

**Conclusioni.** Fin dalla prima dispensazione tra paziente e farmacista si è creato un rapporto di fiducia, che ha consentito alla paziente di confidarsi, raccontando la sua storia, la paura della progressione della malattia e le perplessità sulle cure, in particolare quelle di tipo iniettivo. Questa apertura ha consentito al farmacista di aiutare la paziente nel modo migliore possibile, segnalando un possibile evento avverso (AE) ma anche di rassicurare la paziente sull'evoluzione della malattia e di fornire maggiori informazioni sulle terapie, ad oggi disponibili, per il trattamento della SM. Questo caso dimostra come sia importante l'atto del counselling da parte del farmacista, che non si limita solamente al fornire informazioni inerenti il farmaco ma anche ad ascoltare il paziente, valutare la compliance alla terapia, rilevare possibili AE e rispondere alle domande del paziente in merito alla sua patologia.

**Bibliografia.** Riassunto delle caratteristiche del prodotto Tecfidera.

#### **INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION SUL PRIMO CICLO DI TERAPIA POST-DIMMISSIONI NELLA A.O. DI COSENZA**

I. Sconza<sup>[2]</sup>, S. Bilotta<sup>[1]</sup>, G. De Marco<sup>[1]</sup>, A. Risoli<sup>[1]</sup>,  
R. Ritacca<sup>[1]</sup>, A. Stigliano<sup>[1]</sup>, F. Urso<sup>[1]</sup>, P. Carnevale<sup>[1]</sup>

<sup>[1]</sup>Azienda Ospedaliera Cosenza ~ Cosenza, <sup>[2]</sup>Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera Università Magna Graecia ~ Catanzaro

**Background e obiettivi.** L'analisi della soddisfazione del cliente è lo strumento attraverso il quale l'azienda si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale. La U.O.C. di Farmacia della nostra A.O. ha inteso condurre un'indagine di customer satisfaction, con l'obiettivo di: - conoscere l'opinione del paziente rispetto al servizio e alla professionalità dei propri farmacisti, - individuare eventuali punti critici, - pianificare opportuni correttivi in un'ottica di miglioramento del servizio.

**Materiali/metodi.** È stato somministrato un questionario ai pazienti che hanno ritirato i farmaci per il primo ciclo di terapia post-dimissioni. Nella prima parte del questionario sono raccolti i dati socio-demografici (sesso, età), nonché il reparto di dimissione. La seconda parte rileva dati per la misurazione della qualità del servizio percepita dal paziente, sulla base della completezza e qualità delle informazioni ricevute, con l'invito a esporre eventuali motivi di insoddisfazione. Inoltre, la qualità percepita delle indicazioni ricevute in reparto riguardo la terapia farmacologica è stata utilizzata per monitorare, in maniera indiretta, la chiarezza delle informazioni fornite dalle U.O. di Degenza alla dimissione. Il questionario è stato consegnato ai pazienti a partire dall'01/03/2017 al 31/05/2017. I dati sono stati elaborati con software dedicato JotForm.

**Risultati.** Dall'analisi dei 66 questionari è emerso che il 58% dei pazienti è di sesso maschile, in maggioranza d'età superiore ai 65 anni (56%). La maggioranza dei pazienti (72%) proviene dai reparti di Geriatria e Cardiologia, coerentemente con il numero dei ricoveri. Il 97% riferisce di aver compreso le indicazioni sull'utilizzo dei farmaci ricevute dai reparti di dimissione; tuttavia, il 38% ha richiesto ulteriori delucidazioni in Farmacia, rimanendone pienamente soddisfatto (100%). Circa l'85% ha ricevuto tutti i farmaci prescritti in reparto; tra quelli non distribuiti, prevalgono i cardiovascolari. Il 98% dichiara di essere soddisfatto del servizio farmaceutico (molto soddisfatto il 74%). Non sono stati esposti motivi d'insoddisfazione né avanzati suggerimenti e proposte. **Conclusioni.** Pur dichiarando di aver compreso le indicazioni del reparto, circa un paziente su quattro ha chiesto ulteriori delucidazioni. L'indagine ha fornito informazioni utili alla programmazione degli acquisti. Nonostante la soddisfazione espressa dagli utenti, la soglia di attenzione deve rimanere costantemente elevata, in particolare rispetto agli aspetti comunicativi. La numerosità del campione non consente di apprezzare eventuali differenze per sesso o età, né di individuare particolari categorie verso cui orientare una specifica forma di comunicazione. La prosecuzione dell'indagine potrebbe aumentare la potenza statistica dello studio e consentire l'approfondimento di tali tematiche.

## **LOGISTICA E MANAGEMENT**

### **OTTIMIZZAZIONE DEI KIT PROCEDURALI CON DISPOSITIVI MEDICI PER INTERVENTI DI CHIRURGIA OFTALMICA**

A. Isoardo\*, R. Dutto, M. Mondini, E. Grande, L. Infante,  
G. Perlo, M. Crea, M. Viglione, M.M. Ferrero  
AO S. Croce e Carle ~ Cuneo

**Background e obiettivi.** Dal 2009 la Farmacia del Blocco Operatorio gestisce i dispositivi medici (DM) in modo innovativo, centralizzandoli, razionalizzandone i consumi ed allestendo kit procedurali (insiemi standardizzati di DM associati ad uno o più interventi chirurgici). Da giugno 2016 la produzione di kit è stata estesa ad interventi di cataratta ed iniezioni intravitreali, da gennaio 2017 a tutti gli interventi di chirurgia oftalmica. Nel 2016 sono stati allestiti per la sala operatoria di oculistica 2231 kit (media 319/mese), mentre nel 2017 con l'ampliamento dell'attività sono stati finora prodotti 2477 kit (media 450/mese). La composizione dei kit è oggetto di revisione periodica, da parte del farmacista, attraverso l'analisi del reso. Con l'obiettivo di ottimizzare il contenuto dei kit, ottenere un miglioramento della logistica e snellire le procedure quotidiane dedicate al reso, sono stati analizzati i DM restituiti dalla sala operatoria di oculistica, per singolo kit, nei primi 4 mesi del 2017.

**Materiali/metodi.** L'analisi dei resi è possibile attraverso una query del sistema informatico dedicato. Ci siamo concentrati sui kit più critici, identificati dalla presenza di DM con percentuale di reso  $\geq 50\%$ . Una volta identificato il DM critico, si valuta se è da ridurre in quantità o da eliminare. Successivamente, la modifica viene proposta al personale di sala operatoria per condividerla, eventualmente accettarla e per acquisire la firma di approvazione da parte del Responsabile della Struttura. Contemporaneamente si effettua una rivalutazione dell'intero kit, con eventuale integrazione di altri DM.

**Risultati.** Ad oggi sono stati predisposti per la chirurgia oftalmica 25 kit diversi. 15 kit presentano DM con resi in percentuale  $\geq 50\%$ ; tutti sono stati analizzati. La composizione di 11 kit (73%) è stata rivista; in particolare sono stati esclusi 30 DM (26% dei DM totali resi ed analizzati) ed è stata ridotta la quantità di 9 DM (8%). Per i DM esclusi dai kit è stata prevista una giacenza nell'armadio di sala. È stata concordata la sostituzione di 2 DM e l'aggiunta di 1. Inoltre verranno creati ulteriori kit dedicati ad interventi specialistici.

**Conclusioni.** L'analisi informatizzata dei resi è efficace nell'individuare le criticità, gli esuberanti nei kit e nell'ottimizzare la standardizzazione (il requisito più difficile da mantenere nel tempo), diminuendo in modo importante il reso che incide negativamente sul tempo-lavoro. Tutto ciò permette di liberare risorse, utilizzabili per implementare l'attività nella Farmacia del Blocco Operatorio ed aumentare la produzione di kit. In questo modo potranno essere soddisfatte le esigenze delle sale operatorie, confermando l'efficienza del sistema adottato.

