

Per concludere, gli indicatori farmaceutici si pongono l'obiettivo di:

- fornire un quadro complessivo sul monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici
- valutare l'efficacia e l'appropriatezza dei farmaci erogati
- essere strumenti di ausilio per programmare e pianificare l'attività di assistenza sanitaria farmaceutica
- monitorare e misurare concretamente nel tempo l'efficacia delle misure di miglioramento adottate
- verificare l'aderenza a linee guida e protocolli di Disease Management;
- monitorare complessivamente l'erogazione dei servizi e

adeguare gli stessi al continuo evolversi della domanda;

- evidenziare popolazioni (bambini, anziani, donne, diabetici ecc...) da seguire, sorvegliare, valutare e coinvolgere nel contesto di programmi di intervento;
- controllare, verificare e misurare nel tempo l'impatto degli interventi sulla qualità e sui costi dell'assistenza;
- valutare, in accordo con gruppi di medici e/o di loro rappresentanze culturali, i problemi presenti nella pratica dei singoli medici (omogeneità/eterogeneità, carichi assistenziali, strategie terapeutiche, linee guida, ...);
- essere utilizzati come strumento per la formazione (Audit Clinico) per i medici.

Diversità a confronto: esperienze-modelli di percorsi assistenziali a partire dalla farmaceutica

IL POLIAMBULATORIO DI PALERMO: ACCESSO A CURE GRATUITE E PUNTO DI OSSERVAZIONE DEI NUOVI FLUSSI MIGRATORI NEL BACINO MEDITERRANEO

S. Cammarata; C. Gatti; F. Mercadante ; A. Romano; G. Strada
Emergency NGO

Premessa ed obiettivi. La netta trasformazione che l'Italia ha subito negli ultimi anni, da Paese di emigrazione a Paese di immigrazione, ha richiesto un susseguirsi di normative sfociate a livello nazionale nel «Testo Unico sull'immigrazione» (D. Lgs 286/98) che prevede l'iscrizione al Servizio Sanitario nazionale, per tutti gli stranieri presenti regolarmente e l'assistenza agli immigrati in condizione di irregolarità (STP). Ma, sebbene la normativa preveda il diritto all'assistenza sanitaria per l'intera popolazione (coerente con l'art.32 della Costituzione), nella pratica clinica si registra disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari tra la popolazione italiana e migranti. A maggior ragione, dopo che recentemente, la legge n. 94 (15/07/2009) recante «Disposizioni in materia di sicurezza pubblica», introducendo il reato di ingresso e soggiorno illegale, ha generato un clima di disorientamento sia da parte degli stessi immigrati sia da parte degli operatori sanitari operanti nei centri erogatori dei servizi. Molte Regioni hanno provveduto ad emanare circolari chiarificatrici, risolutive nell'informare i dipendenti del sistema pubblico, ma che non hanno avuto del tutto effetto nel rassicurare gli immigrati irregolari che continuano a temere l'accesso alle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Nell'Aprile 2006 l'ONG Emergency, ha inaugurato l'apertura del poliambulatorio a Palermo, usufruendo della collaborazione della direzione generale dell'Azienda unità sanitaria locale di Palermo, che ha ristrutturato e messo a disposizione i locali per la conduzione delle attività. Il poliambulatorio opera in autonomia, in regime di reciproca collaborazione con la Asl e ha disponibilità del ricettario regionale (prescrizione di farmaci,

esami di laboratorio, accertamenti diagnostici). L'area di intervento è stata definita insieme alle autorità sanitarie e con la consulenza di operatori esperti di Medicina dell'immigrazione. Ad oggi i servizi disponibili sono: medicina di base, odontoiatria, oculistica, pediatria, ostetricia e ginecologia, cardiologia e patologie del metabolismo, supporto psicologico-neuropsichiatrico, otorinolaringoiatria, dermatologia, infettivologia, orientamento socio-sanitario.

Obiettivo della presente relazione è evidenziare l'importanza del Poliambulatorio di Palermo, oggi più che mai, come punto di osservazione privilegiato nella valutazione della situazione sanitaria degli immigrati nella Regione Sicilia, oltre che nella valutazione dei «nuovi» flussi migratori verso la Sicilia stessa.

Materiali e Metodi. È stata condotta una analisi dei dati contenuti nel database del Centro dall'anno di apertura ad oggi.

Risultati. Da aprile 2006 a marzo 2010 il poliambulatorio ha effettuato 13.702 visite odontoiatriche; 1.375 oculistiche; 8.845 interventi di medicina generale; 1738 visite ginecologiche; 4.044 visite per altre specialità e 3694 interventi di assistenza amministrativa. Il 96% sono pazienti extracomunitari (79% irregolari), il 3% pazienti comunitari e 1% italiani. Da una analisi dei dati relativi all'anno 2009 emerge che sono state effettuate circa 8200 visite: il 6% pediatriche; 36% odontoiatriche; 6% oculistiche; 11% ginecologiche ed il 44% medicina generale e visite specialistiche. I pazienti registrati, provengono da oltre 60 stati. Suddivisi in fasce di età da 0 ad oltre 51 anni, con permesso di soggiorno e non, hanno avuto accesso al poliambulatorio usufruendo di cure gratuite, farmaci, protesi e tutto il necessario ad assicurare un buon stato di salute.

Conclusioni. Al Poliambulatorio di Palermo, un costante monitoraggio della situazione viene effettuato in quanto tutti gli accessi sono regolarmente registrati, il poliambulatorio pertanto già rappresenta un punto di osservazione da non sottovalutare, considerando che la salute degli immigrati riguarda l'intera collettività.

