

DECRETO DIRIGENZIALE N. 15 del 27 febbraio 2007

AREA GENERALE DI COORDINAMENTO ASSISTENZA SANITARIA SETTORE FARMACEUTICO - Piano d'intervento per la spesa farmaceutica ospedaliera - Linee d'intervento operativo - ex Legge Finanziaria 2007, comma 796, punto l2

IL COORDINATORE A.G.C. ASSISTENZA SANITARIA

alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore Farmaceutico e dalla espressa dichiarazione di regolarità della stessa espressa dal dirigente del Settore medesimo,

VISTA - la DGR n.1222 del 01/08/2006 incarico di Responsabile del Settore 04 Farmaceutico

VISTA - la DGR n. 2266 del 30/12/2006 2006 "Misure di controllo della spesa farmaceutica. Art. 1, comma 181 L.311/2004 e punto 4.18 Intesa Stato-Regioni del 5.10.2006, Repertorio n.2640(Patto per la Salute).

PREMESSO

che, l'art. 1, comma 181 della legge 30 dicembre 2004, n.311 prevede che, relativamente alla somma di 1.000 Meuro per l'anno 2005, 1.200 Meuro per l'anno 2006 e 1.400 Meuro per l'anno 2007, il riconoscimento alle Regioni resta condizionato anche al rispetto da parte delle regioni medesime dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa farmaceutica; che tale quota, relativa al 3% del superamento del tetto del 16%, è per la Regione Campania, per l'anno 2005, pari ad € 73.973.000,00;

che, l'art. 1, comma 183 della legge 30 dicembre 2004, n.311 prevede che, a partire dall'anno 2005, le Regioni che non adottino misure di contenimento della spesa farmaceutica adeguate al rispetto dei tetti stabiliti dall'articolo 48, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, sono tenute nell'esercizio successivo a quello di rilevazione ad adottare misure di contenimento pari al 50 per cento del proprio sfondamento

VISTO

il Patto per la salute, punto 4.18, approvato con Intesa Stato-Regioni del 5.10.06, Repertorio n. 2640, recepito dalla Legge Finanziaria 2007, nel quale è previsto che nei confronti delle Regioni che abbiano comunque garantito la copertura degli eventuali relativi disavanzi, è consentito l'accesso al predetto importo di 1.000 milioni di euro anche qualora:

- 1) con riferimento al superamento del tetto del 13% per la spesa farmaceutica convenzionata, la Regione applichi una quota fissa per confezione di importo idoneo a garantire l'integrale contenimento della quota a proprio carico del predetto superamento
- 2) con riferimento al superamento della soglia del 3% per la spesa farmaceutica non convenzionata, la Regione presenti un piano per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera la cui idoneità è da verificarsi congiuntamente con il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005;

CONSIDERATO

che, relativamente al punto 1), superamento del tetto di spesa per la farmaceutica convenzionata, la Regione Campania è già intervenuta nel rispetto delle modalità e dei termini previsti dal Patto per la Salute con Delibera di Giunta n° 2266 del 30-12-2006;

PRESO ATTO

che, relativamente al punto 2), in detta deliberazione si delega il Coordinatore dell'A.G.C. 20, Area Assistenza Sanitaria, all'emanazione del Piano per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera da presentare, ai sensi della vigente Legge Finanziaria, "...entro la data del 28 febbraio 2007, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze che contenga interventi diretti al controllo dei farmaci innovativi, al monitoraggio dell'uso appropriato degli stessi e degli appalti per l'acquisto dei farmaci, la cui

idoneità deve essere verificata congiuntamente nell'ambito del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui alla citata intesa 23 marzo 2005.”;

PRESO ATTO

della nota del 15.11.2006 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai fini del riconoscimento di 1.000 milioni di euro di cui all'articolo 1, comma 181, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nonché ai fini di quanto previsto dal comma 183 del medesimo articolo, ha rappresentato la seguente situazione ai fini di consentire l'accesso al predetto importo di 1.000 milioni di euro per la quota parte attribuita alla Regione Campania pari ad € 92.614.000,00:

Regione	Quota regionale superamento tetto 13%	Quota regionale superamento tetto 16% - quota relativa al 3%	Quota accesso ai 1.000 mln di euro anno 2005	Quota ticket per confezione senza esenzioni (€)
Campania	59.733	73.973	92.614	0,61

RITENUTO

necessario introdurre misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera idonee a generare il gettito pari ad € 73.973.000,00 necessario a coprire, congiuntamente ai provvedimenti già assunti, il superamento del limite di legge della spesa farmaceutica di competenza regionale, anche al fine di poter accedere alla somma prevista per la Regione Campania di € 92.614.000,00;

VISTO

il “Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario della Regione Campania. 1.1.2007 – 31.12.2009;

PRESO ATTO

che la Giunta Regionale della Campania ha già adottato, all'interno del quadro complessivo di politica sanitaria regionale, le seguenti Deliberazioni tendenti al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, al conseguente contenimento della spesa farmaceutica regionale e alla razionalizzazione dei percorsi e dei processi assistenziali nella continuità terapeutica ospedale-territorio:

- D.G.R.C. n° 1018 del 02.05.2001: “Governo e contenimento della spesa farmaceutica: Regolamento per una corretta prescrizione farmaceutica e per le contestazioni sulle attività di controllo sui prescrittori (Legge 425/96) II^ Provvedimento”;
- D.G.R.C. n° 3513 del 20.07.2001 “*Provvedimenti urgenti per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e per il contenimento della spesa regionale*”;
- D.G.R.C. n° 4062 del 07.09.2001 “*Intensificazione dei Controlli delle AA.SS.LL. sull'attività prescrittiva dei Medici e sistema di Monitoraggio*”;
- D.G.R.C. n° 4063 del 07.09.2001 “*Assistenza farmaceutica ai pazienti dimessi da presidi sanitari*”;

- D.G.R.C. n° 4064 del 07.09.2001 “*Distribuzione diretta anche da parte delle strutture pubbliche dei farmaci ex D.M. 22.12.2000. Allegato 2. Direttive*” ;
- D.G.R.C. n° 4913 del 12.10.2001: “*Prescrizione per principi attivi farmacologici. Direttive*”;
- D.G.R.C. n° 2079 del 13.06.2003 “ L. 405 del 16.11.2001 – Ulteriori provvedimenti” ;
- D.G.R.C. n° 2266 del 30.12.2006 “Misure di controllo della spesa farmaceutica. Art. 1, comma 181 L.311/2004 e punto 4.18 Intesa Stato-Regioni del 5.10.2006, Repertorio n.2640(Patto per la Salute).

CONSIDERATO

che le disposizioni previste dalle suddette Delibere hanno richiesto procedure organizzative e gestionali complesse e che il tempo trascorso dalla loro entrata in vigore dovrebbe aver consentito il superamento delle criticità insite in ogni nuovo percorso organizzativo, soprattutto per quanto concerne la ridefinizione delle strutture organizzative preposte alla erogazione delle prestazioni sanitarie, in particolare per le aree farmaceutiche delle AASSLL, delle AAOO, delle AAUUPP e degli IRCCS, in termini di idonee dotazioni organiche, strumentali, strutturali e finanziarie;

RAVVISATA

la necessità di adeguare le DD.G.R.C. dianzi citate, al mutato quadro di riferimento legislativo nazionale contestualmente intercorso per uniformare criteri, modalità e livello applicativo delle stesse su tutto il territorio regionale al fine di garantire a tutti i cittadini prestazioni sanitarie qualitativamente omogenee;

CONSIDERATA

alla luce di quanto premesso, la necessità e l'urgenza di adottare un unico quadro procedurale di applicazione sintetizzato nelle seguenti Linee d'intervento Operativo:

