

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 al¹ 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,¹ Angela Colomba Bonagura,²
Fabio Borrometi,³ Laura Colesanti,¹ Giovanna Margiotta,²

¹Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università Federico II, Napoli

²S.C. Farmacia, ³Servizio 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 4euro, 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,¹ Giuseppe Scollo,² Giuseppa Cinzia Di Martino,²
Maria Teresa Perricone,² Rosalia Morello,² Emilia Concetta Lo Giudice,³

¹Dipart. Farmacologia Cl. e Sperimentale, Scuola di Specializzazione Farmacologia, Università, Catania

²Dipartimento del Farmaco, U.O.C. Farmacia,³ 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

rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza. In ottemperanza al decreto, presso il nostro ospedale dal 2012 è istituito il Centro per la Terapia Antalgica, specializzato nel trattamento del dolore neuropatico e nocicettivo, presso l'U.O. di Anestesia e Rianimazione. Obiettivi del nostro studio sono stati evidenziare la tipologia di dolore prevalentemente trattato e le modalità di intervento, al fine di garantire la migliore qualità delle cure.

Materiali e metodi. L'analisi delle prestazioni erogate dall'ambulatorio nel periodo marzo 2012 - maggio 2015, ha messo in evidenza: numero pazienti visitati; tipologia di dolore trattato; procedure attuate; tipologia di farmaci usati.

Risultati. Pazienti visitati: 627. Prestazioni erogate: gonartrosi: 7 (2012), 23 (2013), 52 (2014) 25 (2015); coxoartrosi: 2 (2012), 33 (2013), 45 (2014), 14 (2015); dolore neuropatico: 98 (2012), 210 (2013), 322 (2014), 179 (2015); "impeachment syndrome": 2 (2013), periartrite scapolo- omerale: 2 (2013), 31 (2015); altre prestazioni (tabacchiera, cavaglia, calcagno, sacro- iliaca, faccette articolari) 112. Le procedure, eseguite da una equipe (anestesista, tecnico di radiologia ed ortopedico), tramite ecografo e amplificatore di brillantezza, sono state: infiltrazioni: - peridurali; - peridurali selettive (L4-L5, L5-S1); - gleno- omerale; - spalla; - anca; inserimento: - elettrostimolatore midollare; - stimolatore a radiofrequenza pulsata; - catetere peridurale. 125 pazienti sono stati sottoposti a trattamento con "scrambler therapy" (neuropatie post-herpetiche o diabetiche, lombalgie, sciatralgie, cervicalgie, nevralgie trigeminali, post-traumatiche o post-chirurgiche, sindrome dell'arto fantasma). Farmaci usati: metilprednisolone acetato 40 mg con o senza lidocaina; acido ialuronico di nuova generazione.

Conclusioni. Il dolore è altamente invalidante, sia nelle attività quotidiane che nella sfera cognitivo-emozionale per lo stato di malessere che ne consegue. La terapia del dolore, pertanto, rappresenta uno strumento di cura essenziale da potenziare in ogni struttura sanitaria del Paese.

IL TRATTAMENTO DEL DOLORE TRAMITE INFUSIONE CONTINUA DI FARMACI IN CURE PALLIATIVE.

ANALISI RETROSPETTIVA

Silvia Aina, Flavio Pasquino, Maria Angela Brustia
AOU Maggiore della Carità, Novara

Introduzione. Lo studio osservazionale, "before-after study", ha come obiettivo primario valutare la variazione del dolore determinata dall'avvio della terapia con oppiacei ed adiuvanti in infusione continua mediante pompa elastomerica, analizzando la variazione del valore NRS. La fase di raccolta dati è stata effettuata in modo retrospettivo nel periodo 2009-2013

