

# ***Distribuzione dei farmaci in dose unitaria: quale ruolo del farmacista territoriale per migliorare l'assistenza sanitaria***

**Franchin Giulia**  
**Servizio Farmaceutico Territoriale – Az. ULSS 9 (TV)**

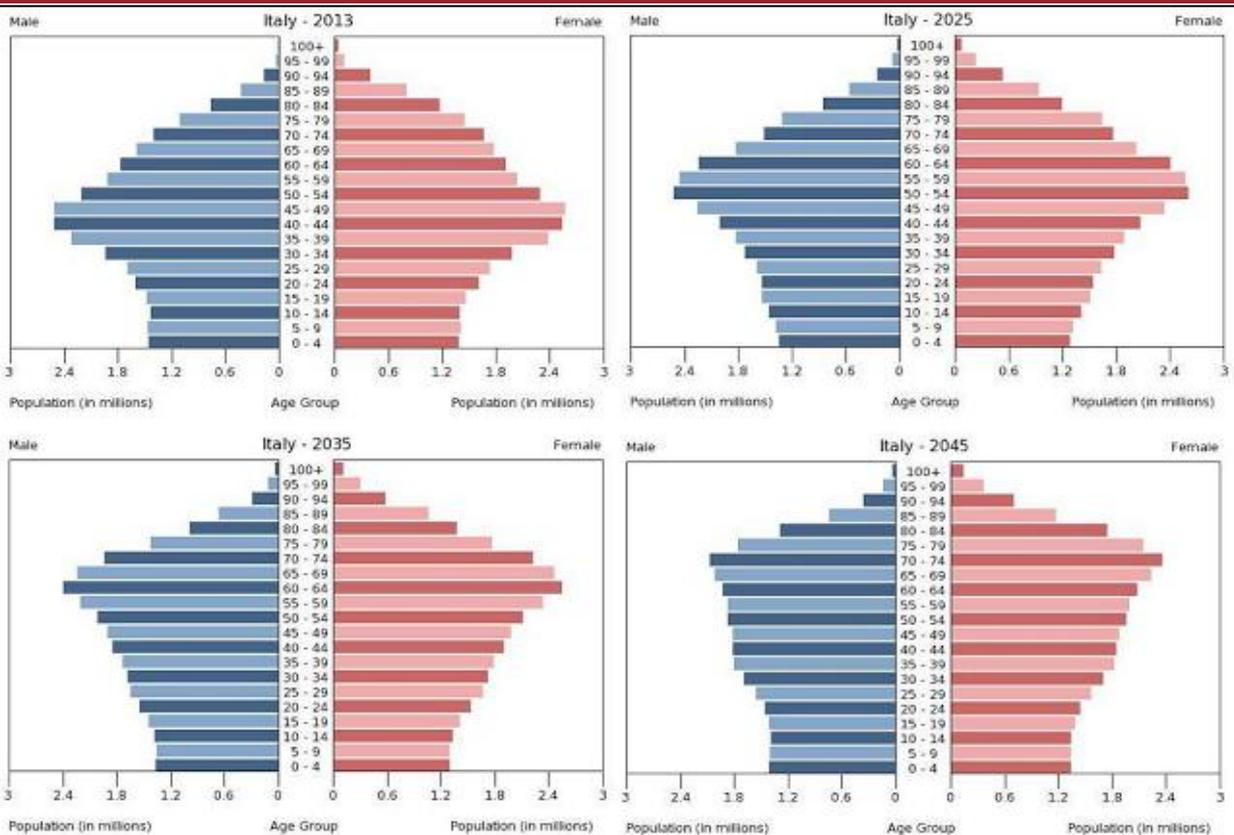


INTEGRAZIONE E ANALISI DEI DATI FARMACEUTICI, APPROCCI DIVERSI UNO STESSO TARGET: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E SALUTE DEL PAZIENTE

Padova, 27 Settembre 2013

Con il supporto di  
**INFOlogie**

# Longevity shock



L'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani.

L'attuale evoluzione richiede, quindi, una ridefinizione delle misure e delle risorse destinate alle fasce di popolazione anziana, in cui più alto è il rischio di malattia e di perdita di autosufficienza.



Per affrontare la “*sfida dell’invecchiamento*” della popolazione, è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l’ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio di tipo socio-assistenziale.



