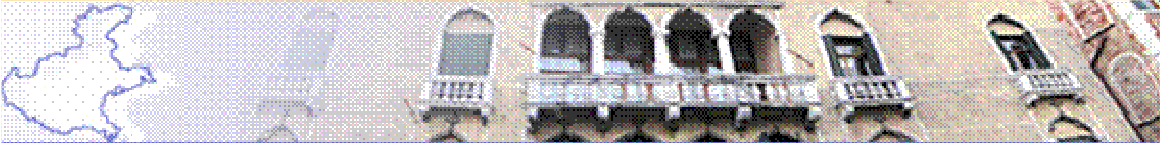




Governo del Farmaco

Elementi organizzativi e tecnologie: Esperienze a confronto

Venezia 23 Febbraio 2009

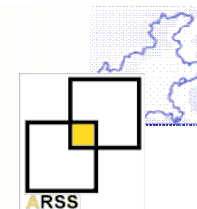


Giovanna Scroccaro

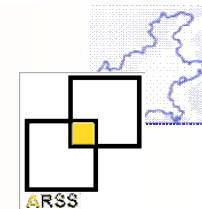
Azienda Ospedaliera di Verona

Governo del Farmaco

Elementi organizzativi e tecnologie: esperienze a confronto

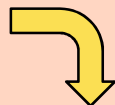


Sicurezza del farmaco e Governare della spesa



- ❏ Scelta di terapie efficaci e sicure
 - Evidence based medicine
 - Valutazione beneficio/rischio e beneficio/ costo
- ❏ Adattamento alle caratteristiche del singolo paziente
 - Appropriata d'uso
- ❏ Valutazione dell'uso e Sorveglianza degli effetti indesiderati
 - Farmacoepidemiologia e Farmacovigilanza

- ❏ Dispensazione dei farmaci senza errori di sistema
 - Sistema controllato



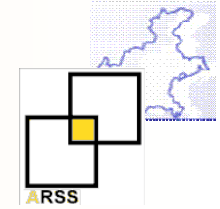
HIT Health Information Technology o

ICT Information and Communication Technology

Fase del Processo

Errori di terapia

Soluzioni



Scelta e acquisizione del farmaco

Scelta errata
scarse evidenze

Protocolli
Linee guida
EBM

Prescrizione

- Scelta del farmaco o della posologia
- Prescrizione non leggibile

Trascrizione

- Prescrizione non riportata correttamente

Allestimento

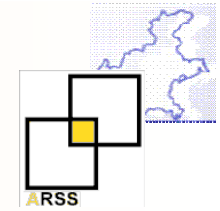
- Farmaco-dosaggio-forma
- Diluizione
- Conservazione

Somministrazione

- Farmaco-dosaggio-forma-paziente
- Procedura-tempi somministrazione

ICT

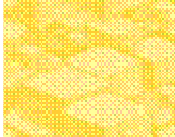
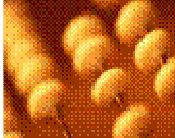
Esperienze di gestione avanzata del farmaco



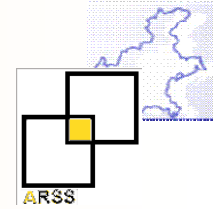
- D.U. Automatizzata (robot)
- D.U. manuale
- cPOE
- In implementazione
- Altre automazioni farmaci
- Verso la D.U.