Materiali e metodi. I criteri di inclusione sono: presenza di dolore correlato alla patologia oncologica; somministrazione della terapia tramite pompe per infusione continua, endovena o sottocute, contenenti morfina. I criteri di esclusione sono: assenza di dolore correlato alla patologia oncologica (NRS=0); utilizzo dell'elastomero contenente morfina per una diversa indicazione terapeutica. I dati vengono raccolti consultando le cartelle cliniche informatizzate e inseriti nella tabella excel. I parametri che descrivono sono: età, sesso, indice di Karnofsky e indice ECOG e NRS. Outcome primario: valutazione dell'intensità del dolore prima e dopo il posizionamento del primo elastomero. Outcome secondari: la correlazione tra la variazione del dolore e via di somministrazione-dosaggio di morfina-NRS di partenza. Per la valutazione dell'outcome primario è stato utilizzato il "paired Wilcoxon test" per gli outcome secondari è stata utilizzata l'ANOVA.

Risultati. La popolazione di partenza è di 483 pazienti di cui 206 soggetti di sesso femminile e 277 soggetti maschi. Esclusi: 162 casi con NRS=0; 70 perché morfina era miscelata con midazolam per la sedazione terminale; 12 casi in cui non è stato riportato il dolore in cartella clinica. Popolazione finale di 239 pazienti. Il p-value del Wilcoxon test è inferiore a 2,2-16, evidenziando un miglioramento significativo del dolore. Il primo calcolo di varianza è pari a 0.37 che esclude la correlazione. La seconda analisi di varianza riporta un esito pari a 0,019, i pazienti che hanno ricevuto il trattamento per via endovenosa vedono un miglioramento di circa 2 punti sulla scala NRS; diversamente, i soggetti a cui è stato allestito l'elastomero sottocute hanno riscontrato, in media, un miglioramento di circa 0.6 punti sulla scala NRS. L'ultimo calcolo di varianza (p-value=1.8-8) mostra una correlazione fra DNR e NRS di partenza.

Conclusioni. Si è osservato un miglioramento della sintomatologia dolorosa; la via sottocutanea offre una valida alternativa. Il controllo sul dolore è risultato significativo a tutti i livelli di intensità percepita del sintomo. Un non-peggioramento

del dolore, in cure palliative, è da intendersi come esito positivo del trattamento.

Bibliografia. "A Prospective, Within-Patient, Crossover Study of Continuous Intravenous and Subcutaneous Morphine for Chronic Cancer Pain". Journal of Pain and Symptom Management.; "Current pharmacologic approaches to treating neuropathic pain".

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL SATIVEX®

NEI PAZIENTI CON SCLEROSI MULTIPLA:

L'ESPERIENZA DEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

Sabrina Guglielmi,¹ Rosaria Polo,¹ Simone Leoni,²

Eugenio Tempesta,² Andrea Marinozzi,¹ Maria Chiara Danni,³

¹Farmacia Ospedaliera, ³Neurologia, AUO Ospedali Riuniti, Ancona

²Farmacia Ospedaliera, Università di Camerino (MC)

Introduzione. Nel nostro Paese si stima che il 75% dei pazienti con Sclerosi Multipla (SM), nel corso della propria malattia, deve confrontarsi con il problema della spasticità che non solo limita la loro possibilità di camminare, ma spesso comporta anche disturbi del sonno, li affligge con crampi e spasmi dolorosi rendendo difficile lo svolgimento delle normali attività quotidiane, ciò quindi impatta pesantemente sulla loro qualità di vita ma anche su quella delle persone conviventi, i membri della famiglia e i caregivers. Sativex® è un modulatore del sistema endocannabinoide composto da tetraidrocannabinolo (THC) e cannabidiolo (CBD) utilizzato per alleviare i sintomi in pazienti adulti affetti da spasticità da SM, che hanno manifestato una risposta inadeguata ad altri antispastici. Evidenze scientifiche hanno dimostrato che Sativex®, grazie alla sua efficacia sulla spasticità, determina un miglioramento della qualità di vita ed una maggiore indipendenza dei pazienti dall'aiuto di familiari o accompagnatori. Questo lavoro nasce proprio con l'obiettivo di valutarne l'efficacia nel real world della nostra struttura.

