

BIOTECNOLOGIE

RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA NELLA REGIONE SARDEGNA. AZIONI MIRATE NEI CONFRONTI DEI FARMACI BIOLOGICI A BREVETTO SCADUTO

G. Lucchetta^{*[1]}, P. Marchi^[1], A. Solinas^[2], S. Cortese^[1], M.D.L. Moretti^[3], G.M.R. Moretti^[2]

^[1]Università degli Studi di Sassari - Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera ~ Sassari, ^[2]AOU Sassari - Servizio Farmacia ~ Sassari, ^[3]Dipartimento di Chimica e Farmacia Università di Sassari ~ Sassari

Background e obiettivi. La Delibera 15/9 del 21.03.2017 della Regione Sardegna sul contenimento della spesa farmaceutica prevede una consistente riduzione dei costi attraverso l'ottimizzazione delle procedure di gara e l'imposizione di limiti prescrittivi per i farmaci biologici a brevetto scaduto. Nello specifico, sulla base della sovrapposibilità terapeutica e dei prezzi di acquisto più favorevoli, dovrà essere incentivata la prescrizione dei biosimilari che, nel caso di epoetina zeta e del filgrastim dovrà essere non inferiore rispettivamente all'80 ed al 90 per cento sul totale delle prescrizioni. Scopo del presente lavoro è il monitoraggio della spesa per i medicinali biotecnologici originator e dei corrispondenti biosimilari allo scopo di verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti attraverso interventi che ne favoriscano la prescrizione.

Materiali/metodi. Sono stati esaminati i consumi ospedalieri e della distribuzione diretta dei farmaci biotecnologici originator e biosimilari (Fattori di crescita, Eritropoietine, Infliximab ed Etanercept) relativi ai primi cinque mesi del 2017 e stimata la proiezione annuale dei trend prescrittivi. I dati ottenuti sono stati confrontati con quelli relativi al periodo 2014 - 2016 e con quelli attesi dalla programmazione regionale.

Risultati. Per i fattori di crescita, il farmaco originator risulta quasi totalmente sostituito dal biosimilare. Il trend dei consumi del 2017 corrisponde alla copertura del 99 per cento. Il dato conferma quanto osservato nel 2016 con un risparmio di 126.500 euro. Per l'eritropoietina zeta il trend prescrittivo è incrementato ma la percentuale di copertura attesa per il 2017 si discosta ancora dall'atteso (46 per cento contro 80 per cento) nonostante un risparmio nel 2016 di 67.262 euro. La distribuzione di Infliximab biosimilare, avviata nel 2017, corrisponde ad una percentuale di copertura stimata del 10 per cento con risparmio di 13.892 euro relativo a pazienti naive. Il biosimilare di Etanercept non risulta ad oggi disponibile per la distribuzione seppure la prescrizione ai pazienti naive consentirebbe un risparmio di circa 38.000 euro.

Conclusioni. L'indagine evidenzia atteggiamenti prescrittivi differenti per le diverse classi di farmaci biotecnologici, condizionati in termini positivi dalle attività di formazione ed informazione, messe in atto nel 2016, e in termini negativi, dalla lentezza dei procedimenti di aggiudicazione delle gare regionali. Tali effetti discordanti vanificano in parte il raggiungimento degli obiettivi attesi. L'unico caso per il quale è confermato il raggiungimento degli obiettivi riguarda i fattori di crescita mentre per gli altri è necessario intensificare le azioni volte a favorire la disponibilità e la prescrizione dei farmaci biotecnologici a brevetto scaduto a minor costo.

I BATTERI MARINI COME FONTE DI COMPOSTI ANTIMICROBICI. L'ESPERIENZA DI UN CENTRO DI RICERCA NAZIONALE

M. Capuozzo^{*[1]}, F. Palma Esposito^[2], E. Tortorella^[3], C. Cinque^[4], D. De Pascale^[3]

^[1]Asl Napoli 3 Sud, Farmacista Dirigente ~ Napoli, ^[2]Istituto di Biochimica delle Proteine - CNR, Biotecnologo Ricercatore ~ Napoli, ^[3]Istituto di Biochimica delle Proteine - CNR, Biologa Ricercatrice ~ Napoli, ^[4]Asl Napoli 1 Centro, Farmacista ~ Napoli

Background e obiettivi. Gli antibiotici rappresentano una delle più importanti scoperte terapeutiche nella storia della medicina. Essi hanno cambiato radicalmente il modo in cui vengono trattati i pazienti con infezioni batteriche ed hanno contribuito a ridurre in maniera drastica la mortalità e la morbilità per malattie batteriche. Tuttavia oggi ci troviamo a dover fronteggiare un fenomeno ormai diffusissimo di multiresistenza batterica, infatti l'OMS, proprio recentemente, ha addirittura parlato di era post-antibiotica ed ha pubblicato un elenco di 12 "super-batteri" multiresistenti. Questo studio è stato condotto, presso un laboratorio di ricerca dell'Istituto di biochimica delle proteine del CNR, da un team multidisciplinare composto da varie figure professionali (Biologo, Biotecnologo, Farmacista). L'obiettivo è stato quello di valutare l'attività antibatterica di *Shewanella*

pacifica, un batterio marino poco studiato e dalle promettenti capacità di sintesi e rilascio di composti antimicrobici naturali.

Materiali/metodi. I batteri *Shewanella pacifica*, provenienti dal mar del Giappone, sono stati raccolti in collaborazione con il centro di ricerca Pateur di Parigi. Sulle colture batteriche, dopo alcuni giorni di crescita in terreno liquido apposito, sono state eseguite le seguenti tecniche: centrifugazione per separare la fase extracellulare (surnatante) dal pellet cellulare che è stato successivamente omogeneizzato per ottenere la fase intracellulare; estrazione con etilacetato delle due fasi e, sui due estratti essiccati, è stato eseguito il saggio della Minima Concentrazione Inibente (MIC) ovvero saggio delle microdiluzioni seriali.

Risultati. *Shewanella pacifica* produce, nella frazione intracellulare, composti antimicrobici selettivi contro *Staphylococcus aureus*, uno dei "super batteri" multiresistenti inclusi nell'elenco pubblicato recentemente dall'OMS. Tale attività di inibizione è risultata positiva alla MIC fino ad una concentrazione minima dell'estratto intracellulare di 0,03 mg/mL. La stessa promettente attività non è stata riscontrata nella frazione extracellulare.

Conclusioni. La necessità di scoprire nuovi composti antimicrobici rappresenta oggi una sfida di enorme importanza per tutte le figure professionali sanitarie fra cui il farmacista in quanto molti batteri patogeni diventano sempre più resistenti agli antibiotici convenzionali. Pertanto, questo lavoro contribuisce a sottolineare l'interesse farmaceutico dei batteri marini come potenziali produttori di metaboliti ad attività antimicrobica in alternativa ai prodotti di sintesi chimica. Attualmente si sta procedendo ad una purificazione della o delle molecole bioattive, riscontrate nella frazione intracellulare, grazie ad altre tecniche come il frazionamento in primis seguito poi da HPLC e gas-massa per cercare di identificare la molecola antimicrobica.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

NUOVO PERCORSO CLINICO/ASSISTENZIALE DI DISTRIBUZIONE DIRETTA CON AL CENTRO LA FARMACIA OSPEDALIERA

I. Marone^{*[1]}, L. Lanzone^[1], A. Delprato^[1], L. Mosca^[2], I. Bernardi^[3], S. Grubich^[3]

^[1]Farmacia Ospedaliera A.S.L. BI ~ Biella, ^[2]Farmacia Ospedaliera/Cure Domiciliari A.S.L. BI ~ Biella, ^[3]Cure domiciliari A.S.L. BI ~ Biella

Background e obiettivi. Alla luce dei risultati positivi per appropriatezza e risparmio di un progetto sperimentale pilota dell'A.S.L. BI, attivato nel 2007, di gestione del paziente con lesioni croniche seguito dall'ambulatorio dermatologico ospedaliero (dalla visita specialistica, alle medicazioni domiciliari, ai controlli, con distribuzione da parte della Farmacia Ospedaliera del materiale), l'Azienda ha deciso di estendere la distribuzione diretta dei dispositivi a tutti gli utenti domiciliari con ulcere croniche ed a quelli affetti da incontinenza urinaria o vescica neurologica che necessitano di cateterismi. Sono pazienti finora autogestiti che hanno come unico contatto con l'A.S.L. un'autorizzazione di fornitura da parte del competente Ufficio Protesi. Il modello di presa in carico è il Primary Nursing, con l'infermiere come punto di riferimento per il paziente e componente attiva nelle decisioni che riguardano l'assistenza da erogare. L'intento strategico è implementare la presa in carico dei pazienti, per lo più anziani con fragilità, valutandone i bisogni assistenziali e personalizzando il percorso per ottimizzare uso e consumo dei materiali (consistente capitolo della spesa aziendale per dispositivi protesici), passando da un modello di erogazione su richiesta, ad un percorso assistenziale multidisciplinare (infermiere, medico, farmacista).

Materiali/metodi. Un team multidisciplinare (infermieri distrettuali e della farmacia ospedaliera, medici distrettuali e farmacisti ospedalieri e territoriali e amministrativo dell'Ufficio Protesi) è stato incaricato di concordare procedura aziendale e programma attuativo. La procedura prevede il reclutamento attraverso contatto telefonico (se paziente cronico noto) da parte dell'infermiere distrettuale oppure, alla dimissione o dopo visita specialistica ambulatoriale, dall'infermiere della Farmacia Ospedaliera. Così vengono identificati i bisogni di materiale (riportati sulle prescrizioni mediche), il paziente viene preso in carico, educato all'utilizzo dei dispositivi distribuiti e riceve una brochure informativa. È stato creato un database dei pazienti reclutati, aggiornato quotidianamente, condiviso tra ospedale e territorio. Vengono pianificate riunioni per discutere dei casi

* L'asterisco indica l'Autore che presenta l'abstract.

problematici. È stata data informazione ai MMG, ai medici specialisti dell'A.S.L. ed alla popolazione. Sono stati adibiti ex-novo dei locali dedicati all'accoglienza degli utenti.