### **PHARMACEUTICAL CARE E HIGH RISK SITUATIONS. IL FARMACISTA OSPEDALIERO E LA METODOLOGIA HTA APPLICATA ALLA LOGISTICA ANTIDOTICA NEI MEDICAL TEAMS**

C. Confalonieri\*, M. Luisetto, M.C. Granelli, E. Damonti  
AUSL Guglielmo da Saliceto Piacenza ~ Piacenza

**Background e obiettivi.** Gli antidoti sono valutati per efficacia, sicurezza e urgenza di impiego. Vengono distinti in tre classi e la priorità 'A' presuppone una disponibilità dell'antidoto entro 30 minuti dall'evento. Idarucizumab, frammento di anticorpo monoclonale umanizzato, è utilizzato esclusivamente contro Dabigatran. L'utilizzo raro, i costi elevati di gestione ed il monitoraggio delle scadenze, presuppone una logistica antidotica in grado di assicurare il corretto trattamento dell'intossicazione nelle tempistiche previste. La sinergia tra Pharmaceutical Care ed Health Technology Assessment permette di apprezzare al problema passando dal contenimento dei costi ad una più efficace razionalizzazione della spesa

**Materiali/metodi.** Il presidio ospedaliero conta di 733 posti letto suddivisi nei 4 centri della Provincia. Il 3% degli accessi al Pronto Soccorso è dovuto ad intossicazioni. Attraverso una metodologia Total Quality Cycle (Plan, Do, Check, Act) abbiamo effettuato, in collaborazione coi clinici di Emergenza-Urgenza ed il farmacista di riferimento per gli antidoti, un'analisi riguardante le distanze chilometriche tra i vari presidi, una valutazione riguardante le modalità di trasporto ed analizzato le giacenze ed i consumi del farmaco Dabigatran e dell'antidoto Idarucizumab.

**Risultati.** Tra il 2016 ed il 2017 sono state ordinate 28 fiale di Idarucizumab per un valore complessivo di 28.192,78 € mentre Dabigatran (110 mg e 150 mg) ha registrato nel 2016 un aumento dei consumi pari al 43% rispetto al 2015. È stato creato un gestionale dove è possibile monitorare le giacenze antidotiche classificate a seconda della classe di priorità. 34 Antidoti di classe 'A', 21 Antidoti di classe 'B' e 8 antidoti di classe 'C'. Il trattamento con Idarucizumab presuppone l'utilizzo di una confezione da due fiale 2.5g/50 ml ad un costo di 2.013,77 €. L'ospedale di riferimento gestisce due confezioni mentre è

presente una confezione in ognuno dei tre centri provinciali. Solo uno di questi centri dista 50 minuti (46 km) dal presidio di riferimento mentre i restanti sono a 20 minuti (25 km). Razionalizzando la logistica dell'antidoto e centralizzando le scorte per i centri più vicini, si ottiene una riduzione degli ordini pari a 4.026,00 €/anno che in dieci anni porterebbero ad un risparmio di 40.260,00€ per Idarucizumab.

**Conclusioni.** A pari condizioni di sicurezza per il paziente intossicato, si può concludere che razionalizzando la logistica degli antidoti si ottiene una riduzione dei costi totali del sistema. Tale approccio è stato esteso ad altri antidoti costosi, ora centralizzati, come il Digoxin Immune Fab, idrossicobalamina o il 4-metilpirazolo.

**Bibliografia.** 1. Pharmaceutical Care and Toxicology, a Synergy in High Risk Situation. Luisetto M et al., Journal of Applied Pharmacy 2016, 8.4. 2. Gasco L, Rosbolt MB, Bebart VS (2013) Insufficient stocking of cyanide antidotes in US hospitals that provide emergency care. J Pharmacol. Pharmacother 4. 95-102. 3. Pollack CV et al., Healthcare resource utilization in patients receiving idarucizumab for reversal of dabigatran anticoagulation due to major bleeding, urgent surgery, or procedural interventions. interim results from the RE-VERSE AD™ study. J Med Econ. 2017 May;20(5).435-442. 4. Leitch J et al., Managing the perioperative patient on direct oral anticoagulants. Can J Anaesth. 2017 Jun;64(6).656-672.

#### **ATC PHARMACEUTICAL WAREHOUSE. IL CODICE COLORE E L'INNOVAZIONE NELLA LOGISTICA DEL FARMACO**

C. Confalonieri\*, A. Sartori, F. Gatti, S. Ferrari, M.C. Granelli, E. Damonti, S. Radici

AUSL Guglielmo da Saliceto Piacenza ~ Piacenza

**Background e obiettivi.** Le scorte di magazzino sono spesso sovradimensionate e questa pratica genera inefficienze che si traducono in un minore livello di servizio e in maggiori costi per l'ospedale. Una delle prime questioni che occorre considerare nella razionalizzazione dei flussi è l'elevato valore delle immobilizzazioni degli scaffali di magazzino e il conseguente alto rischio di obsolescenza dei farmaci, causati in primis dall'imprevedibilità delle richieste dei diversi reparti e dalla mancanza di metodologie e strumenti univoci. Abbiamo guardato alle soluzioni logistiche per introdurre principi di gestione semplificata e per unificare i comportamenti diversi tra i due magazzini.

**Materiali/metodi.** A partire dal 2016 è stato avviato un processo pluridimensionale che coinvolgesse più figure e competenze professionali, in maniera da analizzare le esigenze operative in modo trasversale (aspetti tecnici, sanitari, economici, organizzativi); la predisposizione di una scala graduata d'interventi indirizzati alla realizzazione di un modello operativo basato sulla disposizione dei farmaci in base alla classe ATC di appartenenza associata ad un codice colore esclusivo. Successivamente è stata predisposta una cartellonistica ad ogni scaffale.

**Risultati.** Questo sistema ha aumentato l'efficienza e la gestione del magazzino razionalizzando la spesa, riducendo le scorte di farmaci e minimizzando il numero di confezioni in scadenza. Il codice colore applicato a ciascun scaffale di magazzino, ha reso più semplice la localizzazione del farmaco. Il progetto in piena fase realizzativa ha permesso di gestire 14 classi di ATC ed una razionalizzazione dei locali, predisponendo settori esclusivi per patologia (malattie rare / nutrizione), il risparmio di una risorsa, la riduzione dei farmaci in scadenza o non utilizzati ( da 6.558 confezioni nel 2014 si passa a 1.971 confezioni nel 2016), la riduzione delle scorte di farmaci sia in termini di volumi che in termini economici (da 377.316 confezioni nel 2014 si passa a 109.200 confezioni).

**Conclusioni.** Nelle aziende ospedaliere sta crescendo la consapevolezza del notevole peso che gli investimenti in materiali di consumo e i costi della loro gestione hanno sul bilancio aziendale. Uniformare la gestione di magazzini farmaceutici situati in aree differenti del Presidio ospedaliero garantisce al personale tecnico ed ai farmacisti una più razionale ed univoca modalità lavorativa impostata per area terapeutica e per codice colore, determinante per ottenere la massima efficienza in un contesto di razionalizzazione delle risorse disponibili. Il progetto potrebbe essere applicabile anche ad altre realtà regionali ed extra-regionali.

**Bibliografia.** 1. Prontuario Terapeutico Regionale. 2. Wysocki Jr., B. (2004), To fix health care, hospitals take tips from factory floor. Adopting Toyota techniques can cut costs, wait time; ferreting out an infection. The Wall Street Journal, aprile 2004. 3. D'Arpino, Il Metodo Milcare. un sistema innovativo di gestione

degli armadi farmaceutici nei reparti ospedalieri. Anno accademico 2000/2001.

