

2013. 3. Procedura: PG 7.5 024 Rev.1 Gestione della vigilanza sui dispositivi medici

### UN ESEMPIO DI DISPOSITIVO VIGILANZA COSTRUTTIVO

Laura Spoldi,<sup>1</sup> Giuseppa Chiricosta,<sup>2</sup> Luciana Gandolfi,<sup>2</sup> Samanta Sonzogni,<sup>2</sup> Stefano Loiacono,<sup>2</sup> Marco Gambera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

<sup>2</sup>ATS di Bergamo, Servizio Farmaceutico Territoriale, Bergamo

**Introduzione.** Nel 2014 e 2015 sono stati arruolati alla nutrizione enterale domiciliare 625 e 708 pazienti nella nostra provincia. Vengono forniti loro i prodotti di nutrizione ed i dispositivi medici (DM) necessari alla somministrazione, PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) inclusa. Dall'1 settembre 2014 vengono consegnate sonde PEG REF 8884720205, vincitrici di gara consorziata fra più ASL. Da allora abbiamo ricevuto frequenti segnalazioni di incidenti che rendono necessarie sostituzioni precoci delle PEG. Sono pervenute anche prescrizioni mediche di PEG di marchio diverso, "indispensabili e insostituibili".

**Materiali e metodi.** Le richieste di sostituzione a causa della rottura della PEG ci hanno spinto a fare segnalazione al Ministero della Salute ed alla ditta distributrice tramite il "Rapporto di incidente o di mancato incidente da parte di operatori sanitari al Ministero della Salute". La compilazione ha richiesto l'approfondimento dei problemi. I necessari contatti con l'infermiera domiciliare ed il paziente hanno fatto luce sulla causa degli incidenti.

**Risultati.** Nell'arco di 4 mesi abbiamo inviato 4 rapporti. Due segnalazioni riferiscono la rottura del palloncino di ancoraggio, con conseguente sostituzione precoce della PEG. Una segnalazione riferisce la fuoriuscita della nutrizione, dei liquidi fisiologici ed un accorciamento della sonda: gli episodi di vomito salivare hanno causato l'accesso al pronto soccorso della paziente, dove le è stata diagnosticata "un'occlusione intestinale alta da dislocazione del dispositivo di ancoraggio endoluminale in duodeno": il palloncino è stato sgonfiato e la sonda ritirata di circa 6 cm. Un'altra segnalazione riferisce che, durante il cambio di PEG, il palloncino non si sgonfiava a causa di blocco della valvola. È stato perciò necessario rimuovere la PEG con il palloncino gonfio che era fortunatamente riempito con soli 10 ml, lasciandolo morbido per estrarlo senza traumi. Nel frattempo abbiamo ricevuto maggiori informazioni sul DM: non si evidenziano problemi riempiendo il palloncino con circa 10 ml di fisiologica, anziché i 20 ml indicati sulla confezione.

**Conclusioni.** A seguito di segnalazioni, la rete di vigilanza sui DM ha operato con efficacia: le richieste di sostituzione PEG sono diminuite. Il palloncino di ancoraggio diventa troppo rigido se riempito con i 20 ml di fisiologica indicati sulla confezione, facilitandone la rottura ed ostacolando il defluire dei liquidi. Ci aspettiamo che la ditta chiarisca che i 20 ml indicano il volume massimo di riempimento, non quello consigliato. Questo è un esempio di come il farmacista che vigila sul buon uso dei DM possa contribuire con efficacia a migliorarne sia l'uso che la produzione/confezionamento.

## FARMACEUTICA TERRITORIALE

### MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E DELLE INTERAZIONI FARMACOLOGICHE NEI PAZIENTI IN POLIFARMACOTERAPIA IN REGIME DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Davide Re

ASL Teramo, Assistenza Sanitaria Territoriale, Teramo

**Introduzione.** La polifarmacoterapia è causa di insorgenza di interazioni tra farmaci e conseguenti reazioni avverse. Inoltre se condotta su soggetti anziani (età  $\geq 65$  anni) comporta di frequente casi di inappropriatezza prescrittiva. Obiettivo del presente lavoro è quello di individuare nei pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI) di un distretto sanitario di base (DSB) soggetti a polifarmacoterapia, le poliprescrizioni causa di interazioni farmacologiche e di inappropriatezza prescrittiva al fine di dividerne i risultati con i curanti e migliorare quindi il percorso assistenziale dei pazienti.

**Materiali e metodi.** Tramite il software gestionale Apoteke Gold di Record Data Srl, sono state monitorate le prescrizioni farmaceutiche relative al periodo gennaio 2015-marzo 2016 dei pazienti in ADI di un DSB. Di queste, tramite le banche dati Micromedex e CFO (Compendio Farmaceutico Ospedaliero) di Farmadati Italia, sono state verificate le potenziali interazioni farmacologiche nei soggetti che hanno ricevuto una polifarmacoterapia. Inoltre nei soggetti anziani sono state evidenziate le inappropriatezze prescrittive secondo la prima

delle tre liste di Beers 2012(1), quella adattata al mercato italiano. Al termine della rilevazione sono stati inviati report analitici ai medici con le inappropriatezze di Beers e/o le interazioni farmacologiche riscontrate.

**Risultati.** I trattati nel periodo considerato sono stati 359 di cui 269 (74,9%) con età  $\geq 65$  anni. Di questi, 61 pazienti (22,6%) hanno ricevuto farmaci inappropriati secondo Beers per un totale di 3.428 DDD (Defined Daily Dose). Del totale trattati sono stati 41 (11,4%) quelli che hanno ricevuto poliprescrizioni di farmaci a rischio di interazioni pericolose (44 quelle riscontrate con 50 principi attivi coinvolti). Delle prescrizioni con alert e interazioni farmacologiche sono state predisposte tabelle da inviare ai prescrittori con relative descrizioni, raccomandazioni d'uso ed eventuali farmaci alternativi.

**Conclusioni.** Anche se il campione preso in esame riguarda un solo DSB e sono stati considerati solamente le interazioni gravi e gli alert di Beers, il disegno di questo lavoro può essere esteso a tutti i pazienti in ADI degli altri DSB. Sarebbe interessante ed auspicabile verificare se, dopo la comunicazione dei risultati emersi ai medici prescrittori, questi abbiano modificato il loro atteggiamento prescrittivo alla luce delle criticità evidenziate. Ancora una volta emerge il ruolo del farmacista aziendale nel monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e, attraverso la condivisione con i caregivers delle inappropriatezze e interazioni farmacologiche riscontrate, nel miglioramento del setting assistenziale dei pazienti.

**Bibliografia.** (1) Nobili A, Pasina L, Mangiagalli A, Marchetti AR, Frau S, Zimol R. Dialogo sui farmaci n. 3/2012.

### APPROPRIATEZZA NEL TRATTAMENTO DELL'OSTEOPOROSI NELL'ASL NAPOLI 2 NORD

Antonio Cavallaro,<sup>1</sup> Antonio Casciotta,<sup>1</sup> Marianna Balestrieri,<sup>2</sup> Stefania Rostan,<sup>3</sup> Anna Buono,<sup>4</sup> Vincenzo D'Agostino<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ASL Napoli 2 Nord, UOC Farmacoeconomia, Appropriatelyzza Farmaceutica e Monitoraggio della Spesa, Napoli

<sup>2</sup>ASL Napoli 2 Nord, Dipartimento Farmaceutico, Napoli

<sup>3</sup>ASL Napoli 2 Nord, UOC Farmacovigilanza e Flussi Informativi, Napoli

<sup>4</sup>ASL Napoli 2 Nord, UOC Accreditamento e Controllo della Spesa Sanitaria, Napoli

**Introduzione.** Per valutare l'appropriata gestione terapeutica dell'osteoporosi sono stati considerati gli indicatori riportati nell'ultimo rapporto Osmed(gennaio-settembre 2015) e le indicazioni fornite dalla nota aifa 79. A livello nazionale si evidenzia che, a fronte di un trend in aumento delle fratture ossee, vi è un decremento del -3.1% dell'utilizzo dei bifosfonati, il 78,8% dei pazienti con frattura od in terapia con corticosteroidi, non è in trattamento mentre il 49,7% di pazienti non è aderente al trattamento. La nota aifa 79 riporta che la carenza di vitamina D può vanificare considerevolmente l'effetto dei farmaci per il trattamento dell'osteoporosi pertanto l'utilizzo della vitamina D non può costituire da sola il trattamento dell'osteoporosi.

**Materiali e metodi.** Sono stati esaminati e confrontati rispetto al dato nazionale, i consumi dei bifosfonati e di vitamina D in termini di DDDx1.000 assistibili pesati/die. Dalle ricette dematerializzate, sono stati individuati il numero di assistiti in trattamento con bifosfonati, vitamina D o con entrambi i farmaci. Inoltre, laddove è indicata la diagnosi di osteoporosi sono stati individuati gli assistiti in terapia con solo Vitamina D. Dai dati delle DRG degli assistiti over 45, dimessi con frattura del femore, anca o pelvi, è stato caratterizzato per genere il trend delle fratture degli ultimi quattro anni. Infine, è stata calcolata l'aderenza terapeutica dal numero di confezioni anno/assistito.

**Risultati.** Risulta per ogni singola ASL e Regione, rispetto al dato nazionale, un basso utilizzo dei bifosfonati ed un maggiore utilizzo di vitamina D. Per gli assistiti a cui sono stati prescritti in convenzionata bifosfonati e/o vitamina D, risulta che 29.932 sono stati trattati solo con vitamina D, il 64,37% di questi, pari a 19.268 di età  $> 60$  anni. L'88% di questi ultimi sono di genere femminile. Inoltre, 1.751 assistiti sono stati trattati solo con bifosfonati e solo 2.320 assistiti trattati con bifosfonati e vitamina D. Inoltre, 4.600 assistiti con diagnosi di osteoporosi sono stati trattati solo con vitamina D. Si registra un trend in aumento di fratture e nel 2015 abbiamo 315 assistiti dimessi con frattura di cui 260 (83%) senza trattamento alcuno (bifosfonati e/o vitamina D) 5 assistiti (2%) in trattamento con bifosfonati e vitamina D, 2 (1%) in trattamento con bifosfonati, 47 (15%) in trattamento solo con vitamina D.

**Conclusioni.** Dall'analisi dei dati di consumo emerge che i pazienti affetti da osteoporosi sono sotto-trattati, una significativa percentuale trattati solo con vitamina D ed infine emerge una scarsa aderenza ed un concomitante trend in aumento delle fratture.

#### VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEGLI ANTIBIOTICI DEI MMG E PLS NELL'ASL NA 2 NORD

Antonio Casciotta,<sup>1</sup> Marianna Balestrieri,<sup>2</sup> Antonio Cavallaro,<sup>1</sup> Stefania Rostan,<sup>3</sup> Francesca Trani,<sup>4</sup> Vincenzo D'Agostino<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ASL Napoli 2 Nord, UOC Farmacoconomia, Appropriately Prescrittiva e Monitoraggio della Spesa Farmaceutica, Napoli

<sup>2</sup>ASL Napoli 2 Nord, Dipartimento Farmaceutico, Napoli

<sup>3</sup>ASL Napoli 2 Nord, Farmacovigilanza e Flussi Informativi, Napoli

<sup>4</sup>ASL Napoli 2 Nord, UOC Accreditamento e Controllo della Spesa Sanitaria, Napoli

**Introduzione.** Le analisi riportate nei Rapporti OsMed sull'uso dei farmaci antibiotici, mostrano un trend di crescita dello scostamento percentuale dal valore nazionale delle DDD/1000 abitanti/die nel periodo 2011-2015 (rispettivamente dal 42% anno 2011 al 48% nel 2015). Rispetto alle altre Regioni, la Campania risulta la Regione con il più alto consumo di antibiotici con 32,6 DDD/1000 abitanti/die nel 2015. L'elevato consumo dei farmaci appartenenti alla classe ATC J01(antibiotici), rilevato dal trend storico dei dati statistici riguardanti la nostra ASL ha indotto a costituire da diversi anni una costante attività di monitoraggio attraverso l'elaborazione di appositi report circa l'appropriately e l'iperprescrizione.

**Materiali e metodi.** Per avere una fotografia del comportamento prescrittivo tra le diverse ASL è stato prodotto un grafico a quattro quadranti riportante le DDDX1000 assistibili die ed il costo DDD. Sono state considerate inappropriate quelle prescrizioni in cui ad uno stesso assistito sono state prescritte nello stesso mese ed in maniera sequenziale almeno tre e più classi di antibiotici differenti (ATC al 4°livello) somministrati per via orale. Mentre sono state considerate iperprescrizioni quando sono state prescritte ad uno stesso assistito: a) nello stesso mese antibiotici somministrati per via orale in quantità eccedente rispetto a quanto riportato in scheda tecnica; b) nell'arco temporale di un anno, in maniera cronica ogni mese ad uno stesso assistito vi è stata la prescrizione di almeno un antibiotico. Per misurare l'iperprescrizione dei medici è stato utilizzato come ulteriore indicatore il numero di ricette di prescrizioni antibiotiche per assistito per singolo medico calcolando così: la % di assistiti trattati con antibiotici rispetto al totale degli assistibili, lo scostamento % dalla media dei PLS e dalla media dei MMG per singolo Distretto Sanitario e lo scostamento % dei DS dalla media ASL.

**Risultati.** Il grafico a quattro quadranti mostra che nella nostra ASL si utilizzano ancora molti antibiotici ma a basso costo ed in particolare si evidenzia che tra le sette ASL Regionali vi è una unica ASL in cui si utilizzano molti antibiotici ad alto costo. Inoltre, dal numero di ricette per assistito è stato possibile individuare quei medici maggiormente iperprescrittori e rilevare il Distretto Sanitario più virtuoso 15,5% rispetto a quello meno virtuoso -16%.

**Conclusioni.** L'invio mensile dei relativi report ai direttori di Distretto si è dimostrato uno strumento efficace attraverso il quale le UCAD, dopo aver esaminato i report insieme ai medici prescrittori interessati, hanno ottenuto un significativo allineamento dei comportamenti prescrittivi.

#### ANALISI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLA ROSUVASTATINA

Laura Fantini,<sup>1</sup> Fabio Ambrosini Spinella,<sup>2</sup> Silvia Bernardini,<sup>3</sup> Chiara Pettinelli,<sup>3</sup> Gaia Gioia Lobbia,<sup>2</sup> Roberta Ricciardelli,<sup>2</sup> Anna Maria Resta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Istituto Ortopedico Rizzoli, Farmacia Ospedaliera, Bologna

<sup>2</sup>Area Vasta 1 ASUR Marche, Servizio Farmaceutico Territoriale, Ancona

<sup>3</sup>Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università di Camerino, Camerino

**Introduzione.** La Regione ha individuato specifici obiettivi finalizzati al monitoraggio dell'uso appropriato di farmaci ad alto costo e alla sostenibilità economica del sistema sanitario regionale. In Italia, dal punto di vista normativo, la prescrizione di statine è regolamentata dalla nota AIFA 13 che stratifica i pazienti affetti da ipercolesterolemia in base al rischio medio, moderato, alto e molto alto. La rosuvastatina è approvata solo in seconda linea, dopo fallimento terapeutico o

effetti collaterali manifestati con altre statine. Al fine di contenere e qualificare, nei limiti programmati, la spesa farmaceutica, la Regione ha richiesto particolare vigilanza dell'aderenza alla nota 13 e all'appropriately prescrittiva.

**Materiali e metodi.** L'analisi è stata condotta estrapolando i dati di consumo e di spesa relativi al 2015, ponendo l'attenzione alle prescrizioni naive di Rosuvastatina.

**Risultati.** Le statine prescritte sono state: atorvastina (costo medio per trattamento, CMT, € 71,40), fluvastatina (CMT € 121,40), lovastatina (CMT € 118,40), pravastatina (CMT € 83,70), simvastatina (CMT € 79,90) e rosuvastatina (CMT € 255,80). I pazienti trattati con statine sono stati 42.053. Analizzando i dati sulla rosuvastatina, è emerso che le prescrizioni in pazienti naive e quindi non appropriate secondo quanto dettato dalla nota 13, sono state 6.974, pari al 16.6%, con una spesa di € 1.783.949.

**Conclusioni.** I dati suggeriscono un non completo rispetto della nota 13 da parte dei medici prescrittori. Convertendo l'inappropriatezza delle 6.974 prescrizioni di rosuvastatina con atorvastina (molecola raccomandata nella nota 13 in prima prescrizione) ci sarebbe stato un risparmio di € 1.286.005. L'attività di monitoraggio farmaceutico assume un ruolo determinante nel perseguire i principi di efficacia, efficienza ed economicità; Il confronto con i medici prescrittori, potrebbe portare oltre ad un maggior rispetto dell'appropriately prescrittiva, a dei risultati soddisfacenti in termini di spesa farmaceutica senza diminuire la qualità e la sicurezza delle cure per i pazienti.

#### OSTEOPOROSI: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA, USI OFF-LABEL E IPERPRESCRIZIONI

Grazia Mingolla, Annamaria Pia Terlizzi, Barbara Andria, Francesca Vittoria Rizzi, Daniela Ancona

ASL BAT, Dipartimento del Farmaco, Andria

**Introduzione.** Scopo del presente studio è valutare l'appropriately prescrittiva dei farmaci per il trattamento dell'osteoporosi. Detta classe di farmaci è regolamentata dalla Nota AIFA 79, che limita la rimborsabilità nel trattamento dell'osteoporosi finalizzato alla riduzione del rischio di frattura, nella prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche e nella prevenzione primaria in post menopausa o uomini di età  $\geq 50$  anni a rischio elevato di frattura. Al contempo, la medesima nota definisce i criteri di priorità sui trattamenti farmacologici da utilizzare in funzione della modalità di impiego, della compliance, della sicurezza, dell'appropriately e del rapporto costo-efficacia: i trattamenti sono, pertanto, classificati in trattamenti di prima, seconda e terza scelta.

**Materiali e metodi.** Sono state valutate le prescrizioni emesse da gennaio 2015 ad aprile 2016 dai Medici di Medicina Generale (MMG) di una Asl pugliese. La verifica in oggetto è stata eseguita selezionando i pazienti che hanno ricevuto prescrizioni di farmaci di seconda o terza scelta (stronzio ranelato, ibandronato, raloxifene e bazedoxifene), per i quali non risultano prescrizioni precedenti di altri bifosfonati (trattamento di prima scelta) o di altri farmaci regolamentati dalla nota 79. Cluster della verifica è stato, inoltre, costituito dalla drug accountability della formulazione long-acting, al fine di misurarne la compliance alla terapia ed eventuali situazioni di iperprescrizione, così come la verifica del rilascio di formulazioni, indicate solo per pazienti di sesso femminile, a pazienti di sesso maschile.

**Risultati.** Nel periodo in analisi risultano prescrizioni per 12.288 pazienti (10.943 donne; 1.345 uomini). Tra queste 86,81% sono di farmaci di prima linea, 12,64% di seconda linea e 0,55% di terza linea. Lo 0,26% dei pazienti in seconda linea e l'8,82% di quelli in terza risultano non aver mai effettuato un trattamento di prima linea. Per quanto riguarda i 597 pazienti di sesso maschile, nel 43,64% dei casi il trattamento è off-label. 114 pazienti in totale hanno ricevuto, inoltre, almeno tre mesi di terapia in più rispetto al fabbisogno reale.

**Conclusioni.** Dall'analisi effettuata sono emersi comportamenti prescrittivi disarmonici con le indicazioni della Nota 79. In particolare, l'elevato numero di prescrizioni off-label a pazienti di sesso maschile costituisce un importante problema clinico e di politica sanitaria. Al fine di fornire, quindi, un supporto per i MMG e favorire l'appropriately prescrittiva è stato creato un prospetto riepilogativo delle indicazioni approvate per ogni principio attivo dal momento che, anche se ricompresa nella nota 79, è da considerarsi sempre vincolante l'indicazione terapeutica registrata in scheda tecnica.

**Bibliografia.** Nota 79.

#### APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FEBUXOSTAT

Grazia Mingolla, Annamaria Pia Terlizzi, Barbara Andria, Francesca Vittoria Rizzi, Daniela Ancona  
ASL BAT, Dipartimento del Farmaco, Andria

**Introduzione.** Nel 2015 la spesa netta per 1000 abitanti per il Febuxostat in una Asl pugliese è incrementata del 14,7% rispetto al 2014 raggiungendo una spesa di € 1.661,22 contro gli € 574,26 dell'Italia. Al fine di monitorare l'appropriatezza prescrittiva del Febuxostat ed evidenziare eventuali anomalie, è stata condotta un'analisi retrospettiva. La Nota AIFA 91, infatti, limita l'utilizzo del Febuxostat al "trattamento dell'iperuricemia cronica con anamnesi o presenza di tofi e/o di artrite gottosa in soggetti che non siano adeguatamente controllati con Allopurinolo o siano ad esso intolleranti".

**Materiali e metodi.** L'analisi è stata effettuata da gennaio 2015 a aprile 2016 sui pazienti residenti nella Asl pugliese di riferimento. Mediante l'utilizzo del database interno Oracle, è stata selezionata sia la coorte di pazienti che, nel periodo in analisi, aveva ricevuto almeno una prescrizione di allopurinolo, sia quella dei pazienti con almeno una prescrizione di febuxostat. Alla luce di quanto disposto dalla Nota AIFA, dato che il trattamento con allopurinolo è indicato come prima scelta, è verosimile presupporre che tutti i pazienti che siano in trattamento con febuxostat abbiano effettuato, nel periodo precedente, almeno un trattamento con allopurinolo. Dalla coorte Febuxostat sono stati, quindi, esclusi tutti i pazienti presenti anche nella coorte Allopurinolo e, successivamente, tra i pazienti restanti, sono stati selezionati i pazienti naive, cioè tutti quei pazienti che hanno iniziato il trattamento con febuxostat nei primi 4 mesi del 2016.

**Risultati.** Da gennaio 2015 a aprile 2016 risultano essere in terapia per il trattamento della gotta 11.003 assistiti (di cui 3.535 con Febuxostat, pari al 32,13%). Dei 3.535 assistiti in trattamento con Febuxostat, 407 hanno iniziato il trattamento nel periodo gennaio-aprile 2016. Tra questi, il 32,66% ha effettuato la variazione di terapia da Allopurinolo a Febuxostat, mentre il restante 66,34%, risulta non essere mai stato trattato con Allopurinolo.

**Conclusioni.** Dalle verifiche effettuate dall'Area farmaceutica è stato evidenziato un numero elevato di prescrizioni a carico del SSN al di fuori delle condizioni previste dalla Nota 91 per le quali si potrebbe ravvisare la non appropriatezza. Con lo scopo di correggere questo comportamento inappropriato, che potrebbe comportare un aggravio di spesa per la ASL e un danno erariale, i risultati dell'analisi sono stati sottoposti all'attenzione di Direttori di Distretto e discussi con i MMG coinvolti.