Risultati. Dal 9/5/2016 (avvio operativo) risultano presi in carico 300 pazienti per cateterismo e 1000 per medicazione, con circa 500 passaggi mensili. La spesa monitorata è in costante diminuzione, grazie alla competenza di primary nurse e farmacista gli utenti ricevono una risposta calibrata con la valutazione oggettiva dei loro bisogni, in un approccio estremamente personalizzato. Il risparmio conseguito (nel 2016 € 150.000) permette di investire ulteriori risorse nell'assistenza del paziente anziano.

Conclusioni. Questo progetto ha ampliato la collaborazione tra farmacia ospedaliera ed infermieri distrettuali, creando una rete con obiettivo comune la presa in carico del paziente.

LA TRITURAZIONE DEI FARMACI NELLE RSA.

COLLABORAZIONE MEDICO-FARMACISTA OSPEDALIERO

R. Mazzitelli^[1], E. Peila^[1], E. Rossi^[2], L. Poggio^[1]
^[1]S.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera - ASLTO5 ~ Chieri (TO), ^[2]MMG-ASLTO5 ~ Chieri (TO)

Background e obiettivi. La somministrazione orale di compresse o capsule spesso si rivela un problema per pazienti con difficoltà di deglutizione, alterazioni neurologiche, disfagia, malattia di Parkinson, xerostomia, esiti di ictus, demenza e in pazienti con sondino naso-gastrico o con gastrostomia endoscopica percutanea (PEG). Nelle residenze per gli anziani (RSA) è pratica comune [1-3] tritare le compresse o aprire le capsule, camuffandole con liquidi o alimenti. Questo potrebbe causare, l'inefficacia terapeutica del trattamento, per sottodosaggio o degradazione del principio attivo, rischi quali l'aspirazione delle polveri [4], reazioni avverse dovute al contatto delle mucose direttamente con il principio attivo [5], degradazione del principio attivo per fotolabilità o sensibilità all'umidità. La nostra ASL dispensa farmaci di classe A, C, H non ad uso ospedaliero a 33 RSA convenzionate per un totale di 1.658 ospiti. Obiettivo del lavoro è stato trovare una soluzione per i pazienti con difficoltà di ingestione di forme farmaceutiche solide orali in collaborazione con i MMG e i Direttori Sanitari delle RSA.

Materiali/metodi. È stato stilato un elenco dei più comuni farmaci triturati o aperti nelle RSA afferenti alla nostra Farmacia, sono state consultate le RCP dei farmaci e il manuale SIFO "Valutazione della divisibilità e frantumabilità di forme farmaceutiche orali solide", e sono state chiesti dati aggiuntivi alle Ditte Farmaceutiche.

Risultati. La Farmacia Ospedaliera eroga 400 diversi farmaci alle RSA e 86 (21%) vengono abitualmente triturati. Tra questi, solo 26 sono farmaci triturabili e 45 divisibili. Nella revisione del Prontuario terapeutico delle RSA del 2017 è stato tenuto conto della necessità di somministrazione di farmaci allo stato liquido o polverizzato e sono state inserite in Prontuario 49 (56%) nuove forme farmaceutiche alternative. Dei 60 farmaci non frantumabili, 35 (58%) farmaci non hanno alternative. In questo caso sarebbe opportuno cambiare molecola o terapia, in collaborazione con i medici curanti. 6 farmaci non triturabili sono stati eliminati dal Prontuario delle RSA sia perché non aderenti ai criteri di Beers, sia perché non frantumabili. È stata elaborata una tabella, disponibile per gli operatori delle RSA, in cui vengono evidenziati i farmaci frantumabili e/o divisibili e accortezze per la corretta somministrazione degli stessi negli opportuni liquidi.

Conclusioni. L'intervento del Farmacista, l'attenta valutazione delle schede tecniche, la collaborazione con i medici curanti e la revisione del Prontuario hanno permesso una più corretta somministrazione delle forme farmaceutiche solide orali nelle RSA, migliorando l'efficacia terapeutica e riducendo i costi dovuti a spreco, reazioni avverse e inefficacia.

Bibliografia. 1. Wright D. "Medication administration in nursing homes". Nurs Stand 2002; 16:33-8. 2. Paradiso L, Rouhead E, et al. "Crushing or altering medication. what's happening in residential aged-care facilities?". Australian Journal on Ageing 2002;21:123-7. 3. Boeri C, Castaldo A. "I problemi con le terapie in RSA". Assist Inferm Ric 2015;34:198-207. 4. Editorial Staff Prescrire International. "Crushing tablets or opening capsules many uncertainties, some established danger". Prescrire Int. 2014;23:209-14. 5. Morris H. "Administering drugs to patients with swallowing difficulties". Nurs Times 2005; 39:28.

TRA LEGGE 648, ESTENSIONI REGIONALI E OFFLABEL NON NORMATI. COSA ACCADE PRESSO UN PUNTO DI CONTINUITÀ DELLA ASL TOSCANA CENTRO

E. Peluso*, E.L. Fiore, D. Iozzi, P. Nizzoli, B. Olimpieri
ASL Toscana Centro ~ Firenze

Background e obiettivi. La Legge 648/96 consente di erogare a carico del SSN farmaci al di fuori delle indicazioni terapeutiche qualora non esista valida alternativa. La Regione Toscana negli anni ha emanato delibere, tra cui la DGRT 836/2008, che hanno ampliato le indicazioni previste dalla 648 con costi a carico del SSR. Inoltre, qualora il prescrittore lo ritenga opportuno può prescrivere un farmaco per usi non previsti da normative nazionali e/o regionali previa compilazione di idonea documentazione inviata alla CTR (Commissione Terapeutica Regionale), che esprimerà parere. L'erogazione dei farmaci off-label rientra nell'ambito della distribuzione diretta istituita con Legge 450/01. Scopo del lavoro è l'analisi quali-quantitativa di prescrizioni autorizzate da Legge 648, DGRT 836 e usi nominali non normati, ma autorizzati, erogate presso un punto di continuità dell'Azienda USL centro Toscana.

Materiali/metodi. Estrazione da applicativo locale dei dati di distribuzione diretta nell'anno 2016. Elaborazione ed analisi in base agli obiettivi. A dicembre 2016 le EBPM sono state inserite nelle liste 648 per la profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio, ragione per cui abbiamo ritenuto opportuno ricomprendere tutte le erogazioni dell'anno 2016 per tale indicazione in 648.

Risultati. Nel 2016 i pazienti che hanno ricevuto erogazioni di farmaci off-label come su descritti sono stati 455. per 290 l'indicazione d'uso è prevista da Legge 648/96, 138 pazienti hanno ricevuto l'erogazione in base alla DGRT 836/2008, per 32 pazienti l'erogazione è stata motivata dal parere positivo della CTR a seguito di valutazione. Nei casi previsti dalla Legge 648/96 circa il 49% delle prescrizioni è relativa a EBPM (indicazione in gravidanza e puerperio), circa il 22% ad epoetine e circa il 16% al principio attivo Micofenolato mofetile. Relativamente a quanto previsto da DGRT il 50% delle prescrizioni è relativa al farmaco Nerixia (indicato per osteoporosi ed estensioni correlate). Il 75% delle prescrizioni Off-label autorizzate invece, sono relative a farmaci con ATC. L (antineoplastici ed immunomodulatori).

Conclusioni. La prescrizione al di fuori delle indicazioni approvate risulta a volte necessaria per il trattamento di patologie che non beneficiano di trattamenti autorizzati. La possibilità di ricorrere ad estensioni di indicazioni previste a livello nazionale o regionale consente da un lato una maggiore sicurezza di impiego e di appropriatezza, dall'altro la rimborsabilità delle cure per il paziente. Nei casi non normati, la procedura prevista dalla Regione Toscana consente una valutazione ad hoc di appropriatezza e rimborsabilità. L'erogazione diretta in questi casi consente un controllo costante per il rispetto delle norme e il monitoraggio delle prescrizioni.

FARMACOUTILIZZAZIONE DEL BIOSIMILARE DELL'ORMONE SOMATOTROPO NEI PAZIENTI NAIVE

C. Marino*, L. Lucenti, V. La Rosa, I. Poidomani
ASP Ragusa ~ Ragusa

Background e obiettivi. Con il D.A. 540/14, l'Assessorato della Salute Regione Sicilia ha fornito indicazioni volte a promuovere l'utilizzo di farmaci originatori o biosimilari a minor costo di terapia nei pazienti naive. Scopo del lavoro è stato quello di analizzare le prescrizioni di farmaci a base di Ormone Somatotropo (GH), quantificare le prescrizioni di farmaco biosimilare vs originator e verificare il numero di prescrizioni extraregionali.

Materiali/metodi. In un primo step, sono stati individuati tutti i pazienti in trattamento con farmaci a base di Gh, e successivamente per ognuno è stato analizzato lo storico dei trattamenti. I dati sono stati estrapolati dalla piattaforma WebDPC, considerando le prescrizioni relative al triennio 2014-2016, ponendo particolare attenzione agli eventuali switch tra i farmaci e alla percentuale di prescrizioni di biosimilare nei confronti dell'originator. Inoltre è stata effettuata una verifica sui piani terapeutici autorizzati nello stesso periodo, allo scopo di quantificare il numero di prescrizioni effettuate fuori dalla nostra Regione.

Risultati. Nel triennio 2014-2016 su 24 pazienti naive, il 13% ha utilizzato il biosimilare, mentre il restante 87% ha utilizzato l'originator. Le percentuali di prescrizioni di originator a pazienti naive sono passate dal 100% del 2014 all'89% del 2016. In totale sono stati trattati 58 pazienti, di cui 10 con prescrizioni di provenienza extraregionale.

