



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

*Corso Interregionale Itinerante a cura
dell'Area Scientifico-Culturale SIFO Logistica
in collaborazione con la regione Sicilia*

***"Corso base: il processo della
logistica farmaceutica,
prospettive e sfide per il
farmacista SSN"***

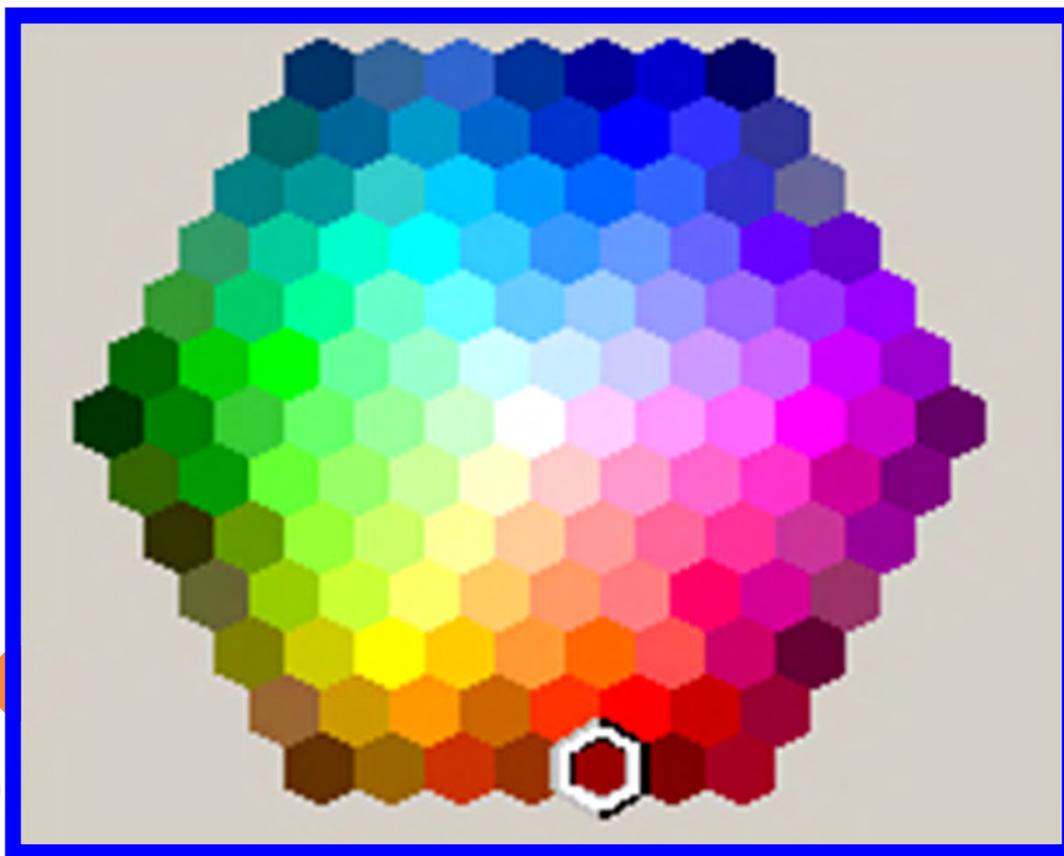


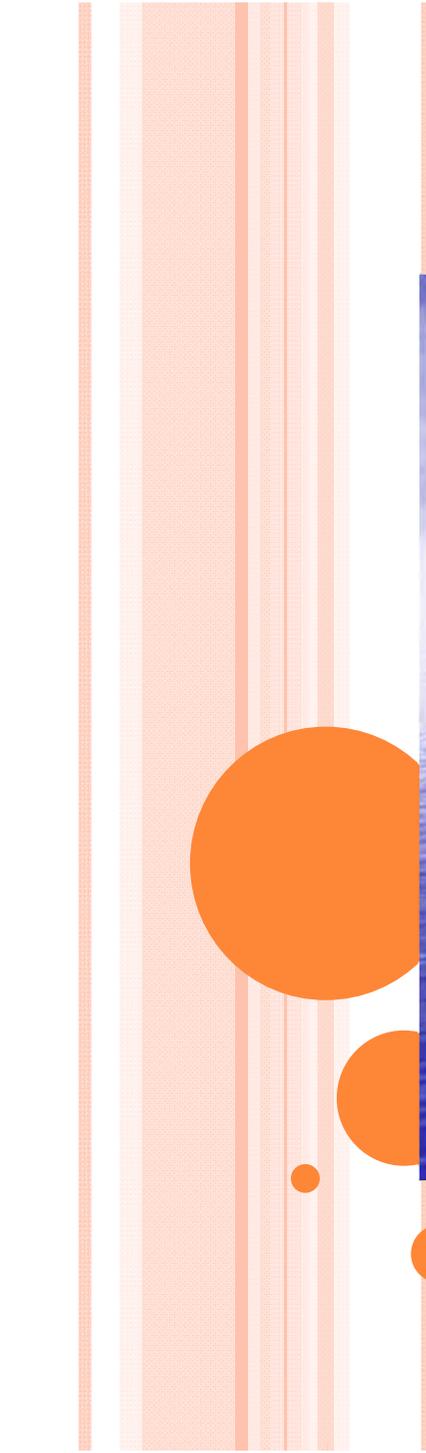
Catania, 13-15 febbraio 2014

*Franco Rapisarda
Segretario nazionale SIFO*

"L'evoluzione della professione: le nuove competenze del farmacista SSN"

