

FARMACO UTILIZZAZIONE DI BIOSIMILARI ALL'INTERNO DI UNA AZIENDA OSPEDALIERA E INDUZIONE SUL TERRITORIO

DOPO AZIONI DI PROMOZIONE ALL'UTILIZZO

Chiara Pettinelli,¹ Elisa Zuccarini,¹ Fabio Ambrosini Spinella,² Gaia Emanuela Gioia Lobbio,² Anna Maria Resta,² Stefano Bianchi,¹ Maria Capalbo¹

¹Farmacia, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord,

²ASUR Marche, Servizio Farmaceutico Territoriale, Fano

Introduzione. L'utilizzo efficace ed appropriato di risorse in ambito sanitario, unitamente al principio dell'economicità, richiede la messa in atto di strategie che consentano di mantenere gli attuali livelli di assistenza e di ridurre i costi. I farmaci biosimilari sottoposti dalle autorità regolatorie a specifiche valutazioni di sovrapposibilità rispetto all'originator di riferimento, presentano le stesse tipologie di caratteristiche in termini di qualità, sicurezza ed efficacia. Questa analisi ha l'obiettivo di valutare se le azioni messe in campo dalla UOC Farmacia, volte a favorire la prescrizione di biosimilari, da settembre 2015 presso la nostra Azienda Ospedaliera (AO) siano state efficaci nell'induzione prescrittiva dei biosimilari ed anche l'eventuale riflesso prescrittivo sul territorio.

Materiali e metodi. Si sono valutate le dispensazioni valutando l'utilizzo intraospedaliero nel periodo ottobre-dicembre 2015, in proiezione annua, confrontandolo con l'intero anno 2014 includendo anche i dati distribuzione diretta presso la AO e stratificando le percentuali di penetrazione dei biosimilari sia rispetto all'originator sia a medicinali terapeutici sovrapposibili nell'ambito delle stesse categorie sia in termini di utilizzo che economico. La stessa valutazione è stata fatta anche sulle prescrizioni territoriali.

Risultati. L'utilizzo in ospedale dell'eritropoietina biosimilare espresso in Unità Interazionali, è aumentato del 35% (quota di penetrazione assoluta del 45% su tutti i medicinali ESA) con un risparmio economico su base annua, di oltre 37.000 euro. Per le prescrizioni territoriali si è registrato un aumento del 31% (quota di penetrazione 41%) con un risparmio economico di oltre 155.000 euro. Per i fattori stimolanti delle colonie, l'utilizzo del biosimilare è aumentato del 12% (quota di penetrazione 90% su tutti i medicinali stimolanti le colonie) con un risparmio economico su base annua di 41.700 euro. Per le prescrizioni territoriali si è registrato del 24% (quota di penetrazione del 32%). Relativamente ad infliximab si è avuto un incremento di biosimilari del 17% con pari diminuzione dell'originator e con un risparmio economico su base annua di 61.500 euro. Complessivamente per l'AO il risparmio economico, proiettato su base annua, dovuto all'incremento di utilizzo dei biosimilari per le categorie sopra riportate risulta di oltre 140.000 euro, mentre per il territorio di oltre 121.000 euro.

Conclusioni. Le azioni di sviluppo e incentivazione della prescrizione di biosimilari nella nostra AO hanno ottenuto importanti risultati considerando anche l'applicazione dell'utilizzo dei biosimilari in sovrapposibilità terapeutica all'interno delle categorie farmacologiche oggetto dell'azione intrapresa dalla UOC Farmacia. Tali azioni trovano anche conferma e continuità anche nella prescrizione indotta sul territorio.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

MEDICINALI IN FASE DI DIMISSIONE:

IL PROGETTO DELL'ASL TO 2

Sara Osella,¹ Stefania Cirillo,² Valeria Milone,¹ Stefano Costantino,¹ Regina Tarantini,² Cinzia Boselli,² Anna Leggieri¹

¹SC Farmacia Ospedaliera, ASL TO 2, PO S. Giovanni Bosco, Torino

²SC Farmacia Ospedaliera, ASL TO 2 -PO Maria Vittoria, Torino

Introduzione. La Legge 405/2001 prevede che i pazienti che si recano presso i Presidi Ospedalieri per Ricovero Ospedaliero, Day-Hospital o per visita Specialistica Ambulatoriale, ricevono dalle rispettive Farmacie Ospedaliere il primo ciclo di terapia. Presso l'ASL TO 2, a partire da maggio 2014, è stato creato il servizio di "Farmacia delle Dimissioni" (FD), attraverso il quale avviene la dispensazione dei medicinali di fascia A, inseriti all'interno del Prontuario Terapeutico Aziendale. Obiettivo di questo studio è valutare se vi è stato un incremento dell'attività del servizio FD e quale sia stato l'impatto sulla Spesa Farmaceutica Convenzionata (SFC).

Materiali e metodi. I Farmacisti del servizio FD, per ottimizzare il percorso del paziente dimesso hanno effettuato delle riunioni preliminari, al fine di strutturare il servizio in

maniera funzionale per tutti gli attori coinvolti, con particolare attenzione al paziente. Il paziente dimissionario o suo caregiver si reca alla FD con la lettera di dimissione, la quale viene attentamente valutata dal farmacista nel rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva e delle note AIFA. Nel caso di criticità contatta il clinico al fine di agevolare il paziente in dimissione. La dispensazione è accompagnata da una lettera da consegnare al Medico di Medicina Generale (MMG) al fine di informarlo sulla terapia che è stata consegnata al suo assistito. Ai MMG convenzionati con l'ASL TO 2 viene inviata in giornata un'e-mail contenente l'indicazione di quanto dispensato dalla FD per darne tempestiva comunicazione.

Risultati. Nel II semestre 2014 sono stati calcolati circa 4.500 passaggi e il risparmio per l'ASL TO2 rispetto alla spesa farmaceutica convenzionata è stato di € 140.000. Nel 2015, grazie all'aumento dell'attività, i passaggi sono stati circa 6.000 al semestre e il risparmio per l'ASL TO2 è stato di € 370.000. Possiamo quindi dire che a due anni dall'avvio del progetto si ha avuto un progressivo aumento dei pazienti seguiti dalla FD e un conseguente risparmio sulla spesa Farmaceutica Convenzionata.

Conclusioni. La dispensazione del primo ciclo di terapia in fase di dimissione, si è rivelato un servizio che promuove l'integrazione tra cure ospedaliere e domiciliari. Il servizio FD ha semplificato il percorso del paziente facilitandone l'accesso alle terapie e ha inoltre permesso una maggiore collaborazione con il MMG. La figura del farmacista, quale punto di unione tra gli specialisti ospedalieri e i MMG, ha favorito il perfezionamento dei percorsi terapeutici, che ha prodotto una conseguente ottimizzazione della spesa.

FARMACOUTILIZZAZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE DELLA TERAPIA MARZIALE

Raffaella De Palma, Andrea Caprodossi,

Francesca Federici, Valentina Baldini,

Mariella Mari, Anna Maria Frascati, Chiara Rossi

ASUR-Area Vasta 2, Servizio Farmaceutico, Ancona

Introduzione. L'anemia sideropenica rappresenta la forma di anemia riscontrata più comunemente nella pratica clinica. Consiste in una riduzione dei valori di emoglobina determinata da una carenza della disponibilità di ferro nell'organismo che può essere causata da uno scarso introito alimentare, un alterato assorbimento intestinale o da perdite di sangue. Ad oggi i farmaci più comunemente utilizzati nella terapia marziale sono il carbosimaltoso-ferrico(FMC) introdotto nel PTOR-Marche nel 2015 e il ferro-gluconato(FG). Sebbene i profili di sicurezza delle due formulazioni siano sovrapposibili, i due farmaci differiscono per tipologia, costo e frequenza delle prestazioni ambulatoriali. Il presente lavoro nasce dall'esigenza di fornire una stima dei dati di utilizzo e del rapporto costo-efficacia, derivanti dalla gestione dei pazienti con anemia sideropenica sia a livello ospedaliero presso il PO Osimo-Loreto-Chiaravalle che a livello territoriale presso gli "Ambulatori-continuità-assistenziale" di Osimo-Loreto analizzando quest'ultimi nel dettaglio.