**Bibliografia.** Nota AIFA 91.

#### DECRETO COMMISSARIALE 56/2015: INAPPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI FARMACI INIBITORI DELLA COX-2 NELL'ASL NAPOLI 2 NORD

Antonio Casciotta,<sup>1</sup> Marianna Balestrieri,<sup>2</sup> Antonio Cavallaro,<sup>1</sup> Stefania Rostan,<sup>3</sup> Michele Alfè,<sup>4</sup> Vincenzo D'Agostino<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ASL Napoli 2 Nord, UOC Farmacoeconomia, Appropriatezza Prescrittiva e Monitoraggio della Spesa Farmaceutica, Napoli

<sup>2</sup>ASL Napoli 2 Nord, Dipartimento Farmaceutico, Napoli

<sup>3</sup>ASL Napoli 2 Nord, UOC Farmacovigilanza e Flussi Informativi, Napoli

<sup>4</sup>ASL Napoli 2 Nord, UOC Cure Primarie e Specialistiche

**Introduzione.** I coxib sono una classe di farmaci che dovrebbero essere preferiti ai FANS non selettivi solo se vi è un'indicazione specifica e comunque soltanto dopo un'attenta valutazione del rischio cardiovascolare. Il Decreto Commissariale 56/2015, indica che il celecoxib deve essere preferito all'eterocoxib in quanto caratterizzato da un profilo costo/efficacia superiore a meno di specifiche intolleranze motivate, inoltre la prescrivibilità è riconosciuta per il celecoxib alle dosi di 200-400 mg/die in tutte le indicazioni mentre per l'eterocoxib, è previsto un impiego diverso a seconda della diversa dose utilizzata. Pertanto, si è proceduto ad individuare sia se le prescrizioni dei coxib erano precedute da segnalazione di farmacovigilanza e dalle diagnosi, laddove indicate sulla ricetta dematerializzata e se, per l'eterocoxib, veniva utilizzato il corretto dosaggio.

**Materiali e metodi.** Per la rilevazione dei dati sono state consultate le ricette dematerializzate spedite in convenzionata nell'anno 2015. Sono state individuate le prescrizioni dei FANS e dei coxib. Sono stati identificati gli assistiti a cui il medico ha indicato nel campo note della ricetta intolleranza o inefficacia terapeutica al Fans per poi prescrivere un coxib o per switchare dal celecoxib vs l'eterocoxib ed incrociati con le segnalazioni pervenute. È stata stratificata la percentuale di

assistiti in trattamento con i diversi dosaggi di eterocoxib ed individuate le ricette in cui la diagnosi è incongruente con il dosaggio di eterocoxib prescritto.

**Risultati.** In un anno 237.279 assistiti sono stati trattati con un FANS di cui 11.520 (5%) in trattamento con celecoxib e 22.926 (10%) in trattamento con eterocoxib. Questi ultimi alle dosi di 120/mg (Artrite Gottosa Acuta), per il 4%, da 90/mg (Artrite Reumatoide e Spondilite Anchilosante), per il 52% e da 60/mg (Osteoartrosi) il 44%. Sono stati trattati inappropriatamente con eterocoxib: 1.271 assistiti (6%) uno stesso assistito ha utilizzato differenti dosaggi del farmaco, 447 assistiti trattati con un eterocoxib 60/mg con diagnosi diversa dalla osteoartrosi, 45 assistiti trattati con eterocoxib 120/mg con diagnosi diversa dall'artrite gottosa acuta, 703 assistiti trattati con eterocoxib 90/mg con diagnosi diversa dalla Artrite Reumatoide e Spondilite Anchilosante. Inoltre, 69 assistiti trattati con un coxib a seguito di intolleranza o inefficacia terapeutica senza una segnalazione di farmacovigilanza.

**Conclusioni.** Emerge una significativa inappropriata d'uso dei coxib ed un considerevole numero ingiustificato di switch terapeutici. L'invio mensile dei relativi report ai direttori di Distretto si è dimostrato uno strumento efficace attraverso il quale le UCAD, dopo aver esaminato i report insieme ai medici prescrittori interessati, hanno ottenuto un significativo allineamento dei comportamenti prescrittivi.

#### EPATITE C: UTILIZZO DEI NUOVI ANTIVIRALI AD AZIONE DIRETTA NELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO ANNO 2014 E PRIMO SEMESTRE 2015

Corrada Valeria Maria Scillia,<sup>1</sup> Alexia Greco,<sup>1</sup> Giuseppina De Stefano,<sup>2</sup> Fiorella Servadei,<sup>2</sup> Francesca Sacco,<sup>2</sup> Saveria Crudo,<sup>3</sup> Maria Rosaria Maione<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASP di Catanzaro, UO Farmaceutica Territoriale, Catanzaro

<sup>2</sup>ASP di Catanzaro, Farmacia Distrettuale, Catanzaro

<sup>3</sup>Università "Magna Graecia" di Catanzaro, Facoltà di Farmacia, Catanzaro

**Introduzione.** Gli antivirali ad azione diretta (Directly-Acting-Antivirals-PADAA) hanno modificato l'approccio terapeutico nella cura dell'epatite C. Lo studio, condotto nell'Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro-ASPCZ nell'anno 2014 e primo semestre 2015, valuta: l'uso dei PA-DAA, l'accesso agli Schemi-Terapeutici, la compliance ai trattamenti e l'incidenza dei nuovi PA sulla spesa farmaceutica dell'ASP.

**Materiali e metodi.** Gli Schemi-Terapeutici dei PADAA, la compliance (follow-up) e i criteri di eleggibilità d'accesso ai nuovi trattamenti (genotipo dell'HCV, stadiazione fibrosi, diagnosi di cirrosi e/o presenza di epatocarcinoma e/o di coinfezione HIV/HBV), sono stati rilevati sulle schede-paziente della piattaforma-Registri-monitoraggio-AIFA.

I dati utili alla valutazione d'incidenza sulla spesa farmaceutica dell'ASPCZ sono stati estratti dal portale on-line delle prescrizioni farmaceutiche convenzionate SSN e dai Gestionali delle Farmacie-Distrettuali.

**Risultati.** Il numero di trattati per epatite C-cronica-HCV, nell'ASPCZ, risulta: nel 2014: 98pz (64 maschi-34 femmine); i principali regimi terapeutici sono a base di peg-IFN $\alpha$ 2a (31%) o peg-IFN $\alpha$ 2b+ribavirina (34%); il 21% dei trattamenti sono costituiti dalla triplice associazione, di cui il 6% + boceprevir ed il 15%+telaprevir. Nel primo semestre 2015: 197 pazienti (108 maschi-89 femmine), di cui 36 già presenti nel 2014, l'83,7% dei trattati ha avuto accesso ai nuovi regimi terapeutici. Criterio di eleggibilità predominante è: paziente con cirrosi in classe di Child-PughAoBe/o con HCC, non candidabili a trapianto epatico. Genotipo più diffuso: 1b (96pz). Diagnosi rilevate sui registri AIFA: 45 casi cirrosi, 111 fibrosi e 9 epatocarcinoma; di cui 1 caso confezione HBV e 5 casi confezione HIV; 57,32% pazienti hanno controindicazione all'uso di regimi conIFN. Riguardo all'esposizione a precedenti trattamenti: 86 pazienti già trattati con peg-IFN+ribavirina, 70 pazienti naive, 1 paziente con PADAA; di questi risultano: 58% null-responder al pegIFN + ribavirina, 19% relapser, 7% partial-responder 16% nonclassificato. Vengono prescritti principalmente: simprevir+sofosbuvir (31%), simprevir+sofosbuvir+ ribavirina (23%) e sofosbuvir+ribavirina (15%) rispetto agli schemi classici: peg-IFN $\alpha$ 2a+ribavirina (6pz di cui 3naive) e peg-IFN $\alpha$ 2b + ribavirina (19 pazienti di cui 8 naive).

**Conclusioni.** I pazienti trattati sono passati da 98 (anno 2014) a 197 (primo semestre 2015) di cui n.165 con PADAA. Relativamente alla compliance: 45% dei pazienti conclude i trattamenti secondo gli schemi-terapeutici, tranne 1 caso di

recidiva dopo terapia con simeprevir+sofosbuvir (24 settimane), successivamente trattato ledipasvir/sofosbuvir. La spesa farmaceutica è passata da €713.218,797 nel 2014 a €7.000.632,362 nel primo semestre 2015, di cui €6.932.596,526 dovuti ai nuovi regimi terapeutici. È indispensabile valutare l'efficacia e sicurezza a medio-lungo termine dei nuovi PA, la prospettiva di eliminare i danni provocati dal virus-HCV ed evitare il ricorso ai trapianti di fegato rappresenta un'importante opportunità per milioni di pazienti da coniugare con una puntuale programmazione dei trattamenti ai fini della sostenibilità economica SSN.

#### **REDAZIONE DI UNA SCHEDA DI MONITORAGGIO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI ROSUVASTATINA**

Sonia Erminia Favalli,<sup>1</sup> Fiorella Berardi,<sup>2</sup> Mariangela Dairaghi,<sup>3</sup> Paola Manzini<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASL Novara, SC Farmaceutica Territoriale, Novara; Scuola di Specializzazione in Farmacologia Medica, Università degli Studi di Milano, Milano

<sup>2</sup>ASL Novara, SC Farmaceutica Territoriale, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università del Piemonte Orientale, Novara

<sup>3</sup>ASL Novara, SC Farmaceutica Territoriale, Novara

**Introduzione.** Al fine di coniugare nella realtà territoriale appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica, è stato effettuato un monitoraggio delle prescrizioni di farmaci ipolipemizzanti orali ad alto costo con copertura brevettuale, come la rosuvastatina. Obiettivo dello studio è stato quello di ridurre l'impatto economico generato dalla prescrizione di rosuvastatina, talvolta non conformi alle indicazioni riportate in Nota 13 e di incrementare l'utilizzo di statine a brevetto scaduto.

**Materiali e metodi.** Sono state prese in considerazione le prescrizioni erogate in SSR su un campione di MMG iperprescrittori per tutto l'anno 2015, estrapolando i dati relativi al codice ATC C10AA07 (rosuvastatina) da database amministrativi ed incrociando i risultati con database di anagrafica. Per valutare l'aderenza alla terapia è stato calcolato MPR (Medical Possession Ratio), ovvero il numero di compresse sulle giornate di terapia (1 compressa al di secondo scheda tecnica). È stato considerato ottimale un MPR compreso tra 80% e 100%, scarso tra il 20% e 80%, occasionale < 20%. Gli iperconsumatori sono stati considerati aventi MPR > 100%.

**Risultati.** Dall'analisi è emerso che nel corso del 2015 i MMG iperprescrittori sono risultati essere il 13% sul totale dei MMG con 1996 ricette redatte. Il 51% (n=1016) dei pazienti in trattamento con rosuvastatina sono di sesso maschile, il restante 49% (n=980) femminile. È inoltre stata fatta un'analisi sull'età degli assistiti, ed è risultato che il 30% ha meno di 65 anni, il 50% è di età compresa tra i 65-80 anni e il 20% ha più di 80 anni. Verificando le esenzioni per patologia è stato osservato che solo il 47% dei pazienti ha usufruito di un'esenzione per patologia, nello specifico 002 (sistema cardio-circolatorio) 50%, 013 (diabete) nel 48% e 025 (iperlipidemie familiari) nel 26%. La rosuvastatina a basso dosaggio, 5mg e 10mg, è stata quella maggiormente prescritta. L'aderenza alla terapia è ottimale in quasi il 50% dei pazienti, l'11% ha utilizzato il farmaco in modo occasionale, ovvero 1-2 confezioni nell'anno 2015, mentre la percentuale di iperconsumatori è intorno al 30%.

**Conclusioni.** In seguito all'analisi dei dati, è stata redatta una scheda di monitoraggio, sia in formato cartaceo che elettronico, per la prescrizione di rosuvastatina in conformità alle indicazioni previste dalla nota 13, da compilarsi da parte del MMG o dal medico specialista. Ciò consentirà di valutare con maggiore accuratezza la prescrizione a carico del SSN di statine altospendenti e di allocare le risorse in maniera corretta.

#### **NAO vs AVK e NAO vs NAO: DAL 2013 AD OGGI**

Annamaria Pia Terlizzi, Grazia Mingolla, Barbara Andria, Francesca Vittoria Rizzi, Daniela Ancona  
ASL BAT, Dipartimento del Farmaco, Andria

**Introduzione.** Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban sono Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) approvati per il trattamento della Fibrillazione Atriale Non Valvolare (FANV). Rivaroxaban, inoltre, è indicato anche nella Trombosi Venosa Profonda (TVP) e nella Embolia Polmonare (EP). La prescrivibilità a carico del SSN è stata approvata con tempistiche differenti: dabigatran (luglio 2013); rivaroxaban, per la FANV, da ottobre 2013 e, per la TVP, da giugno 2014; apixaban (marzo 2014).

**Materiali e metodi.** Utilizzando il sistema di reportistica aziendale ORACLE, alimentato a sua volta dai dati del MEF, sono stati estrapolati i dati relativi ai pazienti in trattamento anticoagulante orale (TAO) negli anni 2013, 2014 e 2015. I dati ottenuti sono stati confrontati al fine di verificare, per ogni anno, l'andamento prescrittivo dei tre NAO e degli inibitori della vitamina K (AVK). È stato, inoltre, analizzato lo switch terapeutico tra inibitori AVK e NAO e quello tra i vari NAO.

**Risultati.** Mediamente, ogni anno, risultano in trattamento anticoagulante 5888 pazienti (5250 nel 2013, 5691 nel 2014 e 6725 nel 2015). Nel 2013 143 pazienti sono passati da un trattamento con AVK a NAO, nel 2014 i pazienti sono stati 261, nel 2015 350. Gli switch terapeutici tra NAO sono meno frequenti: • Dabigatran-Rivaroxaban 26 switch (2 nel 2013, 6 nel 2014 e 18 nel 2015); • Rivaroxaban-Dabigatran 1 switch (2015); • Apixaban-Dabigatran 6 switch (3 nel 2014 e 3 nel 2015); • Dabigatran-Apixaban 31 switch (19 nel 2014 e 12 nel 2015); • Apixaban-Rivaroxaban 1 switch (2015); • Rivaroxaban-Apixaban 6 switch (2 nel 2014 e 4 nel 2015). Il profilo di sicurezza dei NAO è stato valutato verificando l'eventuale presenza di Reazioni avverse (ADRs) nella Rete Nazionale Farmacovigilanza (RNF). Non risultano, però, presenti ADRs immesse dai medici/specialisti del nostro territorio nel periodo in esame.

**Conclusioni.** Dai risultati della nostra indagine è emerso che la maggior parte dei pazienti trattati con NAO assumeva in precedenza AVK. Nonostante i NAO siano in commercio da più di tre anni e risultino più maneggevoli degli AVK, il numero di pazienti in terapia con AVK non ha, però, subito modifiche sostanziali. Interessante è l'alta incidenza di switch da Dabigatran ad altri NAO. Dai dati di letteratura emerge che la sospensione della terapia con Dabigatran è spesso dovuta a problemi gastrointestinali, ma questa spiegazione non è purtroppo verificabile, in quanto non sono presenti in RNF segnalazioni provenienti dalla nostra ASL.

#### **STUDIO FARMACO ECONOMICO SUGLI INIBITORI DELLA HMG-CoA REDUTTASI**

Annamaria Pia Terlizzi, Grazia Mingolla, Barbara Andria, Cataldo Procacci, Francesca Vittoria Rizzi, Daniela Ancona  
ASL BAT, Dipartimento del Farmaco, Andria

**Introduzione.** La prescrivibilità, a carico del SSN, degli inibitori della HMG-CoA reduttasi è regolamentata dalla Nota AIFA 13 che, in base ai valori ematici di colesterolo LDL ed ai fattori di rischio del paziente, individua: pazienti con rischio medio, con rischio moderato, con rischio alto, con rischio molto alto. A seconda di tale rischio si distinguono trattamenti di prima e seconda scelta. Si presenta, in questo lavoro, una valutazione farmacoeconomica degli inibitori della HMG-CoA reduttasi attualmente in commercio.

**Materiali e metodi.** Al fine di scegliere i principi attivi da inserire nel capitolato di gara regionale, abbiamo effettuato uno studio farmacoeconomico sugli inibitori della HMG-CoA reduttasi attualmente approvati in Italia. Sono, infatti, sei le statine a disposizione del clinico: simvastatina, lovastatina, pravastatina, fluvastatina, atorvastatina e rosuvastatina. L'obiettivo di questa analisi è conciliare l'aspetto prettamente economico con quello terapeutico. Pertanto abbiamo, dapprima, valutato i costi della terapia mediante un'analisi di mercato, poi, al fine di garantire la più ampia copertura terapeutica possibile, abbiamo confrontato le schede tecniche ed esaminato le indicazioni approvate per ogni singolo principio attivo.

**Risultati.** Dall'analisi delle indicazioni approvate risulta che tutte le statine sono ugualmente efficaci nella prevenzione cardiovascolare. Tutte, inoltre, possono essere impiegate per il trattamento dell'Ipercolesterolemia primaria, per quella Eterozigote e per la Dislipidemia mista. Se la scelta, quindi, si limitasse solo a queste indicazioni, l'unico parametro discriminante sarebbe il costo di terapia. Gli unici principi attivi approvati per il trattamento dell'Ipercolesterolemia familiare omozigote sono attualmente: simvastatina, atorvastatina, rosuvastatina. Fatta eccezione per lovastatina, i restanti inibitori della HMG-CoA reduttasi possono essere impiegati in pediatria, ma, non coprendo le medesime fasce d'età, sono da prediligere Rosuvastatina e Pravastatina, indicate, rispettivamente, a partire da 6 e da 8 anni. Solo pravastatina è indicata nella riduzione dell'Ipercolesterolemia post-trapianto. Inoltre, dall'analisi dei costi di terapia, espressi in €/mese in funzione delle DDD, è emerso che la spesa varia da 3,25€/mese per atorvastatina a 18,28 €/mese per lovastatina (pravastatina 6,34€/mese, simvastatina 7,08€/mese, fluvastatina 7,09€/mese, rosuvastatina 11,54€/mese).

**Conclusioni.** Rosuvastatina, pravastatina, atorvastatina sono state selezionate. Rosuvastatina, nonostante sia la seconda molecola più costosa, è l'unica indicata in II linea dalla Nota 13. Pravastatina è la sola in grado di salvaguardare i pazienti affetti da ipercolesterolemia post trapianto e, tra l'altro, è anche seconda in termini di economicità. Atorvastatina sarebbe da preferire rispetto ai restanti quattro inibitori della HMG-CoA reduttasi, perché è quella che meglio concilia indicazioni terapeutiche e sostenibilità economica.

#### **LA SCELTA TERAPEUTICA COME LAVORO DI ÈQUIPE: L'ESPERIENZA DELL'ASL CN1 NELL'AMBITO DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA**

Giorgia Pellegrino,<sup>1</sup> Grazia Merlino,<sup>1</sup> Andreina Bramardi,<sup>1</sup> Cinzia Giordanengo,<sup>2</sup> Lorena Silvestro,<sup>2</sup> Elga Cagliero,<sup>2</sup> Stefania Mellano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ASL CN1, Farmacia Ospedaliera, Cuneo

<sup>2</sup>ASL CN1, Farmacia Territoriale, Cuneo

**Introduzione.** Il lavoro d'équipe costituisce un metodo valido ed efficace per favorire il raggiungimento degli obiettivi lavorativi. Il team di lavoro multidisciplinare rappresenta un importante strumento, che si caratterizza dalla collaborazione attiva di molteplici figure professionali, che operano in modo integrato alla realizzazione di progetti d'intervento volti a migliorare la qualità della vita dell'utenza, in un'ottica di ottimizzazione d'uso delle risorse e di razionalizzazione dei costi. È questo l'esempio dell'ASL CN1, che, grazie all'attività sinergica dei MMG, dei Medici Ospedalieri, dei Distretti e dei Farmacisti del Servizio Farmaceutico Ospedaliero e Territoriale ha ottenuto risultati rilevanti in termini di miglioramento dell'Appropriatezza Prescrittiva di alcune classi farmacologiche di interesse, come gli inibitori di pompa protonica, ottenendo di riflesso un notevole contenimento della spesa farmaceutica ed il riconoscimento a standard virtuoso tra le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere piemontesi.

**Materiali e metodi.** Per quanto concerne gli inibitori della pompa acida, il Servizio Farmaceutico Ospedaliero e Territoriale dell'ASL CN1 ha messo in atto, nell'ambito dell'intero comparto medico, un intervento di informazione ed approfondimento sulle indicazioni terapeutiche prescrivibili a carico del SSN, secondo le limitazioni previste dalle note AIFA 1 e 48, ma anche sulle potenziali conseguenze, quali possono essere le reazioni avverse (ADRs), e sugli ingenti costi derivanti da un utilizzo inappropriato di tale categoria di farmaci.

**Risultati.** Grazie all'azione di sensibilizzazione promossa, a cui i Medici Prescrittori hanno risposto potenziando considerevolmente l'attenzione nei confronti dell'Appropriatezza Prescrittiva, l'ASL CN1 si è distinta per essere la realtà piemontese con la minor spesa pro-capite per popolazione pesata, pari a 10,66 euro, a fronte di altre Aziende Sanitarie dove la spesa pro-capite registrata è stata di 18,54 euro (+ 74%): prendendo come riferimento il costo pro-capite dell'ASL CN1, si otterrebbe un potenziale risparmio annuo regionale di 19,5 milioni di euro, ovvero un terzo del totale della spesa sostenuta per questa categoria di farmaci.

**Conclusioni.** L'esperienza dell'ASL CN1 conferma che le équipe raggiungono traguardi significativi sia sul piano dei macro-interventi socio-sanitari territoriali, sia nell'approccio più specifico alla gestione dei singoli casi. Risulta quindi di vitale importanza procedere in questa direzione, mantenendo i buoni risultati finora conseguiti, non solo nella farmaceutica ma in tutti gli altri settori della Sanità locale, regionale e nazionale, al fine di fornire agli assistiti servizi in continuo miglioramento, che ne preservino la qualità di vita e che utilizzino in modo adeguato le risorse a disposizione dell'intera comunità.