#### **REGISTRI WEB-BASED COME SUPPORTO PER L'APPROPRIATEZZA DELLE TERAPIE ONCOLOGICHE E APPLICAZIONE DEL VALUE-FOR-MONEY.**

#### **LA SITUAZIONE INTERNAZIONALE E IL RUOLO DEL FARMACISTA OSPEDALIERO**

M. De Fina\*<sup>[1]</sup>, N. Nigri<sup>[2]</sup>, F. Brera<sup>[4]</sup>, G. De Marco<sup>[3]</sup>, S. Pugliese<sup>[5]</sup>, F. Santoleri<sup>[6]</sup>, A. Sias<sup>[7]</sup>, F. Urso<sup>[3]</sup>, F. Musicco<sup>[8]</sup>  
<sup>[1]</sup>Cattedra di Farmacologia, Dipartimento Scienze della Salute-Università Magna Graecia ~ Catanzaro, <sup>[2]</sup>Farmacista dirigente, P.O. Spoleto, Usl Umbria 2 ~ Spoleto, <sup>[3]</sup>UOC Farmacia, AO Cosenza ~ Cosenza, <sup>[4]</sup>UOC Farmacia, AO Padova ~ Padova, <sup>[5]</sup>SC Farmacia - AO Perugia ~ Perugia, <sup>[6]</sup>Farmacia Ospedaliera, AUSL Pescara ~ Pescara, <sup>[7]</sup>Farmacia Ospedaliera, AOU Sassari ~ Sassari, <sup>[8]</sup>Farmacista Dirigente IFO, Regina Elena San Gallicano IRCCS ~ Roma

**Background e obiettivi.** I Registri di Monitoraggio, introdotti nel 2007 in Italia dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), entrano ufficialmente nel sistema informativo del Sistema Nazionale Sanitario Italiano (SSN) nel 2012. Rappresentano un rivoluzionario strumento di governance per appropriatezza prescrittiva, trasferibilità dei risultati in real-life, monitoraggio farmaci innovativi e soprattutto per migliorare la sostenibilità del SSN. Coinvolgono diverse aree terapeutiche e specialistiche richiedendo un cospicuo apporto operativo a figure di tipo regolatorio, amministrativo e clinico (soprattutto medici e farmacisti).

**Materiali/metodi.** Per verificare a livello internazionale esistenza e funzionamento di analoghi sistemi di monitoraggio oncologico e registri per applicare i MEA (Managed Entry Agreements), accertando contemporaneamente il coinvolgimento di medici e farmacisti, è stata effettuata una ricerca bibliografica nelle principali banche dati (PubMed, MedLine, letteratura grigia). Riferimento per l'inquadramento è stata la classificazione MEA dell'ISPOR. CSA (cost-sharing-agreements), PLR (performance-linked-reimbursement), CED (coverage with evidence development).

**Risultati.** Dai 12 articoli selezionati emerge che in 8 Stati Europei sono presenti accordi finanziari con raccolte dati. In Inghilterra si applica PLR e il dettaglio del funzionamento del MEA è deciso dal NICE. Esistono casi sporadici, tra cui: cetuximab (I linea-ca. colon-retto metastatico), ipilimumab (II linea-melanoma avanzato), vemurafenib (melanoma mutazione+), bortezomib (mieloma multiplo); accordo negoziale finanziario(CED) qualora pazopanib dimostri minore efficacia vs sunitinib. Nei Paesi Bassi, dal 2006 esiste una politica di rimborso con raccolta dati (CED) per farmaci costosi, orfani e/o oncologici. In Germania sono applicate PLR e CSA, per accelerare l'accesso al mercato dei farmaci innovativi; Bevacizumab-paclitaxel (ca. mammario metastatico) prevede un rimborso superata una dose specifica totale (CSA). In Svezia, Polonia e Repubblica Ceca esistono PLR, in Belgio solo per farmaci con valore terapeutico aggiunto. In generale a livello europeo i dettagli del funzionamento della raccolta dati non sono rinvenibili in letteratura e comunque il coinvolgimento di medici e farmacisti sembra marginale. Solo in Italia esiste un'applicazione sistematica dei MEA con raccolta dati di eleggibilità, dispensazione, follow up e pay-back del farmaco.

**Conclusioni.** I Registri-AIFA monitorano l'appropriatezza prescrittiva ma soprattutto l'efficacia dei trattamenti, eventi avversi, soggetti non-responder e costi (attraverso procedure payback). La classificazione internazionale di MEA e registri di supporto, considerato lo stato dell'arte europeo, richiede un inquadramento chiaro degli obiettivi dei registri AIFA, che possono consistere in riduzione dei costi, controllo dell'uso del farmaco e/o ricerca clinica. Al fine di coinvolgere, consapevolmente, medici e farmacisti nelle attività, è necessario chiarire/condividere con loro il posizionamento dei Registri-AIFA in questi ambiti, nonché rispetto le linee guida terapeutiche.

#### **RECUPERO E RIUTILIZZO DI FARMACI IN CORSO DI VALIDITÀ. L'ESPERIENZA DELLA FARMACIA DI CONTINUITÀ DEL POLO DI CAREGGI**

D. Iozzi\*, E.L. Fiore, P. Nizzoli, B. Olimpieri, E. Peluso

ASL Toscana Centro ~ Firenze

**Background e obiettivi.** La legge finanziaria del 2008 avente ad oggetto " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" in merito al recupero di medicinali inutilizzati ha sancito il modo in cui le Aziende Sanitarie possono riutilizzare le confezioni di medicinali restituite dai pazienti purché integre, in corso di validità, e correttamente conservate. Il

comma 350 prevede che i farmaci inutilizzati in possesso di: • ospiti delle Residenze sanitarie assistenziali, • pazienti che hanno ricevuto assistenza domiciliare dalle Aziende USL possano essere riutilizzati. • all'interno delle stesse Residenze sanitarie assistenziali, • dalle Aziende USL. L'obiettivo del presente lavoro è quantificare il risparmio ottenuto per l'anno 2016 e primo semestre 2017, presso la Farmacia di continuità della USL Toscana Centro recuperando farmaci resi dai pazienti e riutilizzati per la distribuzione in dimissione e ambulatoriale.

**Materiali/metodi.** Sono stati recuperati solo i farmaci erogati in distribuzione diretta in base a leggi nazionali e regionali. Da parte dell'azienda è stato attivato uno specifico centro di costo nel quale i farmaci, la cui idoneità è stata valutata da un farmacista, venivano ricaricati. Attraverso l'applicativo di magazzino è stato possibile estrarre dati quali il tipo e l'importo relativo dei farmaci restituiti nel periodo di analisi. Il valore dell'importo risulta ovviamente negativo (in quanto relativo a prodotti resi) ma il valore assoluto è il risparmio effettuato con il recupero.

**Risultati.** Nell'anno 2016 sono stati recuperati farmaci per un totale di 182605,53 euro. Soprattutto oncologici (61910 euro), antiretrovirali (54400 euro), e anti HCV (12520 euro). Nel primo semestre del 2017 sono stati recuperati farmaci per 139000 euro circa, di questi 38910 euro da farmaci antiretrovirali, 23000 da oncologici mentre 10300 da immunoglobuline; tutti farmaci reimmessi nel circuito della distribuzione diretta.

**Conclusioni.** Sono molte le famiglie che, terminata una terapia o a seguito di una variazione, si trovano a casa un gran numero di medicinali ancora validi. Questi farmaci rappresentano una risorsa preziosa; la raccolta, infatti, ha permesso di recuperare ad esempio costosi farmaci oncologici e antiretrovirali. L'intento della Legge è difatti evitare che migliaia di confezioni di farmaci vengano buttate promuovendo invece un meccanismo virtuoso e solidaristico che contribuisce da un lato a contenere la spesa farmaceutica, dall'altro a limitare gli impatti negativi sull'ambiente e le risorse naturali mediante la riduzione della produzione dei rifiuti, promuovendo il riuso e il riciclo dei prodotti.