Conclusioni. Dai dati ottenuti, possiamo accertare come le prime prescrizioni di farmaci a base di GH dopo il DA 540/14 siano state indirizzate totalmente nei confronti degli originator, e che solo nel corso dei due anni successivi il trend di prescrizione si sia spostato, seppur con lentezza, verso il biosimilare. Considerando che i farmaci biosimilari mantengono elevati standard di qualità e

sicurezza e che rappresentano uno strumento irrinunciabile per lo sviluppo di un mercato competitivo e concorrenziale, necessario alla sostenibilità del sistema sanitario e delle terapie innovative, a nostro avviso è lecito domandarsi quali potrebbero essere gli interventi correttivi da intraprendere. Uno di questi potrebbe essere un approccio diretto ed un confronto con i medici prescrittori; tuttavia, considerando che nella nostra Asp, non ci sono centri prescrittori autorizzati alla prescrizione di farmaci a base di Gh, e che addirittura il 17% delle prescrizioni provengono da centri extraregionali, risulta difficile intervenire a supporto dei processi decisionali del nostro Assessorato orientando le scelte mediche attraverso il dialogo e lo scambio di pareri e informazioni.

ESPERIENZA DELLA RETE HCV SICILIA. UN MODELLO DI APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA

S. Schiavone*^[1], G. Schiavone^[2], M. Di Pietro^[3], G. Caruso^[4]
^[1]UO Farmacoconomia e farmacovigilanza - Dipartimento del farmaco ~ ASP 8, ^[2]Dipartimento farmaco ~ ASP 8, ^[3]Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera ~ Università degli Studi-Catania, ^[4]UOC Gestione farmaci- Dipartimento del farmaco ~ ASP 8

Background e obiettivi. In Italia le epatiti virali costituiscono una emergenza sanitaria. il nostro Paese presenta il più alto tasso di Epatite C e tumore del fegato correlato. In Sicilia sono circa 30000 soggetti con diagnosi di epatite cronica. Per gestire le malattie croniche che hanno bisogno di un approccio diagnostico e terapeutico complesso, il Piano Sanitario regione Sicilia 2011-2013 prevedeva le reti di Assistenza integrata, che tramite l'Information and Communication Technology (ICT) possono migliorare la continuità assistenziale al cittadino, l'efficienza del sistema sanitario regionale e le competenze dei Medici.

Materiali/metodi. La Rete HCV Sicilia è un progetto telematico per migliorare la gestione ed il trattamento dell'epatite cronica e della cirrosi da virus C in Sicilia, nata e voluta dalla Regione Sicilia nel Febbraio 2015, in contemporanea con la disponibilità dei nuovi farmaci per la terapia dell'HCV. La Rete è organizzata sul modello Hub & Spoke. 18 centri Hub sono autorizzati alla prescrizione dei farmaci di seconda generazione ed abilitati dal sistema alla redazione del Piano terapeutico, 21 centri Spoke hanno funzione di identificazione ed invio dei pazienti ai centri Hub per la terapia con farmaci di seconda generazione. Due centri SuperHub per la riconosciuta esperienza e conoscenza in materia, sono preposti alla validazione delle terapie, in maniera anonima.

Risultati. Ad oggi sono stati inseriti 11930 pazienti, il 57% maschi ed il 43% femmine, di questi il 55% posseggono i criteri AIFA ed il restante 45% non hanno ancora i criteri per il trattamento. I pazienti che hanno iniziato il trattamento presentano una malattia di fegato avanzata in cirrosi (68%) ed il 32% ha una epatite cronica con fibrosi avanzata. Il 98% dei pazienti è risultato responsivo, solo lo 0,2 % dei pazienti ha interrotto il trattamento (alcuni per effetti collaterali, la maggior parte perché non responsivi). Il coinvolgimento del Medico di famiglia per iniziare un approfondimento diagnostico è fondamentale. essi possono accedere alla rete on line, registrare un paziente con infezione da HCV, trovare un percorso di diagnosi prima di inviarlo ad un centro specializzato.

Conclusioni. La creazione della rete consente di ottenere tassi di appropriatezza terapeutica altissimi, garantendo trasparenza delle procedure, tracciabilità delle decisioni terapeutiche, valutazione periodica delle prestazioni rese e l'impatto dei trattamenti sulla storia malattia. Il Farmacista ha un ruolo importante nel controllo dell'appropriatezza prescrittiva perché può mediare tra le esigenze del clinico (garantire al paziente la terapia ottimale e più appropriata), e quelle dell'amministratore (risorse disponibili e rispettare dei budget).

Bibliografia. 1. Care n 6 Anno 17- 2015 2. World Hepatitis Alliance (WHA). Hepatitis B and C. risk, prevention and treatment. <http://www.worldhepatitisalliance.org/Libraries/Documents> 3. Dati EpaC Associazione Onlus. 4. Roth D, Nelson DR, Bruchfield A et al. Gazeoprevir plus elbasvir in treatment - naive and treatment - experienced patients with hepatitis C virus genotype 1 infection and stage 4-5 chronic kidney disease. a combination phase 3 study. Lancet 2015; 386. 1537-1545.

ADERENZA ALLA TERAPIA CON TICAGRELOR IN UNA COORTE DI PAZIENTI

S. Coppolino*^[1], N. Caporlingua^[2]
^[1]U.O.S. Farmacia P.O. "Barone I. Romeo" ~ Patti (Messina),

^[2]Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera "Magna Graecia" ~ Catanzaro

Background e obiettivi. Secondo l'OMS, l'aderenza ad un trattamento medico, sia farmacologico che relativo alla dieta o allo stile di vita, è "il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante". La mancata aderenza alla terapia rappresenta un problema molto importante perché è causa di un aumento sia della morbilità che della mortalità con un significativo impatto economico. Un indicatore utilizzato per valutare l'aderenza è il MPR (Medical Possession Ratio) definito come il numero di giorni di terapia dispensati/numero di giorni nell'intervallo tra le prescrizioni. La letteratura scientifica ritiene che i pazienti aderenti siano definibili come quelli con MPR maggiore o uguale a 80. L'obiettivo di questa indagine è quello di tracciare un profilo dell'intensità dell'aderenza alla terapia con ticagrelor in una coorte di pazienti.

Materiali/metodi. Per la realizzazione dello studio sono state analizzate le prescrizioni pervenute all'UOS di Farmacia dal 01/01/2014 al 31/12/2016. Per ciascun paziente sono stati raccolti e riportati su un foglio di calcolo i dati relativi a sesso, età, giorni di terapia erogata vs giorni nell'intervallo tra le prescrizioni. Tali informazioni sono state successivamente elaborate con il software Statistica. **Risultati.** Nell'arco temporale esaminato 97 pazienti hanno ricevuto almeno una confezione di ticagrelor e 69, coorte oggetto dello studio più di due. Nel periodo considerato non sono state segnalate reazioni avverse al farmaco. Dall'analisi dei dati si evidenzia una maggiore prevalenza di uomini (50) rispetto alle donne (19) con gran parte dei pazienti collocati nella fascia di età tra i 51 ed i 70 anni e con una età media di 66 anni. Il paziente più giovane ha 45 anni, il più anziano 88. I dati hanno registrato una completa aderenza (MPR>90) da parte di tutte le donne trattate mentre gli uomini con MPR>90 sono stati l'82,61% del campione. Gli uomini non aderenti (MPR<80) sono stati il 10,15% mentre quelli che hanno aderito parzialmente alla terapia (MPR compreso tra 81 e 89) sono stati il 7,24%.

Conclusioni. Esauritive informazioni di carattere epidemiologico consentono di favorire e mantenere alto il grado di aderenza alle terapie farmacologiche, specie in ambito cardiovascolare, fattore particolarmente importante sia per la salute dei pazienti che per la sostenibilità economica del sistema sanitario, soprattutto nell'attuale contesto in cui le risorse sono limitate.

NAO IN PRONTO SOCCORSO. IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA) E TROMBOSI VENOSA PROFONDA (TVP)

A. Balestreri*^[1], M.E. Iannone^[1], N. Onori^[1], A. Tufo^[3], F. De Marco^[2], C. Ancona^[2], S. Gratteri^[1], M.P. Ruggieri^[2], R. Di Turi^[1]
^[1]UOC Farmaceutica A.O. San Giovanni Addolorata ~ Roma, ^[2]UOC PS e Breve Osservazione A.O. San Giovanni Addolorata ~ Roma, ^[3]Farmacovigilanza Regione Lazio ~ Roma

Background e obiettivi. La Fibrillazione Atriale (FA) è causa di frequente accesso in Pronto soccorso (PS) e di ospedalizzazione. Nello studio FIRE (1), su 4570 pazienti giunti nei PS italiani per FA e flutter atriale, la FA rappresenta l'1,5 % degli accessi del PS ed il 3,3% di tutte le ospedalizzazioni con un tasso di ricoveri>60% ed incremento dei costi sanitari. Anche la trombosi venosa profonda (TVP) è una frequente diagnosi in PS e Linee guida/indirizzo internazionali prevedono la possibilità di dimettere i pazienti con un basso profilo di rischio già dal PS con una terapia anticoagulante idonea (2). La terapia anticoagulante costituisce il trattamento d'elezione nella prevenzione primaria e secondaria dell'ictus nei pazienti con FA e della embolia polmonare in pazienti con TVP; in questo scenario farmacoterapeutico trovano ormai impiego anche i nuovi anticoagulanti orali (NAO). Pertanto la Regione Lazio con la nota U.0451889/2016 ha previsto l'avvio della terapia con i NAO già in Medicina d'Urgenza/Pronto Soccorso nei pazienti affetti da FA e TVP.

Materiali/metodi. Da novembre 2016 nella nostra A.O. è stato istituito un percorso clinico assistenziale tra il PS e la Farmacia per i pazienti con TVP e basso profilo di rischio o FA con CHA2DS2-VASc score > 1 che ha coinvolto. 1)Pronto soccorso. inizio della terapia con NAO e nel caso della FA, se parossistica e insorta da meno di 48 ore, cardioversione elettrica o farmacologica già in PS. 2)Farmacia. dispensazione all'atto della dimissione dal PS del NAO prescritto su apposita modulistica interna per un fabbisogno di 30 giorni da rendicontare nel Flusso FARMED. 3)Ambulatori/Day Hospital (DH): ambulatorio Cardiologico o Angiologico presa in carico del paziente per l'attivazione del registro AIFA e del piano terapeutico online indispensabile per garantire la continuità di cura tra ospedale e territorio; DH

cardiologico presa in carico anche per la cardioversione dopo adeguata scagolazione.