#### **MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI IN NOTA AIFA 91**

##### **NEL TERRITORIO DELLA EX ASL MILANO 1**

Cristina Locati, Rachele Folchino, Silvia Pazzi, Elena Clerici  
ATS Città Metropolitana di Milano, Farmaceutico, Milano

**Introduzione.** La Nota AIFA 91 prevede la prescrizione di febuxostat a carico del SSN per il trattamento dell'iperuricemia cronica con anamnesi o presenza di tofi e/o di artrite gottosa in soggetti che non siano adeguatamente controllati con allopurinolo o siano ad esso intolleranti. Scopo di questo lavoro è stato quello di monitorare le prescrizioni SSN di febuxostat, per valutare l'effettiva applicazione di quanto indicato nella Nota Aifa.

**Materiali e metodi.** Per l'analisi è stato utilizzato il software FarmaVision da cui sono state estratte le ricette SSN spedite

nell'anno 2015 nel territorio della ex ASL Milano 1, relative al farmaco febuxostat e quindi in Nota AIFA 91. Per i pazienti con prescrizioni è stata verificata la presenza di ricette SSN di allopurinolo negli anni precedenti (2007-2015).

**Risultati.** Dall'analisi delle prescrizioni in SSN risultano 939 pazienti (385 femmine e 554 maschi) in terapia con febuxostat nel corso del 2015, per un totale di 1.019 ricette e 1.872 confezioni. Nel corso degli anni precedenti solo il 58% dei pazienti (543) presentava almeno una prescrizione di allopurinolo, mentre in 396 casi il farmaco sembra non essere stato precedentemente prescritto, come previsto dalla Nota Aifa. Per i pazienti con prescrizioni di allopurinolo risultano 590 ricette, di cui 582 prescritte da medici di medicina generale, 6 da specialisti e 2 da sostituti. Invece, per i pazienti che non presentano una precedente prescrizione di allopurinolo risultano 429 ricette, di cui 417 prescritte da medici di medicina generale, 8 prescritte da specialisti ospedalieri, 2 dalla guardia medica e 2 da sostituti.

**Conclusioni.** Dai risultati ottenuti si è osservata una parziale aderenza alle indicazioni della Nota AIFA 91 per il trattamento dell'iperuricemia cronica e non è emersa nessuna differenza di comportamento tra MMG e medici ospedalieri. Va però tenuto presente che, poiché il prezzo al pubblico di tutti i prodotti a base di allopurinolo in commercio è compreso tra 2,05 e 3,20 euro per gli equivalenti unbranded e raggiunge un massimo di 6,54 euro per il farmaco branded, è possibile che i pazienti abbiano acquistato a proprio carico il farmaco con ricetta bianca. Pertanto, queste prescrizioni potrebbero essere sfuggite al monitoraggio in quanto non sono disponibili i dati di vendita libera ma solo in regime SSN.

#### **CHRONIC CARE MODEL (CCM ): MODULO BPCO**

Rodolfo Bassi, Paola Arzilli, Cecilia Orsi,

Carmela D'Amico, Isabella Cinaglia

ASL Toscana centro, Dipartimento del Farmaco, Firenze

**Introduzione.** La Regione Toscana con la DGRT 467/2009 ha individuato un nuovo modello organizzativo per la presa in carico delle patologie croniche, passando da una sanità di attesa ad una sanità di iniziativa. Tale modello prevede un team multiprofessionale proattivo con il compito di attuare gli interventi resi necessari dai bisogni della singola patologia e del livello di rischio.

**Materiali e metodi.** Il progetto CCM, sviluppato da un team aziendale, prevede un modello che garantisce il coordinamento degli interventi e la continuità del percorso di salute del paziente tra territorio ed ospedale. Nella Casa della Salute di Empoli è stato condotto un progetto sperimentale di presa in carico totale dei pazienti con BPCO attraverso il quale la continuità del percorso di salute, prevede anche la consegna dei farmaci, come atto necessario per l'attuazione completa di un percorso clinico.

**Risultati.** Il MMG prescrive i farmaci, da assumere in maniera continuativa, sulla cartella informatizzata e redige un piano di trattamento su apposito modulo aziendale inviandolo alla Farmaceutica Territoriale attraverso una apposita casella mail dedicata al progetto; il Farmacista Territoriale, visionata la prescrizione, effettua la preparazione della fornitura personalizzata fino alla successiva visita programmata, garantisce tutte le operazioni necessarie al debito informativo regionale e attribuisce la spesa sostenuta al giusto centro di prescrizione. La logistica aziendale consegna le terapie personalizzate ai moduli CCM coinvolti nel progetto, il personale infermieristico consegna le terapie, nell'ambito delle visite programmate e del counselling educativo previsti dal CCM.

**Conclusioni.** Il progetto pilota ha dimostrato come l'effettuazione di un counselling farmacologico, la preparazione, la distribuzione e l'attento monitoraggio dei farmaci da parte del farmacista aziendale, consentano una maggiore adesione alla terapia ed un uso più appropriato della risorsa farmacologica da parte degli assistiti affetti da BPCO. Il progetto nella sua interezza è stato esteso, a fine 2015, a tutti i moduli CCM aziendali ed è attualmente a regime. Impegna, per alcune ore aggiuntive, 3 Farmacisti Dirigenti che garantiscono un controllo di appropriatezza prescrittiva ed un contestuale risparmio quantificabile in circa 60.000€/anno. Pur non essendo prevista nella DGRT 467/2009 la figura del farmacista come parte del Team CCM, il progetto ne ha evidenziato la necessità inserendola di fatto come figura fondamentale per la completezza del modello organizzativo.

**Bibliografia.** PSR 2008/2010; DGRT 894/2008; DGRT 467/2009.

## IMPIEGO DEI NAO NELL'ASL CN1: MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DOPO DUE ANNI DALLA COMMERCIALIZZAZIONE DEL DABIGATRAN

Cinzia Giordanengo, Lorena Silvestro, Stefania Mellano, Elga Cagliero  
ASL CN1, Farmacia Territoriale, Cuneo

**Introduzione.** I Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) hanno ricevuto nel 2013 l'estensione d'uso per la prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti con fibrillazione atriale (FA). Obiettivo dello studio è stato monitorare le prescrizioni dei NAO sul territorio dell'ASL CN1 al fine di descrivere la popolazione in trattamento, evidenziare precocemente eventuali criticità e adottare misure correttive.

**Materiali e metodi.** Dal database delle ricette sono state estratte le prescrizioni di NAO rilasciate nel II semestre 2013. La coorte di pazienti identificata è stata monitorata fino al II trimestre 2015. Sono stati inoltre individuati i nuovi pazienti in trattamento nel 2014 e gli stessi sono stati monitorati nel I semestre 2015.

**Risultati.** Nel II semestre 2013 sono stati individuati 494 pazienti in terapia con NAO (età media: 76 anni, 51,6% maschi, 31% ultraottantenni). Il 51% dei pazienti era già trattato con TAO. 315/494 pazienti sono ancora in NAO nel II trimestre 2015. Nel monitoraggio risultano: 37 riduzioni di dosaggio, 30 shift (13 da dabigatran a apixaban, 17 da dabigatran a rivaroxaban), 11 aumenti di dosaggio e 1 doppio shift. 179/494 pazienti non hanno prescrizioni di NAO. Di questi 31 sono deceduti, 10 sono residenti in altre ASL, 46 tornano in TAO e mantengono la terapia nel tempo, 21 assumono ASA, 6 altri antiaggreganti, 2 EPBM, 1 ASA+TAO, 62 non hanno ricevuto alcuna terapia antiaggregante/anticoagulante. I nuovi casi del 2014 sono 808 (esclusi deceduti e non residenti) di cui il 28% assumeva precedentemente TAO. 107/808 pazienti interrompono la terapia nel I trimestre 2015 (10 hanno nuovamente prescrizioni nel II trimestre 2015), 58 pazienti interrompono la terapia nel II trimestre 2015. In totale l'83% dei nuovi casi nel 2014 è ancora in terapia nel I semestre 2015. Nel I semestre 2015 i nuovi casi sono raddoppiati rispetto al I semestre 2014.

**Conclusioni.** Dal monitoraggio effettuato emerge che metà del campione è naive rispetto ad un trattamento anticoagulante. Nei nuovi casi i pazienti naive sono più numerosi rispetto all'atteso (28% vs 15% -indicazioni della Regione Veneto). Meno del 70% dei pazienti continua il trattamento dopo 18-24 mesi. Ad 1 paziente su 4 viene modificata la terapia. Nei nuovi casi l'aderenza sembra in aumento. Questi dati, insieme a quelli ricavati da un progetto condotto con i MMG, suggeriscono una valutazione non sempre oculata dei pazienti candidabili ai NAO e della scelta della molecola più adatta. Emerge pertanto la necessità di un maggiore coinvolgimento del MMG nell'indirizzare allo specialista solo i pazienti che realmente potrebbero beneficiare della terapia e nel fornire un'anamnesi completa ed esaustiva, permettendo una scelta più attenta e scrupolosa dei pazienti da trattare.

## MONITORAGGIO DEL TRATTAMENTO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN UN SER.T. DELL'ASP DI CATANIA

Giovanni Carlo Maria Finocchiaro,<sup>1</sup> Angelo Paolo Melita,<sup>2</sup> Beatrice Corbo,<sup>2</sup> Carmela Musumeci,<sup>2</sup> Giovanna Natalia Briguglio,<sup>3</sup> Carla Bonaccorsi,<sup>3</sup> M. Pia Salanitro,<sup>1</sup> Anna Maria Alabiso,<sup>1</sup> Salvatore Di Dio,<sup>2</sup> Franco Rapisarda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASP Catania, Farmaco, Catania

<sup>2</sup>ASP Catania, Salute Mentale, Catania

<sup>3</sup>Università degli Studi di Catania, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera

**Introduzione.** Secondo il rapporto del Dipartimento Nazionale delle Politiche Antidroga 2015, i soggetti con dipendenza da sostanze risultano pari a 131.211 con età media 38,5 anni. Le sostanze principalmente utilizzate sono gli oppiacei (71,5%) con un rapporto M/F pari a 6,1. Nel corso degli anni l'utenza è progressivamente invecchiata, al punto che l'Italia presenta, rispetto agli altri stati europei, il più elevato numero di utenti in trattamento con età superiore a 39 anni (cronicizzazione della dipendenza). I dati nazionali evidenziano che il 73% dei soggetti tossicodipendenti è trattato con metadone (dose media giornaliera 50,3 mg), il 26% con buprenorfina-naloxone (dose media giornaliera 7,4 mg). L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare l'andamento dei dati distrettuali rapportandoli a quelli nazionali.

**Materiali e metodi.** I dati relativi al numero di pazienti tossicodipendenti, alla durata e tipologia di trattamento, sono

stati forniti da un Ser.T. dell'ASP di Catania; si riferiscono ad un bacino di 85.000 abitanti nel periodo 2011-2015. I dati relativi ai consumi dei farmaci destinati alla terapia sostitutiva delle tossicodipendenze sono stati ricavati dal database aziendale.

**Risultati.** Il numero di pazienti in terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei è aumentato dal 2011 (n.=138) al 2012 (n.=173) per poi mantenersi stabile nel triennio seguente (n.=181 nel 2013, n.=180 nel 2014 e n.=172 nel 2015); In media il 70% dei pazienti è stato trattato con metadone, mentre il restante 30% con l'associazione buprenorfina-naloxone; il genere maschile (92%) prevale nettamente rispetto a quello femminile (8%); l'età media è passata da 38,5 nel 2011 a 41,5 anni nel 2015. Si è assistito ad un decremento dei pazienti trattati a breve termine con metadone, da 77 nel 2011 a 39 nel 2015, e un parallelo incremento dei pazienti in terapia di mantenimento (da 26 nel 2011 a 83 nel 2015). La dose media giornaliera prescritta di metadone è stata 83,6 mg. I pazienti in terapia con buprenorfina-naloxone sono passati da 35 nel 2011 a 45 nel 2015 alla dose media giornaliera prescritta di 7,86 mg.

**Conclusioni.** I dati distrettuali sono risultati assimilabili a quelli nazionali per età media, rapporto M/F e scelte terapeutiche. Dai risultati ottenuti si evidenzia un aumento del numero di pazienti in trattamento farmacologico ed in particolare un progressivo aumento dei pazienti in terapia di mantenimento a lungo termine associato ad un parallelo innalzamento dell'età media; tale tendenza verosimilmente riflette la cronicizzazione della dipendenza.

**Bibliografia.** 1. Relazione Annuale su droga e dipendenze 2015 - www.politicheantidroga.gov.it

## ATTUAZIONE DELLE DECISIONI DELLA COMMISSIONE REGIONALE DEL P.T.O.R.S. SUL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELL'ALCOOL-DIPENDENZA DI UN SER.T.

Giovanni Carlo Maria Finocchiaro,<sup>1</sup> Salvatore Di Dio,<sup>2</sup> Angelo Paolo Melita,<sup>3</sup> Beatrice Corbo,<sup>2</sup> Carmela Rapisarda,<sup>3</sup> Giovanna Natalia Briguglio,<sup>4</sup> Carla Bonaccorsi,<sup>4</sup> M. Pia Salanitro,<sup>1</sup> Anna Maria Alabiso,<sup>1</sup> Franco Rapisarda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASP Catania, Farmaco, Catania

<sup>2</sup>ASP Catania, Salute Mentale, Ser.T. Giarre, Catania

<sup>3</sup>ASP Catania, Salute Mentale, Catania

<sup>4</sup>Università degli Studi di Catania, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera

**Introduzione.** La Commissione Regionale per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero/Territoriale della Regione Sicilia ha approvato l'inserimento dell'Acamprosato in compresse da 333 mg (N07BB03) a metà 2013. Con medesimo provvedimento regionale è stato limitato l'uso del Sodio Oxibato (N07BB) dalla prima alla seconda linea nel trattamento delle dipendenze dall'alcool. Obiettivo dello studio è quello di valutare il grado di attuazione della disposizione regionale da parte di un Ser.T.

**Materiali e metodi.** I dati relativi al numero di pazienti affetti da dipendenza da alcool e ai trattamenti eseguiti sono stati forniti da un Ser.T. dell'ASP di Catania. Il distretto di appartenenza ha una popolazione di 85.000 abitanti; i consumi e i dati di spesa inerenti i farmaci sono stati estrapolati dal database aziendale. Il Sodio Oxibato in uso è quello nella formulazione per os da 140ml al 17,5%. Il periodo preso in esame è il 2011-2015 per il Sodio Oxibato e il 2014-2015 per l'Acamprosato.

**Risultati.** Il numero di pazienti alcolisti è stato pari a 40 nel 2013, 51 nel 2014, 51 nel 2015. I pazienti trattati con Sodio Oxibato sono stati: 12 nel 2011, 13 nel 2012, 12 nel 2013, 5 nel 2014 e 5 nel 2015; I pazienti in trattamento con Acamprosato sono stati rispettivamente 23 nel 2014 (di cui 7 nel 2013 in trattamento con Sodio Oxibato) e 22 nel 2015. Il costo terapia medio annuo per paziente con l'Acamprosato è stato di € 197,65 contro € 1.226,43 di Sodio Oxibato.

**Conclusioni.** Dai risultati emersi sembrerebbe essere stata rispettata la disposizione regionale. Questo ha portato ad un contenimento della spesa.

**Bibliografia.** 1 - Nota Prot. 49317 - Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica - servizio 7 Farmaceutica del 10 Giugno 2013.

## ANALISI DI FARMACOUTILIZZAZIONE DEI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELL'OSTEOPOROSI E VALUTAZIONE DELLA COMPLIANCE

Grazia Mingolla, Paola Digiorgio

ASL BRINDISI, Area Gestione Servizio Farmaceutico, Brindisi

**Introduzione.** Le fratture da fragilità ossea da osteoporosi costituiscono un problema sanitario e sociale, destinato a crescere a causa dell'invecchiamento della popolazione. Il trattamento, con farmaci che riducono il riassorbimento osseo, diminuisce il rischio di frattura. Fondamentale però è l'aderenza alla terapia: un livello di aderenza subottimale determina effetti clinici subottimali e quindi un'adeguata prevenzione delle fratture. Scopo del presente lavoro è effettuare un'analisi di farmacoutilizzazione dei farmaci di cui alla nota 79 e valutarne la compliance.

**Materiali e metodi.** Sono stati inclusi nell'analisi i soggetti, residenti nel territorio della ASL Brindisi (popolazione 400.721), con almeno una prescrizione per il trattamento dell'osteoporosi nell'anno 2015 (bifosfonati, SERMs, stronzio raneleto, denosumab, ecc). Criteri di esclusione sono stati età inferiore a 40 anni, malattia di Paget. La compliance è stata valutata nel periodo di effettiva assunzione del farmaco, dalla prima prescrizione nell'anno 2015 fino all'uscita dalla coorte: interruzione/fine trattamento, variazione trattamento, fine rilevazione dei dati (31/12/15). La data di uscita è stata calcolata includendo i giorni di copertura forniti dall'ultima prescrizione. La valutazione della compliance è stata effettuata escludendo gli assistiti con solo un mese di terapia nell'anno e quelli con formulazioni "long-acting" come ad esempio i pazienti in trattamento con denosumab (1289 soggetti). L'indicatore utilizzato è stato il medication-possession-ratio (MPR): numero di DDD dispensate rapportate al periodo di dispensazione. È stata definita come compliance clinicamente significativa un'aderenza dell'80% (numero di DDD prescritte su giorni di osservazione).

**Risultati.** La coorte per l'analisi di farmacoutilizzazione è costituita da 8636 soggetti (8307 donne e 329 uomini). Il 25.59% dei pazienti trattati ricade nella fascia di età tra 60-69 anni, il 36,72% tra 70-79 ed il 25.12% tra 80-89. Nell'arco dell'anno 224 soggetti hanno cambiato terapia: 156 sono passati dalla prima linea di trattamento alla seconda e 68 dalla seconda alla terza. Il 15,48% dei pazienti non è stato compliant nel periodo preso in considerazione.

**Conclusioni.** Il successo terapeutico non è dato solamente dall'efficacia della molecola, ma anche da fattori dipendenti dal paziente. L'aderenza al trattamento è uno dei punti cardine della terapia. Sebbene la percentuale di pazienti non aderenti al trattamento evidenzia un valore piuttosto basso, sarebbe comunque auspicabile un miglioramento dell'indicatore dell'aderenza alla terapia, traducendosi cioè in miglioramento dello stato di salute del paziente. Utile considerare inoltre una valutazione dell'impiego dei farmaci nei soggetti occasionali al trattamento.

**Bibliografia.** Cotto al. Relationship between compliance and persistence with osteoporosis medications and fractures risk in primary health care in France: a retrospective case-control analysis. Value Health 2008;11:44-7. Nota 79

## APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED ADERENZA NEL TRATTAMENTO DELLA BPCO NELL'ASUR MARCHE AREA VASTA 2

Valentina Baldini,<sup>1</sup> Katia Bini,<sup>2</sup> Federica Verri,<sup>2</sup>

Andrea Caprodossi,<sup>1</sup> Raffaella De Palma,<sup>1</sup> Francesca Federici,<sup>1</sup>

Stefano De Luca,<sup>3</sup> Roberto Grinta,<sup>2</sup> Chiara Rossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASUR Marche - Area Vasta 2, Servizio Farmaceutico, Ancona

<sup>2</sup>ASUR Marche - Area Vasta 2, Farmacia Ospedale, Jesi (AN)

<sup>3</sup>ASUR Marche - Area Vasta 2, Pneumologia Ospedale, Osimo

**Introduzione.** Il rapporto OSMED ha evidenziato nell'anno 2015 una spesa per i farmaci dell'apparato respiratorio che si è collocata al settimo posto, con un incremento dell'1,8% della spesa a carico del SSN rispetto all'anno precedente. Nel trattamento della BPCO, le associazioni di corticosteroidi inalatori (ICS) e beta-2 agonisti a lunga durata d'azione (LABA) si sono dimostrate efficaci nel migliorare i sintomi e ridurre il rischio di riacutizzazioni (linee guida GOLD). L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'appropriatezza prescrittiva di tali farmaci nell'AV2 - ambiti di Ancona e Jesi.

**Materiali e metodi.** Utilizzando il portale web Apoteke Gold® sono state analizzate le prescrizioni in convenzionata dei farmaci con ATC R03AK (adrenergici in associazione a corticosteroidi) dell'anno 2015, selezionando una coorte di popolazione con età maggiore o uguale a 65 anni, più probabilmente affetta da BPCO. I pazienti sono stati classificati

in occasionali e aderenti al trattamento in relazione ad una copertura terapeutica rispettivamente inferiore al 20% oppure uguale o superiore all'80%. Il valore percentuale di tale copertura è stato ottenuto dividendo le DDD prescritte nell'anno in esame per 365 giorni. È stato inoltre analizzato l'andamento prescrittivo dei singoli principi attivi.

**Risultati.** Nell'ex ZT7 di Ancona sono stati trattati con ICS-LABA 5400 pazienti, dei quali il 16% è risultato aderente alla terapia e il 47% in terapia occasionale. Di questi, il 28% risulta aver consumato una sola confezione. Nell'ex ZT5 di Jesi sono stati trattati 2101 pazienti, con una aderenza alla terapia del 17% e una terapia occasionale del 49%, di cui il 30% con una sola confezione prescritta. Le associazioni più prescritte sono state fluticasone/salmeterolo (49% nell'ex ZT7 e 54% nell'ex ZT5) e beclometasone/formoterolo (20% nell'ex ZT7 e 19% nell'ex ZT5).

**Conclusioni.** Dall'analisi dei dati è emersa una bassa aderenza alla terapia nel trattamento farmacologico della BPCO, che si traduce in un aumentato rischio di mortalità e morbilità. Diversi studi clinici ne individuano le ragioni nel non corretto utilizzo del device, nella sottostima dei sintomi e nell'insorgenza di effetti collaterali. Inoltre, i farmaci contenenti beclometasone/formoterolo, indicati nel solo trattamento dell'asma, risultano fortemente utilizzati nel campione di riferimento, che, avendo un'età superiore ai 65 anni, è più probabilmente affetto da BPCO. Alla luce dei risultati ottenuti si rende necessario un approccio multidisciplinare alla problematica che preveda il coinvolgimento dei clinici, dei MMG e dei Servizi Farmaceutici al fine di elaborare un percorso che porti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza alla terapia dei pazienti.