“Le mille sfaccettature del farmacista SSN”





***E' Necessario
rinnovarsi e
sviluppare la capacità
di riqualificarsi***



FARMACISTA MANAGER



FARMACISTA CLINICO



FARMACISTA MAGAZZINIERE

Gestiamo Risorse

Attraverso

**Attività
Manageriali**

**Governo della
Spesa
farmaceutica**

**Attività
Cliniche**

Rilettura dei compiti del Farmacista Ospedaliero in funzione della nuova politica Aziendale

RUOLO DI CERNIERA FRA

CULTURA MEDICA CULTURA AMMINISTRATIVA

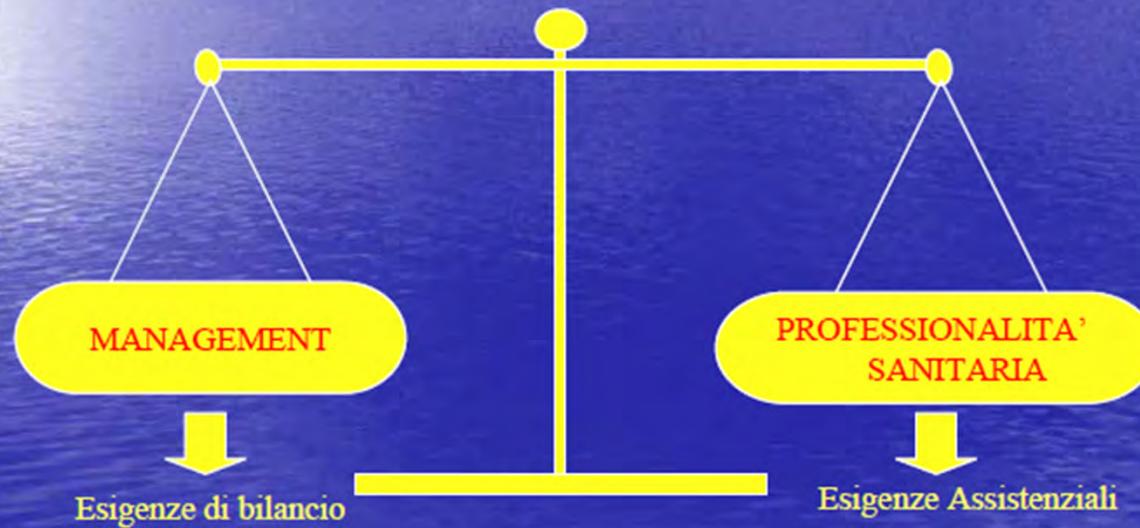
CHE ASSICURI CONTESTUALMENTE

EFFICACIA DEGLI
INTERVENTI

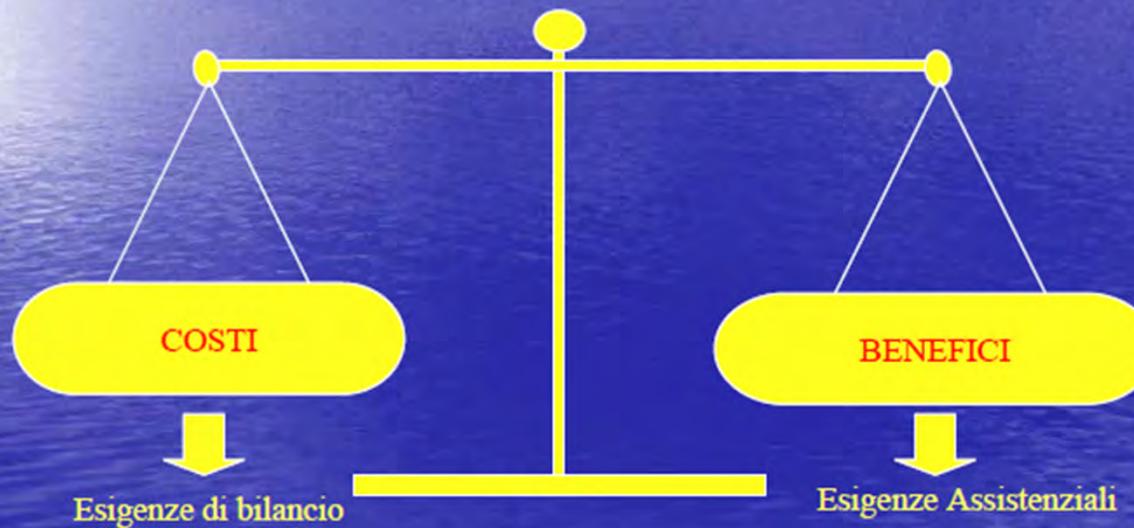
EFFICIENZA ALLOCATIVA
DELLE RISORSE

NELL'AMBITO DEL PROCESSO DECISIONALE

Nuovo tipo di *GOVERNANCE*



IMPORTANZA DEL BUDGET E DELLE VALUTAZIONI ECONOMICHE



Il percorso del farmacista clinico

*farmacia
orientata alla gestione del prontuario, logistica e
alla galenica tradizionale*

*farmacia clinica
orientata alla patologia,
(farmacoutilizzazione)*

*pharmaceutical care
prendersi in carico della terapia del malato
(personalizzazione della terapia vs allocazione delle
risorse)*





Commissione Terapeutica

Commissione MULTIDISCIPLINARE (ospedale/territorio) che a parità di...

qualità

+

sicurezza

+

efficacia

..predilige la scelta economicamente più vantaggiosa

I PRONTUARI... ieri

" Il direttore di farmacia...sottopone all'approvazione del CS il formulario da adottare nell'ospedale e formula le proposte per le preparazioni farmaceutiche di uso generale, anche allo scopo di disciplinare i consumi e ridurre i costi del servizio"

Art.22, DPR 128/1969

I problemi di un Prontuario Terapeutico

- La valutazione di efficacia (a fronte di una rimborsabilità già riconosciuta)
- La valutazione dell'equivalenza terapeutica
- La valutazione delle risorse necessarie (a fronte di quelle disponibili)
- La valutazione dell'innovazione

Concetto di prontuario:

- Vecchia maniera*: prontuario dei “Sì-No” dove “Si-No” viene applicato di volta in volta ai singoli farmaci; di fatto è sempre organizzato per singolo farmaco.