I contenuti del testo

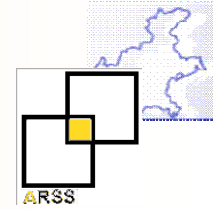


Parte I - Misure per governare la spesa farmaceutica



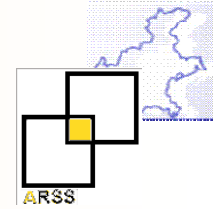
- ❑ Il ruolo del Ministero e delle Regioni
- ❑ I Prontuari e il Technology assessment
- ❑ I protocolli e le Linee guida
- ❑ L'informazione indipendente
- ❑ Il monitoraggio
- ❑ I controlli
- ❑ La razionalizzazione degli acquisti
- ❑ I ruoli e le responsabilità

Parte II - Misure per governare il rischio



- ☐ Il ruolo del Ministero e delle Regioni
- ☐ Le raccomandazioni
- ☐ Le verifiche
- ☐ I ruoli e le responsabilità

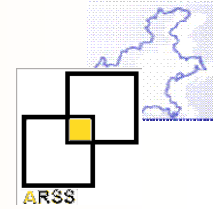
Parte III - Strumenti e tecnologie



- ❏ La riorganizzazione dei processi
- ❏ Adozione integrata di tecnologie informatizzate :
prescrizione, trascrizione, dispensa, somministrazione
- ❏ I supporti informativi alla prescrizione (CDSS: Computerized Decision Support System)
- ❏ L'armadio informatizzato
- ❏ Il carrello informatizzato
- ❏ Il monodose

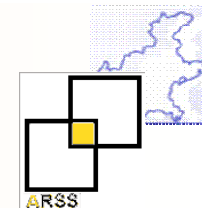
- ❏ I processi organizzativi / benefici e criticità delle nuove tecnologie
- ❏ Un' analisi comparativa delle tecnologie
- ❏ Metodologie e indicatori per valutare i risultati

Parte IV - Esperienze della Regione Veneto



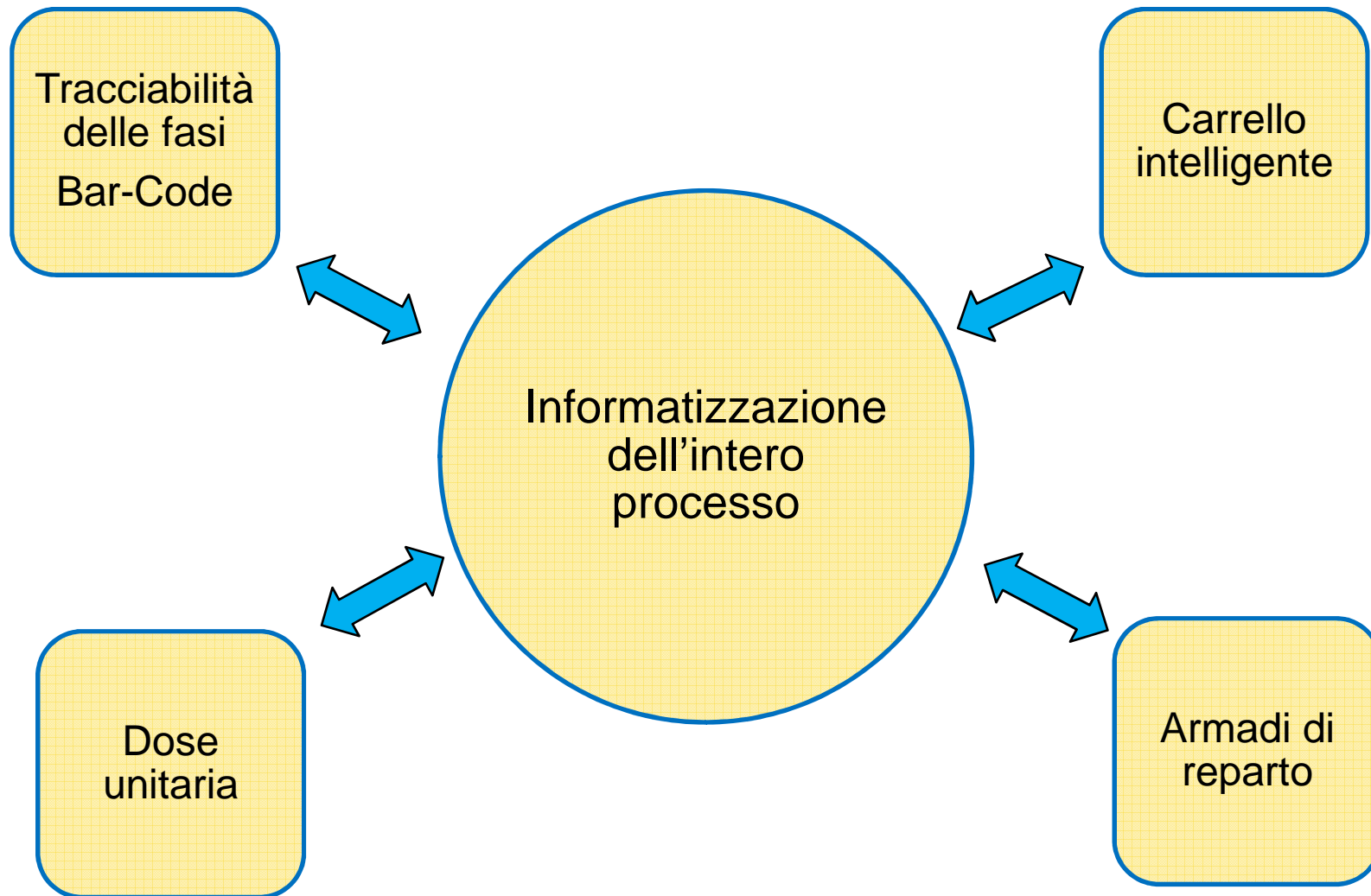
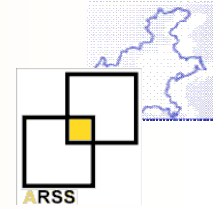
- ☐ Gestione del rischio clinico
- ☐ Informatizzazione della prescrizione
- ☐ Centralizzazione dei processi di acquisto

