

**ESITI CLINICI:  
UN IMPEGNO E  
UNA RESPONSABILITA'  
CONDIVISI**



Comitato Scientifico: **Antonio Addis, Maria Rosaria Baldagliacca, Maria Dell'Aera, Giulia Dusi, Cecilia Giron, Daniele Mengato, Andrea Messori, Angelo Claudio Palozzo, Alberto Pilotto, Nicola Realdon, Marco Ruocco, Maria Chiara Silvani, Antonio Silvestri, Francesca Venturini**

Presidente : **Roberta di Turi**

Segreteria Scientifica: **Marco Chiumente**

Roma, 24 - 26 novembre 2022

# L'evoluzione della professione del farmacista SSN



## Valutazione del Bene



## Valutazione dell' Uso



## Valutazione dell' Esito

Logistica  
Analisi dei consumi  
Controllo della spesa

Appropriatezza di uso  
Farmacoepidemiologia  
Farmacoeconomia

Efficacy/Effectiveness  
Rimborsabilità  
CEA/CUA/HTA  
Registri AIFA

da meri payer



a osservatori privilegiati



a osservatori critici



*Indicatori di struttura*

*Indicatori di processo*

*Indicatori di esito*

# Struttura, processo, esito.

## Quali indicatori misurano la qualità dell'assistenza sanitaria?

Antonino Cartabellotta GIMBEnews 2009;4:4-5

*Considerando i gap tra evidenze scientifiche e pratica clinica, la variabilità dei processi assistenziali e la notevole difformità degli esiti, tra i professionisti c'è la consapevolezza che per misurare la qualità dell'assistenza sono necessari gli strumenti della clinical governance (linee guida, percorsi assistenziali, audit clinico, gestione del rischio), che affonda salde radici culturali nel movimento culturale dell'EBM.*

### 1. Indicatori di struttura

Comprendono i **requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (STOP) delle strutture sanitarie**, previsti dalle normative regionali per l'accreditamento istituzionale... la mancata standardizzazione dei criteri di *competence* professionale e l'assenza di periodiche procedure di valutazione costituiscono l'anello debole della catena:

**definiscono le "caratteristiche del contenitore" in cui viene erogata l'assistenza** e la loro conformità ai requisiti di accreditamento è *condicio sine qua non* per garantire la qualità dell'assistenza sanitaria.

### 2. Indicatori di processo

**Misurano l'appropriatezza del processo assistenziale** in relazione a standard di riferimento: linee guida, percorsi assistenziali.

Non forniscono informazioni sui risultati dell'assistenza (esiti), vengono definiti *proxy* (sostitutivi), perchè potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento degli esiti assistenziali.

- Rispetto agli indicatori di esito sono meno influenzati dalle differenze di case-mix.

- Permettono di identificare le inapproprietezze** (in eccesso e in difetto), **suggerendo precocemente le aree di miglioramento del processo assistenziale.**

## Struttura, processo, esito.

# Quali indicatori misurano la qualità dell'assistenza sanitaria?\_

Antonino Cartabellotta GIMBEnews 2009;4:4-5

### 3. Indicatori di esito

Documentano una modifica di esiti assistenziali: **clinici (mortalità, morbilità), economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione dell'utente).**

Sono influenzati da numerose determinanti (patrimonio genetico, fattori ambientali, condizioni socio-economiche), il principale elemento che condiziona la loro robustezza è il tempo trascorso dall'erogazione del processo..

•La fonte principale degli indicatori di esito è la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), uno strumento amministrativo-economico che presenta due limiti: la “deformazione quantitativa” degli esiti clinici conseguente alle codifiche opportunistiche e il *reverse reporting bias* inadeguato per stimare l'incidenza degli eventi sentinella, quasi mai codificati.

**Misurano direttamente l'appropriatezza degli interventi sanitari** (preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, palliativi, assistenziali) prescritti ai pazienti, **documentando la qualità dell'atto professionale.**

... I sistemi informativi aziendali sono già pronti per questa ambiziosa sfida, oppure nell'era del governo clinico è necessario rivoluzionare la loro architettura?

Ai posteri l'ardua sentenza!