LA RETE REGIONALE DELLE FARMACIE ONCOLOGICHE (ROFO) IN EMILIA ROMAGNA

D. Carati

Servizio Politica del Farmaco, Regione Emilia-Romagna – Bologna

Premessa. La Regione Emilia-Romagna, che fornisce l'assistenza sanitaria attraverso 11 Aziende Sanitarie, 5 Aziende ospedaliere-universitarie e 2 Istituti di ricerca, è impegnata a sviluppare la Rete delle Farmacie Oncologiche, al fine di garantire sicurezza al paziente e all'operatore sanitario dei laboratori di allestimento dei farmaci antiblastici, fornire un supporto qualificato allo specialista oncologo, ottimizzare le risorse destinate alle terapie antitumorali e garantirne l'equità nell'utilizzo. All'interno di tali Aziende sono presenti 12 farmacie ospedaliere con laboratori centralizzati di allestimento farmaci antiblastici (Centri UFA), 5 in corso di realizzazione, per cui esistono 18 centri di oncologia che preparano ancora in modo autonomo.

La Regione Emilia-Romagna si è impegnata ad istituire i laboratori Unità Farmaci Antiblastici (UFA) centralizzati in ogni Azienda Sanitaria, standardizzare i criteri tecnici e organizzativi e adottare un programma informatizzato per la gestione del processo terapeutico (prescrizione, allestimento, somministrazione), per la tutela dei pazienti e dei lavoratori esposti. L'allestimento deve avvenire nel rispetto delle «Linee guida per la sicurezza dei lavoratori esposti a chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario» (G.U. n. 236 del 7 ottobre 1999), al fine di minimizzare i rischi dovuti alla manipolazione.

In questo contesto assume grande rilevanza l'addestramento e la formazione continua del personale coinvolto nei centri UFA per sviluppare le necessarie competenze e assicurare la qualità dei medicinali allestiti. La Regione Emilia-Romagna ha organizzato un primo corso regionale rivolto a farmacisti e tecnici dell'area oncologica, che ha permesso la condivisione delle esperienze realizzate dai centri UFA già attivi e il confronto con esperti del settore di livello nazionale (al corso ha fatto seguito uno stage pratico di addestramento dei partecipanti presso i centri UFA in regione). L'assistenza sanitaria oncologica in Regione Emilia Romagna prevede la Rete Oncologica regionale, finalizzata alla promozione delle esperienze professionali, all'ottimizzazione dell'efficacia delle tecniche in uso, alla standardizzazione dei servizi forniti e alla facilitazione dell'accesso per i pazienti.

L'organizzazione della Rete, secondo un modello Hub and Spoke, favorisce l'appropriatezza organizzativa nell'uso razionale delle risorse e la collaborazione multidisciplinare ed interprofessionale, dove i primi 7 Centri UFA coinvolti sono punti di riferimento per le realtà in divenire nel processo delle centralizzazioni.

I principali strumenti per lo sviluppo del ROFO riguardano l'area della informatizzazione per arrivare a gestire il processo terapeutico; la formazione in campo oncologico, nell'ottica della *best practice* per quanto riguarda la standardizzazione delle metodiche di allestimento e la realizzazione dei laboratori centralizzati per gli allestimenti, per uniformare i servizi forniti, ottimizzare le tecniche, limitare gli scarti e favorire i drug day.

Inoltre, la Regione coordinando il ROFO, sta sviluppando un progetto di ricerca per valutare l'estensione della stabilità

chimica di alcuni preparati di particolare rilevanza clinica e ad alto costo, sulla base di numerosi studi di letteratura.

1. La Formazione: in Oncologia: I° Corso Regionale per Farmacisti e Tecnici di Laboratorio dell'area Oncologica - 20 e 21 Ottobre 2009

Il Corso, finalizzato al miglioramento della qualità e sicurezza delle terapie oncologiche attraverso la condivisione delle esperienze realizzate dai Centri UFA, si è dato l'obiettivo di ottimizzare le conoscenze e la pratica riguardo a: sicurezza, qualità dei preparati e dei processi di produzione e i controlli; management dei Laboratori e procedure informatiche di supporto; gestione dei farmaci sperimentali; somministrazione in sicurezza. Il corso, organizzato con i Centri UFA della Regione, ha previsto come relatori i farmacisti oncologi, nonché numerosi esperti del settore.

All'evento, supportato dalla proiezione di filmati realizzati presso 6 Centri UFA relativi alle pratiche operative, hanno partecipato 60 farmacisti e tecnici di tutte le Aziende sanitarie della Regione. Il Corso è stato completato con uno stage di formazione sul campo, presso i Centri UFA.

2. Il progetto di estensione della stabilità dei farmaci antiblastici:

L'esempio del Bortezomib

Il ROFO ha approfondito la problematica dei «residui di lavorazione» dei farmaci oncologici, in particolare quelli ad alto costo, dovuto all'incompleto utilizzo delle confezioni commerciali e ai limiti di stabilità chimico-fisica e microbiologica riportati in scheda tecnica. Il Gruppo ha elaborato un progetto di valutazione dell'estensione della stabilità dei farmaci antiblastici dopo ricostituzione e/o diluizione prendendo in considerazione prioritariamente il Velcade® (bortezomib), dato il pesante impatto di questo farmaco sulla spesa farmaceutica regionale, analizzando i seguenti aspetti:

1. caratteristiche del farmaco riportate sulla scheda tecnica e scheda di sicurezza della specialità medicinale Velcade®;
2. modalità organizzative adottate dalle diverse Farmacie Oncologiche riguardo alle concentrazioni d'uso del bortezomib negli schemi terapeutici, il numero di pazienti trattati, le dosi medie di trattamento, l'allestimento centralizzato in drug-day, l'entità dello scarto medio, ecc.;
3. confronto degli studi di stabilità presenti in letteratura in base a criteri e parametri definiti quali: metodo di analisi, range di concentrazione, accettabilità del range di degradazione, condizioni di conservazione, ricerca di impurezze, ecc., rapportati alle condizioni operative delle realtà ospedaliere;
4. risultati di un'indagine regionale sui consumi e gli scarti di bortezomib realizzati dai Laboratori UFA che hanno prodotto una stima dello scarto medio/pz/anno e dell'incidenza di tale spesa (circa 12%).