Materiali e metodi. Ai fini dello studio sono stati estrapolati i consumi e i rispettivi costi del FMC e FG; sono stati analizzati inoltre i registri di somministrazione della terapia marziale presso gli Ambulatori-Continuità-Assistenziale di Osimo-Loreto e i dati analizzati sono stati inseriti in un database elettronico che ha consentito valutazioni e confronti costo-efficacia.

Risultati. Dal 1/01/2015 al 30/06/2016 sono state utilizzate 4975 fiale di FG, di cui 2248(45%) in ambito ospedaliero e 2727(55%) in ambito territoriale per un costo complessivo di 3189euro e 551 fiale di FMC, di cui 64(12%) in ambito ospedaliero e 487(88%) in ambito territoriale per un costo complessivo di 23498euro. Presso l'ambulatorio-continuità-assistenziale-Osimo-Loreto sono stati trattati nel medesimo periodo 316 pazienti di cui 65maschi e 243femmine, età media 56.5anni. A 166 pazienti è stato somministrato il FMC per un totale di 322fiale utilizzate(1371euro) con una media del numero di infusioni per paziente di 2,2 ed una media dell'incremento dei valori di emoglobina raggiunti al termine delle infusioni totali per paziente di $\Delta Hb=2,32$. I restanti 150pazienti sono stati trattati con FG per un totale di 1197fiale utilizzate(772euro) con una media del numero di infusioni per paziente di 9,36 ed una media dell'incremento dei valori di emoglobina raggiunti al termine delle infusioni totali per paziente di $\Delta Hb=1,77$.

Conclusioni. L'analisi dei dati rivela come il FG sia un farmaco a gestione prevalentemente ospedaliera a differenza della nuova molecola FMC più gestibile a livello territoriale in termini di rapidi tempi di risposta al farmaco con un ridotto numero di

somministrazioni. L'analisi si traduce in una riduzione dei costi sanitari ed un maggior beneficio per il paziente.

L'APPROPRIATEZZA QUALE STRUMENTO DI QUALITÀ E SOSTENIBILITÀ:

ANALISI 648-OFF LABEL NEI FARMACI PHT

Elisabetta Giordano, Federico Irlando, Principia Marotta, Raffaella Fico, Eduardo Nava
Farmaceutico, ASL Napoli 3 Sud, Napoli

Introduzione. L'attenzione all'appropriatezza clinica ed organizzativa dell'assistenza è diventata parte integrante dell'attività istituzionale ed il governo clinico traduce operativamente "l'obbligo alla qualità" imposto ai servizi ed alle organizzazioni sanitarie. Obiettivo è dimostrare come l'appropriatezza sia uno strumento che consente di migliorare l'assistenza sanitaria in termini di qualità e di sostenibilità.

Materiali e metodi. L'attenzione è stata posta sui farmaci PHT che nell'Asl Napoli 3 Sud vengono erogati attraverso la DPC; sono state analizzate ricette e piani terapeutici delle Eritropoietine ad alto dosaggio: Eprex 40.000 UI, Neorecormon 30.000 UI, Retacrit 30.000 UI, Retacrit 40.000 UI, Binocrit 30.000 UI, Binocrit 40.000 UI erogate nel 1 semestre 2015 evidenziando la differenza tra indicazioni cliniche ed quelle off-label ai sensi della L.648/96 e come la loro differente modalità di distribuzione sia fondamentale per garantire qualità delle cure erogate. Elementi considerati: rispondenza tra la prescrizione del MMG e quanto riportato sul piano terapeutico; rispondenza tra diagnosi ed indicazione clinica autorizzata; durata del piano terapeutico; la possibilità di prescrivere il farmaco a carico del SSN ai sensi della L.648/96. L'erogazione in L.648/96 attraverso la DPC è stata considerata «non appropriata» riferendosi alla non appropriatezza del canale di erogazione: il farmaco a carico dell'SSN va distribuito presso la farmacia del distretto di appartenenza sede in cui il farmacista ospedaliero garantisce un corretto monitoraggio e trasmissione dei dati.

Risultati. Nel 1 semestre 2015, di 4441 confezioni totali erogate, il 46,23% cioè 2053 confezioni sono state erogate in modo non appropriato; di queste, 1153 sono state erogate attraverso la DPC nonostante l'indicazione in 648 rappresentando il 56,16% sul totale delle confezioni erogate in modo non appropriato. Il danno economico all'azienda, considerando l'onere di distribuzione che l'ASL deve alle farmacie convenzionate per il servizio di DPC per ciascuna fustella erogata pari a € 7,63, è di 8.797,39 €.

Conclusioni. Lo studio ha analizzato circa 4500 confezioni erogate in un semestre, dalle quali sono emersi "errori" che producono danni in termini economici e di qualità del servizio. Pertanto un'analisi accurata da parte del farmacista ospedaliero, associata a interventi di formazione sanitaria potrebbe essere un intervento efficace di qualità e sostenibilità.

Bibliografia. Buetow, Sibbald, Cantril et al. Appropriateness in health care: applications to prescribing. Soc Sci Med 1997;45:261-71. - L.16 novembre 2001 n.405, "Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti"- L. 23 dicembre 1996 n.648

IL FARMACISTA OSPEDALIERO COME FACILITATORE PER L'IDENTIFICAZIONE E LA RISOLUZIONE DEGLI ERRORI DI TERAPIA IN FASE DI DIMISSIONE

Sara Fia, Carlo Brunetti, Bianca Bovetti, Andreina Bramardi
Farmacia Ospedaliera, ASL CN1, Cuneo

Introduzione. Gli errori di terapia possono causare gravi danni al paziente con un prolungamento della degenza, ricoveri ripetuti e impiego di ulteriori risorse sanitarie. La Raccomandazione Ministeriale n.17 afferma che i momenti più a rischio sono quelli di "Transizione di cura" rappresentati dal ricovero del paziente in ospedale, dal suo trasferimento tra reparti e dalla dimissione. Il farmacista ospedaliero fornendo i farmaci in seguito a ricovero o visita ambulatoriale, come previsto dalle legge 405/01, fa da filtro tra specialista e MMG contribuendo a ridurre il numero di errori. Con questo studio, condotto presso un piccolo Presidio Ospedaliero (85 posti letto) dell'ASL CN1, si è voluto evidenziare il ruolo significativo del Farmacista Ospedaliero all'atto della dimissione nell'identificare eventuali errori/incompletezze presenti nei fogli di terapia che potrebbero avere gravi ripercussioni sul paziente.

Materiali e metodi. È stata fatta un'analisi a posteriori a campione di 350 lettere di dimissione del 2015, provenienti dai reparti di Medicina Interna e Riabilitazione (90%) e dall'ambulatorio di Nefrologia e Dialisi (10%), andando a

registrare tutte le azioni correttive che il farmacista ha adottato all'atto della dispensazione della terapia.

Risultati. Circa il 10% delle lettere di dimissione presentava delle "incongruenze" terapeutiche per cui il farmacista ha dovuto contattare il medico specialista per la correzione. Le anomalie riscontrate più frequentemente riguardavano il principio attivo: 3% non completo (es.levodopa da sola), 3% inesistente (es. ferro carbonato), 5% non corretto, 5% non dispensabile (Fascia H); il dosaggio: 20% non riportato, 3% non coerente con il piano terapeutico, 5% inesistente in commercio; la forma farmaceutica: 12% non riportata, 3% inappropriata; la posologia: 3% non indicata, 8% non conforme; istruzioni per l'uso: 10% tipologia di device non indicata, 5% mancato addestramento e l'assenza del PT 12%.

Conclusioni. Gli errori di terapia possono riguardare tutto il processo di gestione del farmaco. Il farmacista oltre a dispensare i farmaci per il proseguimento o l'inizio di terapia, esamina la correttezza e la completezza della lettera di dimissione, dialoga con il paziente e contatta lo specialista in modo da risolvere eventuali errori/incompletezze presenti nel foglio di terapia. La dimissione post-visita e post-ricovero rappresenta perciò un momento cruciale per verificare l'accuratezza della documentazione, per l'identificazione e la risoluzione degli errori di terapia in fase di dimissione.