#### LA FORNITURA IN CONTO DEPOSITO DELLE SUTURE CHIRURGICHE IN AZIENDA OSPEDALIERA.

##### UNA STRATEGIA DI ACQUISTO VINCENTE

C. Tonolli<sup>[1]</sup>, C. Filippi<sup>[2]</sup>, A. Gandini<sup>[2]</sup>, P. Marini<sup>[2]</sup>

<sup>[1]</sup>Scuola di Specialità Farmacia Ospedaliera Università degli Studi di Padova ~ Padova, <sup>[2]</sup>Servizio Farmacia Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona ~ Verona

**Background e obiettivi.** Alcune categorie di dispositivi, caratterizzate da un'ampia gamma di misure, alta rotazione e repentina variazione delle codifiche, non si adattano ad una modalità di gestione che prevede un acquisto preventivo e quindi una scorta già contabilizzata. Tale considerazione, unita al valore economico dei prodotti ed alla possibile deperibilità nel tempo, ha indotto la nostra Azienda Ospedaliera (AO) ad adottare la forma contrattuale del Conto Deposito (CD), storicamente in essere per dispositivi protesici impiantabili, anche per le suture chirurgiche. Obiettivo del lavoro è confrontare la spesa per suture chirurgiche prima e dopo l'attivazione del CD.

**Materiali/metodi.** Nel 2011 viene aggiudicata in AO la gara per le tipologie di suture chirurgiche a più elevato impatto di spesa (4 lotti). Le nuove suture aggiudicate vengono stoccate in un magazzino informatico accessibile solo ai coordinatori (o delegati) dei centri di costo (Cdc) fruitori. Le operazioni di movimentazione (carichi/scarichi) avvengono tramite lettura ottica del barcode e tracciate sul software fornito dalla ditta aggiudicataria con registrazione di data di ricezione, estremi del documento di trasporto, lotto, scadenza. Il Farmacista mensilmente riceve dalla ditta il report consumi, ne verifica la congruità accedendo allo specifico software ed avanza le proposte d'ordine. In parallelo avviene il ripristino settimanale delle scorte sulla base degli scarichi effettuati dai Cdc.

**Risultati.** Nel periodo antecedente l'attivazione del CD (anno 2010), la spesa totale per suture chirurgiche è stata di 1.884.356 €, di cui il 65% (pari a 1.224.351 €) era rappresentato da suture ad elevato impatto di spesa. Il valore delle scorte rilevato nelle Sale Operatorie era il 25% della spesa totale (472.414 €). Nel 2016, a cinque anni dall'attivazione del CD, la spesa totale per suture, è stata di 1.315.178 € (-30% rispetto al 2010). I dati elaborati dal Controllo di Gestione non evidenziano riduzione di attività da parte delle Sale. L'inventario eseguito a fine 2016 non ha rilevato materiale scaduto.

**Conclusioni.** Al follow-up di 5 anni, la forma contrattuale del conto deposito per i fili di sutura nella nostra realtà si è rivelata una strategia vincente caratterizzata dai seguenti vantaggi. 1\_razionalizzazione dei processi di approvvigionamento,

2\_rintracciabilità del prodotto e corretta situazione inventariale che agevola azioni informative e correttive, 3\_possibilità da parte dei clinici di disporre in tempi immediati di una varietà di misure e tipologie da scegliere durante l'intervento, 4\_assenza di materiale scaduto.

#### ANALISI DELLE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE, CONSULENZA E MOVIMENTAZIONE ANTIDOTI DEL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO ANTIDOTI REGIONE EMILIA-ROMAGNA NELL'ANNO 2016

A. Ricci Frabattista<sup>[1]</sup>, G. Pelli<sup>[1]</sup>, C. Crespini<sup>[2]</sup>, B. Quarta<sup>[1]</sup>, D. Sighinolfi<sup>[3]</sup>, R. Zoppellari<sup>[3]</sup>, P. Scanavacca<sup>[1]</sup>

<sup>[1]</sup>Dipartimento Farmaceutico Interaziendale - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ~ Ferrara, <sup>[2]</sup>Dipartimento Farmaceutico Interaziendale - Azienda USL di Ferrara ~ Ferrara, <sup>[3]</sup>Dipartimento di Emergenza - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ~ Ferrara

**Background e obiettivi.** Il Centro Regionale di Riferimento (CRR) per la dotazione di antidoti nella Regione Emilia-Romagna (RER) è stato istituito presso la farmacia dell'AOU di Ferrara nel 2011 per garantire la disponibilità di antidoti anche di difficile reperibilità presso le strutture della RER. L'analisi effettuata considera le movimentazioni di antidoti dal CRR, le consulenze fornite, gli accessi al portale antidoti (PA), sito web di libero accesso gestito dal CRR, le attività di formazione svolte dal Centro nell'anno 2016.

**Materiali/metodi.** Nel 2016, sono stati monitorati tramite un database interno. le richieste e movimentazioni di antidoti effettuate dal CRR, le consulenze fornite telefonicamente e via mail dal Centro suddivise per tipologia, i corsi di formazione, gli aggiornamenti del PTR Antidoti. Sono stati calcolati gli accessi al PA suddivisi per paesi del mondo e nel dettaglio delle città italiane.

**Risultati.** Le movimentazioni di antidoti sono state 18; 14 in ambito regionale e 4 extra-regionale. 8 di Digifab (44%), 4 Berirab (22%), 4 Fomepizolo (22%), 2 Carbone vegetale attivato (11%). Delle consulenze fornite, il 38% riguarda la disponibilità di antidoti sul mercato, il 15% il funzionamento del portale antidoti, il 12% informazioni sulla stabilità di antidoti, il 6% collaborazioni con CAV, stessa percentuale rispettivamente per richieste da privati e da piano di difesa civile, il 5% per revisione dotazioni e informazioni sulle procedure di approvvigionamento antidoti, il 3% per antidoti non conformi, il 2% rispettivamente per informazioni dalle ditte fornitrici, procedure di approvvigionamento, cambio di referenti del portale, antidoti veterinari, richiesta antidoti per uso veterinario. Le visualizzazioni del portale sono state 93.985. I tre paesi con numero di accessi più elevato sono Italia (57.275), Svizzera (352), Germania (207). In Italia, le città con accessi più alti sono Roma (10.370), Milano (9.278), Napoli (2.261). Nel PTR Antidoti è stato inserito l'antidoto per intossicazione da dabigatran. Il CRR ha intrapreso una corposa corrispondenza con AIFA in merito alla carenza di sciroppo di ipecacuana nel territorio Nazionale. Ha organizzato il primo Convegno Regionale del CRR Emilia-Romagna a Bologna. Ha partecipato al Convegno SIMEU, del CAV di Pavia (comunicazione orale e relazione) e al Convegno SMC di Ferrara (3 relazioni). **Conclusioni.** Le movimentazioni riguardano sia antidoti rari ed esteri (Berirab, Fomepizolo, Digifab) sia comunemente utilizzati (Carbone vegetale attivato). Gli accessi al PA, provenienti da tutto il mondo, denotano un interesse per i contenuti del sito e per le attività del CRR, confermato anche dalla percentuale di consulenze fornite e sulla gestione del Centro.

#### JUST IN TIME NELLE MANI DEL CHIRURGO.

##### OTTIMIZZAZIONE DELLA GESTIONE

##### DEI DISPOSITIVI SPECIALISTICI

##### DELLA SALA OPERATORIA DI CHIRURGIA GENERALE

I. Barbato\*, B. Esposito, V. Cristiano

AOS dei Colli - PO CTO ~ Napoli

**Background e obiettivi.** La gestione dei materiali nel blocco operatorio rappresenta una criticità dall'elevato grado di complessità. A tal fine la Farmacia e la Chirurgia Generale hanno elaborato un sistema per ridurre le scorte di magazzino attraverso il metodo "Just in Time" per avere il prodotto nella quantità, nel luogo e al momento necessario. Obiettivo è stato, in base alle sedute operatorie programmate, definire un fabbisogno mensile di dispositivi necessari alla Sala Operatoria di Chirurgia Generale, una scorta minima e una metodologia per effettuare il reintegro nei tempi e nelle quantità necessarie a garantire una continuità operativa e una bassa immobilizzazione di scorte.

