

ESITI CLINICI: UN IMPEGNO ED UNA RESPONSABILITÀ CONDIVISI



**10° CONGRESSO
NAZIONALE SIFaCT**

24-26 novembre 2022
Centro congressi Fontana
di Trevi
Roma



*Una guida pratica
per applicare
il metodo scientifico ad ogni aspetto
della professione...*

*Fabio Pieraccini
Direzione Assistenza Farmaceutica
AUSL Romagna*

Il procedimento usato nell'indagine scientifica per studiare i fenomeni e giungere all'enunciazione di leggi comprende varie fasi:

- Osservazione;
- Individuazione del problema;
- Documentazione;
- Formulazione dell'ipotesi;
- Verifica sperimentale;
- Analisi dei dati;
- Pubblicazione dei risultati ;



- RIPRODUCIBILITA' DELLE PROVE E DEI DATI:
- AFFIDABILI
- VERIFICABILI
- Tradotto nell'atto Professionale:
- CREDIBILITA'
- COERENZA TRA OBIETTIVI ED AZIONI
- TRACCIABILITA'
- TRASPARENZA
- LINEARITA'



Osservazione ed Individuazione del problema



Evidenze e Opinioni

- Come distinguerle?
- Che valore dare ad ognuna?
- Come utilizzarle?



Ogni giorno facciamo ricerca per dare risposte a questi quesiti ma non sempre applichiamo una modalità ispirata ai principi del metodo scientifico.

Giocarsi il ruolo significa avere gli strumenti giusti per un confronto tra Professionisti «inter pares»

E' necessario andare oltre alla misurazione per confezioni, costi, DDD

Ricerca KPI che consentano una valutazione critica delle performance

Collaborare per l'Outcome research.....

Il Farmacista detentore di un patrimonio di dati :

- I dato sanitario è sempre più protagonista della nuova governance farmaceutica,
- potenzialità di sviluppo e crescita ulteriore per utilizzarli al meglio: dall'uso dei dati real world , ai dati utili per HTA soprattutto per le nuove tecnologie.
- Il farmacista ospedaliero ha assunto un ruolo trasversale tra direzione strategica e assistenza, sviluppando capacità organizzative e manageriali che vanno ben oltre le competenze tecniche. Per questo motivo oggi è chiamato a governare questo cambiamento, partecipando attivamente al governo del sistema dei dati affinché questi si traducano in scelte di salute, in risposte concrete ai bisogni.
- passare dalla gestione del farmaco alla governance dell'intero processo assistenziale.
- Se vogliamo essere riconosciuti come figura centrale nella stratificazione del rischio e della programmazione della presa in carico occorre sviluppare una professionalità che deve essere considerata prioritaria nell'individuazione e monitoraggio delle popolazioni target dei nuovi farmaci e nella valutazione dei costi assistenziali integrati.

Oltre ai Clinici per la gestione dei dati abbiamo bisogno di validi alleati:

- ICT
- CONTROLLO DI GESTIONE



Dove applicare un metodo «scientifico»

- Stesura di procedure, PDTA, linee di indirizzo...
- Ricerca ed applicazione di nuovi modelli di erogazione del farmaco (DPC, Homedelivery, ...)
- Standardizzazione di protocolli (early access medicinali, antimicrobial stewardship ...)
- Innovazione nella reportistica «evoluta»: pesatura per 100 gg di degenza, per punti DRG, per case mix, ecc.....
- Rappresentazione di dati e rendicontazione obiettivi nel Dipartimento (farmacista di Dipartimento)
- Rapporti con la Medicina del Territorio

3) QUALITA' DELLE PROVE

La corretta valutazione del potenziale innovativo di un farmaco in relazione alla specifica indicazione dipende dalla **qualità delle prove scientifiche** portate a supporto della richiesta. Per la valutazione di questo parametro l'AIFA decide di adottare il **metodo GRADE** (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*; <http://www.jclinepi.com/content/jce-GRADE-Series>).

In base a tale valutazione, la qualità potrà risultare:

- **Alta;**
- Moderata;
- Bassa;
- Molto bassa.

Metodo GRADE

- ✓ **universalmente riconosciuto come sistema strutturato e trasparente per l'analisi e la sintesi della qualità delle prove scientifiche**
- ✓ **Migliora la trasparenza e riproducibilità del processo decisionale**
- ✓ **Ha lo scopo di rendere esplicito il processo di formulazione di raccomandazioni per l'attuazione di interventi sanitari**

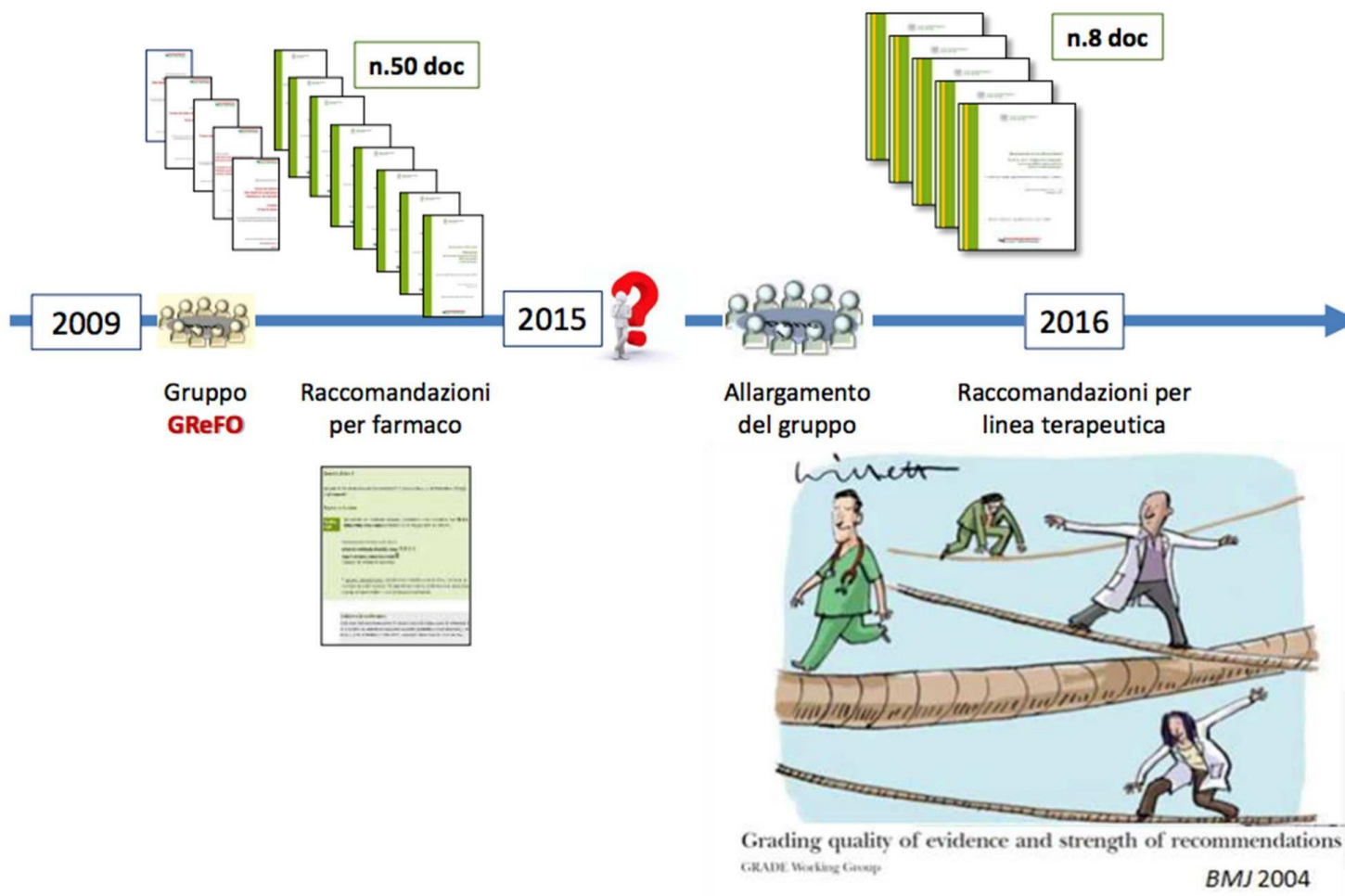


Metodo GRADE

1. Definizione del problema (domande)
2. Scelta e definizione della importanza relativa degli outcome
3. Ricerca sistematica delle evidenze
4. Valutazione della qualità delle evidenze e sintesi in tavole sinottiche
5. Rapporto benefici-rischi (considerando fattibilità e trasferibilità)
6. Definizione della forza delle raccomandazioni