“L’obiettivo che ci si deve prefiggere è quello di attuare interventi di prevenzione in grado di **minimizzare i principali fattori di rischio** e promuovere adeguati stili di vita in ogni età.”

*(World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers. WHO; 2012)*

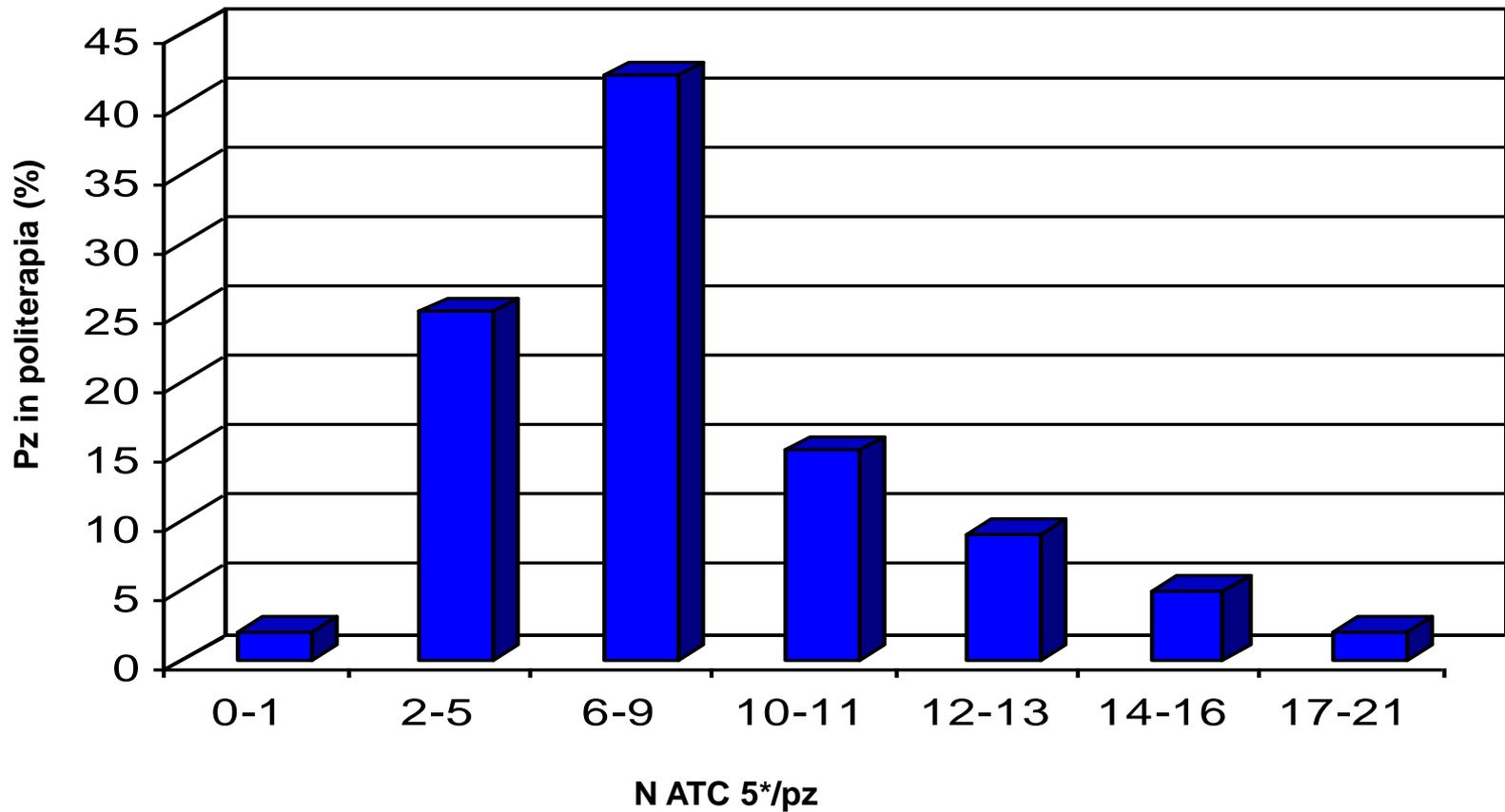
# Il punto di vista farmacologico: come agire?



In Italia, secondo il rapporto OsMed 2012, il **58,8%** delle prescrizioni di farmaci viene effettuato per la popolazione *over* 65 anni.

