoriale. Al paziente arruolato viene redatta la prescrizione su piano terapeutico (PT) informatizzato AIFA e web care con rilascio della scheda informativa per la gestione della terapia. L'erogazione del farmaco, in dimissione ospedaliera, sarà effettuata, per la prima confezione, dal farmacista ospedaliero con verifica del PT invece, per il paziente ambulatoriale, avverrà attraverso la distribuzione per conto previa verifica dell'appropriatezza e aderenza alla terapia da parte del farmacista territoriale.

**Risultati.** Da giugno 2013 a Febbraio 2015 sono stati arruolati 178 pazienti di cui 106 con Dabigatran, 16 con Apixaban e 56 con Rivaroxaban; attualmente 143 sono in trattamento mentre 35 hanno sospeso la terapia. È stata effettuata una valutazione del costo sostenuto per il trattamento annuo del singolo paziente con AVK verso NAO considerando il costo per analisi ematochimiche, indagini cliniche strumentali, visite ambulatoriali e costo del farmaco. Per la terapia con AVK la spesa media totale annua è circa 186.42 euro mentre per la terapia con NAO è circa 773.58 euro; nel trattamento con AVK deve essere considerata inoltre la spesa relativa ad eventuali ospedalizzazioni d'urgenza per episodi emorragici con DRG compresi tra 1500 e 4000 euro per ricoveri ordinari entro la soglia.

**Conclusioni.** L'introduzione dei NAO nella pratica clinica quotidiana determina un aumento della spesa farmaceutica, ma può avere un impatto positivo sulla compliance del paziente, soprattutto in quelle persone che hanno difficoltà a monitorare costantemente il valore dell'INR, e si annulla il rischio d'incorrere in eventi emorragici.

#### **IL PERCORSO CONDIVISO DEL PAZIENTE ONCOEMATOLOGICO IN DIMISSIONE**

Stefania Terziotti, Giulia Canova Calori, Laura Lanzone,

Isabella Marone, Paola Prelato, Stefano Pronzati,  
Maria Rosa Fogliano  
Farmacia ospedaliera, ASLBI, Biella (VC)

**Introduzione.** Nell'ambito dell'attività di distribuzione diretta presso la Farmacia Ospedaliera, è stato organizzato un servizio, rivolto ai pazienti onco-ematologici, che riguarda l'erogazione diretta dei farmaci prescritti in regime di visita ambulatoriale affiancata da un supporto di informazione e ascolto da parte del farmacista e dell'infermiere dedicato.

**Materiali e metodi.** Il paziente, dopo la visita ambulatoriale, accede allo sportello di distribuzione diretta della Farmacia Ospedaliera presentando la prescrizione del medico specialista che include farmaci oncologici o ematologici e terapie ancillari. Sono state definite le modalità con cui devono essere effettuate le prescrizioni. Per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA il medico specialista inserisce la relativa scheda sul sito dell'AIFA e ne consegna copia firmata al paziente. Per i farmaci soggetti a Legge 648/96 redige la scheda-farmaco specifica, secondo i parametri previsti dalla normativa stessa. Per i farmaci in fascia A- PHT compila il Piano Terapeutico. L'eventuale terapia ancillare viene indicata sulla scheda di visita ambulatoriale e il farmacista dispensa al paziente solo i farmaci in fascia A. Validata la prescrizione e dispensata la terapia il farmacista accompagna il paziente in un'area dedicata, dove lo informa, tramite apposite schede-paziente, elaborate per ogni singolo farmaco onco-ematologico, sulla conservazione, i possibili effetti collaterali, gli eventi avversi e le interazioni dei farmaci in terapia. Il farmacista insieme all'infermiere, dedicato a tale attività, raccoglie i dati anagrafici del paziente, eventuali dati di tossicità e informazioni sulla terapia pregressa e in corso, fornendo la propria consulenza al domicilio attraverso un recapito telefonico dedicato. L'infermiere supporta il paziente, sia con l'ascolto, sia istruendolo sulla corretta somministrazione delle terapie.

**Risultati.** L'attività ha permesso di supportare 110 pazienti onco-ematologici dalla visita ambulatoriale alla dispensazione della terapia fino all'assunzione della corretta dose al domicilio. A tal fine sono risultate molto efficaci le schede-paziente, elaborate con un linguaggio semplice e chiaro, e il coinvolgimento dell'infermiere dedicato. In tal modo vengono fornite al paziente precise indicazioni sulla terapia prescritta, relativamente ai dosaggi, alle formulazioni, alla gestione degli effetti indesiderati e alla corretta somministrazione. Il farmacista ha inoltre sensibilizzato gli specialisti in merito alla legislazione, alla prescrizione e al monitoraggio, ove previsto, e all'appropriatezza prescrittiva.

**Conclusioni.** L'erogazione diretta ai pazienti onco-ematologici ha permesso di creare un percorso condiviso fra specialista, farmacista e infermiere e ha sicuramente aumentato l'aderenza terapeutica, con il coinvolgimento del paziente stesso.

#### **RUOLO ATTIVO DEL FARMACISTA NELL' ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DELL' APPROPRIATEZZA DELLE PRESCRIZIONI IN DIMISSIONE: FOCUS SUGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA**

Nestor Ciociano, Erica Bianchini, Sara Bianco,  
Silvia Borriore, Chiara Francisco, Laura Rocatti  
Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera Ivrea/Ciriè, ASL TO4

**Introduzione.** A partire da gennaio 2014, sono stati avviati presso la "Farmacia di Continuità Terapeutica", afferente alla Struttura Complessa di Farmacia Ospedaliera del Presidio Ospedaliero di Ivrea, progetti per la dispensazione del primo ciclo di terapia in dimissione, nei quali sono coinvolti i reparti di Medicina, Oncologia e Neurologia. Nell'ambito di questi progetti, oltre alle attività di counselling e riconciliazione terapeutica, la struttura monitora alcune classi terapeutiche ad alto rischio d'inappropriatezza prescrittiva in dimissione, nonché ad alto impatto economico sulla spesa territoriale, quali gli inibitori di pompa protonica (PPI): quest'ultimi sono oggetto anche di specifiche linee di indirizzo aziendali, redatte da un gruppo di lavoro multidisciplinare. In questo lavoro sono illustrati i risultati della prima fase di monitoraggio dei PPI.

**Materiali e metodi.** È stata effettuata un'analisi delle terapie farmacologiche prescritte in lettera di dimissione dal reparto di Medicina, nei periodi 01/01/2014-30/04/2014 e 01/01/2015-30/04/2015, in modo da confrontare i due intervalli di tempo per i seguenti dati: numero pazienti con prescrizione PPI; età media; Diagnosis Related Group (DRG) di dimissione; tipologia PPI; aderenza a note AIFA 1 e 48; associazione terapeutiche ai PPI.

**Risultati.** Su 233 pazienti assistiti nel 2015, il 67% è stato dimesso con prescrizione di PPI; nel 2014, sebbene siano stati assistiti 21 pazienti in meno, la quota prescrittiva era stata del 78%. L'età media non discosta molto nei due periodi: 78±11 anni nel 2014; 79±9 anni nel 2015. I DRG 87, 127, 470 e 576 sono i

più significativi in entrambi gli intervalli di tempo. Pantoprazolo (P) e lansoprazolo (L), unici PPI inseriti nel prontuario terapeutico aziendale, rappresentano la quasi totalità delle prescrizioni sia nel 2014 (P=93,4%; L=5,4%) che nel 2015 (P=92,95%; L=5,1%). Il 49,5% delle prescrizioni del 2014 non aderiscono alle note AIFA, nel 2015 il 36,2%. Nel 2014 sono state rilevate le seguenti associazioni terapeutiche a PPI extra note AIFA: 36,4% a corticosteroidi; 34,5% ad anticoagulanti; 23% ad antibiotici. Diminuiscono nel 2015 le associazioni con corticosteroidi (33,3%) e antibiotici (21%), mentre aumentano con gli anticoagulanti (35,2%).

