

# GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE 2022

## Riconciliazione terapeutica: il contributo professionale del Farmacista Ospedaliero

Dott.ssa Biasinutto Chiara

Dott.ssa Crestan Diana

Dott.ssa Parenzan Ketty

**Udine**

13 Dicembre 2022

**Palazzo della Regione**

Auditorium "A. Comelli"

## Raccomandazione ministeriale n. 17: Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica

Discrepanze  
non = Terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura  
intenzionali presentano differenze non imputabili ad una mutata condizione  
clinica del paziente

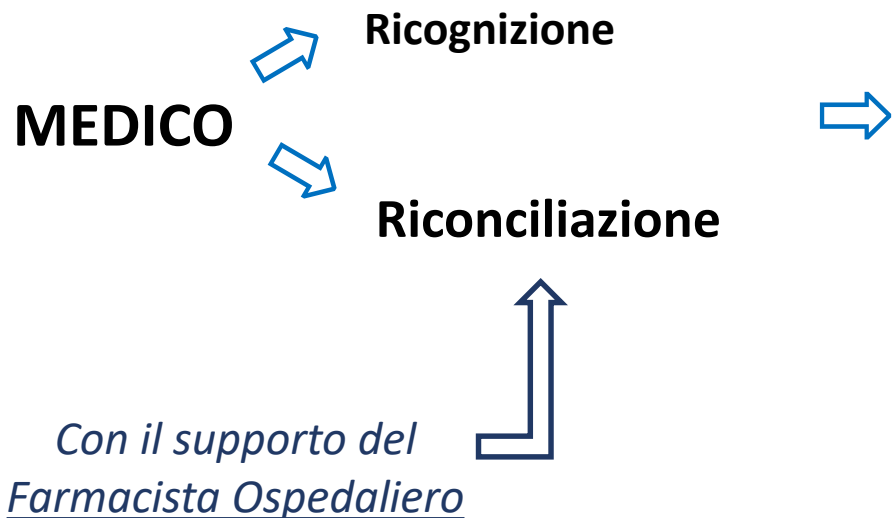
Effettuare un confronto tra i  
medicinali assunti dal paziente e  
quelli indicati per la cura



Danni al paziente e  
impiego di ulteriori risorse sanitarie

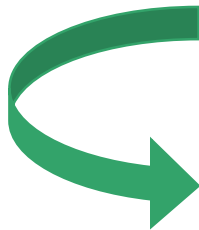
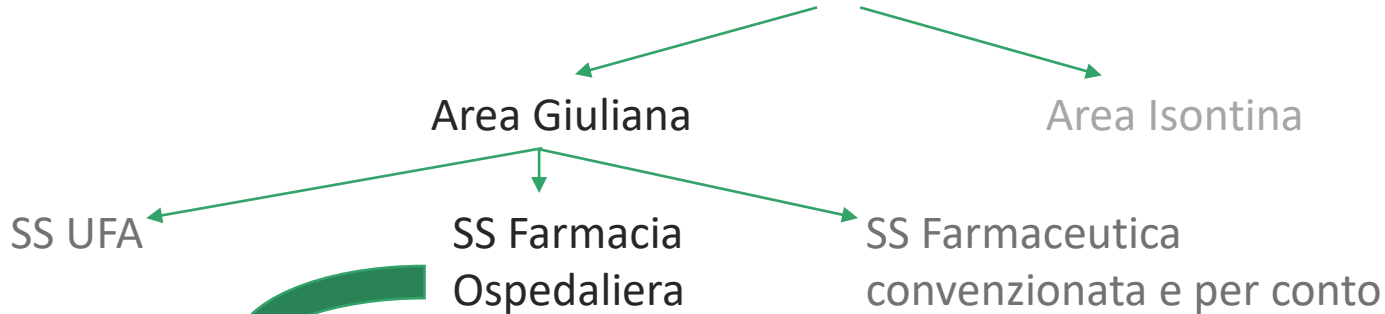


# Raccomandazione ministeriale n. 17: Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica



- ✓ Possibili incongruenze
- ✓ Note AIFA
- ✓ Farmaci presenti nel PTO
- ✓ Protocolli/procedure aziendali sulla gestione dei farmaci