## L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELL'ISOTRETINOINA ORALE A CARICO DEL SSN IN PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE

Patrizia Zuppardi, Maria Vittoria Novi,

Cristina Neri, Wanda Gianessi

U.O. Farmaceutica Territoriale, AUSL Romagna,

**Introduzione.** L'isotretinoina è un farmaco indicato nel trattamento dell'acne nodulo-cistica, refrattaria ad altri trattamenti orali o topici, ed in caso di acne cistica e conglobata che si estende anche al tronco; nel trattamento dell'acne di grado lieve-moderato e di acne comedonica. La prima prescrizione di isotretinoina orale secondo le disposizioni AIFA può essere effettuata esclusivamente da medici Dermatologi, mentre il rinnovo sia da Dermatologi sia da MMG. Il medico prescrittore deve assicurarsi che la paziente utilizzi metodi contraccettivi ed esegua un test di gravidanza prima di ogni rinnovo prescrittivo, al fine di evitare l'insorgenza di gravi malformazioni congenite al feto.

**Materiali e metodi.** Presso l'U.O. Farmaceutica Territoriale sono state selezionate tutte le ricette non ripetibili a carico del SSN di isotretinoina, nel primo semestre del 2015, mediante supporto del Sistema Informativo Aziendale. Il farmacista dell'U.O. ha verificato nel dettaglio che le suddette prescrizioni riportassero tutti i dati utili al fine della completezza/sicurezza prescrittiva: del paziente; nome commerciale del farmaco; posologia/mg/die; data di certificazione; data del test di gravidanza negativo, copertura terapeutica per massimo 30 giorni ed erogazione effettuata entro 7 giorni dalla data di certificazione, come da disposizioni AIFA e circolari regionali successive.

**Risultati.** Il farmacista dell'U.O. Farmaceutica Territoriale a seguito di un controllo relativo alla corretta compilazione ed erogazione delle ricette a base di isotretinoina, nel periodo di osservazione, ha rilevato n° 35 ricette del SSN irregolari, di cui 27 provenienti dalle farmacie private e 8 ricette dalle farmacie pubbliche. Tutte le 35 ricette irregolari sottoposte alla valutazione della Commissione Farmaceutica Aziendale sono state bocciate, poiché erogate in difformità alla normativa, determinando un addebito totale di €787,47 alle farmacie convenzionate (€ 614,47 alle farmacie private e € 173,00 alle farmacie pubbliche).

**Conclusioni.** I controlli relativi alle prescrizioni di isotretinoina orale evidenziano l'importanza del ruolo di vigilanza sulla prescrizione, svolto dal farmacista dell'U.O. Farmaceutica Territoriale. Egli infatti, mediante l'attività di vigilanza sulle prescrizioni farmaceutiche non solo, tutela i pazienti dal rischio teratogeno facendo rispettare i criteri, propri, dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, ma anche, a conseguire un ritorno economico sulla spesa farmaceutica

generato dall'addebito delle prescrizioni incongrue alle farmacie convenzionate.

#### **ANALISI DEI COSTI DEI FARMACI CON NOTA 79 NELL'ANNO 2015**

Patrizia Zuppari, Maria Vittoria Novi,  
Cristina Neri, Wanda Gianessi

U.O. Farmaceutica Territoriale, AUSL Romagna,

**Introduzione.** L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una riduzione della massa ossea e da alterazioni qualitative che si accompagnano ad aumento del rischio di frattura, inoltre l'incidenza aumenta all'avanzare dell'età con un interesse per la spesa sanitaria piuttosto consistente. L'obiettivo di questa analisi è di verificare le prescrizioni di farmaci con nota 79, ponendo attenzione sul n° delle DDD x1000 assistibili e sulla spesa farmaceutica sostenuta per i suddetti farmaci nell'anno 2015.

**Materiali e metodi.** Presso l'U.O. Farmaceutica Territoriale, sono state analizzate le prescrizioni dei farmaci con nota 79, erogate dalle farmacie convenzionate, riferite all'arco temporale 1 gennaio 2015 - 31 dicembre 2015. Mediante il supporto del software informatico aziendale, è stato possibile estrapolare gli indicatori di prescrizione, strumento di valutazione dell'analisi, ovvero: DDD x1000 assistibili, spesa x1000 assistibili e spesa lorda totale. I dati estratti sono stati poi elaborati utilizzando il programma Microsoft Excel.

**Risultati.** Nell'anno 2015, relativamente ai farmaci con nota 79, sono state prescritte le seguenti DDD x1000 assistibili: 1.530 Acido Alendronico, 969 Ac.Alendr.+Colecalciferolo, 433 Acido Risedronico, 244 Acido Ibendronico, 14 Raloxifene, 1 Stronzio Ranelato. La corrispondente spesa x1000 assistibili è stata di € 2.128,37, rappresentando quindi circa il 26% della spesa lorda totale (€821.054,07) dei farmaci con nota 79. I farmaci che hanno inciso maggiormente sulla spesa lorda totale sono stati l'Acido Alendronico in mono-formulazione con € 328.819,40 e in co-formulazione con il Colecalciferolo con €339.650,80.

**Conclusioni.** La modalità di analisi descritta consente al farmacista afferente all'U.O. Farmaceutica Territoriale, non solo di assicurare il continuo monitoraggio del consumo e della spesa farmaceutica territoriale, ma anche di individuare se necessario, manovre correttive al fine di razionalizzare le risorse utilizzate.

#### **IL TRATTAMENTO DELLA SCLEROSI MULTIPLA NELLA EX ZONA 7, AREAVASTA 2, CONFRONTO 2014 VERSUS 2015**

Andrea Caprodossi, Raffaella De Palma,

Valentina Baldini, Francesca Federici, Chiara Rossi

Asur Marche Area Vasta 2, Servizio farmaceutico, Ancona

**Introduzione.** La sclerosi multipla è una malattia neurodegenerativa demielinizzante, ovvero con lesioni a carico del sistema nervoso centrale. Nella sclerosi multipla si verificano un danno e una perdita di mielina in più aree del sistema nervoso centrale. Queste aree di perdita di mielina sono di grandezza variabile (placche). Alla base della SM dunque vi è un processo di demielinizzazione che determina danni o perdita della mielina e la formazione di lesioni che possono evolvere da una fase infiammatoria iniziale a una fase cronica, in cui assumono caratteristiche simili a cicatrici. In Europa si contano circa 600000 persone con SM, di cui Italia ne sono colpite 110.000. La SM è diagnosticata per lo più tra i 20 e i 40 anni e le donne risultano colpite in numero maggiore. L'obiettivo dello studio è quello di fornire uno stato dell'arte della prescrizioni dei farmaci per la SM nell'Asur Marche, Area Vasta 2, ex zona 7 (ambito territoriale di Ancona), che ha un bacino di utenza di 252 mila abitanti.

**Materiali e metodi.** I dati delle prescrizioni dei farmaci per la SM, distribuiti in DD, sono stati acquisiti dalla piattaforma informatica "APOTEKE GOLD" fornita dalla ditta Recorddata. Nello specifico sono stati analizzati i consumi relativi agli anni 2014 e 2015 per le specialità medicinali Betaferon, Extavia, Avonex, Rebif e Copaxone a cui nel 2015 si sono aggiunti Tecfidera, Plegrady e Aubagio

**Risultati.** Dall'analisi dei dati si è riscontrato che i pazienti in trattamento sono passati da 142 del 2014 a 154 nel 2015 (+8,5%); I pazienti trattati con Tecfidera, farmaco introdotto nel 2015, sono stati 17, di cui 9 naive, mentre i restanti 8 provengono da interferoni (4 da Rebif, 2 da Copaxone e 2 da Avonex). Nonostante l'aumento dei pazienti la spesa è rimasta pressoché analoga e si è attestata intorno ad 1 milione di euro annuo.

**Conclusioni.** Lo studio condotto ha evidenziato una riduzione dell'uso del Betaferon a favore dell'Extavia e una leggera riduzione dell'uso del Copaxone (da 54 a 52 pz). Da notare invece il rilevante calo dell'utilizzo del Rebif e Avonex, che sono passati rispettivamente da 45 pz a 38 pz (-16%) e da 41pz a 36 pz (-13%). In tale contesto si è reso possibile il trattamento di 12 nuovi pazienti senza relativo incremento di spesa.

**Bibliografia.** Nicola Canal, Angelo Ghezzi, Mauro Zaffaroni Sclerosi multipla. Attualità e prospettive, 2011, Elsevier. <http://www.recorddata.it/portale-web-farmaceutica-territoriale/>

#### **MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DI GONADOTROPINE ALLA LUCE DELLE NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE PER IL TRATTAMENTO DELL'INFERTILITÀ**

Chiara Seccaspina, Elena Bazzoni, Luisa Costa, Antonella De Masi, Lucio Di Castri, Sara Ferrari, Therese Gregori, Martina Mazzari, Alessandra Melfa, Emiljan Meta, Alessia Sartori, Simonetta Radici

Farmacia Territoriale, AUSL PC, Piacenza

**Introduzione.** La nota AIFA n.74 definisce i criteri di rimborsabilità delle gonadotropine che, oltre a situazioni patologiche di infertilità, possono essere impiegate all'interno di programmi di procreazione medicalmente assistita. La Regione con Det.16785/2014 ha definito l'erogazione, tramite esclusiva distribuzione diretta, di questi farmaci e ha introdotto un Piano Terapeutico Regionale (PT) allo scopo di consentire da una parte, al clinico, di prescrivere la terapia secondo lo schema più appropriato, dall'altra, al farmacista, di consegnare il quantitativo necessario a coprire il fabbisogno del ciclo terapeutico, previa verifica della correttezza della prescrizione. Obiettivo del presente lavoro è il monitoraggio dei PT pervenuti presso i punti di Distribuzione Diretta della A.U.S.L. allo scopo sia di individuare eventuali prescrizioni non concedibili a carico del S.S.N. che di valutare il consumo e la spesa sostenuta per questa classe di farmaci.

**Materiali e metodi.** Nello studio retrospettivo è stato considerato l'arco temporale compreso tra 1 gennaio 2015 e 31 dicembre 2015. I dati relativi alle prescrizioni sono stati estrapolati dal flusso FED (Farmaci ad Erogazione Diretta) e dai PT ed in seguito elaborati attraverso il programma Excell. I dati di consumo sono stati stimati considerando le DDD contenute nelle confezioni erogate. I dati relativi alla spesa sono stati ottenuti considerando i prezzi di acquisto dei farmaci da parte del Magazzino Centralizzato di Area Vasta a cui afferisce la Distribuzione Diretta.

**Risultati.** Nel 2015 sono stati posti in trattamento 192 pazienti, con una netta prevalenza di donne (185F;7M). L'età media è 37 anni, con la fascia di età compresa tra 36-40 anni nella quale si evidenzia il maggior numero di prescrizioni (40% dei pazienti). Dall'analisi dei consumi emerge che la gonadotropina maggiormente utilizzata è follitropina alfa (5372 DDD erogate); seguono menotropina (3198), follitropina beta (692), urofollitropina (371), l'associazione follitropina alfa+lutropina alfa (281), lutropina alfa (278), coriogonadotropina alfa (104) e in ultimo corifollitropina alfa (17). La spesa complessiva sostenuta è stata pari a 228.496,10 euro.

**Conclusioni.** L'ampliamento delle indicazioni d'uso delle gonadotropine, in particolare alla fase di stimolazione ovarica in donne che si sottopongono a tecniche di procreazione medicalmente assistita, ha determinato in questi ultimi anni una maggiore possibilità di impiego e di conseguenza la necessità di monitorarne l'utilizzo nella nostra A.U.S.L.. Quest'analisi ha permesso di verificare che tutti i trattamenti effettuati soddisfano i criteri previsti dalla nota e che a nessuno dei pazienti è stato erogato un dosaggio per singola prescrizione o complessivo superiore a quello suggerito come dosaggio massimo dalla nota.

#### **ADERENZA E FARMACI NOAC'S (NEW ORAL ANTICOAGULANT'S): UN ESEMPIO DI APPROCCIO PER SOSTENIBILITÀ E SALUTE**

Laura Cingolani, Sabrina Bellabarba,

Maria Novella Pierdominici, Luisa Cocconi

Servizio Farmaceutico Territoriale, Dipartimento dei Servizi  
Territoriali, ASUR Marche - AV n. 2, Fabriano (AN)

**Introduzione.** Sempre più utilizzati per la prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica negli adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare (NVAf) i farmaci NOAC'S

(New Oral AntiCoagulants) sono un valore aggiunto allo scenario terapeutico. Con l'obiettivo di controllare l'aderenza terapeutica (AT), dato di non semplice "misurazione", abbiamo utilizzato un approccio combinato di diversi strumenti, considerando la sostenibilità del SSN.

**Materiali e metodi.** Cercando di riepilogare le principali variabili condizionanti l'AT e come registrarle, gli strumenti sono stati: il sistema raccolta dati su server "Farmter", contenente i "dossier-assistiti" sui NOAC's, per valutare erogazione del servizio in distribuzione diretta (DD), creazione di report di aderenza, "diari informativi"; il programma regionale per il calcolo dei farmaci consumati tra gennaio 2014-maggio 2016 e la spesa, per valutazione farmacoeconomica.

**Risultati.** Dal nostro monitoraggio i pazienti in terapia nella zona, comprendente 5 comuni, sono circa 477 a fine maggio 2016. 2014-15: continuazione di terapia rispettivamente: 46Pradaxa, 54Xarelto, 30Eliquis, totale 130. 2015: attivazione di n.147 piani terapeutici, 21Pradaxa, 64Xarelto, 62Eliquis. Totale pazienti 277. Tra gennaio-maggio 2016 sono stati inseriti ulteriori 200. Le confezioni dispensate in totale (classe NOAC's): 1660, €106.840 nel 2014; 3200, € 206.786 nel 2015, con incremento del 93,55%. Nel 2016, a fine maggio, 1318, €85.000. Sono state distribuite 12 confezioni di Xarelto20mg, Pradaxa110 e150 mg, Eliquis 2,5 e5 mg e 8-9 di Xarelto15mg all'anno per singolo assistito: ciò risulta da: date di dispensazione, colloqui con pazienti/caregiver, diari (dossier-assistiti). Sono state rispettate per il 90-95% circa le aderenze ai trattamenti, pur non essendo questo un elemento certo sull'assunzione. Circa il 99% ha effettuato controlli e visite programmate previste ad 1,3,6 mesi. Ciò scaturisce dall'analisi degli elementi su database, dal rinnovo dei PianiTerapeutici AIFA, dai dati di distribuzione, da colloqui con assistiti e talvolta, medici.

**Conclusioni.** Nel corso degli ultimi 3 anni i farmaci NOAC's si sono resi particolarmente utili nelle terapie cardiovascolari e tendono ad aumentare per la favorevole compliance che offrono. Il criterio di combinazione delle varie metodiche può offrire i risultati migliori sia nella misurazione, che per il rispetto dell'AT: raccolta dati, informazione/educazione ai pazienti, accessibilità al trattamento, in un "healthcare solution" comprendente operatori, strutture, pazienti e/o caregivers. Come farmaci nuovi e innovativi, il monitoraggio deve essere continuato e costante: la distribuzione da maggio 2016 è a carico delle Farmacie Convenzionate attraverso DPC.

**Bibliografia.** Bartolini F, Caputi AP, Cianfarani S, Corti F, Loche S, Messina R, Pisanelli C, Terranova L. Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica sul territorio italiano, 30 gennaio 2013.

#### **APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLE TERAPIE ANTIBIOTICHE: ANALISI DELLE PRESCRIZIONI TERRITORIALI IN UNA AZIENDA SANITARIA LOCALE**

Cataldo Procacci,<sup>1</sup> Annamaria Pia Terlizzi,<sup>1</sup> Francesca Vittoria Rizzi,<sup>2</sup> Domenica Ancona<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SSFO, Università degli Studi di Bari

<sup>2</sup>Dipartimento Farmaceutico, ASL BAT

**Introduzione.** Gli antimicrobici per uso sistemico rappresentano una categoria terapeutica ad elevato impatto economico. L'ultimo rapporto OSMED ha evidenziato un comportamento differente tra Nord e Sud, riscontrando in Meridione consumi eccessivi non motivati.

Il lavoro si presenta come uno studio di farmacoutilizzazione dove sono stati individuati i principi attivi dispensati attraverso le farmacie convenzionate, con la relativa incidenza, analizzando quelli che hanno determinato il 90% delle prescrizioni. Quest'analisi è cruciale per garantire l'identificazione, nell'ambito dei principi attivi più prescritti, delle molecole che possono essere considerate di "prima scelta".

**Materiali e metodi.** Dopo aver estrapolato i dati dal sistema informatico alimentato dai flussi del Ministero di Economia e Finanza(MEF), sono stati individuati indicatori delle prescrizioni (DDD,spesa e numero confezioni). Si considerano antibiotici di prima scelta le penicilline ad ampio spettro, i macrolidi, i sulfamidici e lincosamidi, farmaci che vengono utilizzati per le patologie più comuni e con spettri d'azione più estesi. Sono state analizzate le distribuzioni percentuali delle prescrizioni di antibiotici e, nell'ambito di queste percentuali, sono state individuate le DDD. Applicando il Teorema di Pareto, l'analisi successiva ha permesso l'individuazione dei principi attivi più prescritti cioè, i principi attivi che incidono per il 90% sul totale della spesa e delle DDD. Sono state valute anche le

prescrizioni dei MMG, valutando le prescrizioni di antibiotici di prima e seconda scelta.

**Risultati.** Su 14 principi attivi che hanno impattato per il 90% sulla spesa, 3 rappresentano farmaci di prima scelta, nello specifico Claritromicina, Azitromicina e Amoxicillina. Evidenza di cattive abitudini prescrittive è la forte presenza di antibiotici chinolonici tra i principi attivi più prescritti (Ciprofloxacina, Levofloxacina e Prulifloxacina). Su 292 medici di medicina generale, solo 4 hanno prescritto antibiotici di prima scelta rispetto al totale con una percentuale compresa tra 50% e 60%. Il numero maggiore di prescrittori, 245, ha prescritto antibiotici di I scelta in percentuale tra 20% e 40%. I restanti hanno prescritto antibiotici di I scelta in percentuale trascurabile. Su un totale di €6.133.185,62, la spesa di antibiotici di II scelta ha inciso per l'84%.

**Conclusioni.** Il lavoro è volto al miglioramento delle abitudini prescrittive con risvolti anche economici. Se l'incidenza delle prescrizioni I scelta/II scelta fosse superiore al 50% come valore medio, a livello di tutti medici prescrittori, ne conseguirebbe un importante risparmio della spesa. Attraverso proiezioni prospettiche, tale risparmio potrebbe essere quantificato nell'ordine di € 810.400,00, pari ad un decremento del 13,21% della spesa, senza andare a ledere la salute dei cittadini e garantendo l'accesso alle cure.

#### **SHIFT TRA FARMACI NOAC'S (NOVEL ORAL ANTICOAGULANT'S): UNA RACCOLTA DI DATI PRESSO IL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE (SFT)**

Laura Cingolani, Sabrina Bellabarba, Maura Nataloni, Maria Novella Pierdominici, Luisa Coccioni

Servizio Farmaceutico Territoriale, Dipartimento dei Servizi Territoriali, ASUR Marche - AV n. 2, Fabriano (AN)

**Introduzione.** Nel nostro Servizio Farmaceutico (SFT) sono stati distribuiti fino a maggio 2016 tramite distribuzione diretta i farmaci NOAC's (Novel Oral AntiCoagulant's), su prescrizione di Centri autorizzati previsti dai Decreti ARS n. 58/13 e 45/16. I farmaci NOAC's hanno rilevato anche essi alcuni effetti indesiderati che possono determinare il cambio di terapia con passaggio ad altro farmaco: non sono quindi scervi da problematiche. L'obiettivo condiviso tra i farmacisti del SFT e gli specialisti della nostra struttura ospedaliera è stato evidenziare tali shift e quantificarli.

**Materiali e metodi.** Supportati dall'arrivo dei Piani Terapeutici AIFA web-based compilati dal clinico autorizzato, la copia per il SFT è stata archiviata in un file, in seguito sono state create le "patient cards" come registro al fine di identificare ciascun assistito in terapia con il NOAC (Dabigatran,Rivaroxaban,Apixaban).

**Risultati.** L'analisi dei risultati ha evidenziato le seguenti % di incidenza dello shift, su 477 pazienti: Dabigatran 150mg: 16,6%(4/24)a causa di dolori gastrointestinali, di cui il 12,5% verso Rivaroxaban 20mg. Dabigatran 110mg:8,6%(8/93) per dolori gastrointestinali e reflusso, di cui il 6,5% verso Apixaban (3,2% a 2,5 e 5mg) e 2,1% verso Rivaroxaban 15/20mg. Rivaroxaban 20mg:13,6%(15/110) per sanguinamenti minori, di cui 5,3% verso Rivaroxaban 15mg e 1,7% verso Apixaban 2,5mg. Per Rivaroxaban si evidenzia un'intolleranza di tipo dose-dipendente: passando dal 20 al 15mg la % di shift si riduce notevolmente, dal 13,6% (Rivaroxaban 20mg) al 7,8% (Rivaroxaban 15 mg, 6/77), con una differenza di 5,8%. Apixaban 5 mg: shift "positivo", per complessiva percentuale di 9,9(7/71): da Dabigatran 110/150 per il 4,2% e Rivaroxaban 20/15mg 3,3%. Anche per Apixaban 2,5mg shift "positivo" totale di 9,8%(10/102), con aumento di prescrizione: lo switching proviene per il 4,9% da Dabigatran 110/150mg e il 2,9% da Rivaroxaban 20/15mg. Nella nostra casistica per Apixaban non si sono registrate sospensioni, ma si evidenziano variazioni posologiche, più frequentemente scalari, dal 5mg al2,5mg per maggiore accettabilità; finora tale molecola risulta tra le più tollerate e difficilmente interrotta. Il 92,5% dei pazienti continua la terapia con i NOAC prescritti inizialmente. I cambiamenti sono causati da eventi non oggettivi ricavati senza obiettività statistica: lievi emorragie e/o sanguinamenti, dolori epigastrici, lieve aumento della creatinina, qualche effetto indesiderato minore, ad esempio prurito diffuso, maggiore tollerabilità generale.

**Conclusioni.** L'uso "real-life" di queste molecole conferma i dati emersi dagli studi: ottime potenzialità, buona tollerabilità e alcuni effetti indesiderati minori da considerarsi relativamente al singolo paziente, in un'ottica di "pharmaceutical care".