**Conclusioni.** La messa in atto di misure specifiche volte all'uso razionale di PPI ha senza dubbio generato cambiamenti positivi. L'attività di monitoraggio della "Farmacia di Continuità Terapeutica" si conferma uno strumento di supporto alla diffusione delle linee guida e all'attività di riconciliazione in dimissione, a beneficio della limitazione di quote prescrittive inappropriate che graverebbero, nel post-dimissione, sulle risorse economiche sanitarie, ma anche sulla salute dei pazienti.

#### **LA DGR 974/2014 DELLA REGIONE MARCHE COME STRUMENTO DI MONITORAGGIO DEI FARMACI BIOLOGICI IN AMBITO REUMATOLOGICO, DERMATOLOGICO E GASTROENTEROLOGICO**

Michela Sara De Meo, Loredana Scoccia, Carla Antolini, Agnese Minnucci, Anna Morichetta, Stefania Giorgetti, Silvana Ferrati, Luca Mancini, Adriano Giglioni  
Servizio Farmacia Ospedaliera, ASUR Marche Area Vasta 3, Macerata

**Introduzione.** I nuovi farmaci biologici sono una voce di spesa importante nel bilancio aziendale. Nell'ottica di promuovere l'appropriatezza prescrittiva e in riferimento alle disposizioni sulla spesa farmaceutica ospedaliera emanate con la DGR 974/2014, sono state analizzate le prescrizioni dei biologici per i pazienti dell'ex zona territoriale 9 di Macerata ora Area Vasta 3 dell'ASUR Marche (136.750 residenti).

**Materiali e metodi.** I medicinali oggetto dello studio sono certolizumab, etanercept, adalimumab, abatacept, infliximab, tocilizumab, golimumab ed ustekinumab dispensati dal 01/09/2014 al 28/02/2015 per il trattamento di: artrite reumatoide, spondilite anchilosante, spondiloartrite, psoriasi, artrite psoriasica, colite ulcerosa, morbo di Crohn. Dal File F, dai piani terapeutici e dalle schede AIFA è stato creato un database per raccogliere informazioni su: pazienti, centri prescrittori, indicazioni terapeutiche, consumo. Il dosaggio, lo schema posologico ed il numero di somministrazioni (primo e secondo anno) sono stati stimati sulla base del riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP). I criteri di esclusione applicati sono: pazienti pediatrici, inizio terapia dopo settembre 2014, switch e sospensioni di terapia. I dati non a disposizione sono: peso corporeo, conoscenza del regime terapeutico se riferito al primo o al secondo anno di trattamento.

**Risultati.** Dei 192 pazienti complessivamente trattati (0,14% della popolazione residente) 122 sono risultati arruolabili nello studio. Le patologie più diffuse sono state: artrite reumatoide con 33 casi (27%); artrite psoriasica 26 casi (21%); Crohn 16 casi (13%). La spesa complessiva è stata di 777.507,77€ con adalimumab, infliximab ed etanercept come principali voci di spesa (rispettivamente 34%; 27,13%; 20,25%). Le dosi somministrate sono state 1826 per un totale di 1025 confezioni erogate di cui: 35 certolizumab (3,4%); 156 etanercept (15,2%); 258 adalimumab (25,2%); 27 abatacept (2,6%); 433 infliximab (42,2%); 28 tocilizumab (2,7%); 76 golimumab (7,4%); 12 ustekinumab (1,2%). Il numero di somministrazioni attese (RCP) risulta conforme alle confezioni di farmaco effettivamente erogate.

**Conclusioni.** Il lavoro ha permesso di valutare l'impatto clinico ed economico delle patologie trattate. La compilazione del piano terapeutico, prevista dalla DGR 974/2014 anche per medicinali per quali non esiste obbligo a livello nazionale, ha permesso sia al prescrittore che al farmacista un attento monitoraggio dell'uso di questa tipologia di farmaci promuovendo la verifica dell'appropriatezza. La raccolta dati si concluderà il 31/08/2015 in modo di avere un anno intero di impiego terapeutico e quindi un dato maggiormente significativo anche per ridurre eventuali effetti legati a fattori quali la stagionalità che possono modificare l'andamento di alcune patologie.

#### **DALL'ASSISTENZA FARMACEUTICA REGIONALE STUDIO DI VALUTAZIONE FARMACO-ECONOMICA ED APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELL'IMMUNOGLOBULINA SOTTOCUTANEA NELLA REGIONE MARCHE**

Andrea Marinozzi,<sup>1</sup> Chiara Rossi,<sup>1</sup> Federica Verri,<sup>1</sup> Sonia Natali,<sup>1</sup> Roberta Sergi,<sup>1</sup> Ilenia De Carlo,<sup>1</sup> Daniela Zavaloni,<sup>1</sup> Simone Leoni,<sup>2</sup>

Eugenio Tempesta,<sup>2</sup> Stefano Sagratella,<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Assistenza Sanitaria Regionale, Servizio Farmaceutico Regionale  
<sup>2</sup>Farmacia Interna, AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**Introduzione.** Uno studio di valutazione farmacoeconomica e di appropriatezza prescrittiva è stato necessario, in seguito al progressivo aumento prescrittivo regionale dell'immunoglobulina sottocutanea(IgGsc) a scapito dell'endovenosa(IgGev). Nella Regione Marche, la DGR 1795 del 28/12/2012, norma le Immunoglobuline, inserendo nel PTOR la sola IgGev(garantita dal piano sangue regionale) ed escludendo l'IgGsc (prescrivibile solo quando il paziente non può utilmente essere trattato con IgGev).

**Materiali e metodi.** Sono stati analizzati i dati prescrittivi dell'IgGsc in ambito regionale per l'anno 2013 e 2014, per spesa File F, spesa ospedaliera, confezioni utilizzate, DDD (Dosi giornaliere consumate: 4 per l'IgGsc5ml-200mg/ml, 8 per l'IgGsc10ml-200mg/ml e infine 16 per l'IgGsc20ml-200mg/ml) e pazienti trattati. Per l'appropriatezza considerate le indicazioni terapeutiche autorizzate SSN e l'effettiva indispensabilità di utilizzare l'IgGsc.