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato i dati raccolti dalle schede di monitoraggio AIFA (scheda di eleggibilità e rivalutazioni successive). In particolare, per i 53 pazienti inseriti e trattati con Sativex® abbiamo estratto i seguenti valori: EDSS (Expanded Disability Status Scale), Ambulation Index, valori del test dei 10m in secondi e NRS (Numerical Rating Scale per la spasticità). Dalle cartelle cliniche abbiamo raccolto i dati dei puff giornalieri.

Risultati. Rispetto agli studi registrativi dove si evidenziava un 44% di fallimenti terapeutici, solo il 22% della nostra coorte non ha avuto beneficio dal trattamento alla prima rivalutazione mostrando stabilità degli indici di eleggibilità. Il restante 88% ha avuto beneficio con riduzione di -2/3 punti della NRS e in media un punto dell'ambulation index e dell'EDSS alla prima rivalutazione. Le rivalutazioni successive hanno mostrato una stabilità degli indici. Il valore della mediana dei puff degli studi registrativi era 8/die, la mediana dei nostri pazienti di 5/die. I tempi che intercorrono tra le richieste farmaco hanno rispettato i dosaggi individuali dei pazienti e considerato la scadenza del farmaco dall'apertura dei flaconi.

Conclusioni. Sativex® ha dimostrato risultati migliori rispetto agli studi registrativi. La collaborazione tra clinico e farmacista, nella valutazione del miglioramento del paziente e delle tempistiche nella richiesta, ha permesso di individuare i casi non responder alla terapia che saranno soggetti a payment-by-result secondo il quale verrà rimborsato il costo delle prime 4 settimane di trattamento come da accordi negoziali tra l'azienda farmaceutica e AIFA.

FARMACI OPIACEI: ANALISI PRESCRITTIVA

DEI MMG NELL'ASL NAPOLI 2 NORD

Antonio Casciotta,¹ Antonio Cavallaro,¹

Stefania Rostan,² Vincenzo D'Agostino,³

¹UOC Farmacoeconomia, ²Farmacovigilanza e flussi informativi,

³Farmaceutico, ASL NA2 Nord, Napoli

Introduzione. I dati del Rapporto Osmed 2014 evidenziano un trend in aumento di consumo per i farmaci oppiacei ed in particolare, non solo per l'accesso a cure palliative e alla terapia del dolore, ma anche per forme non severe di dolore. In questo caso si configura un uso non appropriato di questi farmaci il cui trend di aumento non sia associato alla "terapia del dolore" ma che sia invece causato da un fenomeno di abuso farmacologico, in particolare nella popolazione anziana. L'obiettivo è quello di osservare, nella popolazione aziendale, il trend dei consumi e le caratteristiche dei soggetti in trattamento.

Materiali e metodi. Sono stati rilevati e confrontati (ASL/Regione/Italia), dalla banca dati IMS/Health, i consumi degli ultimi 5 anni, dal 2010 al 2014, degli analgesici oppiacei, dettagliati per ATC e per principio attivo, in termini di DDDx1000 abitanti/die. Dalla banca dati aziendale, è stato possibile rilevare l'uso stratificato degli antidolorifici oppioidi, prescritti in convenzionata per genere e classi di età.

Risultati. Nel 2014 si registra un numero di 41.360 assistiti, che ha ricevuto almeno una dose di farmaco analgesico oppioide, il 12% in più rispetto all'anno precedente, con 108.699 prescrizioni +5%. L'analisi mostra, dal 2010 al 2014, un aumento dell'utilizzo dei farmaci oppioidi (+65% ASL, +53 Regione e +45% Italia). Dall'ATC al IV livello i farmaci che hanno avuto il maggiore incremento negli anni appartengono all'ATC/N02AA (alcaloidi naturali dell'oppio), 14 persone su mille ogni giorno hanno ricevuto nel 2014 una dose di farmaco, il 134% in più rispetto al 2010. Il trend di crescita si evidenzia soprattutto dal 2010 al 2013 per poi rimanere stabile nel 2014. Di questa classe il principio attivo più utilizzato è risultato l'associazione paracetamolo/codeina (oppiode debole), la prescrizione è risultata più bassa nelle fasce di età più giovani, 16% al di sotto dei 50 anni, mentre raggiunge il 48% dopo i 70 anni. Tra gli oppioidi forti, il tapentadolo risulta essere il più utilizzato, con 2,13 DDDx1000 abitanti/die il 33% in più rispetto all'anno precedente.