### **MONITORAGGIO DEI CONSUMI E DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (IPP) NELL'ASP DI REGGIO CALABRIA**

Rosa Pagano,<sup>1</sup> Loredana Tripodi,<sup>2</sup> Domenica Costantino<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera,  
Università Magna Graecia di Catanzaro

<sup>2</sup>S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, ASP, Reggio Calabria

**Introduzione.** Con DD.PP.GG.RR. nn. 37/47-2014, la Regione Calabria ha disposto misure di razionalizzazione ed appropriatezza d'uso degli IPP, individuando come target di riferimento un consumo non superiore a 74 DDD/1000 ab die, e limitando, con nota dirigenziale n.69134/2015, le confezioni prescrivibili a carico del SSN a 27/anno per paziente, in aderenza ai riassunti caratteristiche del prodotto ed alle condizioni di rimborsabilità individuate dalle note AIFA 1 e 48. Il Servizio Farmaceutico dell'ASP di Reggio ha avviato il monitoraggio delle prescrizioni, trasmettendo i risultati alle Commissioni Distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva per gli interventi sui MMG. Obiettivo dello studio è quello di monitorare l'andamento dei consumi e delle prescrizioni di IPP nell'ASP di Reggio Calabria, a seguito delle suddette disposizioni.

**Materiali e metodi.** Analisi retrospettiva delle prescrizioni di IPP effettuate nel 2014-2015 nell'ASP di Reggio Calabria, presenti nel database aziendale (MARNO-INSOFT). Elaborazione mediante Microsoft Excel.

**Risultati.** Nel 2015 risultano in terapia con IPP 149.713 pazienti (prevalenza 27%), con una riduzione del 9% rispetto al 2014 (164.559 pazienti); l'analisi della distribuzione per sesso ed età evidenzia che il 56% dei trattati erano donne e il 30% aveva un'età  $\geq 75$  anni. L'andamento dei consumi di IPP mostra una riduzione, nel 2015 rispetto al 2014, delle confezioni erogate in regime SSN pari al 14% (1.661.848 vs 1.941.481); emerge un decremento progressivo rispetto ai corrispondenti trimestri 2014: -9% nel 2° trimestre (111,12 vs 120,99 DDD/1000 ab die), -26% nel 3° trimestre (90,07 vs 121,08 DDD/1000 ab die) e -31% nel 4° trimestre (85,89 vs 123,76 DDD/1000 ab die). Lo scostamento maggiore si rileva nei consumi di Lansoprazolo, -21% di confezioni erogate (339.859 vs 429.322) e -28% di spesa (2.137.186,46 vs 2.730.957,82). La spesa complessiva 2015 è stata di 11.003.096,03, -9% rispetto al 2014 (13.075.792,80). I pazienti che hanno ricevuto un numero di confezioni  $>27$  nel 2015 sono 5.187 (-48% rispetto al 2014, 9.921 pazienti), con un decremento di spesa del 36% rispetto al 2014 (1.084.687,97 vs 1.688.250); di questi, 74 pazienti hanno consumato un numero di confezioni  $\geq 50$ , (-69% rispetto al 2014, 240 pazienti), e 68 pazienti hanno ricevuto 116 prescrizioni senza indicazione della nota AIFA (-34% rispetto al 2014, 176 prescrizioni/115 pazienti).

**Conclusioni.** Il monitoraggio dei consumi di IPP nel periodo considerato mostra un decremento progressivo dei valori, registrando un miglioramento degli indicatori di appropriatezza prescrittiva, sebbene ancora distanti dai target regionali. Il Servizio Farmaceutico prosegue negli interventi di formazione/informazione ai MMG.

### **I FARMACI DELLE CATEGORIE ALTOSPENDENTI: CONFRONTO TRA L'AZIENDA SANITARIA E I SUOI MEDICI**

Rossana Manzi,<sup>1</sup> Valeria Vinciguerra,<sup>2</sup>

Giorgio Marullo Reedt,<sup>2</sup> Carla Rölle<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera,  
Università degli Studi di Torino

<sup>2</sup>S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, Azienda Sanitaria Locale TO1, Torino

**Introduzione.** Tra dicembre 2015 e aprile 2016 la Regione Piemonte (RP) ha inviato alle Aziende Sanitarie Regionali (ASR) specifiche circolari per rendere noto l'andamento prescrittivo delle categorie di farmaci altospendenti (antibiotici per uso sistemico - J01-, inibitori di pompa protonica - IPP -, sartani, statine, antidepressivi, farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie - R03). Motivo di tali comunicazioni è stata l'elevata variabilità dell'incidenza delle prescrizioni coperte da brevetto sul totale della prescrizioni dei farmaci della stessa categoria, e/o della spesa (pro-capite o per assistibile a seconda della classe di farmaci) tra le ASR e i singoli medici della stessa ASR. Obiettivo del lavoro è stato intraprendere azioni di sensibilizzazione sui medici prescrittori, atte a determinare un contenimento della spesa farmaceutica.

**Materiali e metodi.** Gli interventi da noi adottati nel 2016 sono stati: 1)invio dei report personalizzati a ciascun medico; 2)monitoraggio dei dati di consumo e spesa farmaceutica delle categorie altospendenti della nostra ASL (anni 2015vs2014), al fine di avere un confronto con i dati regionali; 3)incontri serali con medici di medicina generale (MMG), referenti delle equipe territoriali e psichiatri.

**Risultati.** 1) Il n. di report inviato per ciascuna categoria altospendente è stato: n.198 per le statine, n.346 per gli IPP, n.223 per i sartani, n.385 per gli antibiotici, n.219 per gli R03, n.165 per gli antidepressivi. 2)Nel confronto 2015vs2014 è stata ottenuta una diminuzione della spesa farmaceutica: statine -1,63%, sartani -5,29%, antidepressivi -16,73%, IPP -5,93%, R03 -3,82%, antibiotici per uso sistemico - 3,84%. Tali riduzioni sono legate ad un generale calo dei consumi delle categorie altospendenti. In controtendenza si è evidenziato: per i sartani, l'aumento delle prescrizioni di olmesartan solo e/o associato, per le statine l'aumento delle prescrizioni di atorvastatina, compensate dalla diminuzione dei consumi di rosuvastatina. 3) Sono stati organizzati: n.3 incontri serali con MMG per presentare i dati su descritti, n.1 incontro formativo sulla NOTA 13, n.1 incontro con gli psichiatri per studiare strategie specifiche per incrementare l'appropriatezza prescrittiva degli antidepressivi.

**Conclusioni.** Già nel 2015 avevamo intrapreso alcune azioni di sensibilizzazione sull'argomento categorie altospendenti quali monitoraggio dei consumi e della spesa, incontri con i maggiori centri prescrittori specialistici dell'area cittadina al fine di promuovere la prescrizione corretta dei farmaci, organizzazione di incontri di formazione ad hoc. Ci aspettiamo che, analogamente a quanto avvenuto nel 2015, l'intensificazione delle azioni già intraprese in passato e la prosecuzione degli interventi adottati nel 2016 portino ad un miglioramento ulteriore dei primi risultati raggiunti.

### **MONITORAGGIO DELLA SPESA E DELLA PRESTAZIONI EROGATE DA UN SER.T. DELL'ASP DI CATANIA**

Giovanni Carlo Maria Finocchiaro,<sup>1</sup> Salvatore Di Dio,<sup>2</sup> Giovanna Natala Briguglio,<sup>3</sup> Carla Bonaccorsi,<sup>3</sup> Anna Maria Alabiso,<sup>1</sup>

M. Pia Salanitro,<sup>1</sup> Angelo Paolo Melita,<sup>2</sup> Franco Rapisarda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Farmaco, <sup>2</sup>Salute Mentale, ASP, Catania

<sup>3</sup>Università degli Studi di Catania

**Introduzione.** Con DM 11 giugno 2010 è stato definito il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), che si pone tra i vari obiettivi quello di monitorare l'attività dei servizi raccogliendo i dati relativi al volume delle prestazioni erogate, alle caratteristiche epidemiologiche dell'utenza e ai piani di trattamento. Complessivamente in Italia nel 2014 sono stati assistiti dai Ser.T. 22 soggetti ogni 10.000 abitanti. Obiettivo del lavoro è stato quello di monitorare le prestazioni erogate da un Ser.T. rapportate al dato nazionale e la spesa sostenuta dalla Farmacia per la fornitura di farmaci e presidi.

**Materiali e metodi.** I dati relativi al numero e tipologia di trattamenti attivi dal 2011 al 2015 sono stati forniti da un Ser.T. dell'ASP di Catania, operante in un Distretto Sanitario di 85.000 abitanti. Sono stati estrapolati dal database aziendale i dati di spesa inerenti farmaci e presidi forniti al Ser.T. dalla farmacia territoriale.

**Risultati.** Le prestazioni erogate dal Ser.T. nel periodo in esame sono state pari a 4.785: interventi di inserimento sociale (30%), consulenza compresa accoglienza e valutazione (24%), trattamento farmacologico delle dipendenze e delle patologie correlate (24%), monitoraggio senza trattamento (9%), psicoterapia (7%), inserimento in comunità terapeutiche (6%). L'età media è stata pari a 37 anni con il 90% degli utenti maschi. Il numero medio di utenti l'anno in trattamento farmacologico è stato pari a 241: il 71,4% in trattamento sostitutivo per la tossicodipendenza, il 16,2% in trattamento per l'alcol dipendenza e il 12,4% in trattamento con farmaci non sostitutivi per la dipendenza. La spesa totale sostenuta per la fornitura al Ser.T. di farmaci e presidi è stata pari a € 356.598, così ripartita: € 288.289 (81%) per la terapia sostitutiva delle tossicodipendenze, € 42.185 (12%) per la terapia farmacologica delle alcolodipendenze e € 26.125 (7%) per il trattamento di patologie correlate e per la fornitura di presidi. Nel periodo in esame il 70% dei tossicodipendenti in terapia farmacologica è stato trattato con metadone per una spesa pari a € 85.059 (spesa media annua per paziente € 130), il 30% con l'associazione buprenorfina-naloxone per una spesa pari a € 61.982 per la formulazione da 2 mg e € 141.247 per la formulazione da 8 mg (spesa media annua per paziente € 900).

**Conclusioni.** In linea con il dato nazionale gli utenti che si rivolgono al Ser.T. sono in prevalenza tossicodipendenti e la spesa sostenuta per i farmaci per la terapia sostitutiva delle tossicodipendenze è quella che incide maggiormente sul totale.

#### **IL FARMACISTA E IL DECRETO ASSESSORIALE 569/2013 NEL CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA**

Nicoletta Avola,<sup>1</sup> Concetta Catalano,<sup>2</sup> Maria Rosy Tarantello,<sup>2</sup> Vincenza Giangravè,<sup>2</sup> Emanuela Alfonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Farmacia, P.O. Umberto I, ASP, Siracusa

<sup>2</sup>U.O.C. Farmacie Convenzionate, ASP, Siracusa

**Introduzione.** L'Assessorato della Salute Regione Siciliana ha emanato il Decreto Assessoriale D.A n.569/2013 concernente gli indicatori di prescrizioni per le categorie terapeutiche A10; C09; C10; J01; M05; R03; A02BC individuando specifici obiettivi per il triennio 2013-2015 e assegnando ad ogni ASP gli importi della spesa lorda da raggiungere nel triennio 2013-2015. L'ASP, tramite l'U.O.C. Farmacie Convenzionate e la Direzione Sanitaria, ha assegnato a ciascun medico gli obiettivi (condivisi con i Comitati Aziendali di Medicina Generale e Pediatria) ed individuato sistemi di correzione cui ricorrere per evitare il mancato raggiungimento degli stessi. Scopo del lavoro è stato rientrare negli obiettivi previsti dal D.A.

**Materiali e metodi.** L'U.O.C. Farmacie Convenzionate dal 2013 ha rafforzato il controllo delle prescrizioni dei farmaci delle categorie indicate, ha organizzato incontri programmati con MMG nei vari distretti per la rilevazione delle criticità, ha elaborato e diffuso opuscoli con l'esposizione delle NOTE AIFA ricadenti nelle classi del D.A. 569/2013 (Nota 1, Nota 48, Nota 13), linee guida e raccomandazioni per indirizzare a prescrizioni più appropriate. Utilizzando i dati disponibili nel portale Farmanalisi dell'ASP e i dati Sfera è stata analizzata la spesa lorda per le classi terapeutiche indicate nel D.A. 569 nel periodo Gennaio-Ottobre 2014.

**Risultati.** La spesa lorda e lo scostamento dall'obiettivo previsto è stato per le diverse classi terapeutiche: A10 = 4.206.885€ (scostamento - 171.405€); C09 = 8.741.623€ (scostamento - 933.402€); C10 = 6.690.176€ (scostamento - 540.40€); R03 = 4.646.819 € (scostamento - 489.394€); M05 = 1.140.960€ (scostamento - 380.913€); A02BC = 5.428.130€ (scostamento - 971.766€); J01 = 5.681.640€ (scostamento + 673.955€).

**Conclusioni.** Dall'analisi dei dati è emerso che la spesa farmaceutica convenzionata è diminuita risultando minore rispetto agli obiettivi previsti dal D.A.569/13 per tutte le classi terapeutiche eccetto per la classe J01 per la quale si riscontra uno scostamento del +13,46% rispetto all'obiettivo previsto. Le iniziative intraprese hanno consentito di ridurre la spesa convenzionata netta di 4.389.316€ nel 2014 rispetto al 2013, contribuendo al 2,6% del risparmio regionale.

#### **IL FARMACISTA E IL CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA: GARANTE DELLO STATO DI SALUTE E BENESSERE DEL PAZIENTE**

Nicoletta Avola,<sup>1</sup> Maria Rosy Tarantello,<sup>2</sup> Concita Catalano,<sup>2</sup> Vincenza Giangravè,<sup>2</sup> Emanuela Alfonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Farmacia, P.O. Umberto I, ASP, Siracusa

<sup>2</sup>U.O.C. Farmacie Convenzionate, ASP, Siracusa

**Introduzione.** L'aderenza terapeutica insieme all'appropriatezza terapeutica sono due componenti fondamentali per consentire un miglioramento dello stato di salute e benessere del paziente e il contenimento della spesa farmaceutica. L'aderenza terapeutica è influenzata da diverse componenti: l'interazione medico-paziente; caratteristiche individuali del paziente (emotività, risorse, limiti cognitivi e intellettivi, aspettative) e della malattia; complessità del trattamento, presenza di effetti collaterali. Scopo del lavoro è stato individuare le inappropriately e non aderenze terapeutiche per la classe C09, C10, M05, R03.

**Materiali e metodi.** L'U.O.C. Farmacie Convenzionate ha effettuato uno studio retrospettivo, con l'ausilio del portale SOGEI e Farmanalisi, sulle prescrizioni relative alle classi terapeutiche indicate, relative al periodo Gennaio-Ottobre 2014. Per ogni classe terapeutica sono stati individuati i p.a. più prescritti, usati per terapie croniche e quindi è stato analizzato il numero di prescrizioni effettuate per ogni paziente. Per ogni p.a. l'analisi è stata condotta con l'ausilio di database in excel contenenti l'elenco degli assistiti, il numero di confezioni prescritte e la rispettiva spesa lorda. È stata definita come inappropriata ogni prescrizione che, nei 10 mesi in esame, superava l'undicesima confezione di farmaco per ciascun paziente, e come non aderente ogni prescrizione che

non superava la terza prescrizione a paziente, interpretata come abbandono della terapia. Le 3 confezioni possono, in parte, essere dovute al fatto che alcuni pazienti abbiano iniziato la terapia da uno a tre mesi prima di Ottobre 2014. La spesa della non aderenza e dell'inappropriatezza è stata calcolata sommando il costo delle confezioni dei farmaci ritenuti non aderenti o inappropriati.

**Risultati.** Per ogni p.a. si sono evidenziati i seguenti risultati: olmesartan = 64.096€, 29.250€; olmesartan+diuretico = 52.134€, 21.035€; valsartan+diuretico = 19.751€, 12.379€; telmisartan = 13927 €, 10.670€; telmisartan+diuretico = 19.532€, 6534€; irbesartan = 22.090€, 10.088€; atorvastatina = 147.996€, 11.912€; rosuvastatina = 176.713 €, 22.356€; simvastatina = 47.716€, 490€; simvastatina +ezetimibe = 120.421€, 6.972€; acido alendronico +colecalciferolo = 53.353€, 7.416€; acido alendronico = 18.571 €, 6.360€; acido risedronico = 22796€, 6.440€; salmeterolo+fluticasone = 361.809€, 20.520€; formoterolo +beclometasone = 237.051€, 7.904€; formoterolo+budesonide = 141.983€, 6.370€; tiotropio bromuro = 81.128€, 7.010€.

**Conclusioni.** La spesa prodotta dalla non aderenza e dall'inappropriatezza è stata di 281.486€ per la classe C09; 534.576€ per la C10; 114.936€ per la M05; 5863.775€ per la R03, per un totale di 1.794.773€. Il lavoro condotto ha dimostrato l'importanza della figura del farmacista nell'attenzione tali aspetti delle prescrizioni terapeutiche.

#### **ANALISI DELLE PRESCRIZIONI DEI FARMACI SOGGETTI A NOTA 66**

Nicoletta Avola,<sup>1</sup> Concita Catalano,<sup>2</sup> Maria Rosy Tarantello,<sup>2</sup> Vincenza Giangravè,<sup>2</sup> Emanuela Alfonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Farmacia, P.O. Umberto I, ASP, Siracusa

<sup>2</sup>U.O.C. Farmacie Convenzionate, ASP, Siracusa

**Introduzione.** I Farmaci Antinfiammatori non Steroidei (FANS) sono un gruppo eterogeneo di composti con proprietà antinfiammatorie, analgesiche ed antipiretiche molto utilizzati nel trattamento dei disturbi associati a dolore e infiammazione. A livello nazionale, il consumo e la spesa di questi farmaci risulta molto elevato con un maggior consumo dei COXIB rispetto ai FANS non selettivi. Obiettivo del lavoro è stato valutarne il consumo e la spesa nell'ASP rispetto alla Sicilia e all'Italia.

**Materiali e metodi.** Sono stati utilizzati i dati Sfera relativi alle prescrizioni dei Farmaci soggetti a Nota 66 nell'ASP, in Sicilia e in Italia.

**Risultati.** Nel 2014 in Sicilia, la spesa netta SSN x 1000 abitanti (ab.) dei farmaci soggetti a Nota 66 è stata di €3.131,36 e le Dosi Definite Die (DDD)x 1000 ab. 272,25, maggiore rispetto ai dati nazionali €2.253,42 e 206,86 rispettivamente. Nell'ASP la spesa netta SSN x 1000 ab. è stata di € 3.491,07 e le DDD x 1000 ab. 180,7. I dati di consumo nell'ASP mostrano una prescrizione di Eterocoxib superiore rispetto al Celecoxib (inibitore selettivo della Ciclossigenasi 2 e inserito in lista di trasparenza AIFA, pertanto con costo inferiore rispetto all'Eterocoxib) con una spesa netta x 1000 ab. di €1.688,13 e DDD x 1000 ab. 69,65 a fronte di spesa netta x 1000 ab. di €468,38 e 21,88 DDD x 1000 ab. Tra i FANS non selettivi i farmaci più prescritti sono, in ordine decrescente di spesa, Ketoprofene, Diclofenac, Nimesulide, Aceclofenac, Ibuprofene. L'Ibuprofene che è il FANS non selettivo con il minor rischio gastrointestinale, risulta essere il meno prescritto in Sicilia e nell'ASP, con una spesa netta x 1000. ab. di €120,43 e €102,14, DDD x 1000 ab. 19,26 e 16,62 rispettivamente.

**Conclusioni.** Nell'ASP il consumo dei farmaci soggetti a Nota 66 è maggiore rispetto alla Sicilia e all'Italia. L'U.O.C. Farmacie Convenzionate ha provveduto a diffondere ai MMG e Medici Specialisti una nota dell'Assessorato della Salute della Regione Sicilia che raccomanda la prescrizione dei farmaci soggetti a Nota 66 secondo i criteri previsti dalla nota e a parità di indicazione terapeutica il medicinale a costo minore e miglior profilo di tollerabilità. Sono stati programmati degli incontri con i Medici ed è stato diffuso un opuscolo informativo al fine di sensibilizzare la classe medica ad una prescrizione più appropriata e ad un corretto uso delle risorse, nell'ottica di contenimento della spesa farmaceutica ma anche a salvaguardia della salute dei pazienti.

#### **CORRELAZIONE FRA GRADO DI UTILIZZO DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA E RISPETTO DI ALTRI INDICATORI DI QUALITÀ PROFESSIONALE NELL'ASL DI TERAMO**

Danilo Laddomada, Davide Re, Ilenia Senesi, Antonio Orsini  
Servizio Farmaceutico Territoriale, Asl, Teramo

**Introduzione.** Il D.L. 179/2012 ha previsto la graduale sostituzione della prescrizione mutualistica cartacea con quella dematerializzata, stabilendo target percentuali crescenti di anno in anno, con vantaggi sia per il cittadino che per il SSN. Il Servizio Farmaceutico, vista la consegna dei ricettari SSR ai medici, ha indagato il fenomeno, nel tentativo di identificare i clinici meno aderenti alla normativa e valutare se tale comportamento prescrittivo potesse correlarsi alla loro età o al rispetto di altri importanti indicatori di qualità professionale.

**Materiali e metodi.** Attraverso Recorddata si è estrapolata la Statistica per medico delle ricette dema nel mese di gennaio 2016, per identificare quanti avessero prescrizioni ancora cartacee pari o superiori all'80% e quanti invece prescrizioni dematerializzate in misura maggiore o uguale al 90%. Si è utilizzato Arno Medici per correlare questo comportamento con l'accesso del medico alla reportistica personalizzata e alle comunicazioni messe a disposizione on line periodicamente, incrociando questi dati con la loro categoria di appartenenza per spesa pro capite per assistito pesato, concentrandoci su quelli che nel 2015 superavano il cutoff medio stabilito dalla Regione di 140 euro/assistito.

**Risultati.** Si sono contati 23 medici poco propensi alla dematerializzazione, mentre quelli virtuosi erano 83, con età media di 62 anni nel primo gruppo e 58 nell'altro. Fra i primi a 19 medici (82%) era scaduta la password Arno (segno di nessun accesso per almeno mesi 3 alla reportistica), mentre nell'altro gruppo 57 avevano password scaduta (68%). Quanto a performance di spesa pro capite, il 71% ed il 65% si collocava sopra soglia nei due gruppi. A fronte di un numero medio di assistiti pesati di 1399 per i recalcitranti alla dema e di 1114 per gli altri, la media di ricette prescritte nel mese era rispettivamente di 1351 e di 1002, denotando un ricorso lievemente minore alla prestazione farmaceutica nel secondo caso.

**Conclusioni.** I diversi tentativi di correlazione hanno denotato come fra i MMG meno propensi alla dematerializzazione si faceva anche registrare un peggior comportamento in altri ambiti, inteso come disinteresse verso le comunicazioni aziendali e minore rispetto di indicatori di spesa regionali. Inoltre appare come anche la più giovane età correli con maggiore destrezza informatica e adesione alla normativa. Il Farmacista facilitatore dell'Asl sta svolgendo Audit Clinici per: recare informazione farmaceutica indipendente, favorire l'accesso alla reportistica e promuovere l'adesione alla normativa vigente, che passa anche dall'abbandono della ricetta cartacea, misure tutte finalizzate anche al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.

