



Bologna 18 settembre 2017

**I DEVICE  
DEI FARMACI RESPIRATORI:  
QUALE RUOLO  
NELLA SCELTA TERAPEUTICA?**

# Il ruolo del farmacista SSN nel corretto uso dei device respiratori

Daniela Fedele  
Dipartimento Farmaceutico Interaziendale  
Azienda USL Ferrara  
Bologna, 18 Settembre 2017



## La terapia inalatoria è il cardine della terapia farmacologica nei pazienti affetti da asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Come per tutte le patologie croniche, anche nelle malattie respiratorie, **l'assunzione in maniera continuativa e corretta** della terapia inalatoria mediante i diversi devices a disposizione è di estrema importanza per assicurarne i benefici attesi.



Il beneficio completo della maggioranza dei farmaci a disposizione non dipende solo da un'appropriata prescrizione medica, ma anche dal comportamento del paziente nel seguire, in modo ragionevolmente corretto, il regime terapeutico prescritto.



**ADERENZA**

*“il coinvolgimento attivo, volontario e collaborativo del paziente, finalizzato a produrre un risultato terapeutico”*





## La centralità dell'aderenza terapeutica

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che aumentare l'aderenza avrebbe un impatto maggiore sulla salute della popolazione rispetto a investire per migliorare i trattamenti disponibili.

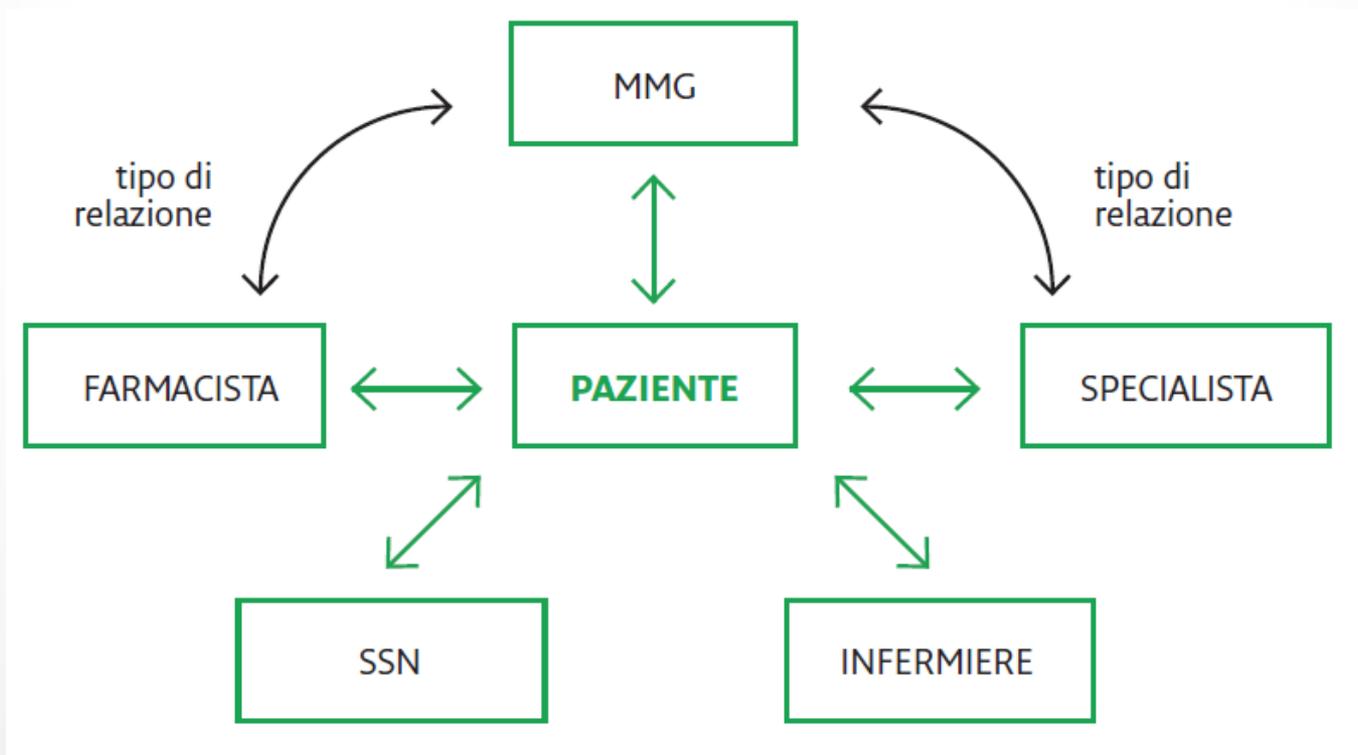
Senza aderenza alle prescrizioni non è possibile mantenere nel tempo i risultati dell'intervento terapeutico, ovvero controllo dei sintomi, prevenzione delle riacutizzazioni, miglioramento della qualità di vita.

Non è un singolo intervento che da solo può aumentarla, ma **il coinvolgimento di tutti gli attori interessati** (medici, pazienti, farmacisti, autorità regolatorie...) **è la carta vincente per poter sviluppare un piano d'azione** combinato al fine di gestire al meglio il malato e la malattia.



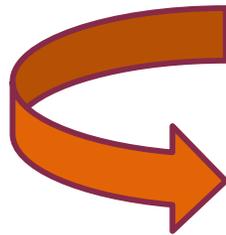
Ogni operatore sanitario può esercitare in modo appropriato l'attività educativa e la scelta della figura può variare a seconda delle realtà e possibilità locali.