In Italia, il **63,1%** della spesa totale per farmaci è conseguente all'impiego degli stessi nella popolazione anziana. Il problema dell'aderenza risulta amplificato dal fatto che i pazienti sono spesso in politerapia e presentano, in molti casi, deficit nelle funzioni cognitive.

# Popolazione Non Autosufficiente AULSS9, Treviso



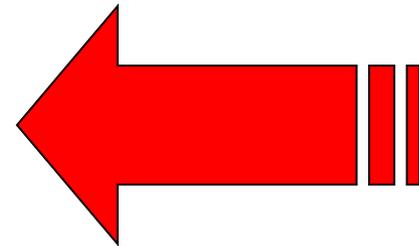
# Errore in terapia



Si intende ogni evento prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente.

Vengono riconosciute cinque categorie di errori:

- errore di prescrizione;
- errore di trascrizione/interpretazione
- errore di preparazione
- errore di distribuzione
- errore di somministrazione



# Compliance nel paziente



- Soltanto circa la metà dei pazienti che escono da uno studio medico con una prescrizione assume il farmaco secondo le direttive indicate.



- Le persone più anziane possono assumere diversi farmaci contemporaneamente; il regime terapeutico può essere complesso e difficile sia da ricordare sia da seguire, aumentando quindi la probabilità di un'interazione farmacologica indesiderata.

# Cause di mancata *compliance* legate al paziente



- Rifiuto della terapia per negazione della malattia;
- Mancanza di fiducia nell'efficacia del farmaco;
- Sospensione della terapia senza autorizzazione del medico per riduzione o scomparsa della sintomatologia;
- Timori sull'assunzione dei farmaci (per effetti indesiderati, dipendenza);
- Disturbi della memoria: dimenticanza;
- Apatia
- Difficoltà materiali (deglutizione per pazienti disfagici o difficoltà ad aprire flaconi).

# Cause di mancata *compliance* legate al farmaco



- Politerapia: schema di cura complesso a causa di polipatologie che richiedono farmaci differenti con tempi di assunzione differenti;
- Effetti indesiderati (reali o supposti);
- Farmaci con aspetto simile e confondibile (LASA);
- Odore o sapore sgradevole;
- Precauzioni poco gradite o restrittive (es. eliminazioni di alcol o formaggi..)



# Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost

*Michael C. Sokol, MD, MS, Kimberly A. McGuigan, PhD, Robert R. Verbrugge, PhD, and Robert S. Epstein, MD, MS*

**Objective:** The objective of this study was to evaluate the impact of medication adherence on healthcare utilization and cost for 4 chronic conditions that are major drivers of drug spending: diabetes, hypertension, hypercholesterolemia, and congestive heart failure.

**Research Design:** The authors conducted a retrospective cohort observation of patients who were continuously enrolled in medical and prescription benefit plans from June 1997 through May 1999. Patients were identified for disease-specific analysis based on claims for outpatient, emergency room, or inpatient services during the first 12 months of the study. Using an integrated analysis of administra-

**Conclusions:** For some chronic conditions, increased drug utilization can provide a net economic return when it is driven by improved adherence with guidelines-based therapy.

**Key Words:** adherence, drug utilization, healthcare costs, hospitalization, pharmaceutical care

*(Med Care 2005;43: 521–530)*

La mancanza di *compliance* può peggiorare la qualità della vita, oltre ad aumentare il costo dell'assistenza sanitaria: la maggior aderenza ai trattamenti per ipercolesterolemia e diabete produce benefici economici in termini di costi correlati alla malattia e di conseguenti ospedalizzazioni.

Doggrell, Sheila (2010) *Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions : does an intervention concerning adherence by an allied health professional help?* *Drugs and Aging*, 27(3). pp. 239-254.