Strumenti e tecnologie - il metodo

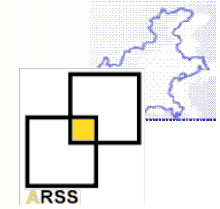


- ☐ *“Call for publication”*
- ☐ Descrizione della tecnologia
- ☐ Esperienze applicative → 14
 - Investimento
 - Risultati positivi
 - Criticità
 - Risultati economici
- ☐ Note di lettura a cura del Comitato di Redazione

Le tecnologie



Flussi attuali



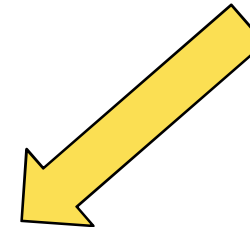
Farmacia



Armadio di reparto

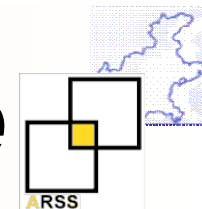


Carrello infermiere



Logistica interna e somministrazione

Sistema integrato a cui tendere



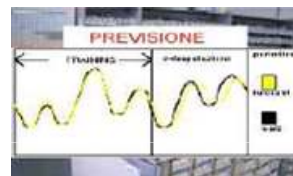
Prescrizione elettronica



Stampa e firma manuali



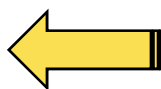
Automazione (previsione)



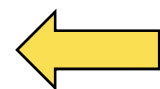
Erogazione dalla Farmacia (assistita da ICT)



Controllo del Farmacista (verifiche post)



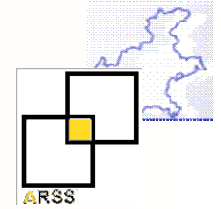
Validazione infermiere



Somministrazione (assistita da ICT)