In Italia, tuttavia, l'istruzione all'uso degli inalatori è stata finora esercitata di gran lunga più spesso dai medici



# Attività educativa: riflessioni

La sola lettura del foglietto illustrativo o una generica esortazione da parte dell'operatore sanitario a fare attenzione al buon uso degli inalatori è poco utile per ridurre gli errori di tecnica inalatoria.



**Un'approfondita istruzione al momento della prima prescrizione dell'inalatore** con esempio pratico da parte dei sanitari sino a quando la corretta tecnica inalatoria è stata effettivamente recepita (teach-to-goal), e **il regolare controllo che tale corretto uso sia mantenuto nel tempo** sono i modi migliori per ridurre la frequenza degli errori di uso

# Aderenza al trattamento BPCO e Asma (Osmed 2015)



**Tabella 4.2.16. Aderenza al trattamento per Asma e BPCO tra i soggetti affetti da Asma e BPCO**

	Asma	BPCO
Aderenza terapeutica (%)		
<b>ANALISI GEOGRAFICA</b>		
Nord	12,0	29,7
Centro	11,2	26,0
Sud e isole	9,1	23,2
<b>ANALISI PER GENERE</b>		
Maschi	11,5	28,7
Femmine	10,0	22,5
<b>ANALISI PER ETA'</b>		
≤45	5,0	7,1
46-65	10,8	20,7
66-75	16,2	28,5
>75	18,8	27,4
<b>ANALISI PER CLASSE TERAPEUTICA</b>		
LABA (R03AC12, R03AC13) ←	20,1	23,2
Tiotropio bromuro (R03BB04) ←	26,5	34,5
Corticosteroidi inalatori (R03AK, R03BA)	4,7	10,6
Antileucotrieni (R03DC)	12,9	17,1
Altri (R03)*	3,9	21,7
Combinazioni ** ←	19,1	34,7
<b>Totale</b>	<b>10,7</b>	<b>26,1</b>

\*non in combinazione; \*\*due o più classi terapeutiche

# Motivi della mancata compliance

- Probabile uso scorretto del farmaco
- Scarsa comprensione della malattia e della finalità dei differenti farmaci prescritti
- Mancata comprensione delle indicazioni del curante
- Assunzione di altri medicinali controindicati per la malattia di cui soffre o che hanno interazioni con la terapia prescritta



**Intervento del farmacista a supporto dell'aderenza e corretta assunzione della terapia**

# Management della patologia respiratoria cronica: il contributo del farmacista

Nella riorganizzazione in chiave territoriale dell'assistenza sanitaria e in particolare nella cura delle malattie croniche, il farmacista può svolgere un ruolo fondamentale attraverso gli strumenti della *clinical pharmacy*.

Il farmacista non dispensa solo il farmaco ma eroga la *pharmaceutical care*:

“identifica, risolve e previene i problemi legati alla terapia farmacologica del paziente” preso in carico.

# Cosa dovrebbe sapere il farmacista?



- **Conoscere i vari tipi di devices** disponibili per i singoli farmaci
- **Conoscere vantaggi e svantaggi** e caratteristiche tecniche dell'erogatore
- **Insegnare al paziente** la corretta manovra per l'erogatore prescritto dallo specialista/MMG
- Controllare la correttezza della manovra da parte del paziente
- **Verificare l'aderenza** al trattamento ad ogni ritiro in farmacia
- **Non cambiare il device senza il coinvolgimento e senza adeguata istruzione all'uso del paziente**



# Ruolo innovativo del farmacista

- ❖ Evoluzione del farmacista addetto alla distribuzione diretta
- ❖ **Coinvolgimento del farmacista** nelle attività di educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria secondo protocolli condivisi con lo specialista ed **inserimento della figura nei PDTA**
- ❖ **Ottimizzazione della presa in carico** del paziente con particolare riferimento all'aderenza e al counselling

# Ruolo innovativo del farmacista

- ❖ **Promuovere l'empowerment del paziente**, migliorando il suo self management e la compliance ai farmaci ed alle misure da attuare per un corretto stile di vita
- ❖ **Educazione alla segnalazione delle ADR** da parte del cittadino



# Management della patologia respiratoria cronica nelle realtà internazionali

A livello internazionale l'intervento del farmacista declinato nel supporto dell'aderenza terapeutica, è riconosciuto attraverso prestazioni strutturate come:

- la **medication therapy management**, introdotta negli Stati Uniti con il Medicare prescription drug, improvement and modernization Act del 2003
- la **Medicine Use Review (MUR)**, introdotta in Gran Bretagna nel 2005 nel nuovo contratto per le farmacie.



# Medicine Use Review (Gran Bretagna)

- ❖ Prestazione riconosciuta e rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale anglosassone.
- ❖ Consiste in un'intervista strutturata al paziente per determinare se è aderente alla terapia prescritta dal medico, se ha ben compreso la malattia e le cure che riceve e se sono intervenuti elementi che possono ostacolare l'efficacia della terapia.
- ❖ Il farmacista interviene su eventuali errori commessi dal paziente nella gestione del farmaco (dimenticanza delle dosi, eccessivo ricorso ai farmaci al bisogno, uso di medicinali da banco che interferiscono con la cura prescritta)

# MUR

- Le finalità sono:
  - promuovere l'uso appropriato dei medicinali da parte dei pazienti
  - migliorare la compliance del paziente aumentando l'efficacia delle cure e riducendo i costi connessi all'uso improprio del medicinale e al fallimento terapeutico;
  - aumentare le informazioni e la consapevolezza del paziente al fine di ottenere la fiducia nei professionisti della salute che attuano il processo di cura