In base alle valutazioni sopraelencate il Gruppo ha condiviso parametri e criteri per:

- definizione di una procedura standard di allestimento delle siringhe in dosi personalizzate di bortezomib per l'iniezione ev in bolo
- stesura dello studio di stabilità chimico-fisica del bortezomib in soluzione ricostituita in «vial» e in siringhe pronte all'uso,

definendo gli obiettivi, i materiali e metodi, il piano di campionamento, le condizioni di conservazione, il limite di accettabilità della degradazione

- analisi chimiche, attualmente in corso.

Questo progetto rappresenta la prima esperienza di un percorso condiviso che coniuga gli aspetti tecnico-farmaceutici, organizzativi e normativi e definisce una metodologia in grado di contribuire a legittimare sia sul piano della sicurezza che del sistema, un modello operativo utilizzabile in altre situazioni di off-label tecnico.

Conclusioni. Il percorso finora condotto ha permesso di concorrere all'implementazione della Rete oncologica della Regione Emilia-Romagna, contribuendo al governo delle risorse in ambito oncologico. I farmacisti specialisti referenti dell'oncologia sono fortemente impegnati a supporto della pratica clinica e stanno sviluppando un know how di grande rilevanza professionale. Nell'ambito della politica sanitaria regionale oncologica, si prevede il completamento del processo di centralizzazione dell'allestimento dei farmaci antitumorali anche presso le strutture non attualmente in rete.

OLTRE IL BUDGET IMPACT: STRATEGIE OPERATIVE PER INSERIRE IL DATO ECONOMICO NELLA VALUTAZIONE DI FARMACI E DISPOSITIVI INNOVATIVI DA PARTE DELLE COMMISSIONI NAZIONALI, REGIONALI E LOCALI

A. Messori, G. Burchini, V. Fadda, D. Maratea, B. Santarlaschi, S. Trippoli

Area Vasta Toscana-Centro e Laboratorio SIFO
di Farmacoconomia - Prato

Fin dalle sue origini, i farmacisti ospedalieri sono stati coinvolti nella valutazione dei nuovi farmaci e dispositivi e nelle conseguenti decisioni riguardanti le introduzioni in prontuario.

Nel lavoro svolto dalle varie commissioni, la componente clinica delle istruttorie eseguite a tal scopo risulta sufficientemente standardizzata oramai da diversi anni. Sono infatti ben noti gli esempi delle «schede di istruttoria» redatte dalle principali farmacie ospedaliere italiane; inoltre sono disponibili strumenti a pagamento (il più famoso è Drugdex di Micromedex) che forniscono informazioni complete, autorevoli e aggiornate organizzate sotto forma di «scheda farmaco».

Se il dato clinico è una componente ormai consolidata delle istruttorie su farmaci e dispositivi, non altrettanto può dirsi per la componente economica.

Gli elementi principali dell'istruttoria economica comprendono:

- le valutazioni di budget impact, comprensive di elementi di epidemiologia sulla patologia in esame;
- le valutazioni sul rapporto costo-efficacia del nuovo prodotto basate sui dati già pubblicati (che quindi riportano informazioni economiche di tipo evidence-based);
- le valutazioni sul rapporto costo-efficacia basate su analisi ad hoc eseguite dal personale locale;
- la determinazione del prezzo massimo «sostenibile» calcolato secondo una soglia prescelta di willingness to pay;
- la possibilità di indire gare per indicazione terapeutica nelle quali il prodotto in esame possa essere messo in competizione con altri prodotti aventi indicazioni terapeutiche sovrapponibili.

Integrazione della componente economica nelle istruttorie sui prodotti innovativi: selezione delle informazioni candidate all'inserimento nella «scheda prodotto», riferimenti metodologici e lista di esperienze italiane già realizzate

La Tabella I presenta una sintesi delle esperienze italiane finora condotte su questi temi. Le diverse esperienze ivi riportate (corredate ciascuna dalle relative referenze) appaiono di particolare interesse pratico poiché esse corrispondono ad una serie di riferimenti bibliografici concreti che descrivono con molto dettaglio le modalità operative da seguire.

Tabella I. Elenco degli elementi proposti per le istruttorie economiche con riferimenti metodologici ed esempi di esperienze già realizzate in Italia.

Elementi e attività proposti per l'istruttoria economica	Riferimenti metodologici	Esperienze già realizzate in Italia (con referenze)	Commissioni potenzialmente interessate ad eseguire l'attività
a) valutazioni di budget impact	Attività svolta dal Comitato Prezzi e Rimborso di AIFA. Attività svolta dal gruppo UVEF [1] (pur mancando in molti casi il dato epidemiologico)	UVEF [1]	AIFA, R&AV, ASL/AO
b) valutazione sul rapporto costo-efficacia basate su dati di letteratura	Messori & Fadda [2]	Ancora limitate a pochi esempi di applicazione	AIFA, R&AV, ASL/AO
c) la valutazione del rapporto costo-efficacia basata su analisi locali		descritti nello stesso articolo metodologico [2]	AIFA, R&AV, ASL/AO
d) la determinazione del prezzo massimo «sostenibile»	Trippoli et al.[3]	Attività Osservatorio	AIFA, R&AV (solo dispositivi e farmaci off-label), ASL/AO