Risultati. Da novembre 2016 a maggio 2017 il percorso ha interessato 25 pazienti, (23 con FA e 2 con FVP), 15 maschi e 10 femmine, di cui l'83% è anziano con età media di 76 anni. Il 68% è stato trattato con un inibitore diretto della trombina (DTIs) mentre il restante 32% con un inibitore del fattore Xa (FXa). Il 48% dei pazienti affetti da FA ha ricevuto la cardioversione già in PS.

Conclusioni. Tale percorso frutto di collaborazione multidisciplinare medico-farmacista nella visione paziente-centrica assicura appropriatezza, tempestività di trattamento, rispetto del percorso di emergenza-urgenza e riduzione dei costi.

Bibliografia. (1). Santini M, De Ferrari GM, Pandozi C, et al. FIRE Investigators. Atrial fibrillation re-quiring urgent medical care. Approach and outcome in the various departments of admission. Data from the atrial Fibrillation/flutter Italian Registry (FIRE). *Ital Heart J* 2004;5:205-13. (2). Streiff MB et al. Guidance for the treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *J Thromb Thrombolysis* (2016) 41:32-67.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

AGLI STRANIERI NEL MONDO REALE

M. Pastorello*, M.D.A. Parelli, L. La Rocca

ASP ~ Palermo

Background e obiettivi. L'assistenza sanitaria agli stranieri recepisce a livello regionale Linee di indirizzo nazionali, con l'intento di rendere uniformi i livelli di tale assistenza nei diversi contesti locali. Obiettivo del lavoro è l'analisi descrittiva dell'assistenza farmaceutica agli stranieri nell'ASP.

Materiali/metodi. Dati relativi alla prescrizione dei farmaci agli stranieri nella Medicina Generale, Guardia Medica Turistica, Continuità Assistenziale, ambulatori Emergency. Mediante l'utilizzo del sistema statistico del centro di lettura ottica delle ricette SSN a partire dall'intero campione analizzato (ricette SSR UE,EE,STP,ENI) è stato realizzato uno studio epidemiologico retrospettivo descrittivo dei consumi della farmaceutica convenzionata erogata agli stranieri nel periodo 2013-2016.

Risultati. Nel periodo 2013 - 2016 si registrano. un progressivo incremento dei consumi farmaceutici per gli Stranieri Temporaneamente Presenti (+8% annuo in termini di n. ricette, n. farmaci, costi SSN) che si attesta nel 2016 a n. 7.174 ricette per un valore di € 94.960; un andamento costante per gli Europei Non Iscritti , Europei ed Extraeuropei che si attesta nel 2016 rispettivamente a n. 2700 ricette ENI per un valore di € 33.303 e n.16.360 ricette UE ed EE per un valore di € 294.000. L'esposizione al trattamento con farmaci mostra i seguenti principali ATC ordinati in termini di incidenza % n. confezioni . 12,43% A02B ulcera peptica e malattia reflusso esofageo; 6,38% C10A sostanze modificatrici lipidi;5,95% A10B insuline e analoghi azione rapida ;5,40% C07A betabloccante e diuretico;5,25% B01A antitrombotici;5,23% C09A Ace inibitori non associati; 4,85% C08C calcio antagonisti selettivi;3,23% C09B Ace inibitori associazioni; 3,01% J01C antibatterici betalattamici; 2,68% C03C diuretici tiazidi; 2,55 % C09C antagonisti angiotensina II ; %2,41% M01A antiinfiammatori ed antireumatici. L'impatto economico sul SSR è dato da Ossigeno, farmaci ulcera peptica, sostanze modificatrici lipidi, adrenergici aereosol, insuline e analoghi, antagonisti angiotensina II, calcio antagonisti selettivi, Ace inibitori associazioni, antiepilettici, antibatterici.

Conclusioni. L'esperienza del farmacista nelle valutazioni farmaco economiche è basilare per la rendicontazione-propedeutica alla compensazione economica da parte dell'Ufficio territoriale stranieri- dei flussi dell'assistenza farmaceutica erogata agli stranieri stessi. L'analisi farmaco epidemiologica condotta assume la rilevanza di registro osservazionale da condividere con la Rete Territoriale Assistenza Stranieri come punto di partenza per la pianificazione di cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali a favore dei migranti SPT ed ENI, popolazioni non censite da TEAM o altre attestati di diritto all'assistenza sanitaria in Italia.

Bibliografia. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=Assistenza%20sanitaria&menu=stranieri Linee Guida per l'assistenza sanitaria a cittadini stranieri (extracomunitari e comunitari) D.A. 17 Ottobre 2012. Decreto 26 settembre 2013 (GURS- n. 49 del 31/10/2013) Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province Autonome italiane. D.A. 6 marzo 2014. Assistenza sanitaria stranieri - Procedure per l'iscrizione al servizio sanitario regionale dei minori stranieri extracomunitari o comunitari possessori

rispettivamente dei codici STP ed ENI.

PRESCRIZIONE DI SARTANI E STATINE A BREVETTO SCADUTO IN FASE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

S. Costantino*, S. Osella, V. Milone, A. Leggieri

ASL Città di Torino - Ospedale S. Giovanni Bosco ~ Torino

Background e obiettivi. La prescrizione di statine e sartani continua ad essere ai primi posti in Italia in termini di spesa farmaceutica convenzionata. All'interno di queste classi, i farmaci associati alla spesa più elevata risultano rosuvastatina ed olmesartan, ancora coperti da brevetto nel 2016. Con l'obiettivo di contenere la spesa farmaceutica anche in termini di ricaduta sulle prescrizioni territoriali, la Farmacia Ospedaliera ha posto nel 2016 un obiettivo ai reparti ospedalieri, in accordo con la Direzione Sanitaria. Le statine e sartani a brevetto scaduto prescritte in dimissione dovevano rappresentare almeno il 90% e il 99% rispettivamente del totale. Obiettivo di questo lavoro è stato quindi valutare la prescrizione di statine e sartani a brevetto scaduto, definire se i reparti avessero raggiunto l'obiettivo e capire se l'invio di una reportistica trimestrale ai reparti fosse stata efficace nel favorire le prescrizioni di farmaci a brevetto scaduto. **Materiali/metodi.** Sono state analizzate 7848 lettere ricevute nel 2016 dalla Farmacia delle Dimissioni, di cui 1193 (15,2%) contenevano una prescrizione di statine e 387 (4,9%) di sartani. Ogni tre mesi è stata calcolata la percentuale di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle statine e sartani prescritti da ogni reparto ed è stata inviata una reportistica relativa ai risultati parziali. Alla fine dell'anno è stato calcolato il risultato complessivo. L'obiettivo è stato valutato solo per i reparti che avevano effettuato un numero significativo (≥ 20) di prescrizioni di farmaci di quella classe.

Risultati. Tra 6 reparti che avevano effettuato un numero valutabile di prescrizioni, 4 hanno raggiunto l'obiettivo sulle statine ($\geq 90\%$). L'obiettivo sui sartani ($\geq 99\%$) non è mai stato raggiunto, ma 3 reparti su 6 hanno ottenuto un risultato vicino ($\geq 95\%$). Complessivamente sono state prescritte statine e sartani a brevetto scaduto nel 91,53% e 93,02% dei casi rispettivamente. L'andamento trimestrale è stato crescente per le statine (+5,85% tra il primo e il quarto trimestre) e leggermente negativo per i sartani (-2,11%).

Conclusioni. Gli obiettivi iniziali sono stati raggiunti parzialmente, ma la percentuale di prescrizioni di farmaci a brevetto scaduto è risultata soddisfacente. L'invio della reportistica trimestrale ha incoraggiato un miglioramento solo sulle statine; ciò è stato attribuito al fatto che la presenza di olmesartan in lettera di dimissione era dovuta solitamente alla prosecuzione di terapie già assunte a domicilio che, soprattutto nel caso di ricoveri brevi, non venivano modificate. Le prospettive future riguardano la valutazione della ricaduta di queste misure sulle prescrizioni territoriali.

Bibliografia. L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto OsMed (gennaio-settembre 2016).

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEGLI IPP IN FASE DI DIMISSIONE. UN CONFRONTO BIENNALE

S. Costantino*, S. Osella, V. Milone, A. Leggieri

ASL Città di Torino - Ospedale San Giovanni Bosco ~ Torino

Background e obiettivi. La sovra-prescrizione di Inibitori di pompa protonica (IPP) rispetto alla reale epidemiologia delle patologie per cui sono indicati è tuttora un problema rilevante per il SSN, sia per quanto riguarda il loro peso sulla spesa farmaceutica convenzionata, sia per il rischio di interazioni farmacologiche ed effetti collaterali riportati da numerosi studi. La prescrizione di IPP da parte dei Medici di Medicina Generale è spesso influenzata dalle indicazioni riportate in fase di dimissione ospedaliera; è quindi necessaria una particolare attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni di IPP in questa fase e alla corretta comunicazione ai MMG. Obiettivo di questo lavoro è stata quindi la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni di IPP del reparto campione di Medicina Interna, il confronto con l'anno precedente e la comunicazione ai MMG della corretta rimborsabilità.

Materiali/metodi. Proseguendo un lavoro iniziato nel 2015, sono state analizzate le prescrizioni di IPP in fase di dimissione dal reparto di Medicina Interna dell'ospedale per tutto il 2016. Le lettere sono state raccolte dai farmacisti durante la distribuzione del primo ciclo di terapia ai pazienti dimessi, registrando successivamente su un database la fascia di rimborsabilità indicata dallo specialista e l'eventuale correzione del farmacista sulla base dei dati clinici riportati in lettera di dimissione e delle note AIFA 1 e 48. Tutte le correzioni effettuate dai farmacisti sono state comunicate al MMG del paziente, e le criticità

riscontrate sono state comunicate agli specialisti. **Risultati.** Nel 2016 sono state raccolte 742 lettere di dimissione dalla Medicina Interna, di cui 369 (49,73%) riportavano prescrizioni di IPP. Tali prescrizioni sono risultate corrispondenti alle indicazioni riportate nelle note AIFA 1 e 48 nel 52,85% dei casi. Nell'anno precedente gli IPP erano stati prescritti al 39,89% dei pazienti, e la prescrizione era risultata appropriata secondo le note AIFA nel 48,21% dei casi.