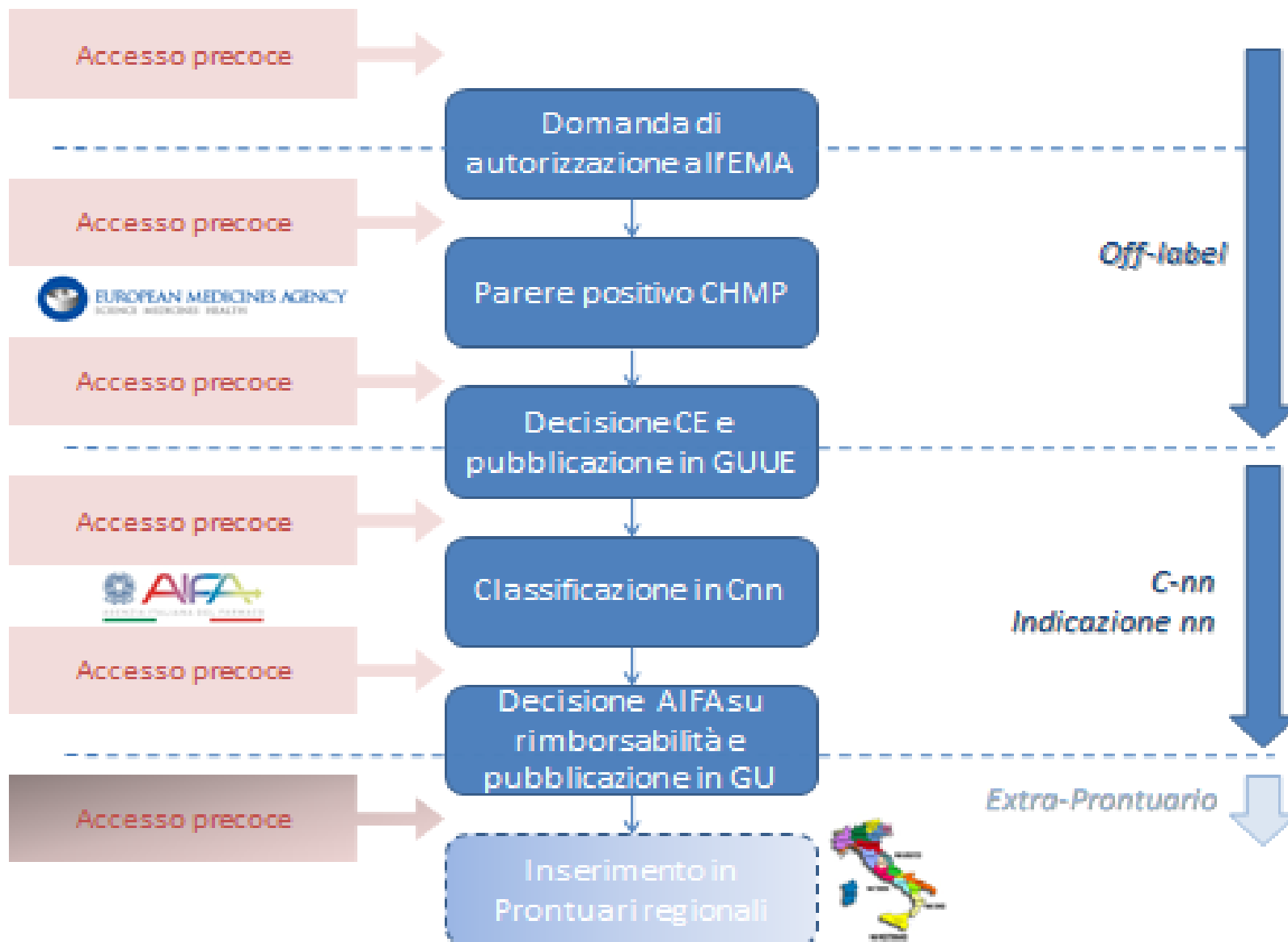


Applicare sul campo le Raccomandazioni secondo il metodo scientifico: evoluzione delle raccomandazioni GReFO



Fonte: Anna Maria Marata Servizio Assistenza Territoriale
Area Farmaco e Dispositivi Medici RER

Applicazione del metodo scientifico per valutare il corretto percorso di «EARLY ACCESS» di un medicinale



Accesso precoce: un contesto di “incertezza informativa”





Report dinamico sul consumo degli antibiotici sistemici

Nell'ottica di migliorare i sistemi di monitoraggio del consumo di antibiotici, è stata sviluppata una nuova reportistica informatizzata accessibile tramite il portale del Controllo di Gestione . Il report è aggiornato con cadenza trimestrale e consente di confrontare i consumi dei vari ambiti aziendali e anche di reparti analoghi dei diversi Presidi. Inoltre, è presente una sezione specifica dedicata agli antibiotici delle liste Watch e Reserve dell'OMS.

Trends in the hospital-sector consumption of the WHO AWaRe Reserve group antibiotics in EU/EEA countries and the United Kingdom, 2010 to 2018

Ria Benkő^{1,2,3*}, Mária Matuz^{1,2*}, Zoltán Pető³, Klaus Weist⁴, Ole Heuer⁵, Vera Vlahović-Palčevski⁶, Dominique L Monnet⁴, Githa Fungie Gallstian¹, Hege Salvesen Blix^{6,7,8}, Gyöngyvér Soós¹, Edit Hajdú⁹, Members of the ESAC-Net AWaRe study group¹⁰

1. University of Szeged, Faculty of Pharmacy, Institute of Clinical Pharmacy, Szeged, Hungary
2. University of Szeged, Albert-Szent Györgyi Medical Centre, Central Pharmacy, Szeged, Hungary
3. University of Szeged, Albert-Szent Györgyi Medical Centre, Emergency Department, Szeged, Hungary
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden
5. Department of Clinical Pharmacology, University Hospital Rijeka/Medical Faculty and Faculty of Health Studies, University of Rijeka, Rijeka, Croatia
6. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, Norway
7. Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway
8. The research group for personalized pharmacotherapy and clinical pharmacy, Department of Pharmacy, University of Oslo, Norway
9. University of Szeged, Albert-Szent Györgyi Medical Centre, Internal Medicine Department, Infectious Disease Unit, Hungary
10. Members of the ESAC-Net AWaRe study group are listed under Collaborators

* These authors contributed equally to this work and share first authorship.