# MUR Italia (I-MUR)

Progetto di sperimentazione della Medicine Use Review in Italia, avviato dalla FOFI nel 2012 usando l'asma come modello, in supporto al modello dalla farmacia dei servizi istituito con il decreto legislativo 153 del 2009 "Nuovi servizi erogati dalle farmacia"

Il progetto ha compreso:

- **uno studio pilota (I-MUR)**, condotto con 80 farmacisti in quattro province italiane che ha coinvolto circa 900 pazienti, volto a dimostrare la fattibilità del MUR all'interno del servizio farmaceutico italiano;
- una valutazione del **feedback di pazienti e medici di medicina generale** (in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale);
- **uno studio controllato multicentrico e clusterizzato** (Re I-MUR Study) per la valutazione dell'impatto del MUR sul piano clinico ed economico, che ha coinvolto 283 farmacisti e 1267 pazienti in 15 Regioni

# Studio RE-I MUR

## Risultati

- ❖ dopo l'intervento del farmacista nella revisione della terapia sono aumentati del 25% i pazienti con asma controllato: il valore mediano del punteggio ACT è aumentato in tutti e due i gruppi, ma nel gruppo A, che ha ricevuto il servizio professionale I-MUR a T0, il cambiamento si è dimostrato clinicamente e statisticamente significativo (da non controllato a controllato),
- ❖ Il numero mediano di principi attivi utilizzati regolarmente dai pazienti è stato ridotto da 5 a 4
- ❖ Il numero dei pazienti che utilizzavano i FANS è stato ridotto del 27% (n=98) e del 9.7% (n=9) nei pazienti che utilizzavano gli ACE inibitori
- ❖ I farmacisti con l'utilizzo di I-MUR hanno identificato 1341 problemi relativi all'uso dei farmaci presenti nel 63.5% (n=561) dei pazienti e potenziali e/o sospette reazioni avverse ai farmaci (ADR) nel 49% dei pazienti
- ❖ L'analisi economica ha confermato che I-MUR è un ottimo servizio in relazione al costo-beneficio offerto e che lo stesso fornisce un ottimo ritorno dell'investimento (ROI) per il servizio sanitario nazionale italiano.

REVIEW

Open Access

# Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review

Jamie Bryant<sup>1\*</sup>, Vanessa M McDonald<sup>2,3</sup>, Allison Boyes<sup>1</sup>, Rob Sanson-Fisher<sup>1</sup>, Christine Paul<sup>1</sup> and Jessica Melville<sup>1</sup>

**Background:** In Australia, dal 41 al 57% dei pazienti è aderente alla cura prescritta. Tra i fattori che contribuiscono a questo fenomeno vi sono: il tipo di farmaco, lo schema posologico, le caratteristiche individuali del paziente e le misure utilizzate per valutare l'aderenza (dirette o indirette). Molto comune è un sottoutilizzo dei farmaci, un aspetto che riguarda fino a quasi il 50% dei pazienti in terapia con nebulizzatori. Inoltre, il 31% adotta una tecnica inalatoria inefficace, e più del 50% sovrautilizza i farmaci in occasione degli episodi di riacutizzazione.

**Methods:** Analisi della letteratura disponibile e individuazione di trial clinici dedicati specificatamente a questa problematica

## Risultati:

Questa review della letteratura indica alcune **strategie efficaci** per migliorare l'aderenza:

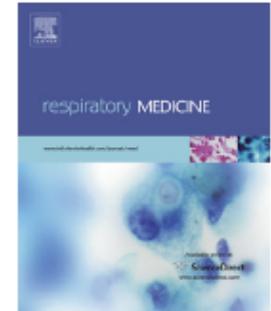
- **un breve counselling condotto da un farmacista** adeguatamente istruito che spieghi in 3-5 minuti al paziente che cosa sia il farmaco prescritto e l'importanza della sua assunzione.
- **monitoraggio sull'uso degli inalatori mediante device elettronico e il feedback da parte del medico curante**
- **interventi multi-componenti**, che ricorrono cioè a una “education” all'auto-gestione da parte del paziente e al coordinamento dell'assistenza ai pazienti da parte dei medici e dei farmacisti, attuati dopo la dimissione o visita ambulatoriale
- **interviste motivazionali condotte faccia a faccia,**



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

**SciVerse ScienceDirect**

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/rmed](http://www.elsevier.com/locate/rmed)



## Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial



Victoria García-Cárdenas <sup>a,\*</sup>, Daniel Sabater-Hernández <sup>a</sup>,  
Patricia Kenny <sup>b</sup>, Fernando Martínez-Martínez <sup>a</sup>,  
María José Faus <sup>a</sup>, Shalom I. Benrimoj <sup>c</sup>

### Obiettivi:

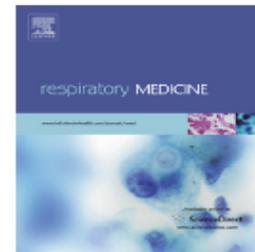
Valutazione dell'intervento educativo del farmacista nel miglioramento del controllo dell'asma (ACQ), dell'aderenza (scala Morisky) e della tecnica inalatoria dei farmaci prescritti (utilizzo di checklist a 10 step – Guida all'uso del Turbohaler –GEMA Educators)



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

**SciVerse ScienceDirect**

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/rmed](http://www.elsevier.com/locate/rmed)



## Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial



Victoria García-Cárdenas <sup>a,\*</sup>, Daniel Sabater-Hernández <sup>a</sup>,  
Patricia Kenny <sup>b</sup>, Fernando Martínez-Martínez <sup>a</sup>,  
María José Faus <sup>a</sup>, Shalom I. Benrimoj <sup>c</sup>

### Metodi:

RCT a cluster: durata di 6 mesi con valutazioni t0, t3m, t6m

### Criteri di inclusione :

Farmacie della provincia di Malaga e membri della Società spagnola delle farmacie di comunità della provincia di Madrid

Pazienti: età superiore ai 18 anni, diagnosi medica di asma, prescrizione del device Turbohaler

# Primary outcome: Asthma control

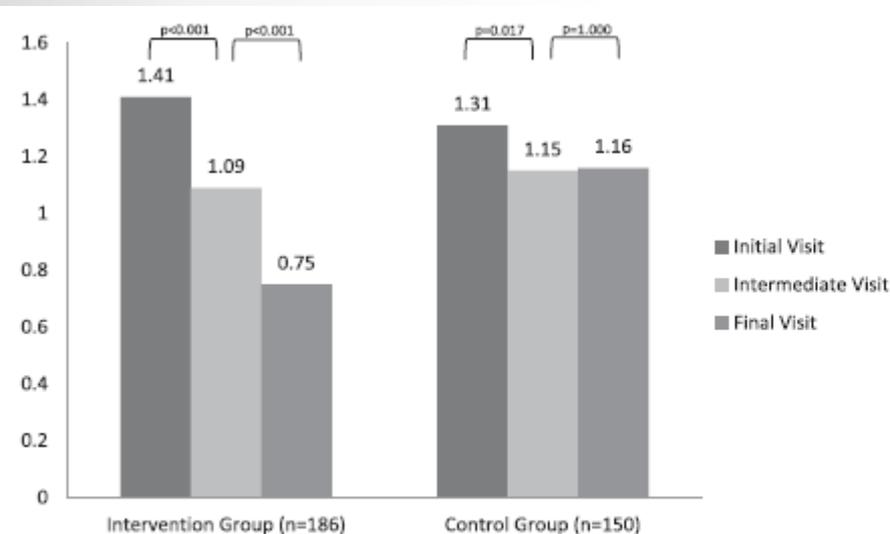


Figure 2 Mean ACQ scores across the study visits.

-IG : decremento pari a 0,66 (SD 0,78, p<0,001 dal t0 al t6)  
-CG: decremento solo dal t0 al t3 pari a 0,16 (SD 0,73 P=0,017)

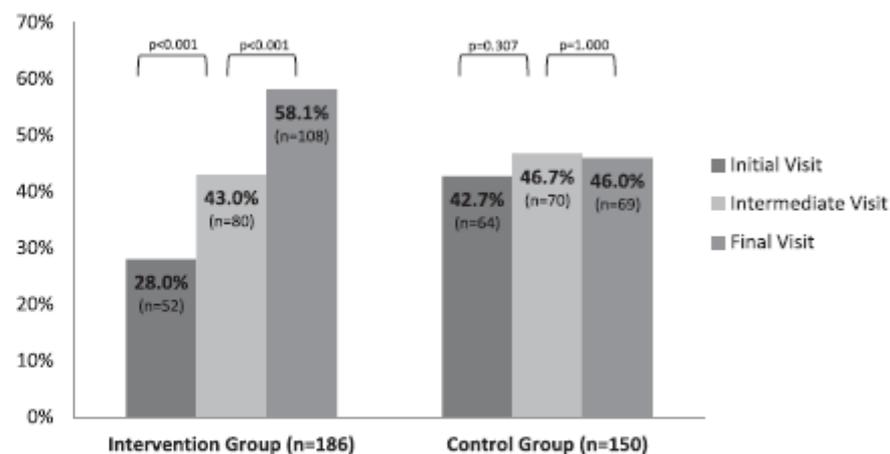


Figure 3 Proportion of patients with controlled asthma across the study visits.

Incremento dei pazienti con asma controllato al t6:  
-IG +20.1%  
-CG +3.3%

## Secondary outcome: tecnica inalatoria e aderenza terapeutica

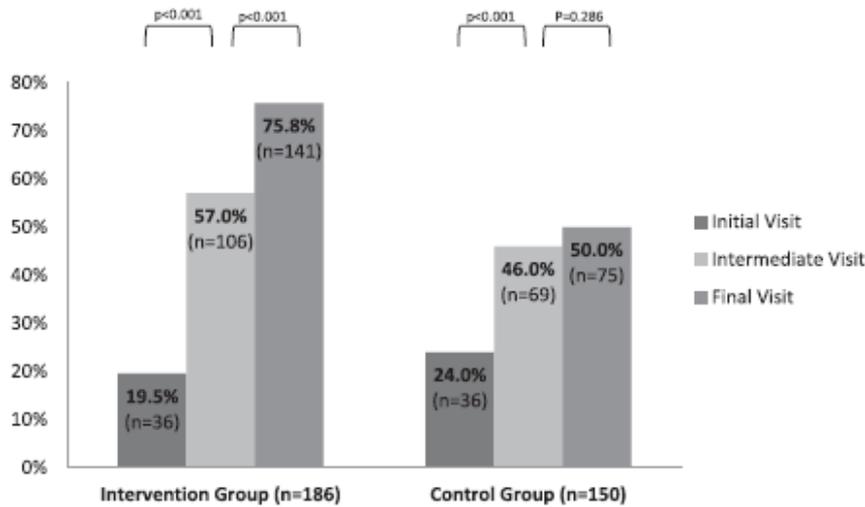


Figure 4 Proportion of patients with correct inhaler technique across the study visits.