- Nuova maniera: raccolta di linee guida terapeutiche regolarmente aggiornate (\approx multiple technology assessment); è organizzato per indicazione clinica a cui di regola corrisponde una pluralità di farmaci.

*Eventualmente: “Si-No-quando”

Scoprire l'acqua calda...

Legare e limitare il concetto di **Innovazione** a situazioni in cui un farmaco è sostenuto da **superiorità** (quindi: **dare priorità agli strumenti classici** **“assoluta”?** **“me-too” o “replicata”?** **evidence-based medicine**)

Distinguere tra:

- 1) *farmaci sostenuti da superiorità “che aprono una nuova strada”* (es. i primi biologici per l'artrite reumatoide),
- 2) *farmaci sostenuti da studi di superiorità “che, più tardi(!?), percorrono una strada già aperta da molecole precedenti”* appartenenti alla stessa classe (es. biologici per l'artrite reumatoide usciti il scorso anno).

Questi ultimi devono essere distinti dai primi perchè gli ultimi hanno disegnato i loro trial evitando di scegliere come comparator il farmaco “innovativo” già disponibile ed hanno invece preferito come comparator la ormai vecchia terapia standard.

**“Attuale situazione”
del concetto di
prontuario**

Farmaci in Italia

Primo modo per studiare questo problema:

- a) scegliere, come indicatore, l'intervallo di tempo che intercorre tra la pubblicazione in G.U. dell'approvazione AIFA (AIC/rimborsabilità) e l'inserimento nei **prontuari** regionali e locali (area vasta, ASL);
- b) rilevare questo indicatore soprattutto per i **farmaci innovativi**;
- c) studiare le differenze dell'indicatore tra le varie regioni e le varie ASL.

**“Attuale situazione”
del concetto di
farmaco innovativo**

Dose Unitaria

Personalizzazione della terapia

Cartella clinica informatizzata

Collegamento tra

anagrafica
paziente



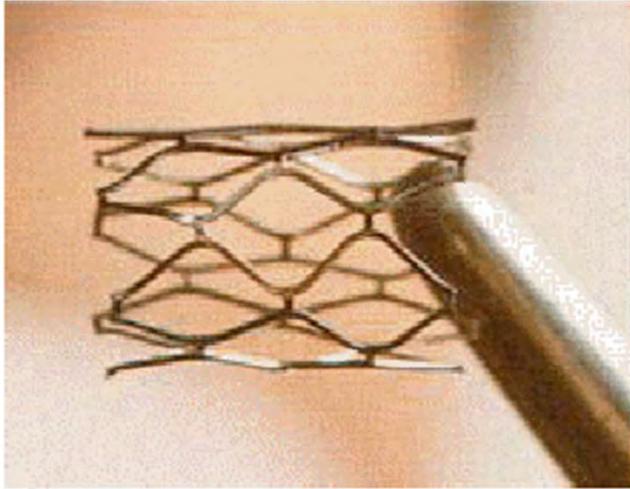
referti
terapia farmacologica
diagnosi (ICD)
DRG

il Dispositivo medico

Dispositivo medico

Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione (compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento) e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi.

