ORGANIZZAZIONE, EFFICIENZA,QUALITA' DEL SERVIZIO E CONTENIMENTO DEI COSTI.

IL RUOLO DEL DIRETTORE GENERALE

MARINA DI STABIA 07/11/2014 ROSARIO LANZETTA

L'AZIENDALIZZAZIONE
D.Lgvi 502/92 - 517/93 - 229/99

- ……LE UNITA' SANITARIE LOCALI SI COSTITUISCONO IN AZIENDE CON PERSONALITA' GIURIDICA PUBBLICA E **AUTONOMIA IMPRENDITORIALE**;
- LE AZIENDE INFORMANO LE LORO ATTIVITA' A CRITERI DI EFFICIENZA, EFFICACIA ED ECONOMICITA' E SONO TENUTE AL RISPETTO DEL VINCOLO DI BILANCIO, ATTRAVERSO L'EQUILIBRIO DI COSTI E RICAVI COMPRESI I TRASFERIMENTI DI RISORSE FINANZIARIE

E NELLE REGIONI COMMISSARIATE……

IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2011-2013

USO DEL FARMACO : LE CRITICITA'

- Disomogeneo livello di attuazione dei provvedimenti regionali
- Incompleto sviluppo del sistema informativo per un adeguato governo regionale e locale
- Limitata diffusione della cultura dell'appropriatezza prescrittiva
- Difficile governo della domanda per pressioni delle politiche settoriali di mercato
- Insufficiente informazione ai cittadini sul corretto uso del farmaco
- Sottosegnalazione delle reazioni avverse da farmaci (ADR)
- Disomogenei sistemi di distribuzione diretta dei farmaci della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT)
- Ridotto utilizzo dei registri di monitoraggio e ridotto accesso ai regimi di rimborso per cost-sharing e risk-sharing

IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2011-2013

- IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO DELLA CAMPANIA SI MOSTRA DISOMOGENEO SIA TRA LE DIVERSE AREE TEMATICHE SIA ALL'INTERNO DI OGNUNA DI ESSE PER L'ASSENZA DI UNA STRATEGIA COMPLESSIVA DI INNOVAZIONE DEI PROCESSI SIA REGIONALI CHE AZIENDALI.
- I PERCORSI DI INNOVAZIONE,AD OGGI, SONO NATI A PARTIRE DALLE OPPORTUNITA' OFFERTE DALLE NUOVE TECNOLOGIE E DALLE NORME MINISTERIALI DA RISPETTARE (INNOVAZIONE EPISODICA) PIUTTOSTO CHE DALL'ESIGENZA DI ATTIVARE NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI ED ASSISTENZIALI (INNOVAZIONE FINALIZZATA).

IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2011-2013

- TALE CONDIZIONE DI DISOMOGENEITA' SI E' MANIFESTATA NELLA SUA GRAVITA' NELLA FASE DI ESECUZIONE DEL PIANO DI RIENTRO LADDOVE NON E' STATO POSSIBILE COMPLETARE LA COPERTURA DEI FABBISOGNI INFORMATIVI DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E GARANTIRE LA AFFIDABILITA' DEI DATI STESSI.
- LA PREDETTA CRITICITA' E' STATA GIA' AFFRONTATA DALLA REGIONE CAMPANIA NEL PROGRAMMA OPERATIVO 2011-2012 CHE PREVEDEVA UN INTERVENTO SPECIFICO DI POTENZIAMENTO DELLA STRUTTURA INTERNA PREVEDENDO LO SVILUPPO DELLE PROFESSIONALITA' NECESSARIE ALLA GESTIONE STABILE E DURATURA DEI PROCESSI INNOVATIVI.

INTANTO IN CAMPANIA UNA SERIE DI DECRETI SI ABBATTE SULLE DIREZIONI STRATEGICHE E QUELLI SULLA FARMACEUTICA SONO I PIU' NUMEROSI.