Conclusioni. Lo studio mette in risalto che le semplificazioni prescrittive (Legge 38/2010) hanno determinato un maggiore utilizzo degli analgesici oppioidi. Tuttavia, come appropriatamente segnalato dall'AIFA, esiste la possibilità che l'aumento sia anche da attribuire a fenomeni di abuso. Si rileva, pertanto, l'opportunità di elaborare delle strategie atte a combattere l'uso improprio e l'abuso di oppiacei. A tal uopo, andrebbero incoraggiati i produttori a sviluppare farmaci abuso-deterrenti efficaci quando assunti secondo le prescrizioni mediche e formulati in modo tale da scoraggiare l'uso improprio e l'abuso.

ANALISI/CONFRONTO DEL CONSUMO DI FARMACI OPIOIDI UTILIZZATI DAGLI OSPEDALI ASL02 ABRUZZO IN SEGUITO APERTURA DEGLI HOSPICE NEGLI ANNI 2011- 2013

Enrico Gattaceca, Patrizia Ciarcelluti, Eva Fenicia, Emanuela Serra, Daniela De Falco, Caterina Di Fabio
Farmacia ospedaliera, ASL 02 Abruzzo, Lanciano

Introduzione. Nel giugno 2011 a Lanciano (ASL Lanciano-Vasto-Chieti) è stato inaugurato il primo Hospice d'Abruzzo. Successivamente nel territorio di Chieti, nel 2013, è stato inaugurato il 2° Hospice Aziendale. La nostra analisi dei dati di consumo indaga sugli effetti sortiti dall'apertura delle Strutture Hospice nell'utilizzo dei farmaci oppiacei utilizzati negli Ospedali aziendali per il dolore negli anni 2013 e 2014.

Materiali e metodi. I dati dei consumi farmaceutici (classe N02A) analizzati sono stati acquisiti dal sistema informatico Aziendale Engineering e sono stati confrontati i dati ospedalieri, espressi in unità posologiche (corrispondenti ad una compressa, capsula, fiala, cerotto etc) e non legate ad un dosaggio giornaliero. Oltre ai dati di consumo delle UU.OO. ospedaliere, abbiamo esaminato anche altri dati della distribuzione territoriale (pazienti A.D.I., medicina penitenziaria, Hospice etc) con rilevanza primaria per l'utilizzo di tali farmaci. Le unità posologiche indicate nello studio sono sottostimate nei quantitativi della formulazione "fentanile trans dermico" (un singolo cerotto mantiene la terapia antalgica per 3 giorni) e nel "tramadolo gocce", in quanto un singolo flacone da 10 ml equivale almeno a 15 dosi. I dati relativi alle strutture Hospices non sono stati ricompresi con quelli dell'ospedale di riferimento.

Risultati. Il consumo di farmaci oppiacei aziendale ospedaliero, identificato con l'ATC N02A, espresso in unità posologiche, è stato di 34169 con spesa relativa di € 17.363 nel 2014; nel 2013 avevamo 31.683 u.p. con costo di € 15.494,49, con un incremento di u.p. +2486 e di spesa + € 1.868,2; il costo medio /u.p. è passato da € 0,49 del 2013 a € 0,51 del 2014. Gli Ospedali che hanno utilizzato questi farmaci sono stati quello di Chieti e di Lanciano con grande distacco sugli altri. Questo dimostra che le strutture ospedaliere che hanno nelle adiacenze un hospice hanno una cura quasi doppia nel trattamento della terapia del dolore all'interno delle proprie UU OO. Il principio attivo più utilizzato Aziendale nel 2014 è stato il tramadolo con il 38% delle u.p. seguito a breve dalla morfina iniettabile al 36%. Molto meno utilizzati gli altri p.a.

