

2017, sono state introdotte le suture antibatteriche PDS Plus (sutura monofilamento sintetica assorbibile con Triclosan) da utilizzarle, come progetto pilota, negli interventi di Prostatectomia in Open. In collaborazione con il CIO e con il Primario dell'Urologia, è stato predisposto un modulo dedicato all'utilizzo del PDS Plus, dove viene riportato: nome e cognome del paziente; data di nascita; codice nosologico; tipologia di intervento; data dell'intervento; ref e lotto della sutura; numero di fili utilizzati. Il modulo viene firmato dal chirurgo e inviato alla Farmacia, in modo da tenere sotto controllo il consumo e l'appropriatezza di indicazione. Inoltre è stata redatta una scheda di follow-up, compilata dallo specialista entro un mese dall'intervento, per poter monitorare un'eventuale insorgenza di SSI.

Risultati. Da Marzo 2017 ad Aprile 2018 sono stati eseguiti 60 interventi di Prostatectomia in Open e sono stati acquistati, esclusivamente per la Chirurgia Urologica, 216 fili di suture antibatteriche, pari a un costo totale di 503,32 euro (un costo non molto differente da altri tipologie di suture standard). Sono stati consumati 98 fili di PDS Plus. Dalle schede di follow-up raccolte risulta che soltanto il 9% dei pazienti (ovvero 5 pazienti su 60) abbia sviluppato nel post-operatorio una SSI.

Dai risultati ottenuti si evince, pertanto, come questa tipologia di sutura abbia esercitato un effetto positivo contro il rischio di SSI nella maggioranza dei pazienti operati (il 91%).

Conclusione. Grazie al progetto pilota e alla collaborazione di diverse figure, tra cui il Farmacista, è stato possibile confermare che la sutura con antibatterico rappresenta un elemento in più di prevenzione per la lotta alle SSI e di come si possano ridurre i costi legati alle infezioni e a garantire un miglioramento nella guarigione del paziente. Ovviamente l'uso di tali presidi non sostituisce la corretta prassi per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

FARMACEUTICA TERRITORIALE

[P:052]

ISPEZIONI IN FARMACIA: ILLECITI IN AMBITO VETERINARIO

Valeria Vacca, Luciana Gandolfi, Marco Gambera
ATS Bergamo, Bergamo

Introduzione. Tra i compiti istituzionali dei Servizi Farmaceutici Territoriali rientra la Vigilanza delle farmacie. L'obiettivo delle attività di vigilanza farmaceutica è quello di garantire il rispetto delle norme, allo scopo di tutelare la salute dei cittadini. Durante le ispezioni si effettua un controllo delle ricette non ripetibili conservate in farmacia, comprese quelle veterinarie, sia in copia singola che in triplice copia, redatte ai sensi D.Lvo 6/4/2006, n. 143. In particolare vengono controllati il rispetto dei formalismi prescrittivi, la conservazione delle ricette per il periodo corretto, la spedizione della ricetta prima della scadenza, l'apposizione da parte del farmacista di timbro, data, prezzo; nel caso di ricette in triplice copia si controlla anche l'annotazione di lotto e firma, l'invio di copia all'ASL, la conservazione di copia di fattura o bolla di accompagnamento. Il mancato rispetto delle norme comporta una sanzione, che può essere sia a carico del medico veterinario che del farmacista. Lo scopo del presente lavoro è fare una prima analisi degli illeciti in area veterinaria osservati nel corso delle ispezioni tenute dal nostro servizio di Vigilanza Farmaceutica durante il periodo 2013-2017.

Materiali/metodi. Sono state prese in considerazione le ispezioni effettuate negli anni 2013-2017 e ricavati tutti gli illeciti relativi a prescrizioni di medicinali ad uso veterinario, sia quelli contestati ai farmacisti che quelli rivolti ai medici veterinari.

Risultati. Nel periodo 2013-2017 sono state effettuate 613 ispezioni, nel corso delle quali sono stati rilevati 34 illeciti legati alla prescrizione di medicinali (6% delle ispezioni). Di questi, 23 sono stati contestati alle farmacie (68%) e 11 a medici veterinari (32%). Nello specifico, per anno, gli illeciti sono stati 2 nel 2013 su 105 ispezioni (2%), 5 nel 2014 su 107 ispezioni (5%), 5 nel 2015 su 124 ispezioni (4%), 16 nel 2016 su 149 ispezioni (11%) ed infine 6 nel 2017 su 128 ispezioni (5%). **Conclusione.** Il presente lavoro ha permesso di fare un quadro della situazione relativa agli illeciti legati alla prescrizione dei medicinali veterinari nella nostra provincia, come emerge dall'attività delle ispezioni sulle farmacie aperte al pubblico. Dai dati si osserva che la presenza di irregolarità nella prescrizione o dispensazione di medicinali veterinari è variabile ma continua ad essere presente negli anni; pertanto l'attività di vigilanza, e formazione compito "storico" del farmacista del Servizio Farmaceutico Territoriale, continua ad essere importante ed attuale e lo sarà anche in futuro, al fine di tutelare la salute pubblica.

[P:053]

DALLA SCHEDE TECNICA ALLA TERAPIA REAL WORLD: TRATTAMENTO DELLA ENCEFALOPATIA PORTO-SISTEMICA

Loredana Ciancimino, Iliaria Uomo, Maria Patrizia Lanza,
Anna Rogato, Maurizio Pastorello

ASP Palermo Dipartimento Farmaceutico, Palermo

Introduzione. La Rifaximina in formulazione da 550 mg, di recente introduzione in commercio, è indicato per la riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età superiore a 18 anni. Il medicinale è classificato APHT, soggetto a prescrizione medica limitativa di infettivologo, internista, gastroenterologo ed erogato in DPC. L'Ufficio DPC ha raccolto ed analizzato tutti i piani terapeutici erogati, al fine di verificare l'appropriatezza prescrittiva in primis e l'aderenza a quanto previsto in scheda tecnica.

Materiali/metodi. Sono stati raccolti i dati di erogazione ed i piani terapeutici cartacei nel periodo marzo 2017 a maggio 2018.

Risultati. Estrapolando i dati dalla piattaforma web, i pazienti che hanno assunto la rifaximina 550 mg nel periodo considerato sono 107, di cui il 65% maschi, età media 68 anni (range 86-33). Sul totale dei 107, circa il 50% dei pazienti ha interrotto il trattamento a sei mesi o meno. Di questi 16 pazienti hanno interrotto il trattamento in quanto deceduti e quattro poiché sottoposti a trapianto d'organo. Gli altri sono stati persi al follow up senza ulteriori informazioni in merito. 8 pazienti, a giudizio del clinico, hanno proseguito la terapia con rinnovo del piano terapeutico per un periodo superiore ai 12 mesi, come previsto dalla RCP che riporta: il proseguimento del trattamento oltre i 6 mesi richiede una valutazione del rapporto benefici-rischi per il singolo paziente, inclusi quelli associati alla progressione della disfunzione epatica. Negli studi registrativi il 91% dei pazienti ha assunto in concomitanza lattulosio, dai nostri dati risulta invece che il 69% assume lattulosio o lattitolo. Il dato però non tiene conto dell'eventuale acquisto del farmaco da parte del paziente poiché considera solo i dati della farmaceutica convenzionata.

Conclusione. Dai database di tipo amministrativo e dal monitoraggio dei piani terapeutici si è osservato l'appropriatezza delle prescrizioni, la quasi sovrapposizione a quanto previsto dagli studi registrativi relativamente ad associazioni e periodo di trattamento. Nessuna ADR è stata segnalata nel periodo in esame. Interessante sarebbe stata la raccolta di due dati, non direttamente fruibili da parte dei servizi farmaceutici: la riduzione delle ospedalizzazioni e del tasso di recidiva e la compliance del paziente alla somministrazione bis in die.

Bibliografia. RCP Tixteller.

[P:054]

D.A. 552/2016 QUALE STRUMENTO REGOLATORIO NEL CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA - ANNO 2017

Anna Baratta, Rosalia Caldarone, Luigi La Rocca, Maria Lo Meo,
Anna Maria Matranga, Marisa D.A. Parelli, Maurizio Pastorello

ASP Palermo Dipartimento Farmaceutico, Palermo

Introduzione. L'UOC Farmaco e Farmacoepidemiologia del Dipartimento Farmaceutico realizza, nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale, valutazioni farmacoeconomiche e di farmacoutilizzazione, attraverso analisi riferite alla spesa farmaceutica convenzionata. L'obiettivo prioritario è quello di effettuare interventi correttivi rivolti agli ambiti prescrittivi caratterizzati da notevole impatto di spesa a livello aziendale, nel rispetto della salute del cittadino. Nello specifico, l'attività di monitoraggio è rivolta agli obiettivi di spesa fissati per le sette categorie individuate dal D.A. 552/2016: A02B, A07, C09, J01, M01, M05, G04 nell'anno 2017. Il Farmacista analizza l'andamento prescrittivo delle sette categorie di farmaci rispetto agli indicatori regionali del D.A. 552/2016, contribuendo ad ottimizzare la spesa farmaceutica territoriale, promuovere l'appropriatezza prescrittiva, informare i medici prescrittori circa le valutazioni effettuate.

Materiali/metodi. I dati vengono elaborati tramite il sistema statistico collegato al Centro di lettura Ottica delle ricette SSN ed il Portale Tessera Sanitaria con successiva produzione di report e grafici riepilogativi che consentono di confrontare il profilo prescrittivo dei medici convenzionati con gli standard di spesa stabiliti dal D.A. 552/2016. I report vengono utilizzati per fare attività formativa - informativa nei confronti dei medici durante un tavolo tecnico mensile, per un conseguente allineamento agli indicatori previsti dal Decreto Assessoriale. Sono stati altresì effettuati periodici audit clinici tra farmacisti e medici analizzando i dati dei report e definendo gli interventi correttivi da apportare.

Risultati. Nell'anno 2017 si evidenzia un elevato adeguamento

della classe medica agli obiettivi previsti dal D.A. 552/2016. Gli obiettivi previsti sono stati raggiunti con conseguente risparmio nell'anno per ciascun gruppo pari a: - € 206.077 (- 4,4%) gruppo A07; - € 2.406.023 (-8,3%) gruppo C09; - € 175.597 (- 1,1%) gruppo J01; - € 324.933 (-7,4%) gruppo M01; - € 373.921 (- 11,1%) gruppo M05; - € 387.728 (- 5,3%) gruppo G04. Soltanto per il gruppo A02B nel 2017 non è stato raggiunto l'obiettivo (+1,9%) mentre nel primo quadrimestre del 2018 l'obiettivo è stato raggiunto e superato (- 8,7%).

Conclusione. La funzione svolta dal farmacista territoriale, mediante l'analisi continua del consumo dei farmaci, fornisce ai medici prescrittori dati aggiornati di farmaco-economia e farmacoutilizzazione. Gli indicatori di appropriatezza regionali nel processo valutativo delle prescrizioni, hanno contribuito all'efficienza del controllo della spesa farmaceutica aziendale ed al raggiungimento degli obiettivi di spesa previsti dal Decreto Assessoriale 552/2016.

Bibliografia. D.A. 552/2016 – Portale Tessera Sanitaria.

[P:055]

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RICORSO ALL'OFF LABEL NEI TRATTAMENTI DELLA NOTA AIFA 74

Ilaria Uomo, Giuseppina Ruvolo, Loredana Ciancimino, Maria Patrizia Lanza, Maurizio Pastorello

ASP Palermo Dipartimento Farmaceutico, Palermo

Introduzione. Negli ultimi anni i farmaci per l'infertilità prescrittibili in nota 74 sono stati attenzionati da AIFA e dalle Regioni, in merito all'immissione in commercio dei biosimilari della follitropina alfa. Il Dipartimento Farmaceutico, contemporaneamente alla promozione all'uso dei biosimilari, con azioni di formazione, audit e contestazioni ai clinici sull'utilizzo immotivato dei brand a maggior costo terapia, ha focalizzato i propri sforzi nel monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e negli utilizzi off label o non rimborsabili a carico del SSN.

Materiali/metodi. Sono stati analizzati tutti i piani terapeutici erogati in DPC nel 2017, suddividendoli dapprima per Centro e poi per singolo clinico, poiché è stato osservato che gli schemi terapeutici off label e non rimborsabili rappresentavano una prassi, generando un aggravio di spesa per il SSN.

Risultati. Su 2.200 prescrizioni, sono state contestate le seguenti inapproprietezze: 1. Associazioni off-label (ad esempio: Elonva/ Meropur; Puregon/Luveris). 2. Terapia prolungata oltre i mesi previsti dalla RCP. 3. Età superiore ai 45 anni. 4. Frequenti dosaggi di follitropina in rapporto 2:1 con lutropina. Relativamente ai punti 1-2-3 si è proceduto ad addebito delle prescrizioni in quanto a richieste di chiarimenti sono pervenute solo motivazioni legate a trial clinici internazionali e/o studi osservazionali, mai inserite né formalizzate in RCP. Relativamente al punto 4, invece, è stato proposto (ed accettato) all'Assessorato regionale, una modifica dei piani terapeutici con inclusione del valore dei livelli sierici di LH endogeno, al fine di poter monitorare i casi di prescrizione delle associazioni precostruite ed estemporanee di FSH/LH in rapporto di 2:1. Si è rilevato inoltre, solo in alcuni Centri, la reticenza all'utilizzo del farmaco biosimilare, ormai quasi interamente superata, grazie all'avvento dei PT web based che indirizzano, nei pazienti naive, alla scelta delle specialità a minor costo terapia.

Conclusione. I dati evidenziano, tra le inapproprietezze, il frequente ricorso soprattutto a associazioni non consentite, allo scopo di aumentare la risposta terapeutica, con il rischio di superare le dosi consentite o causare sovradosaggio di ormoni. Dallo studio è emersa la necessità di formazione degli specialisti, in quanto è apparso doveroso chiarire la sostanziale differenza tra prescrittibilità e rimborsabilità, indipendentemente dalla presenza di evidenze scientifiche pubblicate e/o linee guida che supportino l'utilizzo di trattamenti non registrati nelle RCP dei farmaci oggetto della nota 74. La diffusione di schemi riepilogativi sulle prescrizioni consentite ha permesso, da una prima analisi dei dati 2018, di annullare completamente il ricorso alle terapie non rimborsabili.

Bibliografia. RCP specialità della nota 74.

[P:056]

TROMBOEMBOLISMO VENOSO IN GRAVIDANZA: PRESCRIZIONI DI EBPM IN 648/96

IN UN SERVIZIO FARMACEUTICO DISTRETTUALE

Rosaria Toro¹, Nadia Antonia De Marco¹, Maurizio Capuozzo², Stefania Cascone³, Eduardo Nava⁴

¹ Servizio Farmaceutico Distretto 34 Portici Asl Napoli 3 Sud, Portici

² Servizio Farmaceutico Distretto 55 Ercolano Asl Napoli 3 Sud, Ercolano

³ Unità Operativa Semplice Assistenza Farmaceutica Area Nord Asl Napoli 3 Sud, Torre Del Greco

⁴ Dipartimento Farmaceutico Asl Napoli 3 Sud, Nola

Introduzione. Il rischio di sviluppare tromboembolismo venoso (TEV) risulta da 4 fino a 10 volte maggiore in gravidanza. Tale variabilità è giustificata anche dalla presenza di altri fattori di rischio, tra i quali l'età, l'obesità, precedenti episodi trombotici, stati trombotici congeniti o acquisiti. Le eparine a basso peso molecolare (EBPM) non attraversano la placenta e sono considerate farmaci sicuri per il feto poiché non risultano teratogene né determinano emorragie fetali. In pazienti a rischio è infatti indicata la terapia con EBPM già dall'inizio della gravidanza. Lo scopo del presente lavoro è quello di analizzare l'utilizzo delle EBPM in una popolazione definita ed evidenziarne l'impatto positivo in termini di ricaduta sociale e medica.

Materiali/metodi. Attualmente le EBPM con indicazione di Profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio sono erogate dai Servizi Farmaceutici Territoriali delle Asl per estensione delle indicazioni terapeutiche autorizzate, secondo la legge 648/96 su apposito modello e con consenso informato del paziente. Sono state analizzate le erogazioni nel periodo Luglio 2017-Giugno 2018 mediante rilevazione dal software gestionale aziendale raggruppando per Aic e differenziando per canale di erogazione. I dati relativi alla popolazione sono stati rilevati dal Portale Istat mentre il dato delle donne in gravidanza non a rischio TEV è stato ricavato in maniera indiretta acquisendo, dal registro anagrafe distrettuale, il numero di nuovi nati nel periodo osservato, considerandone la proiezione temporale di una normale gravidanza.

Risultati. Nella popolazione distrettuale costituita da 55.012 abitanti, di cui 14.000 donne in età fertile, il numero di pazienti afferenti è stato di 13, per un totale di fiale erogate di: - ATC B01AB05 Enoxaparina: 1020 fl totali (810 fl 4000 UI + 210 fl 2000 UI). - ATC B01AB06 Nadroparina Calcica: 426 fl totali (156 fl 3800 UI + 270 fl 2850 UI). Costo totale sostenuto: 1938,18 euro. Tasso di prevalenza: Donne in gravidanza a rischio Tev in terapia / Donne in gravidanza a rischio TEV in terapia + Donne in gravidanza non a rischio TEV x 100 = 3,74% prevalenza periodale percentuale.

Conclusione. La considerazione che la principale causa di morte materna è il tromboembolismo venoso, la prevalenza del fenomeno analizzato, l'analisi dei costi rilevato e l'importanza del fenomeno confermano che la legge 648/96 riveste in questo, come sicuramente in altri casi, un importantissimo strumento terapeutico di successo, proprio laddove si verrebbero a creare fragilità e vuoti fra le opportunità terapeutiche a disposizione dei sanitari.

[P:057]

BPCO: ADERENZA ALLA TERAPIA NELLA "REAL LIFE"

Salvina Schiavone, Giuseppina Schiavone, Giuseppe Caruso ASP8, Siracusa

Introduzione. L'aderenza alla terapia riveste notevole interesse nella pratica clinica, come dimostrano le numerose pubblicazioni e l'interesse delle Agenzie regolatorie. Secondo l'OMS l'aderenza terapeutica è definibile "come il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche". Costituisce un importante modificatore dell'efficacia dei sistemi sanitari. La mancata aderenza causa un aumento del 20% delle riacutizzazioni con conseguente aumento del 50 % della spesa SSN.

Materiali/metodi. L'aderenza è un parametro multi-fattoriale, dipende da variabili legate al paziente (convinzioni salutistiche, capacità cognitive, abilità personali, comorbilità), al Medico (Insufficienti informazioni, scarsa relazione terapeutica), al sistema (relazione paziente-prescrittore, supporti sociali, formazione sul corretto uso del dispositivo, follow-up). Le strategie farmacologiche utilizzate per la gestione della terapia della BPCO variano a seconda della severità della malattia, allo scopo di ridurre la sintomatologia associata e prevenire le esacerbazioni. I farmaci di mantenimento (corticosteroidi inalatori, ICS, beta-agonisti a lunga durata, LAMA, gli anticolinergici long-acting) sono efficaci nel migliorare la funzione polmonare e la qualità di vita nei pazienti con BPCO di grado moderato-severo. Utilizzando il data base amministrativo aziendale sono stati isolati i dati relativi ai pazienti con diagnosi di BPCO sottoposti al trattamento con i suddetti farmaci nell'anno 2016.

Risultati. Su circa 10.000 pazienti che hanno ricevuto una prescrizione dei farmaci in oggetto, il 66% ha effettuato la terapia per meno di 90 giorni ed il 20 % per un periodo compreso tra 90 e 180 giorni, con una spesa superiore ai 900.000 euro (60% della

spesa totale). I risultati dell'aderenza mensile media ai farmaci di contenimento della BPCO sono stati ancora più deludenti, passando dal 57%, nel corso del mese successivo la prima somministrazione di farmaco, al 25% a 6 mesi.

Conclusione. La farmacoterapia della BPCO oggi è in grado di ridurre efficacemente e significativamente la frequenza e la durata delle riacutizzazioni della malattia, purché vengano assunti i farmaci prescritti. Alcune strategie efficaci per migliorare l'aderenza alle terapie possono sintetizzarsi in: breve ed efficace counselling, monitoraggio elettronico e feedback sull'uso dell'inalatore, autogestione da parte del paziente e coordinamento tra medico curante e farmacista. Fondamentale l'introduzione di percorsi dedicati formativi ed informativi, attuati ma con scarsi risultati, al fine di una gestione ottimale della patologia ostruttiva polmonare. Il Farmacista quale professionista sanitario più vicino al paziente non fornisce solo informazioni qualificate sui farmaci ma riveste una importanza fondamentale per il conseguimento dei risultati terapeutici e la riduzione della spesa del SSN.

[P:058]

GESTIONE DELLA DPC REGIONALE: ANALISI DEI COSTI E DEI CONSUMI DEI FARMACI PHT SOSTENUTI NELL'ANNO 2017

Luca Scalone¹, Michela Cetrone², Giulia Caiati², Alessandra Mazza¹, Sabrina Cherchi¹, Angela Chielli²

¹ Università degli Studi Aldo Moro Bari_SSFO, Bari

² Area Farmaceutica Territoriale ASL Bari, Bari

Introduzione. Con le delibere regionali n.1109/2016 e 2194/2016 dal 01/01/2017 le competenze in materia di Distribuzione per conto (DPC) sono state trasferite dall'ARESS alla nostra ASL. L'espletamento di tale attività riguarda la realizzazione di un modello organizzativo adeguato alle esigenze della gestione della DPC regionale dei farmaci inseriti nel prontuario ospedale-territorio (PHT).L'obiettivo di tale lavoro è analizzare i dati di spesa e consumi sostenuti nel primo anno di insediamento dell'Ufficio PHT presso la nostra ASL,verificando la congruità del budget assegnato dalla Regione.

Materiali/metodi. L'Ufficio PHT ha attivato,avvalendosi del gestionale aziendale,un sistema di monitoraggio periodico delle giacenze e delle relative autonomie dei farmaci DPC presso i depositi della Distribuzione Intermedia,programmando l'emissione degli ordini per garantire un fabbisogno adeguato presso il singolo distributore e l'intera filiera distributiva,evitando generazione di mancanti dei farmaci e di eccessive scorte di magazzino che possono produrre scaduti. Il budget assegnato per l'anno 2017 è stato utilizzato anche per l'inserimento in elenco DPC di n.11 nuove specialità farmaceutiche.