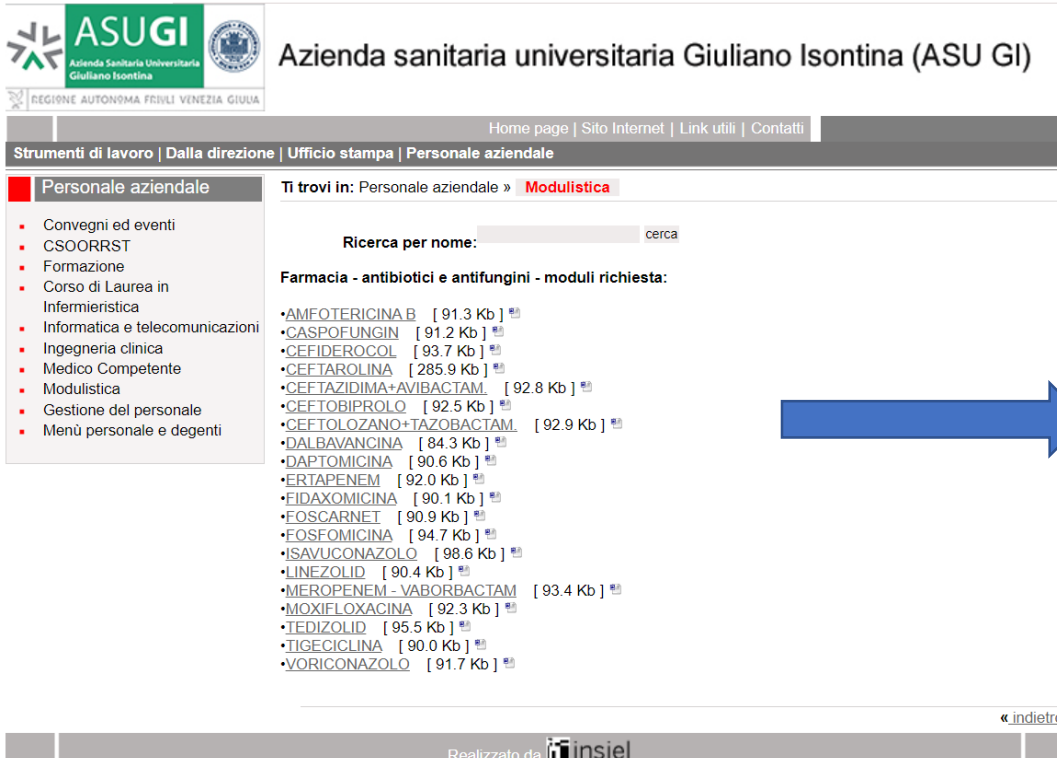
!! *Farmacista Ospedaliero li verifica in fase di erogazione della terapia !!*



- Farmaci ad alto impatto terapeutico e/o economico**
- Diretta cronici**
- Primo ciclo/Dimissioni**
- Urgenze reparti (Farmacie Reparti, RSA, CdR, Farmaci in urgenza)
- Nutrizione enterale e parenterale
- Laboratorio galenico

# Farmaci ad alto impatto terapeutico e/o economico

## Antibiotici e Antifungini monitorati



ASUGI Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Home page | Sito Internet | Link utili | Contatti

Strumenti di lavoro | Dalla direzione | Ufficio stampa | Personale aziendale



















**Personale aziendale**

- Convegni ed eventi
- CSOORST
- Formazione
- Corso di Laurea in Infermieristica
- Informatica e telecomunicazioni
- Ingegneria clinica
- Medico Competente
- Modulistica
- Gestione del personale
- Menù personale e degenti