Conclusioni. L'apertura dell'Hospice ha incrementato l'uso Aziendale della terapia del dolore con farmaci oppioidi (classe N02A) nell'utilizzo ospedaliero. Inoltre una maggior appropriatezza deriva dalla presenza costante di Specialisti del dolore viene testimoniato dal grande utilizzo della morfina, principio attivo con un rapporto efficacia/prezzo ottimale, ma non utilizzato da tutti gli operatori sanitari per le potenziali controindicazioni.

Bibliografia. 1. Progetto S.F.E.R.A anni 2004- 2014 (1° semestre) aree : Italia e Abruzzo.

IL DICLOFENAC NEL DOLORE ACUTO: USO CONSOLIDATO E NUOVE TECNOLOGIE A SUPPORTO DEL PRAC

Maria Galdo,¹ Adriano Cristinziano,¹ Mario Scarpato,² Sara Pempinello,² Stefano Carrino,¹ Mariateresa Di Dato,³ Alfonso Papa,³

¹UOC Farmacia, ³UOSD Terapia Antalgica, AORN Ospedali dei Colli-Monaldi, Napoli

²Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Università Federico II, Napoli

Introduzione. Il Diclofenac, rappresenta il gold standard per il trattamento sintomatico del dolore acuto nella lombosciatalgia ed in altre infiammazioni dell'apparato muscolo-scheletrico. Secondo i dati OSMED-2013 è uno dei PA più prescritti all'interno dell'ATC "M" nonché il primo farmaco SOP/OTC per spesa. Il PRAC-EMA, nel 2012, ha emanato una raccomandazione di sicurezza correlata all'uso del Diclofenac, identificando un aumento del rischio cardiovascolare quando è utilizzato ad alte dosi e per trattamenti prolungati. Il gruppo di lavoro istituito sulla terapia antalgica, che vede la collaborazione di clinici e farmacisti, ha valutato l'efficacia della formulazione diclofenac sale sodico-clodestrine (DC) s.c. a basso dosaggio rispetto alla formulazione diclofenac sale sodico (DS) i.m. dosaggio standard.

Materiali e metodi. È stata valutata l'efficacia del trattamento su un gruppo di 84 pazienti, omogeneo per età, sesso, peso, con diagnosi di lombosciatalgia acuta in assenza di patologia cardiovascolare concomitante e di controindicazioni ai FANS, avviati al trattamento con DC 50mg/ml 1 fl.s.c. ogni 12 ore per tre somministrazioni consecutive e betametasona 4mg/ml 1fl/die per 4 giorni. Il valore medio di dolore percepito su scala NRS è stato confrontato in maniera retrospettiva su un analogo gruppo di pazienti, trattati con protocollo tradizionale: DS 75mg/ml 1 fl.i.m. ogni 12 ore per tre somministrazioni consecutive e betametasona 4mg/ml 1fl/die per 4 giorni. Inoltre è stato somministrato al termine di ciascun trattamento un questionario per la valutazione della patient-satisfaction.

Risultati. Per i pazienti in cui si è ottenuto un controllo della sintomatologia algica, le due formulazioni non hanno evidenziato differenze significative per efficacia e la diminuzione della dose terapeutica ha consentito un maggiore controllo dei sintomi, in ottemperanza alle raccomandazioni. L'utilizzo del Diclofenac DC s.c., ha consentito di ridurre il dosaggio ottenendo risultati sovrapponibili alla somministrazione standard. Entrambi i gruppi di pazienti trattati hanno avuto una risoluzione completa del dolore ed un pain-relief soddisfacente.

Conclusioni. La revisione del PRAC, riporta un consistente aumento del rischio di eventi trombo-arteriosi (3 casi/1000 /anno) associati a diclofenac, identificando la tossicità cardiaca dose e tempo dipendente. Pertanto di fronte al bivio "sicurezza" vs "efficacia", una soluzione si è dimostrata la scelta di una formulazione sottocutanea long-acting a minor dosaggio tanto da poterne ipotizzare l'uso anche in pazienti più critici. Un modo nuovo di utilizzare un buon vecchio farmaco.