**IG: 19,5% T0, 75,8% al t6**  
**CG 24% t0, 50% al t6**

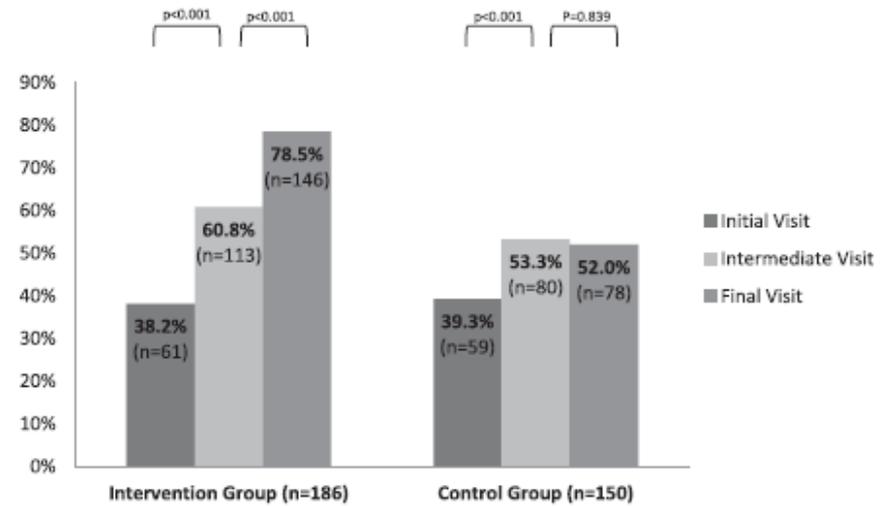


Figure 5 Proportion of adherent patients to asthma treatment.

**IG: 38,2% T0, 78,5% al t6**  
**CG 39,3% t0, 52% al t6**

## Secondary outcome: tecnica inalatoria

Table 4 Proportion of patients with incorrect performance of steps for Turbuhaler inhaler technique at baseline.

Turbuhaler inhaler technique step	Total (n = 336)	IG (n = 186)	CG (n = 150)	p Value
1 Unscrew and lift off the cover	9 (2.7)	2 (1.1)	7 (4.7)	0.043
2 Hold the inhaler upright	81 (24.1)	37 (19.9)	44 (29.3)	0.044
3 <del>Twist the red grip fully to the right as far as it will go and twist it back again to the left. A "click" will be heard</del>	41 (12.2)	26 (14.0)	15 (10.0)	0.268
4 Breathe out gently taking care not to breathe into the Turbuhaler	157 (46.7)	90 (48.4)	67 (44.7)	0.497
5 Place mouthpiece between teeth and lips	52 (15.5)	27 (14.5)	25 (16.7)	0.588
6 Inhale forcefully and deeply	75 (22.3)	51 (27.4)	24 (16.0)	0.012
7 <del>Remove the inhaler from the mouth, hold breath for 8 s and exhale away from the mouthpiece</del>	140 (41.7)	86 (46.2)	54 (36.0)	0.058
8 <del>If further doses are needed wait 30 s and repeat steps from 2 to 7<sup>a</sup></del>	59 (17.6)	35 (18.8)	24 (16.0)	0.458
9 Replace white cap				
10 <del>Rinse mouth with water. Do not swallow</del>				



Table 5 Proportion of patients with incorrect performance of steps for Turbuhaler inhaler technique at final visit.

Turbuhaler inhaler technique step	IG (n = 186)	p Value <sup>a</sup>	CG (n = 150)	p Value <sup>a</sup>	p Value <sup>b</sup>
1 Unscrew and lift off the cover	1 (0.5)	1.000	0 (0.0)	d	0.368
2 Hold the inhaler upright	6 (3.2)	<0.001	34 (22.7)	0.076	<0.001
3 <del>Twist the red grip fully to the right as far as it will go and twist it back again to the left. A "click" will be heard</del>	2 (1.1)	<0.001	6 (4.0)	0.035	0.080
4 Breathe out gently taking care not to breathe into the Turbuhaler	20 (10.8)	<0.001	37 (24.7)	<0.001	0.001
5 Place mouthpiece between teeth and lips	9 (4.8)	0.001	10 (6.7)	<0.001	0.471
6 Inhale forcefully and deeply	12 (6.5)	<0.001	20 (13.3)	0.481	0.033
7 <del>Remove the inhaler from the mouth, hold breath for 8 s and exhale away from the mouthpiece</del>	14 (7.5)	<0.001	31 (20.7)	<0.001	<0.001
8 If further doses are needed wait 30 s and repeat steps from 2 to 7 <sup>c</sup>	4 (6.0)	<0.001	14 (26.4)	0.012	0.002
9 Replace white cap	3 (1.6)	0.004	8 (5.3)	1.000	0.057
10 Rinse mouth with water. Do not swallow	9 (4.8)	<0.001	36 (24.0)	<0.001	<0.001

<sup>a</sup> For intra-group comparisons between baseline and end point (McNemar test).

<sup>b</sup> For comparisons between groups (Chi-Square test).

<sup>c</sup> This step was assessed in those patients prescribed with two consecutive inhalations (120 patients: CG = 53; IG = 67).

<sup>d</sup> McNemar test was not calculated since at least one of the variables used for the calculation of measures of association was a constant.



