- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.184.214 Sun, 28 Apr 2024, 18:03:58

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

[P:001]

IL RUOLO DEL FARMACISTA NELLA GESTIONE DELLA CHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA ORALE DALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA ALLA PRESA IN CARICO SUL TERRITORIO

Regina Visiello[1], Rosa Salvati [1], Margherita Aruta [1]
[1] PO Tortora Pagani, Pagani
[2] DS 61, Scafati

Introduzione. L'evoluzione delle tecnologie, l'avvento della target teraphy, la possibilità di personalizzare il trattamento in base alle caratteristiche biologiche del tumore, ne hanno rivoluzionato la cura. Sono disponibili nuovi trattamenti, anche ad uso orale,i quali tuttavia possono aumentare il rischio di errori di somministrazione, compromettendo la sicurezza e l'efficacia della terapia. Un grande problema è rappresentato dall'aderenza del paziente al trattamento. Il farmacista partecipa al percorso terapeutico del paziente e funge da congiunzione tra ospedale e territorio. Obiettivi: 1) Semplificare il percorso di accesso al farmaco. 2) Promuovere il corretto uso dei chemioterapici antiblastici orali. 3) Valutare l'aderenza del paziente alla terapia. 4) Creare un team multidisciplinare ospedale-territorio con al centro il paziente.

Materiali/metodi. 1) Verifica e semplicazione del percorso interno di accesso al farmaco applicando la tecnica Lean. 2) Raccolta ed analisi delle informazioni chieste dai pazienti recatisi in farmacia: 752 nell'ultimo semestre dell'anno 2017. Sulla base delle domande più frequenti sono state elaborate schede informative semplificate per ciascun farmaco distribuito. 3) Realizzazione del Diario della Terapia Orale. 4) Programmazione di incontri con farmacisti territoriali e MMG.

Risultati. 1) È stato semplificato il percorso interno di accesso al farmaco. 2) Sono state realizzate 15 schede informative semplificate. 3) È stato realizzato il Diario della Terapia Orale in accordo con oncologi ed ematologi. 4) È stata approntata una rete telefonica con alcuni farmacisti territoriali

Conclusione. La terapia orale essendo domiciliare, migliora la qualità di vita del paziente ma è meno controllabile per aderenza, effetti collaterali, interferenze farmacologiche, richiede quindi un cambiamento importante nella prassi clinica. La corretta gestione della terapia domiciliare richiede personale sanitario formato, coinvolgimento del paziente e/o di un caregiver e del medico di medicina generale. Un ruolo attivo del team nella gestione del paziente oncologico evidenzia precocemente eventuali effetti collaterali, limita gli accessi ospedalieri ad eventi effettivamente necessari, riduce le lunghe liste di attesa ambulatoriali.

Bibliografia. L 405/2001. Raccomandazione n°14 del Ministero della Salute Ottobre 2012. Partridge AH, Avorn J, Wang PS, et al. Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. J Natl Cancer Inst 2002;94:652-61. Love RR, Cameron L, Connell BL, et al. Symptoms associated with tamoxifen treatment in postmenopausal women. Arch Intern Med 1991;151:1842-7. Hartigan K. Patient education: the cornerstone of successful oral chemotherapy treatment. Clin J Oncol Nurs 2003;7:21-4.

[P:002]

MIGLIORARE GLI ESITI CLINICI NEL POST-INFARTO CON IL COINVOLGIMENTO DELLE FARMACIE TERRITORIALI: PROPOSTA DI UN PROGETTO PILOTA AZIENDALE PER IL MONITORAGGIO DELL'ADERENZA AI FARMACI

Erika Vighesso [1], Raffaella Ruzza [2], Gianni Bregola [2], Loris Roncon [3], Annalisa Ferrarese [2]
[1] Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera - Università degli Studi di Padova, Padova
[2] UOC Farmacia Ospedaliera di Rovigo - Az. ULSS 5, Rovigo
[3] UOC Cardiologia di Rovigo - Az. ULSS 5, Rovigo

Introduzione. Nonostante le terapie disponibili in prevenzione secondaria, l'incidenza e la gravità delle complicanze dell'IMA rimangono elevate nel primo anno (ri-ammissioni ospedaliere 20-40%;mortalità cardiovascolare, CV, 10-25%). Nella pratica clinica del post-infarto, la bassa aderenza alle terapie raccomandate (discontinuazione in almeno il 20% dei Pazienti a 6 mesi) è associata all'aumentato rischio di successivi eventi CV e mortalità, in modo statisticamente significativo e indipendentemente dal farmaco.[1] Nessuna delle strategie promosse a livello internazionale per migliorare l'aderenza, ha dato risultati certi in termini di miglioramento degli outcomes clinici. Scopo del lavoro è individuare un percorso organizzativo-assistenziale innovativo e coordinato per migliorare l'aderenza in prevenzione secondaria, coinvolgendo e valorizzando la rete delle Farmacie di Comunità a diretto contatto con i Pazienti.

Materiali/metodi. È stato nominato un Comitato Scientifico composto da cardiologi, MMG, farmacisti ospedalieri e territoriali, che ha proposto di avviare uno studio clinico interventistico. È stata condotta una revisione della letteratura scientifica (Clinical Key,Clinicaltrials.gov,Cochrane Library,PubMed) per la stesura del protocollo. Per stimare il livello di aderenza della coorte IMA della nostra Azienda e definire la numerosità campionaria sono stati utilizzati i reports Core Cineca (aderenza agli antiaggreganti a 6 mesi nei dimessi con IMA dai flussi farmaceutica e SDO consolidati al 2015). L'aderenza è stata definita in presenza di almeno 150 DDD nel periodo. Il protocollo di studio è stato sottomesso al Comitato Etico (CESC) per l'approvazione.

Risultati. Dall'analisi delle SDO (N=236) nel secondo semestre 2015, l'aderenza a 6 mesi è stata del 53%. Il disegno scelto è uno studio pilota prospettico controllato a 2 bracci in aperto monocentrico ad arruolamento consecutivo: nel braccio sperimentale sono previsti 3 interventi attuati dai Farmacisti territoriali per migliorare l'aderenza (counseling, self-report, conteggio pillole). Il braccio di controllo retrospettivo riflette la normale pratica assistenziale. L'Obiettivo è valutare se il farmacista territoriale può avere un ruolo nell'aumentare l'aderenza alla terapia (PDC, Proportion-of-Days-Covered) e, quindi, migliorare qualità della cura ed esiti (ri-ammissioni ospedaliere per cause CV) a 6, 9 e 12 mesi. Il protocollo "IM-ADHERENCE" è stato approvato dal CESC e avviato lo scorso 16/02, con la partecipazione di 7192 Farmacie territoriali.

Conclusione. La sperimentazione è stata fortemente supportata dall'Ordine dei Farmacisti e da FederFarma, ricevendo grande adesione dalle Farmacie territoriali. I risultati potrebbero consentire lo sviluppo di uno studio multicentrico e potenziare il modello di "Farmacia dei servizi", strettamente integrato nella rete assistenziale e nella continuità Ospedale-Territorio.

Bibliografia. [1]Brown MT, Bussel JK. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clin Proc 2011;86(4):304-14.

[P:003]

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DI UN INTERVENTO DI COUNSELING FORNITO DEL FARMACISTA SUL MIGLIORAMENTO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA: RISULTATI DI UN TRIAL RANDOMIZZATO

Francesca Guerriero [1], Raffaele Piscitelli [1], Daniela Scala [2], Veronica Russo [1]
[1] -CIRFF- Dipartimento di farmacia, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli
[2] AORN Cardarelli, Napoli

Introduzione. Il Belief Medicine Questionnaire (BMQ) è uno strumento utilizzato per valutare l'aderenza alla terapia da parte dei pazienti. Lo strumento si avvale di due scale, una relativa al Necessity (consapevolezza) e l'altra relativa al Concern (dubbi). Punteggi più elevati della scala Necessity identificano i pazienti con una migliore aderenza alle terapie. Lo scopo di questo studio è determinare l'impatto del counseling telefonico, fornito bimestralmente dal farmacista, sul senso di fiducia del paziente verso la terapia.

Materiali/metodi. I pazienti sono stati randomizzati al gruppo controllo (CG) o al gruppo intervento (IG). Tutti i pazienti hanno compilato la versione italiana BMQ sia all'inizio dello studio che dopo 12 mesi. L'intervento è consistito in una sessione telefonica di counseling, fornita bimestralmente dal farmacista per un anno, focalizzata su eventi avversi, esercizio fisico, dieta, fumo e uso di alcolici.