SOVRAPPONIBILITÀ TERAPEUTICA E CONTENIMENTO DI SPESA TRAMITE L'UTILIZZO DI TABELLE DI CONVERSIONE INTERNE NELLA VALUTAZIONE DELLE TERAPIE DOMICILIARI

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

Introduzione. Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero 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 a 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 ATS di Brescia. Il documento ordina tutte le specialità, in classe A, a totale carico del SSN per gruppo ATC, ponendo in evidenza quelle con miglior profilo di costo-efficacia. Il SF, in seguito ad una revisione delle evidenze di efficacia, tollerabilità e sovrapponibilità terapeutica, ha elaborato una tabella di conversione di terapia che facilita la selezione dell'alternativa terapeutica da utilizzare in luogo della terapia domiciliare. È stato fatto un confronto tra l'anno 2014 e 2015, anno in cui è stata adottata la tabella di conversione focalizzata su 4 categorie di farmaci: inibitori di pompa protonica, ACE inibitori, Sartani, Statine.

Risultati. L'adozione della presente metodologia operativa ha comportato una riduzione degli acquisti di farmaci per singolo paziente extra-PTO, tradotto in una riduzione della spesa del 25%(€63.735,45 anno 2014 vs €47.240,54 anno 2015). Analizzando questo dato si è osservato che nel 2015, in cui è stata introdotta la tabella di conversione, c'è stato un risparmio dato da richieste extra-PTO convertite(tabella di conversione) e richieste riciclate(farmaci presenti in altri reparti) del 16% rispetto al 10% del 2014 (solo richieste riciclate). 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 permettere una razionalizzazione delle risorse economiche 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 integrum il personale sanitario ospedaliero 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.

LE RELAZIONI MOTIVATE PER I FARMACI A PHT OGGETTO DI DPC NELL'ASLTO1

Rossana Manzi,¹ Valeria Vinciguerra,² Carla Rolle²

¹Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università degli Studi di Torino

²SC Assistenza Farmaceutica Territoriale, ASL TO1, Torino

Introduzione. A fine 2014, la Regione ha affidato alla Società di Committenza Regionale (SCR) la convenzione per la fornitura dei farmaci a PHT (prontuario ospedale-territorio) in distribuzione per conto (DPC). Dopo l'aggiudicazione della gara, con circolare del 19/06/2015 la Regione ha definito le nuove modalità prescrittive di tali farmaci: i medici prescrittori, specialisti o medici di famiglia (MMG), devono prescrivere indicando il principio attivo (p.a.) incluso nell'allegato 1, e il farmacista deve dispensare il rispettivo medicinale aggiudicato. Nell'allegato 1 sono riportati i p.a. in DPC e le specialità medicinali aggiudicate. Per alcuni farmaci che possono presentare specifiche criticità che ne rendono problematica la sostituzione in corso di trattamento, riportati nella Tabella 1, è ammessa la sostituzione del medicinale aggiudicatario con un'altra specialità medicinale esclusivamente per documentati motivi clinici. In questi casi il medico prescrittore deve inviare al Servizio Farmaceutico Territoriale (SFT) competente una relazione che indichi le motivazioni della sostituzione. Scopo del lavoro è stato quello di analizzare le relazioni motivate pervenute al SFT al fine verificare il comportamento prescrittivo dei medici.

Materiali e metodi. A giugno 2016 il personale farmacista ha visionato singolarmente le relazioni raccolte nel periodo settembre 2015- maggio2016 e ha prodotto le seguenti elaborazioni per gli anni 2015 e 2016: 1) tipologia di segnalatore; 2)tipologia di relazione (Piano terapeutico integrato con relazione ("PT motivato"), scheda di reazione avversa (ADR), relazione clinica); 3) p.a. maggiormente oggetto di relazione; 4) tipologia di motivazione.

Risultati. Sono state inviate n. 121 relazioni nel 2015 e n. 80 nel 2016, dalle quali è emerso che: 1) geriatri, psichiatri ed MMG sono stati i principali segnalatori (rispettivamente il 27%, 24% e 18% nel 2015, 35%, 16% e 14% nel 2016); 2)la documentazione è pervenuta principalmente come relazione, seguita da "PT motivato" e scheda ADR (rispettivamente il 60%, 36%, 3% nel 2015, 81%, 18%, 1% nel 2016); 3) i p.a. maggiormente oggetto di relazioni sono stati clopidogrel (21% vs 19%), rivastigmina (17% vs 18%) e olanzapina (15% vs 14%); 4) la principale motivazione è stata la continuità terapeutica (85% nel 2015, 25% nel 2016); le restanti relazioni riportavano delle ADR, problemi di somministrazione della terapia (es. mancata adesività del cerotto), scarsa compliance (es rischio interruzione assunzione).

Conclusioni. I dati elaborati sono stati presentati durante incontri organizzati con MMG e specialisti per spiegare la normativa; in uno di questi incontri è stato chiesto al STF di elaborare un modello di relazione clinica.

L'IMPORTANZA DEL DIALOGO: INCONTRI TRA SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE ASLTO1 E CENTRI PRESCRITTORI AZIENDALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE METROPOLITANE

Valeria Vinciguerra,¹ Rossana Manzi,²

Michele Rinaldi,¹ Carla Rolle¹

¹SC Assistenza Farmaceutica Territoriale, ASL TO1, Torino

²Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università degli Studi di Torino

Introduzione. Ogni mese sul territorio dell'ASL vengono spedite circa 450.000 prescrizioni, di cui il 30% è indotto dai centri prescrittori (CP) delle aziende ospedaliere (ASO) limitrofe e/o presidi ospedalieri (PO). Dal 2014 al 2015 si è avuto un calo della spesa farmaceutica convenzionata, del numero di ricette prescritte e del costo medio per ricetta. Questi risultati incoraggianti sono stati ottenuti grazie al monitoraggio delle lettere di dimissione (LD) e alla collaborazione con i CP di ASO e PO. Miglioramenti consistenti sono stati ottenuti sulle categorie altospendenti (inibitori di pompa protonica - IPP, sartani, farmaci della Nota 13 e 94, antidepressivi, ACE-inibitori, antipsicotici, Eparine a basso peso molecolare (EBPM), farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie (R03)). Obiettivo del nostro lavoro è intensificare le azioni già intraprese, includendo tra le categorie farmaceutiche anche i biosimilari (insulina glargine, epoieine, fattori di stimolazione delle colonie - L03AA).

Materiali e metodi. Il monitoraggio delle LD è stato eseguito secondo i criteri: 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 Piano Terapeutico (PT) coerente, 3) farmaci "altospendenti". Il n. di fogli monitorati è stato di 11.112. Sono stati incontrati tra marzo e giugno 2016 n.41 CP, di cui n.30 per i farmaci delle categorie altospendenti e n.11 per i biosimilari.

Risultati. Nell'ASO più grande sono stati svolti il maggior numero di incontri (n.29). Ciò ha portato ai seguenti risultati (dati 2015vs2014): +17% nell'indicazione del principio attivo; +31% di farmaci consigliati con classe di rimborsabilità coerente, +11% di quelli indicati con nota AIFA coerente. Contestualmente è aumentata la percentuale di farmaci a brevetto scaduto consigliati (ACE-inibitori e sartani+2%, statine+13%). Per quel che riguarda i pazienti dimessi con IPP, si è ottenuta una diminuzione del -18% (dal 65% del 2014 al 47% del 2015).

Conclusioni. I CP hanno notevolmente apprezzato l'incontro tra ospedale e territorio, e hanno concordato di diffondere tra i colleghi i contenuti delle riunioni. L'intento del nostro lavoro è stato quello di promuovere il dialogo tra medico e farmacista, e di dimostrare che l'incontro diretto tra figure professionali è una delle modalità di promozione di appropriatezza prescrittiva più efficaci che esistano.

ATTIVITÀ SVOLTA PRESSO FARMACIA ASST PAPA GIOVANNI XXIII INERENTE LA RIFORMA SANITARIA REGIONE LOMBARDIA PER LA CONTINUITÀ TERRITORIALE

Massimiliano Guzzetta, Antonia Talenti,

Giancarlo Taddei, Franca Susanna

Farmacologia clinica, ASST-Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Introduzione. Con la legge di riordino del Sistema Sanitario e Socio Sanitario Lombardo (legge 23 dell'agosto 2015) è stata istituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, che, oltre ai servizi ospedalieri dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII, ha la responsabilità di organizzare e gestire anche le prestazioni prima fornite al cittadino dalle ex ASL e del Presidio Ospedaliero di San Giovanni Bianco (HSGB) afferente in precedenza all'A.O. di Treviglio-Caravaggio. Tale cambiamento ha comportato una transcodifica dei dispositivi medici (DM) precedentemente gestiti dall'HSGB.