Ti trovi in: Personale aziendale » **Modulistica**

Ricerca per nome:  cerca

**Farmacia - antibiotici e antifungini - moduli richiesta:**

- AMFOTERICINA B [ 91.3 Kb ] 
- CASPOFUNGIN [ 91.2 Kb ] 
- CEFIDEROCOL [ 93.7 Kb ] 
- CEFTAROLINA [ 285.9 Kb ] 
- CEFTAZIDIMA+AVIBACTAM [ 92.8 Kb ] 
- CEFTOBIPROLO [ 92.5 Kb ] 
- CEFTOLOZANO+TAZOBACTAM [ 92.9 Kb ] 
- DALBAVANCINA [ 84.3 Kb ] 
- DAPTOMICINA [ 90.6 Kb ] 
- ERTAPENEM [ 92.0 Kb ] 
- FIDAXOMICINA [ 90.1 Kb ] 
- FOSCARNET [ 90.9 Kb ] 
- FOSFOMICINA [ 94.7 Kb ] 
- ISAVUCONAZOLO [ 98.6 Kb ] 
- LINEZOLID [ 90.4 Kb ] 
- MEROPENEM - VABORBACTAM [ 93.4 Kb ] 
- MOXIFLOXACINA [ 92.3 Kb ] 
- TEDIZOLID [ 95.5 Kb ] 
- TIGECICLINA [ 90.0 Kb ] 
- VORICONAZOLO [ 91.7 Kb ] 

« indietro

Realizzato da 

## Ruolo del Farmacista Ospedaliero nella *antimicrobial stewardship*:

- Valutazione appropriatezza prescrittiva
- Consumi e costi terapie
- Valutazione durata terapia
- Supporto al monitoraggio della resistenza antimicrobica
- Formazione del personale



RETE CURE SICURE FVG

# Farmaci ad alto impatto terapeutico e/o economico Antibiotici e Antifungini monitorati

## Scheda per la prescrizione di **CEFIDEROCOL (FETCROJA®)**

Diagnosi	Durata terapia
Infezioni gravi causate da batteri Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi documentata dall'antibiogramma in assenza di altre opzioni terapeutiche	5 - 14 giorni <sup>1</sup>
Infezioni gravi/invasive con resistenza ai carbapenemi fortemente sospetta in caso di almeno una delle seguenti condizioni: 1) Fallimento di un precedente trattamento con carbapenemi (in dosi/durata appropriate)	
2) Documentata colonizzazione da Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi	
3) Documentata endemia da batteri Gram-negativi resistenti ai carbapenemi nell'U.O. richiedente	
Agente eziologico: <i>HAP da K. pneumoniae VIM + Endocardite da S. Hemolyticus MR</i>	

PROGRAMMA TERAPEUTICO		
Farmaco	Dose giornaliera consigliata (se CrCl ≥ 60 e ≤ 120 mL/min)	Durata prevista
Fetcroja 1g polvere per concentrato per soluzione per infusione	2g ogni 8h (2 flaconi ogni 8h) Tempo di infusione: 3h	7 giorni La soluzione diluita si può conservare 24h a 2 - 8°C al riparo dalla luce

Se CrCl > 120 mL/min, somministrare 2g ogni 8h.  
IE: non è necessario un aggiustamento della dose  
IR: modificare la dose in caso di IR (tempo di infusione: invariato)

CrCl (mL/min)	Dose giornaliera raccomandata
Da ≥ 30 a < 60	1,5g ogni 8h
Da ≥ 15 a < 30	1g ogni 8h
ESRD (CrCl < 15) ed emodialisi <sup>2</sup>	0,75g ogni 12h

<sup>2</sup> Cefiderocol deve essere somministrato dopo la seduta di dialisi

ATTENZIONE: Ogni dose da 2g di cefiderocol diluita in 100mL di soluzione fisiologica fornisce 705mg di sodio, quindi si raccomanda una dieta iposodica.

Data 08/10/2022

Reserve  
antibiotics

## Scheda per la prescrizione di **Ceftazidima/Avibactam (ZAVICEFTA®)**

Tipo di infezione:  accertata  sospetta infezione resistente a carbapenemi

Diagnosi	Durata terapia
Infezione complicata del tratto urinario (CUTI) inclusa le pielonefriti Con eziologia documentata/sospetta* da gram -, resistente ai trattamenti di prima linea ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA	5 - 10 giorni
Infezione intra-addominale complicata (CIA) Con eziologia documentata/sospetta* da gram -, resistente ai trattamenti di prima linea ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA (se disponibile)	5 - 14 giorni
Polmonite acquisita in ospedale (HAP) inclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) Con eziologia documentata/sospetta* da gram -, resistente ai trattamenti di prima linea ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA (se disponibile)	7 - 14 giorni
Infezioni causate da microorganismi Gram - aerobi in pazienti adulti con opzioni terapeutiche limitate Con eziologia documentata/sospetta* da gram -, resistente ai trattamenti di prima linea ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA (se disponibile)	≤ 14 giorni