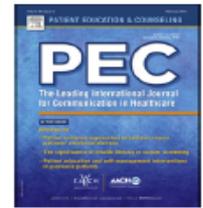


ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

# Patient Education and Counseling

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/pateducou](http://www.elsevier.com/locate/pateducou)



Research paper

## The effectiveness of clinical pharmacist's intervention in improving asthma care in children and adolescents: Randomized controlled study in Jordan



Basima A. Almomani<sup>a,\*</sup>, Rawan K. Mayyas<sup>a</sup>, Faisal Abu Ekteish<sup>b,c</sup>, Abeer M. Ayoub<sup>a</sup>, Mera A. Ababneh<sup>a</sup>, Sirin A. Alzoubi<sup>d</sup>

**Obiettivi:** valutare l'efficacia dell'intervento del farmacista clinico nell'educazione del paziente asmatico pediatrico.

Outcome primari: controllo dell'asma ( ACT >12 aa e C-ACT per 4-11 aa), qualità della vita (PAQLQ >12 anni e PACQLQ per 4-11 anni), miglioramento dell'aderenza (SELF REPORT)

**Metodi:** RCT condotto in un ospedale del nord Giordania, valutazione parametri a t0, t3m, t6m:

T0: intervento Face to face e follow up telefonici al t3m e t6m

IG: counselling su farmaci, sintomi, self management, importanza dell'aderenza alla terapia e educazione su tecnica inalatoria

CG: normale pharmaceutical care

**Criteri di inclusione:** 4-18 aa, diagnosi medica di asma, visite di controllo regolari, terapia con farmaci antiasmatici da almeno 6m

# Controllo dell'asma

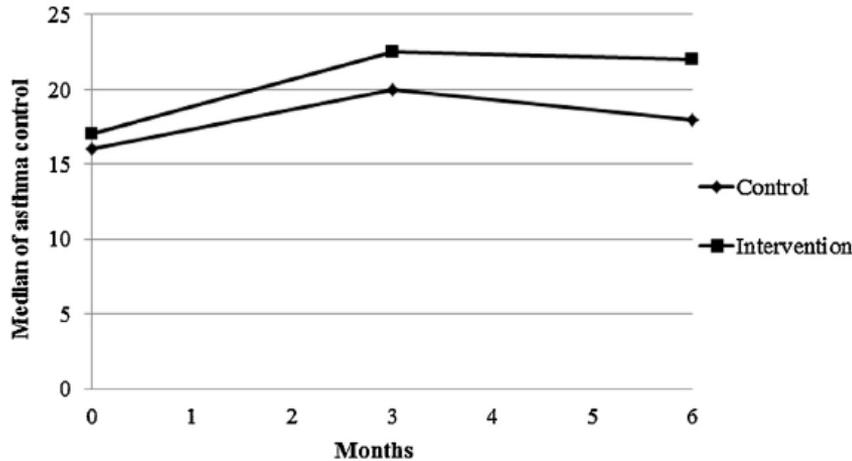


Fig. 3. Median change of asthma control (ACT and C-ACT) between study groups. Abbreviations: ACT, Asthma Control Test; C-ACT, Childhood-ACT.

**IG vs CG post intervento:**  
79,1% vs 40,2%  $p < 0,001$   
**MEDIAN ACT, c-ACT**  
**SCORE post-intervento:**  
IG 22 vs CG 18  $p < 0,001$

# Qualità della vita

**Post intervento:**

PAQLQ

IG vs CG

7 vs 6,95  $p < 0,001$

PACQLQ

IG vs CG:

7 vs 6,27  $p < 0,001$

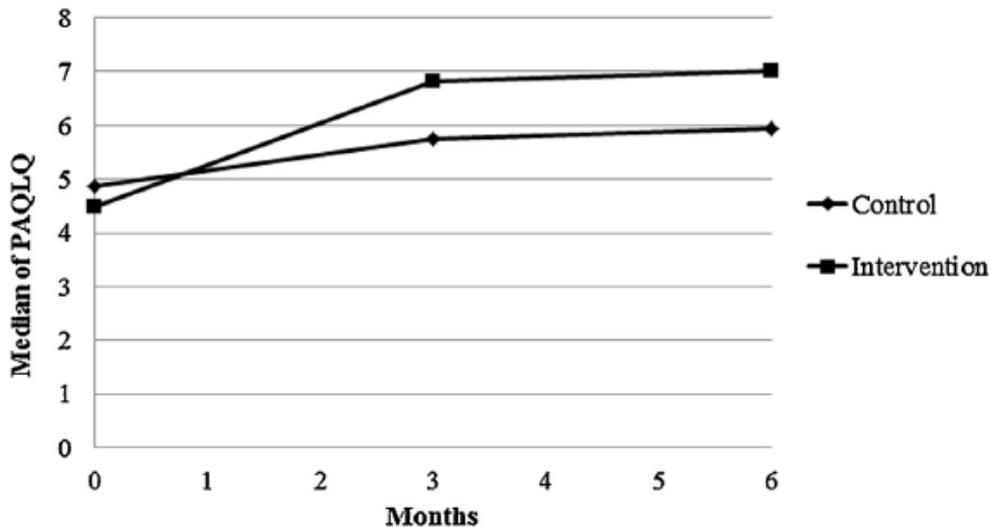


Fig. 4. Median changes of Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) between study groups.