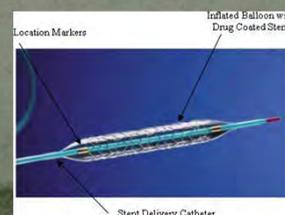
decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46)



Perché occuparsi di valutazione delle tecnologie sanitarie?



Nuove tecnologie





Health Technology Assessment

(HTA)

L'acronimo HTA indica tre termini inglesi:

- *health* = salute
- *technology* = procedura, tecnica, struttura
- *assessment* = valutazione

Il farmacista SSR e... la Continuità assistenziale

- File F
- File T
- PHT

PHT : MODALITA' GESTIONALI

L'autonomia delle regioni in campo sanitario (in aggiunta a quella gestionale delle singole Aziende USL) ha determinato una varietà di modalità gestionali per i farmaci compresi nel PHT:

- ✓ Erogazione diretta da parte dei Servizi Farmaceutici Territoriali o Ospedalieri
- ✓ *"Erogazione in nome e per conto"* da Farmacie private e pubbliche convenzionate
- ✓ Sistemi misti di erogazione
- ✓ Assenza di provvedimenti legislativi

ACQUISTI IN OSPEDALE





dal romanzo
“storia delle gare in ospedale”

Gare di ogni tipo

- ✓ Al prezzo più basso
- ✓ Prezzo/qualità
- ✓ Gara a “pacchetto”
- ✓ Gara di “servizio”
- ✓ Consip
- ✓ Gare consorziate
- ✓ Gare di area Vasta
- ✓ Gara regionale





Anni novanta.....arrivano i generici!

**Tutti a costruire “barriere di protezione”
all’interno dei capitolati**

Ricorsi a non finire

**È il Ministero della Sanità che risolve
definitivamente il problema**



da qualche anno siamo alle prese con i
biosimilari”!

**La storia si ripete:
tutti a costruire “barriere di protezione”
all’interno dei capitolati**

Ancora ricorsi a non finire!!

**Sono i TAR ed il Consiglio di Stato a tenere
banco!**



Rischio clinico:

**sicurezza delle pratiche assistenziali,
diagnostiche e terapeutiche**



Ministero della Salute

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA

Un uso non corretto dei farmaci può determinare eventi avversi con conseguenze gravi per i pazienti.

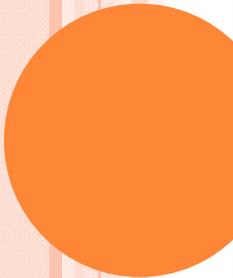
La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria. Gli errori in terapia farmacologica si possono verificare durante tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale.