\*L'infezione "sospetta" può essere considerata in pazienti selezionati sulla base di criteri epidemiologici, clinici e microbiologici (es: colonizzazione intestinale) in accordo a raccomandazioni terapeutiche definite dal programma di stewardship antibiotica del singolo ospedale

PROGRAMMA TERAPEUTICO		
Farmaco	Dose giornaliera consigliata (se CrCl > 50)	Durata prevista
ZAVICEFTA 2g+0,5g polvere per concentrato per soluzione per infusione	2g ceftazidima + 0,5g avibactam ogni 8h (1fl ogni 8h) Tempo di infusione: 2h	6 giorni La soluzione diluita deve essere usata immediatamente

ATTENZIONE: modificare la dose in caso di IR (tempo di infusione: invariato)

CrCl	Dose giornaliera raccomandata
Da >30 a ≤ 50	1g + 0,25g ogni 8h
Da > 15 a ≤ 30	0,75g + 0,1875g ogni 12h
Da >5 a ≤ 15	0,75g + 0,1875g ogni 24h
ESRD ed emodialisi <sup>1</sup>	0,75g + 0,1875g ogni 48h

<sup>1</sup> Cefazidima/avibactam deve essere somministrato dopo la seduta di dialisi

Data 08/11/22

## Consulenza Infettivologica

EE: PCR 114 in singola determinazione; GB circa 800 creatinina 1,4 (al momento VFG stimato 51)  
 EO: qSOFA 1/3 per circa 24 arm, per il resto PAO e G...  
 contatto come cohorting.

Conclusioni: batteriemia da *K. pneumoniae* KPC a genesi urinaria; IRC.

Si consiglia:

- proseguire CEFTAZIDIME/AVIBACTAM 2.5 g X 3 diluito in 250 mL NaCl 0.9% in 2 h fino a 48 h dopo l'intervento.
- gentamicina 3 mg/kg/ev single shot 1 h prima dell'incisione come profilassi preoperatoria
- ecografia addome completo per ricerca di foci infettivi
- precauzioni da contatto

### Guida per la prescrizione di Cefazidima/Avibactam (ZAVICEFTA<sup>®</sup>)

Tipo di infezione:  accertata  sospetta infezione resistente a carbapenemi

Diagnosi	Durata terapia	
Infezione complicata del tratto urinario (CUTI) incluse le pielonefriti Con ezologia documentata/sospetta* da gram -, resistente ai trattamenti di prima linea <b>ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA</b>	5 - 10 giorni	<input checked="" type="checkbox"/>
Infezione intra-addominale/complicata (CIAI) Con ezologia documentata/sospetta* da gram -, resistente ai trattamenti di prima linea <b>ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA (se disponibile)</b>	5 - 14 giorni	<input type="checkbox"/>
Polmonite acquisita in ospedale (HAP) inclusa la polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) Con ezologia documentata/sospetta* da gram -, resistente ai trattamenti di prima linea <b>ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA (se disponibile)</b>	7 - 14 giorni	<input type="checkbox"/>
Infezioni causate da microorganismi Gram - aerobi in pazienti adulti con opzioni terapeutiche limitate Con ezologia documentata/sospetta* da gram -, resistente ai trattamenti di prima linea <b>ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA (se disponibile)</b>	≤ 14 giorni	<input type="checkbox"/>

\*L'infezione "sospetta" può essere considerata in pazienti selezionati sulla base di criteri epidemiologici, clinici e microbiologici (es: colonizzazione intestinale) in accordo a raccomandazioni terapeutiche definite dal programma di stewardship antibiotica del singolo ospedale

#### PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Dose giornaliera consigliata (se CrCl > 50)	Durata prevista
ZAVICEFTA 2g+0,5g polvere per concentrato per soluzione per infusione	2g cefazidima + 0,5g avibactam ogni 8h (18 ogni 8h) Tempo di infusione: 2h	6 giorni La soluzione diluita deve essere usata immediatamente