Bibliografia. PRAC-EMA/380947/2013. Gan TJ1. Diclofenac: an update on its mechanism of action and safety profile. Curr Med Res Opin 2010;26(7):1715-31.

CIFOPLASTICA VERTEBROPLASTICA CON RETE IN POLIETILENE: UN PASSO AVANTI NELLA TERAPIA ANTALGICA IN NEUROCHIRURGIA

Barbara Esposito, Virginia Cristiano, Anita Febbraro,
PO CTO-Farmacia, AORN dei Colli, Napoli

Introduzione. La cifoplastica e la vertebroplastica con rete sono tecniche mininvasive che permettono il trattamento di fratture vertebrali patologiche da osteoporosi, traumi o tumori ed hanno come obiettivo quello di ridurre e stabilizzare la frattura in modo controllato, correggere le deformità della colonna vertebrale, prevenire nuove fratture, alleviare o eliminare il dolore in modo rapido e prolungato.

Materiali e metodi. L'UOC di Neurochirurgia dell'AORN dei Colli di Napoli è un centro di riferimento per il trattamento delle fratture vertebrali, con oltre 50 casi trattati negli ultimi 2 anni e con un successo del 98% su tutte le patologie. La vertebroplastica con rete è l'intervento più semplice e viene effettuato in anestesia locale e con una semplice sedazione/analgesia. La procedura consiste nell'inserire, con una cannula da lavoro, una rete in polietilene ad elevato peso molecolare all'interno del corpo vertebrale e nella successiva iniezione di polimetilmetacrilato (PMMA), cemento biocompatibile usato anche in ortopedia, attraverso uno speciale ago metallico, sotto la guida della TAC o della fluoroscopia. Questo cemento è radio opaco, in quanto contiene solfato di bario (30% in peso) ad

alta viscosità, che elimina il rischio di fuoriuscita durante l'infusione, permettendo al chirurgo di lavorare in sicurezza; inoltre consolida in tempi molto brevi ed il sistema di miscelazione sigillato ne evita l'inalazione dei fumi. La rete permette, espandendosi, un contenimento aggiuntivo nella delicata fase iniziale dell'estrusione del cemento, garantendo pertanto la prevenzione delle fratture ai livelli adiacenti. Essa viene poi rimossa lasciando solo il cemento all'interno della vertebra. La Cifoplastica, tecnica più complessa, prevede il gonfiaggio di un palloncino all'interno del corpo vertebrale schiacciato, per ricostruirne il volume originario, e la successiva iniezione di cemento a bassa pressione, con minori rischi di fuoriuscita dalla vertebra, una delle principali complicanze della vertebroplastica.

Risultati. I pazienti arruolati presso la nostra Neurochirurgia hanno ottenuto un rapido miglioramento clinico, con sollievo dal dolore (95%) e miglioramento della funzionalità e mobilità, quindi della qualità di vita.

Conclusioni. La Vertebroplastica percutanea con rete e la Cifoplastica rappresentano una valida alternativa, per il minore tempo di degenza e convalescenza, al tradizionale accesso chirurgico "a cielo aperto" in anestesia totale e ai metodi conservativi (busti o tutori) associati alla terapia farmacologica. L'effetto sul dolore è paragonabile nei due interventi e la percentuale di successo altissima. Il costo di circa 2.500 euro per trattamento è coperto abbondantemente dal DRG.