- **Pazienti aderenti a t6m:** 45 %IG vs 30% CG



## **Uptake and effectiveness of a community pharmacy intervention programme to improve asthma management**

B. J. Bereznicki\* BPharm (Hons) PhD, G. Peterson\* BPharm (Hons) PhD MBA FSHP FACPP FAIPM FPS, S. Jackson\* BPharm (Hons) PhD, E. H. Walters† MA DM FRCP FRACP FCCP, J. George‡ BPharm MPharm PhD GCHE, K. Stewart‡ BPharm PhD and G. J. March§ BPharm PhD

*\*School of Pharmacy, University of Tasmania, Hobart, TAS, †Menzies Research Institute, University of Tasmania, Hobart, TAS, ‡Centre for Medicine Use and Safety, Monash University, Melbourne, Vic., and §Sansom Institute for Health Research, School of Pharmacy and Medical Sciences, University of South Australia, Adelaide, SA, Australia*

### **Obiettivi:**

confrontare l'efficacia di un programma di educazione sanitaria da parte del farmacista tramite interventi via mail o frontali vs usual care in pazienti con asma non controllato

### **Metodi:**

Trial clinico randomizzato a cluster. 70 farmacie di comunità australiane  
IG: educazione via mail o frontale su management dell'asma, invito a recarsi dal proprio MMG per un FU, distribuzione di una brochure su asma, management e terapie  
CG: Usual counselling



## **Uptake and effectiveness of a community pharmacy intervention programme to improve asthma management**

B. J. Bereznicki\* BPharm (Hons) PhD, G. Peterson\* BPharm (Hons) PhD MBA FSHP FACPP FAIPM FPS, S. Jackson\* BPharm (Hons) PhD, E. H. Walters† MA DM FRCP FRACP FCCP, J. George‡ BPharm MPharm PhD GCHE, K. Stewart‡ BPharm PhD and G. J. March§ BPharm PhD

\*School of Pharmacy, University of Tasmania, Hobart, TAS, †Menzies Research Institute, University of Tasmania, Hobart, TAS, ‡Centre for Medicine Use and Safety, Monash University, Melbourne, Vic., and §Sansom Institute for Health Research, School of Pharmacy and Medical Sciences, University of South Australia, Adelaide, SA, Australia

### **Criteri di inclusione:**

pazienti con management subottimale dell'asma, individuati tramite algoritmo ad hoc su elaborazione dei dati di dispensazione di devices preventer e reliever nei precedenti 12 mesi (6 o+ inalatori SABAs negli ultimi 12 mesi= 3 o + dosi die di reliever=asma non controllato secondo le linee guida)

**Criteri di esclusione:** pazienti in terapia con metilxantine, antileucotrienici e anticolinergici inalatori

## Elaborazione dei dati

**P:R ratio** = media giornaliera di dosi equivalenti di preventer su media giornaliera di dosi equivalenti di reliever per ciascun paziente

Un elevato P:R ratio= miglioramento sintomi, ridotto bisogno di visite urgenti presso MMG, pronto soccorso e ricovero ospedaliero

**Dosi eq. Preventer inhaler:** 100 mcg beclometasone=100 mcg budesonide = 200 mcg fluticasone= 80 mcg cicloesonide

**Dosi eq. Reliever inhaler:**100 mcg salbutamolo= 250 mcg terbutalina

Asthma medication	Pre-intervention <sup>a</sup>	Post-intervention <sup>a</sup>	Wilcoxon <i>P</i>
<b>P : R ratio</b>			
Mailed intervention	0.15 (0.00–0.42)	0.19 (0.00–0.55)	< 0.0001
Face-to-face intervention	0.15 (0.00–0.46)	0.21 (0.00–0.75)	< 0.0001
Control	0.14 (0.00–0.42)	0.16 (0.00–0.50)	< 0.0001
Kruskal–Wallis <i>P</i>	0.68	0.46	
<b>Daily SABA usage (µg)</b>			
Mailed intervention	655.74 (546.45–983.61)	563.42 (328.77–966.77)	< 0.0001
Face-to-face intervention	765.03 (546.45–1092.90)	657.53 (329.90–1043.00)	< 0.0001
Control	655.74 (546.45–983.61)	634.92 (338.99–987.32)	< 0.0001
Kruskal–Wallis <i>P</i>	0.03	0.07	
<b>Daily ICS usage (µg)</b>			
Mailed intervention	122.95 (0.00–327.87)	102.98 (0.00–353.98)	0.48
Face-to-face intervention	118.54 (0.00–375.68)	164.38 (0.00–421.96)	0.14
Control	95.91 (0.00–327.87)	102.27 (0.00–359.56)	0.03
Kruskal–Wallis <i>P</i>	0.44	0.62	

<sup>a</sup>Values represent median (interquartile range).

Table 2. Pre- and post-intervention dispensing data (per-protocol analysis)

### Risultati:

Nel post intervento:

1. Aumento del P:R ratio
2. Ridotto consumo di SABA



## **Uptake and effectiveness of a community pharmacy intervention programme to improve asthma management**

B. J. Bereznicki\* BPharm (Hons) PhD, G. Peterson\* BPharm (Hons) PhD MBA FSHP FACPP FAIPM FPS, S. Jackson\* BPharm (Hons) PhD, E. H. Walters† MA DM FRCP FRACP FCCP, J. George‡ BPharm MPharm PhD GCHE, K. Stewart‡ BPharm PhD and G. J. March§ BPharm PhD

\*School of Pharmacy, University of Tasmania, Hobart, TAS, †Menzies Research Institute, University of Tasmania, Hobart, TAS, ‡Centre for Medicine Use and Safety, Monash University, Melbourne, Vic., and §Sansom Institute for Health Research, School of Pharmacy and Medical Sciences, University of South Australia, Adelaide, SA, Australia