Risultati. Sono stati reclutati 80 pazienti CG e 84 IG. Dopo12 mesi sono state rilevate significative differenze tra i due gruppi per i parametri di Necessity (punteggio medio in IG 21.07_3.08; punteggio medio in CG 18.11_3.51; $p<0.001$) e Concern (punteggio medio in IG 13.55_4.15; punteggio medio in CG 18.39_3.71; $p<0.001$).

Conclusione. L'intervento migliora l'aderenza alla terapia da parte dei pazienti aumentando la consapevolezza e rendendoli partecipi alla gestione della propria salute. Questo studio può servire come linea guida per altri studi finalizzati a confermare l'efficacia di questa tipologia di strategia basata sul counseling volto a modificare l'approccio del farmacista ospedaliero in generale e quello del paziente rispetto alla propria salute.

Bibliografia. 1. D. Scala, M. D'Avino, S. Cozzolino, A. Mancini, B. Andria, G. Caruso, et al., Promotion of behavioural change in people with hypertension: an intervention study, Pharm. World Sci. 30 (2008) 834–839. 2. P. Argentero, E. Torchio, G. Tibaldi, R. Horne, J. Clatworthy, C. Munizza, The beliefs about drug

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.184.214 Sun, 28 Apr 2024, 18:03:58

treatment: the Italian version of the BMQ (the Beliefs about Medicines Questionnaire): its validity and applicability, Epidemiol. Psichiatr. Soc. 19 (2010) 86–92. 3. A. Giardini, M.T. Martin, C. Cahir, E. Lehane, E. Menditto, M. Strano, et al., Toward appropriate criteria in medication adherence assessment in older persons: position paper, Aging Clin. Exp. Res. 28 (2016) 371–81. S.P. Hirani, S.P. Newman, Patients' beliefs about their cardiovascular disease, Heart 91 (2005) 1235-9.

[P:004]

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DEI NUOVI ANTICORPI MONOCLONALI PER LA CURA DELL'IPERCOLESTEROLEMIA PRIMARIA (ANTI-PCSK9)

Anna Michaela Pinto, Letizia Moino, Simone Pengo, Roberta Callegari, Michele Ragazzi
Farmacia Ospedaliera Castelfranco Veneto ULSS2 Marca Trevigiana-Distretto Asolo, Castelfranco

Introduzione. I nuovi anticorpi monoclonali Alirocumab (Praluent®) ed Evolocumab (Repatha®), rappresentano un innovativo approccio farmacologico nel trattamento dell'ipercolesterolemia. L' ISS stima che il trend di prevalenza sia in crescita e che il 40% non è consapevole di avere livelli di colesterolo non a norma, con conseguente aumento dei costi sanitari (ospedalizzazioni). Elevati livelli plasmatici di colesterolo LDL sono associati all'aumento del rischio di malattie cardiovascolari. Gli inibitori PCSK9 iniettabili e ad alto costo, sono indicati come seconda scelta nei pazienti con forme più gravi di ipercolesterolemia nelle quali il trattamento con statine alla massima dose non basta. Inoltre, sono caratterizzati da un'elevata sicurezza e non presentano gli eventi avversi associati alle statine. Questi nuovi farmaci innovativi e ad alto impatto di spesa, sono sottoposti a Monitoraggio Aifa e la prescrizione è vincolata alla compilazione di un Piano Terapeutico web-based da parte di specialisti autorizzati, per un periodo massimo di 6 mesi. Nella Regione Veneto, è stato redatto un documento HTA per un accesso controllato al mercato di questi nuovi farmaci, che prevede che l'erogazione avvenga attraverso la distribuzione diretta da parte delle farmacie ospedaliere, previa compilazione della scheda Aifa. Il Farmacista poi provvede alla dispensazione sulla piattaforma Aifa. Scopo di questa analisi è di esaminare l'andamento prescrittivo dei nuovi anticorpi monoclonali per l'ipercolesterolemia, monitorare l'appropriatezza prescrittiva e valutare l'impatto sulla spesa farmaceutica di queste nuove terapie.

Materiali/metodi. Per l'analisi, i dati di prescrizioni dei nuovi anticorpi monoclonali, sono stati estrapolati dal database aziendale NFS e dalle relative dispensazioni sul sito Aifa, nel periodo dal 1 Giugno 2017 al 31 Maggio 2018.

Risultati. Nel periodo in esame, sono stati trattati n. 18 pazienti, di cui n. 14 (83%) con Evolocumab e n. 4 (17%) con Alirocumab. Dall'analisi delle prescrizioni, sono stati dispensati n. 186 penne di Evolocumab e n. 44 penne di Alirocumab 75 mg e n. 8 penne di Alirocumab 150 mg, per una spesa complessiva di 53188,905 euro.

Conclusione. Considerata la rilevanza sia clinica che economica dei nuovi anticorpi monoclonali anti-PCSK9, la sorveglianza dei pz in terapia con tali farmaci deve essere assicurata da un insieme di attività tra i vari professionisti coinvolti. Pertanto, il monitoraggio ha confermato che il n° di pz trattati è in linea con il dato stimato dalla Regione e che le prescrizioni sono risultate appropriate, garantendo in tal modo sia la sicurezza del pz che una sostenibilità economica.

Bibliografia. 1. Documento HTA-Regione Veneto.

[P:005]

LA TERAPIA DELL'ASMA E DELLA BPCO: COME MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA IN UNA USL DELLA REGIONE TOSCANA

Cecilia Pagliai, Susanna Mazzoni, Eleonora Pavone, Paolo Batacchi
Azienda USL Toscana Centro, Firenze

Introduzione. I farmaci respiratori (ATC R03) vengono utilizzati principalmente nella terapia dell'asma e della BPCO, e la loro appropriatezza d'uso fa riferimento alle rispettive linee guida GINA e GOLD, che prevedono un'adeguata stadiazione della patologia ed individuano le scelte terapeutiche maggiormente raccomandate nelle diverse tipologie di pazienti. La razionalizzazione nella scelta del farmaco tra i tanti disponibili in commercio e l'armonizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici tra ospedale e territorio sono fondamentali per garantire tale appropriatezza.

Materiali/metodi. In una prima fase sono stati analizzati i consumi territoriali aziendali di farmaci ATC R03 del 2017, mediante la consultazione del flusso SPF. La composizione delle DDD erogate è risultata la seguente: 48% associazioni ICS/LABA, 24,3% LAMA, 8% LABA, 7% ICS, 3,1% associazioni LABA/LAMA e 9,7% SABA. Dall'analisi più approfondita dei dati sono emersi problemi di appropriatezza, quali l'eccessivo uso del salbutamolo e delle fialette per aerosol, la netta prevalenza delle associazioni LABA/ICS, la scarsa aderenza, la scelta di device non idonei ai pazienti. Per cercare di risolvere queste problematiche è stato organizzato un gruppo di lavoro nel quale hanno collaborato diverse figure professionali, tra cui pneumologi, allergologi, farmacisti, medici di medicina generale e pediatri, che hanno redatto un documento di supporto con lo scopo di implementare l'appropriatezza delle terapie per uso inalatorio.

Risultati. Nel documento redatto sono stati valutati tutti i prodotti disponibili in commercio, cercando di conciliare linee guida e schede tecniche dei farmaci. I farmaci sono stati suddivisi in base alle indicazioni terapeutiche, all'uso pediatrico o negli adulti e ai vari step o quadranti previsti nelle linee guida di riferimento. Sono stati evidenziati forma farmaceutica, dosaggio, posologia, tipo di device, costi delle terapie ed eventuale inclusione nella lista di trasparenza. Le tabelle così strutturate vogliono essere uno strumento per aiutare il medico nella scelta del farmaco più appropriato per ogni singolo paziente, consentendo anche, a parità di altre condizioni, di individuare il prodotto a più basso costo.

Conclusione. Nel raggiungimento dell'Obiettivo di appropriatezza d'uso dei farmaci respiratori è importante la partecipazione e la collaborazione di tutti i medici, sia ospedalieri che territoriali, e dei farmacisti. Il materiale elaborato sarà quindi la base per una condivisione di percorsi terapeutici che permetteranno di armonizzare la realtà ospedaliera con il territorio, attraverso audit locali con tutti i prescrittori di questa classe di farmaci.

Bibliografia. Global initiative for chronic obstructive lung disease, Pocket guide to copd diagnosis, Management, and prevention 2018 -Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2018.