DISPOSITIVI MEDICI

ADOZIONE DI MODULI DI RICHIESTA PER IL MONITORAGGIO DELLA SPESA DI DISPOSITIVI AD ALTO COSTO

Maria Cristina Suriano, Carlo De Gregorio, Vittorio Renzone, Edvige Quitadamo, Gabriella Di Leo, Gabriella Marsala, Loredana Capobianco, Antonino Siniscalco, Rosanna Stea Farmacia Ospedaliera, Ospedali Riuniti, Foggia

Introduzione. A fronte delle aumentate richieste di dispositivi medici ad alto costo pervenute in farmacia nell'anno 2013, si è reso necessario adottare dei moduli di richiesta, con i quali venisse fotografato mensilmente il consumo di dispositivi ad alto costo per le sale operatorie. In questi moduli che rappresentano uno strumento di analisi della spesa, viene indicato il codice dell'unità operativa, le iniziali dei pazienti, il numero nosologico, il tipo di intervento effettuato, le tipologie e le quantità dei dispositivi utilizzati. L'obiettivo è monitorare l'appropriatezza di utilizzo e i relativi consumi.

Materiali e metodi. A partire da Gennaio 2014, sono stati inseriti in una tabella creata con un programma excel, i consumi mensili dei singoli dispositivi ad alto costo per i reparti di Chirurgia d' Urgenza, Chirurgia Toracica, Chirurgia Generale Ospedaliera, Chirurgia Generale Universitaria 1 e 2. L'analisi ha riguardato gli anni 2013 e 2014, e sono stati valutati i dati registrati prima e dopo l'inserimento del modulo di richiesta. I DM individuati dalle unità operative sottoposte a monitoraggio appartengono, nella classificazione CND, alle categorie H per il 53,33% (saturativi e ricariche per saturativi meccaniche) e K per il 46,67% (trocar, clipplatrici, pinze, forbici e sacchetti per rimozione di pezzi anatomici).

Risultati. È stata osservata una lieve diminuzione del consumo dei dispositivi di classe K (6,5%) e un consumo equiparabile di dispositivi di classe H (diminuzione dello 0,7%) tra gli anni 2013 e 2014. Questi risultati sono soddisfacenti se si considera l'aumento dei ricoveri avuti nel 2014 per chiusura delle aziende ospedaliere limitrofe e l'aumento delle richieste di dispositivi da parte dei reparti.

Conclusioni. A fronte dell' aumento dei ricoveri nell' anno 2014, l'utilizzo dei moduli di richiesta nominative per singolo paziente ha consentito l' ottimizzazione dell' attività logistica e del monitoraggio dei dispositivi medici ad alto costo e un contenimento dei consumi aziendali nell' ambito dei DRG chirurgici. Questi risultati sono stati raggiunti, grazie alla collaborazione tra figure professionali, quali i caposala dei reparti, che hanno compilato correttamente le richieste e grazie ai farmacisti ospedalieri che le hanno monitorate. A partire da Gennaio 2015 i moduli di richiesta sono stati estesi anche alle restanti Unità Chirurgiche, allo scopo di ottenere un'ulteriore riduzione dei consumi.

LA COMPOSIZIONE DELLA SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI:

RAFFRONTO TRA I DATI LOCALI E NAZIONALI

Valeria Vacca,¹ Stefano Cortese,² Mario Domenico Luigi Moretti,² Luana Azara,¹ Grazia Rita Maria Moretti,² Maria Elena Sanna,² e18

¹Chimica e farmacia, Università di Sassari

²Farmaceutico, AOU, Sassari

Introduzione. I dispositivi medici (DM) rappresentano una delle più importanti voci di spesa del SSN. Secondo i dati ministeriali, nel primo semestre 2014 sono stati spesi 1.711.000.000 euro con un incremento del 34 per cento rispetto al 2013. Secondo le disposizioni in materia, il tetto di spesa per i DM è pari al 4,4 per cento del FSN e su questa base sono stati esaminati i dati locali per un confronto critico con quelli nazionali, di recente pubblicazione.

Materiali e metodi. È stato preso in considerazione il consumo locale di DM nel 2014. I dati raccolti sono stati aggregati per categorie ed area assistenziale e confrontati con quelli nazionali. È stato inoltre esaminato il processo di autorizzazione all'acquisto e la sua correlazione con le procedure di valutazione preliminari, attuate dalla farmacia ospedaliera e dalla Commissione HTA.