Correspondence: Ria Benko (benko.ria@med.u-szeged.hu)

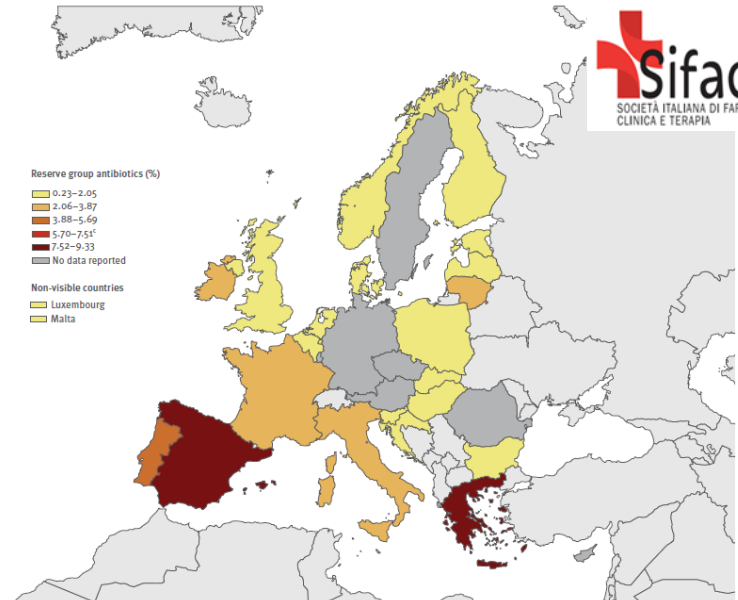


FIGURE 1

Hospital-sector consumption (in DDD per 1,000 inhabitants per day) of Reserve group antibiotics^a, as well as changes in consumption over the study period, EU/EEA countries and the UK, 2010–2018 (n=23 countries)

Country	Year									Trend line	% change ^b	Average annual change	p ^c	
	Consumption of Reserve group antibiotics ^a (in DDD per 1,000 inhabitants per day)													
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018					
Greece	NR	0.1028	0.1122	0.1140	0.1215	0.1172	0.1293	0.1394	0.1552			50.97	0.0065	0.0004
Spain	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0.1245	0.1297	0.1361	ND	ND	ND	ND	ND
Italy	0.0290	0.0328	0.0399	0.0451	0.0502	0.0533	0.0615	0.0707	0.0732			152.41	0.0057	<0.0001
Portugal ^d	0.0421	0.0446	0.0448	0.0471	0.0464	0.0525	0.0534	0.0558	0.0595			41.33	0.0021	<0.0001
Lithuania	NR	NR	0.0109	0.0179	0.0208	0.0301	0.0390	0.0422	0.0586			437.61	0.0075	0.0001
EU/EEA/UK^e	0.0171	0.0249	0.0249	0.0259	0.0265	0.0282	0.0414	0.0461	0.0503			193.75	0.0039	0.0002
Ireland	0.0290	0.0287	0.0316	0.0508	0.0586	0.0420	0.0390	0.0382	0.0489			68.62	0.0019	0.1694
France	0.0174	0.0211	0.0146	0.0216	0.0268	0.0280	0.0248	0.0280	0.0373			114.37	0.0021	0.0028
Malta	0.0090	0.0012	0.0025	0.0069	0.0155	0.0135	0.0093	0.0145	0.0352			291.11	0.0027	0.0202
Croatia	0.0216	0.0076	0.0156	0.0067	0.0155	0.0150	0.0163	0.0240	0.0263			21.76	0.0013	0.1418
UK	NR	NR	NR	0.0149	0.0176	0.0192	0.0191	0.0289	0.0261			75.17	0.0026	0.0162
Luxembourg	0.0152	0.0188	0.0237	0.0205	0.0180	0.0288	0.0275	0.0304	0.0239			57.24	0.0014	0.0213
Slovakia	NR	NR	0.0111	0.0160	0.0186	0.0173	0.0184	0.0202	0.0223			100.90	0.0015	0.0044
Poland	NR	NR	NR	NR	0.0036	0.0105	0.0129	0.0126	0.0219			508.33	0.0039	0.0200
Denmark	0.0076	0.0118	0.0123	0.0109	0.0122	0.0142	0.0125	0.0131	0.0185			143.42	0.0009	0.0080
Estonia	0.0025	0.0045	0.0060	0.0032	0.0061	0.0076	0.0090	0.0145	0.0165			560.00	0.0016	0.0007
Belgium	0.0149	0.0153	0.0145	0.0167	0.0170	0.0155	0.0167	0.0158	0.0145			-2.68	0.0001	0.7057
Finland ^f	0.0139	0.0134	0.0131	0.0139	0.0126	0.0123	0.0127	0.0112	0.0133			-4.32	-0.0002	0.0811
Slovenia	0.0060	0.0066	0.0053	0.0052	0.0095	0.0138	0.0132	0.0134	0.0131			118.33	0.0012	0.0021
Latvia	0.0027	0.0018	0.0039	0.0050	0.0099	0.0083	0.0120	0.0151	0.0129			377.78	0.0017	0.0001
Norway	0.0040	0.0057	0.0051	0.0045	0.0043	0.0047	0.0052	0.0054	0.0066			65.00	0.0002	0.1106
Hungary	0.0013	0.0018	0.0022	0.0029	0.0033	0.0038	0.0047	0.0055	0.0062			376.92	0.0006	<0.0001
Bulgaria	0.0020	0.0034	0.0024	0.0028	0.0037	0.0028	0.0028	0.0025	0.0037			85.00	0.0001	0.3139
Netherlands	0.0069	0.0037	0.0033	0.0040	0.0033	0.0041	0.0040	0.0025	0.0037			-46.38	-0.0002	0.1169

Contenuti e fonti

- Il report riporta i consumi di antibiotici in regime di ricovero ordinario (esclusi DH, distribuzione diretta ...) espressi in **DDD per 100 giornate di degenza**
- Fonte dei dati:
 - flusso AFO (Assistenza Farmaceutica Ospedaliera) per il consumo di antibiotici
 - flusso SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) per le giornate di degenza
- Ai fini dell'analisi, sono stati considerati tutti gli Antibiotici sistemici (ATC J01) + Fidaxomicina (A07AA12)
 - Focus su: Glicopeptidi, CFS I/II, CFS II/IV, Carbapenemi, FQ
- Periodo di analisi: 2020-2021-2022 (suddivisi per trimestre)

DDD: dose di mantenimento media giornaliera di un farmaco usato per la sua indicazione principale nell'adulto (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2015)

Classifying antibiotics in the WHO Essential Medicines List for optimal use—be AWaRe

www.thelancet.com/infection Vol 18 January 2018



Access

Which indicates the antibiotic of choice for each of the 25 most common infections. These antibiotics should be available at all times, affordable and quality-assured.



Watch

Which includes most of the "highest-priority critically important antimicrobials" for human medicine and veterinary use. These antibiotics are recommended only for specific, limited indications



Reserve

Antibiotics that should only be used as a last resort when all other antibiotics have failed.

*Mike Sharland, Celine Pulcini, Stephan Harbarth, Mei Zeng, Sumanth Gandra, Shrey Mathur, *Nicola Magrini, on behalf of the 21st WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines*