[P:006]

NUOVI ANTI HCV AD AZIONE DIRETTA: IL RUOLO DEL FARMACISTA NEL MONITORAGGIO DELLE TERAPIE DI FARMACI INNOVATIVI

Nicoletta Avola, Giovanna Nobile, Sandra Guzzardi, Debora Sgarlata, Rosaria Sorbello, Fabio Ferlito, Emanuela Alfonso
UOC Farmacia P.O. Umberto I ASP Siracusa, Siracusa

Introduzione. Dal 2017 sono commercializzati in Italia i farmaci anti HCV ad azione diretta di terza generazione: elbasvir/grazoprevir(e/g), indicato per il genotipo 1 e 4, sofosbuvir/velpatasvir(s/v) e glecaprevir/pibrentasvir(g/p), pangenotipici, a cui è stato riconosciuto il requisito di innovazione terapeutica e sono sottoposti a monitoraggio addizionale. I dati di sicurezza su larga scala sono sotto attenta osservazione e la prescrizione a carico del SSN è limitata ai centri individuati dalle Regioni ed è sottoposta alla compilazione dei Registri AIFA on-line, necessaria alla dispensazione dei farmaci presso la Farmacia Ospedaliera. Compito degli operatori sanitari è il monitoraggio della terapia e delle interazioni farmacologiche. Il farmacista è sempre più coinvolto nel percorso terapeutico-diagnostico-assistenziale dei pazienti per cui è stata monitorata l'aderenza alle terapie, l'efficacia e gli effetti collaterali.

Materiali/metodi. È stato realizzato uno schema semplificativo delle schede tecniche dei farmaci, da illustrare e consegnare al paziente insieme al farmaco, in cui sono state riportate informazioni quali: ADR, interazioni tra i nuovi anti HCV e altri farmaci ed eventuali accorgimenti per la cosomministrazione. Inoltre è stato realizzato un registro aziendale informatizzato che raccoglie, per ogni paziente, le informazioni principali sulla patologia, terapia, ADR e follow-up. Sono stati analizzati i Piani Terapeutici (P.T.) dei nuovi anti HCV e le informazioni riportate sul registro aziendale, da aprile 2017 a maggio 2018.

Risultati. Da aprile 2017 a maggio 2018 sono stati prescritti 275 P.T. (107 di e/g, 94 di s/v e 74 di g/p) a pazienti adulti, 153 maschi e 122 femmine. Le terapie concluse sono 236, di cui 52 (il 22%) con una durata di 8 settimane (con g/p), 182 (il 77%) di 12 settimane (92 per e/g, 84 per s/v, 6 per g/p) e 2 (con e/g) di 16 settimane. In sette casi i pazienti hanno assunto anche farmaci contro l'HIV. In due casi la terapia ha previsto la cosomministrazione di ribavirina e s/v e un paziente, resistente alla terapia con sofosbuvir+ daclastavir, è stato sottoposto alla terapia con g/p.

Conclusione. In tutti i casi è stata riscontrata compliance alla terapia, agevolata dal supporto del farmacista, dalla assenza di ADR e dalla breve durata della terapia. In un paziente trattato

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.184.214 Sun, 28 Apr 2024, 18:03:58

con g/e, affetto anche da HIV, è stato necessario interrompere la terapia con lopinavir/ritonavir a causa della controindicata somministrazione riportata nella scheda tecnica del farmaco anti HCV. È da sottolineare il successo terapeutico riscontrato nel paziente che era già stato trattato con gli anti HCV di seconda generazione.

[P:007]
PROGETTO SPERIMENTALE PER L'INDIVIDUAZIONE DI UNA NUOVA MODALITÀ DISTRIBUTIVA DEI FARMACI APHT EX OSP2

Simona Angela Mirarchi[1], Luciana Florio[1], Daniela Labate[2]
[1] Ufficio DPC Regionale - Servizio Farmaceutico Territoriale Tirreno-Esaro Pollino Asp Cosenza, Cosenza
[2] Servizio farmaceutico territoriale ASP Reggio Calabria, Reggio Calabria

Introduzione. La Determinazione AIFA del 13/1/2010 ha previsto la riclassificazione dei medicinali già OSP2 in A-PHT, determinando la possibilità di ricorrere a modalità distributive alternative alla DD, ma senza aggravio di costi per il SSN. La Regione, nel 2015, forte della realizzata centralizzazione della DPC, che razionalizzava l'impiego delle risorse attraverso acquisti centralizzati e il monitoraggio dei consumi, ha inserito alcuni di questi farmaci nell'elenco della DPC. Questo poteva comportare un aggravio di costi, per gli oneri di distribuzione. Decorsi due anni possiamo verificare i risultati raggiunti.
Materiali/metodi. Il progetto ha riguardato 10 principi attivi, 16 specialità, selezionate in base alle caratteristiche cliniche ed al background di uso consolidato. Il nuovo percorso coinvolgeva i MMG e le farmacie private convenzionate. Per i medici sono state predisposte schede informative riassuntive delle principali caratteristiche farmacologiche e delle interazioni più frequenti. Per le farmacie e i depositi sono state stilate linee guida per la gestione di tali farmaci. Il percorso è iniziato in data 1/7/15 e per i primi 6 mesi è stata ottenuta un'erogazione a costo zero da parte della filiera. Contemporaneamente è stata chiesta e ottenuta la rinegoziazione dei prezzi dalle aziende produttrici per coprire i costi dovuti alla filiera.
Risultati. Nel periodo luglio 2015 – maggio 2018 sono state erogate 45.346 di ex-Osp2, con una spesa per gli oneri di distribuzione di € 269.542. Per lo stesso periodo è stato stimato, in base all'erogato, un risparmio, conseguito grazie alla rinegoziazione dei prezzi sui farmaci interessati, di € 7.276.414, determinato moltiplicando il differenziale di prezzo, per ciascuna specialità, per il numero di confezioni erogate, notevolmente superiore rispetto ai costi dell'erogazione in DPC.
Conclusione. Nel tempo la scelta si è rivelata vincente, perché i costi per la distribuzione sono stati ripianati, direttamente, grazie alla rinegoziazione con le aziende produttrici, che non potendo ridurre i prezzi degli ex OSP2, coperti da brevetto, hanno ridotto quello dei farmaci presenti nel restante listino, ed indirettamente poiché la gestione centralizzata degli acquisti e dello stoccaggio ha annullato la perdita di farmaci come scaduti. La polverizzazione degli acquisti e delle scorte fra le diverse farmacie ospedaliere e distrettuali, proprio della DD, avrebbe comportato una percentuale maggiore di non movimentati e quindi di scaduti. Si è trattato di un percorso virtuoso che ha assicurato una distribuzione capillare attraverso le farmacie private presenti sull'intero territorio regionale, con grande soddisfazione dei pazienti, senza determinare aggravi di costi, ma garantendo importanti risparmi.

[P:008]
SINERGISMO MEDICO-FARMACISTA COME SOLUZIONE CONTRO INAPPROPRIATEZZA ED IPERPRESCRIZIONE

Camilla Malpangotto [1], Madda Galante [2], Roberta Giacometti [2], Rossana Monciino [2], Silvia Scalpello [1], Antonietta Barbieri [2]
[1] Università del Piemonte Orientale
[2] Farmacisti Dirigenti Servizio Farmaceutico Territoriale - ASL Vercelli

Introduzione. Come previsto dalla Legge 425/96 le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere sono tenute a curare l'aggiornamento dei medici prescrittori e a garantire controlli, attraverso appositi registri, con lo scopo di assicurare che le prescrizioni a carico del SSN risultino conformi alle condizioni e alle limitazioni previste dalle competenti autorità regolatorie e che gli appositi moduli del SSN non siano utilizzati per medicinali non ammessi a rimborso. Secondo quanto disposto dalla normativa, in caso di dubbia prescrizione, è dovere dell'ASL, attraverso il servizio farmaceutico territoriale, richiedere controdeduzioni al prescrivente. Dall'analisi delle prescrizioni del 2016 e in accordo con i dati del 2015, è emersa, tra le altre, un'eccessiva prescrizione di acido ursodesossicolico che nel rispetto della nota AIFA 2, risulta prescrivibile a carico del SSN solo in caso di cirrosi biliare primitiva, colangite sclerosante primitiva, colestasi associata alla fibrosi cistica o intraepatica familiare e di calcolosi colesterinica. Sulla scia del fenomeno iperprescrittivo ci si è posti l'obiettivo di condurre una politica di collaborazione con i medici al fine di rendere più appropriato il fenomeno prescrittivo e di ridurre l'eccessiva trasmissione agli organi competenti di ricette in realtà da ritenere corrette.
Materiali/metodi. Sono state raccolte tutte le ricette prescritte nei primi nove mesi del 2017 per le quali è stato richiesto al medico soltanto un riscontro in risposta ad un eccessivo fenomeno prescrittivo. Successivamente l'attenzione è stata diretta anche sull'appropriatezza delle prescrizioni e a partire dal terzo trimestre 2017, è stata richiesta ai medici l'evidenza che tutte le ricette rispettassero la nota AIFA. Le controdeduzioni pervenute sono state valutate e classificate.
Risultati. Nei primi nove mesi 2017, a conferma del trend dell'anno precedente, sono state redatte 1340 ricette nel primo trimestre, 1331 nel secondo trimestre e 1377 nel terzo trimestre 2017 con una spesa a carico del SSN rispettivamente di € 21.456,39, di € 21.447,28 e di € 22.132,88. Per quanto riguarda il terzo trimestre 2017 la collaborazione ha portato ad un tasso di risposta da parte dell'86,67% dei medici, questo ha permesso di ridurre notevolmente l'invio agli organi competenti di ricette in realtà corrette permettendo di inviare alla commissione preposta soltanto il 25% (dato inferiore rispetto agli anni precedenti) del totale delle ricette raccolte.
Conclusione. La stretta collaborazione tra medico e farmacista può garantire una consapevole gestione clinica ed economica garantendo prescrizioni più appropriate e riducendo i tempi di amministrazione.

