

dispositivo viene sempre lavato al termine del giro di somministrazione terapie ma solo nel 50% dei casi tra due frantumazioni. Nella seconda fase del progetto, è stata effettuata una revisione del Prontuario Terapeutico Aziendale riportando per ogni farmaco se fosse divisibile e/o frantumabile, il livello di evidenza delle fonti, particolari precauzioni relative alla somministrazione o alla natura del principio attivo, eventuale forma farmaceutica alternativa disponibile. L'insieme di queste informazioni costituisce il prontuario della divisibilità che è stato approvato dalla Commissione Terapeutica Sovraziendale e verrà distribuito all'interno della RSA nella terza fase del progetto. **Discussione e Conclusioni:** La presenza di un farmacista clinico in RSA ha riportato l'attenzione sul tema della manipolazione delle forme farmaceutiche che è, ad oggi, un terreno scarsamente regolamentato a livello nazionale e che potrebbe essere argomento di formazione dell'infermiere. **Bibliografia:** 1. Abrate, et al; Valutazione della divisibilità/frantumabilità di forme farmaceutiche orali solide, *Manuale SIFO*, 2016. 2. Clauson H, et al.; *Int J Nurs Pract*. 2016 Aug;22(4):384-90.

## **GLOBAL HEALTH E SALUTE PUBBLICA**

### **P35.**

#### **SELF -ASSESSMENT OSPEDALIERO SULLA DISPONIBILITÀ DI FARMACI DA IMPIEGARE IN CASO DI CATASTROFE**

*R. GIAMMONA*<sup>1</sup>, *E. DI MARTINO*<sup>2</sup>, *D. LEONARDI VINCI*<sup>2</sup>, *P. POLIDORI*<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SSFO - UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MESSINA, MESSINA

<sup>2</sup> SSFO - UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO, PALERMO

<sup>3</sup> SERVIZIO DI FARMACIA CLINICA IRCCS ISMETT - PALERMO,

**Background e obiettivi/Introduzione e Descrizione caso:** La Farmacia Ospedaliera costituisce uno dei capisaldi fondamentali per lo svolgimento efficace ed efficiente delle operazioni di soccorso prima e durante eventi catastrofici. Il farmacista ospedaliero è tenuto professionalmente e deontologicamente a tenere aggiornate, per quanto possibile, le scorte di farmaci da impiegare in caso di catastrofe, in modo da poter garantire assistenza alla popolazione colpita. L'obiettivo del presente studio è stato la valutazione qualitativa della disponibilità di farmaci da poter impiegare in caso di emergenza presso il nostro Istituto di ricerca sulla base del Prontuario della Protezione Civile per le Emergenze (PPCE) riportato nella Deliberazione del 22 maggio 2003, nel quale sono presenti i quantitativi sufficienti per assistere 50 pazienti nell'arco di 3 giorni.

**Materiali-metodi/Timeline:** È stata effettuata un'analisi comparativa tra i farmaci presenti nel nostro Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) e quelli riportati nel PPCE, composto da 50 Specialità Medicinali (SM). In particolare modo si è valutato se nel nostro PTO fossero presenti tutte le SM riportate nel PPCE, e successivamente ne sono state confrontate le quantità presenti. I deficit sono stati espressi in percentuale, rapportando le giacenze dei farmaci inclusi nel PTO con i quantitativi previsti dal PPCE, e poi classificati come deficit lievi (66-99%), moderate (33-66%) e gravi (1-33%). **Risultati/Follow up e Risultati:** Dall'analisi è emerso che il 18% (9/50) delle SM presenti in PPCE risultavano assenti in PTO, ma erano comunque presenti delle SM alternative. In particolare diclofenac sodico (comprese e fiale), diazepam (clismi), adrenalina (spray), acido acetilsalicilico tamponato, isossiprina cloridrato, immunoglobuline antitetano, tobramicina ed ossibuprocaina cloridrato (colliri). Il 54% (27/50) delle SM risultavano invece incluse in PTO e con un quantitativo in giacenza pari o superiore a quello riportato in PPCE. Per quanto riguarda le SM del PTO presenti in PPCE ma con un quantitativo in giacenza deficitario, è stato riscontrato che il 12% (6/50) risultavano in deficit grave, il 6% (3/50) in deficit moderato ed il 10% (5/50) in deficit lieve. I deficit gravi individuati riguardavano SM quali: dopamina cloridrato per l'85,6% (54/375), adenosina 84,0% (24/150), argento sulfadiazina 76,7% (7/30), N- metilbromuro di joscina 68,0% (144/450), ringer lattato 68,7% (188/600). **Discussione e Conclusioni:** Il presente studio ha messo in evidenza i farmaci da integrare nel PTO del nostro Istituto di ricerca, privo di Pronto Soccorso, nell'eventuale gestione terapeutica di una catastrofe. In questo modo si potrà attuare un'accurata pianificazione delle scorte che risulti fondamentale nelle situazioni di urgenza per minimizzare possibili carenze e disporre di risorse adeguatamente predisposte.