2009

- **<u>Decreto n° 15 del 30/11/2009</u>**

2010

- Decreto n° 14 del 19/3/2010
- " n° 17 del 24/3/2010
- " n° 44 del 14/7/2010
- " n° 51 del 27/9/2010
- Delibera di Giunta Regionale n° 665 dell' 8/10/2010

2012

- Decreto n° 33 del 20/3/2012
- " n° 56 del 7/6/2012
- " n° 133 del 10/10/2012
- " n° 157 del 31/12/2012
- Decreto Presidente Giunta Regionale 25/2012

2013

- Decreto n° 20 del 21/2/2013
- " n° 27 del 15/3/2013
- " n° 51 del 30/5/2013
- " n° 70 del 10/6/2013
- " n° 114 del 2/12/2013

2014

- Decreto n° 18 del 21/3/2014
- " n° 24 del 3/6/2014

DECRETO n° 15 DEL 30/11/2009

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

- PUNTUALE APPLICAZIONE DEL DD n° 15/2007
- INCENTIVARE L'USO DI BIOSIMILARI E GENERICI
- MODALITA' DI ACCESSO AL FILE F
- CENTRI PRESCRITTORI
- MONITORAGGIO DELLE CLASSI ATC L e B
- MODALITA' DI REVISIONE DEL PTOR
- PTOA AGGIORNATO E CONFORME AL PTOR
- COSTITUZIONE DEL NUCLEO DI CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

DD n° 15 DEL 27 FEBBRAIO 2007

MIGLIORAMENTO DELLA LOGISTICA

- INFORMATIZZAZIONE DELLA PRESCRIZIONE
- INFORMATIZZAZIONE DEL PERCORSO DEI FARMACI
- OBBLIGO DI PRESCRIZIONE CONFORME AL PTOR
- INTENSIFICAZIONE CONTROLLI SULLA PRESCRIZIONE FARMACI OFF LABEL
- CENTRALIZZAZIONE DELLA GESTIONE E PREPARAZIONE DI FARMACI
- LINEE GUIDA REGIONALI CONDIVISE
- ACQUISTI CENTRALIZZATI

DECRETO n° 15 DEL 30/11/2009

- CONTENUTI ESSENZIALI
- Punto 3)
- Obbligo per i medici prescrittori di prediligere i farmaci biosimilari con l'obiettivo di risparmio di terapia di almeno il 40%. Scelte diverse dovranno essere motivate con apposita scheda/paziente da inviare al Nucleo di controllo dell'appropriatezza.
- Solo in caso di inefficacia della terapia o intolleranza è garantito l'uso del farmaco biologico.

DECRETO n° 15 DEL 30/11/2009

- CONTENUTI ESSENZIALI
- Punto 4)
- Massima efficienza nell'uso dei farmaci principalmente dei farmaci innovativi a costo più elevato attraverso:

▪ Accesso al File F per i farmaci soggetti a preparazione di cui alla lista DGRC n°1034/2006, solo se la trasmissione dei dati sia accompagnata da attestazione che gli stessi siano stati allestiti nell' umaca.

▪ Integrazione dei principi attivi di cui alla DGRC n°1034/2006

- Ibritumab tiuexetan, Rituximab, Alemtuxumab, Bevacizumab, Cetuximab, Trastuzumab, Bortezomib, Oxaliplatin, Docetaxel, Paclitaxel, Irinotecan, Permetrexed, Gemcitabina, Carmustina(gliadel) con :
- Panitumumab, Nelarabina, Temsilorimus, Doxorubicina liposomiale pegilata e non pegilata per un totale di 19 principi attivi