- 1) Obbligo di prescrizione conforme al P.T.O.R.
- 2) Prescrizione dei farmaci nelle strutture ospedaliere
- 3) Obbligo di inserimento del codice ICD9-CM
- 4) Obbligo di carico e scarico informatizzato dei farmaci in reparto con minimizzazione delle scorte
- 5) Intensificazione dei controlli sulla prescrizione dei farmaci relativi all'appropriatezza clinica e farmaceutica, con particolare attenzione per gli off-label
- 6) Centralizzazione della gestione, allestimento e preparazione di farmaci
- 7) Definizione di linee guida regionali per la definizione di percorsi assistenziali condivisi
- 8) Procedure per la definizione di acquisti centralizzati e/o congiunti di farmaci e beni sanitari
- 9) Implementazione in tutte le strutture sanitarie della informatizzazione della cartella clinica ed infermieristica
- 10) Individuazione di Aree Pilota per la sperimentazione degli armadi farmaceutici informatizzati;

VALUTATA

l'utilità di sintetizzare tali interventi, al fine di raggiungere una contestuale, uniforme e completa applicazione su tutto il territorio regionale, nelle “Linee d'Intervento Operativo per la erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del S.S.R.” allegate al presente atto di cui fanno parte integrante e sostanziale;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate:

- di adottare il quadro procedurale di applicazione individuato nelle “Linee d’Intervento Operativo per l’ erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del S.S.R.” allegate al presente atto di cui fanno parte integrante e sostanziale, al fine di raggiungere una contestuale, uniforme e completa applicazione su tutto il territorio regionale dei provvedimenti adottati dalla Giunta Regionale della Campania.
- che il puntuale e rigoroso rispetto di quanto previsto nelle suddette Linee d’Intervento Operativo, al fine di uniformare sul territorio regionale le modalità applicative dei provvedimenti regionali, costituisce obiettivo prioritario per i Direttori Generali delle strutture sanitarie regionali e la loro attuazione sarà valutata ai fini della conferma o revoca dell’incarico medesimo.
- di incaricare dell’esecuzione il Settore Farmaceutico e il Settore Assistenza Sanitaria dell’Assessorato alla Sanità per quanto di competenza.
- di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo dell’allegato “Linee d’Intervento Operativo per l’ erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del S.S.R.”, sul BURC.

Il Coordinatore A.G.C.
Assistenza Sanitaria
Dott. Antonio Gambacorta

ALLEGATO

**Linee d'Intervento Operativo per l' erogazione delle prestazioni
sanitarie a carico del S.S.R.**

Le seguenti linee d'intervento operativo sono elencate in ordine crescente di complessità organizzativa e di tempi di attuazione inerenti la specifica implementazione e si inquadrano in una più ampia strategia dell'Assessorato alla Sanità e della Giunta Regionale tendente alla:

- informatizzazione dei percorsi prescrittivi con conseguente monitoraggio, sul piano micro, degli stili di prescrizione e, sul piano macro, degli andamenti epidemiologici;
- informatizzazione gestionale ed assistenziale dei percorsi dei farmaci e, più in generale, di quanto attiene ogni bene sanitario afferente la spesa farmaceutica ospedaliera, con conseguente monitoraggio della loro tracciabilità sino al fruitore finale nella figura del cittadino-paziente.

E' in tale contesto che deve essere inquadrata l'istituzione di nuovi flussi informativi, in via di definizione, relativi a tutta la spesa farmaceutica ospedaliera con l'istituzione del debito informativo dei dati di spesa relativa a:

Prodotti farmaceutici
Materiali chimici di laboratorio
Dispositivi medici
Materiale di medicazione
Materiali protesici
Gas medicinali
Radiofarmaci
Materiale per emodialisi
Prodotti nutrizionali
Disinfettanti

1) Obbligo di prescrizione conforme al P.T.O.R.

Tutti i medici dipendenti del S.S.R. della Campania devono obbligatoriamente attenersi, all'atto della prescrizione, ai principi attivi presenti nel P.T.O.A., Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale, redatto in conformità al P.T.O.R., Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale.