**Risultati.** Nell'anno 2013 in File F fornite 2845 confezioni, per€499.877 e DDD consumate €37.624, mentre in Ospedaliera fornite 82 confezioni, per€16.077,60 e DDD consumate €1.160; per un totale di 24 pazienti; Nell'anno 2014 in File F fornite 4569 confezioni, per€873.136 e DDD consumate €64.592, mentre in Ospedaliera fornite 32 confezioni per €5.063,52 e DDD consumate €368; per un totale di 26 pazienti. Confrontando i dati, la problematica sostanzialmente è in ambito territoriale, difatti in File F si è avuto un aumento di 1724 confezioni pari al 38%, in € un aumento di €373.258 pari al 43% e per DDD consumate un aumento di €26.968 pari a 42%; mentre nell'ospedaliera si è avuto una diminuzione di 50 confezioni pari al 61%, in € una diminuzione di €11.014,08 pari al 69% e per DDD consumate una diminuzione di €792 pari a 68%. Il numero dei pazienti è aumentato di 2 unità pari a 8%. Da un'analisi preliminare dell'appropriatezza terapeutica si è riscontrato per l'anno 2014 l'utilizzo fuori indicazione dell'IgGsc in 7 pazienti affetti da Polimiosite (patologia rara codice RM00020) pari a numero di confezioni totali 624 per €119.246. Inoltre in 9 pazienti la prescrivibilità dell'IgGsc rispetto a quella ev risulterebbe scevra di motivazioni per favorire la sc più costosa (€55) al sistema rispetto l'ev(€32).

**Conclusioni.** Si evince dallo studio oltre al notevole aumento del consumo dell'IgGsc tra il 2013 al 2014, anche la rilevazione di anomalie nell'appropriatezza prescrittiva, tali da indurre il Servizio Farmaceutico Regionale a pensare di produrre delle Linee Guida per l'utilizzo appropriato e paziente specifico delle stesse, sia per contenere la spesa (in quanto l'IgGev costerebbe quasi la metà rispetto la sottocutanea), che per evitare l'uso inappropriato dell'IgGsc stessa.

#### **INTERVENTO DEL FARMACISTA TERRITORIALE PER AUMENTARE L'ADERENZA AL TRATTAMENTO CON STATINE AD ALTE DOSI IN PAZIENTI IN DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Carlotta Marella, Mariangela Dairaghi,  
Fiorella Berardi, Paola Manzini  
S.C. Farmacia Territoriale, ASL, Novara

**Introduzione.** I farmaci per patologie cardiovascolari rappresentano la categoria farmaceutica più prescritta a livello nazionale e locale, essendo le patologie cardio-cerebro-vascolari la principale causa di mortalità e morbosità. L'assunzione di terapie in modo inappropriato può ridurre però il potenziale di prevenzione degli eventi cardiovascolari, rappresentando inoltre uno spreco di risorse sanitarie. Scopo del lavoro è stato quello di verificare l'aderenza alla terapia con statine ad alte dosi in una coorte di pazienti ad alto rischio al fine di valutare le motivazioni di mancata aderenza, sospensione o variazione terapeutica.

**Materiali e metodi.** Questo studio osservazionale prospettico è stato condotto su pazienti ad alto rischio in dimissione dai reparti di Cardiologia dell'AOU Maggiore della Carità di Novara da dicembre 2013 ad aprile 2015 con prescrizione di statine ad alte dosi (atorvastatina 80mg e rosuvastatina 20mg) residenti nell'ASL NO. Tali pazienti sono stati arruolati dai medici ospedalieri con successivo invio di copia della lettera di dimissione dal caposala alla S.C. Farmacia Territoriale. I farmacisti hanno contattato telefonicamente i pazienti ad un mese e a 6 mesi dalla dimissione, sottoponendo loro un questionario, per rilevare aderenza, effetti collaterali e motivi della dimissione al trattamento.

**Risultati.** I soggetti arruolati sono stati 200, contattati entro un mese dalla dimissione e con prescrizioni SSN nel database aziendale. Alla prima telefonata, il 9% dei pazienti ha cambiato terapia ipolipidizzante per effetti collaterali quali mialgia (42%), capogiri e cefalee (24%) o cambiamento del dosaggio prescritto su consiglio del cardiologo o del medico di famiglia (34%). L'80% dei pazienti è stato contattato entro 6 mesi affermando nel 77% di utilizzare ancora correttamente il farmaco, mentre il 23% di non essere aderente al trattamento, per raggiungimento di livelli bassi di colesterolo o aumento degli effetti collaterali comuni.

**Conclusioni.** I primi dati dello studio evidenziano la necessità di instaurare un rapporto di concordanza tra medico, paziente e farmacista per aumentare l'aderenza al trattamento prescritto. I cambiamenti della terapia sono stati effettuati sotto controllo medico. La buona aderenza al trattamento ottenuta è garanzia di un miglior esito di salute e di un più razionale impiego delle risorse sanitarie.

#### ANALISI SULL'UTILIZZO DEI FARMACI OFF-LABEL NELL'ASL10 FIRENZE

Elena Nicolai,<sup>1</sup> Annalisa Benini,<sup>2</sup> Sara Bartolini,<sup>2</sup> Francesco Enrico Bernardini,<sup>1</sup> Silvia Cappelletti,<sup>2</sup> Francesca Fallani,<sup>1</sup> Rosario Giacomazzo,<sup>1</sup> Silvia Renzi,<sup>2</sup> Teresa Brocca,<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIFI Scuola specializzazione farmacia ospedaliera, Firenze

<sup>2</sup>ASL 10 Firenze, Farmacia Ospedaliera, Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio, Firenze

<sup>3</sup>Dipartimento del Farmaco, Azienda Sanitaria, Firenze

**Introduzione.** L'utilizzo di farmaci per indicazioni diverse da quelle autorizzate è possibile nel rispetto di alcune norme ovvero la Legge 648/96 e la Legge Di Bella (D.L. n. 23/1998 convertito in L. n. 94/1998). La Regione Toscana, attraverso una serie di delibere (n. 394/2008, n. 622/2008, n. 836/2008, n. 918/2008, n. 608/2010) ha fornito alle AASSLL direttive sull'impiego dei farmaci, con onere a carico del SSR, fuori dalle indicazioni previste dall'AIC e non inclusi negli speciali elenchi della legge 648/1996. Sulla base di tali delibere, i medici, avvalendosi di evidenze clinico-scientifiche, sono autorizzati alla prescrizione di farmaci "off-label" nel rispetto delle estensioni riportate nella normativa previo consenso informato del paziente. L'obiettivo del presente lavoro è fornire uno stato dell'arte, attraverso l'individuazione del numero di pazienti coinvolti in tali trattamenti ed il monitoraggio dell'appropriatezza e dei costi, di quella che rappresenta un'importante opportunità di cura, ove non esista valida alternativa terapeutica.

**Materiali e metodi.** Le varie delibere regionali sono state recepite dal Dipartimento del Farmaco, attraverso la stesura di un'apposita procedura approvata dalla DS aziendale, attuata attraverso una collaborazione attiva fra medici prescrittori e farmacisti. Dal database della web application aziendale sono state estrapolate le erogazioni di farmaci con indicazioni "off label regionali", prescritte dagli specialisti dell'ASL10, nel primo quadrimestre 2015. Sono stati estratti i dati relativi alla spesa dell'erogato, suddividendola per aree specialistiche, per valutarne il rispettivo impatto sulla spesa complessiva. Inoltre sono stati individuati il numero di pazienti trattati per evidenziare la dimensione della prescrizione.

**Risultati.** Nel primo quadrimestre del 2015 l'onere economico sostenuto è stato di 40.130 €; l'uso off label si concentra principalmente sui medicinali reumatologici ed oncologici che costituiscono rispettivamente il 45,6% ed il 40,9% della spesa complessiva. Dall'indagine emerge che sono stati interessati da tali prescrizioni 402 pazienti, di cui 358 appartenenti all'area reumatologica e 4 a quella oncologica. Per i pazienti trattati non sono state evidenziate ADR significative. I principi attivi maggiormente prescritti dai reumatologi sono: pregabalin, sodio neridronato, acido micofenolico.