[P:009]
VARIAZIONI DI CONSUMI LEGATE A DIFFERENTE CANALE DISTRIBUTIVO: IL CASO DEI NAO

Luca Lucenti [1], Sabrina Arena [1], Carla Marino [1], Vito La Rosa [2], Ignazia Poidomani [1]
[1]ASP Ragusa, Ragusa
[2]Università degli Studi di Catania, Catania

Introduzione. Con DA n° 1857/17 è stato approvato il nuovo accordo per la Distribuzione per Conto (DPC) dei farmaci di cui al PHT nella Regione Sicilia. Tra i vari punti oggetto dell'accordo, è stato previsto il passaggio dal 1 dicembre 2017, dalla distribuzione diretta (DD) alla DPC dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO). Obiettivo del lavoro è stato quello di valutare a livello Aziendale se la differente modalità distributiva, a parità di indicazioni dei farmaci oggetto dello studio, potesse determinare aumento o diminuzione dei consumi legati a eventuali criticità e/o pregi dell'uno anziché dell'altro canale.
Materiali/metodi. In un primo momento sono stati analizzati tramite il software Areas, i consumi nella nostra ASP per confezioni in DD nel semestre antecedente la data del passaggio da una modalità all'altra, ovvero giugno-novembre 2017; successivamente dalla piattaforma WebDpc sono stati estrapolati i consumi in DPC del semestre successivo, ovvero dicembre 2017-maggio 2018.
Risultati. In DD sono state dispensate in confezioni: 3.013 di rivaroxaban 20 mg, 1.402 di rivaroxaban 15 mg, 1.266 di apixaban 2,5 mg, 2.089 di apixaban 5 mg, 315 di edoxaban 30 mg, 428 di edoxaban 60 mg, 1.451 di dabigatran 110 mg e 1.280 di dabigatran 150 mg. In DPC invece: 4.558 di rivaroxaban 20 mg, 1.973 di rivaroxaban 15 mg, 1.488 di apixaban 2,5 mg, 3.203 di apixaban 5 mg, 553 di edoxaban 30 mg, 628 di edoxaban 60 mg, 1.974 di dabigatran 110 mg e 1.949 di dabigatran 150 mg. Per tutte le molecole e per tutti i dosaggi abbiamo osservato un incremento notevole di consumi nella DPC: rivaroxaban 20 mg + 47%, rivaroxaban 15 mg + 41 %, apixaban 2,5 mg + 18%, apixaban 5 mg + 53%, edoxaban 30 mg + 76%, edoxaban 60 mg + 47%, dabigatran 110 mg + 36%, dabigatran 150 mg + 52%. Complessivamente in DD sono state erogate nel semestre 11.334 confezioni contro 16.326 della DPC.
Conclusione. Questa variabilità in eccesso con la DPC non è da ricercare in problemi di appropriatezza, visto che il PT su piattaforma AIFA, viene rilasciato solo se in presenza di tutti i criteri di eleggibilità; una spiegazione di tale variazione, potrebbe essere legata ad una maggiore aderenza alla terapia in risposta alla maggiore capillarità delle farmacie di comunità nel territorio. Tuttavia, potrebbe essere utile un confronto con tutti gli stakeholders a livello locale, al fine di individuare altre eventuali cause, anche con lo scopo di ridurre eventuali sprechi in DPC.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.184.214 Sun, 28 Apr 2024, 18:03:58

[P:010]
LO SWITCH TERAPEUTICO ED IL CONFRONTO COSTO/TERAPIA NELLA PROFILASSI DELL'EMOFILIA

Eugenia Livoti, Simona Borgna, Miriam Perugini, Razieh Taherian, Francesca Canepa, Francesca Giannoni, Simona Bottino
Asl3 Genovese, Genova

Introduzione. L'emofilia è una malattia rara di origine genetica legata ad un difetto della coagulazione del sangue che si manifesta in due forme: emofilia A (con carenza del Fattore VIII della coagulazione) ed emofilia B (con carenza del fattore IX della coagulazione) e viene classificata in funzione della percentuale di attività del fattore residuo in circolo. La recente commercializzazione di nuovi farmaci ha rappresentato una svolta importante per il trattamento dei pazienti, con una riduzione del numero di somministrazioni settimanali in profilassi. Lo studio, presentato durante un incontro sul tema dell'emofilia, vuole fare il punto sugli attuali switch terapeutici e confrontare i costi/terapia, a fronte di un investimento iniziale che ha richiesto un ampliamento del budget di 350.000€ per questi farmaci.
Materiali/metodi. Sono stati estrapolati tutti i piani terapeutici relativi ai pazienti afferenti alla S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata e preso in considerazione chi ha avuto uno switch verso i farmaci di nuova commercializzazione. Di questi, in base alla posologia indicata nel piano terapeutico, è stata effettuata una valutazione costo/terapia settimanale utilizzando il prezzo di acquisto medio ponderato presente nel programma gestionale OLIAMM.
Risultati. Sono stati presi in considerazione 2 pazienti con Emofilia B e 3 pazienti con Emofilia A in profilassi. Entrambi i pazienti con Emofilia B hanno effettuato lo switch da Benefix con posologia di 4000 UI 3 volte ogni 7 giorni, con costo settimanale di 8.268 €, a Idelvion 4000 UI 1 volta ogni 14 giorni con costo settimanale 3.962 €: il delta è di - 4.308 €/settimana. Dei tre pazienti affetti da Emofilia A, due erano in trattamento con Refacto 2000 UI 3 volte ogni 7 giorni con costo settimanale di 5.787 €; di questi uno è attualmente in corso di rivalutazione ed uno è passato a Elocta 3000 UI una volta la settimana. L'altro paziente è passato da Kogenate 1000 UI 3 volte ogni 7 giorni, 1.644 € la settimana, a Kovaltri al dosaggio di 3000 UI una volta la settimana. Il delta è stato rispettivamente di: -1.887 €/settimanali per il passaggio da Refacto a Elocta e di +276 €/settimanali per lo switch da Kogenate a Kovaltry.
Conclusione. Da quanto emerso dall'esperienza, finora limitata nel tempo e nel numero di pazienti, i farmaci di nuova generazione sembrano garantire in generale un maggior risparmio. Verranno approfonditi gli effetti sulla compliance dei pazienti.
Bibliografia. 1. ISS. Registro Nazionale Coagulopatie Congenite. Rapporto 2013. Abbonizio, Giampaolo, Arcieri, Hassan, AICE 2015, iii, 72 p.