Laddove si fosse in presenza di valutazione terapeutica relativa a principio attivo ritenuto indispensabile dal medico prescrittore, per farmaci non presenti nel Prontuario Aziendale ma presenti in specialità con A.I.C. nazionale (Autorizzazione all'Immissione in Commercio), i DD. SS. delle strutture sanitarie possono autorizzare l'utilizzo di tali farmaci, sulla base di documentazione attestante la comprovata esperienza nazionale e/o internazionale e di positive valutazioni farmaco-economiche, con obbligo di scheda di monitoraggio e apertura di registro terapeutico a cura dell'U.O.C. di Farmacia.

Le DD.GG. trasmettono trimestralmente all'Assessorato alla Sanità, Settore Farmaceutico, Tavolo Tecnico Permanente di Lavoro sul Farmaco, ex D.P.G.R.C. 11279 del 5-7 99, relazione dettagliata sull'utilizzo dei farmaci di cui al precedente punto ai fini di un costante monitoraggio sul territorio regionale.

2) Prescrizione dei farmaci nelle strutture ospedaliere

Nel riferirsi alla prescrizione di farmaci nelle strutture ospedaliere si evidenzia che le limitazioni delle Note AIFA 2006-2007, contenute nella Determinazione AIFA del 04.01.2007 (art. 1), sono le norme a cui inderogabilmente attenersi quando si prescrivono farmaci a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Nella prescrizione di farmaci che prevedono l'utilizzo del L.I.T., Libretto Terapeutico Individuale, bisogna attenersi alle disposizioni vigenti relative alla corretta, precisa e completa redazione di ogni sua parte, con particolare riferimento al codice fiscale dell'assistito, alla diagnosi ed al timbro della struttura prescrivente ed erogante.

L'omissione di uno solo degli elementi richiesti ne invalidano l'utilizzo e non consente alla U. O. Farmacia di poter erogare il farmaco.

3) Obbligo di inserimento del codice ICD9-CM

Tutti i M.M.G. e i P.L.S. devono inserire nella ricetta a carico del S.S.R., nello spazio utilizzabile dalle Regioni, il codice ICD9-CM relativo alla patologia per la quale si è fatta la prescrizione.

Tutti i soggetti erogatori di prestazioni a carico del S.S.R., sia pubblici che privati accreditati, prima di erogare la prestazione devono verificare la corretta compilazione della ricetta ai sensi della vigente normativa e il corretto utilizzo dell'Area Regione con le modalità dianzi espresse.

Le ricette non redatte secondo tali modalità non saranno riconosciute a carico del S.S.R.

I Direttori Generali delle AASSLL devono adottare i provvedimenti necessari ad integrare la rilevazione dei dati ricetta in conformità a quanto previsto dal presente decreto curando, in particolare, la lettura informatizzata dell'Area Regione prevista dalla nuova ricetta, al fine di poter costituire, grazie alla utilizzazione del sistema ICD9-CM, una prima banca dati per patologie.

4) Obbligo di carico e scarico dei farmaci in reparto con minimizzazione delle scorte

Nel ribadire l'obbligo di carico e scarico in Reparto, utilizzando il Registro ad hoc preposto, devono essere individuate:

- le scorte minime per ogni prodotto, sulla base del dato storico;
- le giacenze, all'atto di ogni approvvigionamento, dei farmaci innovativi e ad alto costo.

Laddove ancora non si fosse provveduto in tal senso, le DD.GG. dovranno attuare ogni iniziativa tendente all'informatizzazione del percorso distributivo dei beni sanitari all'interno della/e struttura/e di competenza, ai controlli periodici sulla corretta gestione dei Registri e sulle rotazioni mensili in ogni Reparto. Tale Linea d'intervento Operativo s'incrocia, come fase evolutiva del processo organizzativo sul piano diacronico, con le Linee di cui ai successivi punti 10) e 11). In tal senso, può essere interpretata o come propedeutica o come prima fase del percorso distributivo informatizzato.