## 2. The problems associated with non-adherence to medicines

### 2.1 Residential care (nursing home) and hospital admissions

Non-adherence in the older-aged, regardless of disease state, is a common cause for residential care and hospital admissions. Back in 1992, it was established by the National Pharmaceutical Council (US) that non-adherence to medicines accounts for 23% of nursing home admissions.<sup>[5]</sup> Furthermore imposing a limitation to government payments for medicines increases the admissions of the older-aged to residential care.<sup>[6]</sup>

Eleven percent of hospital admissions in the 65 or older age group are due to non-adherence,<sup>[7]</sup> and this increases to 26% in the 75 years or older age group.<sup>[8]</sup> An even bigger percentage (33%) of the older-aged undergoing hospitalization has a history of non-adherence.<sup>[7]</sup>

Non-adherence in the older-aged is mostly intentional (63%) with only 37% being unintentional.<sup>[9]</sup> Cost was the most common cause of the non-adherence leading to the hospital admission

Lo studio pubblicato sulla rivista ***Drugs and Aging***, ha evidenziato che:

- ❖ **l'11%** negli over65,
- ❖ **il 26%** negli over75;
- ❖ **il 23%** delle assegnazioni in Centri Residenziali

**sono ricoveri a cui ricorrono i pazienti che non hanno portato a termine la terapia correttamente.**

# Come garantire una terapia sicura al paziente?



Dall'analisi dei dati di letteratura si ricava che i sistemi adottati al fine di ridurre gli errori di terapia sono essenzialmente i seguenti:

- Sistemi di prescrizione informatizzata
- Partecipazione attiva del farmacista clinico alla gestione della terapia

# Come garantire una terapia sicura al paziente?



Dall'analisi dei dati di letteratura si ricava che i sistemi adottati al fine di ridurre gli errori di terapia sono essenzialmente i seguenti:

- Sistemi di prescrizione informatizzata
- Partecipazione attiva del farmacista clinico alla gestione della terapia
- **Distribuzione dei farmaci in dose unitaria**

# La legislazione in Italia



## Decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1 – Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività.

*“...Art. 11 Potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, accesso alla titolarità delle farmacie, modifica alla disciplina della somministrazione dei farmaci e altre disposizioni in materia sanitaria ....”*

*“...Art. 14. Al fine di razionalizzare il sistema distributivo del farmaco, anche a tutela della persona, nonché al fine di rendere maggiormente efficiente la spesa farmaceutica pubblica, l’AIFA, con propria delibera da adottare entro il 31 dicembre 2012 e pubblicizzare adeguatamente anche sul sito istituzionale del Ministero della salute, revisiona le attuali modalità di confezionamento dei farmaci a dispensazione territoriale per identificare confezioni ottimali, anche di tipo monodose, in funzione delle patologie da trattare. Conseguentemente, il medico nella propria prescrizione tiene conto delle diverse tipologie di confezione...”*



## Art. 11 Decreto Balduzzi del 13 settembre 2012 n° 158 convertito in legge n° 289 del 12 dicembre 2012

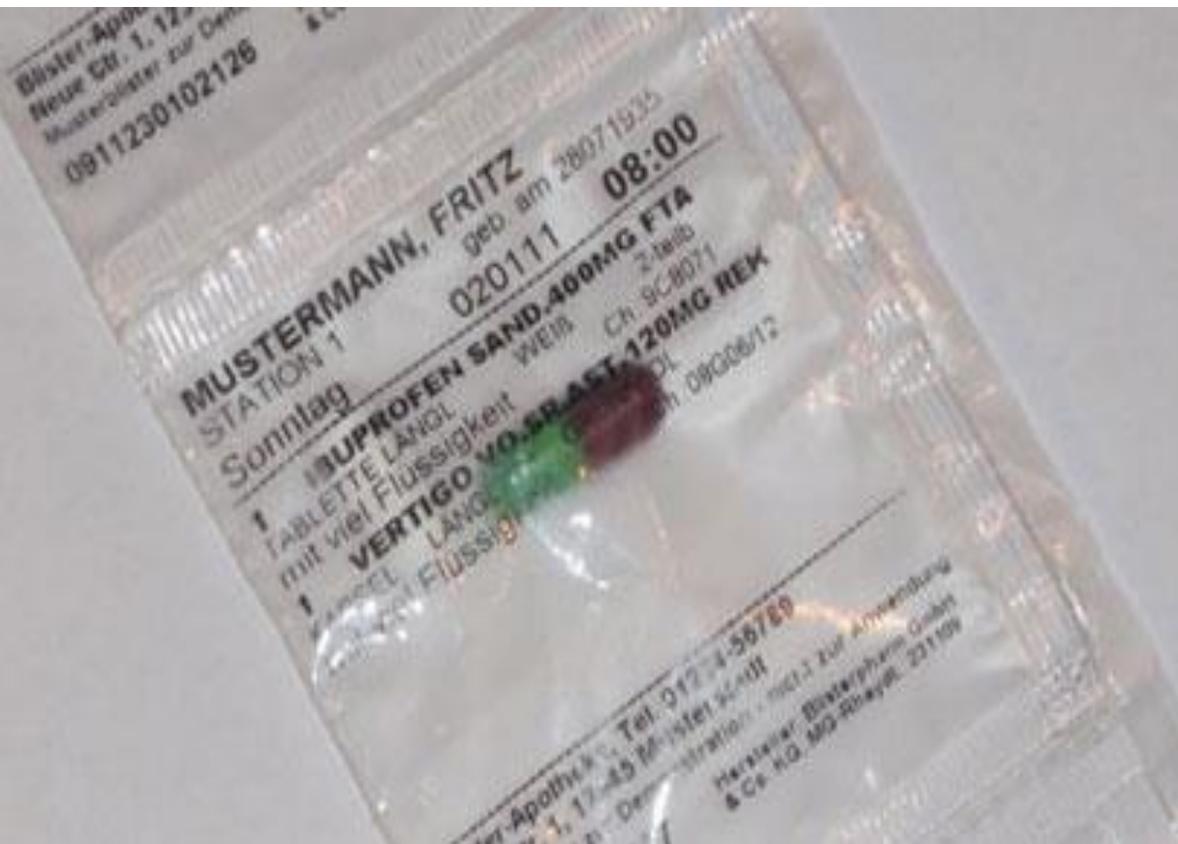
### “...**Dosaggi e confezioni personalizzate**”