<https://adoptaware.org/>

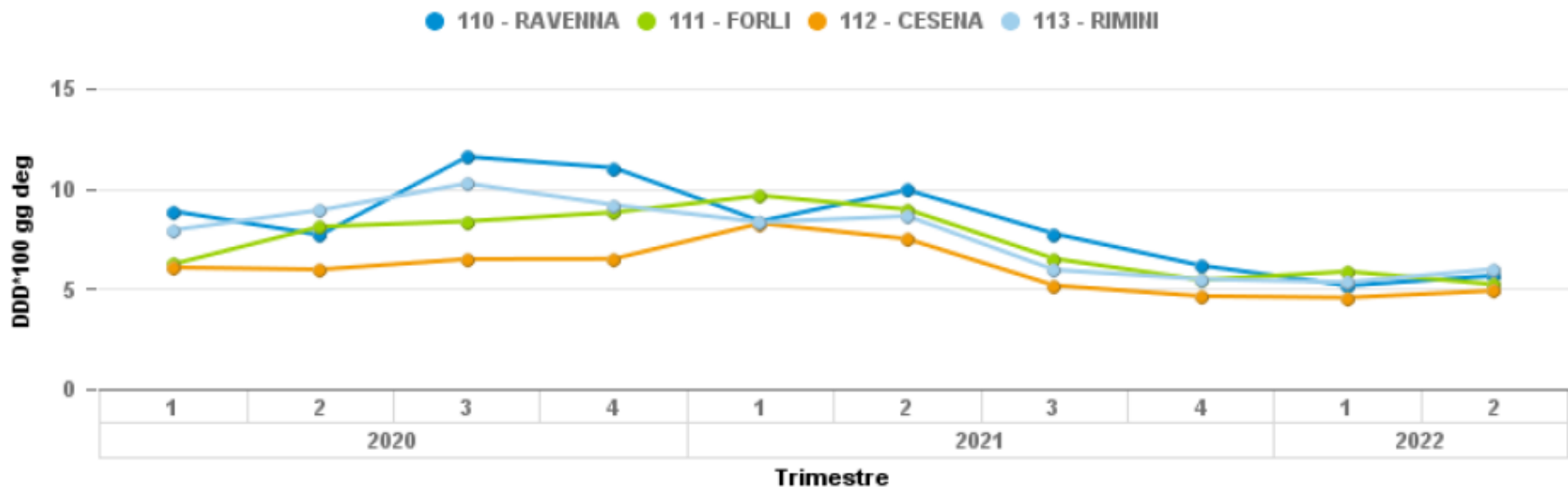
Struttura del report

1. Consumi per ambito
2. Consumi per disciplina
3. Consumi antibiotici **Watch** (per ambito e per disciplina)
 - Piperacillina/Tazobactam e Fidaxomicina
4. Consumi antibiotici **Reserve** (per ambito e per disciplina)
 - Daptomicina, Fosfomicina ev, Linezolid, Ceftarolina, Ceftobiprolo, Ceftazidima/Avibactam, Ceftolozano/Tazobactam, Cefiderocol, Meropenem/Vaborbactam, Imipenem/Cilastatina/Relebactam, Dalbavancina, Oritavancina

Report antibiotici Watch per Ambito (es. Piperacillina/Tazobactam)

	PIPERACILLINA/AZOBACTAM (J01CR05)									
	2020				2021				2022	
	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2
110 - RAVENNA	8,87	7,69	11,59	11,04	8,38	9,93	7,75	6,16	5,16	5,66
111 - FORLI	6,24	8,11	8,37	8,82	9,65	8,97	6,51	5,44	5,87	5,22
112 - CESENA	6,07	5,97	6,49	6,50	8,27	7,49	5,17	4,64	4,57	4,91
113 - RIMINI	7,94	8,93	10,26	9,19	8,33	8,63	5,95	5,49	5,34	5,99
	7,69	7,81	9,76	9,27	8,57	8,93	6,50	5,55	5,23	5,54

PIPERACILLINA/AZOBACTAM (J01CR05)



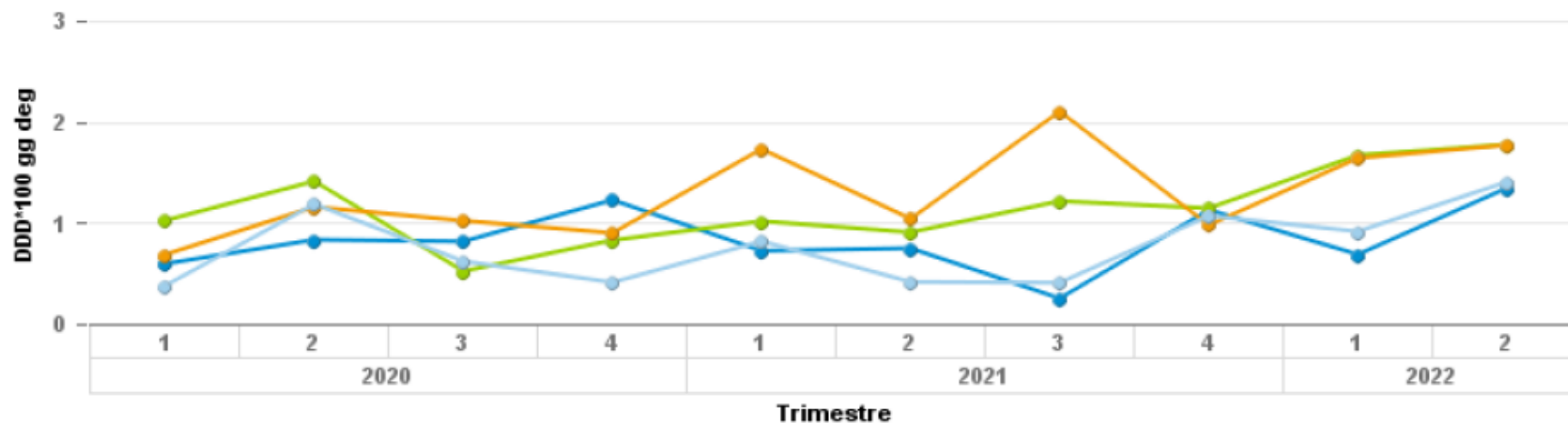
Report antibiotici Reserve per Ambito (es. Daptomicina)

DAPTOMICINA (J01XX09)

	2020				2021				2022	
	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4	Trim. 1	Trim. 2
	110 - RAVENNA	0,60	0,83	0,82	1,23	0,72	0,75	0,25	1,13	0,69
111 - FORLI	1,02	1,41	0,52	0,83	1,02	0,91	1,22	1,15	1,67	1,78
112 - CESENA	0,69	1,16	1,02	0,90	1,73	1,04	2,10	0,98	1,64	1,77
113 - RIMINI	0,38	1,19	0,62	0,41	0,82	0,42	0,41	1,07	0,92	1,41
	0,62	1,10	0,75	0,85	0,98	0,72	0,82	1,09	1,10	1,52

DAPTOMICINA (J01XX09)

● 110 - RAVENNA ● 111 - FORLI ● 112 - CESENA ● 113 - RIMINI



Ricerca nuovi modelli di assistenza farmaceutica insieme alla Medicina del territorio