## **LA MISSION**

Attraverso iniziative proprie, **collaborazioni e alleanze** con altre società scientifiche e associazioni di pazienti, e **promozione** verso le istituzioni, SIFaCT:

- fornisce **indirizzi di sviluppo professionale**, organizza e sollecita **iniziative formative e di ricerca** per sostenere il percorso di crescita della farmacia clinica in Italia
- promuove **la ricerca in farmacia clinica**, sia di tipo diagnostico-terapeutico che di modelli organizzativi sull'implementazione di servizi offerti dal farmacista clinico
- promuove **il riconoscimento del ruolo clinico del farmacista** da parte delle altre professioni sanitarie e organizza assieme a queste progetti ed eventi formativi multidisciplinari
- crea consapevolezza nell'opinione pubblica sul **valore del farmacista clinico** e della sua attività

## **LA VISION**

- Promuovere il **ruolo** e le **responsabilità** del farmacista clinico nei **team multidisciplinari**, al fine di **ottimizzare il processo di gestione diagnostico-terapeutico del paziente, con l'obiettivo di migliorare gli esiti di cura**, in ambito di prevenzione e trattamento delle malattie.

## Esiti clinici ...

- Nella metà dell'800'- inizi del 900' si registrarono i primi significativi esempi di **valutazione dei risultati** ottenuti dalle pratiche assistenziali
- **Florence Nightingale**, attraverso una **raccolta sistematica dei dati di mortalità precedenti e successivi** alla rigorosa applicazione, negli ospedali da campo, durante la guerra di Crimea, di procedure sanitarie ed igieniche, **poté dimostrarne l'efficacia**



Firenze, 12 maggio 1820 – Londra, 13 agosto 1910

# Esiti clinici ...

- Il chirurgo americano **Ernest Codman** avviò un meccanismo di **registrazione continua** dei pazienti operati presso il suo ospedale e di **rilevazione sistematica degli esiti clinici** ad un anno dall'intervento, incoraggiando i colleghi a fare altrettanto.
- Da allora, molte cose sono cambiate e non soltanto sotto il profilo delle tecniche e delle metodologie utilizzate per **l'analisi degli esiti clinici**. Queste ultime sono divenute particolarmente complesse e raffinate, grazie ai sostanziali contributi offerti dalla **statistica** e dall'**epidemiologia**.
- Inoltre, la **valutazione delle performance cliniche** ha trovato un proprio formale inquadramento concettuale nel contesto più generale della **valutazione dei servizi e dei sistemi sanitari**, grazie al riconoscimento delle diverse dimensioni che compongono la qualità dell'assistenza.



December 30, 1869 – November 23, 1940

# Programma Regionale Lazio Valutazione Esiti – P.Re.Val.E.

**Misurare l'efficienza delle strutture sanitarie e l'efficacia delle prestazioni è fondamentale per garantire un servizio sanitario di alto livello**, capace di tutelare e migliorare la salute dei cittadini.

Il Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari (P.Re.Val.E.), affidato dalla Regione Lazio al DEP, ha l'obiettivo di “**definire e misurare gli esiti degli interventi sanitari, misurare la variabilità di esito** tra strutture ed aree geografiche, **individuare aree critiche** su cui implementare programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza, e monitorare l'andamento della qualità delle cure nel tempo”.

Il Programma ha elaborato e monitora **70 indicatori di esito**, raggruppati in **9 aree cliniche**: **cardiologia, chirurgia, gastroenterologia, ortopedia, pneumologia, neurologia, ginecologia/ostetricia, assistenza territoriale e oncologia** tenendo conto delle diverse caratteristiche e della gravità dei pazienti per un corretta comparazione tra gli ospedali o le aree geografiche.

Il P.Re.Val.E., assieme ad alcune criticità, **individua anche molte eccellenze e vuole soprattutto essere uno strumento di discussione**, nella convinzione che le grandi competenze sanitarie e professionali presenti negli ospedali del Lazio sapranno utilizzare questi risultati per valorizzare le grandi potenzialità di miglioramento in un processo di competizione virtuosa per l'efficacia e l'equità nella tutela della salute.