Elementi e attività proposti per l'istruttoria economica	Riferimenti metodologici§	Esperienze già realizzate in Italia (con referenze)	Commissioni potenzialmente interessate ad eseguire l'attività
calcolato secondo una soglia prescelta di willingness to pay;	Simbula et al.[4] Santarlaschi et al. [5]	Innovazione SIFO [4]	(solo dispositivi e farmaci off-label)
e) la possibilità di indire gare per indicazione terapeutica che comprendano il nuovo farmaco (limitatamente ai farmaci patentati)	Messori & Trippoli [6]	Esperienza ancora molto limitata nel campo dei farmaci patentati; qualche esperienza nel campo dei dispositivi .[7]	R&AV, ASL/AO

§Le referenze si limitano intenzionalmente ad attività con totale o prevalente componente di SIFO.
 Abbreviazioni: AIFA= Agenzia Italiana del Farmaco R = Regioni AV = Area Vasta ASL/AO = Aziende Sanitarie Locali/Aziende Ospedaliere.

La strategia operativa che emerge dagli esempi sopra riportati si basa su alcuni concetti di base che vengono qui di seguito elencati e discussi:

- Il tavolo clinico e il tavolo economico non possono essere separati: La complessità delle istruttorie economiche di per sé non incoraggia i clinici a farsi carico personalmente delle implicazioni economiche, oltre che cliniche, delle varie approvazioni. Se da un lato ciò può indurre alcuni organismi decisionali a separare il tavolo clinico da quello economico, il modello qui proposto trova il suo significato nella unitarietà del momento decisionale considerata come un passaggio fondamentale. Vanno infatti scoraggiate le situazioni in cui il tavolo clinico approva un determinato trattamento innovativo, ma il tavolo economico si orienta poi per rifiutarlo.
- Semplificazione e facile comprensibilità del dato economico: almeno inizialmente è opportuna una forte semplificazione dell'istruttoria economica per incoraggiare un atteggiamento di condivisione dei dati da parte sia dei clinici sia di coloro che eseguono le istruttorie economiche.
- La standardizzazione del livello nazionale (AIFA) come prerequisito per uniformare l'operatività a livello locale: La possibilità che in tempi brevi AIFA adotti una strategia precodificata di istruttoria economica è concreta, il che può rappresentare un forte stimolo per favorire l'uniformità anche a livello locale.

Questo materiale rappresenta un riferimento utile per trarre indicazioni riguardanti lo sviluppo di modelli standardizzati di istruttoria economica che incorporino i 5 punti sopra elencati.

In una prospettiva di più lungo termine, l'impiego di un'istruttoria economica così disegnata può contribuire ad un impiego più consapevole delle risorse economiche non illimitate che sono a disposizione del sistema sanitario nazionale.

Bibliografia

1. Sito internet www.uvef.it/web/index.php (consultato il 20 Maggio 2010).
2. Messori A, Fadda V. Come stimolare l'applicazione concreta della farmacoeconomia in ospedale? Bollettino SIFO 2010; in press
3. Trippoli S, Santarlaschi B, Messori A, Scroccaro G. L'analisi costo-efficacia come strumento per la definizione del prezzo dei prodotti innovativi: cenni metodologici ed esempio di applicazione ai dispositivi medici. *Giornale italiano di Farmacia clinica* 2006;20:383-7.

4. Simbula S, Burchini G, Caccese E, Orsi C, Santarlaschi B, Trippoli S, Messori A. Definizione del prezzo dei farmaci e dei dispositivi medici innovativi sulla base del rapporto costo-efficacia: metodologia e situazioni di applicabilità. *Bollettino SIFO* 2007;53:211-15.
5. Santarlaschi B, Burchini G, Simbula S, Trippoli S, Messori A. Progetto «Osservatorio sull'innovazione»: schede web sui prodotti innovativi comprensive di analisi economica semplificata. *Giornale italiano di Farmacia clinica* 2008;22:24-30.
6. Messori A, Trippoli S. Le valutazioni di HTA dei dispositivi medici innovativi come strumento da utilizzare nelle procedure di acquisto. *Bollettino SIFO* 2009; 6 (55): 176-178.
7. Scroccaro G, Steffenino G, Marini P, Trippoli S, Santarlaschi B. La valutazione dei benefici e dei costi dei dispositivi medici. Il caso degli stent medicati. *Pharmacoeconomics It. Res. Articles* 2005;7:195-206.

PROGETTO TARGET (TREATMENT ADHERENCE TO RECOMMENDED GUIDELINES FOR THE EFFECTIVENESS OF THERAPIES). IL CASO DI DUE AASSLL ROMANE NELL'APPLICAZIONE DEL DECRETO DELLA REGIONE LAZIO SULLE STATINE

R. Di Turi (1), C. De Matthaeis (2), E. Degli Esposti (3), P. Busca (4), L. Degli Esposti (5)

1. UOC Farmacoeconomia e Farmacoepidemiologia ASL Roma A;
2. UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale ASL Roma F;
3. Unità di Outcomes Research. Policlinico Umberto I, Roma;
4. Sistemi Informativi e Servizi per la Sanità. SISS. CINECA;
5. Consulente Health, Economics & Outcomes Research.