Previa autorizzazione dell’Aifa, la farmacia ospedaliera può allestire dosaggi individuali da utilizzare all’interno egli ospedali o da consegnare al paziente per l’impiego a domicilio. Il provvedimento si applica anche nel caso di farmaci utilizzati con indicazioni diverse da quella autorizzata.

Le Regioni sono autorizzate a sperimentare, nei limiti delle loro disponibilità di bilancio, *sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errore e di consumi impropri ...*”



## Dose Unitaria



Un sistema di dispensazione dei farmaci caratterizzato dalla verifica di ogni singola prescrizione e dalla preparazione della terapia giornaliera per ogni paziente contenuta all'interno di singole confezioni contrassegnate dai dati personali.

# Punti qualificanti:



- Completa tracciabilità del percorso del farmaco portandolo fino a somministrazione
- Abbattimento della percentuale degli errori di distribuzione
- Riduzione drastica degli sprechi e delle scorte di reparto (70-75% in meno)
- Abbattimento del rischio di errori di somministrazione: LASA (*look alike/sound alike*: farmaci a rischio di scambio per somiglianza grafica e/o fonetica del nome e per aspetto simile delle confezioni)

**PROGETTO DI RILEVAZIONE SULLE MODALITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NEI REPARTI OSPEDALIERI E NEI CENTRI DI SERVIZI PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**

SCHEMA DI AUDIT

1/7

**Scheda di Audit****Allegato 1**

<b>Norme di riferimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Raccomandazione n° 1 - "Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio e altre soluzioni concentrate contenenti potassio" – Marzo 2008.</li><li>• Raccomandazione n° 7 – "Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia" – Marzo 2008.</li><li>• Raccomandazione n° 12 -"Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike"- Agosto 2010.</li></ul> In: <a href="http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=250&amp;menu=sicurezza">http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=250&amp;menu=sicurezza</a> (accesso del 25/06/13)
<b>Documento</b>	Scheda di audit per indagine conoscitiva
<b>Obiettivo</b>	La Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto intende rilevare il grado di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali presso un campione rappresentativo di Reparti delle Aziende ASL, Aziende Ospedaliere, IOV, Ospedali Privati accreditati e Centri di Servizi per anziani non autosufficienti della Regione Veneto. A conclusione dell'indagine si intende avviare un programma formativo in più edizioni al fine di esaminare le principali criticità rilevate e condividere possibili azioni di miglioramento. Il Farmacista Ospedaliero incaricato dovrà raccogliere i dati direttamente in reparto attraverso colloqui con gli operatori sanitari e controlli a campione.
<b>Allegati</b>	Guida alla compilazione e alla trascrizione dei dati.
<b>Azienda ULSS / Azienda Ospedaliera / IRCSS / Centro di Servizi</b>	▲