Risultati. Il budget PHT nel 2017 è stato €149.000.000,00,di cui €142.500.000,00 per l'acquisto dei farmaci e €6.500.000,00 per il pagamento del Servizio di Distribuzione Intermedia ai Depositi Regionali.Dal 01/07/2017 è entrato in vigore il vigente accordo regionale DPC,che ha stabilito che la remunerazione del Servizio di Distribuzione è determinata per confezione dispensata e non per confezione ricevuta in carico dai fornitori,come previsto dal precedente accordo,inoltre è riconosciuto dalle Farmacie Convenzionate dalla propria quota di compenso.Dal budget di spesa iniziale per il pagamento del servizio sono risultati non utilizzati e quindi disponibili €2.826.651,98.La spesa per l'acquisto dei farmaci PHT è stata ricavata dai dati relativi al valore della merce caricata a fronte degli ordinari emessi nel periodo gennaio-dicembre 2017.Tale importo risulta essere pari a €139.017.015,19 con uno scostamento dal budget assegnato di €3.482.894,81.Dall'analisi finale risulta una spesa complessiva per l'acquisto dei farmaci ed il pagamento del servizio ai depositi per l'anno 2017 di €142.690.363,21, con un importo residuo di budget non utilizzato di €6.309.636,79. **Conclusione.** La distribuzione per conto rappresenta un'importante misura per la razionalizzazione della spesa farmaceutica regionale e la sottoscrizione del nuovo accordo ha portato ad un ulteriore contenimento dei costi.L'analisi effettuata ha evidenziato che il monitoraggio costante dei consumi e l'emissione di ordini in linea con i fabbisogni reali regionali,oltre alla valutazione delle capienze dei contratti dei farmaci inseriti in elenco DPC,hanno permesso un impiego appropriato delle risorse tanto da determinare a fine anno un residuo significativo non utilizzato del budget assegnato.

[P:059]

PREVENZIONE DELL'ICTUS IN PAZIENTI AFFETTI DA FANV: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E ANALISI DEI COSTI DEI NAO

Luca Scalone¹, Giulia Caiati², Michela Cetrone², Sabrina Cherchi

¹, Alessandra Mazza¹, Angela Chielli²

¹ Università degli studi di Bari_SSFO, Bari

² Area Farmaceutica Territoriale, ASL BA, Bari

Introduzione. La fibrillazione atriale (FA) è la forma più comune di aritmia, circa 33,5 milioni le persone che ne soffrono nel mondo e il trend è in continua crescita. Ruolo fondamentale nei pazienti con FA, nella prevenzione dell'ictus, svolge la terapia anticoagulante. Armi a disposizione dei clinici nel trattamento della FANV sono antivitamina K (AVK) ed i nuovi anticoagulanti orali (NAO). La terapia con gli AVK nella pratica clinica risente di alcune limitazioni riconducibili alle loro caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche che ne rendono difficoltoso l'impiego nella pratica clinica. Negli ultimi anni sono stati immessi in commercio i nuovi anticoagulanti orali inibitori diretti della trombina (dabigatran) e del fattore Xa (rivaroxaban, apixaban, edoxaban). I NAO presentano diversi vantaggi rispetto ad AVK: possono essere somministrati in dosi fisse giornaliere (1 o 2 somministrazioni/die) e non richiedono il monitoraggio periodico dell'international normalized ratio (INR). Inoltre, la loro farmacocinetica è lineare e sono caratterizzati da un'ampia finestra terapeutica.

Materiali/metodi. Partendo dal presupposto che l'appropriatezza delle prescrizioni sia garantita dalla presenza dei piani terapeutici AIFA, questo lavoro, svolto presso l' Ufficio PHT Regionale, ha analizzato l'andamento delle prescrizioni e i relativi costi dei NAO utilizzando il portale regionale WEB-DPC tramite il sell-out delle farmacie private convenzionate.

Risultati. Dai dati relativi al biennio 2016-2017 si evidenzia che il numero di confezioni totali erogate sono passate da 367.566 nel 2016 a 481.876 nel 2017 con un incremento del 31,09%. Tale aumento trova giustificazione nel reclutamento di pazienti naive non eleggibili al trattamento con l'antagonista della VitK. Nello specifico il Rivaroxaban è aumentato del 18,60%, il Dabigatran del 19%, l'Apixaban del 34%, mentre per l'Edoxaban il dato non risulta rilevante in quanto è stato introdotto nell'Elenco DPC regionale a fine Novembre 2016. Dai dati elaborati tramite il gestionale aziendale, i costi medi per singolo giorno di terapia risultano essere identici per Dabigatran e Apixaban (€ 1,99) e relativamente inferiori per quel che riguarda Rivaroxaban (€1.65) e Edoxaban (€1.60).

Conclusione. Dall'analisi condotta è emerso che se pur l'Apixaban abbia riscontrato l'aumento percentuale più significativo, dai dati relativi al sell-out delle farmacie, il principio attivo maggiormente prescritto nel biennio in considerazione risulta essere il Rivaroxaban.Tale farmaco, a parità di efficacia, presenta un migliore profilo di sicurezza, e un costo terapia/die più basso rispetto agli altri. In conclusione, possiamo affermare che l'andamento delle prescrizioni risulta essere in linea con le deliberazioni Regionali relative all'appropriatezza prescrittiva e alle linee guida di contenimento della spesa farmaceutica.

[P:060]

ANALISI DI SPESA SU SPECIALITÀ MEDICINALI NON SOSTITUIBILI IN DPC NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA

Anna Bin¹, Alessia Salvador¹, Eleonora Causin¹, Alberto Russi², Alessandro Aldisio¹, Mariachiara Rigato¹, Natalie Selva¹, Annamaria Trionfo¹, Olivia Basadonna¹, Susanna Zardo¹

¹ U.O.C. Farmacia Territoriale Azienda ULSS 3 Serenissima, Venezia

² Scuola Di Specializzazione In Farmacia Ospedaliera- Università Di Padova, Padova

Introduzione. Le Linee di Indirizzo sulla dispensazione dei medicinali PHT in Distribuzione per Conto (DPC) nella Regione Veneto, Allegato A-Decreto 87/2017, prevedono che, qualora una specialità medicinale gestita in DPC non sia disponibile per carenza oggettiva o per clausola di non sostituibilità (da parte del medico o del paziente), il farmacista fornisce quanto prescritto utilizzando il canale convenzionale e allega alla ricetta SSN il documento stampato dall'applicativo WebDPC attestante la non disponibilità/non sostituibilità del farmaco. In tal caso, è previsto il pagamento da parte dell'assistito del ticket e delle eventuali quote di compartecipazione previste dalla normativa vigente nazionale e/o regionale.

Materiali/metodi. In DPC Regione Veneto sono gestiti 131 principi attivi (PA), di cui il 25% inclusi in lista di trasparenza AIFA. Scopo del lavoro è individuare quali PA vengono spediti più frequentemente in convenzionata per clausola di non sostituibilità attraverso un'analisi delle notifiche di "mancante non sostituibile" (MNS) inserite in piattaforma WebDPC Veneto (18.8.4) nel periodo gennaio-maggio 2018.

Risultati. Clopidogrel risulta essere il PA con il maggior numero di notifiche MNS, tali per cui il 12% delle confezioni erogate viene dispensato in convenzionata, su indicazione del medico o del paziente. Nel 96% dei casi, la non sostituibilità è riferita al farmaco brand, con una spesa a carico del paziente di 5,85 €/confezione. Ulteriori PA con un numero di notifiche MNS superiore al 5% sono leflunomide e l'associazione levodopa/carbidopa/entacapone, che implicano il pagamento di una quota (nella scelta del brand) pari rispettivamente a 6,59 €/confezione e di 52,36-57,22 €/confezione a seconda del dosaggio. Anche gli antipsicotici atipici rappresentano una classe coinvolta nel fenomeno della non sostituibilità, tanto che la spesa a carico del cittadino può arrivare fino a 100 €/confezione. In particolare, con olanzapina la non sostituibilità si riferisce non solo al farmaco brand (36%) ma anche all'equivalente prodotto dalla stessa ditta del brand (51%). Si è osservato infine un numero non significativo di notifiche MNS relativamente ai medicinali indicati nel trattamento del morbo di Alzheimer e di alcune patologie tumorali, quali bicalutamide o imiquimod.

Conclusioni. L'analisi condotta mette in evidenza come il paziente nel territorio dell'ULSS 3 Serenissima sia incline al pagamento di una quota a proprio carico per l'acquisto di farmaci antiaggreganti (clopidogrel), immunosoppressori (leflunomide) e farmaci che agiscono sul sistema nervoso, quali antiparkinson e antipsicotici. Sulla base di questi risultati, ci si propone di mettere in atto azioni di formazione volte a migliorare la conoscenza su efficacia e sicurezza degli equivalenti.

[P:061]

MONITORAGGIO DELL'INDICATORE DI PRESCRIZIONE DELLA EMOGLOBINA GLICATA DAI PIANI TERAPEUTICI DI INCRETINE/INIBITORI DPP-IV

Livia Ruffolo¹, Emilia Cristofalo¹, Brunella Piro², Paola Franco De Gregorio²

¹ Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro

² ASP Cosenza - Dipartimento Farmaceutico UOC Farmaceutica Territoriale, Cosenza

Introduzione. Incretine e inibitori DPP-4 sono rimborsabili, a carico del SSN, sulla base di alcuni criteri di eleggibilità, tra cui il valore di emoglobina glicata (HbA1c), riportato sul PT. Nostro obiettivo è verificare se i valori di HbA1c riportati sui piani terapeutici in prima prescrizione o in prosecuzione di terapia, sono conformi a quanto stabilito dall'AIFA.

Materiali/metodi. Sono stati esaminati i piani terapeutici di incretine e inibitori DPP-4, pervenuti ai nostri SFT-anno 2017 (circa 534.000ab). È stato creato un data base con i PT, che sono stati esaminati stratificandoli per prima prescrizione e prosecuzione di terapia. I PT di prima prescrizione sono stati suddivisi in cinque sottogruppi sulla base dei valori di HbA1c. Per i PT in prosecuzione si è valutato se il valore di HbA1c fosse minore o uguale a 8.5%.

Risultati. Nel 2017 sono pervenuti in totale 6.560 piani terapeutici di incretine/Inibitori DPP-IV, Inibitori SGLT-2, insulina degludec, di cui 5.215 relativi a Inibitori DPP-IV e incretine, sui quali abbiamo valutato l'HbA1c. La stratificazione ha permesso di distinguere 1.074 PT(21%) di prima prescrizione e 3.726 (71%), di prosecuzione di terapia; su 415 PT manca l'indicazione di prima/prosecuzione di terapia. 696 PT(65%) di prima prescrizione presentano un dato conforme a quanto da normativa (HbA1c compreso tra 7.5% e 8.5%), in 91 PT(9%) il dato è mancante, in 21(2%) il valore è tra 8.5% e 9% (7pz ultrasettantacinquenni); in 173 casi (16%) il valore è compreso tra 7% e 7.5%; 93 PT (8%) presentano un valore inappropriato: 79 evidenziano HbA1c <7% e 14 HbA1c maggiore o uguale a 9%. Per quanto riguarda la prosecuzione di terapia dei 3.726 PT pervenuti, l'85% dei PT (3.179) riporta un valore di HbA1c conforme a quanto previsto da normativa (minore o uguale a 8,5%). Dei rimanenti 106 PT(3%), riportano un dato >8,5%(non conforme), mentre in 441 PT(12%) il dato è mancante.

Conclusioni. L'analisi ha dimostrato che i valori di HbA1c in prima prescrizione sono risultati inappropriati in circa il 35% dei casi, determinando un'errata eleggibilità dei pazienti alla terapia. Inoltre la mancata indicazione dei dati sui PT, ne impedisce le opportune verifiche. Si rende necessario sensibilizzare i diabetologi affinché dimostrino una maggiore attenzione nella compilazione dei piani e nell'arruolamento dei pazienti al trattamento con i nuovi antidiabetici.

[P:062]

MONITORAGGIO DELL'USO DEI FARMACI BIOTECNOLOGICI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE REUMATICHE

INFIAMMATORIE E AUTOIMMUNI

Annalisa Rosselli¹, Iliaria Altissimi², Monica Zagarese³, Marilù Vulnera³, Brunella Piro³

¹ Scuola di Specializzazione in Farmacologia Medica, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

² Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università Magna Graecia, Catanzaro

³ Azienda Sanitaria Provinciale Dipartimento Farmaceutico, Cosenza

Introduzione. Le malattie reumatiche infiammatorie croniche e autoimmuni hanno una prevalenza del ~10% nella popolazione con elevato impatto socio-sanitario. I farmaci biotecnologici ne hanno modificato il trattamento, migliorando l'aspettativa di vita, riducendo i costi indiretti. La Rete Reumatologica e le LG regionali hanno l'obiettivo di favorire l'appropriatezza clinica e organizzativa. Nostro scopo è evidenziare l'impatto delle disposizioni normative attraverso il monitoraggio di utilizzo e appropriatezza, l'analisi dei pazienti trattati presso centri intra-extra-regionali al fine di migliorare la gestione del paziente.

Materiali/metodi. Sono state valutate nel triennio 2015-2017, le terapie a base di biotecnologici con indicazione reumatologica, erogate dalle farmacie territoriali dell'ASP (715.000ab), utilizzando i dati del gestionale. L'elaborazione dei dati è stata effettuata utilizzando un foglio di calcolo elettronico Microsoft Excel®.

Risultati. I pazienti trattati sono 1363, con una prevalenza femminile (61%). L'età media dei soggetti è 51-65aa. 218pz affetti da artrite reumatoide (41%), 330pz artrite psoriasica (46%), 104pz SA (42%). La spondiloartrite indifferenziata (28pz; 48%) si manifesta prevalentemente sotto i 50aa. Il 26% dei pz con artrite idiopatica giovanile è < 10aa, il 30% è < 36aa. Nel corso degli anni si registra un aumento dei trattati (1015 nel 2015, 1030 nel 2016, 1213 nel 2017). Gli anti TNFalpha sono i farmaci più impiegati (84,2% nel 2015, 82% nel 2016, 70% nel 2017). Le molecole più utilizzate sono etanercept (368pz/2015, 355pz/2016 e 316pz/2017) e adalimumab, che è in crescita nel triennio (313pz/2015, 324pz/2016, 355pz/2017) con una variazione% + 13,42%. Risulta costante il numero di pazienti trattati con abatacept (7,3% nel triennio), certolizumab pegol (1,3%) tocilizumab (4,4%), anakinra (0,7%). Si evidenzia una discontinuità per golimumab (12,0%/2015, 1,8%/2016, 8,2%/2017), andamento crescente per ustekinumab (3,5%/2015, 4,8%/2016, 5,5%/2017). L'analisi dei pazienti per presa in carico mostra che il numero di quelli in cura presso i centri regionali è pari al 75%, aumenta del 4,5% nel 2016 e del 10% nel 2017.

Conclusioni. L'analisi delle prescrizioni ha permesso di caratterizzare la popolazione affetta da patologie reumatiche. L'impiego dei farmaci biotecnologici è aumentato nel tempo, con conseguente impatto sulla spesa sanitaria. Il maggior utilizzo di Etanercept ed Adalimumab confermano la tendenza nazionale (Osmed 2016). Si evidenzia inoltre una diminuzione della migrazione sanitaria. L'implementazione delle Linee Guida regionali si è mostrata indispensabile per monitorare l'uso e l'appropriatezza dei trattamenti. **Bibliografia.** DCA n.119 del 14/09/2017. Rapporto Osmed 2016. DCA118/2015 Linee Guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologia, dermatologica e gastroenterologia.

[P:063]

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DI ANTIBIOTICI EFFETTUATE DAI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AL FINE DI CONTRASTARE L'ANTIBIOTICORESISTENZA

Luca Rabbiosi, Arianna Panarotto, Lucia Clemente, Giovanna Di Giorgio, Laura Pivano Sidro
SS Farmaceutica Territoriale, ASL BI, Ponderano

Introduzione. L'AIFA con nota del 25/08/2014 ha sottolineato che l'elevata prescrizione di antibiotici nella popolazione pediatrica è riconosciuta come indicatore di prescrizione inappropriata, in quanto le patologie respiratorie infantili sono prevalentemente causate da virus. I Sistemi Sanitari a livello mondiale mirano a scoraggiare l'utilizzo di antibiotici quando non necessario sensibilizzando i sanitari ad un uso appropriato al fine di contrastare lo sviluppo dell'antibiotico-resistenza, ormai emergenza a livello mondiale, tanto da far temere una situazione futura senza "armi" efficaci per contrastare le infezioni. La Regione Piemonte già dal 2016 invita le ASL a mettere in atto azioni finalizzate al miglioramento dei profili di utilizzazione di questi farmaci.

Materiali/metodi. Per contenere l'uso degli antibiotici a livello pediatrico, negli anni 2016 e 2017, nell'ambito degli Accordi Aziendali con i PLS, sono stati loro assegnati obiettivi volti a ridurre il consumo di questi farmaci, migliorando l'appropriatezza

d'uso e le eventuali reazioni avverse che potrebbero insorgere. Inoltre, nel 2017, sono state conteggiate solo le prescrizioni stabilite direttamente dai PLS escludendo quelle suggerite dagli specialisti ospedalieri. Ai PLS è stato quindi chiesto di indicare sulle ricette cartacee o dematerializzate, nell'apposito campo, il suggerimento dello specialista. Quali strumenti di automonitoraggio, sono stati realizzati reports individuali inviati ai PLS, con i dati sul comportamento prescrittivo trimestrale rispetto alla media ASL, ricorrendo alla banca dati ministeriale TS ed al software della ditta di registrazione ricette.

Risultati. All'avvio del progetto, nel I trimestre 2016, i PLS dell'ASL, avevano prescritto 31 confezioni per 100 assistibili. Nel I trimestre 2017 vi è stata una significativa diminuzione pari a 21 confezioni per 100 assistibili. Confrontando l'intero anno 2016 vs il 2017 si è passati da 72 confezioni per 100 assistibili a 55 confezioni per 100 assistibili, pari a una diminuzione del 22%. Si osserva tra i singoli PLS una elevata variabilità prescrittiva passando da un minimo di 7 confezioni per 100 assistibili ad un massimo di 123 nell'anno 2017.

Tale iniziativa ha inoltre permesso di ottenere rilevanti risparmi a livello economico, passando da una spesa netta di 66.189€ nell'anno 2016 a 52.572€ nel 2017, con un risparmio del 21%.

Conclusione. L'esperienza ha permesso di rivalutare il comportamento prescrittivo evidenziando ampi margini di riduzione della prescrizione di antibiotici. È importante proseguire il monitoraggio dell'andamento prescrittivo al fine di ridurre l'utilizzo improprio e consentire ai medici di automonitorarsi, con conseguente miglioramento sia della tutela della salute pubblica che di risparmio per il SSN.

Bibliografia. Nota informativa AIFA 25/08/2014 www.aifa.gov.it.

[P:064] TRATTAMENTO DELL'IPERCOLESTEROLEMIA: ANALISI DEL CONSUMO DEI FARMACI E VALUTAZIONE DELL'ADERENZA ALLE TERAPIE

Cataldo Procacci¹, Annamaria Pia Terlizzi¹, Francesca Rizzi¹, Stefano Buda², Domenica Ancona³

¹ Dipartimento Farmaceutico ASL BAT, Trani

² Health-db. S.r.l,

³ Dipartimento Farmaceutico ASL BAT, Trani

Introduzione. Per i farmaci utilizzati nel trattamento dell'ipercolesterolemia l'inappropriatezza più frequente consiste nell'assunzione discontinua del farmaco da parte del paziente, diminuendo l'efficacia del trattamento ed aumentando il rischio di mortalità cardiovascolare. È ormai inequivocabilmente dimostrata la diretta correlazione tra livelli di colesterolo nella popolazione e probabilità di eventi cardiovascolari, mostrando una predittività particolarmente elevata per gli eventi coronarici. Sia a livello nazionale, con la pubblicazione della nuova Nota 13, sia a livello regionale sono state messe in atto azioni volte a migliorare l'appropriatezza delle terapie in funzione del rischio. L'obiettivo dell'analisi condotta è stato valutare l'appropriatezza e l'aderenza alle terapie all'indomani della nuova Nota 13 e dei provvedimenti regionali, valutando anche l'incidenza che hanno avuto le campagne informative rivolte ai MMG, condotte dal nostro Servizio Farmaceutico Territoriale.

Materiali/metodi. Sono state analizzate le prescrizioni dei MMG dal 2014 al 2017 riferite alla classe ATC C10AA e gli ATC C10BA02 e C10AX09. Per l'analisi di farmacoutilizzazione sono stati scelti come indicatori di consumo le DDD e le DDDx1000 ABITANTI/DIE, quest'ultimo indicatore ha permesso di confrontare i valori aziendali con quelli regionali e nazionali. Per la valutazione dell'aderenza al trattamento sono stati considerati i 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione nell'anno di inclusione, definendo come aderenti al trattamento i pazienti con un Medical possession ratio(MPR) superiore o uguale all'80%.

Risultati. La nuova Nota 13 e la delibera regionale n.2034/2016 indicano come trattamenti di prima linea nei pazienti a basso rischio le statine a bassa potenza, riservando l'utilizzo di rosuvastatina e ezetimibe a pazienti ad alto rischio di eventi cardiovascolari e dopo il fallimento di precedenti terapie. Importanti risultati si sono avuti in questo senso: il consumo di rosuvastatina nella nostra ASL è diminuito nel 2017 rispetto al 2016 del 11,2% in termini di DDD, mentre le DDD per l'ezetimibe risultano aumentate del +8%, valore nettamente inferiore rispetto al dato nazionale +25%. L'analisi sull'aderenza alle terapie ha mostrato come la percentuale di soggetti aderenti è aumentata nel triennio, passando dal 43,2% al 44,4%, considerando che nello stesso periodo è aumentato anche il numero di soggetti in trattamento.