5) Intensificazione dei controlli sulla prescrizione dei farmaci relativi all'appropriatezza clinica e farmaceutica, con particolare attenzione per gli off-label

Si ribadisce che, ai sensi della vigente normativa, non è consentita la prescrizione e l'erogazione di farmaci off-label. I Direttori sanitari delle strutture sanitarie sono Responsabili della rispondenza delle prescrizioni alle indicazioni terapeutiche registrate utilizzando, nell'ambito della propria autonomia gestionale, Nuclei di Verifica dell'Appropriatezza o altro organismo o modalità organizzativa ritenuta necessaria al raggiungimento ottimale di tale finalità.

6) Centralizzazione della gestione e preparazione di farmaci

Nel ribadire che la pianificazione delle esigenze, la gestione, l'allestimento e l'erogazione del farmaco devono transitare esclusivamente attraverso la U.O.C. di Farmacia della struttura sanitaria, relativamente all'allestimento dei farmaci, secondo quanto dettato dalle norme di buona preparazione ex Farmacopea Ufficiale XI edizione, si precisa che si deve procedere all'allestimento, secondo criteri di funzionalità, dei farmaci oncologici, antibiotici, galenici, magistrali, radiofarmaci e sacche nutrizionali.

E' responsabilità della Direzione Strategica di ogni singola struttura sanitaria determinare le condizioni organizzative, ambientali, strutturali e le risorse umane necessarie al raggiungimento di tali obiettivi finalizzati alla tutela del paziente (buona preparazione) e all'economicità gestionale in termini di economia di scala (terapie aggregate e calendarizzate per patologia).

7) Definizione di linee guida regionali per la definizione di percorsi assistenziali condivisi

Definizione di linee guida regionali per la definizione di percorsi assistenziali condivisi relativi all'appropriato utilizzo dei farmaci di cui al successivo punto 6) con particolare riferimento a:

- profilassi e terapia antibiotica
- farmaci innovativi
- protocolli terapeutici con alta incidenza di spesa

8) Acquisti centralizzati e/o congiunti

La spesa ospedaliera per farmaci, analizzata per classi A.T.C. di 1° livello, ha avuto nel 2006 la seguente suddivisione:

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA. REGIONE CAMPANIA, GEN-NOV 2006			
CAMPANIA	300.276.816	% SUL TOTALE	FREQ CUM
L FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOM	98.685.512	32,86	32,86
J ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SIS	68.439.806	22,79	55,66
B SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	59.066.345	19,67	75,33
A APPARATO GASTROINTESTINALE E METAB	17.119.679	5,70	81,03
N SISTEMA NERVOSO	16.674.620	5,55	86,58
V VARI	10.562.996	3,52	90,10
H PREPARATI ORMONALI SISTEMICI- ESCL	9.157.609	3,05	93,15
M SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	6.541.882	2,18	95,33
C SISTEMA CARDIOVASCOLARE	5.021.092	1,67	97,00
G SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI	3.911.596	1,30	98,30
R SISTEMA RESPIRATORIO	2.051.242	0,68	98,99
SOLUZIONI OSPEDALIERE	1.576.340	0,52	99,51
D DERMATOLOGICI	1.106.120	0,37	99,88
S ORGANI DI SENSO	347.910	0,12	100,00
P FARMACI ANTIPARASSITARI- INSETTICI	14.068	0,00	100

Alla luce di tale rilevazione, tale linea di indirizzo prevede accordi interaziendali e/o a livello provinciale per acquisti congiunti oltre che per i dispositivi ed i presidi, anche per i farmaci appartenenti alle classi A.T.C. di 1° livello L, B, J, A e N (antineoplastici, antimicrobici, sangue ed organi emopoietici, apparato gastrointestinale e sistema nervoso) che, da sole, rappresentano quasi l'87% della spesa ospedaliera per farmaci in Campania come desumibile dai dati sintetizzati nella precedente tabella. A regime, gli acquisti dei farmaci saranno gestiti in modo centralizzato da parte della So.Re.Sa. S.p.A.