#### FIBROSI CISTICA: I DATI DAL TERRITORIO

Gemma Oriolo, Michelangelo Fabbrocini,  
Carolina Mancaniello, Edoardo Nava,  
Dipartimento Farmaceutico, ASL Napoli 3 Sud, Napoli

**Introduzione.** La Fibrosi Cistica (FC) è una patologia autosomica recessiva, conosciuta per il suo grave decorso e per l'esito mortale. Il difetto genetico causa l'alterazione di una proteina di membrana sita nelle ghiandole esocrine con conseguente ed abbondante produzione di muco ad alta densità potenziale causa di gravi occlusioni ghiandolari. Le cure attualmente disponibili sono solamente sintomatiche e perciò non risolutive. A livello Nazionale la Normativa in materia Fibrosi Cistica è data dalla Legge 548 del 23.12.1993 "Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica", dalla Circolare Ministeriale 15.04.1994 "Prima indicazioni per l'applicazione della Legge 548 del 23.12.1993: Disposizioni per la prevenzione e la cura della Fibrosi Cistica" e dall'Art. 50 del DPCM 21.03.2008, che include le prestazioni sanitarie domiciliari per la cura e la riabilitazione dei pazienti affetti da FC nei LEA. In Campania, con la D.G.R.C. 1168 del 16.03.2001, è stato istituito un Centro di riferimento Regionale suddiviso in due unità destinate all'accoglienza di pazienti affetti da FC in età adulta e pediatrica, presso il Dipartimento Clinico di Pediatria Generale e Specialistica ed Unità Operativa di Geriatria dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

**Materiali e metodi.** Analisi dei dati di erogazione anno 2015 di una Farmacia Distrettuale, estrapolati dal File F e dalla procedura informatizzata aziendale.

**Risultati.** Nel territorio di riferimento, che conta circa 96.000 abitanti, 3 pazienti di età compresa tra i 22 e i 28 anni risultano essere affetti da FC ed accedono mensilmente alla Farmacia Distrettuale per il ritiro del materiale prescritto dal

centro di riferimento. Le erogazioni fatte nell'anno 2015 comprendono: farmaci antimicrobici sistemici (51,45% della spesa totale per la FC), mucolitici, farmaci per aerosol-terapia (0,76%), FANS, fermenti lattici, oltre ad integratori specifici per la FC (23,2%) e soluzioni ipertoniche e a base di acido ialuronico classificate come dispositivi medici (10,40%). Si sono osservate anche prescrizioni singole di antipsicotici, bifosfonati ed anti-ipertensivi. Uno dei tre pazienti usufruisce dell'erogazione di ossigeno liquido in maniera non continua.

**Conclusioni.** I pazienti affetti da FC seguono schemi terapeutici complessi e personalizzati, che prevedono la perfetta sinergia tra il trattamento strettamente farmacologico, l'utilizzo di DM ed integratori e l'erogazione domiciliare di ossigeno liquido; ciò consente di tenere efficacemente sotto controllo la patologia incrementando notevolmente l'aspettativa di vita dei giovani pazienti affetti da FC. Fondamentale è potenziare la comunicazione tra Medico prescrittore e Farmacista erogatore per garantire l'ottimizzazione dell'iter di prescrizione/erogazione, migliorando la qualità del servizio offerto e facendo quadrato per la salute dei pazienti affetti da FC.

#### GESTIONE DM: MONITORAGGIO DEI CONSUMI SUL TERRITORIO AZIENDALE

Francesca Bucci,<sup>1</sup> Sara Carotenuto,<sup>1</sup> Claudia De Marino,<sup>2</sup> Ugo Trama,<sup>2</sup> Rosalisa De Laurentiis,<sup>1</sup> Simona Creazzola<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>U.O.C. Farmaceutica del Territorio, <sup>2</sup>U.O.C. Farmaceutica Convenzionata, Asl Napoli 1 Centro, Napoli

**Introduzione.** I Dispositivi-Medici (DM) rappresentano un costo elevato per l'azienda sanitaria pertanto la UOC-Programmazione-Pianificazione-Aziendale (UPPA) con Delibera-Aziendale (DA) n° 612/2014 "Adozione-delle-procedure-operative Gestione-Dispositivi-Medici", ha predisposto un monitoraggio dei-DM utilizzati per consumo-interno, con particolare riguardo ai DM con costo-unitario elevato. Il monitoraggio prevede una rendicontazione quali-quantitativa-economica dei DM per l'anno 2015. I Dm individuati nella DA sono riconducibili ad uso esclusivamente ospedaliero ma ai fini di un attento monitoraggio è stato istituito un gruppo di lavoro (GdL) con l'UPPA e la UOC-Farmaceutica del Territorio (UFT) per individuare i DM con costo-unitario elevato di uso corrente presso i Distretti Sanitari di Base (DSB). Tra le categorie dei DM individuate per l'alto costo-unitario, sono state selezionate le Pellicole Radiografiche (PR) e Medicazioni Avanzate (MA). Inoltre, UFT ha prodotto una modulistica utilizzata per le richieste da parte delle Unità Operative (UO) dei DSB alle Strutture-Farmaceutiche-Distrettuali (SS.FF.DD.) per i DM individuati.

**Materiali e metodi.** È stato istituito un GdL per l'individuazione dei Dm ad alto costo-unitario acquistati dalle SSFFDD nell'anno 2015. Il GdL ha prodotto una modulistica per la richiesta dei DM individuati confrontandosi con i responsabili delle UO dei DSB. Il monitoraggio è stato effettuato estrapolando i dati dal Sistema-Contabile-Integrato-Aziendale, valutando la spesa/consumo di PR e di MA in rapporto alla spesa/consumo sostenuto da tutta l'AS nel periodo in esame.

**Risultati.** Il modulo di richiesta dei DM è stato strutturato riportando i campi: denominazione del prodotto, n° pezzi consumati-bimestre, giacenza n° pezzi, fabbisogno bimestrale. Il monitoraggio, nel periodo in esame, per la categoria MA ha evidenziato una spesa sostenuta dalle SS.FF.DD di €1.73.263,96 pari al 35% del totale spesa AS per le MA (€482.023,53). Il consumato è stato di 44.556pz pari al 68% del totale AS (66.571pz). Per le PR la spesa sostenuta dalle SSFFDD è stata di €67.112,42 pari al 10% del totale spesa AS (€633.695,92). Il consumato è stato di 53.250-film pari al 16% del totale AS (336.342-film).

**Conclusioni.** Il monitoraggio ha avuto il pregio di sensibilizzare gli operatori-sanitari nei DSB-territoriali all'utilizzo razionale dei DM. Inoltre, il confronto gestito centralmente attraverso il coinvolgimento della farmaceutica-territoriale ha assicurato omogeneità all'estrapolazione del dato superando le difformità tra i distretti. Le MA hanno un consumo predominante sul territorio, probabilmente riferito all'Assistenza-Domiciliare. Il consumo di DM in assistenza-territoriale-interna incide poco sulla spesa rispetto ai DM degli ospedali ma l'individuazione di sacche di spreco potrebbero liberare risorse importanti da destinare all'innovazione

#### PDTA INTEGRATO CON LE FARMACIE DI COMUNITÀ PER PAZIENTI AFFETTI DA EMICRANIA CRONICA

Sara Carotenuto, Francesca Bucci, Simona Creazzola

U.O.C. Farmaceutica del Territorio, Asl Napoli 1 Centro, Napoli  
**Introduzione.** La letteratura suggerisce che l'utilizzo di un PDTA dedicato all'emicrania cronica (EC) riduce i costi di gestione della patologia. L'inserimento nel prontuario-terapeutico della Tossina-Botulinica (BT) nella terapia dell'emicrania-cronica ha permesso di investigare un PDTA dedicato nonché il supporto potenzialmente offerto dalle farmacie di Comunità in una mirata strategia organizzativa finalizzata ad intercettare i pazienti non diagnosticati per garantire accessibilità e appropriatezza delle cure per EC. È stato inoltre condotto un esercizio di valorizzazione dei potenziali risparmi nei costi di gestione della Azienda Sanitaria per pazienti trattati con BT sul medio periodo.

**Materiali e metodi.** Un gruppo di lavoro (GDL) comprendente l'azienda-sanitaria e i centri-prescrittori autorizzati per BT ha analizzato l'assistenza per EC in regione e nella Azienda-Sanitaria, ipotizzando eventuali risparmi e redatto un PDTA per EC. Il Lavoro ha valutato in prospettiva i costi incrementali per utilizzo di BT su un orizzonte temporale di 5 anni per 115 pz incidenti/anno della Azienda-Sanitaria inseriti nel PDTA. Il numero di pazienti da arruolare è stato calcolato applicando i dati di letteratura di incidenza-prevalenza-fallimento della gestione della EC con profilassi orale. Un modello decisionale di Markov è stato popolato con dati di letteratura relativi agli schemi di trattamento nonché da scenari ipotizzati dagli esperti clinici relativamente a durata della terapia media in anni/paziente e intervallo tra i trattamenti dopo il 12° mese in mesi. I costi di rimborso e delle prestazioni sono state parametrati con i costi della Azienda-Sanitaria

**Risultati.** Il PDTA ha previsto che i pazienti cefalalgici siano inseriti in base alla gravità della patologia in 3 livelli di diagnosi e cura in cui al primo livello ci sono i MMG e Farmacie di Comunità, al secondo i Neurologi-territoriali, al terzo il Centro-Specialistico. In 5 anni i costi incrementali di gestione di 115 pazienti trattati con BT, risultano pari a 50Keuro al primo anno, 18Keuro al secondo, mentre a partire dal terzo si liberano risparmi netti in un ranking che va da circa 63Keuro a 75Keuro. La valutazione economica è stata condotta dal punto di vista del SSN.

**Conclusioni.** La validità del PDTA ipotizzato va verificata nell'applicazione dello stesso a livello regionale. Il coinvolgimento di tutte le figure professionali sanitarie nel percorso risponde alla necessità pressante di far emergere un bisogno di salute sottodiagnosticato; L'esercizio effettuato ha il pregio di fornire una prospettiva di analisi che dovrà obbligatoriamente essere indagata su dati di attività ed utilizzo reali attraverso i quali verificare la fondatezza delle ipotesi utilizzate nei presupposti della analisi.

#### L'IPERPRESCRIZIONE DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA È COSTOSA E NON BASATA SU PROVE DI EFFICACIA

Stefano Loiacono, Ambra Pedrazzini, Davide Ferrante, Antonia Talenti, Giulia Zambardi, Samanta Sonzogni, Melissa Frigeni, Rossana Piccinelli, Marco Gambera  
Servizio Farmaceutico Territoriale, ATS di Bergamo

**Introduzione.** L'impiego degli Inibitori di Pompa Protonica (IPP), farmaci con i consumi tra i più elevati, è aumentata notevolmente negli anni. Il loro uso in Italia in termini di Daily Defined Dose (DDD) è passato da 21 DDD/1.000 abitanti nel 2003 a 63 DDD/1.000 nel 2011 fino ad arrivare a 78.5 DDD/1.000 abitanti nel 2015. Di recente molteplici studi osservazionali hanno documentato probabili nessi causali con l'uso di IPP e reazioni avverse, fra cui aumento di malattie renali acute e croniche, fratture, ipomagnesemia, infezioni da Clostridium difficile e polmonite, rischio cardiovascolare. Un'elevata percentuale di pazienti che assumono questi farmaci lo fa per indicazioni non appropriate.

**Materiali e metodi.** Per l'analisi sono stati utilizzati i dati relativi al consumo di IPP in termini di spesa e DDD della farmaceutica convenzionata.

**Risultati.** Nel 2015, nella nostra provincia, gli IPP sono stati la prima classe terapeutica in termini di spesa con 13.973.809 € e la terza in termini di consumo con 25.105.812 DDD. È emerso che nel 2014 la percentuale di pazienti in trattamento con IPP senza i criteri di rimborsabilità previsti dalle Note AIFA 1 e 48 è stata del 38,4%, inferiore rispetto al dato nazionale pari al 43,2% e in diminuzione rispetto agli anni precedenti (40,7% nel 2012 e 40,2% nel 2013). L'IPP più utilizzato nel 2015 è l'esomeprazolo con 7.818.081 DDD (+53,09% rispetto al 2011); seguono, il pantoprazolo con 7.130.669 DDD (+72,92% rispetto al 2011), il lansoprazolo con 5.587.239 DDD (+7,42% rispetto al 2011), l'omeprazolo con 3.600.702

DDD (+6,68% rispetto al 2011) e il rabeprazolo con 850.528 DDD (+35% rispetto al 2011). Per quanto concerne la spesa invece, il pantoprazolo risulta essere l'IPP a maggiore impatto economico (4.427.576 €), seguito da esomeprazolo (4.393.421 €), lansoprazolo (3.017.173 €), omeprazolo (1.659.004 €) e rabeprazolo (436.912 €). Estrahendo i dati per singolo principio attivo, il pantoprazolo ha il costo per DDD più elevato (0,62 €/DDD), contro 0,56 €/DDD dell'esomeprazolo, 0,54 €/DDD del lansoprazolo, 0,51 €/DDD del rabeprazolo e 0,46 €/DDD dell'omeprazolo.

**Conclusioni.** L'elevata inappropriata d'uso, correlata alla mole di spesa, impone un maggior controllo sulle prescrizioni di IPP, anche per evitare rischi inutili ai pazienti. L'evidence based medicine è stata tradotta nelle note AIFA, che devono essere utilizzate come strumento di supporto di appropriatezza decisionale, per continuare a ridurre la percentuale di inappropriata prescrittiva, come è stato fatto nella nostra provincia, con un graduale aumento del trend di appropriatezza nel biennio 2012-2014.

#### TERIPARATIDE VS DENOSUMAB NEL TRATTAMENTO DELL'OSTEOPOROSI: ANALISI COMPARATIVA DELLA FARMACOUTILIZZAZIONE NEL TERRITORIO DELL'ASUR MARCHE AREA VASTA 1 (AV1)

Chiara Pettinelli,<sup>1</sup> Silvia Bernardini,<sup>2</sup> Gaia Emanuela Gioia Lobbia,<sup>1</sup> Fabio Ambrosini Spinella,<sup>1</sup> Roberta Ricciardelli,<sup>2</sup> Anna Maria Resta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASUR Marche, Servizio Farmaceutico Territoriale, AV1 Fano

<sup>2</sup>ASUR Marche, Servizio Farmaceutico Territoriale, AV1 Pesaro

**Introduzione.** L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una ridotta massa ossea e da alterazioni qualitative che si accompagnano ad aumentato rischio di frattura. Nel trattamento dell'osteoporosi, i farmaci che hanno maggiore impatto sulla spesa farmaceutica sono teriparatide e denosumab. L'immissione in commercio, nel 2011, di denosumab ha portato vantaggi sia in termini di compliance (somministrazione sottocutanea semestrale) rispetto a teriparatide (somministrazione sottocutanea giornaliera) che di spesa. Lo studio confronta l'utilizzazione di entrambi i farmaci sul territorio dell'AV1.

**Materiali e metodi.** Dal data base informatico aziendale sono stati raccolti i dati di consumo di teriparatide e denosumab, da gennaio 2011 a dicembre 2015, relativi al territorio dell'AV1 della regione Marche.

**Risultati.** Dall'andamento prescrittivo di teriparatide rilevato tra il 2011 e il 2012, si evidenzia un aumento dei pazienti trattati da 30 a 39 (+30%); tra il 2012 ed il 2013 da 39 a 44 (+12,8%); tra il 2013 ed il 2014 da 44 a 45 (+2,3%). I dati evidenziano una graduale diminuzione dell'incremento percentuale, per osservare nel 2015 vs 2014 una controtendenza con diminuzione del numero di pazienti trattati da 45 a 38 e un decremento pari al -15,5%. Per denosumab, in utilizzo nell'AV1 dal 2013 (anno 0), sono stati trattati nel 2014 77 pazienti, passati a 145 nel 2015, con un incremento dell'88,3%. Per teriparatide, da gennaio 2011 a dicembre 2015 su un totale di 105 trattati, i pazienti che hanno concluso il trattamento portandolo al massimo prescrivibile di 24 mesi sono stati 23 (21,9%); quelli in corso di trattamento 26 (24,8%); i restanti 56 pazienti (53,3%) hanno interrotto il trattamento prima della conclusione dei 24 mesi.

Dei 79 pazienti trattati con teriparatide (23 a ciclo terminato e 56 a ciclo interrotto), 22 risultano passati a denosumab, di cui 6 (27,3%) a conclusione della terapia con teriparatide, mentre 16 (72,7%) con shift.

**Conclusioni.** Dall'analisi dei dati emerge che l'utilizzo di teriparatide si è gradualmente ridotto nel periodo di riferimento, mentre il numero di pazienti in trattamento con denosumab è aumentato drasticamente. Data la maggiore aderenza terapeutica e il minore costo della terapia è ragionevole supporre che il numero di pazienti in trattamento con denosumab sia destinato a crescere, nel rispetto delle indicazioni e del monitoraggio AIFA.

**Bibliografia.** [www.siommmms.it/wp-content/uploads/2015/11/Linee-guida-OP\\_2015.pdf](http://www.siommmms.it/wp-content/uploads/2015/11/Linee-guida-OP_2015.pdf)

#### L'ATTIVITÀ ISPETTIVA DEL FARMACISTA DEL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE NELLE PARAFARMACIE

Chiara Cannizzo, Elena Mezzasalma, Alfia Patrizia Campione, Ignazia Poidomani  
U.O.C. Farmaceutica territoriale, ASP, Ragusa

**Introduzione.** Le parafarmacie possono effettuare l'attività di vendita al pubblico di farmaci da banco (OTC) o di

automedicazione e di tutti i farmaci non soggetti a prescrizione medica (SOP) ai sensi D.L. n 223 del 04/07/2006, convertito con modificazioni dalla legge n 248 del 04/08/2006. L'attività di vigilanza sulle parafarmacie, di competenza del Servizio Farmaceutico Territoriale delle ASP, è stata disciplinata in Sicilia dal D.D.G.0051/2007 dell'Assessorato alla Salute e in ambito nazionale dal D.L. 09/03/2012. L'Azienda Sanitaria attraverso le ispezioni garantisce l'osservanza della legge in vigore per la tutela dell'igiene e della salute pubblica.

**Materiali e metodi.** Le ispezioni sono state effettuate dalla Commissione Aziendale di Ispezione e Vigilanza dell'ASP, utilizzando un modello di verbale redatto secondo il D.D.G.0051/2007 dell'Assessorato alla Salute e successivamente aggiornato ai sensi del D.L. del 09/03/2012. Nell'atto ispettivo sono stati controllati i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di farmacovigilanza obbligatori per legge. Per questo studio sono stati esaminati i verbali delle ispezioni svolte nelle parafarmacie al fine di consentire la vendita dei SOP e degli OTC.

**Risultati.** Nel territorio della nostra Azienda Sanitaria, le parafarmacie ispezionate nel periodo compreso tra il 2007 e il 2016 sono state 54, in 23 di queste non sono state riscontrate irregolarità, mentre in 31 esercizi nel corso dell'attività ispettiva sono state segnalate alcune difformità. Le maggiori irregolarità rilevate riguardavano la non conformità dei caratteri e del colore dell'insegna (46%), l'accessibilità al parafarmaco da parte del pubblico (17%), la mancata indicazione della tipologia dei medicinali vendibili (20%) e la planimetria dei locali (17%). In sede d'ispezione sono stati verbalizzati gli obblighi cui ottemperare. La maggior parte delle parafarmacie ha ottemperato agli obblighi nei termini prescritti, mentre nel 29% dei casi si è osservata una resistenza conseguente alla mancanza di parametri tassativi della legge regionale e di relative sanzioni.

**Conclusioni.** L'analisi dei risultati dell'attività ispettiva ha evidenziato che l'85% delle parafarmacie presenti nel territorio dell'ASP, dopo l'ispezione, operano nel rispetto totale dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di farmacovigilanza previsti dalla normativa vigente. Al fine di ottenere il rispetto normativo nella totalità dei casi, è stato deciso di effettuare, successivamente alla prima ispezione, ulteriori verifiche attraverso la predisposizione di schede di autovalutazione da compilare da parte delle parafarmacie e restituire al Servizio Farmaceutico dell'Azienda Sanitaria di competenza.

#### **MEDICINALI CANNABINOIDI PER SCOPO TERAPEUTICO NELLA REGIONE VENETO: ANALISI PRELIMINARE DEGLI IMPIEGHI E DELLA TIPOLOGIA DEI PRODOTTI UTILIZZATI**

Mariassunta Miscio,<sup>1</sup> Chiara Roni,<sup>2</sup> Silvia Adami,<sup>2</sup> Umberto Gallo,<sup>3</sup> Giovanna Scroccaro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Regione del Veneto, Settore Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, Farmacista collaboratore

<sup>2</sup>Regione del Veneto, Settore Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, Farmacista Dirigente

<sup>3</sup>ULSS 16 - Padova, SC Assistenza Farmaceutica Territoriale, Farmacista Dirigente

<sup>4</sup>Regione del Veneto, Settore Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, Dirigente del Settore Farmaceutico Regionale

**Introduzione.** I cannabinoidi attualmente disponibili in Italia sono rappresentati dalla specialità medicinale Sativex e da materie prime a base di infiorescenze di *C. Sativa*. Con LR 38/2012 e successiva DGR 2526/2014, la regione Veneto ha delineato precise disposizioni in merito all'impiego e alla rimborsabilità di questi preparati a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR). In particolare, è stato reso rimborsabile l'impiego di questi preparati cannabinoidi nel "trattamento della spasticità correlata a lesioni midollari che non hanno risposto alle terapie convenzionali". Nonostante l'ampia risonanza mediatica sull'impiego di questi farmaci, ad oggi, sono disponibili pochi studi che ne descrivono il loro uso terapeutico nella cosiddetta "real-life".

**Materiali e metodi.** Al fine di monitorare l'uso dei cannabinoidi nel territorio regionale e di rilevare gli eventuali ulteriori bisogni assistenziali, è stato chiesto alle Aziende sanitarie di trasmettere trimestralmente al Settore Farmaceutico un resoconto degli impieghi effettuati a carico del SSR e con onere a carico del cittadino attraverso le preparazioni magistrali allestite dalle farmacie convenzionate. In quest'ultimo caso, infatti, l'invio della copia della ricetta alle

Aziende sanitarie è resa obbligatoria dalla Legge 94/98 (prescrizione magistrale "off-label").