Conclusione. I risultati mostrano un aumento del grado di appropriatezza rispetto agli standard predefiniti ed una maggiore aderenza, dimostrando il recepimento degli interventi volti a

migliorare l'appropriatezza. Bisogna inoltre ricordare come prescrizioni appropriate portano, oltre ad un miglioramento degli outcome clinici, ad una più giusta allocazione delle risorse, garantendo una maggiore sostenibilità per il Sistema Sanitario Nazionale.

[P:065]

VALUTAZIONE DEI COSTI SOSTENUTI ALLA LUCE DELL'IMMISSIONE IN COMMERCIO DEI NUOVI FARMACI PER VIA ORALE NELLE TERAPIE DELLA SCLEROSI MULTIPLA

Fulvio Ferrante, Giacomo Polito, Laura Ricci
Ospedale F. Spaziani, Frosinone

Introduzione. La Sclerosi multipla(Sm) è una patologia autoimmune che può progressivamente evolvere in una patologia neurodegenerativa. L'eziologia della Sm è determinata da una combinazione di fattori genetici ed ambientali e la tipologia di Sm maggiormente diffusa è quella recidivante-remittente(Sm-rr). Tra i vari farmaci disponibili, abbiamo i Disease-Modifying Drugs(DmD), utilizzati con l'obiettivo di rallentare la progressione della Sm. L'obiettivo dello studio è quello di effettuare un confronto fra le terapie in uso presso la nostra Azienda con i DmD per la Sm-rr in due periodi distinti e valutare i costi sostenuti dall'Azienda.

Materiali/metodi. Tramite il database aziendale e le cartelle cliniche cartacee sono state analizzati tutti i trattamenti con i DmD per la Sm-rr effettuate tra giugno 2016-maggio 2017 e giugno 2017-maggio 2017, tramite applicativo Excel sono stati calcolati i costi sostenuti tra le terapie per via iniettiva e le terapie per via orale in forma aggregata e per singola specialità medicinale.

Risultati. Nel primo periodo considerato sono stati trattati 184 pazienti dei quali il 51,09% trattati con farmaci per via iniettiva ed il 48,91% con farmaci per uso orale. Il costo sostenuto per i farmaci per via iniettiva è stato del 46,89% sul totale, mentre per via orale è stato del 53,11%. I costi, suddivisi per specialità medicinale, sono stati i seguenti: Interferoneβ-1a 27,56%; Dimetilfumarato 23,57%; Fingolimod 18,72%; Glatiramer acetato 12,63%; Teriflunomide 10,82%; Peginterferoneβ-1a 4,26%; Interferoneβ-1b ricombinante 1,41%; Interferoneβ-1b 1,02%. Nel secondo periodo sono stati trattati 168 pazienti, dei quali il 45,84% trattati con farmaci per via iniettiva ed il 54,16% con farmaci per uso orale. Il costo per i farmaci per via iniettiva è stato del 44,42% sul totale, mentre per via orale del 55,58%. Il costo sono stati i seguenti: Dimetilfumarato 24,64%; Interferoneβ-1a 23,27%; Fingolimod 21,68%; Glatiramer acetato 13,72%; Teriflunomide 9,26%; Peginterferoneβ-1a 5,32%; Interferoneβ-1b ricombinante 1,69%; Interferoneβ-1b 0,43%.

Conclusione. Dai risultati si evince l'aumento dei costi sostenuti per le terapie via orale rispetto alle terapie per via iniettiva, ciò dimostra come le recenti immissioni dei nuovi farmaci per via orale è diventata di uso consolidato e il loro utilizzo viene preferito per la migliore compliance da parte del paziente. Risulta necessario un continuo monitoraggio dei costi al fine di agire tempestivamente di concerto con i clinici per valutare costantemente la migliore terapia a livello di qualità, efficacia e sostenibilità economica. Le prossime immissioni sul mercato di nuovi anticorpi monoclonari potrebbero cambiare nuovamente lo scenario apportando significative modifiche alla pratica clinica odierna.

[P:066]

IL FEEDBACK DEI PAZIENTI ALLA NUOVA TARIFFA NAZIONALE DEI MEDICINALI. IL FLUSSO EX LEGGE 94/1998 QUALE POSSIBILE INDICATORE INDIRETTO

Antonio Pirrone¹, Veronica Marangon², Andrea Angelo Nisic², Adele Lucia Manfredi², Giorgia Palmieri², Ferdinando Panzeri², Maria Grazia Pizzonia², Matteo Avantageggiato², Lucia Cavallo¹, Valter Valsecchi³

¹ Scuola Di Specializzazione In Farmacia Ospedaliera, Università Degli Studi Di Milano, Milano

² Servizio Farmaceutico, Ats Brianza, Monza - Lecco

³ Dipartimento Cure Primarie, Ats Brianza, Monza - Lecco

Introduzione. Il 09/11/2017 è entrato in vigore l'aggiornamento della Tariffa Nazionale per la vendita al pubblico dei Medicinali (TNM). Tra le varie modifiche introdotte, i costi di preparazione vengono aumentati del 40% al fine di compensare ulteriori oneri connessi alle attività generali, preliminari e successive all'allestimento della preparazione ed alla dispensazione. Questo lavoro si propone di analizzare le prescrizioni galeniche con finalità dimagranti contenenti pseudofedrina, per verificare la variazione di prezzo medio e numero di pazienti in seguito

all'aggiornamento della TNM.

Materiali/metodi. Fonte dati: copia ricette trasmesse ex legge 94/1998 dalle farmacie territoriali all'ATS. Viene esaminato numero di prescrizioni, di pazienti e prezzo delle preparazioni. Non incluse le ricette prive di timbro e prezzo praticato dalla farmacia, dato non obbligatorio per il flusso ministeriale. Periodo esaminato in base alla data di dispensazione: dal 01/09/2017 al 26/03/2018, suddiviso in tre periodi da 69 giorni, di cui uno precedente e due successivi al 09/11/2017.

Risultati. Dal 01/09/2017 al 26/03/2017, vengono dispensate 867 ricette, riferite a 327 pazienti, da 17 farmacie diverse. I medici prescrittori sono 14. Il numero medio di pazienti trattati per periodo è pari a 159. Dal 01/09/2017 al 08/11/2017 vengono dispensate 236 preparazioni, riferite a 158 pazienti; il prezzo medio della preparazione galenica è 16,79€ (range 10,80€-25,70€). Le ricette dispensate dal 9/11/2017 al 16/01/2018 sono 321, riferite a 170 pazienti; il prezzo medio per preparazione è 30,35€ (range 13,12€-45,78€). Dal 17/01/2018 al 26/03/2018 vengono dispensate 310 preparazioni, per un totale di 148 pazienti; il prezzo medio per preparazione è 31,52€ (range 26,70€-47,30 €).

Conclusione. Il prezzo medio tra primo e terzo periodo ha subito un incremento dell'87,73%. Nonostante il consistente aumento della spesa, il numero di pazienti trattati non è diminuito rispetto al primo periodo, evidenziando un incremento subito dopo l'entrata in vigore della TNM aggiornata. Nel secondo periodo, il prezzo di 34 preparazioni su 321 (10,59%) è stato calcolato utilizzando il vecchio tariffario, probabilmente a causa di un ritardo nell'allineamento da parte delle farmacie alla TNM aggiornata. Sebbene siano necessari dati a lungo termine, i risultati ottenuti suggeriscono che a fronte dell'incremento di prezzo non si è verificata una sostanziale variazione del numero di dispensazioni e pazienti trattati, riconoscendo che la professionalità del farmacista e le sue competenze galeniche permettono di sopperire alla mancanza di idonea specialità medicinale.

Bibliografia. Legge 08/04/1998, n.94; Decreto Ministero della Salute 27/07/2017; Decreto Ministero della Salute 22/09/2017.

[P:067]

INTERVENTI DI CLINICAL GOVERNANCE PER I PAZIENTI ANZIANI IN POLITERAPIA DELLA ASP DI CROTONE

Paola Pennetta ², Pier Paolo Vitale ¹,
Antonio De Franco Iannuzzi ¹, Caterina Rossetti ²

¹ Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, Crotone

² Azienda Sanitaria Locale di Foggia, Foggia

Introduzione. La clinical governance, nella comune accezione di strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali include tra i suoi aspetti principali il controllo dell'interazione tra farmaci, attività che il farmacista territoriale è chiamato sempre più frequentemente a svolgere nella sua attività quotidiana. L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Crotone ha quindi attivato un intervento di gestione della clinical governance per la prevenzione dell'interazione tra farmaci nei pazienti anziani politrattati.

Materiali/metodi. Sono state analizzate tutte le dispensazioni dei farmaci di fascia A effettuate a pazienti ultrasessantenni cinquantenni dalle farmacie convenzionate della ASP di Crotone nell'anno 2017. Le informazioni ottenute dalla società Consis SRL - che ha curato il controllo ricette per conto del Servizio Farmaceutico Territoriale nel periodo in esame - sono state trasmesse e rielaborate dalla ASL di Foggia che ha contribuito, tramite l'utilizzo di un software statistico, alla predisposizione di questionari da sottoporre ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed agli specialisti operanti nella ASP di Crotone al fine di valutare la loro conoscenza del rischio relativo alla interazione tra farmaci nei pazienti anziani in politerapia cronica.

Risultati. Nel periodo in esame il 76,5% dei pazienti (53,6% donne, 46,4% uomini) con età superiore o uguale a 65 anni è risultato in terapia contemporaneamente con almeno 3 farmaci. Tra tutte le associazioni di farmaci il software ha rilevato il rischio di almeno una interazione farmacologica nel 19,7% dei casi. Le interazioni più frequenti sono risultate: ipercalcemia da diuretici risparmiatori di potassio e ACE inibitori (21,3%) seguiti da nausea (20,1%), vomito (19,5%), aritmia da digitali e diuretici tiazidici (2,1%), arresto cardiaco da amiodarone e Ca-antagonisti (1,1%). Vi è da precisare che i risultati presentati non tengono conto di eventuali farmaci non rimborsati dal SSN o di differenti prodotti terapeutici come ad esempio i preparati a base di piante

ufficiali.

Conclusione. La collaborazione tra due Aziende Sanitarie differenti ha consentito di ottenere risultati che altrimenti non sarebbero stati raggiunti e, contemporaneamente, di ottimizzare l'utilizzo le risorse del SSN. I risultati sono stati graditi anche dai medici prescrittori, che hanno avuto modo di individuare i pazienti che presentano rischi di reazioni avverse da interazione farmacologica. È bene poi ricordare che l'attenzione posta dal Servizio Farmaceutico all'argomento ha spinto i medici a rivalutare i trattamenti farmacologici dei pazienti incrementando la qualità e l'appropriatezza delle prescrizioni.

[P:068]

VIGILANZA SULLE FARMACIE DELL'ASL DI CASERTA: 2 ANNI DI ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE ISPETTIVA

Fulvio Pandico, Maddalena Panico,
Gabriella Pezzella, Annamaria Tamburrino
ASL Caserta, Aversa

Introduzione. Tra i compiti istituzionali del Servizio Farmaceutico Territoriale di Caserta è compresa l'attività di vigilanza sulle Farmacie private aperte al pubblico. La vigilanza sulle Farmacie private, è affidata ad un'apposita Commissione ispettiva ed è rivolta a rilevare illeciti di natura amministrativa nella gestione della farmacia, a garanzia di qualità e continuità dell'assistenza farmaceutica sul territorio. Il fine è quello di tutelare la salute pubblica.

Materiali/metodi. La commissione ispettiva è stata a suo tempo istituita con Delibera ASL CE n. 668 del 30/04/2015, alla stregua di quanto previsto nella Delibera regionale n.6 del 9 gennaio del 2013.

Risultati. Il territorio di Caserta comprende 237 farmacie. In due anni di attività dal 2016 al 2017 la percentuale di Farmacie trovate senza nessuna violazione è pari al 49 %. Le violazioni riscontrate più frequentemente riguardano l'assenza di medicinali obbligatori iscritti nella Tab.2 della F.U. a seguire in ex equo ci sono la mancata comunicazione dei collaboratori farmacisti all'ASL e la mancata ottemperanza alle norme sulla tenuta del Registro di entrata ed uscita delle sostanze stupefacenti. Tutte le violazioni riscontrate hanno determinato sanzioni amministrative.

Conclusione. L'attività di vigilanza sulle Farmacie aperte al pubblico è una parte sostanziale delle attività del Servizio Farmaceutico territoriale. La collaborazione dell'Ordine dei farmacisti e di Ferderfarma ha consentito di ridurre notevolmente nel 2017 alcune violazioni frequentemente riscontrate nel 2016. Pertanto, oltre ad aver tutelato la salute pubblica, le ispezioni hanno contribuito a migliorare la gestione professionale della farmacia privata.

[P:069]

OSSIGENO LIQUIDO DOMICILIARE: MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI E APPROPRIATEZZA D'USO

Giovanna Nota, Carmela Maria Candido,
Vittoria Grano, Carlo Franco

S.C. Farmaceutica Territoriale ASL To5, Chieri

Introduzione. In Regione Piemonte l'ossigeno liquido domiciliare per la terapia a lungo termine (OLT) è fornito, attraverso ditte autorizzate dall'ASL di domiciliazione sanitaria del paziente, in distribuzione diretta. L'attivazione della fornitura è soggetta a redazione di un Piano Terapeutico (PT) da parte dello specialista di una struttura pubblica. Essendo l'ossigeno un farmaco salvavita e considerando che l'assunzione ingiustificata può risultare tossica e provocare effetti secondari indesiderati, si è ritenuto necessario impostare un monitoraggio delle prescrizioni tale da identificare eventuali usi non appropriati e sensibilizzare i pazienti sull'importanza della terapia.

Materiali/metodi. Sono state esaminate le pratiche del periodo ottobre-dicembre 2017. Dalle fatture si sono evidenziati i pazienti senza consegne, ma con pratiche ancora aperte. Sono stati elaborati report per estrapolare PT scaduti/in scadenza, sotto/sovrà consumi. Per gli usi non conformi si sono presi in considerazione scostamenti del 25% tra la quantità di ossigeno (litri) consumata teoricamente secondo PT e quella effettivamente consegnata. I pazienti con PT scaduto/in scadenza o con scostamenti sono stati contattati dal Servizio Farmaceutico. Si è instaurata una collaborazione con il reparto di Pneumologia per la revisione dei flussi. Si è utilizzata la banca dati AURA per il controllo dati anagrafici e residenza/domicilio dei pazienti.

Risultati. Sono state analizzate 955 pratiche di OLT. In 18 casi il servizio risultava attivo, ma senza consegne: 11 pazienti erano ricoverati e 7 rifiutavano la consegna. Per questi ultimi si è chiesto di certificare la sospensione dallo specialista. I PT scaduti

sono stati 213. Di questi 104 erano già stati rinnovati, ma non inviati al Servizio Farmaceutico. Si sono analizzate 217 pratiche con flussi superiori al PT e 105 pratiche con consumi inferiori rispetto al prescritto. Le erogazioni di ossigeno con un flusso difforme dal prescritto sono risultate il 33,7% e i PT relativi sono stati variati in base all'effettiva necessità dei pazienti. Sono stati sospesi in totale 78 PT: 57 per decesso dei pazienti, 3 per passaggio a concentratore, 16 per termine terapia, 2 per cambio di domicilio sanitario.

Conclusione. La revisione delle prescrizioni, oltre a garantire un aggiornamento delle pratiche di OLT, ha permesso di rilevare criticità e usi non conformi dell'ossigeno. I controlli effettuati hanno portato a sospendere eventuali usi non appropriati e ad adeguare i flussi alle effettive necessità dei pazienti. Inoltre, l'invito a sottoporsi alle periodiche rivalutazioni per il rinnovo del PT, è stato utile per sensibilizzare i pazienti ad un uso attento dell'ossigeno.

[P:070]

BIOSIMILARI: ANALISI QUINQUENNALE SU UTILIZZO E PENETRAZIONE NEL TERRITORIO

Andrea Angelo Nisic, Ferdinando Panzeri, Matteo Avantaggiato, Antonio Pirrone, Maria Grazia Pizzonia, Adele Manfredi, Veronica Marangon, Giorgia Palmieri, Valter Valsecchi
Dipartimento Cure Primarie - ATS Brianza, Monza

Introduzione. La competizione proposta dai biosimilari offre vantaggi economici liberando risorse da reinvestire nelle terapie innovative anche alla luce del nuovo Position Paper AIFA. Con l'analisi delle prescrizioni si monitorizza il consumo e si evidenzia la propensione alla loro scelta oltre che a valutare l'impatto e la penetrazione sul territorio attraverso il confronto delle prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto (biosimilari ed originator) con quelli a brevetto non scaduto per le diverse categorie.

Materiali/metodi. Analisi massiva e valutazione dei consumi in DDD dei farmaci biologici erogati dalle farmacie territoriali (Fonte:DB Regionale Farmavision) e piani terapeutici (PT) con focus ai pazienti drug-naive e penetrazione dei biosimilari sul territorio di competenza. Periodo considerato:anni 2013-2017

Risultati. Epoetine: la prescrizione di molecole a "brevetto scaduto" sull'intera classe è 2013: 23%; 2014:26%; 2015:30%; 2016:40%; 2017:44%. Penetrazione: 2013: 17.8%;2014: 39.2%; 2015:51.7%;2016:51.1%,2017:56.2%. I biologici a brevetto non scaduto rappresentano nel 2017 il 55,7 % dei consumi; Darbepoetina-alfa è tra le molecole a brevetto non scaduto long-acting costantemente più prescritta. La prescrizione di biosimilari nei pazienti naive è pari al 22% (PT). Fattori stimolanti colonie: la prescrizione di molecole a "brevetto scaduto" sull'intera classe è: 2013:15%;2014:22%;2015:23%;2016:24%;2017:23%.Penetrazione:2013:64.7%;2014:86.9%;2015:83.6%;2016:89%;2017:9 % la più alta in assoluto. Nel 2017 il principale biosimilare prescritto è Zarzio®,in continua riduzione la prescrizione dell'Originator (Granulokine 1,5%), in leggera riduzione il consumo di Pegfilgrastim(68%)long-acting.La prescrizione di biosimilari nei pazienti naive è pari al 50% (PT). Somatropina: la prescrizione di molecole a "brevetto scaduto" sull'intera classe è 2013:24%; 2014:27%; 2015:31%; 2016:29%; 2017:23%. Penetrazione: 2013:11.1%; 2014:13.4%; 2015:32.2%; 2016: 17 %, 2017: 22,9 %. Il consumo di biosimilari nel 2017 ha registrato un leggero incremento pari 4,6 rispetto al 2016. Anche per il 2017 è costantemente l'impiego del farmaco originator Genotropin® 23% e dei farmaci a brevetto non scaduto quali Norditropin® 21,8% e Humatrope®19.4%. La prescrizione di biosimilari nei pazienti naive è pari al 100% (PT) ma il numero di PT emessi è limitato.

Conclusione. Lo studio permette di constatare che, nell'ultimo quinquennio, la penetrazione del biosimilare è in costante aumento nell'area dei fattori stimolanti colonie con seppur lenta crescita per le epoetine; in ripresa la Somatropina dopo la battuta di arresto del 2016. Molto ci si aspetta per l'anno in corso visto il nuovo Position Paper AIFA dove per la prima volta si afferma il principio dell'intercambiabilità che viene estesa a tutti i pazienti (naive e non). L'ATS Brianza effettua un costante monitoraggio dei biosimilari sul territorio, captando le variabili ed intervenendo sulle situazioni critiche, fornendo agli operatori professionali il supporto per orientare le scelte prescrittive al fine di incrementare la prescrizione/erogazione dei farmaci Biosimilari e allocare al meglio le risorse.

[P:071]

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA): PERCORSO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

Rossana Monciino¹, Silvia Scalpello²,

Maddalena Galante¹, Roberta Giacometti¹, Alessia Pisterna³

¹ SC Farmaceutica Territoriale - ASL Vc, Vercelli

² SSFO Università degli Studi del Piemonte Orientale, Novara

³ SCDO Farmacia Ospedaliera A.O.U. Maggiore Carità, Novara

Introduzione. Fino al 2014, la fornitura di farmaci alle RSA prevedeva l'evasione da parte della Farmacia Ospedaliera di una richiesta cumulativa dei farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale. Dal 2015 il percorso è stato revisionato con l'attivazione di un progetto di appropriatezza prescrittiva (AP) coordinato dalla S.C. Farmaceutica Territoriale, che ha previsto l'inserimento della richiesta nominativa per gli ospiti. Ciò ha permesso di avviare percorsi di monitoraggio finalizzati al miglioramento del servizio offerto ai pazienti ospiti, nonché un controllo dei costi della spesa farmaceutica, limitando la prescrizione del MMG alle richieste estemporanee e/o alle sole urgenze.

Materiali/metodi. Le verifiche di AP sono iniziate nel 2015 con l'inserimento dei campi "note AIFA" e "Piano Terapeutico". Nel 2016 è stata richiesta la "posologia", in modo da verificarne le quantità e dal 2017 la documentazione o la diagnosi a supporto di terapie con eparine a basso peso molecolare (EBPM) o antibiotici. Per ogni RSA è stato creato un Database Access che permette il caricamento della richiesta nominativa e le verifiche attraverso query impostate. Ad ogni richiesta farmaci verificata, viene restituito alla struttura il documento "controlli appropriatezza prescrittiva" contenente l'elenco delle prescrizioni di cui si richiedono le controdeduzioni.

Risultati. I risultati riguardano il periodo 2015 - 2017: le RSA arruolate sono passate da 9 a 14, con un aumento del numero di prescrizioni da 16.237 a 40.486. Nonostante ciò, nel triennio il numero dei controlli di AP si è ridotto, passando dal 4% al 2%. Riguardo la tipologia di inappropriatezza, la più frequente è la mancanza della nota AIFA (21%), seguita dalla quantità richiesta non coerente con la posologia indicata (13%). Si è osservato un aumento delle richieste conformi dal 5% al 26%. Tutti i codici fiscali degli ospiti sono stati verificati rispetto a prescrizioni sul territorio in convenzionata e DPC. La spesa complessiva pro-capite, intesa come sommatoria di diretta, convenzionata e DPC è diminuita, passando da € 417 a € 340,61.