Raccomandazione n. 7, Settembre 2007

**Riduzione degli
errori in terapia**

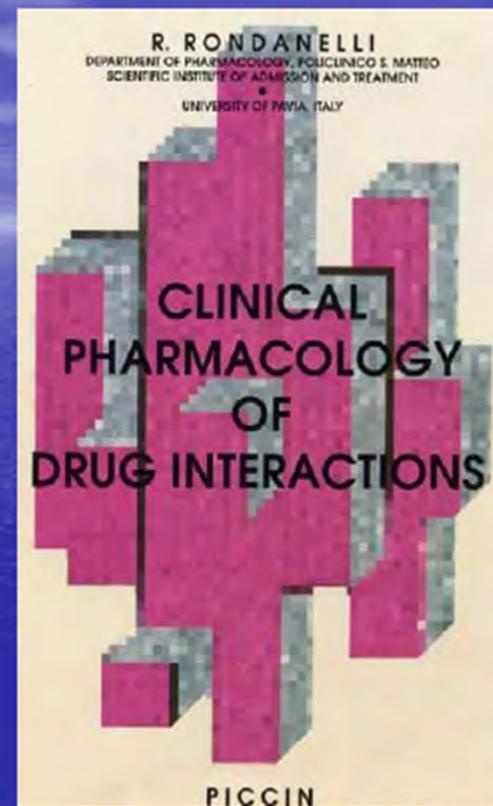


Gestione del rischio clinico



***Tra le aree che
riguardano la
gestione del rischio
clinico***

***Le reazioni avverse
da farmaci
hanno un impatto
considerevole sulla
qualità e sui costi
dell'assistenza.***

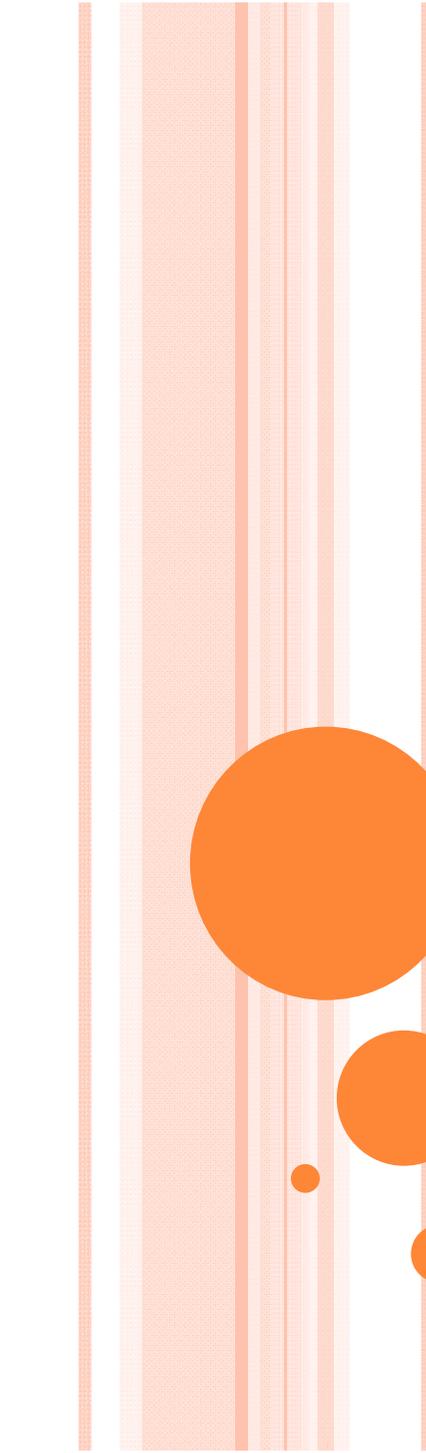


Team collaborativi

Partecipazione del farmacista

- Commissione Terapeutica
- Gruppo operativo Dispositivi medici
- Com. Infezioni Ospedaliere
- Com. Buon Uso del Sangue
- Com. Ospedale senza dolore
- Commissione Rischio Clinico
- Oncologia UMaCA, UFA
- Nutrizione Artificiale
- Gas medicinali
- Farmaco/dispositivo vigilanza
- Controllo di Gestione
- Radiofarmacia
- Comitato di Bioetica
- Collegio di Direzione

e non solo!!!



Ed i farmacisti delle Commissioni
Terapeutiche regionali?

Ed i farmacisti che dirigono un servizio
farmaceutico regionale?

Ed i farmacisti Assessori alla Sanità?

Il nuovo papa Egiziano è un Farmacista



i **Egitto: vescovo Tawadros nuovo papa copto, scelto a sorte da bimbo in cerimonia a cattedrale**

Il vescovo Tawadros, ausiliario di Beheria e' il 118/mo papa della chiesa copto ortodossa egiziana. Il suo nome e' stato estratto a sorte da un bambino al termine di una lunga liturgia nella cattedrale del Cairo.

Il nuovo papa della più grande comunità cristiana del mondo arabo si insedierà il 18 novembre col titolo di papa di Alessandria, di tutta l'Africa e della santa sede di san Marco. Sostituisce Shenuda III, scomparso a marzo dopo un pontificato durato quasi 40 anni. Tawadros, 60 anni, si è laureato in farmacia prima di intraprendere la vita religiosa. E' stato il secondo più votato dei tre candidati rimasti in lizza e secondo i media egiziani si è contraddistinto nella sua attività di vescovo nella città di Beheria, nel delta del Nilo, per la sua capacità teologica ma anche per la sua attività con i giovani.



ATTO AZIENDALE

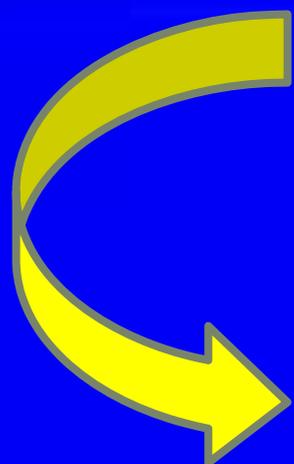
approvato con Decreto Assessoriale n. 2352 del 28 settembre 2010
adottato con deliberazione n. 2393 del 29 ottobre 2010



1. L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania ha come territorio di competenza quello della Provincia di Catania, comprendente 58 comuni con una popolazione di circa 1.113.000 abitanti, distribuiti in circa 3.600 Km² di superficie

Art. 2
TERRITORIO





**Dal Distretto Sanitario
Territoriale**

Al Distretto Ospedaliero



1. Il Collegio di Direzione è organismo con funzioni consultive e propositive che coadiuva e supporta la Direzione Generale nell'esercizio della funzione di governo dell'Azienda.
2. Il Collegio di Direzione è composto dal Direttore Generale che ha le funzioni di presidente, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, dai Responsabili dei Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi, dai Coordinatori Amministrativi e Sanitari dei Distretti Ospedalieri e dell'Area Territoriale nonché da un dirigente dell' area sanitaria e dai dirigenti delle professioni di cui alla L.R. n. 1/ 2010.