Premessa. La Regione Lazio ha emesso il Decreto Commissario ad Acta n. 45 del 2 luglio 2009 per la «Promozione dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica nelle dislipidemie e dei farmaci equivalenti nelle classi C10AA e C10AB degli inibitori del HGM-CoA Reduttasi singoli o in associazione». Tale decreto ha l'obiettivo di definire le linee di indirizzo prescrittivo in ambito di terapia ipolipemizzante, ribadendo quanto raccomandato dalle evidenze scientifiche e dalla Nota Ministeriale di riferimento, e di attribuire alle Direzioni Generali delle ASL, attraverso il Distretto ed i Servizi Farmaceutici Aziendali, la responsabilità del monitoraggio dell'applicazione del decreto. In relazione alle linee di indirizzo prescrittivo, il decreto ha

ribadito e sottolineato che:

- l'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale;
- il trattamento in prevenzione primaria (secondaria) deve essere iniziato con Simvastatina (Simvastatina 40mg). L'uso delle statine ad alta potenza di azione va riservato ai casi certificati che non rispondano dopo un periodo congruo di trattamento continuativo o qualora si ravvisi la necessità di ridurre il livello del colesterolo LDL oltre il 40%.
- In relazione all'applicazione di tali linee di indirizzo, il decreto ha fissato i seguenti obiettivi:
- i Direttori Generali, attraverso il Distretto ed i Servizi Farmaceutici Aziendali, dovranno adottare i provvedimenti necessari alla stretta osservanza del presente decreto attivando iniziative tese a monitorare le prescrizioni, ponendosi come obiettivo il raggiungimento della quota prescrittiva di statine a brevetto scaduto sul numero totale di confezioni erogate del 40% per l'anno 2009 e del 50% per l'anno 2010.
- Si è reso pertanto necessario definire un progetto, denominato TARGET (Treatment Adherence to Recommended Guidelines for the Effectiveness of Therapies) che ha reso possibile dare vita ad un monitoraggio costante del livello di osservanza dei prescrittori al DCA n. 45/2009.

La progettazione ed implementazione del progetto TARGET appare rilevante in ragione delle seguenti considerazioni. In primo luogo, un uso appropriato delle statine (eg, utilizzo in regime di continuità prescrittiva) è essenziale per il raggiungimento degli esiti attesi dalla terapia ipolipemizzante. Numerose pubblicazioni hanno, infatti, evidenziato come la riduzione della morbilità/mortalità cardiovascolare e del costo di gestione del paziente ipercolesterolemico sia condizionata da utilizzi continuativi del trattamento (Sokol et al. *Med Care*, 2005). In secondo luogo, nonostante l'utilizzo sub-ottimale del trattamento farmacologico sia evidentemente associato ad una ridotta prevenzione cardiovascolare, in pratica clinica, il livello di continuità prescrittiva alle statine è limitato (32.2 - 50.9% dei pazienti in trattamento) e, soprattutto, non mostra significativi incrementi nel tempo (circa il 6% negli ultimi 5 anni) (*Rapporto Osmed*, 2009).

Obiettivi. Gli obiettivi del progetto TARGET sono:

- provvedere ad un più completo monitoraggio delle linee di indirizzo prescrittivo definite dal decreto definendo ulteriori indicatori rispetto a quello originariamente previsto dal decreto (numero totale di confezioni di statine a brevetto scaduto sul numero totale di confezioni di statine erogate);
- provvedere all'attivazione di una funzione di reporting periodico ed automatico ad uso del Servizio Farmaceutico Aziendale e del Medico di Medicina Generale per la valutazione della propria attività prescrittiva e per il supporto ad un processo formativo basato sull'analisi della situazione individuale;
- porsi come strumento di valutazione dei singoli prescrittori a disposizione delle CAPD (Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuale)
- porsi come strumento di dialogo tra MMG, UCP (unità di Cure Primarie) e ASL.

Indicatori. La revisione scientifica delle linee di indirizzo prescrittivo definite dal decreto, la verifica dei dati disponibili nei flussi informativi generalmente disponibili presso la ASL e l'adozione di criteri economici (costi e risultati) di controllo di gestione ha permesso la definizione dei seguenti indicatori:

1. Quota confezioni a brevetto scaduto/confezioni totali vendute (A1);
2. Quota pazienti avviati al trattamento con simvastatina (B11);
3. Quota pazienti a basso rischio CV avviati al trattamento con statine ad elevata efficacia (B12);
4. Quota pazienti continuativi (B2);
5. Quota pazienti occasionali (B3).

Per ogni indicatore è stato calcolato il valore attuale (anno 2009), previsto un valore obiettivo sulla base del valore attuale e definito un valore ideale (da interpretarsi come valore di tendenza). Di seguito, a titolo di esempio, tre indicatori:

B11 - Quota pazienti avviati al trattamento con simvastatina:

Obiettivo	Indicatore	Valore obiettivo	Valore attuale	Valore ideale
Incrementare la quota di pazienti avviati al trattamento con simvastatina sul totale dei pazienti avviati al trattamento	(Nuovi trattati con Simvastatina/ Nuovi trattati) x 100	70%	29.5%	100%

B2 - Quota pazienti continuativi:

Obiettivo	Indicatore	Valore obiettivo	Valore attuale	Valore ideale
Incrementare la quota di pazienti in trattamento continuativo sul totale dei pazienti trattati	(Trattati continuativi/ Trattati) x 100	66%	31.4%	100%

A1 - Quota confezioni a brevetto scaduto/confezioni totali vendute:

Obiettivo	Indicatore	Valore obiettivo	Valore attuale	Valore ideale
Raggiungimento di una quota prescrittiva di statine a brevetto sul numero totale di confezioni erogate	(Confezioni off-patent/ Confezioni) x 100	40/50%	32.9%	70%

Gli indicatori del progetto TARGET sono stati progettati con le seguenti principali specifiche:

- misurano l'applicazione di processi assistenziali raccomandati (eg. continuità prescrittiva) e non il consumo dei singoli fattori (eg. farmaco) permettendo una valutazione della qualità dei processi applicati;
- si ispirano al principio della sostenibilità economica. Posto che l'indicatore 3 («Continuità») determina un incremento della spesa farmaceutica a fronte della situazione di sotto-utilizzo, gli altri indicatori sono finalizzati ad un recupero di risorse pur nel rispetto delle linee di indirizzo prescrittivo;
- facilitano il cambiamento in quanto suggeriscono l'uso dei farmaci a costo inferiore (off-patent) non in generale ma su coorti indicate di pazienti su cui l'uso è facilitato dalla mancanza di una storia prescrittiva precedente (non vengono richiesti switch di terapia);
- sono calcolati sui flussi informativi della ASL e sono, di conseguenza, accessibili sia per il Servizio Farmaceutico sia per il Medico di Medicina Generale. Ciò agevola la discussione in quanto le parti «vedono» gli stessi risultati.