**Risultati.** Nel corso del 2015 sono stati trattati con cannabinoidi complessivamente 207 pazienti: 8 con onere a carico del SSR e 199 con onere a carico del cittadino. In quest'ultimo caso, nel 46% dei casi l'indicazione d'uso non era riportata in ricetta. Nei casi rimanenti la prescrizione era riferita al trattamento del dolore neoplastico (11%), neuropatico (7%) o cronico (non specificato, 31%). La materia prima principalmente prescritta è stata il Bedrocan (179/199), seguita dal Bediol (29/199). Le formulazioni galeniche hanno riguardato nel 66% dei casi l'allestimento di cartine e capsule destinate alla somministrazione orale per decozione o tramite via inalatoria attraverso appositi vaporizzatori. Nei 2/3 dei casi i dosaggi dei cannabinoidi prescritti variava da 25 a 100 mg/die per un costo medio per prescrizione di € 76 (cartine) e € 138 (capsule). L'analisi relativa al numero di pazienti trattati per Azienda sanitaria rileva un'ampia variabilità correlata, probabilmente, alla presenza di farmacie "specializzate" nell'allestimento dei galenici e/o alla presenza di particolari medici "sensibili" all'impiego di cannabinoidi.

**Conclusioni.** Dall'analisi dei primi dati sulla prescrizione dei cannabinoidi nella regione Veneto si evince un'elevata variabilità sia nelle indicazioni d'uso che nella tipologia dei prodotti allestiti. Questo riflette la necessità di un costante monitoraggio dei dati di uso di questi prodotti nella pratica al fine di acquisire maggiori informazioni sulla loro reale efficacia e sicurezza.

#### **INCRETINE E INAPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: UNA QUESTIONE APERTA**

Giulia Zambarbieri, Antonia Talenti, Davide Ferrante, Ambra Pedrazzini, Stefano Loiacono, Samanta Sonzogni, Melissa Frigeni, Rossana Piccinelli, Marco Gambera

Servizio Farmaceutico Territoriale, ATS di Bergamo

**Introduzione.** Le recenti terapie ipoglicemicizzanti orali per il trattamento del diabete mellito di tipo 2 comprendono Incretine e Gliptine, farmaci che mimano l'azione degli ormoni incretinici fisiologici o che ne potenziano l'azione mediante il blocco reversibile dell'enzima responsabile della loro degradazione. L'utilizzo di queste molecole nella pratica clinica è ampiamente diffuso, tanto che nell'anno 2015 si è assistito ad un incremento sostanziale sia dei consumi, sia della spesa farmaceutica ad esse associata. Obiettivo della nostra indagine è stato quindi valutarne l'appropriatezza prescrittiva nelle strutture sanitarie della nostra realtà, verificando per ogni paziente il possesso dei requisiti per la rimborsabilità definiti da AIFA.

**Materiali e metodi.** L'analisi ha riguardato i piani terapeutici di prima prescrizione riferiti all'anno 2015, per i quali si è verificato il rispetto delle seguenti condizioni cliniche: diagnosi di diabete mellito di tipo 2, rischio di ipoglicemie severe o valore di emoglobina glicata (HbA1c) compreso tra 7.5% e 8,5%, estendibile fino al 9% in pazienti con età superiore a 75 anni o affetti da insufficienza renale cronica e/o patologie concomitanti che riducono l'aspettativa di vita. I piani terapeutici risultati non aderenti alle suddette condizioni sono stati restituiti ai medici prescrittori per una rivalutazione delle possibili inapproprietezze individuate.

**Risultati.** I piani terapeutici di prima prescrizione pervenuti sono stati in totale 1181; di questi, l'analisi ha permesso di individuarne 60 potenzialmente inappropriati per valori di HbA1c fuori range e 166 con valori compresi tra 8.5% e 9%, e perciò da giustificare. La molecola più frequentemente impiegata è stata linagliptin (32%), seguita da sitagliptin (25%) e vildagliptin (17%). I medici prescrittori hanno fornito per ogni paziente le motivazioni a supporto delle scelte terapeutiche fatte e da esse è emerso che, esclusi sporadici errori di trascrizione, il mancato rispetto dei limiti prescrittivi è legato principalmente al rischio di ipoglicemie severe, all'insufficienza renale cronica, all'obesità e all'intolleranza alla metformina.

**Conclusioni.** L'introduzione di Incretine e Gliptine può significare per i pazienti diabetici un miglioramento del controllo glicemico, effetti favorevoli sul peso e riduzione del rischio di ipoglicemie. Tuttavia, la sostenibilità economica rappresenta un importante limite per il loro impiego, anche se non è da sottovalutare il risparmio ottenuto in termini di gestione delle complicanze legate all'utilizzo dei tradizionali antidiabetici orali. Vi è, perciò, la necessità di definire in modo preciso le caratteristiche dei pazienti eleggibili al trattamento e di fornire allo specialista un sistema informatizzato di

prescrizione, in fase di implementazione, che agevoli l'aderenza al percorso di arruolamento.

#### **FARMACI AD ALTO IMPATTO ECONOMICO: MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE NELLA ASL ROMA 2 (EX ASL RM B)**

Gloria Ippoliti, Diana Totè, Daniela Botta, Giovannimaria Pellecchia, Maria Grazia Nicotra, Loredana Vasselli  
Area Farmaceutica Territoriale, ASL Roma 2 (EX RM B), Roma  
**Introduzione.** Dal 2009 la Regione Lazio ha emanato provvedimenti di appropriatezza prescrittiva per promuovere l'uso opportuno dei farmaci a maggior impatto economico sulla spesa farmaceutica convenzionata. I Decreti 156/14 e 480/15 pongono attenzione sulle seguenti categorie terapeutiche: IPP, ω-3, statine, sartani e bifosfonati, da soli o associati, antagonisti dei recettori α-adrenergici, FANS. La verifica dell'appropriatezza è deputata ai servizi farmaceutici territoriali e alle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali (CAPD). La spesa farmaceutica convenzionata della ASL in oggetto risulta tra le più alte a livello regionale. Le 4 CAPD mensilmente valutano l'attività prescrittiva dei MMG rispetto ai target fissati dal decreto. Scopo del lavoro è evidenziare come il monitoraggio delle prescrizioni abbia influito sulla spesa farmaceutica dal 2013 al 2015.

**Materiali e metodi.** Tramite i sistemi informatici Tessera Sanitaria, Datawarehouse, Pentaho sono stati elaborati dati di spesa pro capite pesata/die, dati di consumo espressi in DDD (Daily Defined Dose) e reports prescrittivi. Sono stati effettuati corsi di formazione e audit clinici trimestrali con i MMG. Sono state calcolate le quantità annuali prescritte in eccesso ponendo attenzione al rispetto delle note AIFA, la cui mancanza negli anni ha portato ad un aumento di spesa farmaceutica convenzionata. Non potendo conoscere la diagnosi del paziente, per ogni classe ATC sono state calcolate le eccedenze del numero di confezioni prescritte rispetto alla posologia media pro/die indicata nella scheda tecnica. In questo modo è stato possibile rilevare l'attività di inappropriatezza e/o iperprescrizione dei MMG che si discostano dai target regionali.

**Risultati.** Nel 2013 le DDD per 1000 assistibili pesati/die erano in media 1216,19 e lo scostamento rispetto alla media regionale di 4,40%; le DDD equivalenti 58,75%. Nel 2015 le DDD per 1000 assistibili pesati/die sono 1.187,83 (-2,33%) e la differenza rispetto al target regionale 4%; le DDD equivalenti sono aumentate a 75,89%. La spesa farmaceutica lorda presenta una riduzione del 4,34% (da 591,72 per 1000 assistibili pesati/die nel 2013 a 566,09 nel 2015), con uno scostamento rispetto alla media regionale variato da 2,99% a 1,79%.

**Conclusioni.** Nel periodo 2013-2015 è stata registrata una riduzione della spesa farmaceutica netta pari a 8.922.135€, anche grazie ad un aumento di prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto. Gli ottimi risultati ottenuti mostrano quanto il raggiungimento degli obiettivi regionali e aziendali di appropriatezza prescrittiva sia possibile grazie al monitoraggio delle prescrizioni e alla condivisione dei dati con i MMG.

#### **MONITORAGGIO DELL'ESPOSIZIONE A FARMACI ANTIEPILETTICI NELLA POPOLAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO ANNI 2013 E 2014**

Corrada Valeria Maria Scillia,<sup>1</sup> Alexia Greco,<sup>1</sup> Pierpaolo Vitale,<sup>2</sup> Maria Rosaria Maione<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Farmaceutica Territoriale, A.S.P. di Catanzaro

<sup>2</sup>Facoltà di farmacia, Università Magna Graecia di Catanzaro

**Introduzione.** Obiettivo dello Studio è analizzare la farmacoutilizzazione 2013-2014 dei Farmaci Antiepilettici (FAE) nel territorio dell'ASP di Catanzaro (ASPCZ) al fine di tracciarne il profilo prescrittivo secondo le indicazioni d'uso autorizzate; valutare la prevalenza e la variabilità d'utilizzo dei FAE di prima e seconda generazione focalizzando l'attenzione su particolari categorie di pazienti per evidenziare eventuali criticità d'uso dei FAE.

**Materiali e metodi.** Lo studio ha interessato 167.817 prescrizioni 2013-2014, avvalendosi dei data-base-prescrizioni farmaceutiche SSN. Incrociando i dati anagrafici-assistiti con i FAE prescritti è stato differenziato l'utilizzo in base a: codici d'esenzione patologia (017: epilessia e altri 014-044-048), codici esenzione per status (invalidità civile-di servizio, esenzione per reddito ecc.), nessuna esenzione. La "popolazione epilettica" selezionata (assistiti con codice 017+quelli con esenzione per status+non esenti escluse

prescrizioni nota AIFA 4) è stata suddivisa in sottogruppi di "popolazioni speciali": bambini 0-15anni, donne 15-45anni (età fertile), ultrasessantacinquenni.

**Risultati.** I pazienti esposti a FAE sono stati n.11.517 nell'anno 2013, n.11.667 nell'anno 2014, pari a circa il 3,2% della popolazione residente con leggera prevalenza del genere femminile. Maggiore l'esposizione ai FAE-seconda generazione sia nel 2014 (53%vs39%) che nel 2013 (52%vs40%); n.10.004 assistiti nell'anno 2014 hanno ricevuto FAE in mono-prescrizione, dato sovrapponibile al 2013. Codici di patologia rilevati, in entrambi gli anni: codice 017(epilessia): 5,3%; altri codici: 014-044-048: 6%. La "popolazione epilettica" selezionata presenta una prevalenza d'uso di circa il 2%. Suddividendo la "popolazione epilettica" in sottogruppi di "popolazioni speciali" emerge: Bambini 0-15 anni 221 pazienti-2013 e 230 pazienti-2014, 79% nel 2013 e 76% nel 2014 mono-trattati, con esposizione maggiore verso FAE meglio tollerati (acido valproico-levetiracetam), impiego limitato di barbiturici e benzodiazepine; donne 15-45anni (età fertile) 910 pazienti-2013 e 974 pazienti-2014, l'88% mono-trattate, emerge maggiore uso di farmaci a elevato rischio teratogeno (valproato-topiramato) rispetto a quelli con rischio ridotto (lamotrigina-carbamazepina-levetiracetam); ultrasessantacinquenni 2.645 pazienti- 2013 e 2.925 pz-2014 rappresenta il gruppo più esposto a FAE, l'89% ha ricevuto FAE-monoterapia, prevalente l'uso di FAE-prima generazione (Clonazepam-fenobarbital-acido valproico-carbamazepina) con maggiore esposizione a levetiracetam seguita da oxcarbamazepina e topiramato.

**Conclusioni.** La farmacoutilizzazione 2013-2014 degli antiepilettici nell'ASPCZ presenta un profilo prescrittivo qualitativo sovrapponibile ai dati di letteratura con maggiore utilizzo dei FAE di prima generazione nell'epilessia e di seconda generazione nelle altre condizioni. Nelle "popolazioni speciali" si registra prevalenza di farmaci in monoterapia. Principali criticità: non facile identificazione della "popolazione epilettica"; maggior utilizzo negli ultrasessantacinquenni di clonazepam e fenobarbital, FAE a maggior rischio di effetti avversi/interazioni farmacologiche negli anziani; nelle donne in età fertile prevalente uso di FAE potenzialmente più teratogeni (acido valproico-topiramato) rispetto a quelli ritenuti più sicuri (lamotrigina-carbamazepina-levetiracetam).

#### **SCLEROSI MULTIPLA (SM): COMPARAZIONE TRA TERAPIA INIETTIVA E TERAPIA ORALE NELL'AREA VASTA 1 DELL'ASUR MARCHE**

Silvia Bernardini,<sup>1</sup> Roberta Ricciardelli,<sup>1</sup> Chiara Pettinelli,<sup>2</sup> Fabio Ambrosini Spinella,<sup>2</sup> Gaia Emanuela Gioia Lobbia,<sup>2</sup> Anna Maria Resta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servizio Farmaceutico Territoriale AV1, ASUR Marche, Pesaro

<sup>2</sup>Servizio Farmaceutico Territoriale AV1, ASUR Marche, Fano

**Introduzione.** La sclerosi multipla (SM) è una malattia autoimmune cronica invalidante ad eziologia idiopatica che colpisce il sistema nervoso centrale ed è caratterizzata da infiammazione, demielinizzazione e degenerazione assonale. Attualmente, nonostante non esista ancora una cura risolutiva, il mercato farmaceutico affianca alle terapie iniettive di generazione antecedente, a base di Interferoni e Glatiramer, le terapie orali a base di Fingolimod (Gilenya®, disponibile dal 20/12/2011), Teriflunomide (Aubagio®, disponibile dal 01/09/2014) e Dimetilfumarato (Tecfidera®, disponibile dal 10/12/2014). L'analisi condotta mette in evidenza l'incidenza di switch tra le terapie iniettive ed orali.

**Materiali e metodi.** Con il software aziendale in dotazione, sono state rilevate le prescrizioni dell'anno 2015 a pazienti affetti da SM afferenti alle farmacie territoriali ed ospedaliere dell'ASUR Marche AV1.

**Risultati.** I pazienti trattati con diagnosi di SM, a inizio 2015, risultano 203, così suddivisi: 187 trattati con terapie iniettive e 16 con terapie orali. A fine 2015, il numero di pazienti è 246 (83 Ex ZT1 Pesaro, 63 Ex ZT2 Urbino e 100 Ex ZT3 Fano), di età compresa tra 19 e 69 anni (età media di 43 anni) di cui 166 femmine (67.5%) e 80 maschi (32.5%), con 174 terapie iniettive e 72 orali. Per 27 pazienti nel corso del 2015 è stato osservato lo switch dalla terapia iniettiva all'orale. In particolare, Interferone beta-1a: dei 27 pazienti in trattamento ad inizio 2015 con Avonex® per 3 è stato riscontrato lo switch (scostamento del 18%): 2 a Tecfidera® e 1 a Gilenya®; da 103 pazienti trattati con Rebif® risultano 13 switch (scostamento del 13%): 7 a Tecfidera®, 5 ad Aubagio® e 1 a Gilenya®. Interferone beta-1b: da 12 pazienti trattati con Extavia® risultano 2 switch (scostamento del 17%): 1 ad Aubagio® e 1 a Tecfidera®, mentre nessuno dei pazienti

trattati con Betaferon® è passato alla terapia orale. Glatiramer: da 58 pazienti trattati con Copaxone® risultano 9 switch (scostamento del 15.5%): 7 a Tecfidera® e 2 ad Aubagio®. Sono stati rilevati inoltre: 2 switch da Tecfidera® (1 ad Aubagio® e 1 a Gilenya®); 2 da Avonex® a Rebif®; 2 da Betaferon® a Extavia®. Nessuno switch da terapie orali a iniettive.

**Conclusioni.** Nonostante dall'analisi effettuata nel corso del 2015 sia stato riscontrato un aumento nell'utilizzo delle terapie orali, tale incremento sembra sia correlato non tanto ad una riduzione nell'uso degli iniettivi che è stata di solo il 7%, quanto piuttosto all'aumento del numero di soggetti complessivamente trattati (incremento del 21%). Appare comunque evidente la propensione dei medici al mantenimento della terapia iniettiva per i pazienti già avviati alla terapia parenterale, mentre si osserva al contempo un sempre maggior orientamento delle prescrizioni verso le nuove terapie orali.

#### USO APPROPRIATO E MONITORAGGIO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA DEL FINGOLIMOD NELLA SCLEROSI MULTIPLA RECIDIVANTE

##### REMITTENTE (SMRR) NELL'AV1 DELL'ASUR MARCHE

Silvia Bernardini,<sup>1</sup> Chiara Pettinelli,<sup>2</sup> Roberta Ricciardelli,<sup>1</sup> Gaia Emanuela Gioia Lobbia,<sup>2</sup> Fabio Ambrosini Spinella,<sup>2</sup> Anna Maria Resta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servizio Farmaceutico Territoriale AV1, ASUR Marche, Pesaro

<sup>2</sup>Servizio Farmaceutico Territoriale AV1, ASUR Marche, Fano

**Introduzione.** Nella sua forma tipica, la Sclerosi Multipla Recidivante Remittente (SMRR) si presenta come patologia neurodegenerativa altamente invalidante caratterizzata da ricadute seguite da completa o parziale remissione. Fingolimod (con AIC dal 20.12.2011) rappresenta il primo trattamento orale innovativo impiegato in monoterapia come farmaco modificante la malattia (DMD, disease-modifying drug), approvato per SMRR ad elevata attività dopo fallimento di almeno un ciclo terapeutico completo ed adeguato (un anno di trattamento) con precedente DMD, o per SMRR severa ad evoluzione rapida. Con la pubblicazione in GU n.65 del 18/03/2016 la prescrizione del principio attivo Fingolimod non è più regolamentata dalla Nota 65 ma monitorata da AIFA mediante specifico registro.

**Materiali e metodi.** Con il database aziendale sono state estrapolate le prescrizioni di Fingolimod dell'anno 2015 nelle 3 ex Zone Territoriali di Pesaro, Urbino e Fano nell'Area Vasta 1 dell'ASUR Marche. I dati ottenuti sono stati confrontati con quelli dell'anno 2014.

**Risultati.** I pazienti trattati con Fingolimod con diagnosi di SMRR sono 20 (7 Ex ZT1 Pesaro, 4 Ex ZT2 Urbino e 9 Ex ZT3 Fano), di cui 13 femmine e 7 maschi, di età compresa tra 21 e 56 anni (età media 40 anni): 4 in più rispetto a quelli del 2014 (scostamento del 25%). Dall'elaborazione dei dati è emerso che, nel 2015, 13 pazienti (65%) proseguono la terapia con Fingolimod iniziata in anni precedenti; 6 pazienti (30%) hanno iniziato il percorso terapeutico con un DMD di I linea (Interferone e Glatiramer) prima di passare alla II linea con Fingolimod: 4 switch da Interferone beta-1a (3 da Rebif®, di cui 2 dopo ciclo terapeutico completo e 1 da Avonex®, dopo ciclo terapeutico completo) e 2 da Glatiramer (un ciclo terapeutico incompleto); 1 paziente risulta naive (5%). Nel 2014 si sono registrati 3 switch (19%), 2 da Interferone beta-1b Betaferon® (ciclo terapeutico completo) e 1 da Interferone beta-1a Rebif® (ciclo terapeutico incompleto) e 6 pazienti sono risultati naive (37.5%).

**Conclusioni.** L'andamento percentuale di pazienti trattati con Fingolimod, in I e II linea, nell'anno 2015, risulta in aumento rispetto al 2014. L'analisi delle prescrizioni rappresenta un utile e valido strumento di controllo e di gestione per monitorare trattamenti terapeutici richiedenti particolare vigilanza dell'aderenza e per verificare ed assicurare l'appropriatezza prescrittiva.

#### AREA DEL FARMACO AZIENDALE

##### E DISTRIBUZIONE DIRETTA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO DI DATI ED INFORMAZIONI

Andrealuna Ucciero,<sup>1</sup> Roberta Giacometti,<sup>2</sup>

Maddalena Galante,<sup>2</sup> Alessia Pisterna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ASL VC\_S.C. Farmaceutica Territoriale, Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università di Milano

<sup>2</sup>ASL VC, Area del farmaco\_S.C. Farmaceutica Territoriale, Vercelli

**Introduzione.** Nell'ambito dell'Area del Farmaco aziendale sono stati avviati due nuovi percorsi di distribuzione diretta (DD), finalizzati al monitoraggio dell'appropriatezza ed alla riduzione della spesa sul territorio. Dal 20.10.2015 è iniziata la DD alla dimissione dopo visita ambulatoriale cardiologica o reumatologica; il percorso è riferito ai pazienti residenti nell'ASL e ai farmaci di fascia A, presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale. Contemporaneamente, a novembre 2015, si è iniziata una collaborazione con il Pronto Soccorso, rispetto alla DD di eparine (EBPM) alla dimissione, monitorate per indicazione tramite il verbale di dimissione.

**Materiali e metodi.** I codici fiscali dei pazienti che avevano avuto accesso agli ambulatori di cardiologia e reumatologia sono stati filtrati rispetto a quelli presenti nel File C della specialistica, forniti dal Controllo di Gestione, e poi incrociati con il file F della DD, al fine di valutare quanti, tra i pazienti che avevano effettuato una visita, hanno ricevuto la DD. Ai pazienti che lo desiderano viene fornita una scheda, che prevede l'integrazione tra terapia domiciliare e nuova terapia, inclusi dosaggi, orari e via di somministrazione. Relativamente al Pronto Soccorso i farmacisti registrano copia del verbale, attraverso il quale monitorano l'uso in indicazione o meno.

**Risultati.** I pazienti che hanno ricevuto terapia in DD alla dimissione da visita ambulatoriale cardiologica sono stati il 25,4% (I trim 2016), in incremento rispetto al IV 2015 (20.9%); da reumatologia l'1,8 a fronte del 2,4% del IV trimestre 2015, quando era presente uno specialista in più ora trasferito. A fronte di una spesa per farmaci erogati di € 2.623, la DD ha consentito un risparmio complessivo di € 3.454 in poco meno di un semestre. Le EBPM sono state erogate ad 81 pazienti dimessi dal Pronto Soccorso in 5 mesi, consentendo un risparmio rispetto a farmaceutica convenzionata e/o DPC di € 4.086. I verbali dei pazienti sono stati controllati per l'appropriatezza prescrittiva delle eparine, riscontrando 41 prescrizioni in label e 37 off-label, tutte per fibrillazione atriale, per le quali è stato chiesto di compilare lo specifico modulo aziendale qualora non allegato al verbale.