# Valutazione farmacoeconomica



## Modello Attuale

**Elevati costi legati ai tempi del personale del reparto:**

- Preparazione terapia
- Gestione scorte
- Tempo di somministrazione
- Collaborazione infermiere- medico durante la prescrizione per evitare errori di interpretazione

## Modello in Dose Unitaria

**Riduzione dei tempi del personale dedicati a:**

- Gestione delle scorte di reparto e riordino farmaci
- Somministrazione terapia e controlli dall'armadio farmaceutico

**Risparmi per l'Azienda tramite:**

- Riduzione delle scorte di reparto con benefici di capitale economico non impegnato (~ 15-20%)
- Azzeramento degli scaduti (~4-10%)
- Diminuzione consumo totale di farmaci (~ 10%)

# Alcune esperienze OSPEDALIERE di Dose Unitaria in Italia



In Italia le recenti esperienze si riferiscono solo alla preparazione dei farmaci in Dose Unitaria nell'ambito di reparti ospedalieri:

- Azienda Ospedaliera Universitaria S. Martino di Genova è stato uno dei primi ospedali ad utilizzare l'armadio tecnologico.
- L'AULSS di Pescara ha realizzato la preparazione dei farmaci in dose unitaria in reparto con lo sviluppo innovativo del ruolo di tutti gli attori (farmacista - medico – infermiere).
- L'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia ha ottenuto la collaborazione della ditte Exper di Bolzano che ha messo a disposizione la tecnologia per la realizzazione del progetto in Dose Unitaria.

# Applicazione delle tecnologie in Europa

## Tradizionale (gestione farmaco multidose)

- Est Europa
- Grecia
- Svizzera
- Irlanda
- Portogallo
- Finlandia
- Islanda
- Germania

## Prevalenza Dose Unitaria

- Spagna
- Olanda

## Verso la Dose Unitaria

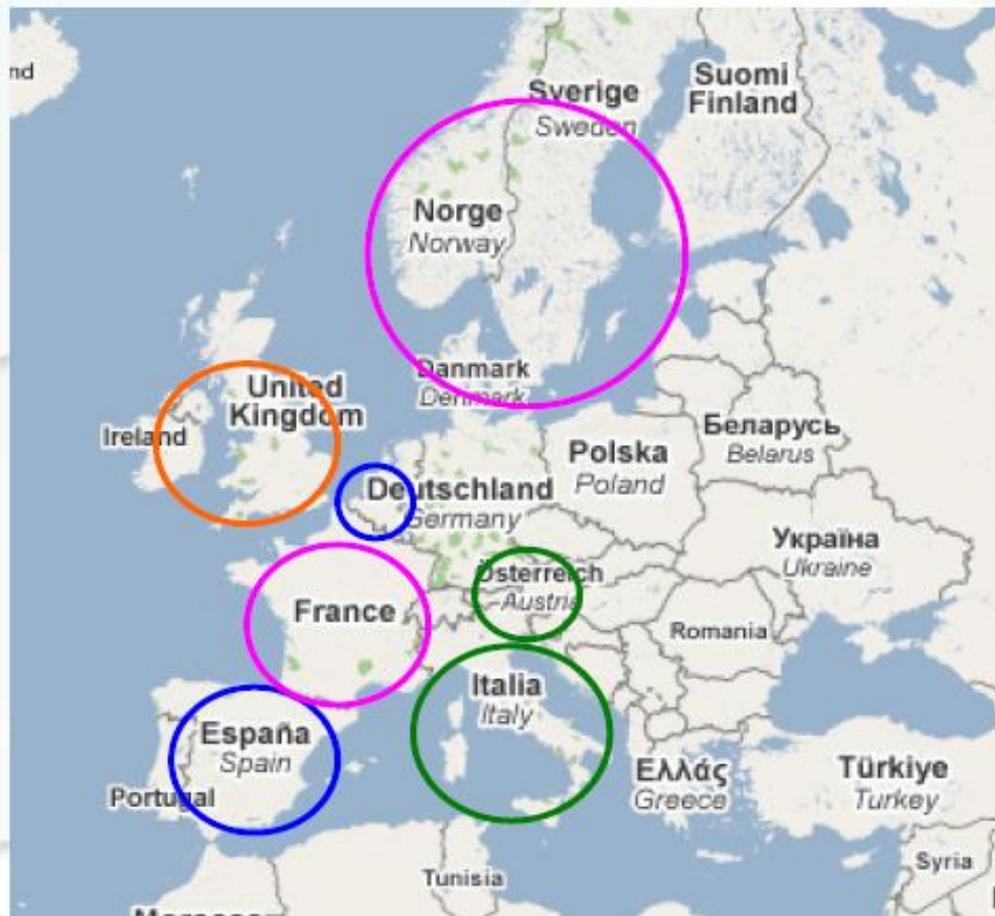
- Paesi scandinavi (Danimarca, Norvegia)
- Francia