[P:011]
ATTIVAZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE DEDICATO ALLA MALATTIA RARA CISTITE INTERSTIZIALE

Pina Gomma, Alessandra Mecozzi, Lucia Accusani
Azienda ASL di Latina, Latina

Introduzione. La cistite interstiziale o sindrome del dolore pelvico è una malattia rara cronica della vescica femminile che provoca dolore, urgenza e frequenza nella minzione. Tutte le fasce di età possono essere interessate da questa patologia che registra un incremento costante. La diagnosi differenziale non è semplice e spesso il ritardo determina un aggravamento della sintomatologia. Non esiste una terapia risolutiva ma vari trattamenti farmacologici e non, che mirano a controllare il dolore e a ritardare la progressione ad uno stadio più avanzato che comporterebbe per le pazienti un peggioramento della qualità di vita con ripercussioni sulla sfera emotivo/relazionale. La Regione Lazio ha istituito un gruppo di lavoro che ha valutato le evidenze scientifiche disponibili ed effettuato un'analisi approfondita dei PDTA di altre Regioni ed è stata definita la lista dei trattamenti farmacologici concedibili a carico del S.S.N. Obiettivi. Garantire un servizio assistenziale in ambiente ospedaliero avvalendosi di personale medico ed infermieristico qualificato, che viene incontro alle necessità di cura di tutte le pazienti affette da questa seria patologia.
Materiali/metodi. La nostra Azienda ASL, su indirizzo della Regione Lazio, ha deciso di attivare un percorso assistenziale dedicato a tali pazienti residenti nella Provincia. È stato istituito un ambulatorio per effettuare le instillazioni vescicali a base di Acido ialuronico e condroitin-solfato in associazione ad amikacina o dimetilsulfossido. Sono stati sensibilizzati i MMG verso l'esigenza delle loro assistite di ricevere la prestazione assistenziale in ambito ospedaliero/protetto, pertanto, ciascun medico prescrive un numero di instillazioni vescicali avvalendosi della richiesta valida in regime di prestazioni S.S.N. La paziente si reca al CUP per prenotare la prestazione che viene effettuata in giornate stabilite e ad intervalli regolari secondo il P.T. dello specialista urologo.
Risultati. Abbiamo in trattamento 17 pazienti che regolarmente effettuano le instillazioni vescicali, 6 di loro per 2 volte/settimana, le rimanenti 1 volta settimana. La Farmacia Ospedaliera ordina i farmaci e presidi necessari, in base al numero delle pazienti e rifornisce settimanalmente l'ambulatorio su richiesta scritta del coordinatore. Le schede paziente vengono successivamente inviate alla Farmacia per la rendicontazione in File-F.
Conclusione. Le pazienti sono soddisfatte del percorso assistenziale messo in atto, non devono più rivolgersi a prestazioni infermieristiche private con costi aggiuntivi. In tal modo si ha la certezza della effettiva corretta somministrazione dei farmaci e della compliance delle pazienti. Vengono evitate infezioni conseguenti a mancate norme igienico sanitarie per prestazioni occasionali in ambito non sanitario.

[P:012]
L'USO DEI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLA DEMENZA DI ALZHEIMER NEI PAZIENTI FRAGILI

Maria Roberta Garreffa [1], Luciana Florio [2], Giuseppina Fersini [3], Filippo Urso [4], Giuseppe De Marco [4], Mariacristina Zito [1], Stefania Esposito [1], Cristina Monopoli [1], Maria Diana Naturale [5], Adele De Francesco [1]
[1] Azienda Ospedaliero Universitaria Mater Domini, Catanzaro
[2] Azienda Sanitaria Provinciale, Cosenza
[3]Regione Calabria Settore 13-Politiche del Farmaco, Farmacovigilanza, Farmacia Convenzionata, Catanzaro
[4] Azienda Ospedaliera Annunziata, Cosenza
[5] Scuola Di Specializzazione In Farmacia Ospedaliera Università Degli Studi Magna Graecia, Catanzaro

Introduzione. La demenza di Alzheimer (DA) è la più frequente tra le cause di demenza nella popolazione ultrasessanta cinquenne. I farmaci approvati in Italia per il trattamento della DA sono gli inibitori reversibili dell'acetilcolinesterasi (Donepezil, Rivastigmina, Galantamina) e la Memantina, prescritti a carico del SSN su diagnosi e Piano Terapeutico delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA). La nostra Regione nel 2015 ha individuato le UVA distribuite su tutto il territorio al fine di assicurare uniformità di accesso ai pazienti fragili. Dal Novembre 2010 i medicinali per la DA vengono erogati mediante Distribuzione Per Conto (DPC). Il nostro obiettivo è di monitorare il consumo di tali farmaci nella nostra Regione al fine di valutarne l'andamento di spesa in rapporto all'utilizzo.
Materiali/metodi. Sono state analizzate, mediante l'utilizzo di un foglio Excel, le prescrizioni dei farmaci per il trattamento della DA (ATC N06D) erogate in DPC (7091 pazienti totali) nelle 5 ASP della Regione (circa 1.970.521 abitanti) nel periodo Gennaio2015-Dicembre 2016.
Risultati. Il consumo complessivo di medicinali anti-demenza è, nei due anni, pressoché sovrapponibile, pari a 10,19 DDD/1000ab/die nel 2015 e 9,93 nel 2016. Emerge, però, un notevole decremento della spesa, del 15,93% nel 2016 rispetto al 2015. Il principio attivo meno utilizzato è la Galantamina (-13,25% nel periodo considerato), che incide sulla spesa totale per poco più del 2%. Per il Donepezil si evidenzia un'importante riduzione in DDD/1000ab/die (-17,81%) a favore di Rivastigmina (+2,08%) e di Memantina (+5%). I dati di spesa rivelano un trend decrescente per ciascun principio attivo, particolarmente rilevante per Donepezil e Rivastigmina (con un risparmio rispettivamente del 26,03% e 19,72%), ma anche per la Memantina (-7,44%). Solo in una delle 5 ASP si è verificata una riduzione della spesa pari all'8,72%, nonostante il consumo di farmaci per DA sia aumentato del 5,28%.
Conclusione. Il monitoraggio dei consumi dei farmaci anti-demenza rientra in una strategia assistenziale integrata mirata all'ottimizzazione delle risorse pur garantendo l'appropriatezza delle terapie. La nostra Regione intende individuare un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale che vede protagonista il paziente con DA sin dalla sua presa in carico da parte del MMG. Il piano di Governance Farmaceutica adottato prevede la rinegoziazione dei prezzi dei farmaci erogati mediante DPC, tra cui quelli anti-demenza; si ottiene, come evidenziato dal nostro studio, l'abbattimento dei costi a favore della salute del paziente. Ci proponiamo di approfondire l'analisi al fine di verificare le motivazioni legate alle oscillazioni del consumo dei vari principi attivi in ciascuna ASP.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.184.214 Sun, 28 Apr 2024, 18:03:58

[P:013]
MALATTIE REUMATICHE INFIAMMATORIE CRONICHE: IL RUOLO DEI FARMACI BIOLOGICI E POSSIBILI SWITCH TERAPEUTICI

Valentina Delmonte, Elsa Russi, Monica Squarza, Antonio Trani, Giovanna Negri
Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma

Introduzione. I farmaci biologici (bDMARDs) nel trattamento delle malattie reumatiche devono essere riservati ai pazienti che non rispondono adeguatamente ai DMARDs convenzionali ed in presenza di malattia in fase attiva. Il gruppo multidisciplinare sui Farmaci Biologici in Reumatologia (GdL) della Regione Emilia Romagna riporta, nei documenti regionali n.203, 209 e 277, le indicazioni terapeutiche per il trattamento sistemico delle malattie reumatiche nell'adulto, con particolare riferimento ai bDMARDs. Il presente lavoro si propone di valutare il numero di pazienti in trattamento con bDMARDs affetti da patologie reumatiche, analizzandone la classe e l'eventuale switch terapeutico.
Materiali/metodi. In considerazione della letteratura e dei dati di efficacia e sicurezza che risultano più numerosi e disponibili per gli anti-TNF alfa, il GdL raccomanda di iniziare il trattamento con bDMARDs utilizzando un anti-TNF alfa: adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept (o biosimilare) e infliximab (o biosimilare). In caso di fallimento del primo anti-TNF alfa, è possibile considerare la somministrazione di un secondo; in caso di insuccesso anche di quest'ultimo non è giustificato un ulteriore switch con altri anti-TNF alfa. Sono stati analizzati i regimi terapeutici dei pazienti affetti da malattie reumatiche in trattamento con bDMARDs elaborando i dati del flusso di erogazione diretta degli anni 2016-2017 ponendo particolare attenzione sull'analisi e valutazione degli switch terapeutici effettuati.
Risultati. I pazienti in terapia con bDMARDs sono in totale 301 (farmaci utilizzati: anakinra 1, secukinumab 18, abatacept 24, golimumab 29, certolizumab 33, etanercept 97 e adalimumab 133). In 32 pazienti sono stati effettuati switch terapeutici a seguito di un fallimento con un primo anti-TNF alfa: in 15 pazienti si è passati ad un secondo anti-TNF alfa; in 6 a secukinumab; in 10 si è passati ad un secondo anti-TNF alfa e come terza scelta ad un inibitore delle interleuchine. In un caso è stato effettuato un duplice switch tra tre anti-TNF alfa.
Conclusione. Tutte le terapie analizzate rispettano le indicazioni contenute nei documenti regionali, solo in un paziente è stato necessario tentare lo switch tra tre anti-TNF alfa in quanto refrattario ai due precedenti.
Bibliografia. 1. DocPTR n.203: 'Trattamento sistemico dell'artrite reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici'. 2. DocPTR n.209: 'Trattamento sistemico dell'artrite psoriasica nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici'. 3. DocPTR n.277: 'Trattamento farmacologico della spondilite anchilosante e delle spondiloartriti assiali non radiografiche nell'adulto, con particolare riferimento ai farmaci biologici'.