Conclusioni. L'appropriatezza prescrittiva degli IPP secondo le note AIFA nel reparto campione è leggermente aumentata rispetto all'anno precedente, mostrando una discreta efficacia del lavoro di sensibilizzazione svolto dai farmacisti ospedalieri. Il risultato ottenuto è in linea con la media nazionale (52,3% di IPP prescritti secondo le note AIFA, OsMed 2016). La comunicazione della correzioni ai MMG è ritenuta importante nell'ottica della continuità ospedale-territorio, e le prospettive future riguardano la valutazione della ricaduta sulle prescrizioni territoriali del lavoro svolto.

Bibliografia. L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto OsMed (gennaio-settembre 2016).

ANALISI RICHIESTE EXTRA-PTO PER GARANTIRE LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA DOMICILIO-OSPEDALE PER IL PAZIENTE RICOVERATO

N. Faroni*, F. Filidoro, F. Bertola, A. Zaltieri, G. Zacchi, M. Corsini
Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza ~ Brescia

Background e obiettivi. Il prontuario terapeutico ospedaliero comprende una selezione di farmaci, scelti da una commissione terapeutica, che si basa su tre criteri fondamentali. Efficacia clinica, sicurezza e costo. L'utilizzo del PTO ha lo scopo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed assicurare una valutazione delle risorse terapeutiche disponibili in termini di sicurezza e sostenibilità economica.

Materiali/metodi. L'unità operativa di Farmacia ha eseguito un lavoro di controllo sulle prescrizioni effettuate dai medici specialisti affinché venisse garantita la continuità terapeutica per i pazienti ricoverati che assumevano farmaci non presenti nel PTO utilizzando altre molecole appartenenti alla stessa classe (ATC omogeneo).

Risultati. Il controllo giornaliero e sistematico delle prescrizioni extra-PTO per singolo paziente effettuato nel 2015 e nel 2016 si è tradotto in una riduzione della spesa d'acquisto del 32% (spesa 2015. 47240.54 €; spesa 2016. 32433.72€). Questo lavoro è stato portato avanti in maniera più dettagliata anche quest'anno. Il controllo delle prescrizioni extra-PTO per singolo paziente, effettuato dal 01-01 al 31-05-2017 (464 richieste), raffrontato con lo stesso periodo del 2016 (458 richieste), si è tradotto in una riduzione della spesa del 30% (Spesa 2016. 13904,71 €, spesa 2017. 9713,52 €); grazie anche alla sostituzione delle molecole brand con i generici. Inoltre, attraverso un lavoro più approfondito rispetto al 2016, che prevede l'utilizzo delle tabelle di conversione (che comprendono: statine, ace inibitori, sartani, inibitori di pompa protonica), il riciclo di farmaci presenti in altri reparti della struttura ospedaliera, e la conversione di alcuni specialità prescritte dai medici con molecole presenti nel PTO, 96 delle 464 richieste totali hanno generato un risparmio di 2602,45 €, leggermente inferiore rispetto a quello del 2015, ma questo è un segnale assolutamente positivo perché evidenzia una chiara comprensione e una piena condivisione da parte dei medici delle proposte e delle accortezze individuate dai farmacisti.

Conclusioni. Il progetto operativo effettuato dal servizio di farmacia ha offerto ai medici la possibilità di scegliere, tra le diverse specialità presenti nel PTO, quelle documentate da risultati clinici e farmaco-economici ben definiti. Questo ha permesso una collaborazione condivisa e ben integrata tra le diverse figure professionali sanitarie, ponendo sempre al primo posto il paziente e la continuità terapeutica domicilio-ospedale.

ISTITUZIONE CENTRO UNICO DELLA DIMISSIONE PER FORNIRE UN SERVIZIO ATTO A FAVORIRE LA CONTINUITÀ OSPEDALE E TERRITORIO

F. Pieri*, F. Pasquino, M. Zaccala
AOU Maggiore della Carità ~ Novara

Background e obiettivi. Per armonizzare la distribuzione dei farmaci alla dimissione, nel 2016 è stato implementato il Servizio di Distribuzione Diretta con un proprio deposito e relativo centro di costo, un front office e un magazzino. Per inserire la dimissione centralizzata nei percorsi ospedalieri il Farmacista Ospedaliero (FO) ha partecipato ai gruppi di lavoro, alle riunioni dei team decisionali per patologia anche in collaborazione con l'Ufficio Qualità Aziendale e in aggiunta ha organizzato incontri con i reparti ospedalieri con l'intento di guidare gli specialisti

prescrittori per: - Aumentare l'aderenza al prontuario terapeutico ospedaliero sia durante il ricovero che in fase di dimissione, per assicurare continuità terapeutica; - Effettuare scelte terapeutiche a minor costo, incentivando l'uso di biosimilari e di farmaci a brevetto scaduto e ponendo l'attenzione anche sulle classi farmacologiche ad alto impatto sulla spesa Territoriale. Educare i pazienti con l'intento di migliorare l'aderenza alla terapia, sul corretto uso del farmaco.

Materiali/metodi. La partecipazione del FO ai gruppi multidisciplinari per la stesura di Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali (PDTA) e Istruzioni Operative (IO) interaziendali in collaborazione con il Territorio. Incontri periodici con i reparti singoli o aggregati.

Risultati. L'implementazione dell'assistenza ai pazienti dimessi è confermata dai dati. 959 erogazioni in dimissione dal ricovero nel 2015 e 3911 erogazioni nel 2016. Nel 2016 si sono svolte 12 riunioni con i reparti. Sono attualmente in vigore i PDTA per HIV, HCV, Ipertensione Polmonare e IO interaziendali, in collaborazione con i servizi farmaceutici territoriali limitrofi su classi di farmaci ad impatto sulla spesa territoriale. LMWH, PPI, Statine, Antipsicotici. L'educazione al paziente viene fatta all'atto dell'erogazione dei farmaci fornendo informazioni a carattere farmacologico e farmacologico riguardo le modalità, i tempi di assunzione, eventuali interazioni con farmaci e cibi, effetti indesiderati, cosa fare in caso di dimenticanza nell'assumere una dose, etc. per alcuni farmaci viene consegnato un foglietto illustrativo facilitato contenente tutte le informazioni.

Conclusioni. L'istituzione della dimissione centralizzata ha permesso di aumentare il numero di consegne di farmaci ai pazienti, la collaborazione periodica con i clinici ha riconosciuto al FO un ruolo nei percorsi diagnostico terapeutici e la collaborazione con il Territorio ha evidenziato interessi ospedalieri e territoriali con scopi di farmaco-utilizzazione in comune. La consegna dei foglietti informativi ha permesso al paziente di portarsi a casa informazioni su promemoria cartacei durevoli nel tempo.

DISTRIBUZIONE PER CONTO. DAL SISTEMA AZIENDALE PRIMI PASSI VERSO UN SISTEMA REGIONALE

M. Iadanza*^[1], M.L. Cenicola^[1], I. Avallone^[1], F. Angrisani^[2], S. Creazzola Serao^[1]
^[1]Asl Napoli 1 Centro ~ Napoli, ^[2]Università degli Studi Luigi Vanvitelli ~ Napoli

Background e obiettivi. La Distribuzione-per-Conto-(DPC) è ad oggi in Italia una delle forme di distribuzione più diffusa, assicurando un servizio di assistenza a tutti i pazienti in modo equo ed egualitario. La DPC non è ancora inserita in un contesto normativo coerente a livello nazionale pertanto emerge un quadro disomogeneo con differenze tra le Regioni e tra singole ASL. Nonostante le differenti modalità operative, la garanzia di accesso ai farmaci da parte dei cittadini nell'ambito dei LEA è assicurata dal SSN. Il primo Accordo-DPC-Aziendale è siglato il 29/12/2011 e di fatto la DPC è attiva in ASL a partire dal 01/04/2012. Come Accordo-Aziendale la DPC è destinata fino a Luglio-2016 solo agli assistiti residenti in Area-Metropolitana. La Regione-Campania, in piano di rientro, ha investito nella DPC per la riduzione della percentuale di consumo farmaci del PHT erogati in convenzione. Con il Decreto-Commissariale N°-66-14/07/2016 la Ricetta-DPC diventa spedibile in tutta la Regione-Campania, pertanto da Agosto-2016 la DPC-Aziendale serve gli assistiti dell'intera Regione. Con il Decreto-Commissariale N°-97-20/09/2016 è stato definito un Elenco-Unico a valenza regionale dei farmaci da distribuire in DPC dove sono stati inseriti numerosi farmaci-A-PHT precedentemente distribuiti in Distribuzione-Diretta. Conseguentemente a Novembre-2016 è stato rinnovato l'Accordo-DPC-Aziendale con il recepimento dei predetti Decreti ed il 1-Marzo-2017 questa Asl è partita con il nuovo Elenco-Regionale. Alla luce degli importanti eventi degli ultimi mesi verso una DPC-Regionale sono state analizzate le ripercussioni sulle attività ed i flussi conseguenti.

Materiali/metodi. I dati sono stati estrapolati dai flussi di consumo estratti dai programmi di gestione DPC-aziendali (inwebdpc-webdpc).

Risultati. Nel corso di questi anni si è osservato un esponenziale incremento dei volumi della DPC. L'elenco valido fino al 28-Febbraio-2017 contava 120p.a. e 275-Specialità, ad oggi con l'Elenco-Unico-Regionale sono in DPC 150p.a. e 380-Specialità. Si assiste quindi ad un conseguente incremento di ca30% del numero di confezioni erogate in DPC, dovuto alla validità regionale della ricette-DPC, all'inclusione di molecole di nuova immissione in commercio, ma anche all'inserimento di farmaci, riclassificati da AIFA come A-PHT nel 2010, ma classificati in

precedenza come H-Osp2 che fino al 28-Febbraio-2017 continuavano, per disposizione regionale, ad essere distribuiti all'assistito direttamente dalle Farmacie-Ospedaliere-Aziendali.