9) Implementazione in tutte le strutture sanitarie della informatizzazione della cartella clinica ed infermieristica

La cartella infermieristica rappresenta un atto pubblico (artt. 2699 e 2700 del Codice Civile), avente lo scopo di documentare il decorso clinico e assistenziale del paziente nella sua globalità (procedure e rilievi diagnostici, trattamenti terapeutici e assistenziali, consulenze, esiti, ecc.). La cartella infermieristica informatizzata, che ne rappresenta l'evoluzione tecnologica, origina dalla necessità di predisporre uno strumento informativo utile non solo per la pianificazione e la documentazione dell'assistenza, ma anche per supportare in modo ottimale un modello organizzativo basato sulla razionalizzazione dei percorsi clinico-assistenziali nel proprio ambito operativo. L'elaborazione ed implementazione di una cartella infermieristica informatizzata risponde ai seguenti scopi:

- archiviare e gestire le informazioni di pertinenza sanitaria ed infermieristica del paziente mediante l'impiego di un mezzo elettronico, in grado di garantire i vantaggi della rapidità di accesso ai dati immessi, della più efficiente comunicazione, trasmissione ed elaborazione statistica dei dati, della possibilità di eseguire la rilevazione dei carichi di lavoro del personale, differenziati per tipologia dei pazienti ai quali è dedicata l'assistenza e per tipologia delle prestazioni;
- facilitare ed ottimizzare l'organizzazione delle attività operative, con un effettivo risparmio di risorse, in particolare di tempo;
- migliorare i processi decisionali, la gestione dei processi clinico-assistenziali e organizzativi e la programmazione delle risorse, attraverso la verifica della domanda di assistenza;
- migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'utilizzo di indicatori di controllo analitici;
- ridurre il rischio di errori derivanti dall'eccessivo e ripetitivo numero di trascrizioni dei dati.

La realizzazione della cartella infermieristica informatizzata rappresenta un'operazione complessa, in quanto implica aspetti teorici, metodologici e tecnici, con il coinvolgimento delle diverse figure professionali inserite nell'organizzazione della struttura.

10) Individuazione di Aree Pilota per la sperimentazione degli armadi farmaceutici informatizzati.

Questa linea d'intervento si presenta come strumento di razionalizzazione e controllo delle attività prescrittive e logistiche dei reparti poiché permette la gestione informatizzata delle scorte e delle terapie.

Descrizione e caratteristiche della tecnologia

Il sistema consiste in armadi dotati di un software gestionale che registra le giacenze e i flussi in entrata e uscita e può essere collegato a un software di prescrizione per le terapie in corso. Il sistema è solitamente decentralizzato nelle zone di cura dei pazienti: terapie intensive, sale operatorie, unità di lungo-degenza, residenze assistenziali e altri ambiti assistenziali.

Il principale vantaggio risiede nel fatto che gli infermieri hanno la disponibilità dei farmaci nel punto di utilizzo. La maggior parte dei sistemi richiede password di accesso, traccia elettronicamente l'accesso dell'operatore al sistema, traccia il paziente al quale il farmaco è stato destinato e fornisce i dati per eventuali analisi dei costi sostenuti dalla struttura relativi a ogni paziente.

Gli armadi sono divisi in vani che possono contenere e gestire sia le confezioni originali dei farmaci, sia farmaci monodosi (confezionati dalla farmacia), sia dispositivi medici. Questi ultimi diventano importanti in reparti come le sale operatorie dove la gestione delle scorte è rilevante anche sotto il profilo economico. Essi vengono alimentati dall'operatore autorizzato (solitamente un tecnico della farmacia) attraverso una procedura guidata.

È disponibile sul mercato una varietà di configurazioni e di potenzialità di software che possono interfacciarsi con il sistema informativo della farmacia e con gli altri sistemi informativi. Alcuni modelli possono essere collegati a dispositivi di lettura al letto del paziente che tramite codice a barre, unito a un braccialetto di identificazione, permettono il controllo della fase di somministrazione. Oltre alla gestione della terapia, è possibile anche la gestione delle scorte con emissione di ordini automatici periodici alla farmacia.