ATTENZIONE: modificare le dose in caso di IR (tempo di infusione: invariato)

CrCl	Dose giornaliera raccomandata
Da >30 a ≤ 50	1g + 0,25g ogni 8h
Da > 15 a ≤ 30	0,75g + 0,1875g ogni 12h
Da >5 a ≤ 15	0,75g + 0,1875g ogni 24h
ESRD ed emodialisi <sup>1</sup>	0,75g + 0,1875g ogni 48h

<sup>1</sup> Cefazidima/avibactam deve essere somministrato dopo la seduta di dialisi

Data 08/11/22

## Antibiogramma

Materiale: Sangue  
Emocoltura  
Esame colturale

Positivo

Ceppo produttore di carbapenemasi KPC, la terapia con carbapenemi potrebbe risultare scarsamente efficace o inefficace anche se "in vitro" il ceppo appare sensibile a questi farmaci. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microorganismo. Antibiogramma eseguito con metodica in microdiluzione (criteri EUCAST 2020).

Ceppo 1 Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae

#### Antibiogramma

ANTIBIOTICO	Ceppo 1	MIC
Amikacina	S	4
Amoxicillina/A.CLAV.	R	≥32
Cefepime	R	≥32
Cefotaxime	R	≥64
Ceftazidime	R	≥64
cefazidime/avibactam	S	1
ceftriaxone/avibactam	R	≥32
Ciprofloxacina	R	≥4
Gentamicina	S	≤1
Imipenem	R	≥16
Meropenem	R	≥16
Piperacillina/tazobactam	R	≥128
Tobramicina	R	8
Trimetoprim/Sulfam.	S	≤20

< R = Resistente, S = Sensibile, I = Intermedio >

Sensibile!

## Consulenza Infettivologica

Conclusioni: verosimile HAP da K pneumoniae VIM+ in paziente con endocardite su valvola aortica protesica da S. haemolyticus MR ed esiti di ictus cerebrali con verosimile ascesso cerebrale.

Si consiglia:

- prosegue fosfomicina
- prosegue ceftriaxone
- sospenda caspofungina
- inizi CEFIDEROCOL 2 g X 3 in 100 mL NaCl 0.9% in 3 h per almeno 7 giorni
- Si consiglia RMN encefalo con mdc.
- Inizi precauzioni da contatto come da procedura aziendale per germi multiresistenti, potenzialmente con cohorting con l'altro codegente colonizzato. Tamponi rettali di sorveglianza a tutti i codegenti (visto il meccanismo di resistenza "anormale")
- Stretto monitoraggio indici di flogosi.

### Scheda per la prescrizione di CEFIDEROCOL (FETCROJA®)

Diagnosi	Durata terapia
Infezioni gravi causate da batteri Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi documentata dall'antibiogramma in assenza di altre opzioni terapeutiche	5 - 14 giorni <sup>1</sup>
Infezioni gravi/invasive con resistenza ai carbapenemi fortemente sospetta in caso di almeno una delle seguenti condizioni: 1) Fallimento di un precedente trattamento con carbapenemi (in dosi/durata appropriata) 2) Documentata colonizzazione da Gram-negativi con resistenza ai carbapenemi 3) Documentata epidemia da batteri Gram-negativi resistenti ai carbapenemi nell'U.O. richiedente	
Agente eziologico: <u>HAP da K. pneumoniae VIM+</u> <u>Endocardite da S. Hemolyticus MR</u>	
1 Per le infezioni delle vie urinarie (inclusa pielonefrite) e le infezioni intra-addominali complicate, la durata raccomandata del trattamento è di 5 - 10 giorni. Per polmonite nosocomiale (inclusa la VAP) la durata raccomandata del trattamento è di 7 - 14 giorni. Durata massima del trattamento: 21 giorni	

#### PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Dose giornaliera consigliata (se CICr ≥ 60 e ≤ 120mL/min)	Durata prevista
Fetroja 1g polvere per concentrato per soluzione per infusione	2g ogni 8h (2 flaconi ogni 8h) Tempo di infusione: 3h	<u>7</u> giorni La soluzione diluita si può conservare 24h a 2 - 8°C al riparo dalla luce

Se CICr > 120mL/min, somministrare 2g ogni 6h.