Risultati. La spesa correlata al consumo di DM nell'anno 2014 è stata di 7.623.627 euro, corrispondenti al 6,7 per cento del finanziamento regionale. Tra le diverse categorie di DM quelle che hanno inciso maggiormente sono legate alle principali attività svolte. I DM diagnostici in vitro (W) con il 33 per cento risultano al primo posto, seguiti dai dispositivi per oftalmologia, odontoiatria e otorinolaringoiatria (Q, 13 per cento), e dai dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi (P, 9 per cento). Meno rilevanti sono le spese relative ai materiali di largo consumo: dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta (A, 6 per cento), suture (H, 5 per cento), medicazioni generali e specialistiche (M), dispositivi per apparato respiratorio e anestesia (R) ed urologici (U), con valori inferiori al 5 per cento. La distribuzione della spesa per settore vede l'area chirurgica in prima posizione (53 per cento) seguita da quella medica (21 per cento), materno infantile e di medicina di laboratorio, attestate entrambe sul 13 per cento. I processi di acquisizione, in generale, sono basati su procedure ad evidenza pubblica di durata poliennale, nelle quali sono chiaramente distinti i canoni di locazione delle apparecchiature dal materiale di consumo. I beni di largo consumo vengono acquisiti attraverso gare di area vasta mentre i DM innovativi richiedono la valutazione preventiva della Commissione HTA.

Conclusioni. Il monitoraggio e controllo della spesa sanitaria fornisce le basi per una adeguata programmazione dell'offerta assistenziale. Il raffronto dei dati di consumo locali con quelli ministeriali evidenzia differenze sostanziali in termini di composizione della spesa, difficilmente valutabili nel dettaglio. In particolare le differenze più marcate riguardano gli IVD e porterebbero ad ipotizzare una sottostima del dato nazionale per questa categoria.

PREVENZIONE E FORMAZIONE PER GARANTIRE SICUREZZA:

OUTCOME SULLE STRATEGIE MESSE IN ATTO PER PREVENIRE FERITE DA PUNTURA O TAGLIO

Antonietta Carillo,¹ Maria Barbato,¹ Filomena Vecchione,¹ Rosa Martone²

¹UOSC Farmacia, ²Direzione medica di presidio, Nucleo di Sorveglianza Sanitaria, CPSE, AORN Cardarelli, Napoli

Introduzione. La direttiva 2012/32/UE, recepita nel 2013, attua l'accordo quadro in materia di prevenzione delle ferite da taglio/punta nel settore ospedaliero/sanitario e prevede per il datore di lavoro: valutazione dei rischi (clausola5); eliminazione, prevenzione, protezione (clausola6); informazione, sensibilizzazione, formazione (clausola7-8). Già da anni nella nostra AORN si lavora in tal senso, per cui l'obiettivo è verificare l'andamento degli incidenti da puntura/taglio accidentale dal 2000.

Materiali e metodi. È sempre stata nostra ferma convinzione che, per diminuire l'incidenza delle punture accidentali, occorrono strategie sinergiche cioè implementare il programma di informazione/formazione dell'operatore sanitario, favorire l'utilizzo di dispositivi di sicurezza e utilizzare corrette metodiche di prelievo/puntura e smaltimento. Già a partire dai primi del 2000, abbiamo espletato gare per acquistare dispositivi di sicurezza. In alcuni casi, come per gli aghi da prelievo sottovuoto, lancette pungidito, siringhe per emogasanalisi, tali dm di sicurezza hanno sostituito completamente il sistema tradizionale. In altri casi come aghi cannula, aghi epicranici a farfalla, siringhe, aghi per port, tali dm hanno affiancato quelli tradizionali, ma in aree critiche, quali l'emergenza la sostituzione è stata completa. Sono stati effettuati poi, periodicamente e per particolari esigenze, corsi di formazione per fornire agli operatori sanitari una conoscenza e una coscienza delle modalità, della frequenza dell'esposizione al rischio e condividere con loro necessità e criticità.