Materiali e metodi. Il lavoro svolto dalla Farmacia è iniziato con l'analisi di tutti i prodotti (DM-Economici-Alberghieri) utilizzati presso l'HSGB e i rispettivi consumi relativi all'anno 2015. Questi sono stati confrontati, mediante numero di repertorio e/o descrizione, con i DM già in uso presso la nostra azienda e suddivisi in due gruppi: DM a giacenza e DM gestiti a transito. Per tutti i DM a giacenza è stata calcolata la media mensile di utilizzo presso l'HSGB che ha permesso di aumentare la scorta minima di magazzino sommando i consumi dei due ospedali. Tutti i DM mai gestiti dall'Azienda sono stati codificati ex novo. Di questi, quelli da gestire a magazzino sono stati inseriti nel prontuario informatico aziendale dei DM.

Risultati. Il numero totale di prodotti analizzati ed utilizzati presso HSGB è stato di 2.222. Di questi, 703 erano DM di cui, 487 già presenti nell'anagrafica aziendale (315 DM presenti a giacenza, 172 gestiti in transito) e 216 gestiti come conto deposito da codificare.

Conclusioni. La comparazione dei DM gestiti dalle due strutture ospedaliere ha portato ad una riorganizzazione delle scorte di magazzino, all'aggiornamento del repertorio aziendale dei DM e alla codifica di nuovi DM e attivazione di nuovi conti deposito. Il risultato del lavoro effettuato, seppure complesso, è stato quello di facilitare l'approvvigionamento dei DM dell'HSGB, prima afferente alla A.O. di Treviglio-Caravaggio.

METODOLOGIA DI LAVORO PER LA SCHEDA UNICA DI TERAPIA: APPLICAZIONE DELLE INDICAZIONI REGIONALI ALL'INTERNO DELL'ASL TO1

Valeria Vinciguerra,¹ Rossana Manzi,² Carla Rolle¹

¹SC Assistenza Farmaceutica Territoriale, ASL TO1, Torino

²Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera,

Università degli Studi di Torino

Introduzione. Nel 2016 l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) ha deciso, in linea con le linee guida della Regione, di adottare un'unica Scheda Unica di Terapia (SUT) nelle strutture residenziali per anziani (RSA) sul territorio dell'ASL, al fine di implementare le buone pratiche sul rischio clinico ed avere una migliore tracciabilità del consumo dei farmaci forniti nelle RSA. Obiettivo del lavoro è stata la formulazione della SUT.

Materiali e metodi. Strumenti utilizzati: 1) ricerca in letteratura di esperienze pregresse, utili all'elaborazione di una

metodologia di lavoro; 2) raccolta e visione delle SUT delle RSA, 3) elaborazione e aggiornamento del modello di SUT; 4) organizzazione di incontri con le RSA, cui hanno partecipato Direttori Sanitari e caposala delle RSA; 5) costituzione di una commissione multidisciplinare per l'elaborazione definitiva del documento. Il lavoro è stato curato in tutte le sue parti dal Servizio Farmaceutico Territoriale (SFT), il quale è stato l'interlocutore principale tra le RSA e l'ASL.

Risultati. 1) Sono state selezionate e analizzate 6 fonti bibliografiche, tra cui le Raccomandazioni Ministeriali n.7 e n.17; 2+3) sono state raccolte ed esaminate 17 SUT, una per ciascuna RSA, ed è stato redatto un modello standard di SUT; 3) sono stati organizzati n.5 incontri con le RSA (19/02/2016, 14/03/2016, 05/04/2016, 24/05/2016, 29/06/2016), di cui l'ultimo è stato oggetto della presentazione della SUT definitiva; 4) sono stati scelti n.15 componenti per la commissione (n. 2 Medici di Medicina Generale, n. 3 Direttori Sanitari di RSA, n. 3 Direttori Amministrativi di RSA, n. 2 infermieri, n. 2 farmacisti, n. 1 amministrativo staff direzione, n. 1 risk-manager, n. 1 componente residenzialità). Il principale riferimento di lavoro della commissione nel corso dei n.2 incontri tenutisi con la commissione (12-26/04/2015) è stata la comunicazione regionale del 04/09/2014. Ulteriore compito è stato quello di raccogliere le richieste e osservazioni delle RSA, al fine di elaborare un documento il più possibile rispondente alle esigenze lavorative ed organizzative dei medici ed infermieri operanti presso le RSA dell'ASL.

Conclusioni. Tutte le RSA devono utilizzare la SUT dal 01/06/2016. Durante la fase sperimentale (giugno-agosto 2016) dovrà avvenire la graduale compilazione delle SUT per tutti gli ospiti fino al raggiungimento del 100%, entro la fine del periodo sperimentale. Questa esperienza ha dimostrato quanto sia importante il coinvolgimento delle RSA nella rete di assistenza sanitaria, il ruolo centrale che può avere il SFT grazie alle sue molteplici competenze, e l'incontro con i diversi professionisti della salute ai fini del miglioramento dell'offerta sanitaria al paziente.

MONITORAGGIO DELLA PRESCRIZIONE DEL DENOSUMAB NELLA PREVENZIONE DELLE FRATTURE DA OSTEOPOROSI

Maria Pia Salanitro,¹ Anna Maria Alabiso,¹ Giovanni Carlo Maria Finocchiaro,¹ Giovanna Briguglio,² Carla Bonaccorsi,² Franco Rapisarda³

¹Farmaceutico, ASP CT, Catania

²Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università degli Studi di Catania

³Dipartimento del Farmaco, ASP CT, Catania

Introduzione. L'osteoporosi è una patologia caratterizzata da decremento della massa ossea, riduzione della BMD (Bone Mineral Density) e destrutturazione della microarchitettura ossea. È considerata un problema critico di salute pubblica, seconda solo alle malattie cardiovascolari. Dal 2007 al 2014, nella Regione Sicilia si è registrata un'elevata incidenza prescrittiva di farmaci sottoposti a nota AIFA79 rispetto alla media italiana. La nota AIFA-79 prevede il trattamento farmacologico dell'osteoporosi, a carico del SSN, per i pazienti con rischio di frattura ossea sufficientemente elevato da rendere il Number-Needed-to-Treat per prevenire un evento fratturativo ragionevolmente accettabile, e ridurne i rischi. Il Denosumab, anticorpo monoclonale anti-RANKL, è un potente inibitore del riassorbimento osseo-osteoclastico in grado di ridurre il rischio di fratture vertebrali, non vertebrali e di femore in donne in post-menopausa con osteoporosi e di fratture vertebrali in maschi sottoposti a terapia androgeno-depletiva. La dispensazione del Denosumab avviene in forma diretta tramite le farmacie territoriali, su diagnosi e presentazione di piano terapeutico on-line (validità 6-mesi), accompagnato per la prima prescrizione dal referto della MOC, redatto da specialisti (ortopedici, internisti, geriatri, reumatologi) di strutture pubbliche o convenzionati interni. Dal 2015, i pazienti trattati con Denosumab sono in aumento (+32% rispetto all'anno precedente); l'obiettivo dello studio consiste nel monitorarne la prescrizione e valutarne l'aderenza al trattamento.

Materiali e metodi. Analisi dei dati di consumo e di spesa del Denosumab dalla banca dati aziendale, relativi al Distretto-CT1, comprendente le farmacie ospedaliere/territoriali dei distretti di Acireale (135.000-abitanti) e di Giarre (85.500-abitanti) per il periodo dal 01/01/2015 al 30/06/2016.

Risultati. Nel periodo considerato, 171 sono risultati i pazienti trattati con Denosumab: 167 donne (97,6%) e 4 uomini (2,4%) con un'età media di 73,8 anni. La spesa complessiva è

stata di €73.599. Gli accessi sono stati 381 ed hanno avuto il seguente andamento: • 1° semestre 2015: 100 pazienti (spesa €19.411,76). • 2° semestre 2015: 119 pazienti, (+19%) con una spesa di €22.848. • 1° semestre 2016: 162 pazienti (+36%) con una spesa di €31.339,20. Dei 171 pazienti, 18 hanno interrotto il trattamento dopo la 1° somministrazione.

Conclusioni. La presenza del registro di monitoraggio AIFA e la ridotta frequenza di somministrazione (ogni 6-mesi) garantiscono l'appropriatezza d'uso del Denosumab e favoriscono un aumento della compliance. Tali fattori, probabilmente, hanno implicato la crescita del numero dei pazienti trattati. Per i pazienti che hanno interrotto il trattamento, verranno acquisite le motivazioni della sospensione della terapia.