Conclusione. Il progetto ha messo in evidenza come il farmacista sia una figura di supporto alla prescrizione farmaceutica, operando trasversalmente tra Ospedale e Territorio, al fine di ottimizzare la terapia farmacologica per i pazienti ricoverati in RSA. Il percorso di AP implementato rappresenta, inoltre, un significativo momento di condivisione nell'ambito della Commissione Distrettuale di Appropriatezza Prescrittiva e all'interno della Commissione Farmaceutica Interna.

Bibliografia. DGR 2 agosto 2013, n. 85-6287. DGR 30 luglio 2012, n. 45-4248.

[P:072]

ANALISI DELLE PRESCRIZIONI DEGLI ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI (DOAC) NELL'ASL TO3 DELLA REGIONE PIEMONTE NEL TRIENNIO 2015-2017: ESISTE UNA GIUSTIFICAZIONE OGGETTIVA PER CONSUMI COSÌ ELEVATI?

Maurizio Medail, Elena Viglione, Stefania Strobino,

Marco Lecis, Grazia Ceravolo

S.C. Farmacia Ospedaliera e S.C. Farmaceutica Territoriale ASL To3, Rivoli (TO)

Introduzione. La spesa per la distribuzione di farmaci DPC nell'ASLTO3 risulta particolarmente elevata rispetto ai valori regionali ed un'analisi approfondita ha evidenziato che i principali responsabili di tale differenza sono i nuovi anticoagulanti orali (DOAC), con un consumo medio nell'anno 2017 superiore del 20% rispetto alla media regionale ed un tasso di crescita dei consumi tra i più elevati. Scopo di questo lavoro è individuare dei fattori oggettivi che possano giustificare la grande differenza di consumo di DOAC nell'ASL TO3 rispetto alla media regionale.

Materiali/metodi. Le ricette DPC dei farmaci antitrombotici con codice ATC B01A del triennio 2015-2017 sono state estratte dal database della ditta di digitalizzazione S2i-Italia. I confronti con le altre ASL e con la media regionale sono stati condotti con il database Farma360-IMS. I dati sono stati elaborati con MS-Access e MS-Excel.

Risultati. Nel triennio 2015-2017 8.269 pazienti hanno ricevuto prescrizioni di DOAC. Il 36,2% ha assunto rivaroxaban, il 31,4% apixaban, il 30,6% dabigatran ed il 6,0% edoxaban. L'età media dei pazienti era di 75,9±10,3 anni; il 50,5% erano maschi. I pazienti in trattamento nell'ultimo trimestre 2017 erano quasi quadruplicati rispetto al primo trimestre 2015 ed il 75,6% dei pazienti in terapia all'inizio del triennio era ancora in terapia al

termine del periodo. Il 4,1% dei pazienti ha cambiato DOAC. Il 10% circa dei pazienti non ha ricevuto prescrizioni di altri antitrombotici prima dei DOAC, mentre tra i restanti pazienti il 50,8% era in TAO con AVK, il 36,4% assumeva antiaggreganti piastrinici ed il 12,5% ebpm. Il confronto del numero di pazienti trattati con DOAC per 1.000 residenti nei diversi Distretti Territoriali dell'ASL evidenzia invece un maggior numero di pazienti nel Distretto "Valsusa e Valsangone": +20,7% rispetto alla media aziendale e +27,4% rispetto alla media dei Distretti prevalentemente urbani. In questo Distretto, che presenta la maggiore estensione di territori rurali e montani, risiede il 24,7% dei pazienti in terapia con DOAC nell'ASL TO3. Non si evidenziano invece differenze rispetto alla media aziendale per quanto riguarda la percentuale di pazienti in TAO con AVK prima dell'inizio della terapia con DOAC.

Conclusioni. L'ASL TO3 presenta un'elevata complessità geografica con ambienti urbani intensamente popolati e vaste aree rurali e montane spesso lontane dai presidi territoriali dell'ASL. Questa analisi ha permesso di evidenziare che il maggiore utilizzo di tali farmaci nell'ASL TO3 rispetto alle medie regionali trova parziale giustificazione nella maggiore prescrizione nelle geografiche dove è più difficile la gestione della TAO con AVK.

[P:073] APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E MONITORAGGIO D'USO DEI FARMACI ORALI E INIETTIVI PER LA TERAPIA DELLA SCLEROSI MULTIPLA

Alessia Sartori¹, Silvia Lapadula¹, Elena Bazzoni¹, Sara Ferrari¹, Caterina Fiazza², Francesca Gatti¹, Maria Luigia Giusto¹, Martina Mazzari¹, Chiara Seccaspina¹, Stefano Vecchia², Luisa Costa¹, Antonella De Masi¹, Lucio Di Castri¹, Therese Gregori¹, Melfa Alessandra¹, Simonetta Radici³

¹ Farmacia Territoriale, Direzione Tecnica di Farmacia, AUSL di Piacenza, Piacenza

² Farmacia Ospedaliera, Direzione Tecnica di Farmacia, AUSL di Piacenza, Piacenza

³ Direzione Tecnica di Farmacia, AUSL di Piacenza, Piacenza

Introduzione. I farmaci orali per la terapia della sclerosi multipla (dimetilfumarato, teriflunomide, fingolimod) hanno modificato lo scenario per il trattamento della patologia, a causa di una maggior compliance del paziente grazie alla differente via di somministrazione rispetto agli interferoni (IFN) e al glatiramer (GA) e della mancanza degli effetti indesiderati legati ad essi. A livello regionale, dimetilfumarato (DMF) e teriflunomide (TFM) sono di prima linea, raccomandati qualora i pazienti non accettino terapie iniettive, presentino controindicazioni a IFN/GA o quando tali farmaci non risultino tollerati/efficaci. Fingolimod è farmaco di seconda linea. Obiettivo del lavoro è quello di analizzare le prescrizioni dei pazienti affetti da sclerosi multipla trattati presso il centro di riferimento dell'Azienda Sanitaria al fine di monitorare l'orientamento delle scelte terapeutiche a seguito dell'introduzione di TRF, DMF e fingolimod, valutando l'aderenza al trattamento.

Materiali/metodi. Mediante il programma di erogazione diretta farmaci, sono state ricavate le erogazioni di IFN (interferone beta 1-a, 1-b, peg-interferon beta 1a), GA, DMF, TFM, fingolimod ai pazienti afferenti all'Azienda nel periodo 01.01.2017-31.05.2018. Sono stati valutati gli shifts terapeutici e le relative motivazioni a supporto attraverso la visione dei referti delle visite neurologiche consultabili, verificandone l'appropriatezza rispetto alle raccomandazioni regionali.

Risultati. I pazienti in terapia nel periodo considerato sono 218. Le consegne di farmaco sono state per il 32% di IFN beta 1-a, 21% di dimetilfumarato, 16% di glatiramer, 13% di fingolimod, 12% di teriflunomide, 4% di peg-interferon beta 1a, 2% di IFN beta 1-b. 24 pazienti hanno effettuato shifts terapeutici. 13 hanno shiftato da IFN/GA a farmaci orali (11 a TFM/DMF e 2 a fingolimod) a causa principalmente di un peggioramento della patologia. 7 hanno shiftato da TFM/DMF a fingolimod per effetti avversi (epigastralgia, flushing, leucopenia) e peggioramento della patologia in percentuale analoga. 2 hanno shiftato da TFM/DMF a interferoni per epigastralgia, nausea, vomito, 1 da dimetilfumarato a teriflunomide per leucopenia, 1 da fingolimod a dimetilfumarato per ipertransaminasemia.

Conclusioni. Nel periodo considerato, l'entità di prescrizione di farmaci orali e IFN/GA è pressoché analoga. La maggior parte degli shifts terapeutici ai farmaci orali è dovuta al peggioramento della patologia in terapia con IFN/GA, in accordo con le raccomandazioni regionali. Tuttavia sono da segnalare gli effetti avversi dovuti all'utilizzo dei farmaci orali, il che fa concludere che sia necessaria una cautela nella loro prescrizione e nel

monitoraggio del paziente. Pur costituendo un'ottima opzione terapeutica per la via di somministrazione, sono necessarie ulteriori indagini al fine di valutarne la sicurezza e l'efficacia.

[P:074]

FOCUS PRESCRITTIVO INIBITORI DI POMPA PROTONICA

Gianluca Grimaldi¹, Almagrazia Giannandrea², Luciana Lagravinese², Angela Sanrocco², Patrizia Zuppardi², Angela Chielli²

¹ Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco, Università degli Studi Aldo Moro, Bari

² ASL Bari, Bari

Introduzione. Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) vengono considerati da AIGO, SIF e FIMMG i farmaci più efficaci nell'inibire la secrezione gastrica. Dai dati sull'uso dei farmaci si evince che gli IPP sono tra i 10 principi attivi, a brevetto scaduto, con un maggior impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata. Studi hanno evidenziato come questi siano prescritti inappropriatamente nel 50% degli assistiti, con un impatto economicamente negativo, nonostante siano prescrittibili a carico del SSN limitatamente alle note AIFA 1 e 48.

Obiettivo del lavoro è stato monitorare il numero di pazienti in trattamento con IPP, senza i criteri di rimborsabilità, in una ASL con una popolazione residente di 1.206.142.

Materiali/metodi. Per l'analisi sono stati considerati i p.a. (ATC: A02BC): esomeprazolo, lansoprazolo, omeprazolo, pantoprazolo e rabeprazolo. Tramite il sistema informatico sanitario regionale, sono stati estrapolati i dati delle prescrizioni SSN per l'anno 2017 e 1° quadrimestre 2018. In relazione ai criteri della Nota 1, è stato analizzato, nei 6 mesi precedenti la data della prescrizione, il numero di assistiti, con prescrizione di IPP, che fossero: o in terapia con ASA a basse dosi; o in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), di cui alla Nota 66. In relazione ai criteri della Nota 48, è stato analizzato il numero di assistiti per i quali le quantità prescritte (espresse in DDD) eccedevano le sei settimane di terapia.

Risultati. Nel 2017, gli assistiti trattati con IPP sono stati 235.960 (146.209 con Nota 1 e 129.551 con Nota 48). Il farmaco maggiormente prescritto è stato il Pantoprazolo (39,24%). Il n. di assistiti senza i criteri di rimborsabilità è stato: 44.172 (30,21%) Nota 1; 7.778 (6,00%) Nota 48. Nel 1° quadrimestre 2018, gli assistiti trattati con IPP sono stati 152.364 (88.825 con Nota 1 e 69.924 con Nota 48). Il farmaco maggiormente prescritto è stato il Pantoprazolo (38,44%). Il n. di assistiti senza i criteri di rimborsabilità è stato: 38.269 (43,08%) Nota 1; 6.739 (9,64%) Nota 48.

Conclusioni. Dall'analisi si evince che, nel periodo analizzato, soprattutto per i criteri di rimborsabilità della Nota 1, circa il 40% degli assistiti sono stati trattati per indicazioni per le quali non è prevista rimborsabilità e non è assicurato il giusto rapporto beneficio/rischio, specialmente per un uso cronico. Limitando la prescrizione degli IPP alle indicazioni sperimentate, autorizzate e rimborsate, se ne determinerebbe un uso sicuro, efficace ed appropriato, oltre che si contribuirebbe alla razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Bibliografia. Sinossi uso clinico IPP (AIGO/SIF/FIMMG).

[P:075]

ANALISI DEI CONSUMI DEI FARMACI EROGATI NEL 2017 DALLA FARMACIA TERRITORIALE ALLE CASE CIRCONDARIALI: IL FARMACISTA DEI SERVIZI TERRITORIALI E L'UTILIZZO APPROPRIATO DEI FARMACI

Mario Giuffrida¹, Gaetano Fabrizio Cannizzo Italiano², Francesca Maria Cafà², Loredana Medico¹

¹ ASP Caltanissetta, Caltanissetta

² Università di Catania, Catania

Introduzione. Il Decreto Legislativo 222 del 15/12/2015 ha affidato alla Farmacia Territoriale dell'ASP l'approvvigionamento dei farmaci da utilizzare negli istituti penitenziari provinciali. Presso la nostra ASP afferiscono 3 Case Circondariali: C, G, S e un Istituto Penale (IP) per minori (M) per un totale di 401 detenuti. Per verificare l'uso appropriato dei farmaci, in assenza di dati storici, abbiamo studiato i consumi, per ATC e per principio attivo, dei farmaci dispensati alle 4 strutture nel 2017 confrontandone i risultati coi dati nazionali. L'obiettivo è stato quello di evidenziare eventuali scostamenti sia come ATC che per tipologia di farmaco più utilizzato.

Materiali/metodi. Attraverso il gestionale in dotazione, sono stati estrapolati reports riguardanti i consumi totali del 2017 per ciascuna delle 4 strutture. I dati sono stati suddivisi per singolo principio attivo e per i 5 livelli gerarchici di ATC. I consumi sono stati calcolati in base alle unità posologiche dispensate ed i

risultati sono stati elaborati in termini percentuali per facilitarne il confronto.

Risultati. Nella Casa Circondariale C il 36% dei consumi riguarda i farmaci afferenti alla ATC N, il 19,5% afferenti alla A e il 17% alla C. Tra gli N il 51% è rappresentato da psicolettici N05 con un picco di dispensazioni di Quetiapina e Lorazepam. Presso la struttura S, il consumo dei farmaci afferenti alla N è stato del 34%, 29% per la A. All'interno della classe N il farmaco più consumato è stato il Lorazepam con il 49%. Anche presso la CC di G la classe Terapeutica più dispensata è stata la N con il 34%, al cui interno, il 71 % afferisce alla N05 con consumi elevati di Lorazepam (36%) e Triazolam (25%). Nell'IP per minori risulta sempre alta la percentuale di consumo dei farmaci N (35%) ma con una lieve prevalenza degli N02 (Paracetamolo 38%) contro il 31% degli N05 (Quetiapina e Lorazepam rispettivamente 43% e 36%).

Conclusione. I risultati ottenuti per classificazione ATC, confrontati con le medie nazionali, risultano allineati anche se un'analisi dettagliata dei singoli principi attivi, mostra un trend diverso: elevato consumo di Omeprazolo (A02) per la CC di C e S; di Nimesulide (M01) per l'IP per minori, e di Acido Acetilsalicilico (B01) per la CC di G. Il confronto dei dati ed il monitoraggio continuo è indispensabile per verificare l'uso corretto dei farmaci e intercettare eventuali distorsioni su cui intervenire.

Bibliografia. - Decreto Legislativo 15 dicembre 2015 n. 222 (GU Serie Generale n.16 del 21-01-2016).

[P:076]

ANALISI DELLE PRESCRIZIONI DI SOMATOTROPINA INDOTTE DALLA U.O. PEDIATRIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SENIGALLIA (ASUR MARCHE)

Michele Gentili, Giorgia Palmieri, Romina Mancini, Lucia Racca ASUR Marche, Area Vasta 2, Uo Farmacia Ospedaliera, Senigallia

Introduzione. I medicinali contenenti somatotropina (ATC H01AC01) sono dispensati nelle Marche tramite distribuzione per conto (DPC) e sono prescritti da pediatri o medici convenzionati su diagnosi e piano terapeutico di centri autorizzati al trattamento degli ipostaturalismi (in piattaforma RNAOC web based). Nelle Marche il medicinale contenente somatotropina a minor costo è Omnitrope® (rimborso alle farmacie convenzionate 17,26 Euro al mg - settembre 2017). Obiettivo dell'analisi è di eseguire uno studio di farmaco-utilizzazione e valutazioni economiche attraverso comparazioni tra i medicinali contenenti somatotropina più prescritti e l'equivalente a minor costo. L'analisi si è focalizzata sulle prescrizioni indotte dalla U.O. Pediatria dell'Ospedale di Senigallia (centro autorizzato nelle Marche alla prescrizione web based della somatotropina).

Materiali/metodi. La procedura seguita consta di tre fasi. In primis è stata effettuata un'exportazione in excel delle prescrizioni in DPC della classe ATC H01AC01 (nome paziente, età, AIC, farmaco, formato, mg confezione, quantità, date di prescrizione/spedizione), periodo gen-set 2017 (applicativo Apoteke® ditta Record Data). In secundis dal file sono stati selezionati i pazienti seguiti dall'UO Pediatria Senigallia mediante incrocio con file del Servizio Farmaceutico riportante la trasposizione dei piani terapeutici cartacei da web form RNAOC. Il file ottenuto è stato infine incrociato con file aggiornato elencante tutti i medicinali nel canale DPC per ottenere i relativi prezzi di acquisto.

Risultati. I pazienti oggetto di analisi - ossia quelli dell'UO Pediatria Senigallia per i quali erano disponibili i piani web based - sono risultati essere 25 nel periodo considerato. La specialità più prescritta è risultata Saizen 8mg Click® (spesa netta totale 75.647 Euro), la seconda più prescritta è risultata essere Zomacton® 4mg fl. (spesa totale 53.913 Euro). Le due specialità risultano essere le più costose tra quelle disponibili nel canale DPC (rispettivamente 62,21 e 86,40 Euro al mg di principio attivo contenuto nella confezione). Viceversa non è mai stata prescritta la specialità meno costosa per la Regione Marche (Omnitrope®).

Conclusione. Il risparmio che sarebbe potuto essere ottenuto utilizzando in sostituzione la specialità meno costosa ammonta, ad euro 163.000, così calcolato: [mg totali prescritti x rimborso effettivo alle farmacie] - [mg totali prescritti x prezzo di rimborso al mg della specialità meno costosa]. Tali informazioni sono state condivise con la Direzione Medica e con il reparto (dicembre 2017) pertanto, sulla scorta della rivalutazione dei profili prescrittivi specifici, l'aspettativa si traduce in una consistente diminuzione dei costi con la predisposizione di nuovi piani web based comprendenti anche farmacoterapie con le specialità a minor costo.

[P:077]

ANALISI DEI DOSAGGI E DEI FORMATI DI COLECALCIFEROLO MAGGIORMENTE PRESCRITTI NEL DISTRETTO DI SENIGALLIA (ASUR MARCHE)

Michele Gentili, Giorgia Palmieri, Romina Mancini, Lucia Racca ASUR Marche, Area Vasta 2, Uo Farmacia Ospedaliera, Senigallia

Introduzione. La DGRM 963/2017 indica per gli enti del SSR obiettivi di appropriatezza terapeutica connessi al contenimento delle risorse economiche disponibili. Obiettivo dello studio è di effettuare uno studio di farmaco-utilizzazione e valutazioni economiche sulle prescrizioni di colecalciferolo (ATC:A11CC05) nel distretto di Senigallia, nel quale si evidenzia una crescita della spesa tra le più alte in ambito regionale nel 2017.

Materiali/metodi. Dagli archivi della Farmaceutica Convenzionata del database Apoteke gold®, sono state estrapolate le prescrizioni dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, nel periodo gennaio-novembre 2017 e gennaio-novembre 2016, in termini di UI di tutte le specialità medicinali a base di colecalciferolo nelle diverse forme e dosaggi (flaconcini orali 25.000 e 50.000 UI, gocce 10.000 UI e fiale i.m./os 100.000 e 300.000 UI) nonché dei diversi formati (confezioni da uno/due flaconcini). Tali dati sono stati incrociati con i prezzi della Lista di Trasparenza AIFA.

Risultati. Dal confronto dei periodi indicati è emerso un incremento generale di spesa (+37,5%) e UI prescritte (+34,5%). I flaconcini orali rappresentano le forme responsabili del maggiore incremento di UI, in particolare i formati da due flaconcini (per os da 25.000 UI + 455,6%, per os da 50.000 UI +246,9%). Nel 2017 la quota dell'insieme dei flaconcini orali sul totale rappresenta il 77,0% (+13,23%), le gocce il 13,1% (-22,0%), le fiale il 9,9% (-34,9%). Il prezzo di riferimento AIFA ricalcolato per 1.000 UI è compreso tra 0,0058 Euro (fiale 300.000 UI) e 0,18 Euro (un flaconcino orale 25.000 UI).

Conclusione. La spesa decresce all'aumentare della convenienza della forma/formato in commercio (eccezione flaconcino singolo 50.000 UI). Nel 2017 vs. 2016 aumenta la prescrizione dei formati più costosi (flaconcini) e diminuiscono i meno costosi (fl. IM/OS). Il formato meno conveniente (OS 25.000 UI, un flaconcino), pur diminuendo del 26,5% rispetto al 2016, rimane quello a maggior spesa (161.372,97 Euro). Si evidenzia che le forme più convenienti favoriscono maggiore compliance (fiale da 300.000 UI fornisce un anno di copertura terapeutica in soggetti non ad alto rischio). La spesa di 465.000 Euro circa (3.851.025.000 UI totali prescritte nel periodo gen-nov 2017) sarebbe potuta essere di circa 22.500 euro se la scelta prescrittiva fosse ricaduta sulle fiale da 300.000 UI (mancato risparmio di circa 440.000 Euro). I dati descritti sono stati condivisi con il Direttore del Distretto e con la classe medica, per accrescere consapevolezza della compliance ed i costi delle forme e dei formati di colecalciferolo disponibili in commercio.

[P:078]

ISPEZIONI IN FARMACIA E MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI: UTILE ELEMENTO DI GOVERNANCE DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Maria Anna D'Agata¹, Maria Anna Gulisano¹, Ester Garaffo¹, Barbara De Santis²,

Martino Di Pietro², Carla Sapienza², Franco Rapisarda¹

¹ Dipartimento del farmaco asp Catania, Catania

² Scuola di specializzazione farmacia ospedaliera università degli studi di Catania, Catania

Introduzione. La Commissione Ispettiva ASP, nel 2016, nelle attività di controllo presso una farmacia ha reperito numerose confezioni di farmaci prive della fustella (circa 1200), sequestrate grazie all'ausilio dei carabinieri NAS. I farmaci ritrovati appartenevano alle classi di antimicotici, antivirali, antibiotici e respiratori. La rilevante presenza di confezioni di Fluconazolo ha indotto ad un monitoraggio delle prescrizioni del farmaco, che ha fatto emergere un ristretto numero di MMG (6) con prescrizioni elevate, spedite principalmente in due sole farmacie, oltre che in quella oggetto dell'ispezione. I risultati del monitoraggio sono stati trasmessi ai carabinieri ed alla Procura per le conseguenti attività di indagine. Obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'andamento prescrittivo dei predetti MMG e la variazione del fatturato delle farmacie coinvolte alla luce delle attività ispettive messe in campo.