IE: non è necessario un aggiustamento della dose

IR: modificare la dose in caso di IR (tempo di infusione: invariato)

CrCl (mL/min)	Dose giornaliera raccomandata
Da ≥ 30 a < 60	1,5g ogni 8h
Da ≥ 15 a < 30	1g ogni 8h
ESRD (CICr < 15) ed emodialisi <sup>2</sup>	0,75g ogni 12h

<sup>2</sup> Cefiderocol deve essere somministrato dopo la seduta di dialisi

ATTENZIONE: Ogni dose da 2g di cefiderocol diluita in 100mL di soluzione fisiologica fornisce 705mg di sodio, quindi si raccomanda una dieta iposodica.

Data 08/10/2022

#### Microbiologia

Materiale: Espettorato  
Esame culturale

#### Positivo

Ceppo produttore di metallo-beta-lattamasi VIM, la terapia con carbapenemi potrebbe risultare scarsamente efficace o inefficace anche se "in vitro" il ceppo appare sensibile a questi farmaci. Nel caso si intendano utilizzare questi farmaci si raccomanda una preventiva consulenza con un esperto di terapia antibiotica.

Ceppo 1 Klebsiella pneumoniae

#### Antibiogramma

ANTIBIOTICO	MIC
Amikacina	S <=4,000
Amoxicillina/A.CLAV.	R >8,000
Ampicillina/sulbactam	R >32,000
Cefepime	R >32,000
Cefotaxime	R >4,000
Ceftazidime	R >128,000
<b>cefazidime/avibactam</b>	<b>R &gt;=16</b>
Ciprofloxacina	R >2,000
Colistina	S <=0,500
Fosfomicina	S <=16,000
Gentamicina	R >4,000
Imipenem	R 8,000
Meropenem	I 8,000
Piperacillina/tazobactam	R >128,000
Trimetoprim/Sulfam.	R >4,000

< R = Resistente, S = Sensibile, I = Intermedio >

**Resistente!**

Esame microsc. (GRAM)

Leucociti (+) Cellule epiteliali squamose delle alte vie (+) (Q-sec: r=0)



# Farmaci ad alto impatto terapeutico e/o economico

## Farmaci biologici

Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina



Ricetta consumi ospedalieri e ambulatoriali

PT004  
9/11 → 1fl

Diagnosi: Rettocolite ulcerosa non responder agli Anti-TNF alfa.  
 Perdita di risposta dopo un anno documentata alla colonscopia del 18/10/19( Mayo subscore 2)  
 Ha effettuato ottimizzazione con verifica endoscopica eseguita il giorno 3 gennaio 2020 che documenta ottenuta risposta ( MAYO 0)  
 pertanto può proseguire le infusioni 8  
 PROSSIMA INFUSIONE 09.12.2022 infusione ogni 4 sett  
 Esenzione paziente: 009-Colite ulcerosa e malattia di Crohn

VEDOLIZUMAB (ENTYVIO\*IV 1FL 300MG)

1fl  
9/24

✓ Terapie pregresse  
 ✓ ADRs

### RCP Farmaco

#### 4.1 Indicazioni terapeutiche

##### Colite ulcerosa

Entyvio è indicato per il trattamento di pazienti adulti con colite ulcerosa attiva da moderata a severa, che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno avuto una perdita di risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o alla somministrazione di un antagonista del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF $\alpha$ ).

##### Posologia

##### Colite ulcerosa

Il regime posologico raccomandato di vedolizumab per via endovenosa è 300 mg da somministrarsi mediante infusione endovenosa a 0, 2 e 6 settimane e, successivamente, ogni 8 settimane.

Se non si osserva un beneficio terapeutico entro la 10<sup>a</sup> settimana la terapia nei pazienti con colite ulcerosa deve essere interrotta (vedere paragrafo 5.1).

In presenza di una riduzione della risposta, alcuni pazienti potrebbero trarre beneficio da un aumento della frequenza di somministrazione di vedolizumab 300 mg per via endovenosa ogni 4 settimane.

Nei pazienti che rispondono al trattamento con vedolizumab, la somministrazione di corticosteroidi può essere ridotta e/o interrotta in base allo standard di cura.