**Materiali/metodi.** Attraverso numerosi incontri abbiamo stabilito il fabbisogno dei dispositivi per intervento, la loro scorta

minima e siamo ricorsi al modello Kanban per la gestione ed il reintegro dei dispositivi. Abbiamo studiato i tempi di consegna medi per fornitore estraendo i dati di consegna del 2016 dal database per la gestione dei farmaci e considerato i periodi di ritardo della produzione. Abbiamo posizionato i cartellini Kanban nel magazzino dividendo lo spazio dedicato in una parte che contiene i dispositivi da utilizzare e una con quelli da utilizzare durante il lead time di approvvigionamento. Nel momento in cui il materiale contenuto nella prima parte di spazio dedicato è consumato, il cartellino viene mandato alla Farmacia per il reintegro. Nel cartellino Kanban oltre al nome del prodotto sono riportate anche le quantità da ordinare. All'arrivo del nuovo materiale lo spazio dedicato viene riempito e il cartellino viene riposizionato al proprio posto nello scaffale in attesa del proprio ordine.

**Risultati.** In ogni settimana mediamente vengono svolte 3 Sleeve Gastrectomy, 3 Colectomie, 1 Appendicectomia, 1-2 Resezioni del colon-retto, 1 Gastrectomia, 1-2 ernie o laparocoele. Abbiamo elaborato un "Prontuario di dispositivi" per ogni intervento. A seguito della calendarizzazione degli interventi e dell'analisi dei dati dei tempi di evasione e consegna abbiamo stabilito che i dispositivi in stock fossero sufficienti per un mese e la scorta minima per il riordino fosse per una settimana. Applicando questa procedura la Spesa per il primo quadrimestre 2017 è risultata essere di €269.981,60 verso €388.511,20 del primo 2016.

**Conclusioni.** Il Governo dei processi garantisce l'appropriatezza, migliora l'assistenza e diminuisce i costi. Scegliendo i dispositivi più costo/efficaci e migliorando la logistica il farmacista clinico può partecipare alla real practice rivestendo un ruolo fondamentale nella migliore cura possibile per i pazienti e nella razionalizzazione delle risorse.

#### L'OUTSOURCING COME STRUMENTO DI OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI NELLA CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

M. Lombardo\*<sup>[1]</sup>, L. Vallesi<sup>[1]</sup>, A. Sabia<sup>[1]</sup>, A. Mongelli<sup>[2]</sup>, D. Forlano<sup>[2]</sup>, L. Garaboldi<sup>[2]</sup>, M. Mozzillo<sup>[2]</sup>, F. Tangari<sup>[2]</sup>, T. Corsetti<sup>[2]</sup>

<sup>[1]</sup>Università Sapienza Roma, Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera ~ Roma, <sup>[2]</sup>Ospedale Pediatrico B. Gesù ~ Roma

**Background e obiettivi.** L'outsourcing è il processo attraverso il quale le aziende assegnano a fornitori esterni, per un periodo definito, la gestione operativa di funzioni in precedenza svolte dall'azienda. Questo rappresenta un modello consolidato per l'approvvigionamento di dispositivi medici specialistici in ambiti ad elevato impatto economico, come la Cardiologia Interventistica, i cui dispositivi rappresentano il 28,8% della spesa complessiva. Tuttavia, ad oggi, in Italia solo il 37% dei dipartimenti di cardiologia interventistica hanno adottato questo nuovo modello. In tale scenario, la nostra struttura ha valutato l'outsourcing come strumento necessario per recuperare funzionalità su questa attività, in cui i costi fissi incidono notevolmente sugli equilibri economici di gestione.

**Materiali/metodi.** L'innovazione introdotta dall'outsourcing presso il Dipartimento Cardiocirurgico riguarda l'installazione di armadi informatizzati Pyxis SUPPLY, supportati dalla piattaforma web (PWeb) integrata con il programma di gestione delle sedute operatorie GSED. Gli obiettivi di questa analisi sono stati la raccolta dei dati di consumo dei dispositivi medici e il loro confronto con i dati relativi agli anni precedenti all'introduzione del service.

**Risultati.** Con l'introduzione del service si è ottenuta una considerevole riduzione dei consumi. In particolare nel 2015 è stato ottenuto un risparmio del 18,1% (3,7 mln di euro totali) mentre nel 2016 del 20,6% (3,6 mln di euro). Dall'analisi complessiva dei consumi, è possibile effettuare una valutazione dettagliata per i quattro centri di costo afferenti al Dipartimento Cardiocirurgico. È stata evidenziata nel 2016 una riduzione della spesa per Emodinamica (6%), Cardiocirurgia (0,7%) e Elettrofisiologia (4,7%) rispetto all'anno precedente, nonostante l'aumento delle procedure effettuate (7%). Tutto ciò si associa, oltretutto, ad una diminuzione del costo medio per intervento, generato da un maggior controllo dell'utilizzo dei diversi device ed un reintegro puntuale, da parte del service, del materiale adoperato durante la procedura.

**Conclusioni.** La gestione in service permette un controllo significativo della spesa e la tracciabilità totale di ogni procedura per singolo paziente. Inoltre, il monitoraggio ha permesso di individuare procedure ad elevato costo con DRG incongruo. ne è derivata una ridefinizione della compensazione da parte della Regione con conseguente allineamento con i consumi aziendali.

L'esperienza positiva ottenuta dalla gestione in service dei dispositivi medici nel Dipartimento Cardiocirurgico ha posto le basi per l'applicazione di questo modello organizzativo-gestionale all'intera logistica farmaceutica.

#### RIMBORSI AIFA. IL RUOLO CHIAVE DEL FARMACISTA NEL RECUPERO DEI RIMBORSI AL CAMBIO DI PIATTAFORMA

C. Palmieri\*<sup>[1]</sup>, I. Cebulec<sup>[1]</sup>, R. Provasi<sup>[1]</sup>, S. Dereani<sup>[1]</sup>, A. Guglielmi<sup>[2]</sup>, G. De Sabbata<sup>[3]</sup>, S.L. Crocè<sup>[4]</sup>, P. Schincariol<sup>[1]</sup>  
<sup>[1]</sup>S.C. Farmacia, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, presidio medico "Cattinara e Maggiore" ~ Trieste; <sup>[2]</sup>S.C. Oncologia, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, presidio medico "Cattinara e Maggiore" ~ Trieste; <sup>[3]</sup>S.C. Ematologia Clinica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, presidio medico "Cattinara e Maggiore" ~ Trieste; <sup>[4]</sup>S.C. Clinica Patologie del Fegato, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, presidio medico "Cattinara e Maggiore" ~ Trieste

**Background e obiettivi.** Nel passaggio dalla piattaforma CINECA alla nuova versione dei Registri AIFA, il ruolo del farmacista è radicalmente cambiato in quanto, rispetto al passato, ora è un co-protagonista e veste i panni del primo attore nella fase dei rimborsi. Nella nuova piattaforma, AIFA ha affidato ai farmacisti l'onere di richiedere i "rimborsi pendenti" (richiesti e non ottenuti), di inserire le "dispensazioni a cavallo" dei due registri e di riconoscere i trattamenti rimasti incompiuti nel vecchio sistema, definiti "stimati persi". Obiettivo del farmacista è stato quello di recuperare queste informazioni e procedere alla richiesta dei rimborsi poiché non era più possibile accedere alla piattaforma CINECA.

**Materiali/metodi.** Per i "rimborsi pendenti" e le "dispensazioni a cavallo" il farmacista ha seguito le istruzioni di AIFA mentre, per identificare i trattamenti "stimati persi", ha dovuto elaborare una metodologia efficace per il raggiungimento dello scopo. Sono stati estratti i dati di dispensazione nominale degli ultimi 6 mesi del 2012 (da gestionale di magazzino) e confrontati con quelli degli ultimi 3 mesi dello stesso anno, individuando, per differenza, una coorte di pazienti. I nominativi estratti sono stati sottoposti, quindi, all'attenzione dei clinici per identificare con esattezza i trattamenti idonei da inserire nel nuovo sistema.