IL PRONTUARIO GALENICO PEDIATRICO: UNO STRUMENTO DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO

Angela Maria Felicita Garzone, Adriana Pompilio, Emanuela Andresciani, Fulvia Ciuccarelli, Laura Carloni, Vanessa Verdecchia, Paolo Marzoni, Vincenzo Moretti
Farmacia Ospedaliera, AOU Ospedali Riuniti di Ancona

Introduzione. La terapia farmacologica pediatrica ricorre alla galenica in mancanza di formulazioni adatte per dosaggio, forma farmaceutica, indicazione per patologia o età. Nella nostra Azienda Ospedaliera, il bambino/neonato ricoverato conta su un laboratorio che supporta il clinico in prescrizione/allestimento di dosaggi personalizzati. In dimissione, per difformità sul territorio regionale, i pazienti spesso non trovano risposte adeguate a discapito della continuità terapeutica. La necessità di condividere informazioni acquisite nel tempo, ha portato alla stesura di un prontuario di galenica pediatrica di supporto a paziente, Pediatra Libera Scelta (PLS), farmacista territoriale di competenza.

Materiali e metodi. La farmacia ospedaliera si fa carico da tempo, attraverso una procedura regionale condivisa con le Aree Vaste, di mantenere continuità terapeutica alla dimissione, essendo riferimento regionale per la presenza di laboratorio galenico, servizio di informazione per utenza esterna/interna, laboratorio qualità dedicato allo studio di stabilità di nuove formule magistrali. La mancanza di una rete informatica condivisa su scala regionale, ha portato spesso a difficoltà oggettive in fase di autorizzazione, prescrizione, dispensazione, informazione. Per migliorare il percorso esistente, nel 2011 il laboratorio inizia un processo di informatizzazione e codifica delle preparazioni. Analizzati i 3 anni precedenti, tra circa 150 principi attivi utilizzati, selezionati quelli non esclusivamente ospedalieri più frequentemente utilizzati a domicilio, nel 2013, all'interno di un progetto di farmacovigilanza attiva inizia la stesura di un Prontuario di Galenica Pediatrica finalizzato alla continuità H-T.

Risultati. Selezionati 45 principi attivi (5 per malattie rare) ad uso pediatrico consolidato (ATC: 12C-9A-6S-5N-3B-2V-2J-2P-2H-1G-1M), è stata analizzata la letteratura: RCP, Micromedex, Pediatric & Neonatal Dosage Handbook, BNF, Guida all'uso dei farmaci, WHO Formulary, Normativa AIFA, pubblicazioni scientifiche, Prontuario di Galenica SIFO. Sono state redatte: 44 Schede tecniche per il medico riportanti meccanismo d'azione, controindicazioni, avvertenze, interazioni, effetti indesiderati, posologia (anche off label), autorizzazione alla prescrizione con modalità e riferimenti normativi; 48 Schede tecniche per il farmacista riportanti procedura operativa di allestimento, stabilità, riferimenti normativi; 45 Schede tecniche per il paziente per accompagnare la dispensazione del galenico con brevi consigli su conservazione, assunzione, interazioni (medicinali e alimenti). Il laboratorio qualità ha studiato la stabilità dei preparati mancanti di letteratura (Propranololo soluzione, Omeprazolo sospensione, Sulfadiazina/Pirimetamina Sospensione bloccata, Glibenclamide sospensione).

Conclusioni. In pediatria, in mancanza di alternativa terapeutica, la galenica diventa l'unica risorsa per assicurare la cura al paziente. Impostare la terapia in ospedale non è sufficiente: bisogna ottimizzare il percorso di cura con una rete informatizzata che coinvolga ospedale, territorio, PLS e famiglia. Nessun conflitto interesse.

GESTIONE DELLE LESIONI CUTANEE. STUDIO OSSERVAZIONALE ESEGUITO PRESSO L'AMBULATORIO ULCERE CUTANEE COMPLESSE DEL IRCCS AOU SAN MARTINO-IST GENOVA

Nikola Josifov, Marinella Corsetti, Claudia Cevasco, Giuseppina Nocco, Teresa Cannavale, Maria Attilia Grassi
UO Farmacia, IRCCS AOU San Martino - IST, Genova

Introduzione. Il Farmacista ospedaliero ha un ruolo fondamentale in un team multidisciplinare, che insieme a medico ed infermiere garantisce una buona gestione delle lesioni cutanee complesse. È stato condotto uno studio osservazionale con l'obiettivo di analizzare i dati relativi ai pazienti trattati nell'Ambulatorio delle Ulcere Cutanee Complesse, in modo da ottenere un'elaborazione di dati relativi alla origine, sede, stadio, superficie della lesione, soprattutto sulla durata del trattamento.

Materiali e metodi. Lo studio è l'analisi retrospettiva di dati presenti nelle cartelle cliniche di 160 pazienti trattati nel periodo dal 01/01/2014 al 31/12/2015, per un totale di 3765 prestazioni. Ad ogni accesso ambulatoriale veniva compilata la Scheda Raccolta dei Dati, con i parametri divisi in cinque paragrafi: Dati generali del paziente, Dati preliminari, Anamnesi patologica, Descrizione della lesione, Trattamento e frequenza della medicazione. I dati aggiornati ad ogni controllo hanno permesso la valutazione di diversi aspetti del processo di trattamento delle lesioni cutanee.

Risultati. I pazienti trattati erano 60% femmine e 40% maschi con età media di 63.5 anni. La durata media del trattamento era 140 giorni, il numero medio di trattamenti era di 25 trattamenti per paziente. Per la detersione erano utilizzati nell'82% dei casi soluzione detergente con poliesanide e betaina, nel 6% Soluzione Ringer lattato, 6% Soluzione Fisiologica, 6% Acqua e sapone. Le medicazioni utilizzate nei trattamenti erano: 35% Medicazione di garza grassa con Clorexidina, 17% Medicazione garza impregnata di acido ialuronico, 17% Medicazioni di carbossimetilcellulosa, 15% Medicazione garza grassa, 7% Medicazione biocellulosa idrobalanciata con polixamide, 7% Medicazione alginato di argento, 2% Medicazione schiuma di poliuretano. Le tre principali cause delle lesioni trattate sono di origine vascolare (23%), le lesioni cutanee secondarie alla sclerodermia (16%) e le lesioni di origine diabetica (14%). Le lesioni rappresentate in minor percentuale sono lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, lesioni di origine traumatica, oncologica o di decubito. La sede principale delle ulcere cutanee è sull'arto inferiore 77.5%, 17.5% arto superiore, 5% da altre sedi (mammella, gluteo, testa). I risultati dei trattamenti rilevati all'ultima visita ambulatoriale erano: 44.4% completa guarigione della lesione; 17.5% in fase di guarigione, con riduzione della superficie della lesione; (11.9%) nessun miglioramento; (1.3%) hanno subito l'amputazione dell'arto.

Conclusioni. Le medicazioni avanzate hanno dimostrato ottimi risultati in termini di controllo della carica batterica, gestione dell'essudato, gestione globale delle ulcere cutanee, avversario tutt'oggi temibile da tutti gli operatori sanitari.

ANALISI DELLE RICHIESTE DI PRESCRIZIONE DI MEDICINALI IN DPC DIVERSI DA QUELLI AGGIUDICATI

IN GARA REGIONALE NELL'ASL TO5
Giovanna Nota, Carmela Maria Candido, Vittoria Grano, Carlo Franco

Farmacia territoriale, ASL TO5, Torino

Introduzione. La fornitura dei farmaci in distribuzione in nome e per conto (DPC) inseriti nel Prontuario Regionale PHT della Regione Piemonte è stata aggiudicata tramite gara regionale 66-2015. Poiché la DPC è una forma di distribuzione diretta non è possibile richiedere l'erogazione di farmaci diversi da quelli aggiudicati in gara, a meno che non ci siano specifiche criticità che ne rendono problematica la sostituzione in corso di trattamento (v. immunosoppressori, antipsicotici etc.). Tali farmaci sono stati inseriti in un elenco (tabella 1) e il medico prescrittore può richiederne la non sostituibilità, inviando al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASL competente una relazione che indichi le documentate ragioni che rendono necessaria la somministrazione al paziente di quel determinato medicinale. Qualora si tratti di reazioni avverse è inoltre necessario inviare la scheda ADR.