Conclusioni. L'esperienza dell'Elenco-Unico-Regionale-DPC, certamente, fornendo un facilitato accesso al farmaco A-PHT per il paziente che può ritirarlo nelle numerose farmacie di comunità, garantendo la compensazione interaziendale, evitando il ricorso alla convenzionata mira al raggiungimento degli obiettivi regionali, da verificare, ovviamente sul medio e lungo termine.

L'IMMUNOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DELLE ALLERGIE IN AMBITO METROPOLITANO

M.L. Cenicola^[1], M. Iadanza^[1], C. De Marino^[1], F. Buccì^[1], F. Angrisani^[2], I. Avallone^[1], G. Perfetto^[1], S. Creazzola Serao^[1]
^{[1]Asl Napoli 1 Centro ~ Napoli, [2]Università degli Studi Luigi Vanvitelli ~ Napoli}

Background e obiettivi. La rinite-allergica stagionale interessa attualmente ca30-40% della popolazione, con incremento negli ultimi anni. Nella metà dei casi la rinite-allergica è causata dal polline delle graminacee che rappresenta una delle principali cause di allergia in tutto il mondo con prevalenza diversa da zona a zona. La rinite-allergica è un fattore di rischio per asma bronchiale e costituisce un importante problema di sanità-pubblica, di notevole impatto economico. Gli antistaminici-oral e i corticosteroidi-nasali-topici sono efficaci, ma non sempre riescono ad attenuare in modo soddisfacente i sintomi, spesso fastidiosi. Nei pazienti con rinite e/o congiuntivite stagionale da pollini IgE-mediata, i cui sintomi non risultano adeguatamente controllati dalla terapia convenzionale, trova un razionale l'immunoterapia-iniettiva con l'allergene. La somministrazione-sottocutanea dell'allergene ha lo scopo di agire sulla causa della rinite-allergica e può migliorare i sintomi, ma può anche provocare broncospasmo grave e anafilassi e richiedere la rianimazione del paziente. Il Polline-Graminacee e Estratti-allergenici+Polline-Graminacee sono i primi farmaci registrati per l'immunoterapia-sub-linguale proposto come alternativa alla via-sottocutanea. La terapia con Estratti-allergenici+Polline-Graminacee prevede una fase iniziale del trattamento con dosaggio 300IR+100IR ed una fase di prosecuzione dal secondo mese con le compresse da 300IR. La distribuzione di questi farmaci, in ambito-aziendale, avviene attraverso il canale della Distribuzione-per-Conto(DPC) da Marzo-2017, precedentemente erano erogati di fatto in regime di Farmaceutica-Convenzionata.

Materiali/metodi. Vista l'incidenza-stagionale della patologia, sono stati analizzati i consumi come U.P./mese nel I-TRIM di erogazione in DPC anno-2017-(Mar-Apr-Mag) e nell'analogo trimestre-2016 di Polline-Graminacee e Estratti-allergenici+Polline-Graminacee. I dati sono stati estrapolati dai flussi di consumo dei programmi di gestione DPC-aziendali (inwebdpc-webdpc) e Sogei ed è stato calcolato il risparmio economico dell'erogazione in DPC considerando il "costo-farmaco" delle due modalità-distributive.

Risultati. Dal confronto Mar-Apr-Mag-2016-vs-Mar-Apr-Mag-2017 è emerso che tutti i farmaci dispensati nel 2016 in convenzione sono stati correttamente spediti in DPC nel 2017 ed inoltre sono registrati nuovi arruolamenti. Nello specifico nell'anno-2017, per Estratti-allergenici+Polline-Graminacee, il dato di consumo del dosaggio prosecuzione-terapia dimostra che ai pazienti cronici-2016 si sono aggiunti i "naive"-2016 (dosaggio-300IR+100IR), inoltre il consumo del dosaggio-starter nel 2017 attesta nuovi pazienti in trattamento. Per Polline-Graminacee si sono osservati incrementi del numero dei pazienti trattati. La valutazione economica costo-farmaco tra Convenzione-vs-DPC dimostra un risparmio del 30%ca/conf nell'erogazione in DPC.

Conclusioni. La Terapia desensibilizzante o immunoterapia specifica con estratti-allergenici, riducendo numero e intensità degli episodi acuti, si prospetta in continuo incremento nei prossimi anni. L'erogazione in DPC, dato il contenimento della spesa prodotto, consentirà il trattamento garantendo la continuità terapeutica al numero sempre più alto di assistiti.

RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA IN CARDIOLOGIA PRESSO LA ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA.

ANALISI E PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA

A. Rovetta, C. Grumi, F. Zanzariello*, E. Festa, D. Bettoni
U.O. Farmacia Aziendale, ASST Spedali Civili di Brescia ~ Brescia

Background e obiettivi. Gli errori in corso di terapia farmacologica riguardano tutto il processo di gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio. In particolare, nei momenti cosiddetti di transizione di cura (ricovero del paziente in ospedale e sua dimissione, trasferimento tra reparti della stessa o altra struttura) gli errori in terapia, correlati a discrepanze non

intenzionali, possono causare danni al paziente. La riconciliazione terapeutica rappresenta uno strumento per ridurre tali discrepanze e favorire la continuità delle terapie farmacologiche. È finalizzata alla tutela della salute del paziente, sia nell'ambito della politerapia che durante le fasi di cura. Grazie alla collaborazione tra la U.U.O.O Farmacia aziendale e Cardiologia è stato studiato un metodo per svolgere le attività di riconciliazione terapeutica per valutare la reale necessità di questo processo all'interno della struttura ospedaliera.

Materiali/metodi. Lo studio ha coinvolto pazienti in terapia con anticoagulanti orali ed eparine o con un numero di farmaci superiore a 5. I dati sono stati raccolti tra il 01/03/2016 e il 01/01/2017 e sono stati inseriti in una scheda cartacea in cui sono riportate le generalità del paziente, la terapia e le possibili sostanze in grado di interferire con l'efficacia terapeutica del farmaco. Le informazioni ottenute sono state analizzate mediante l'uso di tre software. INTERcheck WEB, Codifa, Micromedex solutions.

Risultati. I pazienti arruolati sono stati 184, di cui 154 esposti a 180 possibili interazioni farmacologiche. Di queste, il 63,9% classificate di grado maggiore; il 36,1% molto gravi o controindicate. I farmaci maggiormente coinvolti nelle interazioni sono stati: furosemide nel 16,1% dei casi, amiodarone nel 15% e warfarin nel 10%. La fase di riconciliazione è basata sulla risoluzione delle interazioni farmacologiche. l'83,7% dei pazienti presentavano potenziali interazioni (pDDI) ed è stato possibile riconciliarne il 20,1%. Le interazioni riconciliate sono state: astensione dall'assunzione di succo di pompelmo nel 37,5%, sospensione di uno dei due farmaci interagenti nel 23,2%, sostituzione della terapia in corso nel 21,4% e monitoraggio dell'interazione nel 17,9%.

Conclusioni. Dai risultati ottenuti emerge la necessità di un processo di riconciliazione standardizzato e organizzato, che coinvolga tutte le figure cliniche, incontrate dal paziente, che si interfacciano nel processo di gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio durante il percorso di cura. Risulta utile l'elaborazione di un sistema informatico al quale tutto il personale sanitario possa accedere per salvaguardare a tutti i livelli la salute del paziente, realizzato in base alle caratteristiche e alle reali necessità del processo di Riconciliazione.

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI CON FIBROSIS POLMONARE IDIOPATICA IN TRATTAMENTO CON PIRFENIDONE COMPRESSE

P. Gomma^[1], L. Accusani^[1], S. Ferrucci^[2]
^{[1]ASL di Latina ~ Latina, [2]AIFA -Roma}

Background e obiettivi. La FPI è una patologia rara e sostanzialmente orfana di terapie specifiche, i farmaci finora utilizzati non hanno dimostrato un beneficio nel modificare la storia clinica. La FPI è una pneumopatia infiltrativa diffusa, progressiva e cronica ad eziologia sconosciuta, che porta a dispnea e perdita della funzionalità polmonare. È prevalente nel sesso maschile, con un'età media all'esordio di 60 anni. La sopravvivenza varia tra 2 e 5 anni dalla diagnosi, spesso ha prognosi infausta. I trattamenti di supporto quali, l'ossigeno terapia e la riabilitazione polmonare non incidono sulla sopravvivenza. Il Pirfenidone è un nuovo farmaco approvato nel trattamento della FPI lieve e moderata negli adulti. Viene prescritto a carico del S.S.N. da Centri individuati dalle Regioni e con compilazione della Scheda AIFA informatizzata di arruolamento del paziente e successiva scheda di follow up, per poter applicare le condizioni negoziali concordate tra AIFA e Ditta produttrice. Al fine di valutare l'appropriatezza prescrittiva, l'efficacia e sicurezza di utilizzo del farmaco. Scopo. analizzare la qualità di vita dei pazienti afferenti al Servizio Territoriale dell'ASL di Latina per l'erogazione del farmaco Pirfenidone compresse (Esbriet), prescritto dal Centro di Diagnosi e Cura Azienda San Camillo Forlanini di Roma.

Materiali/metodi. Predisposizione di un questionario di valutazione su modello SF 12 distribuito ai pazienti per rilevare la loro percezione della qualità di vita dopo 12 mesi di trattamento. Con la raccomandazione di annotare tutti i disturbi imputabili al farmaco e descrivere il proprio stato psicofisico. Sono stati arruolati 15 pazienti residenti nella ASL di Latina, in trattamento mensile con Pirfenidone 267 mg compresse alla posologia di 9 compresse die, assunte durante i pasti principali.