Assistenza Sanitaria per i Servizi Sanitari Regionali

**PIANO NAZIONALE
RIPRESA E RESILIENZA**

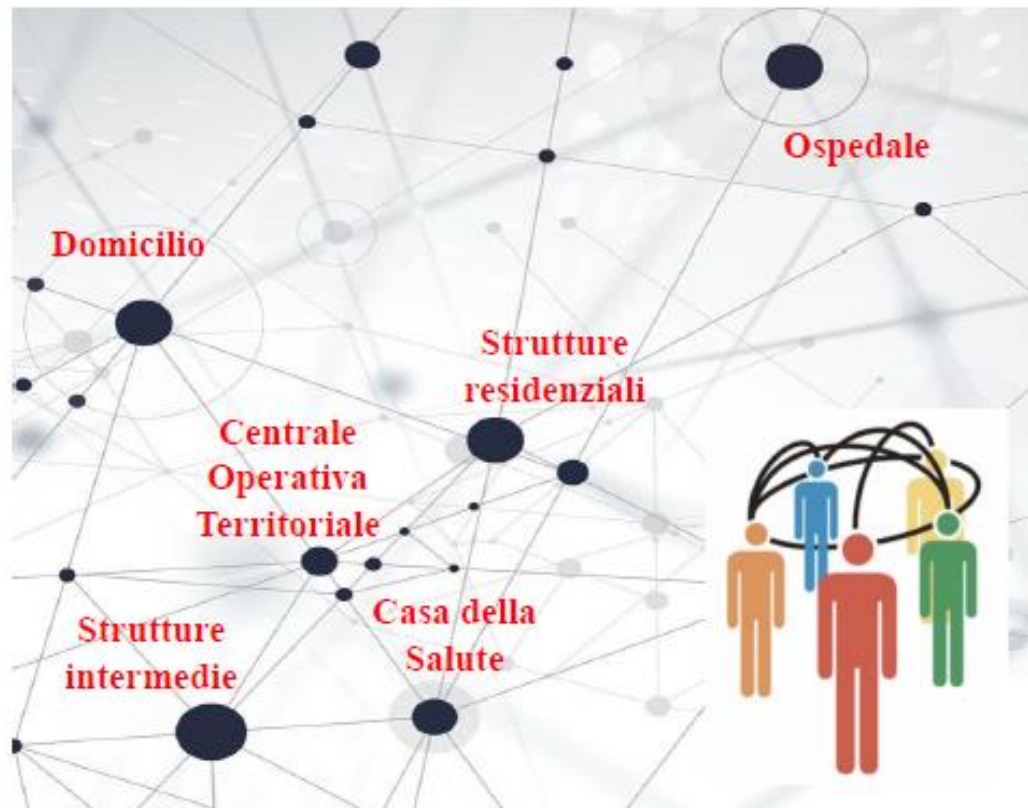
Missione 6 Componente 1

**Reti di prossimità, strutture e telemedicina
per l'assistenza sanitaria territoriale**

- La casa come luogo di cura sfruttando l'innovazione tecnologica
- Assistenza integrata, multidisciplinare e
- multiprofessionale. Offerta dei servizi diversificata in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione anche grazie alla telemedicina
- Assistenza personalizzata, dalla prevenzione al trattamento, anche grazie all'utilizzo di big data e sistemi di intelligenza artificiale di supporto
- Promozione di servizi sanitari vicini al cittadino e facilmente accessibili

PNRR e DM77..... siamo pronti?

Il modello Hub&Spoke come modello di gestione dell'assistenza



Dobbiamo esserci anche noi.....

Nei prossimi 5 anni il fondo del personale si incrementerà.

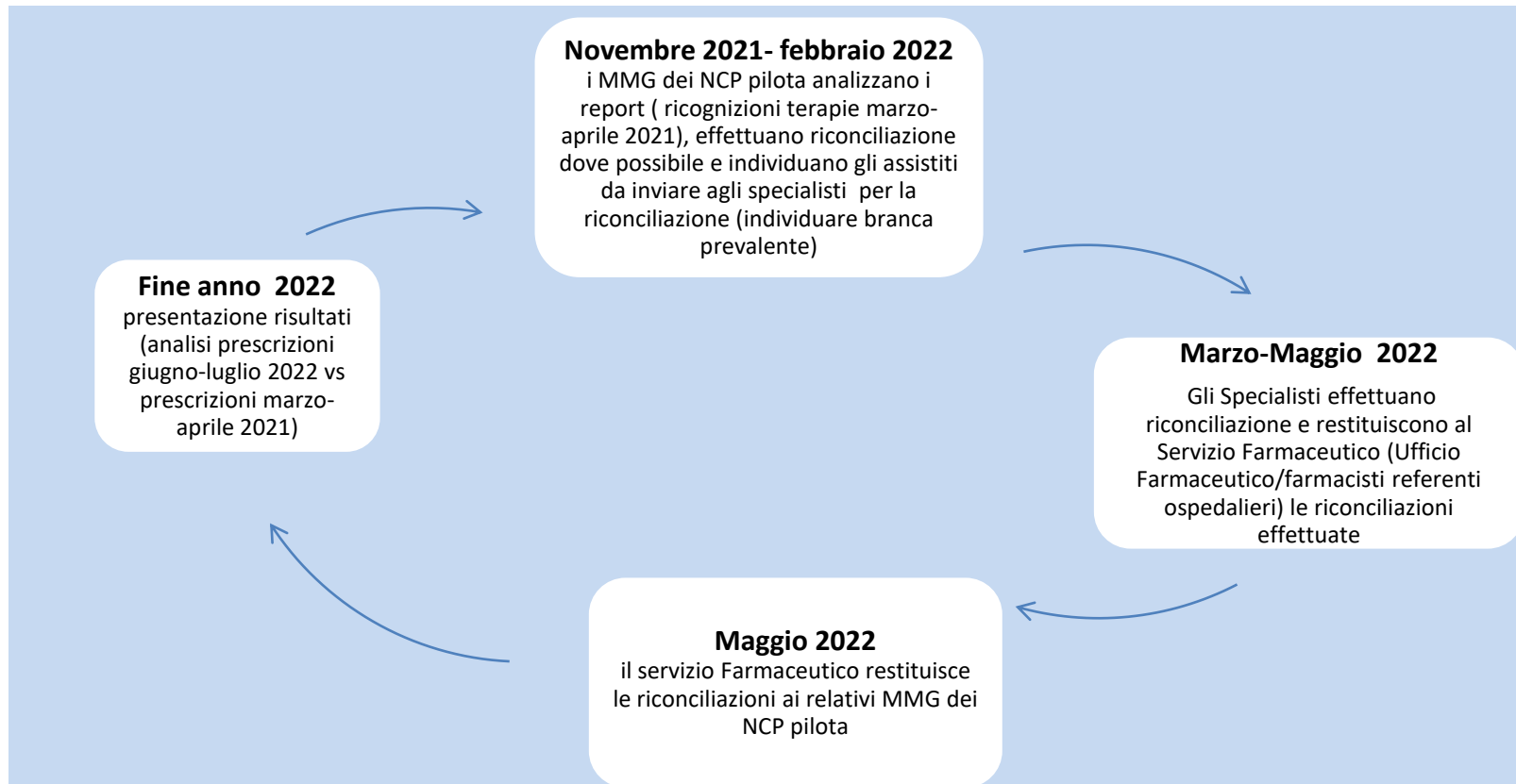
Dobbiamo essere preparati!

- **formazione e preparazione di specialisti;**
- **previste 5000 e oltre Borse di Studio per specialisti;**
- **9600 Infermieri di Comunità finanziati da dl34/20;**
- **assunzione e preparazione di professioni sanitarie, socio-sanitarie (assistenti sociali...), ingegneristiche e tecniche;**
- **formazione per figure dirigenziali, le nuove figure ed operatori;**
- **ammodernamento parco tecnologico e digitale, infrastruttura tecnologica - investimenti 1.1,1.2,1.3 M6C2 PNRR**

Progetto “presa in carico Ospedale- Territorio Ricognizione-Riconciliazione terapeutica”

Presentazione del progetto, formazione specifica ai 3 NCP pilota individuati dalle Cure Primarie (Ravenna5, Gambettola e Tripoli-Lagomaggio) e coinvolgimento dei Dipartimenti con ambulatori delle cronicità.

Evidenza documentale avvio progetto, partecipazione $\geq 80\%$ dei MMG dei NCP pilota, coinvolgimento dei Dipartimenti Emergenze (UUOO Cardiologia) e Medicine Specialistiche (UUOO Pneumologia, Diabetologia, Nefrologia e Medicina). Discussione coi Professionisti coinvolti sulla reportistica finale che comprenderà: n. riconciliazioni effettuate sul totale del campione, n. farmaci prescritti, n. di farmaci critici secondo i criteri di Beers e n. di interazioni farmacologiche, n. ricoveri e n. accessi PS misurati prima e dopo la riconciliazione.



Attività del Farmacista Clinico nell'OsCo

Fase Preliminare (Aprile 2022)

- inserimento del Farmacista Clinico nel team multiprofessionale;
- abilitazione del Farmacista Clinico su Log80 per visualizzare la cartella clinica OsCo, alimentare la scheda informatizzata della ricognizione farmacologica, lavorare i dati per favorire attività di riconciliazione.