**Risultati.** Questa manovra di AIFA ha portato ad un recupero totale di circa 56000€. Il 75% di tale cifra è stata recuperata con il solo rispetto delle indicazioni AIFA. Per la quota restante, la metodologia del farmacista ha permesso di selezionare 11 pazienti da sottoporre ai clinici. Dal confronto con i dati delle cartelle cliniche, sono stati individuati 5 trattamenti idonei al rimborso e per i quali non era stata inserita nel vecchio sistema la scheda di fine trattamento. Conclusa questa fase, farmacista e medico, in collaborazione e ognuno per le proprie competenze, hanno inserito i trattamenti selezionati nella nuova piattaforma. Non appena disponibili i percorsi di rimborso il farmacista ha provveduto ha inoltrare le richieste con un recupero finale di oltre 14.000€ conclusi a maggio 2017.

**Conclusioni.** All'interno del piano di recupero economico elaborato da AIFA per i trattamenti del 2012 rimasti pendenti, il capitolo "stimati persi" è risultato quello di più difficile interpretazione/attuazione perché privo di indicazioni puntuali sui trattamenti. Tuttavia circa il 25% della somma totale da recuperare ha riguardato questa fase nella quale il farmacista è stato protagonista sia in qualità di esecutore delle indicazioni di AIFA/Regione, sia per l'apporto fondamentale che ha dato nell'individuazione dei dati dei trattamenti.

#### MONITORAGGIO DELLE NON CONFORMITÀ ALLA RICEZIONE DEI FARMACI

##### IN ATTUAZIONE DELLE NORME UNI EN ISO 9001.2000

E. Di Martino\*<sup>[2]</sup>, P. Polidori<sup>[1]</sup>, G. Bellomare<sup>[1]</sup>, F.P. Pellerito<sup>[1]</sup>

<sup>[1]</sup>IRCCS ISMETT ~ Palermo, <sup>[2]</sup>Università di Palermo ~ Palermo

**Background e obiettivi.** In attuazione delle Norme ISO 9001, l'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia esegue un controllo alla ricezione dei farmaci. Il controllo consiste nella verifica della corrispondenza tra quantità e qualità del materiale pervenuto rispetto a ordine di acquisto/documento di trasporto, nell'individuazione dei prodotti che necessitano di particolari modalità di stoccaggio, oltre a lotto e scadenza dei farmaci. Obiettivo del lavoro è quello di monitorare le Non Conformità (NC) relative al processo di ricezione dei farmaci tra Gennaio e Maggio 2017.

**Materiali/metodi.** È stata impiegata una checklist per la valutazione delle NC che riporta il numero di ordine, le date di ordine e ricezione ed il motivo di NC (scadenza inferiore ai 2/3

della validità, errati AIC o forma farmaceutica, temperatura superiore al range di mantenimento della catena del freddo, ecc.). In un secondo momento sono state intraprese azioni risolutive delle NC.

**Risultati.** Su un totale di 507 ordini esaminati sono state riscontrate 17 NC, di cui 59% (10/17) relative a farmaci non refrigerati e 41% (7/17) refrigerati. Le non conformità relative ai farmaci refrigerati erano attribuite per il 71,4% (5/7) a scadenza inferiore ai 2/3 della validità; 1 farmaco su 7 (14,3%) era errato per AIC mentre 1 altro farmaco (14,3%) era non conforme a causa dell'innalzamento della temperatura oltre la soglia di mantenimento della catena del freddo ed è stato rilevato tramite analisi con termometro professionale documentando la temperatura in bolla. Per quanto riguarda, invece, i farmaci non refrigerati le NC erano attribuite per il 70% (7/10) a problemi di scadenza (6 farmaci presentavano scadenza inferiore ai 2/3 della validità e 1 non riportava scadenza in bolla); per il 20% (2/10) al tipo del farmaco consegnato (in 1 caso era errato il numero di confezioni consegnate mentre nell'altro era errata la corrispondenza con quanto riportato in bolla); per il 10% (1/10) il farmaco è stato consegnato oltre l'orario di ricezione. Si è proceduto poi alla gestione delle NC relative ai farmaci con scadenza imminente attraverso impegnativa di reso o rifiuto; mentre il farmaco con innalzamento della temperatura è stato rifiutato.

**Conclusioni.** I risultati ottenuti dimostrano che l'attività di monitoraggio delle NC effettuata non ha solo finalità normativa, ma può permettere anche di individuare tempestivamente le criticità tramite opportune procedure operative e diventare un'opportunità di formazione per l'operatore sanitario chiamato in prima persona a contribuire al miglioramento del processo.

#### MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO DEI FARMACI IN ATTUAZIONE DELLE NORME UNI EN ISO 9001.2000

E. Di Martino\*<sup>[1]</sup>, P. Polidori<sup>[2]</sup>

<sup>[1]</sup>Università di Palermo ~ Palermo, <sup>[2]</sup>IRCCS ISMETT ~ Palermo

**Background e obiettivi.** Il processo di approvvigionamento dei farmaci rappresenta la prima fase dell'assistenza farmaceutica ospedaliera. L'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia, in attuazione delle Norme UNI EN ISO 9001, monitora attentamente tale processo al fine di ridurre al minimo eventuali Non Conformità (NC) e garantire la continuità terapeutica.

**Materiali/metodi.** Sono stati esaminati gli ordini emessi tra Gennaio e Maggio 2017. È stata impiegata una checklist per la valutazione delle NC relative agli ordini dei farmaci che riporta i dati dell'Azienda Farmaceutica (AF), i dettagli dell'ordine (numero e date di ordine e ricezione) ed il motivo di NC riferito telefonicamente dall'AF (mancata ricezione dell'ordine inviato elettronicamente, ritardo di pagamento della fattura, assenza di comunicazione per carenza del farmaco, sospensione/ritiro del farmaco dal commercio). Sono stati valutati, inoltre, i tempi medi di ricezione degli ordini conformi non urgenti per AF per stabilire il punto di riordino. Successivamente sono state intraprese azioni risolutive delle NC.

**Risultati.** Su un totale di 1424 ordini esaminati nel periodo di osservazione sono state riscontrate 47 NC (3,3%). Analizzando nel dettaglio queste ultime erano attribuite per il 42,5% (20/47) alla mancata ricezione dell'ordine inviato elettronicamente; per il 25,5% (12/47) all'assenza di comunicazione per carenza del farmaco; per il 21,3% (10/47) a blocco amministrativo per ritardo di pagamento della fattura; per il 6,4% (3/47) l'ordine era stato chiuso/annullato dalla Farmacia ma inviato ugualmente; per il 4,3% (2/47) la NC era dovuta al prezzo del farmaco non corrispondente a quello della gara regionale. È emerso anche che gli ordini trasmessi a 3 AF su 27 (11,1%) presentavano 2-3 NC differenti risultando pertanto meno affidabili, mentre le restanti AF 88,9% (24/27) presentavano una sola tipologia di NC. Dall'analisi dei dati relativi ai tempi medi di ricezione dei farmaci ordinati, su un totale di 430 ordini conformi non urgenti, erano di 8 giorni. Nel 23,7% (102/430) degli ordini la ricezione era stata celere (0-3 giorni dalla data di ordine); nel 59,1% (254/430) la ricezione era avvenuta entro 1 settimana; nel 12,8% (55/430) entro 2 settimane; nel 1,6% (7/430) entro 3 settimane; nel 2,3% (10/430) entro 1 mese; mentre nello 0,5% (2/430) degli ordini la ricezione era avvenuta a distanza di più di un mese dall'ordine.

**Conclusioni.** L'attuazione di processi di controllo di questo tipo consente di realizzare procedure operative più efficaci per risolvere le NC con le aziende ed ottimizzare il processo di approvvigionamento dei farmaci per poter garantire la continuità di cura per i pazienti.