Materiali/metodi. I dati sono stati estrapolati da Farmanalisi, sistema informatico utilizzato dall'ASP, che cataloga i dati delle ricette SSN. È stato valutato l'andamento prescrittivo complessivo e nel dettaglio del fluconazolo, per i 6MMG, riferito al I° trimestre 2016, 2017 e 2018, anno successivo al periodo delle indagini. È stato valutato anche il fatturato delle 2 farmacie coinvolte per i

predetti periodi mentre la farmacia ispezionata non è stata valutata in quanto è stata sanzionata con un lungo periodo di chiusura.

Risultati. I risultati ottenuti hanno mostrato per tutti e sei una riduzione generale nel numero di prescrizioni che ha comportato per: DottA - 35% numero confezioni prescritte - 49 % spesa; DottB -71% numero confezioni prescritte - 65 % spesa, percentuali che fanno sì che nella graduatoria per spesa dei MMG passi dal 5 posto al 498; DottC - 41% numero confezioni prescritte e - 61 % nella spesa prodotta, graduatoria per spesa da 344 a 699. Più modeste, ma già più contenute in partenza, le riduzioni osservate per gli altri tre. I dati relativi al fluconazolo per i primi tre MMG mostrano riduzioni nel numero di confezioni importanti: DottA -63%; DottB -74%; DottC -97%. Le farmacie hanno mostrato le seguenti riduzioni nel fatturato lordo: Farma1 - 32% e Farma2 -15%.

Conclusione. Da questa esperienza emerge l'importanza del ruolo svolto dal farmacista territoriale nelle attività di monitoraggio delle prescrizioni e nelle ispezioni delle farmacie. Strumenti che possono fornire un utile contributo alla governance della spesa farmaceutica, facendo emergere sprechi di risorse che oggi non è possibile tollerare. Occorrerebbe però mettere in campo misure legislative più pronte e severe quale efficace deterrente.

[P:079]

MONTELUKAST NELLA POPOLAZIONE PEDIATRICA:

ANALISI DEGLI USI OFF LABEL PER INDICAZIONE

Maria Gagliardo¹, Paola D'Andrea¹, Angela Sanrocco², Almagrazia Giannandrea²,

Luciana Lagravinese², Patrizia Zuppari², Angela Chielli²

¹ Università degli studi di Bari_SSSO, Bari

² Area Farmaceutica Territoriale, ASL Ba, Bari

Introduzione. Il Montelukast, inibitore dei recettori leucotrienici, è uno dei farmaci più utilizzati in pediatria per il trattamento dell'asma. La prescrizione a carico del SSN dei medicinali a base di montelukast è soggetta alla nota AIFA n. 82, che limita l'utilizzo al trattamento di seconda linea dell'asma moderata persistente, in aggiunta agli steroidi per via inalatoria, quando questi non garantiscono un controllo adeguato della patologia, anche dopo associazione con beta 2 agonisti ed alla profilassi dell'asma da sforzo. L'Area Farmaceutica Territoriale ha svolto un'analisi retrospettiva delle prescrizioni di montelukast in età pediatrica, con l'obiettivo di individuare eventuali utilizzi off-label per indicazione e promuovere l'appropriatezza prescrittiva.

Materiali/metodi. La valutazione delle prescrizioni off-label per indicazione è stata effettuata limitando l'osservazione ai soli pazienti di età compresa tra 0-4 anni. In questa fascia di età, considerata l'attività motoria poco rappresentativa, l'indicazione di utilizzo del montelukast, ai sensi della nota AIFA 82, è esclusivamente quella relativa al trattamento di seconda linea dell'asma moderata resistente in aggiunta agli steroidi per via inalatoria, quando questi non garantiscono un controllo adeguato della patologia. Tramite il Sistema Informativo Regionale sono stati estrapolati i dati relativi a pazienti con prescrizioni spedite in convenzionata di montelukast e corticosteroidi per via inalatoria dal 01/01/2016 al 31/12/2017. Tra i trattati con montelukast sono stati individuati i naive nell'anno 2017 e di questi valutata la presenza di prescrizioni di corticosteroidi nel periodo precedente, al fine di individuare i pazienti con prescrizioni off-label per indicazione.

Risultati. Di 2335 assistiti che hanno ricevuto una prima prescrizione di montelukast nel 2017, 670 (28,7%) non presentavano precedenti prescrizioni di corticosteroidi inalatori nel biennio in esame. Di questi assistiti con prescrizioni off-label per indicazione 285 (42,6%) di età 0 anni; 92 (13,7%) di età 1 anno; 91 (13,6%) di età 2 anni; 116 (17,3%) di età 3 anni e 86 (12,8%) di età 4 anni.

Conclusione. Dall'elaborazione dei dati è emerso che un numero elevato di pazienti ha ricevuto prescrizioni di montelukast a carico del SSN al di fuori delle condizioni previste dalla nota AIFA n. 82. Al fine di promuovere l'utilizzo appropriato del farmaco, i risultati dell'analisi sono stati sottoposti all'attenzione dei Direttori di Distretto di appartenenza del pediatra di libera scelta (PLS) prescrittore con il relativo report di dettaglio contenente le prescrizioni inappropriate.

[P:080]

NUOVI FARMACI ANTIDIABETICI:

ANALISI DI APPROPRIATEZZA

Paola Franco De Gregorio, Antonio Romano, Simona Mirarchi, Luciana Florio

ASP Cosenza, Farmaceutica Territoriale Tirreno Pollino Esaro, Cosenza

Introduzione. La prescrizione dei nuovi antidiabetici (incretine/inibitori DPP-4 e inibitori SGLT-2) avviene tramite PT, secondo specifici criteri stabiliti dall'AIFA. L'obiettivo è valutare l'appropriatezza prescrittiva di tali farmaci in due dei sei Distretti del territorio di competenza, in cui, nel triennio 2015-2017, si è registrato un incremento del numero di pazienti rispettivamente del 18,6% e 22,5%, con conseguente aumento della spesa farmaceutica. In particolare si è voluto verificare: se tali farmaci vengano utilizzati come seconda scelta; se la prescrizione avviene secondo le associazioni previste dal piano terapeutico; se il ricorso alla monoterapia risponde ai casi contemplati dall'AIFA.

Materiali/metodi. Sono state analizzate le prescrizioni di tutti i farmaci antidiabetici (sia in convenzionata che in DPC) effettuate per il triennio 2015-2017, estratte dal database aziendale, elaborate con il programma Microsoft Excel. Per il 2017, le prescrizioni sono state confrontate con i relativi PT. Per ogni distretto è stato creato specifico database.

Risultati. Nel primo distretto è emerso che nel triennio 2015-2017, a fronte di 10.525 pazienti totali trattati, circa 670 sono risultati pazienti naive, di cui: 500 (74,6%) hanno ricevuto prescrizioni corrette (come seconda scelta), 93 (13,8%) prescrizioni improprie (come prima scelta), 77 (11,4%) sono risultati pazienti fuori distretto di competenza. Nel secondo distretto, a fronte di 16.273 pazienti, i naive sono risultati 1.015, di cui con prescrizioni corrette 614 (60,5%), improprie 175 (17,2%), 226 (22,2%) fuori distretto. Inoltre, per quanto riguarda le prescrizioni di incretine/inibitori DPP-IV, effettuate nel triennio 2015-2017, è emerso che nel primo distretto, su 1.153 pazienti in trattamento con tali farmaci, ne sono risultati in monoterapia 259(22,4%), di cui 215(83%) hanno ricevuto prescrizioni di inibitori DPP-IV rimborsabili in caso di CLCr<50ml/min, mentre 44 (17%) hanno ricevuto prescrizioni improprie con incretine/inibitori DPP-IV che non prevedono l'eccezione dell'insufficienza renale; nel secondo distretto su 1.494 pazienti, 177 (11,8%) erano in monoterapia di cui 27(15,2%) con prescrizioni improprie. Infine le associazioni improprie nel primo distretto sono state rilevate per 103 pazienti su 2.252 (4,5%), mentre nel secondo distretto per 631 su 3.739 (16,8%).

Conclusione. L'analisi dei dati dei due distretti, a cui afferiscono circa 15 specialisti, evidenzia che la prescrizione dei nuovi antidiabetici mostra alcune criticità, che hanno portato, nel corso del 2017, ad un'attività formativa/informativa con i diabetologi, attraverso note ed incontri, al fine di superare insieme le problematiche evidenziate. Con il prosieguo del monitoraggio nel 2018, si comprenderà in modo chiaro se l'attività svolta ha indirizzato verso l'appropriatezza prescrittiva l'utilizzo dei nuovi antidiabetici.

[P:081]

NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI:

A CIASCUNO IL SUO DOSAGGIO

Sara Ferrari¹, Chiara Seccaspina¹, Alessia Sartori¹, Maria Luigia Giusto¹, Silvia Lapadula¹, Elena Bazzoni¹, Francesca Chiara Gatti¹, Martina Mazzari¹, Alessandra Melfa¹, Antonella De Masi¹, Caterina Fiazza², Stefano Vecchia², Lucio Di Castri¹, Therese Gregori¹, Luisa Costa¹, Simonetta Radici³

¹ Farmacia Territoriale, Direzione Tecnica Di Farmacia, Ausl Pc, Piacenza

² Farmacia Ospedaliera, Direzione Tecnica Di Farmacia, Ausl Pc, Piacenza

³ Direzione Tecnica Di Farmacia, Ausl Pc, Piacenza

Introduzione. L'analisi si propone come obiettivo la condivisione di percorsi strutturati per il monitoraggio dell'appropriatezza d'uso delle nuove terapie anticoagulanti al fine di verificare il rispetto delle indicazioni sulla prescrizione e l'uso corretto dei bassi dosaggi dei nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO) in fibrillazione atriale non valvolare.

Materiali/metodi. Nello studio retrospettivo è stato considerato l'anno 2017 per la raccolta dei dati dei piani terapeutici estratti attraverso la piattaforma web SOLE. L'analisi è stata condotta sui principi attivi apixaban, dabigatran, rivaroxaban e edoxaban. In seguito allo studio dei dosaggi raccomandati riportati in scheda tecnica per ciascun NAO, si sono presi in esame i criteri che segnalano le condizioni per cui potrebbero comportare una riduzione di dosaggio. Attraverso l'estrazione dei piani terapeutici inseriti nella piattaforma web SOLE, è stato possibile estrarre il numero di pazienti in cura per ciascun dosaggio di NAO e quanti pazienti rispondevano a ciascun criterio di possibile riduzione del dosaggio.

Risultati. Nel 2017 sono stati trattati 2969 pazienti con NAO, di cui 279 con apixaban 2.5 mg, 636 con dabigatran 110 mg, 311 con rivaroxaban 15 mg, 157 con edoxaban 30 mg. Dall'analisi dei criteri di possibile riduzione dosaggio, per apixaban 2.5 mg 26 pazienti rispondono a 3 criteri (9%), 91 pazienti a 2 criteri (33%), 6 pazienti a solo VGFR <30 ml/min; per dabigatran 113 pazienti presentano insufficienza renale moderata e 203 hanno un'età compresa tra 75 e 80 anni; per rivaroxaban 15 mg 123 pazienti hanno VGFR 30-50 ml/min (40%); per edoxaban 30 mg 19 pazienti rispondono a 2 criteri (12%), 86 pazienti a solo 1 criterio (55%) e il 51% a nessun criterio, risulta però mancante il dato riguardo all'interazione dei farmaci. Dai dati risulta quindi che circa solo la metà della popolazione trattata con bassi dosaggi risponde alle condizioni presenti in scheda tecnica.

Conclusione. I dati estratti provenienti dalla real world mostrano che i NAO sono spesso utilizzati a dosaggi più bassi rispetto a quelli raccomandati, spesso a causa dell'età avanzata del paziente e alla presenza di comorbidità. Al fine di un miglioramento dell'appropriatezza d'uso secondo le indicazioni terapeutiche, i dati ottenuti sono stati mostrati ai clinici generando spunti di discussione e riflessione soprattutto per quanto riguarda la prescrizione di dosaggi minori senza la presenza di alcun criterio che potrebbe comportare la riduzione di dose.

[P:082]

INSULINE: VARIABILITÀ DELLE PRESCRIZIONI NELL'ASLNO

Elisabetta Fortina, Elena Vighi, Sonia Erminia Favalli, Mariangela Dairaghi, Laura Poggi

S.C. Farmacia Territoriale, Novara

Introduzione. La prescrizione di insuline (ATC=A10A) nell'ASLNO, nel 2017, risulta essere maggiore rispetto a quella degli antidiabetici escluse insuline (ATC=A10B), pertanto, si è cercato di stabilire se l'introduzione del primo biosimilare dell'insulina abbia impattato sul contenimento della spesa farmaceutica.

Materiali/metodi. Consultando i dati FARMA360, è stata analizzata la spesa nell'ASLNO, nel periodo dicembre 2016-novembre 2017, per quanto riguarda le varie classi di insulina: insuline ad azione rapida (ATC=A10AB), intermedia (ATC=A10AC), lenta (ATC=A10AE), e intermedia-rapida in associazione (ATC=A10AD). Inoltre, elaborando i dati S2-Italia, nello stesso periodo è stata caratterizzata la popolazione in terapia.

Risultati. La prescrizione di insuline nel 2017 è diminuita per valore di spesa con uno scostamento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente del -2,3%, mentre il numero di confezioni totali prescritte è rimasto costante (-0,6%). Le insuline ad azione rapida rappresentano la spesa maggiore, rimasta pressoché costante (-0,4%), ad eccezione di insulina lispro (Humalog®) la cui spesa è aumentata (+1,6%). Le insuline ad azione lenta hanno registrato un aumento del numero di confezioni prescritte (+4,4%), ma una spesa diminuita (-1,8%). Infatti l'insulina a maggior incidenza sulla spesa del gruppo terapeutico è stata insulina glargine (+3,1%) mentre la spesa è diminuita (-7,5%) per l'introduzione del farmaco biosimilare Abasaglar®, alla diminuzione dei consumi di Lantus® (-85,2%) e all'introduzione di Toujeo®. La spesa per insulina degludec (Tresiba®) è aumentata (+19,1%), al contrario dell'insulina detemir (Levemir®) (-6,2%). Per quanto riguarda la prescrizione di insulina ad azione intermedia sola ed in associazione con insulina rapida, la spesa risulta diminuita, rispettivamente del -89,7% e -12,3%. I pazienti in terapia con insuline sono stati 6.635 (1,85% della popolazione totale dell'ASLNO), di questi, i pazienti maschi sono 53% e le femmine 47%. L'età media dei soggetti è di 68 anni (DS +/-11) con un'età minima di 1 anno e massima di 98 anni, con un aumento della prevalenza al crescere dell'età, ad eccezione nei pazienti con età >= 85 anni in cui la prevalenza diminuisce.

Conclusione. In conclusione, si può affermare che l'introduzione del primo biosimilare dell'insulina ha portato a una riduzione della spesa per quanto riguarda l'ASLNO, con la possibilità quindi di riallocare delle risorse. Ci si auspica di riscontrare un'ulteriore riduzione nell'anno in corso in seguito all'introduzione nel mercato del biosimilare dell'insulina lispro.

[P:083]

ANALISI DELLE PRESCRIZIONI DI FARMACI ANTIDIABETICI NELL'ASLNO

Mariangela Dairaghi, Sonia Erminia Favalli, Elisabetta Fortina, Elena Vighi, Laura Poggi

S.C. Farmacia Territoriale, Novara

Introduzione. La spesa totale per farmaci antidiabetici

nell'ASLNO (dicembre 2016 - novembre 2017) è stata di € 4.562.186,73 di cui il 57,8% per insuline ed analoghi e il 42,2% per ipoglicemizzanti, escluse le insuline. Analizzando la spesa per insuline ed analoghi l'ASLNO registra una spesa totale superiore alla media regionale posizionandosi al terzo posto tra le ASL regionali. Per quanto riguarda la spesa per ipoglicemizzanti, escluse le insuline, la media regionale è superiore a quella aziendale, ma con un decremento maggiore di -1,5% rispetto a quello dell'ASLNO di -0,4%. Obiettivo del seguente lavoro è individuare le molecole a maggior incidenza sulla spesa e che hanno registrato un maggior scostamento nell'anno 2017 rispetto allo stesso periodo dell'anno 2016.

Materiali/metodi. Consultando e analizzando i dati FARMA360 relativi al periodo dicembre 2016 - novembre 2017, è stata confrontata la spesa x 1000 abitanti residenti relativa a farmaci antidiabetici a livello aziendale rispetto a quella regionale. Elaborando tali dati si è cercato di capire come fossero le prescrizioni relative ai farmaci ipoglicemizzanti escluse le insuline, rispetto alle insuline e analoghi e quali fossero le molecole a maggior incidenza sulla spesa. Infine, è stata esaminata la spesa per canale di distribuzione.

Risultati. La spesa per farmaci antidiabetici è maggiore rispetto a quella regionale con un aumento del +3,9% rispetto allo stesso periodo precedente; la spesa ASLNO per insuline è maggiore rispetto alla regione, mentre quella per antidiabetici escluse le insuline è minore rispetto alla regione. La spesa è divisa nel 58% per insuline e nel 42% per antidiabetici, ma il numero di confezioni prescritte risulta essere minori 19% verso 81% in quanto le insuline sono molto più costose. La spesa nei diversi canali distributivi è simile: 53% in DPC e 47% in convenzionata; si è registrato un aumento di spesa per DPC da aprile 2017. Le molecole che incidono maggiormente sulla spesa ed hanno registrato un maggiore scostamento nell'anno 2017 rispetto allo stesso periodo nell'anno 2016 sono: Insulina lispro(+2,4%), Sitagliptin (+6,6%), linagliptin (+45,4%) e associazioni (+20%), Metformina (+5,6%), Liraglutide (-4,2%) dulaglutide (+320,8%) e exetanide (+32,6%), Empaglifozim (+51,1%) dapaglifozim (+52,6%).

Conclusione. In conclusione le specialità medicinali che incidono maggiormente sulla spesa ed hanno registrato un maggiore scostamento nell'anno 2017 rispetto allo stesso periodo nell'anno 2016 sono: Abasaglar® (insulina glargine), Humalog®(insulina lispro), Tresiba®(insulina degludec), Januvia® (sitagliptin), Trajenta®(linagliptin), Toujeo®(insulina glargine), Trulicity®(dulaglutide), Jardiance® (empaglifozin), Eucreas® (vildagliptin e metformina). Tali risultati verranno utilizzati per mettere in atto delle misure di monitoraggio delle prescrizioni.

[P:084]

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI PEDIATRICHE DI ANTIBIOTICI NELL'ASLNO

Sonia Erminia Favalli, Roberta Abbiate, Elena Vighi, Mariangela Dairaghi, Elisabetta Fortina, Laura Poggi

S.C. Farmacia Territoriale, Novara

Introduzione. La terapia antibiotica è prescritta spesso in modo inappropriato o basata su frettolosi accertamenti empirici, portando prepotentemente alla ribalta il problema dell'instaurarsi di resistenze che a lungo andare potrebbero condizionare la salute delle generazioni future. Inoltre l'aumento della spesa farmaceutica, associata a risorse sempre più ristrette rende necessario il bilanciamento oculato delle risorse a favore di trattamenti mirati. Sulle patologie infettive il nostro servizio ha promosso un audit tra i PLS, sulla gestione della prescrizione dell'antibiotico-terapia nelle patologie delle vie respiratorie, incoraggiando un utilizzo più accurato e consapevole a discapito di un uso abituale e spregiudicato dei farmaci antimicrobici.

Materiali/metodi. L'analisi è stata condotta confrontando il database aziendale contenente l'elaborazione delle prescrizioni di antibiotici erogate tramite SSN relative all'anno 2017 con quelle dell'anno 2016. I parametri presi in considerazione sono stati: data di prescrizione delle ricette pediatriche; codice fiscale dell'assistito (età 0 e 16 anni compresi); classi di antibiotici maggiormente utilizzati: penicilline (ATC=J01C), cefalosporine (ATC=J01D), macrolidi (ATC=J01F) e chinolonici (ATC=J01M). Infine, dopo aver ricavato la percentuale di scostamento per ogni classe di antibiotico, è stato valutato se gli interventi messi in atto dall'Azienda risultano efficaci a tamponare il trend in crescita, fino ad ora registrato.

Risultati. I dati ricavati dall'analisi statistica, evidenziano che le confezioni di antibiotici dispensati a carico del SSN per la sola fascia pediatrica (bambini tra 0 e 16 anni), nel periodo gennaio-

settembre 2016 sono state 28.173. Nello specifico, le classi maggiormente richieste sono state le penicilline (ATC=J01C) con 17.713 unità, seguite rispettivamente dalle cefalosporine (ATC=J01D) con 5.642, dai macrolidi (ATC=J01F) con 4.806 ed infine dai chinolonici (ATC=J01M) con solo 12 unità. Nel 2017, invece, le chinolonici prescritte sono state 23.759 con la seguente suddivisione: penicilline 15.632 unità, cefalosporine 4.573 unità, macrolidi 3.543 e chinolonici con solo 11 unità.

Conclusioni. Lo studio ha messo in evidenza una significativa riduzione del -16% delle prescrizioni di antibiotici, dimostrando che l'applicazione delle direttive elaborate dall'audit ha indotto i PLS ad un cambiamento nella modalità prescrittiva del farmaco, finalizzata ad un uso consapevole e corretto della terapia.

[P:085]

ANALISI DELLE PRESCRIZIONI DELLE ASSOCIAZIONI FISSE CON ACE-INIBITORI E CON SARTANI PER IL TRATTAMENTO ANTIPERTENSIVO NELL'ASL NO

Elena Vighi, Mariangela Dairaghi, Sonia Erminia Favalli, Elisabetta Fortina, Laura Poggi

S.C. Farmacia Territoriale, Novara

Introduzione. A livello regionale sono state individuate delle classi terapeutiche da monitorare in termini di consumo e spesa, ciascun direttore generale ha come obiettivo di attività la riduzione del 50% dello scostamento rispetto all'ASL best performer. Gli antipertensivi sono tra le categorie farmacologiche da approfondire. All'uopo è stato istituito a livello aziendale un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha redatto delle linee di indirizzo per il trattamento del paziente iperteso. Per garantire un corretto utilizzo delle risorse si è voluta verificare, in particolare, l'appropriatezza della prescrizione delle duplici e triplici terapie di associazione con ace-inibitori (ACE-I) e sartani secondo le indicazioni riportate sulle schede tecniche dei farmaci.