- 1) favorire la Ricognizione e Riconciliazione terapeutica;
- 2) promuovere il corretto impiego della terapia antibiotica secondo gli indirizzi dello SPIAR
- 3) rispetto del Prontuario AVR attraverso formazione e attività consulenziale;
- 4) implementazione ed applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 19 e della Raccomandazione Regionale n. 4 sulla corretta gestione delle forme farmaceutiche orali, attraverso l'osservazione nella fase di somministrazione dei medicinali;
- 5) supporto al Medico Geriatra nella validazione giornaliera delle terapie;
- 6) partecipazione, insieme al Case Manager, all'attività di counselling in dimissione, con rilascio di diario terapia personalizzato e materiale informativo su classi di medicinali più critiche (NAO, antidiabetici, biologici, ecc...);
- 7) partecipazione attiva nei giorni di presenza con equipe dell'OsCo e/o CdC
- 8) verifica e supporto per la corretta gestione e conservazione di medicinali e DM negli armadi di reparto
- 9) favorire la segnalazione di ADRs per la rilevazione di possibili rischi correlati alla somministrazione dei farmaci e dei vaccini

- Cerca
- Istruzioni d'uso
- Chiama Log80
- Cambia Progr.
- Pulisci
- Elenco pazienti
- Anagrafica
- Contatti
- Anamnesi
- Dossier IRST
- Rich.Esa.Lab. DNLab
- Appuntamenti
- Ricetta SSN/SP
- Rich. emazie/emocomp.
- Sch.Reaz.Avversa
- Tamponi COVID
- Sch. notifica Vaccin.
- Ricerca DEMA
- Moduli
- Dati amministrativi
- Contatti
- Certif. Patologie
- Consenso a terzi
- Scheda OsCo
- Tamponi COVID
- Moduli
- Repository Romagna
- Diario medico
- Esame obiettivo
- Certificato rich. invalidità
- Ricetta SSN/SP
- Prescrizione ass.le
- Prescrizione Farmaci
- Piani Terapeutici
- Scheda Bathel MOD
- Denuncia Malattie infettive
- Scheda Hobic

ESIZIONE EDI...
 Fascia Reddito:
 Allergie farmaci: ACIDO ACETILSALICILICO-10/11/2022

ULTIMA RILEVAZIONE MEWS: 17/11/2022 15:14 **Punteggio: 1**
Accesso del 10/11/2022 in OSPEDALE DI COMUNITA' FORLIMPOPOLI n.letto 10
 Data ultimo inserimento pianificazione: 18/11/2022
 Ricoverato in OSPEDALE DI COMUNITA' FORLIMPOPOLI dal 10/11/2022
 Paziente seguito in Ass. Domiciliare Programmata dal 28/01/2022 (2022/222)
SCHEDA SICHER

ANAMNESI	Fonte	Allergie	Fam.	Socio-dem.	Fisiologica	Pat.rem.	Pat.rec.	Esa.ob.	Ricogn. farm	Terap.dom.	Documenti	Libera.UO	Stampa	
DOSSIER AUSL	Prec. U.O		Esa.lab.P		Esa.lab.			POCT Glu		Referti HL		ECG	P.S.	
	Ricoveri		Vaccinazi		Trasfusior.			Prest. ML		Altre U.O		Anat. 114	Tamponi (
CLORURO/POTASSIO CLORURO COLIREI*16BUST 17,5G (apparato gastrointestinale e metabolismo farmaci per la costipazione)	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input checked="" type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/>							Data/ora U.D. 00/00/0000 00:00				<input type="checkbox"/> Interazioni	Ultima modifica: 00/00/0000	Cancel
	A.B. <input type="checkbox"/>							Adesso						
FLECAINIDE ACETATO FLECAINIDE AURO*20CPR 100MG (sistema cardiovascolare terapia cardiaca)	D.U. 0.50 U.M. CPR Note							Data inizio 00/00/0000 Oggi		"BEERS -puo causare effetto inotropo negativo Sincronizzazione a flutter atriale"		<input checked="" type="checkbox"/> BEERS	Inserimento: zenicoc 11/11/2022	Confirma
	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input checked="" type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/>							Data/ora U.D. 00/00/0000 00:00				<input type="checkbox"/> Interazioni	Ultima modifica: zenicoc 11/11/2022	Cancel
	A.B. <input type="checkbox"/>							Adesso						
CITALOPRAM BROMIDRATO CITALOPRAM ACT.PTC*10CPR 20MG (sistema nervoso psicoanalettico)	D.U. 1.00 U.M. CPR Note							Data inizio 00/00/0000 Oggi		INTERAZIONE - Enoxaparine/Citalopram		<input type="checkbox"/> BEERS	Inserimento: zenicoc 11/11/2022	Confirma
	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/>							Data/ora U.D. 00/00/0000 00:00				<input checked="" type="checkbox"/> Interazioni	Ultima modifica: zenicoc 11/11/2022	Cancel
	A.B. <input type="checkbox"/>							Adesso						
BISOPROLOLO FUMARATO CONGESCOR*100CPR RIV 1,25MG (sistema cardiovascolare betabloccanti)	D.U. 1.00 U.M. CPR Note							Data inizio 00/00/0000 Oggi				<input type="checkbox"/> BEERS	Inserimento: zenicoc 11/11/2022	Confirma
	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input checked="" type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/>							Data/ora U.D. 00/00/0000 00:00				<input type="checkbox"/> Interazioni	Ultima modifica: zenicoc 11/11/2022	Cancel
	A.B. <input type="checkbox"/>							Adesso						
DOXAZOSINA MESILATO CARDURA*30CPR 2MG (sistema cardiovascolare antipertensivi)	D.U. 0.50 U.M. CPR Note							Data inizio 00/00/0000 Oggi		"BEERS -Può dare ipotensione ortostatica, secchezza delle fauci, problemi urinari, scompenso cardiaco (studio ALLHAT)."		<input checked="" type="checkbox"/> BEERS	Inserimento: zenicoc 11/11/2022	Confirma
	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input checked="" type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/>							Data/ora U.D. 00/00/0000 00:00				<input type="checkbox"/> Interazioni	Ultima modifica: zenicoc 11/11/2022	Cancel
	A.B. <input type="checkbox"/>							Adesso						
GLICEROLO GLICEROLO ACR*AD 18SUPP 2250MG (apparato gastrointestinale e metabolismo farmaci per la costipazione)	D.U. 1.00 U.M. SP Note							Data inizio 00/00/0000 Oggi				<input type="checkbox"/> BEERS	Inserimento: zenicoc 11/11/2022	Confirma
	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/>							Data/ora U.D. 00/00/0000 00:00				<input type="checkbox"/> Interazioni	Ultima modifica: 00/00/0000	Cancel
	A.B. <input checked="" type="checkbox"/>							Adesso						

LA RICERCA DI STRUMENTI PER UN MODELLO AVANZATO DI GOVERNANCE:
interpretare e implementare i documenti secondo la metodologia scientifica

- PDTA
- HTA
- MODELLI HUB and SPOKE
- INDIVIDUAZIONE DI CENTRI PRESCRITTORI SPECIALISTICI
- RACCOMANDAZIONI PRESCRITTIVE SUL FARMACO
- REGISTRI DI PATOLOGIA
- LINEE DI INDIRIZZO PRESCRITTIVE
- LOGICHE DI « VALUE FOR MONEY »

Registro Malattie Rare



Accesso
Progetto
UnRareNet

Nella continuità Ospedale-Territorio, contributo del farmacista ospedaliero per la valutazione della appropriatezza prescrittiva



FARMACOECONOMIA



STRUTTURA vs CULTURA

- Progettare e strutturare un percorso solitamente è più facile ed in un tempo ragionevole
- Fare Cultura necessità di molto impegno e tanto tempo...anche per far questo ci vuole metodo....