DECRETO n°15 DEL 30/11/2009

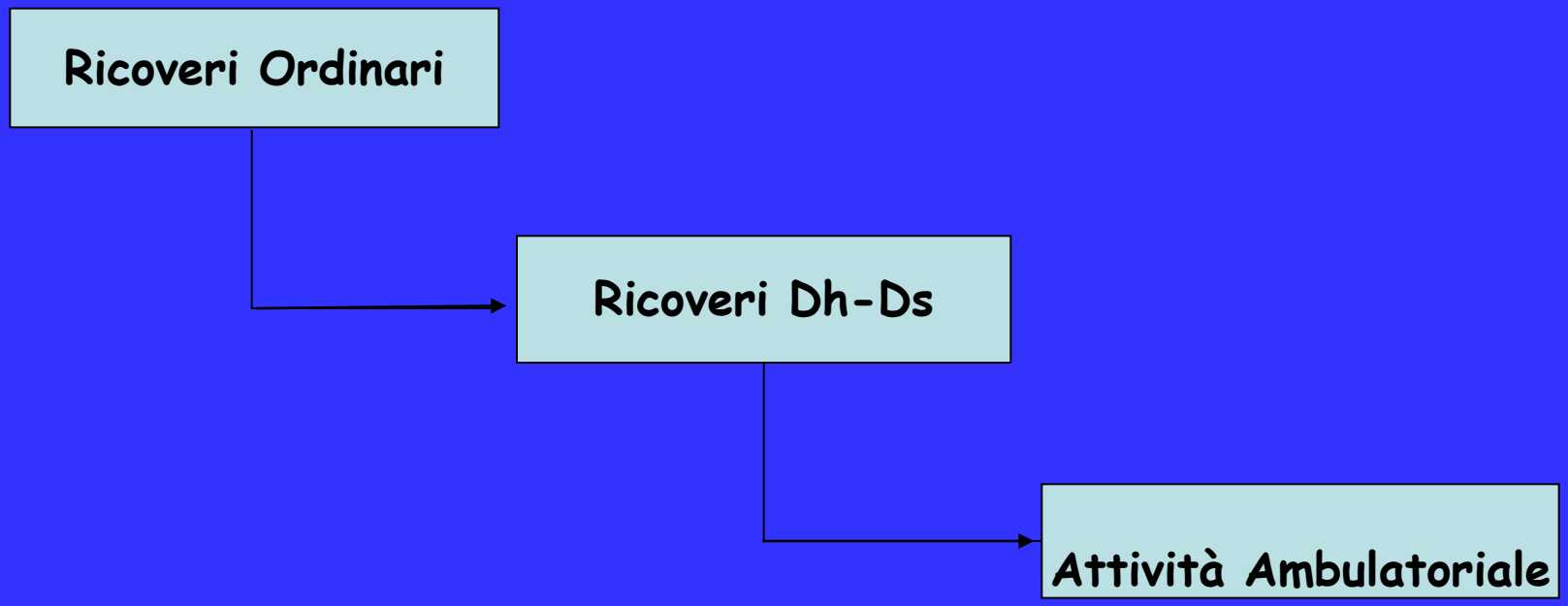
- CONTENUTI ESSENZIALI
- Punto 5)
- Appropriatezza prescrittiva dei Centri prescrittori
- Ogni azienda deve costituire il suo Nucleo di Controllo dell'appropriatezza farmaceutica, ogni nucleo deve prevedere la presenza del Direttore Sanitario Aziendale, che lo presiede, del Direttore dell'Uoc di Farmacia o Area farmaceutica aziendale e del Direttore Medico di Presidio o del Direttore del Distretto Compito dei Nuclei controllare il 50% dei c.p. con una apposita scheda di appropriatezza organizzativa, istituire un registro pazienti con follow-up informatizzato e con accesso web.
- Le Aziende Sanitarie dopo questa rivisitazione hanno ridotto i c.p. del 26% anche alla luce dell'accorpamento delle AA.SS.LL. avvenuto nel marzo 2009.

APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA

Revisione dei percorsi diagnostico-terapeutici

- -aumento dei drg a rischio di inappropriatezza per ricoveri ordinari
- - revisione protocolli di day-hospital e day-surgery
- - attivazione day-service
- - attivazione chirurgia ambulatoriale
- Recependo le indicazioni del nuovo patto per la salute 2010-2012 si promuove l'adozione di setting assistenziali maggiormente appropriati con il trasferimento delle attività inappropriate verso regimi che consentono una maggiore efficienza nel consumo delle risorse

DECRETO n°58 DEL 30/09/2010



- L'obiettivo di riduzione dei ricoveri inappropriati deve essere perseguito sia dalle strutture di ricovero pubbliche che da quelle di ricovero private provvisoriamente accreditate.

IL DECRETO n°58/2010 CONTIENE INOLTRE

- IMPORTANTI PENALIZZAZIONI TARIFFARIE PER GLI EROGATORI INADEMPIENTI.
- OBBLIGO PER LE AZIENDE SANITARIE DI EFFETTUARE IL CONTROLLO PER IL 100% DELLE CARTELLE CLINICHE RELATIVE ALLE PRESTAZIONI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA.

- SI PONE QUINDI IL PROBLEMA DI UNA REVISIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ALLA LUCE DELLA MAGGIORE APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA RICHIESTA, MANTENENDO FERMI I PRINCIPI DI EFFICACIA E SOSTENIBILITA' DELLA TERAPIA.