### **Ulteriori risultati:**

64,8% delle farmacie ha risposto al questionario di gradimento sulle attività condotte, dichiarando:

- ❖ predilezione dell'intervento face to face
- ❖ soddisfazione nella prestazione eseguita
- ❖ Il progetto ha richiesto un leggero aumento dei tempi di counselling ma con ottimi risultati

## PROGETTO HOME CARE:

“Promozione dell’informazione sul farmaco e coinvolgimento del cittadino nella segnalazione di reazioni avverse da farmaci nei punti di erogazione diretta della farmacia ospedaliera dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

### Criteria di inclusione:

- Pazienti con accesso ai punti di erogazione diretta Farmaci per il ritiro di medicinali con:
  - PT AIFA Onco Ematologici,
  - PT AIFA HCV,
  - PT HIV,
  - PT/modulo prescrittivo Patologie respiratorie croniche
  - PT Sclerosi Multipla,
  - PT Malattie Reumatologiche



# PROGETTO HOME CARE

## FASE I

- **Formazione dei farmacisti** in materia di farmacovigilanza e su caratteristiche inerenti all'uso delle classi di farmaci oggetto del progetto
- **Redazione di materiale informativo** sui farmaci da distribuire al paziente in collaborazione con l'Ufficio Stampa e Comunicazione

## FASE II

- Attivazione del codice "Priorità blu" nel totem tagliacode del servizio di erogazione diretta per i pazienti eleggibili
- Ciascun farmacista dovrà:
  - informare i cittadini sulle problematiche inerenti all'uso dei farmaci (modalità di corretto utilizzo, interazioni, uso in gravidanza, eventuali interazioni farmacologiche e con alimenti, modalità di corretta conservazione, smaltimento)
  - distribuire opuscoli riassuntivi sui farmaci assunti
  - promuovere e istruire il cittadino nella segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaco rilevate durante l'assunzione della terapia



# Nota Informativa Importante AIFA

## Ottobre 2014

NOTA INFORMATIVA IMPORTANTE CONCORDATA CON L'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)

Ottobre 2014

**NUOVE IMPORTANTI INFORMAZIONI DI SICUREZZA SUL MEDICINALE BRONCOVALEAS (SALBUTAMOLO)  
SOLUZIONE DA NEBULIZZARE E RISCHIO DI ESPOSIZIONE ACCIDENTALE**

Nonostante i provvedimenti già adottati, quali ad esempio l'inserimento di una tabella di correlazione posologica (milligrammi-millilitri-numero gocce) esplicativa e di una avvertenza sul rischio di sovradosaggio per errore di somministrazione, sono stati segnalati con l'uso di Broncovaleas soluzione da nebulizzare ulteriori casi di reazioni avverse gravi verificatesi nei bambini, anche al di sotto dei 2 anni di età, imputabili a errore posologico, via di somministrazione errata e anche a scambio di farmaco. Le reazioni avverse inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), principalmente tremori e tachicardia, sono state gravi ed hanno richiesto ospedalizzazione. Tutti i casi segnalati hanno avuto come esito la risoluzione della sintomatologia dopo sospensione del trattamento.

Pertanto l'AIFA ha limitato l'uso di Broncovaleas 5 mg/ml, soluzione da nebulizzare ai bambini di età superiore ai 2 anni.



# Utilizzo del Salbutamolo in età pediatrica



---

## GRUPPO DI LAVORO

- Marra A. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara)**
- Bernardi F. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna)**
- Bardella D. (Azienda USL di Ferrara)**
- Corsini I. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna)**
- Drago G. (Azienda USL di Bologna)**
- Ghizzi C. (Azienda USL di Bologna)**
- Pecorari L. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara)**



# Obiettivi del documento

- Fornire un manuale di rapida consultazione rivolto a tutti gli operatori sanitari che operano in ambito pediatrico coinvolti nella prescrizione, somministrazione e monitoraggio d'uso, quale strumento per il corretto utilizzo del **salbutamolo** e dell'associazione **salbutamolo/ipratropio**,
- Aspetti:
  - ✓ appropriatezza e indicazioni d'uso del salbutamolo e dell'associazione salbutamolo/ipratropio per via inalatoria in età pediatrica nel trattamento dell'attacco di asma acuto/wheezing;
  - ✓ schemi terapeutici nelle diverse fasce d'età pediatrica e nelle varie condizioni di gravità dell'asma;
  - ✓ descrizione delle caratteristiche tecniche dei devices impiegati per la somministrazione;
  - ✓ istruzioni per l'addestramento dei pazienti/caregivers all'utilizzo dei devices.

# Take home message.....



- Le linee guida dell'asma e BPCO raccomandano **un'educazione al device a vari livelli dell'assistenza sanitaria** del paziente
- I farmacisti sono gli ultimi attori che il paziente incontra dopo la prescrizione e prima della somministrazione
- Il farmacista potrebbe verificare la corretta aderenza e compliance del paziente alla terapia ad ogni ritiro del farmaco prescritto
- Il puntuale controllo del corretto utilizzo del device favorirebbe un miglioramento dei sintomi delle patologie respiratorie e ridurrebbe le riacutizzazioni e conseguenti ricoveri
- **Lo sviluppo di un nuovo ruolo del farmacista** non più legato all'esclusiva dispensazione del farmaco, ma come attore nel processo di cura **che collabora** sulla base delle sue capacità professionali **con gli altri professionisti** (medico di famiglia, medico specialista, infermiere) si è rivelato strategico in varie esperienze nazionali e internazionali

Grazie dell'attenzione.....