[P:014]
SOVRAPPONIBILITÀ E SOSTITUIBILITÀ DEI FARMACI ORIGINATOR/BIOSIMILARI NELLA PRATICA CLINICA: IL RUOLO DEL FARMACISTA NELLA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA ALLA LUCE DEL SECONDO POSITION PAPER AIFA

Stefania De Iasi, Antonella Siconolfi, Mariarosaria Cillo
ASL Salerno, Salerno

Introduzione. L'obiettivo del Decreto Commissariale regionale 66/ 2016 è il raggiungimento di un tasso di utilizzo dei farmaci biosimilari almeno pari al tasso di rinnovo dei pazienti nel trattamento delle patologie da indicazione dei farmaci. Scopo del lavoro è analizzare le prescrizioni dei farmaci biosimilari in ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico.
Materiali/metodi. Sono stati analizzati , anno 2017 e primo trimestre 2018, i Piani Terapeutici redatti dagli undici centri prescrittori autorizzati che insistono sul territorio aziendale, considerando gli assistiti residenti in ambito regionale. Per ogni Centro Prescrittore sono stati considerati il numero totale di prescrizioni e di assistiti, i dati di prescrizione riferiti ai principi attivi: infliximab ed etanercept ,originator e biosimilare. I pazienti sono stati distinti in Naive e in Prosecuzione cura. L'obiettivo da raggiungere era il valore >=1 del rapporto target= (n°Piani Terapeutici biosimilari/ n° Pazienti Naive). Sono stati confrontati i dati di prescrizione dei centri regionali autorizzatati con il dato aziendale.
Risultati. Nell'anno 2017 sei centri su dieci hanno arruolato pazienti naive e tre centri hanno prescritto farmaci biosimilari. Nel primo trimestre 2018, su undici centri autorizzati, due hanno arruolato pazienti naive ed hanno prescritto farmaci biosimilari. Nel primo trimestre 2018 la percentuale di prescrizione aziendale di farmaci biosimilari ammonta a 32.61 %. Tre centri hanno superato la percentuale di prescrizione aziendale, cinque centri non hanno effettuato prescrizioni di biosimilari, un centro si è discostato dal valore aziendale del 6,42 % e due centri non hanno effettuato prescrizioni dei farmaci in esame.
Conclusione. Dall'analisi emerge che, nel 2017 il 50% dei Centri, e nel primo trimestre 2018 il 100% dei centri, hanno raggiunto l'obiettivo commissariale regionale. Dato che il raggiungimento dell'obiettivo è imprescindibile dall'arruolamento dei pazienti naive, e dato che per il periodo in esame non risultano, per la maggior parte dei centri, nuovi pazienti, si può considerare più realistico il dato riferito alla percentuale di prescrizione del biosimilare rispetto al farmaco originator. Dal calcolo emerge che solo il 27,3% dei centri ha superato la percentuale di prescrizione aziendale. Ci si aspetta che la percentuale aumenti alla luce del Secondo Position Paper dell'AIFA, in cui si ribadisce la completa sovrapponibilità, in termini di rapporto rischio-beneficio, del farmaco biosimilare con il farmaco originator di riferimento, considerando entrambi come prodotti tra loro intercambiabili sia per pazienti naive quanto per pazienti in prosecuzione cura.
Bibliografia. Decreto Commissariale regionale n.66 del 14/07/2016. Secondo Position Paper AIFA sui farmaci biosimilari (27/03/2018).

[P:015]
IMPLEMENTAZIONE PIATTAFORMA SANI.A.R.P.: STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI NOTA AIFA 74

Antonella Siconolfi, Stefania De Iasi, Mariarosaria Cillo
ASL Salerno, Salerno

Introduzione. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha pubblicato un Position Paper sull'uso delle gonadotropine nell'approccio farmacologico all'infertilità di coppia, definita come l'incapacità di concepire dopo un periodo di 12-18 mesi di rapporti sessuali regolari senza adozione di misure contraccettive. Si stima che attualmente interessi dall'8% al 20% delle coppie in età fertile. L'approccio farmacologico si avvale dell'impiego delle gonadotropine umane e di altre molecole. Nell'anno 2017 l'ASL in esame ha registrato il consumo più alto in DDD rispetto alle altre Aziende Sanitarie regionali (Fonte: Sistema TS). Scopo del lavoro è analizzare le prescrizioni dei farmaci della Nota AIFA 74 in attuazione dei controlli previsti dal Decreto Commissariale N.66 del 14/07/2016 il cui obiettivo è il raggiungimento di un tasso di utilizzo dei farmaci biosimilari di minor costo almeno pari al tasso di rinnovo dei pazienti nel trattamento delle patologie in indicazione dei farmaci.
Materiali/metodi. Sono stati analizzati per il primo quadrimestre 2018 i Piani Terapeutici redatti dai sedici centri prescrittori che insistono sul territorio dell'Azienda considerando esclusivamente pazienti residenti nella ASL in esame. Per ogni Centro Prescrittore sono stati considerati il numero totale di prescrizioni, il numero totale di assistiti, i dati di prescrizione riferiti ai principi attivi: follitropina alfa (originator e biosimilare), menotropina (originator e biosimilare), follitropina beta. I pazienti sono stati distinti in Naive e in Prosecuzione cura. Per ogni tipologia di paziente sono state conteggiate le prescrizioni di farmaci originator e biosimilare. Sono state ricercate eventuali prescrizioni off-label. L'obiettivo da raggiungere era il valore >=1 del rapporto target = (n°Piani Terapeutici biosimilari/n° Pazienti Naive).
Risultati. Dieci Centri su sedici hanno prescritto le molecole in oggetto. Solo un Centro ha conseguito l'obiettivo del Decreto Commissariale per quanto concerne la follitropina alfa, nessun Centro per quanto concerne la menotropina. Per la follitropina beta è stato rilevato un effetto mix positivo. Tre centri su dieci hanno effettuato prescrizioni off-label per posologia riferita all'associazione follitropina alfa/lutropina alfa. Su 10 Centri nessuno ha espresso motivazione all'utilizzo del farmaco originator laddove sarebbe stato possibile l'utilizzo del biosimilare.
Conclusione. Dall'analisi emerge che alla pubblicazione del decreto non è seguita l'attesa incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari. Attraverso la stesura periodica di Report Analitici da parte del Dipartimento Farmaceutico Aziendale e la presentazione dei dati ai Centri Prescrittori ci si aspetta col tempo maggiore partecipazione al raggiungimento degli Obiettivi Regionali.
Bibliografia. - AIFA Position Paper - Approccio farmacologico all'infertilità di coppia: le gonadotropine - Decreto Commissariale

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.184.214 Sun, 28 Apr 2024, 18:03:58

Regionale n.66 del 14/07/2016.

[P:016]
LINEE DI INDIRIZZO PER LE AZIENDE SANITARIE REGIONALI TOSCANE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI MEDICINALI OSP IN AMBIENTE ASSIMILABILE ALL'AMBIENTE OSPEDALIERO

Alessandra Carretta, Fabio Lena
Azienda USL Toscana Sud Est, Grosseto

Introduzione. Nell'attuale assetto organizzativo della assistenza ospedaliera si possono verificare dimissioni da ricovero ordinario di pazienti stabilizzati che richiedono un livello assistenziale di bassa complessità/intensità che nel contempo sconsiglia il mantenimento del regime di degenza nelle strutture ospedaliere, per cui può rendersi necessaria la presa in carico temporanea di tali pazienti da parte delle strutture sanitarie territoriali. In questi casi l'integrazione tra assistenza ospedaliera ed extra ospedaliera si rivela essenziale sia per garantire al paziente la continuità delle cure, sia per la corretta gestione della prosecuzione delle terapie assunte dallo stesso che possono comprendere anche medicinali OSP. La Regione Toscana ha emanato delle Linee Guida di indirizzo relative a tale percorso, la cui esposizione è obiettivo di questo abstract.
Materiali/metodi. La DG della Regione Toscana n°127 del 12 febbraio 2018 indica gli strumenti e le modalità con cui il Servizio Sanitario Regionale garantisce la continuità terapeutica/ assistenziale mantenendo gli standard di sicurezza per il paziente e per gli operatori del sistema stesso.
Risultati. Il percorso creato dalla Regione Toscana è il seguente: 1) il Centro ospedaliero prescrittore redige un piano individuale di trattamento (PIT) nel caso in cui non siano disponibili alternative alla prosecuzione della terapia con medicinali classificati OSP ed acquisisce il consenso informato relativo alla somministrazione di tali farmaci dopo la dimissione. 2) la Zona – Distretto/Agenzia di continuità Ospedale - Territorio (ACOT) di cui alla DGRT n. 679 del 12 luglio 2016, che inserisce il paziente nel regime assistenziale più confacente alle condizioni del medesimo in accordo con il Centro ospedaliero ed il Medico di Medicina Generale(MMG)/ Pediatra di Famiglia (PdF) del paziente. Inoltre si occupa sia dell'approvvigionamento del medicinale OSP, secondo le modalità in essere nell'Azienda sanitaria, sia di pianificare la somministrazione del medicinale nel luogo in cui si trova il paziente. 3) il MMG/ PdF monitora il percorso terapeutico del paziente in collaborazione con l'infermiere ed il medico specialista, con cui si confronta in caso di eventi inattesi.
Conclusione. La transizione di cura fra ospedale e territorio è un momento potenzialmente critico per la sicurezza del paziente, pertanto la Regione Toscana ha individuato questo percorso per garantire omogeneità di comportamento a garanzia dell'equità e delle sicurezza, nonché il monitoraggio dell' appropriatezza.
Bibliografia. DGRT n°127 del 12 febbraio 2018; DGRT n. 679 del 12 luglio 2016.