## *Valutazione e governo*

- **In origine la valutazione delle attività cliniche** rappresentava la modalità con cui la professione medica esprimeva le proprie energie etiche ed intellettuali **finalizzate al miglioramento della qualità** dei propri comportamenti professionali;
- **attualmente queste attività** non rappresentano soltanto un esercizio **di auto-controllo e auto-governo** che la comunità di professionisti esercita nel proprio ambito, ma **rappresentano una delle modalità con cui i sistemi sanitari, sostengono ed alimentano le relazioni tra i diversi soggetti e le diverse organizzazioni che operano al loro interno**, indirizzandone e condizionandone i comportamenti e le decisioni.

# L'accountability<sup>1</sup>

- **la valutazione delle performance cliniche** ha cessato ormai da tempo di essere qualcosa che attiene esclusivamente ai professionisti, ma **ha assunto un carattere sistemico**, è diventata **elemento fondamentale per il funzionamento del sistema** e rappresenta una componente essenziale del tessuto connettivo che sostiene i rapporti e le relazioni tra le diverse componenti di un sistema sanitario.
- **L'azione valutativa è ormai parte integrante dei processi di elaborazione, sviluppo ed implementazione delle politiche sanitarie**, organica al disegno ed al funzionamento dei modelli di governance che tali politiche definiscono.
- Infatti, è anche su di essi che si basano le forme concrete delle relazioni di **accountability** (dover **rendere conto delle proprie decisioni e del proprio operato**) che caratterizzano un sistema sanitario (\*).

\*Estratto dal *Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche* - Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
Ufficio III ex DG.PROG (2012)

1. La responsabilità, da parte degli amministratori che impiegano risorse finanziarie pubbliche, di rendicontarne l'uso sia sul piano della regolarità dei conti sia su quello dell'efficacia della gestione

# Impegno e responsabilità...

- Tra le varie forme di responsabilità esiste una **Responsabilità sanitaria**, si tratta di una responsabilità di mezzi e non di risultato (con le dovute eccezioni) ed esiste una **Responsabilità di equipe**.
- In tema di responsabilità sanitaria, **l'equipe viene considerata un'entità unica e compatta** e non come una collettività di professionisti in cui ciascuno si limita ad eseguire i propri compiti.
- Ne consegue che ***l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'equipe concerne*** non solo le specifiche mansioni a lui affidate ma **anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui** che siano evidenti e non settoriali in quanto tale rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio\*\*

\*\*Cassazione penale sez. IV sentenza 18 maggio 2018, n. 22007

# Formazione, comunicazione e informazione

- Esiste una **Responsabilità alla Formazione e all’Insegnamento**;  
esiste una **Responsabilità nell’Educazione**;  
esiste una **Responsabilità Culturale e Storica**;
- Esiste la **Responsabilità dell’Informazione, della diffusione delle informazioni**  
*... occorre tornare a lavorare con determinazione sulla formazione e sulla consapevolezza di chi informa e di chi comunica (facendo attenzione a non confondere strumenti e contenuti, mezzi e fini, connessione e comunicazione).*
- **Comunicazione e informazione sono processi complessi che richiedono preparazione, competenze ed una rinnovata sensibilità etica: la libertà implica responsabilità e impegno da parte degli attori protagonisti del processo comunicativo (\*)**.

# Condivisione...

- **Per la sopravvivenza di una sanità equa ed universale**, rivolta a tutti i cittadini - indipendentemente dal reddito - **è necessario affrontare e risolvere problemi** sempre più complessi **di tipo politico, organizzativo-gestionale, tecnici ed economici.**
- **Nessun gruppo professionale**, per quanto preparato ed efficiente, **può pensare di trovare soluzioni autonome alle criticità** di un sistema globalizzato.
- **La collaborazione** fra professionisti **richiede** tuttavia **una specifica formazione, un'adeguata comunicazione** e il superamento di barriere culturali: percorsi molto complessi da realizzare.