**Conclusioni.** La normativa permette di regolamentare l'uso dei farmaci off label e garantisce l'assistenza farmaceutica ad un ampio numero di pazienti che possono beneficiare di un'importante opportunità terapeutica. L'attiva collaborazione fra clinico e farmacista permette di perseguire obiettivi chiave quali garanzia dell'assistenza nella tutela della sicurezza del paziente, appropriatezza prescrittiva, rispetto delle normative vigenti ed il fondamentale monitoraggio economico per la valutazione dell'incidenza sulla spesa farmaceutica.

#### STUDIO DI PROBLEMI E AREE DI MIGLIORAMENTO NEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO ACUTO NELL'AOU "MAGGIORE DELLA CARITÀ" DI NOVARA

Carlotta Marella, Manuela Trapani, Mariangela Dairaghi S.C. Farmacia Territoriale, ASL, Novara

**Introduzione.** Lo Scompenso Cardiaco Acuto (AHF) causa una mortalità elevata con episodi di destabilizzazione che portano a ricoveri frequenti. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare le terapie farmacologiche dei pazienti ricoverati nel Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale Maggiore della Carità per AHF e individuare possibili aree di miglioramento per il paziente scompensato.

**Materiali e metodi.** Nello studio osservazionale retrospettivo sono stati arruolati soggetti che dal 01 gennaio 2013 al 31 Dicembre 2013 hanno avuto accesso al PS dell'Ospedale Maggiore per AHF, indicando la data di accesso come data indice, e si è valutato il loro percorso terapeutico nei quattro mesi precedenti l'accesso al PS e nei sei mesi successivi (follow up). In seguito ad estrazione delle prescrizioni SSN dei pazienti arruolati mediante il codice fiscale dai database aziendali, sono state identificate le terapie con ATC B01 e C a vari livelli, per identificare: terapia cronica nei quattro mesi precedenti la data indice (diuretici, ACE-inibitori, sartani, betabloccanti, anticoagulanti) e farmaci nel follow up di sei mesi (diuretici, ACE-inibitori, sartani, betabloccanti, antiaggreganti, nitrati, digitale, Calcio antagonisti, antiaritmici). È stata calcolata l'aderenza nel follow-up mediante MPR (Medical Possession Ratio), ovvero rapporto tra numero DDD (daily defined doses) e somma dei giorni intercorsi tra le prescrizioni in SSN per singolo ATC, stratificandolo in MPR basso <=50%; medio compreso tra 50% e 80%; e alto >=80%.

**Risultati.** I pazienti arruolati in PS sono 536 (di cui 56% femmine) con età media di 79 anni (SD +/- 9 anni). Nei quattro mesi antecedenti l'accesso al PS 271 soggetti (51%) hanno avuto prescrizioni nel 76% anticoagulanti, 51% betabloccanti, 40% ACE-inibitori, 30% sartani, e 33% diuretici. Nel follow up sono state identificate le prescrizioni di 485 pazienti (90,5%) con prescrizione nel 90% di anticoagulanti, 68% betabloccanti, 56% ACE-inibitori, 38% sartani, e 93% diuretici; inoltre sono stati prescritti nitrati nel 47%, glicosidi digitalici nel 28%, Calcio-antagonisti 40%, e antiaritmici 22%. Valutando l'aderenza per diuretici e betabloccanti l'MPR è alto nel 75% dei pazienti con diuretico e nel 66% dei pazienti con betabloccante, mentre MPR è medio-basso per pazienti in terapia con antipertensivi quali alfa-litici e calcio-antagonisti.

**Conclusioni.** Lo studio ha evidenziato che i pazienti sono anziani e presentano alta aderenza alla terapia per diuretici e i betabloccanti, fondamentali nel trattamento dell'AHF. I farmaci con bassa aderenza sono gli antipertensivi alfa-litici e Calcio-antagonisti, che risultano controindicati nello scompenso, con livelli bassi di raccomandazione secondo le linee guida.

#### RUOLO DEI FARMACISTI NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI IN DIMISSIONE PROTETTA AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE -ASUR MARCHE- AV 2 FABRIANO (AN)

Laura Cingolani,<sup>1</sup> Sabrina Bellabarba,<sup>1</sup> Maria Novella Piedominici,<sup>1</sup> Valentina Marinelli,<sup>2</sup> Luisa Coccioni,<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servizio Farmaceutico Territoriale, <sup>2</sup>Servizio Dietetico, Direzione Medica Ospedaliera, ASUR MARCHE - AV n. 2 Fabriano (AN)

**Introduzione.** Le Dimissioni Protette (DP) ridefiniscono il rapporto ospedale-territorio, concordando procedure per garantire, attraverso lo snodo delle lungodegenze/riabilitazioni, la continuità assistenziale per il paziente. In questo ambito il lavoro del farmacista del SFT (Servizio Farmaceutico Territoriale) è fondamentale: accoglie i pazienti dimessi, fornisce materiali e spiegazioni, raccoglie informazioni, valutandole, controllandole, validandole. Si creano percorsi di cui fa parte integrante, come punto d'incontro del lavoro di Medici di reparto, MMG, dietiste, nell'interesse del paziente, in una metodologia multidisciplinare.

**Materiali e metodi.** La DP scaturisce dall'esigenza di gestire pazienti anziani/fragili, affinché siano accolti, in completa tutela della propria salute dopo dimissione, sul territorio poiché ancora in via di recupero. Spesso i pazienti in DP necessitano dei primi DM, ausili sanitari o alimentazione. Una copia del modulo di richiesta ("web-sheet") viene inviata dal reparto al SFT per via informatica, unitamente alla segnalazione di DP, così che possano essere predisposte le quantità necessarie di DM/nutrizione per i primi 30 giorni. All'accoglienza al SFT, i farmacisti coadiuvati dal tecnico consegnano il materiale indispensabile per il primo mese al caregiver/paziente stesso, che quindi si recherà in strutture o al domicilio. Si forniscono spiegazioni su come organizzarsi per le fasi successive del ritiro di tali prodotti presso il SFT, con la distribuzione di una piccola "brochure" opportunamente predisposta.

**Risultati.** Dal database e dalla riorganizzazione dei dati per il 2014 è stato riscontrato che: il totale dei pazienti dimessi via DP è stato 557, di cui 129 accolti in strutture, 258 in ADI. La Medicina ha dimesso il maggior numero di pazienti in ADI,

n.139/258. Inoltre quelli con necessità di distribuzione di materiale ed alimentazione enterale per il 2014 sono stati in totale n. 170. Dalla verifica del "web-sheet" che perviene via mail, i farmacisti hanno consegnato pannoloni, sacche diuresi, cateteri al 60% degli ex-degenti, fasce per tracheostomia nel 20% circa. Un'ampia quota riguarda la nutrizione enterale: i pazienti in DP con NE 2014 sono stati 91, su 138 assistiti totali in NE (66%). Sono stati forniti unitamente appropriati DM (deflussori, siringhe). Da Medicina e Ortopedia sono uscite le maggiori quantità di pazienti così detti "complessi": rispettivamente n.143 (84%) e 17 (10%), dimissioni con richiesta di dispositivi e/o alimentazione, adeguatamente distribuiti dal SFT.