### Referto medico

#### Sintesi clinica

Rettocolite Ulcerosa distale diagnosticata nel 2006 a Monfalcone (All'esodio Montreal: E2), trattata con mesalazina per os e topica e cortisone topico (Urbason clismi). Iniziale beneficio ma nel 2012 terapia non più efficace.  
 Intollerante all'azatioprina (pancreatite) nel 2006  
 Dal 2012 fino al 2014 trattata con IFX a dosi standard, sospeso per reazione allergica e per perdita di risposta. Dal 2014 provata leucocitoferesi senza esito  
 Fine 2014 iniziato Adalimumab sospeso per mancata risposta e reazione allergica  
 Dal maggio 2015 fino al 2017 golimumab con risposta fino a marzo 2017. Sospeso ad aprile 2018 per nuova riacutizzazione.  
 Da giugno 2018 in terapia con Vedolizumab, ottimizzato da ottobre 2019 a 4 settimane. Progressivo beneficio clinico-laboratoristico.

# Farmaci ad alto impatto terapeutico e/o economico

## Farmaci biologici

Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina

Ricetta consumi ospedalieri e ambulatoriali

PT 004  
9/11 → 1fl

**Ultima erogazione**

Diagnosi: Rettocolite ulcerosa non responder agli Anti-TNF alfa.  
 Perdita di risposta dopo un anno documentata alla colonscopia del 18/10/19 (Mayo subscore 2)  
 Ha effettuato ottimizzazione con verifica endoscopica eseguita il giorno 3 gennaio 2020 che documenta ottenuta risposta (MAYO 0)  
 perlatno può proseguire le infusioni 8  
 PROSSIMA INFUSIONE 09.12.2022 infusione ogni 4 sett  
 Esenzione paziente: 009-Colite ulcerosa e malattia di crohn

VEDOLIZUMAB (ENTYVIO\*IV 1FL 300MG)

### Piano Terapeutico

(GU 288 del 03-12-2021)

PT n. [redacted]

#### SCHEDA PRESCRIZIONE DEI FARMACI PER LA COLITE ULCEROSA

Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive  
 (la prescrizione non è valida se la compilazione non è completa)

switch da altro biologico<sup>A</sup>

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <sup>A</sup> <input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> Mantenimento	<input checked="" type="checkbox"/> Proseguimento della cura <sup>A</sup> <input checked="" type="checkbox"/> Mantenimento
---	---

Adalimumab,  
 Golimumab,  
 Infliximab,  
 Tofacitinib\*,  
 Ustekinumab,  
 Vedolizumab

ENTYVIO\*IV 1FL 300MG  
 una fiala ogni 4 settimane  
 (indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)

<sup>A</sup> riferito al farmaco prescritto

<sup>A</sup> a seguito della conclusione del referral avvenuta in data 15/11/2019, valutare il rapporto rischio/beneficio del trattamento in presenza di fattori di rischio per TEV. Modifiche in RCP introdotte nelle sezioni 4.2 e 4.4 riguardanti le precauzioni e gli aggiustamenti di dosaggio.

Si ricorda al medico curante di consultare sempre l'RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nel piano terapeutico.

In caso di switch specificare le motivazioni:

- inefficacia primaria  
 inefficacia secondaria (perdita di efficacia)  
 comparsa di eventi avversi \_\_\_\_\_ (specificare)  
 altro \_\_\_\_\_ (specificare)

Durata prevista del trattamento (mesi al controllo successivo) 6 \_\_\_\_\_

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione non può superare i 6 mesi dalla data di compilazione)

Data 08/11/2022

# Diretta Cronici

## Tipologie di assistenza

**Assistenza  
Domiciliare  
Integrata (ADI)**

**MINORI**

**SPECIALISTICA**

Legge  
648/1996

Malattie  
Rare

Off-label

Indicazioni  
Innovative

# Diretta Cronici Normativa di Riferimento

**Legge 405/2001:** distribuzione diretta di farmaci in PHT

**D.P.C.M. 12 gennaio 2017:** Definizione e aggiornamento LEA

- Presidi garantiti per persone affette da malattie rare o malattia diabetica
- Alimenti a fini medici speciali per malattie metaboliche congenite e fibrosi cistica
- Materiale medico, tecnico e farmaceutico garantito per pazienti affetti da fibrosi cistica