Reporting. Gli indicatori del progetto TARGET sono stati resi compatibili al sistema ARNO Governo Aziendale, distribuito da CINECA, al fine di implementare la funzione di reporting periodico su base automatica e di abilitare diversi profili alla consultazione degli indicatori.

Tabella I. – Confronto tra il primo semestre 2009 delle due AASSLL coinvolte.

Periodo 2009	Nuovi trattati con Simvastatina (a)	Nuovi trattati (b)	B11 (a)/(b)%	Trattati continuativi (c)	Trattati (d)	B2 (c)/(d) %	Conf. a brevetto scaduto (e)	Confezioni (f)	A1 (e)/(f)%
1° Sem.	2.436	9.934	24,5%	19.267	51.720	37,3%	75.656	232.885	32,5%
2° Sem.	3.126	9.490	32,9%	19.948	51.982	38,4%	82.313	237.296	34,7%

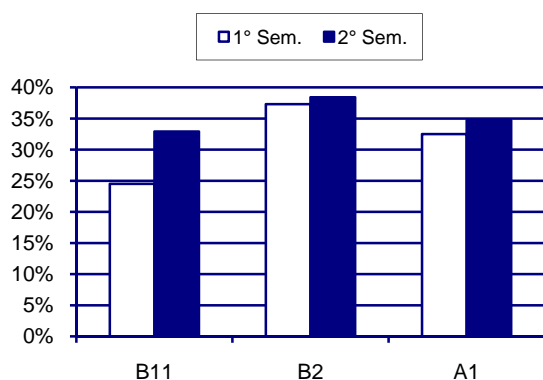


Figura 1. Progetto Target: indicatori a confronto anno 2009.

Conclusioni. I risultati sembrano incoraggianti, è infatti evidente l'incremento dei valori tra i due semestri posti a confronto. Interessante osservare che l'attenzione posta alla qualità assistenziale e misurata dagli indicatori di processo

In relazione al primo aspetto, il progetto prevede il calcolo trimestrale degli indicatori (fase di *informazione*) e la successiva condivisione con i Medici di Medicina Generale (fase di *formazione*). I valori calcolati nell'anno 2009 saranno utilizzati come riferimento per le analisi del trend. I valori obiettivo saranno individualizzati e definiti come incremento percentuale rispetto al valore attuale. Il progetto configura, in altri termini, un processo di audit continuo basato sulla valutazione e discussione dei propri risultati. Con 3 mesi di ritardo dalla generazione del dato (prescrizione) saranno disponibili gli indicatori calcolati (a giugno 2010, saranno disponibili i dati generati a tutto il primo trimestre 2010). Il confronto di ogni unità di valutazione (eg. ASL, Distretto, Medico) avverrà sulla base dei valori ai periodi precedenti.

In relazione al secondo aspetto, il progetto prevede la possibilità per il Medico di Medicina Generale di accedere con un profilo individuale ai propri risultati e, successivamente, all'identità dei singoli trattati. Ciò al fine di permettere l'approfondimento ed il miglioramento del caso specifico.

Risultati. Il confronto tra il primo semestre 2009 ed il secondo semestre 2009 (periodo di inizio validità del DCA n.45/2009) mostra risultati incoraggianti come si evince dalla Tabella I riassuntiva dei dati delle due AASSLL coinvolte:

(nella tabella corrispondenti agli istogrammi del B11 e B2) non sia disgiunta da risultati meramente economici (indicatore A1). Il progetto peraltro, prevedendo incontri periodici con le Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva e MMG, offre anche la possibilità di creare un utile strumento di dialogo tra le AASSLL e i MMG per una corretta riallocazione delle risorse nonché un'ulteriore crescita della qualità assistenziale.

L'ANALISI DELLE LETTERE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA COME OPPORTUNITA' DI MIGLIORAMENTO DELLA CONTINUITA' OSPEDALE TERRITORIO

E. Mittone (1), A. Morra (2), M. Pozzetto (1), E. Fiorio (1), M. G. Bosello (2), AM Ratto (3), L. Ferraro (1)
 1. Servizio Farmaceutico Territoriale; 2. Direzione Distretto Circostrizione 7; 3. Direzione Distretto Circostrizione 6
 – ASL TO2 -Torino

Introduzione. La lettera di dimissione rappresenta un documento fondamentale per la comunicazione tra il medico di medicina generale, che normalmente ha in cura il paziente croni-

camente, ed il medico specialista, che lo ha trattato durante una fase acuta della patologia. Alcune normative introdotte a partire dagli anni 90 hanno mirato ad una razionalizzazione della spesa pubblica sanitaria per i medicinali, con un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli stessi; tra queste, la Legge 425/96, che ha contribuito a far sì che il medico di medicina generale (MMG) si attenga maggiormente alle limitazioni di prescrivibilità dei medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pena il rimborso di quanto indebitamente prescritto.