[P:017]
RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA: CASO DI UNA PAZIENTE ANZIANA IN POLITERAPIA

Sophia Elizabeth Campbell Davies, Sara Nobili, Elena Galfrascoli, Gaetana Muserra
Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Introduzione. Una donna di 93 anni è stata ricoverata al Pronto Soccorso (PS) per scompenso cardiaco ed edemi declivi. L'anamnesi include: ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale permanente, cardiopatia ischemica con episodi pregressi di scompenso cardiaco. La terapia farmacologica domiciliare include: ramipril 5 mg cpr BID, indobufene 100 mg polvere QD, digossina 0,125 g QD, furosemide 2 cpr BID, allopurinolo 150 mg QD, quetiapina 25 mg QD, carvedilolo 12,5 mg cpr BID, ferro e folina. All'esame obiettivo in PS viene riscontrata presenza di tachipnea, bassi valori pressori, fibrillazione a risposta ventricolare lenta e digossinemia elevata (3,96 ng/mL).
Materiali/metodi. Il farmacista ha ottenuto una lista completa della terapia della paziente (ricognizione) e ha effettuato la Riconciliazione Farmacologica (MR). I problemi relativi ai farmaci (DRPs) sono stati identificati utilizzando i criteri di STOPP/START (versione 2) per i farmaci potenzialmente inappropriati, il database Micromedex per le interazioni farmacologiche, il database Codifa per informazioni sul dosaggio, posologia e indicazioni terapeutiche dei farmaci e la classificazione ATC per le duplicazioni terapeutiche. Le DRPs sono state classificate secondo la classificazione del Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE).
Risultati. Dopo la revisione della terapia della paziente, sono stati identificate 5 DRPs clinicamente rilevanti: 2 interazioni farmacologiche maggiori (indobufene-digossina: diminuzione escrezione di digossina ed aumento esposizione a questa; digossina-carvedilolo: aumento esposizione alla digossina con rischio di bradicardia), 1 duplicazione farmacologica (ramipril-furosemide-carvedilolo), 1 posologia inappropriata (ramipril due volte al giorno) e 1 mancata indicazione terapeutica (quetiapina). Le raccomandazioni del farmacista sono state: sospendere somministrazione di ramipril (bassi livelli pressori e duplicazione farmacologica), quetiapina (mancata indicazione), digossina (elevati livelli di digossinemia al ricovero e interazioni farmacologiche); sostituire carvedilolo con nebivololo (non interagisce con la digossina) e diminuire il dosaggio della furosemide. È stato, inoltre, consigliato un monitoraggio della digossinemia e della pressione arteriosa. Le DRPs sono state segnalate e discusse con il medico che ha accettato tutti gli interventi tranne la diminuzione del dosaggio della furosemide per motivi clinici.
Conclusione. Questo caso clinico, rappresentativo di molti pazienti anziani fragili ricoverati, sottolinea come le DRPs possono causare danni alla salute dei pazienti e frequenti riospedalizzazioni, se non identificati e risolti. La MR condotta dal farmacista è una strategia efficace per garantire la migliorare la qualità dell'assistenza per i pazienti e ridurre i costi per il sistema sanitario.
Bibliografia. PCNE Classification for Drug Related Problems V8.0

[P:018]
INTERVENTO DEL FARMACISTA SULLE DISCREPANZE FARMACOLOGICHE NEI PAZIENTI ANZIANI IN POLITERAPIA

Sophia Elizabeth Campbell Davies, Sara Nobili, Elena Galfrascoli, Gaetana Muserra
Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Introduzione. Per discrepanze farmacologiche (DRPs) si intendono problematiche correlate alla terapia farmacologica che possono realmente o potenzialmente causare danni al paziente con riospedalizzazioni e aumento della mortalità dei pazienti. Le transizioni di cura rappresentano il momento più critico per l'insorgenza di DRPs e la Riconciliazione Farmacologica (MR) può ridurre il rischio di reazioni avverse e migliorare la qualità di vita dei pazienti diminuendo i costi sanitari. L'obiettivo del lavoro è stato quello di valutare l'impatto della MR attuata dal farmacista.
Materiali/metodi. Lo studio, che ha coinvolto pazienti sopra 65 anni in politerapia in due reparti di medicina interna, è stato suddiviso in due fasi: il pre-intervento (PRE) in cui il farmacista si è limitato a individuare il numero e il tipo di DRPs al ricovero e alla dimissione (maggio-settembre 2017) e il post-intervento (POST) in cui il farmacista ha applicato la MR al fine di risolvere le DRPs individuate (novembre 2017-marzo 2018). Dati raccolti: numero di pazienti, numero di farmaci, numero e tipo di DRPs individuati con criteri STOPP/START, Micromedex e Codifa, numero di interventi del farmacista e tasso di accettazione del medico.
Risultati. Sono stati coinvolti 84 pazienti: 34 nel PRE (35,3% maschi, età media 84,5±6,7) con 253 prescrizioni al ricovero e 272 alla dimissione (numero medio di farmaci/paziente al ricovero: 7,4±2,7; alla dimissione: 8,0±2,5) e 50 nel POST (45,1% maschi, età media 83,2±17,5) con 420 prescrizioni al ricovero e 383 alla dimissione (numero medio di farmaci/paziente al ricovero: 8,4±3,2; alla dimissione: 7,7±3,0). Le DRPs identificate nel PRE al ricovero erano 98 (numero medio/paziente 2,9±2,8); le più frequenti erano: interazioni farmacologiche (39,8 %), mancata indicazione (28,6%) e inappropriata duplicazione terapeutica (15,3%). Alla dimissione, il numero di DRPs è aumentato a 129 (+32%) con un numero medio per paziente di 3,8±3,0. Nel POST, le DRPs identificate al ricovero erano 240 (numero medio/paziente 4,8±2,9); le più frequenti erano: interazioni farmacologiche (49,6%), inappropriata duplicazione terapeutica (16,6%) e mancata indicazione (13,8%). Alla dimissione, sono state individuate 132 DRPs (-45%) con numero medio per paziente di 2,6±1,7. Sono stati effettuati 288 interventi del farmacista di cui 212 accettati dal medico (74%).
Conclusione. Lo studio ha dimostrato che la MR è una strategia efficace per ridurre le DRPs, correlate ad un rischio per il paziente. Inoltre, è stato messo in evidenza come la stretta collaborazione tra farmacista e medico sia stata la chiave di volta per ottenere l'optimum terapeutico per il paziente.
Bibliografia. Br J Clin Pharmacol 2016;82(3):645-58.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.218.184.214 Sun, 28 Apr 2024, 18:03:58

[P:019]
MODIFICA DELLA MODALITÀ EROGATIVA DEI NAO DALLA DISTRIBUZIONE DIRETTA ALLA DISTRIBUZIONE PER CONTO: RILEVAZIONE DELLE CRITICITÀ DI PRESCRIZIONE E DISPENSAZIONE