**DGR 1590/2008:** Erogazione a carico SSR di farmaci *off label* e in fascia C\* per soggetti affetti da patologia rara



COORDINAMENTO REGIONALE  
MALATTIE RARE FVG

**Decreto 279/2001:** Istituzione della Rete nazionale per le Malattie rare

\* Indispensabili per evitare pericolo di vita o aggravamento stato di malattia del paziente



RETE CURE SICURE FVG

# Diretta Cronici

## Atrofia Muscolare Spinale (SMA)

Codice Paziente Iniz. Paz. Data Registrazione Data di Nascita  
[REDACTED] [REDACTED] 06/03/2018 [REDACTED]

MODULO DI RICHIESTA FARMACO:  
Numero della richiesta: EVRYSDI - ATROFIA MUSCOLARE SPINALE  
3  
Codice identificativo univoco della richiesta: [REDACTED]  
Centro prescrittore: **I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO**  
Medico prescrittore: [REDACTED]

Reazione nociva e non voluta al medicinale nel ciclo precedente: No  
Posologia: 5 mg  
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 5 mg  
Dose totale richiesta: 25.00 mg  
Data richiesta farmaco: 24/10/2022  
Durata richiesta farmaco (in giorni): 5  
Numero di somministrazioni per la richiesta farmaco: 5  
Sono state verificate le condizioni riportate al paragrafo 4.3 e 4.4 di RCP?: Sì

ASL: TRIESTINA  
Farmacia di riferimento: FARMACIA TERRITORIALE TRIESTE

PAZIENTE	data di nascita	posologia (mg/die)	posologia (ml)	n°flaconi consegnati	mg/flacone	mg totali/flacone	giorni di copertura	data di erogazione	coperto fino a	Prescrittore
AS		5	6,67	5	60	300	60	11/11/2022	10/01/2023	
PZ		5	6,67	5	60	300	60	10/11/2022	09/01/2023	
MG		4	5,33	4	60	240	60	28/10/2022	27/12/2022	
PP		5	6,67	4	60	240	48	09/12/2022	26/01/2023	
LR		5	6,67	1	60	60	12	06/12/2022	18/12/2022	

Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina

Ricetta Primo ciclo/Diretta SC Tutela Salute Bambini-Adolescenti Donne e Famiglie - Distretto

**1/10 1 CONF**  
OK

Altre indicazioni: Malattie rare  
Diagnosi: SMA 1  
PT del 6.8.22  
risdiplam\*sol orale polv\*60mg x 12 gg; Nota posologia: 5mg/die **1 CONF**



SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA  
OPERATIVA E DEI SERVIZI FARMACEUTICI  
DELLE AZIENDE SANITARIE



SOCIETÀ  
ITALIANA  
FARMACISTI  
PREPARATORI

Istruzione Operativa  
per l'allestimento della soluzione orale di EVRYSDI® (risdiplam) 0,75mg/mL

# Primo ciclo/Dimissioni

Paziente dimesso



Ricetta PSM



- ✓ Lettera di dimissione
- ✓ Verbale PS
- ✓ Visite specialistiche



Farmacista ospedaliero eroga la terapia



Luglio 2022 → Novembre 2022

Effettuato controllo su  
**5.509** ricette



Individuate **559** discrepanze  
non intenzionali

# Primo ciclo/Dimissioni

Tipologia errore	Conteggio
<b>Totale complessivo</b>	<b>559</b>
Indicazione non rimborsata (con o senza nota AIFA)	189
Nota AIFA errata	176
Dosaggio errato	48
Confondimento in sede di prescrizione (no LASA)	30
Farmaco di fascia C	21
Farmaco non presente in PTA	20
Farmaco prescritto su PSM ma non presente in lettera	20
Formulazione errata	16
Confondimento dovuto a LASA	15
Posologia diversa in PSM e lettera	9
Farmaco presente in lettera ma non prescritto su PSM	8
Duplicazione terapeutica	5
Diverso biosimilare	2



**Grazie per l'attenzione**