Risultati. I questionari hanno evidenziato. 1) difficoltà respiratorie anche a riposo, tosse, astenia con difficoltà a svolgere attività che prima si eseguivano senza problemi e di moderato impegno fisico, per es. salire qualche piano di scale. 40%. 2) difficoltà di lavoro con calo della concentrazione. 20%; 3) disagio emotivo con sconforto e tristezza alternato a periodi di

ripresa di energia. 25%; 4) disturbi gastrici, nausea e bruciore di stomaco. 10%; 5) eritemi solari e fotosensibilizzazione. 5%.

Conclusioni. I pazienti hanno dichiarato un discreto miglioramento di salute, stabilizzazione di malattia, solo un paziente ha interrotto il trattamento per rush cutaneo e gonfiore al volto. Purtroppo è stato registrato un decesso per progressione fatale di malattia.

Bibliografia. 1 - Questionario SF 12 validato per valutare la qualità di vita dei pazienti.

EBPM. ANALISI DELL'APPROPRIATEZZA D'UTILIZZO, CONSUMI E SPESA NELL'ASL DI LATINA NEL TRIENNIO 2014-2016

L. Accusani^[1], P. Gomma^[1], S. Ferrucci^[2]

^[1]ASL di Latina ~ Latina, ^[2]AIFA - Roma ~ Roma

Background e obiettivi. Le eparine a basso peso molecolare (EBPM) rappresentano i farmaci più largamente impiegati nella prevenzione e trattamento della trombosi venosa profonda e delle sue complicanze avendo di fatto sostituito nella pratica clinica l'eparina non frazionata. L'osservazione degli indicatori di consumo hanno mostrato un aumento progressivo e generalizzato nel tempo in tutte le Regioni Italiane, nel 2014 il consumo di eparine nella ASL di Latina è stato di 7,41 DDD/1000 abitanti die in linea con l'andamento regionale a fronte di un valore medio nazionale di 4,04 DDD/1000 abitanti die; più nello specifico si evidenzia una netta prevalenza di consumi di Enoxaparina (5,9 DDD/1000 abitanti die) rispetto alle altre molecole della stessa classe. Si è voluto analizzare il comportamento prescrittivo dei MMG sul nostro territorio con l'intento di chiarire le motivazioni che sono alla base della difformità riscontrata rispetto ai dati nazionali, per accertare se questa possa essere ricondotta a differenze epidemiologiche o al modus operandi della classe medica, per indirizzare i MMG verso un'appropriatezza prescrittiva.

Materiali/metodi. Lo studio si è sviluppato in tre fasi. 1) Analisi delle schede tecniche di tutti i principi attivi in commercio in Italia e revisione della letteratura disponibile utilizzando come standard di riferimento le linee guida, le delibere degli Enti Regolatori della Regione Lazio e dell'AIFA e altre norme. 2) Analisi delle prescrizioni di EBPM effettuate dai MMG (anno 2014). 3) Individuazione delle prescrizioni ritenute inappropriate, considerando appropriata una prescrizione farmacologica effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace e all'interno delle sue indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento). L'analisi ha evidenziato molti casi di iperprescrizione di EBPM, inosservanza degli schemi posologici autorizzati, impieghi off-label e mancata prescrivibilità ai sensi della legge 648/96 per le indicazioni previste; confermando la necessità di proporre progetti di formazione che si sono conclusi con l'elaborazione delle linee di indirizzo aziendale "appropriatezza prescrittiva di EBPM e FDX".

Risultati. gli indicatori di consumo e spesa sono stati seguiti nel successivo triennio 2014-2016 evidenziando che il numero di DDD/1000 abitanti die è passato da 7,41 a 5,24 con una riduzione del 29,28%. Parallelamente la spesa lorda/1000 abitanti die passa da E.18,32 a E. 12,42 con una riduzione del 32,04% corrispondente a Euro 1.182.664.

Conclusioni. I risultati hanno confermato l'utilità di proporre progetti formativi per attuare strategie di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e un contenimento della spesa farmaceutica.

Bibliografia. -Antithrombotic therapy for VTE disease. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9TH ed. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. - CHEST 2012 Feb; 141(2 Suppl). e419S-94S. - Appropriatezza prescrittiva di EBPM e Fondaparinux, Circolare Regione Lazio Protocollo 113726 del 11/06/2012. - Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna. CeVAS. Eparine a basso peso molecolare scheda di valutazione. Aprile 2008.0 - Schede Tecniche. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>

MODALITÀ DI ACCESSO E GOVERNO DELLE TERAPIE CON I NAO NELLA REGIONE LAZIO

A. Staiano^[1], L. Tomassini^[2], L. Ubertazzo^[3]

^[1]Specializzanda in Farmacia Ospedaliera presso l'Università La Sapienza ~ Roma; ^[2]Specializzando in Farmacologia Medica presso l'Università La Sapienza ~ Roma

^[3]ASL RM 4 ~ Civitavecchia

Background e obiettivi. L'obiettivo è quello di monitorare l'utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO), le modalità di accesso nella Regione Lazio, la rivalutazione del paziente, l'effettiva aderenza alla Terapia.

Materiali/metodi. Utilizzo di data-base amministrativi informatizzati di una ASL della Regione Lazio all'interno dei quali sono presenti i piani terapeutici (PT) dei pazienti in terapia con i NAO. Dopo aver individuato l'indicazione terapeutica di pertinenza ed i farmaci ad essa associati, è stata effettuata un'analisi sui data-base al fine di identificare la modalità di accesso ai NAO nella Regione Lazio e l'aderenza della terapia nel processo di integrazione ospedale-territorio per l'accesso alle cure.

Risultati. Su 255 pazienti della coorte oggetto di valutazione in cura con i NAO per la Prevenzione della fibrillazione atriale non ventricolare (FANV) è stato riscontrato che soltanto il 49,02% di questi è perfettamente aderente alla terapia, secondo quanto previsto in scheda tecnica AIFA, mentre del restante 50,98% è emerso che il 50,77% sospende la terapia per un mese, il 16,15% la sospende per due mesi, il 2,31% per 3 mesi, il 3,85% per 4 mesi ed il 26,92% dei pazienti la interrompe prematuramente. Su 26 pazienti che utilizzano i NAO per il trattamento della trombosi venosa profonda (TVP), dell'embolia polmonare (EP) e per la prevenzione delle recidive TVP ed EP, il 69,23% dei pazienti segue perfettamente la terapia, mentre il 30,77% non è aderente. Di questi ultimi, il 12,5% sospende la terapia per un mese, il 25% per due mesi, il 25% la segue solo per un mese ed il 37,5% abbandona la terapia.

Conclusioni. Il percorso diagnostico-terapeutico previsto in Regione Lazio per i NAO consiste in primis in una visita ospedaliera presso strutture altamente specialistiche individuate dalla Regione, a cui segue la prescrizione del Farmaco NAO da parte dello specialista abilitato alla prescrizione con l'elaborazione di un PT informatizzato che viene caricato nella piattaforma Regionale. Mediante la distribuzione per conto in farmacia aperta al pubblico, la terapia viene erogata inizialmente per un mese o due di trattamento, a seconda del NAO prescritto. Mediante l'analisi dei data-base è stato possibile evincere che una quota statisticamente significativa di pazienti (monitorati in un arco temporale specifico) non è perfettamente aderente alla terapia. Questo si tradurrà, ad esempio, in una maggiore ospedalizzazione da parte del paziente o cambio di terapia anticoagulante, si rifletterà in una mancata efficacia e pertanto in costi aggiuntivi per il SSN per la non perfetta aderenza.

REGISTRI AIFA E PIATTAFORMA SANIARP. I NUOVI SISTEMI INFORMATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE NELL'ESPERIENZA DELLE TERAPIE BIOLOGICHE DELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE, REUMATOLOGICHE, GASTROENTEROLOGICHE E DERMATOLOGICHE

B. Pisano^[1], M.L. Aiezza^[1], L. Avallone^[1], A. Gallo^[1], D. Iovine^[1], P. Saturnino^[1], M. Massa^[2], E. Piscitelli^[1]

^[1]AORN A. Cardarelli ~ Napoli, ^[2]Scuola Specializzazione Farmacia Ospedaliera ~ Camerino

Background e obiettivi. Le malattie croniche reumatiche, gastroenterologiche e dermatologiche stanno acquistando crescente rilevanza, grazie all'approfondimento delle conoscenze su queste patologie complesse, ad alto impatto socio-sanitario. Il Piano Nazionale della Cronicità 2016 affronta tematiche su cui strutturare una rete di attività, basata sull'integrazione tra diverse competenze ed unitaria a livello nazionale, per perseguire l'appropriatezza delle cure in termini assistenziali ed organizzativi. In particolare, sono fortemente promosse informazione e formazione, attraverso collaborazioni tra SSN, Società Scientifiche e centri di riferimento nazionale, per migliorare l'assistenza sanitaria in questo contesto in evoluzione. I farmaci biologici hanno rivoluzionato l'approccio terapeutico, da conciliarsi tuttavia con l'alto costo. Le disposizioni AIFA per armonizzare i trattamenti ed i flussi informativi a livello nazionale, sono contestualizzate alla realtà regionale campana, mediante conciliazione tramite portale Sani.ARP. Le molteplici sfaccettature degli aspetti clinici e terapeutici impongono di gestire i connessi risvolti di natura professionale, normativa ed operativa, con l'obiettivo di superare le difficoltà dovute all'introduzione di nuovi strumenti operativi.

Materiali/metodi. È stata effettuata una ricognizione delle opzioni terapeutiche disponibili, partendo dai farmaci monitorati mediante Registri AIFA ed estendendo l'indagine a tutti i farmaci biologici autorizzati. Consultando le informative provenienti da AIFA, Regione Campania, schede tecniche farmaco, sono state rilevate e rielaborate informazioni concernenti indicazioni, schemi terapeutici ed adempimenti legislativi, utili per la verifica dell'appropriatezza e per l'erogazione corretta dal punto di vista clinico e normativo.

Risultati. Sono state prodotte specifiche schede farmaco e sinossi, utili per la consultazione durante la dispensazione al

pubblico, da cui attingere rapidamente tutte le informazioni necessarie a gestire la diversificazione posologica e le peculiarità legislative di questi farmaci. È stata strutturata una procedura, condivisa con tutti gli operatori coinvolti, per facilitare l'alimentazione di diversi sistemi informatici e garantire ai pazienti tempestività e continuità terapeutica e territoriale. Il lavoro svolto è stato comunicato in diversi eventi formativi e condiviso con operatori sanitari di altre realtà aziendali.