## **HTA E FARMACOECONOMIA**

### **P36.**

#### **ENOXAPARINA NEL PRIMO CICLO DI DISTRIBUZIONE: VALUTAZIONI FARMACOECONOMICHE**

*R. LOMBARDI*<sup>1</sup>, *M. MORGESSE*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ASL FOGGIA- AREA FARMACEUTICA TERRITORIALE, FOGGIA

<sup>2</sup> UNIFG - Department of Clinical and Experimental Medicine, FOGGIA

**Background e obiettivi/Introduzione e Descrizione caso:** Le eparine a basso peso molecolare (EBPM) sono ricomprese nell'elenco dei farmaci PHT e possono essere soggette a diverse modalità distributive. Nella nostra regione è prevista la distribuzione per conto nella filiera della TPV, Distribuzione Diretta (DD) per le indicazioni in 648 e, per le restanti indicazioni, la distribuzione in regime convenzionale per il tramite delle farmacie convenzionate. Scopo del presente studio è valutare l'impatto economico dello switch in DD dell'enoxaparina 4000UI, EBPM con maggior numero di prescrizioni sul territorio, a fronte della spesa che l'azienda sanitaria ha realmente sostenuto per lo stesso farmaco distribuito in regime convenzionale. **Materiali-metodi/Timeline:** L'analisi del consumo annuo dell'enoxaparina è stato valutato estrapolando dal gestionale regionale tutte le prescrizioni emesse dai MMG ed erogate dalle farmacie in regime di distribuzione convenzionale da gennaio a dicembre 2018. Sono state escluse dall'analisi le dosi dispensate in DPC. Il costo del farmaco in regime convenzionale è stato stimato sulla base del prezzo al netto di sconti a carico della filiera distributiva e di compartecipazioni alla spesa. Per il costo di acquisto in DD invece si è tenuto conto del prezzo del vincitore dell'appalto di gara regionale. La capacità distributiva della ASL è stata calcolata in modo da non apportare aggiunta di costi organizzativi tenendo conto dei magazzini e siti di distribuzione e del personale già presente nella ASL. **Risultati/Follow up e Risultati:** Nel 2018 sono state dispensate dalle farmacie private afferenti alla ASL 244854 dosi di enoxaparina 4000UI per una spesa totale a carico del SSR di 1332006€. È stato calcolato che, ipotizzando una distribuzione paritaria in tutti i punti di distribuzione aziendale (11 farmacie, 4 ospedaliere e 7 territoriali), la capacità distributiva della ASL in primo ciclo di terapia senza aggiunta di costi organizzativi sarà pari a circa 80000 dosi/anno. Il costo medio di rimborso alle farmacie private di enoxaparina 4000UI è pari a 5,44 €/dose a fronte di 0,28 €/dose del primo vincitore dell'appalto regionale. Ipotizzando quindi lo switch distributivo di 80000 dosi dalla distribuzione convenzionale a quella diretta il costo totale a carico del SSR nel 2018 sarebbe stato pari a 919206€ (896806€ per convenzionata e 22400 per DD). **Discussione e Conclusioni:** Erogazione di solo un terzo dell'enoxaparina oggi dispensata esclusivamente attraverso le farmacie private in DD comporterebbe un risparmio di 5,16€ a confezione con un abbattimento della spesa farmaceutica pari al 31% per anno (412800€).

### **P37.**

#### **ESEMPIO DI RIDUZIONE DI SPESA CON L'USO DI IMATINIB EQUIVALENTE IN SOSTITUZIONE DI IMATINIB ORIGINATOR**

*Y.V. FERRARA*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Azienda Sanitaria Locale Lecce, Lecce

**Background e obiettivi/Introduzione e Descrizione caso:** L'Imatinib mesilato originator è un farmaco usato in terapia per la cura della leucemia mieloide cronica (LMC) e per la cura di tumori stromali del tratto gastro-intestinale (GIST) maligni non operabili e/o metastatici, positivi al Kit (CD 117). Imatinib agisce inibendo la protein-tirosin chinasi che inibisce potentemente l'attività della tirosin-chinasi Bcr-Abl. La scadenza del brevetto ha comportato la possibilità di sostituire Imatinib originator con Imatinib equivalente tranne che per i pazienti affetti da GIST. Questi ultimi dovranno essere trattati solo ed esclusivamente con il farmaco Originator almeno fino a dicembre 2021, data di scadenza del brevetto per questa indicazione terapeutica. Presso la nostra ASL, per l'acquisto di Imatinib equivalente, è stato attivato il contratto a dicembre 2018. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di valutare l'impatto economico in seguito all'utilizzo dell'Imatinib equivalente in sostituzione dell'originator. Periodo di studio: Dicembre 2018-Maggio 2019. **Materiali-metodi/Timeline:** Per valutare il numero di pazienti e le corrispondenti dispensazioni, sono stati consultati il sistema informativo regionale Edotto e il software di gestione del magazzino. Sono stati estrapolati i dati relativi al periodo che va dal