Materiali/metodi. È stato condotto uno studio retrospettivo utilizzando il database amministrativo delle prescrizioni farmaceutiche. Sono stati individuati i pazienti in trattamento nell'anno 2017 con farmaci appartenenti alle categorie ATC C09BB (ace-inibitore+calcio-antagonista), C09DB (sartano+calcio-antagonista) e C09BX (ace-inibitore+calcio-antagonista+diuretico) e si è andati ad esaminare le loro prescrizioni confrontando i periodi II e I semestre 2017 ed anno 2016.

Risultati. Nell'anno 2017 gli assistiti in duplice e triplice terapia fissa in un unico confezionamento sono stati 9.082, 53% maschi e 47% femmine con età media di 66,5 (DS +/-13). Andando ad esaminare i due semestri del 2017 si è visto che nel I semestre i pazienti in trattamento erano 7.706, mentre nel II semestre 7.839 con un incremento dei pazienti trattati dell'1,7%. Dei soggetti in trattamento nel II semestre 1.376 (17,55%) non hanno avuto prescrizioni di duplice e triplice terapia nel I semestre. 691 pazienti (50,22%) hanno ricevuto nel primo periodo un'altra prescrizione ed, in particolare, andando ad esaminare i farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina, si può dire che per l'89,73% questi assistiti siano stati trattati precedentemente con un solo dei seguenti ATC: C09AA-ACE-I 40,65% (252 pz), C09BA-ACE-I+diuretico 12,90% (80pz); C09CA-SARTANI 146 pz (23,55%); C09DA-SARTANI+DIURETICI 142 pz (22,90%). 685 pazienti (49,78%; 8,87% sul totale in trattamento) sono risultati essere naive alla terapia con le associazioni fisse esaminate, ossia nel I semestre non hanno ricevuto prescrizioni di farmaci C09. Considerando i pazienti in trattamento nel 2017, 1.209 (13%) risultano naive, quindi senza alcuna prescrizione di farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina nell'anno 2016.

Conclusioni. Le schede tecniche dei farmaci con principi attivi in associazione prevedono la possibilità di prescriverli quando il paziente abbia assunto per un congruo periodo di tempo i principi attivi in associazione estemporanea. I dati ottenuti saranno oggetto di discussione con i medici prescrittori per migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

[P:086]

STRUTTURE RESIDENZIALI SANITARIE E SOCIOSANITARIE EXTRA-OSPEDALIERE CONVENZIONATE: PERCORSO DI DISTRIBUZIONE DI FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E PRODOTTI PER LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Alfredo De Filippo¹, Maria Novella Pierdominici², Raissa Mariani², Alessandra Urso³, Rossella Marina Carletti³, Giuseppina Masotti³

¹ UOC Farmacia Ospedaliera, Fabriano

² UOS Farmacia Territoriale, Fabriano

³ Direzione Distretto Sanitario, Fabriano

Introduzione. La Regione ha individuato una serie di

provvedimenti attuativi per contenere e qualificare la spesa farmaceutica. Con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria 507/2017, è stata stilata una procedura unica per la fornitura diretta di farmaci, presidi, materiale sanitario e nutrizione artificiale necessari al trattamento dei pazienti afferenti alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Residenze Protette per Anziani (RPA) e Residenze Protette Demenze (RPD) convenzionate con l'ASUR. L'obiettivo è quello di garantire non solo equità nell'erogazione di assistenza sanitaria a tutti i residenti ospiti all'interno di tali strutture, ma anche quello di poter disporre di dati di attività e di consumo confrontabili. Tali dati saranno oggetto di analisi di efficacia e di efficienza assistenziale per razionalizzare l'utilizzo delle risorse.

Materiali/metodi. È stata effettuata una ricognizione delle procedure e degli strumenti esistenti con una valutazione comparativa tra le varie modalità operative presenti. Si è proceduto alla redazione di un unico documento che disciplina l'erogazione diretta dei farmaci, presidi, materiale sanitario e nutrizione artificiale a favore di assistiti ospitati nelle strutture autorizzate e convenzionate. La delibera introduce anche una nuova modulistica da utilizzare per il dettaglio delle richieste mensili, da sottoporre all'autorizzazione del Medico del Distretto competente. È stata analizzata la spesa sostenuta nel primo semestre del 2018 (fino al 15/06/2018), dopo l'entrata in vigore delle nuove procedure.

Risultati. Nel distretto sono presenti 3 RPA e una RPD, con un totale di 121 posti letti. La spesa totale è risultata essere pari a 21.392,29 €, così suddivisa: RPA1+RPD1: 11326,37€, di cui 74% farmaci e dispositivi medici, e 26% nutrizione; RPA2: 6635,5€, di cui 35% farmaci e dispositivi medici, e 65% nutrizione; RPA3: 3429,41€, di cui 68% farmaci e dispositivi medici, e 32% nutrizione.

Conclusioni. L'introduzione della modulistica ha dato ordine ed omogeneità alle varie richieste e ha permesso di analizzare il consumo di tali strutture extra-ospedaliere. Tale modalità operativa consentirà di monitorare l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse riguardo la dispensazione di medicazioni avanzate, del materiale necessario per la gestione delle ferite difficili e dei dispositivi medici in genere. La prima rilevazione della spesa farmaceutica ha permesso di evidenziare prescrizioni inappropriate e adottare soluzioni alle criticità evidenziate, come la quantità di farmaci prescritti in termini di DDD, il rispetto delle note AIFA e dei piani terapeutici. Ulteriori analisi serviranno a valutare gli esiti del percorso intrapreso in termini di spesa e di miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

Bibliografia. DELIBERA DIRETTORE GENERALE ASL n.507/2017; DGR n.963/2017; DGR n.1011/2013.

[P:087]

FLUOROCHINOLONI OFF LABEL PER ETÀ: INTERVENTI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Paola D'Andrea¹, Patrizia Zuppardi², Almagrazia Giannandrea², Luciana Lagravinese², Angela Sanrocco², Angela Chielli²

¹ Università degli studi di Bari, SSFO, Bari

² Area Farmaceutica Territoriale, ASL Ba, Bari

Introduzione. I fluorochinoloni (Levofloxacina J01MA12, Moxifloxacina J01MA14, Norfloxacina J01MA06, Lomefloxacina J01MA07, Prulifloxacina J01MA17, Pefloxacina J01MA03), antibiotici ad ampio spettro, impattano in maniera elevata sulla spesa farmaceutica convenzionata regionale. La terapia con i suddetti farmaci, ad assistiti di età compresa tra 0-17 anni, risulta essere off-label per età, poiché difforme da quanto autorizzato e riportato nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP). Obiettivo del presente lavoro è stato quello di analizzare gli effetti della attività di monitoraggio avviate dalla nostra Azienda Sanitaria Locale (ASL) sulle prescrizioni di farmaci fluorochinoloni a pazienti pediatrici.

Materiali/metodi. Nel corso dell'anno 2017 sono state potenziate le attività di monitoraggio prescrittivo relative alla classe di farmaci fluorochinoloni mediante l'invio di note ai singoli Distretti Socio Sanitari (DSS). È stata effettuata un'analisi di confronto delle prescrizioni di fluorochinoloni (J01MA12, J01MA14, J01MA06, J01MA07, J01MA17, J01MA03) tra il I trimestre 2018 e il I trimestre 2017. Lo studio è stato condotto su pazienti di età compresa tra 0 e 17 anni, nell'ASL con popolazione pediatrica totale pari a 9.773 (4.707F/5.066M). Come fonte dati delle prescrizioni è stato utilizzato il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR), mentre come strumento di elaborazione dati il Software Microsoft Excel.

Risultati. Dall'elaborazione dei dati estrapolati dal SISR, si è evinto che nel I trimestre 2017 sono stati trattati con fluorochinoloni, di cui all'ATC J01MA12, J01MA14, J01MA06,

J01MA07, J01MA17, J01MA03, 289 assistiti (149F/140M) di età compresa tra 0 e 17 anni, mentre nel I trimestre 2018 gli assistiti sono stati 257 (135F/122M), mostrando un decremento prescrittivo pari all'11%. Tra gli ATC attenzionati, quelli che hanno evidenziato il maggior decremento prescrittivo, sono stati J01MA14 e J01MA12, dove si è registrata rispettivamente una riduzione pari all'80% e al 14%.

Conclusioni. L'attività di monitoraggio ha limitato la prescrizione dei fluorochinoloni a pazienti di età compresa tra 0 e 17 anni, promuovendo un utilizzo a tutela della sicurezza del paziente ed efficacia d'uso del farmaco. Da ciò emerge il ruolo del farmacista territoriale, figura professionale indispensabile a coniugare l'ottimizzazione delle risorse economiche disponibili con il rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva ed i vincoli di rimborsabilità in regime di SSN.

[P:088]

FARMACI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI

ED ANTIREUMATICI (FANS):

INTERVENTI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Paola D'Andrea ¹, Luciana Lagravinese ², Almagrazia Giannandrea ², Angela Sanrocco ², Patrizia Zuppari ², Angela Chielli ²

¹ Università degli studi di Bari_SSFO, BARI

² Area Farmaceutica Territoriale, ASL BA, BARI

Introduzione. Nonostante l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) abbia raccomandato limitazioni all'uso cronico dei FANS, con Note informative Importanti e Note Limitative (Nota AIFA N.66), a causa degli effetti collaterali gastrointestinali, epatici e cardiovascolari, il loro impiego risulta ancora notevole. La categoria farmaceutica dei FANS rientra tra quelle che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica regionale. La Regione con D.G.R. n. 1019 del 27/06/2017, nel prendere atto dell'elevato disallineamento, rispetto alla media nazionale, dei dati di spesa e consumo regionale, ha disposto un incremento delle azioni di monitoraggio e verifica dell'appropriatezza prescrittiva su tali farmaci. L'Area Farmaceutica pertanto, alla luce delle disposizioni nazionali e regionali, ha intrapreso azioni volte a promuovere l'utilizzo appropriato di questa categoria di farmaci. Il razionale dello studio è stato quello di monitorare i cambiamenti prescrittivi avvenuti a seguito delle disposizioni regionali e delle attività della Azienda Sanitaria Locale (ASL).

Materiali/metodi. Gli interventi di appropriatezza effettuati dalla nostra ASL sono stati: l'invio trimestrale per ciascuno dei Distretti Socio Sanitari (DSS) di report sull'andamento della spesa farmaceutica per la categoria oggetto dello studio; l'invio trimestrale ai DSS di schede di monitoraggio relative alle inappropriatezze riscontrate. Lo studio è stato condotto confrontando i dati di spesa procapite pesata e di DDD/1000 abitanti pesati die in regime di assistenza convenzionata, degli ATC IV livello (M01AX, M01AH, M01AB, M01AE, M01AC) relativi al I trimestre 2018 e al I trimestre 2017. Per l'estrapolazione dei dati ci si è avvalsi del Sistema Informativo Sanitario Regionale.

Risultati. Dal confronto I trimestre 2018 versus I trimestre 2017 dei dati di spesa e consumo, si rilevano i seguenti risultati: ATC M01AX (-32% per spesa e -33% per consumi); ATC M01AH (-52% per spesa e -27% per consumi); ATC M01AB (-9% per spesa e -8% per consumi); ATC M01AE (-15% per spesa e -16% per consumi); ATC M01AC (-14% per spesa e -15% per consumi).

Conclusioni. Le prescrizioni di farmaci di cui alla Nota AIFA n.66, oggetto della DGR regionale, risultano ridotte in termini di spesa e consumo. Per gli ATC M01AH e M01AX, si evidenzia un maggior decremento. Ciò, sottolinea come le azioni di monitoraggio mirate alla riduzione degli usi inappropriati di questi farmaci abbiano contestualmente portato ad una razionalizzazione delle prescrizioni con un conseguente contenimento della relativa spesa farmaceutica della nostra ASL.

[P:089]

INTRODUZIONE DI SCHEDE DI MONITORAGGIO PER ROSUVASTATINA, EZETIMIBE E EZETIMIBE/SIMVASTATI QUALE STRUMENTO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA

Paola D'Andrea ¹, Patrizia Zuppari ², Almagrazia Giannandrea ², Luciana Lagravinese ², Angela Sanrocco ², Angela Chielli ²

¹ Università Degli Studi Di Bari_SSFO, Bari

² Area Farmaceutica Territoriale ASL, Bari

Introduzione. Le Statine, inibitori dell'HMG-CoA reduttasi, sono tra i farmaci a maggior impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata regionale, con elevati valori di scostamento per spesa e consumo rispetto alla media nazionale. Il Servizio Politiche del Farmaco Regionale, con DGR n. 2034/2016 ha

disposto, a partire dal 01/04/2017, in conformità alla Nota AIFA 13, l'obbligo per i medici specialisti di motivare clinicamente, le prescrizioni relative ai principi attivi di ipolipemizzanti ad alto costo (Rosuvastatina, Ezetimibe ed Ezetimibe/Simvastatina). Tale obbligo prevede la compilazione della scheda di monitoraggio sul Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR). Scopo del presente lavoro è stato quello di valutare gli andamenti prescrittivi della nostra Azienda Sanitaria Locale (ASL), nel II, III e IV trimestre 2017, in termini di spesa e di consumo dei principi attivi succitati, a seguito dell'introduzione del nuovo strumento di appropriatezza prescrittiva.

Materiali/metodi. L'analisi è stata condotta confrontando II, III e IV trimestre 2017 versus (vs) I trimestre 2017. I dati di spesa e di consumo espressi rispettivamente come spesa lorda/1000 assistibili die e DDD/1000 assistibili die, relativi a Rosuvastatina, Ezetimibe ed Ezetimibe/Simvastatina, dei quattro trimestri succitati, sono stati estrapolati dal portale Progetto Tessera Sanitaria (TS). Allo stesso tempo sono state scaricate dal SISR il numero di schede di monitoraggio emesse dagli specialisti afferenti sul territorio della ASL nei tre trimestri di analisi e conteggiate mediante Microsoft Excel.

Risultati. Il numero di schede di monitoraggio compilate dagli specialisti nel SISR è stato: nel II trimestre 119, nel III trimestre 108 e nel IV trimestre 181, assistendo nel IV trimestre ad un trend in crescita di inserimento del numero di schede rispetto al II e III trimestre. L'analisi dei dati estrapolati dal portale Progetto TS, ha evidenziato una riduzione dei consumi di ciascun trimestre II, III e IV 2017 vs il I trimestre 2017. Tale riduzione per Rosuvastatina, Ezetimibe e Simvastatina/Ezetimibe, è stata rispettivamente del 6%, 3% e 5% nel confronto II trimestre vs I; del 11%, 6% ed 8% nel confronto III trimestre vs I e del 12%, 4% e 9% nel confronto IV trimestre vs I. Si registra la stessa riduzione per i valori di spesa.

Conclusioni. Alla luce dell'analisi effettuata, la scheda di monitoraggio rappresenta uno strumento che contribuisce a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e contestualmente a razionalizzare le risorse economiche. Considerata, ad oggi, l'incidenza del numero di schede inserite ancora bassa, l'Area Farmaceutica ha avviato dei percorsi di monitoraggio, incentivando l'inserimento delle stesse.

[P:090]

MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI ENOXAPARINA IN AMBITO TERRITORIALE

Paola D'Andrea ¹, Maria Gagliardo ¹, Angela Sanrocco ², Almagrazia Giannandrea ², Luciana Lagravinese ², Patrizia Zuppari ², Angela Chielli ²

¹ Università degli studi di Bari_SSFO, Bari

² Area Farmaceutica Territoriale, ASL Bari, Bari

Introduzione. Le Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM) rappresentano attualmente il trattamento di scelta nella prevenzione e nel trattamento di numerose malattie tromboemboliche. I dati di spesa e consumo relativi alla Farmaceutica Convenzionata ed alla Distribuzione per Conto (DPC) della nostra ASL riferiti all'anno 2017, attestano l'enoxaparina quale principio attivo della classe delle EBPM maggiormente prescritto, collocandosi tra le prime dieci molecole a maggior impatto sul SSN. Scopo di questo lavoro è monitorare l'appropriatezza prescrittiva dell'enoxaparina in ambito territoriale attraverso l'analisi della durata dei trattamenti.

Materiali/metodi. L'enoxaparina, come da scheda tecnica, è indicata nella profilassi del tromboembolismo venoso (TEV) in chirurgia ortopedica per una durata massima di 35 giorni; nella profilassi TEV in chirurgia generale per una durata massima di 28 giorni; nella profilassi del paziente medico per una durata massima di 14 giorni e nel trattamento dell'Embolia Polmonare e della trombosi venosa profonda per una durata media di 10 giorni. Tramite il Sistema Informativo Regionale sono state estrapolate le prescrizioni di Enoxaparina spedite in convenzionata e DPC nell'anno 2017. Delle suddette prescrizioni è stata valutata la durata del trattamento attraverso la lettura cronologica delle singole ricette e calcolando la copertura terapeutica sulla base delle unità posologiche prescritte. In relazione alla durata massima dei trattamenti è stata valutata la presenza di pazienti in terapia con enoxaparina per una durata superiore a 35 giorni.

Risultati. Il numero di assistiti in trattamento con enoxaparina nel periodo di riferimento anno 2017 è risultato pari a 27.865. Di questi 5.175 assistiti hanno ricevuto un trattamento di enoxaparina per una durata superiore a 35 giorni, ovvero una percentuale pari al 19%. L'analisi nel sottogruppo di pazienti in terapia con enoxaparina per una durata maggiore di 35 giorni

mostra che il 67% ha ricevuto una terapia per un periodo compreso tra 36 e 90 giorni; il 21% per un periodo compreso tra 91 e 180 giorni e il 12% per una durata superiore a 181 giorni.

Conclusioni. I dati evidenziano un diffuso utilizzo nella pratica clinica di enoxaparina al di fuori delle condizioni riportate in scheda tecnica per quanto riguarda la durata del trattamento. Il ricorso a prescrizioni off-label oltre a determinare importanti ricadute economiche a carico del SSN, rappresenta un problema di ordine medico-legale che pone il medico direttamente responsabile della scelta terapeutica. La normativa vigente permette, in singoli casi, l'uso di medicinali off-label, purché efficacia e tollerabilità siano documentate e previa acquisizione del consenso informato del paziente.

[P:091]

MONTELUKAST NELLA POPOLAZIONE PEDIATRICA:

ANALISI DEGLI USI OFF LABEL PER ETÀ

Paola D'Andrea¹, Maria Gagliardo¹, Angela Sanrocco², Almagrazia Giannandrea², Luciana Lagravinese², Patrizia Zuppari², Angela Chielli²

¹ Università Degli Studi Di Bari, SSFO, Bari

² Area Farmaceutica ASL Bari, Bari

Introduzione. L'asma è una delle patologie respiratorie croniche più diffuse al mondo con un importante impatto economico sul SSN. In Italia negli ultimi decenni la prevalenza di asma è aumentata, specialmente in età pediatrica. L'aumento della prevalenza ha conseguentemente determinato un incremento dei farmaci utilizzati per il suo trattamento tra cui il Montelukast. Obiettivo dello studio è valutare, dall'analisi delle prescrizioni, l'utilizzo di montelukast off-label per età negli assistiti della nostra Azienda Sanitaria Locale (ASL) e adottare interventi volti a promuovere l'appropriatezza prescrittiva.

Materiali/metodi. Attraverso il Sistema Informativo Sanitario Regionale sono state estrapolate le prescrizioni di montelukast rimborsate dal SSN nel 2017, ad assistiti di età 0-17 anni. Considerato che le formulazioni di montelukast disponibili in commercio sono autorizzate in determinate fasce di età (4mg buste indicata a partire dai 6 mesi fino ai 5 anni; 4mg cpr masticabili dai 2 ai 5 anni; 5mg cpr masticabili dai 6 ai 14 anni e 10 mg cpr dai 15 anni), la valutazione dell'off-label per età è stata effettuata analizzando l'età del paziente rapportata alla formulazione prescritta.

Risultati. L'analisi dei dati mostra che su 2429 pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione di montelukast, a 487 assistiti è stata prescritta una formulazione non appropriata per fascia di età. In dettaglio si riportano per ciascuno dei dodici distretti della nostra ASL il numero di assistiti che hanno ricevuto una prescrizione di montelukast al di fuori della fascia di età autorizzata sul totale di pazienti in terapia con montelukast con la relativa percentuale di inappropriatezza: distretto A 62/351 (17.66%); distretto B 44/247 (17.81%); distretto C 45/205 (21.95%); distretto D 36/237 (15.19%); distretto E 34/113 (30.09%); distretto F 40/161 (24.84%); distretto G 24/101 (23.76%); distretto H 26/143 (18.18%); distretto I 22/133 (16.54%); distretto L 6/83 (7.23%); distretto M 26/132 (19.70%) e distretto N 122/537 (22.72%).

Conclusioni. L'elaborazione dei dati ha attestato un utilizzo di montelukast off-label per età. Alla luce dei dati sopra riportati ed al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva sono stati inviati ai Direttori dei distretti di appartenenza dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), report relativi alle prescrizioni inappropriate. La prescrizione off-label risulta sempre una scelta pericolosa sia per la mancanza di dati relativi alla sicurezza e sia per la possibile inefficacia terapeutica, scoraggiandone un uso appropriato in una fascia di età dove il successo della terapia è invece consolidato.