#### LA COSTRUZIONE DI UN MODELLO PER IL CONFRONTO DEI COSTI STANDARD TRA ONCOLOGIE.

##### APPLICAZIONE AL DRG 410

A. Savoia<sup>[1]</sup>, M. Guarino<sup>[1]</sup>, F. Buzzo<sup>[2]</sup>, D. Costagliola<sup>[3]</sup>, G. Giaconia<sup>[5]</sup>, A. Farrisella<sup>[1]</sup>, A. Tassinario<sup>[1]</sup>, M. Scarpato<sup>[4]</sup>, A. Cristinziano\*<sup>[1]</sup>

<sup>[1]</sup>UOC Farmacia, AORN Ospedali dei Colli-Monaldi ~ Napoli,

<sup>[2]</sup>UOC Acquisizione beni e servizi - Provveditorato, AORN

Ospedali dei Colli-Monaldi ~ Napoli, <sup>[3]</sup>Segreteria Comitato Etico,

AORN Ospedali dei Colli-Monaldi ~ Napoli, <sup>[4]</sup>Scuola

Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Università Federico II ~

Napoli, <sup>[5]</sup>UO Ingegneria Clinica, AORN Ospedali dei Colli-Monaldi

~ Napoli

**Background e obiettivi.** L'analisi dell'offerta oncologica in Campania ha evidenziato una serie di problemi strutturali e di ritardi implementativi che lede sia la capacità di rispondere alla domanda di salute che di garantire un'efficiente utilizzazione delle risorse economiche. Oggi, diviene fondamentale attuare azioni specifiche volte a razionalizzare l'offerta, per garantire un'efficiente gestione della domanda oltre un'ottimale allocazione delle risorse economiche disponibili. Da queste considerazioni nasce la necessità del nostro progetto atto a valutare i costi della produzione delle tre differenti Unità Operative di Oncologia presenti nella nostra azienda: l'U.O. Oncologia, l'U.O.S.D.DH Pneumoncologico e l'U.O. Pneumologia ad Indirizzo Oncologico, stimandone le differenze di costi derivati dai diversi protocolli operativi diagnostico-terapeutici e/o da diverse organizzazioni delle unità nei percorsi del paziente oncologico. Abbiamo, quindi, costruito un modello teorico per la rilevazione del costo per il DRG410 (chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta).

**Materiali/metodi.** Il nostro progetto analizza l'applicazione di un modello di contabilità "ABC" (Activity-Based-Costing) basato sulle attività che consumano risorse, generando costi. Il progetto è stato suddiviso in 4 fasi. 1) Costruzione dell'elenco di attività basato sull'analisi nei reparti oggetto di osservazione. 2) Attribuzione delle risorse alle singole attività, attraverso l'utilizzo di resource-driver. 3) Distribuzione dei costi delle attività, attraverso l'utilizzo di activity-driver. 4) Validazione dei risultati e confronto del costo ottenuto per il DRG410.

**Risultati.** Sono stati analizzati i costi diretti della produzione nell'anno 2016. I risultati hanno evidenziato che il DRG410 per l'U.O. di Pneumologia ad Indirizzo Oncologico ha il valore più basso come costi specifici della produzione (€778,45), seguito dal DH-Pneumoncologico (€1.426,94), ed infine l'U.O. di Oncologia (€2.333,44). Il valore economico dei farmaci rappresenta più del 50% del costo complessivo della produzione, seguita poi dal costo del personale. Il valore più alto che presenta il DRG dell'U.O. Oncologia deriva soprattutto dall'utilizzo di farmaci off-label, non compensabili in File-F, e dal trattare neoplasie di varia eziologia, rispetto agli altri reparti che utilizzano protocolli standardizzati per il trattamento del cancro del polmone. L'ottimizzazione delle risorse dell'Azienda Ospedaliera deriva anche dal modello organizzativo delle degenze, infatti il reparto che effettua solo attività di ricovero in D.H. produce un numero di DRG410(906) più elevato rispetto l'U.O. Oncologia (687) e l'U.O. Pneumologia ad Indirizzo Oncologico (165).

**Conclusioni.** Si può ipotizzare, quindi, che un Day-Hospital unico aziendale centralizzato, con un numero adeguato di posti letto, potrebbe essere la soluzione economicamente più vantaggiosa e più appropriata da un punto di vista organizzativo; l'alta specializzazione su una o due patologie oncologiche permetterebbe all'U.O. la standardizzazione dei protocolli terapeutici/assistenziali e la migliore offerta sanitaria possibile, con importanti economie di scala sui costi generali di produzione.

#### CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI LO STATO DELL'ARTE

G. Morra\*, M. Massa, F. Vecchione, M. Cammarota, M. Barbato,

A. Gallo, L. Avallone, D. Iovine, E. Piscitelli, P. Saturnino

UOC Farmacia AORN A. Cardarelli ~ Napoli

**Background e obiettivi.** Nella nostra regione, dal 2009, è stata istituita per la realizzazione di azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale, una Società il cui ruolo principale è quello di centrale-acquisti dei prodotti destinati alle aziende del SSN e al ripiano del debito. L'obiettivo è quello di analizzare, nell'arco degli 8 anni di centralizzazione, gli acquisti, evidenziando le problematiche e gli aspetti migliorativi.

**Materiali/metodi.** È stata quantizzata la spesa effettuata tramite la centrale di committenza e quella mediante trattative aziendali per prodotti non aggiudicati dalla centrale. Sono stati poi valutati e quantificati i prodotti acquistati tramite cassa

economale, farmacia convenzionata e i prestiti richiesti ad altri ospedali per sofferire alle emergenze verificatesi a seguito di problemi correlati alla centrale-acquisti. Sono stati confrontati i prezzi dei principali prodotti ad alto costo prima e dopo la centralizzazione. È stata fatta una attenta analisi delle problematiche inerenti l'approvvigionamento ed infine la congruità delle aggiudicazioni rispetto all'esigenze aziendali.

**Risultati.** Nell'arco degli 8 anni la centrale-acquisti, rispetto alle necessità aziendali, ha provveduto ad acquistare mediamente il 79% dei farmaci, mentre solo il 19% dei dispositivi medici. Inoltre alcuni prodotti ad alto impatto sul budget aziendale, sono stati acquistati a pezzi maggiorati dalla centrale rispetto ai precedenti acquisti aziendali (es. amfotericina b/liposomiale prezzo/fl + 25%, provette per prelievo sottovuoto, ausili per incontinenza +30%) . Sono stati ottenuti invece ottimi risparmi per acquisti di alcune tipologie di DM, ad es. protesi ortopediche, pace-makers, defibrillatori, suturatrici, etc. Altra criticità degli acquisti centralizzati è dovuta al fatto che spesso, per scadenza di contratto o per superamento dei quantitativi contrattuali regionali o per chiusura improvvisa dei contratti, si deve ricorrere ad acquisti aziendali. Non essendoci un preavviso di ciò da parte della centrale, il tutto determina disagi nell'assistenza. Inoltre, non sempre i prodotti aggiudicati rispondono all'esigenze aziendali, per esempio l'acquisto di un antitumorale in forma liofila, meno costoso dell'equivalente pronto-uso. Infatti il prodotto liofilo andava ricostituito, compromettendo la stabilità e aumentando la percentuale di errore, inoltre i costi aumentavano per l'utilizzo di dispositivi accessori necessari. Altra criticità è dovuta al fatto che spesso le ditte aggiudicatrici non sono in grado di soddisfare le esigenze di una intera regione creando notevoli disagi alle Farmacie e quindi all'assistenza.

**Conclusioni.** La centralizzazione degli acquisti, se fatta in modo razionale, può portare vantaggi economici per le Regioni. Occorre però un maggiore coordinamento tra la centrale-acquisti e le singole aziende sanitarie per evitare disagi assistenziali e dispendio lavorativo.