Art. 25
IL COLLEGIO
DI DIREZIONE



1. Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è convocato e presieduto dal Direttore Sanitario.
2. La composizione, le modalità di elezione ed il funzionamento del Consiglio sono stabilite dalla Regione secondo gli indirizzi di cui all' art. 3 comma 12 del decreto n.502/1992 e ss.mm.ii. e comunque disciplinate da apposito regolamento.
3. Il Consiglio fornisce parere obbligatorio, ma non vincolante, al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti, esprimendosi altresì sulle attività di assistenza sanitaria.
4. Il Consiglio dei Sanitari si esprime entro il termine di dieci giorni dal ricevimento degli atti o delle richieste di parere. Trascorso il suddetto termine il parere si intende positivo.

Art. 26
IL CONSIGLIO
DEI SANITARI



1. Il Collegio Tecnico per la valutazione della professionalità dei dirigenti di tutti i ruoli presenti in Azienda è un organismo unitario articolato in sezioni specialistiche. Esso è nominato dal Direttore Generale ed è composto secondo le direttive nazionali e regionali, sia da dirigenti dell'Azienda che esterni.
2. Il Collegio Tecnico utilizza i meccanismi e gli strumenti forniti dall'Amministrazione, previa concertazione con le relative rappresentanze sindacali.

Art. 28

I COLLEGI
TECNICI



1. L'Ufficio di Direzione è costituito dai
 - a. Direttori dei dipartimenti strutturali costituiti all' interno dell' ASP di Catania, che svolgono attività rilevanti sia sul territorio che in ospedale ;
 - b. Coordinatori Sanitari e Amministrativi di Area Territoriale e di Distretto Ospedaliero.

2. Esso è presieduto dal Direttore Generale, o su sua delega dal Direttore Sanitario o Amministrativo, e si riunisce con regolarità per coordinare sia le attività di detti Dipartimenti che l'azione complessiva Aziendale, nonché l' integrazione tra ospedale e territorio.

Art. 31

L'UFFICIO DI
DIREZIONE



1. Il Dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa dell'attività dell'Azienda ai sensi dell'art. 17 bis del D.L.vo 502/1992 e ss.mm.ii..
2. Il Dipartimento opera come struttura di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse. Esso assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Aziendale e con le altre strutture Aziendali.
3. Il Dipartimento si articola al suo interno in strutture organizzative, semplici e complesse, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale. Dall'aggregazione delle suddette strutture derivano risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico ed economico.

Art. 32

I

DIPARTIMENTI



6. I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate. Tali risorse sono costituite dal personale e dalle attrezzature tecnologiche e materiali ad esso afferenti. Le risorse finanziarie sono rappresentate dal budget funzionale assegnato al Dipartimento. Le somme sono suddivise per centri di costo, in ragione dei previsti "consumi" delle strutture aggregate, individuati secondo la peculiarità di ciascun Dipartimento sulla base della pianificazione e programmazione Aziendale.
7. La responsabilità dei Dipartimenti Strutturali, assegnata ad uno dei direttori delle strutture complesse di cui è composto, seguendo i criteri e le indicazioni previste nella normativa nazionale e regionale comporta funzioni di gestione piena e con rilevanza gerarchica della struttura. Il Direttore del Dipartimento strutturale ha la funzione di gestione del Dipartimento e di responsabilità delle risorse umane, tecniche, finanziarie, nonché quella di indirizzo generale e coordinamento delle attività.



9. I Dipartimenti funzionali coinvolgono "orizzontalmente" le strutture complesse e/o semplici che ne fanno parte ed uno tra i direttori delle unità operative complesse è posto a capo della struttura dipartimentale con ruolo di coordinamento. Al Direttore di Dipartimento funzionale spettano compiti di coordinamento e di indirizzo generale delle attività.



13. In particolare, nell'ambito delle singole competenze specifiche, rientrano nelle attività dei Dipartimenti sanitari:

- a. la utilizzazione ottimale e integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature;
- b. la promozione di iniziative volte a umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali e a migliorarne l'accessibilità;
- c. la valutazione e verifica della qualità dell'assistenza e delle prestazioni fornite;
- d. nei Dipartimenti misti, il coordinamento tra le attività ospedaliere a valenza territoriale e le attività extra ospedaliere per una integrazione dei servizi nel territorio, e in particolare nei Distretti, nonché con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta al fine di realizzare l'indispensabile raccordo tra ospedale e strutture territoriali;