[P:092]

ENOXAPARINA E LEGGE 648/96: LUCI ED OMBRE

Luigina Sammarco, Albano Daniela, Grazia Cannarile, Lara Carbone, Nicola Greco, Marcella Laterza, Patrizia Spatola, Emanuele Umberto Ferri

Area Gestione Servizio Farmaceutico, Taranto

Introduzione. Con Determina n.998/2016 (G.U. n.183 del 06/08/2016) l'AIFA ha inserito le eparine a basso peso molecolare, nell'elenco istituito dalla legge del 23 dicembre 1996, n. 648, per la profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio per le pazienti a rischio. Oggetto della determina sono: enoxaparina 4000UI, nadroparina 2850UI e 3800UI, dalteparina 5000UI. La prescrizione prevede la compilazione di un piano terapeutico di validità fino a 41 settimane circa calcolando dalla quinta settimana di età gestazionale e includendo fino a 6 settimane di puerperio. La dispensazione avviene presso le

strutture pubbliche le quali hanno l'obbligo del rilevamento e della trasmissione dei dati di spesa. **Obiettivi.** Scopo di questa analisi è rintracciare prescrizioni potenzialmente inappropriate di enoxaparina 4000UI effettuate in regime SSN per periodi prolungati a pazienti giovani di sesso femminile in possibile stato di gravidanza per le quali la prescrizione dovrebbe essere effettuata con le modalità previste dalla Legge 648/96.

Materiali/metodi. Con l'utilizzo del sistema informativo regionale Edotto, sono state estrapolate le ricette spedite nel mese di settembre 2017, ultimo mese con elaborazioni dati completo, intestate a pazienti afferenti ai Distretti Socio Sanitari n.1 e n.7 per l'enoxaparina. Individuate le pazienti, la ricerca è stata estesa a tutto il 2017.

Risultati. Le prescrizioni analizzate potenzialmente inappropriate di enoxaparina 4000UI sono risultate essere 153 di cui 97 per il Distretto 7, riferite a 11 medici, 76 per il Distretto 1, riferite a 9 medici; è stato riscontrato l'utilizzo off label dell'enoxaparina 2000UI in 56 prescrizioni effettuate da 9 medici del Distretto 7 e 14 e prescrizioni di enoxaparina 6000UI effettuate da un solo medico di medicina generale.

Conclusioni. L'enoxaparina costituisce il primo principio attivo in termini di spesa convenzionata nell'ambito dei farmaci con ATC di classe B nei due distretti considerati. L'analisi dei dati mostra una scarsa conoscenza da parte dei medici delle modalità prescrittive e di erogazione dei farmaci inseriti nell'elenco della Legge 648/96. A tal fine sono stati organizzati corsi di formazione rivolti ai medici prescrittori e sono state inviate comunicazioni ai distretti di appartenenza dei medici affinché rivalutino le prescrizioni segnalate e pongano maggiore attenzione per quelle future.

Bibliografia. Legge 648/96, Determina AIFA n.998/2016.

[P:093]

TERIPARATIDE: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - CONTROLLO INCROCIATO TRA PIANI TERAPEUTICI E DATI DI PRESCRIZIONE

Lara Carbone, Daniela Albano, Grazia Cannarile, Nicola Greco, Marcella Laterza, Luigina Sammarco, Patrizia Spatola, Emanuele Umberto Ferri

Area Gestione Servizio Farmaceutico, Taranto

Introduzione. Le fratture rappresentano la complicanza più rilevanti dell'osteoporosi; sono più frequenti e hanno implicazioni più gravi in alcune sedi scheletriche quali le vertebre e il femore, queste ultime meno frequenti, ma più pericolose. Nel trattamento dell'osteoporosi la teriparatide è tra i farmaci che ha maggiore impatto sulla spesa farmaceutica. La prescrizione a carico del SSN (nota AIFA 79) è limitata al trattamento di prima scelta nella prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore. La nota si applica su diagnosi e piano terapeutico di strutture ospedaliere o convenzionate della durata di 6 mesi per un totale di 24 mesi nell'arco della vita. Lo scopo di questa analisi è monitorare il consumo e l'appropriatezza prescrittiva della teriparatide e valutare la relativa incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata.

Materiali/metodi. Lo studio riguarda l'analisi delle prescrizioni in regime SSN di teriparatide, estrapolate dal data base aziendale ed effettuate dai MMG a giugno 2017, non supportate dai relativi piani terapeutici registrati nel Sistema Informativo Regionale Edotto, che raccoglie sia le informazioni riportate sulle ricette mediche spedite dalle farmacie convenzionate sia i piani terapeutici redatti dagli specialisti ospedalieri regionali. È stata altresì analizzata la spesa della teriparatide per valutare l'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata.

Risultati. Di 121 prescrizioni senza piano terapeutico Edotto solo 49 sono supportate dai piani terapeutici cartacei in possesso presso l'Asl. Si è pertanto provveduto ad allertare i MMG per il recupero dei restanti piani terapeutici. Dei 61 MMG contattati, hanno risposto in 50 (58 pezzi) per un totale di 15 ricette senza relativo piano terapeutico (16 pezzi).

Conclusioni. Dall'analisi emerge che circa il 12% delle prescrizioni effettuate nel mese di giugno 2017 dai MMG e non supportate dai piani terapeutici Edotto sono prive del piano terapeutico (circa 11% su 150 pezzi dispensati a giugno 2017). La Asl dispone per le sue verifiche solo del 50% circa dei piani terapeutici cartacei e/o Edotto. Solo il 14% dei pezzi prescritti a giugno 2017 dispongono di piano terapeutico Edotto. La spesa complessiva nel periodo considerato è stata di € 85.899,50 con un'incidenza sulla spesa di 36.89 %. Alla luce dei risultati ottenuti si rende necessario sensibilizzare maggiormente i MMG sul valore dei piani terapeutici quale strumento sia per il monitoraggio clinico del paziente oltre che regolatorio vista la rimborsabilità

della teriparatide limitata alla nota 79.

Bibliografia. Nota AIFA 79; G.U. 30.03.2017; www.siomms.it; Rapporto OsMed2016.

[P:094] IL FARMACISTA OSPEDALIERO ED IL PAZIENTE STOMIZZATO: ANALISI EPIDEMIOLOGICA E DI BUDGET IMPACT IN UN SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE

Maurizio Capuozzo¹, Stefania Cascone¹, Claudia Cinque², Lucia Castellano¹, Corinne Scognamiglio¹, Livia Nava¹, Eduardo Nava¹

¹ ASL Napoli 3 SUD, Napoli

² ASL Napoli 1 Centro, Napoli

Introduzione. Tra i presidi che vengono erogati presso il nostro servizio farmaceutico territoriale, che abbraccia una popolazione di circa 60.000 abitanti, i prodotti per stomia rappresentano una categoria importante per numerosità e per la complessità della loro gestione. Negli ultimi anni, grazie ad un'attiva e stretta collaborazione fra i vari servizi distrettuali competenti, con l'attuazione di un programma formativo di sensibilizzazione sulle varie problematiche associate alla gestione della stomia, è stato ottimizzato un percorso finalizzato alla distribuzione diretta dei presidi per stomia. Obiettivo di questo studio è stato quello effettuare un'analisi epidemiologica e di budget impact dei suddetti presidi visto l'elevato numero di pazienti trattati e la necessità di attuare interventi di razionalizzazione e programmazione della spesa farmaceutica.

Materiali/metodi. L'estrapolazione dei dati è relativa ai pazienti stomizzati afferenti al nostro servizio farmaceutico nel periodo maggio 2017-maggio 2018 (1 anno). Tali dati provengono dall'elaborazione dei piani terapeutici (PT) autorizzati dal servizio di Riabilitazione (UOAR) e dal database aziendale. Ai fini epidemiologici è stata calcolata sia la prevalenza percentuale (P%) che l'incidenza percentuale (I%) dei pazienti portatori di stomia a seguito di cancro del colon-retto (principale causa di arruolamento).

Risultati. Nel periodo considerato, i pazienti stomizzati (colo-ileo stomizzati, urostomizzati, portatori di catetere vescicale o esterno) sono risultati 204 in tutto, di cui 119 maschi e 85 femmine, pari allo 0,34% della popolazione. L'81% (165 pz) sono over 65 anni, il 19% (39 pz) di età inferiore ai 65 anni. Ben 124 pazienti (61,78%) sono risultati portatori di stomia a seguito di cancro del colon retto con una P%=0,206 ed una I%=0,09. La spesa totale è stata di 164.158,37 € così suddivisa: 99.104,36 € per stomie, 15.407,18 € per medicazioni avanzate, 49.646,21 € per i portatori di catetere. Il costo medio annuale per paziente è stato di 804,7 €.

Conclusione. Non vi sono grandi differenze di genere tra i pazienti portatori di stomie la cui incidenza aumenta dai 65 anni in su. I dati della ricerca sono stati confrontati con i dati epidemiologici nazionali dei tumori del colon-retto con una sostanziale sovrapposizione. Questo studio, scaturito da un'importante attività di partnership tra servizio farmaceutico e i vari operatori coinvolti nella gestione della stomia, ci ha fornito un importante indicatore, come il costo medio del paziente stomizzato, da utilizzare per confrontare la spesa a livello aziendale tra i distretti della nostra ASL e a livello regionale con le altre ASL.

[P:095] CONSEGNA DOMICILIARE VS DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI PRODOTTI PER STOMIA: L'ESPERIENZA DI UN SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE

Maurizio Capuozzo¹, Stefania Cascone¹, Nadia Antonia De Marco¹, Rosaria Toro¹, Claudia Cinque², Eduardo Nava¹

¹ ASL Napoli 3 SUD, Napoli

² ASL Napoli 1 Centro, Napoli

Introduzione. Presso il nostro servizio farmaceutico territoriale che assiste una popolazione di circa 60.000 abitanti, vengono distribuiti sia farmaci che presidi. Tra questi ultimi, i prodotti per i pazienti stomizzati rappresentano una categoria di notevole importanza per numerosità, per la diversità dei prodotti e soprattutto per la complessità della loro gestione. Nell'ultimo anno (maggio 2017-maggio 2018), presso la nostra farmacia territoriale, è partito un progetto pilota, che ha visto coinvolta una sola ditta tra le tante, per la consegna dei prodotti per stomia direttamente a domicilio del paziente. I prodotti, invece, ordinati a tutte le altre ditte e consegnati presso la Farmacia Territoriale, sono stati oggetto di distribuzione diretta al paziente o a suoi familiari. Obiettivo di questo studio è stato quello di valutare il grado di soddisfazione dei pazienti stomizzati e/o dei loro familiari, in riferimento alla consegna domiciliare vs distribuzione diretta dei prodotti per stomia. **Materiali/metodi.** Il nostro studio

è stato condotto step by step come di seguito specificato: Raccolta dei Piani Terapeutici (PT) di tutti i pazienti stomizzati afferenti al servizio farmaceutico territoriale del nostro Distretto Sanitario da maggio 2017 a maggio 2018; suddivisione dei PT per ditta fornitrice; estrapolazione dei PT con presidi appartenenti alla ditta che ha aderito al progetto per la consegna domiciliare; somministrazione ai pazienti, o ai suoi familiari, di un breve questionario di soddisfazione del servizio di consegna domiciliare vs distribuzione diretta.

Risultati. I pazienti stomizzati afferenti al nostro servizio farmaceutico territoriale, nel periodo considerato, sono 209 in tutto. Di questi, 42 pazienti (20% circa) hanno ricevuto consegne domiciliari trimestrali dei prodotti per stomia e 167 pazienti (80% circa) hanno, invece, ritirato i presidi direttamente presso il servizio farmaceutico territoriale. Il 98% dei questionari di gradimento somministrati in tutto, hanno riportato una netta preferenza dei pazienti/familiari al ritiro dei prodotti per stomia direttamente presso la farmacia distrettuale, solo il 2% preferisce la consegna domiciliare.

Conclusione. Questo studio ha permesso di mettere in luce l'importanza della distribuzione diretta anche per presidi di così difficile gestione come quelli per i pazienti stomizzati. La farmacia ospedaliera, quando è ben organizzata e dotata di tutte le figure professionali necessarie (Farmacisti, Infermieri...), può garantire, sotto molti punti di vista, un validissimo supporto per gli assistiti. Infatti, il Farmacista Ospedaliero rappresenta, tra l'altro, una valida opportunità per il paziente perché in grado di offrire attività di counseling e formazione.

[P:096]

LE ISPEZIONI IN FARMACIA: RISULTATI DELL'ATTIVITÀ

Chiara Cannizzo, Elena Mezzasalma, Ignazia Poidomani

U.O.C. Farmaceutica Territoriale Asp Ragusa, Ragusa

Introduzione. L'attività ispettiva in farmacia è uno strumento di controllo teso a garantire la qualità della prestazione farmaceutica. L'attività di vigilanza mira a verificare il possesso dei requisiti, l'idoneità e la salubrità dei locali, la presenza di apparecchi e sostanze obbligatori, la corretta gestione dei farmaci, la presenza di avvisi, testi, elenchi e registri obbligatori, la conformità degli aspetti tecnico-amministrativi dell'attività farmaceutica. L'obiettivo dello studio è analizzare l'influenza dell'attività ispettiva sulla riduzione delle violazioni nelle farmacie in due bienni.

Materiali/metodi. Nel territorio della nostra ASP sono presenti 77 farmacie che vengono ispezionate ogni due anni dalla commissione ispettiva che redige un apposito verbale. Esso può anche essere adottato dalla farmacia come strumento di autocontrollo per garantire la qualità del servizio. Sono state analizzate le irregolarità riscontrate nel biennio 2014-2015 e nel biennio 2016-2017 ed è stata calcolata la riduzione nell'ultimo biennio.

Risultati. Nel biennio 2014-2015 solo 21 farmacie su 77 erano in regola. Le inadempienze riscontrate sono state: mancanza delle sostanze obbligatorie (28%), mancanza dell'apparecchiatura obbligatoria (14%), mancanza di verifica delle bilance (11%), planimetria locali non conforme (8%), mancanza del certificato di conformità dell'impianto elettrico (8%), anomalie nella comunicazione dei farmacisti (5%), mancanza del certificato di agibilità (5%), mancanza della certificazione dei contenitori primari (4%), mancanza del certificato di conformità dell'impianto di condizionamento (4%), mancanza del sistema anticaduta delle bombole di ossigeno(4%), altro (9%). Nel biennio 2016-2017 su 77 farmacie 38 risultavano in regola e 39 non in regola. Le irregolarità riscontrate sono state: mancanza del certificato di conformità dell'impianto elettrico (19%), bilance non verificate (14%), mancanza delle sostanze obbligatorie (13%), anomalie nella comunicazione dei farmacisti (9%), planimetria non conforme (7%), mancanza del sistema anticaduta delle bombole di ossigeno (7%), mancanza del certificato di conformità dell'impianto di condizionamento (7%), mancanza di numerazione delle materie prime (5%), mancanza dell'apparecchiatura obbligatoria (3%), locali non idonei (3%), altro (13%).

Conclusione. Nell'ultimo biennio si assiste ad un'importante riduzione delle violazioni e un aumento delle farmacie in regola. Le ispezioni ordinarie, svolte con cadenza biennale, permettono un monitoraggio continuo. Durante il biennio 2016-2017 è stata riscontrata una netta diminuzione delle inadempienze contestate durante il biennio precedente. Il monitoraggio continuo e la collaborazione da parte della farmacia, anche mediante l'uso del verbale di ispezione come strumento di autocontrollo, risultano quindi indispensabili per garantire la qualità della prestazione farmaceutica e la sicurezza del cittadino.

[P:097]

**PRESCRIZIONE DEL SACUBITRIL-VALSARTAN:
VALUTAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.
ESEMPIO DI EFFICACIA TERAPEUTICA E DI
SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE**

Iolanda Caccavo¹, Grazia Mazzone², Stefania Antonacci², Angela Chielli²

¹ Università Di Bari, Bari

² ASL Bari, Bari

Introduzione. L'appropriatezza prescrittiva è rilevante sia per l'efficacia e sicurezza dei trattamenti farmacologici sia per l'efficiente allocazione delle risorse del SSN. Scopo del lavoro è porre l'attenzione sull'appropriatezza prescrittiva del farmaco Sacubitril-Valsartan, indicato in pazienti adulti per il trattamento dell'insufficienza cardiaca sintomatica cronica con ridotta frazione di eiezione. Ha ricevuto la rimborsabilità a Febbraio 2017 e viene dispensato mediante distribuzione diretta dalle farmacie territoriali del Servizio Farmaceutico della nostra ASL. La prescrizione di sacubitril-valsartan prevede la redazione di un Piano Terapeutico AIFA, da parte di specialisti (cardiologo o internista) operanti in centri individuati dalle Regioni.

Materiali/metodi. È stato verificato il criterio di eleggibilità del Piano Terapeutico ossia l'assunzione da parte del paziente, per almeno sei mesi, di un ACE-inibitore o di un sartano. Poiché queste ultime categorie di farmaci hanno un regime di rimborsabilità di classe A, è stato possibile attraverso l'acquisizione ottica delle ricette farmaceutiche erogate, accertare questo criterio per tutti i 219 pazienti ai quali il farmaco sacubitril-valsartan è stato prescritto nella nostra ASL, tra marzo e dicembre 2017. Per tutti i 219 pazienti sono state visualizzate le prescrizioni effettuate dai medici di medicina generale dal 2015 al 2017, di tutti i farmaci erogati al paziente attraverso le farmacie di comunità.

Risultati. Dei 219 pazienti, 58 non rientravano nei criteri di eleggibilità previsti. Di questi, 39 pazienti non avevano mai assunto una delle due categorie farmaceutiche previste, mentre i restanti 19 pur avevano effettuato terapie con ACE-inibitori o sartani, non lo avevano fatto per un periodo di trattamento di almeno sei mesi. Nei casi di inappropriata è stato possibile in 6 casi bloccare l'erogazione del farmaco alla prima dispensazione, garantendo al paziente così l'accesso alle terapie convenzionali. Per gli altri 52 casi per motivi di continuità terapeutica non è stato possibile bloccare l'erogazione del farmaco. Considerando che il prezzo di sacubitril-valsartan è di 2,1462 Euro IVA compresa a compressa, è emersa una spesa di 26.200 Euro nell'anno 2017 per i pazienti non eleggibili, con una percentuale quindi del 22,6 % di inappropriata.

Conclusioni. Nei casi di inappropriata, sarà necessario segnalare i nominativi dei clinici prescrittori alle direzioni generali di riferimento, in modo da evitare futuri errori prescrittivi ed eventualmente essere richiamati in caso di eventi avversi per i pazienti o per valutazioni relative ad un danno erariale indotto. Inoltre le farmacie territoriali del Servizio Farmaceutico stanno attuando un controllo molto accurato con l'obiettivo di ridurre al minimo l'inappropriata sulle nuove prescrizioni.

[P:098]

**ANALISI FARMACOECONOMICA DELLE PRESCRIZIONI
DI OLMESARTAN E AMLODIPINA NEL 2017**

Francesca Burzatta, Cristina Neri, Rita Malavolti, Wanda Gianessi AUSL della Romagna, Ravenna

Introduzione. È risaputo che i farmaci equivalenti rappresentano uno strumento terapeutico riconosciuto come efficace e sicuro, in grado di fornire la possibilità di liberare risorse economiche da investire in medicinali innovativi, che rappresentano le ultime frontiere per curare patologie per le quali al momento non sono disponibili terapie risolutive. L'associazione preconstituita di olmesartan+amlodipina è presente in commercio in tre specialità coperte da brevetto. L'indicazione terapeutica ne prevede l'utilizzo per il trattamento dell'ipertensione arteriosa soltanto in pazienti adulti la cui pressione arteriosa non sia adeguatamente controllata da olmesartan o amlodipina in monoterapia. Il risultato atteso, pertanto, è che le prescrizioni di queste molecole riguardino prevalentemente i farmaci equivalenti in formulazione singola. Scopo del lavoro è stato valutare l'utilizzo di olmesartan e amlodipina, sia branded che equivalenti, e della loro associazione, al fine di promuovere la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto.

Materiali/metodi. Attraverso il database QueryBuilder sono state estrapolate le ricette SSN contenenti amlodipina e olmesartan, da soli e associati, stilate dai MMG dell'AUSL Romagna ambito Ravenna nell'anno 2017. Si è proceduto

all'analisi delle prescrizioni di farmaci branded rispetto agli equivalenti in termini di DDD consumate e spesa lorda generata.

Risultati. L'analisi sulla farmaceutica convenzionata mostra un maggior utilizzo del farmaco equivalente nel caso dell'amlodipina (54,51% DDD sul totale DDD consumate), sebbene la maggior spesa sia ascrivibile ai farmaci di marca, a cui si attribuisce il 55,51% della spesa lorda sostenuta per amlodipina (€294.820,82 sul totale spesa lorda di € 531.109,34). La scadenza del brevetto di olmesartan, da febbraio 2017, ha generato una riduzione del prezzo dei branded e una conseguente diminuzione di spesa per questa molecola rispetto all'anno precedente. Tuttavia, solo il 13,43% del totale DDD consumate di olmesartan si riferisce a farmaci equivalenti e la spesa lorda per i farmaci di marca è pari al 91,5% (€ 275.800,66 sul totale spesa lorda di € 301.429,91). I dati di assistenza farmaceutica desunti dal flusso AFT mostrano un aumento nel 2017 del consumo dell'associazione preconstituita olmesartan+amlodipina, la cui spesa lorda ammonta a € 348.269,91, pari al 29,5% della spesa totale per queste molecole, da sole e associate.

Conclusioni. Dall'analisi effettuata emerge ancora la tendenza a preferire l'utilizzo dei farmaci coperti da brevetto. Il Servizio Farmaceutico, da tempo impegnato a promuovere iniziative di sensibilizzazione dei MMG, continuerà a monitorare i consumi di olmesartan e amlodipina, insieme agli altri equivalenti, al fine di confrontarsi con i prescrittori circa le ricadute economiche delle loro scelte terapeutiche, per la sostenibilità del sistema.

[P:099]

**MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA DI TERIPARATIDE**

Irene Bongiorno

Azienda Sanitaria Provinciale (ASP), Agrigento

Introduzione. La nota AIFA 79 consente la prescrivibilità a carico del SSN dei farmaci a base del principio attivo Teriparatide nella prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore nelle 4 condizioni in essa riportate. La prescrizione della Teriparatide, riservata a centri specializzati individuati dalle Regioni, avviene su diagnosi e Piano Terapeutico (PT) della durata di 6 mesi rinnovabile per non più di altre 3 volte (massimo 24 mesi) e la dispensazione in regime di convenzione da parte delle farmacie private, con ricetta SSN corredata dal PT. Obiettivo del lavoro è il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva di Teriparatide.