Dove dobbiamo fare cultura?

Per esempio su tutto il tema della ricognizione , riconciliazione farmacologica e deprescribing

- La deprescrizione deve entrare a far parte del bagaglio culturale dei professionisti sanitari che si occupano in vari ambiti di pazienti in polifarmacoterapia, in particolare se anziani, e in condizioni di fragilità.
- Promuovere l'applicazione delle Linee Guida su Multimorbilità e Politerapia, pubblicate dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, per poter realizzare quel cambiamento culturale volto alla riduzione della polifarmacoterapia inappropriata con la collaborazione dei Professionisti e dei cittadini.
- Identificare gli strumenti e le strategie, applicabili agli specifici setting di cura, per migliorare l'appropriatezza d'uso dei farmaci (soprattutto nel particolare contesto del paziente anziano), al fine di ridurre l'impatto ambientale dei farmaci, ridurre i danni da farmaci/inefficacia al paziente, ridurre le esigenze di assistenza sanitaria e ospedaliera (impatto indiretto sull'ambiente).





CHOOSING WISELY ITALY
Fare di più non significa fare meglio

Sifact
SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA
CLINICA E TERAPIA

ALTROCONSUMO
Il tuo punto di forza



Fare di più non significa fare meglio

INIBITORI DI POMPA PER BRUCIORI DI STOMACO

Pratica indicata a rischio di inappropriata da Società italiana di medicina generale

Gli inibitori di pompa protonica (IPP) sono farmaci molto diffusi, utili a ridurre la produzione di acido nello stomaco.

Non devono essere prescritti per disturbi banali e comunque non dovrebbero essere mai prescritti con leggerezza, perché possono presentare importanti effetti indesiderati. Il loro uso continuo è probabilmente correlato a un aumento del rischio di infezioni intestinali e polmonari già nel breve termine, e di frattura ossea dopo un anno di uso.

▶ Gli IPP sono prescritti abitualmente in associazione a terapie di cui si teme un potenziale effetto lesivo per lo stomaco, sia quando questo è accertato, come nelle terapie a base di antinfiammatori non steroidei (FANS), ma anche quando questo effetto non è accertato, cioè per cure a base di farmaci steroidi, anticongestivi, antineoplastici, antibiotici.

▶ Nella malattia da reflusso gastroesofageo, gli IPP sono da considerare farmaci utili per combattere i sintomi, da assumere solo quando realmente necessari e alla dose più bassa possibile in grado di controllarli, consigliando al paziente periodi di sospensione, che sono molto raccomandabili. In questi casi, il principale rischio associato alla sospensione della terapia è l'intensificarsi dei sintomi, che potrebbe eventualmente richiedere una assunzione ciclica.

▶ Non bisogna prescrivere di routine IPP a pazienti con bruciori di stomaco banali, senza fattori di rischio per malattia ulcerosa.

CAPIAMO INSIEME PERCHÉ

Gli inibitori di pompa protonica bloccano alla fonte la produzione di acido nello stomaco, agendo su un sistema (la pompa protonica, appunto) che si trova nella cellula dello stomaco. I principi attivi in commercio sono esomeprazolo, lansoprazolo, omeprazolo, pantoprazolo e rabeprazolo, sostanzialmente



sovrapponibili per efficacia e sicurezza. Sono efficaci, ma presentano effetti indesiderati che li rendono inappropriati per bruciori di stomaco banali, non legati a ulcere o esofagite da reflusso.

▶ Oltre a una serie di effetti indesiderati comuni (costipazione, diarrea, flatulenza, nausea...), possono dare effetti indesiderati gravi, tra cui l'aumento del rischio di fratture ossee.

▶ Assumere tutti i giorni una compressa di IPP può ridurre la produzione di acido nello stomaco fino a impedire i normali processi digestivi e ad alterare la flora batterica intestinale, causando profondi cambiamenti nella fisiologia dello stomaco, che possono aprire la strada ad altri problemi.

QUANDO POSSONO ESSERE CONSIGLIABILI

Gli inibitori di pompa protonica sono da utilizzare per cicli brevi solo per:

- ▶ ulcere duodenali o gastriche accertate, in associazione a un eventuale trattamento per eradicare l'infezione da *Helicobacter pylori*, se risulta che è questa la causa dell'ulcera;
- ▶ nella malattia da reflusso esofageo.

Per saperne di più: "Bruciore di stomaco", Test Salute 104, ottobre 2013 consultabile su www.altroconsumo.it in "archivio riviste". Progetto "Fare di più non significa fare meglio" www.slowmedicine.it

ALTROCONSUMO



CHOOSING WISELY ITALY
Fare di più non significa fare meglio

TROPPI FARMACI INSIEME NEI PAZIENTI ANZIANI

Pratica indicata a rischio di inappropriata da AMGE - Associazione Scientifica Nazionale Multidisciplinare di Geriatria

Nel paziente anziano (sopra i 75 anni) si calcola che circa il 10% dei ricoveri ospedalieri sia dovuto ad effetti indesiderati dei farmaci. Il rischio di reazioni avverse aumenta in chi assume più farmaci: i vari medicinali possono interagire tra loro, fino ad arrivare a causare gravi effetti indesiderati. Gli anziani sono maggiormente esposti a questi rischi in quanto frequentemente assumono in modo stabile almeno cinque diversi farmaci (la cosiddetta polifarmacoterapia).

Per questo è da considerare a rischio di inappropriata ogni prescrizione di un nuovo farmaco a una persona anziana, senza che prima sia stata condotta un'attenta revisione della terapia farmacologica già in corso (riconciliazione terapeutica). A tale scopo il paziente anziano andrà considerato nella sua globalità, tenendo presente non solo le malattie, ma anche il contesto sociale ed assistenziale, gli obiettivi di cura e le aspettative del paziente.

CAPIAMO INSIEME PERCHÉ

Il paziente anziano può presentare numerosi problemi di salute per cui viene seguito da specialisti diversi che prescrivono farmaci specifici per ogni malattia. Di conseguenza spesso la terapia farmacologica è costituita da numerose sostanze con differenti indicazioni terapeutiche, dosaggi e orari di

somministrazione (polifarmacoterapia). Quest'ultima condizione risulta essere in aumento nei paesi industrializzati, arrivando in alcuni contesti a interessare oltre la metà della popolazione anziana. Spesso non tutti questi farmaci sono appropriati: le ricerche indicano che fino alla metà dei pazienti anziani assumerebbe uno o più farmaci non necessari. Può accadere infatti che un soggetto continui ad assumere un farmaco per un tempo maggiore di quello necessario oppure che ne assuma



uno la cui efficacia clinica non è basata su prove sufficienti, accade di continuare ad assumere cronicamente un farmaco che era stato prescritto per un disturbo già risolto oppure un farmaco che nel frattempo è stato superato da un altro medicamentum più adatto ed efficace. Si tratta di persone che già hanno un rischio maggiore di effetti indesiderati per i cambiamenti fisiologici connessi all'età (come una ridotta funzionalità dei reni) e presenza di più malattie. La polifarmacoterapia può portare, oltre che a una riduzione dell'aderenza terapeutica alle prescrizioni (nel seguire le indicazioni sui farmaci da assumere, i dosaggi, gli orari), a un aumento del rischio di declino cognitivo e funzionale, a un incremento di cadute e fratture, di ricoveri in ospedale e infine di mortalità. Un utilizzo non appropriato di più farmaci può aumentare sia i rischi sia i costi per la persona e per la collettività.