1. Il Direttore di Dipartimento è nominato, con provvedimento motivato, per un periodo di tre anni, dal Direttore Generale, sentito il Comitato di Dipartimento, tra i Dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate al Dipartimento.
2. L'incarico è rinnovabile, una sola volta, previa verifica dei risultati ottenuti. Configura incarico di direzione di struttura complessa esercitato, in caso di Dipartimento strutturale, in maniera esclusiva.
3. Il Direttore del Dipartimento assicura la gestione integrata delle risorse assegnate per garantire la produzione e l'erogazione delle prestazioni e dei servizi regolati in forma dipartimentale, organizzando operativamente le professionalità e le articolazioni che concorrono allo sviluppo dei processi erogativi.
4. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi quali - quantitativi collegialmente definiti e negoziati d'intesa con i rispettivi Coordinatori Sanitari e Amministrativi di Area Territoriale o di Distretto Ospedaliero, col vertice strategico Aziendale in sede di processo di budgeting.
5. Il Direttore del Dipartimento Strutturale è posto, a seconda del ruolo di appartenenza, alle dirette dipendenze del Direttore Sanitario o Amministrativo e rimane titolare della struttura complessa cui è preposto, ma non ne esercita le funzioni.

Art. 32 bis
GLI ORGANI
DEL
DIPARTIMENTO



8. Il Comitato del Dipartimento è organismo collegiale, consultivo e propositivo che coadiuva il Direttore di Dipartimento nelle sue funzioni.
9. Tale organismo è nominato dal Direttore Generale, e, secondo le modalità individuate nei singoli regolamenti di funzionamento, è composto,
 - a. dal Direttore di Dipartimento;
 - b. dai direttori delle strutture complesse;
 - c. da una rappresentanza degli altri dirigenti in misura pari al 50% di quella di cui al punto b.;
 - d. da una rappresentanza del personale infermieristico e tecnico sanitario, in misura pari ad un terzo di quella di cui al punto b.;
 - e. I componenti di cui alle lettere a) e b) vi fanno parte di diritto, quelli di cui alle lettere c) e d) sono elettivi.



1. L'articolazione organizzativa dell'Azienda, è funzionale all'efficacia, all'efficienza e all'economicità ed è improntata a criteri di massima flessibilità, tesi a garantire il tempestivo ed idoneo adeguamento al mutare delle funzioni, dei programmi e degli obiettivi.
2. Per "Struttura" si intende l'articolazione alla quale è attribuita la responsabilità di risorse umane, materiali, tecnologiche e finanziarie.

Art. 33
LE STRUTTURE
COMPLESSE E
SEMPLICI



7. Le strutture complesse sono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate, gestione che deve essere coordinata e concordata a livello di dipartimento.
8. Le strutture semplici a valenza dipartimentale sono articolazioni organizzative con autonomia operativa e responsabilità della gestione di risorse umane, strutturali e strumentali dedicate o condivise con altre strutture. Possono essere istituite per far fronte a particolari processi assistenziali e/o amministrativi per i quali non si ritiene necessaria l'istituzione di una struttura complessa.
9. Le strutture semplici costituiscono articolazioni organizzative interne alle strutture complesse delle macrostrutture dell'Azienda o dello staff alle quali è attribuita responsabilità di gestione di risorse umane e tecniche.



11. Il Direttore di struttura complessa in particolare:

- a. negozia il budget con il Coordinatore dell'Area territoriale o del Distretto Ospedaliero cui afferisce, o con il Direttore del Dipartimento Strutturale, e lo gestisce;
- b. dirige il personale assegnato alla struttura;



12. Il Responsabile di struttura semplice in particolare:

- a. coadiuva il Direttore di Dipartimento o della U.O.C., a seconda della valenza della Struttura nella elaborazione della valutazione del personale assegnato alla Struttura Semplice;
- b. negozia con il Direttore dell'U.O.C. o del Dipartimento Strutturale di riferimento, il budget e lo gestisce;
- c. dirige il personale assegnato alla struttura salvo che per le attività



1. L'attività ospedaliera, coordinata dalla Direzione Aziendale, secondo quanto previsto dall' art. 11 della L.R. n. 5/2009, è erogata dai distretti ospedalieri di cui all' art. 2 comma 5 del presente Atto, che operano attraverso un' organizzazione in rete per assicurare l' appropriatezza del percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione del paziente- utente.
2. Il Distretto Ospedaliero costituisce una entità organizzativa unica, anche se articolata su più stabilimenti.