**Conclusioni.** L'intervento del farmacista nei percorsi di appropriatezza prescrittiva collegata alla DD consente non solo risparmi, ma soprattutto di disporre di informazioni utili a monitorare le terapie domiciliari (le schede di terapia vengono verificate per interazioni, politerapie...) o a informare e formare gli specialisti ospedalieri rispetto alle limitazioni prescrittive del territorio, evitando contenziosi con la medicina generale.

#### IMPLEMENTAZIONE DI NORMATIVE REGIONALI E INFORMAZIONE SULL'USO APPROPRIATO DEGLI IPP: PERCORSO DI ANALISI E MONITORAGGIO DI INDICATORI DI PERFORMANCE

Ilaria Altimari, Annalisa Rosselli, Manuela Cuconato, Marilù Vulnera, Brunella Piro

Dipartimento Farmaceutico, ASP, Cosenza

**Introduzione.** Gli indicatori di appropriatezza d'uso dei farmaci rappresentano un importante strumento per monitorare l'uso dei farmaci e garantire sicurezza e ottimizzazione nell'uso delle risorse. L'utilizzo degli inibitori di pompa protonica (IPP) ha un trend in crescita generalizzato anche nella nostra regione, che ha fissato un valore target pari a 74 DDD/1000 abdie con una serie di successivi decreti invitando le strutture sanitarie al monitoraggio e alla adozione di specifici provvedimenti anche in riferimento alla iperprescrizione. Abbiamo monitorato i trend di prescrizione degli IPP (ATC A02BC) nel nostro territorio dopo aver attribuito obiettivi ai MMG: rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e all'uso razionale, ai sensi della vigente normativa.

**Materiali e metodi.** Sono state analizzate tutte le prescrizioni SSN degli IPP (ATC A02BC), riferite a circa 298.000 assistibili, impiegando i data base aziendali di prescrizione, biennio 2014-2015. Il valore soglia di iperprescrizione è stato definito come numero di confezioni superiore a 27/anno, stimato sulla base dei dosaggi e delle posologie medie da scheda tecnica dei singoli PA e da indicazioni di cui alle note AIFA 1 e 48.

**Risultati.** L'analisi delle iperprescrizioni-2014 ha evidenziato 3528 assistiti(1,2% del tot), per un totale di 136468 confezioni, ascrivibili a 247 prescrittori sui 339 presenti nel territorio. È stata effettuata analisi e revisione della letteratura sull'efficacia e sicurezza d'uso di tali medicinali, insieme ad una lettura delle schede tecniche rispetto alle indicazioni e alle note AIFA 1/48, oltre che dei dosaggi medi e delle posologie d'uso. Sono state effettuate numerose riunioni delle CAPD distrettuali, e costituito un gruppo di lavoro: medico di distretto, farmacisti, MMG, specialisti, per l'analisi dei dati e la

redazione di un documento di riepilogo contenente schede riassuntive dedicate ai prescrittori. La revisione dei dati di prescrizione ad un anno-2015 evidenzia: 900 assistiti con iperprescrizioni, decremento di 74,5%, i MMG interessati sono 184 (-25,5%), per un totale di 49899 confezioni (- 63,4%). Mediamente le confezioni prescritte annualmente risultano essere 31 in ambedue gli anni valutati.

**Conclusioni.** L'operazione di informazione effettuata ha avuto nell'immediato esiti positivi riguardo l'obiettivo di migliorare la gestione complessiva dei pazienti in trattamento con IPP migliorandone la sicurezza, rimangono da considerare gli effetti in un più lungo periodo e rispetto anche ad eventuali dati di sicurezza rilevabili dall'incrocio con eventuali segnalazioni di ADR.

**Bibliografia.** DCA 17/2010; DCA 37/2014; DCA 47/2014; DCA 66/2015; Comunicazione Regione prot. 68515/2015; Nota AIFA 1; Nota AIFA 48.

#### **ANALISI DI APPROPRIATEZZA D'USO E DEI POSSIBILI RISCHI DA INTERAZIONI FARMACOLOGICHE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN TRATTAMENTO CON ANTICOLINESTERASICI**

Ilaria Altissimi, Annalisa Rosselli,

Paola Franco De Gregorio, Brunella Piro  
Dipartimento Farmaceutico, ASP, Cosenza

**Introduzione.** Gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (AChEi) e la memantina, antagonista del recettore NMDA del glutammato, costituiscono un'importante strategia terapeutica nelle forme lievi e moderate della demenza di Alzheimer (AD), patologia ad alto impatto economico e sociale. Gli AChEi agiscono ritardando la degradazione dell'acetilcolina, neurotrasmettitore con un ruolo chiave nella formazione e mantenimento delle funzioni cognitive, fattori che vengono compromessi man mano che si manifesta la AD. Nostro obiettivo è analizzare le prescrizioni dei farmaci ATC N06D (donepezil, galantamina, memantina e rivastigmina) nel nostro territorio, valutando la distribuzione, per età e sesso, dei soggetti trattati e verificare le possibili interazioni farmacologiche cui tali pazienti sono sottoposti. **Materiali e metodi.** La popolazione considerata è circa 780.000 assistibili per il biennio 2014-2015. Sono state analizzate tutte le prescrizioni SSN di tali medicinali, i soggetti identificati sono stati valutati rispetto a tutte le prescrizioni ricevute in funzione delle possibili interazioni di tipo farmacocinetico, valutando la letteratura in merito a quelle più rilevanti. **Risultati.** Risultano trattati con AChEi un totale di 2.305 pazienti, con un'incidenza sulla popolazione del 0,30%. Di questi il 21,1%(487 pz) risulta essere incidente nell'anno 2015. La distribuzione dei pazienti mostra un maggiore impatto nelle donne(1388 F; 917 M) ed un incremento nell'uso dei trattamenti con l'età (11pz:<50 anni; 116pz:51-65 anni; 514pz: 66-75 anni; 1664 pz: >75 anni ). La memantina, indicata unicamente nella DA di grado moderato (MMSE compreso tra 10 e 20), rappresenta il 34,3%(791 pz). Risultano 629 pz totali per donepezil con 0,35DDD/1000 abdie; 935 pz per rivastigmina con 0,52 DDD/ 1000 abdie; 44pz per galantamina con 0,03DDD/1000 abdie e 791 pz per memantina con 0,40 DDD/1000 abdie. 18pz assumono farmaci che interferiscono a livello metabolico con gli AChEi. 4pz con donepezil assumono fluoxetina, 2pz itraconazolo, entrambi aumentano il metabolismo dell'AChEi, e i suoi effetti, nausea e vomito; 2pz la carbamazepina e 1pz la rifampicina, che lo riducono. 3pz con memantina assumono la ranitidina, 1pz l'idroclorotiazide, che aumentano e riducono, rispettivamente, i livelli plasmatici del farmaco anti-demenza; infine 5 pz la L-dopa, i cui effetti possono essere aumentati. **Conclusioni.** Le analisi delle interazioni farmacologiche nella popolazione anziana in terapia con gli AChEi, sono state condivise con i medici prescrittori, con l'obiettivo di individuare prescrizioni più appropriate in caso di politerapia, evitando così il rischio di reazioni avverse. **Bibliografia.** Gruppo di Lavoro: Manuela Cuconato, Luciana Florio, Alessandra Garofalo, Maria Rosaria Lista, Stefano Perrotta, Angelica Profitti, Marilù Vulnera.

#### **GOVERNO DELLA FARMACEUTICA: L'INTERAZIONE CON LA MEDICINA GENERALE (MG), MODELLI OPERATIVI A CONFRONTO NELL'AREA DI BOLOGNA**

Marco Manzoli, Morena Borsari, Vincenzo Gioia, Mirna Magnani, Paola Pagano, Francesco Miceli, Denis Savini, Silvia Scaramagli, Stefania Ventura  
Dipartimento Farmaceutico, AUSL, Bologna

**Introduzione.** Negli ultimi anni il governo della farmaceutica regionale e locale ha significativamente contribuito alla tenuta

dei conti della Sanità dell'Emilia-Romagna. Garantire la sostenibilità delle cure rappresenta tuttavia un'operazione di crescente complessità in relazione sia all'avvento di innovazioni farmacologiche ad alto costo, sia al livello di appropriatezza nell'uso di alcune classi di farmaci di largo impiego terapeutico in Medicina Generale. Nel 2015 le Aziende Sanitarie di Bologna hanno messo in atto un progetto di governo del farmaco attraverso azioni coordinate e coerenti, realizzate sia in ambito ospedaliero che territoriale, fra queste grande rilevanza ha avuto l'interazione con i Medici di MG attraverso incontri individuali o collettivi nel contesto dei Nuclei di Cure Primarie (NCP). Obiettivo di questo lavoro è confrontare e valutare l'impatto di tre differenti modalità d'interazione fra AUSL e Medici di MG.

**Materiali e metodi.** Le modalità a confronto sono state: a) incontro individuale MMG e Dirigente Medico (dm) del Dipartimento Cure Primarie (DCP), che ha riguardato 150 MMG; b) incontro individuale MMG e DM del DCP con la partecipazione del Farmacista del Dipartimento Farmaceutico (DF), che ha riguardato 118 MMG; c) incontro collettivo con MMG appartenenti al NCP condotto dal DM del DCP con o senza la partecipazione del Farmacista del DF, che ha riguardato 319 MMG. Per tutte le modalità, nel terzo trimestre 2015, è stata presentata e discussa con i MMG la periodica reportistica individuale della farmaceutica. Sono poi stati individuati tre indicatori ritenuti rappresentativi dell'esito della interazione A.USL e MMG sulla prescrizione farmaceutica: 1) riduzione 2015 vs. 2014 della spesa pro-capite standardizzata; 2) riduzione 2015 vs. 2014 dell'esposizione a Inibitori di Pompa Protonica per la popolazione assistita; 3) aumento della prevalenza delle prescrizioni a brevetto scaduto.

**Risultati.** La valorizzazione degli indicatori di cui sopra a fine intervento, mostra il seguente andamento per le tre modalità a confronto: a) indicatore 1): -8,7 €, indicatore 2): -8,9 ddd\*1000scelte/die, indicatore 3): +2,2%; b) indicatore 1): -12,2 €, indicatore 2): -11,6 ddd\*1000scelte/die, indicatore 3): +2,0%; c) indicatore 1): -9,8 €, indicatore 2): -8,6 ddd\*1000scelte/die, indicatore 3): +2,0%.

**Conclusioni.** La modalità dell'incontro individuale ha prodotto risultati migliori rispetto a quello di NCP. Non si riscontrano differenze sostanziali per quanto riguarda l'indicatore 3 che, in tutti i gruppi, è incrementato intorno a due punti percentuali. La partecipazione del farmacista del DF agli incontri individuali ha rappresentato un valore aggiunto che ha consentito il raggiungimento di migliori risultati da parte del gruppo di riferimento.

#### **VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI MULTIPLA, IN RELAZIONE ALL'APPROCCIO TERAPEUTICO UTILIZZATO**

Irene Proscia, Giuseppina Ciccarelli, Rossella Santeramo, Angelo Santoro, Stefania Antonacci, Mariangela Cavalera, Angela Chielli

Area Farmaceutica Territoriale, ASL, Bari

**Introduzione.** La sclerosi multipla (SM) è una patologia neurodegenerativa che prevede fasi infiammatorie e croniche, i cui sintomi possono determinare una qualità della vita (QdV) scadente. L'obiettivo del lavoro è valutare la QdV dei pazienti affetti da SM trattati con farmaci disease-modifying-drugs (DMD) erogati da una Farmacia Territoriale, valutandone differenze a seconda della terapia.

**Materiali e metodi.** Sono stati estrapolati i dati di erogazione dei pazienti afferenti alla Farmacia Territoriale utilizzando farmaci DMD negli ultimi 4 anni sia dalle cartelle cliniche che dal Sistema Informativo Regionale "Edotto". Sono stati valutati tutti gli switch-terapeutici ed è stato formulato un questionario sulla QdV SF36(validato dalla Società Italiana Neurologia), previo consenso informato.

**Risultati.** Sono stati arruolati 147 pazienti, a 56 di essi è stato somministrato un questionario. Dall'elaborazione dei dati è emerso che i pazienti in terapia con dimetil-fumarato per il 53,8% hanno valutato buona la QdV, senza limiti fisici/psicologici con una vita paragonabile a quella di soggetti sani, il 23,1% discreta e il 23,1% scadente. Di questi 1 paziente in switch-terapeutico da interferone-beta-1a-im; 4 da glatiramer-acetato; 6 da interferone-beta-1a-sc; 1 da interferone-beta-1a-pegilato. Di questi il 61,5% ha riferito le motivazioni dello switch per effetti collaterali, il 15,2% uno switch volontario o proposto dal medico. Dei pazienti in terapia con teriflunomide il 60% riferisce QdV discreta, il 40% scadente. Di 5 pazienti, 4 in switch-terapeutico da interferone-beta-1a-sc, 1 da interferone-beta-1a-im, per il 60% a causa di effetti collaterali. Il 60% dei pazienti in trattamento con

interferone-beta-1a-sc valuta buona la propria QdV, il 40% discreta. Per 2 pazienti è avvenuto switch-terapeutico da interferone beta-1a-im per inefficacia terapeutica. Il 42,8% dei pazienti che assumono glatiramer-acetato conducono una buona QdV, il 42,8% discreta e il 14,4% scadente. 5 pazienti hanno effettuato switch-terapeutico (il 66% per effetti collaterali): 3 da interferone-beta-1a-sc, 1 da interferone-beta-1a-im e 1 da interferone-beta-1b. Il 60% dei trattati con interferone-beta-1a-pegilato riferisce QdV discreta, il 20% buona e il 20% scadente. Di 5 pazienti, 3 hanno sostituito la terapia su consiglio medico o per effetti collaterali, 2 da interferone-beta-1a-im, 1 da interferone-beta-1a-sc. I 4 pazienti che assumono interferone-beta-1a-im e l'unico paziente con interferone-beta-1b riferiscono QdV discreta. Il 50% dei trattati con fingolimod riferisce QdV scadente.

**Conclusioni.** I dati riferiti ai farmaci dimetil-fumarato, glatiramer-acetato e interferone-beta-1a-sc evidenziano una QdV per i pazienti per più del 77% buona/discreta. Per le restanti terapie il rapporto risulta invertito sebbene il numero di pazienti arruolati non è statisticamente significativo.

## FARMACIA CLINICA

### ANALISI CONOSCITIVA SULLA CORRETTA RICOSTITUZIONE E DILUIZIONE DI ANTIBIOTICI E ANTIFUNGINI

Franco Tosoni, Emilio Comberati, Giuseppe Corbo, Alessio De Luca, Laura Fabrizio  
UOC Farmacia, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma

**Introduzione.** L'adeguata conoscenza farmacologica sugli antibiotici e antifungini insieme al loro corretto uso e manipolazione, rappresenta un aspetto fondamentale per il buon esito della terapia. L'errato allestimento del medicinale è una delle principali cause di non efficacia farmacologica. Lo scopo dell'osservazione è quello di assicurare il miglior utilizzo possibile di queste terapie farmacologiche in ambito ospedaliero effettuando, prioritariamente, lo stato dell'arte dell'impiego e della corretta manipolazione degli antibiotici e antifungini ad alto costo presenti nel Prontuario Terapeutico ospedaliero (PTO), al fine di condividere con gli operatori coinvolti, eventuali azioni correttive/preventive.

**Materiali e metodi.** Nel mese di giugno 2016 la U.O.C Farmacia in collaborazione con il Servizio Infermieristico, il Risk Management, l'Igiene Ospedaliera e l'Unità di Consulenza Infettivologica Integrata, ha effettuato uno studio osservazionale, basato sulla raccolta e sull'analisi dei dati emersi da un apposito questionario anonimo. Detto questionario, somministrato attraverso intervista condotta dai Farmacisti agli Infermieri è finalizzato a rilevare le modalità eseguite negli stessi nell'ambito della ricostituzione e diluizione degli antibiotici e degli antifungini iniettabili. Il questionario comprende 19 domande a risposta multipla e include i seguenti campi d'indagine: -Procedure relative alla ricostituzione e diluizione degli antibiotici: 11 domande. -Stabilità degli antibiotici: 5 domande. Incompatibilità chimico-fisiche: 2 domande. -Eventuale attività formativa sulle tematiche oggetto del questionario: 1 domanda.

**Risultati.** I questionari sono stati somministrati nel mese di giugno 2016, in 23 Reparti, a 67 infermieri. Dall'analisi dei risultati emerge che circa il 60% delle risposte risulta essere congrua rispetto alle procedure di ricostituzione e diluizione degli antibiotici e antimicotici nonché alla stabilità. Relativamente alla tematica sull'incompatibilità con eventuali altri prodotti farmaceutici, invece, solo il 30% delle risposte sono corrette. La totalità degli Infermieri ha espresso la necessità di una specifica formazione nel campo.

**Conclusioni.** Dallo studio emerge che non sempre le modalità di ricostituzione e diluizione degli antibiotici e antifungini vengono eseguite da parte del personale infermieristico conformemente alla scheda tecnica, benché la maggioranza sia attenta alla problematica. Sarebbe auspicabile che tali manipolazioni avvenissero sempre con la supervisione di una figura professionale altamente specializzata, quale quella del farmacista ospedaliero, il quale, in quanto professionista del farmaco, potrà indicare al meglio l'efficacia clinica dei singoli principi attivi, evitando così eventuali errori nella terapia farmacologica. I risultati dell'indagine hanno ulteriormente sensibilizzato il personale infermieristico su tali tematiche e, pertanto è stato condiviso con gli stessi la necessità di specifiche azioni formative da intraprendere nelle prossime settimane.

### EFFETTI VASCOLARI PERIFERICI DEL FINGOLIMOD: UN CASO CLINICO

Sara Melardi,<sup>1</sup> Claudio Guarneri,<sup>2</sup> Placido Bramanti,<sup>1</sup> Rocco Salvatore Calabrò,<sup>1</sup> Rosella Ciurleo,<sup>1</sup> Margherita Russo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>IRCCS Centro Neurolesi Bonino-Pulejo, Messina

<sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sociale e Territoriale, Università di Messina

**Introduzione.** Il Fingolimod è il primo farmaco orale disease-modifying approvato per il trattamento della Sclerosi Multipla [1]. Il farmaco è generalmente ben tollerato e gli eventi avversi più frequenti comprendono bradicardia, mal di testa, influenza, diarrea, algie alla schiena, rialzo degli enzimi epatici e tosse. Il Fingolimod esplica i suoi effetti terapeutici impedendo la normale fuoriuscita dei linfociti dagli organi linfoidi e quindi riducendo la reazione dei linfociti nei confronti del sistema nervoso centrale [2]. Tuttavia, poiché il farmaco agisce su differenti recettori della sfingosina-1-fosfato, può indurre differenti effetti biologici influenzando l'adesione alle cellule endoteliali, l'angiogenesi e le funzioni cardiovascolari.

**Materiali e metodi.** Paziente maschio di 47 anni (il paziente ha fornito il consenso alla pubblicazione dei seguenti dati), affetto da Sclerosi Multipla forma relapsing-remitting, dopo 3 settimane dall'inizio della terapia con Fingolimod ha manifestato la comparsa di edema, prurito e chiazze rossastre in corrispondenza della falange distale del IV e V dito della mano sinistra, senza altre manifestazioni cliniche. Ha effettuato indagini di laboratorio, incluso screening reumatologico ed ecocolordoppler arto superiore, risultati entrambi negativi, e capillaroscopia (segni di edema ed infiltrazione flogistica localizzati). Si procedeva a terapia topica e sospensione del farmaco.

**Risultati.** Dopo due settimane dalla sospensione di Fingolimod si è verificata una regressione completa della sintomatologia (Narajo score 7). Alla ripresa del trattamento con Fingolimod si è verificata la comparsa degli eventi sopra descritti e pertanto il farmaco è stato interrotto in via definitiva.

**Conclusioni.** I clinici devono dunque fare attenzione anche agli effetti vascolari periferici del Fingolimod, valutando con attenzione soprattutto quei pazienti con anamnesi positive per acrocianosi ed altri disturbi disimmuni che coinvolgono il sistema vasale.

**Bibliografia.** 1. Cohen JA, Barkhof F, Comi G, et al. Oral fingolimod or intramuscular interferon for relapsing multiple sclerosis. N Engl J Med 2010;362(5):402-15. - 2. Roberts E, Guerrero M, Urbano M, Rosen H. Sphingosine 1-phosphate receptor agonists: a patent review (2010-2012). Expert Opin Ther Pat 2013;23(7):817-41.

### LE INIEZIONI INTRAVITREALI NEL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE RETINICHE: LA REALTÀ DELL'ASL CN2

Alice Alfonso, Sara Boffa, Loredana Castellino, Arianna Dal Canton, Francesca Gualco, Elena Mittone, Valeria Recalenda, Felice Riella, Mario Sanò  
Farmacia ospedaliera, ASL CN2, Cuneo

**Introduzione.** Le retinopatie comprendono la degenerazione maculare senile (AMD), l'edema maculare diabetico (DME), l'occlusione della vena retinica centrale o di branca (RVO) e la neovascolarizzazione coroideale secondaria a miopia patologica (MCNV). Per il trattamento esistono la terapia fotodinamica e la terapia intravitreale con corticosteroidi (desametasone, triamcinolone acetone) e anti-VEGF [bevacizumab (B), ranibizumab (R), pegaptanib, aflibercept (A)]. Gli anti-VEGF presenti nel prontuario terapeutico aziendale (PTA) dell'ASL CN2 sono R-A.

**Materiali e metodi.** Analisi epidemiologica dei pazienti trattati con anti-VEGF dal 2010 al 2015, valutazione di appropriatezza prescrittiva, efficacia e costi. I costi ed i consumi sono stati calcolati utilizzando il software NFS (gestionale magazzino), i dati epidemiologici e di appropriatezza tramite i registri AIFA, l'efficacia effettuando la revisione delle cartelle cliniche (anno 2015).

**Risultati.** Dei 544 pazienti (50% uomini) trattati con R ed A (2010-2015) il 53% ha un'età maggiore di 75 anni. Il 73% è affetto da AMD, il 19% da DME, il 5% da RVO ed il 3% da MCNV. Sono stati trattati 614 occhi (70 pazienti con trattamento bilaterale). Il 66% è stato trattato con R ed il 34% con A (inserito in PTA nel 2014). Il 100% delle prescrizioni è risultato appropriato secondo i criteri del Registro di Monitoraggio AIFA. L'aderenza allo schema posologico riportato in scheda tecnica è aumentata in seguito all'intervento del farmacista (nel 2012 era il 36%, a tutto 2015 l'89% per quanto riguarda le prime 3 somministrazioni; mentre le somministrazioni successive alle prime tre sono risultate