Materiali e metodi. Analisi delle relazioni cliniche pervenute al Servizio Farmaceutico dell'ASL TO5 nel periodo giugno 2015 - giugno 2016 e inserimento in Rete Nazionale di Farmacovigilanza delle ADR ricevute. Creazione di un database per la registrazione delle richieste di non sostituibilità con l'indicazione dei dati anagrafici del paziente, del medico prescrittore, del principio attivo e del farmaco.

Risultati. Sono pervenute 128 richieste di prescrizione di farmaci diversi da quelli aggiudicati in gara. In 2 casi le relazioni sono state ritenute non valide (motivazioni non sufficienti) e pertanto non si è autorizzata la sostituzione. I principi attivi coinvolti sono stati 13; di questi 2 non erano

compresi nella tabella 1 delle possibili sostituibilità e pertanto si è chiesto l'acquisto in conto vendita all'ASL di Asti.

La classe di farmaci per cui ci sono state più richieste è stata la L04A (immunosoppressori) con 57 relazioni pervenute (47%): trattasi di relazioni della nefrologia per la continuità terapeutica in pazienti trattati con Tacrolimus. A seguire antipsicotici N05A (22,6%), antitrombotici B01A (14,8%) e antiedemazione N06D (8,6%). Le schede ADR sono state 32: in 11 casi (34,4%) vi è stato un effetto farmacologico ridotto/mancato; gli altri casi sono reazioni cutanee o a carico del sistema gastrointestinale/nervoso. In 105 casi (82%) le relazioni sono state redatte dallo specialista, solo 23 dal MMG.

Conclusioni. La prescrizione dei medicinali in DPC a seguito dell'espletamento della gara regionale ha portato un attento monitoraggio da parte del Servizio Farmaceutico circa le relazioni cliniche per la richiesta di prescrivere farmaci diversi da quelli aggiudicati in gara.

Nel continuo dialogo con i medici prescrittori si è inoltre sottolineata l'importanza della segnalazione ADR, anche in caso di mancata efficacia terapeutica.

LA DISTRIBUZIONE PER CONTO COME INDICATORE DI MOBILITÀ SANITARIA PASSIVA

Luca Lucenti, Carla Marino, Ignazia Poidomani
UOC Farmaceutica territoriale, ASP, Ragusa

Introduzione. Il flusso di pazienti verso strutture sanitarie al di fuori del territorio di residenza, è definito come mobilità sanitaria passiva. Con circolare Prot. 45840 del 6 giugno 2014, l'Assessorato della Salute Regione Sicilia, stabilisce che tutti i piani terapeutici elaborati da centri fuori regione, devono essere conformizzati dai Dipartimenti del Farmaco, al fine di una appropriata dispensazione tramite la Distribuzione per Conto (DPC). Analizzando queste prescrizioni extra regionali si è fatto il punto su quali siano i gruppi di diagnosi con un maggior indice di emigrazione extra regionale, e quali siano le regioni con un maggior indice di attrazione. Questi dati potrebbero essere valutati e discussi con decisori e stakeholders per capirne le cause e cercare di arginare il fenomeno migratorio.

Materiali e metodi. L'analisi della mobilità, è stata effettuata in maniera disaggregata, conteggiando separatamente i gruppi di diagnosi e le regioni di destinazione, sui piani terapeutici di farmaci redatti fuori Sicilia, conformizzati dai responsabili della DPC, relativamente all'anno 2015 e primo semestre 2016. In totale sono stati esaminati 122 piani terapeutici.

Risultati. I gruppi di diagnosi per i quali si registra una mobilità elevata sono l'Oncologia con ben il 47,5% dei piani analizzati, Infertilità di coppia con il 10,6%, Endocrinologia con il 9,8%, Neurologia con l'8,1% e Diabetologia con il 7,3%. La Lombardia risulta essere la regione maggiormente attrattiva, con il 35,2% dei casi di migrazione, seguita da Lazio con il 14,7%, Veneto con il 12,2%, Toscana 10,6% ed Emilia Romagna con il 8,1%. La Lombardia, in particolare, si distingue per essere la destinazione preferita da consistenti quote di pazienti oncologici con ben il 62,7% dei casi.

Conclusioni. Questo lavoro ha preso in esame, attraverso le prescrizioni farmaceutiche, la mobilità sanitaria passiva dalla nostra provincia versus altre Regioni d'Italia. Il risultato di spicco emerso, è dato dalla elevata percentuale di migrazione soprattutto in ambito oncologico che riguarda circa la metà dei pazienti che in generale hanno deciso di farsi curare fuori regione. Questi dati tuttavia devono essere interpretati, in quanto sicuramente legati anche a fattori, come la crescente diffusione di informazioni fornite dalla rete, minor costo dei trasporti, e altri elementi che rendono la possibilità di viaggiare per la salute, un fenomeno sempre più frequente.

IL PROCESSO DI RICOGNIZIONE-RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA E MEDICATION REVIEW: DA UN'ANALISI RETROSPETTIVA

ALLO STUDIO PROSPETTICO FARMACHECK

Maria Teresa Chiarelli,¹ Stefania Antoniazzi,² Monica Bettio,¹ Alessandro Nobili,³ Luca Pasina,⁴ Pier Mannuccio Mannucci,⁵ Angelo Bianchi Bonomi⁵ Francesca Venturini¹

¹UOC Farmacia, ²Direzione Scientifica, IRCCS Ca Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

³Servizio Informazione sui Farmaci nell'Anziano, ⁴Unità di Farmacoterapia e Appropriata Prescrittiva, IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

⁵Centro Emofilia e Trombosi, Università degli Studi di Milano

Introduzione. La Politerapia è una pratica clinica comune nell'anziano, ma correlata a potenziali interazioni farmaco-farmaco (pDDI) e reazioni avverse da farmaci (ADR). Diventa

pertanto fondamentale un'accurata raccolta dell'anamnesi farmacologica ed una valutazione dei problemi farmaco correlati (Drug Related Problems, DRP).

Obiettivo: Testare la fattibilità di un percorso in cui il farmacista effettua una riconciliazione e revisione farmacologica per identificare DRP e giungere ad una decisione terapeutica condivisa con il medico.

Materiali e metodi. Lo studio retrospettivo ha previsto al fine di pianificare lo studio prospettico l'analisi di cartelle cliniche di pazienti (almeno 65 anni) in politerapia ricoverati nelle Medicine e Geriatria per individuare: omissioni di dose, forma farmaceutica, via/frequenza di somministrazione, adeguamento al PTO; allergie/intolleranze, ADR; pDDIs nelle fasi di domicilio, prime 24 ore di degenza e dimissione, mediante il software INTERCheck® che rileva le interazioni in funzione della rilevanza clinica.

Risultati. Sono state analizzate le cartelle cliniche di 75 pazienti (marzo-ottobre 2014) e rilevati 634 farmaci al domicilio, 723 nelle prime 24 ore di degenza, 645 alla dimissione. Sono risultate, rispettivamente in ammissione e dimissione, omesse informazioni relative a forma farmaceutica nel 17% e 2% dei casi, la dose nel 12% e 2%, la via di somministrazione nel 20% e 7%, la frequenza nel 20% e 2%. In 13 cartelle sono stati prescritti farmaci conformi al precedente PTO; le informazioni sulle allergie/intolleranze presenti in anamnesi non sono state considerate in 2 casi nella lettera di dimissione, in 2 casi in degenza; 9 ADR non sono state notificate. L'analisi delle interazioni ha identificato 483 pDDI. Di queste 229(47,6%) erano non note e 235(49%) clinicamente rilevanti. Le 483 pDDIs classificate secondo INTERCheck® sono state: 12(2,5%) A(minore); 300(62,4%) B(moderata); 113(23,5%)C (maggiore) e 56(11,6%) D (controindicata). La conoscenza della pDDI al momento della prescrizione avrebbe comportato un cambio di terapia nel 28,5%(137/483) dei casi. Con il fine di ridurre i DRP ed ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva, è stato disegnato lo studio prospettico Farmacheck, in cui il farmacista mediante la riconciliazione, la rilevazione della frequenza dei DRP nelle prime 24 ore di degenza e in dimissione, e la quantizzazione dei consigli accettati dal medico, attua un intervento attivo in reparto.