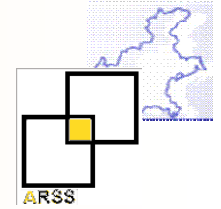


Il Technology assessment delle nuove tecnologie per la sicurezza del paziente



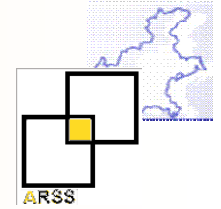
- ❏ Le evidenze scientifiche pubblicate sono a favore della **prescrizione informatizzata** con supporto alle decisioni cliniche (CPOE + CDSS). Questi sistemi sono stati oggetto di sperimentazioni condotte con metodologia rigorosa
- ❏ Le evidenze scientifiche per **Dose Unitaria** sono soprattutto non controllate, trattandosi di tecnica adottata con successo negli USA già negli anni '60
- ❏ Per **Armadi informatizzati e Carrelli intelligenti** le esperienze sono meno mature, perché le tecnologie sono più recenti e risentono delle numerose variabili cliniche ed organizzative dei contesti locali
- ❏ Trattandosi di tecnologie che hanno un forte **impatto sulla organizzazione** sono utili solo se effettivamente accettate ed interamente implementate
- ❏ I **costi** delle varie tecnologie sono diversi


Il Technology assessment delle nuove tecnologie per la sicurezza del paziente



- ❏ Non sono state condotti **studi di costo – efficacia**, pertanto non è possibile dire quanto la spesa per la nuova tecnologia sia giustificata rispetto ai benefici che ne derivano
- ❏ Non sono stati condotti **studi comparativi** tra le differenti tecnologie
- ❏ **Come scegliere ?**
 - Caratteristiche tecniche di ogni tecnologia
 - Valutazioni dei risultati (riduzione del rischio, entità dei consumi dei farmaci, miglior utilizzo delle risorse umane) e dei costi diretti ed indiretti (acquisizione, formazione, implementazione)
 - Setting di applicazione: dimensione dell'ospedale, tipologia del reparto (per acuti o cronici o RSA)
 - Contesto tecnologico e organizzativo
 - Budget a disposizione

News dalla letteratura. HIT

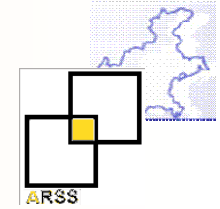


 *Arch Inter Med, 26 gennaio 2009*

- Studio su 167.233 pazienti ospedalizzati in Texas
- Gli ospedali con un elevato livello di informatizzazione (note, record, prescrizioni, clinical decision support) presentano minori complicazioni, più bassa mortalità, e più bassi costi
- Riduzione del 16% di complicanze e del 15% di mortalità per tutte le cause

News dalla letteratura

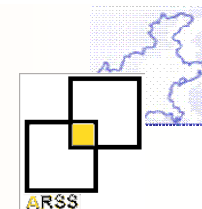
Non solo tecnologia



■ *Annals of Internal Medicine*, 3 febbraio 2009

- In uno studio randomizzato e controllato 370 pazienti ricevono al momento della dimissione un counselling supplementare. Il gruppo di controllo (368 pz) riceve il trattamento usuale
- Counselling: un **infermiere** dedicato pianifica le visite di controllo, verifica la terapia alla dimissione, e trasmissione materiale informativo al medico di medicina generale. Un **farmacista** telefona dopo 2-4 gg per rafforzare le raccomandazioni e controllare la terapia
- A distanza di 30 gg si osserva un significativo ridotto ricorso al pronto soccorso e una riduzione dei ri-ricoveri nei pazienti con counselling

Ringraziamenti



- ☐ Antonio Compostela
- ☐ Virgilio Castellani
- ☐ Il Comitato scientifico
 - P.Benetollo, S.Danieli, A.L.Del Favero, A.Gatta, A.Ghirardini, M.Pò, M.Rinaldi, M.Vezzani
- ☐ La redazione
 - M.Elena Serafin, G.Giannico
- ☐ Il Comitato di Redazione
 - O.Costantini, A.Ferrarese, M.Giardino, A.Pedrini, M.Tommasi
- ☐ Gli autori
- ☐ Tutte le Aziende produttrici che hanno collaborato