

in terapia ARV, sono stati arruolati 52 pazienti in terapia con EVIPLERA®.

**Risultati.** Dei 52 pazienti, 42 (81%) sono maschi, età mediana 42 (IQR 35-52) anni; 29 (55,8%) soggetti naïve hanno iniziato EVIPLERA® come primo regime terapeutico. I restanti 23 pazienti experienced hanno intrapreso tale terapia in seguito ad uno switch legato prevalentemente a scarsa tollerabilità e/o presenza di effetti avversi al precedente regime. 16 (69,6%) soggetti provenivano da una terapia EFV based, 7 da una terapia PI based. Tutti tranne uno hanno mantenuto il controllo della replicazione virale. EVIPLERA® ha dimostrato una migliore tollerabilità rispetto ad altri farmaci antiretrovirali, in particolare ad EFV, con rapida attenuazione dei disturbi a carico del SNC precedentemente riportati. Dal punto di vista farmaco-economico una riduzione dei costi è stata evidenziata solo nei casi di switch da PI mentre è stata osservata una notevole semplificazione gestionale nella farmacia di reparto: la combinazione in STR consente infatti di poter immagazzinare, inventariare e dispensare un minor numero di confezioni.

**Conclusioni.** EVIPLERA® è indicato nei pazienti naïve con carica virale al basale inferiore a 100000 copie/ml ma anche in pazienti che abbiano raggiunto il controllo virologico con un altro regime e può essere una valida opzione (con un costo vantaggioso) per i pazienti che presentano effetti collaterali con il regime precedente o che desiderano semplificare la terapia antiretrovirale.

#### LE NUOVE FRONTIERE PER L'ERADICAZIONE DEL HCV: DIFFERENZE TRA NUOVI FARMACI E TOTALE ADERENZA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Elena Jacoboni, Salvatore Accordino, Lucrezia Sorgonà, Pina Gomma, Antonio Lapenna, Alessandra Mingarelli  
Farmacia ospedaliera, ASL Latina, UOC Farmacia P.O.N. S.M. Goretti, Latina

**Introduzione.** I nuovi farmaci per l'epatite C (DAA) garantiscono, per la prima volta, un'efficacia nell'eradicazione del virus nel 97-99% dei casi. Obiettivo dello studio valutare le differenze tra le nuove opzioni terapeutiche, in particolare considerando i determinanti che, (per esempio nella HAART), correlano con la totale aderenza alla terapia farmacologica. Aderire a un trattamento significa anche rispettare gli orari di somministrazione, gli appuntamenti per i controlli e le raccomandazioni sui cibi da assumere o altri farmaci che non possono essere assunti contemporaneamente. Le nuove terapie farmacologiche per la cura dell'epatite C sono: -PegIFN- $\alpha$ , ribavirina (RBV), Sofosbuvir; -Sofosbuvir, RBV non su genotipo 1,4,5; -PegIFN- $\alpha$ , RBV, Simeprevir no G2,3,5; -Sofosbuvir e Simeprevir no G2,3,5; -Sofosbuvir/ledipasvir no G2,3; -Sofosbuvir e daclatasvir; -Ritonavir-boosted paritaprevir, ombitasvir, dasabuvir (3D) solo genotipo 1; -Ritonavir-boosted paritaprevir/ombitasvir solo G4.

**Materiali e metodi.** Tali schemi terapeutici sono stati comparati sulla base del: numero di compresse e somministrazioni al giorno, modalità di assunzione, durata della terapia, comodità di approvvigionamento, possibilità di eventi avversi, interferenza con altri farmaci. Infine si è voluta fare una comparazione relativamente al costo della terapia.

**Risultati.** Il numero di compresse assunte giornalmente varia da 1 (Sofosbuvir/Ledipasvir) a 6 o 7 (a seconda del peso) più una iniezione sottocute per i regimi contenenti ribavirina e pegIF. Il numero di somministrazioni è due al giorno (50%), una (50%) La durata della terapia è 12 o 24 settimane (8 con Sofosbuvir/ledipasvir in casi selezionati). I nuovi farmaci per l'epatite C vengono distribuiti presso le farmacie degli ospedali, nelle farmacie convenzionate la ribavirina e l'interferone. Gli eventi avversi sono superiori in caso di assunzione di ribavirina e interferone (> 20%), di lieve entità con gli altri schemi posologici (grado 1 e 2) Le interferenze con gli altri farmaci, che correlano con il tipo di metabolismo sono minimi per il sofosbuvir (metabolismo non CYP mediato) e molteplici per gli altri farmaci (CYP3A4) : massimi per il simeprevir e 3D con farmaci antiretrovirali, ipocolesterolemizzanti, quetiapina; quasi tutti (no simeprevir) interferiscono con l'amiodarone. Il costo della terapia per 12 settimane (equivalente a 24 settimane) varia da 18.000€ (simeprevir RBV e pegIF) a 55.000€ (sofosbuvir e simeprevir).

**Conclusioni.** Un'aderenza pressoché totale alla terapia farmacologica dovrebbe essere garantita dall'innovatività e dalla possibilità di eradicazione totale del virus; il farmacista ospedaliero, può assumere un ruolo fondamentale nel consigliare o correggere eventuali comportamenti impropri da parte dei pazienti

**Bibliografia.** RCP Sovaldi, Olysis, Harvoni, Daklinza, Exviera, Viekirax-Journal of hepatology-Clinical practice Guidelines-EASL Registri Aifa.