**Conclusioni.** Per affermare e rafforzare l'importanza del paziente e cooperare con le altre figure sanitarie, i farmacisti prestano il loro servizio nella continuità assistenziale H-T, poiché nel territorio si può raggiungere realmente integrazione sociale e sanitaria.

### **ALLESTIMENTO PERSONALIZZATO DELLA FORNITURA FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI NEI PAZIENTI ADI DELL'ASLTO3:**

#### **L'ESPERIENZA DEL QUINQUENNIO 2010-2015**

Michele Amadio, Stefania Strobino, Chiara Buffa, Sabrina Martinengo, Silvia Novello, Annamaria Rosa, Grazia Ceravolo S.C. Settore Farmaceutico, ASL TO3, Torino

**Introduzione.** L'assistenza domiciliare integrata assicura alle persone affette da patologie croniche o invalidanti o ai malati terminali, cure sanitarie presso il proprio domicilio integrando diverse figure professionali. Il progetto dell'ASR è frutto dalla collaborazione tra la Farmacia, i servizi di Cure Domiciliari ed i MMG. L'idea dell'allestimento della fornitura farmaci e presidi a singolo paziente con il successivo invio dati su file F nasce dalla necessità di garantire la tracciabilità e contemporaneamente migliorare l'appropriatezza prescrittiva diminuendo il rischio clinico legato alla dispensazione.

**Materiali e metodi.** Punto di partenza del progetto è stata la definizione di un prontuario terapeutico ADI per farmaci, dispositivi medici e materiale sanitario selezionando i principi attivi e le forme farmaceutiche maggiormente prescritti nei pazienti domiciliari nel triennio precedente, allo scopo di uniformare il più possibile le terapie domiciliari. Il passaggio successivo è stato, a partire dalla prescrizione del MMG sulla cartella clinico-assistenziale, la creazione di un piano terapeutico settimanale per singolo paziente comprendente farmaci, soluzioni infusionali, dispositivi medici e materiale sanitario, che il servizio di Cure Domiciliari inserisce ed aggiorna inviandolo alla procedura di magazzino della Farmacia (EID). La Farmacia stampa i piani terapeutici valutando le opportune sostituzioni, segnalate su un riferimento cartaceo che accompagna il materiale inviato, quindi ciascuna fornitura viene singolarmente allestita, controllata e validata dal farmacista.

**Risultati.** A partire dal 2010 il progetto è entrato gradualmente a regime fino a comprendere tutti i diciassette Servizi di Cure Domiciliari presenti all'interno dell'ASR. Nel 2014 sono stati seguiti con questa modalità di fornitura personalizzata 1.375 pazienti per un totale complessivo di 13.007 dispensazioni "ad personam" di farmaci e 14.048 di dispositivi medici e materiale sanitario. La spesa totale farmaci consegnati è stata di circa 640.000 euro, mentre per i dispositivi medici è stato consegnato materiale per circa 298.000 euro.

**Conclusioni.** La realtà dell' ASR, costituita da territorio urbano e montano ha rappresentato una spinta alla realizzazione del progetto, ma ha anche messo in evidenza difficoltà logistiche e organizzative che hanno reso necessario uno sforzo coordinativo non indifferente. La modalità di dispensazione personalizzata favorisce sicuramente il paziente fragile o affetto da patologia oncologica, garantendo continuità e aderenza terapeutica.

### **ANALISI DEI CONSUMI DELLA DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC) IN ASL NAPOLI 1 CENTRO A TRE ANNI DALL'AVVIO**

Manuela Iadanza, Maria Luigia Cenicola, Gaetana La Bella U.O.C. Farmaceutica Convenzionata, Asl NA1 Centro, Napoli

**Introduzione.** L'esplosione della spesa ospedaliera e l'invecchiamento della popolazione impongono sempre più lo spostamento della cura delle patologie croniche dall'ospedale al territorio, ponendo il Farmacista come partner ideale del Medico-Specialista e del MMG, per la gestione sul territorio del paziente nel rispetto delle relative competenze e professionalità. La Distribuzione per Conto (DPC) ad oggi risulta la forma di dispensazione sul territorio più idonea, in termini di costo-beneficio, a consentire il conseguimento degli obiettivi

programmati dal SSR considerando le differenti realtà politico-economiche regionali. L'Accordo-DPC, siglato in Asl-Napoli-1Centro il 29/12/2011, è andato in vigore a pieno regime dal 01/04/2012. A tre anni dall'attivazione della DPC, l'U.O.C. Farmaceutica-Convenzionata ha analizzato i flussi di consumo.

**Materiali e metodi.** I dati sono stati estrapolati dal portale InWebDPC, portale-web per la consultazione delle statistiche relative alle vendite DPC-Asl-Napoli-1Centro. È stato valutato negli anni l'andamento dei consumi sia nel complesso, che dettagliato per categoria-terapeutica e per principio-attivo.

**Risultati.** Nel corso degli anni i volumi della DPC sono incrementati, il numero di confezioni/anno distribuite dal 2013 al 2014 è infatti aumentato del 15%ca, e dal 2014 al 2015 del 22%ca. Questi dati sono in linea con quanto riportato nell'ultimo rapporto OsMed (Gennaio 2015), che registra un incremento generale dei consumi e della spesa dei medicinali acquistati dalle Strutture-Sanitarie-Pubbliche nei primi 9 mesi del 2014 vs analogo periodo del 2013; tale valore per la Regione-Campania si attesta sul 10,5%. Sono state analizzate le singole categorie-terapeutiche, procedendo in ordine decrescente di consumi. I farmaci usati nel diabete (ATC-A10) rappresentano la categoria a maggior consumo nell'intero periodo considerato; i farmaci del sistema nervoso, nello specifico N04, N05 e N06 occupano la seconda posizione negli anni 2013 e 2014, mentre nel 2015, l'aggiornamento dei farmaci dispensati in DPC, ha provocato un sorpasso da parte dei farmaci del sangue e organi emopoietici (ATC-B), che dalla quarta posizione occupata negli anni precedenti si pongono in seconda posizione. I farmaci antineoplastici, ATC-L, e quelli del sistema-cardiovascolare, ATC-C, rappresentano le categorie immediatamente successive in ordine di consumo. La successiva analisi dei singoli principi-attivi ha dimostrato che la somma delle confezioni dei primi sei principi-attivi più usati nel canale-DPC raggiunge quasi un terzo dei pezzi totali consumati per anno.

**Conclusioni.** La crescita dei consumi rilevata dimostra come l'Accordo-DPC abbia dato avvio ad un incontro-confronto di due realtà professionali, il Farmacista-Aziendale e il Farmacista di Comunità, che collaborano al fine di ottimizzare il canale della DPC a tutela del paziente.

### **PROGETTO DI RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA**

Daria Bettoni, Elisabetta Zanetti, Carlo Concoreggi, Gaia Bozza, Elena Festa

Farmacia Aziendale, A.O. Spedali Civili di Brescia

**Introduzione.** La gestione del paziente pluripatologico coinvolge numerosi professionisti, con potenziale confusione nella gestione della terapia domiciliare. Il progetto ha l'obiettivo di applicare la "Riconciliazione Terapeutica" nei pazienti anziani in politerapia. Riconciliare significa revisionare la terapia domiciliare con criteri scientificamente validati (es. criteri di Beers, START/STOPP), per valutare l'inappropriatezza prescrittiva, costruire o confermare uno schema terapeutico efficace, rispondente alle esigenze terapeutiche, riducendo il rischio di ADR. Lo studio nasce presso gli Spedali Civili di Brescia in collaborazione fra Osservazione Breve Intensiva (OBI), Farmacia e Unità di Gestione del Rischio, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale (MMG).