# Fare squadra per la salute pubblica

- Per **John Maeda trovarsi insieme nella stanza è un grande inizio, grande per far nascere una squadra.** Una volta che tutti sono nella stessa stanza la sfida successiva per far funzionare la squadra è far parlare i suoi membri tra loro. **Il senso di appartenenza si forma con la comunicazione, anche tra attori diversi con esigenze diverse, rendendo le divergenze un'opportunità.**
- Proprio **il lavoro di squadra è quello auspicato da Glenn Laverack, nel suo libro [Salute pubblica. Potere, empowerment e pratica professionale](#),** per una sanità pubblica che abbia un approccio comunitario e non prevalentemente biomedico.
- Il libro di Laverack sembra voler far entrare in dialogo mondi tra loro apparentemente inconciliabili, trasmettendo il messaggio che **“per promuovere interventi di partecipazione comunitaria non sia sufficiente chiamare quello che si è sempre fatto (e si continua a fare) con parole nuove, perché nuove invece devono essere le pratiche e i comportamenti messi in campo a partire dagli operatori stessi”.** Un grande inizio per un lavoro di squadra.



*National Design Award  
for Communication 2021  
Design - Stati Uniti*



Honorary Professor di  
Health promotion presso la  
University of Southern  
Denmark. Fino al 2015 è  
stato Technical officer della  
Health promotion unit  
dell'Organizzazione  
mondiale della sanità a  
Ginevra

# Il *Nostro* Congresso...

- Il congresso si pone come **momento di confronto fra professionisti sanitari per lo sviluppo di modelli di lavoro collaborativo**, attraverso lo scambio di esperienze maturate in Italia e all'estero nelle realtà più avanzate.
- **Il farmacista** che opera nel **SSN rappresenta una figura cerniera** importante **tra i diversi professionisti**, che si estende dalle cure primarie a quelle più specialistiche richiedendo competenze sia di base, sia di alta specializzazione nei diversi ambiti farmaceutici e farmacologici

# La formazione

- **È forse il caso di ripensare al corso tradizionale degli studi** (farmacia, CTF, scuole di specializzazione) **cui vanno dunque associate una formazione più specifica** (corsi specialistici, master ed esperienze lavorative) **e un impegno continuo nella ricerca**. Quest'ultima non va limitata alle tecniche tradizionali della ricerca di base di un laboratorio farmaceutico, ma sempre di più adattata alle proposte che vengono da altri settori della salute.
- Naturalmente tutto il personale sanitario ed amministrativo riconosce al farmacista **l'importante ruolo che svolge nella logistica del farmaco e dei dispositivi medici e nella valutazione delle componenti economiche associate**, ma **vanno valorizzati altri campi di azione** nonché le strategie con cui **vanno perseguiti gli obiettivi di equità, appropriatezza e sostenibilità** in un sistema interprofessionale mirato al bene ultimo del paziente

# La sfida

- La sfida è quella di **migliorare la comunicazione, far emergere le competenze** e trovare il miglior **contributo** del farmacista **in un ambito multidisciplinare** dove spesso i ruoli si confondono e possono, paradossalmente, entrare in contrasto.
- L'obiettivo è di **annientare qualsivoglia forma di antagonismo per promuovere la vera osmosi di conoscenze** fino ad ottenere un risultato sinergico salvifico per il SSN.

# Le sessioni plenarie

## Sessione plenaria 1

– **Gestione del rischio** sanitario: il coinvolgimento del farmacista clinico

## Sessione plenaria 2

- *L'assistenza territoriale del **paziente fragile***

## Sessione plenaria 3

- *Esperienze e riflessioni sul corretto utilizzo dei database amministrativi e dei **flussi di dati***

## Sessione plenaria 4

- *La spesa ospedaliera per **dispositivi in rapporto alle tariffe di rimborso dell'attività clinica***

## Sessione plenaria 5

- *La **formazione in farmacia clinica** del farmacista del SSN*

# Le sessioni parallele

## Farmacia Clinica 1A\* e 1B\*

- *La stewardship antibiotica nel paziente pediatrico: un'opportunità per il farmacista clinico*

## Farmacia Clinica 2A\* e 2B\*

- *Malattie croniche del sistema immunitario: quanto conta il **coinvolgimento attivo del paziente?***

## Farmacia Clinica 3A\* e 3B\*

- *“Veni, vidi, scripsi”*: le vie per la **pubblicazione scientifica**

\* Relatori diversi tra sessioni A e B



*Cercate di fare anche voi la vostra parte  
per questo nostro difficile Paese*

Piero Angela