## Alcune esperienze di Dose Unitaria

- Italia
- Austria

## Multidose a confezione

- UK



# In Francia...

...in ambito ospedaliero,  
di Case di cura, farmacie



La solution robotisée 100% sécurisée  
pour la préparation des doses  
à administrer.

**ROBOTIK**  
TECHNOLOGY

L'expert du circuit du médicament

*Des automates adaptés à la taille de la pharmacie.  
Consultez-nous par mail à [contact@robotiktechnology.com](mailto:contact@robotiktechnology.com)  
ou par tél au : +33 (0) 321 562 930*



# In Austria...



Abnahmeinspektion | Qualität



# Blistermed<sup>®</sup>

AUSTRIA

[Home](#)

[Produktion](#)

[Philosophie](#)

[Qualität](#)

[Kontakt](#)

[Team](#)

[Ärzte](#)

A

## Qualität ist unser Anspruch



der Lagerung gewährleistet.

Um den, durch die Neuverblisterungsbetriebsordnung gegebenen, Qualitätsanspruch zuverlässig zu erreichen, besitzen wir ein umfassend geplantes und implementiertes **Qualitätssicherungssystem** mit integriertem, auf FMEA (failure mode and effects analysis) basierendem **Qualitätsrisikomanagement**. Dieses beinhaltet eine durchgängige Lieferantenqualifizierung, die gute Herstellungspraxis (GMP –good manufacturing practice) die gewährleistet, dass die Blisterrationen gleichbleibend nach **Qualitätsstandards** hergestellt und kontrolliert werden, sowie die gute Vertriebspraxis, die eine einwandfreie Beschaffenheit der verblisternten Arzneimittel beim Transport und bei



Treten Sie mit uns in Kontakt

Wenn Sie Interesse haben, mehr erster Hand zu erfahren, zögern nicht Kontakt mit uns aufzunehmen

- [Home](#)
- [Produktion](#)
- [Philosophie](#)
- [Qualität](#)

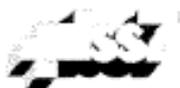
# L'innovazione: il *deblistering*



La macchina che opera il ***deblistering*** permette l'estrazione di tutti i tipi di capsule e compresse senza la necessità di tagliare il blister e riducendo il danneggiamento della compressa.

# Az. ULSS 9, Treviso: uno sguardo al futuro

AZIENDA  
ULSS 9  
TREVISO



## Progetto sperimentale per la gestione dei farmaci in dose unitaria presso residenze per anziani

<b>Nome del Progetto</b>	<b>Sperimentazione per la gestione dei farmaci in dose unitaria presso le residenze per anziani</b>
<b>Contesto</b>	<p>Il numero di anziani assistiti nei centri servizio residenziali dell'Azienda ULSS 9 è di circa 3000 e nella Azienda ULSS 7 di circa 1400, ed è verosimilmente destinato ad un costante incremento caratterizzato da un invecchiamento sempre più avanzato e dalla presenza di livelli di non autosufficienza sempre più elevati. Uno degli aspetti delle attività assistenziali più rilevanti per la cura delle persone nei centri di servizi riguarda la somministrazione delle terapie farmacologiche.</p> <p>Introdurre quindi, nuove modalità di distribuzione della terapia farmacologica ha un grande impatto sull'organizzazione di tali centri e sul profilo di sicurezza ed appropriatezza della terapia prescritta. Il momento della somministrazione è una fase di tutto il processo di gestione del farmaco che può comportare rischio di errore in corso di terapia, così come le fasi di: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione. L'errore di somministrazione si può considerare come una deviazione tra la</p>



***Diceva Einstein : " non possiamo pretendere che le cose cambino se continuiamo a fare le stesse cose. La crisi porta progressi perché spinge a cercare soluzioni e vie di uscita".***

**Grazie per l'attenzione**