**Materiali e metodi.** Lo studio è stato strutturato in due fasi. Ricognizione: valutazione dei pazienti >65 anni in terapia con  $\geq 5$  farmaci, ammessi all'OBI fra 11/11/2014 e 20/02/2015, per cui è stato possibile raccogliere anamnesi, dati clinici e terapeutici. Riconciliazione: i dati raccolti sono stati inseriti in apposito software, per valutare l'appropriatezza prescrittiva e le potenziali interazioni tra i farmaci, restituendo un giudizio sulla rilevanza clinica delle interazioni (minore, moderata, maggiore e controindicata). Sono stati considerati i pazienti con interazioni maggiori e controindicate. Per i pazienti dimessi dall'OBI con interazioni farmacologiche, è stato contattato il MMG richiedendo la compilazione di un questionario.

**Risultati.** I pazienti inclusi nello studio sono stati 35. Presentano uguale distribuzione per genere ed età (media 77 anni). Il 42,8% ha presentato rischi d'interazioni farmacologiche maggiori, il 5,7% controindicate, il 22,8% entrambe, il 28,5% non aveva interazioni. Il clopidogrel è il farmaco riscontrato più frequentemente nelle interazioni, seguito da statine (simvastatina e atorvastatina) e amiodarone. 9 pazienti sono stati ricoverati presso altri reparti. Dei restanti 26, dimessi dall'OBI, è stata analizzata la terapia: 8 non hanno evidenziato rischio d'interazioni, 1 è stato riconciliato in OBI. Sono stati 17 i pazienti con rischio d'interazione, per cui sono stati contattati 15 MMG (uno è il medico curante di 3 pazienti). Di questi 7 hanno risposto in merito a 9 pazienti. Analizzando le risposte, emerge che l'11,1% preferisce contattare lo specialista, l'11,1% intende occuparsi personalmente della riconciliazione, il 33,3% hanno

aderito al progetto, il 44,5% ritengono, vista la situazione clinica, che la terapia non vada riconsiliata.

**Conclusioni.** Questo studio ha permesso di rilevare qualitativamente e quantitativamente i rischi di interazione fra farmaci, riducendo potenzialmente le ADR e gli accessi alle strutture sanitarie, semplificando la terapia domiciliare, collaborando con i pazienti per ottenere la miglior compliance possibile, con una reale collaborazione ospedale-territorio.

#### **INTERVENTI SULL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN DPC**

Ignazia Poidomani, Luca Lucenti, Rosaria Nasca, Sabrina Arena  
Farmaceutica territoriale, ASP, Ragusa

**Introduzione.** La distribuzione per conto è stata avviata in Sicilia con D.A. n. 3 del 8 Gennaio 2014. Per porre rimedio e snellire le criticità riscontrate nelle prescrizioni, un apposito tavolo tecnico per la DPC, istituito presso l'Assessorato della Salute, ha elaborato uno schema sinottico riportante le inapproprietezze e le relative azioni da intraprendere a scopo correttivo. I diversi casi sono elencati con la sigla DPC seguita da un numero, ognuno per ogni tipologia di errore. L'obiettivo del lavoro consiste in un'analisi delle inapproprietezze riscontrate con maggiore frequenza nella fase di avvio della DPC nella nostra Asp, in modo da avere il giusto know how per informare e formare medici e farmacisti.

**Materiali e metodi.** È stato esaminato il periodo Agosto-Dicembre 2014, controllando l'appropriatezza sui Piani terapeutici e ricette rosse redatte dai Medici di medicina generale. Le inapproprietezze rilevate sono state suddivise secondo le tipologie previste dallo schema sinottico assessoriale.

**Risultati.** Su un totale di 973 inapproprietezze, di cui 840 piani terapeutici e 133 ricette, il 31% degli errori riguarda dispensazioni di farmaci su piano terapeutico scaduto; il piano terapeutico non è stato allegato alla ricetta nel 13,3% dei casi; ma il dato più interessante, con maggior peso dal punto di vista del rischio clinico è la consegna di farmaco sbagliato per dosaggio o molecola o specialità medicinale, a causa di errata prescrizione su ricetta del Medico di medicina generale, per un totale del 10,8% degli errori. Di contro, non è stata riscontrata nessuna erogazione di farmaci off label.

**Conclusioni.** La distribuzione dei farmaci A-PhT da parte delle farmacie convenzionate per conto delle Asp, si inserisce nel contesto di continuità assistenziale ospedale territorio. Il controllo dell'appropriatezza prescrittiva nella DPC è fondamentale al fine di assicurare al paziente un corretto e sicuro uso del farmaco. La valutazione degli errori, e le relative azioni intraprese, ovvero note di contestazione e sanzionatorie, non hanno un solo fine punitivo, ma correttivo e migliorativo della qualità dell'intero servizio, con il vantaggio di indirizzo verso una migliore allocazione delle risorse economiche, verificando ad esempio l'applicazione dei criteri di rimborsabilità previsti dalla normativa vigente, come le note AIFA. In un contesto quindi, anche di Risk Management, il Dipartimento Farmaceutico con queste verifiche, si pone come promotore della Governance Clinica attraverso strumenti e strategie sanitarie che vanno verso la promozione della qualità del servizio. A tal fine, sono in fase di organizzazione dei meeting formativi, esplicativi sulle problematiche riscontrate con maggiore frequenza.

#### **DISTRIBUZIONE DIRETTA IN DIMISSIONE**

##### **NELL'ASL VCO (Verbano-Cusio-Ossola)**

##### **NEL BIENNIO 2013 -2014**

Carlotta Marella, Elena Vighi, Giuliana Dossi, Alessandra Vittoni,  
Laura Poggi, Anna Pingitore, Francesca Cassani, Ilaria Fusco,  
Paolo Godio,

Dipartimento del Farmaco, ASL VCO, Verbano-Cusio-Ossola

**Introduzione.** In ottemperanza alla legge 405/2001 ed alle disposizioni regionali, negli ultimi anni la SOC Farmacia dell'ASL VCO ha lavorato per organizzare al meglio la Distribuzione Diretta (DD), sia di farmaci ricompresi nel pHT sia prescritti in dimissione da visita ambulatoriale o ricovero ospedaliero (purchè presenti nel prontuario terapeutico aziendale). In particolare si è voluto analizzare negli anni 2014 e 2013 quanto il servizio di erogazione dei farmaci in dimissione abbia portato in termini di risparmio per il SSN rispetto alla condizione nella quale gli stessi farmaci fossero stati dispensati in regime di convenzionata.

**Materiali e metodi.** Sono stati valutati il numero di accessi al servizio di DD territoriale ed ospedaliera, il numero di pezzi distribuiti e la spesa totale (anni 2013-2014). I dati sono stati ricavati dal tracciato del file F. (tipologie 01, 02).

Per ricavare il costo del servizio di DD sono stati considerati gli oneri forniti dal Controllo di Gestione relativamente al personale impiegato in base alle ore dedicate ed alla qualifica (farmacista,

magazziniere) e ad altri costi diretti ed indiretti (riscaldamento, utenze, etc). Il costo del farmaco in convenzionata si è ottenuto partendo dal prezzo al pubblico verificato su banche dati farmaceutiche del periodo in esame. A questo sono stati sottratti gli sconti dovuti al SSN da parte delle Farmacie di comunità a seconda della loro classificazione in farmacie urbane, rurali non sussidiate o rurali sussidiate.