Art. 40

IL DISTRETTO
OSPEDALIERO

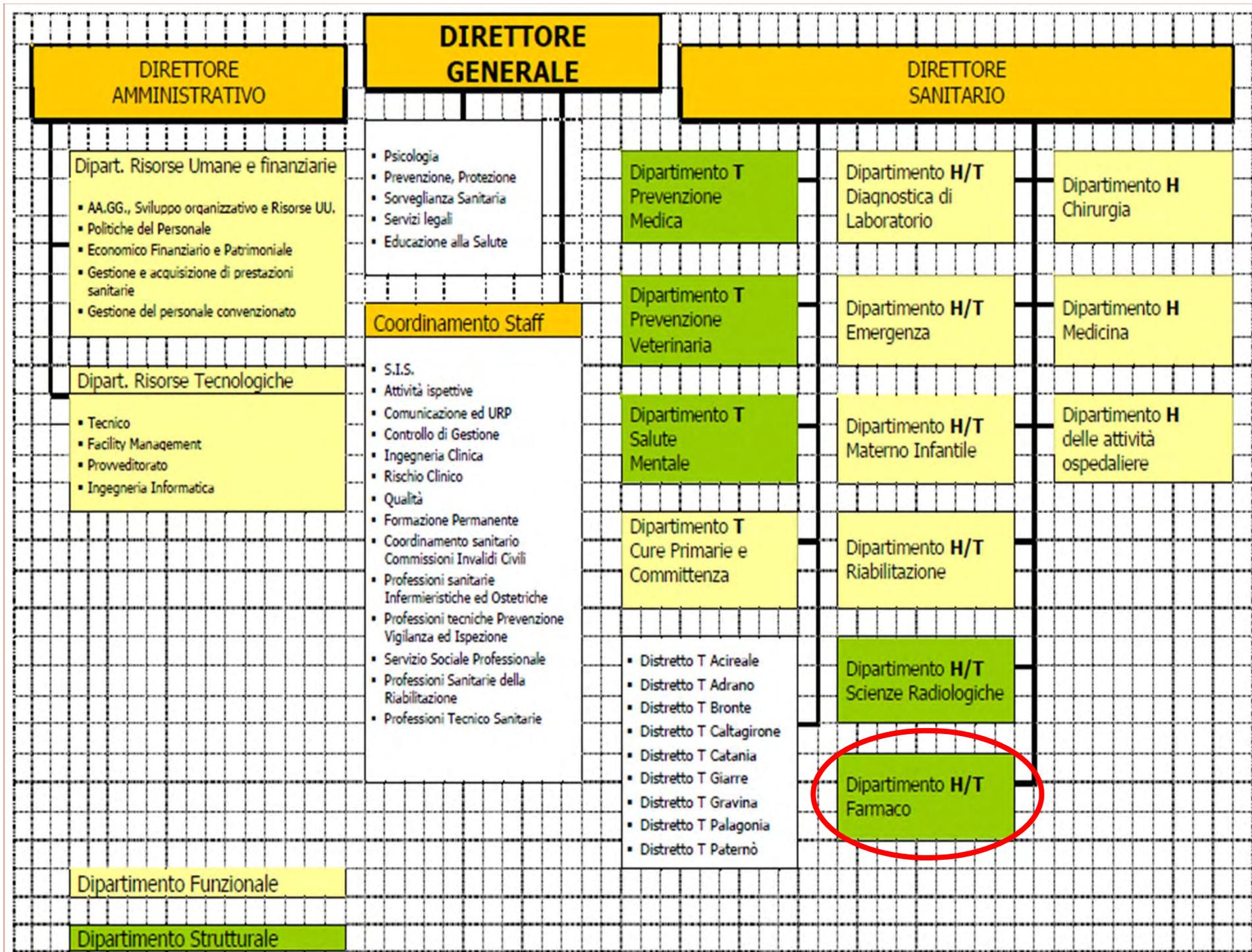


5. Il Direttore Medico di Presidio, oltre ad essere responsabile degli aspetti igienico - organizzativi, della archiviazione e conservazione della documentazione clinica, garantisce all' interno dello stesso la adeguata risposta alla domanda di assistenza, nell' ambito degli indirizzi di programmazione stabiliti dalla Direzione strategica.



DIPARTIMENTI OSPEDALE - TERRITORIO

DIPARTIMENTO DEL FARMACO - strutturale-	
SC	U.O. Farmaceutica convenzionata, monitoraggio e farmacovigilanza
SC	U.O. Vigilanza, Farmaceutica ed Ispezione
SC	U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale
SC	U.O. Farmaceutica Ospedaliera





DIPARTIMENTO DEL FARMACO (STRUTTURALE)
Direttore Dr. Franco Rapisarda

SS AMMINISTRATIVA

UOC FARMACEUTICA CONVENZIONATA MONITORAGGIO. FARMACOVIGILANZA
Direttore
Dr.ssa G.La Ferrera

UOC ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
Direttore
Dr. L. Nicolosi

UOC VIGILANZA FARMACEUTICA
Direttore
Dr.ssa A. D'Agata

UOC FARMACEUTICA OSPEDALIERA
Direttore
Dr. F. Rapisarda

Farmacia AREA METROPOLITANA SEDE CATANIA

Farmacia AREA PEDEMONTANA SEDE GRAVINA

Farmacia Mista <OSP-TERR DISTRETTO OSPEDALIERO CT1 (PO Acireale-PO Giarre)

Farmacia Mista OSP-TERR DISTRETTO OSPEDALIERO CT3 (PO Caltagirone-Po Militello)

Farmacia Mista OSP-TERR DISTRETTO CT2 (PO Paternò-PO Biancavilla-PO Bronte)

grazie