Irene Bongiorno
Azienda Sanitaria Provinciale (ASP), Agrigento

Introduzione. In Sicilia, dal 1° dicembre 2017, i Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) sono stati oggetto di modifica della modalità erogativa passando dalla Distribuzione Diretta alla Distribuzione per Conto (DPC), attraverso le farmacie convenzionate, previa consegna della ricetta SSN redatta dal Medico di Medicina Generale (MMG) e del Piano Terapeutico (PT) web-based AIFA redatto dallo specialista abilitato. La normativa regionale prevede che lo specialista apponga sul PT, solo in caso di indicazione terapeutica di Fibrillazione Atriale Non Valvolare (FANV), l'avvenuta attestazione dell'indagine ecocardiografica e che vengano prescritti e dispensati al massimo due confezioni al mese. Scopo dello studio è individuare le criticità, emerse nei primi mesi successivi alla modifica del canale distributivo, sull'appropriatezza di prescrizione e di dispensazione in DPC dei NAO.
Materiali/metodi. È stato effettuato un controllo retrospettivo dei PT dei NAO e delle relative ricette spedite, in modalità DPC, dalle farmacie convenzionate nel periodo dicembre 2017-gennaio 2018 rilevando le inappropriatezze formali delle prescrizioni.
Risultati. Sono stati rilevati, dall'analisi di 3.210 prescrizioni di NAO, i seguenti errori: 1) prescrizione di più di 2 confezioni al mese (93 casi) di cui 3 confezioni/mese per 49 pazienti, 4 confezioni/mese per 32 pazienti, 5 confezioni/mese per 5 pazienti, 6 confezioni/mese per 5 pazienti, 8 confezioni/mese per 1 paziente, 10 confezioni/mese per 1 paziente; 2) dispensazione di dosaggio diverso da quello prescritto sul PT a causa dell'errata indicazione del dosaggio sulla ricetta prescritta dal MMG (23 casi). Di questi, l' 86,9% è ascrivibile ad erronea dispensazione dell'apixaban al dosaggio di 5 mg (anzichè del 2,5 mg) nel caso di indicazione sul PT di FANV e della dose complessiva giornaliera di 5 mg/die; 3) spedizione di prescrizioni, per indicazione di FANV, prive della prevista attestazione da parte del clinico dell'avvenuta effettuazione dell'ecocardiogramma in calce al PT (10 casi); 4) dispensazione di una confezione in più rispetto a quanto previsto dal PT (2 casi).
Conclusione. La più seria criticità rilevata, per le possibili gravi ripercussioni cliniche, è rappresentata dall' erronea prescrizione da parte del MMG (e conseguente erronea dispensazione) del dosaggio rispetto a quello prescritto sul PT, verificatosi frequentemente, nel caso di prescrizione di NAO per cui sono previste 2 somministrazioni/die a causa della presenza sul PT web-AIFA del solo dosaggio/die complessivo. Ciò potrebbe portare ad un'accidentale assunzione di una posologia doppia che potrà essere scongiurata con l'indicazione sul PT, da parte dello specialista, del dosaggio delle confezioni da consegnare al paziente.

[P:020]
ANALISI DELLA INAPPROPRIATA EROGAZIONE IN MODALITÀ DPC DI FARMACI A-PHT PRESCRITTI AI SENSI DELLA LEGGE 648/96

Irene Bongiorno
Azienda Sanitaria Provinciale (ASP), Agrigento

Introduzione. I farmaci A-PHT, la cui dispensazione avviene in modalità di Distribuzione per Conto (DPC), sono erogati dalle farmacie convenzionate per conto delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP). In caso di prescrizione di farmaci A-PHT, erogabili in modalità di DPC, per le indicazioni off-label incluse nell'elenco e negli allegati AIFA della Legge 648/96 essi dovranno essere dispensati esclusivamente in modalità di Distribuzione Diretta per il tramite delle farmacie ospedaliere e/o territoriali dell'ASP. Obiettivo dell'analisi è la rilevazione dei farmaci A-PHT inclusi in DPC e prescritti ai sensi della Legge 648/96 ma erroneamente dispensati dalle farmacie convenzionate rilevando le responsabilità di specialisti e/o MMG e/o farmacie convenzionate.
Materiali/metodi. Nel periodo Gennaio-Ottobre 2017 sono state analizzate le prescrizioni che riportavano gli errori, previsti dalla normativa regionale vigente per la DPC, codificati come 5/DPC (farmaco prescritto ai sensi della Legge 648/96 e sul piano si evince in maniera inequivocabile) e 6/DPC (farmaco prescritto ai sensi della Legge 648/96 ma lo specialista non ha riportato tale specifica sul piano).
Risultati. L'esame di 194.069 prescrizioni in DPC ha messo in evidenza 49 inappropriatezze di cui 26,5% per l'errore 5/DPC ed 73,5% per l'errore 6/DPC. I farmaci A-PHT inclusi in DPC prescritti per le indicazioni previste dalla Legge 648/96 ed erroneamente dispensati dalle farmacie convenzionate sono stati: Lamivudina per 'profilassi della riattivazione dell'epatite B in portatori inattivi di HBsAg in corso di terapia immunosoppressiva' (31), EBPM per 'profilassi del TEV in gravidanza' (1) e per 'profilassi delle TVP in pazienti oncologici ambulatoriali a rischio' (5), Cinacalcet cloridrato per 'ipercalcemia indotta da iperparatiroidismo secondario nei pazienti portatori di trapianto renale' (6), Tacrolimus a rilascio prolungato per 'profilassi rigetto acuto nel trapianto di rene in associazione con altri farmaci ad attività immunosoppressiva o immunomodulante e/o steroide' (3), Octreotide acetato per 'tumori neuroendocrini non sindromici' (2), Epoetina alfa biosimilare per 'sindrome mielodisplastica' (1). Le inappropriatezze rilevate sono state sanzionate con la proposta di addebito per i MMG e le farmacie convenzionate in caso del 5/DPC, mentre per gli specialisti in caso del 6/DPC. Si è anche provveduto ad inviare chiarimenti, rivolti agli specialisti/MMG/farmacie convenzionate operanti nell' ASP di competenza, relativi alla corretta prescrizione e dispensazione su alcuni farmaci A-PHT inclusi in DPC prescritti ai sensi della Legge 648/96.
Conclusione. La costante attività di monitoraggio delle prescrizioni DPC migliora l'appropriatezza prescrittiva con il conseguente utilizzo più razionale delle risorse del SSN ed il recupero delle somme indebitamente erogate.

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

[P:021]
FARMACOUTILIZZAZIONE DEGLI OPPIOIDI NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE POST-OPERATORIO ATTRAVERSO L'UTILIZZO DI UNA NUOVA TECNOLOGIA

Mario Scarpato [1], Annalisa Tassinario [1], Attilio Farricella [1], Fabrizia Telesco [2], Antonella Piscitelli [2], Adriano Cristinziano [1]
[1] AORN Dei Colli - Presidio Monaldi-Uoc Farmacia, Napoli
[2] Università Di Napoli Federico II- Scuola Di Specializzazione In Farmacia Ospedaliera, Napoli

Introduzione. La farmacia Dipartimentale"Area Critica", ha come"Mission" la valutazione dell'impatto di nuove tecnologie di farmaci/ dispositivi sui percorsi clinico/terapeutici che coinvolgono il Blocco Operatorio e le Rianimazioni/Intensive. L'obiettivo è stato quello di verificare la compliance dei pazienti al trattamento del dolore post-operatorio con Sufentanil Sublinguale attraverso il device TTS come alternativa alla terapia in uso a base di morfina EV in elastomero. Per questa osservazione sono stati selezionati i pazienti sottoposti a resezione polmonare in VATS(VideoAssistedThoracicSurgery), in quanto dalla pratica clinica, risultano pazienti con dolore responsivo agli oppioidi ed una buona autonomia personale post-operatoria.
Materiali/metodi. Il paziente arruolato con SSTS viene addestrato all'utilizzo del device on-demand durante la visita pre-operatoria. L'elenco dei pazienti da trattare, viene giornalmente inviato alla farmacia che procede a caricare ed etichettare il device e il dispencer-kit. Dopo le 72h di utilizzo, il dispositivo viene riconsegnato alla farmacia che attraverso schede dati, scarica su software dedicato i dati di aderenza alla terapia (orario e numero di erogazioni).
Risultati. Da gennaio 2018 sono stati trattati 25 pazienti, di questi l'82% ha ricevuto un trattamento farmacologico adeguato (erogazione media 30cp/72h); il restante 18% non ha ricevuto il trattamento a causa del blocco del dispositivo; si è reso necessario attivare la procedura di emergenza con l'allestimento di elastomero a base di morfina. L'incidenza di nausea e vomito è stata del 28%(6pz), il verificarsi di questi eventi ha portato alla somministrazione di una terapia aggiuntiva di Ondansetron4mg/2ml. Al quarto giorno i pazienti trattati hanno valutato la loro esperienza con SSTS con una scala di valutazione da 1 a 5 (1 = Molto difficile; 5 = Molto facile), questo dispositivo viene valutato come 'molto facile' dall'88% dei pazienti e 'facile' dal 12%. La soddisfazione nella gestione del dolore (scala 1-5; 1 = non soddisfatto, 5 = molto soddisfatti), il 46,7% dei pazienti era molto soddisfatto, il 40% moderatamente soddisfatto e il 13,3% soddisfatto.
Conclusione. L' introduzione di nuove tecnologie in sanità, con il coinvolgimento del farmacista, è un presupposto indispensabile per il continuo miglioramento dell'assistenza sanitaria. Dalla nostra esperienza emerge che l'uso del nuovo SSTS ha migliorato la gestione della terapia del dolore nei pazienti trattati; tuttavia resta significativa la percentuale di fallimento legata al device; ciò