Conclusioni. Le malattie infiammatorie croniche attualmente richiedono grande attenzione vista la crescente complessità della loro gestione. Il Farmacista Clinico è chiamato ad una profonda e continua specializzazione clinica e normativa, per facilitare il lavoro e migliorare la qualità delle prestazioni. La rivisitazione delle attività, indirizzata dal Piano della Cronicità, finalizzata all'ottimizzazione dell'assistenza al paziente, è stata occasione di interazione con professionisti Medici e Farmacisti, nel contesto aziendale e interaziendale, favorendo proficuo scambio di conoscenze e stimolando a continuare ed arricchire l'esperienza, così da coniugare evidenze scientifiche con esigenze operative concrete e trovare sempre migliori soluzioni organizzative.

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

SINERGIA TRA TETRAIDROCANNABINOLO(THC) E CANNABIDIOL(CBD) NELLA DOSE ANALGESICA DI CANNABIS. UN CASE REPORT

V. Cascone^[1], G. Distefano^[1], C. Caditra^[4], L. Zampogna^[1],
A. Blanco^[1], G. Galfo^[2], G. Rizza^[1], G. Drago^[3]

^[1]Farmacia ospedaliera Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa ~ Ragusa, ^[2]SC Medicina Ospedali Riuniti di Modica-Scicli Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa ~ Modica, ^[3]Direzione Sanitaria Aziendale-Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa ~ Ragusa, ^[4]Università degli studi di Catania-Dipartimento Scienze del farmaco-corso di laurea Farmacia ~ Catania

Background e obiettivi. L'uso terapeutico della cannabis è stato regolamentato in Sicilia dalla delibera n°83 del 26.03.14 autorizzando la rimborsabilità a carico del SSR. A seguito del D.M del 30.11.2015 la farmacia ospedaliera, aderendo al progetto ministeriale, ha attivato il servizio di dispensazione. Inizialmente l'approvvigionamento della Cannabis Sativa è stato soddisfatto dalla varietà Bedrocan Flos importata dall'estero. Da Gennaio 2017, a seguito della nota Ministeriale n.68409 è stata acquistata la varietà FM2 prodotta dallo Stabilimento Militare di Firenze. Obiettivo dello studio è la valutazione della dose analgesica di FM2 vs Bedrocan Flos in pazienti che hanno effettuato il passaggio tra le 2 varietà e la valutazione farmaco-economica.

Materiali/metodi. Sono state analizzate le prescrizioni pervenute nel periodo Gennaio 2017-Maggio 2017. Tramite ripartizione della cannabis precedentemente triturrata, sono state allestite cartine destinate alla preparazione di un decotto che il paziente prepara a casa, secondo procedure operative consegnate dalla farmacia. Sono state analizzate le schede tecniche che riportano una percentuale di principi attivi pari a 19-22% di tetraidrocannabinolo (THC) e < 1 % di cannabidiolo (CBD) per il Bedrocan, e 5-8% di THC e 7,5-12% di CBD per la sostanza FM2. Sono stati confrontati i costi di acquisto e le dosi efficaci nel paziente trattato e le dosi utilizzate nelle varie indicazioni con i dati di letteratura.

Risultati. La posologia per il paziente preso in esame, affetto da fibromialgia, prevedeva una dose di 200 mg/die con Bedrocan Flos. La dose utile ad ottenere un equivalente effetto terapeutico con FM2 è stata di 240 mg/die, passando quindi da 38mg/die a 14,4mg/die di THC. Valutando la differenza di costo per dose die, è stato evidenziato un risparmio giornaliero di €0,4, pari a €12,00 mensili, pur garantendo la stessa efficacia.

Conclusioni. Basandoci sui dati di scheda tecnica, relativi alla percentuale di THC delle 2 formulazioni, ci si aspettava un incremento della dose terapeutica molto maggiore, invece, nello switch la dose è stata aumentata solo di 40 mg. Pertanto, possiamo constatare che il sinergismo tra il THC e il CBD è fondamentale nel raggiungimento del target terapeutico antalgico. Considerando l'incidenza di ADR neurologiche nei trattamenti con THC, quali disforia, vertigini e dipendenza, descritti abbondantemente in letteratura, il passaggio alla varietà FM2, contenente percentuali inferiori, ha comportato un miglioramento di qualità nella terapia fornita al paziente. Inoltre, avendo definito la dose terapeutica target, approvvigionandoci dallo Stabilimento Militare con ordini cumulativi programmati, si è realizzato un risparmio economico, nonostante la breve scadenza della materia prima.

FARMACI PER IL DOLORE ANALISI

DI FARMACOUTILIZZAZIONE

A. Casciotta^[1], M. Balestrieri^[2], A. Cavallaro*^[1],
S. Rostan^[1], V. D'Agostino^[2]

^[1]ASL Napoli 2 Nord - UOC Farmacoeconomia, Farmacovigilanza, Appropriatezza Prescrittiva e Monitoraggio della Spesa Farmaceutica ~ Pozzuoli (NA), ^[2]ASL Napoli 2 Nord - Dipartimento Farmaceutico ~ Pozzuoli (NA)

Background e obiettivi. Nell'ultimo rapporto Osmed si rileva che la Regione Campania è all'ultimo posto per utilizzo di farmaci per il dolore, con una DDD x 1000 abitanti die nel 2015 di 4,9 un punto percentuale in meno rispetto all'anno precedente. L'obiettivo dello studio è valutare i consumi dei farmaci del dolore nell'ASL.

Materiali/metodi. Sono stati rilevati, dai dati SOGEI, i consumi dei farmaci del dolore e degli oppioidi, in termini di DDD x 1000 abitanti die e costo DDD delle varie ASL Regionali, ed i valori sono stati messi a confronto rispetto alla media regionale utilizzando come strumento di analisi l'indice statistico z-score. Sono stati rilevati i consumi degli oppioidi dal 2010 al 2016, e comparati con quelli Regionali. Dalle dimissioni dei PP.OO. aziendali, dalle prescrizioni dei MMG e per Distretto Sanitario, abbiamo individuato i consumi degli oppioidi per categoria.

Risultati. L'analisi mostra che nell'ASL si consumano in convenzionata, rispetto alla media regionale, meno farmaci del dolore ad un costo più basso. In particolare, emerge un maggiore consumo di oppioidi. In un anno 338 assistiti sono stati dimessi con una prescrizione di oppioide; di questi, il 71 % dal P.O. di Pozzuoli, il 26 % dal P.O. di Frattamaggiore, il 3% dal P.O. di Giugliano, nel mentre non vi sono dimissioni di tali farmaci per il P.O. di Ischia. Nel P.O. di Frattamaggiore il farmaco più utilizzato in dimissione è l'ossicodone associato 80 %, nel P.O. di Giugliano il fentanil 67 % e nel P.O. di Pozzuoli il tapentadol 38%. In convenzionata i farmaci maggiormente prescritti dai MMG sono: codeina associata 35 %, ossicodone associato 18 %, tapentadol 15 %, fentanil 13 % e tramadol 12%. A livello Distrettuale emerge una significativa variabilità prescrittiva con un 12 % nel Distretto 35 di Pozzuoli ad un 3% nel Distretto 47 di Casalnuovo.

Conclusioni. Questa analisi evidenzia una significativa variabilità prescrittiva in eccesso o in difetto rispetto al valore di regionale tra le diverse ASL, tra i diversi PP.OO. ed i diversi Distretti Sanitari sul territorio. Tale variabilità non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza. Pertanto, al fine di omogeneizzare e potenziare il trattamento del dolore è sono stati implementati, da parte del Dipartimento Farmaceutico, corsi di formazione rivolti a tutti gli attori sanitari coinvolti nella prescrizione.

IMPIEGO DI OLIO DI CANNABIS

NEL DOLORE ONCOLOGICO.

ANALISI DEGLI OUTCOMES IN REAL PRACTICE PRESSO UN CANCER CENTER

C. Jemos*^[1], J. Villa^[1], A.M. Zuniga Guerrero^[2],
V.A. Guardamagna^[2], E. Omodeo Salè^[1]

^[1]Farmacia Ospedaliera - Istituto Europeo di Oncologia ~ Milano,
^[2]Divisione di Cure Palliative e Terapia del Dolore - Istituto Europeo di Oncologia ~ Milano

Background e obiettivi. Il dolore oncologico risulta essere difficilmente controllabile con le terapie analgesiche tradizionali (1). Un'analisi riguardante 46 articoli pubblicati tra il 1994 ed il 2013 ha stabilito che circa il 30% dei pazienti oncologici non riceve una terapia antalgica proporzionale all'intensità del dolore (2). Il seguente progetto, realizzato in collaborazione con la divisione di Cure palliative e terapia del dolore, è volto allo studio ed all'analisi dei cannabinoidi nell'approccio terapeutico del dolore oncologico, con l'obiettivo di monitorarne l'efficacia ed individuare possibili fattori predittivi di risposta.

Materiali/metodi. Il progetto ha coinvolto 41 pazienti oncologici trattati nel periodo compreso tra maggio 2016 e giugno 2017. Tutti i pazienti valutati hanno fornito il consenso informato ed assunto olio di cannabis per gestire un dolore oncologico non controllato. Nel presente studio, i dati sono stati rilevati mediante l'analisi di un questionario sottoposto ai pazienti, nel corso della visita, dai medici della terapia del dolore. Inoltre, informazioni riguardanti percorso clinico e diagnosi dei pazienti sono state estrapolate dalle cartelle cliniche. I dati raccolti sono stati inseriti all'interno di un database Excel. Il dolore è stato valutato tramite scala NRS (0-10) al basale e nelle visite successive fino ad interruzione del trattamento ed è stato considerato "dolore controllato" con valori di NRS ≤ 4.

Risultati. Il 17,07% dei pazienti ha risposto al trattamento con cannabinoidi, con una riduzione media del valore di NRS basale di