RICADUTE SUL SISTEMA

- **RIDUZIONE DELLA AUTONOMIA DELLE AA.SS.LL. E AA.OO.**
- LE VERIFICHE TRIMESTRALI A CUI SONO SOTTOPOSTE LE AZIENDE CON L'AUSILIO DELL 'ADVISOR (KPMG) SONO STRETTAMENTE FOCALIZZATE SUL RISPETTO DEGLI OBIETTIVI ECONOMICI DETTATI DAL PIANO DI RIENTRO.
- LE RESTRIZIONI CHE SONO IMPOSTE ALLA REGIONE DAL MEF E DAL MINISTERO DELLA SALUTE SONO TRASFERITE A TUTTE LE AZIENDE SANITARIE INDIPENDENTEMENTE DALLA LORO CONDIZIONE DI BILANCIO E GESTIONALE.
- QUALI POSSONO ESSERE ALLORA GLI SPAZI PER UN DIALOGO COSTRUTTIVO TRA DIREZIONE STRATEGICA, DIRETTORE SANITARIO, DIRETTORI DI UU.OO.CC. E AZIENDA FARMACEUTICA?

- RUOLO AZIENDA FARMACEUTICA
- PROMOZIONE DELL'INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY
- PROMOZIONE DELL'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

L'AZIENDA FARMACEUTICA:QUALI OPPORTUNITA'

- IN UN SISTEMA COMPLESSO, ARTICOLATO E NON ANCORA STABILE DEGLI ORGANI DI VERTICE AZIENDALI PUO' ESSERE DIFFICILE STABILIRE PARTNERSHIP CON LE SINGOLE AZIENDE SANITARIE MA E' COMUNQUE NECESSARIO PER L'AZIENDA FARMACEUTICA METTERE A DISPOSIZIONE IL PROPRIO KNOW-HOW PER SUPPORTARE I SUOI "CLIENTI" IN PROGETTI CHE DEVONO ISPIRARSI A TRE PRINCIPI FONDAMENTALI:
- - MIGLIORAMENTO DEL SERVIZIO
- - OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICI

  - CONTRIBUIRE ALLA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA
- AL CLASSICO VALORE TERAPEUTICO DEI PROPRI FARMACI L'AZIENDA FARMACEUTICA PUO' SCEGLIERE DI SUPPORTARE LE AZIENDE SANITARIE NELLE LORO COMPLESSE E DIVERSIFICATE ESIGENZE DI INNOVAZIONE.

IL SOLE 24 ORE SANITA' del 12/05/2011 (L'ICT)

Innovazione al rallenty nel Ssn

- - Spesa aziendale per ICT pro capite : 21 euro nord
- 12 " centro
- 9 " sud
- La diretta correlazione tra scarsità di risorse, scarse informazioni, competenze specifiche con il ritardo dell'innovazione è attestata dalla differenza di spesa pro-capite in ict, doppia nelle regioni virtuose rispetto a quelle meno virtuose.
- Sostenere, per esempio, i servizi farmaceutici di Asl o Ao, nella razionalizzazione della logistica interna, soprattutto ospedaliera in forte fase evolutiva con riduzione del cartaceo e facilitazione dei processi alla base del debito informativo verso la regione.

ICT (Information & Communication Technology)

- Dematerializzazione del cartaceo

- Notevole disomogeneità sul territorio nazionale.

- Gestione ottimale del processo clinico assistenziale.

- Scardina isolamento professionale e l'autoreferenzialità.

- Condizione essenziale per fornire agli organi di governo elementi quantitativi e qualitativi sui quali basare le proprie decisioni.

- Favorisce l'attivazione di servizi innovativi che abbattono le diseconomie legate alla frammentazione delle informazioni rendendoli più <u>appropriati.</u>

- Colma le distanze tra i territori, tra pazienti e strutture e tra le istituzioni stesse.

- Responsabilizzazione (accountability) delle organizzazioni basate su valutazioni trasparenti e dati certi.