UNA REVISIONE REGOLARE

Per questo è cruciale che il medico curante revisioni regolarmente tutta la terapia del paziente anziano, a maggior ragione ogni qualvolta intenda prescrivere un nuovo farmaco. L'eventuale sospensione dei medicinali deve essere condotta in modo ponderato, per non incorrere in ulteriori rischi: la revisione terapeutica è un processo condotto dal medico con il coinvolgimento attivo e consapevole del paziente, della sua famiglia/caregiver, del farmacista di fiducia.

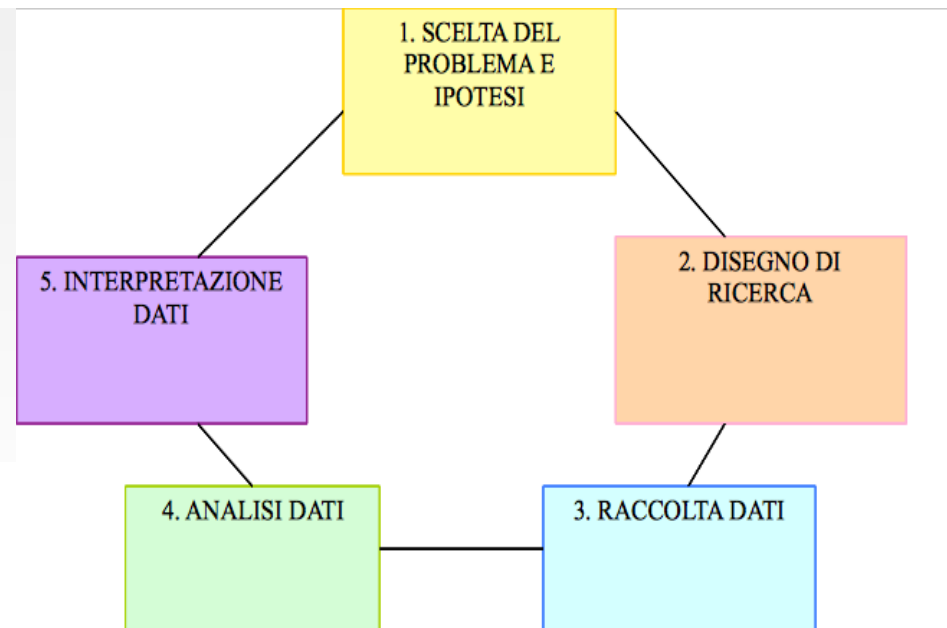
Progetto "Fare di più non significa fare meglio" www.slowmedicine.it www.choosingwiselyitaly.org www.altroconsumo.it

NON SOLO RICERCA «TRADIZIONALE»....

...MA ANCHE *RICERCA VALUTATIVA*....

I quesiti della RICERCA VALUTATIVA:

- Cose che non facciamo o facciamo male
- Cose nuove che vorremmo fare
- Cose che già facciamo, ma non sappiamo con quali risultati
- Cose che dovremmo conoscere meglio



Ricerca
valutativa
vs
Ricerca
Clinica

- Quesiti orientati dai bisogni conoscitivi dei decisori vs dalla »curiosità« del ricercatore
- Informazioni prodotte »immediatamente« utilizzabili vs informazioni che contribuiscono ad un processo conoscitivo ancora in divenire
- Effectiveness vs efficacy

La Ricerca Valutativa nei Bandi della Ricerca Finalizzata è definita «change promoting»

A partire da queste premesse, i progetti presentati dovranno avere le seguenti finalità:

- a) sviluppare procedure innovative e nuove conoscenze utili al miglioramento delle opportunità di prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione anche attraverso studi e sperimentazioni di carattere clinico (progetti finalizzati all'acquisizione di nuove conoscenze – **“theory enhancing”** – **miglioramento della teoria**);
- b) valutare la sicurezza, efficacia, rapporto costo-efficacia, di trattamenti/tecnologie/interventi sanitari per cui sussistano significativi margini di incertezza relativamente agli aspetti menzionati, anche con studi clinici di fase 3 e 4 (ricerca applicata – **“change-promoting”** – clinico-assistenziali);
- c) valutare i fattori professionali, organizzativi e di sistema che condizionano efficacia ed efficienza dei servizi sanitari e/o l'impatto sulla qualità di innovazioni cliniche, organizzative, gestionali e di finanziamento; sviluppo ed applicazione di metodologie e strumenti per migliorare la comunicazione con i cittadini ed i pazienti e promuoverne la partecipazione; studi finalizzati ad analizzare i bisogni assistenziali delle fasce sociali più deboli sotto il profilo sociale ed economico e le risposte assistenziali dei servizi (ricerca applicata – **“change promoting”** – clinico-assistenziali);

Esempi di ricerca valutativa in ambito farmacologico

- Analisi appropriatezza prescrizioni ed identificazione dei suoi determinanti
- Valutazione impatto interventi di miglioramento dei pattern prescrittivi
- Analisi del profilo di costo-efficacia di specifici farmaci in contesto “real life”

U.O. Ricerca Valutativa e Policy Servizi Sanitari –
AUSL ROMAGNA

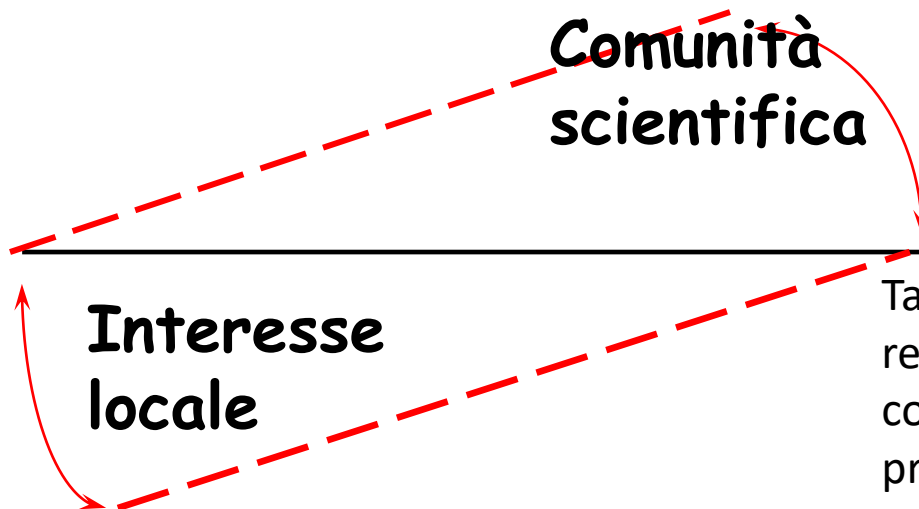
AUDIT vs RICERCA VALUTATIVA:

**simili quesiti ma diversi destinatari
delle informazioni prodotte**

Quali sono le nostre
performance ?

Quali sono le
determinanti
delle nostre
performance?

Quale è
l'impatto delle
iniziative che
abbiamo
adottato ?



Tanto più le informazioni rese disponibili contribuiscono al processo generale di acquisizione delle conoscenze, tanto più ci si colloca in un contesto di ricerca

Anche nell'attività Professionale occorre saper fornire informazioni chiare e robuste, scientificamente dimostrate, perché contribuisce alla reputazione della nostra professione e alla credibilità della ricerca scientifica e contemporaneamente aiuta tutta la società a ritrovare quella fiducia nei confronti della sanità, della ricerca e dell'informazione, che spesso negli ultimi anni è andata persa a causa di quella *infodemia* che non si può curare con un medicinale, ma che comunque ha un vaccino a sua disposizione: quello rappresentato dall'applicazione di una metodologia scientifica dinamica e riscontrabile”





L'applicazione di una metodologia di ricerca ed analisi dei dati deve comprendere anche una revisione continua , non ci sono certezze ma evidenze, per una sanità all'avanguardia ed un SSN efficiente

***I numeri ed i dubbi
sempre insieme.....***

Piero Angela