Conclusioni. Un processo di ricognizione/riconciliazione più strutturato ed una sinergia medico-farmacista potrebbe giovare alla completezza/appropriatezza delle prescrizioni, nonché supportare il medico nella valutazione dei DRP e promuovere le segnalazioni delle ADR.

PERCORSO CONDIVISO PER LA DIMISSIONE DI UN PAZIENTE PEDIATRICO

E ADULTO AFFETTO DA CARDIOPATIA CONGENITA A GARANZIA DELLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA

Elisabetta Volpi,¹ Sara Tonazzini,¹ Stefania Alduini,¹ Paola Da Valle,² Daniela Donnini,² Stefania Baratta,³ Monica Baroni,⁴ Nadia Assanta,⁵ Stefania Biagini,¹ Marina Zizevskikh⁶

¹UO Farmaceutica Ospedaliera, ²UO Degenza pediatrica e del congenito adulto, ³SITRA, ⁴UO Rischio Clinico, ⁵UO Degenza pediatrica e del congenito adulto, Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Pisa

⁶Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Università di Pisa

Introduzione. Presso la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio è stata redatta una procedura a garanzia della continuità terapeutica di pazienti pediatrici e adulti affetti da cardiopatia congenita dimessi dalla U.O.Degenza Pediatrica. L'obiettivo era di individuare modalità operative da attivare all'atto della dimissione e di creare una rete con le Farmacie ospedaliere/territoriali della Regione Toscana e di altre regioni italiane per la rapida presa in carico della terapia farmacologica, compresa la terapia galenica prescritta al paziente pediatrico all'atto della dimissione.

Materiali e metodi. Con il personale della U.O.Degenza Pediatrica è stato condiviso un percorso per cui ogni giorno viene trasmessa alla Farmacia la lista dei pazienti in dimissione con le relative prescrizioni. Il farmacista verifica l'appropriatezza della terapia prescritta in relazione alla Legge 648/96, l'aderenza al prontuario e, come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n.17/2014, confronta la terapia alla dimissione con la terapia domiciliare all'ingresso, segnalando le eventuali discrepanze non intenzionali al medico che effettuerà la riconciliazione. Sul confezionamento esterno dei farmaci dispensati il farmacista appone un'etichetta riportante modalità di diluizione, frazionamento di dose e somministrazione. Il farmacista consegna inoltre al

paziente/familiare/tutore un foglio informativo per la presa in carico della terapia galenica da parte della Farmacia della ASL di appartenenza, con gli orari di apertura al pubblico dei vari punti di distribuzione e i riferimenti telefonici. Abbiamo quindi analizzato le prescrizioni alla dimissione del periodo 05/2015-05/2016, il numero di farmaci erogati, la ASL di appartenenza degli assistiti e la rete creata tra le Farmacie Ospedaliere italiane.

Risultati. Nel periodo in esame sono stati dimessi dalla U.O.Degenza Pediatrica n=401 pazienti, di cui n=140 congeniti adulti (34,9%) di età ≥ 18 anni e n=261 pediatrici (65,1%) di età < 18 anni. Di questi n=288 (71,8%) erano residenti in RT, mentre n=63 (15,7%) erano residenti fuori RT e n=50 (12,5%) all'estero. Le schede di terapia alla dimissione riportavano n=1412 prescrizioni, di cui n=1247 (88,3%) relative a farmaci di fascia A e n=165 (11,7%) farmaci galenici. I dati della rete delle Farmacie ospedaliere/territoriali hanno evidenziato il coinvolgimento di tutte le 12 ex-ASL Toscane e di 13 ASL appartenenti a 7 regioni italiane.

Conclusioni. L'attivazione del percorso ha permesso l'istituzione di una rete di collaborazione tra le Farmacie Ospedaliere italiane per la rapida presa in carico della terapia galenica. La collaborazione tra medico, infermiere e farmacista ha portato ad un miglioramento nella gestione della terapia farmacologica all'atto della dimissione a garanzia della continuità terapeutica.

PAZIENTE DIABETICO: INFLUENZA DELLA FORMULAZIONE DI EXENATIDE SULL'ADERENZA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Maria Luigia Cenicola,¹ Manuela Iadanza,¹ Martina Restaino,¹ Ilaria Avallone,¹ Francesca Angrisani,² Ugo Trama¹

¹UOC Farmaceutica Convenzionata, Asl Napoli 1 Centro, Napoli ²Pediatria, Seconda Università di Napoli

Introduzione. Le nuove Linee-Guida 2016 sulla gestione del diabete dell'American-Diabetes-Association sottolineano l'importanza di terapie su misura per l'assistenza al paziente diabetico. Prima di ricorrere alla terapia farmacologica, si raccomanda l'adozione di uno stile di vita sano, che presuppone dieta ed attività fisica quotidiana. In questi ultimi anni le continue ricerche volte al miglioramento del trattamento farmacologico di tale patologia hanno condotto all'immissione in commercio di diverse classi di farmaci. Il presente studio ha focalizzato l'attenzione sull'Incretina-Exenatide, agonista del recettore dell'ormone GLP-1, farmaco che stimola la secrezione di insulina solo in risposta all'introduzione di zuccheri con il cibo, riduce il rilascio di glucosio dal fegato, normalizza la glicemia a digiuno ed inoltre induce un precoce senso di sazietà. Da Marzo 2014 è disponibile in Italia Exenatide a Rilascio-Prolungato (RP), primo farmaco monosettimanale per il controllo glicemico del diabete di tipo-2. L'U.O.C.-Farmaceutica-Convenzionata, a seguito dell'immissione in commercio della formulazione-RP, aveva avviato un'analisi degli effetti di quest'ultima sui consumi dell'Exenatide-daily registrandone già nel primo periodo una contrazione. L'Exenatide-daily è da sempre erogata in Distribuzione-per-Conto(DPC) e dall'anno 2016 i pazienti Asl Napoli-1-Centro accedono alla terapia anche con la formulazione-RP attraverso il canale della DPC. Pertanto, a verifica di quanto osservato nel 2014, il presente studio confronta i consumi delle due formulazioni.

Materiali e metodi. L'U.O.C.-Farmaceutica-Convenzionata ha analizzato i consumi mensili dell'Exenatide nelle formulazioni sia RP che 10 mcg-daily dall'anno 2014 al 2016. I dati sono stati estrapolati dalle banche dati inwebdpc e farma.s2i-italia.

Risultati. L'analisi dei dati, ha consolidato quanto emerso dallo studio del 2014. I consumi dell'Exenatide-daily hanno subito infatti una notevole riduzione; dal confronto 2014-vs-2015 si è osservata una riduzione del 52%ca e tra il 2015-vs-2016(proiezione) del 36%ca per cui nel confronto 2014-vs-2016 il decremento risulta pari al 70%ca. Viceversa dai dati di consumo dei primi mesi in DPC dell'Exenatide nella formulazione RP il numero di confezioni erogate rispetto alle confezioni spedite in regime di Convenzione nel 2014 aumenta del 50%ca.

Conclusioni. L'analisi dimostra uno shift della prescrizione verso la formulazione-RP di Exenatide, che garantisce una concentrazione ematica costante del farmaco nell'arco della settimana, riducendo il rischio di un eccesso di azione insulinica e quindi di eventi ipoglicemici. Inoltre la monosomministrazione settimanale favorisce l'aderenza alla terapia, una delle maggiori criticità dei pazienti in trattamento con antidiabetici, migliorandone la qualità di vita.