HTA e HHS

Le esperienze di aggregazione della domanda in Italia hanno evidenziato nuove leve di manovra sulle funzioni di acquisto e gestione delle tecnologie riconducibili a vari fattori

Logistica sanitaria

Formazione e sviluppo di specifiche competenze

ICT

CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI NELLE VARIE FORME CHE LE REGIONI SI SONO DATE:

- ***COOPERAZIONE INTERISTITUZIONALE*** *(Sardegna, Basilicata, Lazio, Abruzzo, Liguria, Lombardia, Sicilia);*

- ***AREE VASTE*** *(Marche, Veneto);*

- ***COOPERAZIONE IN ASSOCIAZIONE*** *(Emilia Romagna);*

- ***AGENZIA PUBBLICA*** *(Toscana, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna);*

- ***SPA PUBBLICA*** *(Campania con la SORESA).*

MODELLI LEGGERI vs MODELLI FORTI

FIASO – CEIS Tor Vergata

SCELTE

- Non dove “tagliare”, ma dove “investire” in modo appropriato

- Come rendere disponibili tempestivamente le nuove tecnologie.

- Come conciliare efficacia e sicurezza con le aspettative sociali di innovazione.

- Come garantire Governo e Sostenibilità.

STRUMENTI PER:

- l’identificazione delle priorità;
- un’equa distribuzione delle risorse.

- **HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA).**

-**HEALTH HORIZON SCANNING (HS).**

TECNOLOGIA SANITARIA

STRUMENTI, ATTREZZATURE, FARMACI, PRESIDI SANITARI, PROCEDURE MEDICHE E CHIRURGICHE NONCHE' STRUTTURE ORGANIZZATIVE E DI SUPPORTO UTILIZZATE PER LA FORNITURA DI PRESTAZIONI SANITARIE (PERCORSI ASSISTENZIALI)

American Office
for Technology Assessement

APPROPRIATEZZA E SOSTENIBILITA’

VALUTAZIONE

COINVOLGIMENTO E CONDIVISIONE
CON I VARI PORTATORI DI INTERESSE

TRASPARENZA NELLE SCELTE

CLINICAL AUDIT *(GLI OBIETTIVI)*

"Pianificare e condurre clinical audit che, confrontando l'assistenza erogata con gli standard definiti, permettano di:

- identificare le <u>inappropriatezze</u>;

- verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento, in termini di processo e, se possibile, di esito"

FONTE: GIMBE, 2008

L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

(I GOIP ONCOLOGICI DELL'A.O. RUMMO – BN -)

- I GRUPPI OPERATIVI INTERDIPARTIMENTALI PERMANENTI IN ONCOLOGIA NASCONO NEL GIUGNO DEL 2010 PER PROMUOVERE:

- L'INTEGRAZIONE FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI
- UNA RAZIONALIZZAZIONE DELL'USO DELLE RISORSE
- UNA MIGLIORE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
- LA DEFINIZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ATTRAVERSO LA EFFETTUAZIONE DI AUDIT CLINICI

L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

(I GOIP ONCOLOGICI DELL'A.O. RUMMO – BN -)

TIPOLOGIA DI GOIP ONCOLOGICI COSTITUITI :

- GOIP TESTA-COLLO
  (UU.OO. ORL-MAXILLO FACCIALE-ONCOLOGIA-RADIOTERAPIA-NEURORADIOLOGIA ANATOMIA PATOLOGICA)
- GOIP GASTROENTEROLOGIA
  (UU.OO. CHIRURGIA GENERALE-ONCOLOGIA-GASTROENTEROLOGIA-RADIOTERAPIA RADIOLOGIA- ANATOMIA PATOLOGICA- MALATTIE INFETTIVE)
- GOIP TORACICO
  (UU.OO. PNEUMOLOGIA-ONCOLOGIA-RADIOTERAPIA-ANATOMIA PATOLOGICA-RADIOLOGIA -CHIRURGIA TORACICA)
- GOIP UROLOGIA
  (UU.OO. UROLOGIA-ONCOLOGIA-RADIOTERAPIA-ANATOMIA PATOLOGICA RADIOLOGIA)
- GOIP NEOPLASIE CEREBRALI
  (UU.OO. NEUROCHIRURGIA-ONCOLOGIA-RADIOTERAPIA-ANATOMIA PATOLOGICA NEURORADIOLOGIA)

ESPERIENZA GESTIONE FARMACI A.O. RUMMO – BN -

- INFORMATIZZAZIONE DELLE PRESCRIZIONI

  - implementazione collegamento farmacia – uu.oo. e servizi

- INFORMATIZZAZIONE E TRACCIABILITA' DEL FARMACO:

  - dal magazzino all'armadio farmaceutico di reparto
  - carico e scarico dei farmaci in reparto
  - carico in farmacia di bolle, n° lotto e data di scadenza

  (il programma utilizzato è l' ADS-FINMATICA)

Razionalizzazione scorte di reparto

Ridotta dispersione di personale

Ridotta manualità

Certezza della richiesta e riduzione degli errori

NUCLEO DI CONTROLLO APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

OLTRE A QUANTO DEFINITO DAL DECRETO 15/2009 IL NUCLEO E' STATO INTEGRATO CON LE SEGUENTI FIGURE PROFESSIONALI:

- **DIRETTORE UOC DI NEONATOLOGIA**
- **" " RIANIMAZIONE**
- **" " MEDICINA D'URGENZA**
- **" " ONCOLOGIA**

SCELTA EFFETTUATA CONSIDERANDO LA RILEVANZA ECONOMICA DEI CENTRI PRESCRITTORI E DELLE UNITA' OPERATIVE DOVE I RESPONSABILI SONO ATTENTI ALL'ADERENZA DELLE PRESCRIZIONI ALLE INDICAZIONI TERAPEUTICHE O IN ALTERNATIVA VALUTANO DOCUMENTANDOLE LE MOTIVAZIONI CHE SPINGONO AD UN UTILIZZO DIVERSO

FILE F

LA FARMACIA AL PERVENIRE DELLE PRESCRIZIONI DEI FARMACI OGGETTO DI COMPENSAZIONE INTERAGISCE CON L'ACCETTAZIONE PER I DATI DEL PAZIENTE ALIMENTANDO IL FILE F.

LA CRITICITA' E' STATA CREARE L'INTERFACCIA TRA I DUE PROGRAMMI IN USO (ADS per i farmaci, CID per l'accettazione)

CENTRI PRESCRITTORI

- RIDUZIONE DEL 25% DEI C.P.(punto 5/c decreto 15)

  valutazione effettuata sulla base della rilevanza delle prescrizioni e sulla sovrapposizione della stessa molecola tra più c.p.

- IDENTIFICAZIONE DEL RESPONSABILE E DEI MEDICI PRESCRITTORI AUTORIZZATI

  (timbro personale con n° di iscrizione e la provincia dell'albo professionale di appartenenza)

- ISTITUZIONE REGISTRO PAZIENTI

  Al momento il registro è informatizzato in formato excel per i c.p. di oncologia, reumatologia, dh ematologico, dermatologia e dialisi, cartaceo per tutti gli altri.

IN OTTEMPERANZA DEL PUNTO 5/d SI E' SOTTOSCRITTO NELL'AGOSTO 2010 UN PROTOCOLLO INTERAZIENZALE TRA L'AO RUMMO E L'ASL BN FINALIZZATO ALLE SEGUENTI ATTIVITA':

- CENTRI PRESCRITTORI

COORDINAMENTO TRA I NUCLEI DI CONTROLLO ISPETTIVO DELLE DUE AZIENDE.

PROCEDURE CONDIVISE PER L'ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI E DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI

(farmaci con costo terapia paziente superiore a 30.000 euro)

- PTOA

CONDIVISIONE DEI RISPETTIVI PRONTUARI AZIENDALI.

MISURE CONDIVISE SULL'UTILIZZO DI FARMACI GENERICI PRESCRITTI ALLA DIMISSIONE.

PROGRAMMI DI FARMACOVIGILANZA

- CON DELIBERA n° 149 DEL 25/01/2010 SONO STATE ADOTTATE LE "PROCEDURE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI ASSOCIATE ALL'ASSISTENZA AI SENSI DEL DGRC n° 1715/2007".

  PER L'ABP SONO STATE INTERAMENTE RECEPITE LE RACCOMANDAZIONI PRODOTTE DAL SNLG NEL 2008.

- L'AO RUMMO (BN) CON L'AO MOSCATI(AV) E L'AO RUGGI(SA) HA PARTECIPATO AL MEREAPS (monitoraggio epidemiologico di reazioni avverse da farmaci in ps), PRODUCENDO NEL 2010 IL 30% DELLE SEGNALAZIONI DELLA REGIONE CAMPANIA

- LA RICHIESTA PER GLI ANTIBIOTICI AD ALTO COSTO E' PERSONALIZZATA

GRAZIE

PER

L'ATTENZIONE