Le strutture ospedaliere finora si sono poco adeguate alle norme, poiché meno coinvolte direttamente. Spesso, infatti, le prescrizioni specialistiche vengono rimandate al MMG che, di fatto, deve trasferire la prescrizione sul ricettario del SSN, assumendosene la responsabilità in caso di prescrizione «indebita». In alcuni casi, l'indicazione dello specialista ha indotto errori prescrittivi da parte del MMG e ciò ha fatto nascere contenziosi non solo tra medici ma anche e soprattutto con i pazienti. Per evitare questo tipo di contenziosi dal 1999 i controlli vengono effettuati anche sui medici specialisti dipendenti del SSN o convenzionati.

Il progetto e gli obiettivi. Gli obiettivi di questo lavoro sono:

- verificare il grado di completezza e chiarezza delle informazioni contenute nella lettera di dimissione (LDD), necessarie al MMG per prescrivere correttamente i farmaci a carico del SSN;
- fornire dati di ritorno agli specialisti coinvolti, in modo tale da permettere loro una autovalutazione;
- informare e responsabilizzare i medici specialisti sulle norme che regolano la prescrizione dei farmaci a carico del SSN e sull'importanza delle informazioni date al paziente in dimissione;
- proporre a livello di ospedale un modello di lettera di dimissione per renderla uno strumento più efficace e uniforme nella comunicazione della terapia farmacologica;
- valutare l'impatto di tale iniziativa mediante un monitoraggio continuativo delle LDD rilasciate dai reparti;
- valutare il livello di qualità e di miglioramento delle LDD percepito dai MMG.
- Il progetto in questione è stato portato avanti nelle circoscrizioni 6 e 7 della città di Torino, che contano un ospedale di riferimento (Ospedale San Giovanni Bosco) e circa 194000 abitanti.

Materiali e metodi. Il progetto di monitoraggio delle LDD è cominciato nell'anno 2003, in seguito alla segnalazione delle commissioni per l'«appropriatezza prescrittiva» dei MMG, mediante la costituzione di un gruppo multidisciplinare (nato nell'ambito della Commissione Farmaceutica Interna) composto da: Direttore Sanitario d'Azienda, Direttore Sanitario dell'Ospedale, Direttori di Distretto, Medici specialisti rappresentanti dei diversi Dipartimenti e Farmacisti del Servizio Assistenza Farmaceutica Territoriale. Sono stati coinvolti i reparti del «San Giovanni Bosco» di Torino che effettuano dimissioni, raccogliendo copie delle lettere di dimissione ospedaliera rilasciate a partire dal giugno 2003. Da allora ciascun reparto invia mensilmente tutte le copie delle lettere per il monitoraggio al Servizio Farmaceutico Territoriale che ha il compito di registrare i dati e predisporre i report. In accordo con il gruppo mul-

tidisciplinare sono stati stabiliti i criteri per la valutazione della completezza e la chiarezza dei dati contenuti nelle LDD ed è stato predisposto un modulo per la raccolta degli stessi. È stato quindi organizzato un ciclo di audit mediante la valutazione preventiva delle LDD. Sono stati allestiti dei report: uno complessivo ed uno personalizzato, per consentire l'autovalutazione di ciascun reparto. Entrambi sono stati inviati ai responsabili dei reparti coinvolti, uniti ad una comunicazione contenente precisazioni riguardo alle modalità ottimali di compilazione della LDD. Dopo questo primo intervento, il monitoraggio è continuato negli anni 2004 e 2005 con un'analisi ristretta a 5 reparti campione (3 medici e 2 chirurgici) per testare l'adeguatezza del metodo di lavoro e valutare i primi risultati. Dal 2006 il monitoraggio riguarda tutti i 16 reparti, in modo da estendere i benefici dell'intervento a tutto l'Ospedale.

Il monitoraggio prevede l'analisi delle LDD di 2 o 3 mesi campione nell'anno e l'invio ai reparti dei report di ritorno (generale e dettagliato per reparto). Visto che la necessità di un miglioramento della qualità delle LDD era stata stimolata dai MMG si è voluto testare, a distanza di 5 anni dall'inizio del progetto, se il miglioramento rilevato è stato percepito dai destinatari delle lettere stesse. Nel primo semestre del 2009 è stato predisposto un questionario da somministrare ai MMG durante le riunioni mensili di equipe. Il questionario è stato diviso in tre parti principali:

- conoscenza del progetto di miglioramento della qualità delle LDD da parte dei MMG;
- miglioramento della qualità delle LDD;
- suggerimenti e interventi per continuare il miglioramento della qualità delle LDD.

Risultati. Il progetto, tuttora in corso, ha portato all'analisi di 9291 lettere di dimissione dall'anno 2003 fino ad oggi, di cui 6160 dei 9 reparti medici e 3131 dei 7 reparti chirurgici del Ospedale San Giovanni Bosco. I risultati ottenuti nell'ultimo monitoraggio di settembre 2009, mostrano un consistente miglioramento a livello dell'intero Ospedale. In particolare dal 2003 al 2009 si è registrato un miglioramento del 185% per l'identificazione del paziente, del 76% per l'identificazione del medico dimettente e del 236% per l'indicazione della fascia prescrittiva. Al momento, in quasi tutte le lettere di dimissione analizzate, il paziente viene identificato in maniera precisa così come accade anche per il medico dimettente. Buona percentuale di miglioramento si è notata anche per l'indicazione delle fasce prescrittive per i medicinali, anche se, in questo campo, molto lavoro è ancora da fare. L'indicazione delle fasce prescrittive dei medicinali raggiunge infatti in media l'87% delle schede. Nell'91% delle schede analizzate la prescrizione dei medicinali è riportata come principio attivo, anche se sono presenti molte differenze tra i diversi reparti e tra i dipartimenti medico e chirurgico.