Materiali/metodi. È stato effettuato per l' Anno 2017 il controllo crociato dei PT di Teriparatide, e delle relative ricette, valutando l'idoneità del centro prescrittore, la presenza del PT, la durata complessiva dei PT emessi per lo stesso paziente. Inoltre è stato valutato, nel caso in cui il criterio di eleggibilità era rappresentato dalla condizione 'nuova frattura vertebrale o femorale in corso di trattamento con farmaci in nota AIFA 79 da almeno un anno', l'eventuale presenza di trattamenti, con farmaci soggetti a nota AIFA 79 per almeno un anno, precedenti alla data di prima assunzione del farmaco Teriparatide.

Risultati. Sono stati individuati 124 pazienti in trattamento con la Teriparatide nell'Anno 2017 e 688 prescrizioni con PT redatti da idonei centri prescrittori. Sono state rilevate le seguenti inapproprietezze: 1) assenza del PT per 2 prescrizioni; 2) inidonea durata complessiva dei PT per 6 e 2 pazienti (25 e 26 mesi rispettivamente); 3) presunta inapproprietezza in 4 PT, riportanti come criterio di eleggibilità previsto dalla nota AIFA 79 'nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamento da almeno 1 anno di farmaci afferenti alla nota Aifa 79', per inadeguata o mancante trattamento per almeno un anno, prima dell' inizio del trattamento con Teriparatide, con altri farmaci con nota AIFA 79.

Conclusioni. La stesura di un modello di PT Regionale nell'Anno 2018 (1) per la prescrizione della teriparatide, unitamente al costante monitoraggio delle prescrizioni da parte del farmacista del servizio farmaceutico territoriale, contribuirà al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed al contenimento della spesa farmaceutica.

Bibliografia. (1) Circolare Assessoriale n.7 del 09/02/2018.

[P:100]

**FARMACOVIGILANZA ATTIVA: SEGNALAZIONE
DELLE SOSPETTE REAZIONI INDESIDERATE A FARMACI
(ADR) NELL'AREA VASTA N. 1 (AV1) DELL'ASUR MARCHE**

Silvia Bernardini¹, Fabio Ambrosini Spinella², Matteo Sestili², Eugenio Tempesta¹, Anna Maria Resta²

¹ Servizio Farmaceutico Territoriale, Pesaro

² Servizio Farmaceutico Territoriale, Fano

Introduzione. L'attività di farmacovigilanza ha un ruolo centrale

nella tutela della salute in quanto è finalizzata alla valutazione continuativa di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e assicura un rapporto rischio/beneficio favorevole per la popolazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha fissato come Gold Standard internazionale, per definire l'efficacia di un sistema di Farmacovigilanza, un tasso di segnalazione pari ad almeno 30 segnalazioni ogni 100.000 abitanti, di cui il 30% gravi ed almeno il 10% da parte di Medici.

Materiali/metodi. Attraverso la Rete Nazionale di Farmacovigilanza, il Servizio Farmaceutico Territoriale ha effettuato un'analisi volta ad individuare l'andamento del tasso di segnalazione di sospette ADR a farmaci rispetto alla popolazione nell'AV1 dell'Asur Marche, nel biennio 2016-2017.

Risultati. Nell'anno 2016, nella provincia di Pesaro-Urbino sono state segnalate 30 sospette ADR su una popolazione di 360.000 abitanti, con un tasso di segnalazione di sospette ADR, di 8,3 riferito a 100.000 abitanti (-72,3% vs valore Gold Standard), di cui 5 gravi (il 16,7%) con scostamento del -44,3%. 10 schede di segnalazione sono state inviate da farmacisti (33,3%); 8 da paziente/cittadino (26,7%); 3 da medico di medicina generale MMG (10,0%); 1 da pediatra di libera scelta PLS (3,3%); 4 e 4 da specialista e altro operatore sanitario (13,3%). I Medici segnalatori sono stati in totale 8 (26,7%). Nel 2017 le sospette ADR incrementano a 76, con un tasso di segnalazione di 21,1/100.000 abitanti (-29,7 vs Gold Standard), di cui 14 gravi (18,4% con scostamento del -38,7% vs Gold Standard). Si evidenzia una prevalenza di segnalazione da parte di farmacisti con 25 sospette ADR (32,9%) a cui seguono: paziente/cittadino con 21 sospette ADR (27,6%), specialista con 21 sospette ADR (27,6%), MMG con 6 sospette ADR (7,9%), PLS con 2 sospette ADR (2,6%), e altro operatore sanitario con 1 sospetta ADR (1,3%). I Medici segnalatori sono stati in totale 29 (38,2%).

Conclusione. La Farmacovigilanza Attiva ha portato un incremento importante nella segnalazione di sospette ADR: rendere il paziente protagonista del processo e facilitarlo a segnalare, con mezzi propri o con il supporto del Sanitario, ottimizza l'azione di monitoraggio ed incentiva un controllo attento su quanto viene prescritto, a favore di una maggior appropriatezza prescrittiva e d'uso del farmaco.

[P:101]

MONITORAGGIO DELLA SPESA CONVENZIONATA PRO-CAPITE LORDA PESATA DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (IPP) E DELLE STATINE NELL'AV1 DELL'ASUR MARCHE

Silvia Bernardini¹, Anna Maria Resta², Eugenio Tempesta¹, Matteo Sestili², Fabio Ambrosini Spinella²

¹ Servizio Farmaceutico Territoriale, Pesaro

² Servizio Farmaceutico Territoriale, Fano

Introduzione. L'impiego degli Inibitori di Pompa Protonica (IPP, ATC A02BC) e delle Statine (ATC C10AA) è aumentato notevolmente negli anni. Con la DGR. n.963/17, la Regione Marche ha disposto misure relative alla promozione dell'appropriatezza e alla razionalizzazione d'uso dei farmaci e del relativo monitoraggio. Obiettivo 2017 è stato quello di ridurre la spesa convenzionata lorda pro-capite allineandola alla media nazionale, soprattutto per le categorie terapeutiche con i consumi più elevati e a maggior impatto economico.

Materiali/metodi. Grazie all'ausilio del database aziendale è stata rilevata la spesa farmaceutica convenzionata pro-capite lorda pesata degli IPP e delle Statine nell'AV1 dell'Asur Marche, comprendente le tre Ex Zone Territoriali di Pesaro (Ex ZT1), Urbino (Ex ZT2) e Fano (Ex ZT3), nel biennio 2016-2017. I dati di consumo ottenuti sono stati confrontati con i rispettivi dati di spesa regionali e nazionali.

Risultati. Nel 2016, la spesa convenzionata pro-capite lorda pesata per gli IPP risulta nell'AV1 di € 13,23 (€ 12,87 Ex ZT1 Pesaro, € 11,83 Ex ZT3 Fano e € 15,6 Ex ZT2 Urbino) e nelle Marche di € 14,91 (scostamento -11,3%), contro una media italiana di € 13,53 (scostamento -2,2%). Nel 2017, nell'AV1, la spesa convenzionata pro-capite lorda pesata per gli IPP ammonta a € 11,87 (€ 10,58 Ex ZT1 Pesaro, € 10,96 Ex ZT3 Fano e € 14,93 Ex ZT2 Urbino), -10,3% rispetto all'anno 2016. Per quanto riguarda le Statine, la spesa convenzionata pro-capite lorda pesata nell'AV1 è di € 13,21 (€ 12,82 Ex ZT1 Pesaro, € 13,32 Ex ZT3 Fano e € 13,23 Ex ZT2 Urbino) e nelle Marche di € 11,75 (scostamento +12,4%), contro una media italiana di € 10,40 (scostamento +27,0%). Nel 2017 la spesa convenzionata pro-capite lorda pesata per le Statine, nell'AV1, decresce a € 12,99 (€ 12,22 Ex ZT1 Pesaro, € 13,10 Ex ZT3 Fano e € 13,56 Ex ZT2 Urbino), -1,7% rispetto all'anno 2016.

Conclusione. Il monitoraggio della prescrizione farmaceutica

territoriale di IPP e Statine, nel biennio 2016-2017, mostra un decremento dei valori di spesa pro-capite lorda pesata nell'AV1. Il miglioramento degli indicatori di appropriatezza prescrittiva verso i target regionali e nazionali è frutto di una costante attività di confronto tra Farmacisti e Medici e di una migliore accuratezza prescrittiva, nel rispetto delle norme e dell'evidence based medicine.

[P:102]

PROGETTO GESTIONALE MULTIDISCIPLINARE SULLA TERAPIA TERRITORIALE PERSONALIZZATA IN DOSE UNITARIA

Sabrina Beltramini, Marta Amato, Michela Bandelloni, Ilaria Bisso, Beatrice Bonalumi, Adele D'Angelico, Daniela Gaggero, Federica Mina, Elisabetta Sasso, Rita Francesca Tobaldi, Maria Attilia Grassi

Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Introduzione. Nella gestione domiciliare della cronicità la Sanità affronta numerosi problemi legati alle politerapie. Dati recenti evidenziano che il 50% dei pazienti anziani assume 5-9 farmaci/die, ma solo 4 su 10 rispettano le prescrizioni. Collateralmente la spesa farmaceutica è in crescita e le amministrazioni studiano percorsi per ottimizzare le risorse. Trasferendo nell'ambito territoriale il know-how acquisito nell'esperienza decennale del Policlinico sulla reingegnerizzazione del farmaco in dose-unitaria, si è pensato di progettare un nuovo modello gestionale multidisciplinare (farmacista ospedaliero, MMG, infermiere) della terapia territoriale con allestimento e consegna personalizzati in Dose Unitaria a pazienti, oltre i 65 anni, affetti da poli-cronicità che assumono almeno 5 farmaci. La finalità è quella di garantire il controllo del rischio clinico, dell'aderenza alla terapia, dell'appropriatezza e di minimizzare gli sprechi.

Materiali/metodi. Attraverso la collaborazione tra Policlinico, Servizio Infermieristico Universitario e ASL, si è sperimentato un supporto attivo a pazienti anziani e MMG attraverso la fornitura quindicinale di monodosi, associato alla presa in carico infermieristica per la consegna della terapia, il training del paziente. Il percorso di arruolamento ha seguito il seguente schema: • selezione dei pazienti da parte del MMG secondo criteri concordati ed elaborazione del piano terapeutico per paziente; • valutazione del farmacista dell'appropriatezza della prescrizione e redazione di un diario di terapia facilitativo; • allestimento monodosi; • consegna al domicilio attraverso servizio infermieristico dedicato con formazione del paziente; • registrazione delle eventuali terapie inutilizzate.

Risultati. Il progetto della durata di 6 mesi, dal 25/10/2017, ha visto l'arruolamento di 18 pazienti. 13 hanno terminato la sperimentazione e 5 abbandonato il progetto. Sono state erogate complessivamente 347 settimane di terapia, pari a 18.497 monodosi con una media di 7,6 monodosi/paziente/die. Dallo studio si sono identificati vantaggi farmaceutici e assistenziali, quali: incremento dell'aderenza, monitoraggio errori e valutazione compliance. Inoltre il farmacista ospedaliero ha supportato il MMG per la scelta dei principi attivi verificandone tempi e modalità di somministrazione ed interazioni. La presa in carico infermieristica con accesso domiciliare ha permesso la formazione dei pazienti rispetto alla corretta assunzione e verifica della aderenza.

Conclusione. È in corso l'analisi dei diari di terapia e delle monodosi restituite per la valutazione dell'aderenza. Come feedback del progetto abbiamo ricevuto il riscontro positivo dei clinici che hanno evidenziato la forza e la potenzialità di un percorso condiviso multidisciplinare tra figure professionali che solitamente non hanno occasione di collaborare, oltre alla grande soddisfazione dei pazienti.

Bibliografia. OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). 2012 J. of Gerontology Series A.

[P:103]

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE PRESCRIZIONI TERRITORIALI A BASE DI CANNABIS NELLA ASL DI MODENA

Chiara Ajolfi, Carla Orsi, Patrizia Poggioli, Cecilia Vaccari, Alessandro Renzetti, Maria Angela Ghelfi

Azienda USL Modena - Servizio Farmaceutico Territoriale, Modena

Introduzione. Il DM 9 novembre 2015 disciplina la materia relativa alla cannabis per uso medico. La Regione Emilia Romagna ha inserito la cannabis nel Prontuario terapeutico regionale e adottato una scheda informatizzata per la prescrizione e il monitoraggio dei trattamenti con preparati a base di cannabis (DGR 1250/2016). I dati raccolti nel sistema informatico regionale contribuiscono a delineare un quadro preciso sulle

modalità di utilizzo locale della cannabis e consentiranno nel tempo di implementare le evidenze scientifiche su efficacia e sicurezza che, ad oggi, sono di qualità moderata o scarsa, con risultati contraddittori e non conclusivi.

Materiali/metodi. Sono state analizzate le prescrizioni delle preparazioni galeniche a base di cannabis per uso terapeutico compilate on-line sulla piattaforma del portale regionale SOLE nel periodo settembre 2016-dicembre 2017 riferite alla nostra Azienda.

Risultati. Sono stati trattati 75 pazienti equamente distribuiti tra maschi (50.7%) e femmine (49.3%) in una fascia di età compresa tra 30 e 83 anni. Le prescrizioni complessive sono 228, il 78.9% a carico del SSR, con un periodo di trattamento variabile tra 1 e 17 mesi. Il ricorso alla cannabis integra o sostituisce le terapie convenzionali nella riduzione del dolore neuropatico cronico (76.3%) o associato a spasticità nella SLA e nelle lesioni del midollo (7.9%), nella sclerosi multipla (4.8%) e nella nausea e vomito da chemio-radioterapia (2.2%). Bedrocan (56.6%) e Cannabis FM2 (43.0%) le formulazioni più prescritte. Sono stati allestiti oleoliti (81.6%), cartine per via orale (12.7%) e inalatoria (5.3%) e capsule (0.4%). I dosaggi consigliati variano sensibilmente: da 25 a 500mg/die per le cartine, da 5 a 120gtt/die per l'oleolita, il che si giustifica con la necessità di titolazione, incrementando gradualmente i dosaggi fino al raggiungimento della massima efficacia terapeutica senza effetti collaterali significativi. Per 11 pazienti è stata segnalata la sospensione della terapia per inefficacia; non sono pervenute segnalazioni di ADR nel periodo di osservazione.

Conclusione. Il sistema regionale di prescrizione informatizzata si è rivelato uno strumento prezioso per il monitoraggio dell'uso medico della cannabis. È importante promuoverne l'utilizzo tra i prescrittori, anche per prescrizioni non a carico del SSR, per aver informazioni puntuali sulla tipologia dei pazienti in cui trova impiego come opzione terapeutica, sulle formulazioni allestite, sulla capacità di migliorare la sintomatologia o produrre effetti indesiderati. È infatti importante mantenere attenzione sull'uso della cannabis fino a quando non avremo dati disponibili da trials clinici che in maniera rigorosa evidenzino la reale efficacia e sicurezza della cannabis ad uso medico.

[P:104]

SACUBITRIL/VALSARTAN:

MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Francesca Chiara Gatti¹, Sara Ferrari¹, Corrado Confalonieri², Antonella De Masi¹, Lucio Di Castri¹, Luisa Costa¹, Caterina Fiazza³, Martina Mazzari¹, Alessia Sartori¹, Elena Bazzoni¹, Maria Luigia Giusto¹, Silvia Lapadula¹, Thérèse Gregori¹, Alessandra Melfa¹, Chiara Seccaspina¹, Stefano Vecchia³, Simonetta Radici⁴

¹Farmacia Territoriale, Direzione Tecnica di Farmacia, AUSL Piacenza;

²Farmacia Territoriale, AUSL di Modena;

³Farmacia Ospedaliera, Direzione Tecnica di Farmacia, AUSL di Piacenza;

⁴Direzione Tecnica di Farmacia, AUSL di Piacenza

Introduzione. L'introduzione di sacubitril/valsartan nel prontuario terapeutico ospedaliero ha rappresentato un'opzione terapeutica per la cura di pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico a frazione di eiezione ridotta. L'analisi si propone di monitorare l'andamento prescrittivo, verificare la completezza del piano terapeutico cartaceo e verificare le raccomandazioni di utilizzo riportate in scheda tecnica del farmaco sacubitril/valsartan.

Materiali/metodi. Le Farmacie Territoriali hanno raccolto i piani terapeutici cartacei prescritti da giugno 2017 al febbraio 2018 ed hanno elaborato un data base excel riportando le caratteristiche del paziente (codice fiscale, cognome e nome, data di nascita), classe NYHA, frazione di eiezione %(FE%), pressione arteriosa sistolica, dosaggio del farmaco, codice registro AIFA, centro e medico prescrittore e ciascun criterio indicato sulla prescrizione che permetta la prescrizione del farmaco. Tramite l'estrazione dei flussi dei farmaci erogati in convenzionata (AFT) e Flusso Erogazione Diretta (FED) nel periodo tra 01/01/16 e il 31/12/2017, si sono analizzati i farmaci erogati nei sei mesi precedenti la compilazione del piano terapeutico per i pazienti a cui è stato prescritto sacubitril/valsartan.

Risultati. I piani terapeutici raccolti e analizzati dalle Farmacie Territoriali sono stati 154 piani terapeutici per un totale di 96 pazienti in cura con sacubitril/valsartan. In 24 piani non è stato riportato il codice identificativo del paziente, necessario per il recupero dei dati sul registro informatizzato AIFA ed 15 non è presente il valore di FE%. Confrontando quanto è stato riportato nei piani terapeutici con i flussi di erogazione farmaci, si è notato

che 7 pazienti non avevano ritirato mai ritirato tramite ricette elettroniche o distribuzione diretta un farmaco ACE inibitore o un bloccante del recettore dell'angiotensina II.

Conclusione. In seguito alla raccolta e discussione dei dati ottenuti, sono stati organizzati incontri con i clinici prescrittori in cui si è posta l'attenzione riguardo alla mancanza di alcuni dati nei piani terapeutici cartacei necessari per la prescrizione e alla presenza di dubbi valori limite per evitare il blocco del piano. Si è quindi inoltre richiesta una maggiore aderenza alle indicazioni riportate in scheda tecnica, ponendo l'attenzione sulla necessità di prescrivere il farmaco solo se il paziente è stato sottoposto a una terapia con ACE inibitore o bloccante del recettore dell'angiotensina per almeno 6 mesi.

FARMACIA CLINICA

[P:105]

UN NUDGE PER SOSPENDERE IPOGLICEMIZZANTI ENTRO 24 ORE DAL RICOVERO NEL PAZIENTE CRITICO

Sonia Venezia¹, Valeria Pagni², Annamaria Valcavi¹, Caterina Turrà¹, Federica Gradellini¹

¹S.C. Farmacia AUSL di Reggio Emilia, Reggio Emilia

²S.C. Endocrinologia AUSL di Reggio Emilia, Reggio Emilia

Introduzione. Nei pazienti ospedalizzati, l'uso degli ipoglicemizzanti orali è spesso controindicato per le condizioni cliniche che accompagnano il paziente "acuto" (possibile coesistenza di insufficienza renale/epatica, cardiocircolatoria, respiratoria, somministrazione di farmaci iper-glicemizzanti); pertanto tutte le linee guida raccomandano la terapia insulinica come il metodo migliore per ottenere un rapido controllo glicemico nel paziente metabolicamente scompensato; i farmaci ipoglicemizzanti orali, eccetto che in condizioni particolare stabilità, dovrebbero essere temporaneamente sospesi durante il ricovero in ospedale.

Materiali/metodi. Per aumentare la sicurezza nella gestione del paziente diabetico in ospedale è stata svolta dai diabetologi una formazione periodica dei prescrittori delle differenti unità per sensibilizzarli ad attuare la momentanea sospensione degli ipoglicemizzanti orali all'ammissione in ospedale. È stato definito un supporto alla prescrizione informatizzato per la definizione del fabbisogno insulinico durante il periodo di ricovero. È stato attivato un processo sistematico di consulenza diabetologica alla dimissione. Non da ultimo nel percorso di valutazione della performance (Budget) il Gruppo di lavoro composto da diabetologi e farmacisti ha proposto un Indicatore di efficacia per l'area di appropriatezza prescrittiva che valuta la Sospensione ipoglicemizzanti orali entro 24 ore dal ricovero (pazienti con prescrizione attiva di ipoglicemizzanti orali a 24 ore dal ricovero (ATC =A10B)/ totali dei pazienti con prescrizione di ipoglicemizzanti orali o insulina (ATC =A10).

Risultati. Nel 2017 il 20% dei pazienti ricoverati in reparti di Chirurgia e o/ o di alta intensità con una terapia ipoglicemizzante orali in corso di assunzione non la sospende a 24 ore dal ricovero. Nei primi 5 mesi del 2018 tale percentuale si è ridotta al 20%.

Conclusione. In un sistema di controllo direzionale efficace coesistono un insieme di meccanismi volti ad aumentare la probabilità che le persone assumano comportamenti adeguati: gli indicatori di Budget integrati possono intendersi come strumenti efficaci per influenzare i comportamenti individuali al raggiungimento delle finalità.

Bibliografia. • SID Decalogo per la cura delle persona con diabete in ospedale 2012 www.siditalia.it; • Osservatorio ARNO diabete: analisi di dieci anni di prescrizioni. Rapporto 2007, volume XI. <http://osservatorioarno.cineca.org>; • American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007 Diabetes Care. 2008; 31: 596-615.; • Flamholtz, Organizational Control Systems as a Managerial Tool, 1979.

[P:106]

IL RUOLO DEL FARMACISTA CLINICO NELL'ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP IN TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA PEDIATRICA

Leonardo Vallesi¹, Lucia Garaboldi², Michela Lombardo¹, Antonella Sabia¹, Giuseppe Bianco², Tiziana Corsetti²

¹La Sapienza, Roma

²Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Introduzione. La terapia antibiotica è uno dei capitoli più rilevanti della pratica medica, sia da un punto di vista clinico che di sanità pubblica e farmaco-economia. La scelta terapeutica è critica nei pazienti pediatrici ricoverati nel reparto di Terapia Intensiva Cardiochirurgica (TIC), poiché immunodepressi, portatori di dispositivi invasivi ed esposti a quadri infettivi sempre