**AMPLIAMENTO DELLE CONDIZIONI
DI PRESCRIVIBILITÀ DELLA NOTA 79:
FOCUS SU TERIPARATIDE E DENOSUMAB
IN ASL NAPOLI 1 CENTRO**

Manuela Iadanza,¹ Maria Luigia Cenicola,¹ Ilaria Avallone,¹
Martina Restaino,¹ Francesca Angrisani,² Ugo Trama¹

¹UOC Farmaceutica Convenzionata, Asl Napoli 1 Centro, Napoli
²Pediatria, Seconda Università di Napoli

Introduzione. L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una ridotta massa ossea e da alterazioni qualitative che si accompagnano ad aumento del rischio di frattura. Si stima che ci siano oggi, in Italia, circa 3,5-milioni di donne ed 1-milione di uomini affetti da osteoporosi, con maggiore incidenza su donne in menopausa e uomini con età ≥ 50 anni. La terapia è regolamentata dalla Nota-79 che prevede il trattamento farmacologico dell'osteoporosi a carico-SSN per pazienti con rischio di frattura molto elevato. Nel corso degli anni AIFA ha riformulato i criteri di prescrivibilità a carico-SSN di questi farmaci, al fine di migliorarne l'appropriatezza terapeutica. Daltronde i dati Osmed-2015 hanno evidenziato ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza di uso dei medicinali impiegati nel trattamento dell'osteoporosi. L'aggiornamento AIFA della Nota-79 del 20/05/2015, pur conservando i criteri della precedente Nota, ha introdotto: il riconoscimento di fratture osteoporotiche anche in altre sedi scheletriche, l'accesso alla terapia dei pazienti a rischio perché in blocco ormonale adiuvante e la possibilità di trattare donne in postmenopausa anche prima dei 50 anni. Alla luce dell'ampliamento delle condizioni di prescrivibilità, l'U.O.C-Farmaceutica-Convenzionata ha focalizzato l'attenzione su Teriparatide e Denosumab, molecole soggette alla Nota e dispensate in regime di Distribuzione-per-Conto-(DPC). Lo scopo dello studio è stato valutare quanto l'aggiornamento della Nota abbia influito sull'andamento dei consumi.

Materiali e metodi. L'U.O.C-Farmaceutica-Convenzionata ha valutato i consumi di Teriparatide e Denosumab a partire dal 01/01/ 2015, data di immissione in DPC anche del Denosumab, a tutt'oggi. I dati dello studio sono stati estrapolati dalle banche dati inwebdpc e farma.s2i-italia ed espressi in quadrimestri.

Risultati. Nel corso del periodo analizzato si è osservato un incremento dei consumi di Teriparatide e Denosumab. In particolare confrontando I-quadrimestre-2015 vs I-quadrimestre-2016, periodo di piena attuazione della Nota, si è osservato un incremento dei consumi del 24%ca di Teriparatide e del 48%ca di Denosumab. I dati confermano quanto l'ampliamento delle condizioni di prescrivibilità e il corretto approccio alla terapia dato dalla Nota abbia influito sull'uso appropriato di questi due farmaci per la terapia dell'osteoporosi.

Conclusioni. I dati ottenuti sono in accordo con OSMED, in Italia infatti il 50,3% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti con i farmaci per l'osteoporosi nel 2015 e l'andamento dell'indicatore ha evidenziato un pattern verso l'appropriatezza. Pertanto la compliance e la riduzione dei rischi relativi alle fratture vertebrali sono significativi rispetto alla terapia tradizionale con bifosfonati.

**CORRETTA GESTIONE DI ALTERAZIONI ALLE FORME
FARMACEUTICHE ORALI SOLIDE: APPLICAZIONE
DELLA RACCOMANDAZIONE REGIONALE N. 4**

Francesca Chiara Gatti, Corrado Confalonieri, Martina Mazzari,
Maria Cristina Granelli, Enrico Damonti
Farmacia Ospedaliera, AUSL, Piacenza

Introduzione. L'alterazione delle forme farmaceutiche orali, se non correttamente gestita, può comportare errori di terapia, effetti indesiderati, esposizione professionale per inalazione o contatto con il farmaco. L'obiettivo del Progetto è garantire una giusta informazione ai professionisti sanitari e, in caso di passaggio ad altro setting assistenziale, incluso il domicilio, informare il paziente o il suo caregiver nei casi in cui sia necessario procedere ad alterazione di forme farmaceutiche orali per facilitarne l'assunzione come previsto dal documento tecnico regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica.

Materiali e metodi. L'Unità Operativa di Farmacia Ospedaliera in collaborazione con la Farmacia Territoriale e il Team Nutrizionale aziendale, ha analizzato i principi attivi presenti come forme farmaceutiche orali solide valutando la presenza di formulazioni alternative nel Prontuario Terapeutico, la verifica nella scheda tecnica di informazioni inerenti la manipolazione della forma e una sua compatibilità con cibi e device per la nutrizione enterale. Attraverso

apposita check-list, è stata rilevata in reparto la modalità di somministrazione delle forme farmaceutiche orali alterate indicandone il motivo, a quali farmaci veniva applicato e a quanti pazienti.

Risultati. Nel Prontuario Terapeutico sono presenti 1023 principi attivi con forme farmaceutiche orali solide, di cui 167 presenti come forme farmaceutiche orali liquide. In Reparto abbiamo riscontrato che 12 principi attivi somministrati come forme farmaceutiche orali solide presentavano un'alternativa liquida e 42 principi attivi non erano disponibili come forma farmaceutica alternativa. Si raccomanda di somministrare farmaci con liquidi appositamente addensati o con acqua gelificata. In caso di pazienti disfagici (SNG, PEG...) i farmaci non vanno mescolati con la miscela nutrizionale ma devono essere somministrati uno per volta e le compresse frantumate o le capsule apribili devono essere miscelate con acqua e deve essere lavata la sonda al termine dell'operazione.

Conclusioni. A seguito della collaborazione tra farmacia ospedaliera, territoriale e Team Nutrizionale è stato redatto un documento che riassume tutte le informazioni inerenti la corretta manipolazione delle forme farmaceutiche orali. I risultati sono propedeutici alla formulazione di una brochure informativa al fine di garantire la continuità assistenziale e l'aderenza al programma terapeutico.

Bibliografia. 1. Boeri C. et al "La somministrazione di farmaci tritati e camuffati nelle RSA: prevalenza e implicazioni pratiche" Evidence 2013, 5 (10) e 10000 60. 2. Gruppo Regionale sul Rischio clinico da farmaci. "Corretta gestione delle forme farmaceutiche orali". Documento tecnico regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n.4, Regione Emilia-Romagna, Agosto 2015.

**CURE PALLIATIVE
E TERAPIA DEL DOLORE**

**QUALI FARMACI PER IL TRATTAMENTO
DEL BREAKTHROUGH CANCER PAIN (BTCP)**

Giulia Roatti, Marco Bellerio, Fiorenza Enrico,
Federico Foglio, Luisa Omini, Franca Goffredo
Fondazione del Piemonte per l'Oncologia, IRCCS Candiolo (TO)

Introduzione. Il dolore episodico intenso è molto diffuso nei pazienti oncologici cronici e ha bisogno di trattamenti di salvataggio con oppioidi. In commercio sono presenti formulazioni transmucosali di fentanil con diversi metodi di rilascio che influenzano la farmacocinetica e le proprietà cliniche del principio attivo. Questo lavoro si propone di riassumere le principali evidenze relative alle diverse scelte disponibili in commercio per supportare i lavori della Commissione Farmaceutica Interna (CFI).

Materiali e metodi. Sono state prese in considerazione le opzioni di trattamento per il BTCP: Actiq®; Effentora®; Abstral®; Vellofent®; Instanyl®; PecFent®. Per ogni formulazione sono state valutati i seguenti aspetti delle evidenze disponibili: disegno di studio, tipo di confronto adottato, numero di pazienti arruolati, efficacia valutata in termini di Pain Intensity Difference (PID) e tollerabilità. Sono state inoltre prese in considerazione le principali Linee Guida (LG): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); National Health Service (NHS); NICE; Associazione italiana di oncologia medica (AIOM).

Risultati. Le preparazioni transmucosali di fentanil producono una significativa e relativamente rapida analgesia e presentano alcuni vantaggi comuni (bypass del metabolismo di primo passaggio epatico; rapida comparsa d'azione; utilizzo in pazienti impossibilitati ad assumere farmaci per via orale), tuttavia i dati di efficacia a supporto sono carenti. Gli studi infatti sono pochi, di piccole dimensioni, di breve durata, condotti per la maggior parte verso placebo. Tutti gli studi inoltre sono caratterizzati da una fase iniziale in aperto di titolazione durante la quale vengono esclusi i pazienti che non rispondono al trattamento e quelli che hanno manifestato eventi avversi. Ciò può aver creato un bias di selezione della casistica, favorendo un risultato positivo per il farmaco in studio rispetto al placebo.

Conclusioni. A causa dei limiti metodologici delle evidenze attualmente disponibili appare difficile trarre conclusioni che consentano di definire i vantaggi delle varie preparazioni tra di loro e verso la morfina orale. Le LG NICE e NHS raccomandano la morfina ad immediato rilascio come prima scelta, la quale, nonostante i tempi più lunghi di insorgenza dell'effetto, presenta anche caratteristiche di economicità non trascurabili. In seconda scelta le formulazioni transmucosali orali e nasali di