#### **MODELLO DI RIORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA DELLE FARMACIE PER LA RAZIONALIZZAZIONE, L'EFFICIENZA DEI PROCESSI E LA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE**

F. Bocchio\*, G. Brega, L. Papetti, A. Losurdo  
ICS Maugeri Spa SB - IRCCS Pavia ~ Pavia

**Background e obiettivi.** La sostenibilità dei sistemi sanitari è una sfida globale che impegna le Aziende Sanitarie a ridurre gli sprechi incrementando qualità organizzativa, efficienza ed efficacia. I processi di centralizzazione di Servizi affini e omogenei sono fondamentali per la razionalizzazione delle risorse, soprattutto ove esistano organizzazioni con diramazioni territoriali e Istituti decentrati. L'Ente ha definito un modello di efficientamento di tecnologie e risorse e di razionalizzazione, riconducendo sotto un'unica regia le organizzazioni di alcuni Servizi, comprese le Farmacie. Aree degli obiettivi specifici a breve, medio e lungo termine declinati dal Servizio di Farmacia, logistica, personale, Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO), Repertorio Dispositivi Medici (RDM), rischio clinico/farmaco e dispositivo vigilanza, qualità/procedure/controllo appropriatezza, controllo di gestione e spesa farmaceutica.

**Materiali/metodi.** Periodo considerato. triennio 2014-2016. Il Servizio Centrale di Farmacia ha effettuato una ricognizione delle attività caratteristiche di tutti gli Istituti delineandone attività proprie, movimentazioni economiche e risorse umane. Elaborazione di report di sintesi, unitamente a estrazioni utilizzate per definire gli indicatori di attività su appropriatezza e performance. I risultati e scostamenti. 2016 vs 2014.

**Risultati.** Il Servizio di Farmacia Centrale dal 2015 ha permesso di uniformare i diversi servizi/armadi farmaceutici dell'Ente; le Farmacie di diversi Istituti geograficamente vicini sono state accorpate determinando un miglioramento dei seguenti indicatori. giacenze di magazzino -3%, indici di rotazione -7%, giorni di giacenza media -37%, numero ordini emessi -22%, risorse economiche immobilizzate -30. Analizzando le ore lavorate, anche il personale risulta meglio distribuito per i differenti carichi di attività negli Istituti. La revisione di PTO e RDM ha determinato un abbattimento del numero di referenze del 12% e 26% e una contrazione della spesa extra PTO del 9%. Le referenze di Responsabilità Farmaco/Dispositivo vigilanza sono state ricondotte solo ai Farmacisti. E in corso la stesura di due progetti interni di FV sul monitoraggio effetti avversi da chemioterapici e NAO. È stata elaborata una Istruzione Operativa unica per la gestione di Farmaci e Dispositivi che governi in modo univoco tutte le Farmacie e Reparti degli Istituti.

**Conclusioni.** Il processo di centralizzazione e la costituzione del Servizio di Farmacia Centrale ha portato a una razionalizzazione delle risorse e delle tecnologie. Il vero punto di arrivo sarà rappresentato dal potenziamento dell'informatizzazione gestionale completa e dalla automazione dei processi, per conciliare le esigenze economiche e quelle cliniche garantendo la liberazione di risorse per attività scientifiche a supporto dell'appropriatezza e sostenibilità del sistema.

**Bibliografia.** 1. Cartabellotta A., Tagli e sprechi. cocktail letale per il SSN - Evidence, Marzo 2016, Volume 8, Issue 3. 2. La Farmacologica 2 - Corso avanzato di logistica farmaceutica per il farmacista SSN - Edizioni Il Campano 2016. 3. Lega F., Management della Sanità Lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria - Egea Edizioni 2013.

## **MALATTIE AUTOIMMUNI**

### **PERSISTENZA IN TERAPIA CON FARMACI BIOLOGICI IN ARTRITE REUMATOIDE PRESSO UN CENTRO HUB DELLA RETE REUMATOLOGICA PUGLIESE.**

#### **DATI PRELIMINARI**

M. Santoro\*<sup>[1]</sup>, G. Giglio<sup>[2]</sup>

<sup>[1]</sup>Scuola di Specializzazione Università di Pisa ~ Pisa,

<sup>[2]</sup>Servizio Farmaceutico Territoriale ASL Taranto ~ Taranto

**Background e obiettivi.** L'Artrite Reumatoide è una malattia infiammatoria cronica autoimmune il cui trattamento farmacologico di fondo si basa su due strategie terapeutiche. una con i farmaci convenzionali (cDMARDs), in monoterapia o in associazione tra loro, l'altra basata sull'uso dei nuovi "farmaci biologici", in monoterapia o in associazione con i cDMARDs. I farmaci biotecnologici agiscono direttamente sulla modulazione biologica e possono essere usati in caso di fallimento o controindicazioni all'uso della prima strategia terapeutica, avendo l'indubbio vantaggio di riuscire a rallentare e/o bloccare la progressione del danno anatomico articolare. Non essendoci al momento linee-guida che consentano al clinico di scegliere il farmaco più adatto al paziente, il reumatologo deve basarsi sulla propria esperienza clinica e su pochi e non standardizzati criteri. Lo scopo di questo studio osservazionale preliminare è valutare la persistenza in terapia dei pazienti per ogni farmaco biotecnologico e le cause della eventuale sospensione.

**Materiali/metodi.** Sono stati valutati 210 pazienti affetti da artrite reumatoide, trattati con i farmaci "biologici", afferenti ad un centro HUB della Rete Reumatologica Pugliese (Taranto/Martina Franca) dal 1° gennaio 2001 al 31 maggio 2016. Sono stati esclusi 4 pazienti in golimumab e 2 pazienti in anakinra perché non valutabili. Per ogni paziente è stato valutato il tempo di persistenza in terapia per ogni farmaco biologico prescritto ed i motivi che hanno determinato la sospensione.

**Risultati.** Dei 210 pazienti, 36 (17,4%) hanno sospeso il farmaco per eventi avversi; 23(10,9%) hanno presentato inefficacia primaria; 39(18,5%) hanno evidenziato inefficacia secondaria. Non sono stati inclusi pazienti persi al follow-up (20 pz; 9,5%) o che hanno sospeso per altri motivi (19 pz; 9%), La persistenza in terapia è stata valutata in tutti i pazienti (in corso analisi statistica). questo dato può rappresentare un surrogato di sicurezza ed efficacia della stessa terapia, potendo servire da utile discriminante nel momento in cui si deve scegliere un farmaco, laddove non siano presenti altri elementi utili per una decisione guidata da caratteristiche cliniche, da comorbidità o da biomarkers di malattia.

**Conclusioni.** Questi dati preliminari potranno essere utili anche in una prossima valutazione dei costi della terapia in questi pazienti, tenendo ovviamente conto del fondamentale concetto che il miglior farmaco non è necessariamente il più economico, ma quello che presenta il miglior rapporto fra costo e beneficio, il miglior effetto terapeutico con il miglior grado di sicurezza; pertanto la terapia deve essere scelta basandosi sulle caratteristiche di ogni singolo paziente e sulla clinimetria.

### **ANALISI DELL'EFFICACIA DI UNA NUOVA FORMULAZIONE DI INSULINA A LENTISSIMO RILASCIO IN PAZIENTI CON DIABETE DI TIPO 1**

S. Natali<sup>[1]</sup>, M. Palmieri\*<sup>[1]</sup>, F. Pacifici<sup>[3]</sup>, G. Margutti<sup>[3]</sup>,

N. Busciantella Ricci<sup>[2]</sup>, M.G. Carthechini<sup>[2]</sup>

<sup>[1]</sup>Ospedale di Camerino (MC) - AV3 - Servizio Farmaceutico Ospedaliero ~ Camerino (MC), <sup>[2]</sup>Ospedale di Camerino (MC) - AV3 - UO Diabetologia ~ Camerino (MC), <sup>[3]</sup>UNICAM ~ Camerino

**Background e obiettivi.** In collaborazione con il centro di diabetologia si è pensato di andare a valutare l'efficacia della nuova formulazione di insulina a lentissimo rilascio, insulina