È possibile creare una gestione separata per ogni reparto e definire le scorte minime e massime per ogni prodotto gestito. Ogni prodotto prelevato dall'armadio di reparto può venire scaricato contestualmente tramite il semplice ausilio di palmari, alimentando un circolo di riordino alla farmacia con parametri predefiniti. Una tale gestione delle scorte di reparto elimina molte delle criticità connesse alla gestione manuale e in particolare: analisi delle scorte fatta da più persone e quindi molto variabile; necessità di inventari frequenti; gestione degli ordini basati sull'esperienza; gestione manuale delle scadenze.

I principali benefici derivanti dall'installazione degli armadi farmaceutici informatizzati sono:

- diminuzione della spesa di reparto;
- monitoraggio effettivo dei medicinali e dei dispositivi medici e controllo del loro utilizzo;
- sicurezza e precisione nella gestione delle scorte;
- abbattimento delle richieste urgenti;
- registrazione elettronica delle movimentazioni;
- ottimizzazione del processo di distribuzione e dell'inventario;
- accesso controllato al prelievo mediante il riconoscimento dell'operatore;
- riduzione degli errori relativi a scambio di farmaco;
- determinazione delle scorte in tempo reale;
- analisi precisa dei consumi reali (per tipo di farmaco, per reparto, per centro di costo, per paziente, ecc.).

Questo tipo di distribuzione mantiene intatta la struttura organizzativa aziendale in quanto demanda la gestione al singolo reparto; questa scelta comporta che ogni reparto si rapporterà al sistema con le proprie capacità, si potrà dotare di protocolli interni e/o aziendali di terapia e linee guida specifiche.

Con successivo atto si definiranno le aree di sperimentazione, attualmente in via di definizione, nelle quali avviare un primo ed organico test a livello regionale, al fine di acquisire indicatori utili ad una approfondita valutazione del rapporto costi-benefici nell'ipotesi di implementazione sul territorio regionale di tali tecnologie informatiche.

IMPATTO ECONOMICO

Per quanto concerne la valutazione relativa all'impatto economico di tali interventi, non essendo ovviamente possibile quantificare a priori e con esattezza gli specifici valori, si è privilegiata, ritenendola più attendibile e più corretta metodologicamente, una stima di natura esperienziale sulla base dei riscontri che altre realtà regionali hanno ottenuto in relazione a provvedimenti simili od assimilabili. Pertanto, per ognuno dei punti presentati, il cui impatto economico è attendibile a regime dall'entrata in vigore del provvedimento amministrativo e quindi ascrivibile per intero al corrente anno, si indicano le ipotesi minime e massime di risparmio atteso. Considerando che il valore complessivo della spesa ospedaliera per farmaci in Campania ammonta, nel periodo gennaio-novembre 2006, ad € 300.000.000, per proiezione il computo è stato elaborato su base annua di 330 Meuro.

RISPARMIO ATTESO 2007					SPESA OSPEDALIERA GEN.-NOV. 2006 IN € PROIEZIONE A 12 MESI	
	MINIMO		MASSIMO		330.000.000,00	
LINEA	%	€	%	€		
1	2	6.600.000,00	3	9.900.000,00		
2	1	3.300.000,00	2	6.600.000,00		
3	8	26.400.000,00	12	39.600.000,00		
4	n.v.		n.v.			
5	12	39.600.000,00	22	72.600.000,00		
6	n.v.		n.v.			
7	n.v.		n.v.			
8	n.v.		n.v.			
9	n.v.		n.v.			
10	n.v.		n.v.			
TOTALI	23	75.900.000,00	39	128.700.000,00		

n.v. = non valutabile

Il valore minimo atteso di risparmio è di 75,9 Meuro, equivalenti all'obiettivo regionale di 74 Meuro, senza considerare il risparmio raggiungibile da valori più elevati del minimo, considerato il Delta 23-39%, e quello indotto sia dagli altri punti al momento non valutabili sia dall'articolazione complessiva della manovra.

I Direttori Generali relazioneranno in merito alle iniziative promosse per la attivazione e completa attuazione delle Linee d'Intervento ed ai risultati raggiunti, direttamente all'Assessorato alla Sanità, Settore farmaceutico, entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento. Successivamente, tali informazioni saranno calendarizzate trimestralmente.