#### INFEZIONI NOSOCOMIALI DA A. BAUMANNII: FARMACOTERAPIA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

Mario Domenico Luigi Moretti, Michele Arca, Stefano Cortese, Grazia Maria Rita Moretti, Maria Elena Sanna  
Dipartimento Farmaceutico, AOU, Sassari

**Introduzione.** L'*Acinetobacter Baumannii* è un patogeno opportunistico associato a gravi infezioni ospedaliere le quali, come evidenziato da dati epidemiologici recenti, sono in notevole aumento. La sua resistenza verso numerose classi di antibiotici rende problematico l'approccio terapeutico ed il controllo delle infezioni nosocomiali. In questo studio vengono riportati i dati epidemiologici ed i trattamenti utilizzati nelle infezioni verificatesi nel corso dell'ultimo anno.

**Materiali e metodi.** L'identificazione di *A. Baumannii* viene eseguita ricercando il gene blaOXA-51-like con tecnica PCR. La sensibilità in vitro degli isolati viene determinata in accordo con le linee guida EUCAST. La quantificazione della spesa farmaceutica viene estrapolata dai flussi del debito informativo. La corretta applicazione del protocollo per il controllo delle infezioni nosocomiali è fatta attraverso verifiche periodiche mirate.

**Risultati.** I test microbiologici evidenziano la presenza di *A. Baumannii* complex in 35 casi di cui 3 di colonizzazione e 32 di infezione. Tutti i ceppi isolati risultano multiresistenti e solo parzialmente sensibili a Trimetoprim/Sulfametossazolo (17,1%), Gentamicina (20%), Ciprofloxacina (20%) ed Imipenem (20%); la sensibilità più elevata si manifesta verso Colistina e Tigeciclina (MIC minori o uguali 0.5 mg/L). I trattamenti antimicrobici praticati sono in linea con le sensibilità degli isolati e con le condizioni cliniche dei pazienti. Nessun trattamento viene praticato nella sola colonizzazione e nei pazienti particolarmente critici. Negli altri casi è somministrata Colistina da sola (63%), Imipenem o Meropenem (17%), o associazioni con carbapenemi o Rifampicina (20%). Il costo medio del ciclo di terapia di dieci giorni varia da 385 euro/paziente con sola Colistina ad oltre 500 euro nei trattamenti in associazione. In corso di infezione o di sola colonizzazione, il personale sanitario applica scrupolosamente procedure previste per il controllo delle infezioni (lavaggio delle mani prima di manovre invasive o contatto con i pazienti infetti con detergenti a base di clorexidina digluconato 4% e disinfezione delle superfici con di biguanidi e sali d'ammonio quaternario). L'incremento medio della degenza nei casi di infezione conclamata è di circa 10 giorni.

**Conclusioni.** I dati evidenziano l'uso estensivo di Colistina nel controllo delle infezioni in esame. Tale impiego, in linea la recente letteratura, è precluso in pazienti con quadro clinico critico. Difficilmente interpretabile è il mancato ricorso alla Tigeciclina per l'assenza di breakpoint di riferimento nelle linee guida EUCAST, nonostante i buoni valori delle MIC. I costi sociali di queste infezioni nosocomiali risultano piuttosto elevati.

**Bibliografia.** 1. Eugénie Bergogne-Bérézin, Herman Friedman, Mauro Bendinelli. *Acinetobacter: Biology and Pathogenesis*. 2008 Springer science + Business Media, LLC.

#### IMPATTO IN PRATICA CLINICA DI UNO SCORE PER LA VALUTAZIONE DELL' APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA: RISULTATI PRELIMINARI

Daniela Gaggero, Valentina Arena, Annachiara Cericola, Elena Ferelli, Francesca Filauro, Marta Rossi, Elisa Zaninoni, Giovanni Cenderello, Giovanni Cassola, Donatella Campanella, Carla Fraguola  
S.C. Farmacia, E.O. Ospedali Galliera, Genova

**Introduzione.** Il nostro ospedale è un nosocomio ad alta specializzazione con 400 posti letto in cui sono presenti sia il reparto che l'ambulatorio di malattie infettive a cui afferiscono circa 800 pazienti HIV positivi. Quotidianamente il paziente dopo avere effettuato la visita ambulatoriale si reca presso la farmacia ospedaliera per effettuare il ritiro della terapia antiretrovirale prescritta e in caso di necessità i farmaci ambulatoriali di fascia A presenti nel prontuario ospedaliero, secondo la Legge 405/2001.

**Materiali e metodi.** Da questa continua collaborazione tra le due Unità Operative è nata l'idea di un progetto che potesse essere di ausilio sia al clinico che al farmacista nel monitoraggio delle risorse economiche per le terapie antiretrovirali e per la valutazione dell' appropriatezza delle terapie antiretrovirali prescritte. Sono state prese in considerazione le terapie di I linea ed il primo shift terapeutico prescritti nel 2014, applicando la tecnica del "metodo a punteggio", dove ad ogni terapia antiretrovirale prescritta corrisponde uno score ottenuto dalla combinazione delle linee guida italiane ed i relativi costi. I regimi terapeutici più appropriati e meno costosi ottengono un punteggio massimo di 1,00 (range: 1-0,1).