L'indicazione della prescrizione come principio attivo può essere molto utile per evitare errori di terapia del paziente in caso di cambiamenti del nome della specialità medicinale oppure nel caso di somministrazione di medicinali a brevetto scaduto che riportano esclusivamente il nome della molecola terapeutica. Il metodo di somministrazione del questionario di valutazione del progetto di analisi delle LDD nel corso delle riu-

nioni di equipe, si è dimostrato efficace in quanto si è ottenuta una risposta da parte dell'86,4% del totale dei MMG coinvolti (127 su 147). Il primo punto del questionario era relativo alla conoscenza del progetto di miglioramento della qualità delle LDD: il 43% dei MMG interpellati ha risposto di conoscere il progetto e il 28% di conoscerlo in parte. Il secondo punto, più specifico, era incentrato sulla percezione di miglioramento delle LDD dell'Ospedale San Giovanni Bosco nel corso del tempo. Il 55% dei medici ha risposto di aver notato un miglioramento della qualità generale ed il 40% di averlo notato almeno in parte.

Conclusioni. Il miglioramento della qualità delle LDD, ottenuto con il lavoro multidisciplinare di questi anni, è stato perce-

pito ed apprezzato da una quota importante dei MMG che operano nei pressi dell'ospedale coinvolto. Infatti la maggior completezza delle informazioni contenute nelle LDD facilita sia il lavoro dei MMG sia la comprensione da parte dei pazienti. Il fatto che i MMG del nostro territorio sembrano aver gradito i miglioramenti raggiunti in questi anni di lavoro multidisciplinare, può essere da stimolo per continuare a lavorare nell'ottica della promozione della cultura dell'appropriatezza.

La promozione del dialogo tra le figure professionali sanitarie, inoltre, può contribuire ad un miglioramento rilevante della continuità assistenziale dei pazienti da ospedale a territorio e viceversa.

La formazione specialistica e la competenza professionale per affrontare le nuove sfide del futuro

DIARIO DELLO SPECIALIZZANDO: RACCONTI DI PERCORSO. PRESENTAZIONE DI UN PERCORSO FORMATIVO

Federica Locchi

Farmacia, A.O. S. Orsola - Bologna

La riforma delle Scuole di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera rappresenta un passo fondamentale per la formazione di specialisti in grado di soddisfare le attuali esigenze dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale. L'aumentata disponibilità, infatti, di farmaci innovativi e di terapie sempre più personalizzate e complesse, la necessità di valutare l'appropriatezza e sicurezza dei farmaci e di razionalizzare le risorse disponibili richiedono al Farmacista competenze altamente specifiche e avanzate, da acquisire anche con un'importante esperienza di pratica professionale.

Dopo un anno dall'attivazione delle Scuole secondo il Nuovo Ordinamento, è interessante evidenziare criticità e positività attraverso le esperienze vissute dagli specializzandi. La mia esperienza come specializzando al termine del I anno della Scuola di Farmacia Ospedaliera (Università degli Studi di Bologna) è stata soddisfacente e pienamente in linea con il cambiamento attuato a seguito della riforma. In particolare, il Nuovo Ordinamento prevede che il 70% della formazione avvenga attraverso lo svolgimento di diverse attività professionalizzanti presso strutture ospedaliere e territoriali. Questo punto è il più importante e interessante della riforma, perché permette allo specializzando di imparare «sul campo» e, soprattutto, di avere una conoscenza multidisciplinare di tutti i settori coinvolti nell'ambito dell'assistenza farmaceutica. La struttura Ospedaliera presso cui ho svolto il tirocinio durante il mio I anno è l'Azienda Ospedaliera di Bologna S.Orsola - Malpighi, dove la programmazione dei diversi tirocini e l'assegnazione di tutor specifici per ogni attività

professionalizzante mi ha permesso di frequentare in maniera puntuale ed organizzata e completare le 825 ore previste dal piano didattico della scuola in linea con il nuovo ordinamento ministeriale, così suddivise: 200 ore nell'area della farmacovigilanza, 280 ore nell'area gestionale e governo clinico, 150 ore nell'area della produzione galenica e 195 ore nell'area farmaceutico territoriale. All'interno di ciascuna area professionalizzante sono state assegnate specifiche tematiche da approfondire, definendo in maniera dettagliata le attività da svolgere in modo che lo specializzando sia pienamente coinvolto in tutte le mansioni di competenza alla figura professionale del farmacista ospedaliero, dalla partecipazione a gare per l'acquisizione di materiali sanitari ad interventi ispettivi di reparto o nelle farmacie aperte al pubblico, dal monitoraggio di reazioni avverse alla preparazione galenica o alla dispensazione di farmaci. Già dalla programmazione del tirocinio del primo anno si evince il senso della riforma, atta a formare specialisti completi, multidisciplinari ed esperti in tutte le attività caratterizzanti la professione.

È evidente che lo svolgimento dei tirocini professionalizzanti dipende molto dalle risorse che la struttura accogliente può offrire e dall'impegno dei tutor specifici affinché vengano svolte le attività definite a livello ministeriale: ciò si traduce in una possibile disomogeneità nella preparazione degli specializzandi poiché il 70% della loro formazione è affidata alla pratica clinica. Tale criticità però è superata grazie alla presenza di una rete formativa ben definita che permette agli studenti di appoggiarsi a più strutture al fine di potere svolgere le attività previste e all'attenzione posta nella scelta e nella formazione dei tutor specifici.

Una criticità molto sentita è l'aspetto economico: è emersa, infatti, ancora una seria difficoltà a garantire la copertura economica a tutti gli iscritti per l'intera durata del corso di specializzazione, nonostante gli evidenti sforzi da parte di SIFO, dei direttori delle scuole e delle aziende sanitarie. Visto il rilevante impegno che richiede la frequenza della scuola, risulta