**Risultati.** Nel 2014 ci sono stati 23.710 accessi (+6% vs al 2013). I pezzi dispensati in dimissione sono stati 77.021 nel 2013 e 83.026 nel 2014 con un incremento del 7,8%. La spesa sostenuta per il farmaco dalla SOC Farmacia nel 2013 è stata di €779.389 mentre nel 2014 di €562.198. La riduzione di spesa è dovuta alla genericazione di diverse molecole. La spesa complessiva sostenuta, compreso il costo del servizio, è stata di €903.393 per l'anno 2013 e di €680.924 per l'anno 2014. Si è ottenuto un risparmio effettivo di €1.246.927 per il periodo in esame rispetto ad un'ipotetica dispensazione in convenzionata.

**Conclusioni.** Alla luce dell'analisi effettuata, si è visto come l'erogazione del farmaco in dimissione presenti indubbi vantaggi sia in termini di presa in carico del paziente e garanzia della continuità ospedale-territorio, sia in termini di risparmio economico. L'implemento dell'attività può essere sicuramente uno strumento per consentire il risparmio di preziose risorse da poter impiegare su altri fronti in un periodo dove si rende sempre più necessaria la riallocazione appropriata dei capitali.

#### **ATTIVAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA AI PAZIENTI DELL'ASSOCIAZIONE GHIROTTI DI GENOVA DA PARTE DEL DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITÀ FARMACEUTICHE-ASL 3 GENOVESE**

Rita Valentini Polizzi, Carolina Rusca, Silla Antonelli, Elena

Bestoso, Tosca Chiarello, Costanza Nurchis, Silvia Zuccarelli  
Farmacia Ospedaliera Villa Scassi, Asl 3 Genovese, Genova

**Introduzione.** Questo progetto affonda le radici nella Legge 39/99 che permette alle Regioni di organizzare strutture ed attività assistenziali volte ai malati terminali. La legge prevede che le Regioni forniscano le cure necessarie a tali pazienti: terapia del dolore, cura dei sintomi e sostegno psicologico. Soddisfando tale legge, l'Associazione Gigi Ghiretti, un'organizzazione di volontariato sorta a Genova nel 1984 per alleviare il dolore nei malati di tumore, intrattiene rapporti di convenzione con la nostra azienda che, tramite il Dipartimento Farmaceutico, provvede alla fornitura di farmaci, emoderivati, perfusionali, presidi chirurgici e materiale sanitario, nonché al monitoraggio della spesa annua. In un'ottica di risparmio della spesa del SSR e di miglioramento dell'efficienza distributiva nella terapia del dolore, è stata attivata la distribuzione diretta ai pazienti seguiti da tale associazione (L. n.405/2001).

**Materiali e metodi.** La Farmacia ha analizzato 9.854 prescrizioni redatte su ricetta SSR effettuate nel I semestre 2014 da 38 medici afferenti all'Associazione Ghiretti, per una spesa totale di 343.252,08 €. Su 245 principi attivi sono state individuate le 19 molecole più prescritte ed a maggior impatto economico: il farmacista ha concordato con i medici, in base al Prontuario Aziendale, le specialità più appropriate per ogni principio attivo (pa) focalizzandosi sugli analgesici oppioidi. Di questi è stata stimata la spesa considerando i quantitativi prescritti nello stesso intervallo di tempo, ma utilizzando i prezzi aziendali con un risparmio presunto di circa il 47%. La differenza infatti tra il costo SSR e quello Asl sulle specialità considerate è pari a 98.290,13 €. Per la dispensazione e la contabilizzazione delle prescrizioni, è stato installato il programma informatico aziendale.

**Risultati.** Nel primo quadrimestre 2015 le erogazioni ai pazienti che hanno usufruito del servizio di distribuzione diretta sono state 942 per un importo di spesa pari a 15.924 €, così dettagliato: gennaio 2.400€, febbraio 3.789€, marzo 4.925€; aprile 4.810€. Il trend pertanto in questa prima fase risulta in aumento, anche se non corrisponde alle aspettative come da nostra valutazione. Verranno intraprese perciò delle iniziative volte all'aderenza al progetto, in modo da raggiungere più efficacemente i nostri obiettivi.

**Conclusioni.** Gli obiettivi prefissati nella fase di pianificazione del progetto, ottimizzazione e risparmio, non sono stati raggiunti pienamente. Questa attività momentaneamente disponibile presso la sede centrale dell'Associazione Ghiretti sarà estesa nei diversi poli aziendali di distribuzione diretta in virtù del risultato ottenuto ossia il miglior impiego delle risorse.

#### **APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI PPI IN FASE DI DIMISSIONE**

Sara Osella, Valeria Milone, Stefano Costantino,  
Paolo De Magistris, Maria Cristina Verlengo, Anna Leggieri

S. C. Farmacia Ospedaliera, ASL TO2, P.O. S. Giovanni Bosco, Torino

**Introduzione.** Gli inibitori della pompa protonica (PPI) rappresentano un'importante classe di medicinali indicata nel trattamento della malattia peptica e nella sua prevenzione in alcuni contesti clinici. Negli ultimi 10 anni il loro uso è costantemente aumentato, soppiantando pressoché totalmente altri farmaci precedentemente utilizzati, grazie all'ottimo profilo di tollerabilità e all'efficacia terapeutica superiore. Questi aspetti hanno indotto ad un ricorso non sempre giustificato degli PPI, e nonostante le limitazioni imposte a livello nazionale e regionale, gli PPI continuano ad essere tra i farmaci più prescritti. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare il tipo di approccio dei medici specialisti a questa classe di medicinali.

**Materiali e metodi.** Sono stati analizzate le lettere di dimissioni dei reparti di medicina generale A e B del P.O. San Giovanni Bosco del IV trimestre 2014. I dati sono stati archiviati in un database e successivamente analizzati.

**Risultati.** Nel IV trimestre 2014 sono stati 152 i pazienti dimessi dai reparti di medicina A e B a cui è stata fornita la terapia farmacologica in dimissione. Di questi pazienti al 38,8% sono stati prescritti dei PPI. Dei pazienti a cui è stato prescritto il PPI il 52,5% ha ricevuto una prescrizione in Fascia A in accordo con le note AIFA 1 e 48, mentre i restanti pazienti hanno ricevuto una prescrizione in Fascia C.

**Conclusioni.** Nello studio di Maggio M. et al<sup>1</sup> si evince che su una popolazione over 65 presa in analisi il 35,44% faceva uso di PPI, i reparti di medicina analizzati sono abbastanza allineati con lo studio. È però da notare che lo studio parla di una mortalità aumentata per i pazienti che assumono PPI rispetto a quelli che non li assumono. Sarebbe quindi auspicabile valutare attentamente le prescrizioni in Fascia C e limitarle a casi altamente selezionati di rischio.

**Bibliografia.** 1. Maggio M, et al. Proton Pump Inhibitors and Risk of 1-Year Mortality and Rehospitalization in Older Patients Discharged From Acute Care Hospitals. JAMA Intern Med 2013;173(7):518-23.

## **CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE**

### **IL TRATTAMENTO DEL DOLORE PROCEDURALE IN ETÀ PEDIATRICA**

Marilena Simonetti,<sup>1</sup> Angela Colomba Bonagura,<sup>2</sup>  
Fabio Borrometi,<sup>3</sup> Laura Colesanti,<sup>1</sup> Giovanna Margiotta,<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università  
Federico II, Napoli

<sup>2</sup>S.C. Farmacia, <sup>3</sup>Servizio di Terapia del Dolore e Cure Palliative,  
A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, Napoli

**Introduzione.** L'esperienza del dolore lascia talvolta profonde ferite nella vita emotiva dei bambini. Pertanto, in ambito pediatrico è opportuno eseguire un'adeguata analgesia anche per procedure diagnosticoterapeutiche di breve durata o per interventi superficiali. Presso il nostro ospedale pediatrico si sta implementando l'utilizzo di un cerotto medicato contenente un'associazione di anestetici locali (lidocaina e tetracaina). La penetrazione dei principi attivi nella cute integra, che rappresenta la maggiore difficoltà, è ottenuta grazie a un sistema di diffusione da calore controllato, prodotto da una reazione chimica innescata dall'esposizione all'aria del cerotto, che provoca aumento di temperatura della cute, vasodilatazione e, quindi, l'assorbimento cutaneo degli anestetici. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare quando è opportuno utilizzare questo tipo di cerotto, quali sono i vantaggi che offre ed i costi sostenuti dall'azienda.

**Materiali e metodi.** Attraverso il sistema gestionale aziendale sono stati estratti i dati del consumo e della spesa relativi ai reparti utilizzatori. Per ognuno di questi sono state individuate le prescrizioni e rilevate le indicazioni d'uso del farmaco.

**Risultati.** Nel 2014 sono stati consumati 475 cerotti, di cui: 150 dal reparto di Pediatria, dove sono stati utilizzati principalmente per effettuare il prelievo venoso o incannulamento dei vasi ed il prelievo arterioso per emogasanalisi; 150 dalla Chirurgia di Pronto Soccorso per l'induzione di anestesia di superficie per consentire un'anestesia per piani; 75 dalla Neurochirurgia per eseguire rachicentesi; 100 dall'Oncologia per la somministrazione sottocute di chemioterapici. Dall'esperienza dei clinici è emerso che il farmaco presenta notevoli vantaggi rispetto all'utilizzo di una crema in bendaggio occlusivo, quali: una più rapida comparsa dell'effetto anestetico (30 min.); una vasodilatazione indotta dai principi attivi che può favorire il reperimento del vaso e che, inoltre, risulta utile nel delineare la zona anestetizzata;

una maggiore profondità dell'effetto anestetico, pari a circa 1cm. Il costo del cerotto corrisponde a circa 4 euro, pertanto, la spesa totale nell'anno 2014 è risultata pari a 1.845 euro.

**Conclusioni.** I risultati ottenuti in termini di benefici, per i pazienti trattati, sono elevati; infatti, è molto importante trattare il dolore procedurale nei bambini, perché un'adeguata analgesia può avere effetti di lunga durata sulla risposta al dolore. Inoltre, il costo del farmaco in studio non incide particolarmente sulla spesa farmaceutica dell'azienda. Si intende, pertanto, diffondere ulteriormente ed in maniera capillare l'utilizzo di tale farmaco dal momento che ridurre il dolore procedurale migliora la qualità della cura e semplifica il lavoro dei professionisti coinvolti.

### **MONITORAGGIO DELLA TERAPIA DEL DOLORE CRONICO PRESSO L'HOSPICE NEL PROGETTO "OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE"**

Maria Rosaria Giornetti, Maria Angela Grasso  
Farmacia Ospedaliera, Ospedale S. Camillo De Lellis,  
Manfredonia (FG)

**Introduzione.** Nel programma di implementazione del progetto "Ospedale-Territorio senza dolore", in particolare della rete di cure palliative e terapia del dolore della AslFg, l'Hospice si colloca come ponte tra cure ospedaliere e domiciliari. Le cure palliative in Hospice sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie e professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, questo coinvolge equipe multidisciplinari che assicurano cura e assistenza nelle 24h. Obiettivo di questo studio è di operare un'analisi di farmaco utilizzazione e farmaco economia nelle terapie per il dolore cronico impiegate presso l'Hospice di Monte Sant'Angelo, struttura residenziale che dispone di otto posti letto, deputata in particolare all'assistenza di pazienti prioritariamente oncologici in fase avanzata di malattia.

**Materiali e metodi.** Per questo studio sono state analizzate richieste di reparto per l'approvvigionamento settimanale, bollettario di approvvigionamento di sostanze stupefacenti e psicotrope, modulistica per l'approvvigionamento di stupefacenti derubricati, procedura informatizzata di gestione del magazzino per i dati di consumo.

**Risultati.** Analizzando i dati di consumo nel periodo aprile 2014-aprile 2015 è risultato che sul totale dell'erogato (oppioidi maggiori, oppioidi minori, fans, cortisonici) la Farmacia Ospedaliera ha dispensato principalmente unità posologiche di oppioidi maggiori pari al 74,56% del dispensato totale, con una spesa del 49,4%. Fra i Fans dispensati, le richieste maggiori hanno riguardato il paracetamolo fiale per iniezione endovenosa: 5,11% unità posologiche, pari al 10,25% della spesa totale. I cortisonici dispensati sono stati pari al 17,41% del totale per una spesa del 7,79%.

**Conclusioni.** Dall'analisi dei costi è stato possibile rilevare un notevole abbattimento derivante dall'utilizzo di farmaci equivalenti rispetto agli originator, come nel caso del paracetamolo ev, che ha determinato una riduzione del 50% del costo e che l'impiego terapeutico di alcune formulazioni transdermiche di oppioidi rispetto ad altre può portare ad una riduzione quasi del 100% dei costi per il SSN. I progressi in farmacologia hanno consentito un sempre maggiore controllo del dolore, ed un accesso più diffuso e semplice a queste terapie, per tale motivo occorre prestare molta attenzione non solo alla cura, ma anche ad ottimizzare le risorse disponibili.

### **IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEUROPATICO E NOCICETTIVO: I NUMERI DELL'OSPEDALE UMBERTO I DI ENNA**

Carla Linguanti,<sup>1</sup> Giuseppe Scollo,<sup>2</sup> Giuseppa Cinzia Di Martino,<sup>2</sup>  
Maria Teresa Perricone,<sup>2</sup> Rosalia Morello,<sup>2</sup> Emilia Concetta Lo  
Giudice,<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipart. Farmacologia Cl. e Sperimentale, Scuola di  
Specializzazione Farmacologia, Università, Catania

<sup>2</sup>Dipartimento del Farmaco, U.O.C. Farmacia,<sup>3</sup> U.O.C. Anestesia e  
Rianimazione, Dipartimento d'Emergenza,  
Ospedale Umberto I, Enna

**Introduzione.** Il dolore è "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno" (IASP, 1986). Diverso per ogni individuo, presenta componenti sensoriali (nocicezione) ed esperienziali/affettive (modulazione). Fra tutti i sintomi che possono descrivere una malattia, il dolore è quello che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e angoscia e preoccupa i suoi familiari, diminuendo la qualità della vita. La Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" tutelando e garantendo l'accesso alla terapia del dolore, nell'ambito dei LEA, assicura il